



LE CARCINOME CANALAIRE IN SITU (CCIS) DU SEIN

(= carcinome intra-canalair))

(= carcinome intra-galactophorique)

Dr Loïc BOULANGER, Pr Denis VINATIER

Service de chirurgie gynécologique et mammaire

Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

INTRODUCTION

- Prolifération de cellules malignes :
 - à l'intérieur du réseau galactophorique
 - sans franchissement de la membrane basale
- Incidence :
 - 20% des cancers du sein (1 → 20% par dépistage organisé)
 - 7 à 8 000 nouveaux cas par an
- CCIS pur ou avec micro-invasion (< 1mm)
 - Et non pas:
 - CCIS associé à cancer invasif : cad un CANCER INVASIF avec CCIS extensif
 - Carcinome lobulaire in situ: lésion bénigne frontière

INTRODUCTION

- Mais problème du sur-diagnostique et du sur-traitement (10% ?)
- Lésion précancéreuse: 40 à 60% (?) d'évolution spontanée vers cancer à l'endroit de la lésion
- Evolution lente (X années)
- DONC PAS D' URGENCE

Caractéristiques des CCIS

- Touchent des femmes jeunes (40 à 50 ans)
- Souvent multifocal (25 à 70 %)
- Très bon pronostic si traitement correct: 95% de SG à 10 ans

MAIS...

- Importance du résultat esthétique :
 - Femme jeune et bon pronostic
 - d'où oncoplastique et reconstruction
- Lésions non palpables :
 - coordination chirurgien radiologue
 - repérage pré-opératoire
 - contrôle radiologique des pièces opératoires

MAIS...

- Importance du traitement local :
 - conservateur : alors nécessité de radiothérapie
 - non conservateur → reconstructions mammaires
- Formes graves :
 - à haut risque de récurrence
 - à risque métastatique : 1% de pN+
 - d'où interrogations sur les traitements adjuvants

Circonstances de découverte

- Le plus souvent en mammographie: MICRO-CALCIFICATIONS +++
- Rarement sur signes clinique (maladie de Paget du mamelon, nodule, écoulement mamelonnaire)

Le traitement

- PROPHYLAXIE du cancer invasif
- Le traitement est local: conservateur (radio-chirurgical) ou radical (mastectomie totale sans irradiation)
- Un objectif: LE CONTRÔLE LOCAL +++
- Car risque de récurrences locales à 7 ans :
 - Mammectomie : RL < 2 %
 - Tumorectomie : RL 30 %
 - Tumorectomie + RT : RL 4 à 8 %
- 1 récurrence sur 2 est invasive +++
- D'où malgré le bon pronostic :
 - les mammectomies
 - l'irradiation

Les modalités thérapeutiques

- Mastectomie totale:
 - Séries rétrospectives: < 2% de cancer invasif à 10 ans
- Traitement conservateur: Essais randomisés CHIR vs CHIR + RT
 - 4 à 8% de cancer invasif à 10 ans quand chir + RT

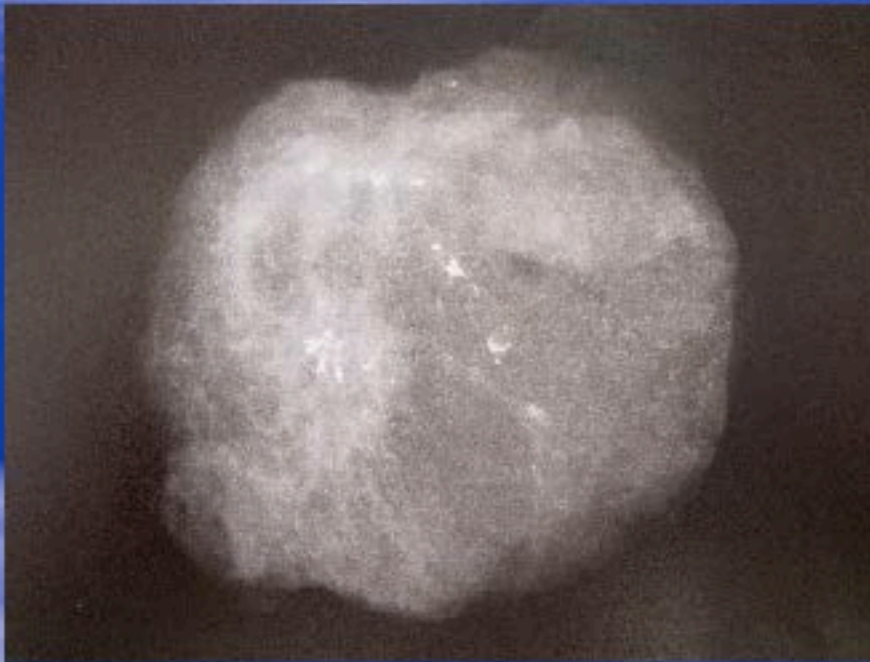
Comment choisir le type de chirurgie ?

