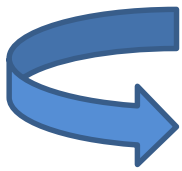


Risque histologique : quelles lésions en surveillance annuelle ?

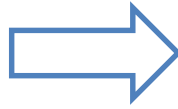
A Jalaguier-Coudray,

C Gastaldi, AM Mimran, E Pipon, M Cohen

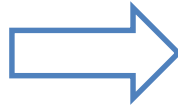


C'est quoi un risque histologique?

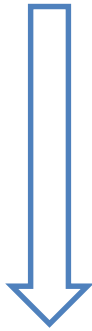
Lésion
mammaire



RR augmenté
de cancer lors de la biopsie



RR augmenté
de développer un cancer après la biopsie



B3

Classification Européenne en anatomopathologie
Perry et al. Ann Oncol 2008

B1 = Tissu mammaire normal

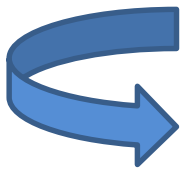
B2 = Lésion bénigne

B3 = Lésion au potentiel malin incertain

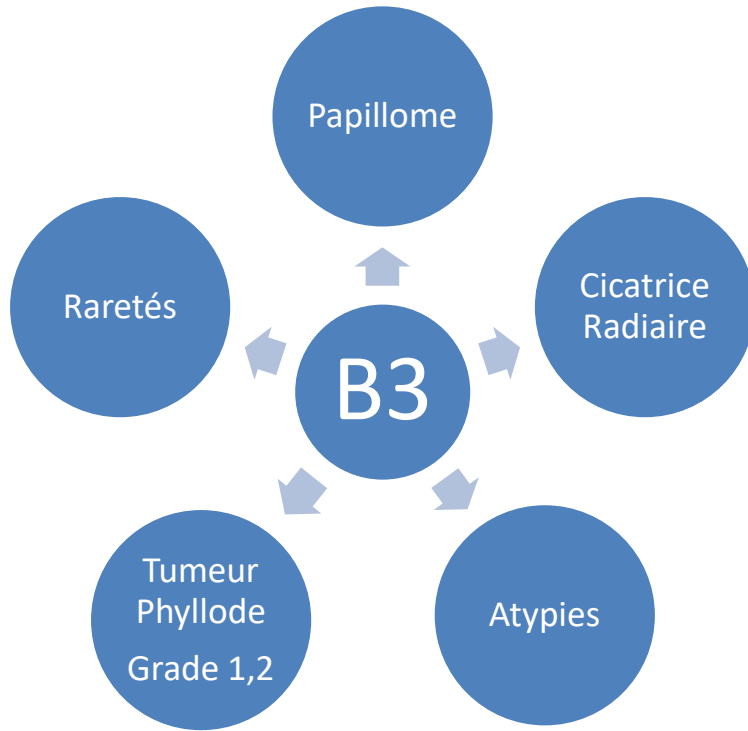
B4 = Lésion suspecte de malignité (petite quantité)

B5 = Lésion maligne



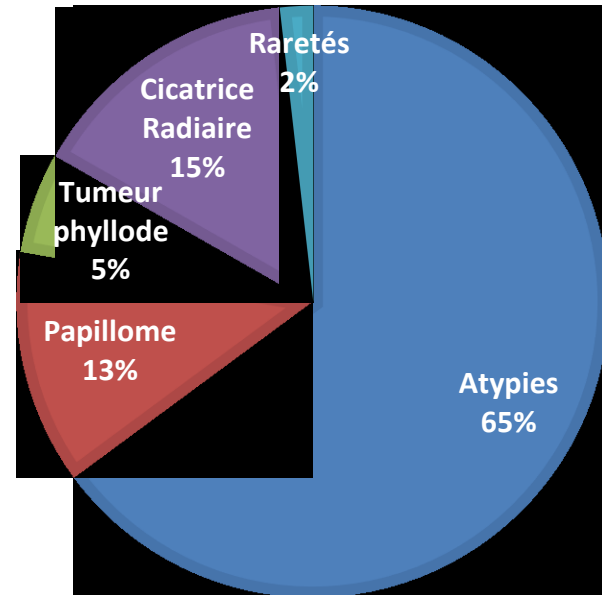


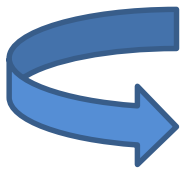
Quelles sont les lésions B3?



