

# QUAND INDIQUER UNE RESECTION CHIRURGICALE POUR LES LESIONS FRONTIERES DU SEIN?

## Résultats d'une cohorte prospective.

Monique Cohen<sup>1</sup>, Simon Benhaim<sup>1</sup>, Aurélie Jalaguier Coudray<sup>1</sup>, Marie Pierre Chauvet<sup>2</sup>, Sandra Giraud Ribière<sup>3</sup>, Frédérique Penault Llorca<sup>4</sup>, Christelle Faure<sup>5</sup>, Pierre Opinel<sup>6</sup>, Pierre Bertrand<sup>7</sup>, Jeremy Detroyer<sup>8</sup>, François Eisinger<sup>1</sup>, Eric Lambaudie<sup>1</sup>, Marie Mélanie Dauplat<sup>1,4</sup>, Emmanuelle Charafe Jauffret<sup>1</sup>, Gilles Houvenaeghel<sup>1</sup>, and co-investigators.

Contact: [cohenm@ipc.unicancer.fr](mailto:cohenm@ipc.unicancer.fr)

- Il n'existe à ce jour aucun consensus pour indiquer une résection chirurgicale complémentaire après diagnostic de lésions à risque sur biopsie percutanée.
- Notre étude prospective multicentrique\* a été réalisée entre 2008 et 2016 sur 518 cas et a évalué le taux et les facteurs prédictifs de sous évaluation.

## RESULTATS

	Patients operated	Benign		Cancer		chi2 p
		Nb	%	Nb	%	
	447	379	84.8	68	15.2	
Menopause status	Post	198/378	52.4	37/68	54.4	0.427
	Pre	161/378	42.6	30/68	44.1	
ACR	2	1	0.3	0	0	0.489
	3	46	13.3	7	11.7	
	4	290	83.6	49	81.7	
	5	10	2.9	4	6.7	
radiologic size micro calcifications	< 10 mm	141	47	28	48.3	0.606
	10 à 20 mm	95	31.7	15	25.9	
	> 20 mm	64	21.3	15	25.9	
Other micro calcifications focus	Yes	32	8.4	8	11.8	0.624
	No	166	43.8	27	39.7	
Residual micro calcifications	Yes	203	61.9	38	64.4	0.714
	No	125	38.1	21	35.6	
Extenssion residual Micro	localized	65	69.1	10	52.6	0.4
	extended	29	30.9	9	47.4	
Pathology	FEA (DIN 1a)	47	12.5	7	10.3	0.102
	ADH (DIN 1b)	184	48.8	46	67.6	
	LIN 1 - 2	61	16.2	8	11.8	
	Radial scar	26	6.9	1	1.5	
	Papilloma	52	13.8	5	7.4	
	DIN 1c	3	0.8	1	1.5	
Nb of different pathologic lesions	phylloid	4	1.1	0	0	
	1	232	64.4	48	71.6	0.622
	2	116	32.2	18	26.9	
	3	9	2.5	1	1.5	
Total Nb of cores	4	3	0.8	0	0	
	<= 11	144	46.6	30	51.7	0.473
	>= 12	165	53.3	28	48.3	
Gauge	8 or 10	171	64.3	35	67.3	0.676
	>= 11	95	35.7	17	32.7	
Age	median	52		54		
	CI 95%	52.4-54.6		52-57.1		
	<= 40 years	28	7.4	5	7.4	0.7
	41-50	133	35.3	24	35.3	
	51-60	122	32.4	18	26.5	
> 60 years	94	24.9	21	30.9		

### Taux de cancer en fonction des différents critères

## DISCUSSION

Dans notre étude comme dans la plupart des études publiées le taux de sous estimation après biopsie percutané est d'environ 15% de cancers mais **près de 80% sont des cancers intra canaux**

	score 0	score 1	score 2
	Nb	Nb	Nb
Nb patients	30 (9.5)	163 (51.4%)	124 (39.1)
% FEA	14 (46.7)	34 (20.9)	0
% ALH	16 (53.3)	29 (17.8)	11 (8.9)
% ADH	0	100 (61.3)	113 (91.1)
% without B Cancer	100	80.4	80.6
% without invasive BC	100	98.2	96.0

### Notre score prédictif de cancer

- Nous avons évalué la fiabilité et la reproductibilité des différents scores et nomogrammes publiés (UZAN, KO, TAFFURELLI)
- Ceux-ci ne sont pas validés dans notre population
- Nous avons établi un score prédictif de sous évaluation qui reste à valider.

	Nb studies	Nb patients	Nb BC	% BC	Nb invasive	% invasive/tota l	% invasive/BC
FEA	36	1326	176	13.27	54	4.07	30.68
ADH	32	4105	886	21.58	199	4.85	22.46
ALH	16	1355	208	15.35	98	7.23	47.11
Papilloma	26	2420	206	8.51	64	2.64	31.07
Radial scar	39	2540	250	9.84	106	4.17	42.4
TOTAL		11746	1726	14.69	521	4.43	30.18
Atypic papilloma	5	173	30	17.34	10	5.78	33.33
without atypia	7	677	41	6.06	15	2.21	36.58

### Taux de sous estimation en infiltrants et in situ dans la littérature

## CONCLUSIONS

- Les seuls facteurs prédictifs de sous évaluation retrouvés sont le type de lésion frontière (HCA ++) et les micro calcifications résiduelles après biopsie.
- L'association de plusieurs lésions sur la biopsie augmente le risque de sous évaluation.
- Notre étude ne valide pas les outils actuels d'aide à la décision.
- Un élément essentiel de la prise de décision est la bonne concordance radio histo Clinique après biopsie.
- Le taux de sous-estimation rejoint celui des données récentes de la littérature: 15.3% (68/445) mais **79.4% (54/445) sont des in situ ce qui peut-être un élément important dans la décision, à l'heure où on réfléchit à ne plus opérer tous les in situ.**

#### \*Affiliations

<sup>1</sup>Institut Paoli Calmettes, <sup>2</sup>Centre Oscar Lambret, <sup>3</sup>Hôpital Privé la Casamance, <sup>4</sup>Centre Jean Perrin, <sup>5</sup>Centre Léon Berard, <sup>6</sup>Centre Hospitalier du Pays d'Aix, <sup>7</sup>Clinique Clementville, <sup>8</sup>Polyclinique Urbain V.

Co-investigateurs : Françoise Lecrivain<sup>3</sup>, Paule Meynard<sup>3</sup>, Pierre Gimbergues<sup>4</sup>, Nicolas Chopin<sup>5</sup>, Anaïs Ladaique<sup>6</sup>, Rim Villard<sup>1</sup>, Jeanne Thomassin<sup>1</sup>, Marie Bannier<sup>1</sup>, Maria Paciencia<sup>1</sup>, Jessica Moretta<sup>1</sup>.