

**ADENOSE
METAPLASIE CYLINDRIQUE
CENTRE PROLIFERATIF D'ASCHOFF OU
RADIAL SCAR**

Lésions à risque ?

Anne de ROQUANCOURT

Bertrand TOURNANT

2013

Journées St- Louis

26-27 Septembre

⇒ **Lésions habituellement infra- cliniques de découverte radiologique : micro-calcifications ACR 3 - ACR 4 , surdensité, image radiaire**

⇒ **Nécessitant micro / macro biopsie ou tumorectomie après repérage**

⇒ **Isolées ou associées entre elles ou à d'autres lésions : papillomes, hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie...**

ADÉNOSE MAMMAIRE

- **Étymologie** : du grec adên = glande
et du suffixe ôsis = maladie non inflammatoire
- **Définition** : c'est une hyperplasie des lobules (augmentation de taille / volume des lobules) par augmentation du nombre des ductules (canalicules intra-lobulaires)
- **Micro-calcifications amorphes, image parfois spiculée (adénose sclérosante)**

■ Adénose simple

- focale ou "floride"
- nodulaire ou pseudo tumorale (palpable) lorsqu'elle concerne de nombreux lobules mammaires contigus

■ Adénose sclérosante

- avec participation prépondérante de la sclérose interstitielle et prolifération des cellules myo-épithéliales qui élaborent une trame collagène dissociant les ductules lobulaires (fibrose rétractile)
- micro- calcifications fréquentes

■ Adénose micro-glandulaire ?

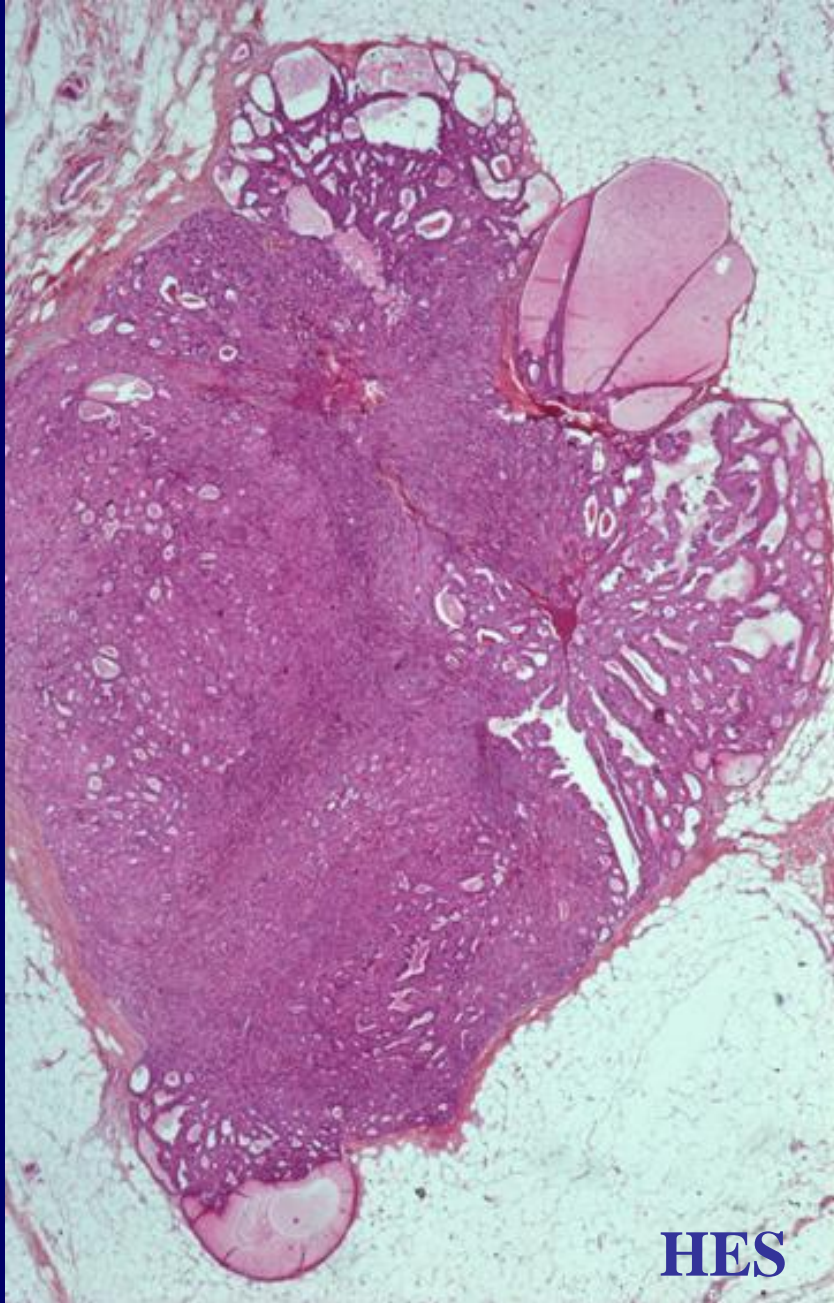
Depuis 1985

L'adénose, associée aux lésions de dystrophie fibro- kystique, définit ce que l'on appelle la

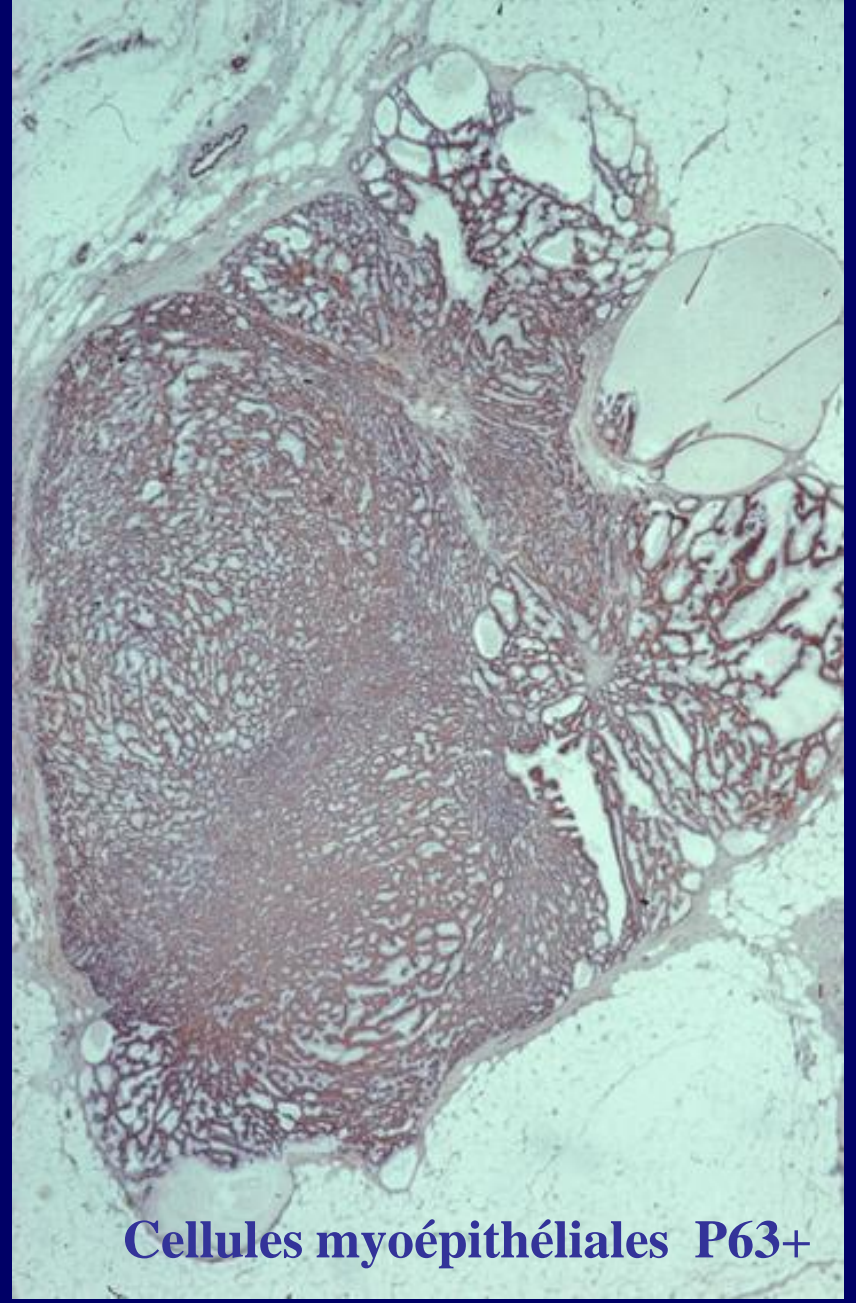
MASTOPATHIE COMPLEXE

qui comprend donc :

- . kystes ± métaplasie apocrine (idrosadénoïde)
- . fibrose
- . adénose
- . ± métaplasie cylindrique

