



DESCHÊNES FABIA
CENTRE DES MALADIES DU SEIN

Les pathologies mammaires à risque

Présenté par Christine Desbiens md, FRCSC
Chirurgienne-oncologue
Professeur agrégée , U.L.

Conflit d'intérêt

Aucune pour cette présentation

Quoi faire avec le rapport de la pathologie suite à la biopsie

Vous êtes-vous déjà demandé si vous deviez référer à un chirurgien ou un spécialiste devant un rapport anormal?

Étiez vous inquiet de votre rôle suite aux recommandations?

Si oui...pas toujours facile de s'y retrouver...

QUIZ

Votre patiente de 54 ans est dans le PQDCS. Lors de sa mammographie de dépistage, on retrouve un foyer de microcalcifications birads 4a. Vous faites faire la biopsie telle que recommandée par le radiologiste et le rapport est comme suit:

Foyer de Néoplasie lobulaire associée à des zones d'hyperplasie usuelle.

Que faites-vous?

QUIZ

- a) A) j'attends le rapport final du radiologiste pour la corrélation radiologique
- b) B) J'appelle immédiatement la patiente pour la référer au chirurgien car c'est un cancer et il faut éviter les délais
- c) C) C'est une lésion bénigne, je rassure la patiente
- d) D) C'est une lésion qui nécessite un suivi plus serré et j'avise la patiente.

Objectifs

- ❑ Identifier les pathologies mammaires « à risque » qui nécessitent un suivi particulier ou une exérèse chirurgicale
- ❑ Expliquer les risques de cancer du sein en fonction des pathologies

Plan

Définir le risque de développer un cancer du sein

Démarches à suivre lors de découvertes d'anomalies radiologiques

Distinguer chacune des lésions considérées à risque de cancer (HCA, néoplasie lobulaire, mucocèle, cicatrice radiaire, adénose sclérosante)

Traitement et suivi approprié.

Risque de développer un cancer du sein

Importance de différencier la lésion précurseur de cancer ou celle accompagnatrice (upgrading)

La communauté médicale oncologique définit le risque de développer un cancer

□ **léger** (1.5-2X) (hyperplasie sans atypie, adénose sclérosante, papillome

□ **Modéré**: 4-5 X

□ **Élevé**: 8-10X

Risque de cancer avec Classification radiologique Bi-rads

0: information insuffisante, plus d'images requises

1: Aucune trouvaille radiologique

2: 100% bénin

3: bénin ou probablement bénin (14,6% des lésions échographiques et 3-10% mammographiques) risque: 0,7% de cancer

4: a) faible risque de cancer b)risque modéré c) risque élevé -
Biopsie souvent recommandée.

5: haute suspicion de cancer 95%

6: cancer prouvé par biopsie

Catégories de lésions prolifératives et le risque de cancer

- ❑ **Non proliférative** (ex: kyste, fibroadénome...): **RR= 1**
- ❑ Lésions **prolifératives sans atypies**: (hyperplasie canalaire, papillome, cicatrice radiaire et adénose sclérosante) **RR=1,5-2**
- ❑ Lésions **proliférative avec atypies** **RR=5-13**

Étude rétrospective 3000 patientes (Nashville)
1985

Pathologies prolifératives non-atypiques

- Mucocèle
- Cicatrice radiaire
- papillome
- Lésion sclérosante complexe
- Phyllode

Lésions prolifératives atypiques:

Précurseurs précoces et indicateurs de cancer ipsilatéral ou controlatéral

- Hyperplasie canalaire atypique
- Néoplasie lobulaire (carcinome lob. In situ, HLA, pléomorphe)
- Changements cylindriques atypiques (Flat epithelial neoplasia)

Hyperplasie atypique

Hyperplasie atypique

Types: canalaire ou lobulaire

Définition: Prolifération de cellules épithéliales monotones, cribriformes et d'architectures complexes qui dilatent les canaux ou les lobules

(Page en 1985)

10% des biopsies bénignes

Même fréquence et risque élevé de cancer pour le lobulaire ou canalaire

HCA ou HLA

Changements pathologiques similaires à CCIS sans avoir tous les critères et est donc considéré pré-maligne.

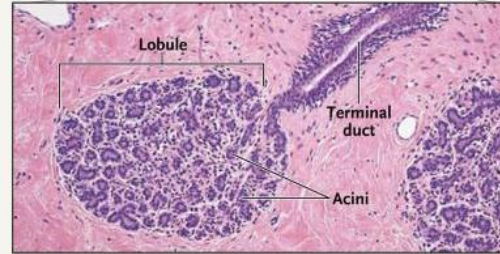
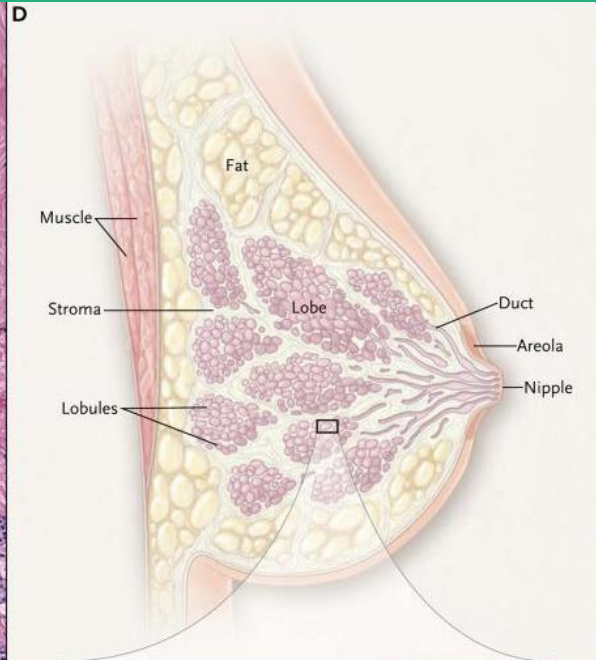
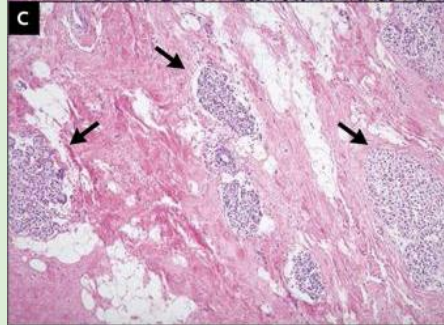
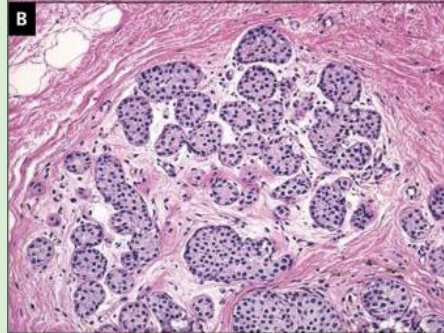
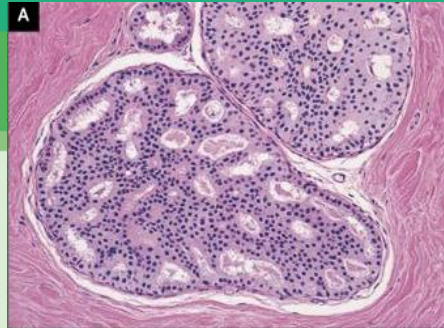
Reproductibilité diagnostique entre les pathologistes peut être variable..sur un petit prélèvement.

