

RECOMMANDATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS IN SITU

GROUPE DE TRAVAIL INCA - SFSPM



**B. CUTULI, S. ROUSMANS, L. ARNOULD, B. BARREAU, JP.
BELLOCQ, P. BONNIER, A. FIGNON, E. FONDRINIER, A. FOURQUET,
C. LEMANSKI, A. LESUR, B. SIGAL-ZAFRANI, C. TUNON DE LARA,
L. BOSQUET, V. MAZEAU-WOYNAR**

LYON – SFSPM 13 Novembre 2009

RAPPEL (1)

- Avec la généralisation du dépistage les cancers in situ représentent **15 à 20%** de l'ensemble des CS et environ **25%** des lésions infracliniques
- **90%** sont des CCIS et **10%** des CLIS (ou LIN)
- On estime à **environ 8 000** le nombre de nouveaux CCIS par an en France

RAPPEL (II)

- **L'existant :**

**Recommandations pour la pratique clinique :
SOR 2004 pour la prise en charge des CCIS**

Rapport intégral → www.fnclcc.fr

**Plaquette de Synthèse → SOR → Cancer du Sein In
Situ**

Rapport abrégé : Bull. du Cancer 2005, 92 : 155-168

Standards,

Options &

Recommandations

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Standards, Options et Recommandations 2004

**Prise en charge des carcinomes
canalaires *in situ* (CCIS) du sein**

Validation du rapport original : 1995

Validation de la dernière mise à jour : Septembre 2004

Site Internet des SOR : www.fnclcc.fr





Standards,
Options &
Recommandations



Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2004 pour la prise en charge des carcinomes canalaire *in situ* du sein (rapport abrégé)

*Standards, Options and Recommendations
for the management of ductal carcinoma in situ of the breast (DCIS) :
update 2004*

Groupe de travail

Bruno CUTULI (coordonnateur)¹
Alain FOURQUET (coordonnateur
associé)²
Elisabeth LUPORSI (méthodologiste
associée)³
Laurent ARNOULD⁴
Yves CARON⁵
Patricia de CREMOUX²
Jean-Marie DILHUYDY⁷
Eric FONDRINIER⁸
Emmanuelle FOURME⁹
Sylvia GIARD-LEFEVRE¹⁰
Magali LE BLANC-ONFROY¹¹
Claire LEMANSKI¹²
Louis MAURIAC¹³
Brigitte SIGAL-ZAFRANI¹⁴
Anne TARDIVON¹⁵
Pascale THIS¹⁶
Christine TUNON DE LARA¹⁷
Youri KIROVA²
Nicolas FABRE¹⁸

Validation du rapport original : 1995
Validation de la dernière mise à jour :
septembre 2004

LE NOUVEAU PROJET 2008-2009

· Origine

- Premier partenariat étroit entre la SFSPM et l'INCA
- Groupe d'Experts (rédacteurs) de la SFSPM
- Méthodologistes et Médecins de l'INCA

· Buts

- Actualisation de l'ancien document en intégrant toutes les nouvelles données bibliographiques entre 2004 et juin 2009

· Méthodologie

- Méthode « mixte » :
 - Analyse des niveaux de preuve scientifique
 - Accord d'experts

DEFINITION DES NIVEAUX DE PREUVE

Niveau A

Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents.

Niveau B

Il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.

Niveau C

Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.

Niveau D

Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.

Accord d'experts

Il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime.

ET CONCRETEMENT...

- Discussion et préparation du projet (INCA / SFSPM)
 - Janvier - Avril 2008
- Été 2008
 - 2 réunions préparatoires (B. Cutuli / S. Rousmans)
- 16/10/2008
 - 1 réunion du groupe de travail
- Elaboration finale du document
 - Juin 2009
- 09/09/2008
 - Dernière réunion avec intégration des commentaires des relecteurs
- Elaboration des recommandations
 - Reflet de l'attitude clinique reconnue à l'unanimité (référence)
 - Reflet d'une attitude non reconnue à l'unanimité (pouvant être discutée)

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

- Stratégie diagnostique devant une anomalie mammaire radiologique ou clinique
- Prise en charge thérapeutique d'un CCIS
- Prise en charge thérapeutique de la récurrence d'un CCIS traité
- Prise en charge thérapeutique d'un CLIS

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

Découverte d'une anomalie radiologique

→ DÉCOUVERTE D'UNE ANOMALIE RADIOLOGIQUE LORS D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ (OU INDIVIDUEL) (90% des cas)

1. Examen clinique

2. Imagerie

- ✓ Mammographie et échographie bilatérales
- ✓ Si facteur de risque supplémentaire* : l'IRM mammaire peut être discutée

3. Histologie

- ✓ Si ACR 4 et 5⁺ : prélèvement biopsique systématique
- ✓ Si ACR 3⁺ : la réalisation d'un prélèvement biopsique peut être discuté

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

Découverte d'une anomalie clinique

→ DÉCOUVERTE D'UNE ANOMALIE CLINIQUE (10% des cas)
MASSE PALPABLE, ÉCOULEMENT SERO-SANGLANT, MALADIE DE PAGET

EN CAS DE MASSE PALPABLE

1. Examen clinique
2. Imagerie
 - ✓ Mammographie et échographie bilatérales
3. Histologie Prélèvement biopsique systématique

EN CAS D'ÉCOULEMENT SERO-SANGLANT

1. Examen clinique
2. Imagerie
 - ✓ Mammographie et échographie bilatérales
 - ✓ Si facteur de risque * : l'IRM mammaire peut être discutée
 - ✓ Pas de galactographie
3. Histologie Pyramidectomie

EN CAS DE MALADIE DE PAGET

1. Examen clinique
2. Imagerie
 - ✓ Mammographie et échographie bilatérales
 - ✓ Si absence d'anomalie mammographique et/ou échographique: IRM mammaire
3. Histologie Biopsie cutanée mamelonnaire

IMAGERIE MEDICALE (I)

- **La mammographie bilatérale** (analogique ou numérique) associée à des **clichés centrés agrandis** (face / profil) pour les micro-calcifications reste l'examen de référence pour la détection des CCIS
- Aucune nouvelle donnée sur sa place n'a été identifiée depuis 2004

IMAGERIE MEDICALE (II)

- **L' échographie** peut apporter des informations complémentaires :
 - En présence de signes cliniques sans anomalie mammographique
 - Pour préciser le diagnostic en cas de masse ou distorsion architecturale
 - Pour rechercher des anomalies faisant suspecter une composante invasive (ou une multifocalité) en cas de plage étendue de microcalcifications
 - Dans les seins denses

IMAGERIE MEDICALE (III)

- **L'IRM** peut être proposée en cas d'écoulement sero sanglant, de Maladie de Paget, de haut risque de type génétique, de sein de densité très élevée ou d'irradiation thoracique antérieure
- Une seule étude (**KUHL C. Lancet 2007, 370 : 485-92**) a montré, parmi 167 patientes dépistées, une sensibilité plus élevée de l'IRM par rapport à la mammographie
- Une autre étude (**LEHMAN C. NEJM 2007, 356 : 1295-1303**) a montré un intérêt de l'IRM pour la détection des cancers occultes controlatéraux.
- Une troisième étude (**SOLIN L. JCO 2008, 26 : 386-391**) a montré que l'IRM n'augmentait pas le taux de détection des RL après traitement conservateur radio-chirurgical

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

Modalités techniques

MODALITÉS TECHNIQUES DU PRÉLÈVEMENT BIOPSIQUE :

En cas de calcifications :

- macrobiopsie par voie percutanée utilisant un système à aspiration
- microbiopsie par voie percutanée si macrobiopsie techniquement non réalisable

En cas de masses palpables et radiologiques :

- microbiopsie par voie percutanée

Si impossibilité technique de réaliser une biopsie percutanée :

- biopsie chirurgicale

* Selon la classification en catégories BI-RADS de l'American College of Radiology (ACR) (modifiées par l'ANAES en février 2002).

