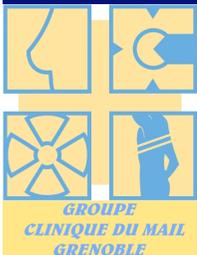


La récurrence du cancer canalaire in situ

B. Salicru, P. Croisille, A. Blaysat
Clinique du Mail
Grenoble

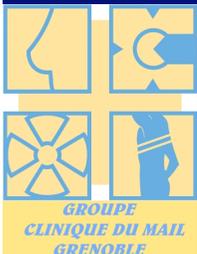


Grenoble 2011



Surveillance post-thérapeutique

- La qualité de la résection initiale doit être connue du radiologue
- Les enjeux de la surveillance
- La surveillance doit être méticuleuse et la technique rigoureuse (place de l'IRM dans la surveillance)
- Le contexte psychologique

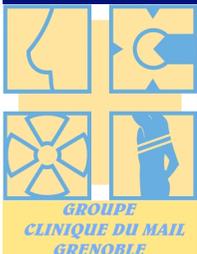


Grenoble 2011



Qualité de la résection initiale

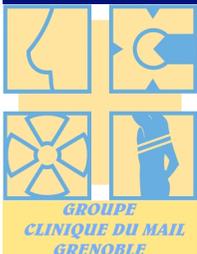
- La qualité de la résection initiale doit être connue du radiologue, compte rendu chirurgical et anatomopathologique en main :
 - Exérèse in sano,
 - Qualité des marges de résection,
 - Grade,
 - Histologie (cribriforme)
- En cas de doute :
 - Premier bilan complet avec IRM en post opératoire (0-6 mois) si possible avant la radiothérapie



Grenoble 2011



Les enjeux de la surveillance



Grenoble 2011

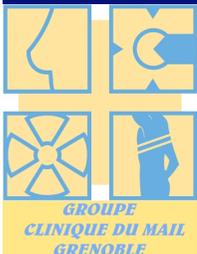


La récurrence (Dawood 2008)

Série de 799 CCIS traités

- Délai moyen de survenue : 2,9 années
- 45 (5.6%) récurrences :
 - 14 (31%) : in situ
 - 31 (69%) : invasif
- Dans le sein controlatéral dans 63% des cas
- Incidence cumulative à 5 ans = 6.6%
- La survie passe de 97.4% à 76,1% à 5 ans du fait de la récurrence

*[Development of new cancers in patients with DCIS :
the M.D.Anderson experience – Dawood and coll. –
Ann Surg Onco. 2008 Jan;15(1):244-9]*



Grenoble 2011

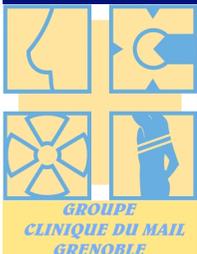


La récurrence homolatérale (Pinsky 2007)

- Localisation
 - Dans la cicatrice : 60%
- Type de lésion :
 - CCIS : 53%
 - avec microinvasion : 19%
 - CCI : 9%
 - CLI : 6%
 - CCIS+CCI : 13%
 - Invasif <10mm(67%)

Délai de survenue
(années)

Pinsky (2007)	4.5
Solin (2001)	5.7
Weng (2000)	2.8



Grenoble 2011

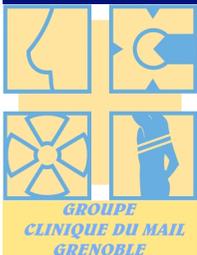
[Recurrent Cancer After Breast-Conserving Surgery with Radiation Therapy for Ductal Carcinoma in Situ: Mammographic Features, Method of Detection, and Stage of Recurrence—Pinsky and coll. – AJR 2007; 189:140–144]



La récurrence

- Facteurs de risque de récurrence
 - Age < 40 ans
 - Absence de microcalcifications en mammographie
 - Présence de nécrose
- Facteurs pronostiques de la récurrence :
 - Découverte simultanée de métastases
 - Envahissement ganglionnaire
 - Délai écoulé depuis le traitement initial
 - Etendue de la récurrence
 - Type histologique

Surveillance méticuleuse et technique rigoureuse



Grenoble 2011



Modifications cutanées

- Dermatite (œdème, érythème, desquamation)
- Radiodermite chronique :
 - zone surdosées,
 - placard scléroatrophique
 - télangiectasies
- Œdème chronique
 - lié au curage
 - irradiation > 45 Gy
- Rétraction cutanée et ombilications mamelonnaires
- Pas de cicatrice chéloïde



régression en 6 mois – 2 ans

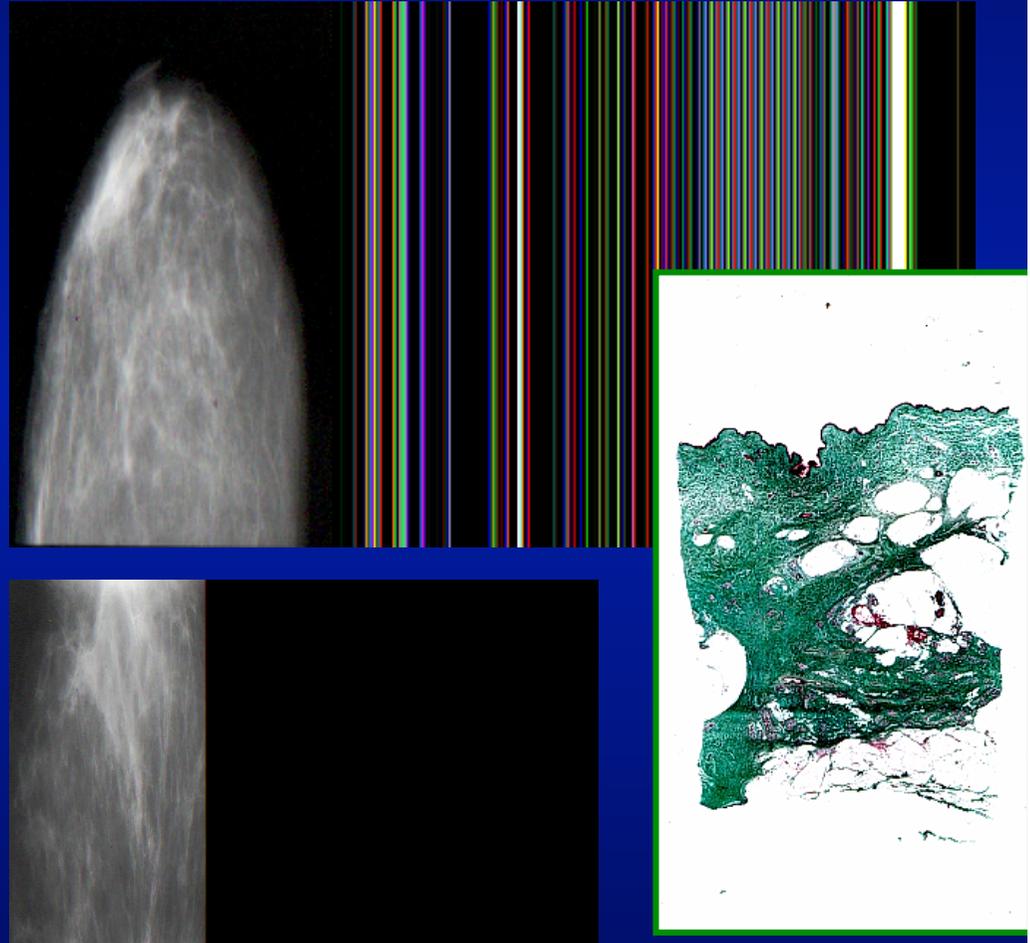


irréversible



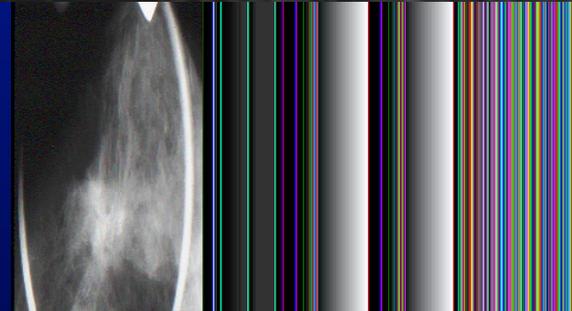
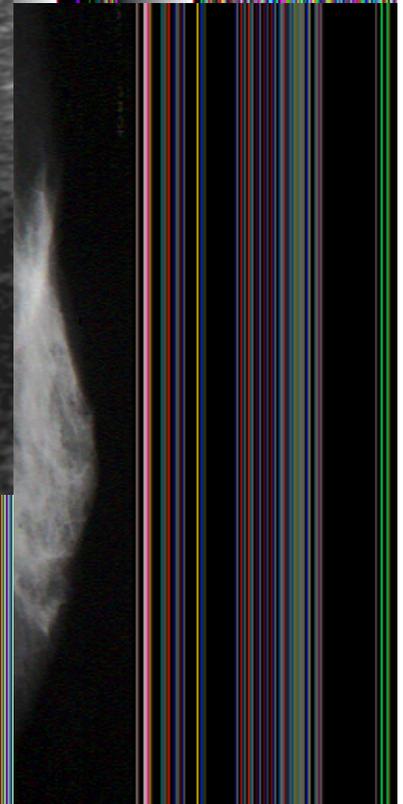
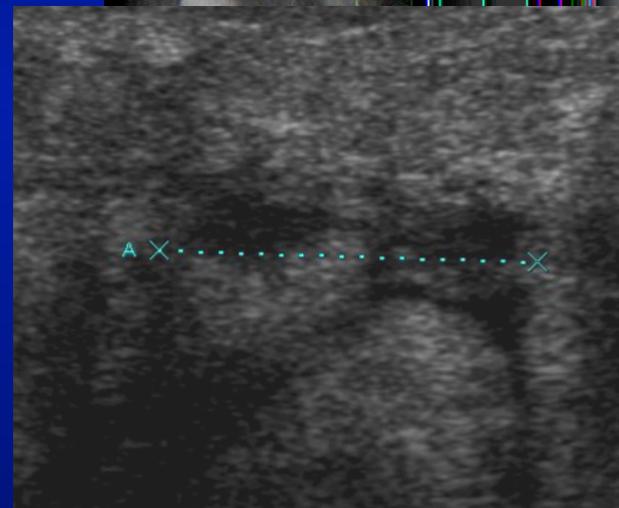
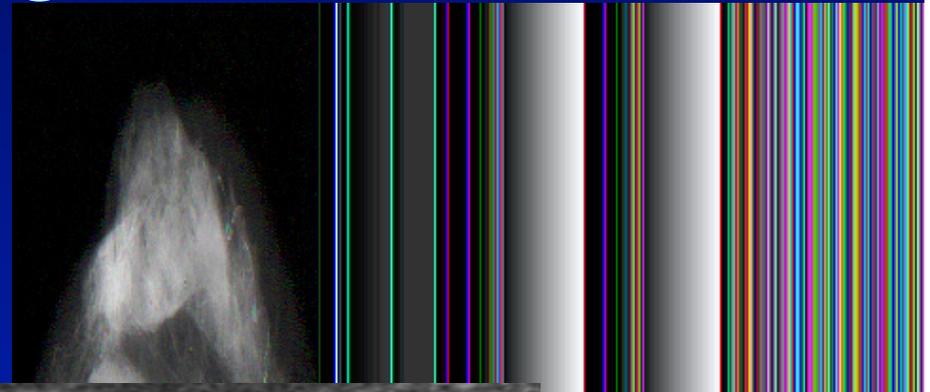
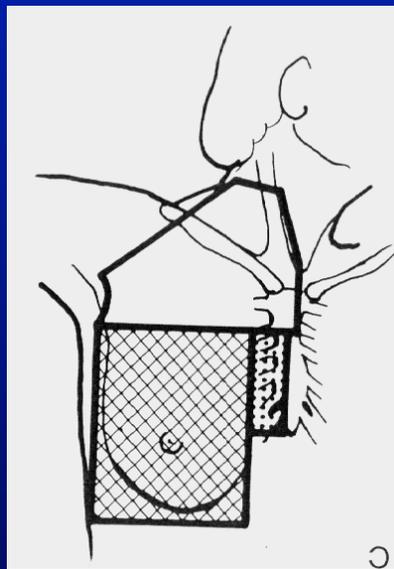
Modifications du sous derme