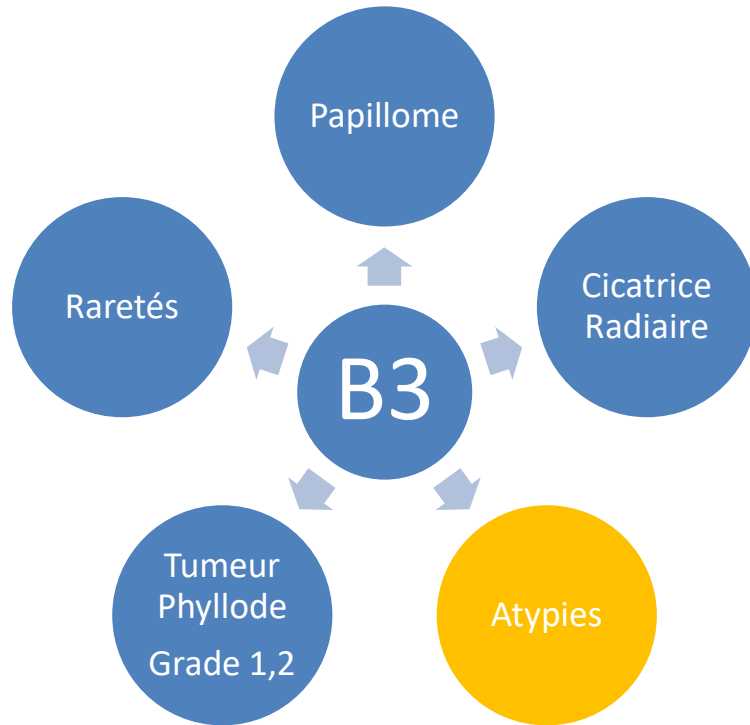
5 Catégories de B3

RÉPARTITION DES B3





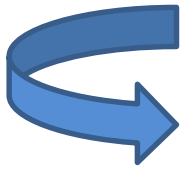
Quelles sont les lésions B3?



Atypies épithéliales

Métaplasie cylindro-cubique atypique	Hyperplasie lobulaire in situ
Hyperplasie Canalaire atypique	Carcinome lobulaire in situ classique

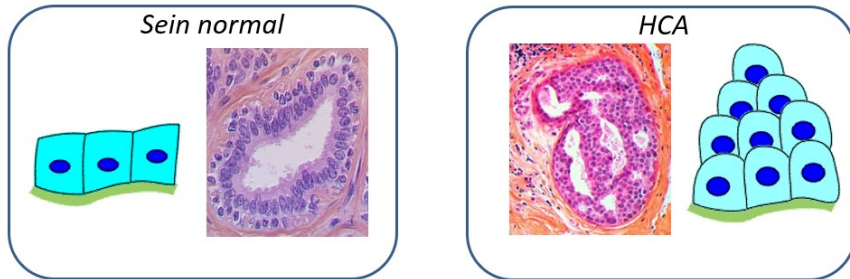
65% des B3



Quelles sont les lésions B3?

Hyperplasie canalaire atypique

Prolifération épithéliale de cellules avec atypies

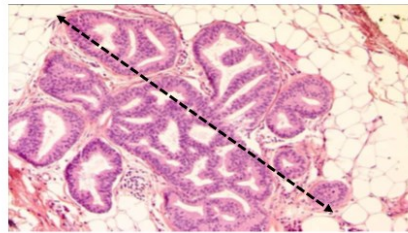
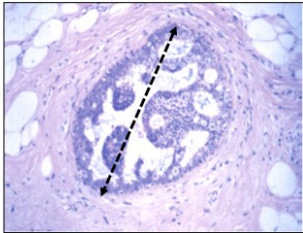


Même aspect que le CCIS de bas grade

HCA ≤ Taille 2 mm < CCIS bas grade

≤ 2 mm = HCA

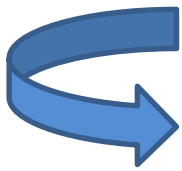
> 2 mm = CCIS



Recommandations OMS

Atypies épithéliales

Métaplasie cylindro-cubique atypique	Hyperplasie lobulaire in situ
Hyperplasie Canalaire atypique	Carcinome lobulaire in situ classique

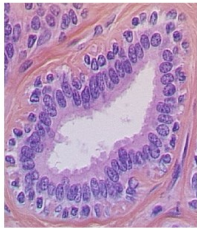


Quelles sont les lésions B3?