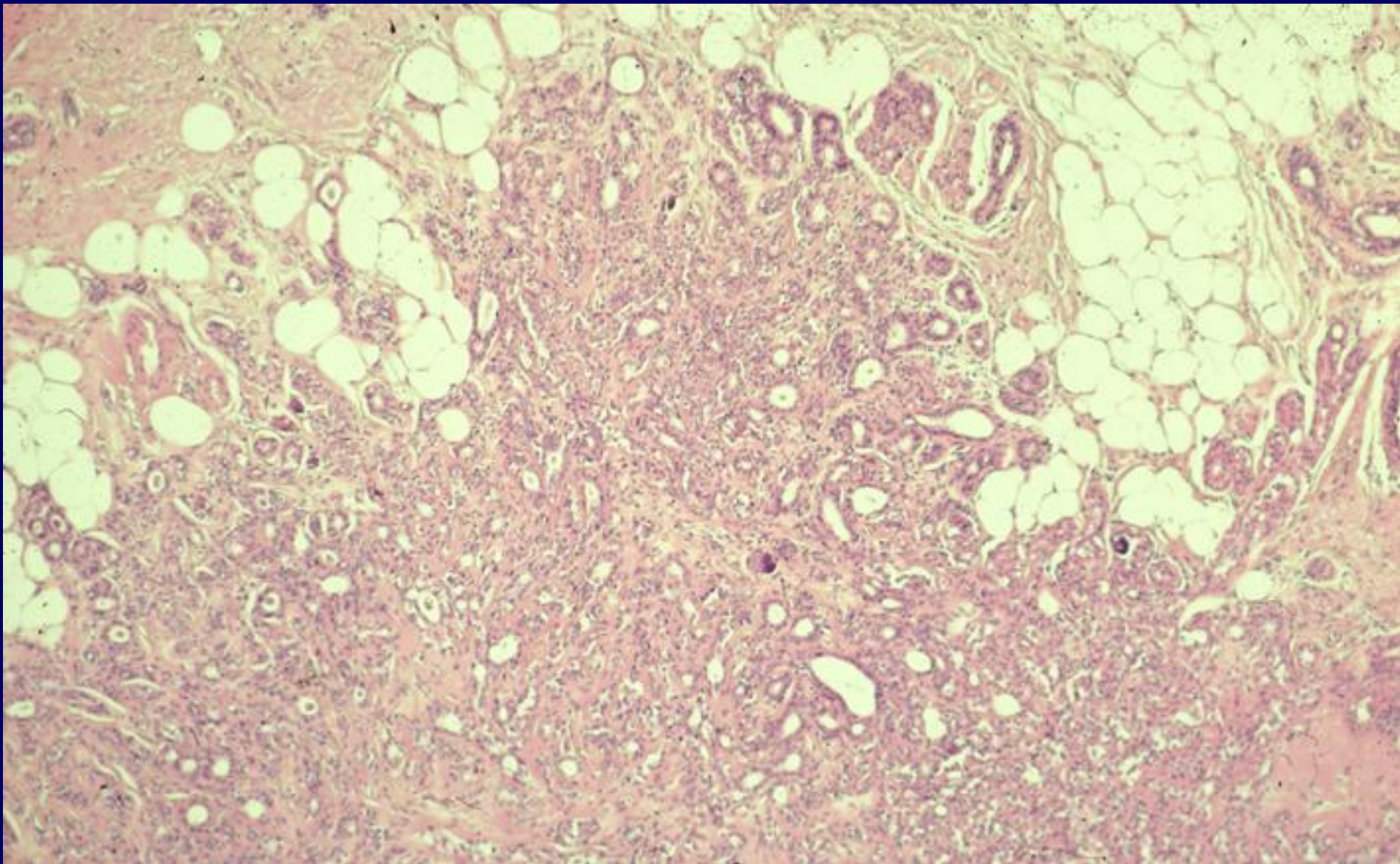


HES

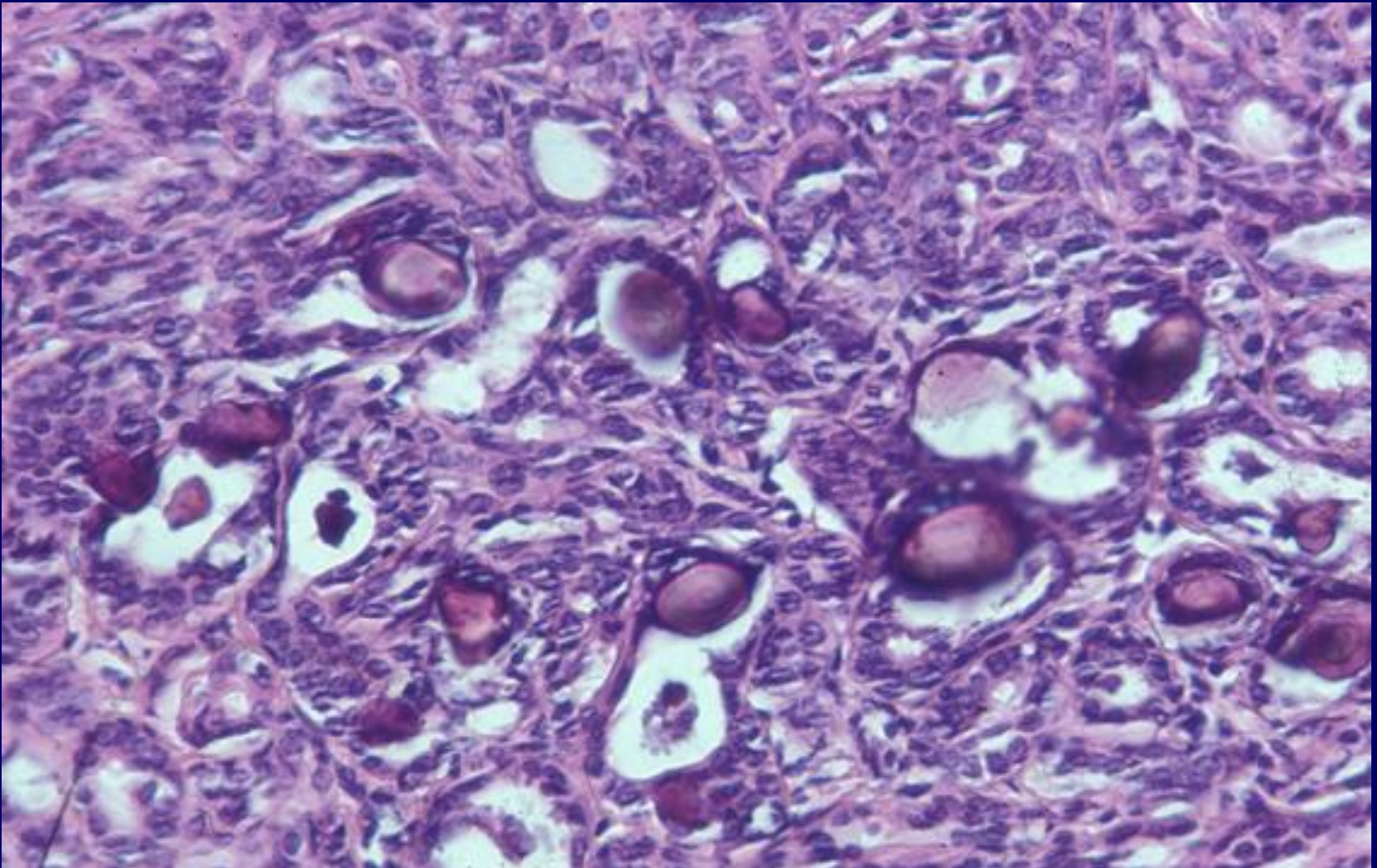


Cellules myoépithéliales P63+

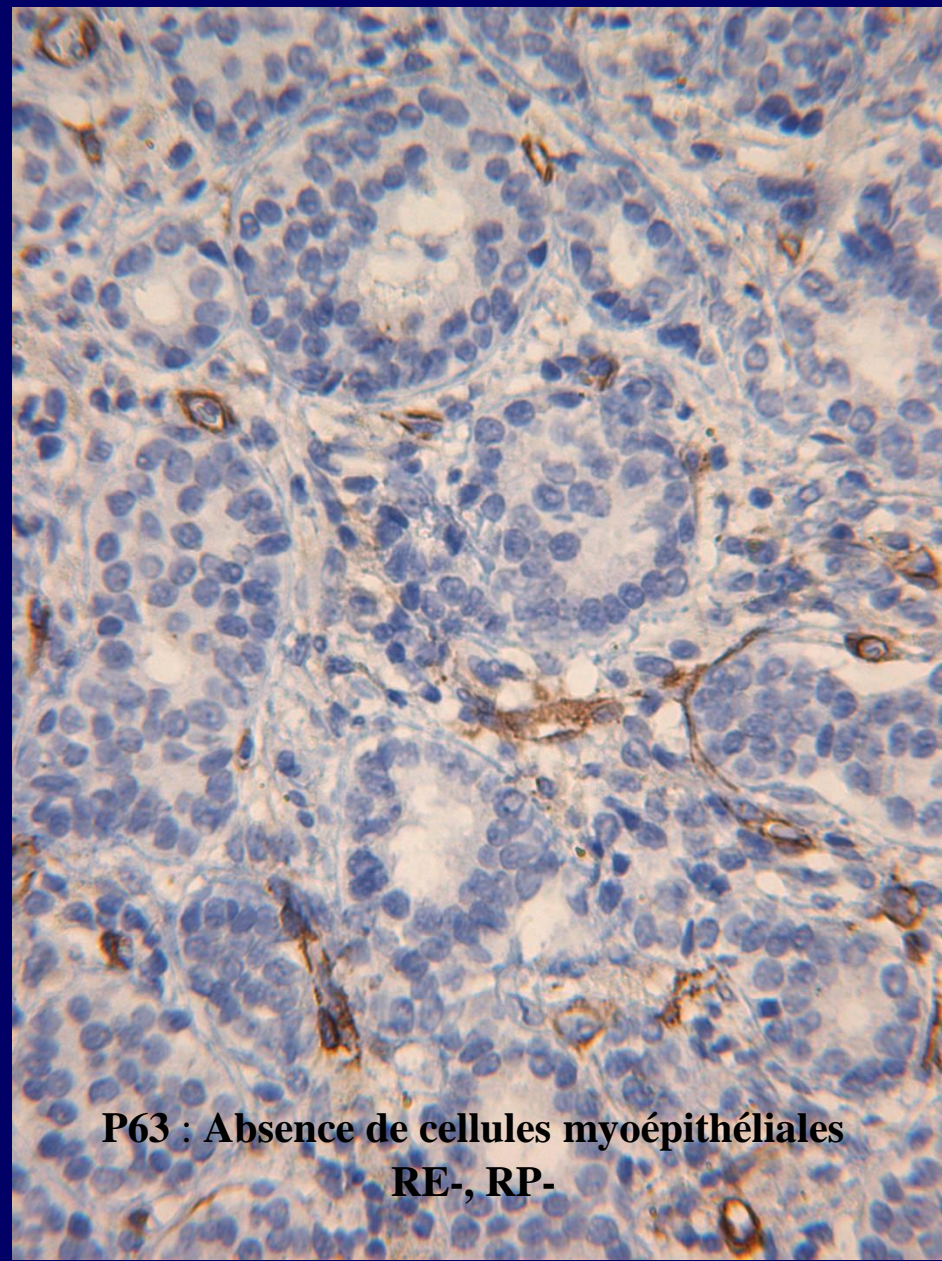
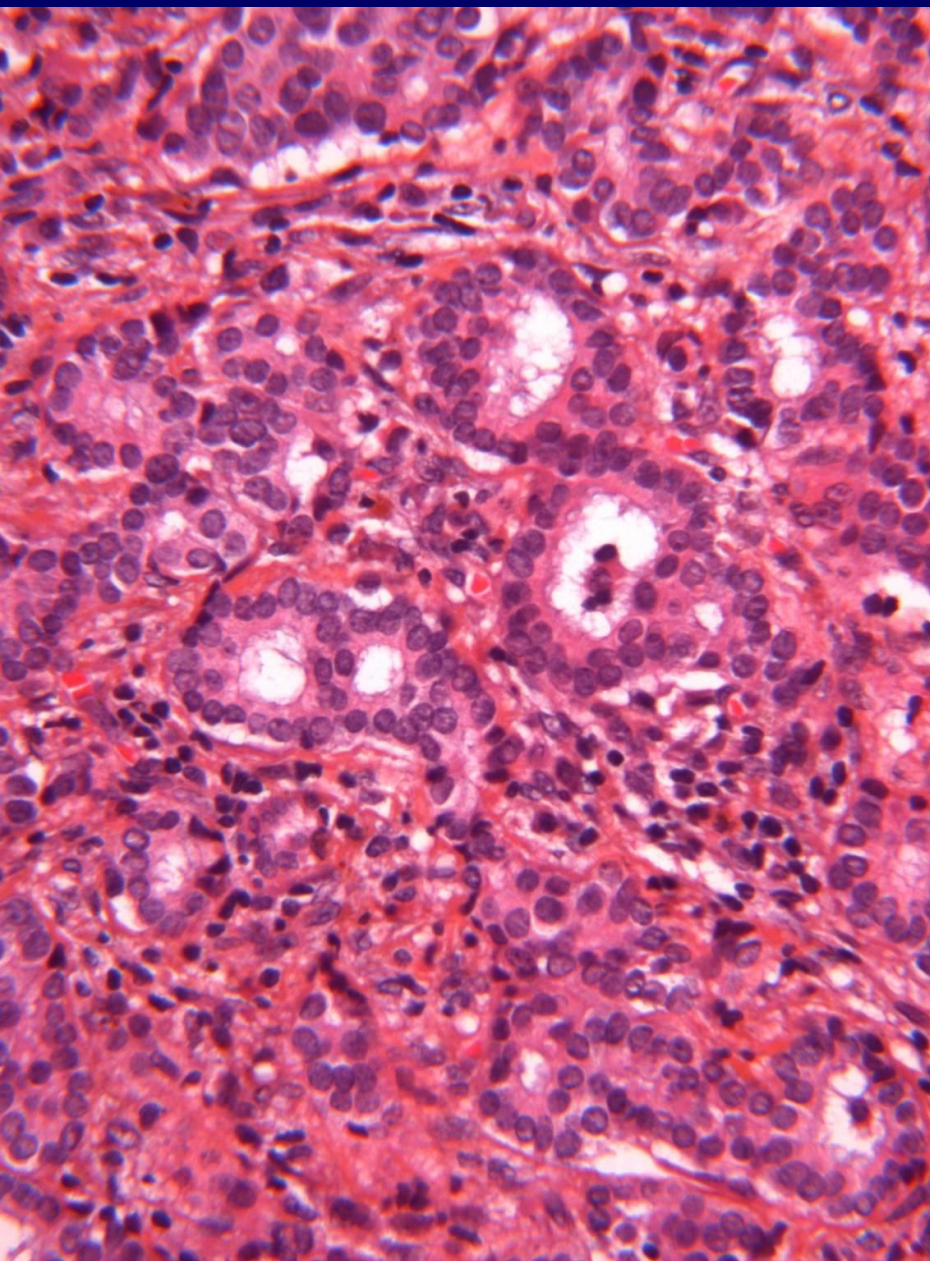
Adénose pseudotumorale



Adénose



Adénose avec microcalcifications



Adénose microglandulaire

ADÉNOSE et RR de CANCER du SEIN

- **Augmentation du risque de cancer du sein en cas d'adénose sclérosante isolée**

RR à 1,5 – 2 pour Jensen

RR à 2,2 (1,2 – 4) pour Bodian

mais s'élevant à 6,7 en cas d'association à l'hyperplasie épithéliale atypique (Jensen)

