



5^e Congrès national
de la sage-femme libérale

PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES

25 et 26 novembre 2021

Le sein bénin

de la clinique au suivi

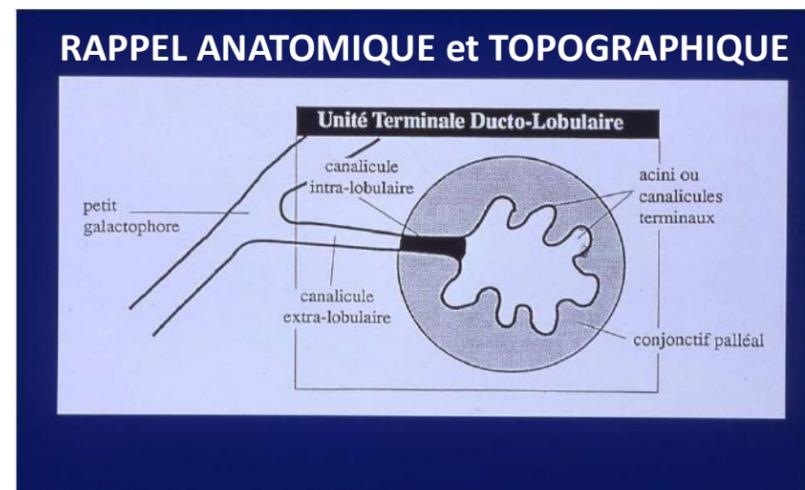
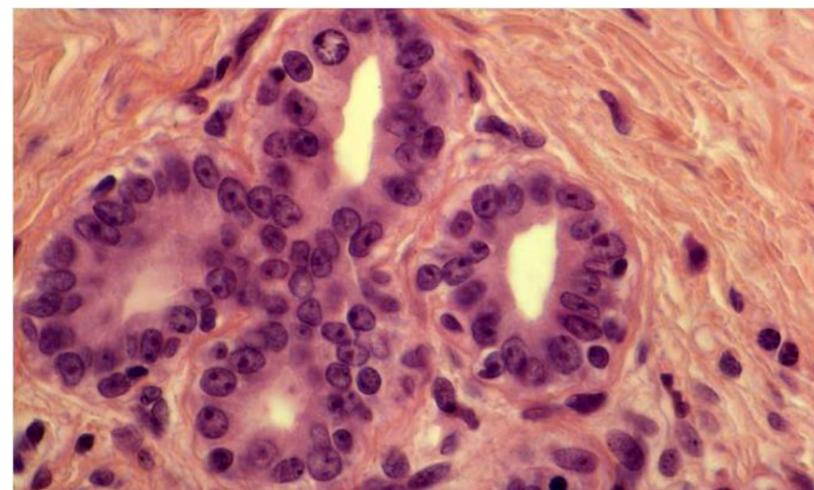
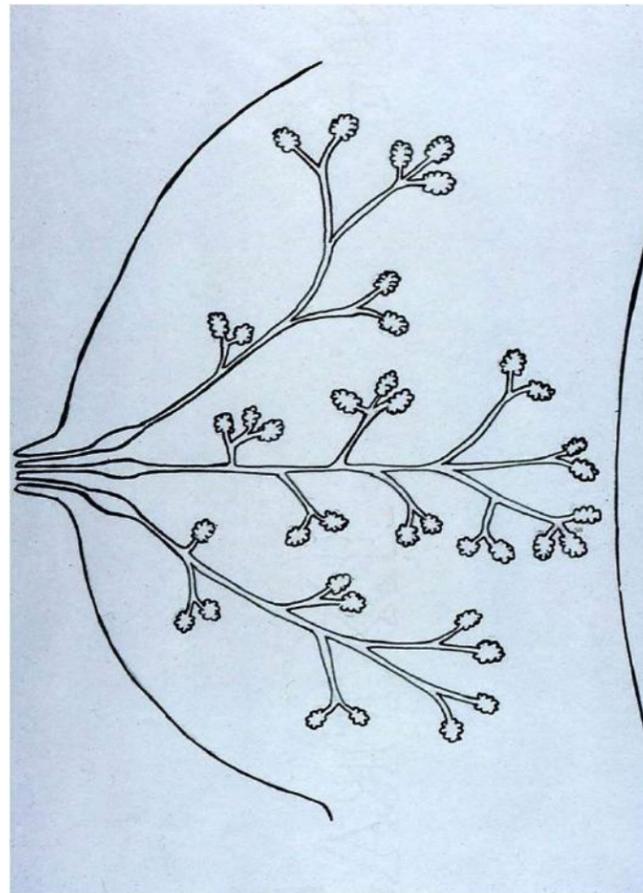
Jean-Yves Séror

Centre d'Imagerie Duroc Paris

Pas de conflit d'intérêt pour cette présentation

Lésions bénignes du sein

La pathologie la plus fréquente



Circonstances de découverte

⇒ **Lésion clinique** : Masse palpable, écoulement unipore,....

⇒ **Lésion infra-clinique** de découverte mammo- échographique, IRM

⇒ **Isolées ou associées** entre elles ou à d'autres lésions.

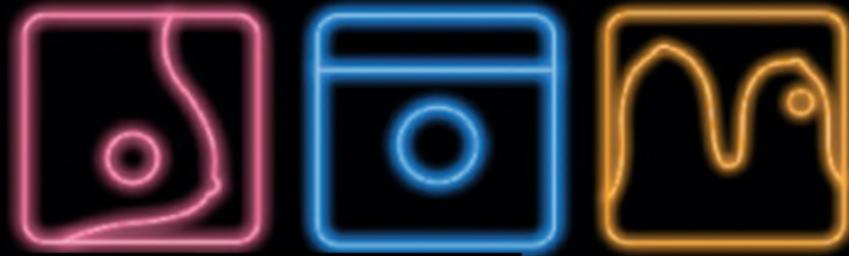
⇒ **Nécessitant**

- **Simple surveillance**
- **Biopsie**
- **Tumorectomie**

ACR BI-RADS® ATLAS

Breast Imaging Reporting and Data System

2013



Le Sein Bénin

Classification et Conduite à tenir

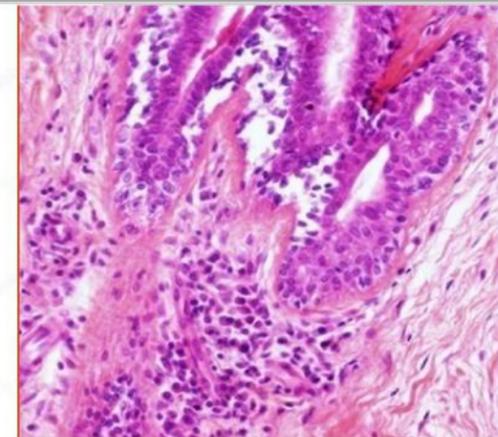
ACR 1	Mammographie normale
ACR 2	Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	Anomalies probablement bénigne pour lesquelles une surveillance à court terme est conseillée
ACR 4	Anomalies indéterminées ou suspectes qui indiquent une vérification histologique, c'est-à-dire une biopsie
ACR 5	Anomalies évocatrices d'un cancer

Lésions bénignes du sein

Lésions cliniques et/ou imagerie

- Lésions Tumorales épithéliales et conjonctives
- Lésions Kystiques
- Lésions inflammatoires
- Lésions pseudo tumorales

