

# Carcinome lobulaire in situ, étude de cohorte monocentrique de 113 cas : aspect radiologique, traitement et évolution

A. Pham Becker<sup>1</sup>, L. Ceugnart<sup>2</sup>, YM. Robin<sup>3</sup>, I. Farre<sup>3</sup>, J. Bonneterre<sup>4</sup>, MP. Chauvet<sup>5</sup>

1. Service d'oncologie Centre Oscar Lambret COL Lille 2. Service de radiologie COL Lille 3. Service d'anatomopathologie COL Lille 4. Service d'oncologie sénologique COL Lille 5. Service de chirurgie sénologique COL Lille

## Introduction

Le carcinome lobulaire in situ (CLIS) est une pathologie rare. Il représente 10-15% des carcinomes in situ soit 0.5-3.8% des cancers du sein (1).

L'objectif de notre étude était d'évaluer les caractéristiques radiologiques, le traitement et l'évolution des CLIS.

## Méthodes

Notre étude de cohorte rétrospective monocentrique a inclus 113 patientes de 2000 à 2010 au Centre Oscar Lambret. Le diagnostic de CLIS a été réalisé sur une macro biopsie, une micro biopsie ou une biopsie chirurgicale. Les critères d'exclusion étaient la présence d'un carcinome invasif, ou d'un carcinome canalaire in situ (CCIS) sur la biopsie initiale.

Les patientes ont été opérées (mastectomie partielle ou totale) ou ont bénéficié d'un suivi (mammographie annuelle). Parmi les patientes opérées, une sous estimation était définie par la présence d'un carcinome invasif ou d'un CCIS sur la pièce opératoire. Une relecture anatomopathologique a été réalisée chez les patientes sous estimées. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du test du Chi 2 ou du test exact de Fisher.

## Résultats

L'âge moyen était de 53 ans [8]. La durée médiane de suivi était de 75 mois [12-137]. On observait des micro-calcifications dans la majorité des mammographies (81/113)(Fig 1).

68% (77/113) des patientes ont bénéficié d'une macro biopsie (Fig 2), 16% (18/113) d'une micro biopsie, 12% (14/113) d'une biopsie chirurgicale après repérage radiologique. Enfin, 4 patientes ont été prises en charge en dehors du centre, et sont considérées comme perdues de vue. Après biopsie, 73% (73/99) des patientes ont bénéficié d'une biopsie chirurgicale, 3% (3/99) ont choisi une mastectomie totale et une simple surveillance dans 23% (23/99) des cas. Parmi les patientes opérées, on notait 14% (11/76) de cas sous estimés (3 CCIS, 2 CCIS avec micro infiltration et 6 cancers invasifs). Le taux de sous-estimation était plus élevé chez les patientes ACR 5 (8.9% pour les ACR3-4 vs 30.4% pour les ACR5, p=0.030). Le seul autre facteur prédictif de sous-estimation significatif était le déplacement du clip préopératoire après macrobiopsie.

14 patientes ont présenté un événement au cours de leur suivi. Le délai médian entre le CLIS et cet événement était de 59 mois [10-115]. Parmi ces patientes, 71% (10/14) avaient été opérées. On observait un événement homolatéral dans 50% (7/14) des cas, mais seulement 3 cas au niveau du même site. 2 patientes opérées ont présentées un CCI ou un CLI dans le même quadrant (2,2%) contre 1 CLI dans le groupe non opéré (4,3%)(DNS).

## Discussion

En accord avec la littérature, la découverte de NL à partir de micro-calcifications était le plus fréquent (2).

La prise en charge des CLIS est controversée. La plupart des auteurs s'accordent sur une prise en charge chirurgicale du fait des risques de sous estimation (3).

Compte tenu du petit nombre d'évènement il est difficile de conclure avec cette étude. La classification ACR a tout son intérêt pour prédire une sous-estimation.

## Conclusion

Aucun facteur pertinent permettant d'isoler un groupe de patientes pouvant être dispensées d'une biopsie chirurgicale n'a été mis en évidence. En cas de CLIS diagnostiqué par biopsie et de mammographie classée ACR5, une biopsie chirurgicale semble nécessaire du fait du risque de sous estimation, de l'ordre de 30%. Avec un recul moyen de 6,2 ans, peu d'évènements dans le même quadrant sont survenus. Le CLIS est un marqueur de risque de carcinome invasif homo ou controlatéral pour lequel un suivi reste conseillé.

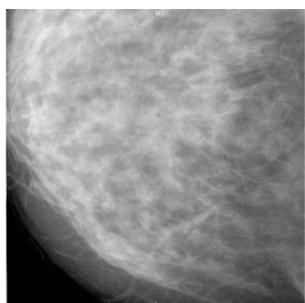


Figure 1. Micro calcifications



Figure 2. Macro biopsie

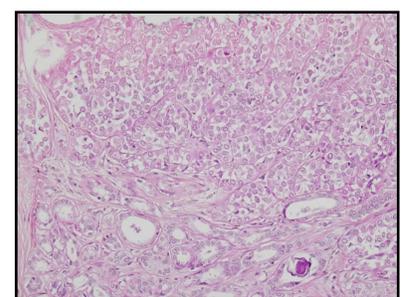
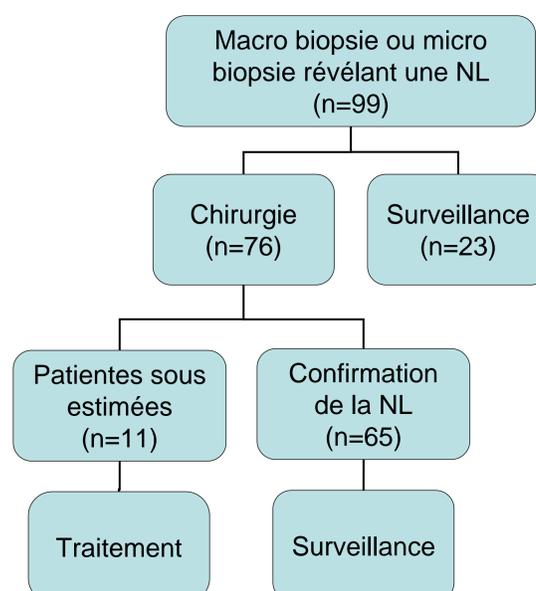


Figure 3. CLIS



Biopsie chirurgicale révélant une NL (n=14)

Surveillance