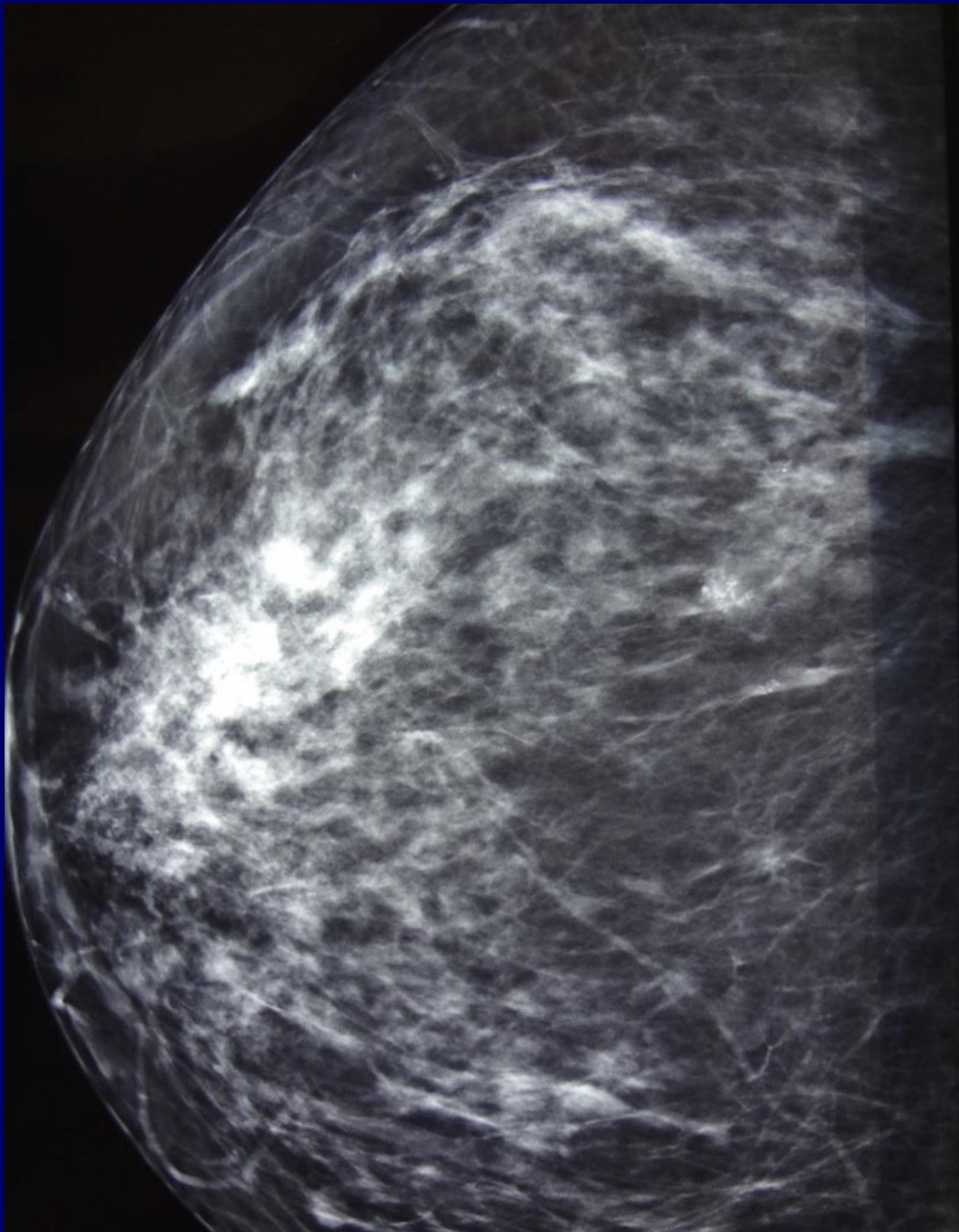
MÉTAPLASIE

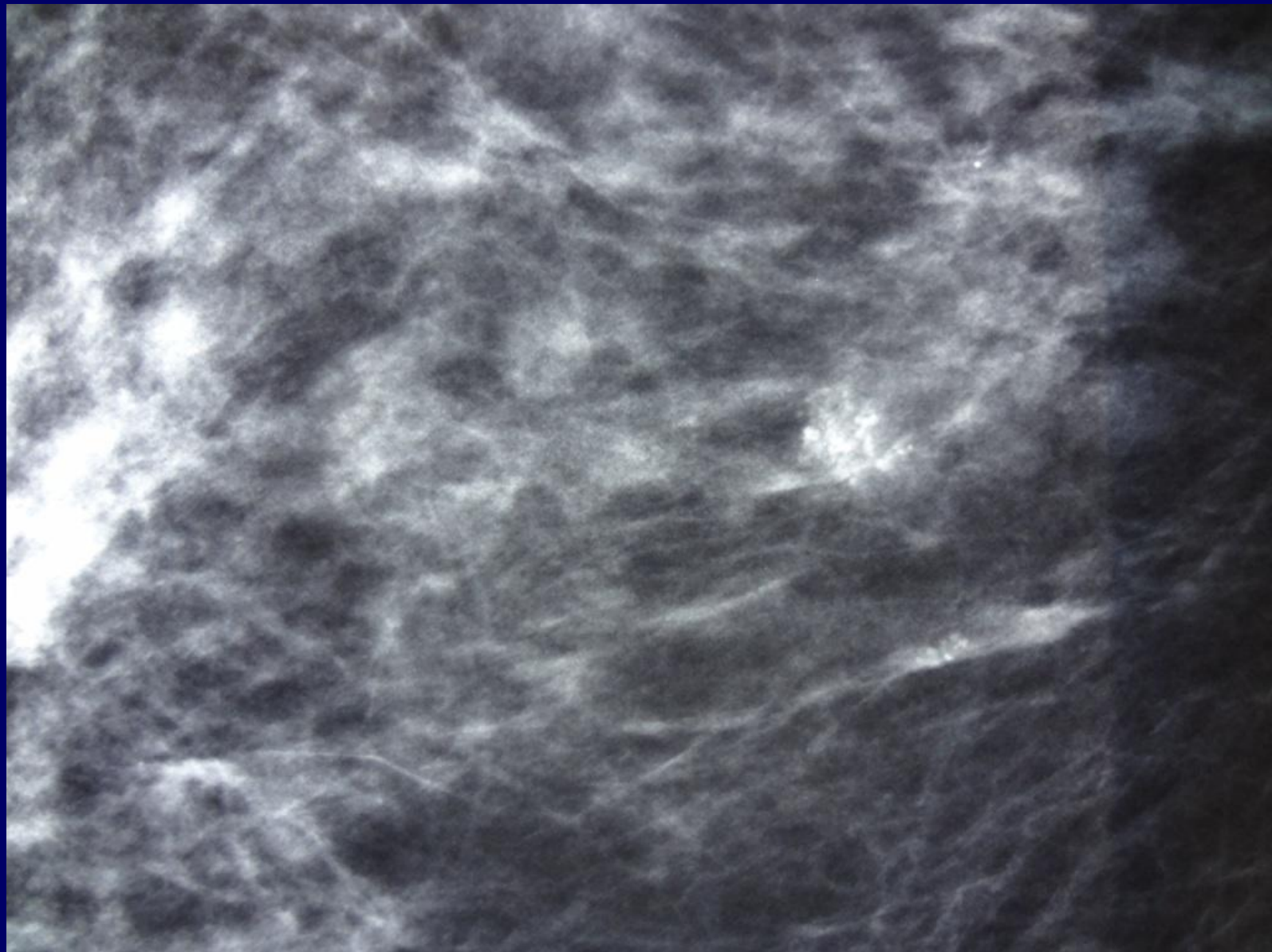
Définition :

- = Transformation d'un tissu différencié en un autre tissu différencié
- **Le plus souvent en réponse à une agression tissulaire répétée et prolongée (inflammation, irritation mécanique ou chimique, infection)**
 - **Dans la métaplasie la structure et la fonction du nouveau tissu sont strictement normales, ce qui la distingue de la dysplasie... bien qu'elle puisse secondairement évoluer vers ce stade si l'agression persiste**

EXEMPLES DE MÉTAPLASIE

- Bronches (tabac, autres substances carcinogènes)
= métaplasie malpighienne
- Col utérin (papillomavirus)
= métaplasie malpighienne
- Dans la métaplasie **cylindrique mammaire**, c'est le remplacement de l'épithélium glandulaire normal (cubo-cylindrique) par un épithélium constitué de **cellules cylindriques hautes, à noyau basal et à cytoplasme comportant une hernie apicale. (cause ?)**

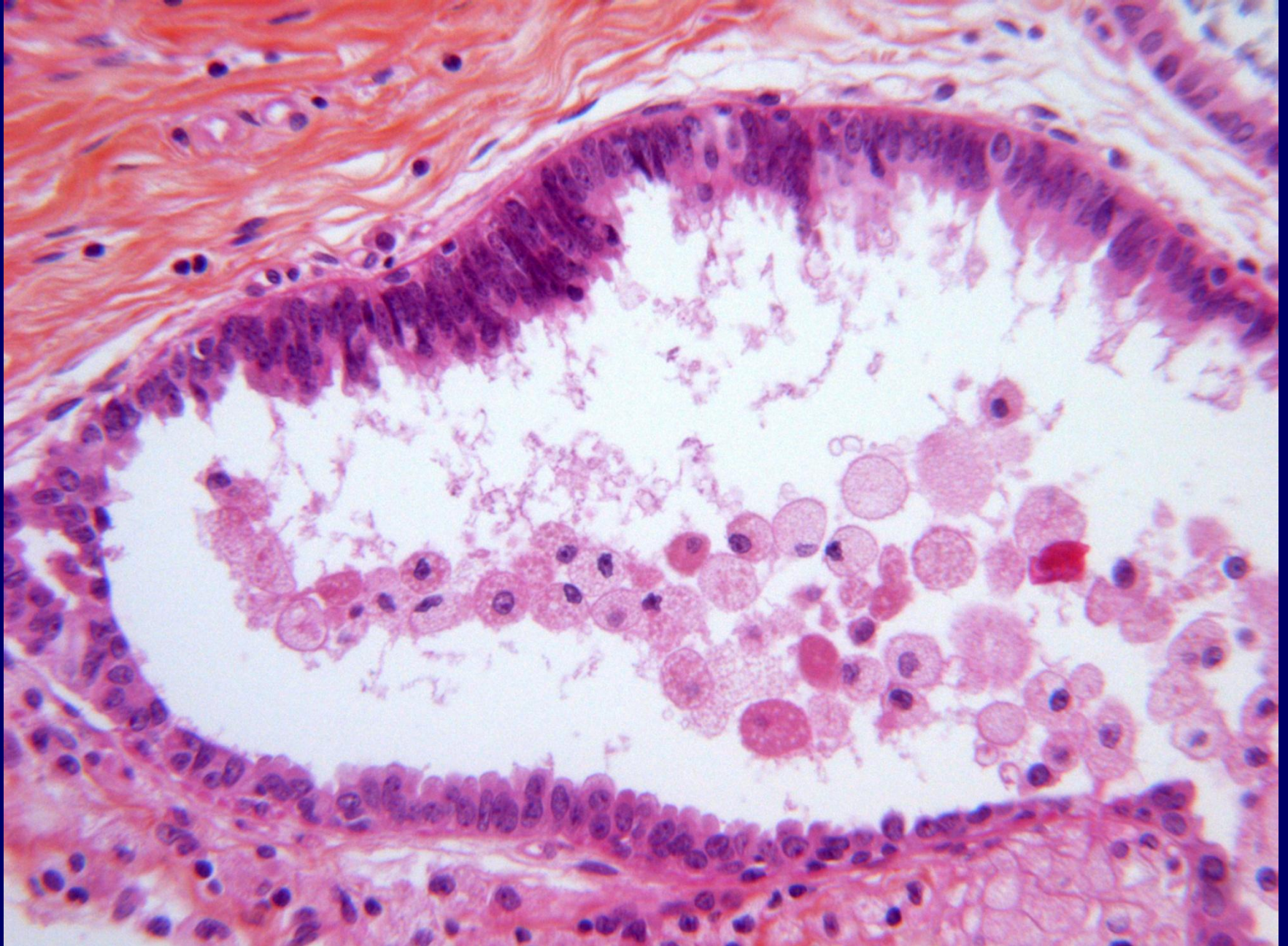




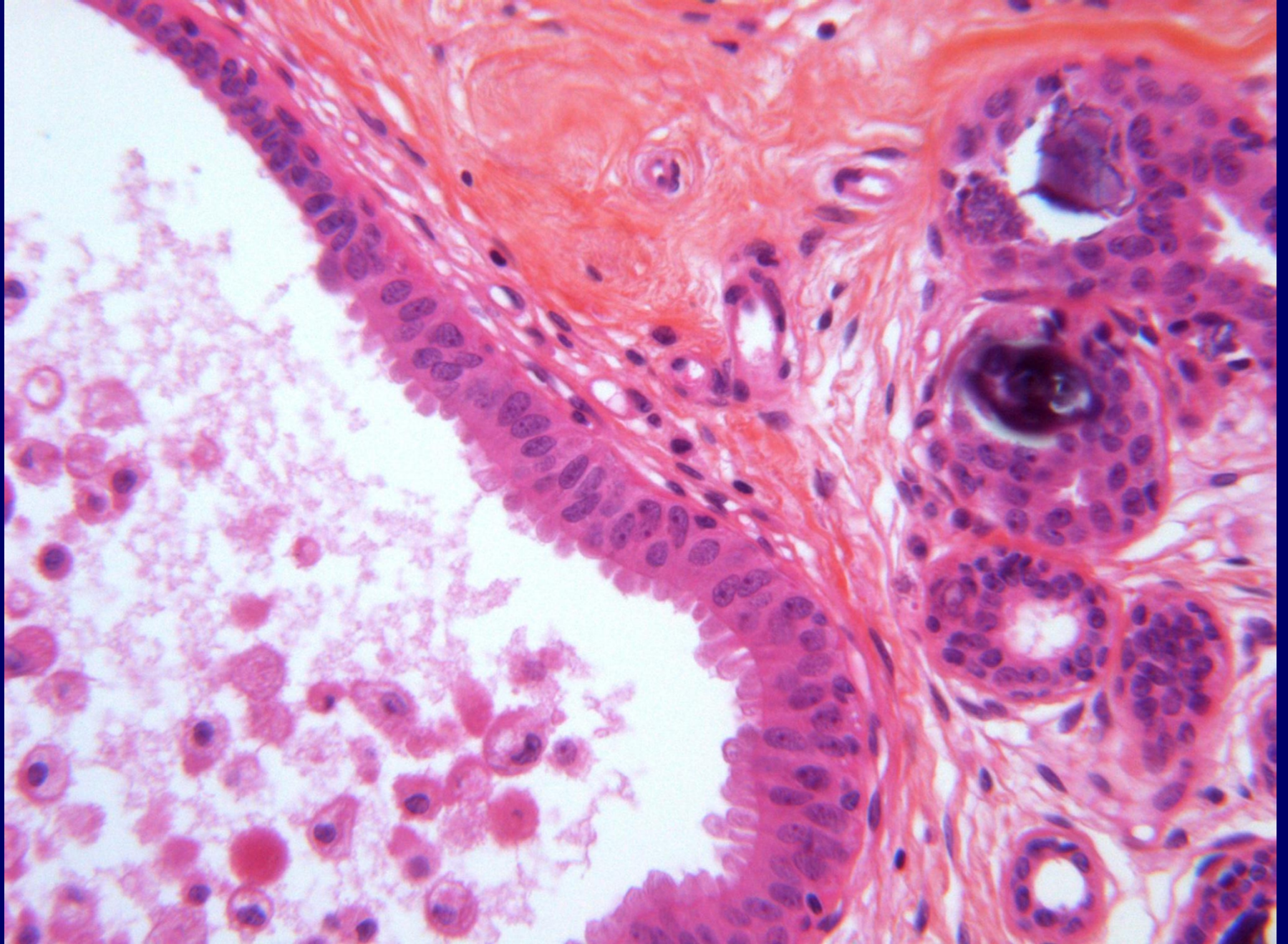
On distingue :

- La métaplasie cylindrique simple
- La métaplasie cylindrique hyperplasique avec pluri-stratification de l'épithélium
- La métaplasie cylindrique atypique ou " flat epithelial atypia" des anglo- saxons

