

Les Tumeurs du sein

Le cancer du sein

Epidemiologie

- Le Premier cancer de la femme , devant le cancer colorectal et le cancer du poumon.
- Son incidence augmente avec la généralisation du dépistage et le vieillissement de la population.
- En 2019, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein en Algérie à 43 920 et le nombre de décès à 10 000.
- femmes âgées de 50 ans et plus (8/10) mais peut se voir à un âge plus jeune
- Dans 1% des cas il peut toucher les hommes
- Son dépistage à un stade précoce permet un pronostic plus favorable avec un taux de survie à 5 ans à 90 %.
- Cependant, il reste la première cause de décès par cancer chez la femme

Facteurs de risque

- **1-Hormonaux:** Exposition à une **Hyperoestrogénie relative ou absolue** :

première grossesse tardif (>30 ans) , puberté précoce (< 12 ans) , ménopause tardive (> 55 ans) , obésité , THS mal conduit , ovaires polykystiques - Absence d'allaitement- les contraceptifs oraux (Role controversé)

- **2-Familiaux**

- Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein
- Formes génétiques, notamment BRCA1 et 2

- **3-Histologiques**

- Hyperplasies canalaire atypiques : prolifération anormale galactophorique
- Néoplasie intra-lobulaire : marqueur de haut risque de cancer

- **4-Environnement**

- Alcool
- Niveau socio-économique élevé

Anatomopathologie Histoire naturelle

- Début le plus souvent dans les canaux galactophoriques
- Hyperplasie canalaire atypique --- » cancer in situ ----- » tumeur invasive ----- »
Envahissement des ganglions axillaires et des ganglions mammaires internes -----
» Extension par voie hématogène (Métastases viscérales : os, poumons, foie ...etc)
- **Carcinome non spécifique du sein** : anciennement appelé Carcinome canalaire infiltrant du sein(CCI) : Type le plus fréquent
- **Carcinome Spécifique du sein** : carcinome lobulaire infiltrant Carcinome mucineux, médullaires, sarcome, lymphome malin
- **Carcinome In situ** : c'est un Carcinome avec une Membrane basale non franchie +++ (exp : Carcinome canalaire in situ , carcinome lobulaire in situ)

Diagnostic

- **1-Anamnèse :**
 - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux
 - Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, de l'ovaire (spectre BRCA)
 - Prise de traitement : contraception ou THS
 - Facteurs de risque de cancer : notamment facteur d'hyperoestrogénie relative
- **2. Symptomatologie d'appel :**
 - Asymptomatique ; Découverte fortuite à l'occasion d'un **dépistage** : Autopalpation des seins, Dépistage mammographique
 - **Tuméfaction/nodule mammaire** découvert par la patiente elle-même ou un lors d'un examen physique
 - **Anomalie du mamelon : rétraction +++ (signe évocateur de malignité ,)** écoulement mamelonnaire , **maladie de Paget ++++**
 - **Sein inflammatoire** : rougeur , oedeme ...etc
 - Auto-palpation d'une adénopathie axillaire +++
- **3. Ex Physique :**
 - ✓ **Bilatéral et comparatif** : Endroit éclairé , patiente dévêtue : Torse nue +++ ; position : assise puis couchée

✓ **Schéma daté et signé:** (taille, mobilité, adénopathies...)

❖ **Inspection :**

- Aspect de la peau , mamelon , volume mammaire (Bonnet)
- recherche une ride, signe du capiton(rétraction cutanée , fossette)
- une rétraction du mamelon
- recherche de signes inflammatoires , asymétrie



Examen Physique

❖ **Palpation quadrant par quadrant :**

- Nodule : dur, irrégulier, indolore , Adhérence cutanée spontanée ou provoquée , Adhérence au muscle grand pectoral (manoeuvre de Tillaux) : contraction du grand pectoral en s opposant au mouvement d adduction : mise en evidence d'une adhérence au grand pectoral
- Aires ganglionnaires : creux axillaire, creux sus-claviculaires à la recherche d'adénopathies (préciser les caractéristique mobiles/Fixes)

