



Cas cliniques sénologie

Journées Jean Cohen 5 novembre 2011

Anne-Sophie HAMY, Marc ESPIE,
Centre des maladies du sein, Hôpital Saint-Louis, Paris

Remerciements au Dr Albiter et de Bazelaire pour iconographies

1. Mme G.C

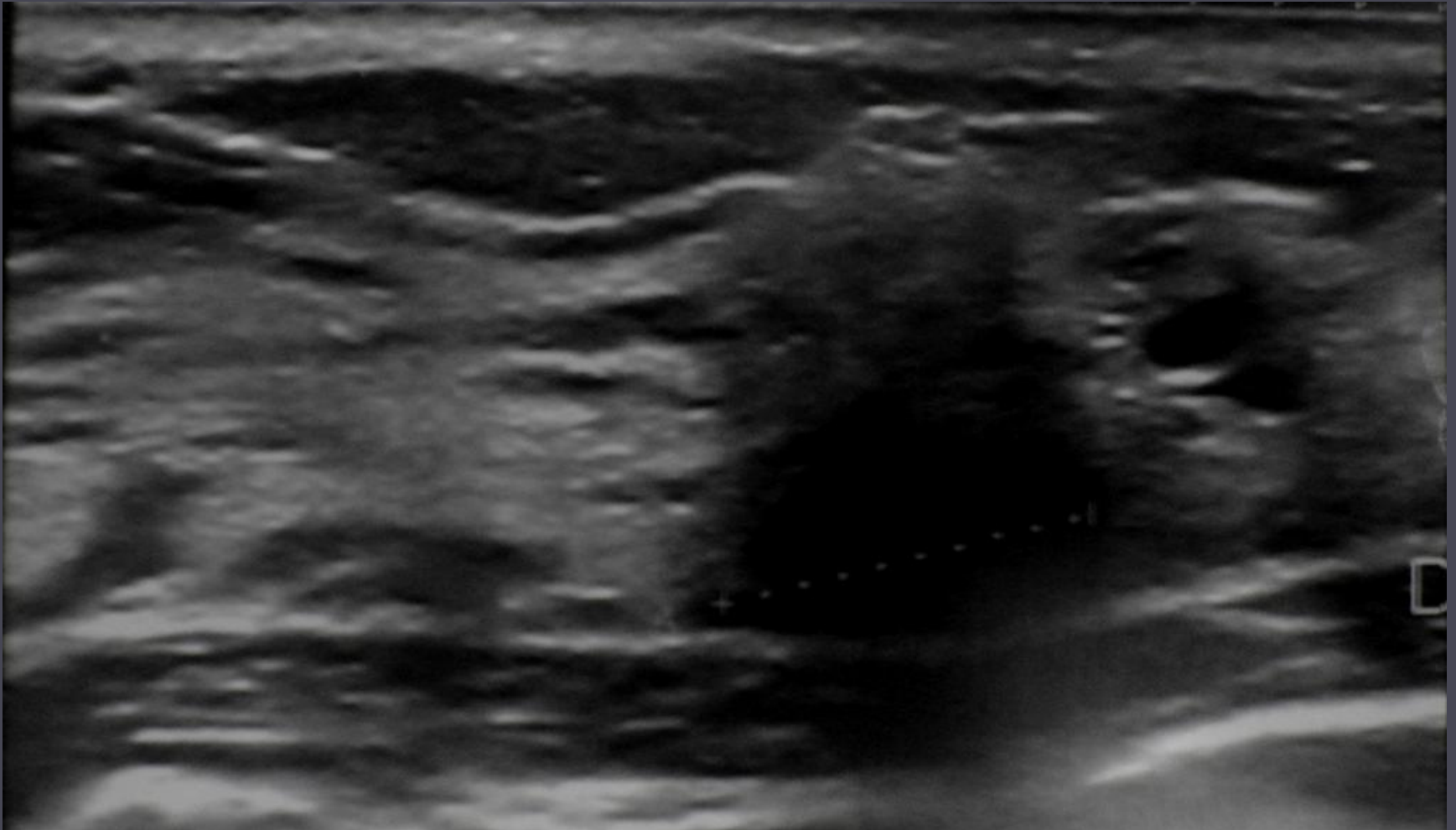
- ▶ Patiente de 23 ans
- ▶ ATCD familiaux:
 - ▶ Tante maternelle K sein à 55 ans
 - ▶ Cousine germaine maternelle k sein à 35 ans
- ▶ Autopalpation d'un nodule du sein droit en 2005: échographie = masse d'allure bénigne de 10 mm
- ▶ Fin 2010 augmentation en taille de la masse

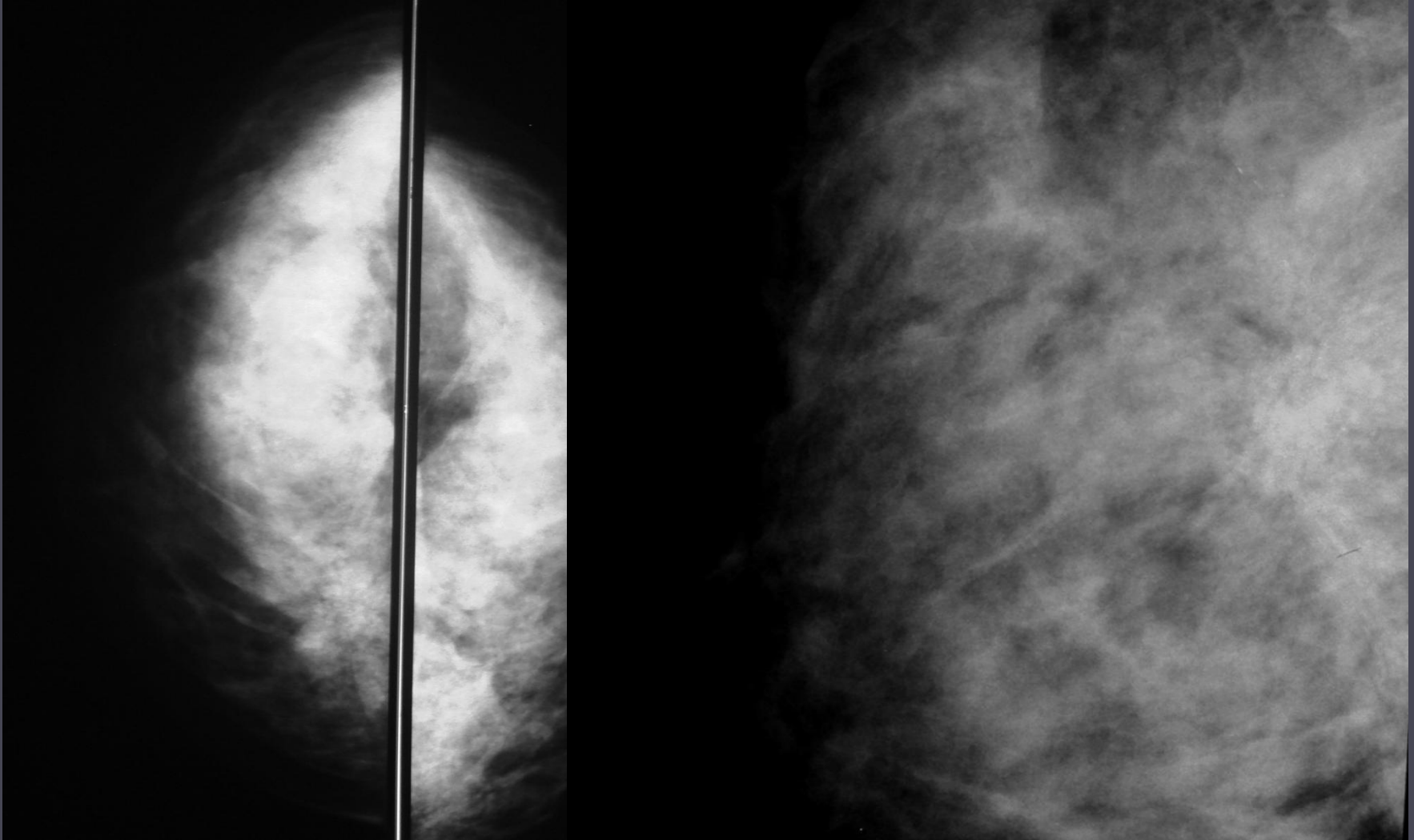
- ▶ Que proposez vous?
 - ▶ 1. échographie mammaire
 - ▶ 2. mammographie et échographie mammaire
 - ▶ 3. microbiopsie
 - ▶ 4. IRM

Que proposez vous?

- ▶ 1. échographie mammaire
 - ▶ Oui
- ▶ 2. mammographie et échographie mammaire
 - ▶ Oui, mammographie
- ▶ 3. microbiopsie
 - ▶ Oui, une masse palpable doit bénéficier d'un prélèvement
- ▶ 4. IRM
 - ▶ Non, pas en première intention







Examens complémentaires (suite)

- ▶ Microbiopsie
 - ▶ Mastopathie fibrokystique
- ▶ IRM
 - ▶ Prise de contraste régionale du QSI du sein droit
- ▶ Que décidez vous?
 - ▶ Surveillance
 - ▶ Nouvelle biopsie
 - ▶ Chirurgie



Chirurgie après repérage

- ▶ Une chirurgie est décidée en raison :
 - ▶ ATCD familiaux à risque
 - ▶ Aspect radiologique inquiétant de la lésion
 - ▶ Localisation de la masse (quadrants internes, profonde)
- ▶ Une nouvelle série de biopsie aurait pu être discutée, mais dans le contexte, une chirurgie était indiquée quoiqu'il arrive
- ▶ **Histologie** : Foyer de mastopathie complexe sans lésion proliférante, sans signe histologique de malignité

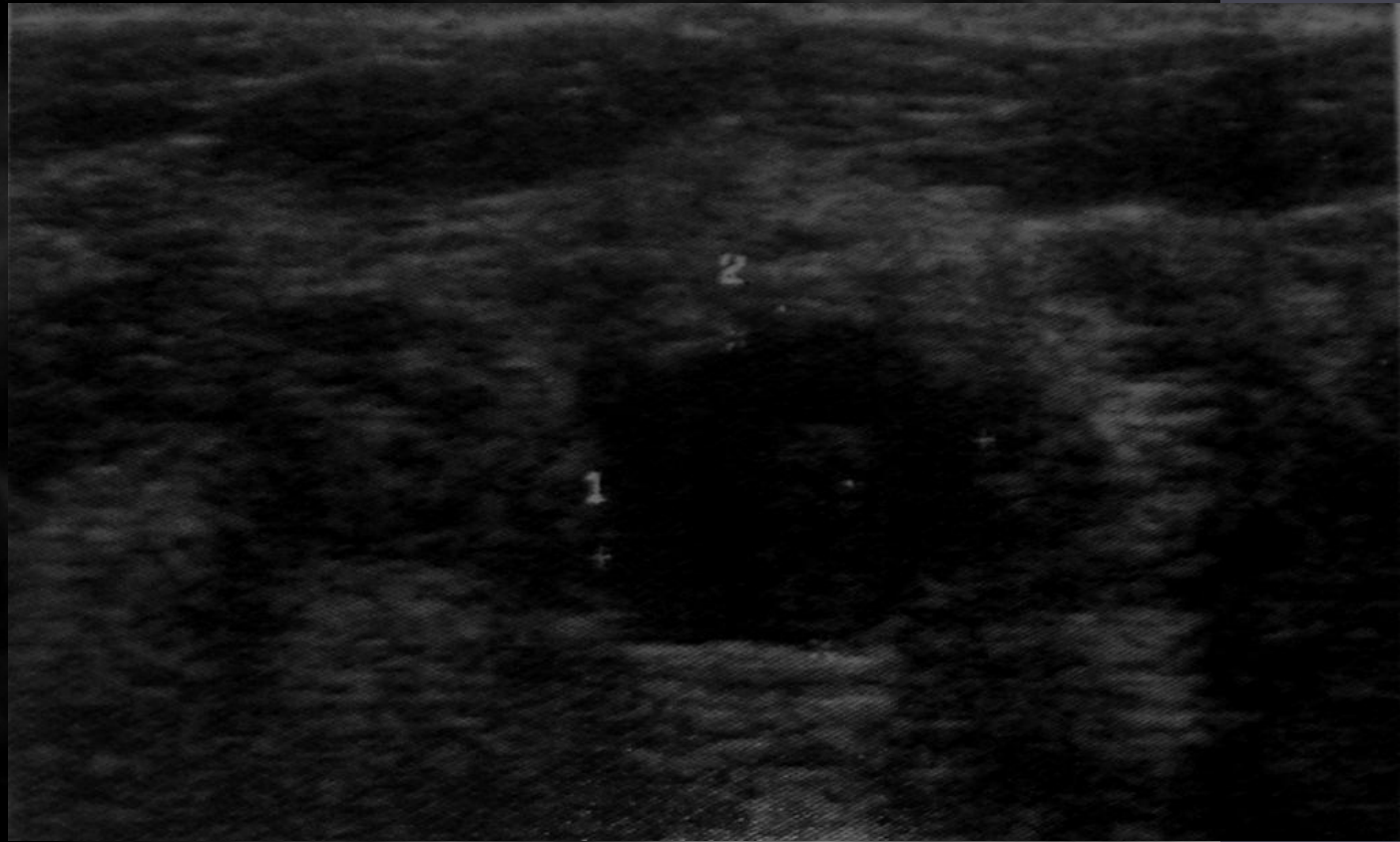
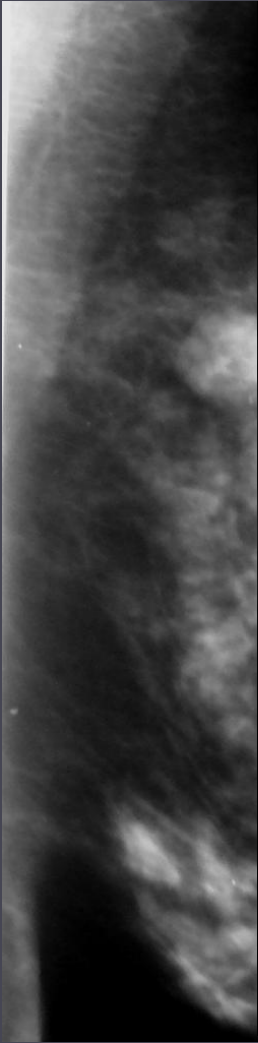


Des lésions bénignes peuvent avoir une sémiologie radiologique très inquiétante

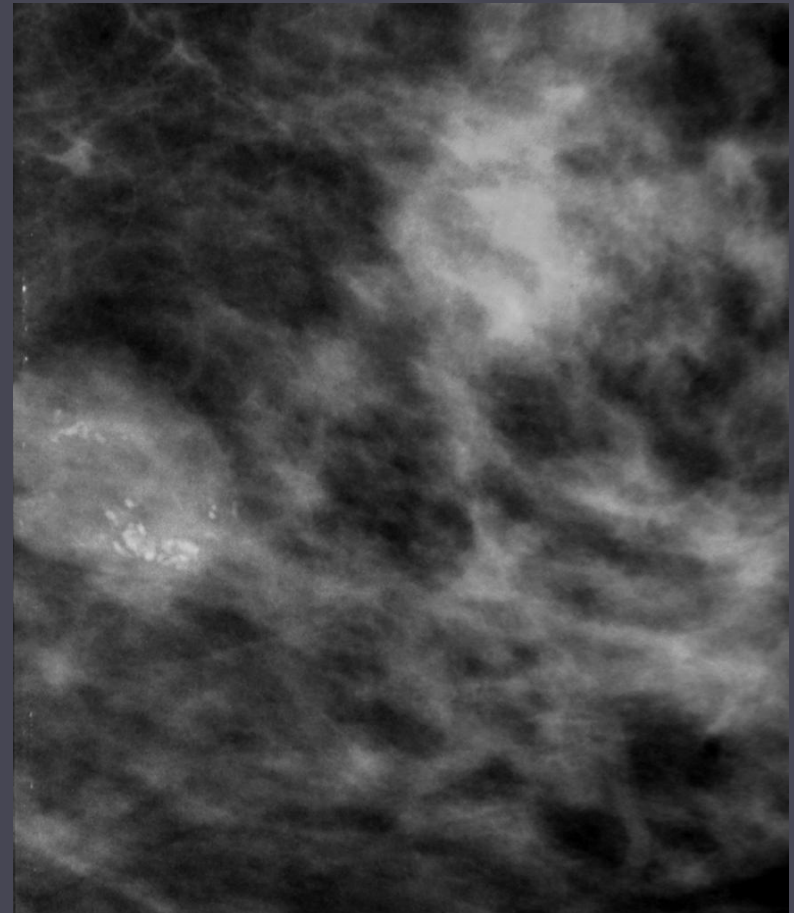
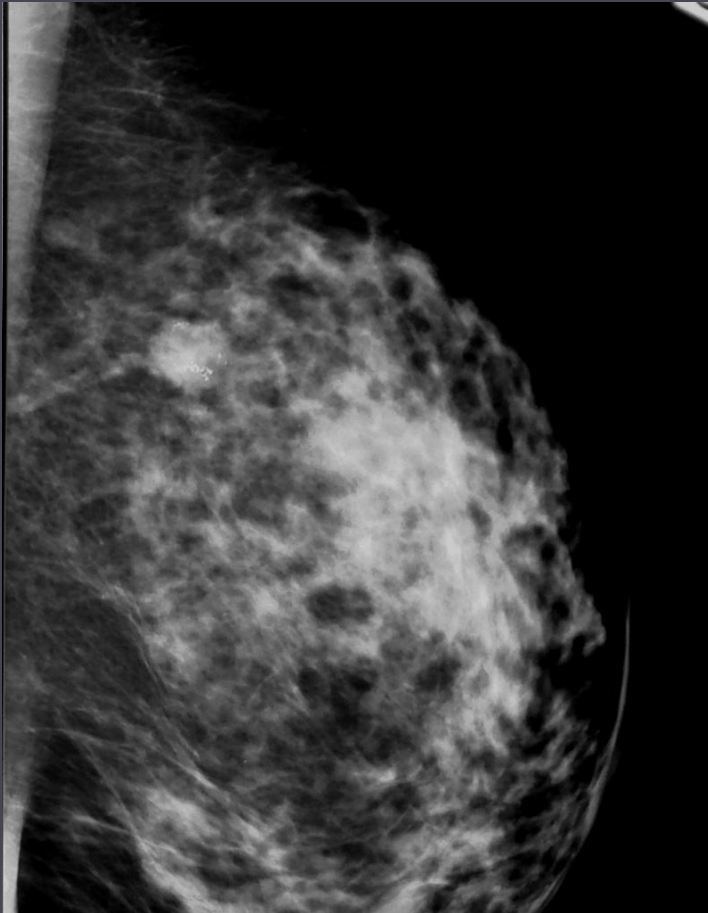
2. Mme N.F

- ▶ **Patiente de 53 ans**
- ▶ **Ponction il y à 10 ans d'une masse du sein gauche : adénofibrome**

Mammographie et échographie 2005



Echographie: masse circonscrite de 12 x 8 mm, QSI sein gauche



Que proposez vous?