* Haut risque de type génétique, sein de classe de densité 4, irradiation thoracique antérieure

OBSERVATOIRE NATIONAL « PRACCIS » DES STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE DES CCIS

ANALYSE DE 1289 PATIENTES TRAITÉES EN FRANCE ENTRE MARS 2003 ET AVRIL 2004

British Journal of Cancer (2009) 100, 1048–1054

© 2009 Cancer Research UK All rights reserved 0007–0920/09 \$32.00

www.bjcancer.com

Breast-conserving surgery with or without radiotherapy vs mastectomy for ductal carcinoma *in situ*: French Survey experience

B Cutuli^{*,1}, C Lemanski², A Fourquet³, B de Lafontan⁴, S Giard⁵, A Meunier⁶, R Pioud-Martigny⁷, F Campana³, H Marsiglia⁸, S Lancrenon⁹, E Mery⁴, F Penault-Llorca¹⁰, E Fondrinier¹¹ and C Tunon de Lara¹²

¹Radiation Oncology Department, Polyclinique Courlancy, 38 rue Courlancy, Reims 51100, France; ²Department of Radiation Oncology, Centre Val d'Aurelle, Montpellier Cedex 34094, France; ³Department of Radiation Oncology, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, Paris 75231, France; ⁴Department of Radiation Oncology and Pathology, Centre Claudius Regaud, 20-24 rue du Pont St Pierre, Toulouse 31052, France; ⁵Department of Breast Surgery, Centre Oscar Lambret, Rue F. Combemale, Lille 59020, France; ⁶Department of Breast Surgery, Centre Léon Bérard, 28 avenue Laennec, Lyon 69373, France; ⁷Department of Breast Surgery, Centre René Gauducheau, Bd J. Monod, Nantes 44085, France; ⁸Department of Radiation Oncology, Institut Gustave Roussy, 39 rue C. Demoullins, Villejuif 94805, France; ⁹Department of Statistics, Sylia-Stat, 10 Bd Marechal Joffre, Bourg-la-Reine 92340, France; ¹⁰Department of Pathology, Centre Jean Perrin, 30 Place H. Dunant, Clermont-Ferrand 63011, France; ¹¹Department of Surgery, Centre Paul Papin, 2 rue Moll, Angers 49036, France; ¹²Department of Breast Surgery, Institut Bergonie, 229 Cours de l'Argonne, Bordeaux 33076, France

Table 1 Correlation between number of extra surgical procedures and pre-operative biopsy (percent patients)

Number of extra surgical procedures	No biopsy	SCNB	VANB
<i>CS and CS+RT</i>	<i>n = 257</i>	<i>n = 175</i>	<i>n = 334</i>
1	72.4	83.4	92.3
2 or 3	27.6	16.6	7.7
<i>Mastectomy</i>	<i>n = 138</i>	<i>n = 91</i>	<i>n = 163</i>
1	10.1	53.8	58.3
2 or 3	89.9	46.2	41.7

Abbreviations: CS = conservative surgery; RT = radiotherapy; SNCB = stereotactic core-needle biopsy; VANB = vacuum-assisted needle biopsy. $P < 0.0001$ for each comparison between treatments according to χ^2 -test.

- Le traitement de première intention quand il est réalisable et accepté par la patiente, **est un traitement conservateur reposant sur la chirurgie conservatrice associée à une radiothérapie**
- Quatre essais randomisés (ayant inclus au total 4560 patientes) ont confirmé **une réduction des RL (in situ et invasive) de \cong 50% par l'adjonction d'une radiothérapie mammaire (50 Gy / 25fr. ou équivalent) (NIVEAU A)**