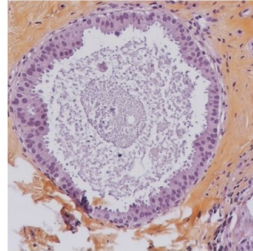
***Metaplasie cylindro-cubique
atypique***

Remplacement des cellules luminales par 1 à 3-5 couches de cellules aux atypies légères

Sein normal



MCCA



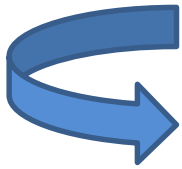
Atypies épithéliales

Métaplasie
cylindro-cubique
atypique

Hyperplasie
lobulaire in situ

Hyperplasie
Canalaire atypique

Carcinome lobulaire
in situ classique

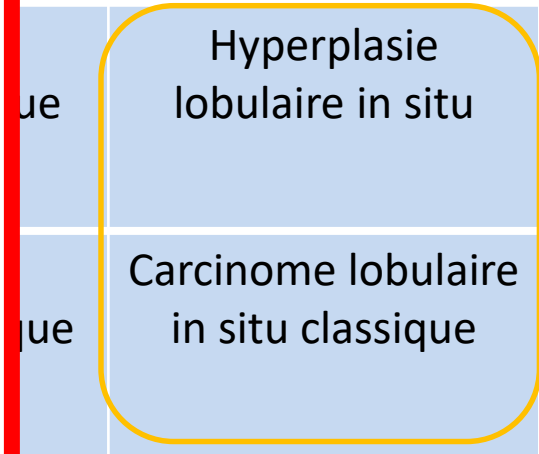
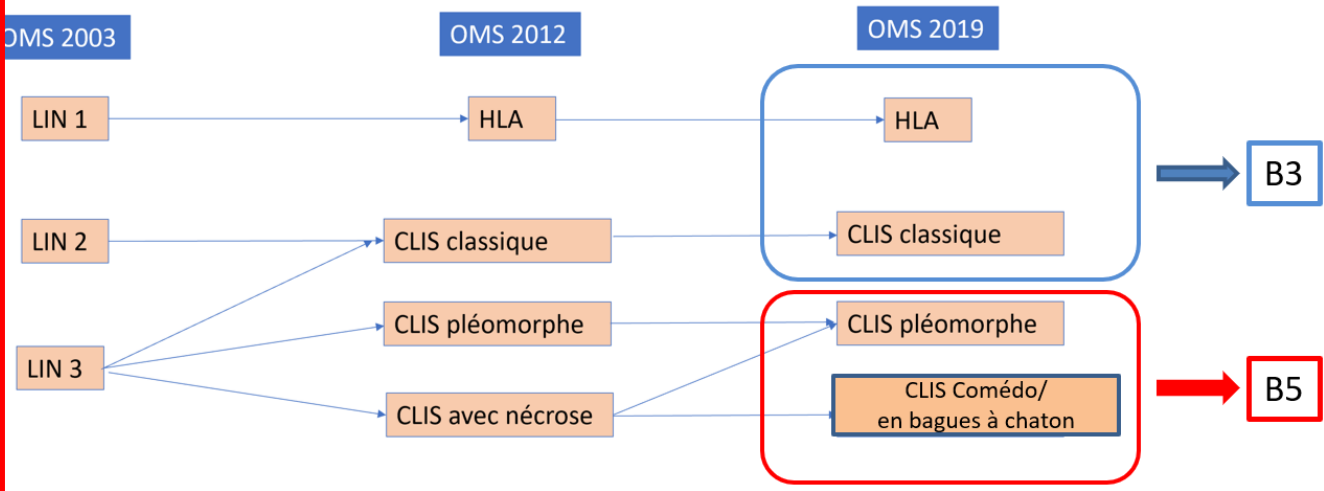


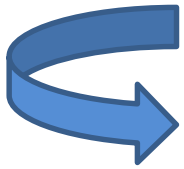
Quelles sont les lésions B3?

