

# Prise en charge des lésions frontières et *in situ* : trop ou pas assez ?

Que fait-on en Europe ?

Le point de vue du Groupe européen  
en pathologie mammaire (EWGBP)

*European breast expert pathologists experience  
in vacuum assisted core needle biopsies  
for "B3" lesions according to the European  
guidelines: 30 questions*

J. Jacquemier et J.-P. Bellocq

*Mots clés* : macrobiopsies, classification B3

*Keywords*: B3, vacuum assisted core biopsies

## Introduction

Les campagnes de dépistage ont entraîné un développement considérable de la pratique des microbiopsies afin de réduire les interventions inutiles. Pour faciliter le dialogue pluridisciplinaire, les recommandations européennes ont établi de

*Notes*



classer ces lésions en « B » sur un mode superposable à celui de la classification ACR. Les lésions franchement bénignes sont classées en B2 et les malignes en B5. La catégorie B3 correspond à un groupe hétérogène de lésions à risque d'être associées à un cancer en bordure ou à un risque ultérieur de développer un cancer.

L'incidence des B3 varie de 3 à 12 %, leur valeur prédictive de cancer (*in situ* ou invasif) sur résection chirurgicale se situait sur microbiopsies autour de 30 %. Avec l'augmentation récente du volume des lésions biopsiées, par le nombre de passage, le diamètre plus important des aiguilles, ou sous aspiration (MBA) la valeur prédictive positive des B3 est moins importante, ce qui suggère qu'au minimum 70 % des patients sont opérés de manière inutile.

La question posée est par conséquent, en cas de diagnostic non chirurgical par MBA pour microcalcifications, l'information est-elle suffisante pour réduire les chirurgies inutiles en cas de B3 ? Est-ce que l'on doit revoir nos indications chirurgicales avec plus de décisions pluridisciplinaires ?

Cette question est posée dans une enquête régionale dont les résultats seront présentés par Monique Cohen. Il était important également de poser les mêmes questions dans le cadre européen afin de conforter ou de moduler nos indications chirurgicales.

## L'enquête

Nous avons interrogé au minimum un expert de chaque nation du groupe européen. Les questions ont porté sur la pratique, les mesures de contrôle qualité et sur les critères d'indication chirurgicale après MBA.

## Les résultats

Sur l'analyse préliminaire de cette enquête, une vingtaine de points peuvent être dégagés (tableaux I et II).

Notes

**Tableau I.** La pratique elle-même.

Questions posées	Réponses
Nombre de macrobiopsies par semaine	Majoritairement moins de 10
Utilisation des recommandations européennes	100 % des experts
Utilisation de la classification en B	Oui pour 70 % des experts
Fiche de transmission spécifique	Rare
Exhaustivité des renseignements cliniques, microcalcifications...	100 %
Transmission de la radiographie des prélèvements	Plus rare 50 % des centres
Séparation des prélèvements avec microcalcifications	Faite dans 100 % des centres experts
Questions posées	Fréquence des réponses
À la question générale, utilisez-vous les recommandations Européennes ?	Oui pour 100 % des experts
Double lecture histologique des B3	Faite pour 50 % des répondeurs
Sessions de formation dédiées aux lésions à risque	Oui pour 50 % des réponses
Amélioration des pratiques par l'utilisation de la classification en B	OUI pour 100 % des réponses

**Tableau II.** Les indications chirurgicales.

Questions posées	Fréquence des réponses
Métaplasie cylindrocubique atypique isolée (DIN1a) Indication chirurgicale systématique ?	Non pour 60 % des réponses
Critères de non-intervention chirurgicale	Résection de la totalité des microcalcifications (80 % des réponses)
En cas d'hyperplasie canalaire atypique (DIN1b) les indications chirurgicales sont portées sur : – Le nombre de foyers – La taille des foyers en mm – Le nombre de prélèvements positifs sur négatifs	40 % 50 % 30 %
Pour les néoplasies lobulaires	Aucun expert ne prend en compte la taille ou le nombre de foyers
En cas de papillome	La classification B3 est utilisée par la majorité des experts mais si la lésion semble entièrement enlevée par la biopsie, certains proposent de la classer en B2
Indication chirurgicale	Systématique en cas d'atypies
En cas de cicatrice radiaire	Le B3 est appliqué par tous

Notes

## Discussion

Cette enquête reflète parfaitement l'ensemble des résultats observés et discutés par Bianchi sur la plus grande série rapportée de 26 165 MBA dont 83,4 % pour microcalcifications (tableau III).