THE PUBLISHED RANDOMIZED TRIALS



NSABP B-17

**1985-1990
(n=818)**



EORTC 10583

**1986-1996
(n=1002)**



UK – DCIS TRIAL

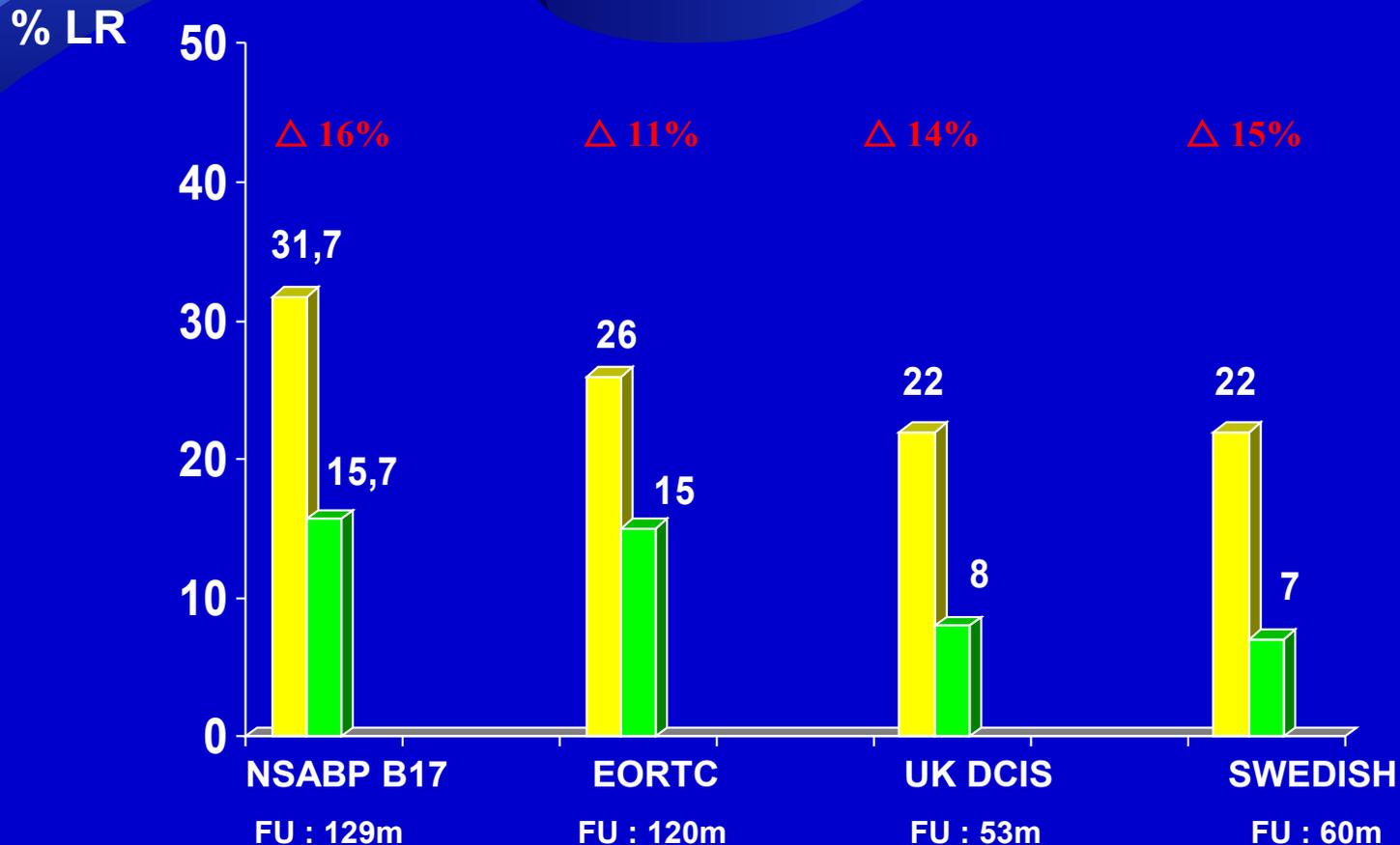
**1990-1998
(n= 1694)**



SWEDISH TRIAL

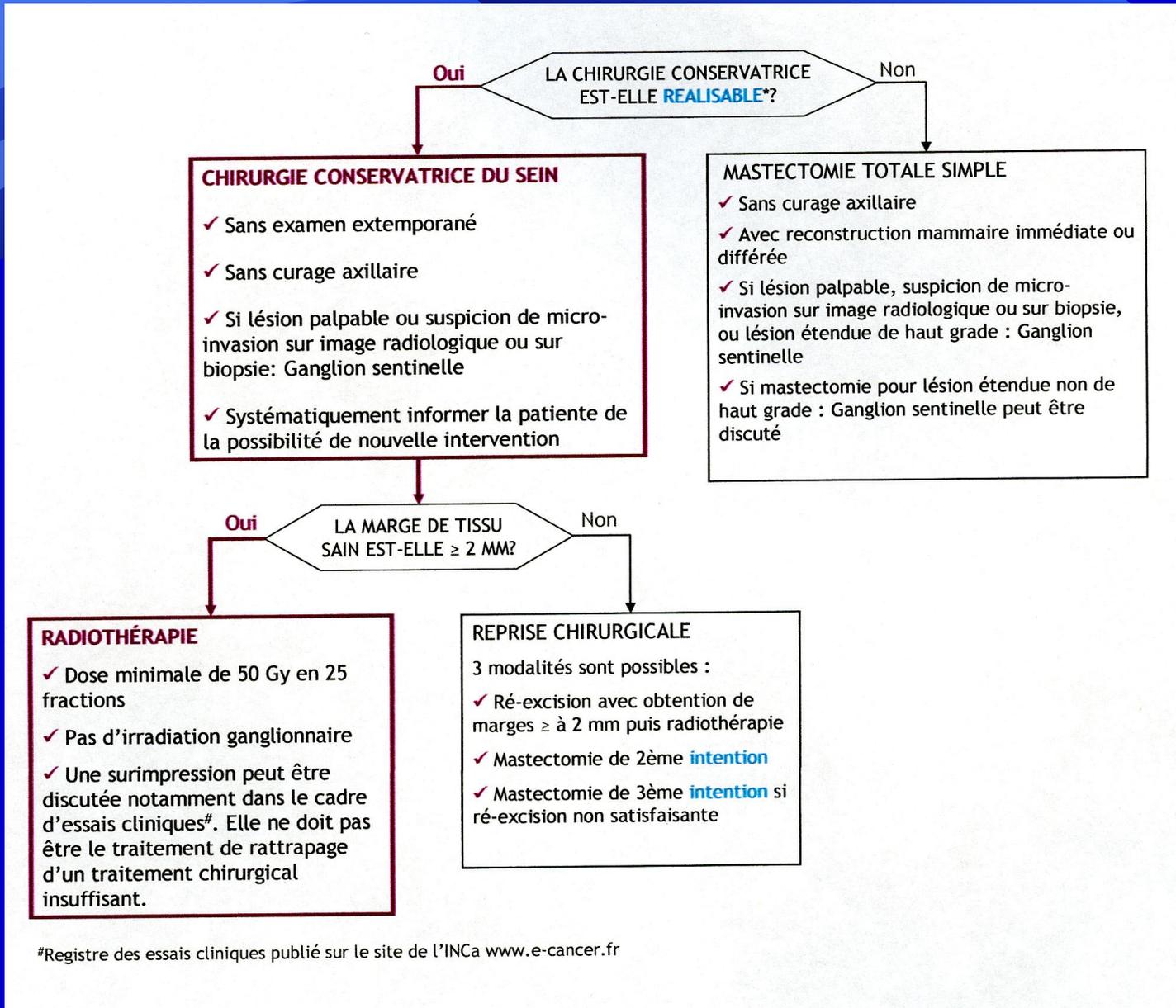
**1987-1999
(n= 1046)**

SUMMARY OF RANDOMIZED TRIALS WITH OR WITHOUT RT RESULTS



- La chirurgie conservatrice est dite réalisable si elle permet l'obtention de berges saines, avec un résultat esthétique satisfaisant et que la patiente l'accepte après information sur les risques de récurrence
- La patiente doit toujours être informée de la possibilité d'une deuxième intervention sur le sein en cas d'exérèse insuffisante ou d'une exploration axillaire en cas de découverte d'un foyer invasif à l'examen anatomopathologique définitif
- Après l'intervention, une mammographie peut être proposée s'il existe un doute sur la persistance de microcalcifications

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE D'UN CCIS



#Registre des essais cliniques publié sur le site de l'INCa www.e-cancer.fr

- Dans l'observatoire PRACCIS 2003-2004 :
 - 70% des patientes ont eu une intervention
 - 27% , deux interventions et 3% trois

- Globalement :

