

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LÉSIONS MAMMAIRES INFRACLINIQUES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE L'ARIANA.

Chelli D., Dimassi K., Salem A.**, Driss M.***, Zaanouni E., Zouaoui B., Sfar E., Ben Aissa R., Chelli H., Chenoufi M. B., Boussen H.

Service « A » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. *Unité de dépistage du cancer du sein par mammographie : Office National de la famille et de la population (ONFP). ** Service de radiologie. Hôpital Charles Nicole Tunis. *** Service d'anatomopathologie. Institut Salah Azaiez.

Chelli D., Dimassi K., Salem A., Driss M., Zaanouni E., Zouaoui B., Sfar E., Ben Aissa R., Chelli H., Chenoufi M. B., Boussen H.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES LÉSIONS MAMMAIRES
INFRACLINIQUES : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES DU
PROGRAMME DE DÉPISTAGE DE L'ARIANA.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 475 - 479

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire les caractéristiques radiologiques et anatomopathologiques des lésions infra-cliniques et les indications et résultats des traitements chirurgicaux des lésions mammaires dépistées par le biais du programme de dépistage mammographique du cancer du sein du gouvernorat de l'Ariana l'organisme national de la famille et de la population(ONFP)

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective menée en 2005 et 2006 concernant les patientes recrutées par le programme pilote de dépistage mammographique du cancer du sein du gouvernorat de l'Ariana de l'ONFP. Les femmes étaient explorées par deux incidences radiologiques et faisaient partie des consultantes des centres de l'ONFP.

Résultats : Nous avons colligé 22 patientes de notre service qui ont eu une exérèse chirurgicale après repérage radiologique et/ou échographique d'une lésion infra-clinique suspecte du sein dont 10, recrutées par le biais du programme de dépistage systématique. Pour ces dernières, la mammographie avait objectivé des lésions classées B.I.R.A.D.S 4 dans 7 cas et B.I.R.A.D.S 5 dans 3 cas. L'étude histologique définitive avait conclu à la bénignité dans 4 cas et à la malignité dans 6 cas. Ainsi, cette collaboration a permis de dépister 3 cas de carcinome intracanalair et 3 cas de carcinome canalaire infiltrant.

Conclusion : L'exérèse chirurgicale après repérage de lésions infra-cliniques du sein permet de diagnostiquer et de traiter des lésions bénignes à haut risque ainsi que des cancers à un stade précoce. C'est une technique fiable dont les indications doivent être sélectionnées à partir de critères cliniques et para cliniques stricts, actuellement dans les pays développés, largement devancée par les techniques de radiologie interventionnelle.

MOTS - CLÉS

Cancer du sein infra clinique - dépistage- mammographie- repérage radiologique.

Chelli D., Dimassi K., Salem A., Driss M., Zaanouni E., Zouaoui B., Sfar E., Ben Aissa R., Chelli H., Chenoufi M. B., Boussen H.

SURGICAL TREATMENT OF INFRACLINICAL BREAST
LESIONS : PRELIMINARY RESULTS OF THE SCREENING
PROGRAM OF L'ARIANA STATE

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 475 - 479

SUMMARY

Objective: To report clinical, radiological and histological characteristics of the infraclinical breast lesions patients recruited via the large scale mammography breast cancer screening of l'Ariana state in Tunisia.

Materials and methods: Retrospective study over a period of 2 years. The recruitment of patients made on the occasion of the program of breast cancer screening.

Results: During this period, 22 patients in our unity had had a surgical excision after wire localization. Ten patients were recruited by means of systematic breast cancer screening. In these cases, the mammographic findings were classified B.I.R.A.D.S 4 in 7 cases and BIRADS type 5 in 3 cases. Definitive histology concluded to benign disease in 4 cases and malignancy 6 cases. This collaboration enables the diagnosis an invasive ductal carcinoma in three cases.

Conclusion: The surgical excision after wire localization for non palpable breast lesions allows diagnosis of high-risk benign lesions and low-stage breast cancer. It is a reliable technique which indications have to be based on clinical and radiological strict criteria. This procedure is at present, and in developed countries, widely outstripped with the stereotactic core needle biopsy.