Lésions microscopiques histologiques après biopsie ou chirurgie



Lésions bénignes du sein

Lésions macroscopiques cliniques et / ou imagerie

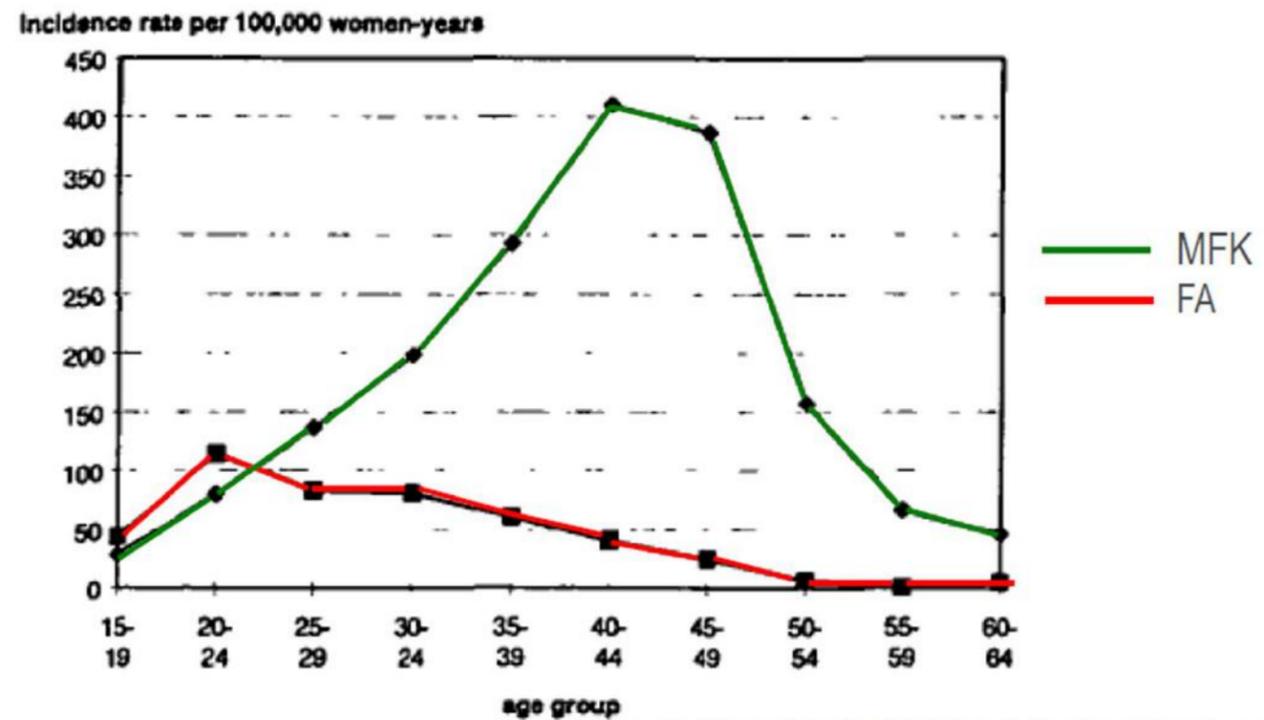
- **Lésions Tumorales épithéliales et conjonctives**
- Lésions Kystiques
- Lésions inflammatoires
- Lésions pseudo tumorales

Adénofibrome épidémiologie

La plus fréquente des tumeurs bénignes mammaires

Prévalence: environ 10% des femmes
patiente jeune (20 à 30 ans)

Taux d'incidence : Entre 20 et 24 ans : 115/100000 année-femme

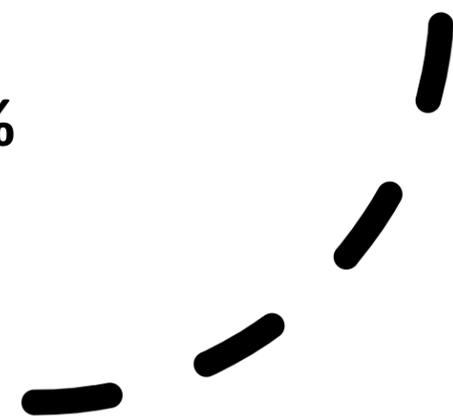


Goehring C, Morabia A, *Epidemiologic Review*, 1997

Adénofibrome

Clinique

- **Tumeur ronde ou ovale bien limitée**
 - **Ferme** , mobile par rapport à la peau et au reste de la glande mammaire
 - Taille variable (Cycle ++)
 - Unique ou multiple
 - isolé : sans adénopathie ni signes cutanés.
 - Asymptomatique : 25%
- **Localisation supéro-externe : 50%**



Adénofibrome

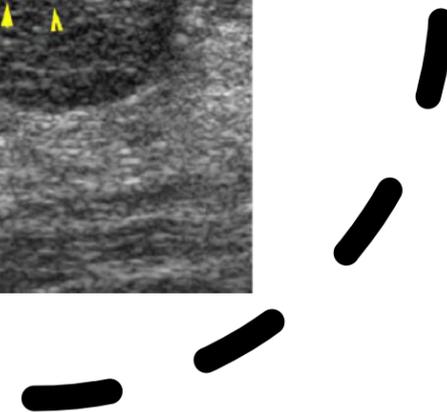
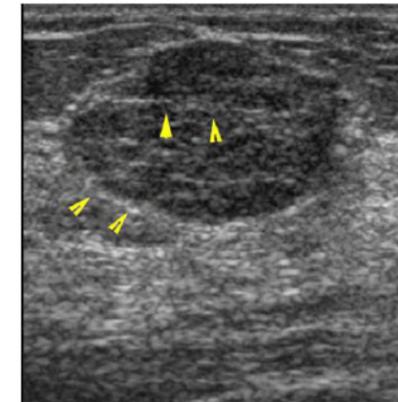
Mammographie

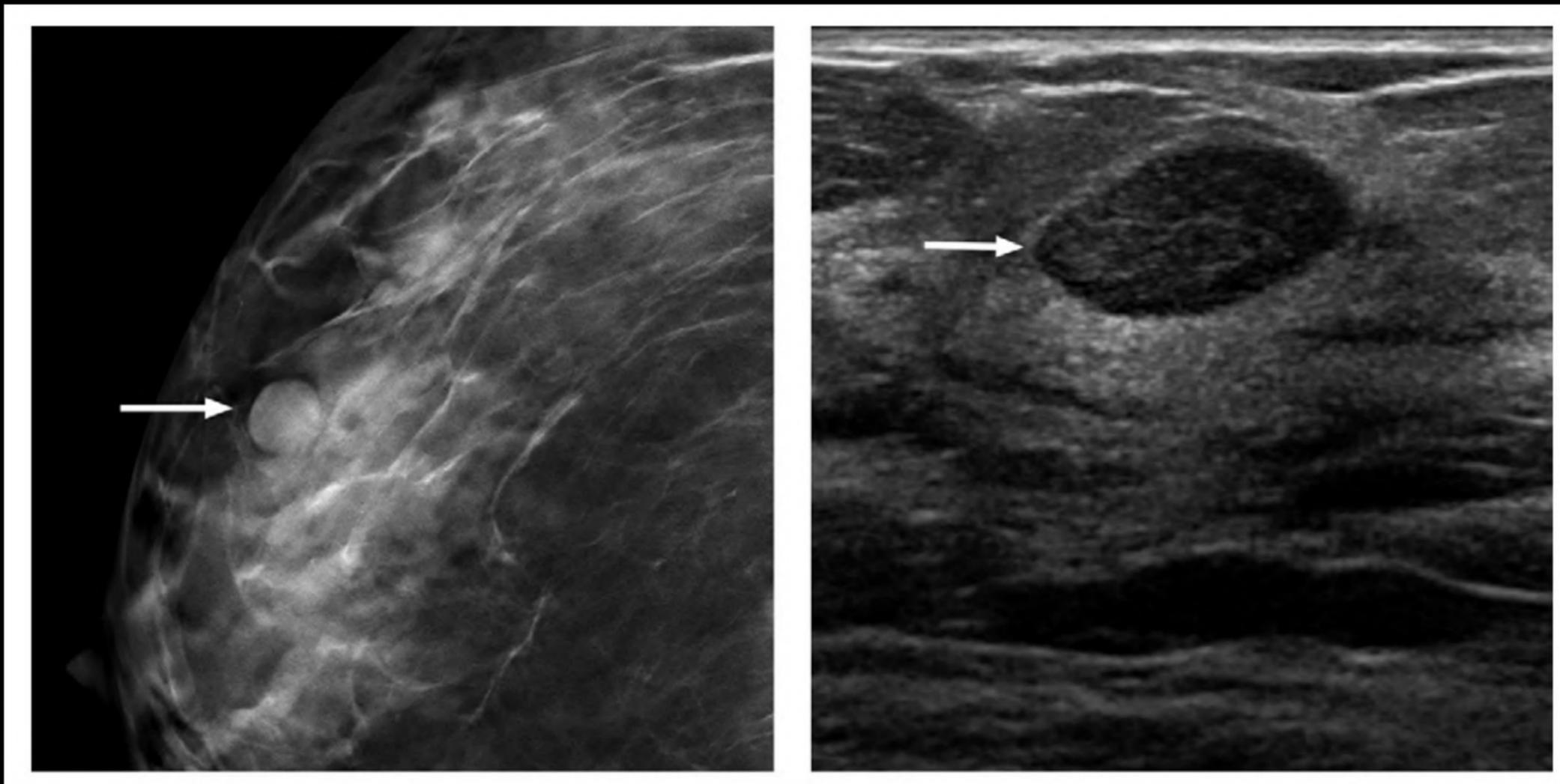
- Opacité ronde ou ovale
- Régulière , homogène
- Possibilité de calcifications en cours d'évolution