❖ **Examen gynécologique complet**

- ❖ **Examen général** évaluant le terrain et recherchant les métastases (HPM , Epanchement pleural , Ascite ,etc)

Examens Paracliniques

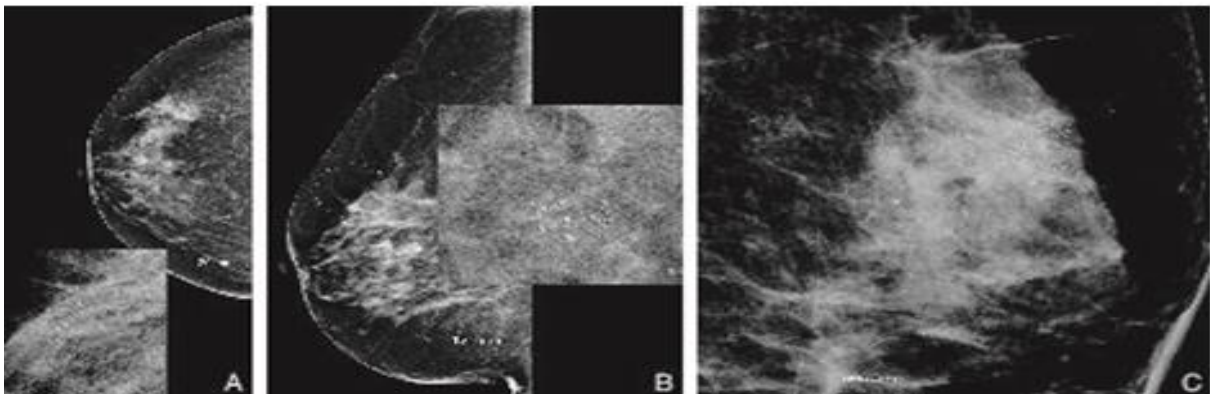
- **Mammographie bilatérale** : Systématique
- Opacité dense, hétérogène, à contours irréguliers

- Opacité stellaire, rétractile, entourée d'un halo clair
- Image plus petite que la tumeur palpée
- Microcalcifications punctiformes, groupées en foyer

Classification des microcalcifications de la mammographie : ACR

ACR 0	Classification d'attente, quand des investigations complémentaires sont nécessaires
ACR 1	Mammographie normale
ACR 2	Il existe des anomalies bénignes (c'est-à-dire sans gravité) qui ne nécessitent ni surveillance, ni examen complémentaire
ACR 3	Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée
ACR 4	Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte
ACR 5	Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer

ACR5

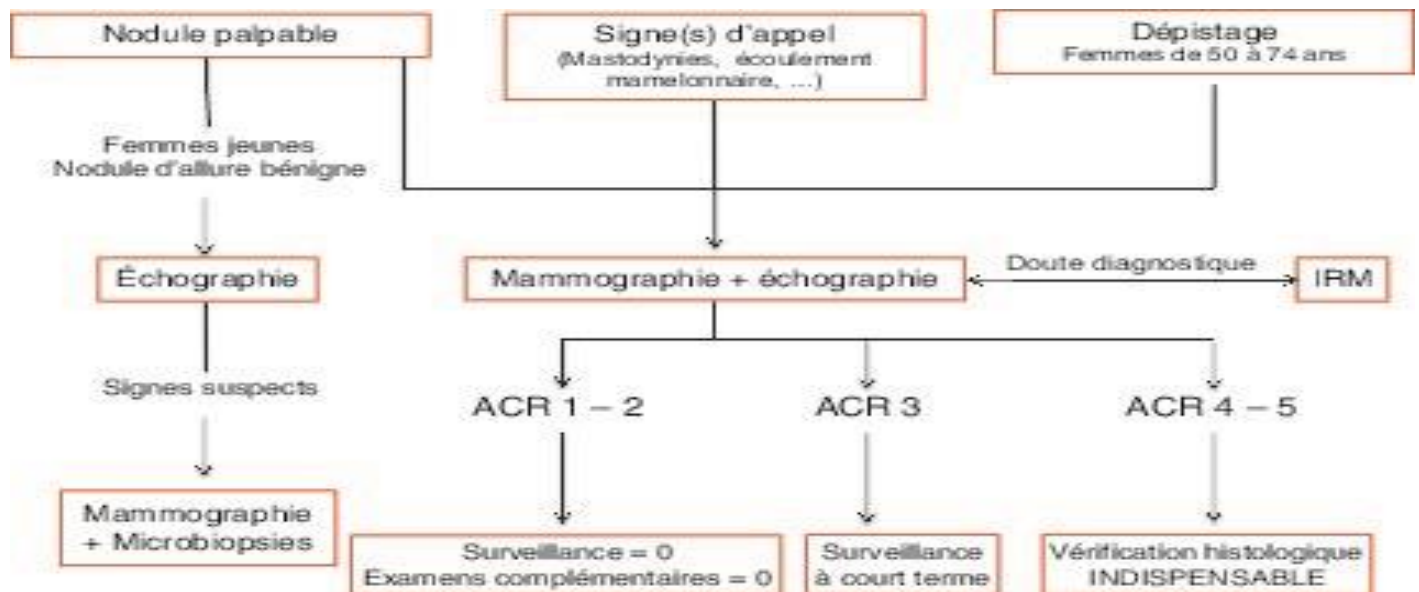


- Echographie mammaire: Systématique, en complément de la mammographie
- Nodule hétérogène, hypoéchogène , Grand axe perpendiculaire à la peau ,Cône d'ombre postérieur, attrait des structures adjacentes
- IRM mammaire : Non systématique, en cas de difficultés diagnostiques (Discordance clinico--radiologique , ou dans certains type histologique notamment le lobulaire vu le risque de bilatéralité ++)

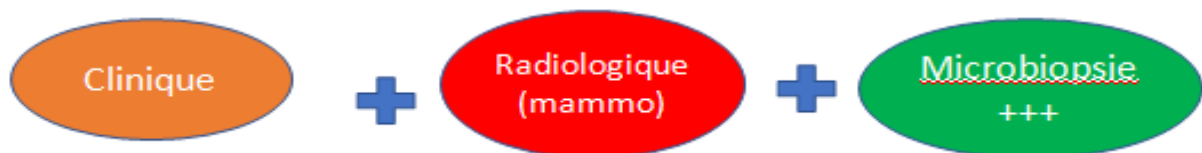
Prélèvement histologique

- Cyto ponction à l'aiguille fine :Non recommandée car beaucoup de Faux positifs , par contre la cytologie du liquide d'un écoulement mamelonnaire peut etre utile en cas d'écoulement suspect

- Microbiopsie ++++ : Recommandée +++ Diagnostic de Confirmation : si lésion palpable cliniquement ou echo-décelable : au pistolet automatique : Recommandée de 1^{ère} intention si nodule ACR 4/5 : permet de poser le Dg De certitude
- Macrobiopsie : Mammotome ; pour les petites tumeurs non palpables cliniquement (Infracliniques)