KEY - WORDS

Non-palpable breast cancer- screening- mammography-wire localization.

جمعنا في أنشطة قسمنا 22 حالة منها 10 متأتية من برنامج أريانة بالنسبة لهولاي العشرة بين الفحص النسيجي النهائي 6 حالات خبيثة و 4 حميدة 3 قناتية و 3 قناتية أنسلاية) وبذلك يتبين أن الإستئصال الجراحي للأفات دون السريرية للثدي يمكن من تشخيص وعلاج آفات حميدة ذات خطورة وسرطانات في مراحلها الأولى مع الملاحظة أنه في البلدان المتقدمة وقع تجاوز هذه لطريقة بالتدخل الشعاعي على نطاق واسع

Le cancer du sein représente la première néoplasie chez la femme avec une incidence croissante dans le monde et en Tunisie, ou les données des registres du cancer l'évaluent à 25-30/100000. Les éléments pronostiques majeurs sont les paramètres histologiques (taille tumorale histologique, état des ganglions axillaires, récepteurs hormonaux, status her 2 neu et grade) au diagnostic. La nette réduction des taux de mortalité par cancer du sein, observée dans les pays occidentaux depuis une dizaine d'années est en grande partie due au dépistage, qui a considérablement abaissé la taille tumorale clinique moyenne et a rendu prédominantes les tumeurs de petites taille ou infracliniques ayant de meilleurs taux de guérison. Dans notre pays, la réduction de la taille tumorale clinique passe par le dépistage ou le diagnostic précoce. Nous ne disposons cependant pas encore en Tunisie de programme de dépistage de masse pour cette maladie, exception faite d'une expérience pilote de dépistage mammographique à grande échelle menée par l'office national de la famille et de la population (ONFP) au sein du gouvernorat de l'Ariana depuis 2003. Cette initiative, bien que pilote et relativement localisée a augmenté au niveau de certains services de gynécologie et à l'institut Salah Azaiz, la fréquence de lésions mammaires infra-cliniques.

Nous rapportons ici une expérience multidisciplinaire entre le service « A » du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, le service de radiologie hôpital Charles Nicole, l'ONFP et le service d'anatomopathologie de l'institut Salah Azaiz. Nous nous sommes fixés deux objectifs :

-Décrire les caractéristiques radiologiques et anatomopathologiques des lésions infra-cliniques dépistées par le biais de l'ONFP.

-Discuter la place des exérèses chirurgicales après repérage radiologique dans la prise en charge actuelle des lésions mammaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre Janvier 2005 et Janvier 2007 concernant les patientes recrutées par le biais de l'ONFP dans le cadre du programme du dépistage mammographique du cancer du sein, ayant subi une exérèse chirurgicale après repérage radiologique d'une lésion infra-clinique mammaire. Les mammographies faisaient l'objet d'une double lecture systématique et les anomalies radiologiques classées selon le Breast Imaging Reporting Data System de l'American College of Radiology (B.I.R.A.D.S de l'A.C.R). En cas de chirurgie, il était pratiqué un repérage réalisé dans le service de radiologie de l'hôpital Charles Nicolle sous échographie, mammographie avec stéréotaxie, tomodynamométrie ou imagerie par résonance magnétique (IRM).

Nous avons revu l'ensemble des données cliniques, radiologiques et anatomopathologiques des patientes. Toutes les patientes ont été opérées dans le service « A » le même jour que le repérage radiologique.

L'exérèse était réalisée selon la méthode classique, sous anesthésie générale. Les pièces opératoires ont toutes été radiographiées avant l'étude histologique. L'examen

extemporané n'était pas systématique, non effectué en cas de microcalcifications isolées. Nous avons effectué une étude de la corrélation radio-anatomopathologique des différentes lésions. En cas de cancer du sein, l'étude histologique a été complétée par l'étude des récepteurs hormonaux et l'expression de l'oncogène her 2 neu.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 22 patientes de notre service avaient eu une exérèse chirurgicale après repérage radiologique d'une lésion infra-clinique suspecte du sein. Parmi elles, dix patientes étaient recrutées par l'ONFP dans le cadre du programme de dépistage systématique du cancer du sein. Trois patientes avaient des antécédents familiaux de cancer du sein. L'âge moyen des patientes était de 48 ans (tableau 1)

Tableau 1 : Caractéristiques des 10 patientes recrutées par l'ONFP.