Rôle précurseur reconnu, qui démontre une progression transcriptionnelle de l'ADN et épigénétique du HA vers le carcinome in situ puis l'invasif. (Ma et al)

Hyperplasie Atypique: 3 questions importantes suite à la biopsie

- Y a t-il cancer associé (upgrading) - doit-on l'enlever chirurgicalement?
- Quel est le risque de développer un cancer et quel est le suivi?
- Y a t-il moyen de prévenir?

HCA



HCA : Mode de présentation clinique

Micro calcifications mammographiques isolées:57%

Opacité ronde ou stellaire: 25%

Densité asymétrique:2%

Distorsion architecturale: 6%

Taux de diagnostic final de CIS ou CCl: upgrading

- Environ 15-30%

Références:

²⁹ Deshaies I, Provencher L, Jacob S, et al. Factors associated with upgrading to malignancy at surgery of atypical ductal hyperplasia diagnosed on core biopsy. *Breast* 2011;20:50-55

[CrossRef](#) | [Web of Science](#) | [Medline](#)

³⁰ Kohr JR, Eby PR, Allison KH, et al. Risk of upgrade of atypical ductal hyperplasia after stereotactic breast biopsy: effects of number of foci and complete removal of calcifications. *Radiology* 2010;255:723-730



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

The Breast

journal homepage: www.elsevier.com/brst



Original article

Factors associated with upgrading to malignancy at surgery of atypical ductal hyperplasia diagnosed on core biopsy

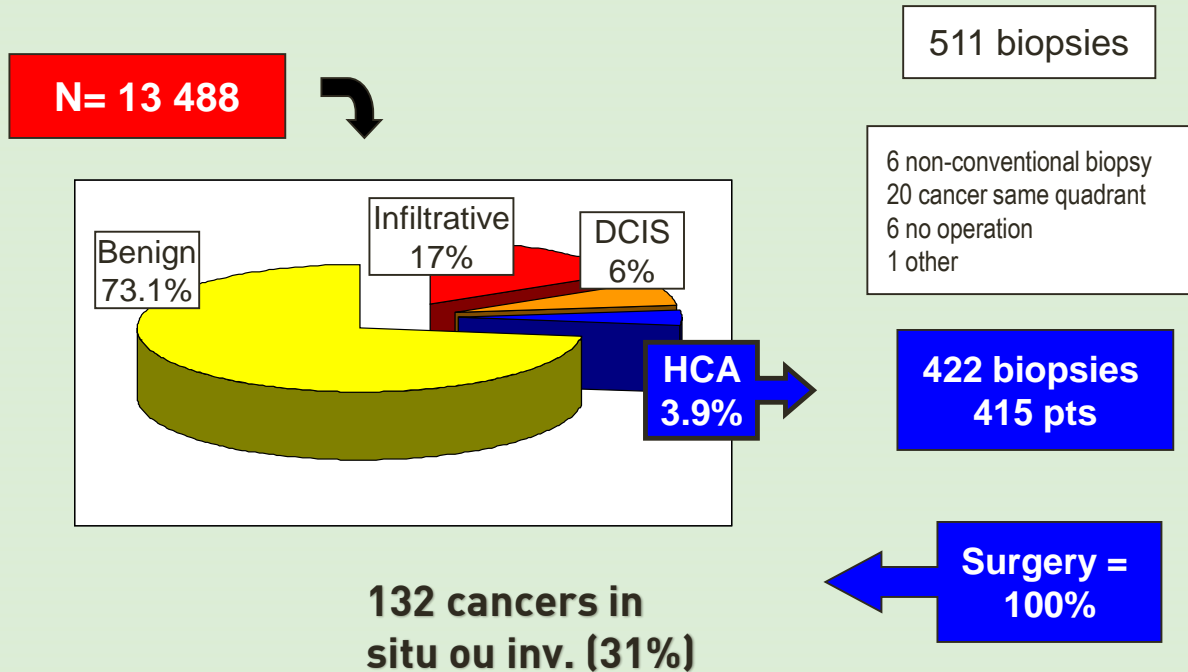
Isabelle Deshaies^{a,d}, Louise Provencher^{a,b,d}, Simon Jacob^{a,b,e}, Gary Côté^{a,f}, Jean Robert^{a,b,d},
Christine Desbiens^{a,b,d}, Brigitte Poirier^{a,b,d}, Jean-Charles Hogue^a, Éric Vachon^a, Caroline Diorio^{a,b,c,*}

Connaître notre taux de upgrading de carcinome à la chirurgie pour de l'HCA diagnostiquée par biopsie percutanée (trocart ou au mammotome). Évaluer l'association de diverses variables avec le cancer.

