

Microcalcifications mammaires et hyperplasie canalaire atypique (HCA): Validation externe d'un algorithme de sélection des femmes éligibles à une surveillance

F. Thibault¹, G. Bataillon², G. Journo³, F. Farkhondeh², D. Sebbag-Sfez¹,
C. Malhaire¹, A. Tardivon¹, V. Mosseri⁴

^{1,3} Département d'Imagerie Médicale, Institut Curie et ² Pôle de Médecine Diagnostique et Théranostique, Institut Curie, Paris et Saint-Cloud, France. ⁴ PSL Research University, DRCl, Biométrie, Institut Curie, Saint-Cloud, France

Contexte

L'HCA sur macrobiopsie percutanée pose des problèmes de prise en charge

La recommandation est l'exérèse chirurgicale (OMS)
→ Nombreuses histologies bénignes sur la pièce opératoire

Pouvons-nous mieux sélectionner les patientes à opérer ou à surveiller ?

Pour les microcalcifications (mc)

le Centre L. Bérard de Lyon a établi un arbre de décision¹ évalué prospectivement²

Les critères sont :

- radiologiques (taille des mc, qualité de l'exérèse)
- et histologiques (nombre de foyer d'HCA) sur la biopsie

Objectif

Valider la performance de cet algorithme sur une cohorte indépendante de l'Institut Curie

Méthode

Cohorte rétrospective chez des patientes opérées

- Foyer de mc sans masse en mammographie

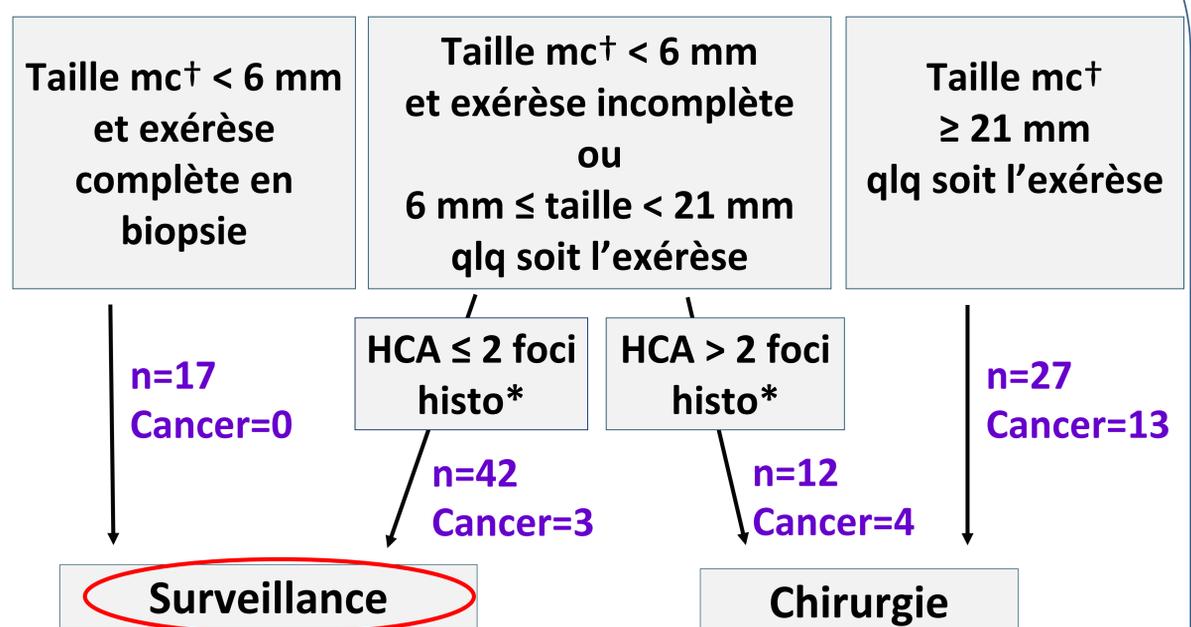
- HCA pure sur la biopsie

→ Corrélation à l'histologie sur la pièce opératoire

→ Evaluation du taux de sous-estimation de cancer selon l'arbre de décision¹

Arbre de décision et Résultats³

211 patientes éligibles, 98 cas analysables (20 cancers)



† Etendue des mc en Mammo

* Foyer d'HCA défini selon l'OMS 2019 avec extension au maximum sur 2 mm en cas de propagation continue

Dans notre série, la sous-estimation potentielle de cancer dans le groupe « Surveillance » est de 5 % (3/59) (IC à 95% 1,1-14,1%)

→ **Résultat non significativement différent des 2% de l'étude de référence¹ (p=0,64)**

Le taux de malignité augmentait significativement avec la taille des mc (0% si < 6 mm, 17% entre 6 et 21 mm, 48% si > 21 mm, p<0,0001) et le nombre de foci histologiques (14% si ≤ 2 ; 45% si > 2, p= 0,005)

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
2. Caplain A, Drouet Y, Peyron M *et al* (2014). Management of patients diagnosed with atypical ductal hyperplasia by vacuum-assisted core biopsy: a prospective assessment of the guidelines used at our institution. Am J Surg 208:260–267
3. El Sanharawi I, Bataillon G, Journo G *et al* (2021). Clinical management of atypical ductal hyperplasia on vacuum-assisted biopsy of microcalcifications: External validation study of a decision tree selecting patients eligible for surveillance. Eur J Radiol 141:109826

Conclusion³

Nos résultats valident l'algorithme décisionnel

En raison de l'incertitude statistique (larges IC), ils doivent être consolidés dans une nouvelle série prospective, où la surveillance serait proposée au groupe à faible risque actuellement défini, et la chirurgie recommandée dans tous les autres cas.