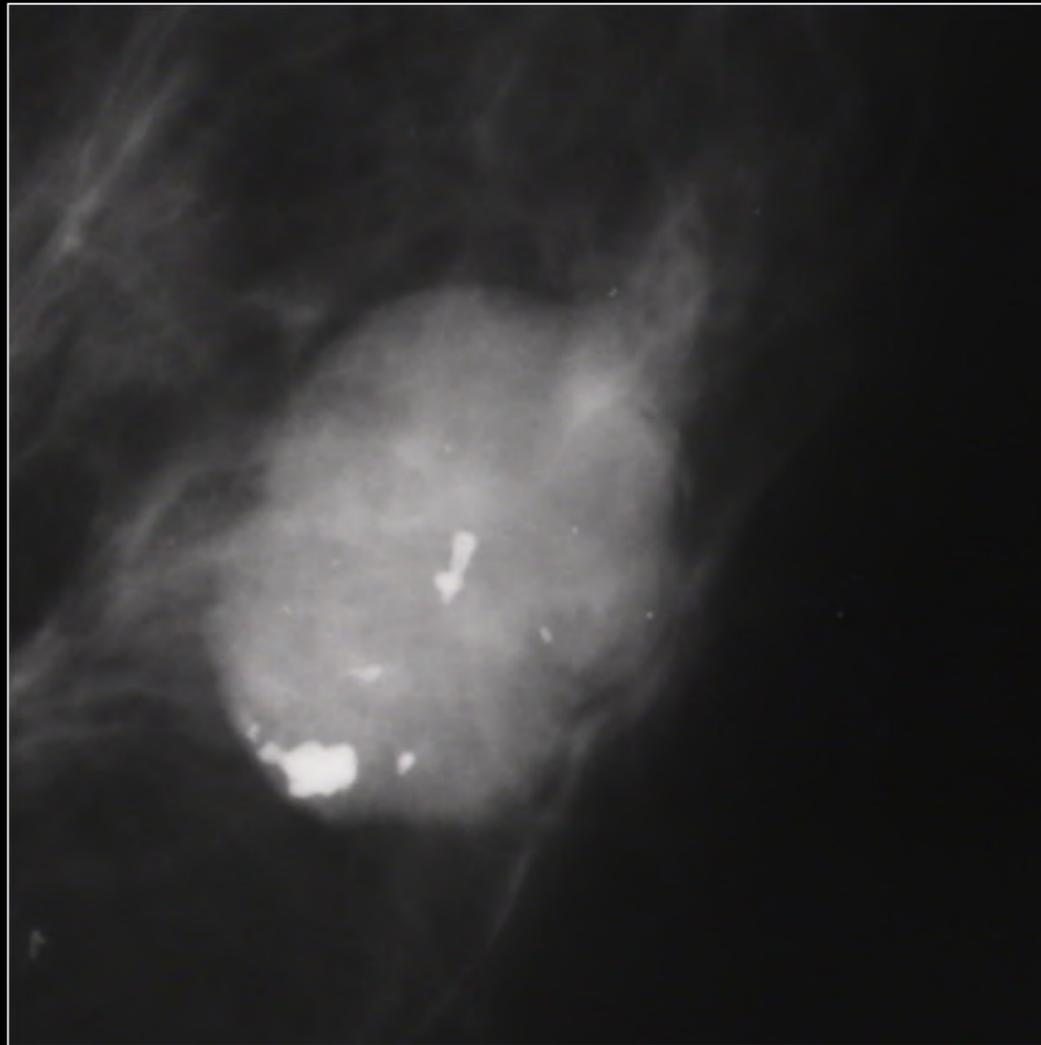
Echographie

- Image lacunaire ovale à bords nets
- Hypoéchogène , homogène
- renforcement postérieur inconstant
- Grand axe parallèle aux plans cutanés (diffraction du faisceau ultrasonore).

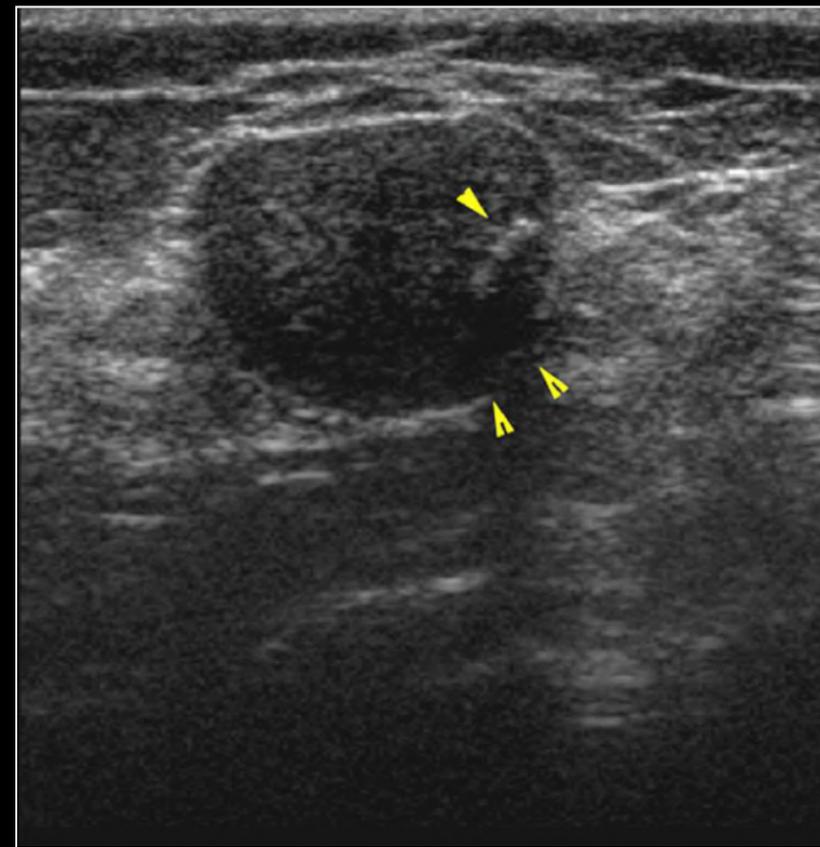




**Femme 40 ans, nodule récent palpable , pas d'antécédent de cancer du sein :
ACR3 (probablement bénin)
Ponction echo-guidée adénofibrome ACR2**

