



## C07 : Désescalade de la biopsie du ganglion sentinelle chez les patientes atteintes d'un carcinome canalaire in situ

### Titre

**Français :** Désescalade de la biopsie du ganglion sentinelle chez les patientes atteintes d'un carcinome canalaire in situ  
**Anglais :** De-escalation of Sentinel Lymph Node Biopsy in Patients with Ductal Carcinoma In Situ

### Auteurs

L Nameche (1), J Dotreppe (1), C Cao (1), S Martin (1), I Mancini (2), P Cusumano (1)  
(1) gynécologie, CHC Liège, Bd Patience et Beaujonc 2, 4000, liege, belgique  
(2) Datamanager, CHC Liège, Bd Patience et Beaujonc 2, 4000, liege, belgique

### Responsable de la présentation

**Nom :** Cusumano  
**Prénom :** Pino  
**Adresse professionnelle :** CHU Liège, Bd de l'hôpital 1, Service de sénologie  
**Code postal :** 4000  
**Ville :** LIEGE  
**Pays :** Belgique  
**Newsletter :** 1  
**Inscription PJS :** 0

### Mots clés

**Français :** cancer du sein, carcinome canalaire in situ, biopsie du ganglion sentinelle  
**Anglais :** breast cancer, ductal carcinoma in situ, sentinel lymph node biopsy

### Spécialité

**Principale :** Chirurgie

### Texte

#### Introduction & Objectif

Les recommandations actuelles proposent que la biopsie du ganglion sentinelle (GS) soit effectuée chez les patientes atteintes d'un carcinome canalaire in situ (DCIS) subissant une mastectomie, chez les patientes pour lesquelles l'emplacement de l'excision peut compromettre un GS futur, ou s'il y a une forte suspicion ou un risque de cancer invasif sur la pathologie finale. La question de savoir s'il faut pratiquer une chirurgie axillaire chez les patientes atteintes d'un DCIS reste controversée. Notre étude a pour but d'évaluer le nombre de cancer invasif découvert sur la pathologie finale et l'atteinte du GS s'il était réalisé. L'objectif étant d'évaluer si la chirurgie axillaire peut être omise en toute sécurité dans le cas du DCIS.

#### Méthodologie

De 2018 à 2022 nous avons pris en charge 2.223 nouveaux cas de cancer du sein. Les patientes avec un diagnostic de DCIS sur la biopsie et la chirurgie d'exérèse, ont été identifiées à partir de notre base de données de pathologie et étudiées rétrospectivement pour double lecture des lames et établir le nombre de GS réalisé dans cette cohorte.

#### Résultats

Sur les 180 patientes avec un diagnostic de DCIS sur la biopsie, 102 ont bénéficié d'un GS concomitant soit 56.7 %. Une maladie invasive a été observée chez 12 patientes (6,5 %) à l'examen pathologique de la pièce d'exérèse final, dont 8 avec un GS et un seul positif a été complété par un curage axillaire.  
La taille du DCIS variait de 6 à 120 mm (moy. 29 mm).

#### Discussion [1, 2, 3]

Il n'y a pas de consensus dans la littérature concernant les facteurs prédictifs pour lesquels les DCIS évolueront vers un cancer invasif, et l'identification préopératoire des GS positifs est également difficile. Des études antérieures ont décrit plusieurs facteurs associés à la transformation d'un DCIS en cancer invasif, notamment le jeune âge, une masse palpable à l'examen, une masse sur l'imagerie préopératoire, des tumeurs de haut grade, une comédonécrose, une maladie multicentrique et un statut négatif pour les récepteurs hormonaux principalement la progestérone. Les perceptions actuelles du dialogue sur le risque entre les cliniciens et les femmes diagnostiquées avec un DCIS aboutissent actuellement à un surdiagnostic et à un surtraitement du DCIS. Il est urgent de recadrer les perceptions du risque et d'éviter le surtraitement, car celui-ci entraîne des

dommages physiques et émotionnels pour les patientes et des coûts inutiles pour la société. Plus précisément, pour savoir quand une lésion peut ou ne peut pas mettre la vie en danger, il faut bien comprendre la progression et l'évolution du DCIS.

#### Conclusions

Nos résultats soutiennent les possibilités actuelles de désescalade de la chirurgie axillaire chez les patientes atteintes de DCIS. Pour les rares cas où une invasion est observée dans la pièce d'exérèse, nous proposons un second temps chirurgical avec biopsie du GS sous anesthésie loco-régionale, associant un bloc grand dentelé et parasternal complété par infiltration du creux, en ambulatoire.

#### Bibliographie

1. Price A, Schnabel F, Chun J, et al. Sentinel lymph node positivity in patients undergoing mastectomies for ductal carcinoma in situ (DCIS). *Breast J.* 2020; 26: 931-936.
2. Watanabe, Y., Anan, K., Saimura, M. et al. Upstaging to invasive ductal carcinoma after mastectomy for ductal carcinoma in situ: predictive factors and role of sentinel lymph node biopsy. *Breast Cancer* 25, 663-670 (2018)
3. Tanaka, K., et al. *Breast Cancer* 28,896 (2021)