

**009 : Microcalcifications mammaires et hyperplasie canalaire atypique: validation externe d'un algorithme de sélection des patientes éligibles à la surveillance****Titre**

- Français :** Microcalcifications mammaires et hyperplasie canalaire atypique: validation externe d'un algorithme de sélection des patientes éligibles à la surveillance
- Anglais :** Breast microcalcifications and atypical ductal hyperplasia: external validation of a selection algorithm for patients eligible for surveillance

Auteurs

F. Thibault (1), G. Bataillon (2), G. Journo (3), F. Farkhondeh (2), D. Sebbag-Sfez (1), C. Malhaire (1), A. Tardivon (1), V. Mosseri (4)

(1) Département d'Imagerie Médicale, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005, Paris, France

(2) Pôle de médecine diagnostique et théranostique, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75005, Paris, France

(3) Département d'Imagerie Médicale, Institut Curie, 35 rue Dailly, 92210, Saint-Cloud, France

(4) PSL Research University, DRCI, Biométrie, Institut Curie, 35 rue Dailly, 92210, Saint-Cloud, France

Responsable de la présentation

Nom : Thibault

Prénom : Fabienne

Adresse professionnelle : Département d'Imagerie Médicale, Institut Curie, 26 rue d'Ulm

Code postal : 75005

Ville : Paris

Pays : France

Newsletter : 1

Mots clés

Français : Calcifications mammaires, hyperplasie canalaire atypique, prise en charge

Anglais : Breast calcifications, atypical ductal hyperplasia, clinical management

Spécialité

Principale : Imagerie (radiologie, médecine nucléaire...)

Texte**Contexte**

Le diagnostic percutané d'hyperplasie canalaire atypique (HCA) pose des problèmes de prise en charge spécifiques. Il existe un risque de sous-estimation diagnostique avéré sur échantillons biopsiques car l'étendue lésionnelle ($>$ ou \leq 2 mm) est un des critères diagnostiques et son appréciation matériel fractionné peut être limitée. Il s'agit d'autre part de lésions à risque de développement d'un cancer dans les deux seins à moyen et long terme. La recommandation actuelle de l'OMS est de pratiquer l'exérèse chirurgicale de ces lésions, attitude ayant pour corollaire l'exérèse d'une majorité de lésions bénignes.

Le centre Léon Bérard de Lyon a établi et proposé un des rares arbres de décision (algorithme de prise en charge) (1), ciblé sur ces lésions, destiné à sélectionner les patientes à faible risque de sous-estimation histologique, qui seraient donc éligibles à une surveillance après la macrobiopsie diagnostique initiale.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de valider la précédente performance de cet arbre décisionnel appliqué aux patientes de l'institut Curie, en utilisant l'histologie sur pièce d'exérèse chirurgicale comme preuve immédiate de validation de l'attitude proposée.

Méthodes

Nous avons revu une série consécutive de 211 patientes ayant eu un diagnostic d'HCA en macrobiopsie assistée par le vide d'un foyer de microcalcifications isolé (sans masse palpable ni en imagerie), puis un diagnostic chirurgical dans notre établissement. Les résultats histologiques percutanés ont été comparés aux diagnostics définitifs à l'exérèse chirurgicale. Le taux de sous-estimation de cancer en macrobiopsie a été analysé dans les 4 bras et les 2 attitudes de prise en charge proposés dans l'algorithme sur une combinaison de la taille et de l'exérèse percutanée complète ou non des anomalies radiologiques, et du nombre de foyers d'HCA en histologie. L'ensemble des images radiologiques et histologiques ont été relues pour l'étude.

Résultats

Quatre-vingt-dix-huit patientes répondaient aux critères d'inclusion. Au total, 20 cancers ont été diagnostiqués en chirurgie : 17/39 patientes (44 %)

dans le groupe chirurgie et 3/59 patientes (5 %) dans le groupe surveillance, ce qui n'était pas significativement différent des 2 % observé dans le groupe surveillé de référence (1) ($p > 0,64$). Le taux de malignité augmentait significativement avec la taille du foyer de des microcalcifications (0 % lorsque < 6 mm, 17 % entre 6 mm et 21 mm, 48 % lorsque > 21 mm, $p < 0001$) et le nombre de foyers d'HCA en macrobiopsie (14 % si ≤ 2 ; 45 % si > 2 , $p < 0,005$).

Conclusion

Nos résultats corroborent - dans la limite des grands intervalles de confiance - ceux obtenus avec l'algorithme de référence (1). En raison de l'incertitude statistique cependant, ils doivent être validés prospectivement dans une série plus large où la surveillance serait proposée au groupe de patientes à faible risque actuellement défini, et la chirurgie recommandée dans tous les autres cas.

Bibliographie

1. Forgeard C, Benchaib M, Guerin N et al. (2008) Is surgical biopsy mandatory in case of atypical ductal hyperplasia on 11-gauge core needle biopsy? A retrospective study of 300 patients, Am. J. Surg. 196: 339-345