



Cours pour étudiants en medecine 5 eme année

LES MASTOPATHIES BENIGNES

DR YAICI M CHU BEO



Plans du cours

Généralités :

Définition :

Rappel L'anatomie du sein

Physiologie mammaire et physiopathologie

Prise en charge diagnostique devant une tumeur du sein

A / examen Clinique

B / examens complémentaires

Différentes variétés de tumeurs bénignes

Conclusion

Généralités

Le sein possède une place particulière chez la femme, il joue un rôle non seulement nourricier mais aussi esthétique et bien entendu sexuel.

Les mastopathies sont fréquentes (80 % de l'ensemble des tumeurs du sein sont bénignes) mais toujours inquiétantes en raison de la crainte du cancer qu'il faut absolument éliminer +++. mais elle rend son rapport à la maladie cancéreuse anxiogène.

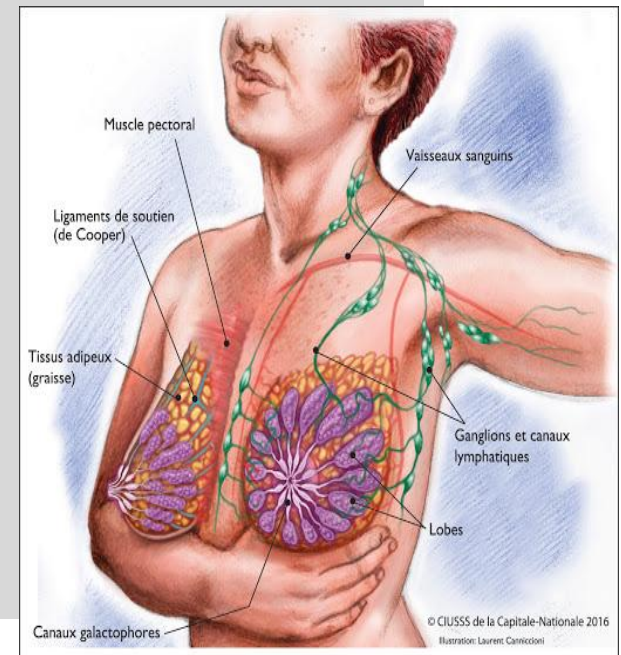
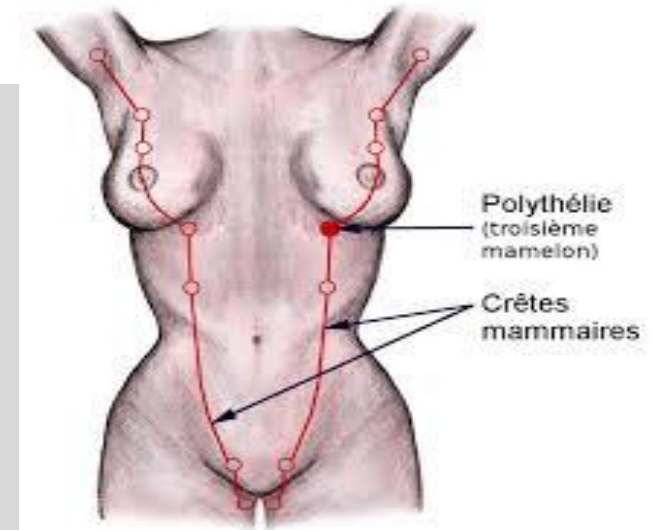
Leurs définitions n'est pas simple : leurs cliniques et leurs signes radiologiques sont peu spécifiques, voire normaux.

Définition

- Par **mastopathie**, on entend les différentes modifications bénignes des glandes mammaires hormono-dépendantes . Il s'agit de nodules, gonflements ou kystes.
- Leur identité est histologique, mais toutes ne sont pas biopsiées.

Anatomie

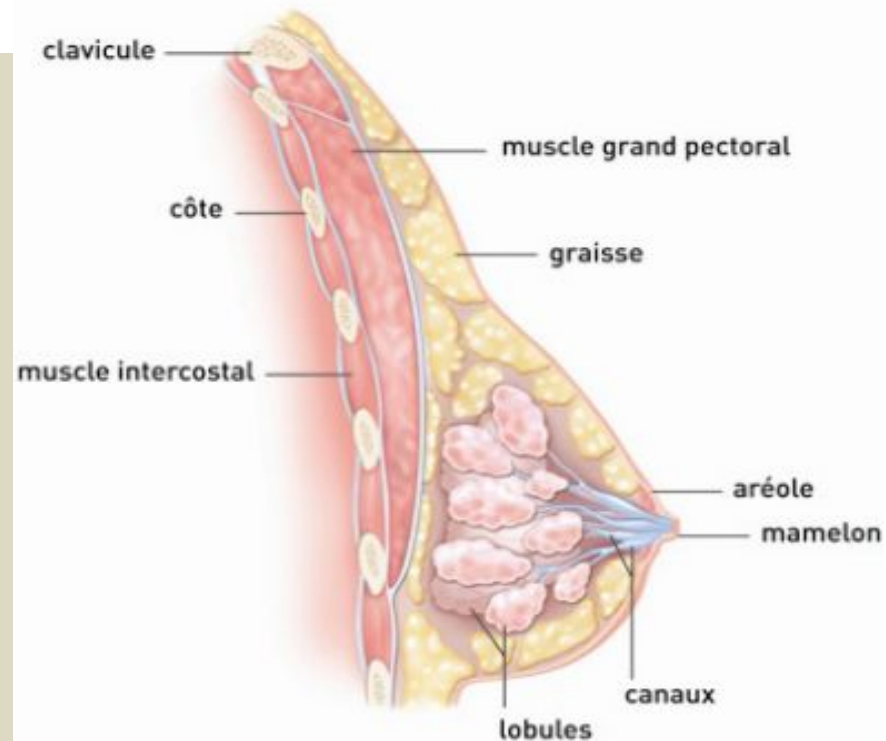
- Les seins de morphologie très variable selon le sexe et la phase de la vie génitale
- chez l'homme et l'enfant la glande mammaire est rudimentaire (surélévation centrée par la PAM)
- L'examen des seins fait partie intégrante de l'examen gynécologique il doit être systématique ++



L'anatomie du sein

- **Le sein** est un organe pair et globuleux situé en avant et en haut du thorax. Il contient la glande mammaire (qui se développe au moment de la puberté) noyée dans du tissu graisseux.
- **L'aréole** (en anglais areola) est la zone de coloration rougeâtre et de forme circulaire située autour du mamelon.
- **Le mamelon** (en anglais nipple) est la saillie, l'éminence en forme de cône qui constitue la pointe du sein de la femme ou de l'homme.
- **Les tubercules de Montgomery** sont des petits grains disséminés à la surface de l'aréole. Ils deviennent saillants vers la huitième semaine de grossesse.