- "Treillis" sous dermique définitif : opacités fibrillaires diffuses de toute la graisse superficielle
- N'entraîne pas de suropacité tumorale (cliché localisé et tomosynthèse)



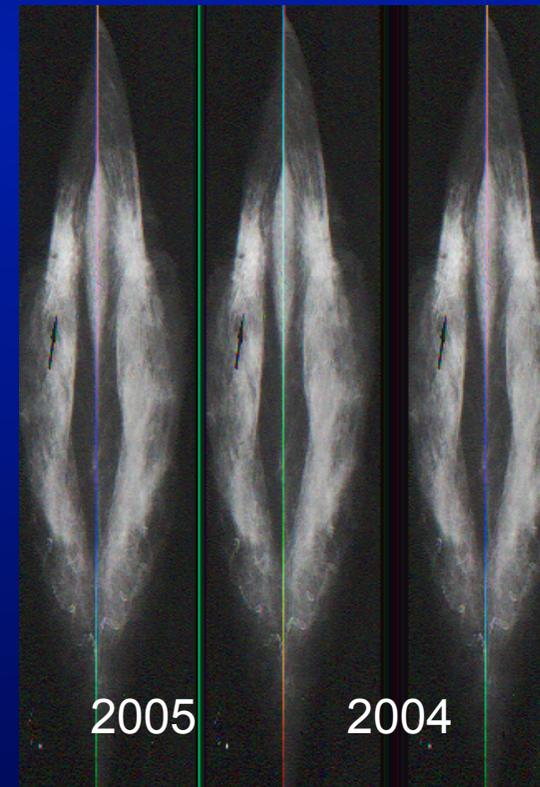
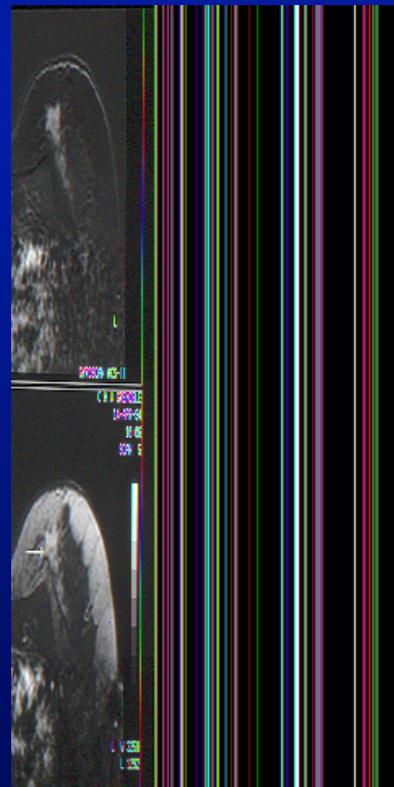
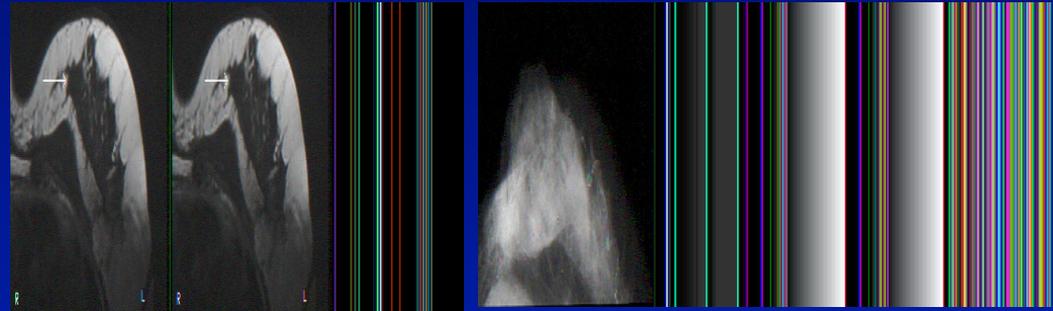
Modifications glandulaires

- Fibrose rétractile :
 - pas de centre tumoral
 - quadrant supéro interne



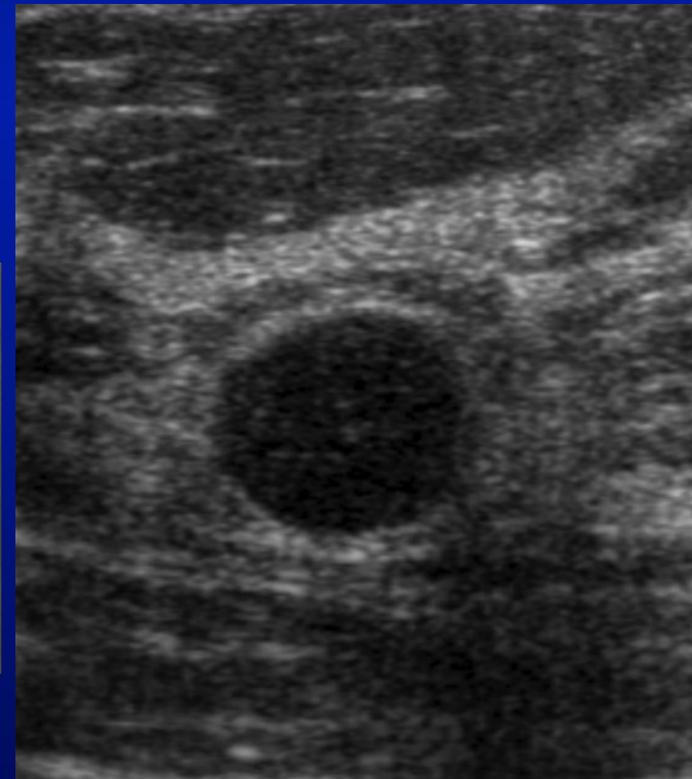
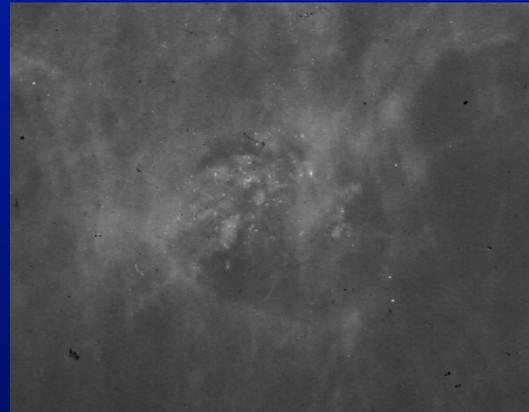
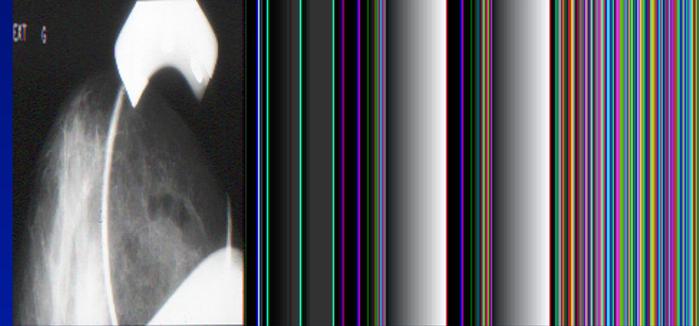
Modifications glandulaires

- Fibrose rétractile :
 - pas de centre tumoral
 - quadrant supéro interne



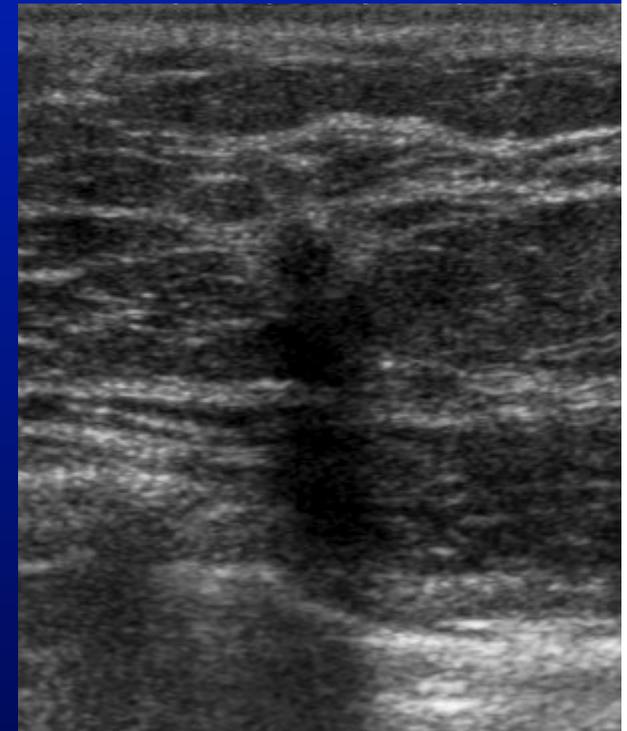
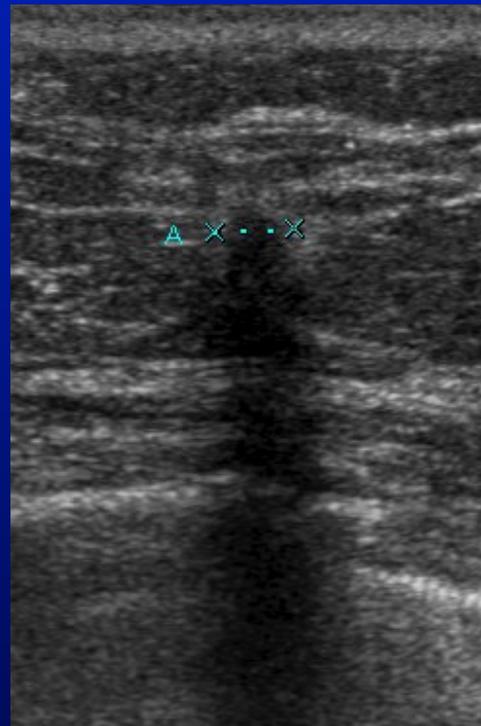
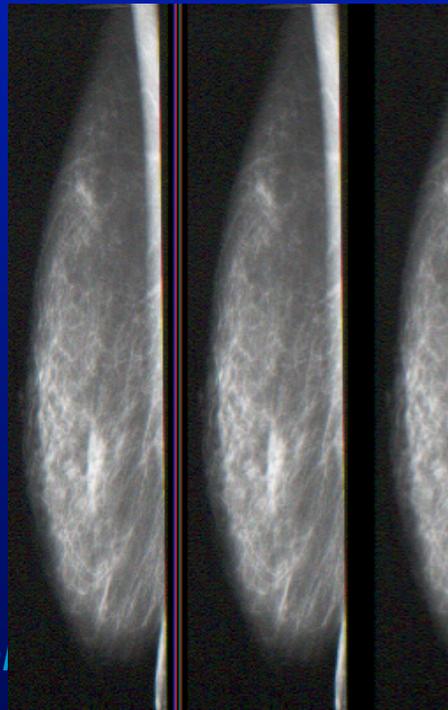
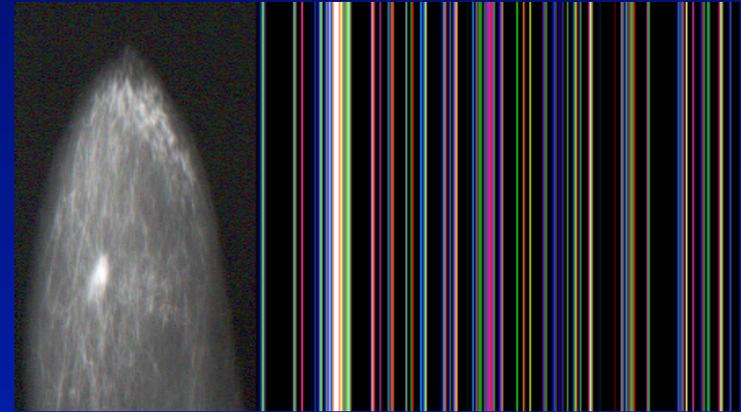
Modifications glandulaires

