

Revue générale

## Hyperplasies atypiques du sein

*Atypical ductal and lobular hyperplasia of the breast*

A. Bricou, Y. Delpech, E. Barranger\*

*Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Lariboisière, AP-HP, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France*

Reçu le 2 décembre 2008 ; accepté le 24 juin 2009

Disponible sur Internet le 17 septembre 2009

---

### Résumé

Les hyperplasies atypiques représenteraient 4 % des pathologies bénignes du sein. Il existe deux grands types d'hyperplasies atypiques : les hyperplasies canalaire atypiques (HCA) et les hyperplasies lobulaires atypiques. À part, les métaplasies cylindriques atypiques. Elles correspondraient à un stade précoce dans le développement de certains carcinomes in situ de bas grade et de certains cancers invasifs. L'hyperplasie atypique appartient aux lésions bénignes avec risque carcinologique intermédiaire. Ce risque doit intégrer les antécédents personnels et familiaux de la patiente. La présence d'hyperplasie atypique doit faire craindre l'existence d'une lésion plus agressive concomitante qui dans le cadre des HCA est situé à proximité du foyer d'hyperplasie. Lorsqu'une hyperplasie atypique est mise en évidence sur une biopsie, une exérèse est recommandée ce d'autant qu'il s'agit d'une HCA. Une surveillance régulière à long terme est également conseillée.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

*Mots clés* : Hyperplasie canalaire atypique ; Hyperplasie lobulaire atypique ; Hyperplasie atypique ; Cancer du sein ; Néoplasie lobulaire ; Carcinome canalaire in situ ; Facteur de risque

### Abstract

Atypical hyperplasia represents 4% of all benign breast diseases. There are two different types: atypical ductal hyperplasia and atypical lobular hyperplasia. Aside columnar cell lesion. They represent an early stage of some forms of low grade carcinoma in situ and invasive carcinomas. Atypical hyperplasia is a benign lesion with intermediate carcinologic risk and the existence of a concomitant aggressive lesion should be suspected. When atypical lesion is found on a biopsy specimen, surgical excision is recommended especially in case of atypical ductal hyperplasia. A regular supervision is recommended.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

*Keywords*: Breast cancer; Lobular neoplasia; Atypical hyperplasia; Atypical ductal hyperplasia; Atypical lobular hyperplasia; Invasive cancer risk; Ductal carcinoma in situ

---

### 1. Introduction

Avec le développement à la fois du dépistage individuel et du dépistage organisé du cancer du sein, le nombre de biopsies pour anomalies radiologiques s'accroît (microcalcifications suspectes ou indéterminées ou surdensité). Le diagnostic d'hyperplasie atypique est de plus en plus fréquemment porté par les anatomopathologistes. Les atypies épithéliales seraient présentes sur 15 à 34 % des biopsies réalisées pour

microcalcifications [1,2]. La fréquence des hyperplasies atypiques au sein de la population générale est inconnue. Elles représenteraient 4 % des pathologies bénignes du sein [3]. L'objectif de cette analyse est de définir :

- les différents types d'hyperplasies atypiques ;
- le risque carcinologique inhérent à ces lésions ;
- la conduite à tenir lorsque le clinicien est confronté à ce type de lésions.

Il existe principalement deux grands types d'hyperplasies atypiques : les hyperplasies canalaire atypiques (HCA) et les hyperplasies lobulaires atypiques (HLA). À part, la métaplasie

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emmanuel.barranger@lrb.aphp.fr (E. Barranger).

cylindrique atypique qui est une entité récemment individualisée.

Actuellement, les atypies cellulaires du sein sont regroupées dans la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

## 2. Classification OMS des atypies

### 2.1. Classification des néoplasies intracanales (DIN)

- Les DIN 1a : elles correspondent aux HCA de type plan (métaplasie cylindrique atypique) ;
- les DIN 1b : elles correspondent aux HCA cribriformes ;
- les DIN 1c : elles correspondent aux carcinomes intracanales de grade 1 (bas grade) ;
- les DIN 2 : elles correspondent aux carcinomes intracanales de grade 2 (grade intermédiaire) ;
- les DIN 3 : elles correspondent aux carcinomes intracanales de grade 3 (haut grade).

### 2.2. Classification des lésions intraépithéliales lobulaires (LIN)

- Les LIN 1 correspondent aux HLA sans distension des acini ;
- les LIN 2 correspondent soit à des HLA plus prononcées avec distension des acini soit à des carcinomes lobulaires in situ ;
- les LIN 3 correspondent à des carcinomes lobulaires in situ pléomorphes ou avec nécrose.