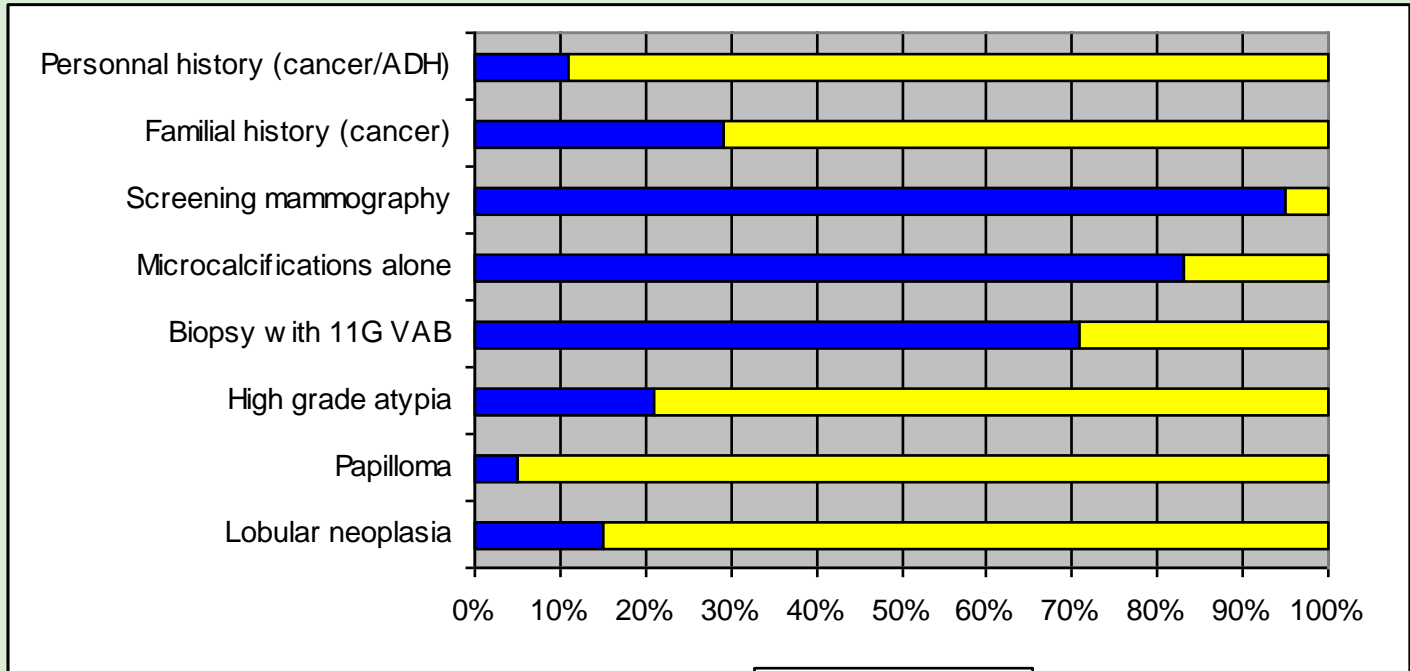
Méthode :

- Révision de **13 488** biopsies entre 1997 et 2006
 - HCA chez 511 patients (3,8% de diagnostic patho)
 - Pour l'étude 422 biopsies retenues pour l'étude
 - 88 patientes exclues pour diverses raisons;
 - Type de biopsie
 - Diagnostic simultané de cancer
 - Raison médicale de non chirurgie

Étude rétrospective pour HCA



résultats :



Résultats :

- Conclusion:
 - Il n'y a pas de sous-groupe de patients chez qui on a pu prédire l'absence de cancer. Avec ces résultats il est toujours recommandé de procéder à une biopsie chirurgicale excisionnelle.

Atypical Ductal Hyperplasia in Directional Vacuum-Assisted Biopsy of Breast Microcalcifications: Considerations for Surgical Excision

Christopher V. Nguyen, MD¹, Constance T. Albarracin, MD¹, Gary J. Whitman, MD², Adriana Lopez, MS³, and Nour Sneige, MD¹

¹Department of Pathology, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX; ²Department of Radiology, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX; ³Department of Biostatistics, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, TX

Objectif:

Analyser des éléments clinico-pathologiques des patientes avec de l'HEIA diagnostiqué par biopsie au mammotome de microcalcifications dans le but d'identifier des facteurs prédictifs de carcinome.

Ann Surg Oncol (2011) 18:752–761
DOI 10.1245/s10434-010-1127-8

HCA et clinico-pathologie

- Résultats:
 - 140 patients de 39 à 87 ans
 - Pas de masse, distorsion ou autre lésion
 - 121 femmes: chirurgie
 - 16 cancers trouvés (**13.2% upgrade**)
 - 14 DCIS et 2 invasifs
 - 19 femmes: suivi (médian 62.2mois- 29,6 -132.9)
 - **Pas de cas de cancer**

Etude du M.D. Anderson cancer center

- Cas présenté en réunion multidisciplinaire avec révision des éléments cliniques, mammographiques et histologiques.
- Globalement si $HCA \leq 2$ TDLU et pas de micro-calcifications résiduelles:
 - Suivi mammographique et clinique

En pratique

- Attention pour appliquer leur résultat à la pratique:
 - pathologiste mammaire
 - Notre étude montre qu'il peut y avoir une tendance pour diminuer les risques de upgrading avec le volume de pratique d'un pathologiste
 - Révision de cas en équipe multidisciplinaire:
 - Critères strictes mammo, patho.