La structure du sein



Anatomie

Le sein est constitué :

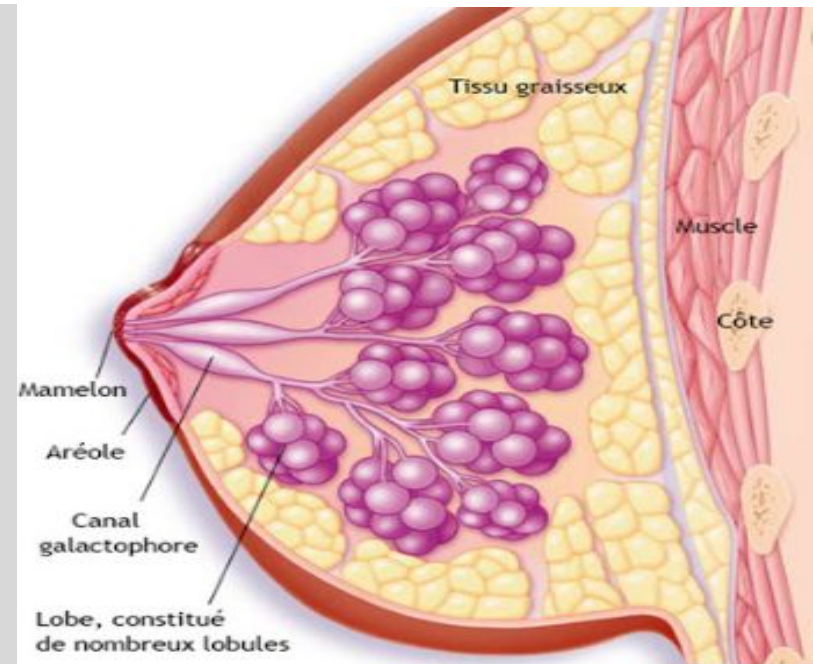
- * **glande mammaire** (elle-même composée de 15 à 20 compartiments séparés par du tissu graisseux)

- * **tissu de soutien** contenant des vaisseaux (sanguins et lymphatiques), des fibres et de la graisse ;

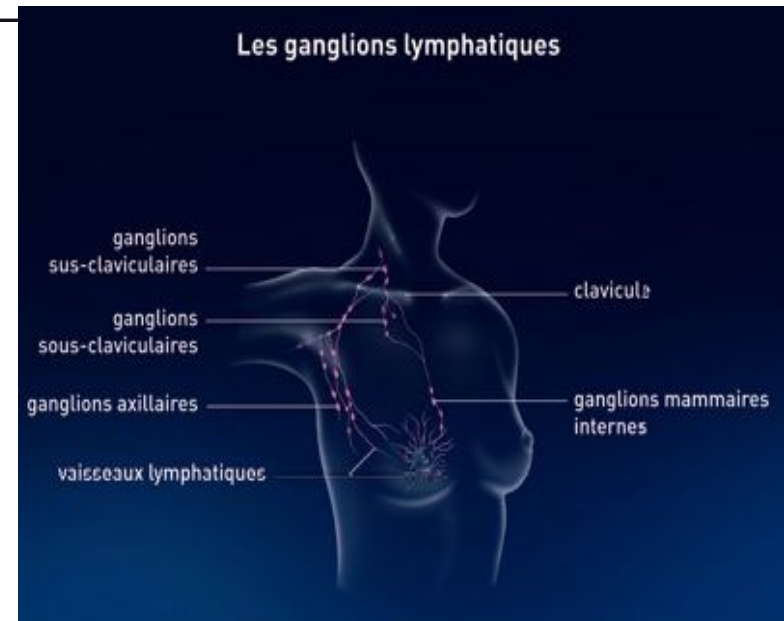
les proportions de ces deux composants varient en fonction de facteurs individuels et de l'âge.

Chacun des **compartiments** de la glande mammaire est lui-même constitué de **lobules et de canaux** : le rôle des lobules est de **produire** le **lait** en période d'allaitement, alors que les canaux **transportent** le lait vers le mamelon.

Le drainage lymphatique du sein se fait vers trois sites principaux : les ganglions du creux axillaire (les plus importants), les ganglions sus- et sous-claviculaires, les ganglions de la chaîne mammaire interne.