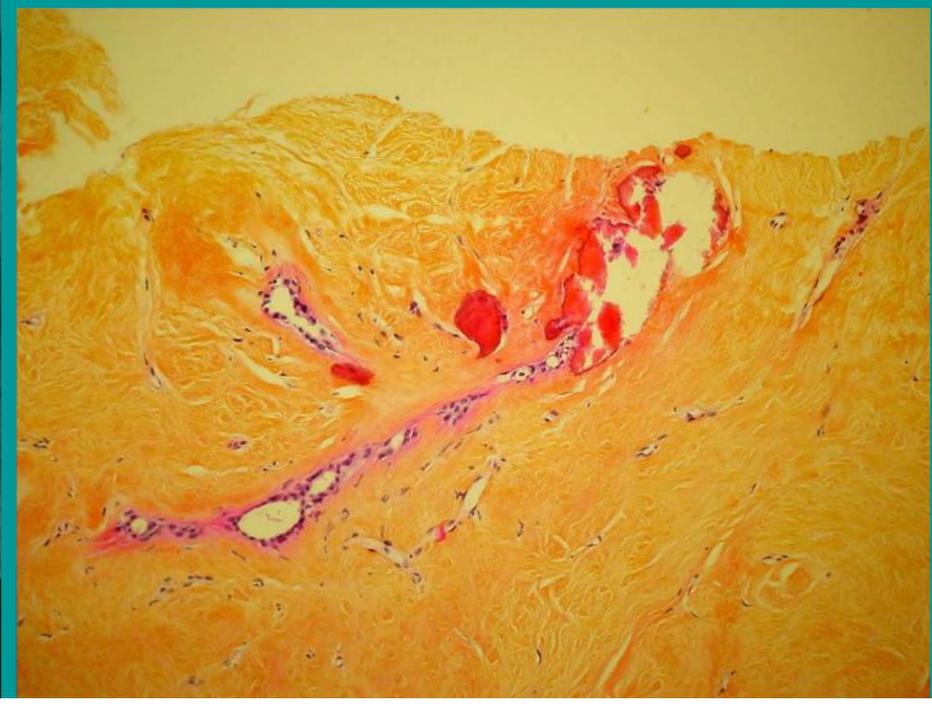
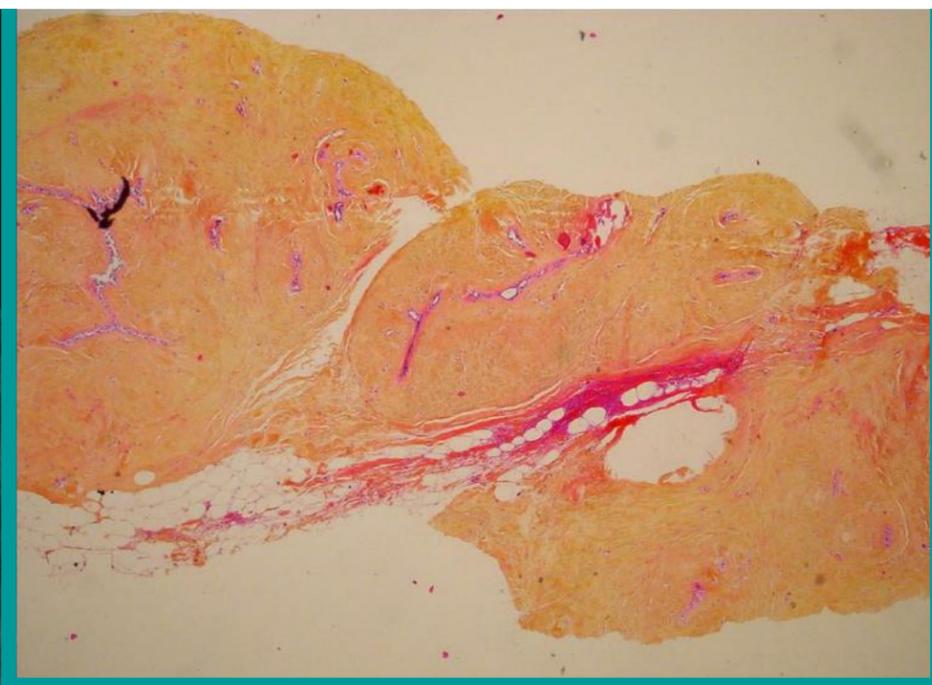


Adénofibrome calcifié

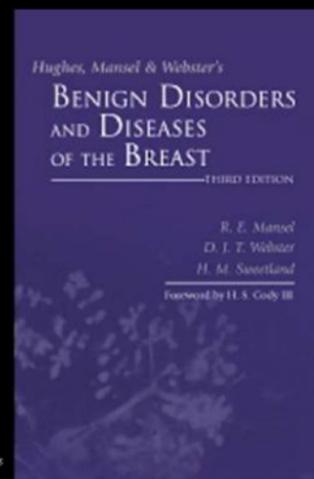




adénofibrome collagénisé

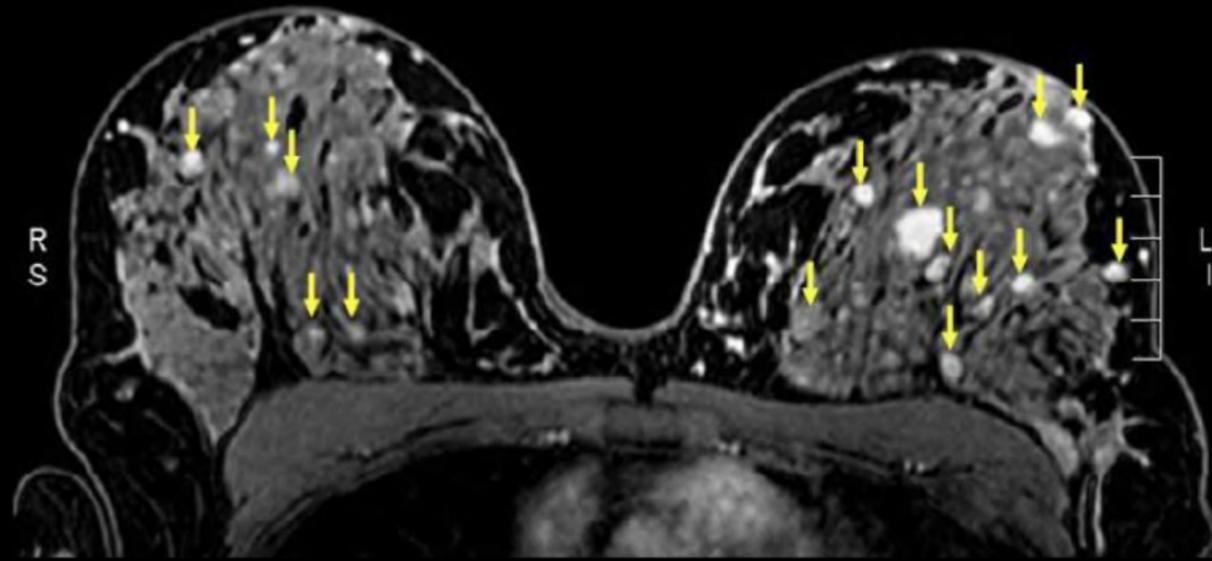


Présentation clinique / Stade	Processus normal Physiologie	Aberration Anomalie bénigne	Pathologie
Début de la vie reproductive (15-25 ans)	Développement lobules	Adénofibrome	Adénofibrome géant Polyadénomatoze
	Développement stroma	Hypertrophie de l' adolescente	Gigantomastie Abcès sous aréolaire/Fistulisation
	Eversion mamelon	Inversion du mamelon	



Hughes, Mansel & Webster's Benign Disorders and Diseases of the Breast 3rd Edition

Poly-fibro-adénomatose



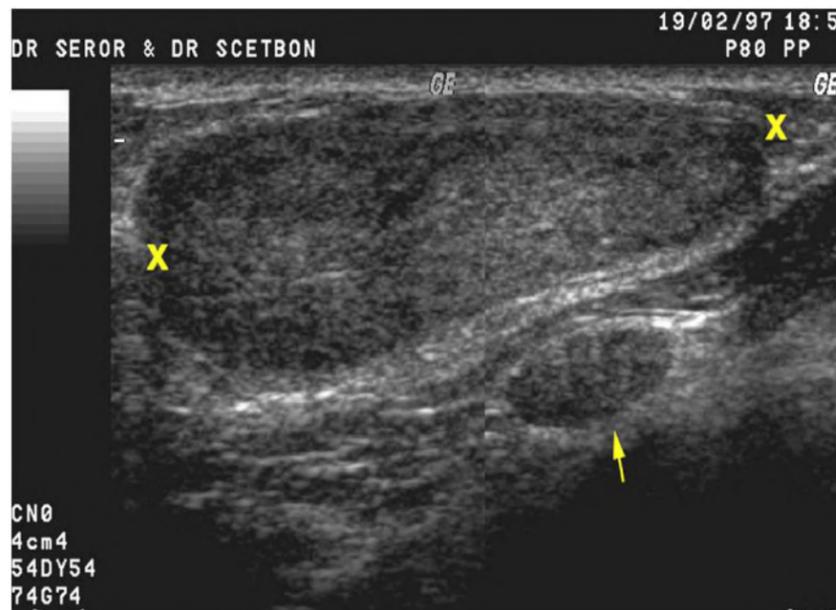
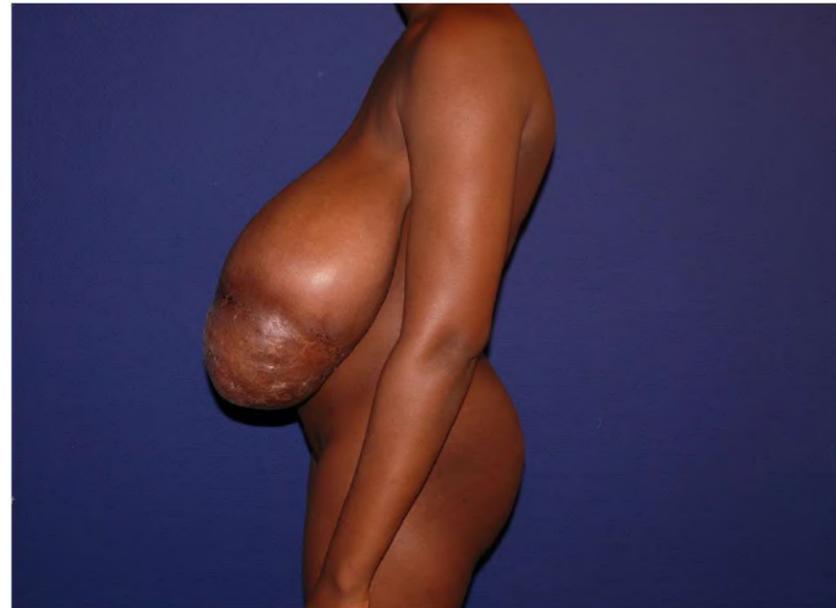
Formes cliniques