Age moyen	48 ans
Antécédents personnels de cancer du sein	0
Antécédents familiaux de cancer du sein	3 patientes
Examen clinique strictement négatif	10 patientes
Adénopathie axillaire suspecte	0 patiente
Ecoulement mamelonnaire	2 patientes

La mammographie avait objectivé des lésions classées B.I.R.A.D.S 4 chez 7 patientes et B.I.R.A.D.S 5 chez 3 patientes.

La mammographie avait été couplée à l'échographie chez toutes patientes confirmant alors la nature suspecte de la lésion dans tous les cas.

-Deux patientes avaient eu une microbiopsie échoguidée en préopératoire. (voir tableau 3) La première âgée de 47 ans, aux antécédents de cancer du sein chez la sœur, nous a été adressée du planning familial suite à la découverte d'une lésion centimétrique à la mammographie de dépistage classée B.I.R.A.D.S 4, la microbiopsie avait conclu à la bénignité. Une exérèse chirurgicale après repérage a été indiquée et l'étude histologique a conclu à une dystrophie bénigne avec des foyers d'adénose sclérosante. D'autre part, la microbiopsie sous échographie avait permis de poser le diagnostic de malignité (C.C.I) chez la deuxième patiente en préopératoire. Le repérage a alors été réalisé dans le but de guider le geste thérapeutique. (Voir tableau 3)

-La taille moyenne de tissu mammaire excisé était de : 4 cm.

-Un examen extemporané a été réalisé chez 2 patientes concluant à une hyperplasie atypique dans un cas et une atteinte canalaire infiltrante dans un cas.

-L'étude histologique définitive avait conclu à la bénignité dans 4 cas (voir figure 1), et à la malignité chez 6 patientes. L'atteinte carcinologique était canalaire dans tous les cas. (Voir tableau 4) Trois cancers étaient canaux infiltrants avec une taille

Tableau 2 : Répartition des patientes selon la classification BIRADS mammographique.

Classification BIRADS	Nombre de patientes de l'étude
BIRADS 1	0
BIRADS 2	0
BIRADS 3	0
BIRADS 4	7
BIRADS 5	3
TOTAL	10

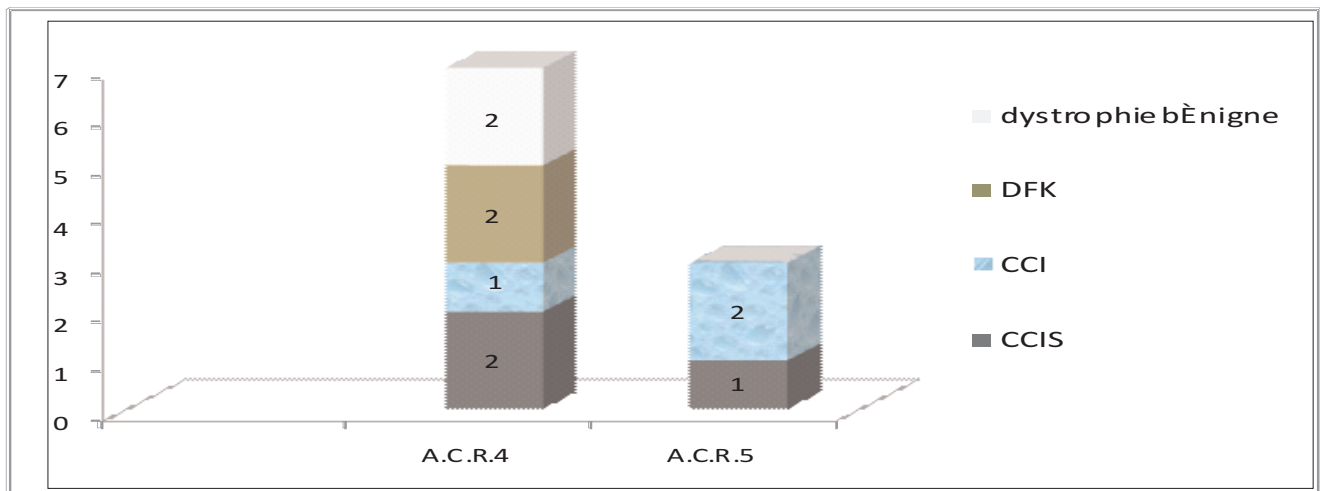
Tableau 4 : Répartition des différentes patientes atteinte d'une pathologie maligne du sein.