Atypies épithéliales

Classification des CLIS

Courtesy, Pr Mathelin, Strasbourg

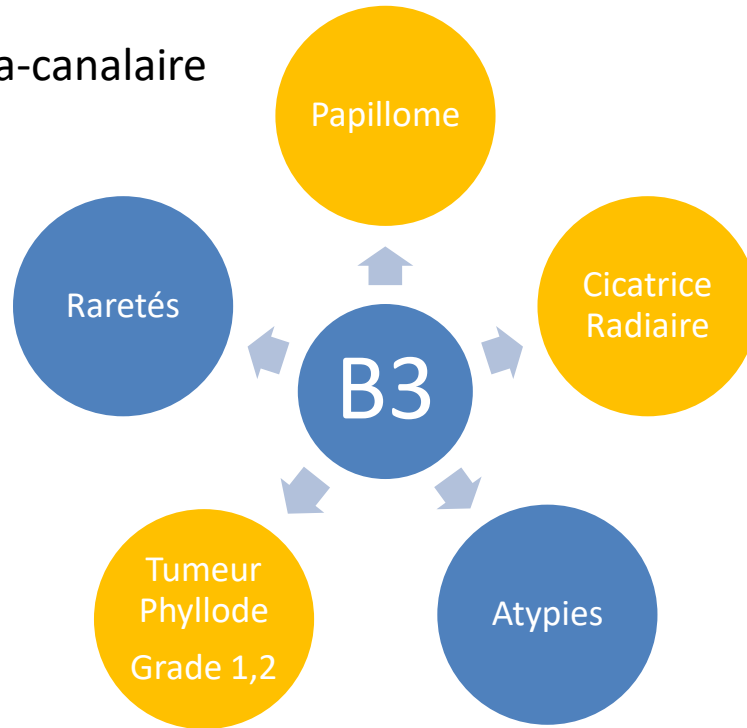
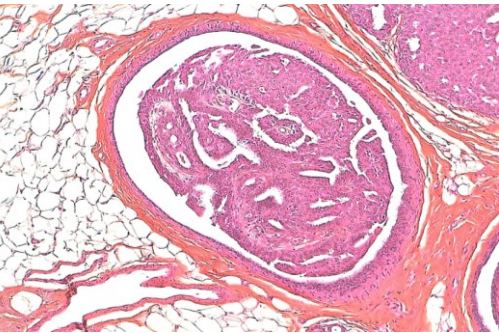




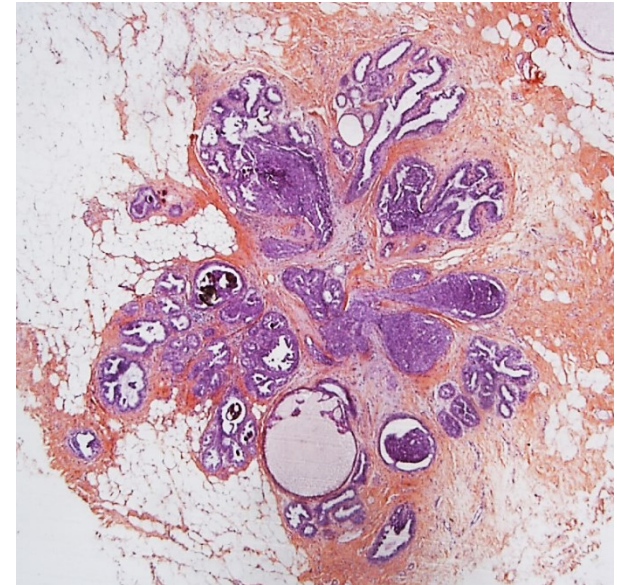
Quelles sont les lésions B3?

Papillome

- Lésion arborescente intra-canaulaire
- Papillome sans atypie
- Papillome avec atypie

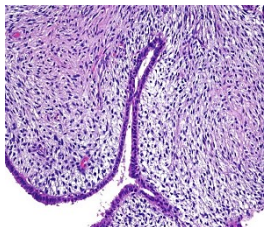


Cicatrice Radiaire



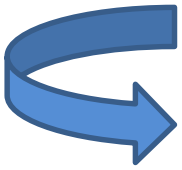
Zone centrale fibro-élastosique
 Zone périphérique : adénose, MCC, HCS, métaplasie apocrine et kystes

Tumeur phyllode de grade 1,2

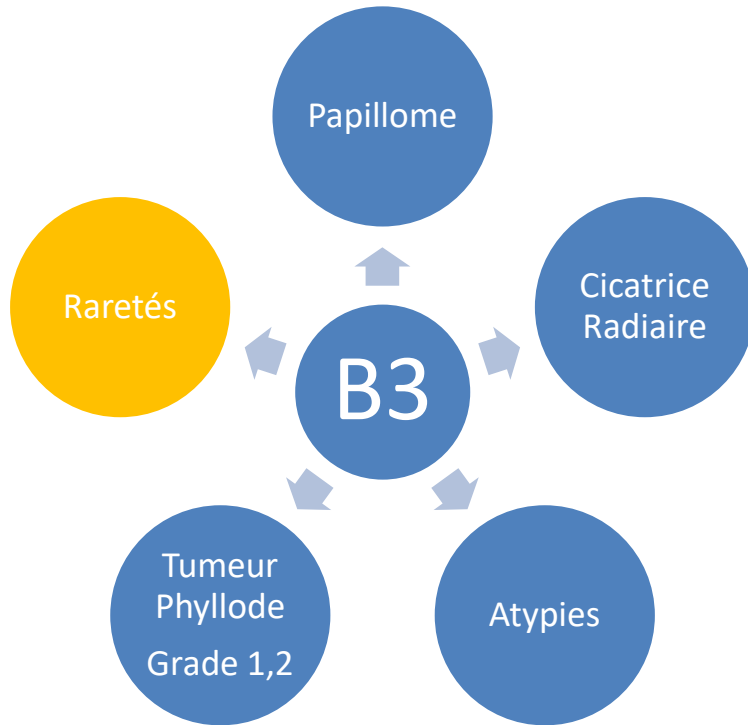


Tumeur fibro-épithéliale MAIS :