- Fibrose rétractile :
 - pas de centre tumoral
 - quadrant supéro interne
- Stéatonécrose

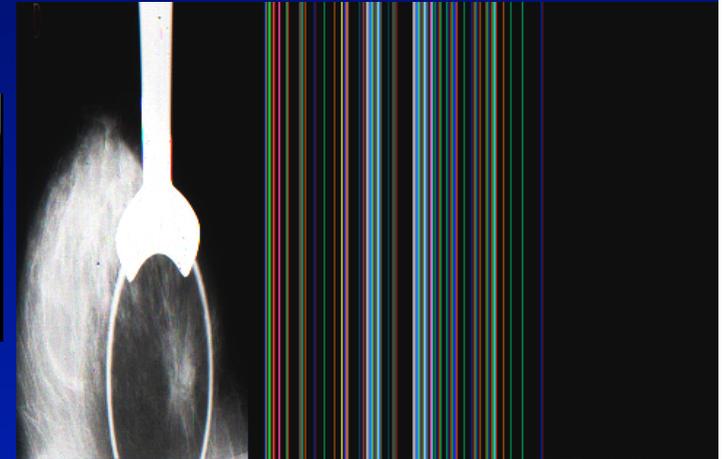
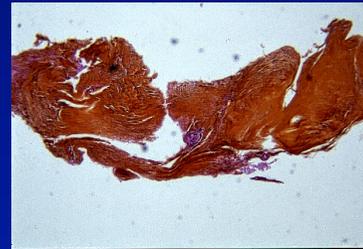


Séquelles chirurgicales

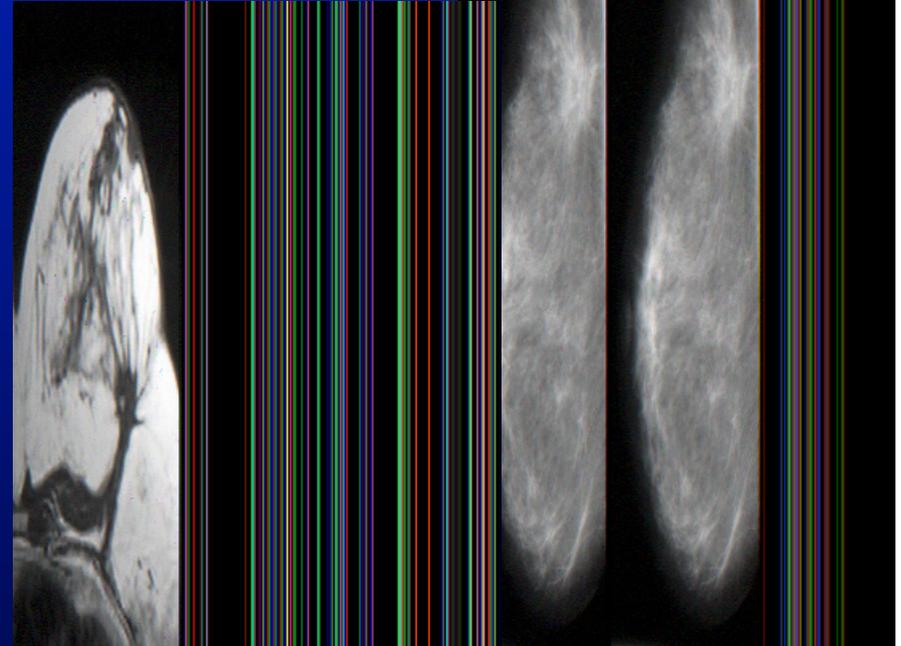
- Cicatrice fibreuse simple :
 - Non obligatoire
 - Anomalie architecturale
 - Calcifications associées



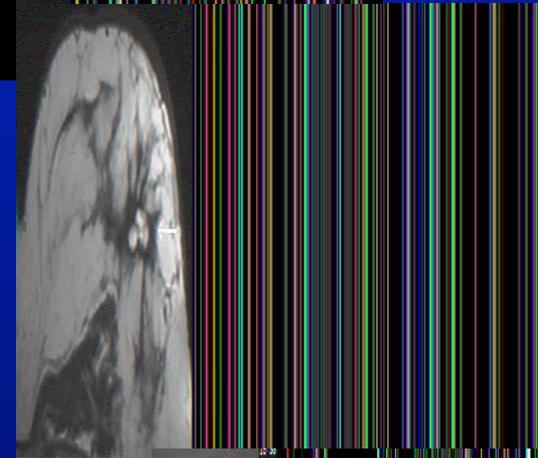
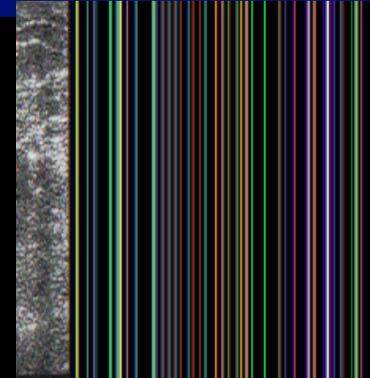
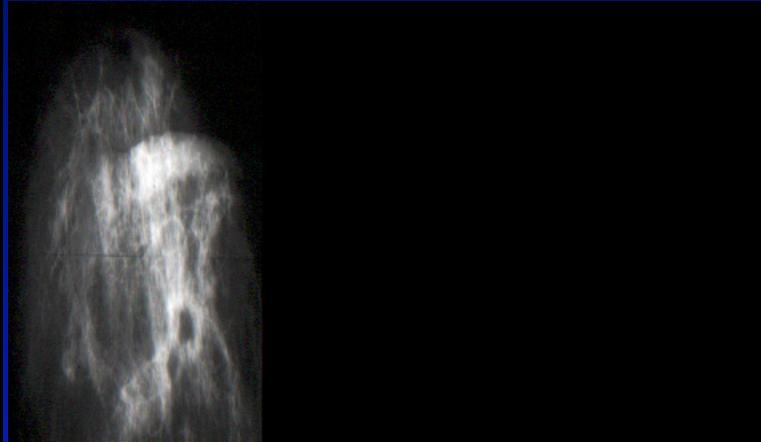
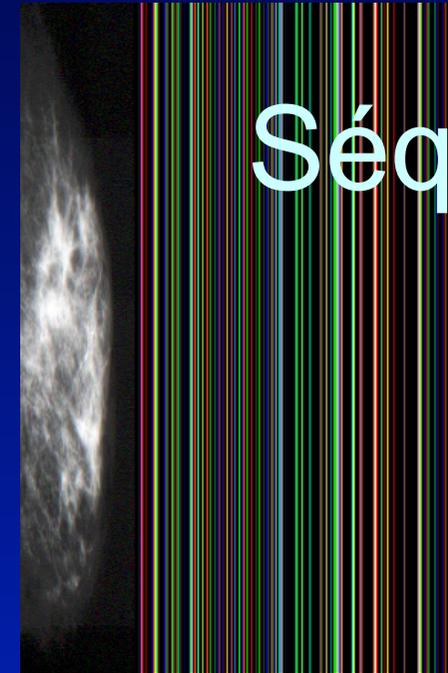
Séquelles chirurgicales



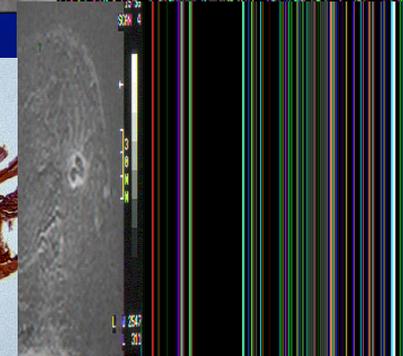
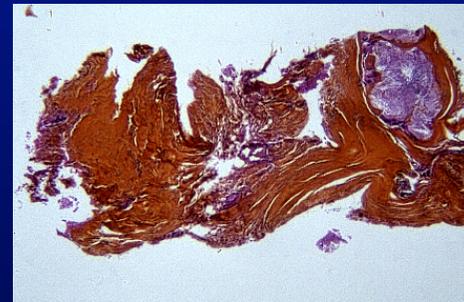
- Cicatrice fibreuse hypertrophique rétractile :
 - Exagération des phénomènes cicatriciels habituels
 - Rétraction fréquente



Séquelles chirurgicales



- Cicatrice fibreuse hypertrophique rétractile :
 - opacité stellaire
 - rétractile progressivement
 - dans le foyer opératoire
 - centre tumoral dense
 - spicules épais
 - calcifications grossières



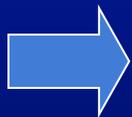
Surveillance clinique

- Examen clinique
 - Fondamental et spécifique
 - Schéma daté
 - 2 à 3 fois par an
- Particularités :
 - Maladie de Paget
 - Mastectomie
 - rétraction des plans superficiels
 - ombilication du mamelon
 - remaniements cutanés et sous cutanés trompeurs

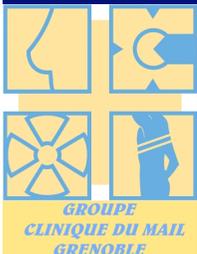


Surveillance mammographique

- Mammographie :
 - 2 contrôles à 6 mois la première année
 - 1 examen / an si clinique stable
 - Durée : 5 ans (?)
- Particularités :
 - Densité élevée : utilisation du localisé
 - Incidence "anatomique"
 - Surveillance évolutive +++