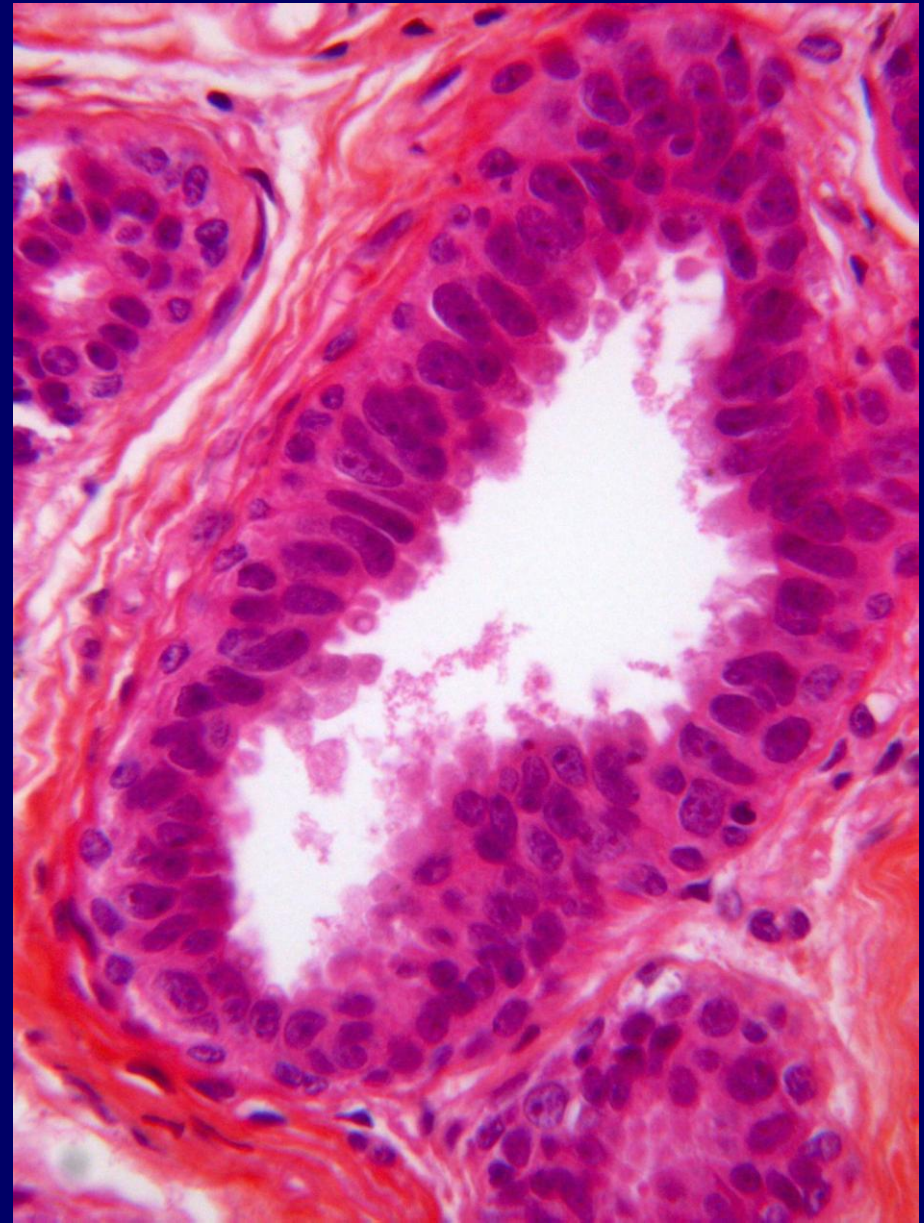
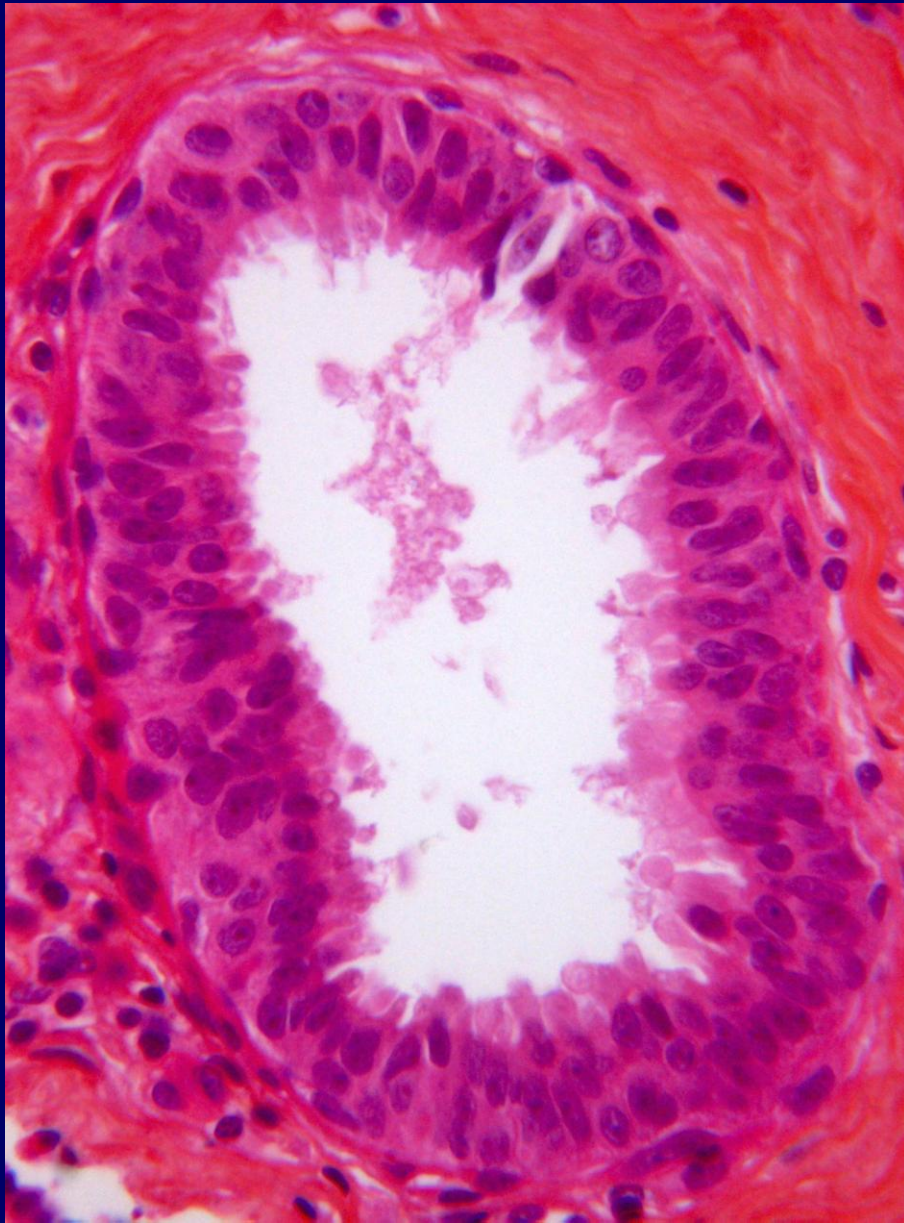
... ces 2 notions de métaplasie cylindrique hyperplasique et de métaplasie cylindrique atypique ayant évolué ces dernières années...



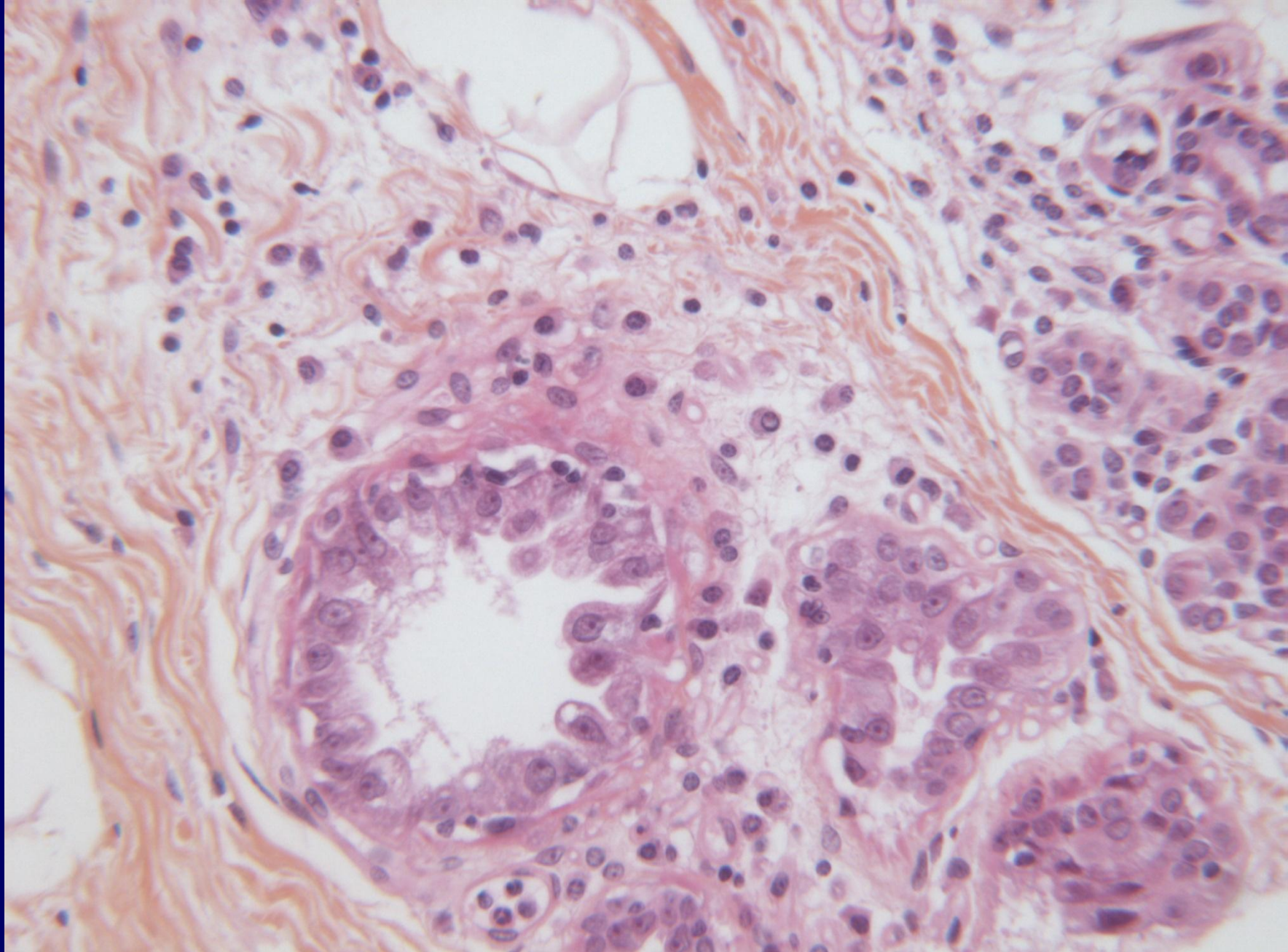
Métaplasie cylindrique simple et hyperplasique



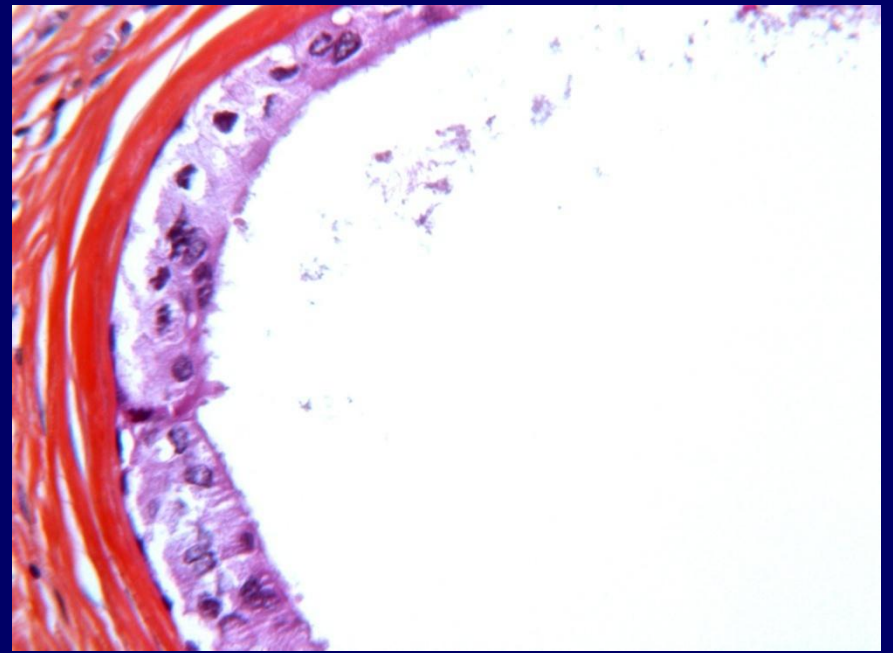
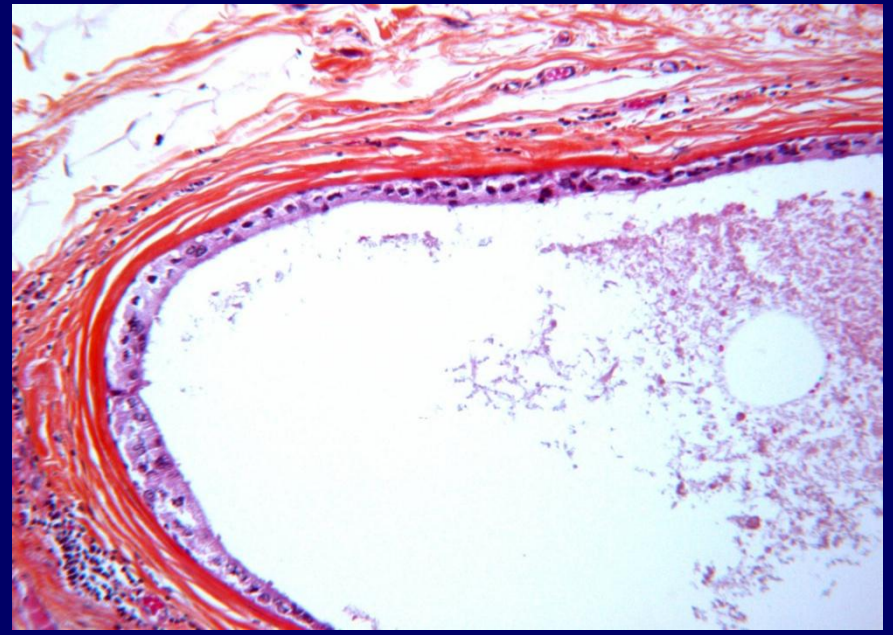
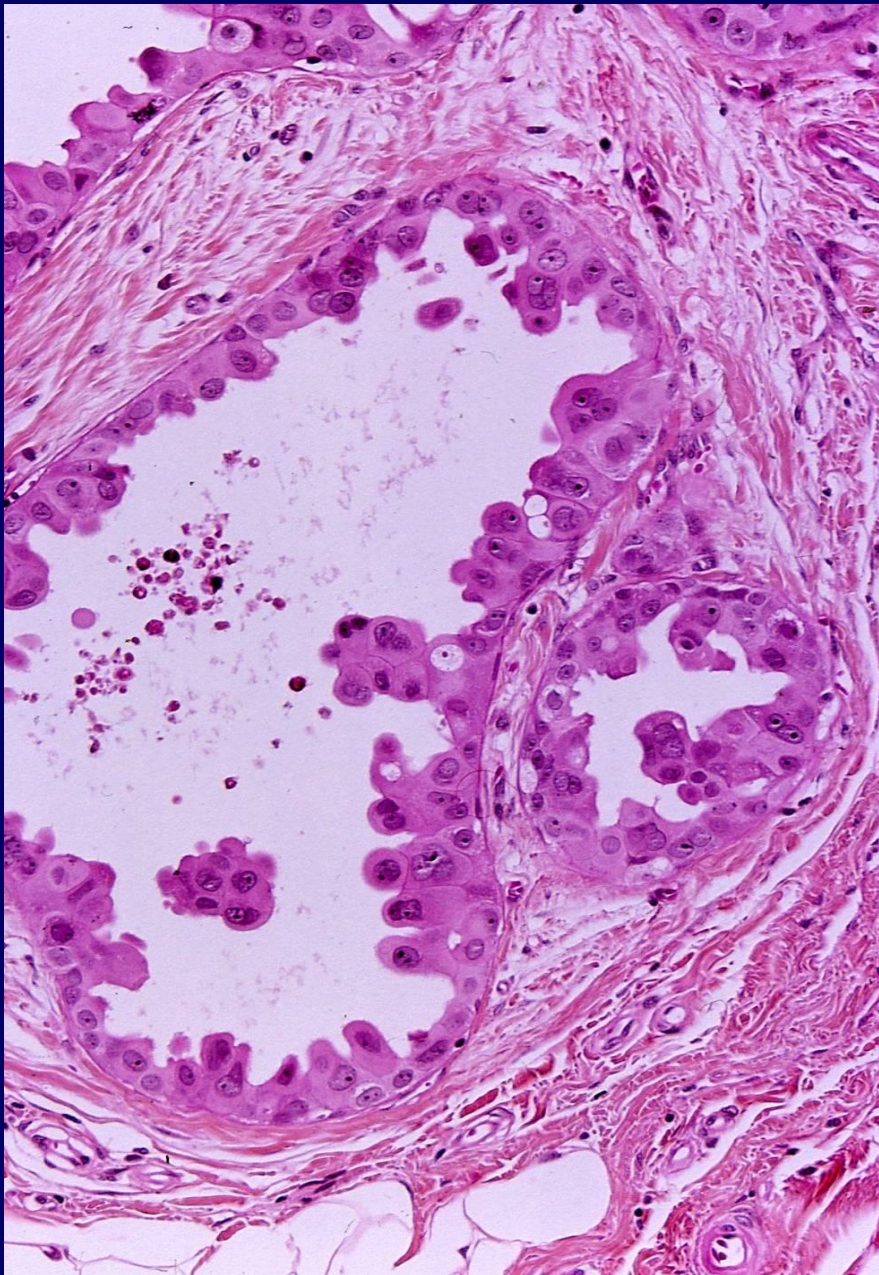
Métaplasie cylindrique simple et hyperplasique et microcalcifications



Métaplasie cylindrique hyperplasique et atypique?



