



**HAL**  
open science

## 66. De la pratique des coupes larges en anatomie pathologique après mammectomie partielle pour adénocarcinome invasif, à la réduction du taux de récurrence locale

J. Thomassin Piana, E. Charafe Jauffret, A. Autret, A. Tallet, J.M. Extra, E. Lambaudie, G. Houvenaeghel, J. Jacquemier

### ► To cite this version:

J. Thomassin Piana, E. Charafe Jauffret, A. Autret, A. Tallet, J.M. Extra, et al.. 66. De la pratique des coupes larges en anatomie pathologique après mammectomie partielle pour adénocarcinome invasif, à la réduction du taux de récurrence locale. 34<sup>e</sup> Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Paris, 2012. Acquis et limites en Sénologie, Nov 2012, Paris, France. pp.511. hal-03582908

**HAL Id: hal-03582908**

**<https://hal.science/hal-03582908v1>**

Submitted on 21 Feb 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# 66

## **De la pratique des coupes larges en anatomie pathologique après mammectomie partielle pour adénocarcinome invasif, à la réduction du taux de récurrence locale**

J. Thomassin Piana<sup>1</sup>, E. Charafe Jauffret<sup>1</sup>, A. Autret<sup>2</sup>, A. Tallet<sup>3</sup>, J.-M. Extra<sup>4</sup>, E. Lambaudie<sup>5</sup>, G. Houvenaeghel<sup>5</sup> et J. Jacquemier\*<sup>1</sup>

### **Contexte**

Historiquement, les équipes sénologiques de l'Institut Paoli Calmettes (IPC) [1] ont beaucoup travaillé sur la chirurgie conservatrice en cas d'adénocarcinome mammaire. L'analyse des facteurs associés à la récurrence locale a mis en évidence l'importance en particulier de la qualité des marges d'exérèse, l'impact de la composante canalaire extensive. En 1995, dans le cadre des campagnes de dépistage en Europe, des recommandations ont été émises par un groupe d'experts Pathologistes, qui ont souligné l'intérêt de la standardisation des comptes rendus anatomopathologiques précisant la qualité des marges et en quantifiant entre autres la composante canalaire extensive. Ces deux notions nous ont conduits à mettre en place en 1995 la pratique des coupes larges afin d'être le plus exhaustif possible dans l'analyse des limites d'exérèse et de la composante endo-canalaire.

### **Matériel et méthodes**

Afin d'évaluer l'impact de cette pratique plus lourde sur la fréquence des récurrences locales nous avons choisi de comparer deux périodes de 10 ans période 1 (P1) 1985-1995 653 cas avec un recul moyen de 120 mois, à la période

---

\* Auteur correspondant

1 Service de biopathologie, Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille, France

2 Service de biostatistique, Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille, France

3 Service de radiothérapie, Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille, France

4 Service d'oncologie médicale, Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille, France

5 Service de chirurgie oncologique, Institut Paoli Calmettes, 13009 Marseille, France

2 (P2) 1996 -2005 953 cas avec un recul moyen de 85 mois, où dans les deux cas les patientes ont eu une chirurgie conservatrice pour un adénocarcinome infiltrant.

La prise en charge chirurgicale est identique pendant ces deux périodes, en cas de limites non saines une reprise chirurgicale est effectuée. Seuls les cas ayant une reprise conservatrice sont inclus dans cette étude. Le changement le plus important est anatomopathologique, avec pour la P2 une inclusion totale et en coupes larges de la pièce opératoire, permettant d'être entièrement exhaustif sur l'évaluation des marges. En revanche, ont été significativement plus fréquentes la radiothérapie complémentaire type *boost* (82/91 %  $p < 0,001$ ), la chimiothérapie adjuvante (30 %/56 %  $p < 0,001$ ) et l'hormonothérapie adjuvante (35 %/72 %  $p < 0,001$ ).

Les paramètres pris en compte pour l'analyse tiennent compte des critères anatomopathologiques et cliniques.

## Résultats

L'analyse comparative de ces deux périodes fait apparaître une très significative diminution du taux de récidives locales passant à 10 ans de 11,46 % à 3,36 % (tableau I).

**Tableau I.** Analyse univariée.

Période	Années	Nb de cas invasifs	Nb de récidives locales	Test	Hazard ratio	Test
P1	[1985-1995]	646	74 (11,46 %)	P logrank	1	P Wald
P2	]1996-2005]	953	32 (3,36 %)	< 0,001	0,32 [0,21,0,49]	< 0,001

L'analyse univariée souligne, de manière significative, l'impact sur la récidive locale, de la période concernée ( $p < 0,001$ ), de l'envahissement ganglionnaire ( $p = 0,049$ ), du grade ( $p = 0,008$ ), des limites ( $p < 0,001$ ), des récepteurs hormonaux ( $p < 0,0001$ ), de la chimiothérapie ( $p = 0,012$ ).

L'analyse multivariée met en évidence l'impact prédominant de la période des coupes larges, c'est-à-dire de la période (RR = 2,24 ;  $p = 0,0037$ ) et des marges finales (RR 0,5 ;  $p = 0,008$ ) (tableau II).

**Tableau II.** Analyse multivariée.

Test	Risk ratio 95 %IC	p
Période diagnostique initiale	2,24 (1,30,3,85)	0,0037
Limites finales	0,504 (0,30,0,84)	0,0080
Hormonothérapie	1,95 (1,17,3,24)	0,0100
Grade SBR	0,570 (0,34,0,96)	0,0352
Pourcentage récepteur œstrogène	1,60 (0,86,2,96)	0,1385
Ganglions envahis	1,40 (0,77,2,54)	0,2679
Âge	1,10 (0,70,1,74)	0,6781
Chimiothérapie	0,964 (0,51,1,81)	0,9080
Pourcentage récepteur progestérone	0,982 (0,55,1,75)	0,9494

## Conclusion

Cette réduction très importante du taux de récurrence locale à 10 ans est multifactorielle, cependant la qualité de la prise en charge anatomopathologique a été plus importante que celle des autres facteurs. Au moment où l'on discute de la distance minimale des marges saines [2, 3], il est fondamental de bien préciser de quelle manière celles-ci sont estimées.

## Références

1. Houvenaeghel G, Lambaudie E, Buttarelli M (2008) *et al.* Margin status in invasive breast cancer. *Bull Cancer* 95: 1161-70
2. Morrow M, Harris JR, Schnitt SJ (2012) Surgical margins in lumpectomy for breast cancer--bigger is not better. *N Engl J Med* 367: 79-82
3. Povoski SP, Jimenez RE, Wang WP, Xu RX (2009) Standardized and reproducible methodology for the comprehensive and systematic assessment of surgical resection margins during breast-conserving surgery for invasive breast cancer. *BMC Cancer* 9: 254