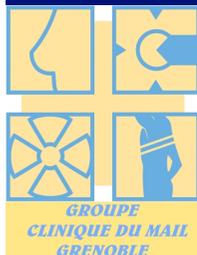
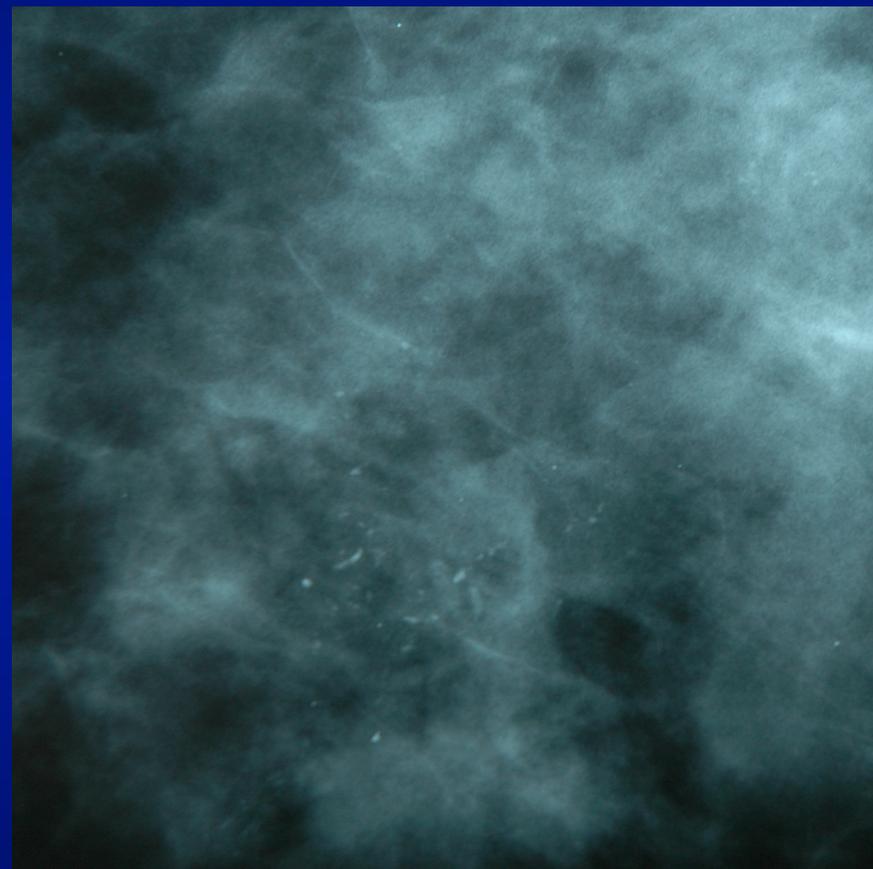
Clichés en
agrandissement sur
la cicatrice



Grenoble 2011

La récurrence locale du CCIS (Pinsky 2007)

- Visible en mammographie : 97% (série de 32 récurrences locales)
 - Dont 91% uniquement par mammographie
 - Et 6% par mammographie et palpation
- Maladie de Paget : 3%
- Anomalie
 - Microcalcifications : 75%
 - Identiques aux calcifs initiales dans 94% des cas
 - Masse : 19%
 - Anomalie architecturale : 3%



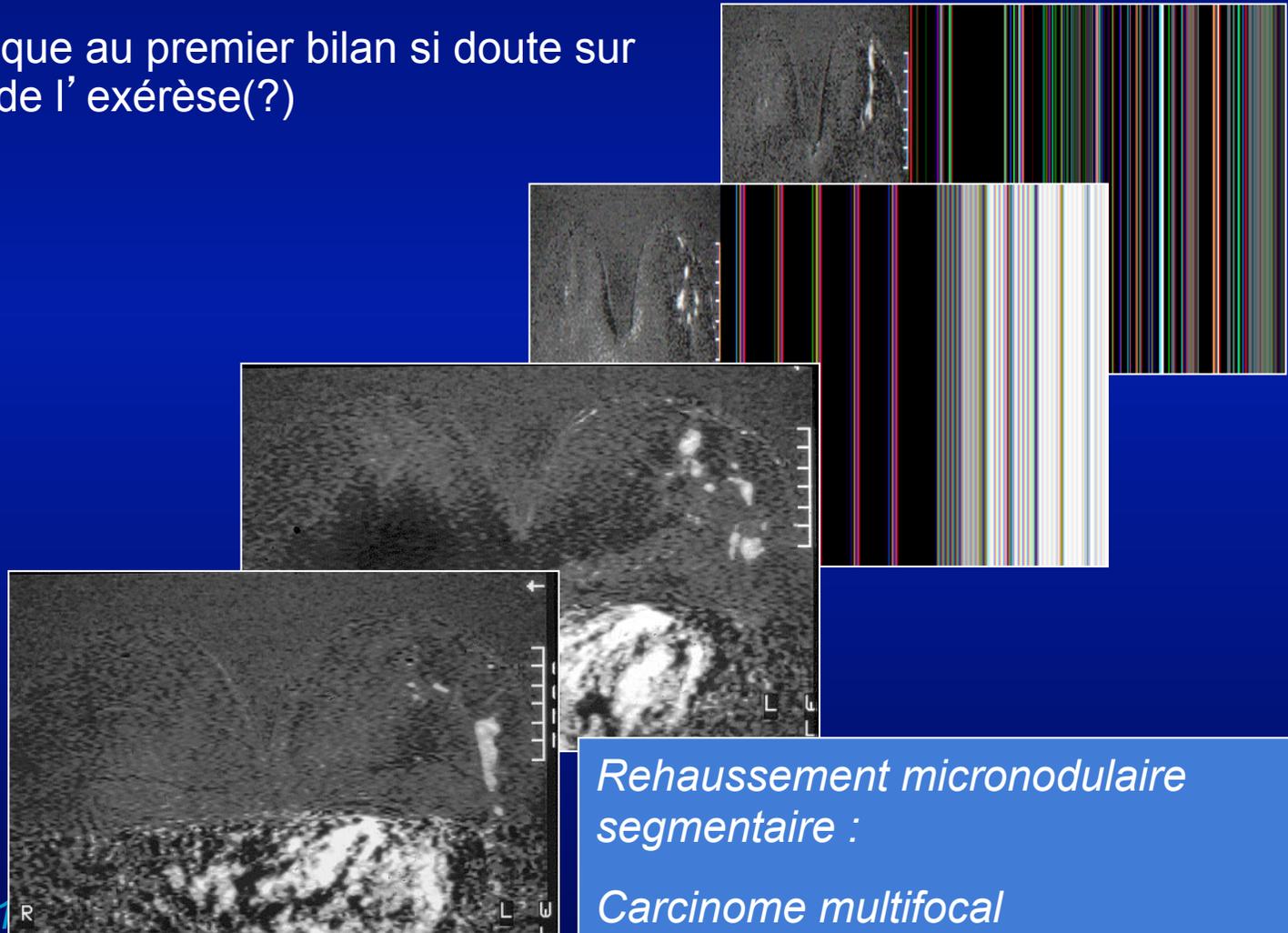
Grenoble 2011

[Recurrent Cancer After Breast-Conserving Surgery with Radiation Therapy for Ductal Carcinoma in Situ: Mammographic Features, Method of Detection, and Stage of Recurrence—Pinsky and coll. – AJR 2007; 189:140–144]



Place de l'IRM

- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)

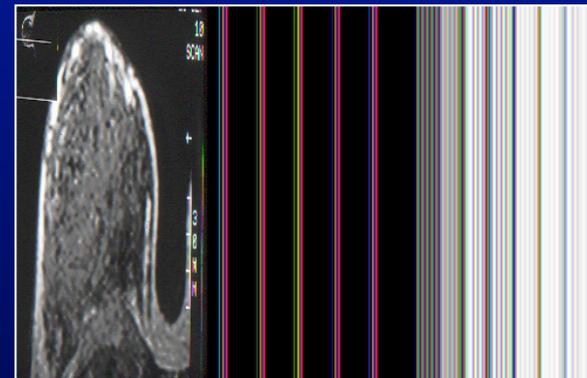
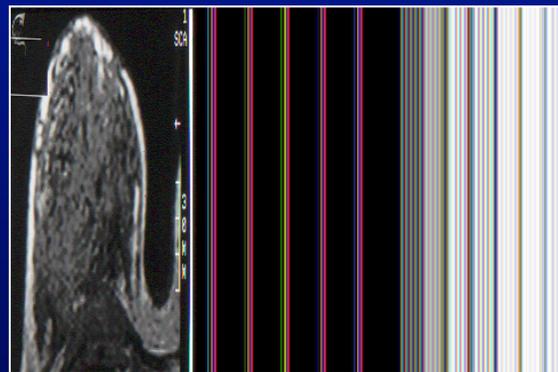
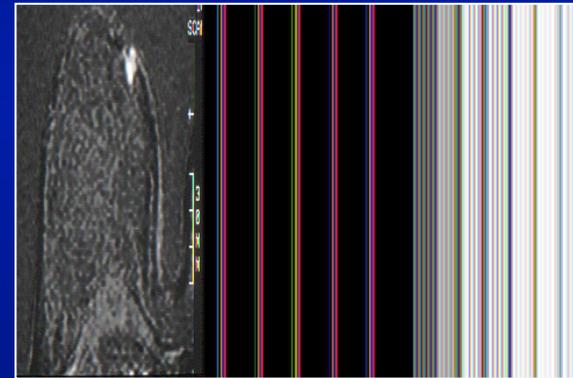
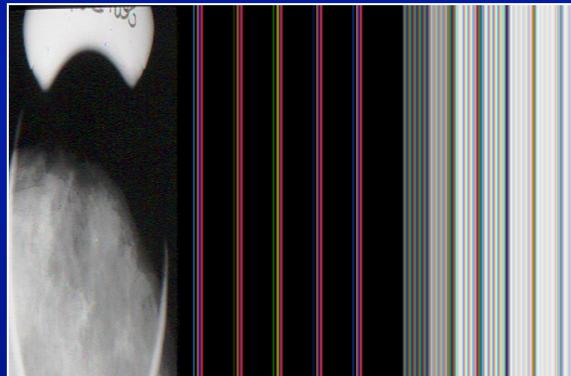


*Rehaussement micronodulaire
segmentaire :*

Carcinome multifocal

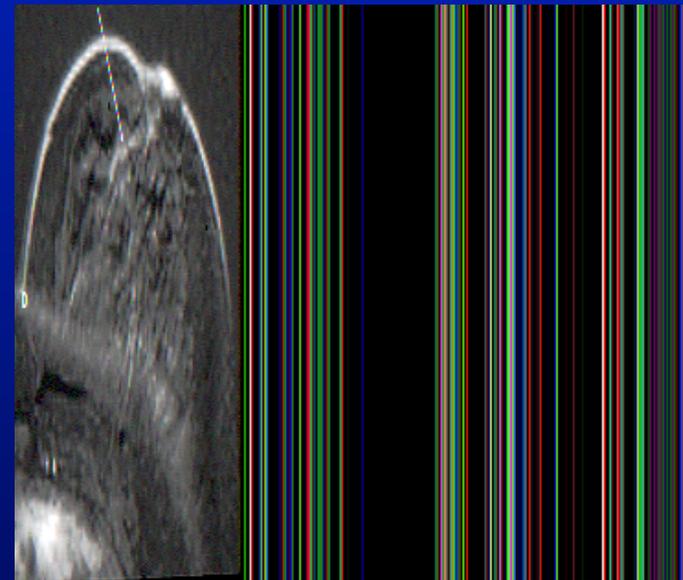
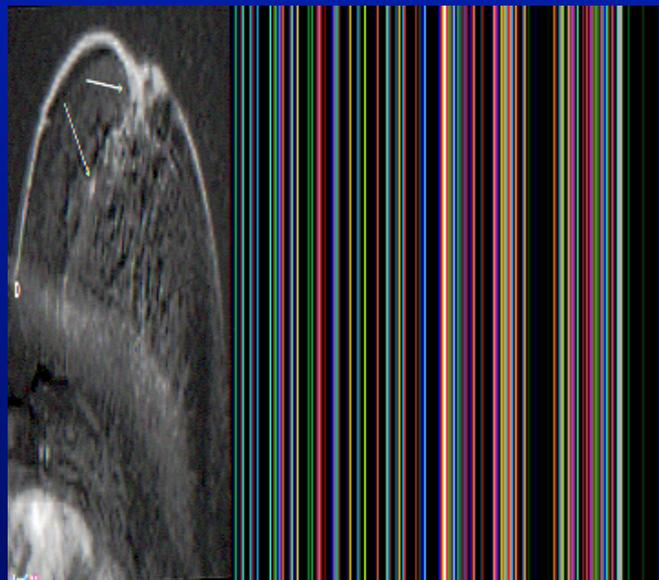
Place de l'IRM

- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)
 - Devant toute anomalie du bilan standard



Place de l'IRM

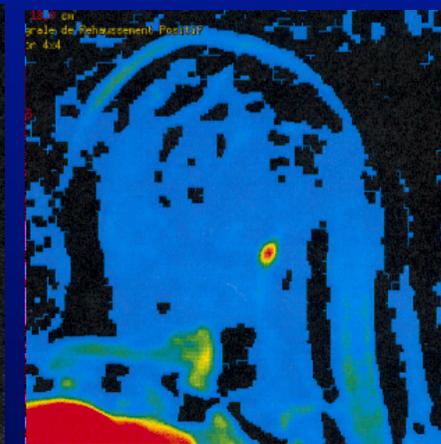
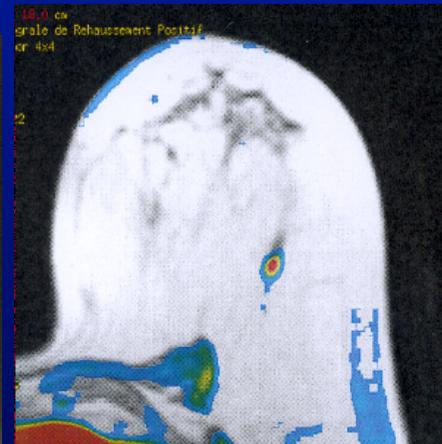
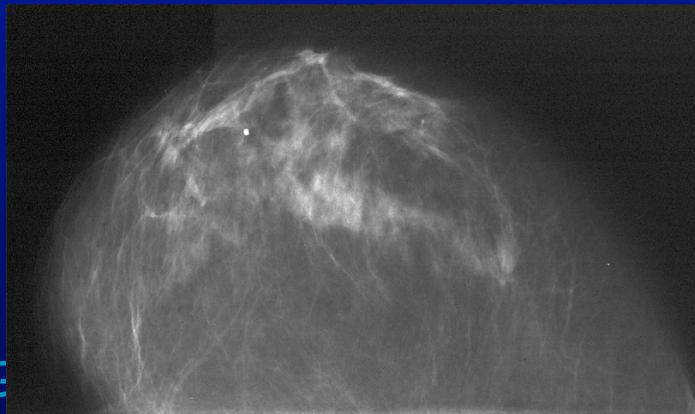
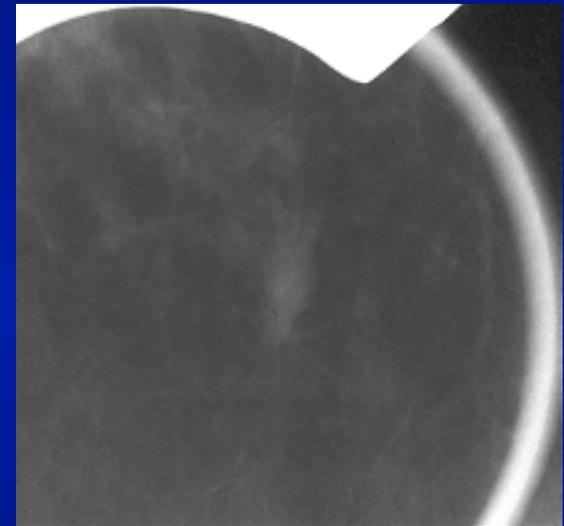
- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)
 - Devant toute anomalie du bilan standard
 - Systématique : fréquence?



Place de l'IRM

- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)
 - Devant toute anomalie du bilan standard
 - Systématique : fréquence?
- Particularités :
 - Examen sensible

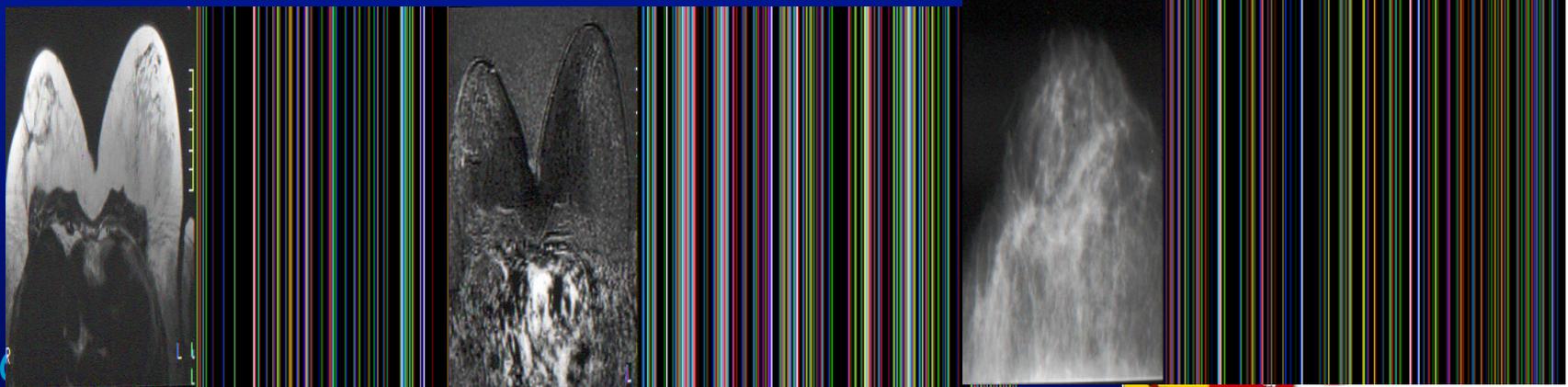
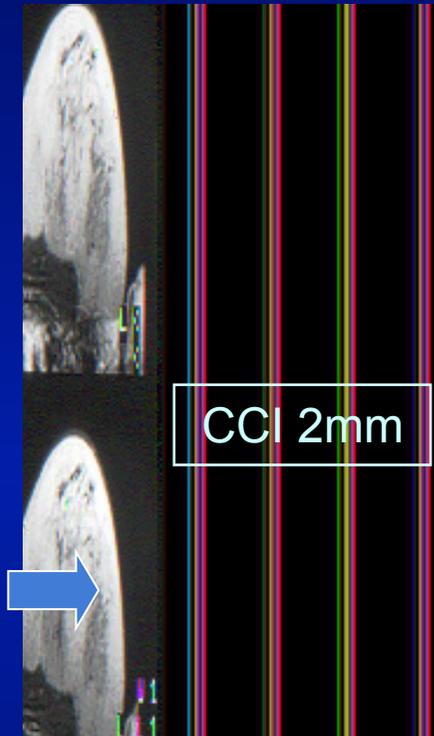
. sensibilité 84 %
. spécificité 90 %



Place de l'IRM

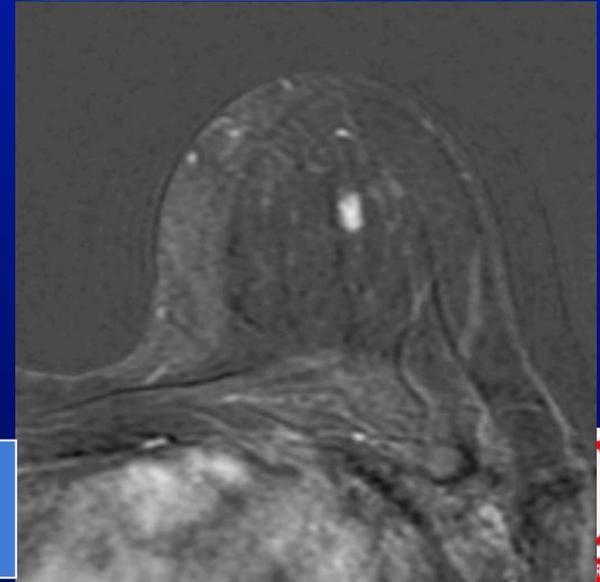
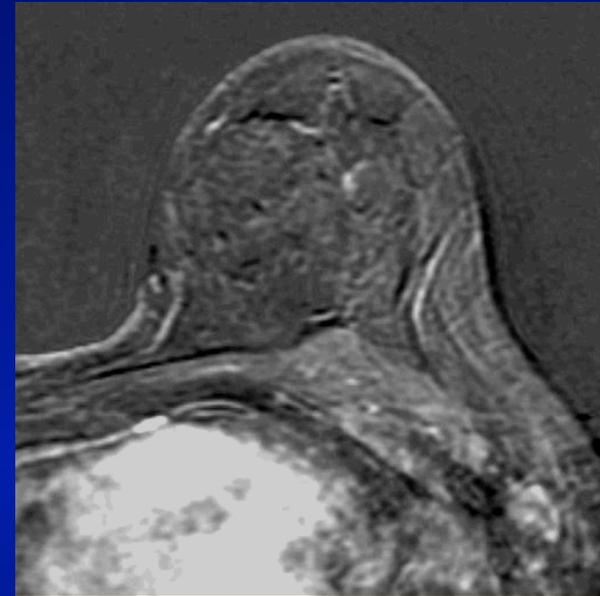
- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)
 - Devant toute anomalie du bilan standard
 - Systématique : fréquence?
- Particularités :
 - Examen sensible
 - Spécifique sur le sein traité