Quel est le Risque de développer un cancer :

Article du NEJM 2015 jan



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#)

[ARTICLES & MULTIMEDIA](#) ▾

[ISSUES](#) ▾

[SPECIALTIES & TOPICS](#) ▾

[FOR AUTHORS](#) ▾

[CME](#) >

SPECIAL REPORT

Atypical Hyperplasia of the Breast — Risk Assessment and Management Options

Lynn C. Hartmann, M.D., Amy C. Degnim, M.D., Richard J. Santen, M.D., William D. Dupont, Ph.D., and Karthik Ghosh, M.D.

N Engl J Med 2015; 372:78-89 | January 1, 2015 | DOI: 10.1056/NEJMs1407164

NEJM: Revue d'études

Taux de diagnostic final de CIS ou CCl: upgrading

- Environ 0-6%
- Pas de chirurgie si:
 - Fortuit, sans lésion
 - Corrélation radio-patho
 - Suivi serré

³³ Shah-Khan MG, Geiger XJ, Reynolds C, Jakub JW, Deperi ER, Glazebrook KN. Long-term follow-up of lobular neoplasia (atypical lobular hyperplasia/lobular carcinoma in situ) diagnosed on core needle biopsy. *Ann Surg Oncol* 2012;19:3131-3138
[CrossRef](#) | [Web of Science](#) | [Medline](#)

³⁴ Murray MP, Luedtke C, Liberman L, Nehhozina T, Akram M, Brogi E. Classic lobular carcinoma in situ and atypical lobular hyperplasia at percutaneous breast core biopsy: outcomes of prospective excision. *Cancer* 2013;119:1073-1079

Rôle précurseur de cancer

Table 1. Risk of Breast Cancer among Women with Atypical Hyperplasia.^a

Study and Study Group	No. of Patients	Standardized Incidence Ratio [95% CI]	P Value
Nashville Breast Cohort, 1985 ¹ [j]			
All atypical hyperplasia	232	4.4 (3.1–6.3)	
Family history of breast cancer			
Yes	39	8.9 (4.8–17)	
No	193	3.5 (2.3–5.5)	
Mayo Clinic, 2005, 2014 ^{1,13} [g]			
All atypical hyperplasia	698	4.34 (3.66–5.12)	
Type of atypical hyperplasia			0.54
Atypical ductal hyperplasia	300	3.93 (3.00–5.06)	
Atypical lobular hyperplasia	327	4.76 (3.74–5.97)	
Atypical ductal and lobular hyperplasia	71	4.70 (1.73–6.36)	
Age			0.04
<45 yr	100	5.45 (3.17–8.73)	
45–55 yr	233	5.43 (4.13–7.01)	
>55 yr	365	3.54 (2.74–4.49)	
Family history of breast cancer ¹ [j]			0.23
None	372	3.91 (3.05–4.94)	
Weak	151	5.54 (3.94–7.57)	
Strong	106	4.19 (2.68–6.23)	
Foci of atypical hyperplasia			<0.001
1	410	3.19 (2.46–4.07)	
2	161	5.53 (3.95–7.53)	
3	113	7.61 (5.36–10.49)	
Extent of involution			<0.001
None	75	7.66 (4.74–11.72)	
Partial	428	4.63 (3.76–5.65)	
Complete	153	1.91 (1.04–3.20)	
Henry Ford, 2007 ¹⁴ [k]			
Atypical ductal hyperplasia	179	5.0 (2.3–11.0)	
Atypical lobular hyperplasia	67	3.2 (0.83–12.4)	
Nurses' Health Study, 1992 ⁷ [l]			
All atypical hyperplasia	74	3.7 (2.1–6.8)	
Menopause status			
Premenopausal	34	5.9 (2.6–13.2)	
Postmenopausal	35	2.3 (0.9–5.9)	
Nurses' Health Study, 2006 ^{9,10}			
Family history of breast cancer			0.57
Present	62	5.37 (3.01–9.58)	
Absent	194	4.38 (2.93–6.55)	

Études connues de suivi
à long terme
RR=4

Hyperplasie atypique (étude Mayo)

698 femmes avec HA

20% ont développé un cancer (80% invasif et 20% in situ)

80% des invasifs étaient canaux

Incidence cumulative de cancer après 25 ans: 30%

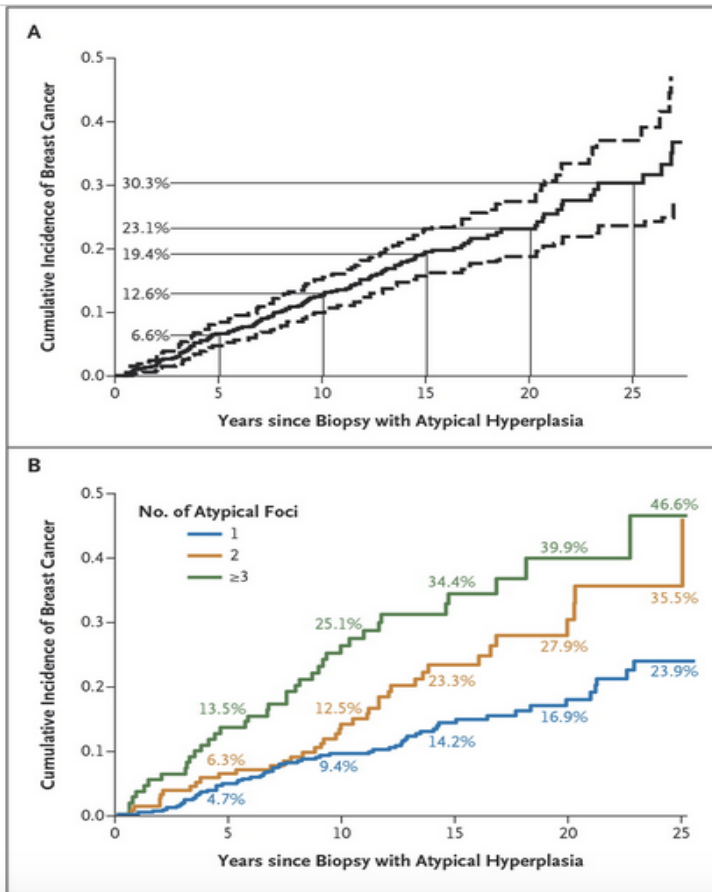


Figure 2. Cumulative Incidence of Breast Cancer after a Diagnosis of Atypical Hyperplasia.