Métaplasie cylindrique atypique

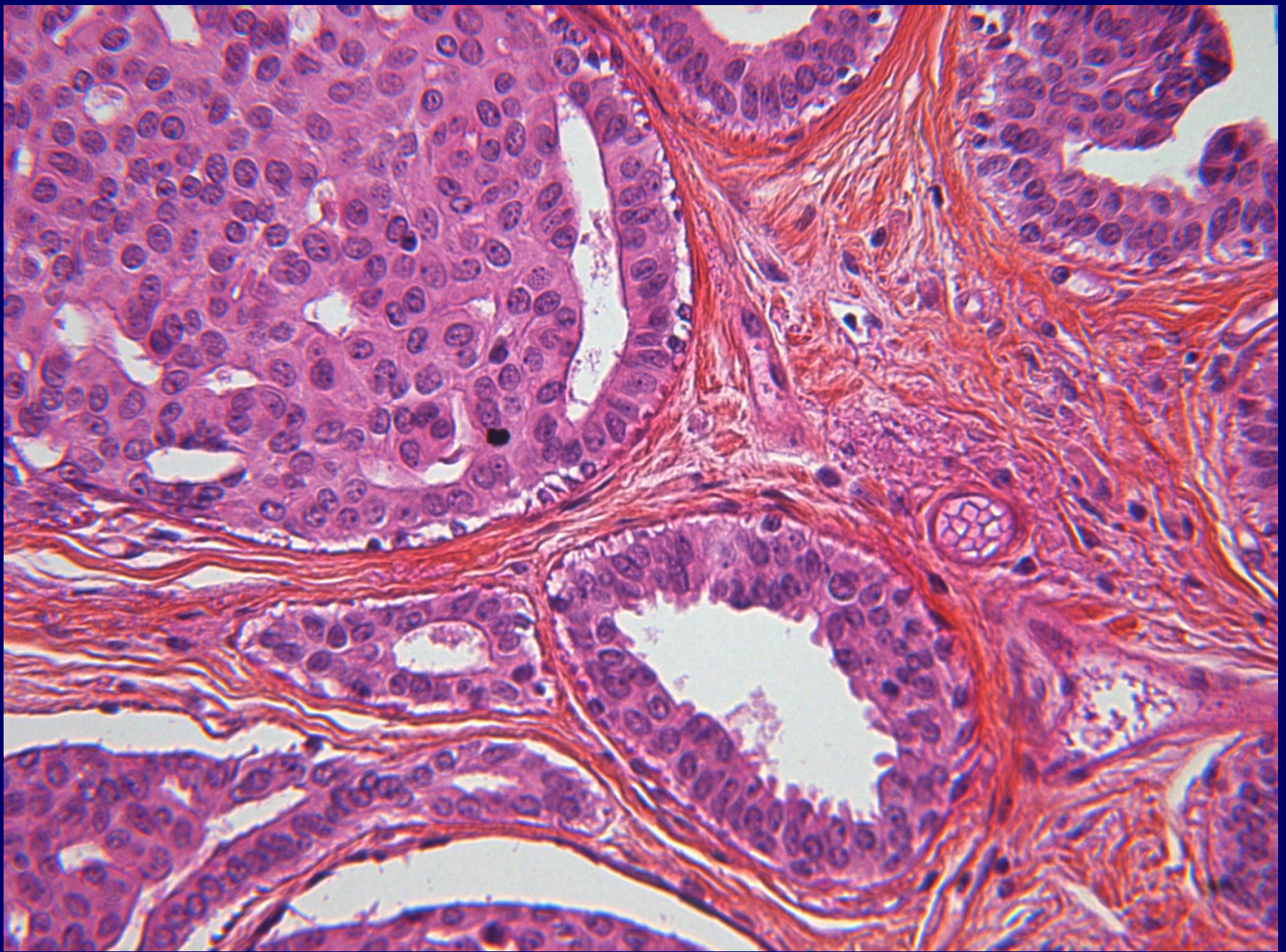


Clinging carcinoma d'Azzopardi

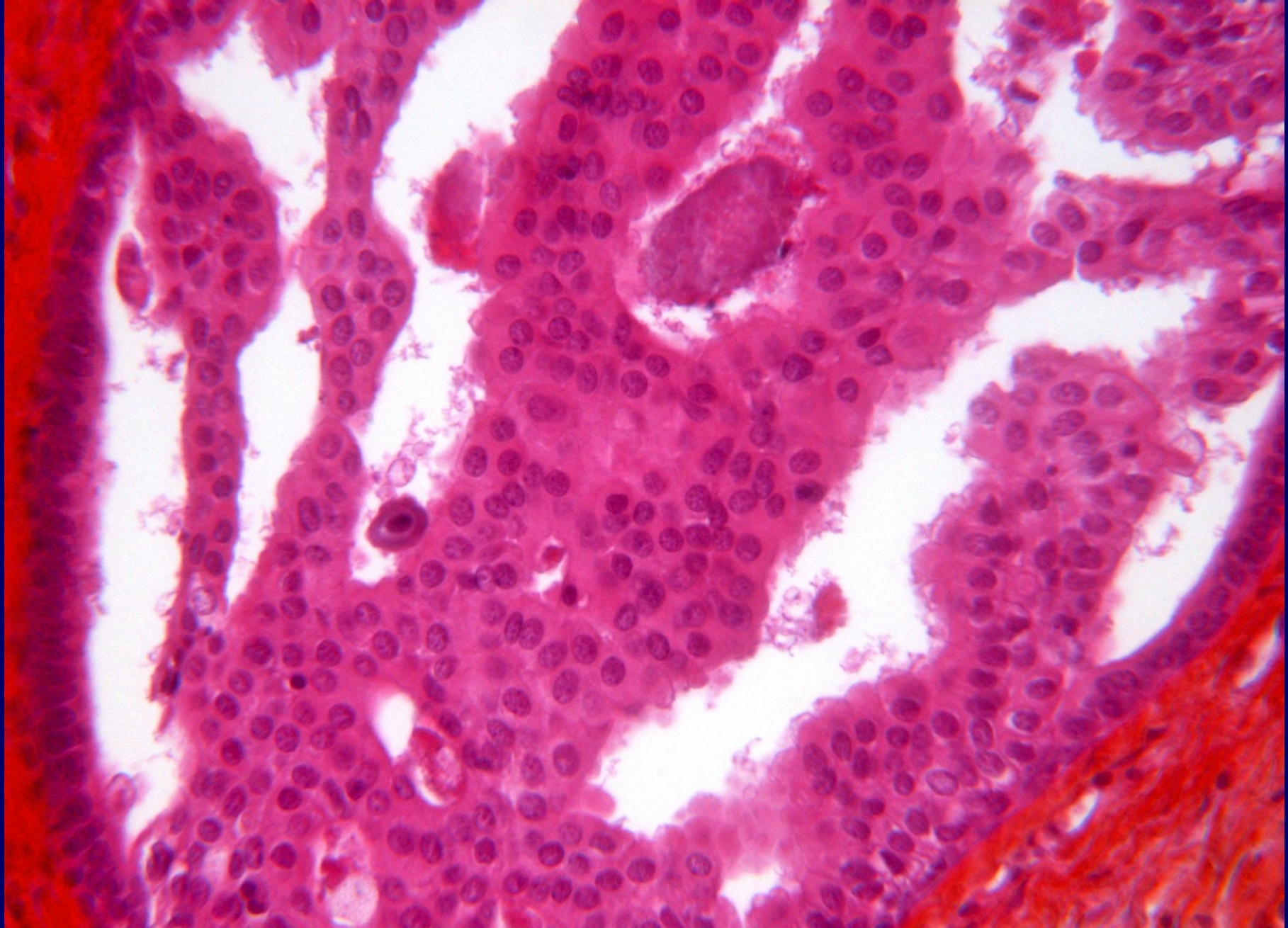
Il y a une association forte de ces lésions de métaplasie cylindrique atypique ou « flat epithelial atypia » et des lésions d'hyperplasie épithéliale atypique, canalaire et lobulaire, des carcinomes in situ et invasif de bas grade.

Son incidence est d'environ 3 à 10 % des biopsies mammaires... mais pour FRASER et al. il s'agit d'une entité fréquente retrouvée dans 42 % des biopsies réalisées pour des foyers de micro-calcifications.

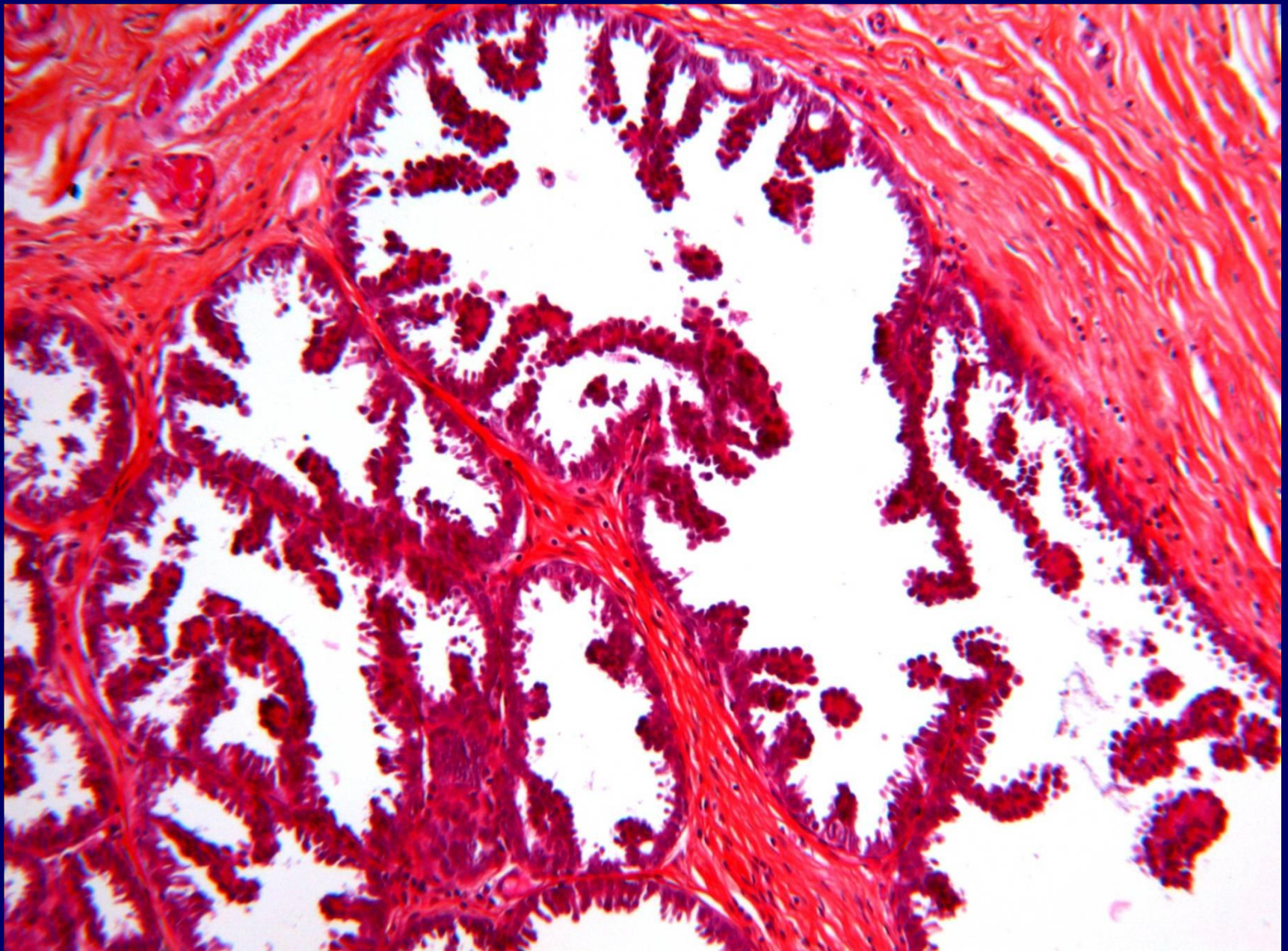
Le problème principal est la sous-estimation de lésions associées (HCA, HLA, CIC, CCI...)