	CCI	CCIS
Nombre de patientes	3	3
Taille histologique	11mm	15mm
Mastectomie	0	1
Tumorectomie	3	2
Curage ganglionnaire	3	0
Résultat du curage	négatif	-
Radiothérapie	3	2
Hormonothérapie	2	0
Chimiothérapie	1	0

Tableau 3 : Techniques et résultats de la radiologie interventionnelle.

	Mammographie	Technique utilisée	Résultat	Indication du repérage	Histologie définitive
CAS n°1	BIRADS 4	Microbiopsie sous échographie	Lésion bénigne	diagnostique	Dystrophie bénigne avec des foyers d'adénose sclérosante CCI
CAS n°2	BIRADS5	Microbiopsie sous échographie	CCI SBR2	Guider le geste thérapeutique	

CCI :Carcinome canalaire infiltrant

Figure 1 : Corrélation radio-anatomopathologique

histologique moyenne de 11 mm autorisant dans tous les cas un traitement conservateur. Le curage ganglionnaire était négatif chez toutes ces patientes. Elles ont toutes eu comme traitement adjuvant une irradiation du lit tumoral et de l'hormonothérapie à base de Tamoxifène. La chimiothérapie adjuvante a été indiquée chez une seule patiente devant la négativité des récepteurs hormonaux et la surexpression des HER2.

En ce qui concerne les trois lésions intracanales, deux cas avaient nécessité de la radiothérapie en post opératoire devant des marges d'exérèse inférieures à 1mm. Chez la troisième patiente nous avons indiqué une mastectomie devant les lésions

multifocales de haut grade.

Au terme de cette étude descriptive nous avons analysé la corrélation radio-anatomopathologique (voir figure 1). Parmi les 7 patientes classées BIRADS 4, l'étude histologique avait conclu à une lésion maligne chez trois patientes. Il s'agissait dans deux cas d'une lésion intracanales et dans le troisième cas, un CCI. Ce ci dégage, pour la catégorie BIRADS 4 un taux de faux positifs de 57.14%.

Toutes les lésions classées BIRADS 5 se sont avérées être malignes. En effet, il s'agissait d'un carcinome canalaire infiltrant dans 2 cas et d'une atteinte intracanales dans 1 cas.

DISCUSSION

La politique préventive avec le développement des campagnes de dépistage a entraîné la découverte d'un nombre croissant de lésions mammaires infra cliniques. Cependant même si l'on peut penser que le dépistage entraîne une détection de tumeurs diagnostiquées plus précocement avec une diminution de la morbidité liée au traitement, il est nécessaire de réfléchir à la morbidité au long cours induite par le nombre de faux positifs, les atypies cellulaires qui n'évoluent pas vers un cancer, et les cancers à évolution très lente chez des femmes qui mourront de cause intercurrente. [1]

La bonne conduite d'un programme implique la formation spécialisée d'une équipe multidisciplinaire. L'utilisation de la classification BIRADS fondée sur la valeur prédictive positive des constatations mammographiques en plus d'une double lecture systématique des clichés permettent de diminuer le nombre de faux positifs. Cette conduite a été adoptée dans le protocole de dépistage de l'ONFP. L'objectif principal de ce projet était de l'étude de la faisabilité et de la reproductibilité du dépistage organisé en termes d'adhésion de la population éligible à ce concept et de l'organisation qualitative d'une telle campagne. 5325 femmes âgées entre 40 et 69 ans avaient participé à ce programme. Les résultats du premier tour avaient objectivé que la valeur prédictive positive du test mammographique était de 1.8%. Le programme avait permis la découverte de 27 cancers soit un taux de détection de 5,1%.