- Rapport volume d'exérèse / volume sein:
 - Volume d'exérèse: taille sur mammographique + marges de sécurité
 - Volume sein: reste-t-il de quoi faire un sein «esthétique» une fois l'exérèse réalisée (oncoplastie ++)
- Désir de la patiente qui aura été bien informée (risque de reprise chirurgicale, possibilité de MT + RMI, risque de récurrence, nécessité d'une surveillance prolongée)

Le traitement conservateur

- IMPERATIF: des marges d'exérèse saines +++
- Implications pratiques:
 - Repérage préopératoire de la lésion et / ou du clip de macrobiopsie (harpon, bleu)
 - Exérèse monobloc allant du plan cutané au muscle pectoral
 - Contrôle RX pièce opératoire
 - Envoi en anapath d'une pièce orientée par le chirurgien selon un protocole pré-établi
 - +/- Contrôle mammo avant la RT

Contrôle RX pièce opératoire



Clichés Dr Giard,
Centre Oscar Lambret,
Lille

en position opératoire

Marges saines

- **Recommandation actuelle en France: marges ≥ 2 mm** mesurées au microscope sur pièce fixée
- Si berges envahies ou atteintes ou si marges < 2 mm : **REINTERVENTION** (élargissement des berges ou MT)
- Donc informer ++ les patientes de ce risque de 2^e intervention

Le risque de récurrence après traitement conservateur

- 3 facteurs de risque de RL après chirurgie conservatrice:
 - berges atteintes ou limites
 - absence de RT
 - âge (< 35- 40ans)
 - *le jeune âge n'est pas une contre-indication au traitement conservateur*
 - *MAIS il faut des berges saines ++++ (plus larges?)*
 - *RT avec surimpression ?*
 - *Ou MT d'emblée ?*

Le traitement radical

- Indications:
 - CCIS étendu inaccessible à traitement conservateur (d'emblée ou si berges non saines après 1ère ou 2ème MP)
 - Souhait de la patiente
 - Mastectomie simple +/- GS
 - Proposer une reconstruction immédiate (pas de RT ni autre traitement)

Le prélèvement axillaire en cas de CCIS

- Pas de consensus
- Les arguments pour la réalisation du prélèvement du ganglion sentinelle (GS) lors de la chirurgie initiale :
 - Un risque d'envahissement ganglionnaire faible mais non nul (variations de 0 à 13%, avec un taux moyen de 6,8%)
 - Un risque de sous évaluation CIC / infiltrant sur les micro/macro biopsies préopératoires (20%)
 - L'impossibilité théorique d'explorer secondairement l'aisselle par un GS si nécessaire puisque le GS après tumorectomie n'est pas validé

Le prélèvement axillaire en cas de CCIS

- En pratique, réalisation d'un GS en cas de CCIS si:
 - Indication de mastectomie car
 - impossibilité ultérieure de réaliser cette technique avec une fiabilité reconnue
 - MT habituellement réalisées pour des carcinomes intra canaux éendus avec un risque de sous estimation
 - En cas de traitement conservateur si situations « à risque » de découverte d'une (micro)invasion au définitif
 - CIC de haut grade ?
 - CIC éendus (> 40mm)
 - suspicion de micro invasion sur la radiologie ou la microbiopsie pré opératoire (importance ++ de la RCP pluridisciplinaire)
 - Discordance clinique (nodule palpable)

CCIS et curage axillaire

- Si pas d'accès à la technique du ganglion sentinelle, ne pas réaliser de curage axillaire d'emblée car:
 - Morbidité connue
 - Risque faible d'envahissement axillaire
 - Possibilité de réaliser une 2^e intervention si nécessité de connaître le statut ganglionnaire

- Recommandations nationales INCa de prise en charge des cancers in situ du sein :

www.e-cancer.fr

Oui

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE
EST-ELLE REALISABLE*?

Non

CHIRURGIE CONSERVATRICE DU SEIN

- ✓ Sans examen extemporané
- ✓ Sans curage axillaire
- ✓ Si lésion palpable ou suspicion de micro-invasion sur image radiologique ou sur biopsie: Ganglion sentinelle

MASTECTOMIE TOTALE SIMPLE

- ✓ Sans curage axillaire
- ✓ Avec reconstruction mammaire immédiate ou différée
- ✓ Si lésion palpable, suspicion de micro-invasion sur image radiologique ou sur biopsie, ou lésion étendue de haut grade : Ganglion sentinelle
- ✓ Si mastectomie pour lésion étendue non de haut grade : Ganglion sentinelle peut être discuté

Oui

LA MARGE DE TISSU
SAIN EST-ELLE \geq 2 MM?

Non

RADIOTHÉRAPIE

- ✓ Dose minimale de 50 Gy en 25 fractions
- ✓ Pas d'irradiation ganglionnaire
- ✓ Une surimpression peut être discutée notamment dans le cadre d'essais cliniques⁸. Elle ne doit pas être le traitement de rattrapage d'un traitement chirurgical insuffisant.

REPRISE CHIRURGICALE

- 3 modalités sont possibles :
- ✓ Ré-excision avec obtention de marges \geq à 2 mm puis radiothérapie
 - ✓ Mastectomie de 2^{ème} intention
 - ✓ Mastectomie de 3^{ème} intention si ré-excision non satisfaisante

**Récidive d'un carcinome intra-canaulaire
initialement traité par**

Traitement conservateur (MP + RT)

Chirurgie RADICALE

Récidive *in situ*

Récidive *invasive*

Récidive *in situ*

Récidive *invasive*

- MT +/- RMI ou RM différée
- Pas de ganglion sentinelle
- Pas de curage axillaire immédiat
- Si découverte d'un cancer infiltrant sur MT, curage secondaire

- MT + CA
- Traitement médical adjuvant et/ou radiothérapie à discuter
- RMI ou différée à discuter en fonction des traitements associés

- Excision au large avec berges saines
- Pas de curage axillaire
- Radiothérapie de paroi à discuter

- Stratégie thérapeutique à définir en réunion de concertation pluridisciplinaire après bilan d'extension locorégional complet

Surveillance des CCIS

- Après mastectomie
 - examen clinique annuel
 - mammographie et échographie annuelle
 - si risque génétique : IRM mammaire
- Après traitement conservateur
 - examen clinique annuel
 - mammo : à 6 mois puis annuelle +/- échographie
 - IRM si :
 - seins difficiles à étudier
 - haut risque génétique