Représentation de l'anatomie du sein



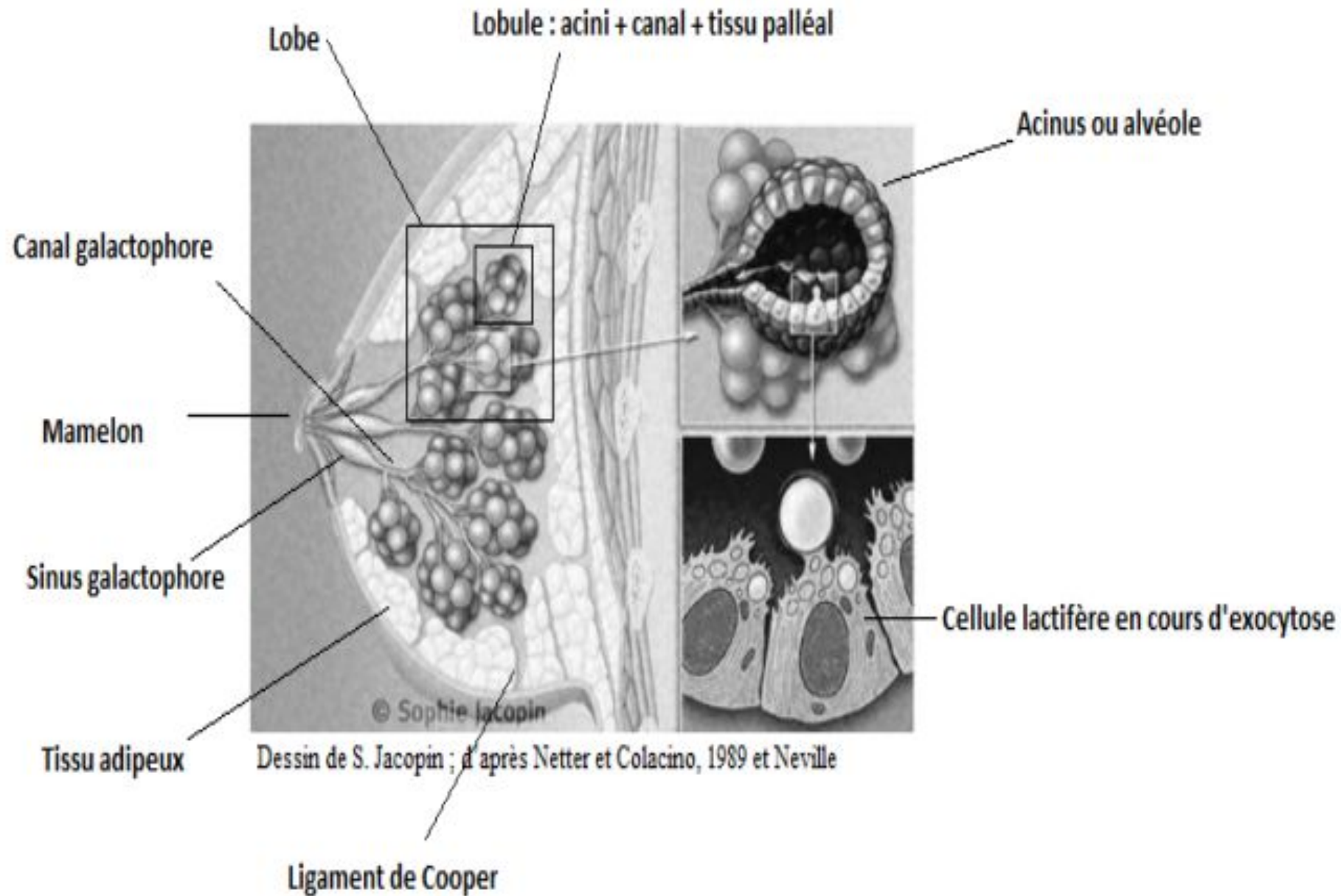
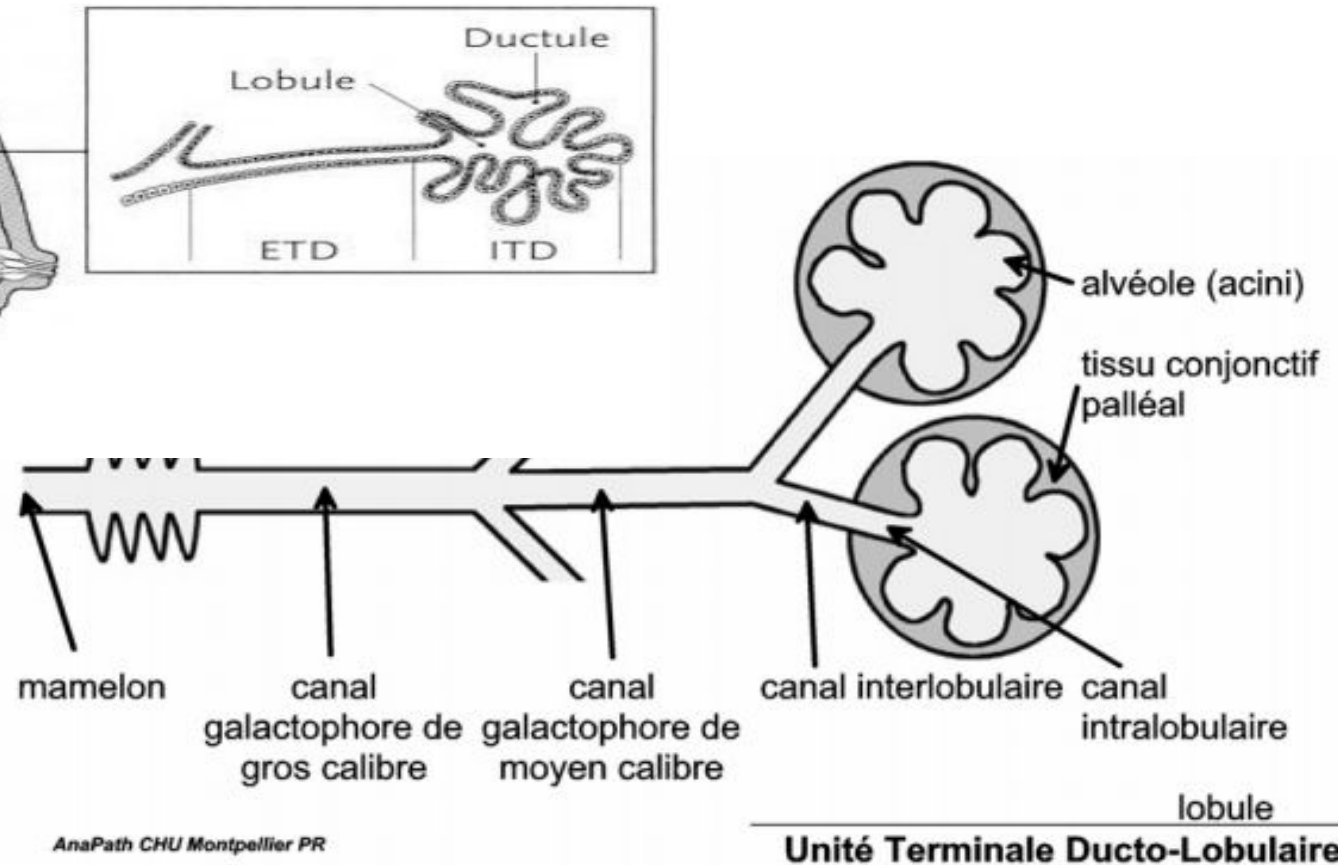
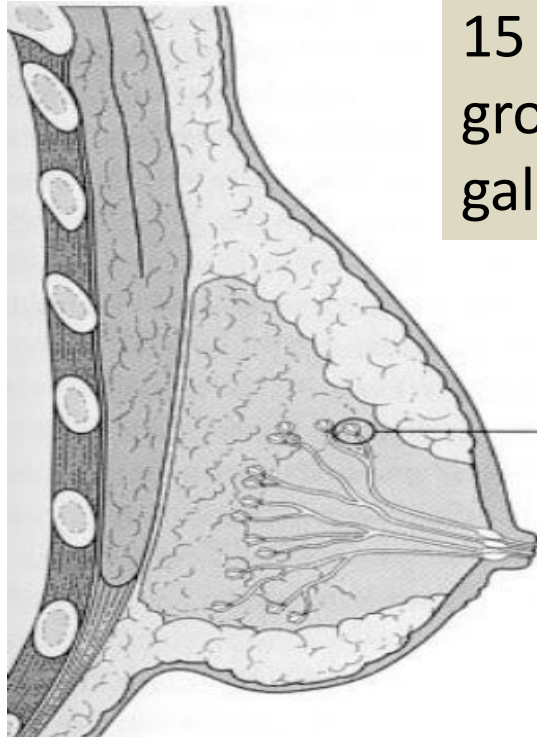


