



# Carcinomes Canalaires In Situ

## Qui ne pas traiter ?

SPSPM

Marseille 2011

C. Tunon de Lara,  
G. Macgrogan, C. Breton-callu,



## Problématique propre au CCIS

- Lésion **précancéreuse** de bon pronostic
- Mortalité très faible (1 à 2%)
- Diagnostic anatomopathologique est difficile et subjectif
- Hétérogénéité des CCIS
- Difficulté à mettre en évidence les « bons » et les « mauvais » CCIS.
- Plusieurs classifications (VNC, NCGBSP UK)

Overview of the randomised trial of radiotherapy in DCIS of the breast, EBCTCG,

- 4 grands essais randomisés
- **Quelque soit la situation, la radiothérapie diminue de 50% le taux de RL**
- La radiothérapie n'a pas d'impact sur la rechute locorégionale, controlatérale ou métastatique.



# Qui ne pas traiter ? Ce qui n'est pas du CCIS !

- Essai EORTC le sous type architectural clinging ou micropapillaire peu ou pas de rechute, [en cas de chirurgie complète pas de radiothérapie \(Bikjer JCO 2001\)](#)  
[5.5% lésions bénignes](#) (dans essai EORTC)
- CCIS déclassés :
  - HCA (CCIS de bas garde de moins de 2mm)
  - MCA (CCIS type clinging)
  - ??
- [Lésion de très petite taille](#)





## Problème de la la faible

- Macgrogan Histopathology 2008
- 20 pathologistes expérimentés, 105 cas , 2 lectures
- Benin/ Hyperplasie simple/ MCA/HCA/HLA/ CLIS/CCIS bas garde et CCIS haut grade
- $K = 0.12$  à  $0.24$  et  $0.25$  à  $0.35$  (valeur moy  $> 0.41$ )
- Classification bénin contributif/bénin non contributif/malin
- $K = 0.53$  à  $0.66$

# Que se passe-t-il dans la

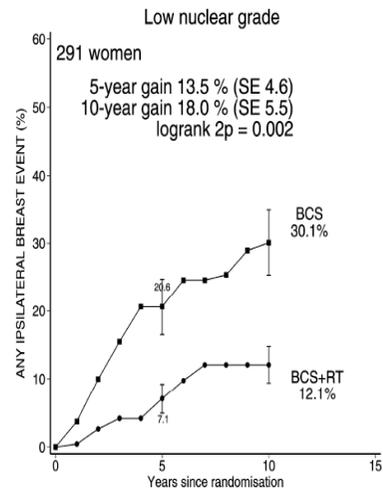
Auteurs (années de ttt)	GS/CA	pas de RT	TAM
Ceiley (Mars 2002) Grade 1-2	NP	47.7%	45.5%
Katz (2002) LA vs Détroit Lésion bas risque	NP	38.6% vs 20.8% P<0.001 61.1% vs 29.5%	NP
Schouten vd Velten (1993-2003)	19% (stable dans le temps) Moins de CA et	73% vs 38%	NP
Cutuli (2003-2004)	21.3% vs 10.4%	7.8%	13%

**Schouten et Cutuli : patiente à bas risque pouvant ne pas bénéficier d'une RT**  
 > 60 ans, bas grade, R0, petite taille <10mm

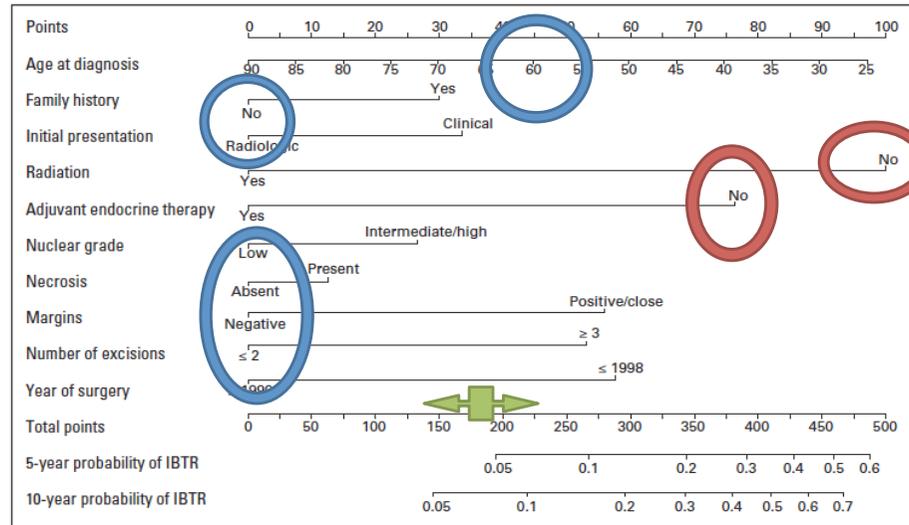
# Quel taux de rechute locale en absence de radiothérapie est