Adénofibrome

Grossesse

- *Augmentation taille,*
- *Hypoéchogène ++,*
- *Remaniements nécrotiques pseudo kystiques*





Adénofibrome géant de la jeune fille

Formes trompeuses

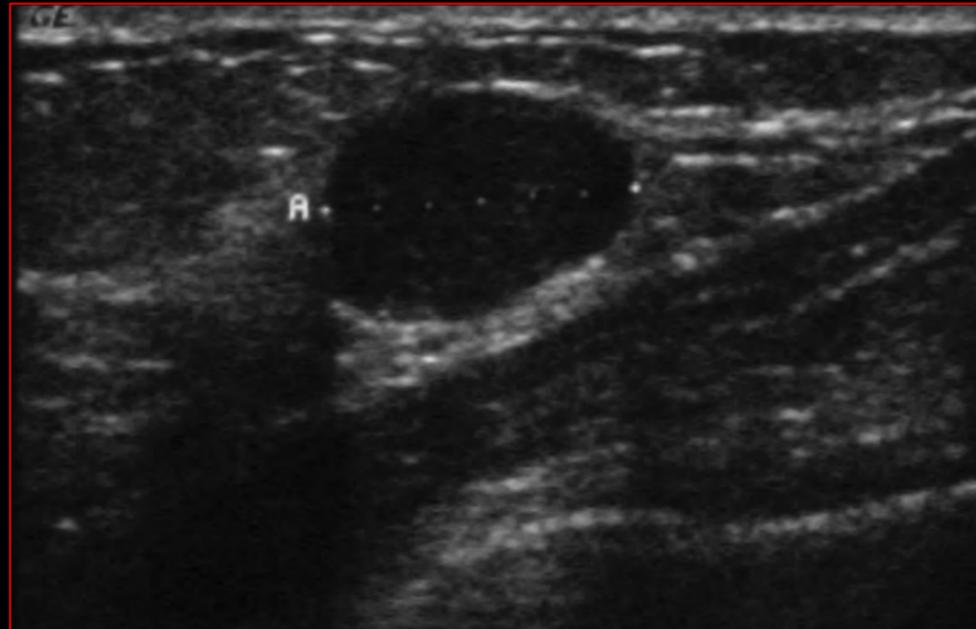
Adénofibrome

**Pièges diagnostiques
et
Diagnostic différentiel**

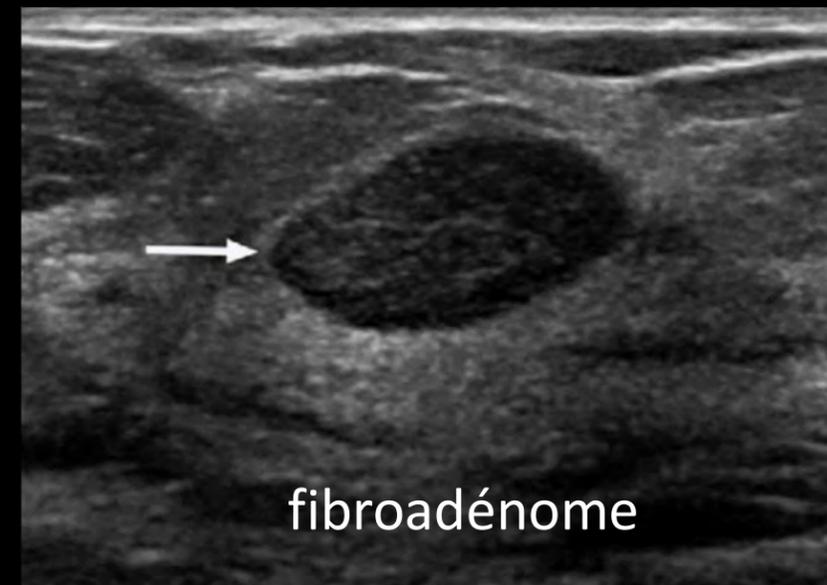
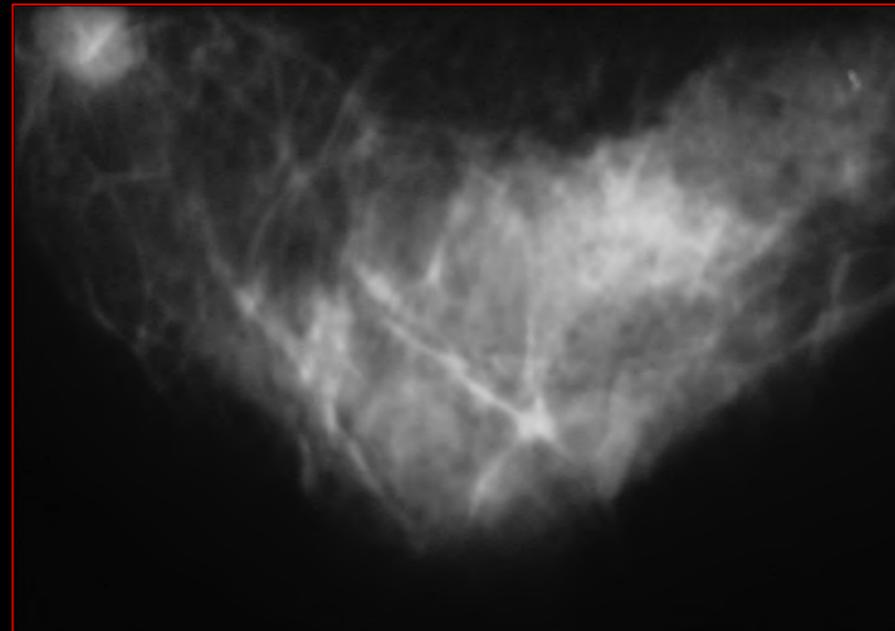
- ***adénofibrome de topographie inhabituelle!!!***
(quadrants internes ou territoires ectopiques)
- ***Les cancers avec forme arrondie :***
 - ✓ *Adénocarcinome médullaires (Contexte familial à risqué)*
 - ✓ *colloïdes (surtout chez la femme âgée)*

Le diagnostic : cyto-ponction ou micro biopsies

50 ans avant THS



Cytologie atypie
Carcinome medullaire Taille 12 mm
RH- Cer2 B2+



Formes histologiques

Adénofibromes

- AF simple : Masse pleine, à double composante épithéliale et conjonctive normales,
- AF complexe (AFC) : Dupont et Page en 1994 introduisent la notion d'AF Complexe.

Ce sont des AF dans lesquels existent des kystes, de l'adénose, des micro- calcifications, des lésions de métaplasie apocrine ou **d'hyperplasie épithéliale avec ou sans atypie**
- Adénome phyllode

Cancer du sein et adénofibrome

Exceptionnel

- Association initiale cancer et adénofibrome
- Risque de développer un cancer du sein chez une patiente avec adénofibrome
- Transformation d'un adénofibrome en phyllode

