

CANCER LOBULAIRE INFILTRANT DU SEIN : PARTICULARITÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

ADNANE. D1 - MEDJAMIA. M2 – GUENDOZ. H3 - BOUAKLINE. M2 - MERAIR. N4 - ZOUGHAMI. C4 - TALEB. A5 - BASAID. T5 - HIBA. F6 - TAOUAGH. B.S 1 - BENDIB A3.- KOUJETTI R1.

1. Service de chirurgie générale / hôpital militaire régional et universitaire d'oran "dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/algérie.
2. Service d'anatomopathologie / hôpital militaire régional et universitaire d'oran "dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/algérie
3. Service de sénologie du centre pierre et marie curie à mustapha bacha alger / ALGÉRIE.
4. Service d'oncologie médicale / hôpital militaire régional et universitaire d'oran "dr AMIR MOHAMED BENAÏSSA"/algérie.
5. Service de radiologie médicale et interventionnelle / hôpital militaire régional et universitaire d'oran "dr amir mohamed benaïssa"/algérie
6. Service de gynécologie obstétrique / hôpital militaire régional et universitaire d'oran "dr amir mohamed benaïssa"/algérie. Benaïssa"/algérie

CONTEXTE.

DANS LA DERNIÈRE CLASSIFICATION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) PUBLIÉE EN 2012, 14 TYPES DE CARCINOMES INFILTRANTS DU SEIN SONT DÉCRITS. APRÈS LE TYPE CANALAIRE INFILTRANT, VIENS LE TYPE LOBULAIRE INFILTRANT (10 À 15 % DES CAS). IL RÉPOND À DES MODALITÉS DIAGNOSTIQUES CLINIQUES, RADIOLOGIQUES, THÉRAPEUTIQUES ET ÉVOLUTIVES DIFFÉRENTES DE CELLES DU CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT. LES DÉCISIONS THÉRAPEUTIQUES SONT FONDÉES SUR LES PARTICULARITÉS INDIVIDUELLES DE CHAQUE PATIENTE ET SUR LES CARACTÉRISTIQUES BIOLOGIQUES DE CHAQUE TUMEUR (1).

OBJECTIF.

LE BUT DE NOTRE ÉTUDE ÉTAIT D'ÉVALUER LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES RADIOLOGIQUES ET ÉVOLUTIVES DE CE TYPE DE CANCER.

MATÉRIELS ET MÉTHODE.

NOTRE SÉRIE REGROUPE LES DONNÉES RÉTROSPECTIVES DE 112 CLI, TRAITÉS À L'HMRUO, ENTRE 2003 ET 2013. SOIT 6,7% DE L'ENSEMBLE DES CANCERS DU SEIN TRAITÉS.

RÉSULTATS.

LA MOYENNE D'ÂGE DE CETTE SÉRIE ÉTAIT DE 44 ANS (29-71) ANS, LA DURÉE MOYENNE D'ÉVOLUTION DE LA LÉSION DE 7,4 MOIS, ET LA TAILLE CLINIQUE MOYENNE DES LÉSIONS DE 42MM. ET 88 (78,57%) CAS ÉTAIENT OPÉRABLES D'EMBLÉE AVEC UN CREUX N0 DANS 26 (23,21%) CAS. LA BILATÉRALITÉ A ÉTÉ RETROUVÉE DANS 25(22,32%) CAS. LA MULTIFOCALITÉ ET LA MULTICENTRICITÉ ONT ÉTÉ RECHERCHÉES EN PRÉOPÉRATEUR CHEZ 43 (38,39%) CAS, ET ONT ÉTÉ RETROUVÉES AVEC RESPECTIVEMENT DES TAUX DE (06)24% ET (4)16%. CONCERNANT LA CORRÉLATION ANATOMO-CLINIQUE, L'EXAMEN CLINIQUE SOUS-ESTIME PLUS SOUVENT LA TAILLE TUMORALE DANS LES CLI. LE TRAITEMENT CONSERVATEUR A ÉTÉ VALIDÉ DANS 17 (15,17%) CAS MAIS LA MASTECTOMIE DE COMPLÉMENT RESTE PLUS FRÉQUENTE DANS LES CLI, AVEC UN TAUX DE 64,70%. QUATRE-VINGT ET UN CAS (72,32%) ÉTAIT CLASSÉ GRADE SBRII. LES LIMITES SAINES DANS (91,96%) CAS. LA TUMEUR ÉTAIT MULTIFOCALE DANS 31 (31,25%) CAS. L'IMMUNOHISTOCHEMIE RÉALISÉE DANS 46 (41,07%) CAS, RETROUVE DES RÉCEPTEURS HORMONAUX POSITIFS DANS 36 (78,26 %) CAS , ET UN HER2 SUREXPRIMÉ DANS 14 (30,43%) CAS, AINSI QU'UN KI67 + 10% DANS 08 (17,39%) CAS. UNE CHIMIOTHÉRAPIE A ÉTÉ ADMINISTRÉE CHEZ (87)77,67% DES CAS, UNE RADIOTHÉRAPIE DANS 93 (83,03%) CAS ET UNE HORMONOTHÉRAPIE DANS 90 (80,35%) CAS, L'ÉVOLUTION A ÉTÉ ÉMAILLÉE PAR DES RÉCIDIVES LOCALES DANS 20 (17,85%) CAS, DES MÉTASTASES DANS 14 (12,50%) CAS, PRINCIPALEMENT OVARIENNES SUIVIE DES MÉTASTASES CÉRÉBRALES ET PULMONAIRES.

CONCLUSION.

LE CLI EST RETROUVÉ LE PLUS SOUVENT CHEZ LA PATIENTE RELATIVEMENT JEUNE, AVEC UN DIAGNOSTIC DIFFICILE ET ABSENCE DE CORRÉLATION ANATOMO-CLINIQUE (2). ET AVEC TOUTES LES PRÉCAUTIONS D'ÉVALUATION PRÉOPÉRATEUR ET LE RESPECT DE LA QUALITÉ DES MARGES D'EXÉRÈSE, LE TAUX DE TOTALISATION APRÈS TRAITEMENT CONSERVATEUR RESTE ÉLEVÉ (3).

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) C.GALANTA,, M. BERLIÈREB. NOUVEAUTÉS DANS LES FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES DES CANCERS DU SEIN. IMAGERIE DE LA FEMME (2010) 20, 9—17.
- (2) M. ESPIÉ A*, H. HOCINI A, C. CUVIER. CANCER LOBULAIRE INFILTRANT DU SEIN : PARTICULARITÉS DIAGNOSTIQUES ET ÉVOLUTIVES. GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE & FERTILITÉ 34 (2006) 3—7.
- (3) P. CHÉREL. LES CARCINOMES LOBULAIRES INFILTRANTS, LES CARCINOMES CANALAIRES INFILTRANTS : QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES POUR LE DIAGNOSTIC ? CANCER DU SEIN 2006, PP 167-180.