

Mise au point

Les principales lésions mammaires épithéliales bénignes et à risque.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique

Most common benign epithelial breast diseases: Diagnosis, treatment and cancer risk

S. Croce^a, M.-F. Bretz-Grenier^b, C. Mathelin^{c,*}

^a *Département de pathologie, hôpital de Hautepierre, CHRU de Strasbourg, avenue Molière,
67200 Strasbourg cedex, France*

^b *Radiologie A–chirurgie B, unité de sénologie, service de radiodiagnostic, CHRU de Strasbourg,
1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg cedex, France*

^c *Service de gynécologie-obstétrique, CHRU de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital,
67091 Strasbourg cedex, France*

Reçu le 22 octobre 2007 ; accepté le 26 février 2008

Disponible sur Internet le 22 juillet 2008

Résumé

Le développement de l'imagerie mammaire et l'extension de la radiologie interventionnelle font découvrir des lésions épithéliales bénignes et à risque de plus en plus nombreuses. La plupart d'entre elles sont tout à fait bénignes (kyste, fibrose, adénose commune, épithéliose, ectasie canalaire...) et ne nécessitent ni chirurgie ni surveillance. À l'inverse, certaines lésions bénignes relèvent d'une prise en charge (chirurgie et/ou surveillance), soit parce qu'elles entraînent des répercussions fonctionnelles gênantes, soit parce qu'elles s'accompagnent d'un risque accru de cancérisation, soit enfin parce que leur image radiologique est difficile à surveiller. Ces lésions mammaires se caractérisent par leur grande diversité (cicatrice radiaire, adénose sclérosante complexe, papillomes périphériques), certaines étant associées à des lésions frontières (néoplasie lobulaire intraépithéliale, métaplasie cylindrique atypique, hyperplasie canalaire atypique). Elles doivent bénéficier d'une prise en charge optimale dans un contexte multidisciplinaire reposant sur des procédures d'analyse rigoureuses, tant au niveau des biopsies percutanées que des pièces opératoires. Les buts de la chirurgie varient selon le type lésionnel. Elle permet toujours un bilan morphologique complet à la recherche d'éventuels foyers atypiques dispersés, voire carcinomateux. Elle peut avoir un rôle préventif en réduisant le risque d'une potentielle cancérisation ultérieure. Enfin, dans d'autres cas, elle permet simplement l'exérèse d'une image radiologique difficile à surveiller. Le but de ce travail est de présenter les principales lésions mammaires épithéliales bénignes et à risque qui sont diagnostiquées lors des bilans d'imagerie systématiques, soulignant à chaque fois leur prise en charge diagnostique, thérapeutique, psychologique et les modalités de leur surveillance.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

As a consequence of breast imaging development and increased interventional radiology, benign epithelial breast diseases (BEBD) represent a growing percentage of breast pathology diagnoses. BEBD include numerous entities such as cysts, fibrosis, adenosis, duct ectasia, which require neither surgery nor follow-up. Some BEBD have to be individualized (radial scars, papillomas, complex sclerosing adenosis, lobular intraepithelial neoplasia, flat epithelial atypia, atypical hyperplasia), being preinvasive lesions or markers of increased breast cancer risk, or being associated with suspect radiological aspect. BEBD should be managed in a pluridisciplinary way and correctly diagnosed by percutaneous biopsies or surgical specimens. The goals of surgery vary according to lesions. It always allows a complete surgical specimen analysis and therefore a search for

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : carole.mathelin@chru-strasbourg.fr (C. Mathelin).

atypical or cancerous cells. Surgery can also have a preventive role by reducing the risk of potential malignant transformation. Finally, it enables in some cases the excision of a radiologically suspect mass. So the aim of this review is to give a clinical and morphological description of most common BEBD, underlying their cancer risk, specific diagnosis, therapeutic, follow-up and psychological repercussions.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Lésions bénignes ; Atypies ; Macrobiopsie ; Microbiopsie ; Imagerie du sein ; Chirurgie

Keywords : Benign breast lesions; Atypia; Macrobiopsy; Microbiopsy; Breast imaging; Surgery