Dans notre étude on retrouve que la totalité des lésions classées BIRADS 5 étaient malignes témoignant d'une bonne corrélation radio-histologique pour cette catégorie. Ce ci dit, la taille limitée de notre échantillon ne nous permet pas d'avancer des résultats statistiquement significatifs,

La technique d'exérèse après repérage radiologique se présente comme la conduite la plus classique dans la prise en charge des anomalies mammographiques infra cliniques. Elle est répandue depuis déjà plus de vingt ans. Cette technique est actuellement régulièrement pratiquée dans les unités de chirurgie gynécologique. En effet, avec le projet de dépistage du cancer du sein du gouvernorat de l'Ariana, lancé en 2003, le recrutement en matière de lésions infra cliniques est devenu plus important. Environ, la moitié des lésions infracliniques de notre service a d'ailleurs été dépistée grâce à ce projet.

Il s'agit d'une procédure chirurgicale, permettant de diagnostiquer et de traiter des lésions bénignes à haut risque ainsi que des cancers à un stade précoce. [2,3]. Cette procédure implique une hospitalisation et une anesthésie générale. Elle présente des conséquences esthétiques non négligeables et pose le problème de la surveillance mammographique ultérieure du sein opéré. Les indications d'un tel geste doivent être bien réfléchies et doivent être discutées entre les différents membres d'une équipe multidisciplinaire. Les paramètres radiologiques sont les plus importants pour décider du type d'intervention. Les lésions classées BIRADS 4 et BIRADS 5 sont les mieux adaptées à cette conduite. Dans notre série, toutes les lésions repérées étaient classées au minimum BIRADS4. Par ailleurs on a noté un taux de faux positifs supérieur à 50% pour les lésions BIRADS 4 témoignant d'un sur-classement.

En dépit des indications limitées aux lésions franchement suspectes, on remarque, dans cette étude, que le nombre de biopsies chirurgicales concluant à des lésions bénignes était certes inférieur à celui concluant à des lésions malignes, mais il demeure important (4patientes sur dix). De plus, trois patientes ont du être reprises pour compléter le geste thérapeutique suite au diagnostic de malignité à l'examen anatomopathologique. Une patiente atteinte d'un CCIS de haut grade multicentrique a été reprise en vue d'une mastectomie totale. Deux patientes atteintes d'un CCI ont dû être reprises pour un curage axillaire. Tout ce ci nous incite à inclure de nouvelles possibilités dans la prise en charge des lésions infra cliniques qui soient à la fois fiables et moins agressives, avec une attention particulière aux techniques de radiologie interventionnelle.

Les techniques de prélèvement biopsique percutané se sont développées afin d'obtenir une analyse histologique de la lésion tout en évitant son exérèse chirurgicale. La technique de biopsie avec des aiguilles de gros calibre 14 gauge effectuée sous repérage stéréotaxique ou échographique a été optimisée [4]. La petite taille des prélèvements et le caractère fragmentaire de l'analyse histologique de la lésion, définissent ses limites tout particulièrement dans l'exploration des foyers de microcalcifications. Dans notre série, seulement trois patientes avaient bénéficié, en préopératoire, d'une biopsie échoguidée. Le repérage a alors été réalisé dans le but de guider le geste thérapeutique.

Plus récemment de nouvelles techniques se sont développées comme les macrobiopsies par aspiration et les biopsies chirurgicales stéréotaxiques permettant des prélèvements de plus gros volume [5,6,7]. Une exérèse complète du signal radiologique peut être obtenue pour les lésions de diamètre inférieur à 10 à 15 mm, Ces techniques de biopsie permettent une analyse pathologique ciblée sur le signal radiologique, le problème essentiel étant celui de la fiabilité de ce diagnostic pathologique. Pour certains auteurs un risque persiste de méconnaître une pathologie maligne située à distance d'un signal radiologique corrélé à une pathologie bénigne [8,9].

La biopsie chirurgicale reste pour certains la technique la plus fiable d'analyse pathologique d'une lésion mammaire infra clinique [8]. La conséquence en est l'exérèse d'un volume important de tissu mammaire en cas de pathologie bénigne et surtout une intervention sous anesthésie générale générant des coûts importants.