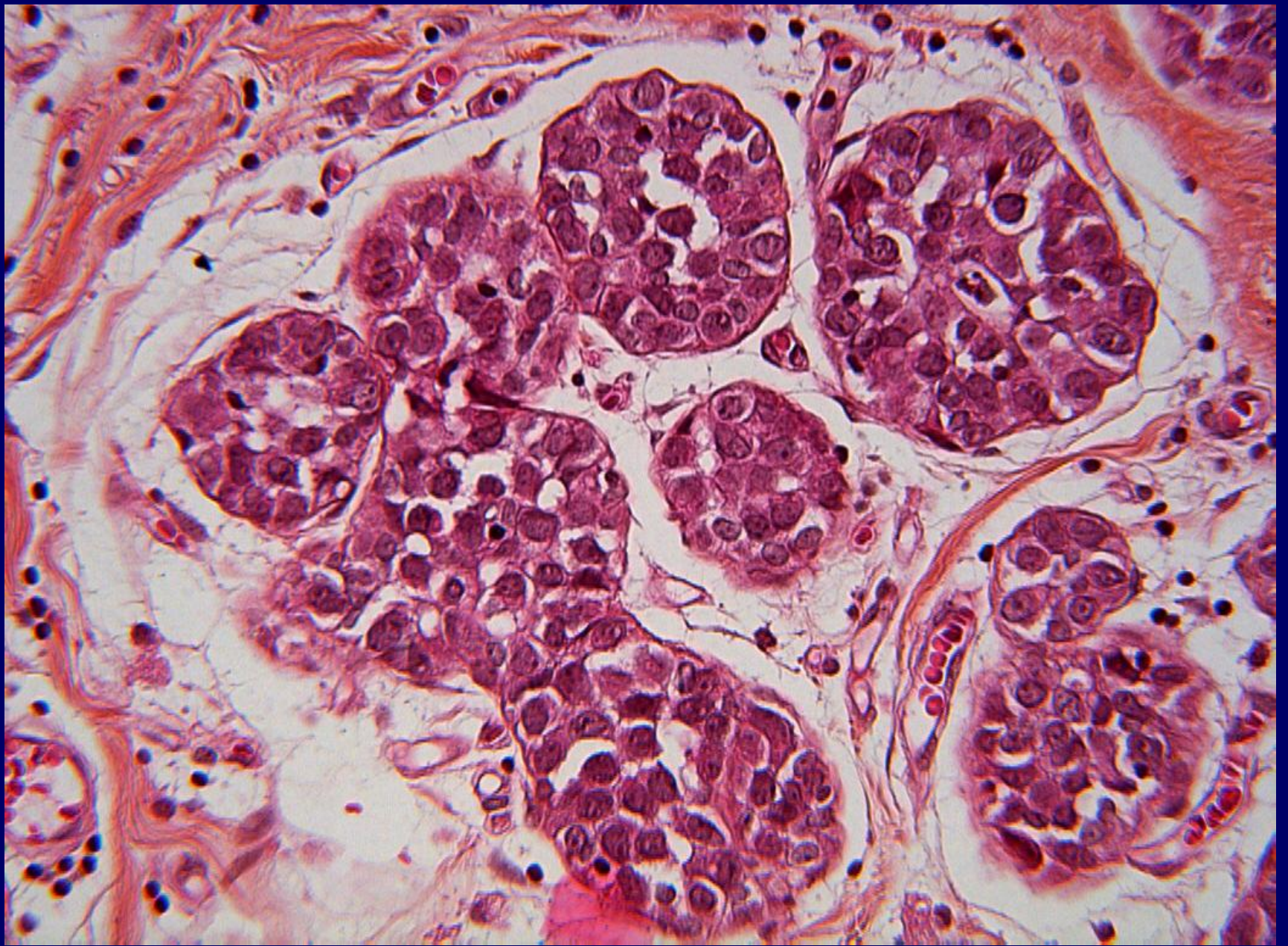
Métaplasie cylindrique et hyperplasie épithéliale canalaire banale



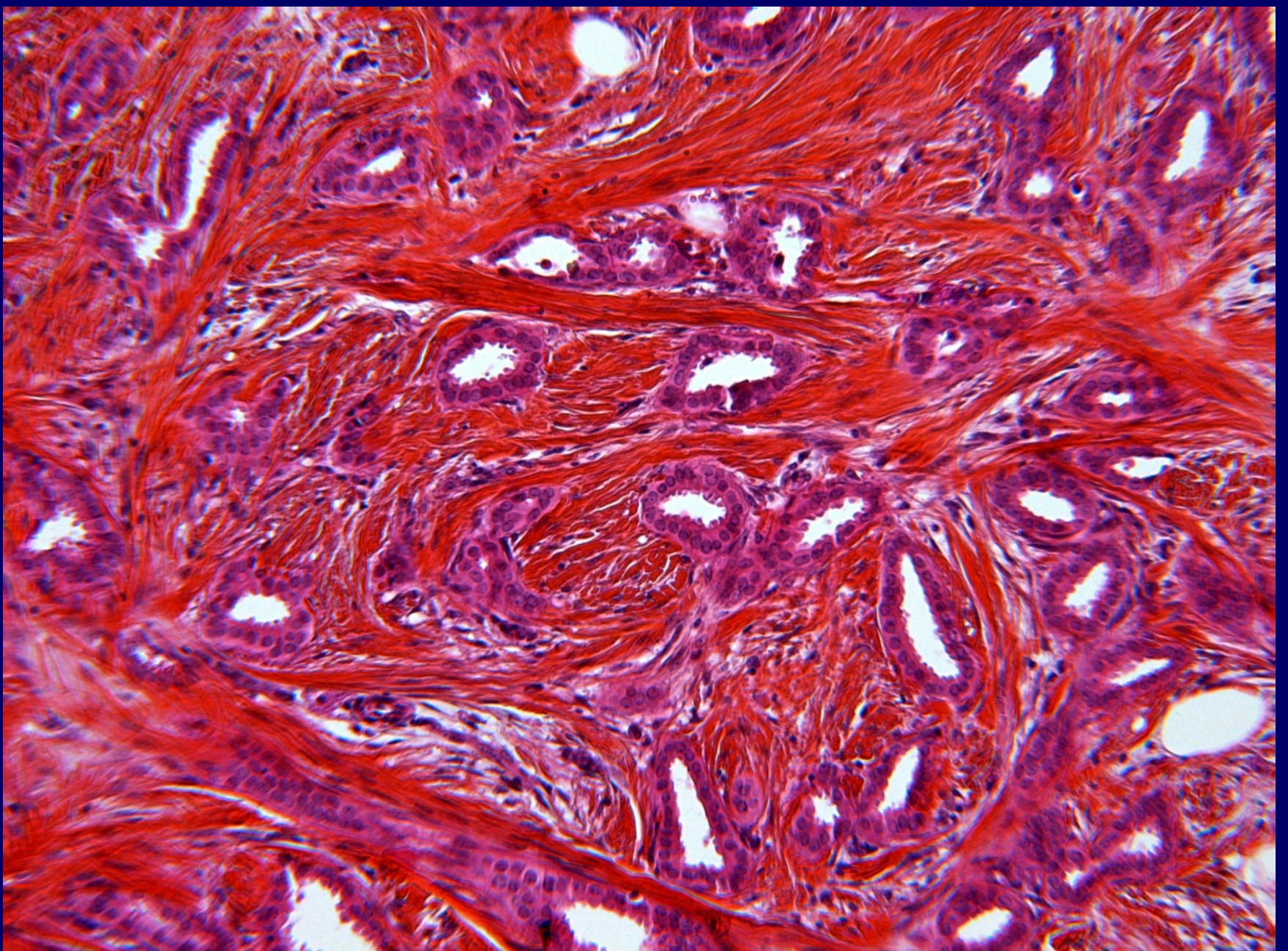
Métaplasie cylindrique et hyperplasie épithéliale canalaire atypique



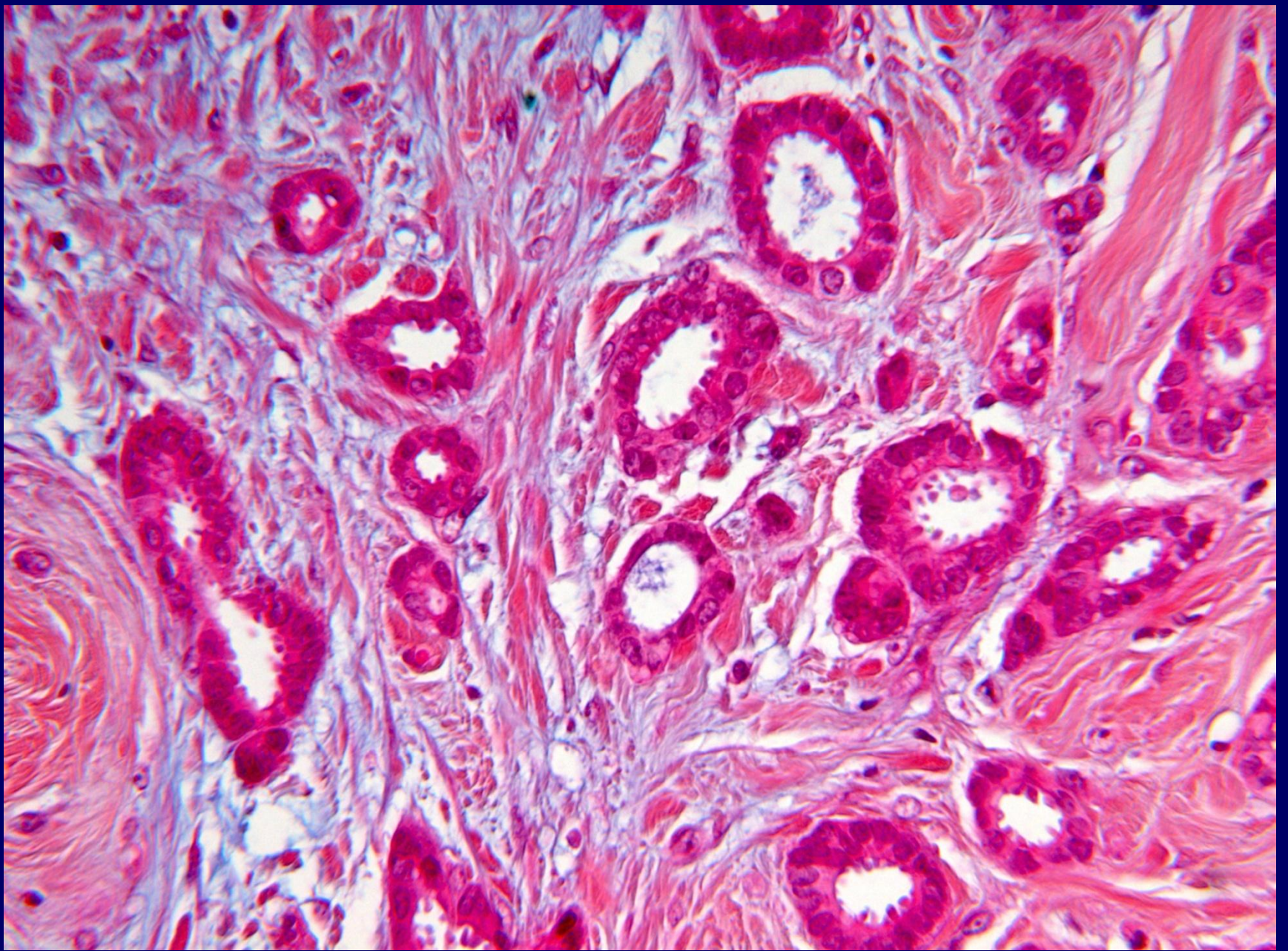
Hyperplasie épithéliale micropapillaire atypique



Carcinome lobulaire in situ



Carcinome tubuleux



Carcinome tubuleux

MÉTAPLASIE CYLINDRIQUE ATYPIQUE

Pour la majorité des auteurs la CHIRURGIE d'exérèse est recommandée après macro-biopsie.

Dans l'étude de D. MOREAU portant sur 570 macro-biopsies 11 gauge sur foyers de micro-calcifications entre 2000 et 2003, la sous-estimation est de :

MCA / carcinome : 19 %

HCA / carcinome : 46 %

F. MOINFAR (2009) propose une nouvelle approche de l'atypie plane en fonction de son grade :

- **L'atypie plane de bas grade (ex DIN 1 a de l'OMS, 2003) a un risque de cancérisation faible**
- **L'atypie plane de haut grade (clinging carcinoma d'Azzopardi) qui correspond à un cancer canalaire in situ de grade intermédiaire ou de haut grade (ex DIN 2 ou 3)**

Moinfar F. Flat ductal intraepithelial... Arch Pathol Lab Med 2009 ; 133 : 879 - 92

RADIAL SCAR

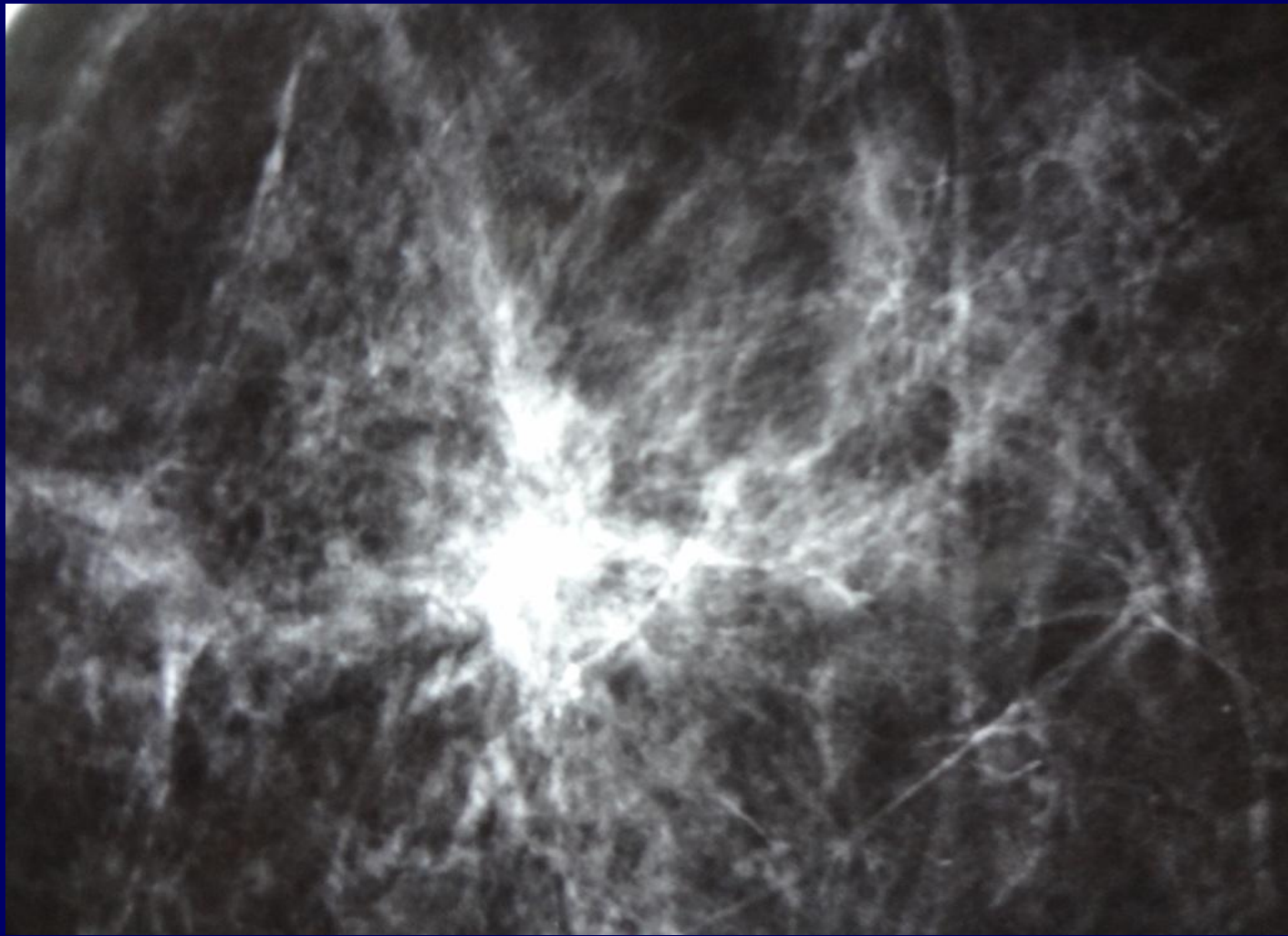
CENTRE PROLIFERATIF D'ASCHOFF (CPA)