## 3. Hyperplasies canalaire atypiques

Le concept d'HCA fut introduit il y a environ un siècle [4]. Un grand nombre de classifications anatomopathologiques tente de rendre compte des différentes entités histologiques de prolifération intraductale atypique. Aucune de ces classifications ne fait l'unanimité. Dans la classification de l'OMS, elles correspondent aux DIN 1b. Il existe une certaine confusion sur cette entité entraînant une variabilité interobservateur pour le diagnostic des HCA [5,6]. Cette variabilité est d'environ 13 % [7].

Ainsi, les HCA correspondent à un groupe mal défini de lésions, ayant certains mais pas l'ensemble des critères requis pour définir les carcinomes canalaire in situ (CCIS). Ce sont des anomalies situées au niveau de l'unité terminale ductolobulaire. Elles correspondent à une augmentation du nombre de couches des cellules de l'épithélium de revêtement canalaire (hyperplasie) associée à une désorganisation architecturale importante et des atypies cytologiques. Il s'agit d'une prolifération épithéliale ductale avec des atypies cytologiques peu prononcées au sein d'une architecture conservée. La différence entre les HCA et les CCIS de bas grade est parfois difficile à réaliser tant sur le plan morphologique, structural, moléculaire que immunohistochimique [8]. Ces deux types lésionnels n'expriment pas les cytokératines CK5/6 contrairement aux hyperplasies simples. L'association fréquente des HCA et des CCIS au sein d'un même tissu mammaire rend d'autant plus difficile la distinction entre ces deux entités. Cette

dernière s'effectue alors sur des critères histologiques qui ne sont pas reconnus ou utilisés par l'ensemble des anatomopathologistes [8]. Ainsi, l'hyperplasie atypique pourrait avoir exactement les mêmes caractéristiques que le CCIS mais serait de trop petites dimensions pour que l'on puisse retenir ce diagnostic (l'atteinte de moins de deux canaux [9] ou la taille inférieure ou égale à 2–3 mm [10]). Malgré l'introduction de ces critères, il y a une vingtaine d'années, il existe toujours une grande variabilité interobservateur pour distinguer les hyperplasies atypiques des CCIS [8]. Il s'agirait d'un continuum allant de l'hyperplasie canalaire au CCIS de haut grade. Elles représenteraient un stade précoce dans le développement de certains CCIS de bas grade et de certains cancers canalaire invasifs [11].

### 3.1. Risque carcinologique des hyperplasies canalaire atypiques

L'HCA appartient aux lésions bénignes avec risque carcinologique intermédiaire [2]. Elle serait associée à un risque relatif modérément élevé de développer un carcinome invasif (risque relatif de 4–5) [3,11]. Le risque absolu de développer un cancer infiltrant lorsqu'il existe initialement des lésions épithéliales atypiques isolées serait de 2,8 à cinq ans (IC 95 % = 1,4 à 5,5) et de 5,5 à dix ans (IC 95 % = 3,3 à 9,9) [1,7]. Dans une étude portant sur une durée moyenne de 12 ans le risque de développer un carcinome invasif est de 9,8 % [10]. Ce risque est variable lorsque l'HCA est associée ou non à d'autres lésions. Par exemple, le risque de survenue d'un cancer invasif sur une durée moyenne de 12 ans est estimé à 4,2 % lorsqu'il n'existe pas de lésions d'adénose sclérosante associées à l'HCA. Ce risque se majore à 17 % lorsque l'on retrouve l'association de ces deux types lésionnels [10]. Cette variabilité de risque est à rapprocher de l'hétérogénéité des groupes étiquetés hyperplasies atypiques dans les différentes études mais aussi des différences de durée de suivi de ces études [1]. Ce risque se majorerait d'autant plus que la patiente est jeune. Ainsi, la présence d'atypies chez une patiente de moins de 45 ans expose à un risque deux fois plus important de développer un cancer que chez une patiente âgée de plus de 55 ans et présentant des atypies [3]. Ces données seraient à rapprocher du statut ménopausique des patientes où le risque de développer un cancer est plus important lorsque les lésions atypiques sont présentes avant la ménopause [12]. Des études récentes suggèrent que les HCA seraient des précurseurs des CCIS de bas grade [11,13–18].

Les HCA sont rarement isolées. Elles sont souvent associées aux CCIS de bas grade, aux HLA, aux carcinomes lobulaires in situ ou aux carcinomes tubuleux invasifs [19–21]. Dans une étude regroupant 1000 cas d'hyperplasies atypiques, on retrouve dans 7 % des cas des carcinomes invasifs associés et dans 26 % de néoplasie lobulaire associés [21]. Il existerait dans 31 % des cas, une association entre les HCA et le cancer infiltrant [1]. Les principaux types de cancers lors du diagnostic d'HCA sont les CCIS et les carcinomes canalaire micro-invasifs. Bien souvent, le cancer se trouve à proximité de la lésion atypique [1]. L'ensemble de ces données concernant le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3952550>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3952550>

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