- Faible grossissement* : Moins bien limité avec nodules satellites, Déséquilibre stroma/glandes
- Fort grossissement* : Cellularité stroma, Atypies cellulaires, Index mitotique



Quelles sont les lésions B3?

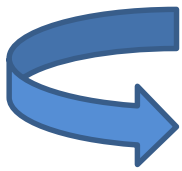


Raretés

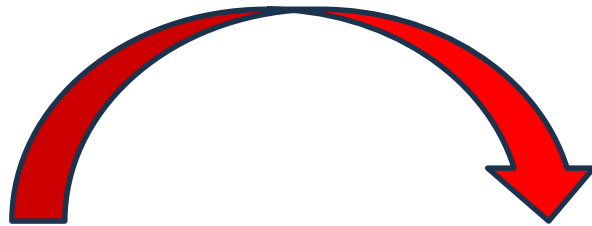
Mucocèle-like

Myofibroblastome

Prolifération fusion cellules



Quels risques ?



B3	B5 sur pièce opératoire
MCCA	11,6%
HCA	39,8%
HCA+CLIS classique	19,9%
Papillome avec atypie	24,4%
Tumeur phyllode	13,2%
Cicatrice Radiaire	4,8%
Raretés	11,8%

Article

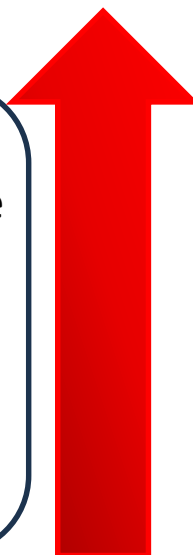
Breast Lesions of Uncertain Malignant Potential (B3) and the Risk of Breast Cancer Development: A Long-Term Follow-Up Study

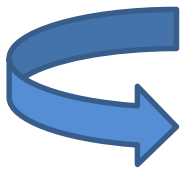
Chiara Bellini ^{1,†}, Jacopo Nori Cucchiari ¹, Federica Di Naro ¹, Diego De Benedetto ¹, Giulia Bicchierai ¹, Andrea Franconeri ¹, Irene Renda ², Simonetta Bianchi ³ and Tommaso Susini ^{2,*,†}

Table 3. Overall upgrade rates according to different histotypes of the B3 lesions.

Histology	Upgrade to In Situ Carcinoma	Upgrade to Invasive Carcinoma	Total Upgrade Rate
FEA (n = 146)	3 (2.1%)	14 (9.6%)	17 (11.6%)
ADH (n = 259)	67 (25.9%)	36 (13.9%)	103 (39.8%)
LIN (n = 222)	18 (8.1%)	26 (11.8%)	44 (19.9%)
PL (n = 124)	9 (7.3%)	21 (17.1%)	30 (24.4%)
PT ¹ (n = 53)	0 (-)	7 (13.2%)	7 (13.2%)
RS (n = 145)	5 (3.4%)	2 (1.4%)	7 (4.8%)
Others (n = 17)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)
Total (n = 966)	103 (10.6%)	107 (11.1%)	210 (22.7%)



1. HCA
2. Papillome avec atypie
3. HLA et CLIS classique
4. Raretés
5. MMCA
6. Tumeur phyllode
7. Cicatrice Radiaire



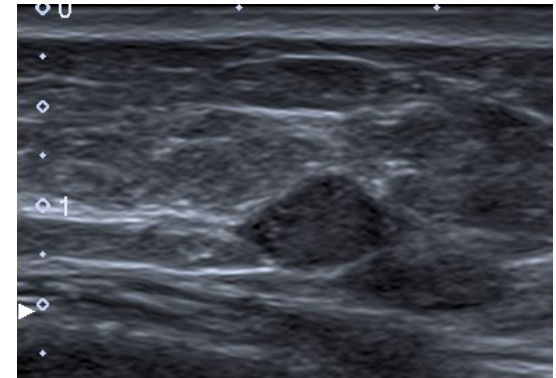


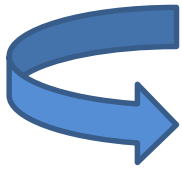
Quels risques ?