***Le risque
de cancer
associé***

- **Dupont New engl 1994**

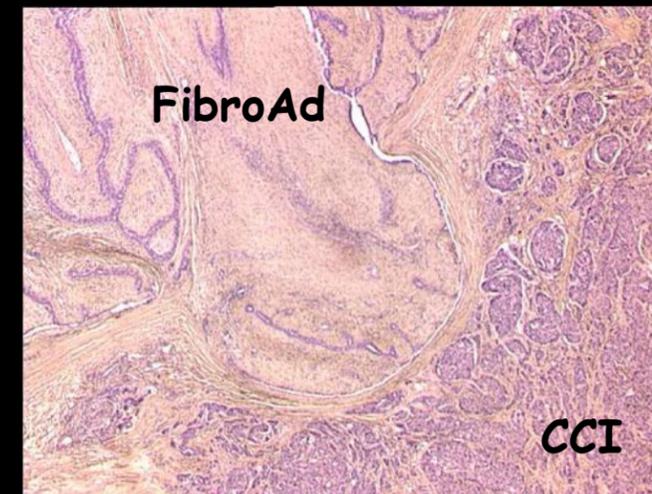
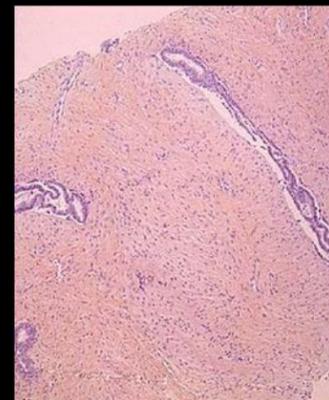
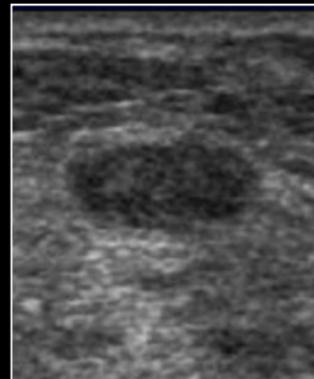
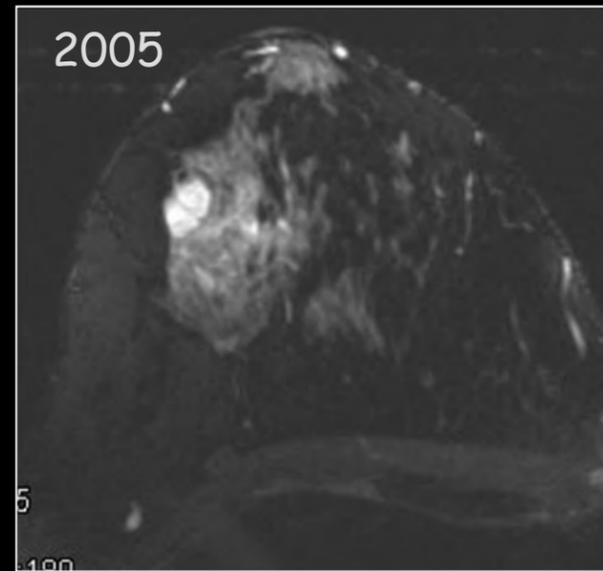
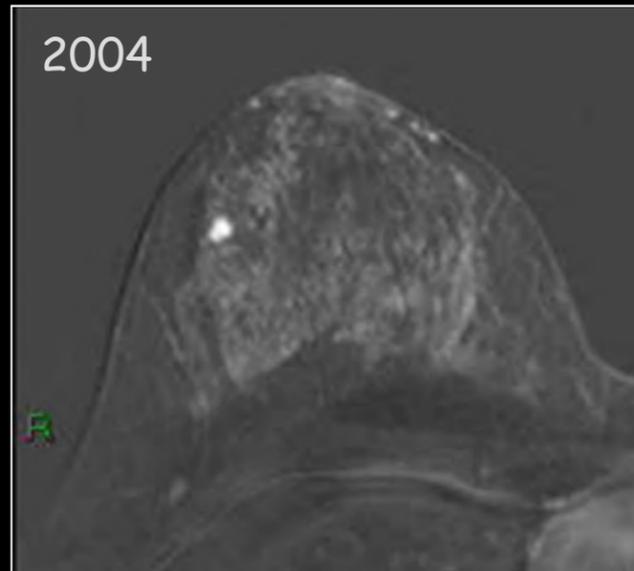
- FA non complexe : **2,07(1,4-3,2)**
- Fa complexe : **2,24(1,6-3,2)**
- FA +hyperplasie simple :
2,16(1,2-3,8)
- FA + hyperplasie atypique :
4,77(1,5-15)

- **Mc Divitt the cancer steroid hormone study 1992**

- FA sans hyperplasie: **1,7 (1,1-2,5)**
- FA+ hyperplasie simple : **3,7(1,5-9,2)**
- FA+ hyperplasie atypique : **6,9(1,5-30,6)**

Le risque majoré est en fait lié aux lésions associées à l'adénofibrome qu'elles soient **DANS ou **AUTOUR** de l'adénofibrome.**

Femme mutée *BRCA1*. ATCD de cancer du sein G (Mastectomie)



Fibroadénome = Biopsie +++

Evolution des adénofibromes

15 -20 % développement d'adénofibromes multiples (4ans)

10 -15 % de forme bilatérale

- ***Évolution généralement lente***
- ***Peut doubler de taille en 6 à 12 mois***
- ***Diminution 40%, stabilité 30% et progression 30 %***
- ***Cycle hormonal***
- ***La récurrence après exérèse est rare mais possible***

Prise en charge des fibroadénomes

(1) Surveillance

En pratique

SURVEILLANCE annuelle ++ (au moment du diagnostic)

En cas d'âge inférieur à 30 ans,

Asymptomatique

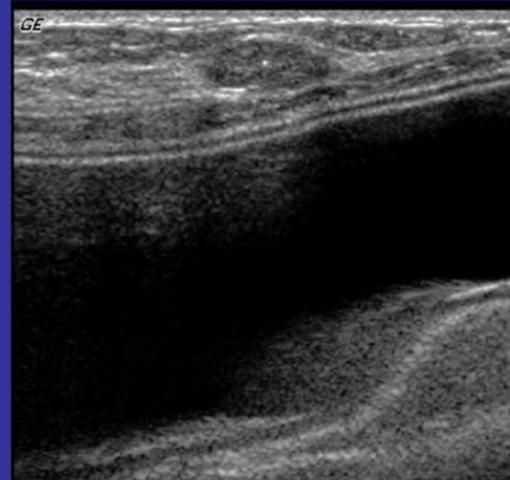
Taille inférieure à 3 cm

Bonne concordance radio-clinique

Pas de contexte à risque familial

Diagnostic certain à la cytoponction

Microbiopsie (Contexte à risque)



Comment confirmer le diagnostic de bénignité et de fibroadénome ?

La cytoponction *Cytologie*



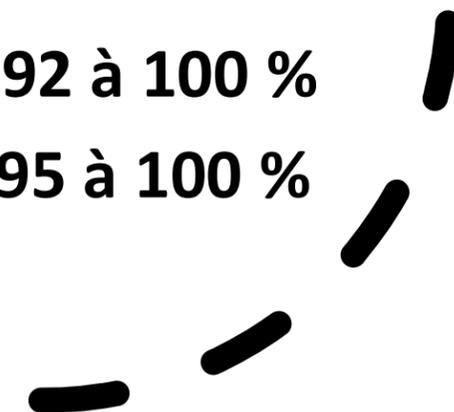
- **Sensibilité 86,9%**
- **VPP 79,3%**
- **Spécificité 93,8%**
- **VPN 96,3%**

Eviter chez femme enceinte : faux positifs

La biopsie *Histologie*



- **Sensibilité : 92 à 100 %**
- **spécificité : 95 à 100 %**



Prise en charge des fibroadénomes

(2) Exérèse chirurgicale

Doute cytologique
ou macrobiopsie

Atypie

Contingent phyllode

ADF Complexe

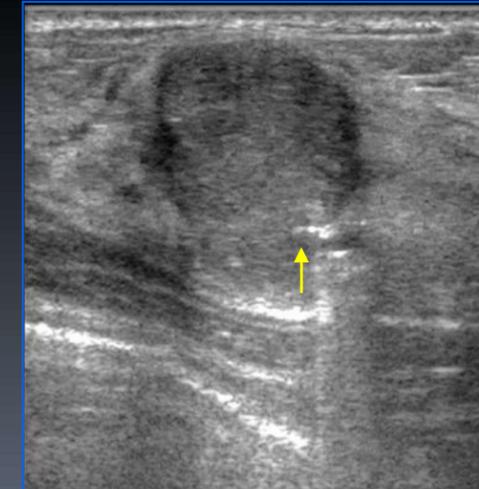
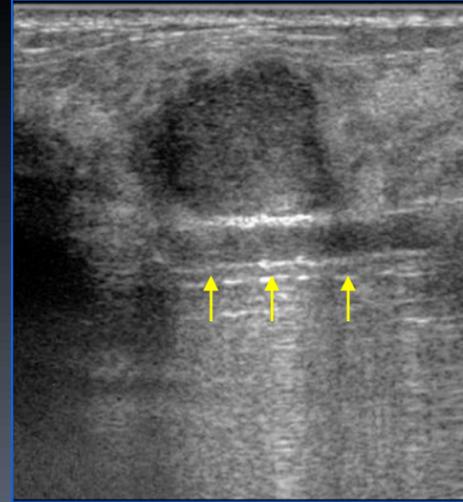
Apparition après 30 ans