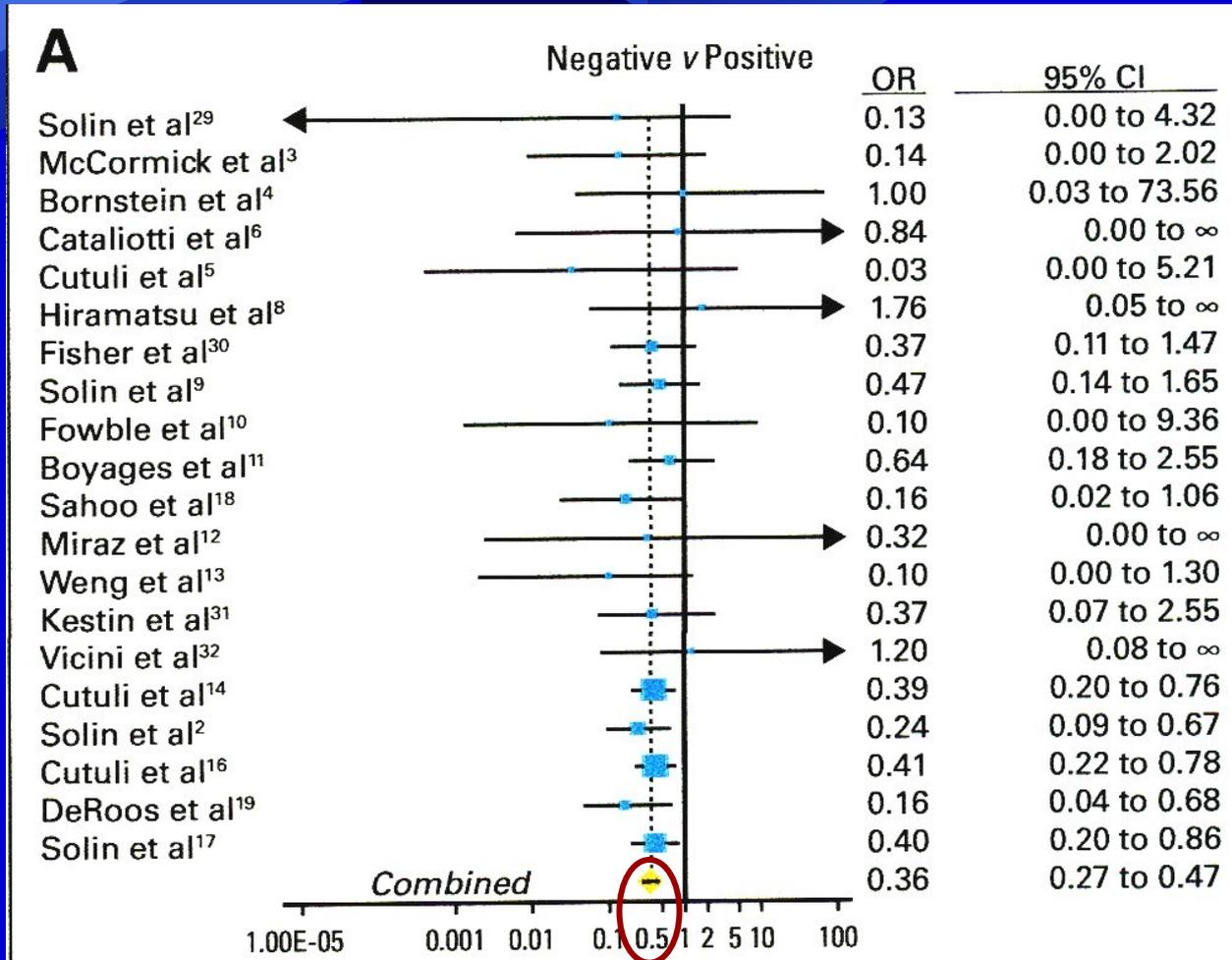
- 797 (70%) ont eu une chirurgie conservatrice (dont 89% avec une RT complémentaire)
- 393 (30%) ont eu une mastectomie (dont 40%) en un temps et 60% en 2 ou 3 temps)

**EFFECT OF MARGIN STATUS ON LOCAL
RECURRENCE AFTER BREAST
CONSERVATION AND RADIATION
THERAPY FOR DCIS**

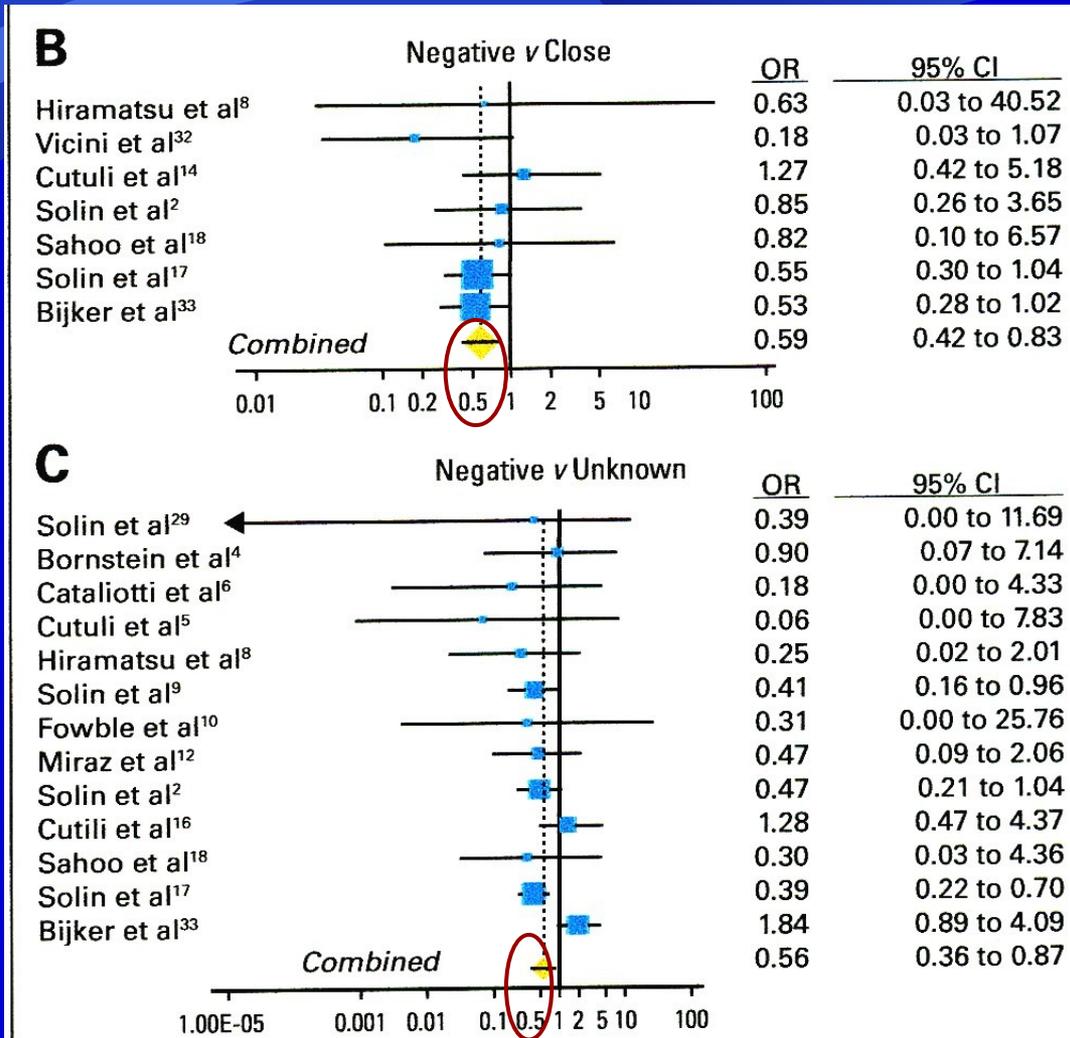
DUNNE C et al JCO 2009, 27 : 1615-1620

- ***Méta analyse de 22 études publiées entre 1990 et 2006 dont deux essais randomisés : NSABP B-17 et EORTC 10853, regroupant au total 4660 patientes traitées par CC + RT***