Trépied Diagnostic d'un cancer du sein



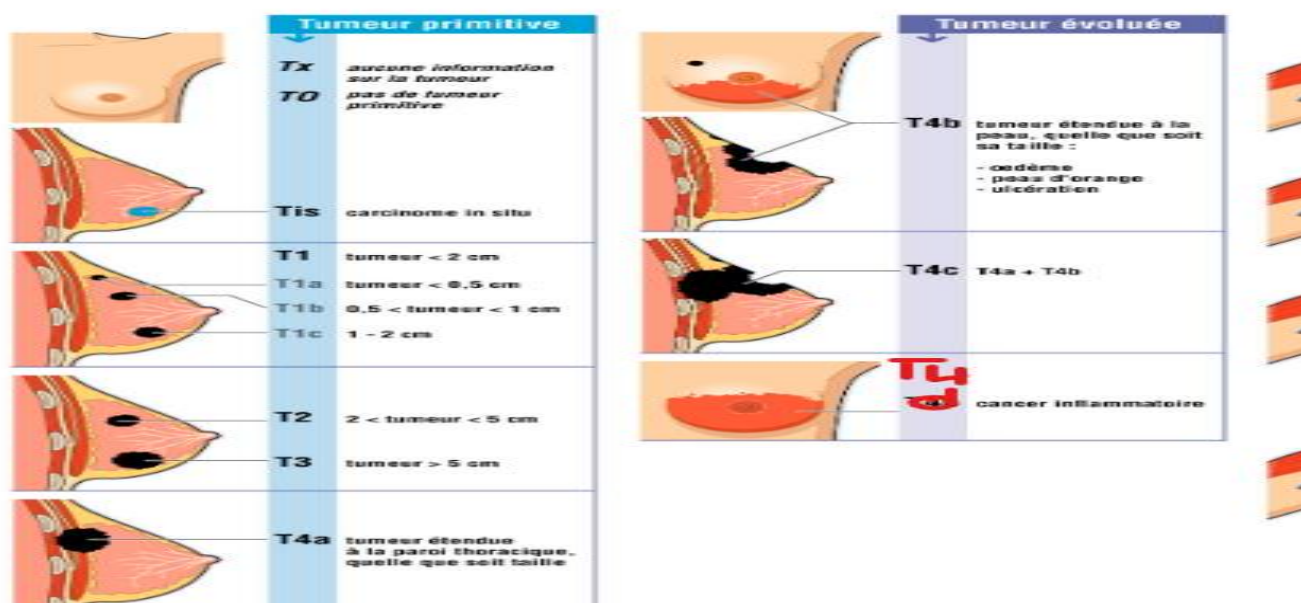
Bilan d'extension

- Systématique :
 - Echographie A/P voire TDM Abdominopelvienne (Pour rechercher les meta hépatique , peritonéales , epanchement ascitiqueect
 - Rx du thorax voire TDM Thoracique (Pour rechercher les metastase pleuropulmonaires)
 - Scintigraphie osseuse : pour les métastases Osseuses
 - Ou Pet Scan au FDG
- Autres explorations , si Signes d'appel : IRM cérébrale (Pas systématique)

Classification c TNM

Tumeur primitive

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée
T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable
Tis : carcinome in situ
T1 : tumeur ≤ 2 cm
T1mic : micro-invasion ≤ 1 mm
-T1a : 1 mm < tumeur ≤ 5 mm
-T1b : 5 mm < tumeur ≤ 1 cm
-T1c : 1 cm < tumeur ≤ 2 cm
T2 : 2 cm < tumeur ≤ 5 cm
T3 : tumeur > 5 cm
T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)
-T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
-T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
-T4c : T4a + T4b
-T4d : cancer inflammatoire



Ganglions lymphatiques régionaux N

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué
N0 : absence d'envahissement ganglionnaire
N1 : adénopathies axillaires homolatérales mobiles
N2 : adénopathies axillaires homolatérales fixées
N3 : adénopathies sus ou sous claviculaires
Homolatérales ou ADP Axillaire Homolat associée a ADP Mammaire Interne homolat

Métastases à distance

Mx : aucune information sur les métastases
M0 : pas de métastase
M1 : métastases à distance

Traitement :

- La stratégie thérapeutique doit être multidisciplinaire +++++ : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ++
- But :
 - Améliorer la survie globale , la survie sans progression pour les stades précoces
 - Améliorer la qualité de vie des patientes pour les stades avancés
 - Chirurgie sur T : Exérèse tumorale complète passant en tissu sain

a-Conservateur: Tumorectomie : si $T_m < 3$ cm : Zonectomie (après repérage pour les tumeur infraclinique non palpables)

b-Radical :

Mastectomie avec conservation du muscle grand pectoral , suivie d'une éventuelle reconstruction mammaire à distance

- Chirurgie sur N :
 - Ganglion sentinelle: - Pour les tumeurs < 30 mm N0 : Repérage colorimétrique ou isotopique - Exérèse du ganglion et examen extemporané si N+ Curage ++
 - Curage axillaire : -Si adénopathies cliniques ou $T_m \text{ Sup à } 3\text{cm}$ après Trt Néoadjuvant
- Complications dela chirurgie :

Plaie vasculo-nerveuse ou musculaire , Hématome, Lymphoedème , Troubles neurologiques sensitivomoteurs Algoneurodystrophie , Cicatrice rétractile et douloureuse