Antécédents familiaux de cancer du sein

Augmentation de volume et / ou déformation

Inquiétude de la patiente

Macrobiopsie écho-guidée



Macrobiopsie exérèse sous échographie possible après évaluation

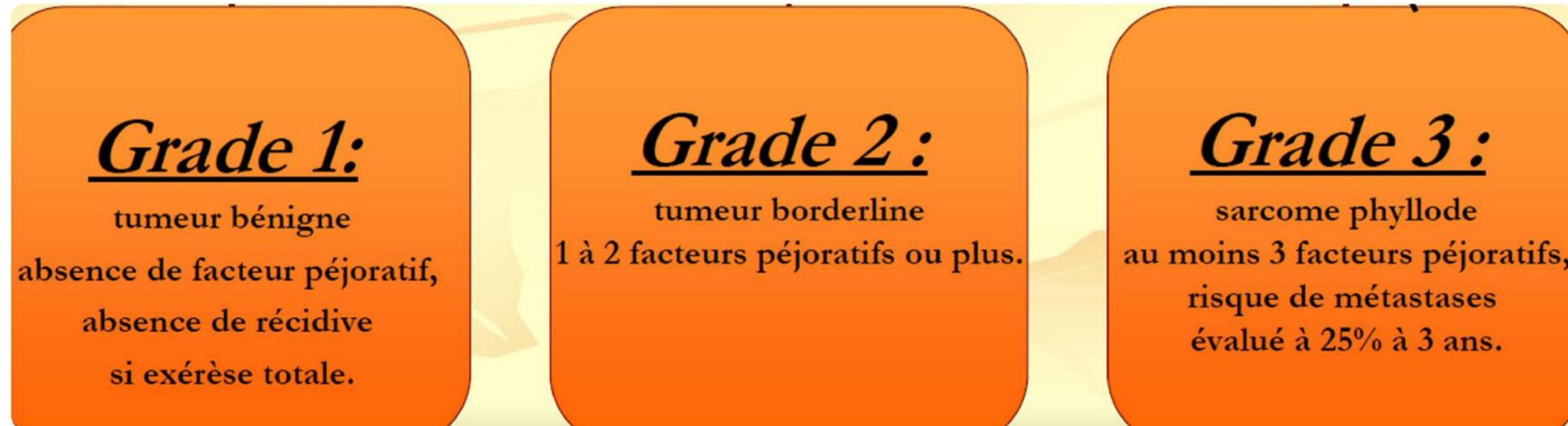
TUMEURS PHYLLODES

- 40 - 45 ans, rare < 1% des tumeurs mammaires
- Composante conjonctive hypercellulaire prépondérante
- croissance d'autant plus rapide que le grade histologique est élevé ++
- mammographie : comme un adénofibrome mais plus fréquemment polycyclique
- échographie :
 - zones liquidiennes internes
 - flou du mur postérieur

Tumeur Phyllode

Adénofibrome ?
lacune postérieure
méfiance !!





Tumeurs phyllodes

- Exérèse chirurgicale large avec des berges saines.
- Marges de 10 mm minimum recommandées, sinon reprise de tumorectomie
- Tumorectomie si possible, mastectomie si > 50 mm
- 20% de rechute si les marges sont insuffisantes
- Rechutes plus fréquentes avec les grades élevés



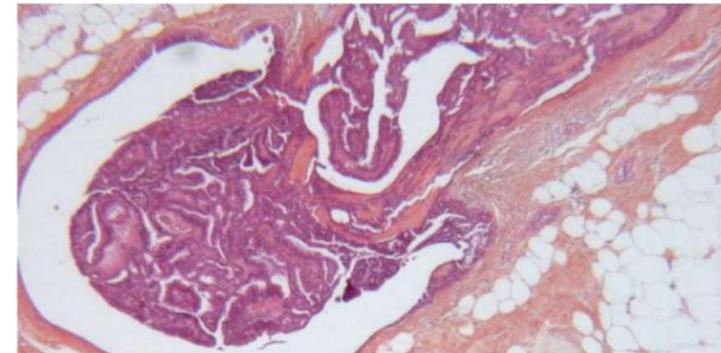
Tumeur
phyllode
pendant la
grossesse



**PAPILLOMES INTRA DUCTAUX
MAMMAIRES**



**Prolifération d'architecture papillaire développée dans la lumière
d'un canal dilaté**



PAPILLOMES INTRA-DUCTAUX

Selon l'aspect histologique , on décrit

1. le papillome simple
2. le papillome avec hyperplasie canalaire simple
3. le papillome atypique
4. le carcinome sur papillome

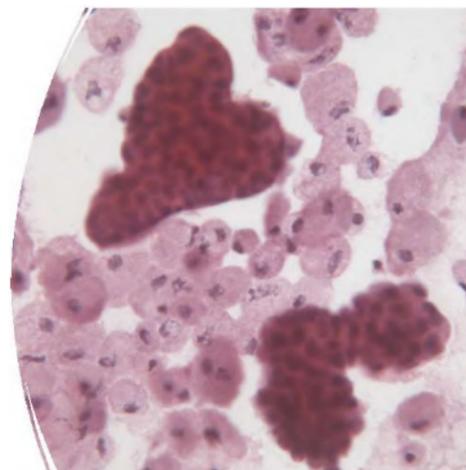
CLINIQUE

Papillomes intra-ductaux

LE PLUS SOUVENT ASYMPTOMATIQUE

- Nodule palpable**
- souvent rétro-aréolaire
 - régulier, mobile
 - taille variable (1 à 4 cm)

- Ecoulement**
- uni-orificiel
 - isolé ou associé au nodule palpé
 - spontané ou provoqué
 - séreux ou parfois hémorragique



CYTOLOGIE

*par étalement sur lame d'un
écoulement mamelonnaire*

Aspects Radiologiques Papillomes

Opacité mammographique

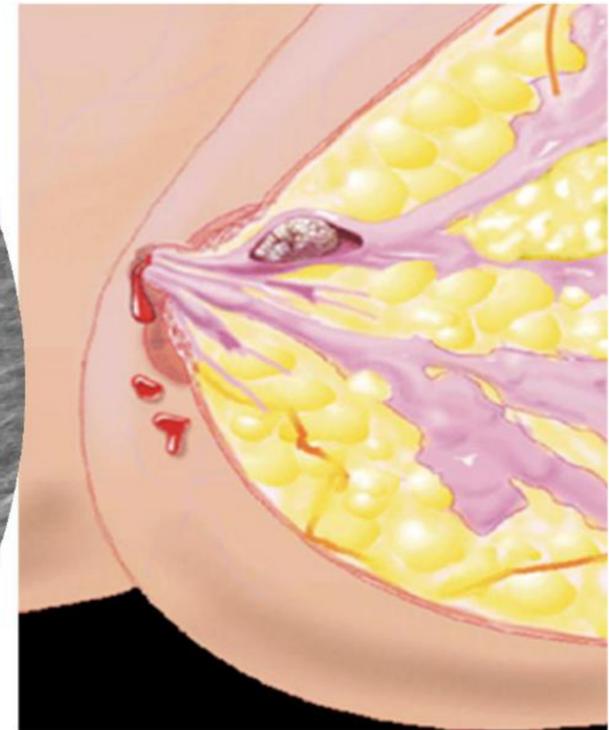
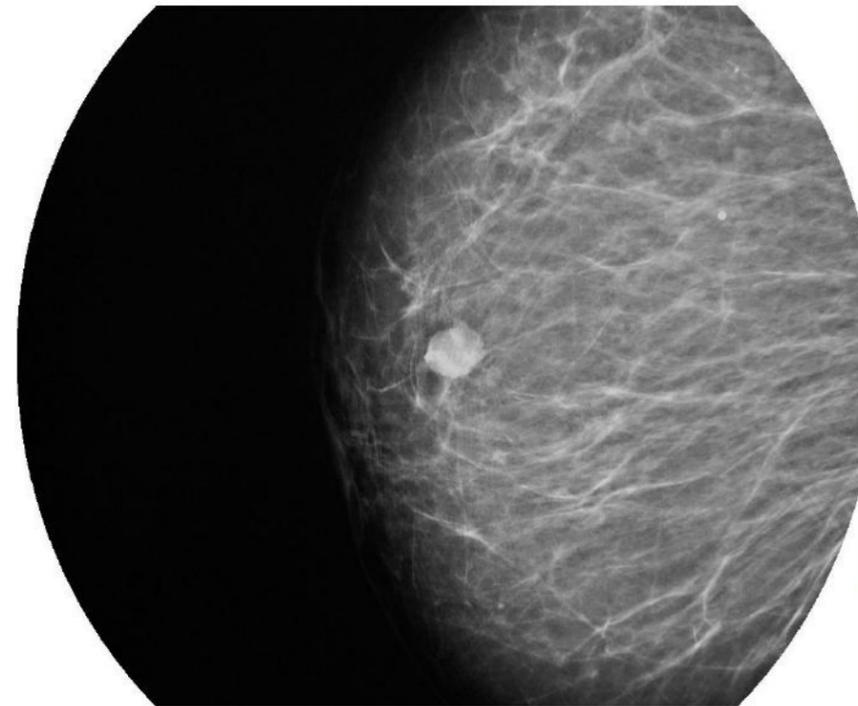
- bien limitée, ronde ou polylobée