- Surveillance
- Microbiopsie
- IRM
- Chirurgie



Que proposez vous?

-Surveillance : non

Une image qui se modifie doit faire discuter un nouveau prélèvement

-Microbiopsie : oui

-IRM, non, pas d'indication

-Chirurgie : non, pas d'emblée

Progrès des techniques de prélèvements depuis 10 ans, on propose dans un premier temps une microbiopsie.



Suite

- ▶ **Microbiopsie**
 - ▶ Fibroadénome complexe avec plusieurs sections suspectes de CIC de haut grade

- ▶ **Tumorectomie**
 - ▶ Fibroadénome complexe contenant dans son sein un CIC de haut grade dans une unique lumière canalaire et un foyer de CIC de bas grade s'étendant sur 6 mm.

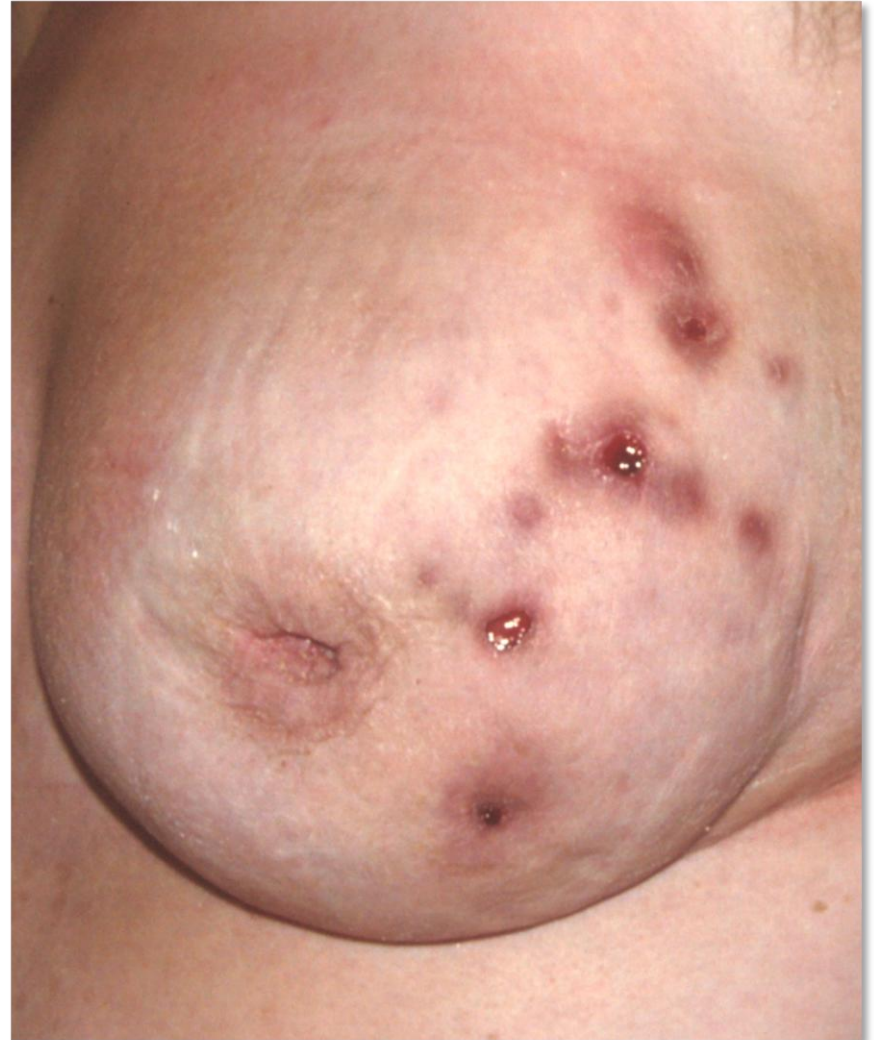


***-Attention à la modification d'une image antérieurement biopsiée !
-Nécessité d'une surveillance à long terme des anomalies bénignes***

Cas N° 3

- ▶ Concernant les mastites à plasmocytes et granulomateuses, Quelle proposition est vraie?
 - A. Elles sont rares?
 - B. Elles sont favorisées par le tabac ?
 - C. Elles sont rétroaréolaires?
 - D. La mammographie et l'échographie sont rassurantes?
 - E. Le traitement repose sur les antiinflammatoires non stéroïdiens?
 - F. Elles récidivent rarement?

Choix Simple

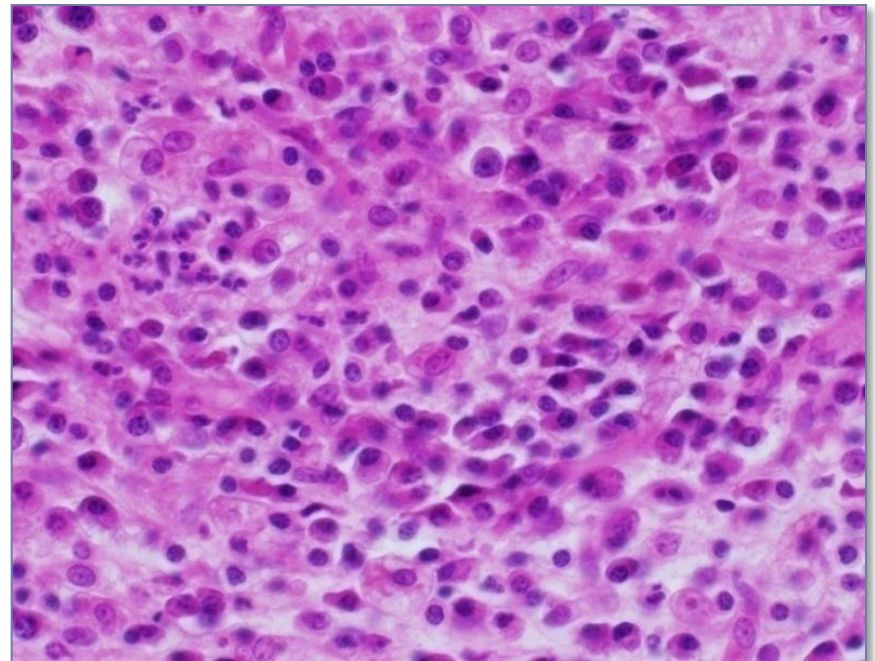
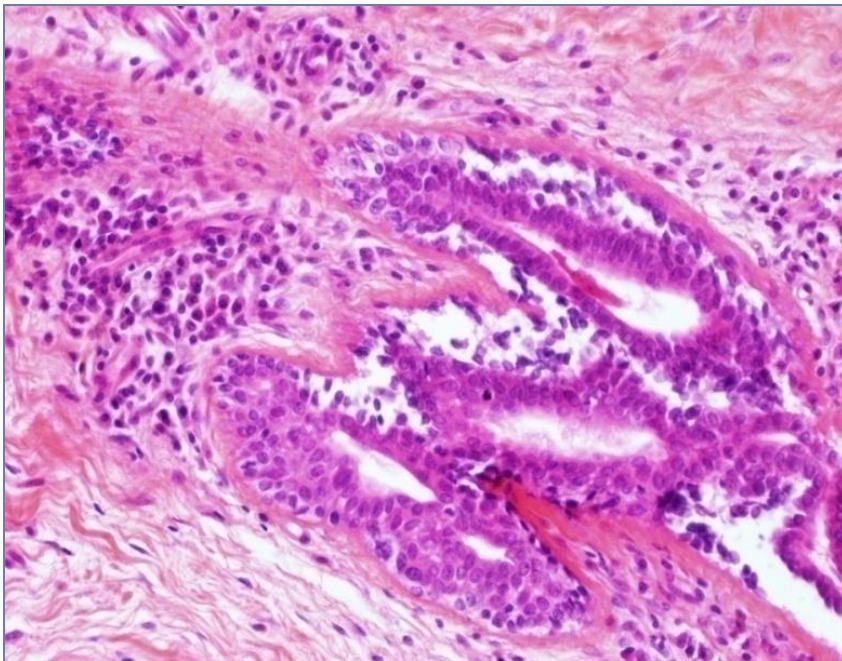


Réponses 3

- A. **Rares Non** : elles sont méconnues mais fréquentes (20% des seins inflammatoires).
- B. **Tabac Non** : seule les mastites à plasmocytes sont liées aux tabac. Un contexte psychologique difficile est souvent retrouvé.
- C. **Rétroaréolaires Non** : les mastites à plasmocytes sont rétroaréolaires mais les mastites granulomateuses sont plutôt profondes.
- D. **Mammo-Echo. Non** : les seins sont denses avec des distorsions en mammographies et atténuant avec des masses en échographie.
- E. **AINS Oui** : c'est le meilleur traitement. La chirurgie ne réduit pas les récives et conduit souvent à une mastectomie.
- F. **Récidive Non** : les récives sont fréquente (50%, délai médian de 6 mois).

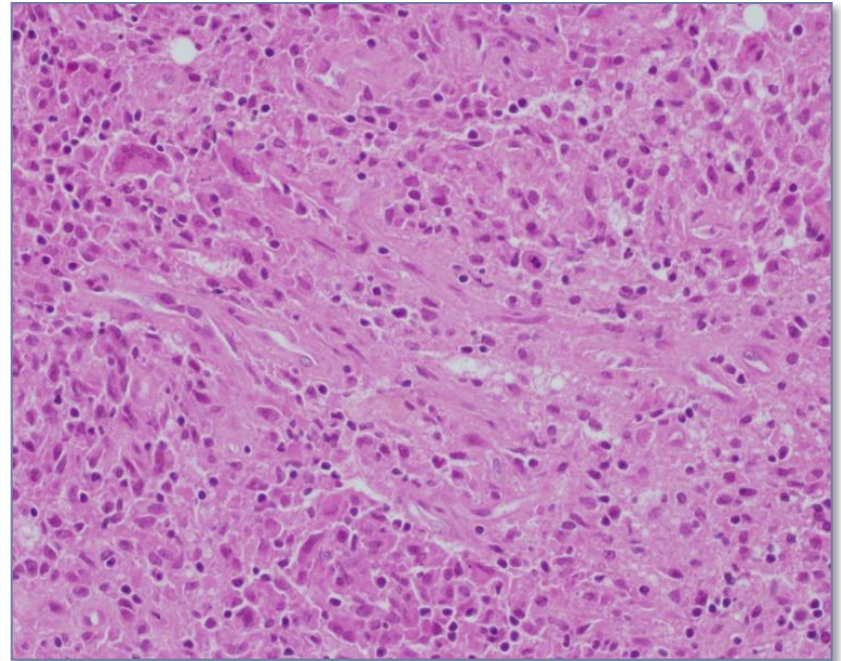
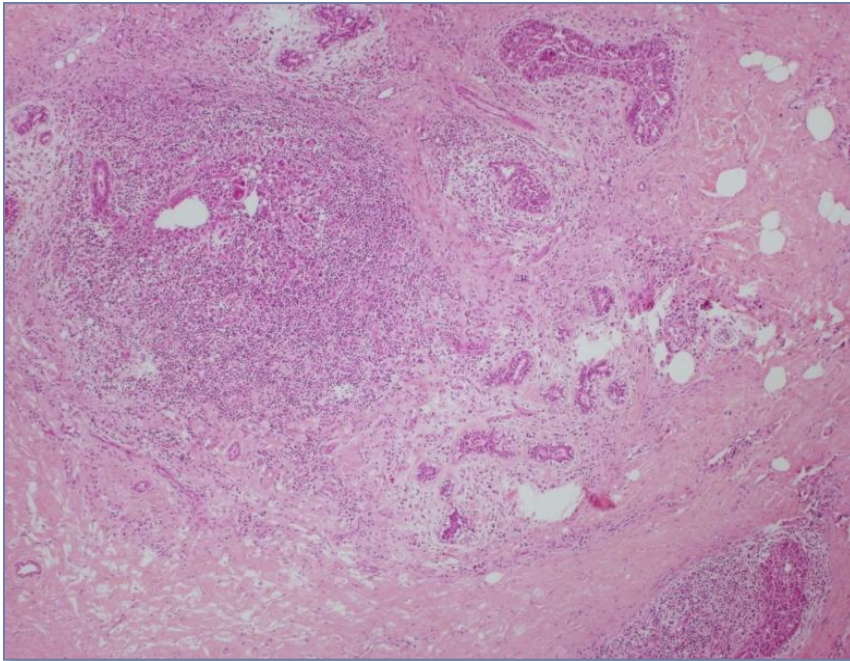
Mastite à plasmocytes

- ▶ Infiltrat lympho-plasmocytaire entoure et détruit les canaux galactophores, plus ou moins dilatés réalisant des lésions de mastite périductales à plasmocytes
- ▶ Dans zones cliniquement pseudo-abcédées, l'infiltrat diffus associe des lymphocytes, plasmocytes et quelques polynucléaires neutrophiles