Shown is the cumulative incidence of breast cancer (invasive and ductal carcinoma in situ) after a diagnosis of atypical hyperplasia in the Mayo Clinic cohort (Panel A) and in the same cohort stratified according to the number of foci of atypical hyperplasia (Panel B). The dashed lines in Panel A denote 95% confidence intervals.

Hyperplasie atypique

2 facteurs histo-pathologiques stratifie le risque de cancer:

- ❑ Quantité de foyers séparés d'HA
- ❑ Étendue de l'involution des unités lobulaires

Chimio prévention: Études NSABP1, IBIS1 et 2, MAP 3

2009 patientes avec HCA

Risque de réduction de développer cancer: 41-79% mais effets secondaires....

Guidelines ASCO : si risque à 5 ans supérieur à 1.7%: SERM, exemestane ou tamoxifène chez pré-mépausée

US preventive task Force: si risque à 5 ans supérieur à 3%, discussion

Recommandations finales pour l'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire

- Excision chirurgicale nécessaire (à moins d'avoir une double lecture et une corrélation sure et assurer suivi, ce qui n'est pas la pratique québécoise réelle)
- Risque absolu de développer un cancer: 30% à 25 ans de suivi, il est donc important de faire un suivi annuel.
- Chimio prévention possible mais peu utilisé dans la Vraie vie
- La chimio-prévention n'est pas pour tous

Néoplasie lobulaire

Néoplasie lobulaire (2% des biopsies bénignes)

Terme incluant une variété d'anomalies pathologiques

La classification est déterminée par l'extension de l'atteinte dans les canaux terminaux lobulaires (TDLU).

- Hyperplasie lobulaire atypique minimale
- HLA
- HLA avec atteinte canalaire
- LCIS : classique (pure) et pléomorphe

Carcinome lobulaire in situ ou néoplasie lobulaire

Débat encore présent (marqueur ou précurseur)

Plusieurs sondages canadiens sont en cours car les conduites semblent très variables

Raisons: différentes catégories de critères et définitions pathologiques. Études rétrospectives sur plusieurs années et différentes conduites...

Carcinome lobulaire in situ ou néoplasie lobulaire:

Pourquoi si compliqué

Multiplés études publiées incluent HLA et les formes plus atypiques comme

Type pléomorphe: considéré comme du CIS et doit être excisé.

On inclue également la néoplasie lobulaire associée avec d'autres anomalies mammographiques significatives (masses, distorsion) qui sont considérées comme discordance radio-pathologique et devraient être excisées.

Néoplasie lobulaire PURE qu'en est-il?

Historique de la néoplasie lobulaire

1941: néoplasie lobulaire considérée comme cancer, mastectomie totale

1941-70: mastectomie totale et biopsie controlatérale

1970: introduction de la mammographie de dépistage

1978: Rosen and coll rapporte que le carcinome invasif subséquent à NL est exceptionnel

1986: Haagensen rapporte que majorité des pts avec NL ne développe pas de cancer invasif

1996: l'observation est favorisé

Néoplasie lobulaire : Mode de présentation clinique

Incidence: 0.5 à 3.6% des biopsies, SEER 3.19/100 000

Pré-ménopausée (45-50 ans)

Pas de caractéristique radiologique spécifique

Souvent trouvaille fortuite

Bilatéralité: 30%

Néoplasie lobulaire

- Considéré comme Marqueur de risque de cancer du sein bilatéral
 - Risque absolu environ 0.5 à 1%/an
 - Risque relatif
 - HLA: 4-10X
 - CLIS: 8-10X

- Néoplasie lobulaire: Études favorisant la chirurgie

Lewis et al. Ann Surg Oncol 2012

Plus grosse série rétrospective : 285 pts avec NL à la bx

71% opérés → **upgrade 13 %**

Conclusion → résection pour tous

Limitations:

Raison de l'attitude chirurgicale inconnue

Pléomorphes inclus

Pas d'info sur discordance

- Néoplasie lobulaire
-

Hussain et Cunnick, EJSO 2011

«Méta-analyse» non formelle car séries très hétérogènes

31 études rétrospectives (avec leurs biais...)

