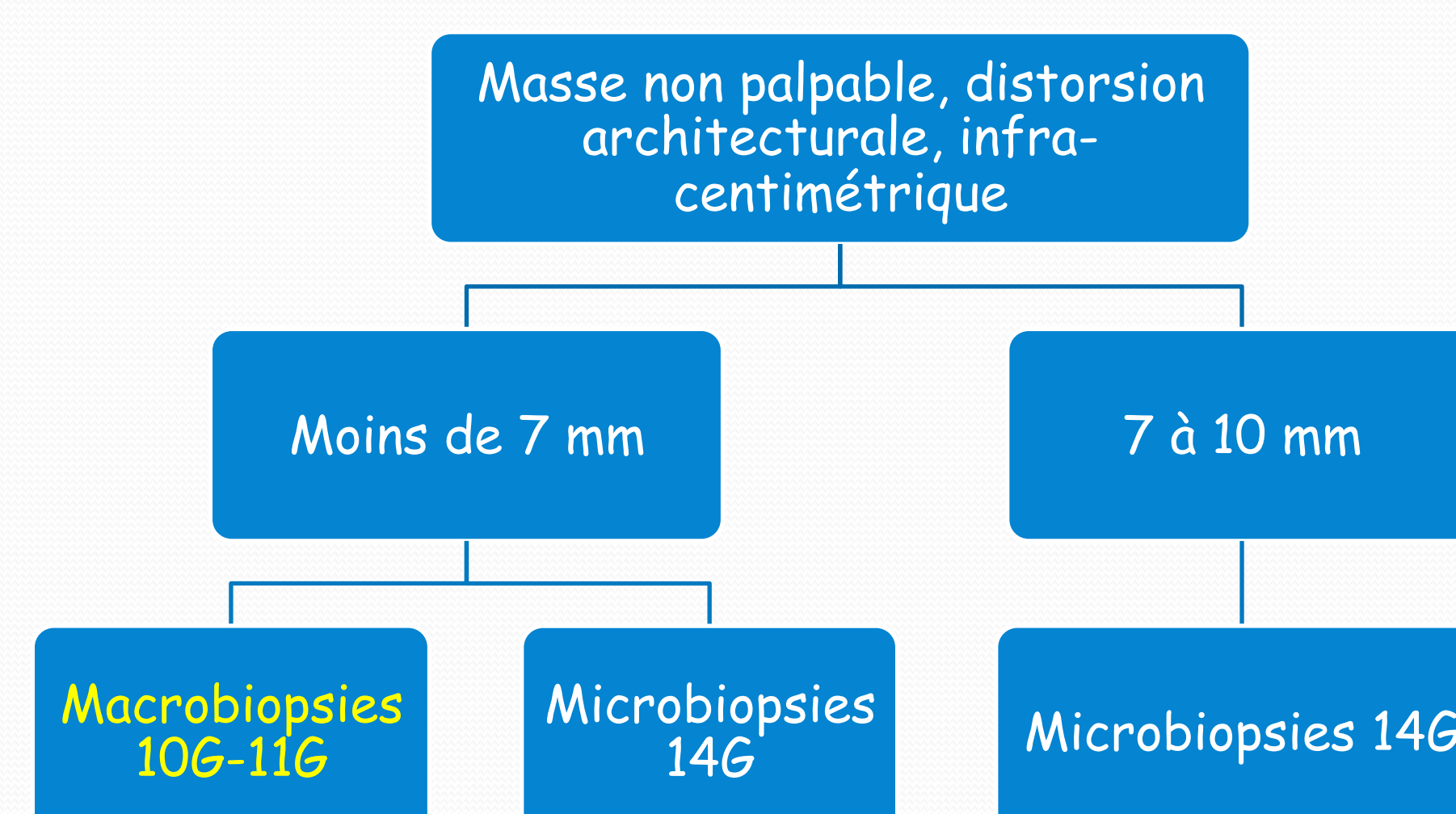




Carcinomes mammaires infiltrants infra-centimétriques : microbiopsies ou macrobiopsies? L'avis du Pathologiste.

Elisabeth Russ
Centre de Pathologie Passy
19 rue de Passy
75016 Paris

- **Sujet** : Environ 25% des carcinomes mammaires infiltrants sont infra-centimétriques, souvent de bon pronostic. Le Radiologue utilise généralement des microbiopsies pour l'étude d'une masse ou d'une distorsion architecturale, mais pour de petites lésions il opte parfois pour des macrobiopsies 11Gauge (G) ou 10G, les firmes ayant mis sur le marché des dispositifs de plus en plus performants.
- **Objectif** : Quels sont les avantages et les inconvénients des deux techniques du point de vue du Pathologiste ?
- **Méthodes** : Notre Centre a reçu en 2012, 4927 microprélèvements mammaires dont 73% correspondaient à des microbiopsies et 27% à des macrobiopsies. Parmi les microbiopsies, 39% intéressaient des carcinomes infiltrants. Actuellement, nous recevons un certain nombre de macrobiopsies 11G et 10G pour l'étude d'une masse ou d'une distorsion architecturale, ACR4/5 infra-centimétrique, alors que les macrobiopsies sont classiquement réservées à l'étude des microcalcifications.
- **Résultats** : Pour les carcinomes infiltrants mesurant de 7 à 10 mm, les microbiopsies semblent rester le gold-standard ; cependant, il existe une certaine contrainte pour le Radiologue puisque chaque microbiopsie doit être immédiatement immergée dans le fixateur, afin de respecter les guidelines du pré-analytique quant aux résultats des récepteurs hormonaux, du Ki67 et du statut Her2.
- Quand la cible est inférieure à 7 mm et donc plus difficile à atteindre, le Radiologue peut effectuer des macrobiopsies sous échographie ; l'examen a ainsi plus de chances d'être contributif et représentatif de la lésion. Grâce aux nouveaux matériels, le geste est effectué en un temps record et toutes les biopsies sont récupérées dans un réceptacle pour une fixation rapide.
- Pour l'étude de tumeurs dont la taille est inférieure ou égale à 6 mm, le Pathologiste va mieux estimer la taille tumorale grâce aux macrobiopsies, alors que les microbiopsies vont davantage fragmenter la tumeur. Ceci est d'autant plus important pour l'identification de cancers de pronostic péjoratif tels que les carcinomes infiltrants de phénotype triple négatif et de phénotype Her2 positifs, puisque la prise en charge thérapeutique est différente pour une tumeur T1a et une tumeur T1b.
- L'inconvénient est que le Pathologiste analysera sur la pièce opératoire une large cicatrice avec une tumeur résiduelle minime voire absente. Cependant, cet inconvénient est relatif puisque la détermination des récepteurs hormonaux sur la biopsie est plus fiable que sur la pièce opératoire (1). Par ailleurs, le gold standard pour la détermination du statut Her2 qui était la pièce opératoire, serait finalement remis en question car la fixation est optimale sur les biopsies et non sur les pièces opératoires.



- **Conclusion** : Pour les masses ou distorsions architecturales dont la taille est inférieure ou égale à 6 mm, la réalisation de macrobiopsies paraît être une option intéressante.

(1) Fitzgibbons PL, Murphy DA, Hammond ME et al. (2010) Recommendations for validating estrogen and progesterone receptor immunohistochemistry assays. Arch Pathol Lab Med. 134 (6): 930-5.930-5.