Mastites granulomateuses

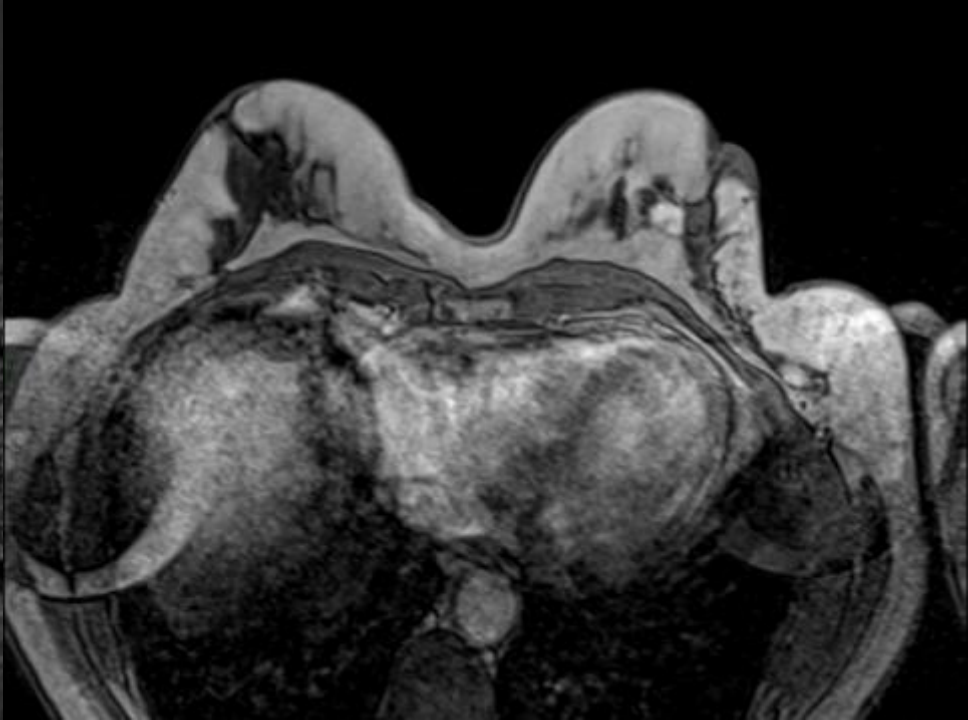
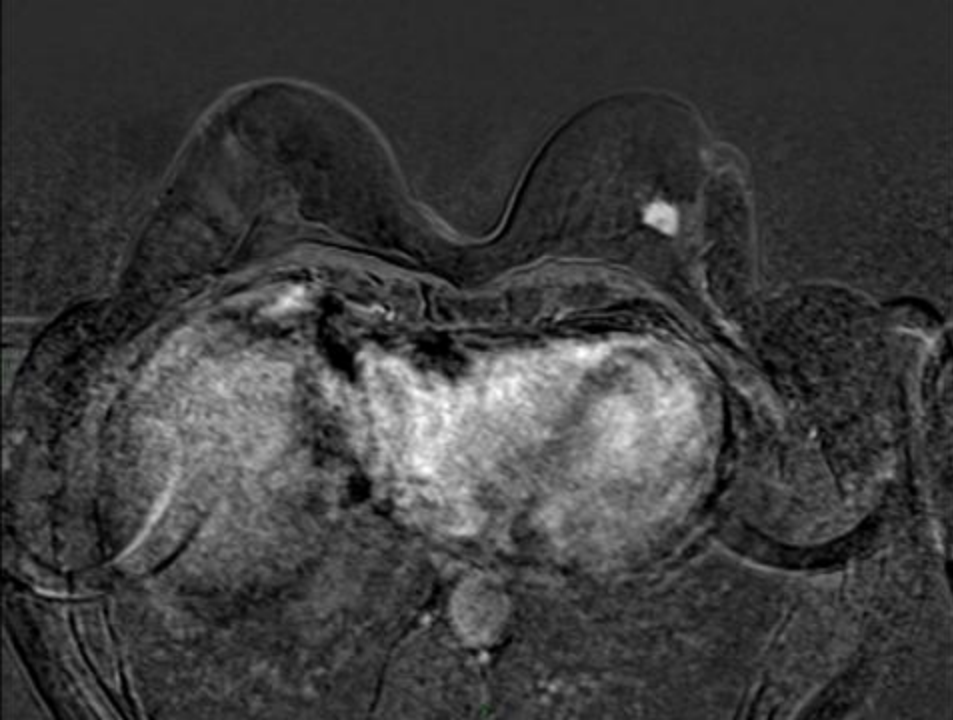
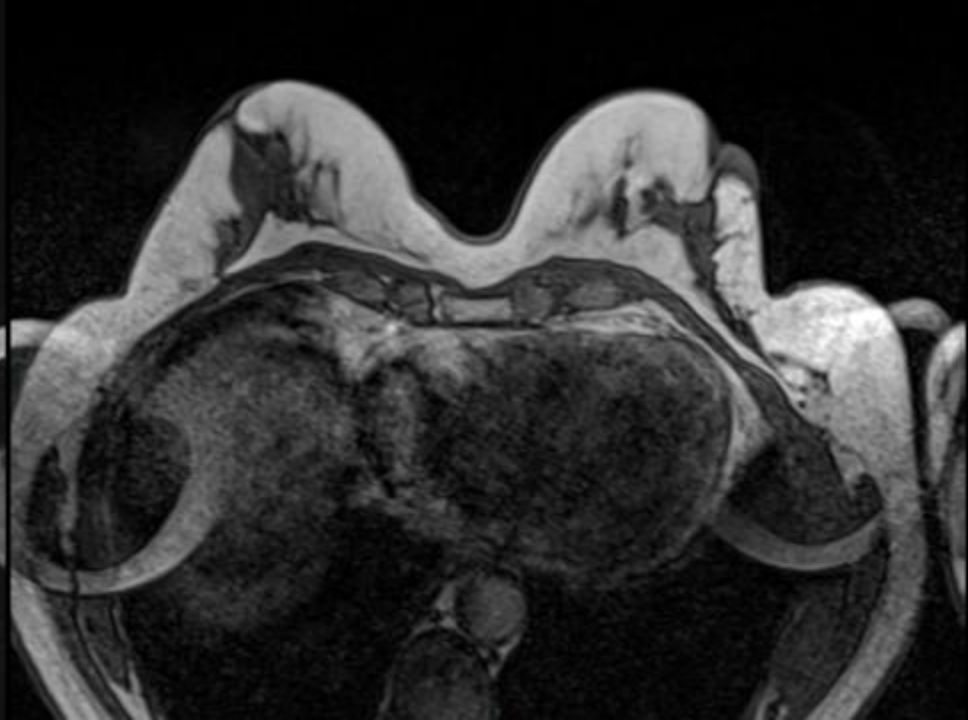
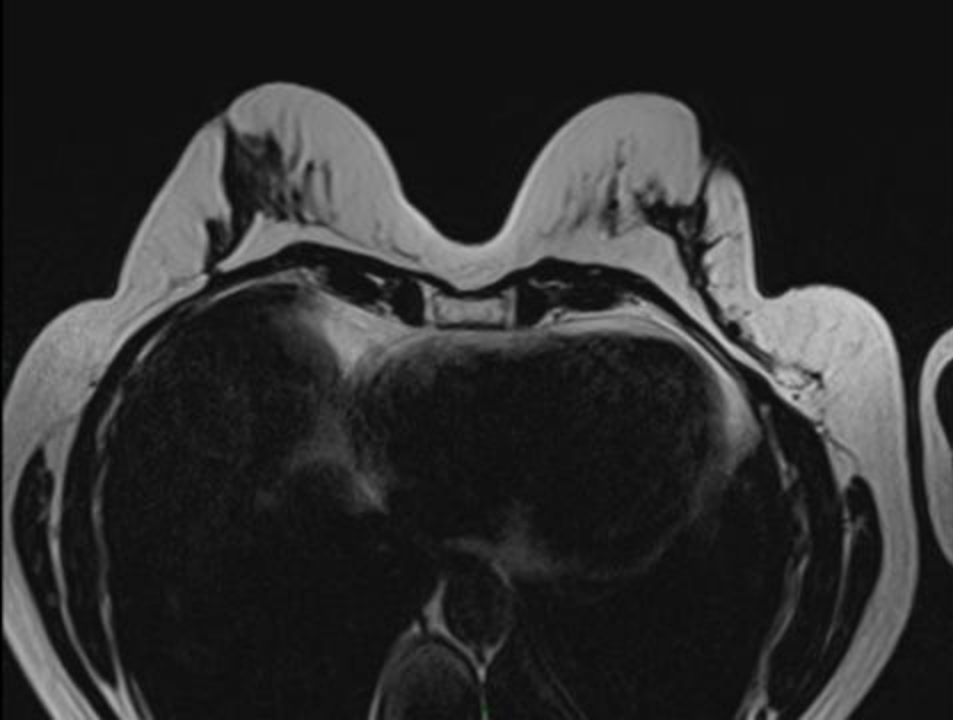
- ▶ Le parenchyme mammaire est le siège d'une fibrose et d'un infiltrat granulomateux épithélioïde et géantocellulaire non centré sur les canaux galactophores
- ▶ Le granulome est constitué d'histiocytes en différenciation épithélioïde et de cellules géantes, sans nécrose caséuse

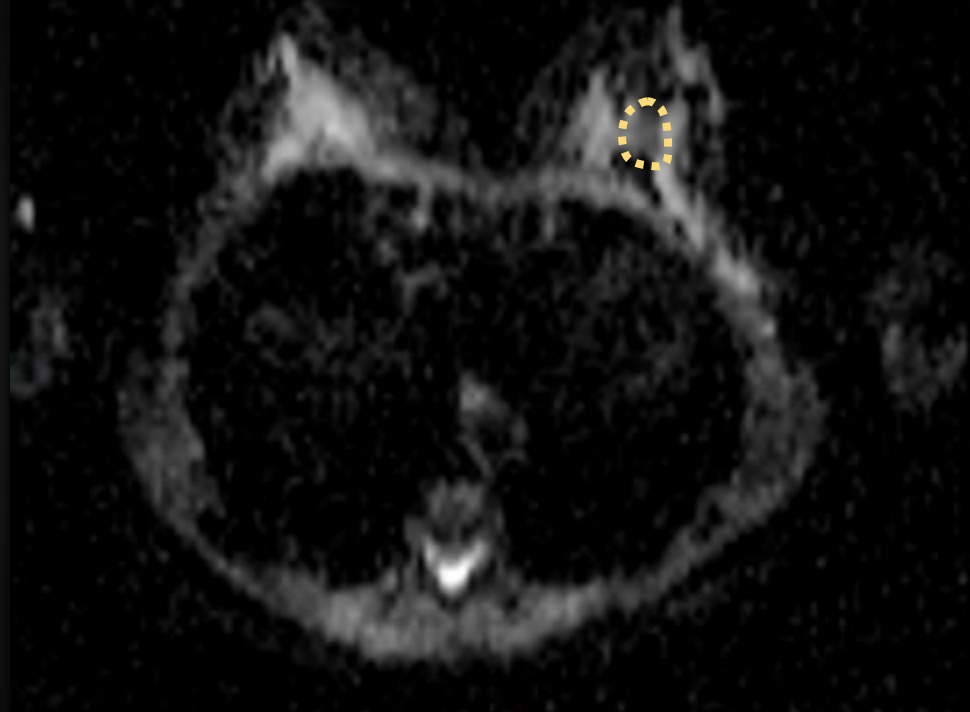


4. Madame KL

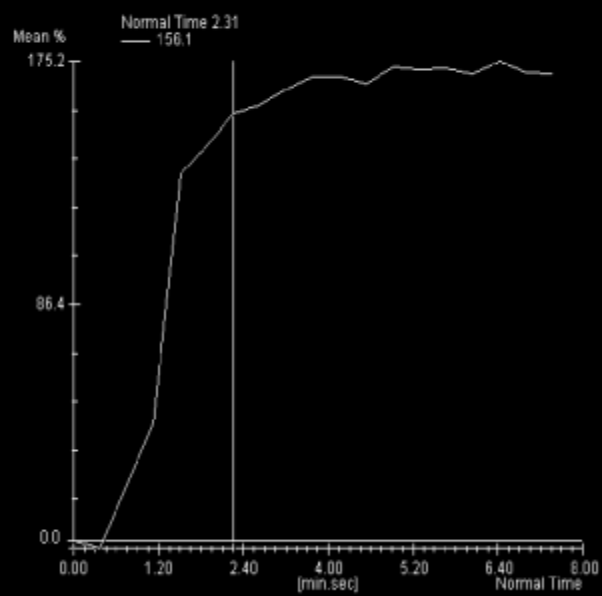
- ▶ ATCD de cancer du sein droit opéré en 1995
- ▶ Adénofibrome du sein gauche opéré en 2007
- ▶ Clinique
 - ▶ Rétraction mamelonnaire
- ▶ Mammographie et échographie
 - ▶ Surcroît d'opacité du sein gauche en mammographie d'apparition récente : cicatrice

Intérêt d'une IRM?





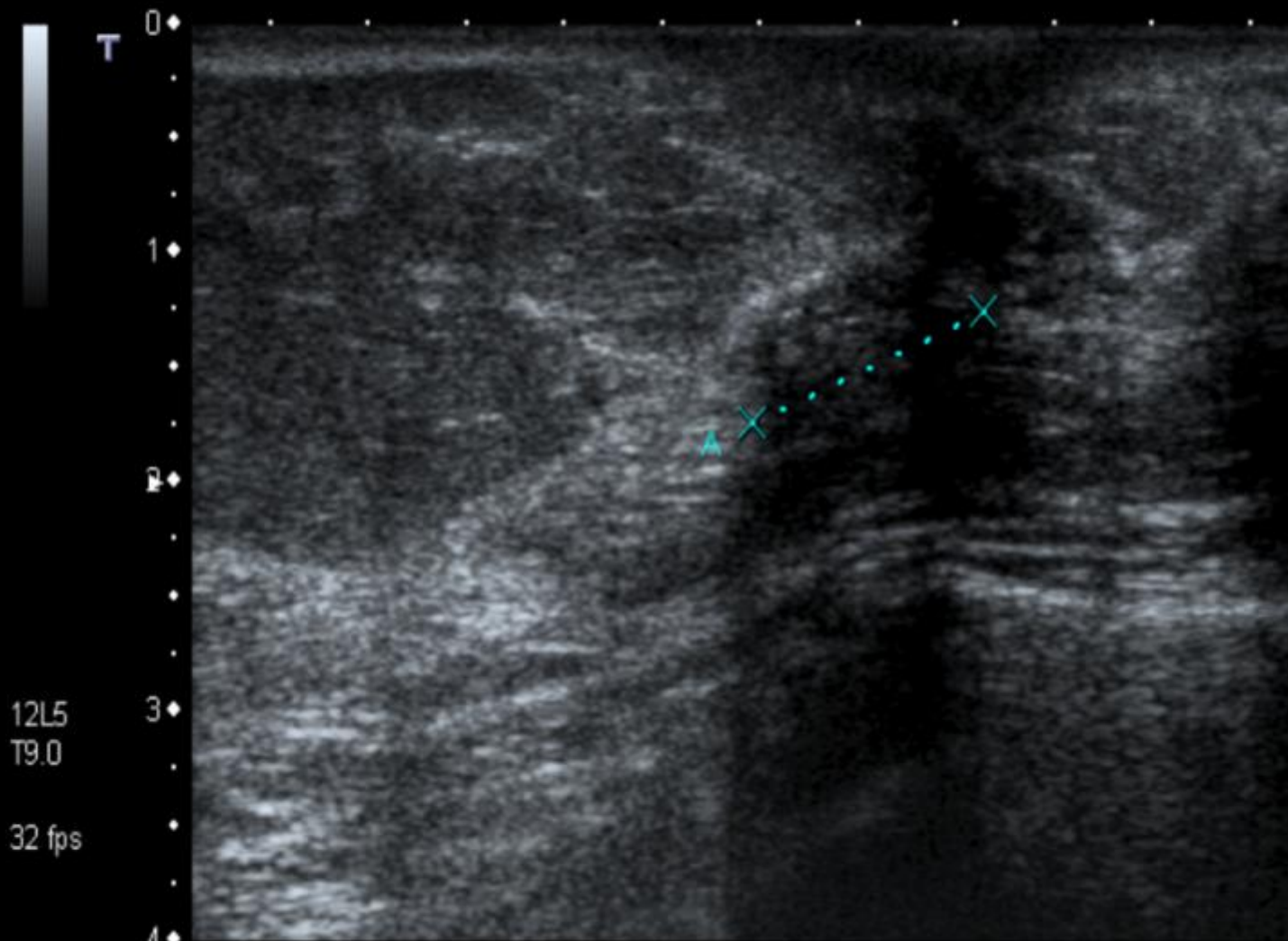
Mean Curve across (11 ima 42 - 44 ima 42; rel 11 ima 42) norm
Scaling: Factor = 1.0 Offset = 0.0 SP H1.0
Average of mean values: 1: 139.45
Average of areas: 1: 0.77



4. Madame KL

- ▶ ATCD de cancer du sein droit opéré en 1995
- ▶ Adénofibrome du sein gauche opéré en 2007
- ▶ Clinique
 - ▶ Rétraction mamelonnaire
- ▶ Mammographie et échographie
 - ▶ Surcroît d'opacité du sein gauche en mammographie d'apparition récente : cicatrice
- ▶ IRM
 - ▶ ACR 4b

Que proposez-vous?



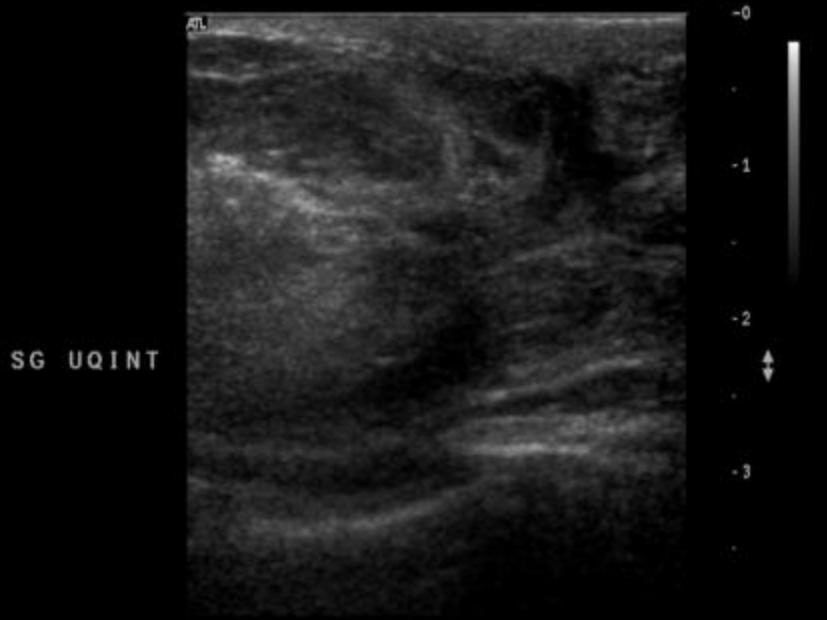
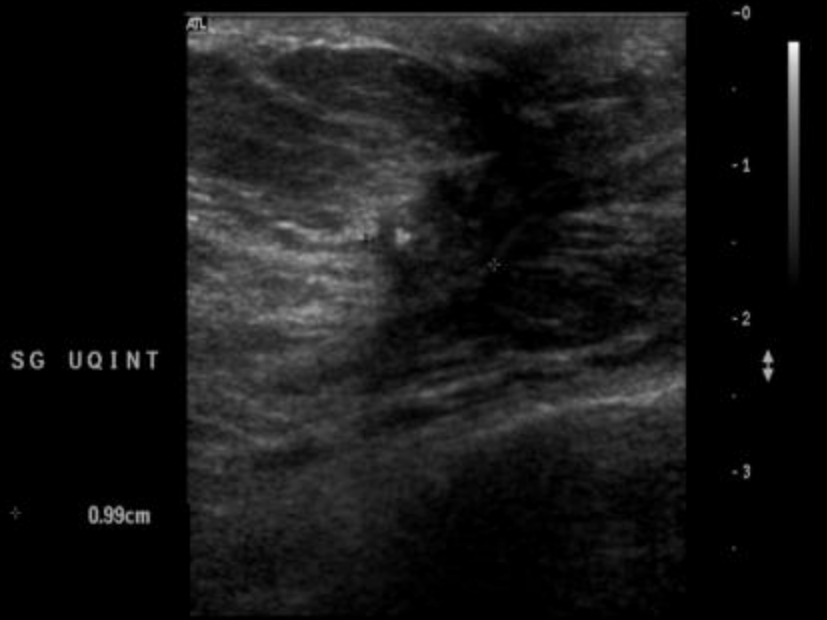
SG RETRO MAM_

Dist A	12.7 mm		
--------	---------	--	--

4. Madame KL

- ▶ ATCD de cancer du sein droit opéré en 1995
- ▶ Adénofibrome du sein gauche opéré en 2007
- ▶ Clinique
 - ▶ Rétraction mamelonnaire
- ▶ Mammographie et échographie
 - ▶ Surcroit d'opacité du sein gauche en mammographie d'apparition récente : cicatrice
- ▶ IRM
 - ▶ ACR 4b
- ▶ Microbiopsie
 - ▶ Fibrose cicatricielle

Que faites-vous?



4. Madame KL

- ▶ ATCD de cancer du sein droit opéré en 1995
- ▶ Adénofibrome du sein gauche opéré en 2007
- ▶ Clinique
 - ▶ Rétraction mamelonnaire
- ▶ Mammographie et échographie
 - ▶ Surcroit d'opacité du sein gauche en mammographie d'apparition récente : cicatrice
- ▶ IRM
 - ▶ ACR 4b
- ▶ Microbiopsie n°1
 - ▶ Fibrose cicatricielle
- ▶ Microbiopsie n°2
 - ▶ CCI

4. Madame KL

- ▶ ATCD de cancer du sein droit opéré en 1995
- ▶ Adénofibrome du sein gauche opéré en 2007
- ▶ Clinique
 - ▶ Rétraction mamelonnaire
- ▶ Mammographie et échographie
 - ▶ Surcroit d'opacité du sein gauche en mammographie d'apparition récente : cicatrice
- ▶ IRM
 - ▶ ACR 4b
- ▶ Microbiopsie n°1
 - ▶ Fibrose cicatricielle
- ▶ Microbiopsie n°2
 - ▶ CCI



L'IRM mammaire est utile car la patiente est symptomatique avec un bilan conventionnel normal.

5. Madame DMC

- ▶ ATCD CIC sein gauche il y a 15 ans sans radiothérapie
- ▶ Clinique
 - ▶ Apparition d'un écoulement mamelonnaire unipore citrin de très faible abondance
- ▶ Mammographie et échographie mammaires normales
- ▶ Que proposez vous?
 - ▶ Cytologie écoulement?
 - ▶ Galactographie?
 - ▶ Dosage prolactine?
 - ▶ IRM?

Madame DMC

- ▶ Antécédents de CCI homolatéral sans radiothérapie il y a 15 ans
- ▶ Clinique
 - ▶ Écoulement mamelonnaire gauche récent
- ▶ IRM du 11/10/2010
 - ▶ ACR 2

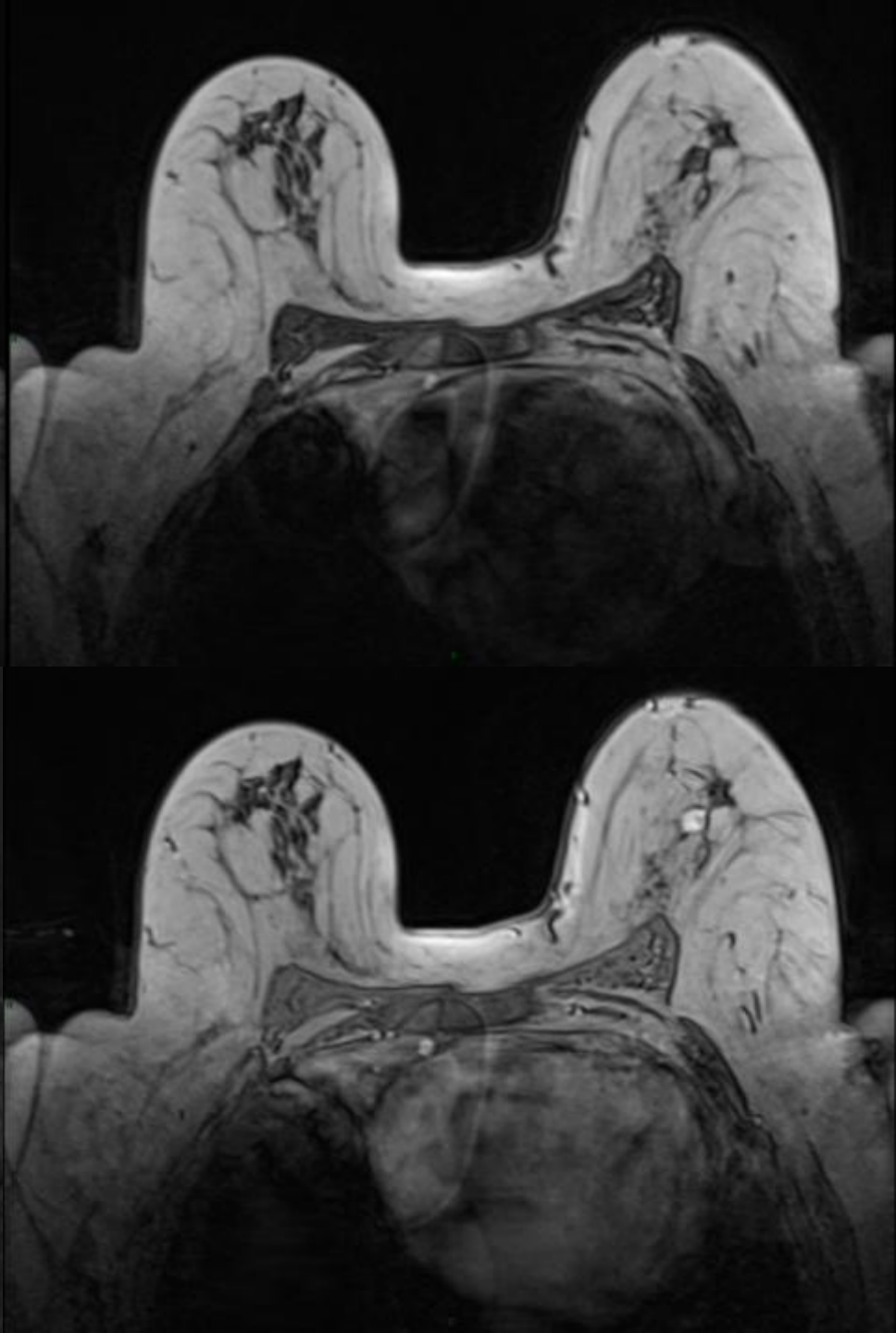
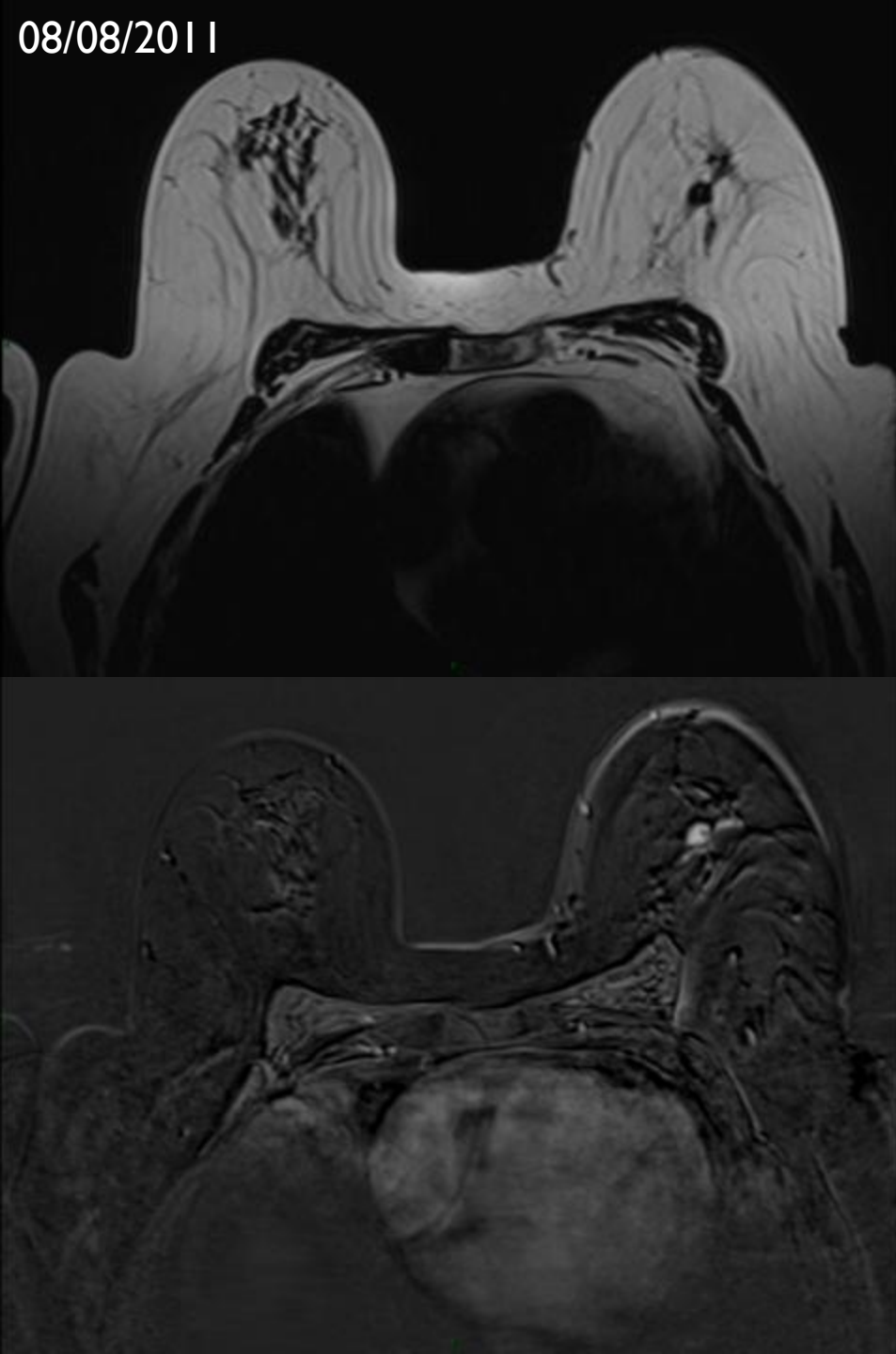
Que proposez-vous?

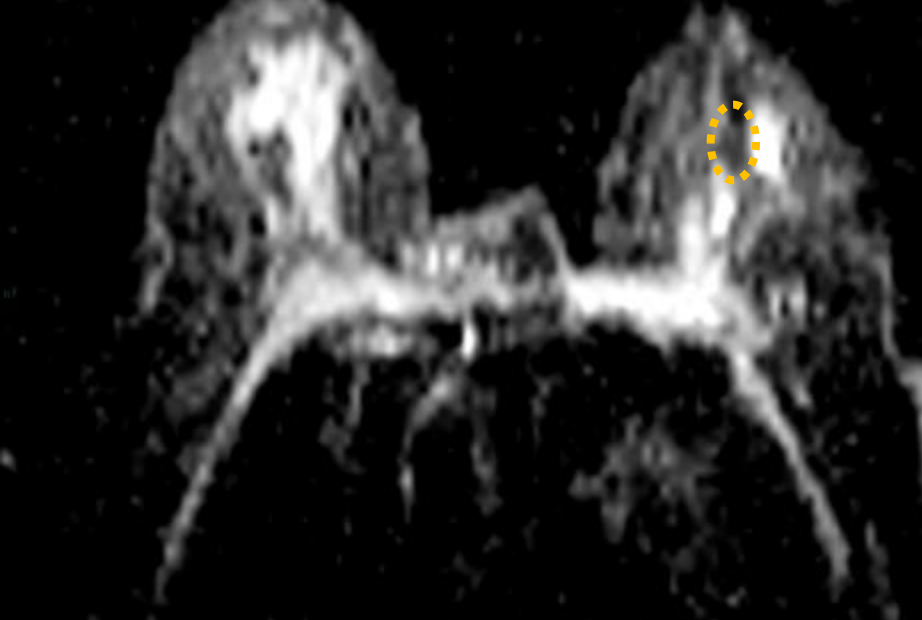
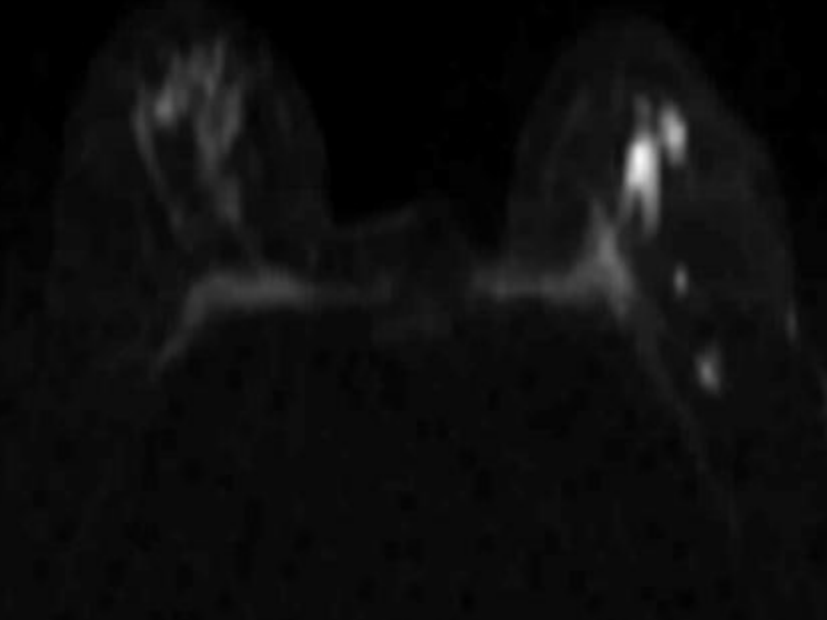
Examens

- ▶ Cytologie écoulement : Oui
 - ▶ acellulaire
 - ▶ Galactographie
 - ▶ Non effectuée, mais indiquée dans le bilan d'un écoulement unipore (guide le geste chirurgical)
 - ▶ Dosage prolactine :
 - ▶ Non, car écoulement unipore citrin
 - ▶ IRM : Oui
 - ▶ Normale, ACR2
- ▶ Une surveillance simple est proposée à la patiente...

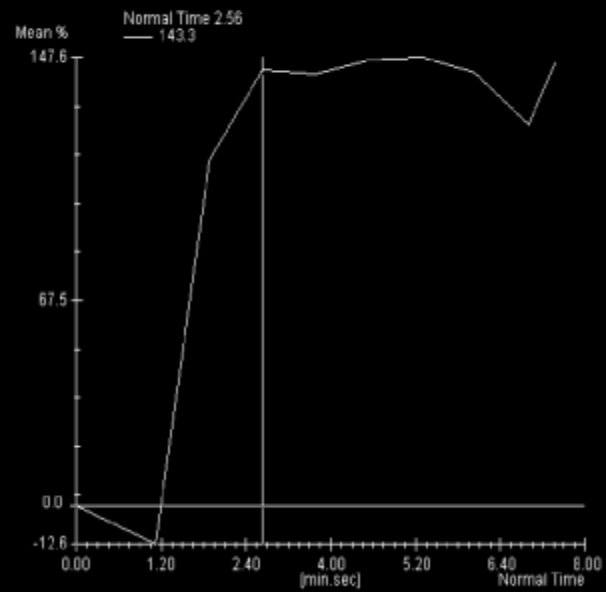


08/08/2011





Mean Curve across (10 ima 66 - 43 ima 66; rel 10 ima 66) norm
Scaling Factor = 1.0 Offset = 0.0 SP H39.1
Average of mean values: 1: 109.48
Average of areas: 1: 0.42





0

T

1

2

3

4



2DG
87
DR
65

14L7
T14.0

33 fps



Madame DMC

- ▶ IRM du 08/08/2011
 - ▶ ACR 4.
- ▶ Microbiopsie
 - ▶ CCI SBR II à UQS du sein gauche.



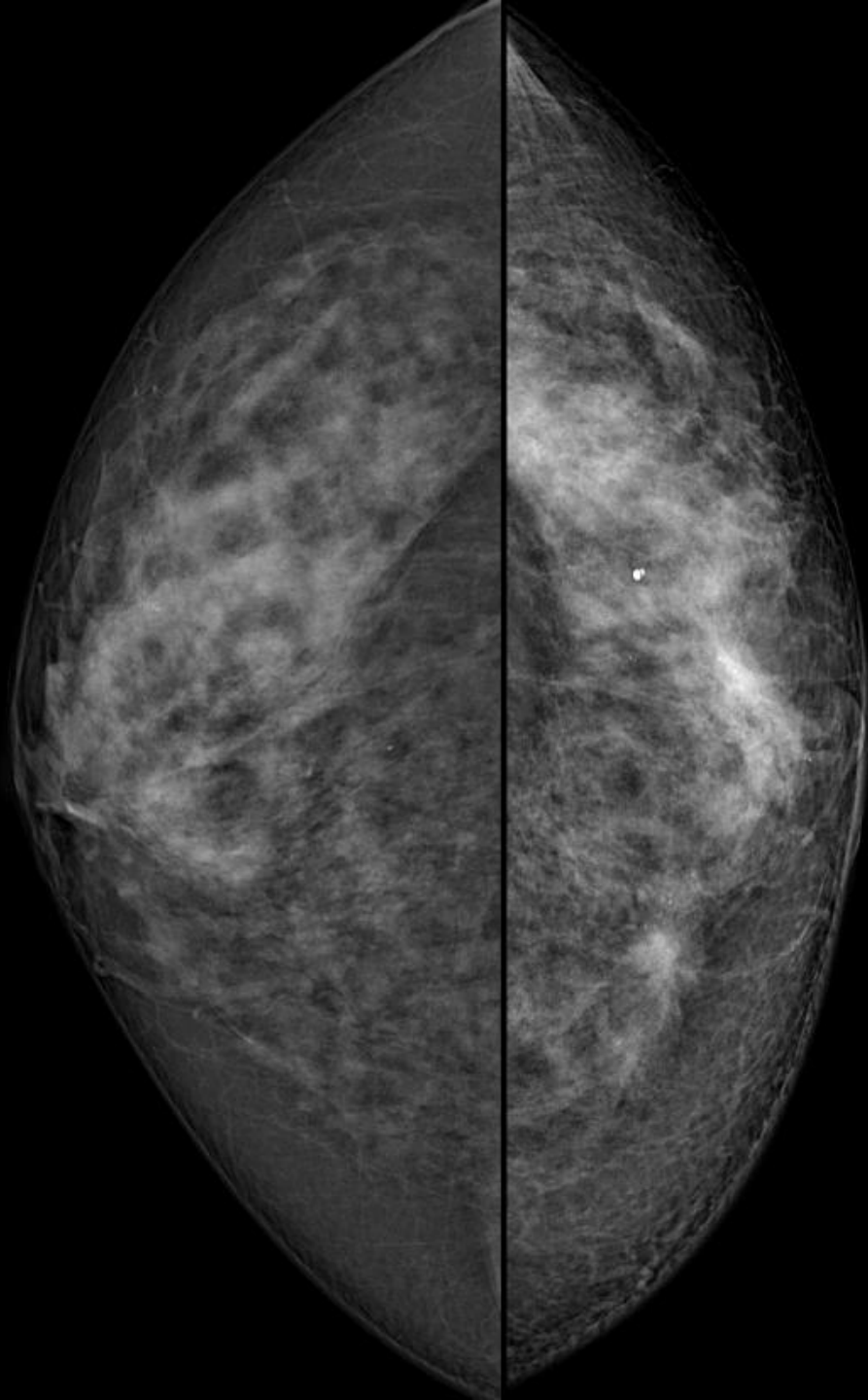
L'IRM mammaire est utile car la patiente est symptomatique avec un bilan conventionnel normal.

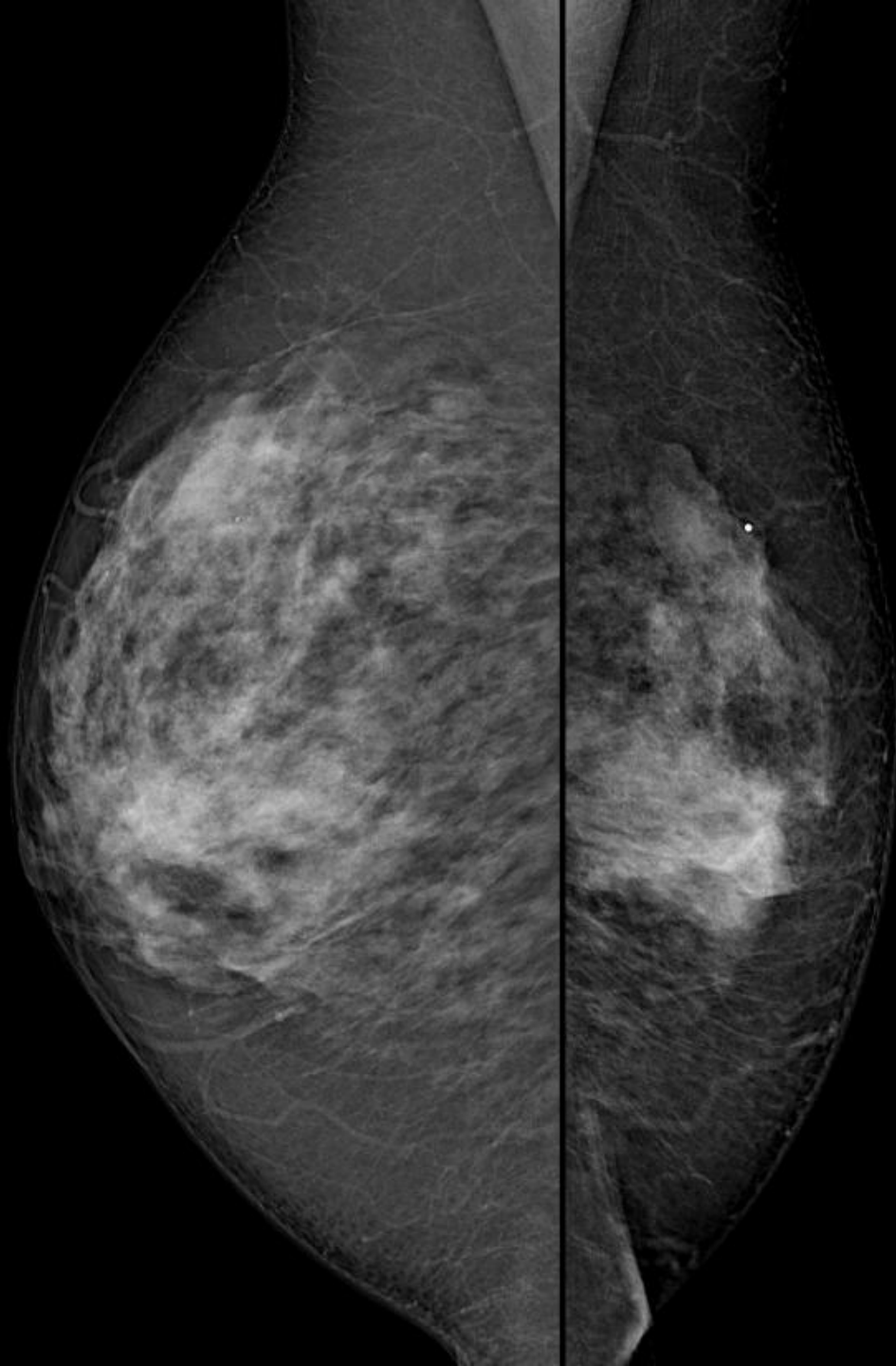


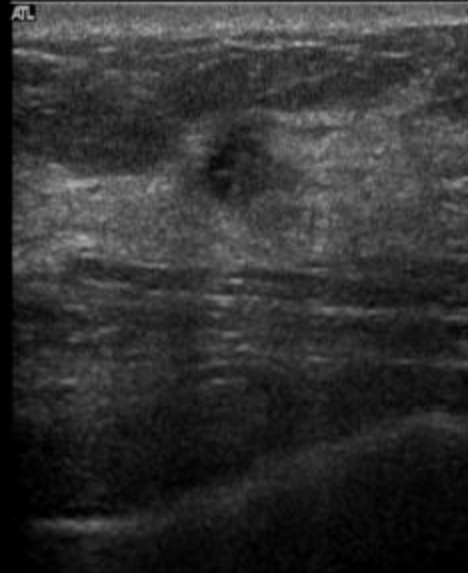
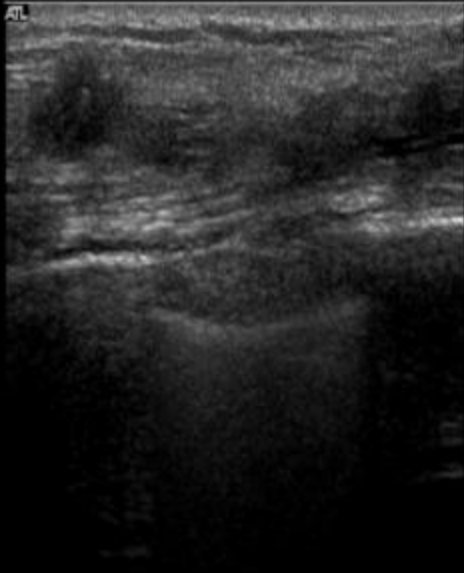
Néanmoins, la première IRM négative n'aurait pas dû stopper les investigations devant un écoulement mammaire.

6. Madame KCM

- ▶ Femme de 53 ans
- ▶ Antécédent de CCI du sein gauche il y a dix ans.
- ▶ Surveillance mammographie et échographie.

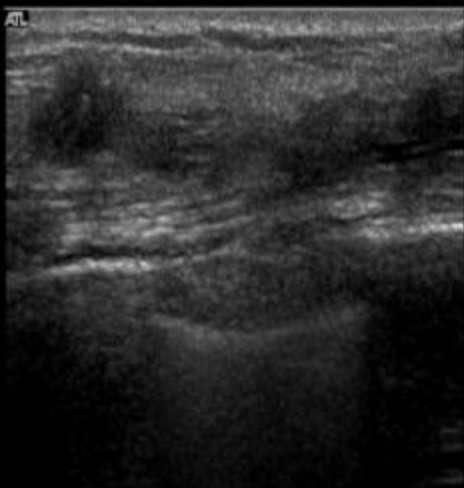




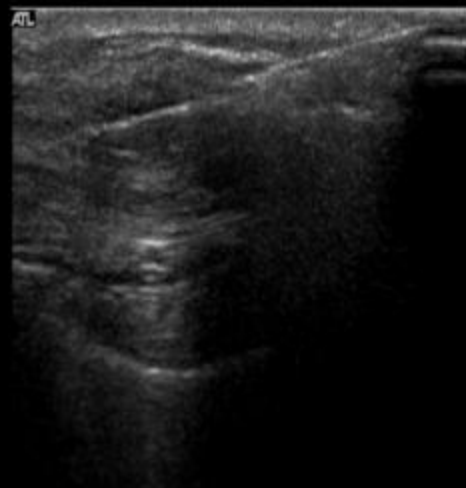


Madame KCM

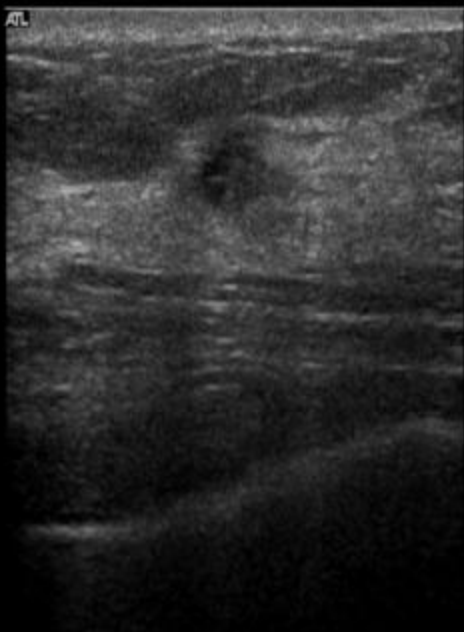
Que faites vous?



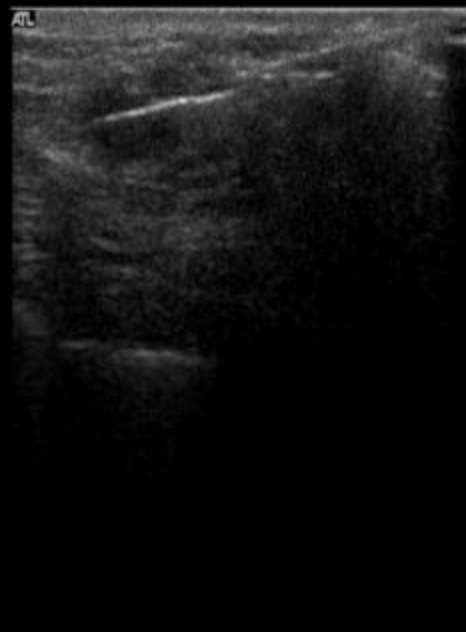
SG 4 H 3 CM



QSI



SG QSI 11H



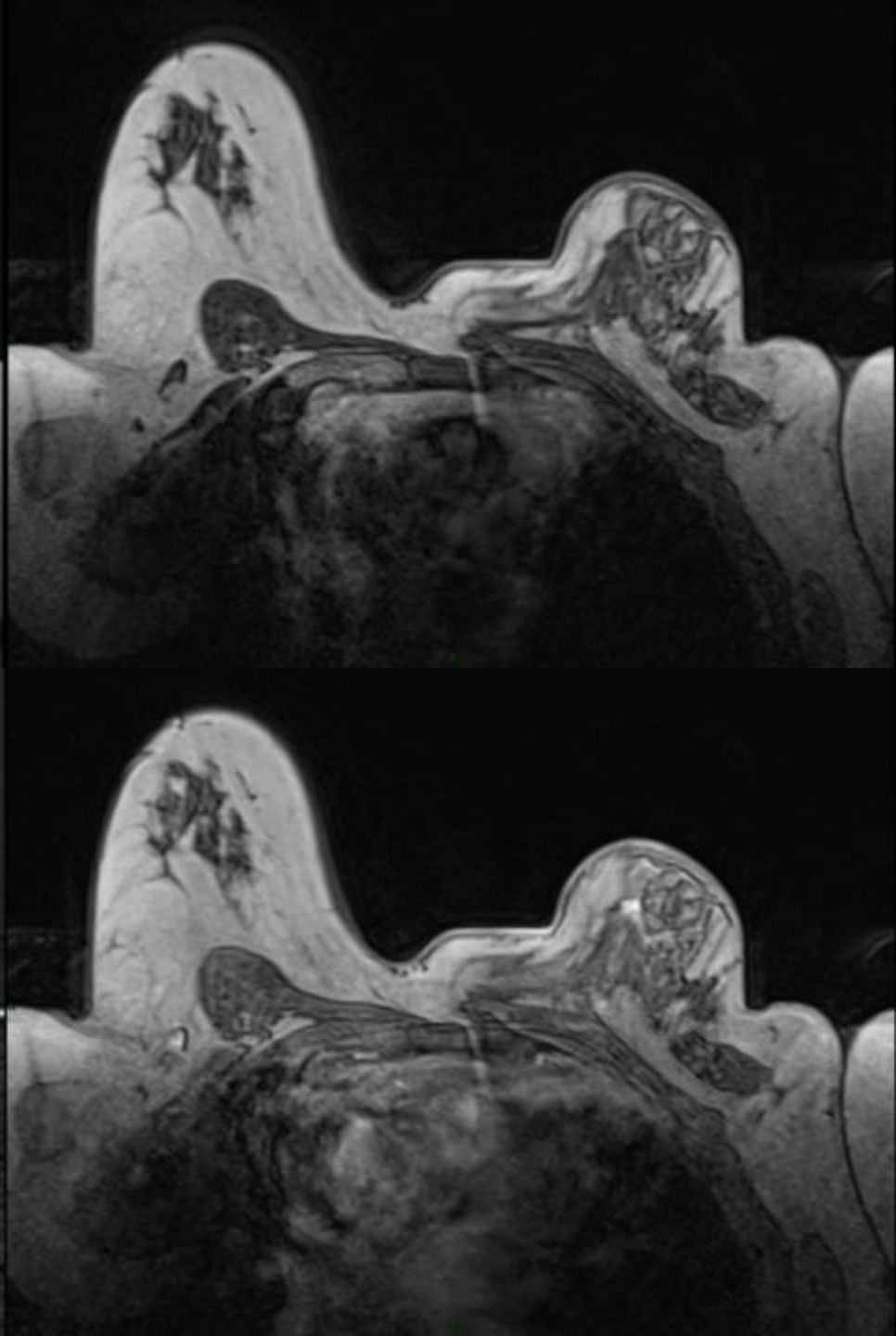
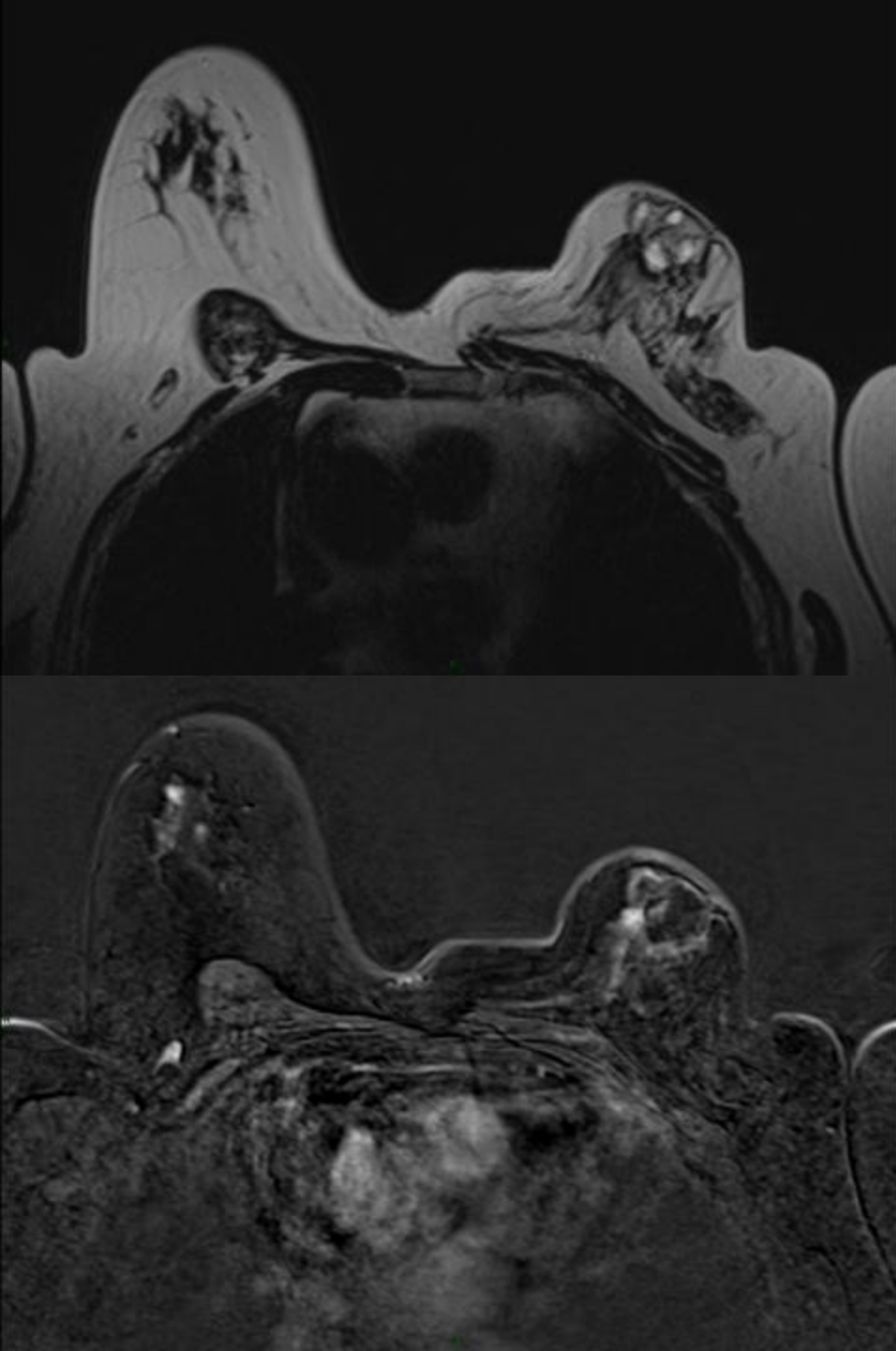
SG QIE

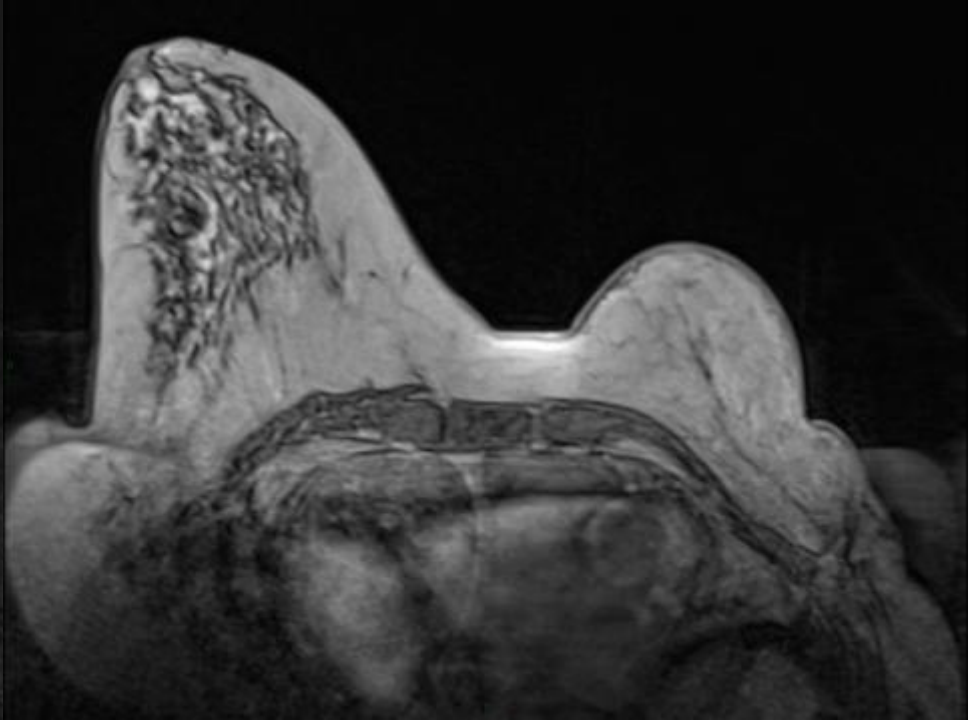
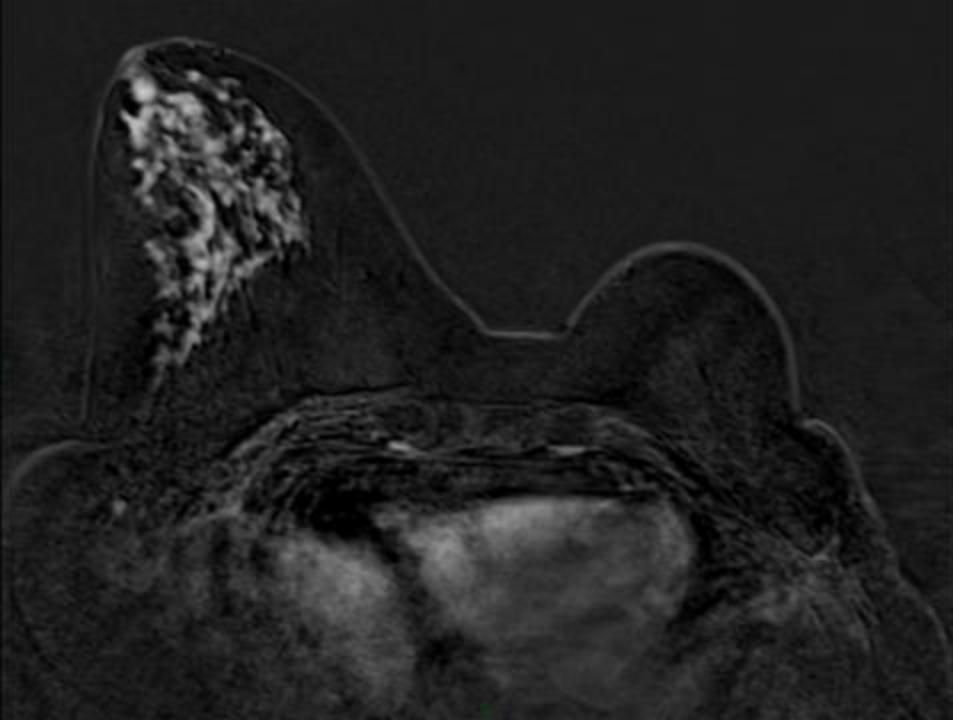
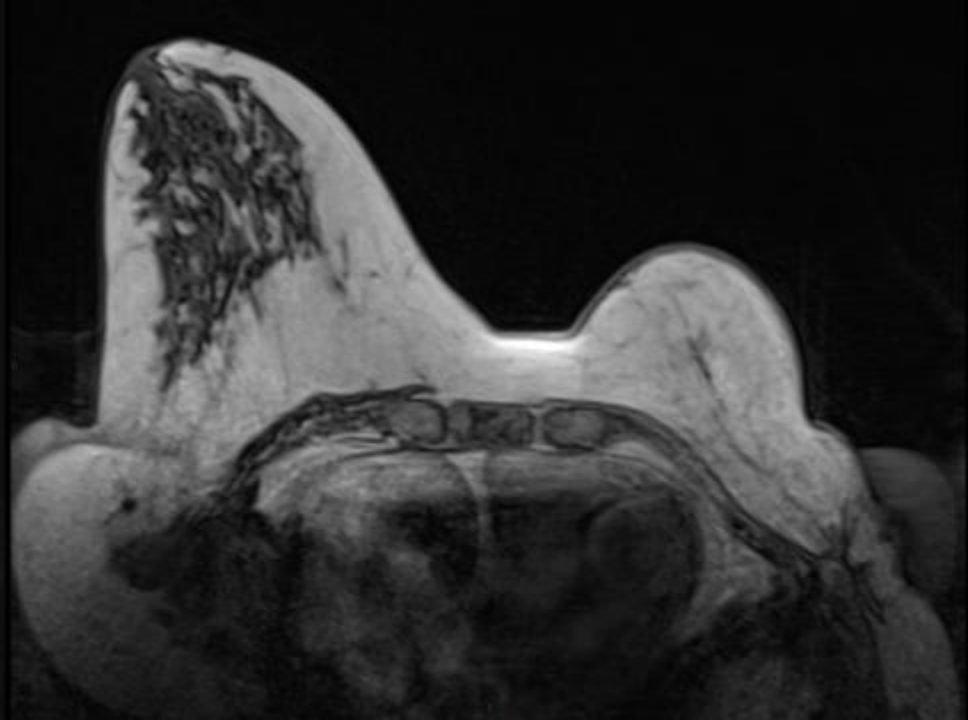
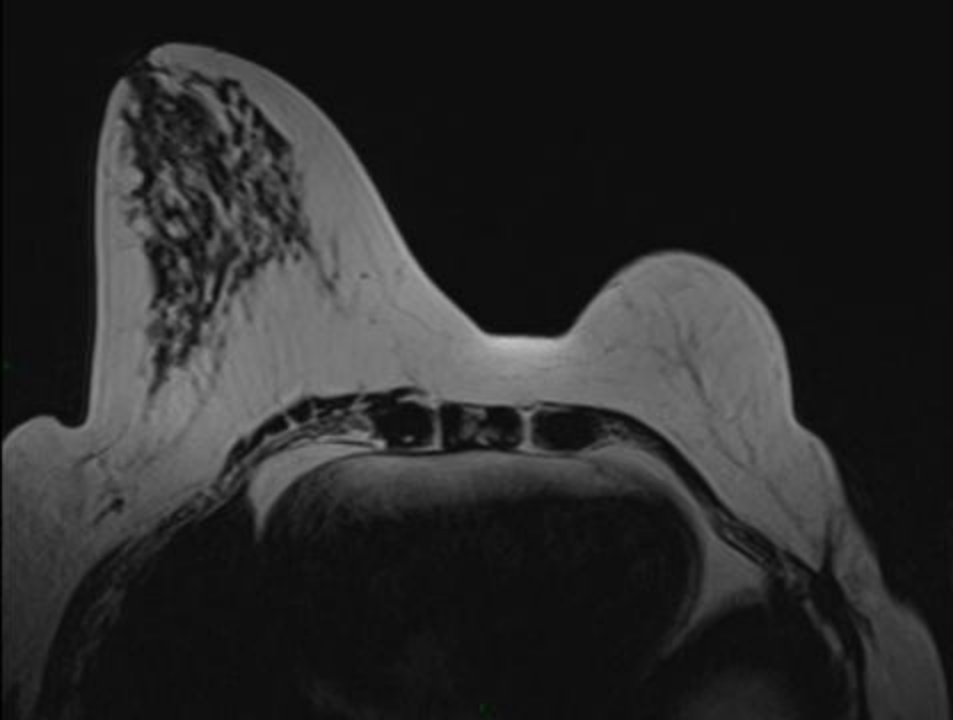


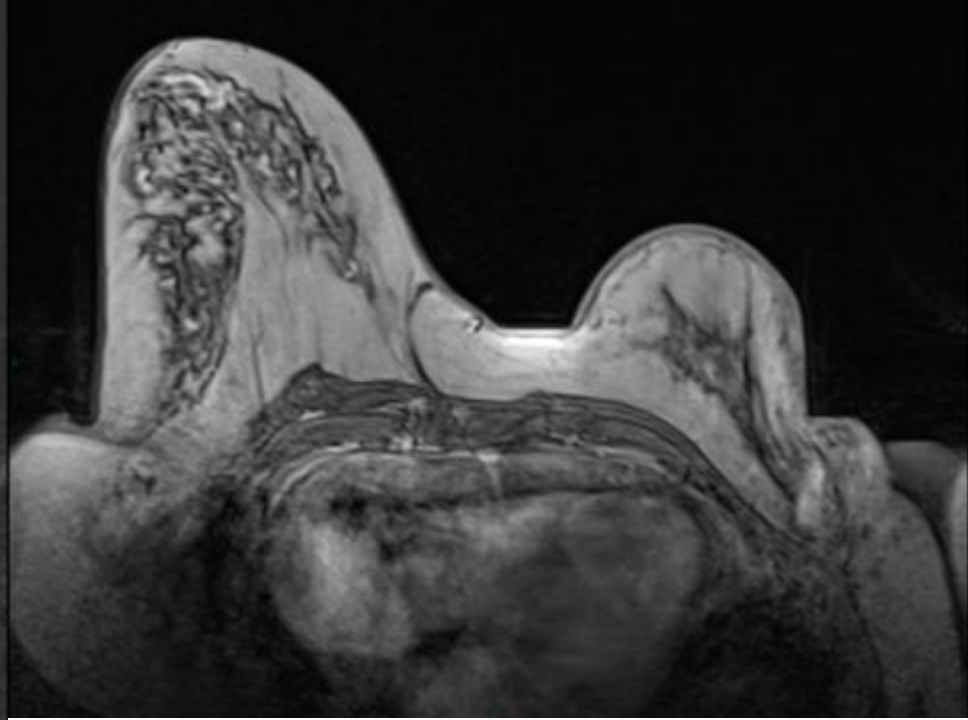
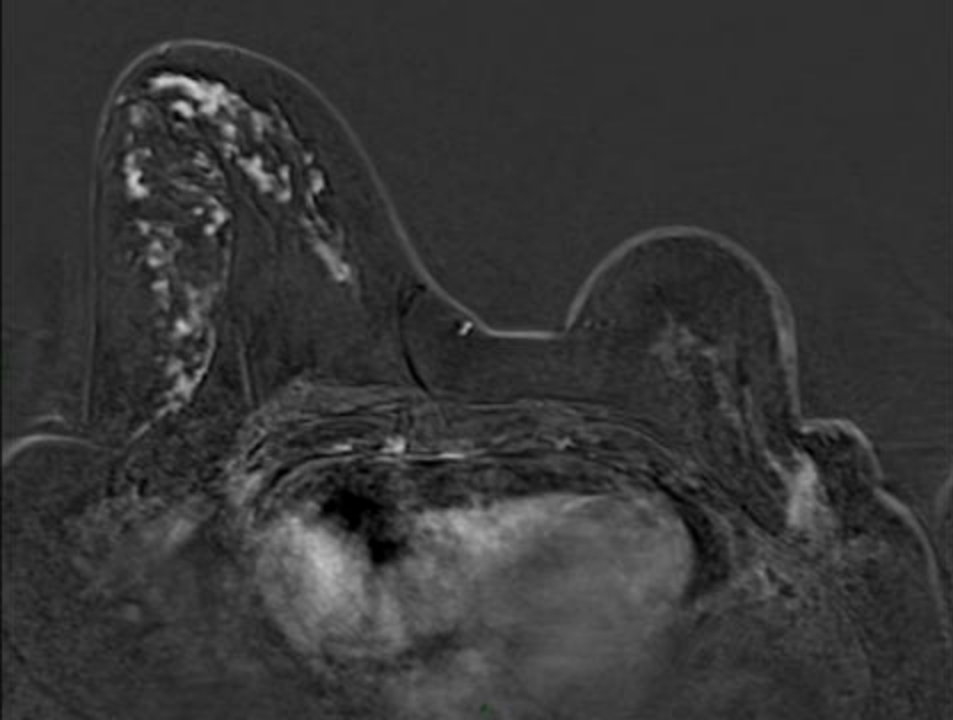
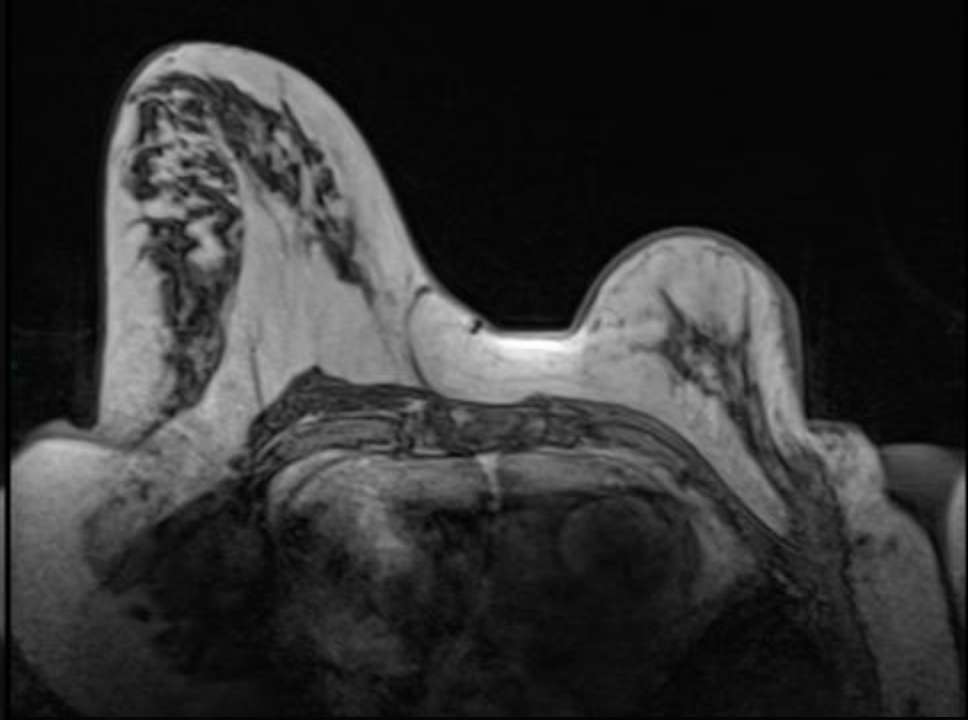
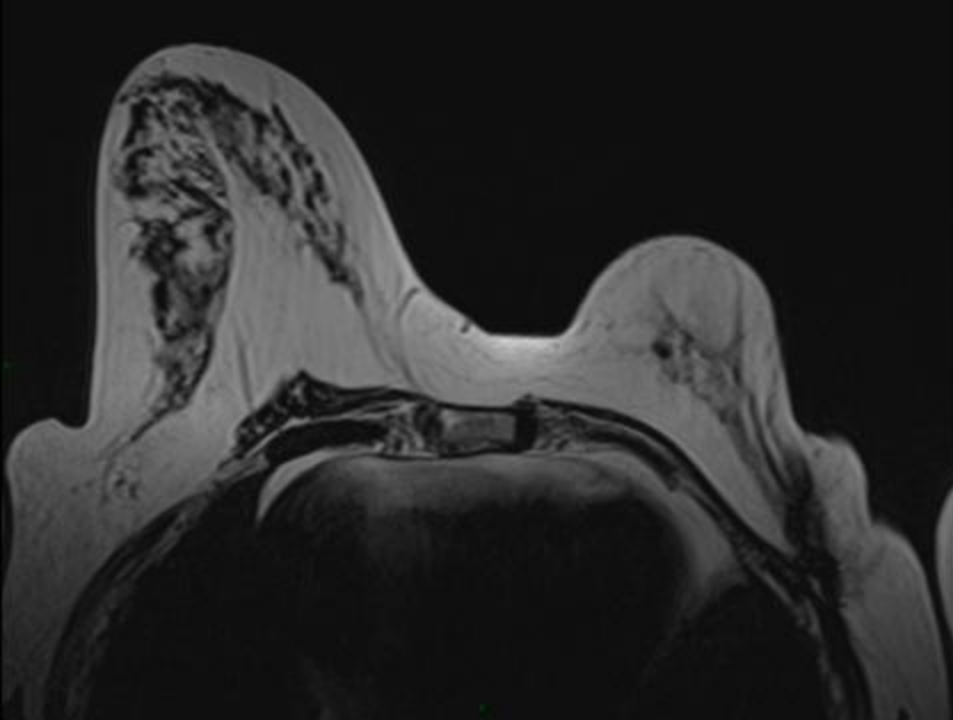
Madame KCM

- ▶ La microbiopsie
 - ▶ Récidive de CLI dans le sein gauche

Intérêt d'une IRM?



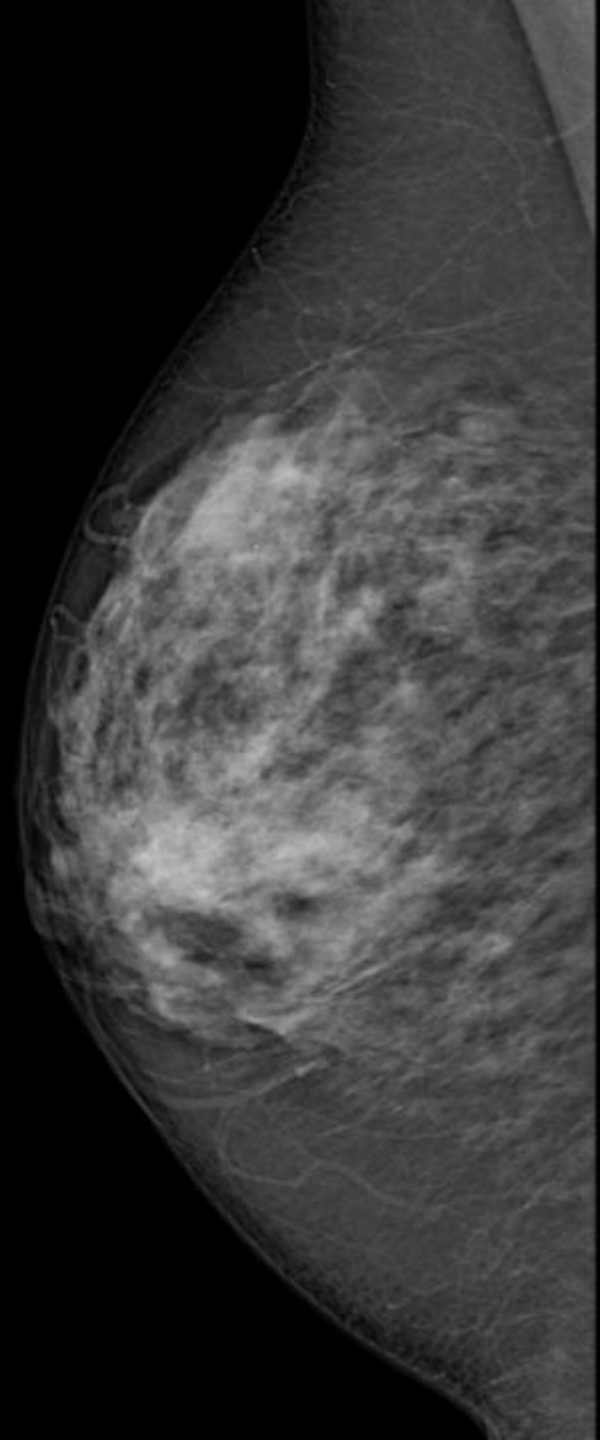
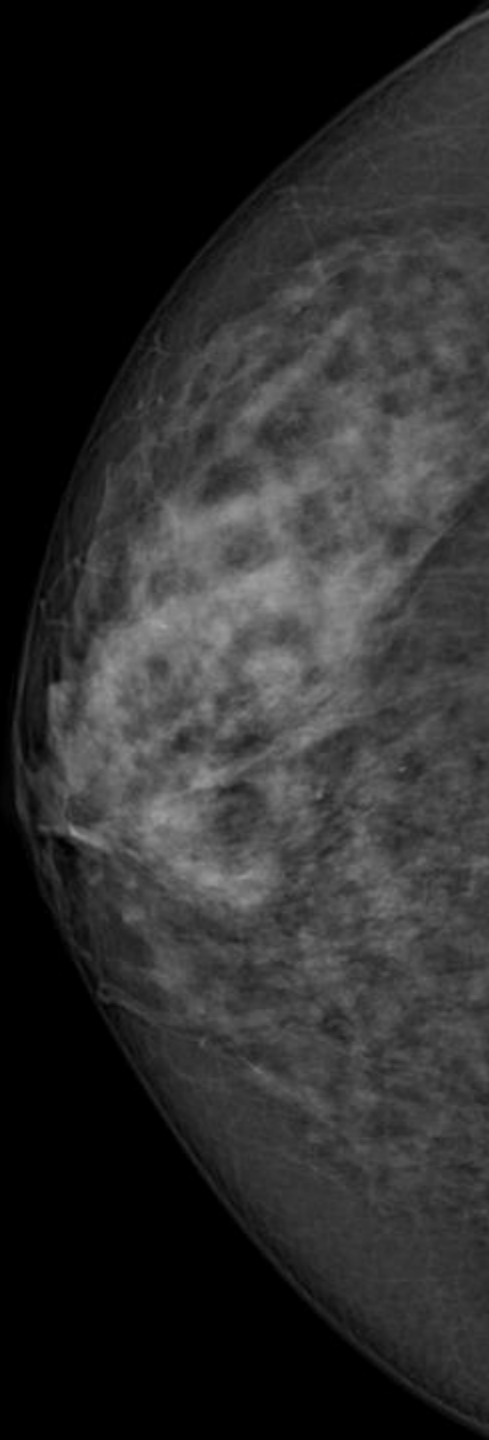




Madame KCM

- ▶ **Bilan d'extension en IRM**
 - ▶ Deux CLI à gauche (QSI et QIE)
 - ▶ Une non-masse régionale droite.

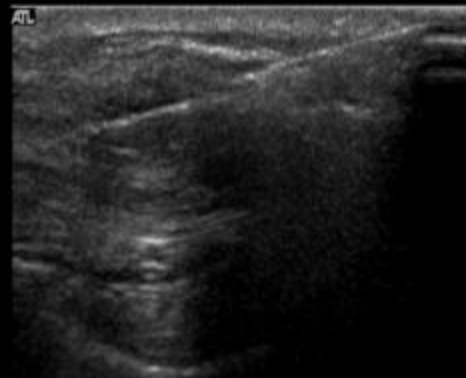
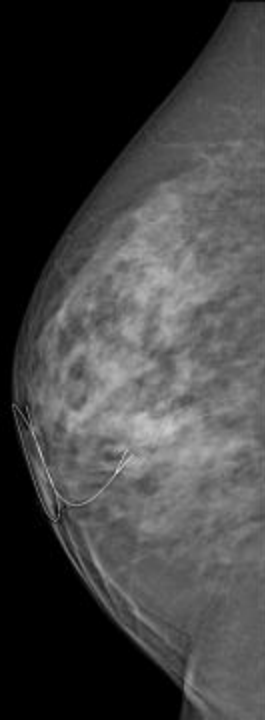
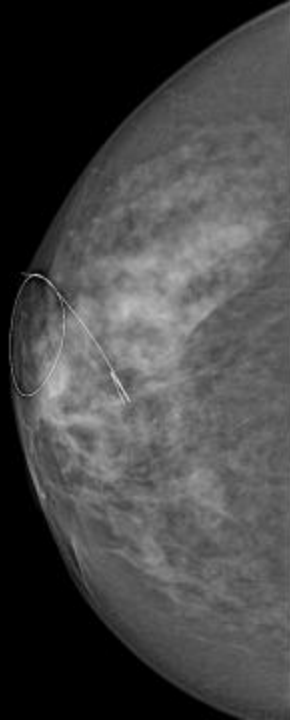
Que proposez-vous?



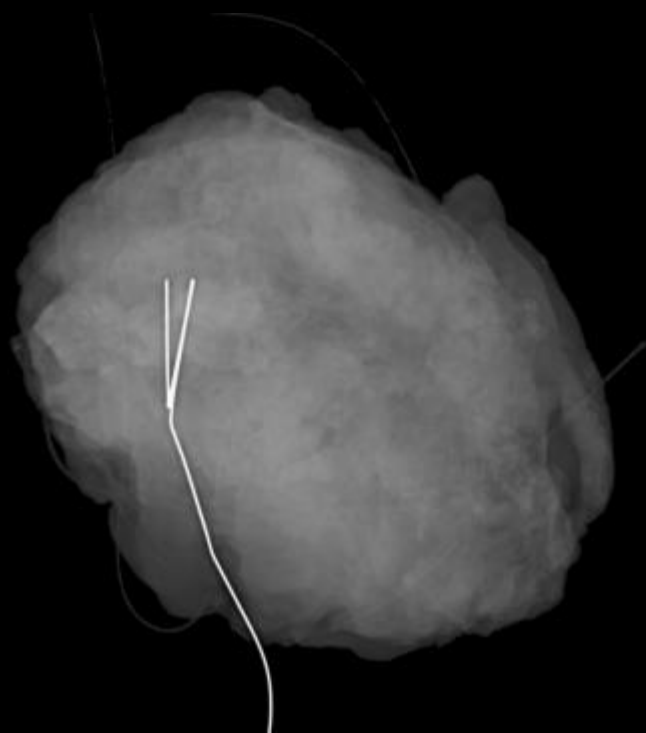
Madame KCM

- ▶ Mammographie
 - ▶ Rares micro diffuses à droite

Que proposez-vous?



QSI



Madame KCM

- ▶ **Mastectomie gauche**
 - ▶ CLI de 12 mm dans le QSInt
 - ▶ CLI de 18 mm dans le QIE
- ▶ **Biopsie chirurgicale droite**
 - ▶ Mastopathie complexe prolifèrent sans atypie.



Un bilan d'extension en IRM mammaire est indiquée en cas de CLI

7. Mme D, 75 ans

- ▶ Juillet 2011 : Consulte pour augmentation de volume sein droit depuis quelques jours, et apparition d'une rougeur
 - ▶ Antécédents
 - DNID non traité, HTA, AC/FA, Phlébite
 - 2006-2007 : Lymphome B rénal (néphrectomie et urétérectomie droite puis traitement par 8 R-CHOP (chimio))
 - ▶ Janvier 1999 : exérèse d'une tumeur stromale du grêle de bas grade. Suivi RAS
 - ▶ 2006 : néphrectomie droite (lymphome).
-



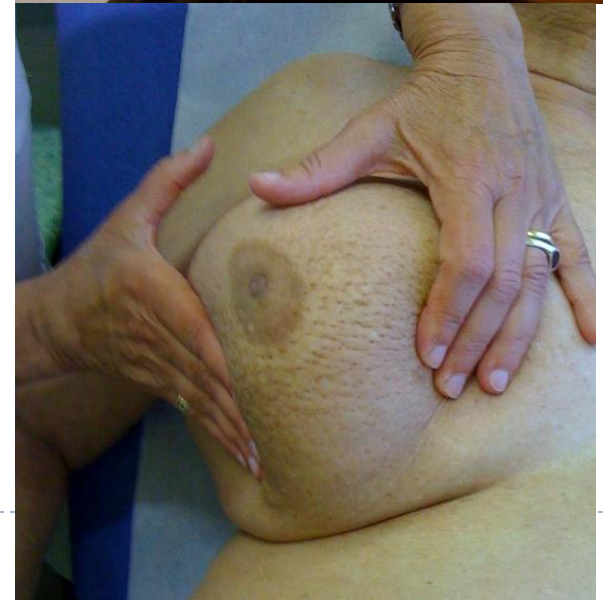
ATCD GO et mammaires

- ▶ **Antécédents gynéco-obstétricaux :**
 - ▶ PR 14 ans, cycles réguliers d'abondance normale, G0-P0, pas de contraception par pilule, ménopausée à l'âge de 45 ans, pas de THS. Pas de suivi gynéco.
- ▶ **ATCD mammaires personnels :**
 - ▶ exérèse d'un kyste du sein gauche en 1992.
- ▶ **Antécédents mammaires familiaux :**
 - ▶ une sœur décédée d'un cancer du sein à l'âge de 35 ans.
- ▶ **Antécédents carcinologiques familiaux :**
 - ▶ une sœur ayant eu un cancer pelvien (ovaire ?)



Examen clinique

- ▶ Sein droit :
 - globalement augmenté de volume
 - signes inflammatoire prenant la totalité
 - sans masse individualisable,
 - signes inflammatoires (peau d'orange
 - paquet d'adénopathies axillaires droit (6 cm), non fixées au plan profond.

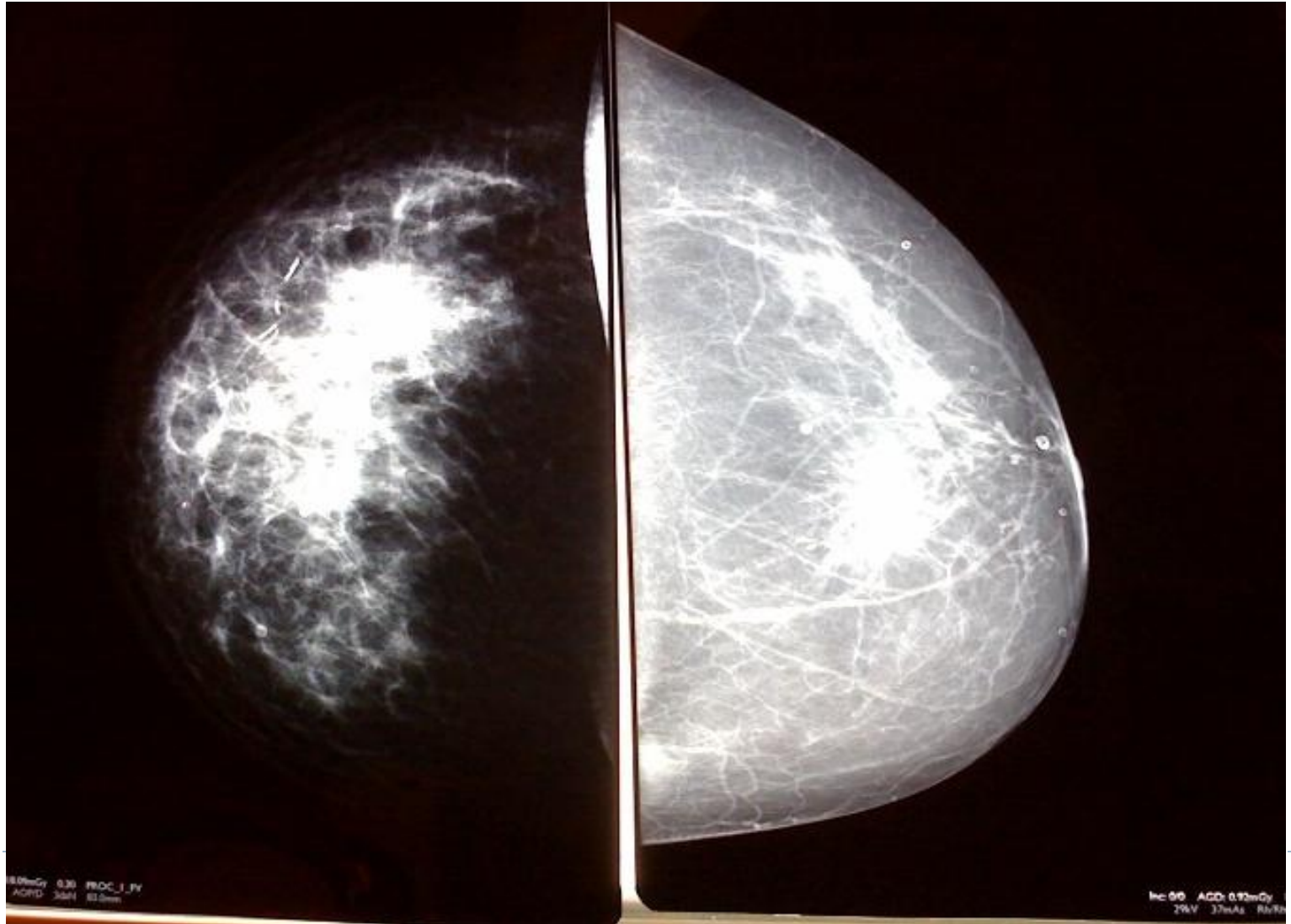


Examen clinique (suite)

- ▶ Sein gauche,
- ▶ Masse de 2 x 4 cm situé à l'upper outer quadrant, à 16 cm du mamelon, non palpable, pas d'adénopathie gauche, ni axillaire.
- ▶ Reste de l'examen RAS.



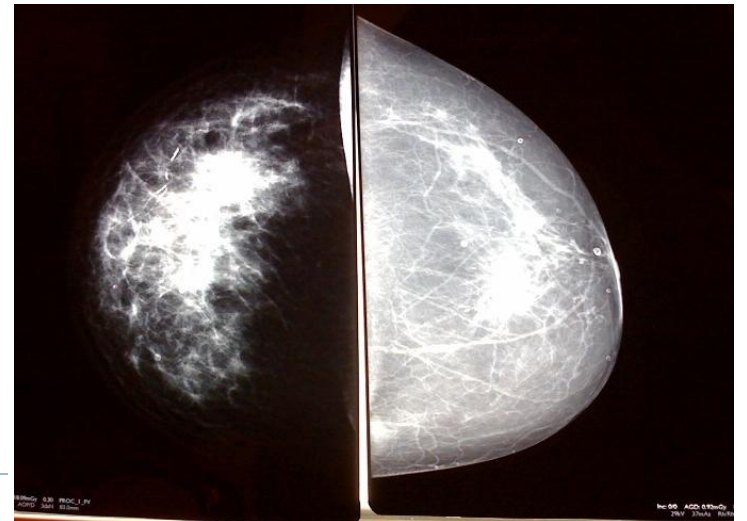
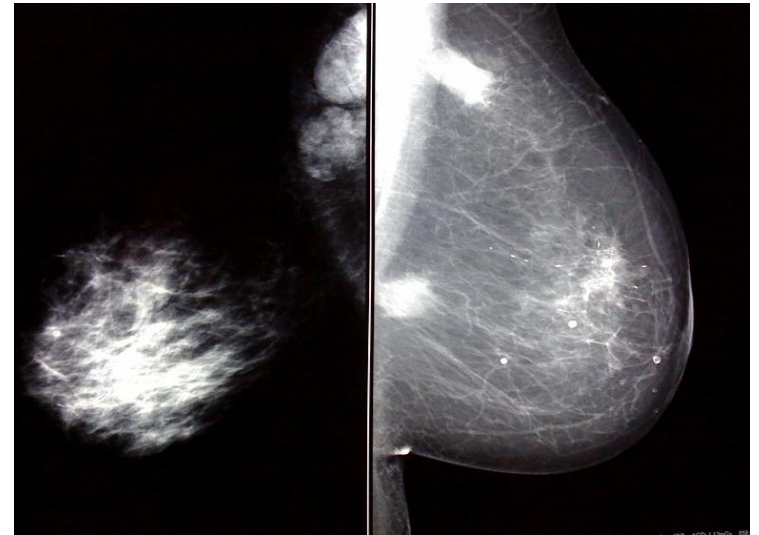
Mammographies





Combien d'anomalies voyez vous?