ANALYSE DES ETUDES : COMPARAISON MARGES NEGATIVES VS POSITIVES



ANALYSE DES ETUDES : COMPARAISON MARGES NEGATIVES VS PROCHES OU INCONNUES



ANALYSE DES OR DE RL EN FONCTION DE L'ETAT DES MARGES

NEGATIVE

VS

OR = 0.36 [IC 95% 0.27-0.47]

POSITIVE

NEGATIVE

VS

OR = 0.59 [IC 95% 0.42-0.47]

CLOSE/UNKNOWN

NB : Variabilité de la définition de « close margin » dans les études

IMPORTANCE DE LA MARGE D'EXERESE ET TAUX DE RL

Table 2. Optimum Margin Threshold for DCIS Resection (n = 2,514)

Negative Margin Width	No. of Patients	% of Patients With IBTR	Relapse v > 5 mm		
			OR	95% CI	P
No cells on ink	914	9.4	2.56	1.1 to 7.3	< .05
1-mm margin	1,239	10.4	2.89	1.3 to 8.1	< .05
2-mm margin	207	5.8	1.51	0.51 to 5.0	> .05
≥ 5-mm margin	154	3.9	1		

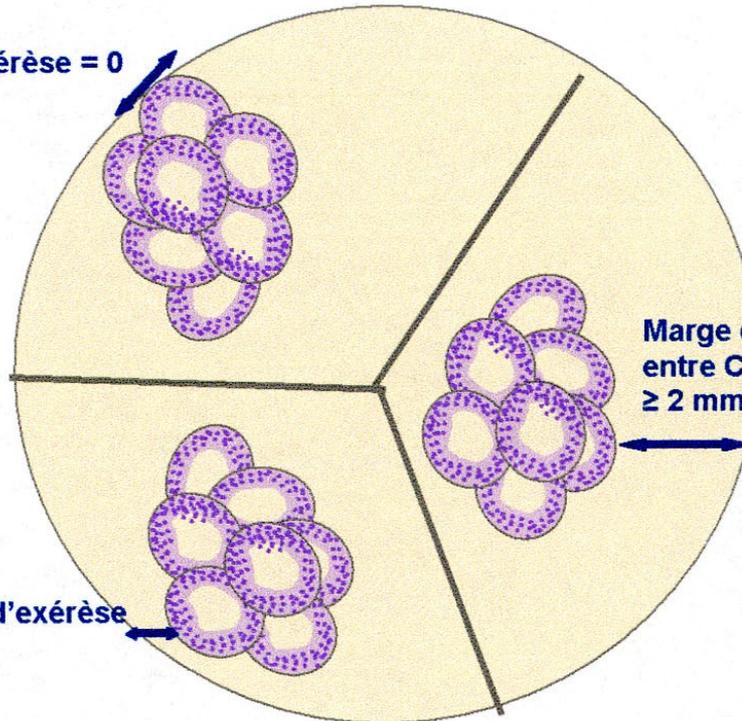
Abbreviations: DCIS, ductal carcinoma in situ; IBTR, ipsilateral breast tumor recurrence; OR, odds ratio.

CONCLUSIONS

- *...This examinations of a large international data set confirm that margins clear of disease are the gold standard for BCS followed by RT in the management of DCIS*
- *This meta-analysis also demonstrated that 2-mm margins provide equal control when compared with larger margins*

LIMITES D'EXÉRÈSE

Marge de tissu sain
entre CCIS et berge d'exérèse = 0



Marge de tissu sain
entre CCIS et berge d'exérèse
< 2 mm.

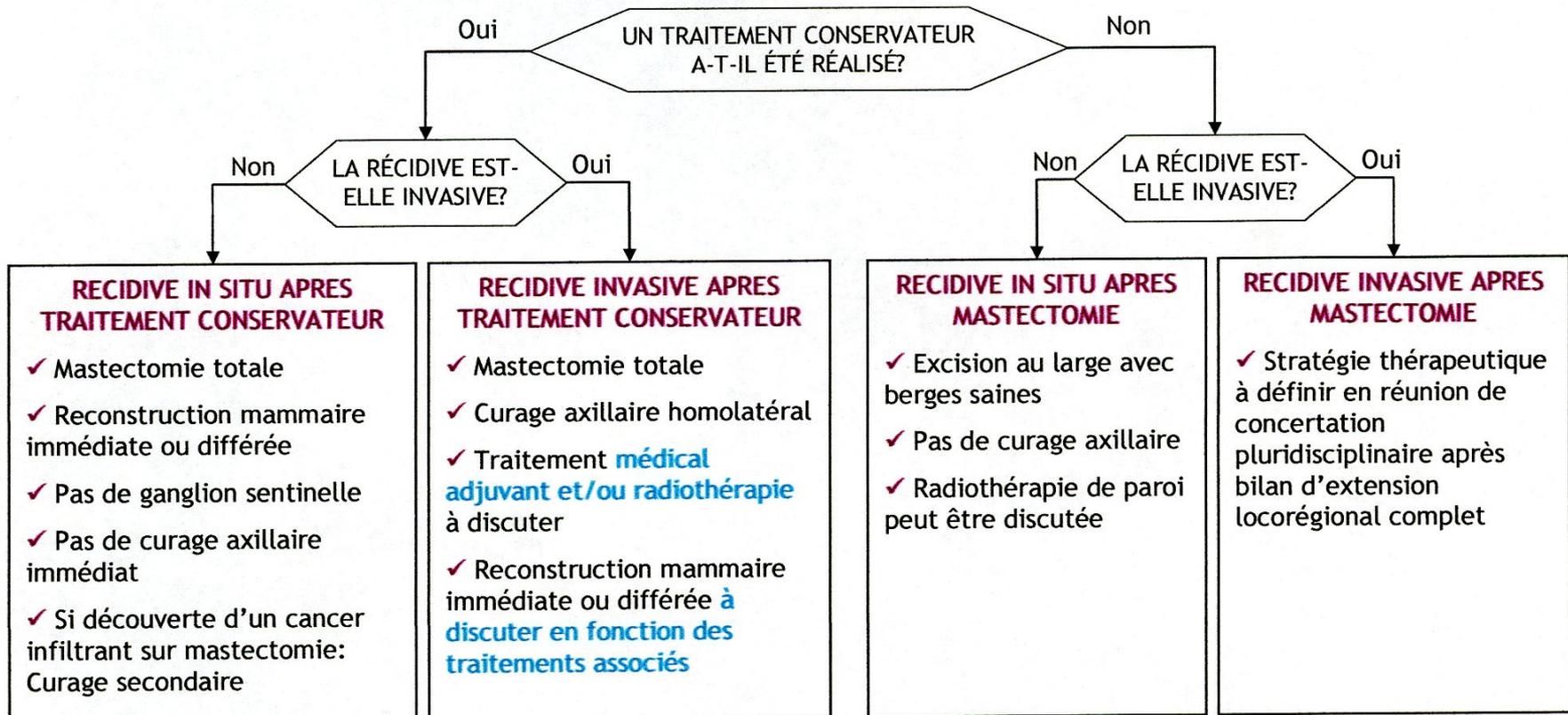
Marge de tissu sain
entre CCIS et berge d'exérèse
≥ 2 mm.