Figure 1. Représentation schématique du sein

15 à 20 lobes drainés par un canal galactophore de gros calibre s'abouchant au mamelon canaux galactophores



c'est au niveau de l'UTDL que la majorité des lésions va se développer.

Physiologie mammaire

Le tissu mammaire est un véritable récepteur hormonal sensible avant tout aux stéroïdes ovariens dont le rapport harmonieux au cours du cycle menstruel permet l'eutrophie du sein dans ses composantes nobles : glandes (canaux galactophores faisant suite aux unités sécrétoires), tissu conjonctif de soutien, graisse.

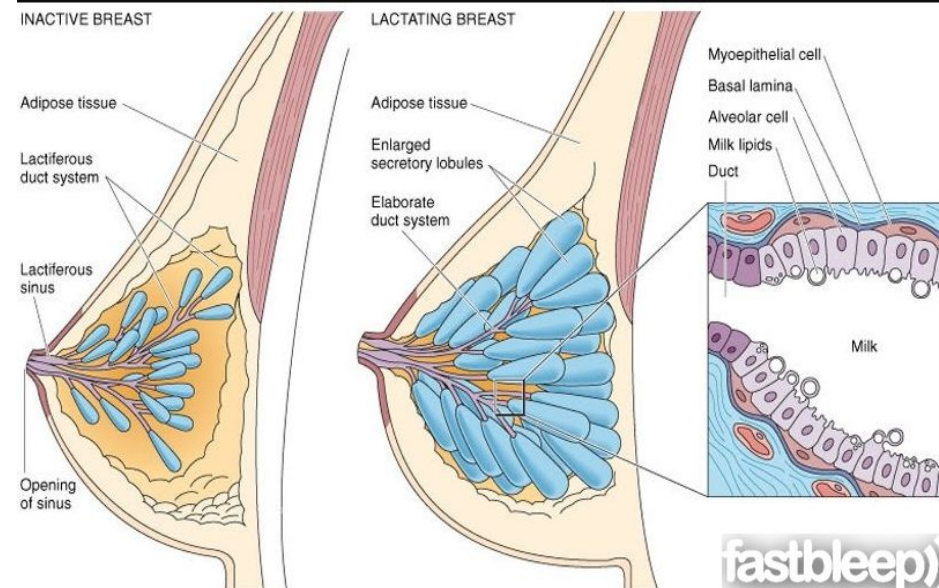
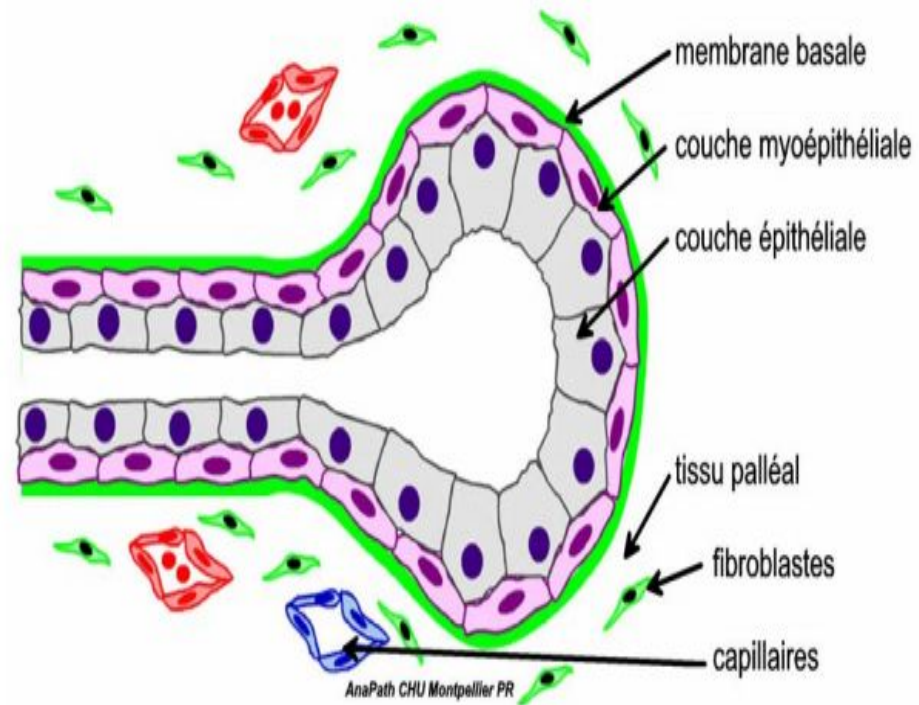
Les estrogènes augmentent les mitoses et favorisent le développement des canaux galactophores en même temps qu'il accroissent la perméabilité vasculaire favorisant l'oedème.