1. Introduction

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité de la femme entre 35 et 55 ans. Chaque année, 11 000 décès lui sont attribués. Les médias contribuent largement à sensibiliser les femmes à cette pathologie. Par ailleurs, le développement des multiples techniques d'imagerie mammaire et l'extension des programmes de dépistage des cancers du sein font découvrir des anomalies mammaires de plus en plus nombreuses. Ces anomalies sont bénignes pour la plupart. En raison de la prévalence de la maladie cancéreuse dans la population, des anomalies bénignes sont souvent considérées à tort comme des lésions à risque pouvant se cancériser ultérieurement. Les informations éclairées, fournies par le corps médical, ne parviennent pas toujours à rassurer ces femmes, qui sont alors opérées puis surveillées inutilement. Ces exérèses chirurgicales, pratiquées en excès, ne sont pas sans conséquences. Outre le risque anesthésique et opératoire, elles peuvent conduire à des altérations esthétiques du sein et parfois à l'apparition d'une nouvelle anomalie sur l'imagerie postopératoire, source d'inquiétude et pouvant gêner la surveillance ultérieure. À l'inverse, certaines pathologies bénignes nécessitent une prise en charge chirurgicale, soit parce qu'elles entraînent des répercussions fonctionnelles gênantes, soit parce qu'elles s'accompagnent d'un risque de cancérisation, soit enfin parce que leur image radiologique est difficile à surveiller. Les principales lésions mammaires épithéliales bénignes et à risque seront passées en revue en soulignant à chaque fois leur prise en charge diagnostique, thérapeutique, psychologique et les modalités de leur surveillance.

2. Notion de risque carcinologique

Le risque carcinologique correspond au risque de dégénérescence maligne d'une lésion ou au risque que cette lésion soit associée à un cancer. Le risque carcinologique est évalué par des études prospectives ou rétrospectives et s'exprime par le risque relatif (RR) vis-à-vis de la population générale à âge égal. La notion de risque carcinologique doit tenir compte de différents paramètres, tels que la nature histologique de la lésion, le terrain génétique, l'âge de la patiente et enfin l'imagerie.

2.1. Risque histologique

La classification des maladies bénignes du sein selon leur risque carcinologique tient compte de la valeur du RR [1]. Les

maladies sans risque ont un RR proche de 1, voire inférieur. Le fibroadénome de la femme jeune, l'ectasie canalaire ou l'état fibrokystique (EFK) sans atypies en sont des exemples. Les maladies dites à risque minime, telles que les cicatrices radiaires ou les adénoses sclérosantes complexes, ont un RR inférieur à 4. Les maladies à risque ont un RR supérieur à 4 pouvant même aller jusqu'à 10 pour certaines pathologies. Parmi celles-ci, on peut citer les hyperplasies canalaire atypiques (HCA) et les néoplasies lobulaires in situ (LIN) [2]. Si le risque histologique est bien caractérisé pour les lésions atypiques canalaire et lobulaires, il est encore inconnu pour les lésions nouvellement identifiées comme l'atypie plane ou métaplasie cylindrique atypique (MCA). Cette méconnaissance pose en pratique des problèmes de prise en charge (leur résection chirurgicale, la nécessité d'une modification d'un éventuel traitement hormonal et la poursuite du dépistage organisé ne font pas l'objet d'un consensus) mais aussi de compréhension pour les praticiens et leurs patientes en raison de la terminologie employée, atypique alors que leur niveau de risque reste à ce jour indéterminé.

2.2. Risque génétique

Globalement, le risque de survenue d'un cancer du sein est majoré chez les parentes proches d'une femme ayant eu cette affection. Ce risque, évalué de façon empirique, est plus faible si le cancer est survenu chez la parente après la ménopause et n'a intéressé qu'un sein. Il est plus élevé s'il s'agit d'un cancer bilatéral survenu avant la ménopause. De plus, les risques sont cumulatifs. On utilise habituellement le terme de risque familial pour qualifier le risque d'une patiente appartenant à une famille où il existe une agrégation de cancers du sein (au moins deux parents du premier degré atteints), sans gène responsable identifié. On parle de risque génétique lorsque le gène de susceptibilité a été identifié. Ces cancers génétiques sont rares et leur fréquence est estimée de 5 à 10 %. Des mutations affectant les gènes *breast cancer gene 1 (BRCA1)* (Chr.17q21) et *BRCA2* (Chr.13q12) seraient responsables d'environ 80 % des formes héréditaires de la maladie [3]. Le risque de développer un cancer du sein pour une patiente porteuse d'une mutation, estimé initialement à 80 % à l'âge de 70 ans pour les premières séries de patientes caractérisées par une forte pénétrance, serait toutefois plus faible sur les méta-analyses plus récentes incorporant davantage de patientes avec des pénétrances variables [4]. Pour les patientes porteuses d'une mutation *BRCA1* ou *BRCA2*, il existe également un risque de cancer ovarien, de survenue plus fréquente et à âge

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950291>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)