CCIS : HORMONOTHERAPIE

- Aucune nouvelle donnée sur ce sujet depuis 2001
- Pas de publications concernant l'essai NSABP B-24 (ALLRED 2002, SABCS)
- Actualisation prévue à SAN ANTONIO pour le UK-ANZ DCIS TRIAL (SESTAK, Abs. 34)
- **Le groupe d'expert considère donc que l'hormonothérapie n'est pas indiquée en dehors d'essais prospectifs**

NB : Pour mémoire, dans l'essai NSABP B-24, il n'y a pas de bénéfice du TAM chez les patientes de ≥ 50 ans et/ou avec marges d'exérèse négatives.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA RECIDIVE D'UN CCIS



LOCAL RECURRENCES (LR) AND METASTASES AFTER CONSERVATIVE TREATMENT OF DCIS (RETROSPECTIVE STUDIES AND RANDOMIZED TRIALS)

	St Louis series	International Collaborative Group	Southern California group	French Series	NSABP B17 ⁽³⁾	EORTC 10583 ⁽³⁾
Number of cases	177	1003 ⁽²⁾	583	1215	814	1010
Period	1985-96	1973-95	1971-00	1985-96	1985-90	1986-96
Treatment:						
CS	-	-	346	403	403	503
CS+RT	177	1003	237	812	411	507
Median FU (months)	84	102	106 (CS+RT) 70 (CS)	80	90	126
LR: total	16 ⁽¹⁾ (9%)	90 (9%)	109 (18.7%)	195 (17%)	151 (18.5%)	207 (20.5%)
LR: in situ	4 (25%)	34 (38%)	62 (57%)	82 (42%)	81 (54%)	103 (50%)
LR: invasive	12 (75%)	56 (62%)	47 (43%)	113 (58%)	70 (46%)	104 (50%)
Axillary recurrence	1	5	5	23	6	NS
Metastases	1 (0.5%)	8 (0.7%)	7 (1.2%)	16 (1.3%)	6 (0.7%)	32 (3.2%)
MIR ⁽⁴⁾	8.3%	14.3%	14.9%	14.2%	8.6%	24.3%

- (1): one case of angiosarcoma excluded
(2): all cases mammographically detected
(3): randomized trials
(4): metastasis/invasive recurrence ratio

CCIS : ESSAIS ET ETUDES EN COURS

ESSAI BOMBIS (Dr AZRIA)

· Evaluation de la surimpression après traitement conservateur

ETUDE CINNAMONE (Dr C. TUNON DE LARA)

· Evaluation du ganglion sentinelle (GAS) dans les CCIS étendus nécessitant une mastectomie

ESSAI IBIS II (Dr T. DELOZIER)

· Evaluation du Tamoxifène vs Anastrozole (pour les CCIS RH+) chez des femmes ménopausées âgées de 40 et 70 ans après chirurgie +/- RT

NSABP B-35

· Evaluation du Tamoxifène vs Anastrozole chez les femmes ménopausées traitées par chirurgie conservatrice +/- RT

- Actualisation de l'étude observationnelle PRACCIS (1289 patientes traitées en France en 2003-2004)
- Projet de coopération entre l'INCA (Département Dépistage, J. VIGUIER) et l'ISCA (Institut du Sein de Champagne Ardenne, B. CUTULI)
- Evaluation à 5 ans des taux de RL / métastases / CSC / 2d cancer en fonction des traitements
- Résultats prévus pour Juin 2010
(1 colloque Francophone sur les CCIS à RFIMS le 18/06/2010)

CONCLUSION

- Grâce au dépistage, les CCIS vont représenter 20% des CS
- Il s'agit de lésions de très bon pronostic, avec un **taux de guérison global > 97%**
- Toutefois, ils nécessitent **une prise en charge initiale optimale par un traitement radio-chirurgical conservateur (avec exérèse complète et radiothérapie) ou parfois par mastectomie (+reconstruction)**
- L'hormonothérapie n'a pas (encore) de place en dehors d'essais prospectifs
- **Le GAS garde des indications très sélectives**
- Le sous-groupe de patientes pouvant être traitées par chirurgie exclusive reste à déterminer (biologie moléculaire ?)



Coordination

Nancy

Anne Lesur

Reims

Bruno Cutuli

Strasbourg

Jean-Pierre Bellocq

Béatrice Gairard

Contact congrès SFSPM

Michèle Peter

Tél. +33 (0)6 31 24 27 59

sfspm.michele.peter@free.fr



32èmes
journées

3^{du}
au 5
novembre

de la Société Française de

sénologie **2010**

et de Pathologie Mammaire

STRASBOURG

Palais des Congrès

la femme jeune face
au cancer du sein

CARCINOME LOBULAIRE IN SITU (CLIS)

- Défini en 1941 par FOOTE et STUART, le CLIS correspond à une prolifération cellulaire ressemblant au CLI, mais encore entouré par la membrane basale, dans au moins la moitié d'une cavité lobulaire du sein.
- La distinction avec une HLA est parfois difficile, d'autant plus que les deux lésions coexistent souvent et leur signification pronostique est similaire.
- Le terme de Néoplasie Lobulaire (ou LIN) a donc été introduit en 2003 pour regrouper ces lésions

LAKHANI S. EJC 2006, 42 : 2205-11

PAGE D. LANCET 2003, 361 : 125-29

BRATTHAUER AND TAVASSOLI WIRCH ARCH 2002, 440 : 134-8

CLASSIFICATION DES LESIONS LOBULAIRES EN LIN

Grade		Équivalent
LIN1	Remplacement partiel ou complet, ou déplacement des cellules épithéliales normales des acini à l'intérieur de un ou plusieurs lobules par la prolifération de cellules généralement uniformes, qui peuvent remplir, mais non distendre, les lumières acineuses atteintes, comparé aux acini adjacents non atteints.	ALH
LIN2	Prolifération plus abondante de cellules identiques remplissant et distendant certains ou tous les acini. Les bordures acineuses restent distinctes et séparées avec persistance de stroma entre les différents acini. Quelques lumières acineuses résiduelles peuvent persister.	ALH ou CLIS
LIN3	<p>Type 1. Prolifération de cellules identiques, mais parfois des cellules plus atypiques peuvent prédominer. Un paramètre important est le degré massif de distension des acini de telle façon que les acini peuvent apparaître confluents. Le stroma inter acineux est rarement visible.</p> <p>Type 2. Cellules proliférantes de type « bague à chaton ». Dans ce cas, une distension acineuse importante peut ne pas être présente.</p> <p>Type 3. Distension acineuse avec nécrose centrale.</p>	CLIS

QUELLE SIGNIFICATION ?