. sensibilité 84 %
. spécificité 90 %

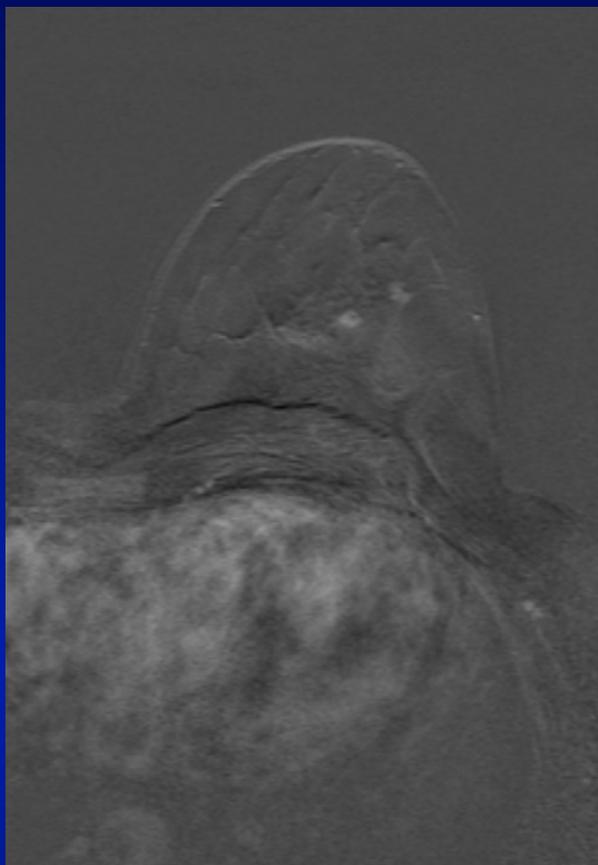


Place de l'IRM

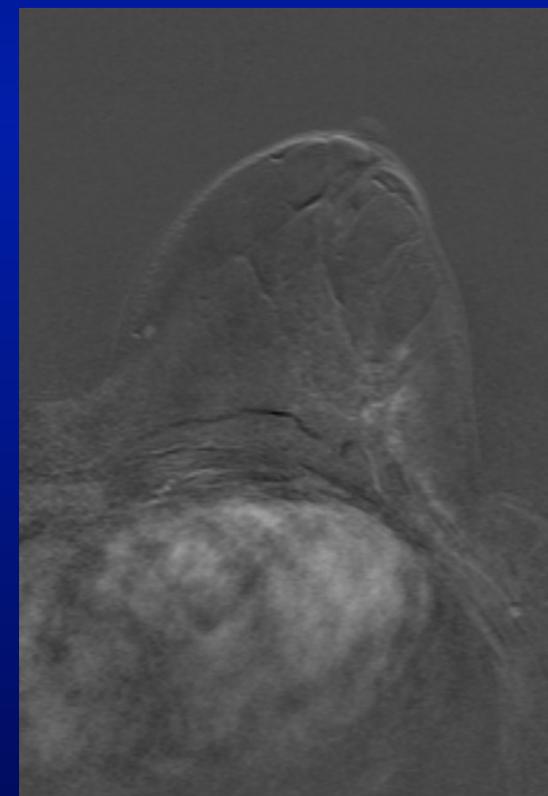
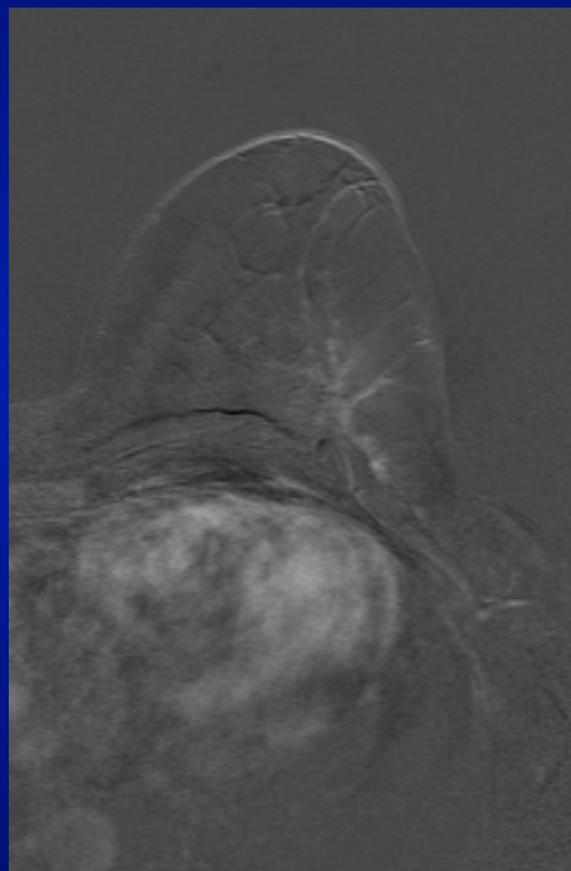
- IRM :
 - Systématique au premier bilan si doute sur la qualité de l'exérèse(?)
 - Devant toute anomalie du bilan standard
 - Systématique : fréquence?
- Particularités :
 - Examen sensible
 - Spécifique sur le sein traité
 - Savoir reprendre le bilan standard après IRM positive
 - Savoir contrôler une image ACR3



Contrôle IRM systématique



Récidive d'un CCIS
détecté par IRM seule



Prélèvement « facile »

- **Cytologie** :
 - À éviter formellement dans ce contexte
- **Biopsie percutanée** :
 - Performante si cible échographique de taille suffisante
 - Sinon, macrobiopsie sous aspiration échoguidée
- **Macrobiopsie stéréoguidée sous aspiration** :
 - En cas de foyer de microcalcifications
 - (Sein traité peu hémorragique et peu sensible)
- **Macrobiopsie IRM sous aspiration** :
 - Quand le bilan post IRM ne permet pas de déterminer de cible

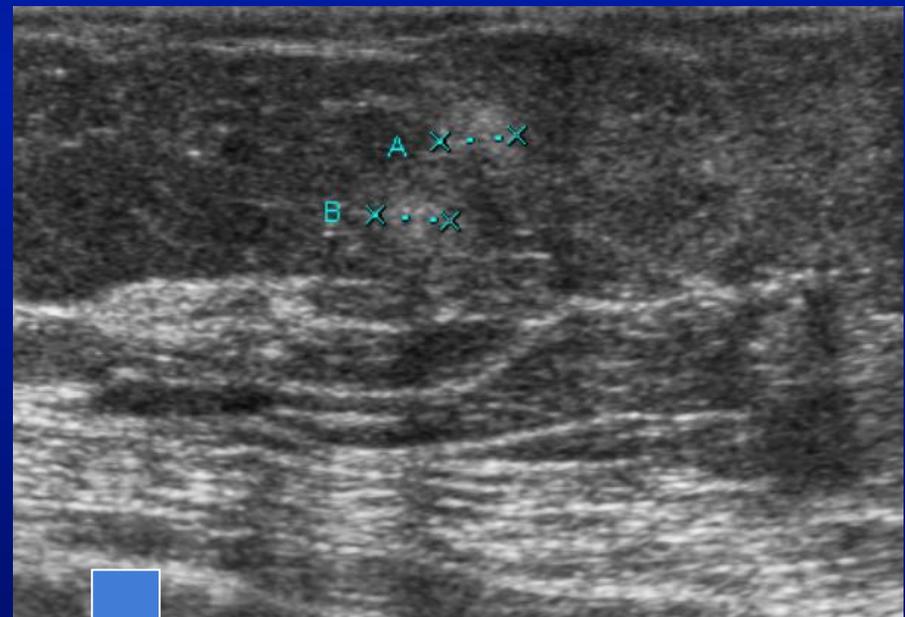
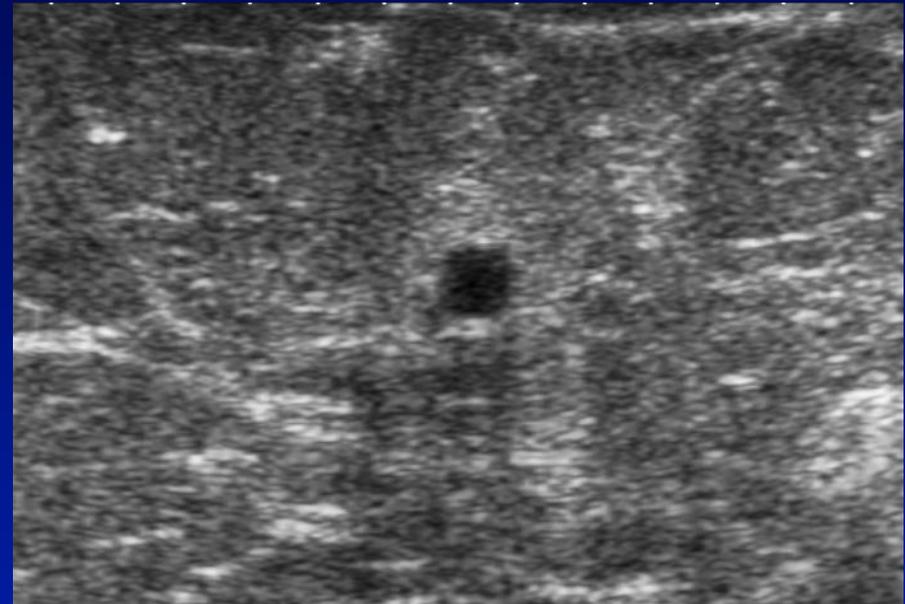
Mme D. Sabrina

- 55 ans
- Traitement conservateur droit datant de 8 ans avec réduction gauche dans le même temps
- Tuméfaction douloureuse supéro interne droite
- Mammographie stable



Mme D. Sabrina

- 55 ans
- Traitement conservateur droit datant de 8 ans avec réduction gauche dans le même temps
- Tuméfaction douloureuse supéro interne droite
- Mammographie normale
- Echographie : zones échogènes et anéchogènes évoquant des zones de steatonécrose



IRM mammaire

Mme D. Sabrina

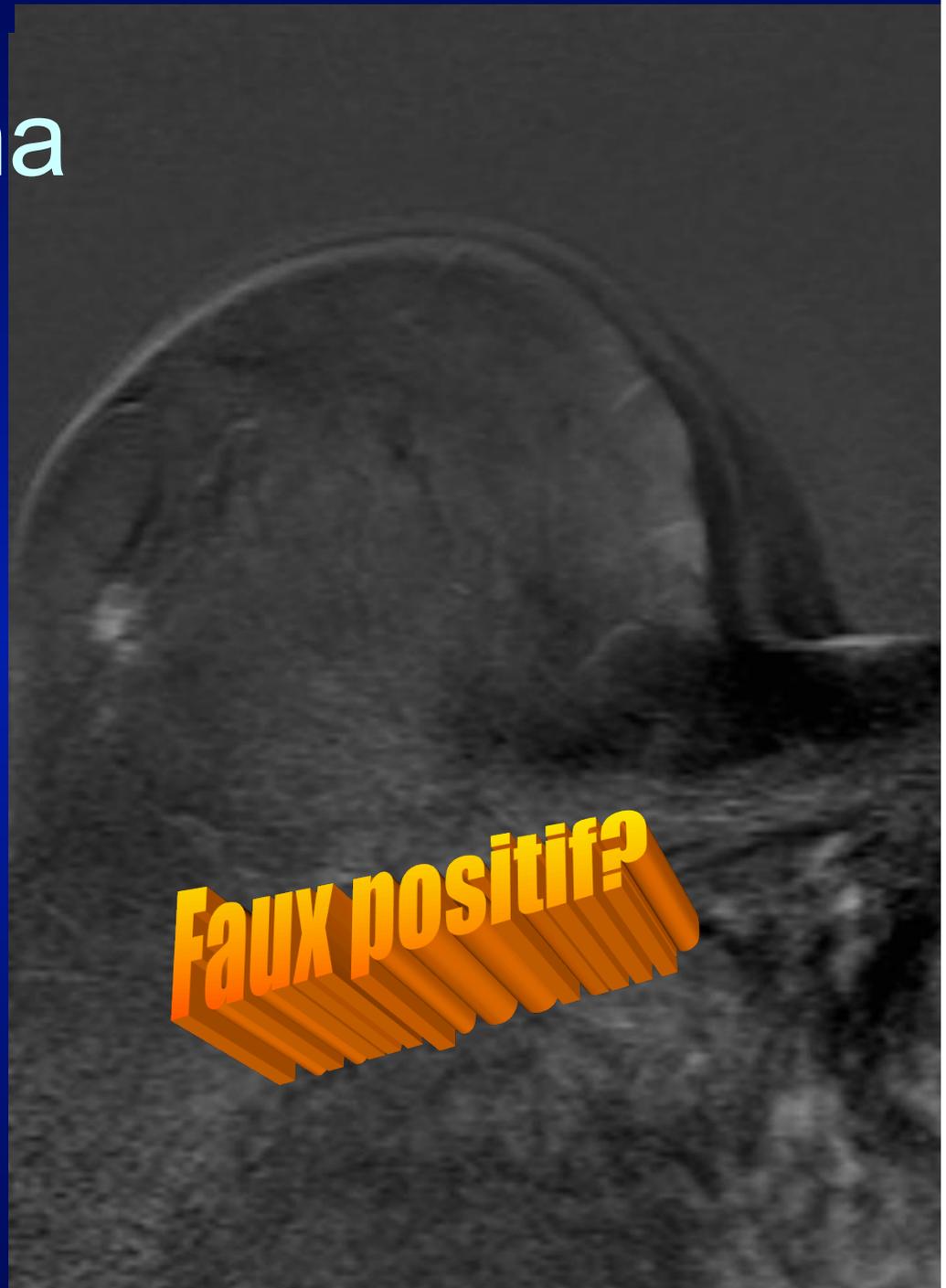
- IRM : aspect de récurrence multifocale à l'ensemble du sein droit