Total 1229 pts, NL à la bx

789 opérés → 211 cancers

Upgrade 27%

Upgrading significativement + fréquent pour CLIS (32%)

et pCLIS (41%)(pléomorphe) par rapport à HLA (19%)

Conclusion: considérer chirurgie pour tous les pts avec NL à la Bx

- Néoplasie lobulaire

Low Frequency of Cancer Occurrence in Same Breast Quadrant Diagnosed with Lobular Neoplasia at Percutaneous Needle Biopsy

Louise Provencher, MD, MA, FRCSC, Simon Jacob, MD, Gary Côté, MD, FRCPC, Jean-Charles Hogue, PhD, Christine Desbiens, MD, FRCSC, Brigitte Poirier, MD, FRCSC, Isabelle Raïche, MD, Linda Le Régent, MD, and Caroline Diorio, PhD

From the Centre des Maladies du Sein Deschênes-Fabia, Hôpital du Saint-Sacrement, 1050 Chemin Ste-Foy, Quebec City, QC, Canada G1S 4L8 (L.P., S.J., G.C., J.C.H., C. Desbiens, B.P., C. Diorio); Santé des Populations:URESP, Centre de Recherche FRSQ, CHA Universitaire de Québec, Quebec City, Quebec, Canada (L.P., S.J., C. Desbiens, B.P., C. Diorio); Department of Pathology, CHA Universitaire de Québec, Quebec City, Quebec, Canada (S.J.); and Departments of Surgery (L.P., C. Desbiens, B.P., I.R., L.L.R.), Molecular Biology, Medical Biochemistry and Pathology (S.J.), Radiology (G.C.), and Social and Preventive Medicine (C. Diorio), Université Laval, Quebec City, Quebec, Canada.

Néoplasie lobulaire :étude rétrospective 1998-2008

275 patientes avec néoplasie lobulaire → suivi mammo: 5ans

Cancer associé:27 patientes (9,8%) après médiane 3,9 ans

16 a/n sein ipsi (5.8%), 3 (1,1%) même quadrant

Conclusion

Lumpectomy of pure LN lesions may not prevent malignancy in most cases. Consequently, women with pure LN of a low-risk type diagnosed at needle biopsy are strongly encouraged to undergo a yearly breast clinical examination and yearly mammographic follow-up to detect an eventual cancer in its early stages.

Pas de chirurgie si néoplasie lobulaire pure sans lésion suspecte à la mammographie mais importance du suivi: examen clinique et mammographie annuel

Lobular In-Situ Neoplasia on Breast Core Needle Biopsy: Imaging Indication and Pathologic Extent Can Identify Which Patients Require Excisional Biopsy

Mara H. Rendi¹, Suzanne M. Dintzis¹, Constance D. Lehman^{2,4}, Kristine E. Calhoun^{3,4}, and Kimberly H. Allison¹

Ann Surg Oncol (2012) 19:914–921

68 pts avec NL à la bx, 2003 à 2009

Exclus: Pléomorphe, entité plus sévère associée

Excision systématique tous les pts avec LN à la bx

Upgrade **4.4% (3 pts)**

Discordance (1er pt)

Indication imagerie pour risque élevé (2^e pt)

LCIS extensif (>4 foci) (3^e pt)

Conclusion:

Pts qui ont eu Bx pour microCa++ lors de mammo de dépistage de routine sont à faible risque de upgrade et pourraient ne pas être opérés

Néoplasie lobulaire: Seule étude prospective, 2016

Ann Surg Oncol. 2016 Mar;23(3):722-8. doi: 10.1245/s10434-015-4922-4. Epub 2015 Nov 5.

Incidence of Adjacent Synchronous Invasive Carcinoma and/or Ductal Carcinoma In-situ in Patients with Lobular Neoplasia on Core Biopsy: Results from a Prospective Multi-Institutional Registry (TBCRC 020).

Nakhlis F^{1,2}, Gilmore L³, Gelman R¹, Bedrosian I⁴, Ludwig K⁵, Hwang ES⁶, Willey S⁷, Hudis C⁸, Iglehart JD^{1,2}, Lawler E¹, Ryabin NY¹, Golshan M^{1,2}, Schnitt SJ⁹, King TA¹⁰.

CONCLUSIONS: In this prospective study of 77 patients with pure LN on CB, the upgrade rate was 3% by local pathology and 1% by central pathology review, demonstrating that routine excision is not indicated for patients with pure LN on CB and concordant imaging findings.

Conclusion:

Upgrade 1-3%, pas d'excision de routine si pas d'images anormales

Néoplasie lobulaire: Guidelines du NCCN version 2016

Définition du NCCN: hyperplasie lobulaire in situ sans atypie

Néoplasie lobulaire: études pour la chirurgie

Selon le pannel du NCCN, il est raisonnable de faire excision si:
sous type pléomorphe, NL associé avec **nécrose** ou plus de 4 unités lobulaires
terminales atteintes.

Il est recommandé de faire un suivi radiologique si moins de 4 unités atteintes
dans une biopsie ou lors de mammo de dépistage avec micro-calcifications
sans discordance radiologique.

Par contre, certaine variante agressive comme la forme pléomorphe nécessite
une excision en marges saines

Pas de données approuvant l'ajout de radiothérapie

Autre guidelines reconnues

NHS(Breast screening programm UK)

ESMO(european society of Medical Oncology)

Traitement du CLIS type pléomorphe: chirurgical en marges saines

Autre variante agressive de la néoplasie lobulaire

- **CLIS forme massive avec comédo-nécrose**
 - Peut ressembler à CCIS
 - Indication de bx excisionnelle pour éliminer composante canalaire et éliminer présence d'invasif
-
- Lavoué et al. 2007
 - Sneige et al. Mod Pathol 2002
 - Fadare et al. Am J Surg Pathol 2006

Rôle de l'IRM

Anna Linda¹
Chiara Zuiani¹
Alessandro Furlan²
Michele Lorenzon¹
Viviana Londero¹
Rossano Girometti¹
Massimo Bazzocchi¹

Nonsurgical Management of High-Risk Lesions Diagnosed at Core Needle Biopsy: Can Malignancy Be Ruled Out Safely With Breast MRI?