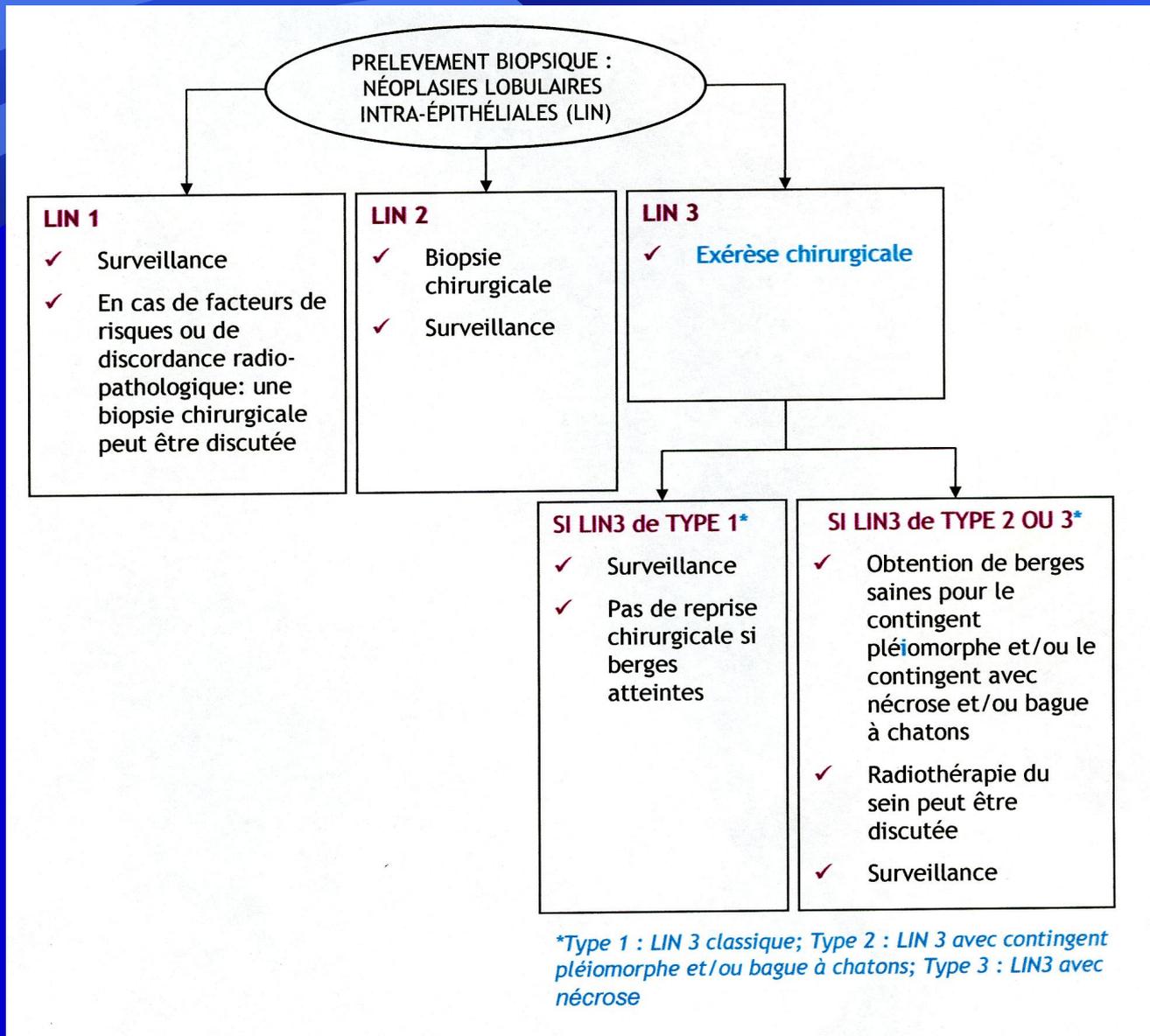
- Simple marqueur de risque ou véritable précurseur d'un cancer invasif ?
- Difficultés d'analyse car :
 - Lésion rare (petites séries)
 - Variation des classifications anatomopathologiques
 - Modalités de prélèvements variables
 - Evaluation du suivi très hétérogène (analyse des « rechutes » : invasives seules ou in situ / uni ou controlatérales)
 - Interaction avec autres facteurs souvent non précisé (ATCD familiaux)

- Dans la littérature, la présence de lésions de CLIS/HLA multiplie par 4 à 5 le risque relatif de survenue d'un cancer invasif
-
- Plusieurs équipes de pathologistes ont souligné qu'il ne s'agit pas toujours d'une « lésion indolente » mais que certaines doivent bénéficier d'une prise en charge plus agressive, similaire à celle des CCIS