Ainsi, l'heure est à la rationalisation des indications de biopsies chirurgicales. La société européenne de chirurgie oncologique recommande qu'au moins 70% des cancers doivent être diagnostiqués avant chirurgie (cytologie ou histologie), avec un succès de la première exérèse chirurgicale dans au moins 95% des cas. [10] Le radiologue sénologue voit donc son champ d'action s'élargir et ses responsabilités grandir. Il ne doit plus se contenter de détecter et de caractériser une lésion, mais indiquer et réaliser le type de prélèvement assurant un diagnostic fiable permettant, en cas de bénignité, de remettre la patiente dans un circuit normal de surveillance. En cas de lésion maligne, le radiologue devra aider le chirurgien dans son exérèse : repérage préopératoire et radiographie de la pièce opératoire. Cette étape diagnostique radiologique passe par la formation continue et les

confrontations multidisciplinaires permettant aux radiologues d'acquérir les notions indispensables dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patientes.

CONCLUSION

La mise en place d'une équipe multidisciplinaire dans une unité de sénologie garantit une prise en charge adéquate des anomalies infra cliniques du sein. Des protocoles diagnostiques et thérapeutiques doivent être élaborés et actualisés afin d'accroître le nombre de cas de cancer précoce du sein et

d'améliorer par conséquent le taux de survie de ces femmes qui étaient jadis dans notre population très inquiétant.

L'exérèse après repérage de lésions infra cliniques du sein permet de diagnostiquer et de traiter des lésions bénignes à haut risque ainsi que des cancers à un stade précoce dépistés à la mammographie. C'est une technique fiable mais qui ne doit pas conduire à des indications excessives. Le diagnostic histologique préopératoire largement facilité par les nouvelles techniques d'imagerie interventionnelle devrait à l'avenir se développer.

RÉFÉRENCES

1. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355:129-34.
2. Ernst MF, Avenarius JK, Schuur KH, Roukema JA. Wire localization of non-palpable breast lesions: out of date? *The Breast* 2002 ; 11 : 408-413.
3. Cottu PH, Cojean-Zelek I, Bourstyn E, de Roquancourt A, Extra JM, Perret F et al. Analyse rétrospective multivariée de la corrélation radio-anatomopathologique de lésions infracliniques du sein. Expérience de l'hôpital Saint-Louis *Rev Med Interne* 2000 ; 21 : 337-43
4. Parker SH, Burbank F, Jackman RJ, Aucreman CJ, Cardenosa G, Cink TM et al. Percutaneous large-core breast biopsy : a multi-institutional study. *Radiology* 1994 ; 193 :359-64.
5. Heywang-Köbrunner SH, Schaumlöffel U, Viehweg P, Höfer H, Buchmann J, Lampe D . Minimally invasive stereotaxic vacuum core breast biopsy. *Eur Radiol* 1998 ; 8 : 377-85.
6. Seror JY, Antoine M, Chopier J, Setbon F, Uzan S. Premiers résultats de l'utilisation des macrobiopsies par aspiration dans la prise en charge des lésions infracliniques du sein ; présenté aux 9èmes journées du département des tumeurs du sein de l'hôpital Tenon, Paris, 4 décembre 1999.
7. Chopier J, Antoine M, Duffaut C, Bazot M, Annani T, Kadoch O et al. Lésions infracliniques mammaires : corrélations radio-pathologiques sur les pièces d'exérèse chirurgicale. Intérêt pour le choix des techniques d'exérèse à minima *Gynécol Obstet Fertil* 2000 ; 28 : 888-95
8. Johnson JM, Dalton RR, Wester SM, Landercasper J, Lambert PJ. Histological correlation of microcalcifications in breast biopsy specimens. *Arch Surg* 1999 ; 134 : 712-5.
9. Owings DV, Hann L, Schnitt SJ. How thoroughly should needle localization breast biopsies be sampled for microscopic examination ? A prospective mammographic / pathologic correlative study. *Am J Surg Pathol* 1990 ; 14 : 578-83.
10. Tardivon A, EL Khoury C, Meunier M ,F Thibault. Imagerie interventionnelle en pathologie mammaire. *Encycl Med Chir Radiologie* 2004 ; 1 :50-67.