AJR:198, February 2012

- Étude prospective, 2004-2010
 - 169 lésions à haut-risque à la bx - 35 néoplasie lobulaire
- Corrélation entre IRM et patho finale (néoplasie lobulaire à la bx)
 - VPP 90%, VPN 88% → donc 12% de faux négatifs
- **Conclusion: IRM ne peut pas être recommandée pour éliminer un cancer**

Lignes directrices néoplasie lobulaire

Lorsqu'un diagnostic de néoplasie lobulaire classique ou carcinome lobulaire in situ est porté sur une biopsie au trocart ou au mammotome:

- ❑ Une biopsie excisionnelle est recommandée pour éliminer la présence de cancer associé dans les cas suivants:
 - ❑ Masse palpable
 - ❑ **Discordance** entre le résultat de pathologie et l'imagerie
 - ❑ Présence d'une autre entité pathologique nécessitant une biopsie (exemple: hyperplasie intra canalaire atypique)
- ❑ Une biopsie excisionnelle en **marges négatives** est recommandée en présence de néoplasie lobulaire de type **pléomorphe** et en présence de néoplasie lobulaire massive avec **comédo-nécrose**

Lignes directrices néoplasie lobulaire

- La surveillance est une option valable pour la néoplasie lobulaire de type classique s'il y a concordance entre le résultat de pathologie, l'imagerie et la clinique
 - Le suivi recommandé consiste en un examen physique et une mammographie annuelle
- L'IRM n'est pas recommandée pour éliminer la présence de cancer chez ces patients

CHANGEMENTS CYLINDRIQUES avec
atypies
(Flat epithelial atypia)

Changements cylindriques atypiques

Précurseurs de cancer

Dans la famille des « lésions atypiques »

2.4% des biopsies per cutané (282 ptes), rare

Souvent associé HA(46%)

RR de développer un cancer:2.04

Étude Mayo Clinic

Changements cylindriques atypiques

- Controverse

	année	# cas	Upgrade atypie	Upgrade cancer	%
Villa A	2013	121		7	
		Si micro ca+		2/11	18%
		Si pas de micro			0
Dialani V and Schnitt	2014	29	5(17%)	2	(0 si micro excisées)

Changements cylindriques atypiques

- Tendances
-

- L'excision chirurgicale semble plus prudente
- Si on choisit l'observation, l'équipe doit avoir évalué ses propres suivis .

Pathologies prolifératives non-atypiques

- Cicatrice radiaire ou lésion sclérosante complexe
- Mucocèle
- papillome
- Phyllode
- Cas particulier: PASH (hyperplasie pseudo angiomateuse)

Cicatrice radiaire ou adénose sclérosante complexe

Cicatrice radiaire

- Souvent en péri-ménopause
- Régression à la ménopause
- 1.5-3 fois le risque de cancer
- Plus souvent lésion à la mammographie plutôt que masse palpable
- Sous forme de micro-calcifications (55%) , mais aussi nodules ou lésions spiculées
- Catégorie des conditions prolifératives sans atypie

Cicatrice radiaire ou lésion sclérosante complexe

Lésion proliférative sans atypie

- **Étude prospective Cawson 2003**
- 83,066 femmes dépistées
- **97** cicatrices radiaires
- 75 « pures »
- Sensibilité au trocart= 85%
- 7% cancers associés
- Biopsie de la cicatrice et en périphérie

- **Chirurgie si CCIS, HCA, HLA, sinon : suivi!**

Études récentes

Matrai and all, Archives of pathology 2015 sept:

4,5 % upgrading (présence d'atypies) mais sans cancer

Breast Journal 2015

Rétrospective, entre 2004 et 2013

100 dx de cicatrices radiaires, dont 54 fortuites sans lésions mammo suspectes. Aucune atypies

14 excisions chirurgicales, 30 suivis et 10 perdues

Aucun cancer associé ou en suivi

Journal of the American Surgeons (aug 2016)

292 biopsies per cutanées non malignes/1513 entre 2007 et 2015

75% cicatrice radiaire pure

74% ont eu excision chirurgicale

1/161 patientes opérées présentent du CIS

Conclusion: pas de chirurgie si cicatrice radiaire pure sans HA ou présence de néoplasie lobulaire

Recommandations pour la cicatrice radiaire

Un diagnostic par mammotome ou trocart peut être acceptable si concordance avec l'image et :

- Absence d'atypies
- Principale trouvaille à l'histologie
- Bon échantillonnage de la lésion et image excisée

Mucocèle du sein

Mucocèle

Lésion mucineuse rare avec potentiel d'upgrade en atypie ou en cancer

Présentation clinique:

- Souvent découverte radiologique(micro-calcifications , masses, non-spécifique)
- Peut être associé à des lésions atypiques

Études rétrospectives: HSS

Breast J. 2016 Mar-Apr;22(2):173-9. doi: 10.1111/tbj.12548. Epub 2015 Dec 14.

Is there an Upgrading to Malignancy at Surgery of Mucocele-Like Lesions Diagnosed on Percutaneous Breast Biopsy?

Diorio C^{1,2,3}, Provencher L^{1,3,4}, Morin J⁵, Desbiens C^{1,3,4}, Poirier B^{1,3,4}, Poirier É^{1,3,4}, Hogue JC^{1,3}, Jacob S^{1,3,6,7}, Côté G^{1,3,5,8}.

Étude réalisée entre 1997-2010,

51 cas de mucocèles pures, micro-calcifications: 92%

35 ont eu chirurgie: 2 CIS (5%)

Suivi de 4 ans: 3 ont développé cancer mais pas dans le même quadrant.

Conclusion: upgrade de 5 %, ... pas si clair.

Mucocèle

[AJR Am J Roentgenol](#). 2015 Jan;204(1):204-10. doi: 10.2214/AJR.13.11988.

Mucocele-like lesions in the breast diagnosed with percutaneous biopsy: is surgical excision necessary?

Ha D¹, [Dialani V](#), [Mehta TS](#), [Keefe W](#), [Iuanow E](#), [Slanetz PJ](#).

54 Mucocèles sans atypies,

Chirurgies: 41 , excision par aspiration (mammotome):13

Upgrade: Atypie:13%, 2 CIS

Conclusion: raisonnable de ne pas faire l'excision chirurgicale en l'absence d'atypie. L'excision de l'image radiologique assisté par vaccum est prudente et le suivi est suggéré.