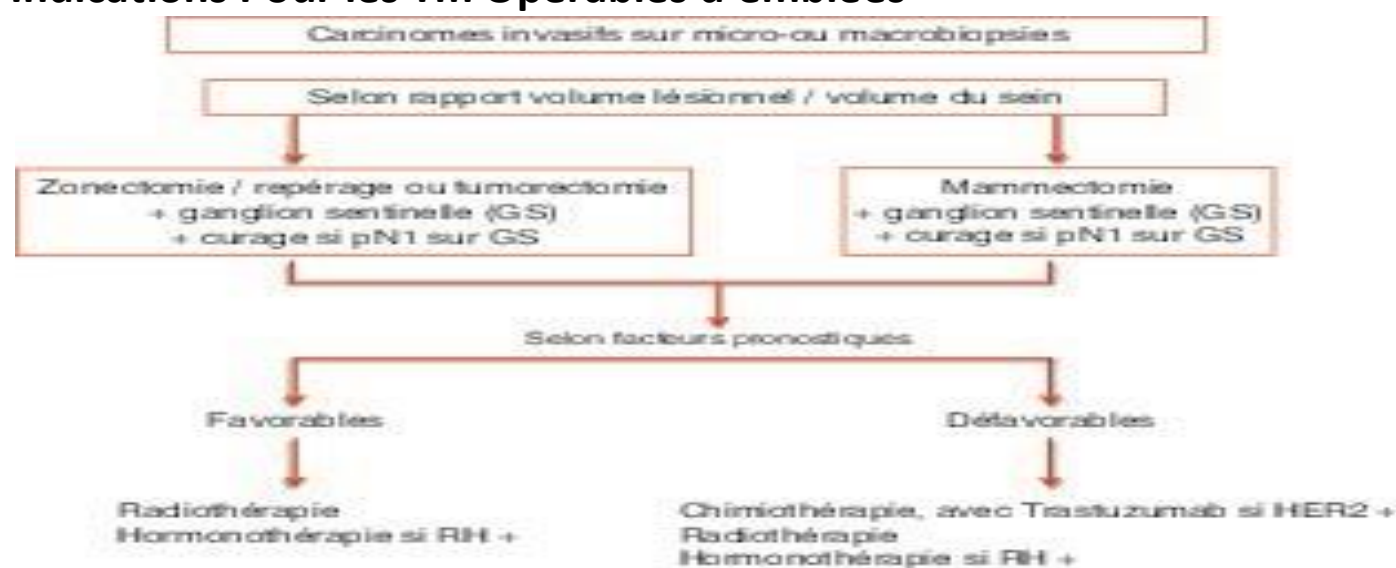
- Radiothérapie externe : Radiothérapie adjuvante :
 - ✓ Radiothérapie du sein restant : systématique
 - ✓ RTE de la paroi thoracique : si mammectomie et tumeur localement avancé
 - ✓ Rte des aires ganglionnaires : en cas d'envahissement ganglionnaire
 - ✓ Chimiothérapie :
 - ✓ Pour les stades Précoces : *en néoadjuvant ou en adjuvant* : la Polychimiothérapie séquentielle : anthracyclines et de taxanes +/- Thérapie ciblée
 - ✓ Pour les stade métastatique : mono-chimiothérapie +/- Thérapie ciblée

- Hormonothérapie : Toutes les patientes dont la tumeur suréxprime les récepteurs hormonaux :
- Non ménopausée - Anti-oestrogène (Tamoxifène) pendant 5 ans +/- Castration par analogue LH-RH
 - Effets secondaires du TAM : Cancer de l'endomètre , Syndrome climatérique
- Ménopausée : Anti-aromatases : inhibition de la transformation périphérique des androgènes en oestrogènes
 - Effets secondaires : arthralgies, myalgies
- Thérapie ciblée : Les Anti HER2 pour les tumeurs surexprimant le récepteur HER :