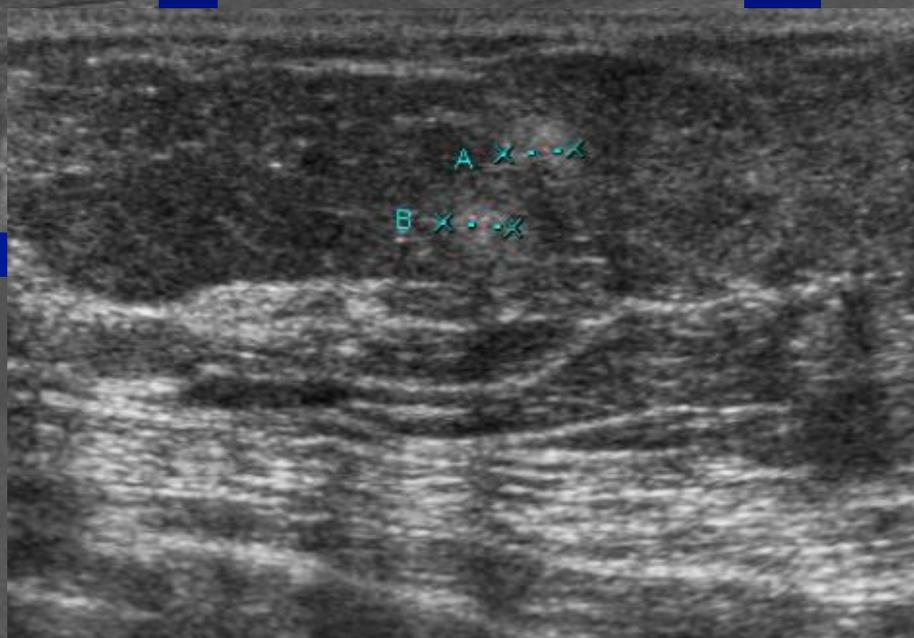
- Biopsie échoguidée : zone cicatricielle avec steatonécrose



- Décision : macrobiopsie échoguidée (Mammotome HH)



*RSSM diffus, régional
multiple, asymétrique,
sein traité*

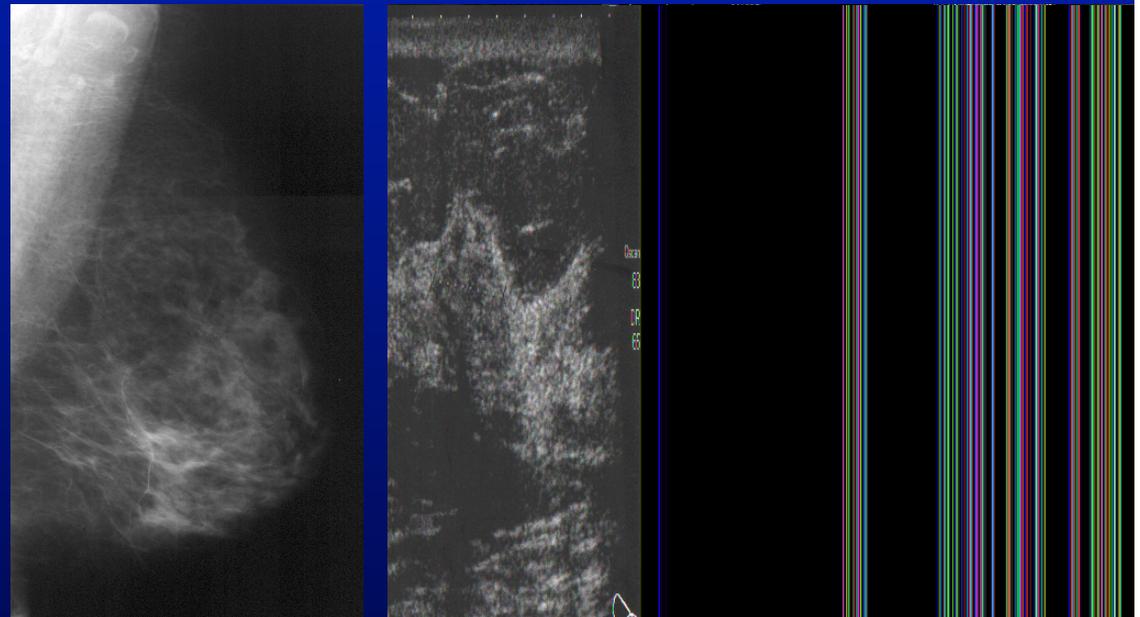
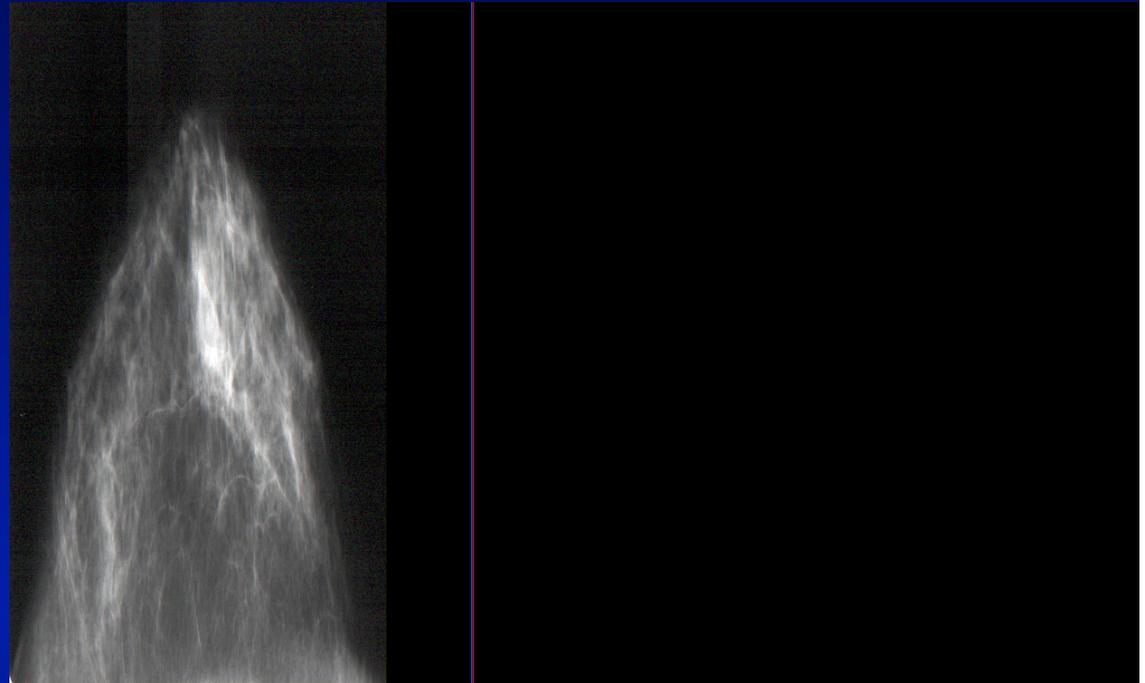


Mammotome HH : CCI moyennement infiltrant SBRI associé à CCIS de
GI sans nécrose RH+ HER-

Mme B. Maria

- 58 ans
- 2 enfants
- traitée à 47 ans pour CCIS sein gauche
- Pas d' ATCD familial

Sein gauche

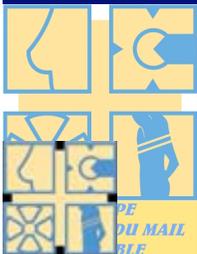
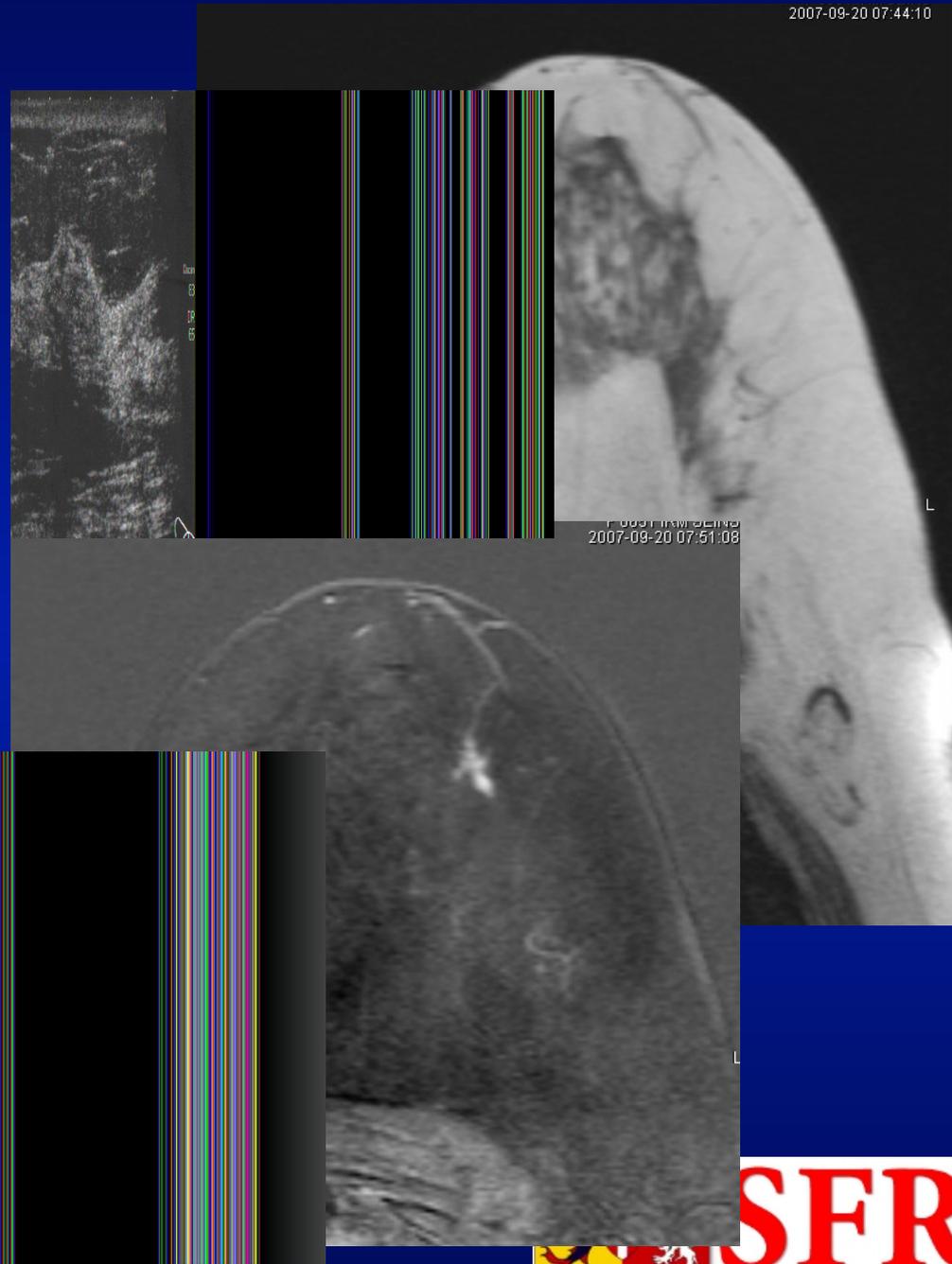


