Lésion ACR 3 associée à un cancer synchrone : risque et facteurs prédictifs de malignité

Y. DROUICHE [1] , E.LISSAVID [1] , C.MALHAIRE [2,] , C.NHY [2] , C.BONNEAU[1,3,4 *] , L.BENOIT [1 *]

1. Department of Surgical Oncology, Institut Curie - Saint-Cloud, UVSQ University, France
2. Department of Radiology, Institut Curie, PSL Research University, 26 rue d'Ulm, Paris 75005, France
3. INSERM U1331, Statistical Methods for Precision Medicine, Institut Curie, Saint-Cloud, France.
4. Institut des Cancers des Femmes

* Co-last authors

SFSPM 2025 ## Poster C22

INTRODUCTION

En cas de lésion ACR 3 de la classification BI-RADS, **la probabilité de cancer est inférieure à 2% dans la population générale**. Ainsi recommande-t-on un suivi à 4 ou 6 mois pour confirmer le caractère bénin. Néanmoins, chez les patientes présentant un cancer du sein et présentant une lésion ACR 3 synchrone, cette prise en charge pourrait être inadaptée.

OBJECTIFS

Notre objectif est d'***estimer le taux de malignité*** des lésions ACR 3 chez des patientes prises en charge pour un cancer du sein synchrone, d'***identifier les facteurs prédictifs*** de cette malignité et d'***établir un score*** permettant d'évaluer la probabilité de malignité d'une lésion ACR 3 au moment du diagnostic du cancer du sein.

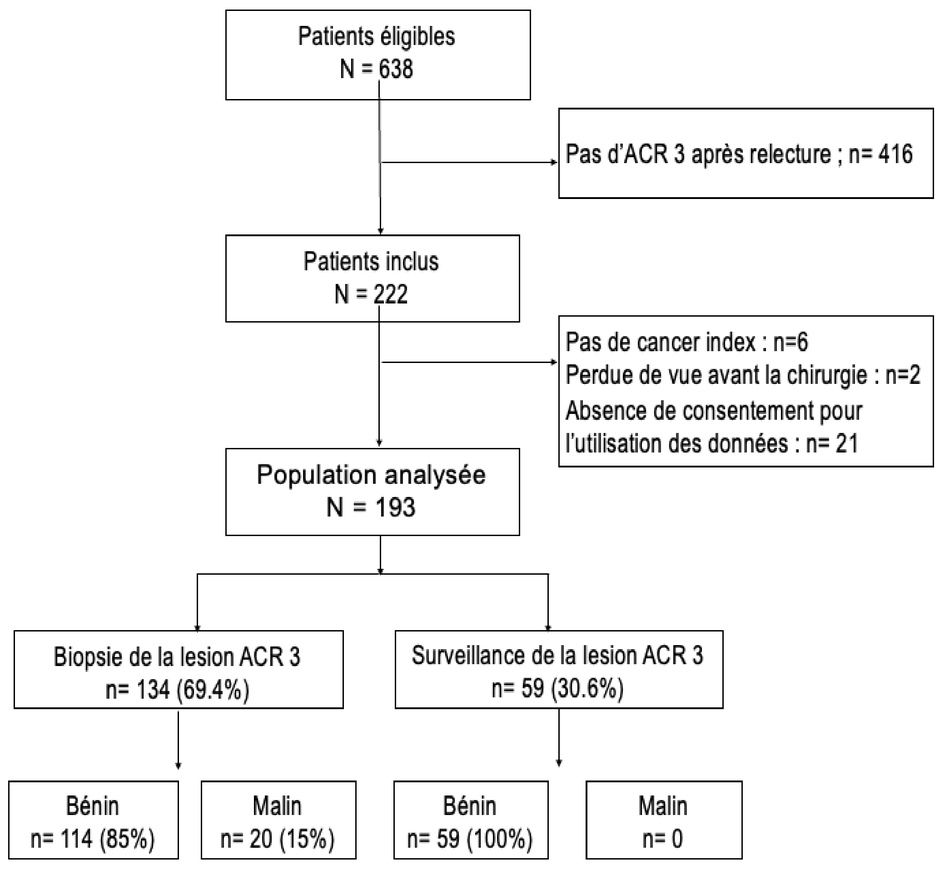
MÉTHODES

Design étude :
Étude rétrospective

Population:
Patientes prises en charge à l'institut Curie entre 2022 et 2024 pour un cancer du sein de stade présumé précoce associé à une lésion ACR 3 synchrone.
Les caractéristiques des patientes, du cancer index et de la lésion ACR 3 ont été recueillies. Les lésions ACR3 bénéficiaient d'un suivi ou d'une biopsie immédiate à la discrétion du radiologue.

Analyse statistique :
Les facteurs prédictifs de malignité ont été déterminé à l'aide d'une régression logistique.

Figure 1: Diagramme de flux



RÉSULTATS

QR code caractéristiques de la population

Issue du bilan de la lésion ACR 3 :
193 patientes avec un cancer du sein présentaient une lésion ACR 3 associée. Une **biopsie** était réalisée dans **69% cas**. **10 % des lésions ACR 3 étaient des cancers** *in fine* avec 60 % de CCIS, 35 % de CITNS et 1 CLI. Il s'agissait du même type histologique que le cancer index dans 45 % cas.