A l'inverse, la progestérone est antagoniste de ces actions en déterminant la formation des acini à fonction de sécrétion.

On comprend ainsi que le sein est en perpétuel remaniement au cours du cycle menstruel, que tout déséquilibre hormonal doit avoir un retentissement expressif à son niveau est que la meilleure période pour examiner un sein est celle qui suit immédiatement les règles. Seule la grossesse permet un développement harmonieux de la glande mammaire.

Mécanisme physiopathologique

- La **mastopathie** fait suite à un déséquilibre hormonal entre les œstrogène et la progestérone.
- L'œstrogène est produit de manière excessive alors que parallèlement le taux de progestérone est trop bas, ce qui entraîne une stimulation des glandes mammaires avec gonflement des seins et réactions inflammatoires.



Premiers
jours du
cycle

E2 et P ↓.
régression glandulaire et conjonctive maximale

Dès J10

- Prolifération partie distale des canaux galactophoriques
- **tissu conjonctif : œdème → seins douloureux++**

Après
l'ovulation

- hypertrophie des acinis
- la progestérone arrête la prolifération des CG

Prise en charge diagnostique devant une tumeur du sein

A/ Examen clinique

Comment examiner les seins?

- **I. Interrogatoire** : il précisera :
 - L'Age de la patiente
 - Poids (IMC),
 - tabac
 - **antécédents familiaux** : mastopathie bénigne ou de cancer+++ (sein, ovaire, utérus, digestif).
 - **Antécédents personnels gyn-obst** : l'âge ménarchie et ménopause, allaitement, C-Horm, Nulliparité
 - Contexte de découverte : mammographie de dépistage, autopalpation, examen clinique systématique, symptômes (date du dernier examen normal).
 - Signes d'accompagnement : **douleur, écoulement mamelonnaire, signes inflammatoires**, signes généraux (altération de l'état général, symptômes d'origine osseuse ou viscérale), à préciser dans la période du cycle.

- **Les signes fonctionnels :**

- **Ecoulement mamelonnaire:**

- Ecoulement d'aspect variable en dehors de la lactation unilatéral ou bilatéral
- préciser la date d'apparition
- étiologie souvent bénigne mais peut cacher un carcinome in situ

- **Mastodynie** : douleur se projetant en regard de l'aire mammaire qui peut être cyclique ou non cyclique (inflm, kyste, abcès, cancer ...)

- **Nodule du sein:** découvert a l'autopalpation

- **Anomalie cutanée** : de la couleur, zone inflam rougeâtre ou ulcérée.
aspect en peau d'orange. une ride, un plissement, une dépression de la peau.

- Préciser la date d'apparition et l'évolution de la lésion.

- **II. L'examen physique :**

examen bilatéral et comparatif fait idéalement au cours de la première phase du cycle
il comporte 3 temps: (inspection -Palpation -Palpation des aires ggrs)

l'examen est normal lorsque la tumeur est de petite taille et/ou le volume mammaire important (tumeurs découvertes par l'imagerie dans le cadre du dépistage)

Résultats

Examen clinique
sénologique normal

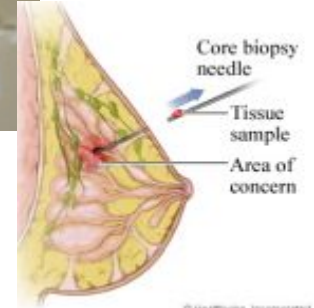
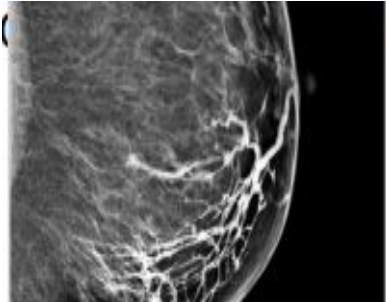
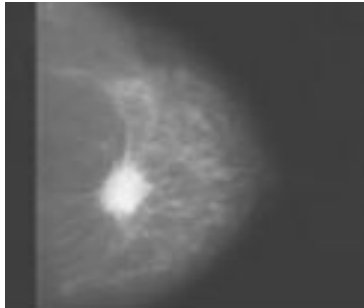
• (n'exclue pas un cancer du sein!)

Nodule mammaire



L'examen clinique

ne permet pas de détecter des tumeurs inférieures à 2cm, il est donc insuffisant et doit être complété par des examens complémentaires de dépistage .



B/ Quels examens complémentaires pour la pathologie mammaire?

- mammographie** Examen de référence(dépist du Kc du sein, lésions infracliniques (calcif.)
- échographie** mammaire Complément de la mammo intérêt chez la femme < 30ans
- IRM mammaire** : n'est pas systématique
- Galactographie** : injection d'un produit radio-opaque dans le canal responsable de l'écoulement pour en visualiser le contenu (tend à être délaissé)
- cytoponction**: -pas d'intérêt diag, sauf pour ADP/ thérapeutique (ponction kyste)
- Biopsie**: prélèvement tissulaire pour étude histologique, sous anesthésie locale et sous guidage échographique

Différentes variétés de tumeurs bénignes

Toute tumeur du sein est le signe d'un processus pathologique qui nécessite de mettre en œuvre le **tripier diagnostique** :

Clinique, RX : (Echo/Mammog), **Anapathe**: (cyto/histol ++).