BIBEAU F. BULL. CANCER 2005, 92 : 453-8

SIGAL-ZAFRANI B. ANN PATHOL 2003, 25 : 574-53

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE D'UN CLIS



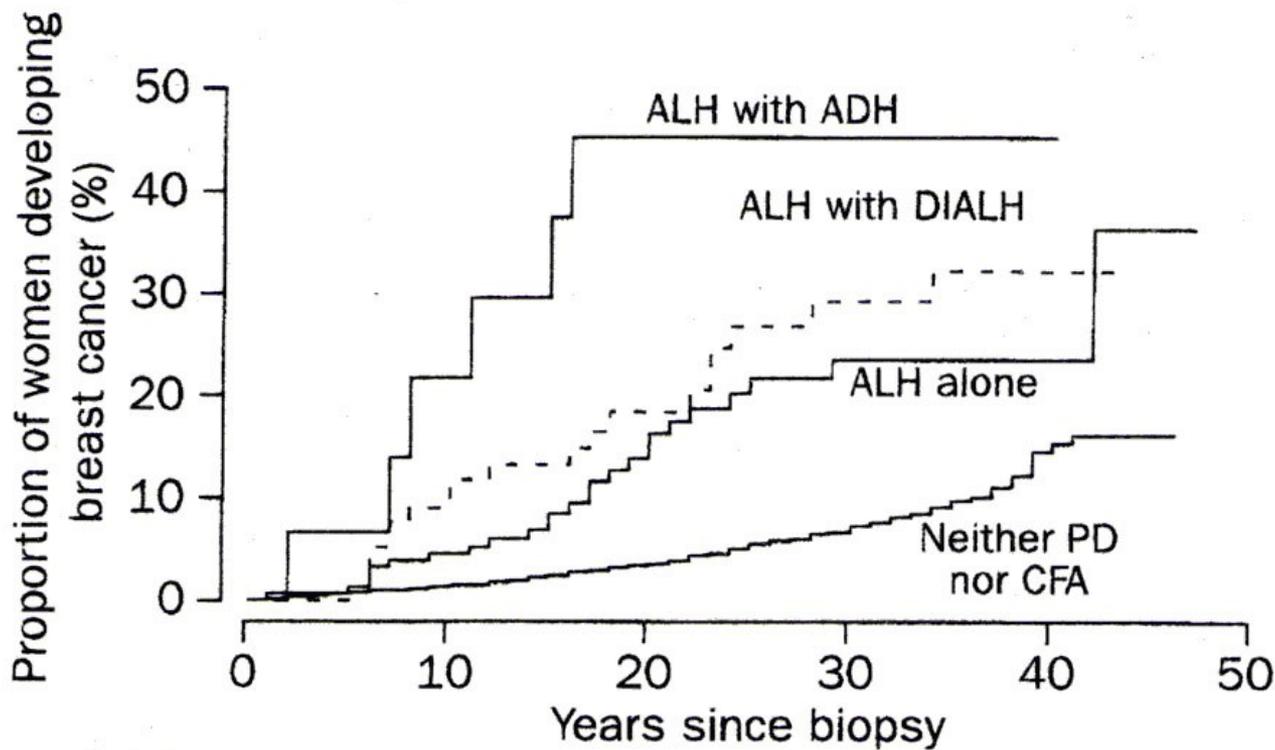
DISCUSSION

- L'hétérogénéité des pratiques a conduit à limiter les recommandations pour la prise en charge des CLIS
- Celles-ci sont principalement issues d'un consensus d'experts
- Le point le plus important est l'identification d'un sous-groupe de formes « agressives » évoluant (de façon similaire au CCIS) vers un cancer infiltrant
- Dans 2 études, le Tamoxifène et la radiothérapie ont montré une efficacité en réduisant le taux de cancers infiltrants

REMERCIEMENTS

- **A tout le groupe de travail**
- **A Sophie ROUSMANS**
- **A tous les relecteurs**
- **A Mmes B. SERADOUR et C. BARA**





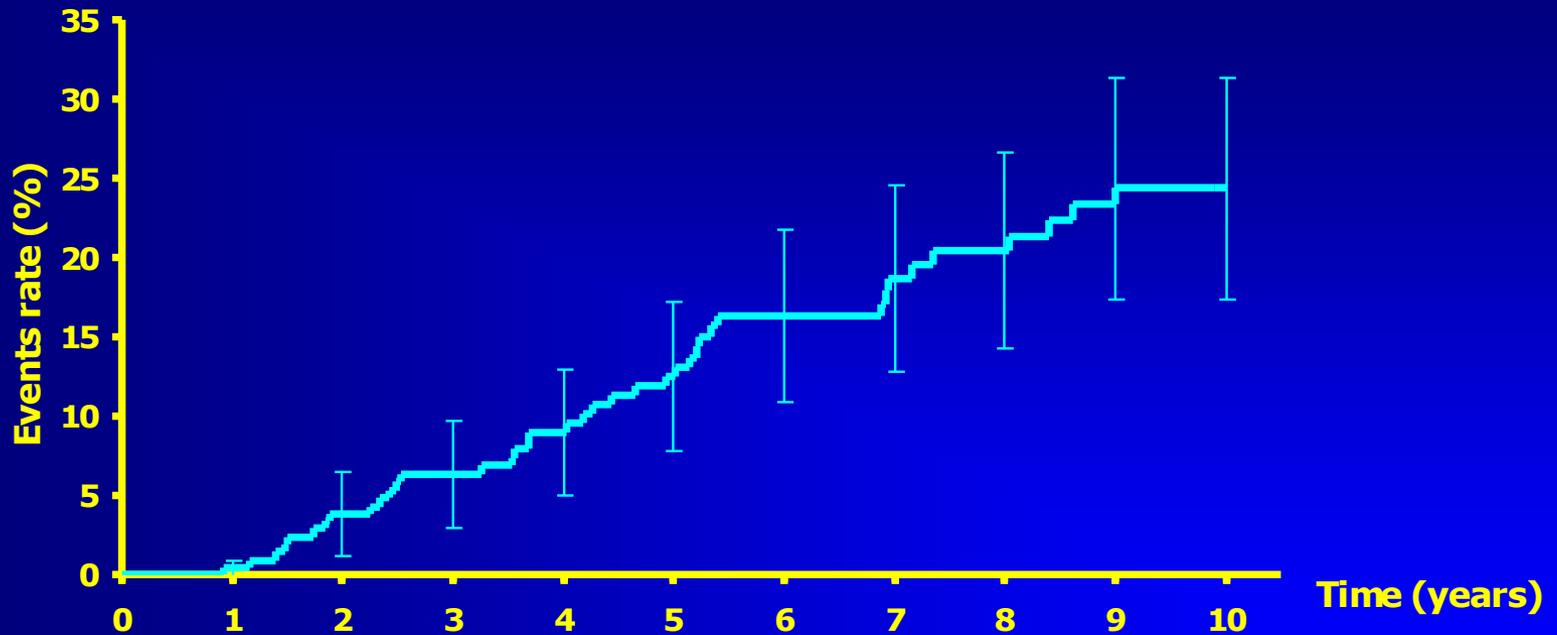
Number at risk						
	0	10	20	30	40	50
ALH with ADH	21	12	4	4	0	0
ALH with DIALH	85	67	40	27	4	0
ALH alone	179	144	71	39	9	0
No PD or CFA	7415	6865	4416	1679	119	0

Cumulative breast cancer morbidity in women with atypical lobular hyperplasia and without proliferative disease or complex fibroadenoma

***LOBULAR CARCINOMA IN SITU (LCIS)
INDOLENT DISEASE OR PRECURSOR OF
INVASIVE BREAST CANCER ?
ANALYSIS OF 330 CASES***

***CUTULI B., HERNANDEZ J., KIROVA Y., LEVY C.,
LEMANSKI C., CHARRA-BRUNAUD C.,
GIARD S., PENAUT-LLORCA F., QUETIN P.
COHEN-SOLAL-LE NIR C., FONDRINIER E.,
DE LAFONTAN B., MEUNIER A., FAY R.,
□□□***

LCIS LR AFTER CS



Left at risk

220

181

145

83

64

Events (%)

0.0

6.3

12.5

20.4

24.3

N.B : (1) 10-year LR Risk : 24% (2) Median LR delay : 4.4 years

CONCLUSIONS (II) TREATMENT OPTIONS

- *Mastectomy has often been considered an overtreatment, but it may be discussed especially in women with other risk factors.*
- *Lumpectomy alone leads to a $\cong 20\%$ 10-year LR rate ($\cong 60\%$ invasive)*
- *In NSABP P1 trial, Tamoxifen showed a 56% reduction risk for IBC*
- *In our limited experience, BCS + RT has lead to an excellent local control rate (95% at 12 years)*



ELSEVIER

available at www.sciencedirect.com



journal homepage: www.ejconline.com



The management of lobular carcinoma in situ (LCIS). Is LCIS the same as ductal carcinoma in situ (DCIS)?

Sunil R Lakhani^{a,}, Werner Audretsch^b, Anne-Marie Cleton-Jensen^c, Bruno Cutuli^d, Ian Ellis^e, Vincenzo Eusebi^f, Marco Greco^g, Richard S Houslton^h, Christiane K Kuhlⁱ, John Kurtz^j, Jose Palacios^k, Hans Peterse^l, France Rochard^m, E. Rutgersⁿ,
on behalf of EUSOMA*

EUSOMA LCIS MEETING LONDON 01/02/2004