Facteurs prédictifs de malignité :
Les facteurs prédictifs de la malignité de la lésion ACR 3 étaient :
- le **caractère homolatéral,**
- la **distance interlésionnelle < 4 cm**
- et la **multifocalité de la lésion initiale**.

Le type de lésion ACR 3 (masse, kyste, microcalcification ou rehaussement non-masse), la taille de la lésion ACR 3 ou les caractéristiques du cancer index n'étaient pas prédictifs du caractère malin.

Tableau 1 : Facteurs prédictifs de malignité des lésions BI-RADS 3 : régression logistique univariée et multivariée.

Variables	Univariée** OR (95% IC)	P value	Multivariée OR (95% IC)	P value
IMC (kg/m2)	1.06 (0.97-1.14)	0.2		
Antécédent personnel de cancer du sein, Oui	9.05 (0.35-235)	0.12		
Sous type luminal, Oui	5.53 (1.09-101)	0.1		
Multifocalité, Oui	3.93 (1.41-10.6)	0.007	3.77 (1.30-10.7)	0.012
Distance seuil				
Controlatérale	Réference	0.04	Réference	0.04
Ipsilatérale ≥ 40 mm	2.18 (0.56-7.14)		2.02 (0.5-7.01)	
Ipsilatérale < 40 mm	4.37 (1.35-13.3)		4.80 (1.42-15.6)	

Figure 2. Score prédictif du taux de malignité des lésions ACR 3 au diagnostic d'un cancer du sein

Variables	Score
Lésion ACR 3 controlatérale	0
Lésion ACR 3 **homolatérale** et distance cancer-ACR3 ≥ 4 cm	7
Lésion ACR 3 homolatérale et distance cancer-ACR3 **< 4 cm**	16
Cancer index **multifocal**	14

Bas risque
Score < 20 / **< 2 critères de risque**
↓
6,6% de cancer

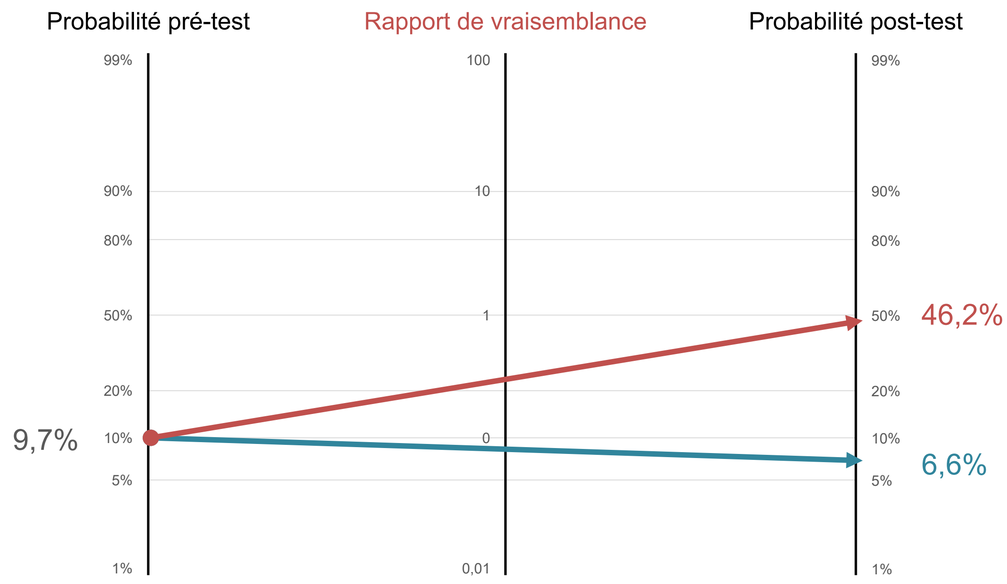
HAUT risque
Score ≥ 20 / **≥ 2 critères de risque**
↓
46,2% de cancer

En pratique, score de risque de malignité :
Nous avons établi un score retenant 3 critères : la latéralité des lésions, la distance à la lésion index et la multifocalité.

Un score < 20 était associé à un faible risque de malignité (6,6 %).

Un score ≥ 20, c'est-à-dire **l'association d'un cancer multifocal prouvé et d'une lésion ACR3 additionnelle homolatérale, correspondait à un risque élevé de diagnostic de cancer sur la lésion ACR3 (46,2 %).** Le modèle présente une **spécificité élevée (0,953)** et une **forte valeur prédictive négative (0,934),** confirmant sa capacité à exclure efficacement la malignité pour les scores faibles.

Figure 3. Nomogramme de Fagan pour un score ≥ 20



CONCLUSIONS

En cas de lésion ACR 3 associée à un cancer synchrone, le taux de lésions malignes dans notre cohorte est bien supérieur à celui de la population générale ou à certaines populations à risque autres, décrites dans la littérature. L'application de la stratégie de surveillance utilisée en population générale pourrait ne pas être suffisante.

Cette probabilité est majorée en cas de lésion ACR 3 **homolatérale** au cancer index, surtout si la **distance interlésionnelle est < 4 cm** ou de **cancer index multifocal** permettant d'affiner la stratégie diagnostique chez ces patientes.

Ces résultats suggèrent qu'une **biopsie d'emblée** devrait être proposé aux patientes présentant ces caractéristiques afin d'optimiser leur prise en charge en s'aidant de notre score.

CONTACT : claire.bonneau@curie.fr