- Kerlikowske ([JNCI 2003](#))
  - N=1036 , tumorectomie seule, 1983-94
  - Risque de RL à 5 ans, bas grade = 4.8% (CI95% : 3.8-5.8)
- Hughes ([JCO 2009](#))
  - N = 711, tumorectomie seule, 1997-2002
  - Risque de RL à 5 ans, NHG = 5.5% (CI95% : 3.3-7.8) vs 12.7% HG
- Fong ([Ann surg oncol 2011](#))
  - N= 422, 400 tumorectomie seule , 1994-2005
  - Sous groupe de n=62, >60 ans, < 20mm, NHG, marges saines 5RL
- Wong ([JCO 2006](#))
  - N= 158/200,2002, NHG, R0, <25mm, tumorectomie
  - arrêt de l'étude 13 RL (taux de 12% à 5 ans)

## Overview of the randomised trial of radiotherapy in DCIS of the breast, EBCTCG, JNCI 2010



- Bas grade, R0, <20mm
- Taux élevé de RL (même dans le groupe RT)
- 1985–1999
- Evolution de la mammographie
- Marges d'exérèses ?



## The natural history of ductal carcinoma *in situ* of the breast: a review

Bircan Erbas<sup>1</sup>, Elena Provenzano<sup>2</sup>, Jane Armes<sup>3,4</sup>, and Dorota Gertig<sup>1</sup>

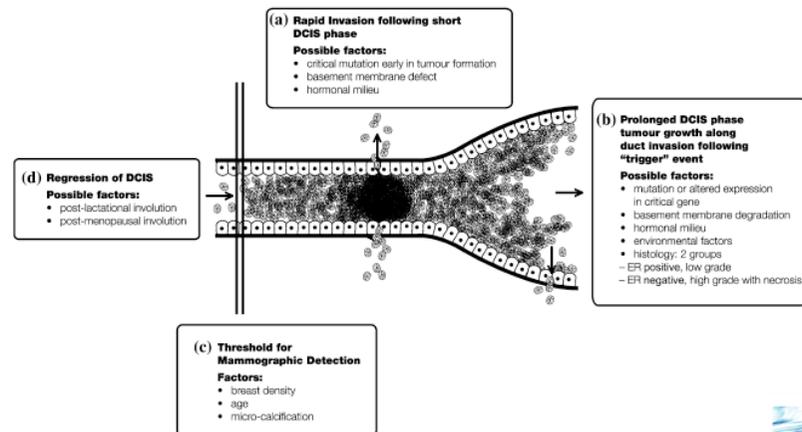


Figure 1. Possible pathways for the natural history of DCIS. Cross-section of a breast duct.



Institut  
Bergonié

# Marqueurs biologiques

- Van de Vijver ([The breast 2005](#))
  - Bas/Intermédiaire/Haut Grade DC 0%, vs 0.5% vs 2%
- Kerlikowske ([JNCI 2010](#))
  - ≠ RL in situ et Infiltrante
  - in situ = marge +/- p16+ Cox2- Ki67+/RE- Her2+ Ki67+
  - Infiltrant = Lésion palpable/ Triple + p16 Cox2 et Ki67
- Barnes ([Clin Cancer Research 2005](#))
  - grade, Ki67 et Her4- prédictifs de la RL
  - Pas de RT si Her4 +++



## Effets indésirables de la radiothérapie

- Dès 50 gy toute RL = Mastectomie
- RMI après radiothérapie plus difficile
- Mauvaise tolérance de la RT, patiente âgée habitant loin du centre.
- Toxicité cardiaque ([A. Mège Cancer/Radiothérapie 2011](#))
  - Plus importante à gauche
  - Définitive, irréversible et dégrade la QdV
  - Souvent asymptomatique et tardive
  - Facteurs liés aux patients : Age, tabac, Hormonothérapie
- Cancers du sein controlatéraux (champs tangentiels)?



## Qui ne pas traiter ?

- Les lésions bénignes ou à risque (HCA, HLA)
- Les CCIS type clinging ou micropapillaire (MCA)
- Les patientes âgées ayant des comorbidités
- Marqueurs biologiques (Her2, Her4, RH, cox2, P16, Ki67)

# Nouvelle proposition thérapeutique

## RADIODHÉRAPIE EXCESSIVE AU CHU



- > 60 ans
- CCIS bas grade
- <20 mm R0
- Pas de radiothérapie et surveillance annuelle
- Décision médicale partagée et objective
- Si rechute 2° TC avec RT