Il est le seul capable par la confrontation de ses éléments d'orienter le diagnostic de la nature de la tumeur;

Les caractéristiques générales des **tumeurs bénignes** sont leurs **contours bien délimités, une croissance lente et une évolution locale limitée au sein.**

Pathologie mammaire

Anomalies ou pathologies

1. liées à l'embryogenèse ou à la croissance

Polythélie , hypotrophie, asymétrie, seins tubéreux

2. liées au développement canalaire

Ectasie canalaire, abcès

3. liées au développement lobulaire

Fibroadénome, polyadénomatoose

4. liées au développement du stroma

Hypertrophie mammaire, Gigantomastie

5. liées aux variations cycliques

Mastodynies

6. Liées à l'involution

Mastopathie fibro-kystique

Anomalies ou pathologies liées à l'embryogenèse

Asymétrie mammaire



Seins tubéreux

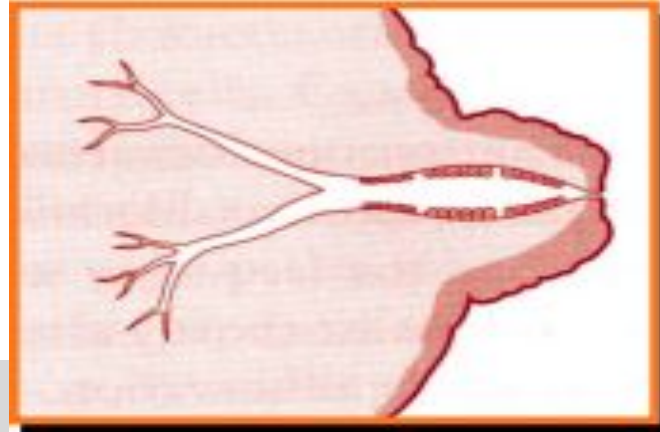


- **Anomalies ou pathologies liées au développement canalaire**



- **Ectasie galactophorique :** déviation de la normale
- **Abcès :** pathologie

Anomalies ou pathologies liées au développement canalaire



Ectasie galactophorique:

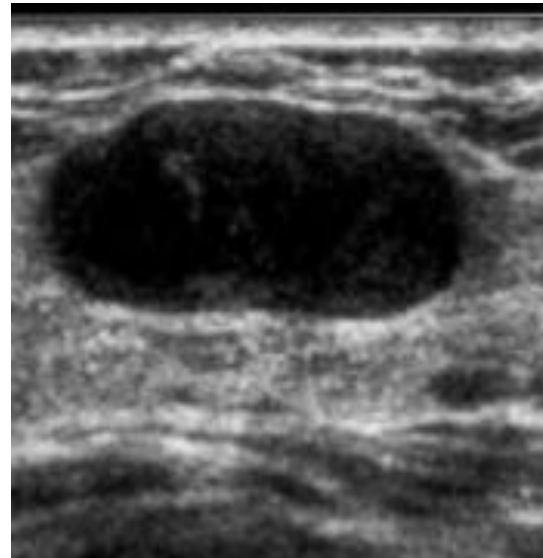
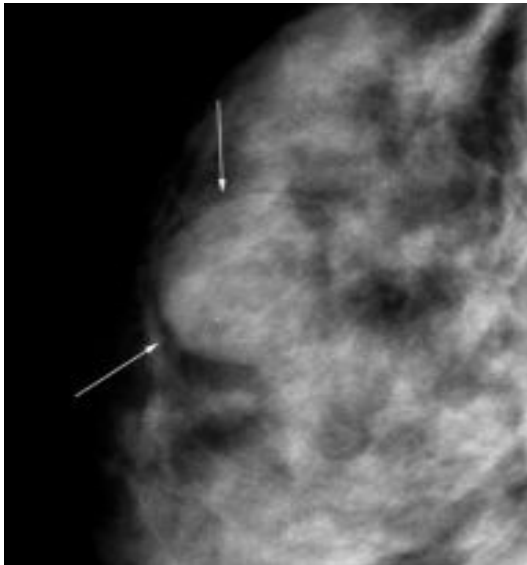
- nodule rétro aréolaire
- +/- écoulement
- péripuberté
- écho : image liquidienne
- Régression spontanée
- Récidive fréquente: homo ou controlatérale • complication : abcès
- Diagnostic différentiel: écoulement par tubercule de Montgomery: eczéma

Anomalies et pathologies liées au développement lobulaire :

Fibroadénome

- Tumeur la plus fréquente à l'adolescence , période de croissance lobulaire intense.

1. Fibroadénome simple : exagération du développement normal
2. Fibroadénome géant : pathologie
3. Polyadénomatosose : pathologie



Adénofibrome = prolifération mixte épithéliale et conjonctive

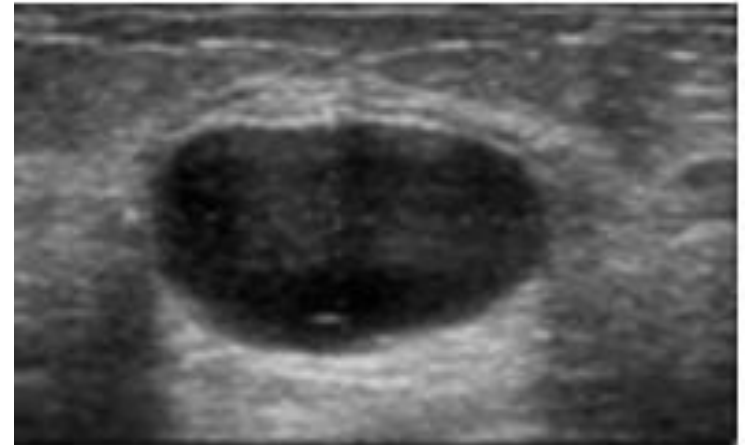
Clinique : + freq

Patiente jeune (< 25–30 ans), y compris adolescente

Tuméfaction le plus souvent **indolore**, **unique ou multiple**, uni ou bilatérale, **bien limitée**, mobile par rapport à la peau et au reste de la glande mammaire, de taille en général **< 30 mm**, de consistance **ferme** (caoutchouteuse), sans signes locaux ni adénopathie suspecte

Échographie (mammographie) :

masse **homogène/lacune hypo échogène**, **bien limitée**, à bords réguliers, refoulant le tissu mammaire voisin, à grand axe parallèle à la peau, contenant parfois des macrocalcifications

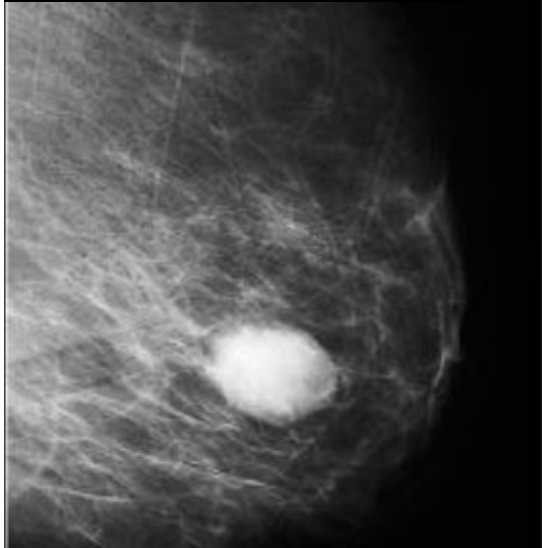


CAT :