Diagnostic principal	Fréquence	Valeur prédictive positive
Métaplasie cylindrique atypique (DIN1a)	18,3 %	12,7 %
Hyperplasie canalaire atypique (DIN1b)	38,3 %	27,3 %
Néoplasie lobulaire (LIN1àLIN3)	20,8 %	22 %
Papillome	8,5 %	13,3 %
Cicatrice radiaire	12,2 %	10,6 %

Le terme de B3 a permis de regrouper des lésions, dont le risque d'être associé à un cancer, varie de 10 à 27 % après un diagnostic sur MBA. Compte tenu de cette variation chaque sous-catégorie histologique n'a pas le même poids dans l'indication chirurgicale. Un papillome ou une cicatrice radiaire sans atypie entièrement réséqués ne sont plus selon les équipes une indication chirurgicale. De même, la lésion isolée de DIN1a dont les microcalcifications ont été entièrement retirées pourrait se voir proposer une surveillance.

Ce que cette enquête souligne, c'est l'importance de la pluridisciplinarité, qui a eu pour conséquence une décision thérapeutique plus nuancée et moins de chirurgies inutiles.

## Références

1. Rakha EA, Ho BC, Naik V *et al.* (2011) Outcome of breast lesions diagnosed as lesion of uncertain malignant potential (B3) or suspicious of malignancy (B4) on needle core biopsy, including detailed review of epithelial atypia. *Histopathology* 58: 626-32
2. Lavoue V, Roger CM, Poilblanc M *et al.* (2011) Pure flat epithelial atypia (DIN 1a) on core needle biopsy: study of 60 biopsies with follow-up surgical excision. *Breast Cancer Res Treat* 125: 121-6

Notes

3. Forgeard C, Benchaib M, Guerin N *et al.* (2008) Is surgical biopsy mandatory in case of atypical ductal hyperplasia on 11-gauge core needle biopsy? A retrospective study of 300 patients. *Am J Surg* 196: 339-45
4. Bianchi S, Caini S, Renne G *et al.* (2011) Positive predictive value for malignancy on surgical excision of breast lesions of uncertain malignant potential (B3) diagnosed by stereotactic vacuum-assisted needle core biopsy (VANCB): a large multi-institutional study in Italy. *Breast* 20: 264-70
5. Londero V, Zuiani C, Linda A, Battigelli L, Brondani G, Bazzocchi M (2011) Borderline breast lesions: comparison of malignancy underestimation rates with 14-gauge core needle biopsy versus 11-gauge vacuum-assisted device. *Eur Radiol* 21: 1200-6
6. Reefy S, Osman H, Chao C, Perry N, Mokbel K (2010) Surgical excision for B3 breast lesions diagnosed by vacuum-assisted core biopsy. *Anticancer Res* 30: 2287-90
7. Zito FA, Verderio P, Simone G *et al.* (2010) Reproducibility in the diagnosis of needle core biopsies of non-palpable breast lesions: an international study using virtual slides published on the world-wide web. *Histopathology* 56: 720-6
8. Tennant SL, Evans A, Hamilton LJ *et al.* (2008) Vacuum-assisted excision of breast lesions of uncertain malignant potential (B3) – an alternative to surgery in selected cases. *Breast* 17: 546-9
9. Carder PJ, Khan T, Burrows P, Sharma N (2008) Large volume “mammotome” biopsy may reduce the need for diagnostic surgery in papillary lesions of the breast. *J Clin Pathol* 61: 928-33
10. Hayes BD, O’Doherty A, Quinn CM (2009) Correlation of needle core biopsy with excision histology in screen-detected B3 lesions: the Merrion Breast Screening Unit experience. *J Clin Pathol* 62: 1136-40

Les auteurs ont déclaré n’avoir aucun lien d’intérêt.

Notes