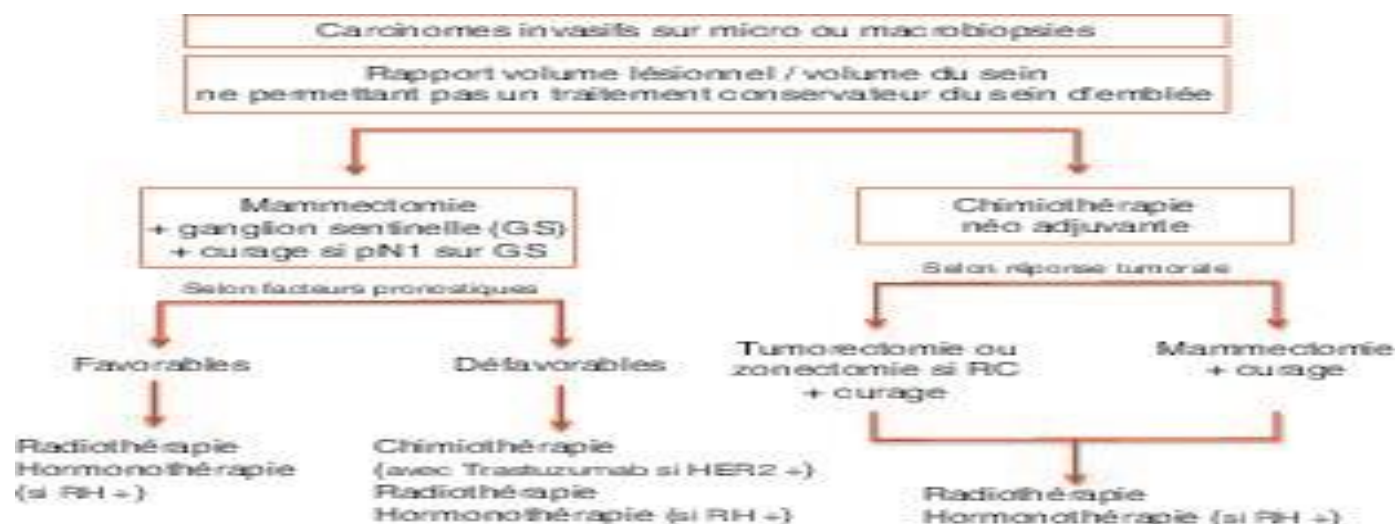
Exp : Trastuzumab

- Effets secondaires : Toxicité cardiaque imposant un contrôle périodique de la fraction d'éjection ventriculaire

Indications Pour les Tm Opérables d'emblées



Tumeurs Non accessibles à un trt conservateur d'emblée



Pour les Tumeurs Métastatiques

- Traitement systémique : Chimiothérapie , Thérapie ciblée , Hormonothérapie

Pour les Carcinomes In Situ

Prise en charge chirurgicale +/- Radiothérapie

- Chirurgie :

*conservatrice (zonectomie ou tumorectomie)

*radicale (mammectomie)

en fonction : de la taille lésionnelle, du nombre de foyer, et du volume des seins.

La marge de tissus sains tout autour du carcinome doit être au moins ≥ 2 mm.

- Si Conservatrice : radiothérapie adjuvante systématique sur le sein restant +++

Surveillance

- Rythme :
 - Chaque 3 mois pdt les 2 premières années
 - Chaque 6 mois jusqu'à 5 ans
 - Annuel : à vie
- Moyens :
 - Ex Clinique + echo A/P + Marqueurs tumoraux (ca 15.3)/3mois , Rx Thorax Chaque 6 mois

Conclusion :

- Le cancer du sein est un cancer fréquent et constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme
- Son pronostic peut être nettement amélioré si il est diagnostiqué à un stade précoce , pourquoi pas au stade In situ

Ceci est rendu possible grâce au dépistage +++

Dépistage du sein

- Dépistage de masse organisé :

Concerne toutes les femmes asymptomatiques, hors forme familiale

- Toutes les femmes âgées de 40 -45 ans (En Fr c'est à partir de 50 ans)
- Mammographie bilatérale tous les 2 ans
- Education à l'auto-palpation ++++

- **Dépistage chez les femmes avec formes familiales ++ BRCA ½:**

IRM mammaire + mammographie +/- écho annuelles : Age plus jeune +++ (30 ans)