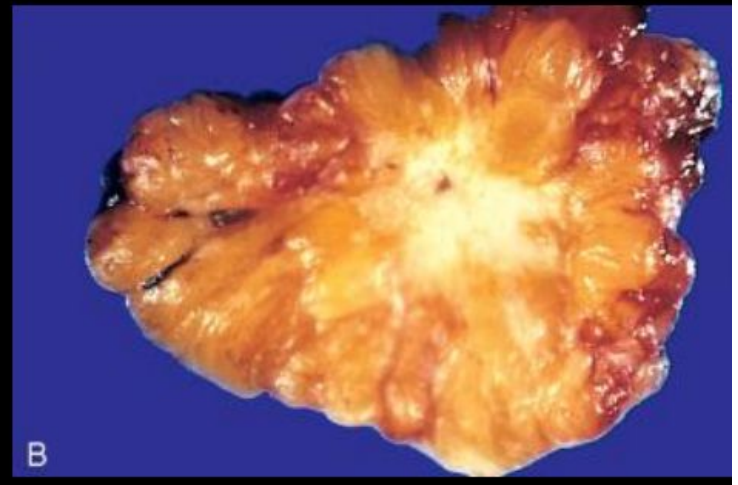
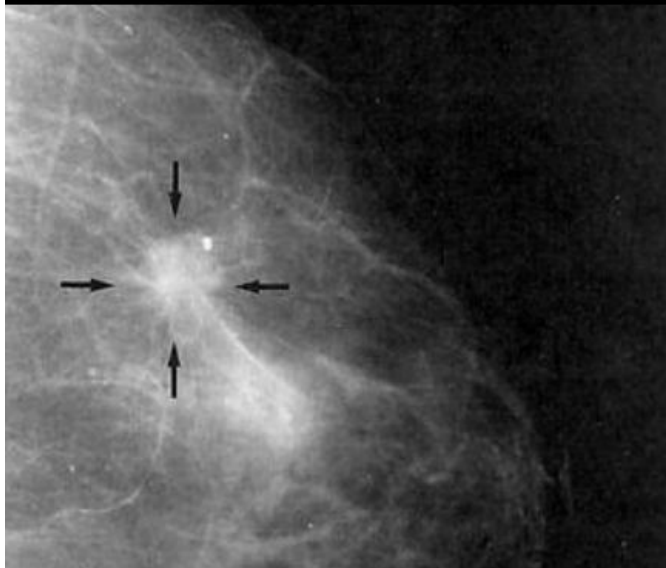
micro biopsies si doute (femme > 30 ans, contexte à risque, discordance clinique / imagerie / \pm histologie)

PEC : **surveillance annuelle clinique et échographique** ; exérèse chirurgicale si douleur ou gêne fonctionnelle, préjudice esthétique, demande formulée par la patiente

Fibro-adénome



Sein: Carcinome



Le fibroadénome géant :

- forme particulière de fibroadénome: **taille supérieure à 5 cm** de diamètre.
- Il représente 2 à 4 % des fibroadénomes (Chang2007). Il existe deux pics de fréquence. Le premier à l'adolescence **avant 20 ans** et le deuxième en **péri-ménopause**.
- Le fibroadénome géant augmente de **taille rapidement jusqu'à 10 à 15 cm de diamètre**.
- Il est majoritairement unilatéral, unique.
- Le **diagnostic est clinique et échographique**.
- traitement chirurgical rapide** est essentiellement esthétique afin d'éviter la perte d'élasticité de la peau
- Le principal **diagnostic différentiel** du fibroadénome géant est la **tumeur phyllode**, seule l'**histologie permet le diagnostic**

La polyadénomatosose mammaire

- situation rare** et pathologique : la présence d'au moins **3 fibroadénomes dans un même sein**.
- Le développement des fibroadénomes dans la polyadénomatosose !! mammaire est rapide.
- Le traitement ne peut être chirurgical car il risque d'être mutilant ou incomplet.
- Traitement médical proposé** : Progestatifs très antigonadotropes ± anti-estrogènes

T - PHYLLODE : 0.3-4% des TB / similaire au ADF

Tumeurs mixtes fibro-épithéliales particulières par le déséquilibre des 2 composants en faveur du tissu conjonctif

Clinique :

- Survenue plus tardive que les AF : **45 ans**
- Croissance plus **rapide**
- Tumeur **de taille parfois importante**, avec certaines zones molles (par nécrose tumorale)

Mammographie : aspect superposable aux ADF

Echographie :

- **masse ovoïde**
- **hypoéchogène**
- avec possibilité de contenu hétérogène



Tumeur phyllode

Histologie : diagnostic et pronostic

apprécié sur :

- la fréquence **des mitoses**,
- * **les atypies cellulaires**,
- * le caractère infiltrant en périphérie des lésions,

l'OMS en a distingué trois catégories :

* **bénignes**, * **borderline** et * **malignes**

- Ainsi on décrit des T phyllodes de grade I à IV (= sarcome phyllode)

Evolution : évolution rapide : avec 2 risques majeurs :

✗ **RECIDIVE : 14% des cas avec évolution parfois malignité.**

- corrélée au grade initial de la tumeur et au caractère incomplet de la résection,
- tendance à se faire sur un mode histologique plus agressif,
- surtout les 3 premières années.

✗ **METASTASES :**

- **par voie hématogène**,
- **surtout poumons (60%)**,
- d'autant plus que la tumeur initiale est agressive et récidivante.

Traitement :

✗ Repose sur **l'exérèse large** en se donnant une marge de sécurité, IN SANO. (Au contraire récidive)

✗ **Surveillance** clinique, mammographique et échographique, Nécessaire pendant **5 ans**.