- ↪ **NODULE OU CENTRE PROLIFERATIF D'ASCHOFF (1895) c**
- ↪ **ROSETTE-LIKE LESION, PROLIFERATION CENTER (1928)**
- ↪ **SCLEROSING PAPILLARY PROLIFERATION (1974)**
- ↪ **STRAHLIGE NARBEN (1975)**
- ↪ **NON ENCAPSULATED SCLEROSING LESION (1979)**
- ↪ **INFILTRATING EPITHELIOSE (1979)**
- ↪ **INDURATIVE MASTOPATHY (1981)**

Lésion stellaire suspecte radiologiquement caractérisée par :

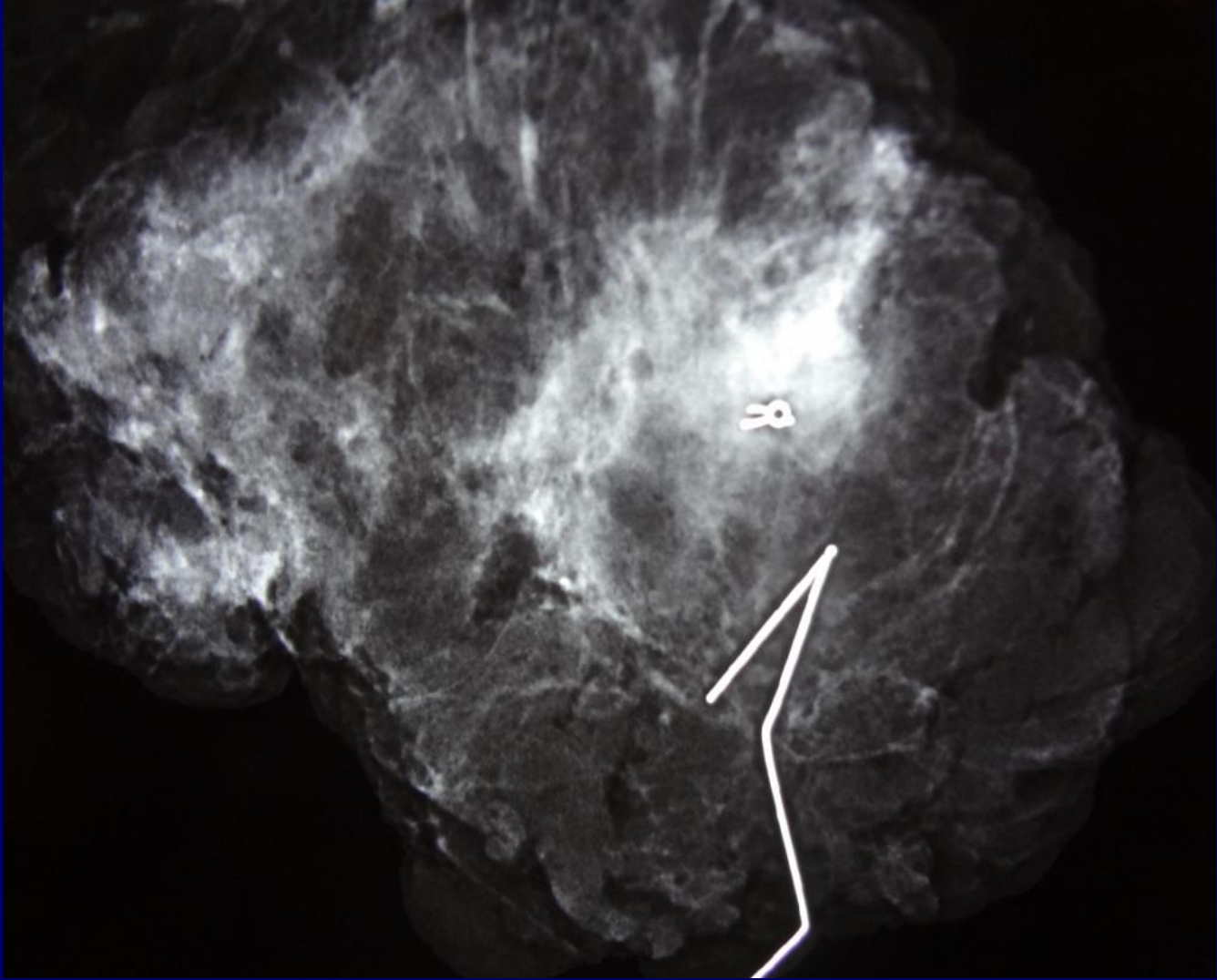
- **un centre scléro-élastéinique avec canalicules à lumière déformée, collabée ou dilatée**
- **une couronne périphérique radiaire avec**
 - **kystes et micro-kystes, adénose, papillome ...**
 - **hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie**
- **découverte histologique ou mammographique**
- **incidence**
 - **2 à 27 % des cas d'exérèse de lésions bénignes**
 - **4 à 26 % des pièces de mastectomie**

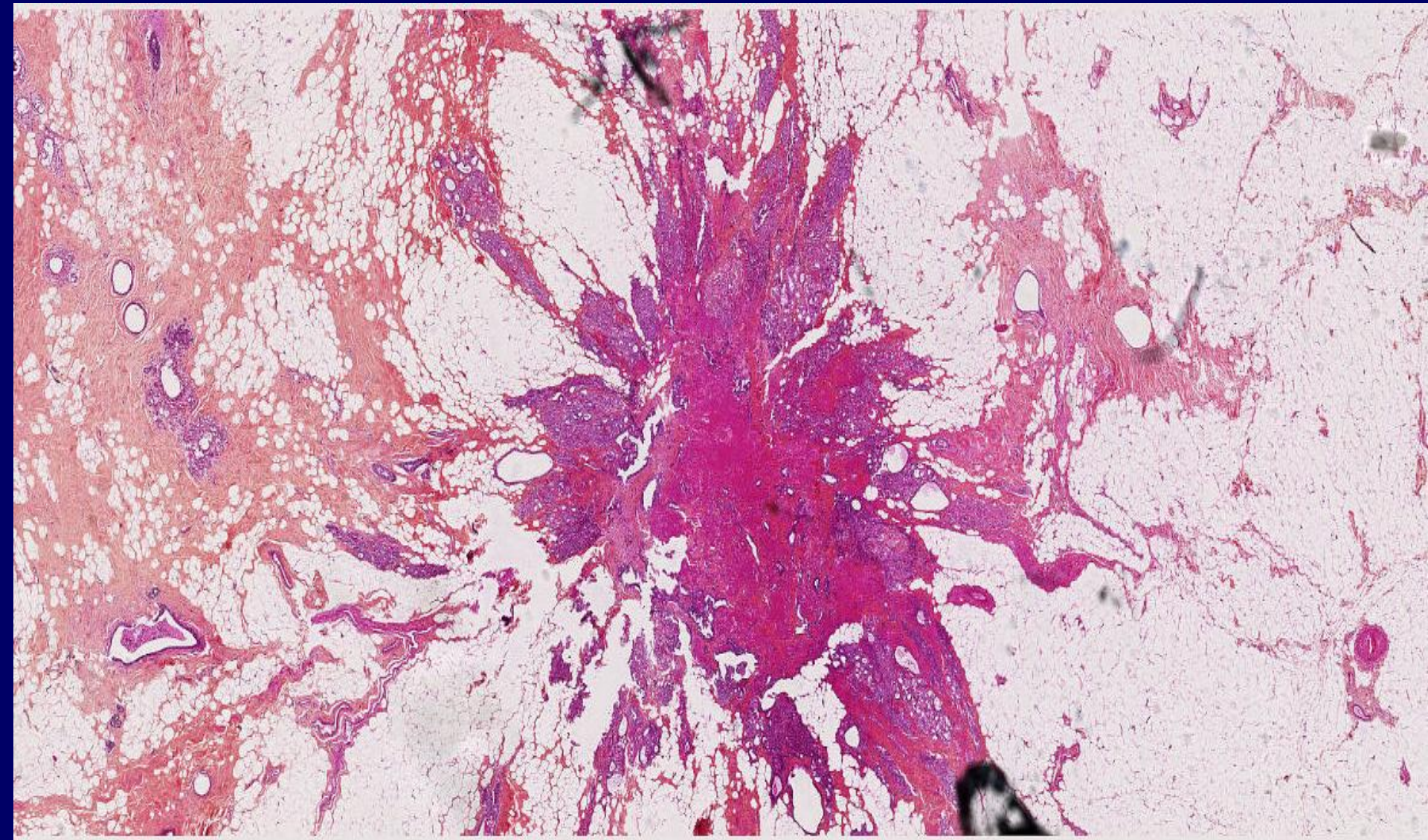




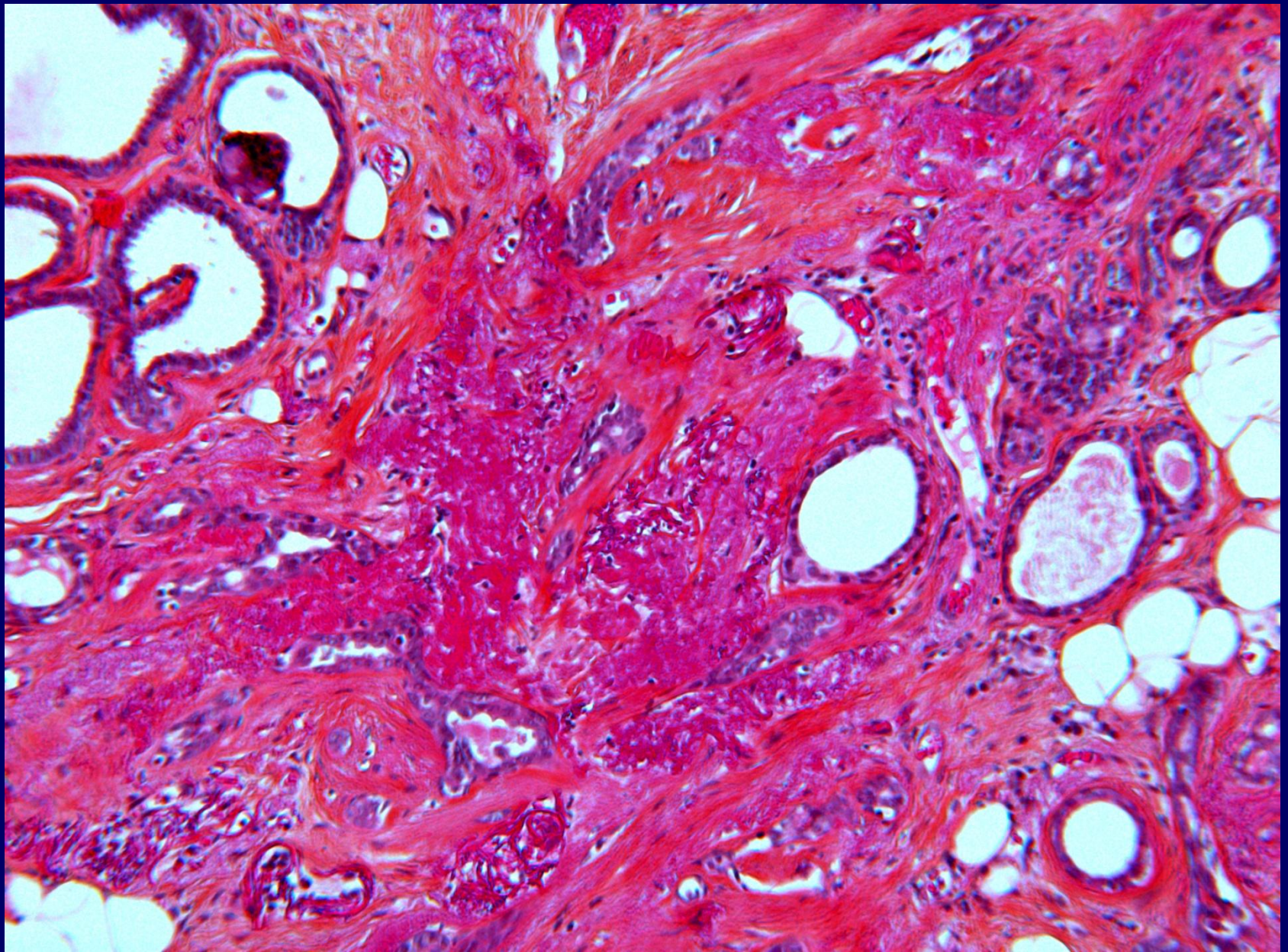
DIAGNOSTIC

- pas de cytologie
- l'histologie est difficile à interpréter sur des micro-prélèvements
- macro- biopsie (mammotome, intact)
- EXÉRÈSE CHIRURGICALE SOUS REPÉRAGE

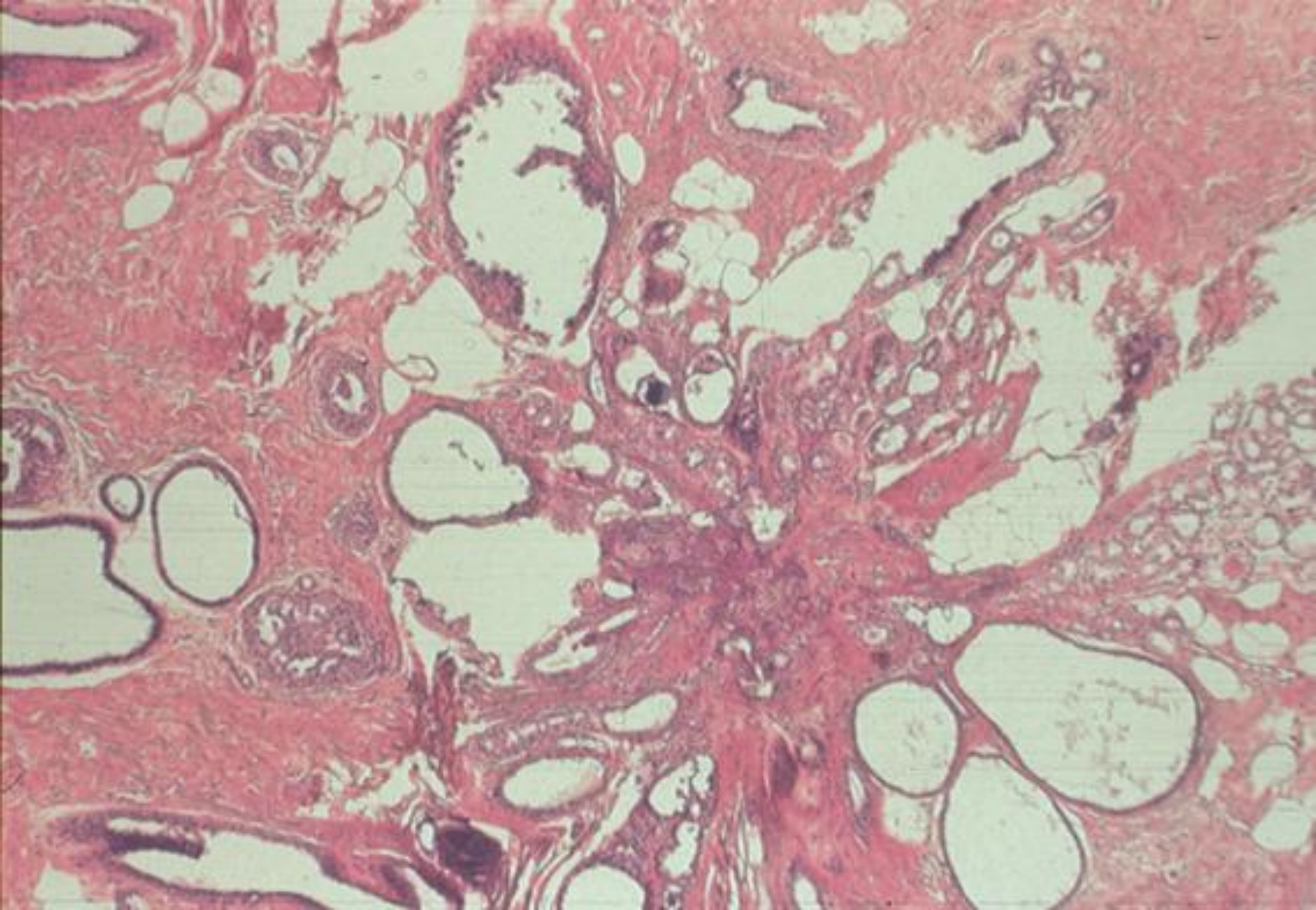




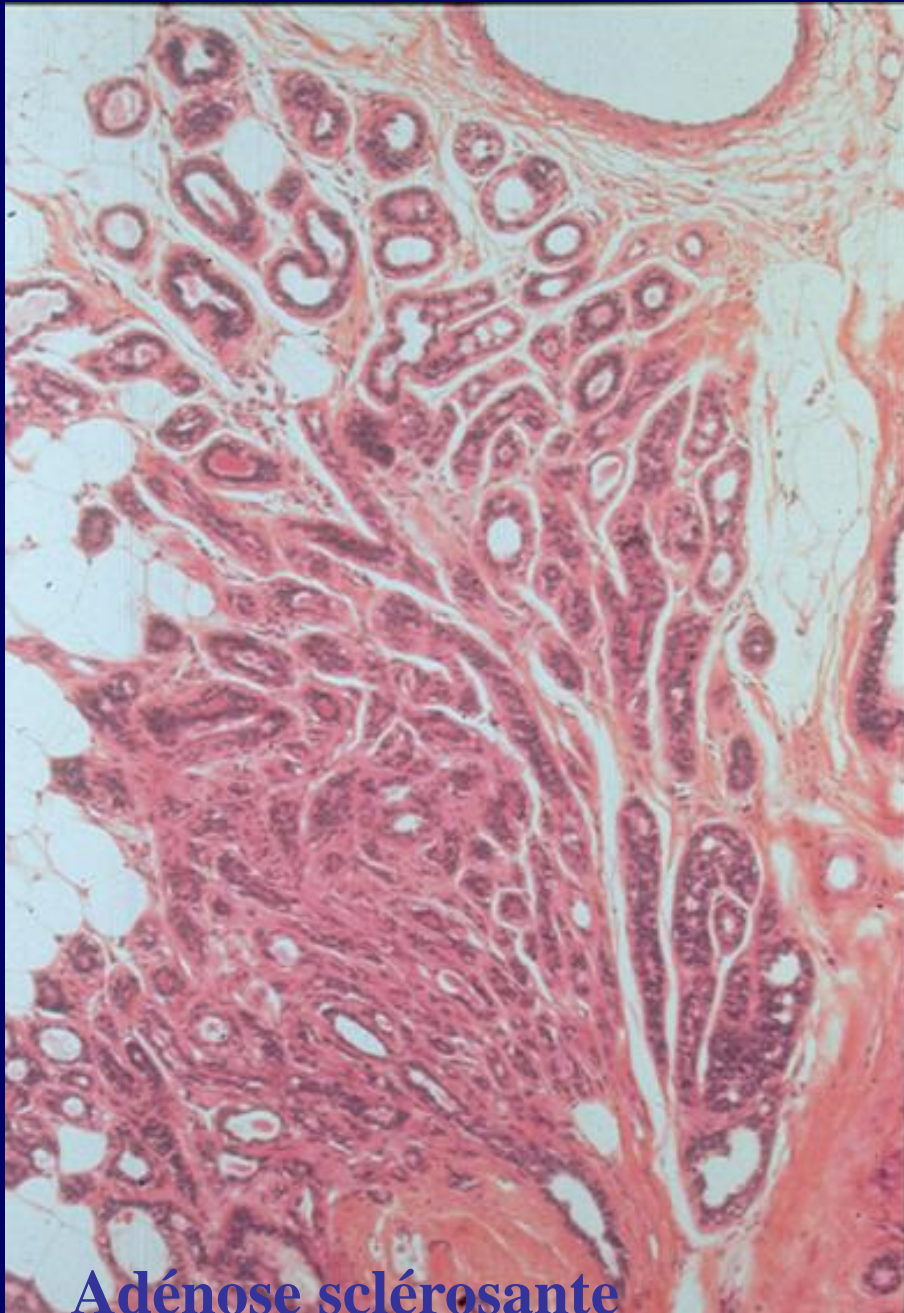
Cicatrice Radiaire



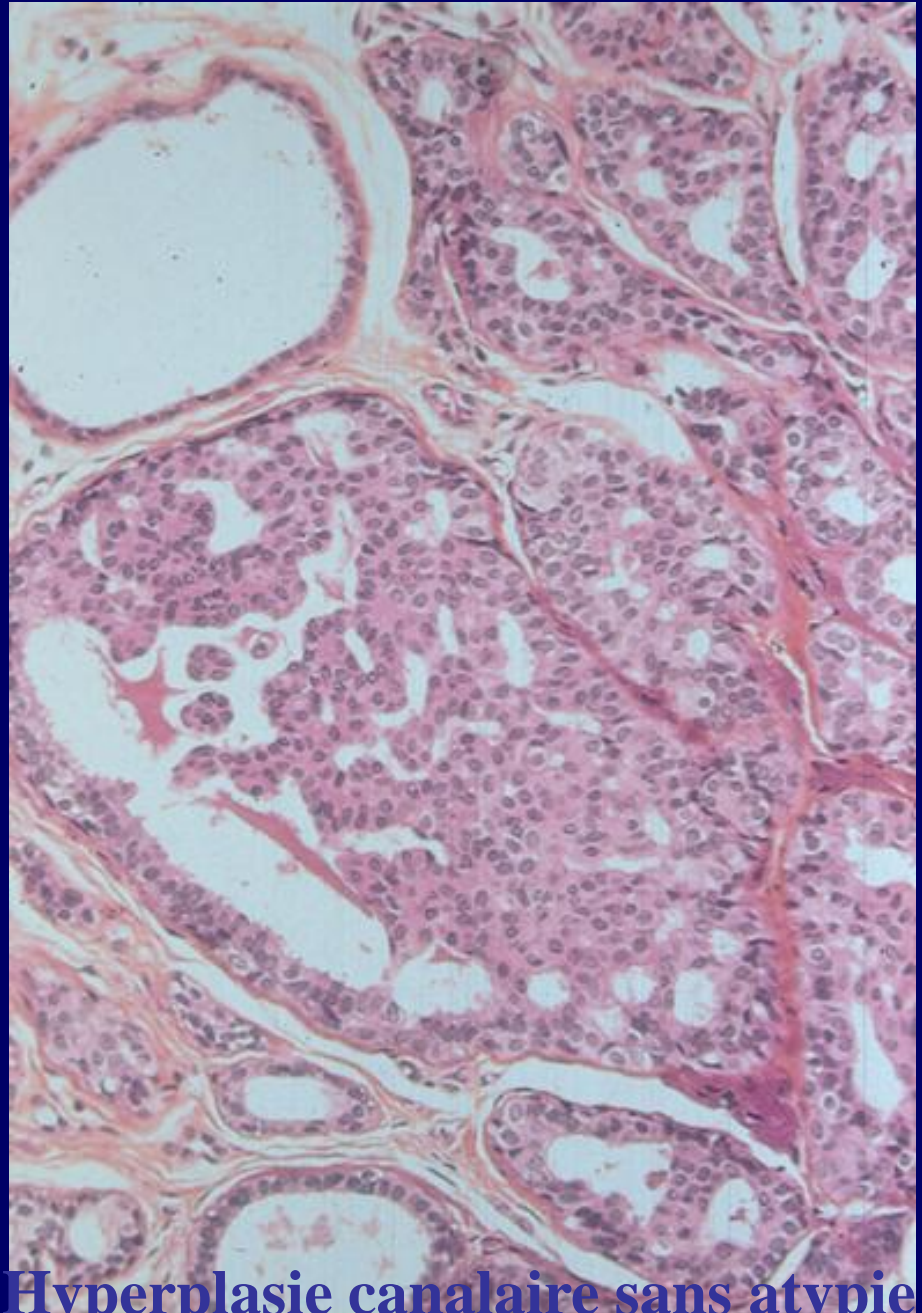
Cicatrice Radiaire: centre scléro-élastéinique



Cicatrice Radiaire



Adénose sclérosante



Hyperplasie canalaire sans atypie

- Le terme de « lésion sclérosante complexe bénigne » est réservée aux lésions plus volumineuses, de plus de 1 cm, comportant des lésions d'adénose sclérosante, des micro-papillomes et des lésions d'hyperplasie épithéliale.
- L'association concomitante d'un Centre Prolifératif d'Aschoff et d'un carcinome (tubuleux en particulier) peut s'observer. Pour Linnel* le CPA serait un stade précoce de développement d'un carcinome tubuleux.
- Le pronostic de cette lésion est lié au caractère de l'hyperplasie épithéliale ou à son association avec un carcinome infiltrant.

* Linnel F, Ljunberg O, Anderson J. Acta Pathol Microbiol Scand (A) 1980 ; 272 : 1-233

Centre Prolifératif d'Aschoff et risque de Cancer du Sein

1984 Wellings et Alpers : le CPA \nearrow le RR

1984 Anderson et Battersbry (32 cas) : pas d' \nearrow du RR

1985 Conference de New.York : le risque est lié à la
composante épithéliale du CPA

RR x 1,54 à 2 si HSA

RR x 5 si HA

Centre Prolifératif d'Aschoff et risque de Cancer du Sein

Étude rétrospective cas-témoins portant sur 1396 femmes

- suivies pendant 12 ans ;**
- biopsiées pour des lésions apparemment bénignes.**
- 7,1 % des femmes biopsiées étaient porteuses d'un CPA dont la dimension moyenne était de 4 mm.**

**JACOBS T.W. et al : Radial Scar in benign breast biopsy
Specimens and the risk of breast cancer. N Eng J Med 1999 ;
340 : 430-436**

↳ Globalement CPA ↗ RR CS [RR 1,8 (IC 1,1 – 2,9)]

↳ SOUS – GROUPES :

- HSA + CPA : RR = 3 (IC 1,7 – 3,5)
- HSA sans CPA : RR = 1,5 (IC 1,1 – 2,1)
- HA + CPA : RR = 5,8 (IC 2,7 – 12,7)
- HA sans CPA : RR = 3,6 (IC 2,4 – 5,9)

⇒ CPA = facteur indépendant d'↗ du RR de CS

↳ L'augmentation du risque concerne aussi bien le sein IPSI que CONTRO-LATERAL

↳ Par ailleurs RR de CS ↗ avec la taille et le nombre de CPA

En 2013 l'équipe de COLDITZ publie une mise au point de la Nurses'Health Studies (étude cas-témoin 460 cas /1792 témoins).

⇒ Le Radial Scar augmente le Risque de Cancer du sein :
OR = 2,0 (95 % CI 1,4 – 2,8)

⇒ Cette étude suggère également que le risque ↗
avec :

- le nombre de radial scar

 - 1 RS : OR 1,5 (95% CI 0,9-2,3)

 - ≥ 2 RS : OR 2,7 (95 % CI 1,5 – 5)

- l'âge ≥ 50 ans à la biopsie

- RE - RP -

- et le radial scar apparaît comme un facteur de risque indépendant

Sarah A. Aroner. Laura C Collins. James L Connolly . Graham A Colditz et al. Radial Scars and Subsequent breast cancer risk : results from the Nurses Health Studies. Breast Cancer Res Treat . Published online 23 April 2013.

CONCLUSION

**... L'essentiel est que cliniciens,
radiologues et chirurgiens collaborent
avec un anatomo-pathologiste
expérimenté en pathologie mammaire...**

Nous vous remercions !