Tumeurs bénignes du sein

Introduction

- Motif fréquent de consultation
- Examen clinique complet et rigoureux (cf. cancer) : Examen bilatéral et comparatif des seins
- Mammographie /Echomammographie au moindre doute et microbiopsie avec étude anapath +++

Tumeurs Bénignes Solides du sein

- **1. Adénofibrome**
- Prolifération mixte épithéliale et conjonctive
- Tumeur bénigne solide du sein la plus fréquente

➤ Clinique :

- Femme jeune (20-30 ans)

- Nodule mammaire, indolore, **bien limité, mobile, élastique**
- Parfois multiple et/ou bilatéral

➤ Imagerie :

- Mammographie : opacité homogène bien limitée.
- Echographie : Lacune hypoéchogène homogène , Bien limitée, axe parallèle à la peau

- **Evolution** : Parfois, augmentation de volume pendant la grossesse - Diminution de volume après la ménopause
- **Conduite à tenir** :

Confirmation diagnostique histologique

- Surveillance clinique annuelle
- - Exérèse chirurgicale en cas de doute ou de gêne esthétique

- **2. Tumeur phyllode :**

- Prolifération mésenchymateuse prédominante +++
- Tumeur rare

- **Clinique :**

- **croissance rapide**, parfois **très volumineuse**
- vers 40 – 49 Ans

- **Imagerie :**

taille sv > 3 cm, forme irrégulière - **contours lobulés** , hétérogène - hypervascularisée , zones kystiques internes ++

- **Anapath** : 03 Grades de pronostic variable +++

- ✓ Grade 1: Benin
- ✓ Grade 2: Intermediaire
- ✓ Grade 3 : Haut grade malin ++ Sarcome phyllode

- **Evolution** : récurrence locale ++++ / métastases pour les Haut grade

- **Traitement** : exérèse large passant en tissu sain

3. Papillome intragalactophorique

- Prolifération papillaire bénigne
- Vers l'âge de 45-50 ans.
- Ecoulement séreux ou sanglant unipore
- Exérèse chirurgicale du canal galactophorique pathologique (= pyramidectomie)

4.Papillomatose juvénile :

- Femmes jeunes de moins de 25 ans
- Tuméfaction mobile souvent proche de l'aréole
- Exérèse chirurgicale

5.Hamartome :

- ✓ Lésion limitée par une capsule reproduisant du tissu mammaire normal
- ✓ Survenue possible à tout âge
- ✓ Exérèse chirurgicale dans un but diagnostique et esthétique.

6-Cytostéatonécrose :

- Tuméfaction de survenue spontanée ou suite à un traumatisme du sein
- Le plus souvent chez la femme ménopausée
- - Exérèse souvent nécessaire pour diagnostic histologique

7.Lipome du sein

Tumeurs bénignes Kystiques

1. Kyste mammaire :

- Formation liquidienne à point de départ galactophorique.
- Tumeur ronde, bien limitée, rénitente
- CAT : Cytoponction du kyste si gêne esthétique, à but diagnostique et thérapeutique (affaissement du kyste)

2. Dystrophies Fibrokystiques :

- Mastopathie très fréquente associant des éléments kystiques, avec une fibrose et une hyperplasie (simple ou atypique) des cellules épithéliales
- Survenue surtout en péri-ménopause sur un terrain d'hyperoestrogénie
- les signes fonctionnels sont dominés par des Mastodynies cycliques
- Traitement : Progestatifs en 2ème partie de cycle.
- Disparition après la ménopause.

Lésions mammaires à risque d'un Carcinome infiltrant

1- Hyperplasie épithéliale atypique

- Présence de plus de 3 couches cellulaires au sein de galactophore
- Hyperplasie canalaire ou lobulaire
- Différents stades : non proliférante, simple et atypique

2-Carcinomes In situ :

- Risque relatif x 9-10 de caractère infiltrant

3-Radial scar (Cicatrice mammaire):

- Lésion stellaire à centre scléroélastosique
- Lésion de la femme âgée

4-Adénose sclérosante

- Processus prolifératif d'origine inconnue chez la femme 40-50 ans
- Aspect de rupture architecturale en mammographie +++++