Les traitements complémentaires (radiothérapie, chimiothérapie) n'ont pas fait la preuve de leur efficacité

Mastopathie fibrokystique (MFK)

Maladie bénigne du sein la plus fréquente chez les femmes de 35 à 50 ans. Elle peut persister après la ménopause chez les femmes prenant un THM.

Mastodynies en rapport avec les cycles menstruels

Examen clinique :

- masse unique ou multiple, arrondie, bien limitée, mobile, de consistance variable (habituellement molle), pouvant être sensible voire douloureuse (kyste sous tension)
- placards ambigus, sensibles, parfois écoulement mamelonnaire (blanchâtre, verdâtre, épais).

Absence d'adénopathies axillaires suspectes

Mammographie : interprétation difficile → clichés comparatifs

- masses kystiques : rondes régulières homogènes, avec liseré de sécurité,
- placards de fibrose : larges opacités taillées à la serpe ,
- microcalcifications : arrondies réparties en rosace de type lobulaire

Échographie : intérêt particulier dans la MFK :

- visualiser les kystes : masse anéchogène, arrondie, bien limitée, avec renforcement postérieur. Possibilité de ponction à l'aiguille fine à visée thérapeutique en cas de kyste douloureux ,
complément de la mammographie dans les placards fibreux, responsable d'une densité mammaire de type 3 ou 4, et les kystes atypiques,
- kystes atypiques : masse à contenu hétérogène, à parois épaisses et irrégulières, avec présence de végétations intrakystiques

CAT : biopsies si doute

Traitements : règles hygiéno-diététiques,

- progestatifs en deuxième partie de cycle
- pas d'indication chirurgicale en dehors des récidives après ponctions itératives, d'une gêne persistante et des kystes atypiques

HAMARTOME

Cliniquement :

lésion molle parfois de fort volume sans signes associés.

Mammographie et échographie :

- * lésion régulière bien limitée
- * de même aspect / tonalité que le reste du sein

Anatomie pathologie :

il s'agit d'un sein dans le sein



Hamartome



Hamartome

CYTOSTEATONECROSE



**** Cliniquement :***

- Lésion apparaissant après un traumatisme du sein (accident ou chirurgie radiothérapie) :
- masse \pm dure
- possibilité de signes inflammatoires en regard
- dans un contexte étiologique de traumatisme (chirurgie, choc)

**** Radiologiquement :*** opacité mal systématisée avec microcalcifications,

Souvent diagnostic opératoire :

- coque fibreuse
- contenant à l'ouverture un liquide butyreux
- par nécrose traumatique des tissus fibreux et adipeux mammaires.

En cas d'écoulement mamelonnaire

- Motif fréquent de consultation recouvrant un cancer du sein dans 10% des cas.

Clinique

- repérer la zone "gachette"

dont la pression douce provoquera l'écoulement qui doit être uniporique

- Analyser la sémiologie de l'écoulement :

- * Aqueux : couleur eau de riz,
- * Séreux : couleur jaune clair,
- * Grumeleux : sécrétion épaisse marron ou grisâtre sanglant (signe de Budin).

- Différencier de la galactorrhée :

- * écoulement laiteux ou aqueux bilatéral et multiporique
- * dans une contexte étiologique :
 - . grossesse,
 - . allaitement récent,
 - . prise médicamenteuse,
 - . tumeur hypophysaire à prolactine.
- Pratiquer un examen sénologique classique

• **Mammographie :**

- Surtout dépister une lésion maligne associée (+++ carcinome intragalactophorique).
- Par la compression qu'elle entraîne sur le sein, la mammographie peut écraser une lésion bénigne papillomateuse et traiter ainsi la patiente.

• **Echographie :**

- ✕ Rechercher une pathologie maligne associée,
- ✕ Visualiser une ectasie des galactophores terminaux.



Écoulement mamelonnaire provoqué



Sur une compresse

- **Galactographie :**

- opacification rétrograde du canal galactophore qui saigne,
- images pathologiques :
 - ✕ intrinsèques : lacune ou oblitération par processus intra-galactophorique,
 - ✕ extrinsèque par processus extra-galactophorique (compression, rupture...).
- localisation du processus pathologique.

- **Cytologie :**

- après nettoyage du mamelon à l'alcool et séchage
- Recueil de l'écoulement sans toucher le mamelon,
- en insistant sur les dernières gouttes,
- Séchage à l'air et/ou fixation pour lecture au laboratoire.
- (ne tenir compte que d'une cytologie positive).



Galactographie

Etiologies des écoulements

- *Pathologie tumorale bénigne :*

- ✕ Papillome : tumeur pédiculée couleur framboise dans le galactophore terminal,
- ✕ Papillomatose diffuse : pathologie des canaux distaux (pathologie à risque),
- ✕ Adénomatose érosive du mamelon.

- *Pathologie bénigne non tumorale :* Ectasie galactophorique ou galactophorite ectasiente :

- ✕ Dilatation des canaux terminaux retroaréolaires,
- ✕ Qui s'emplissent d'une substance épaisse blanchâtre,
- ✕ Qui sont entourés d'une réaction inflammatoire.

- *Pathologie maligne :* carcinomes canalaux (+++ intragalactophoriques).

Conduite à tenir

- *Indications opératoires :*

- ✕ Ecoulement sanglant (10% de cancer du sein),
- ✕ Ecoulement persistant gênant la patiente,
- ✕ Ecoulement avec éléments suspects : mammographie, échographie, cytologie.

- - *Réalisation d'une pyramidectomie* (exérèse d'une pyramide de sein à base pectorale) par voie périaréolaire.



Fig. 29. Ex-voto de deux seins avec dédicace à Zeus Hypsistos gargariseur (Calcaire, Romain impérial, I^{er} siècle avant J.-C. - IV^e siècle après J.-C., Louvre AM 668).
(© R.-A. Jean)



Fig. 30. Comparer avec : Ex-voto d'un sein (Sicile, métal argenté doré, début XIX^e siècle, Dijon).
(© R.-A. Jean)

Conclusion



le sein est un organe hétérogène qui peut être le siège de nombreuses pathologies, le plus souvent bénignes, cependant le cancer du sein est la hantise du praticien et de la patiente et doit être éliminé en premier lieu. l'intérêt de l'autopalpation