When to do surgical resection for atypical breast lesions: Results of a prospective cohort of 518 lesions

[Monique Cohen](#)^a, [Simon Benhaim](#)^a, [Aurélie Jalaguier Coudray](#)^a, [Marie Pierre Chauvet](#)^b, [Sandra Giraud Ribierre](#)^c, [Frédérique Penault Llorca](#)^d, [Christelle Faure](#)^e, [Pierre Opinel](#)^f, [Pierre Bertrand](#)^g, [Jeremy Detroyer](#)^h, [François Eisinger](#)^a, [Eric Lambaudie](#)^a, [Marie Mélanie Dauplat](#)^{a,d}, [Emmanuelle Charafe Jauffret](#)^a, [Gilles Houvenaeghel](#)^a  
Co-investigators

- L'association de plusieurs lésions B3 augmente de façon significative le risque de sous-estimation en pré-opératoire
- Si HCA, CLIS, HLA, MCCA, découvert sur une masse
Risque de sous-estimation augmenté

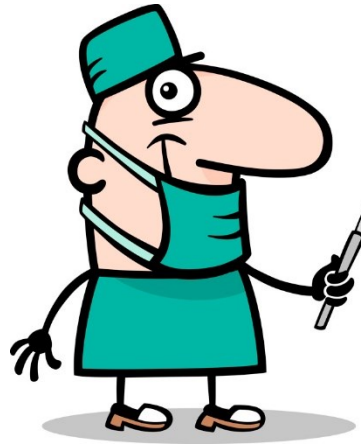




Prise en charge des B3: que choisir?



Macrobiopsie



Chirurgie



Surveillance

European Journal of Surgical Oncology 50 (2024) 107292

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Surgical Oncology

journal homepage: www.ejso.com



Recommandations pour la pratique clinique

Les tumeurs bénignes du sein (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français



European guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of breast lesions with uncertain malignant potential (B3 lesions) developed jointly by EUSOMA, EUSOBI, ESP (BWG) and ESSO

Isabel T. Rubio^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Lynda Wylde^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Lorenza Marotti^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Alexandra Athanasiou^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Peter Regitnig^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Giuseppe Catanuto^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Jan W. Schoones^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Marzia Zamboni^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Julia Camps^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Donatella Santini^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Jill Dietz^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Francesco Sardanelli^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Zsuzsanna Varga^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Marjolein Smidt^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Nisha Sharma^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Abeer M. Shaaban^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Fiona Gilbert^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}



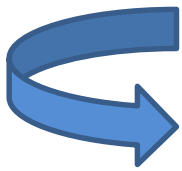
Virchows Archiv (2023) 483:5–20
<https://doi.org/10.1007/s00428-023-03566-x>

REVIEW AND PERSPECTIVES

Third International Consensus Conference on lesions of uncertain malignant potential in the breast (B3 lesions)

Constanze Elfgen^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Cornelia Leo^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Rahel A. Kubik-Huch^{4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Simone Muenst^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Noemi Schmidt^{6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Cecily Quinn^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Sorcha McNally^{8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Paul J. van Diest^{9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Ritse M Mann^{10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Zsuzsanna Bago-Horvath^{12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Maria Bernathova^{13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Peter Regitnig^{14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Michael Fuchsjäger^{15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Daniela Schwegler-Guggemos^{16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Martina Maranta^{17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Sabine Zehbe^{18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Christoph Tausch^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Uwe Güth^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Eva Maria Fallenberg^{19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Simone Schrading^{20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Ashutosh Kothari^{21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Martin Sonnenschein^{22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Gert Kampmann^{23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Janina Kulka^{24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Jean-Christophe Tille^{25,26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Meike Körner^{26,27,28,29,30,31,32,33,34}, Thomas Decker^{27,28,29,30,31,32,33,34}, Sigurd F. Lax^{28,29,30,31,32,33,34}, Martin Daniaux^{29,30,31,32,33,34}, Vesna Bjelic-Radisic^{2,30,30,31,32,33,34}, Stephanie Kacerovsky-Strobl^{31,32,33,34}, Rosaria Condorelli^{32,33,34}, Michael Gnant^{33,34}, Zsuzsanna Varga³⁴

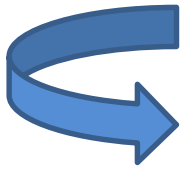
Received: 14 March 2023 / Revised: 1 May 2023 / Accepted: 17 May 2023 / Published online: 17 June 2023
© The Author(s) 2023



Prise en charge des B3: que choisir?