Études comparatives de mucocèles pures à la biopsie per cutanée

		# cas	Upgrade atypie	Upgrade cancer in situ	%
Sutton B	2012	22	0	0	0
		38 incluant atypie	4	5	13%
Diorio C.	2016	51		2	5.7%
Rakha EA and Ellis UK	2013	54		2	4%
Daon Ha.	2015	23		4	0

Mucocèle: Conclusion

Lésion rare dont le développement de cancer est possible

Si atypie associé: excision

En absence d'atypie, option de faire un suivi annuel ou l'excision complète par aspiration (mammotome) car le risque est d'environ 5 %

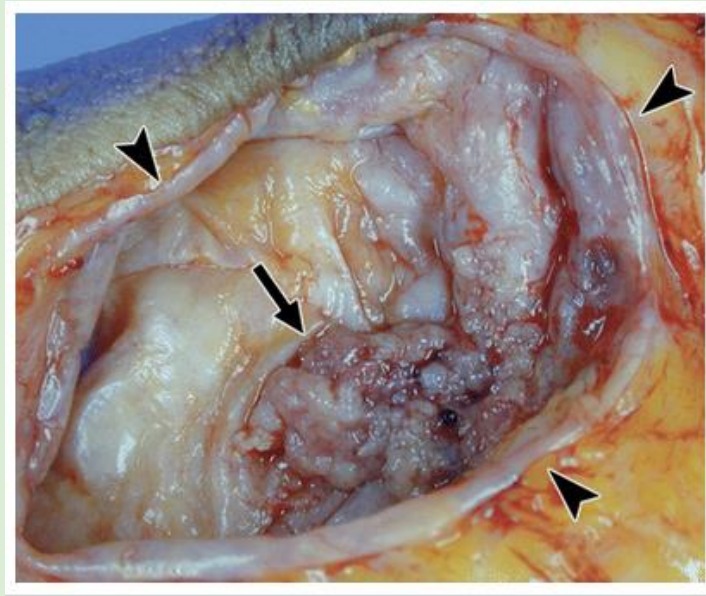
Lésion papillaire intracanalalaire: définition

Prolifération de cellules épithéliales et myoépithéliales intracanalalaire

Types:

- Solitaire: près de l'aréole, cause écoulement
- Multiple: périphérique, plus à risque d'atypie et cancer

Lésion papillaire: définition



Agrandi 1000X

Lésion papillaire: classification

Différentes évolutions:

- Papillome bénin pur
- Papillome avec atypie
- Carcinome papillaire in situ et invasif: très bon pronostic, rare
- Carcinome micropapillaire in situ et invasif: agressif et diffus

Lésion papillaire

Image mammographique: Souvent une masse

Associé à des microcalcifications: risque d'atypies

Le diagnostic doit être par biopsie au trocart ou par aspiration

Lésion papillaire

Si symptomatique (écoulement): excision de la lésion

Si asymptomatique, le dilemme: qualité du prélèvement

Actuellement la procédure d'excision complète par aspiration permet un plus grand échantillonnage

En absence d'atypie, pas de chirurgie mais suivi mammographique.

Tumeur Phyllode

Phyllode

Prolifération du stroma (tissu fibro-épithéliale) du sein

Incidence: souvent 30-40 ans,

Bénigne (75%)

Borderline: 13%

Maligne (grade bas, élevé)

Phyllode bénigne

Présentation: Masse palpable

Diagnostic différentielle avec fibroadénome.

Dx au trocart : hypercellularité mixte souvent difficile de préciser.

Traitement: excision complète avec la capsule pour éliminer phyllode, éviter augmentation rapide de la masse, éliminer phyllode plus agressive.

Suivi par examen physique annuel car risque de récurrence++

Phyllode maligne

Comportement similaire à un sarcome

Excision élargie

La littérature rapporte d'obtenir 1 cm de marge...mais assurer au moins 2 mm selon une étude rétrospective 2002(japon)

Pas d'évidement axillaire car pas de propagation lymphatique mais risque de métastases pulmonaires

Pas de consensus pour radiothérapie ou chimio mais les hauts grades sont discutés pour la radiothérapie

Suivi annuel par examen physique et CT scan thoracique

PASH (Hyperplasie pseudo angiomateuse du stroma)

Lésion bénigne constituée de cellules myofibroblastiques fusiformes aboutissant en abondant stroma fibreux

Ces cellules s'organisent autour de collections de polysaccharides optiquement vides donnant un faux aspect de réseau vasculaire.

Ce n'est donc pas une lésion vasculaire.

Diagnostic différentiel avec angiosarcome ...

PASH (Hyperplasie pseudo angiomateuse du stroma)

Accompagne souvent les tumeurs phyllodes ou les fibroadénomes

Mammographie: Masse solide si accompagne FA..

Souvent non spécifique et découvert lors de la biopsie au trocart ou lors de l'exérèse chirurgicale.

Donc, pas de traitement spécifique et pas de suivi particulier

Conclusion

Lésions prolifératives

Les découvertes mammographiques ont augmenté depuis plusieurs années et les prises en charge des pathologies ont évolué au cours du temps. Il est important de suivre les données régulièrement.

Importance du rapport de pathologie, la description et de la corrélation radiologique.

En générale, les lésions prolifératives comportant de l'atypie cellulaire méritent une excision chirurgicale

Actuellement, pour les lésions sans atypie, l'excision radiologique de la lésion par aspiration réduit le nombre de chirurgies avec sécurité

Lésions prolifératives

Le suivi par l'examen physique et la mammographie ou échographie annuelle est souvent la règle pour l'ensemble des lésions prolifératives récidivantes ou atypiques .

Merci.....Questions?
