

EXPLORATION DU CREUX AXILLAIRE DANS LE CCIS INFRA CLINIQUE DU SEIN

N BENZIDANE (1), H GUENDOZ (1), N KHIATI (1), S DILEM (1), Y MEZIANI (1), N BENACHENHOU (1)

(1) service de sénologie du centre Pierre et Marie Curie, 16000, Alger,

INTRODUCTION

Le carcinome canalaire in situ (CCIS) est la prolifération cellulaire maligne à point de départ des cellules épithéliales des canaux galactophoriques respectant la membrane basale ; par conséquent il n'y a pas d'invasissement métastatique ganglionnaire ou à distance.

Le curage axillaire ne doit pas être réalisé, mais l'analyse histologique peut méconnaître une micro infiltration car elle n'inclue pas toujours la pièce opératoire en entier.

OBJECTIF

Le but de ce travail est d'évaluer le taux d'invasissement ganglionnaire dans les CCIS infra cliniques, sans symptomatologie clinique, de découverte mammographique sur des micro- calcifications.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Entre 2004 et 2014 au centre Pierre et Marie Curie d'Alger service de sénologie.

24 curages axillaires ont été pratiqués pour CIS infra clinique révélé par des micro-calcifications sur 46 cas. Les carcinomes canaux in situ infra cliniques représentent 14,7% des CCIS.

L'Age moyen des malades était de 53,5 ans avec des extrêmes allant de 40 à 67 ans. 14 femmes n'étaient pas ménopausées (58,33%), 10 l'étaient (41,66%), une femme en période péri ménopausique (4,16%).

Des antécédents familiaux de cancer du sein existaient dans 5 cas.

La macrobiopsie a été faite dans 15 cas ou elle a révélé un CIS dans 10 cas et dans 5 cas une hyperplasie épithéliale atypique. Le repérage stéréotaxique a été pratiqué lorsqu'il n'y avait pas de macrobiopsie ou bien dans le cas d'hyperplasie épithéliale atypique. Les pièces d'exérèses étaient soumises au contrôle radiologique per opératoire puis confiées aux pathologistes. L'examen extemporané n'a jamais été pratiqué.

L'indication du curage axillaire a été posé sur la taille de la lésion et l'existence de la nécrose et le haut grade nucléaire ou bien secondairement sur l'existence d'une infiltration.

La série comprenait 21 cas de CIS stricte dénué de micro invasion évidente, et de 3 cas de CIS compliqués d'une micro invasion.

L'exploration du creux axillaire par un curage axillaire dans 9 cas et par une biopsie du ganglion sentinelle dans 15 cas (62,5%) et sur le sein le traitement chirurgical était radical (mastectomie) dans 23 cas avec 4 reconstructions mammaires

RÉSULTATS

Le curage axillaire ou la biopsie du ganglion sentinelle a été réalisé au cours de la première opération dans 21 cas, le curage différé n'a été réalisé que dans 3 cas après la découverte de la micro invasion sur la pièce opératoire.

L'indication de la vérification du creux axillaire est posée sur:

- le haut grade nucléaire: 13 cas
- le grade nucléaire intermédiaire: 6 cas
- la présence de micro invasion: 3 cas
- le doute sur l'infiltration ganglionnaire: 2 cas

Le nombre moyen de ganglions axillaires prélevés au cours d'un curage axillaire est de 9,4 (5 - 15) et de 2,3 (1 - 4) ganglions pour la biopsie du ganglion sentinelle.

3 cas d'atteinte ganglionnaire avec un seul ganglion infiltré et parmi les trois cas un ganglion infiltré sous la forme de micrometastase d'un ganglion sentinelle.

L'évolution n'a pas été connue à propos de 13 cas, 3 cas de récurrences locales et un cas de récurrence axillaire sous forme d'un carcinome infiltrant ayant nécessité une reprise chirurgicale

DISCUSSION

L'invasissement ganglionnaire des carcinomes canaux in situ est exceptionnel les cas de N+ retrouvés dans la littérature s'expliquent par des micros foyers d'infiltration qui ont été méconnus par l'étude anatomo pathologique de la pièce opératoire.

Un ganglion axillaire métastatique traduit une infiltration occulte. Les relectures des lames ont parfois montré la micro infiltration à l'origine de l'atteinte ganglionnaire.

La plupart des auteurs reconnaissent au comédocarcinome des signes d'agressivité et des éléments péjoratifs tel que la multifocalité, la taille lésionnelle de plus de 3cm, et l'abondance de la nécrose (1,2).

Dans notre série les 3 cas de N+ des CIS étaient des comédocarcinomes.

Selon diverses études le taux de N+ dans les CIS varie de 0 à 20% avec une moyenne de 5% dans notre série il est de 12% cela est due probablement à l'effectif de notre échantillon.

Auteurs	Taux de N+
KINNE (3)	10% (4/41)
WONG(4)	0%(0/33)
RADFORD(5)	11%(3/27)
SIMPSON(6)	20%(1/5)
SOLIN(7)	5%(2/39)
DOWLATSHAHI(8)	0%(0/21)
NOTRE SERIE	12%(3/24)

CONCLUSIONS

Dans le carcinome canalaire in situ le risque d'infiltration ganglionnaire dépend de la taille lésionnelle, de l'existence et de l'importance de la nécrose, dans ces cas l'exploration du creux axillaire par une simple biopsie du ganglion sentinelle est licite.

REFERENCES

- 1- SCHWARTZ GF, CARTER DL, et coll- mammographically detected breast cancer. Non palpable is not a synonym for inconsequential. Cancer, 1994, 73, 1660-1665.
- 2- THOME SAINT PAUL M, MULLER S, et coll- valeur pronostique du type histologique des carcinomes galactophoriques in situ. A propos d'une série de 149 cas. Gynecologie, 1994, 2, 82-86.
- 3- KINNE DW, PETREK JA, et coll- Breast carcinoma in situ. Arch Surg, 1989, 124, 33-36.
- 4- WONG JH, KOPALD KH, et coll- the impact of micro invasion on axillary node metastases and survival in patients with intraductal breast cancer. Arch Surg, 1990, 125, 1298-1302.
- 5- RADFORD DM, CROMACK DT, et coll- pathology and treatment of impalpable breast lesion. Am J Surg, 1992, 164, 427-432.
- 6- SIMPSON T, THIRLBY RC, et coll- surgical treatment of ductal carcinoma in situ of breast. Arch Surg, 1992, 127, 468-472.
- 7- SOLIN LJ, FOWBLE BL, ET COLL-microinvasive ductal carcinoma of breast treated with breast conserving surgery and definitive irradiation. Int J Radiation Oncol Biol Phys, 1992, 23, 961-968.
- 8- DOWLATSHAHI K, SNIDER H

CONTACT

Dr Nour eddine BENZIDANE. Service de sénologie, Centre Pierre et Marie Curie Alger
Tel: +213 771399920. e.mail : monobenz@hotmail.com