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERÈSE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		



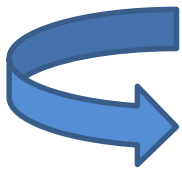
Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
39.8%



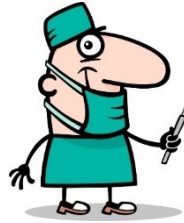
B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
HCA <u>Très très rarement Surveillance +++</u> Attitude équipe: Signal enlevé en totalité, Patiente très âgée A valider en RCP			
			OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		





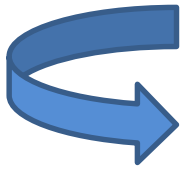
Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
11.6%



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		





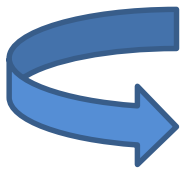
Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
19.9%



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		



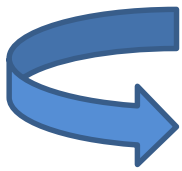


Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
Avec atypie 24.4%



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		



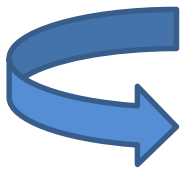
Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
4.8%



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		





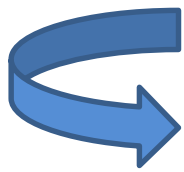
Prise en charge des B3: que choisir?

Risque de sous-estimation:
13.2%



B3	CHIRURGIE	MACROBIOPSIE-EXERESE	SURVEILLANCE SEULE
HCA	TOUJOURS		
MCCA	PAS TOUJOURS		OUI si exérèse complète du signal radiologique
HLA et CLIS Classique	PAS TOUJOURS		Oui si exérèse complète du signal radiologique OU Découverte fortuite (HLA associée à des microcalcifications bénignes)
Papillome	TOUJOURS si Atypie	OUI si Papillome simple	
Cicatrice radiaire	TOUJOURS si Atypie	OUI si pas d'atypie et taille accessible à une macrobiopsie-exérèse	
Tumeur phyllode	TOUJOURS si Grade 1, 2		





Risque double des B3

RR augmenté
de cancer lors de la biopsie

RR augmenté
de développer un cancer après la biopsie

cancers 2023



Article

Breast Lesions of Uncertain Malignant Potential (B3) and the Risk of Breast Cancer Development: A Long-Term Follow-Up Study

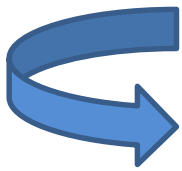
Chiara Bellini ^{1,†}, Jacopo Nori Cucchiari ¹, Federica Di Naro ¹, Diego De Benedetto ¹, Giulia Bicchierai ¹, Andrea Franconeri ¹, Irene Renda ², Simonetta Bianchi ³ and Tommaso Susini ^{2,*†}

2001-2019:

- 966 patientes avec B3
- Age moyen 51,9 ans (18-91 ans)
- Evaluation du risque de cancer à distance
 - N=731 patientes
 - Suivi moyen de 52,5 mois soit 4,3 ans (12-240 mois)
- Résultats:
 - 67 cancers du sein soit 9,2% de cancer
 - Cancer Homo ou contro latéral
 - Pas de différence significative quelque soit la prise en charge initiale

Table 4. Risk of future diagnosis of breast cancer according to the type of treatment for the B3 lesion.

Type of Treatment for the B3 Lesion	No Future Cancer during Follow-Up	Diagnosis of New Cancer during Follow-Up	Total
Open surgical excision	592 (90.7%)	61 (9.3%)	653
Vacuum-assisted excision	29 (90.6%)	3 (9.4%)	32
Follow-up	43 (93.5%)	3 (6.5%)	46



Risque double des B3

RR augmenté de cancer lors de la biopsie

RR augmenté de développer un cancer après la biopsie

Article
Breast Lesions of Uncertain Malignant Potential (B3) and the Risk of Breast Cancer Development: A Long-Term Follow-Up Study

Chiara Bellini ^{1,†}, Jacopo Nori Cucchiari ¹, Federica Di Naro ¹, Diego De Benedetto ¹, Giulia Bicchierai ¹, Andrea Franconeri ¹, Irene Renda ², Simonetta Bianchi ³ and Tommaso Susini ^{2,*}

2001-2019:

- 966 patientes avec B3
- Age moyen 51,9 ans (18-91 ans)

B3

Facteur de risque indépendant prédictif de développer un cancer du sein ($p < 0,01$),
indépendant du degré de suspicion radiologique
de la densité mammaire
du type de traitement


- Canc
- Pas c

We then performed a linear regression analysis using future diagnosis of breast cancer as the dependent variable. Histology of the B3 lesions was the only significant independent predictor of future breast cancer development ($p < 0.01$), whereas the degree of radiological suspicion, breast density, and the type of treatment for the B3 lesions were not.

