

# Lésions mammaires bénignes à risque élevé

## Rapport de recommandations : Guide de référence rapide

Lésion	Prise en charge initiale	Suivi
<b>Hyperplasie canalaire atypique</b>  <b>Lésions papillaires pures avec atypie</b>  <b>Cicatrices radiaires pures/lésions sclérotiques complexes avec atypie</b>  <b>Carcinome lobulaire in situ variant/non classique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excision recommandée, référer vers un chirurgien. La décision d'exciser sera prise avec le patient, en tenant compte des comorbidités et des préférences du patient.</li> <li>Fournir une évaluation du risque de cancer du sein et des conseils sur les options de réduction du risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'excision, dépistage annuel après l'excision.</li> <li>Si non excisée, suivi pendant 2 ans à 6, 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage annuel.</li> </ul>
<b>Lésions papillaires pures sans atypie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référence vers un chirurgien pour consultation recommandée. Excision systématique non requise si la pathologie est concordante avec l'évaluation radiologique. L'excision doit être discutée en fonction des préférences du patient et des facteurs de risque radiologiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'excision, dépistage annuel après l'excision.</li> <li>Si non excisée et sans croissance, suivi pendant 2 ans à 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage selon le risque moyen.</li> </ul>
<b>Cicatrices radiaires pures/lésions sclérotiques complexes sans atypie</b>  <b>Lésions fibroépithéliales avec cellularité stromale accrue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référence vers un chirurgien pour consultation recommandée. Excision systématique non requise si la pathologie est concordante avec l'évaluation radiologique. L'excision doit être discutée en fonction des préférences du patient et des facteurs de risque radiologiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'excision, dépistage selon le risque moyen après l'excision.</li> <li>Si non excisée et sans croissance, suivi pendant 2 ans à 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage selon le risque moyen. Un suivi à 6 mois peut être envisagé selon les pratiques locales.</li> </ul>
<b>Lésions de type mucocèle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référence vers un chirurgien pour consultation recommandée. Excision systématique non requise si la pathologie est concordante avec l'évaluation radiologique. L'excision doit être discutée en fonction des préférences du patient et des facteurs de risque radiologiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'excision, dépistage annuel après l'excision.</li> <li>Si non excisée, suivi pendant 2 ans à 6, 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage annuel.</li> </ul>
<b>Lésions à cellules fusiformes/lésions mésoenchymateuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen pathologique par un expert et participation d'un chirurgien spécialisé en sein requis. Excision recommandée, référer vers un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'excision, dépistage annuel ou suivi selon le diagnostic final.</li> </ul>

Lésion	Prise en charge initiale	Suivi
	<p>chirurgical. La décision d'exciser sera prise avec le patient, en tenant compte des comorbidités et des préférences du patient.</p>	
<p><b>Carcinome lobulaire in situ classique</b></p> <p><b>Hyperplasie lobulaire atypique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence vers un chirurgien pour consultation recommandée. En général, le carcinome lobulaire in situ classique ou l'hyperplasie lobulaire atypique ne nécessitent pas d'excision si l'imagerie mammaire a exclu d'autres lésions et est jugée concordante. L'excision doit être discutée en fonction des préférences du patient et des facteurs de risque radiologiques.</li> <li>• Fournir une évaluation du risque de cancer du sein et des conseils sur les options de réduction du risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'excision, dépistage annuel après l'excision.</li> <li>• Si non excisée et sans croissance ni changement, suivi pendant 2 ans à 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage annuel. Un suivi à 6 mois peut être envisagé selon les pratiques locales.</li> </ul>
<p><b>Atypie épithéliale plate (modification des cellules cylindriques avec atypie)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référence vers un chirurgien pour consultation recommandée. Excision systématique non requise si la pathologie est concordante avec l'évaluation radiologique. L'excision doit être discutée en fonction des préférences du patient et des facteurs de risque radiologiques.</li> <li>• Fournir une évaluation du risque de cancer du sein et des conseils sur les options de réduction du risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'excision, dépistage annuel après l'excision.</li> <li>• Si non excisée et sans croissance, suivi pendant 2 ans à 12 et 24 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage annuel. Un suivi à 6 mois peut être envisagé selon les pratiques locales.</li> </ul>
<p><b>Modification des cellules cylindriques sans atypie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S.O.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi à 12 mois à l'aide de la modalité d'imagerie initiale, puis dépistage selon le risque moyen. Un suivi à 6 mois peut être envisagé selon les pratiques locales.</li> </ul>
<p><b>Adénose microglandulaire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir un examen pathologique de la biopsie à l'aiguille par un pathologiste spécialisé en pathologie mammaire.</li> <li>• Excision recommandée en cas de doute quant à la présence d'une malignité, référer vers un chirurgien spécialisé en sein. La décision d'exciser sera prise avec le patient, en tenant compte des comorbidités et des préférences du patient.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'excision, dépistage selon le risque moyen ou suivi selon le diagnostic final.</li> </ul>

Cette référence rapide est un résumé du Rapport de recommandations sur les lésions mammaires bénignes à risque élevé, publié par Santé Ontario (Action Cancer Ontario). Le rapport complet est accessible ici : [cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/79886](https://cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/79886)

Si vous avez des questions au sujet de ce document, veuillez envoyer un courriel à : [OH-CCO\\_CIDAPInfo@ontariohealth.ca](mailto:OH-CCO_CIDAPInfo@ontariohealth.ca)

Vous souhaitez obtenir ce renseignement dans un format accessible? 1-877-280-8538 | ATS 1-800-855-0511 | [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca).