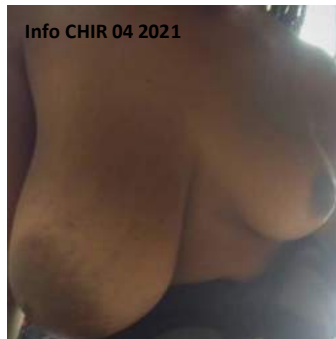


### III - CHAPITRE LE SEIN

#### CONTRIBUTEURS :

- Louis-Franck TELEMAQUE – Nicholas Hemphill CARTER

#### PLANCHE 3.1. : ANOMALIES



#### Anomalie de volume : Asymétrie.

**3.1.1 Anomalie de volume :** Une asymétrie mammaire importante cause une gêne à l'habillement et une gêne esthétique. Elle peut être isolée ou se rencontrer dans la cadre des seins tubéreux et du syndrome de Poland. La correction consiste en une réduction ou une augmentation du/des sein(s) pour modifier la/leurs forme(s) pour obtenir leur symétrie esthétique.

**3.1.2 Anomalie de la base mammaire :** Seins dits « tubéreux ». Cette malformation apparaît à la puberté et est très invalidante. Elle se caractérise par une réduction de la base mammaire, une hypotrophie mammaire et une asymétrie mammaire, un élargissement de l'aréole et une malposition du sillon sous-mammaire. Il existe trois stades de seins tubéreux, qui ont chacun leur traitement chirurgical pour obtenir un résultat esthétique satisfaisant.



#### Anomalie de nombre : les polythélies et les polymasties.

**3.1.3 a Polythélie :** Présence d'un ou des mamelons surnuméraires sur la ligne dite 'du lait' allant de la région axillaire à la région inguinale. Ici le sein droit présente deux mamelons dans la même plaque aréolaire. Le traitement consiste en une ablation du mamelon surnuméraire. Cette glande mammaire surnuméraire peut être gênante, spécialement au moment des grossesses, car l'augmentation de son volume entraîne une gêne importante sous les bras.





**3.1.3 b Polymastie :** correspond à une glande mammaire surnuméraire sur la ligne du lait, uni et bilatéral. La zone la plus fréquente de polymastie est la glande mammaire axillaire. Le diagnostic différentiel est à faire avec un lipome du creux axillaire. Le traitement consiste en une excision avec mastectomie sous-cutanée de la glande mammaire surnuméraire.



**Anomalies des mamelons :** mamelon ombiliqué et hypertrophie des mamelons

**3.1.4 a : mamelons ombiliqués :** peut être vu dans les deux sexes, uni ou bilatéral, à cause de la brièveté des canaux galactophoriques se rendant au mamelon. Non opérés n'empêchent généralement pas d'allaiter. La chirurgie peut aider au repositionnement esthétique.



**3.1.4 b hypertrophie du mamelon :** proéminents, allongés ou tombants. Vus chez l'homme (gynécomastie) et chez la femme (ethnie, allaitement, âge avancé) peut provoquer des problèmes psychologiques. Rarement gênant l'allaitement, requiert un traitement chirurgical de correction sous anesthésie locale (excision partielle).



## PLANCHE 3.2 : MASTITES



**3.2.1 Tuberculose mammaire :** Contamination de la glande mammaire par le mycobacterium tuberculosis. Elle se manifeste par deux types de lésion de type exsudatif et productif. Ces lésions peuvent évoluer vers la résorption (guérison) ou vers une nécrose massive des tissus. On remarque un granulome chronique appelé tubercule qui subira en son centre une nécrose caséuse. La production et le développement des lésions dépend principalement du nombre de bacilles inoculés, de leur capacité de multiplication et de la sensibilité ou de la résistance de l'hôte...



**3.2.2 Lymphangite mammaire :** Secondaire à un Intertrigo sous mammaire à Candida, concomitant de ceux des grands plis (génito-crural, péréal et interfessier). Les facteurs favorisants sont : l'obésité, la macération, le diabète et le manque d'hygiène. Le traitement est médical mais supporte un diagnostic différentiel avec une néoplasie (biopsie)

## PLANCHE 3.3 : TRAUMATISMES

**3.3.1 Plaies du sein :** Spécifiques ou faisant partie d'un contexte de poly traumatismes, superficielles ou profondes, épargnant ou dévitalisant le mamelon et/ou une partie importante du/des seins, elles doivent être réparées soigneusement et drainées pour éviter des collections qui peuvent s'abcéder. Le souci esthétique de la reconstruction n'est pas à négliger.





## PLANCHE 3.4 : ADENOPHTHIES INTRA MAMMAIRES

**3.4.1 Ganglion intra mammaire :** Il est complètement entouré de tissu mammaire, distingué des ganglions axillaires bas et des ganglions pectoraux profonds. Leur signification et leur rôle ne sont pas clairs. Le diagnostic se fait à l'écho, la mammo, l'IRM et la lympho-scintigraphie. Des anomalies mammographiques classées ACR2 ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire, mais peuvent être un ganglion sentinelle.



## PLANCHE 3.5: TUMEURS BENIGNES



**3.5.1 Adéno fibromes :** C'est une affection de la femme, dont l'origine n'est pas bien connue. Fréquemment > à 4-5cm, mais peuvent grossir jusqu'à 12cm et +++ . Les pics d'apparition sont vers 14-18 ans et 45-50 ans. Leur croissance rapide provoque de la douleur. Ils peuvent être uniques ou multiples (poly adénomatoses), uni ou bilatéraux. La sono, la mammo et la cyto ponction les distinguent des ADF à risque (phyllode). L'observation et l'ablation chirurgicale ont leurs indications. Une cancérisation avec le temps a été observée.

**3.5.2 Lipome du sein :** Cette tumeur sous cutanée fait partie des tumeurs rares du sein : neurofibrome, hémangiome, hamartome, tumeur à cellules granuleuses... Par son volume, elle peut occasionner une gêne et un discrédit esthétique. Le tissu graisseux du lipome est mis en évidence par la mammographie qui le différencie d'un kyste ou d'un adénofibrome. L'exérèse chirurgicale est recommandée surtout au stade avancé de la maladie.



## PLANCHE 3.6 : TUMEURS INTERMEDIARES



**3.6.1 Phyllodes :** Tumeur bénigne (90%) du stroma du sein rencontrée chez la femme adulte. Avec la tendance à croissance rapide, elle peut devenir volumineuse et avoir une surface irrégulièrement bosselée, avec des projections de surface. Elle peut se rompre.

La mammographie, la sono, le scan MRI et le core biopsie sont régulièrement utilisés pour asseoir le diagnostic. L'histologie précise le diagnostic et oriente le pronostic (T phyllodes de grade I à IV = sarcome phyllode).

L'exérèse chirurgicale propose une tumorectomie avec une marge d'au moins un (1) cm en périphérie, une mastectomie partielle ou totale (reconstruction ?).

Il est décrit un risque majeur de récurrence et de métastases (poumons).



## PLANCHE 3.7 : TUMEURS MALIGNES

**3.7.1 Maladie de Paget du mamelon :** C'est une éruption cutanée eczématiforme du mamelon et de l'aréole. Elle est secondaire à la colonisation de l'épiderme par un adénocarcinome ductal (cellules de Paget). Se voit sur un sein, chez la femme âgée. L'aspect crouteux peut faire penser à une dermatite. Sa résistance au traitement local doit orienter vers la biopsie, la sono-mammographie. Son traitement allie une chirurgie appropriée a d'autres traitements (chimio-hormono- radiothérapie).



**3.7.2 Tumeur de la queue du sein** (processus axillaire, prolongement axillaire, queue de Spence). C'est une extension du tissu du quadrant latéral supérieur du sein qui se prolonge dans la région axillaire. Le cancer peut se développer rarement dans le processus axillaire (carcinome de la queue axillaire de Spence (CATS)).



**3.7.3 Adénocarcinome du sein.** Représente la majorité des cancers du sein. De deux types : canalaire et lobulaire. En règle générale, les patientes se présentent à la consultation à un stade avancé de la maladie (III, IV). A la suspicion clinique s'ajoute le bilan paraclinique fait de sono-mammographie, de biopsie et de recherche des récepteurs hormonaux (œstrogène, progestérone), du facteur de croissance épidermique (EGF) et des récepteurs HER2 (biologie moléculaire). Le bilan d'extension précise le caractère métastatique ou pas de la maladie.

Les résultats orientent vers une combinaison de chirurgie, de chimiothérapie néo adjuvante ou adjuvante, de radiothérapie, d'hormonothérapie et de thérapies ciblées.





**3.7.4 Cancer inflammatoire du sein :** Les cellules cancéreuses bloquent les vaisseaux lymphatiques de la peau du sein. Le sein est rouge et enflé et ressemble à une peau d'orange.

Cette forme est agressive et est parfois métastatique au moment du diagnostic.



**3.7.5 Application de pigments et autres substances sur le sein :** Des substances diverses (permanganate, bleu de méthylène, roucou...) sont utilisées par les patientes dans un but thérapeutique par manque d'accès aux informations sur la maladie, par manque d'accès aux soins et aussi par peur de l'amputation du sein.



**3.7.6 Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein envahissant la région pré sternale :** l'envahissement des ganglions mammaires internes et de la paroi thoracique aggrave le pronostic de cette tumeur vue au stade avancé. L'exérèse chirurgicale et la fermeture de telles plaies représentent un défi. Une radiothérapie associée à une chimiothérapie néo adjuvante pourraient freiner l'évolution de la tumeur.



**3.7.7 Cancer du sein au stade d'ulcère nécrose :** Au stade tardif, la croissance plus rapide de la tumeur que celle des vaisseaux nourriciers provoque la nécrose et la rupture de la tumeur. A l'inconfort de cette plaie malodorante s'ajoute la nécessité de renouveler des pansements qui peuvent aggraver la perte sanguine et aggraver l'anémie. La chimiothérapie néo adjuvante peut aider avant une chirurgie dite de « propreté » si possible.



**3.7.8 Placard tumoral thoracique :** Stade ultime du cancer du sein vu au stade tardif, initialement ou après récurrence post chirurgicale. L'envahissement de la paroi thoracique, de la plèvre et des poumons est observé dans ces cas. La chirurgie doit s'abstenir au profit des traitements de la plaie (pansements), du drainage thoracique (épanchement sanglant) et de la chimiothérapie si indiquée.





**3.7.9 Cancer du sein de la jeune femme de la vingtaine :** Cancer du sein triple négatif ou cancer du sein de type basal. Ces carcinomes canaux infiltrants sont faits de cellules qui n'ont pas de récepteurs d'œstrogènes, de progestérone et de HER2. Ces tumeurs sont agressives (de haut grade). Vues tardivement, elles métastasent rapidement. De mauvais pronostic, le traitement est spécifique alliant la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'immunothérapie.



**3.7.10 Cancer de la femme âgée :** Carcinome mucineux à bon pronostic, avec atteinte ganglionnaire axillaire rare. Ces tumeurs sont positives pour l'expression du récepteur oestrogénique et progestéronique. La P53 peut être normale de même que le récepteur du facteur de croissance des hépatocytes (HGFR). Une mastectomie (partielle) est souvent la chirurgie recommandée. A l'âge avancée, la patiente peut mourir plus de comorbidité que de son cancer du sein.

**3.7.11 Lymphoedème du bras :** C'est une complication due à l'envahissement des canaux lymphatiques axillaires par la tumeur ou vue après une cure radicale par chirurgie et/ou par radiothérapie des masses cancéreuses du sein du même côté. La prévention et la physiothérapie aident à diminuer le risque de survenue et à alléger le bras. La micro-chirurgie de drainage lympho-veineux, la transplantation ganglionnaire autologue, la liposuction du tissu adipeux sous-cutané hypertrophié sous anesthésie générale, alliés à la compression sont autant de propositions de traitement.



**3.7.12 Cancer du sein chez une patiente présentant la maladie de Von Recklinghausen (NF 1).** Il y a une prévalence accrue de néoplasies au cours de la NF 1. On observe une mutation concomitante du gène de la NF 1 et aussi une mutation du gène BRCA 1. Le pronostic est réservé.

**3.7.13 Cancer du sein chez un homme :** Carcinome canalaire infiltrant de l'homme âgé qui représente 1 % de tous les cancers du sein. L'hérédité, une prédisposition génétique (BRCA2), le syndrome de Klinefelter, la cirrhose du foie, la gynécomastie, l'obésité, l'alcoolisme sont des facteurs de risque possible.

Le diagnostic paraclinique comprend le bilan tumoral (sono-mammo, biopsies, analyses des récepteurs hormonaux et du HER2) et le bilan d'extension (métastases). La stadification oriente le traitement qui combine la chirurgie d'exérèse, la chimio, la radio et l'hormonothérapie. Le pronostic est généralement moins bon que chez la femme.



### PLANCHE 3.8 : CANCER APOCRINE AXILLAIRE

**3.8.1 cancer apocrine cutané axillaire droit (CAC) :** Ce cancer rare est caractérisé par des nodules à surface mamelonnée, à croissance lente et située à proximité de la queue de Spence, dans le creux axillaire. Cette position et les trouvailles histologiques rendent difficile le diagnostic différentiel avec les métastases cutanées d'adénocarcinome du sein. Le traitement et le pronostic restent controversés.



#### EN DEVELOPPEMENT

- Gynécomastie
- Abscess du sein – Mastites du post partum
- Plaies du sein
- Ecoulements du mamelon
- Calcifications mammaires à la mammographie.