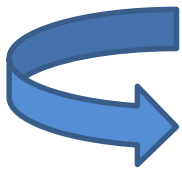
B3 Lesion	Follow-Up	Follow-Up	Total
Open surgical excision	592 (90.7%)	61 (9.3%)	653
Vacuum-assisted excision	29 (90.6%)	3 (9.4%)	32
Follow-up	43 (93.5%)	3 (6.5%)	46

Article

Breast Lesions of Uncertain Malignant Potential (B3) and the Risk of Breast Cancer Development: A Long-Term Follow-Up Study

Chiara Bellini ^{1,†}, Jacopo Nori Cucchiari ¹, Federica Di Naro ¹, Diego De Benedetto ¹, Giulia Bicchierai ¹, Andrea Franconeri ¹, Irene Renda ², Simonetta Bianchi ³  and Tommaso Susini ^{2,*,†} 

	Apparition d'un cancer lors de la surveillance annuelle	Cancer Homolatéral	Cancer Contro-latéral	Médiane d'apparition du cancer
MCCA (n=112)	7,3% (n=8)	25%	75%	53,5 mois
HCA (n=200)	13,6% (n=27)	66,6%	33,3%	32 mois
HCA et CLIS Classique (n=186)	8,8% (n=17)	64,7%	35,3%	50,6 mois
Papillome atypique (n=93)	9,7% (n=9)	77,7%	22,2%	51,1 mois
Tumeur phyllode (n=36)	5,6% (n=2)	100%	0%	100,7
Cicatrice radiaire (n=103)	3,9% (n=4)	75%	25%	73,9 mois



Risque double des B3

- Risque de cancer cumulé

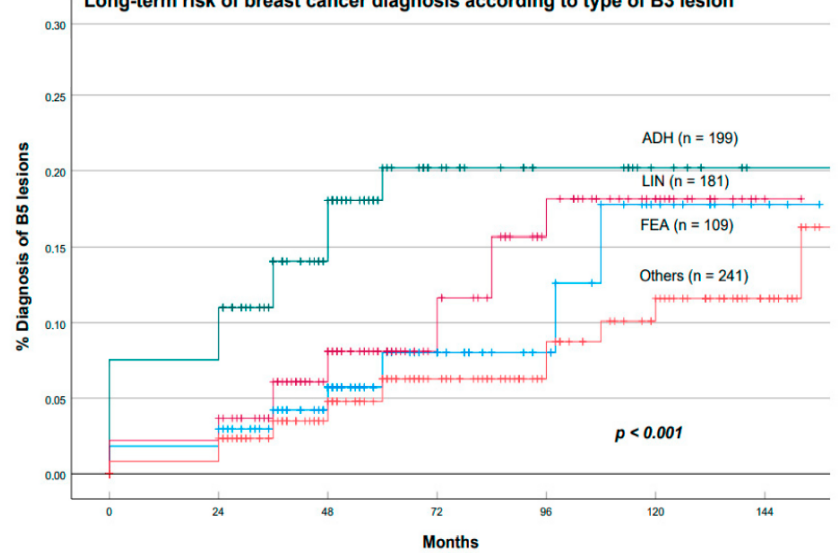


Figure 9. Cumulative incidence of BC during follow-up according to the histotype of the original B3 lesion. Abbreviations: atypical ductal hyperplasia (ADH); lobular intraepithelial neoplasia (LIN); flat epithelial atypia (FEA); 'Others' included papillary lesions, phyllodes tumors, radial scars, and rare histotypes.

– B3 lésion : risque histologique « haut risque »

- **Patiente à risque : > 6% à 10 ans de faire un cancer du sein**

- HCA= 13,6%
- Papillome avec atypie = 9,7%
- LIN = 8,8%
- MCCA= 7,3%

Recos sur haut risque
Surveillance annuelle
Examen clinique, mammo et echo
Durant 5 ans



Important

Recommandations SURVEILLANCE

**Risque de
Futur Cancer**

Surveillance

***Hyperplasie
Canalaire atypique***

13,6%

***Néoplasie Lobulaire
HLA et CLIS classique***

9,7%

***Papillome avec
atypie***

8,8%

***Métaplasie
cylindro-cubique***

7,3%

Mammographie
Echographie

Annuelle

Durant 5 ans