- ▶ Aucune, ACRI
- ▶ 1 à droite, 2 à gauche
- ▶ 2 à droite, 2 à gauche
- ▶ 3 à droite, 4 à gauche

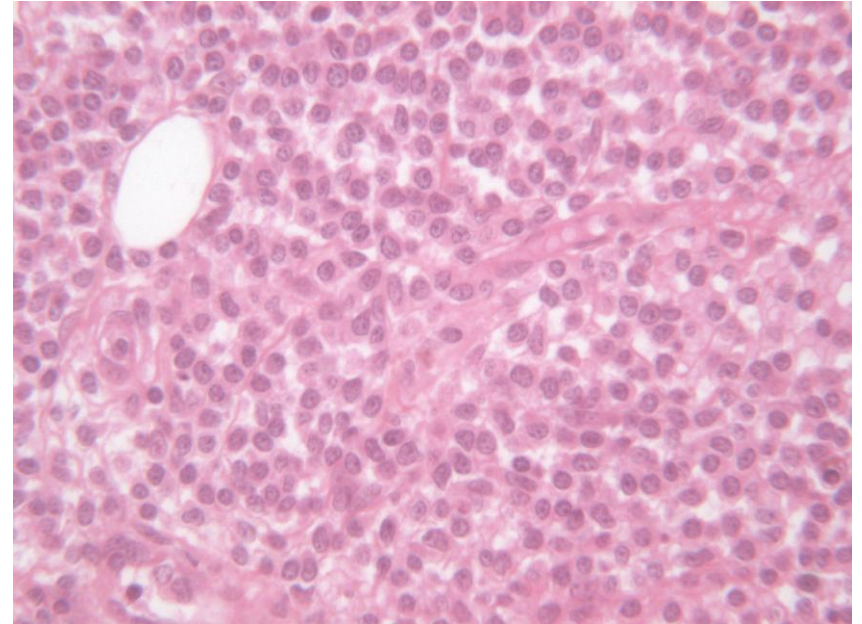
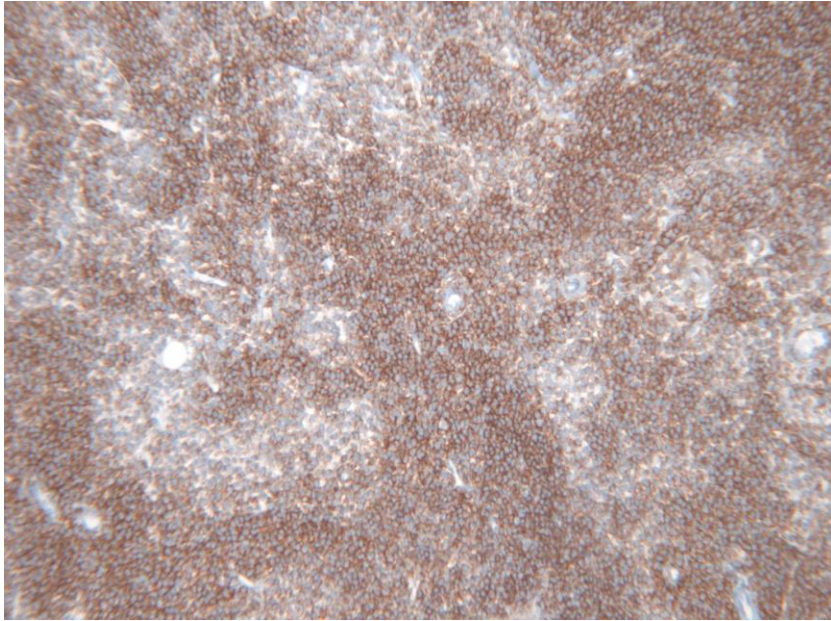


Mammographie

- ▶ **Mammographie**
 - ▶ **Sein droit**
 - ▶ œdème global à droite
 - ▶ Pas masse individualisable sous jacente
 - ▶ Adénopathies axillaires
 - ▶ **Sein gauche**
 - ▶ deux masses profondes,
 - une inférieure sur l'incidence oblique
 - ▶ **En échographie mammaire**
 - ▶ sein droit : œdème global
 - ▶ sein gauche :
 - ▶ masse de 31 mm au niveau du QSI,
 - ▶ masse de 21 mm à l'union des quadrants internes (non palpable cliniquement)
 - ▶ **3 microbiopsies**
 - ▶ Adénopathie axillaire droite
 - ▶ 2 masses Uqint et UQS sein gauche
-



Quel est votre diagnostic?

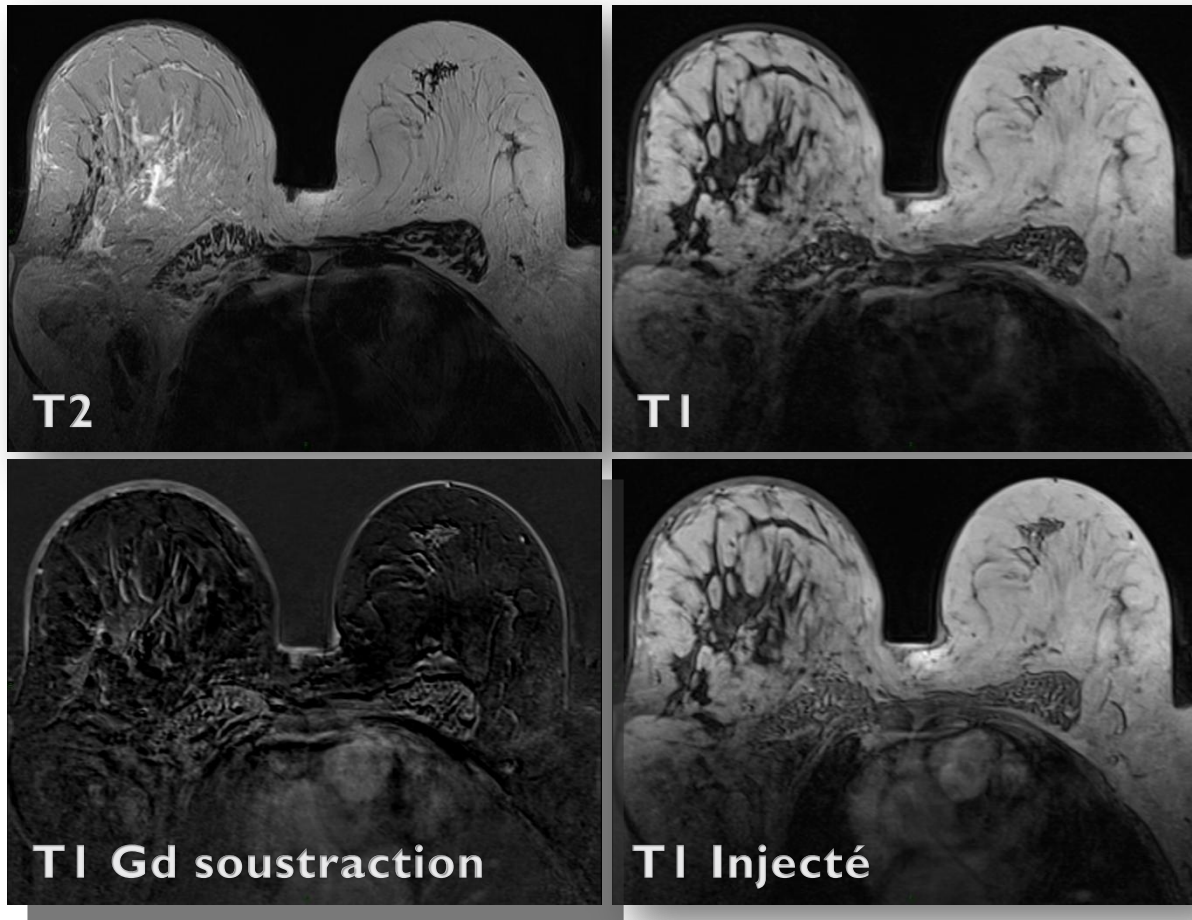


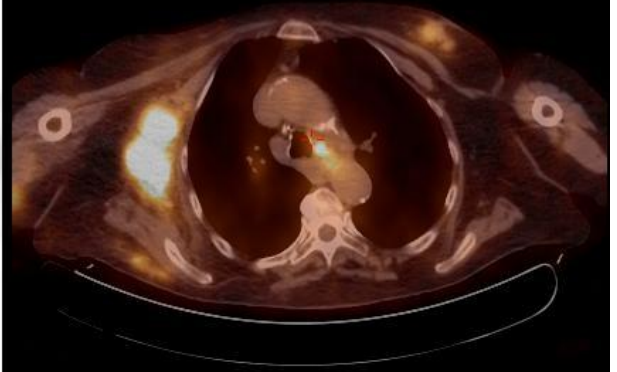
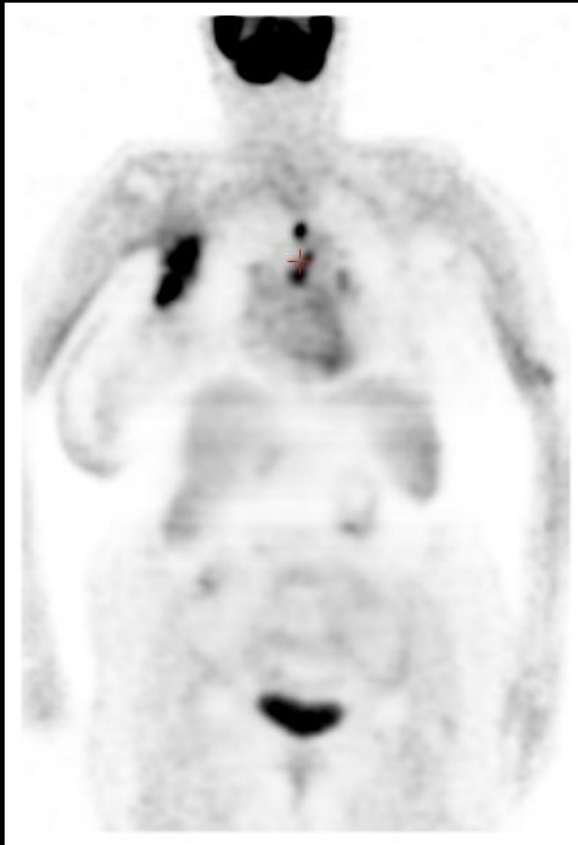
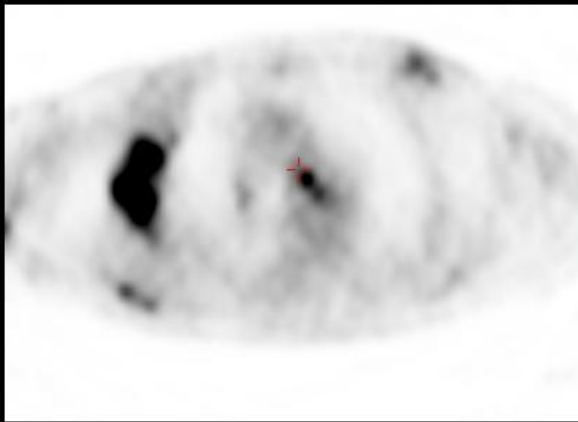
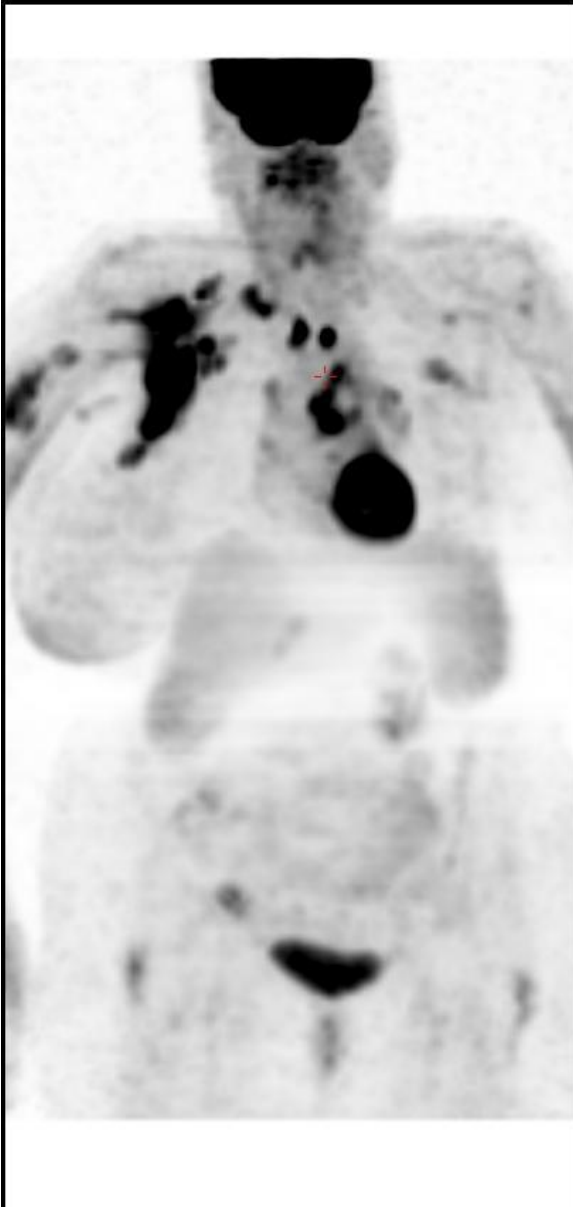
- ▶ Sein normal
 - ▶ Carcinome canalaire infiltrant
 - ▶ Carcinome lobulaire infiltrant
 - ▶ Lymphome B bas grade à petites cellules
-

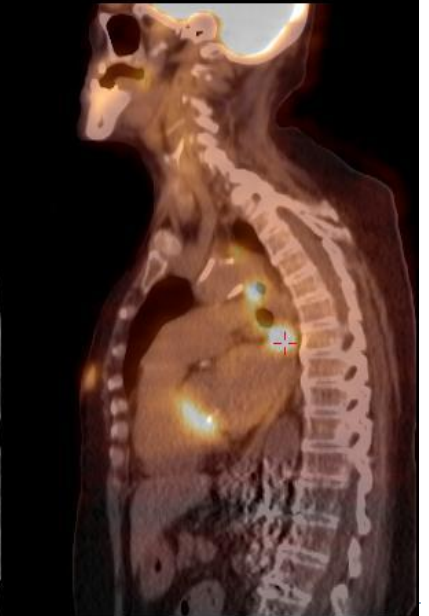
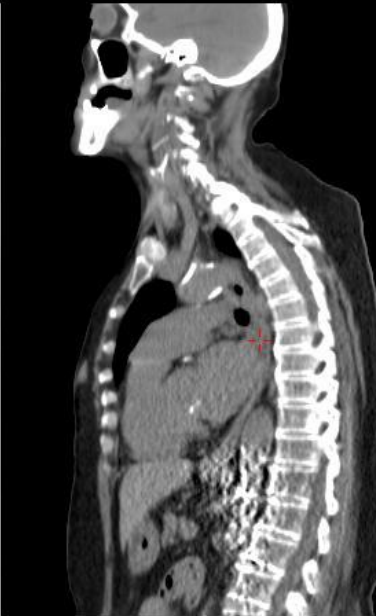
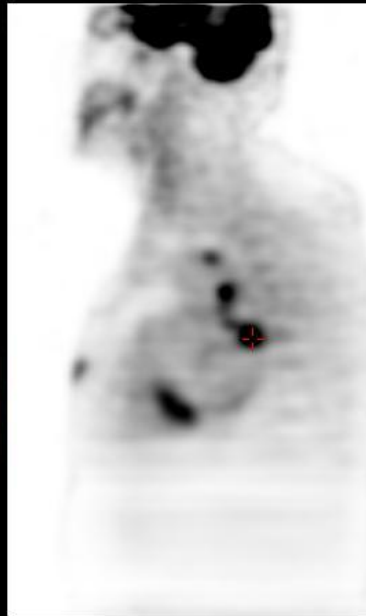
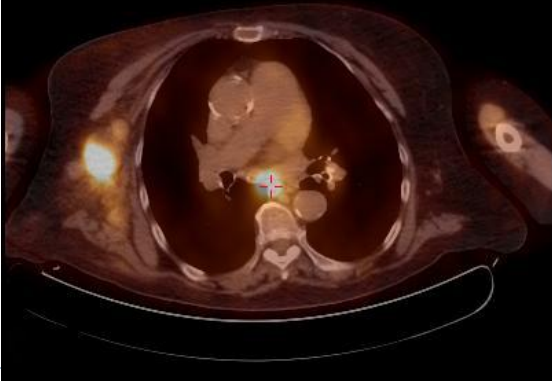
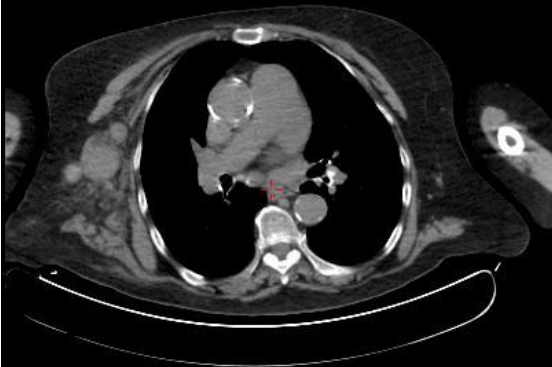
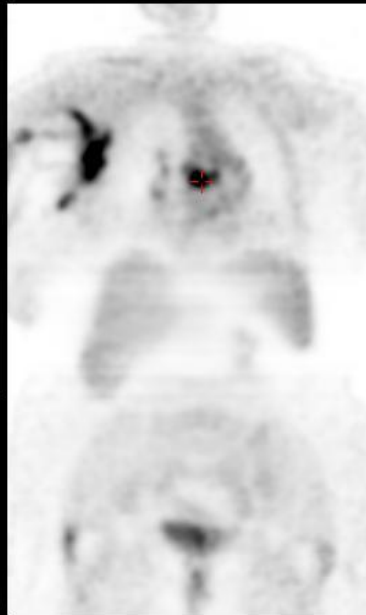
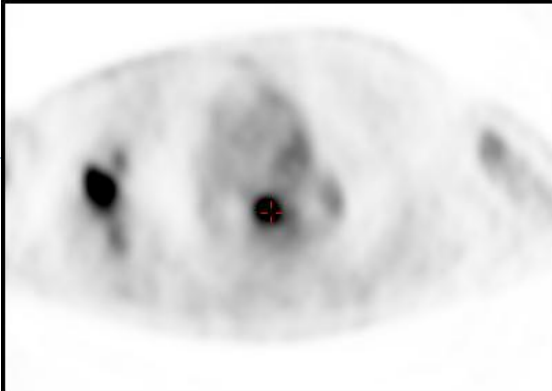


IRM mammaire

- ▶ Aucune prise de contraste du sein droit







Diagnostic:

- ▶ Récidive lymphome B au niveau mammaire gauche et axillaire droit
- ▶ Entraînant une compression au niveau vascularisation sein droit
- ▶ Erythème, œdème, peau orange.
- ▶ Evolution
 - ▶ Début rapide chimiothérapie lymphome
 - ▶ Mabthera fludarabine
- ▶ Résolution rapide des symptômes.