Mme B. Maria

- IRM : prise de contraste
- Biopsie échoguidée : risque de sous estimation
- Biopsie stéréotaxique : anomalie architecturale délicate à +/- 15°

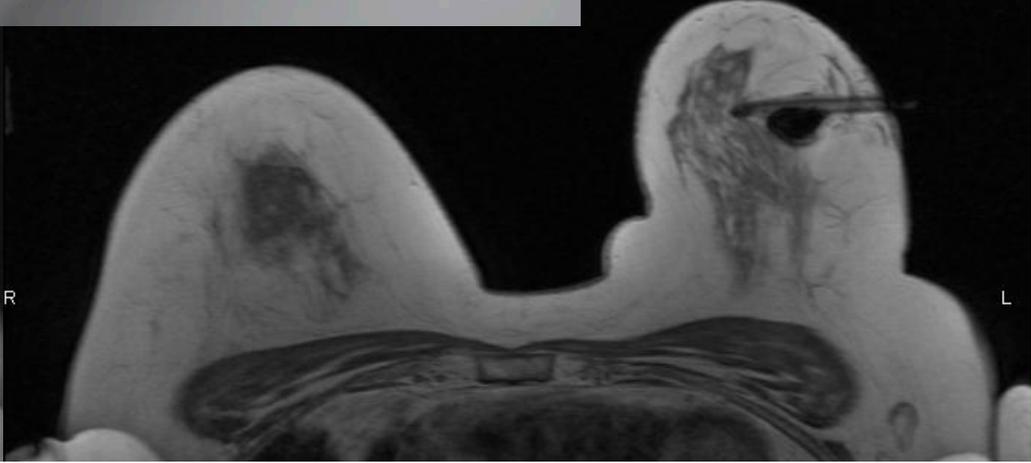
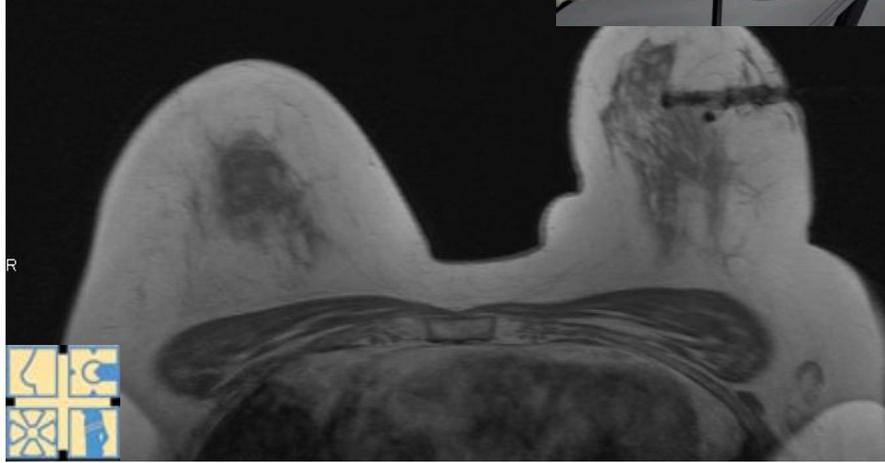
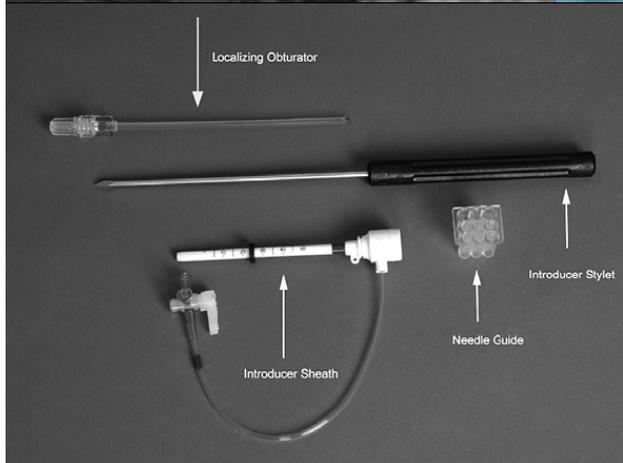
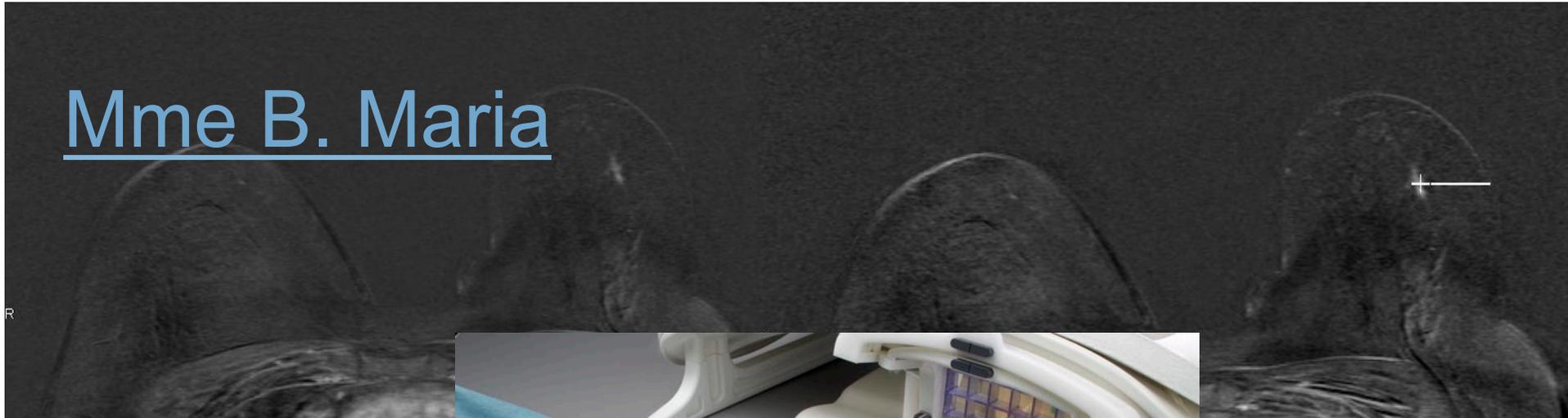


- Biopsie sous IRM



Grenoble 2011

Mme B. Maria



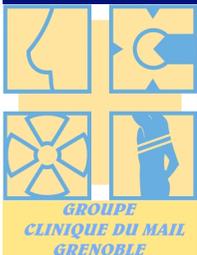
Macrobiopsie sous IRM

Macrobiopsie = LIN2, 3 et atypies

Chirurgie = CLI 4mm



Le contexte



Grenoble 2011

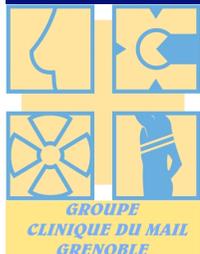


La perception du risque

- risque métastatique : 1%
 - risque de récurrence locale après mastectomie : 1%
 - risque de récurrence locale après chirurgie conservatrice : 1% par an
- Étude de la perception du risque par les patientes traitées pour un CCIS
 - 487 patientes, 9 mois après le traitement de leur cancer in situ, pensent qu'elles ont :
 - un risque modéré de récurrence in situ à 5 ans : 54%
 - un risque modéré de récurrence in situ sur la durée de sa vie : 68%
 - un risque modéré de récurrence sur le mode invasif à 5 ans : 39%
 - un risque modéré de récurrence sur le mode invasif sur la durée de la vie : 53%

*Harris J, Morrow M, Osborne C, Lippman M.
Diseases of the breast, 3rd ed. Philadelphia, PA:
Lippincott Williams & Wilkins, 2004:525*

*Risk perceptions and psychosocial
outcomes of women with ductal carcinoma
in situ : longitudinal results from a cohort
study – Partridge and coll. – J Natl Cancer
Inst. 2008 Feb 20;100(4):228-9*

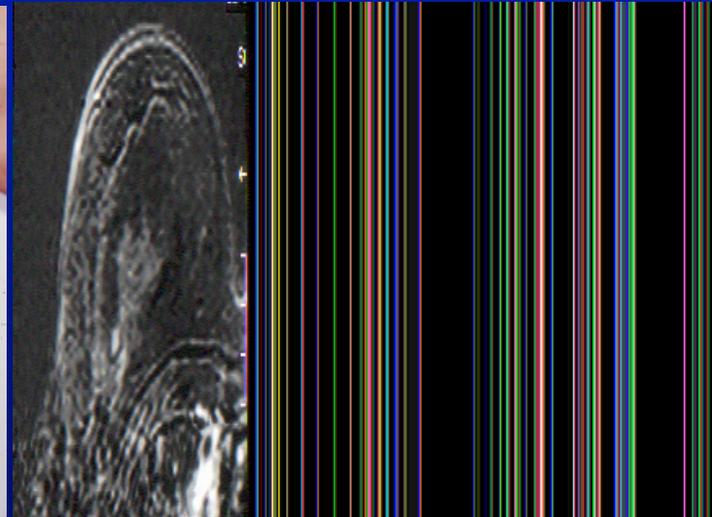


Grenoble 2011



Conclusions

- La problématique du radiologue :
 - Ne pas en faire trop dans un contexte psychologique sensible
 - Ne pas laisser passer la récurrence à un stade précoce



Conclusions

- Surveillance méticuleuse car haut risque
 - 1 % des patientes surveillées feront soit une récurrence soit une deuxième localisation chaque année
- Facteurs de risque de récurrence
 - Age < 40 ans
 - Absence de microcalcifications en mammographie
 - Présence de nécrose
- Le pronostic de la récurrence ou de la 2ème localisation est lié à la précocité du diagnostic
- Mammographie au centre de cette surveillance mais Pièges nombreux
- IRM dans cette indication : au cas par cas