- peu dense

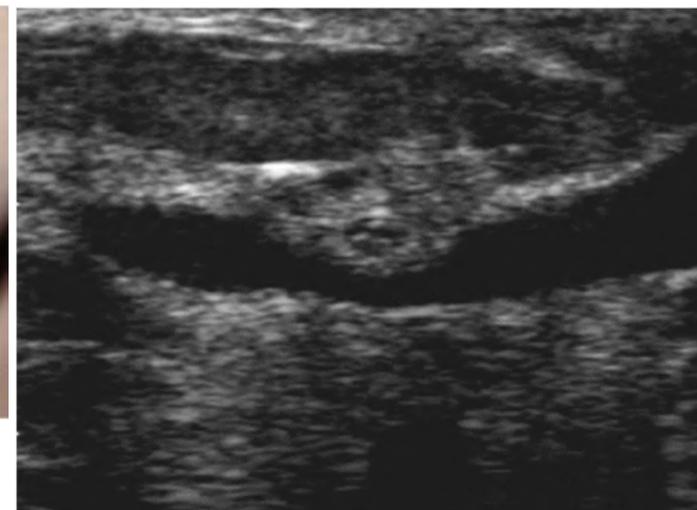
- contenant parfois des calcifications

Foyer de microcalcifications souvent classé :

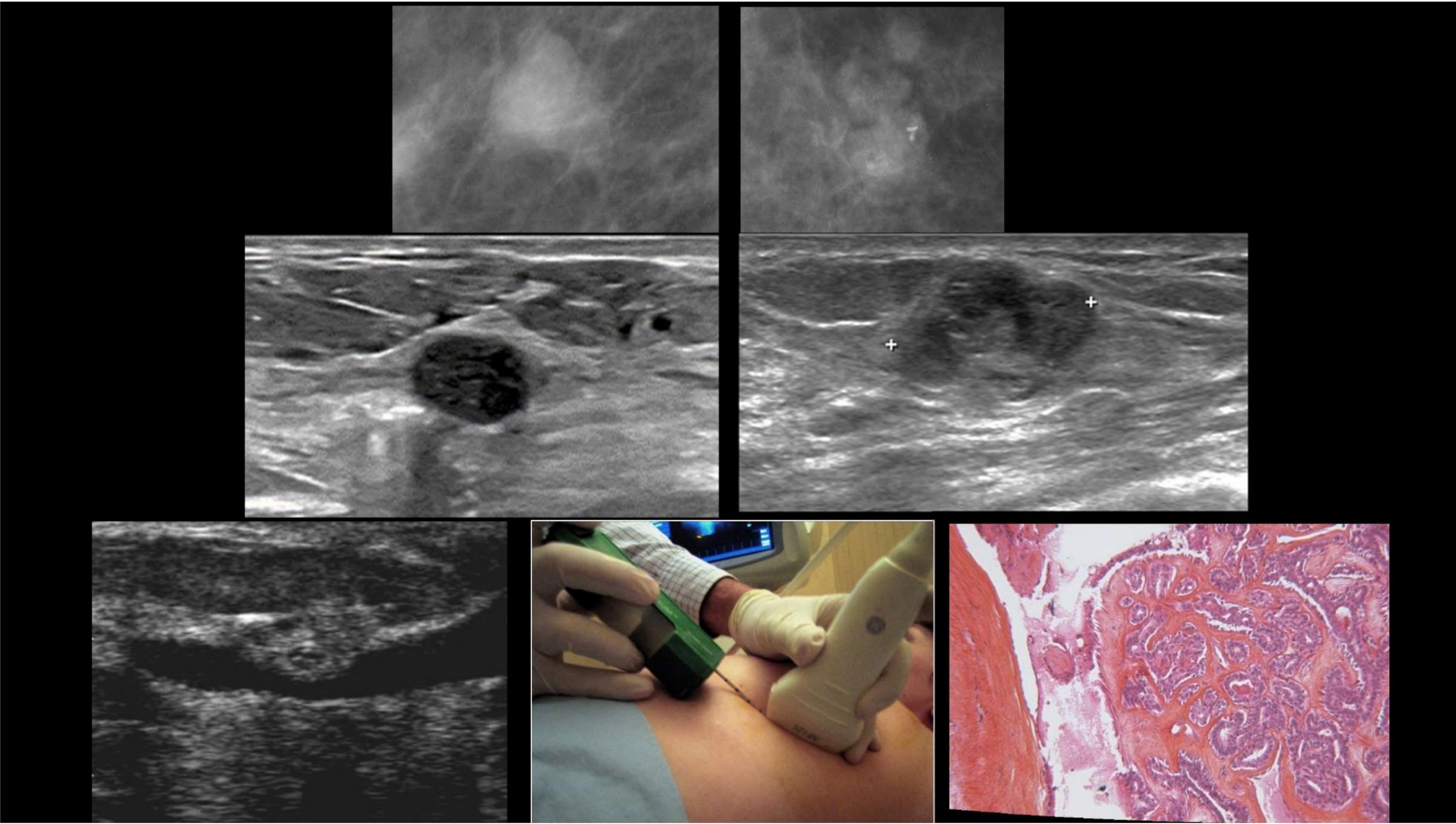
- ACR4a



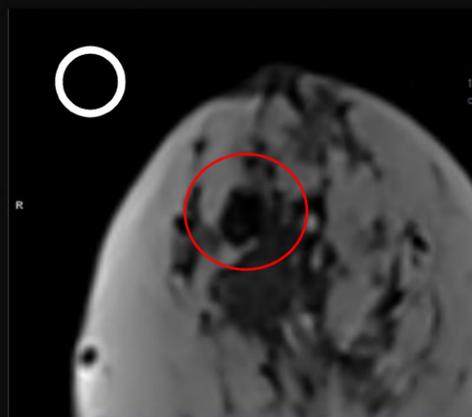
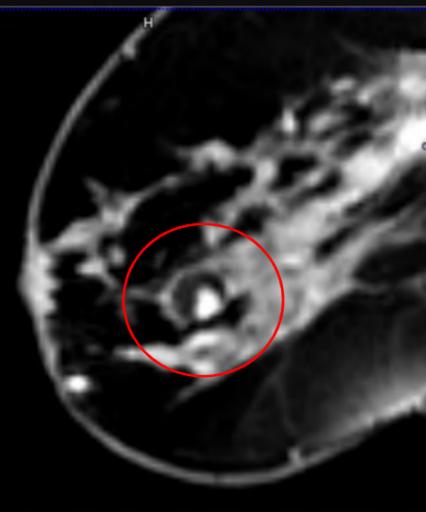
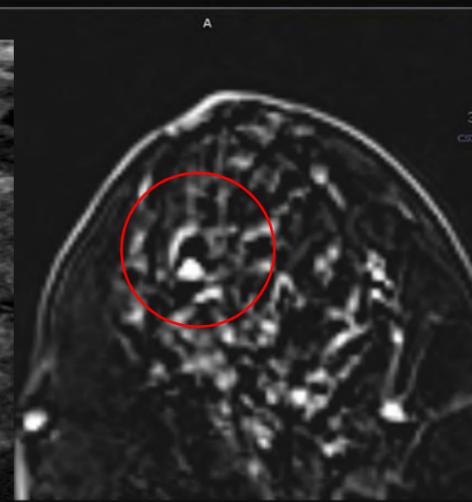
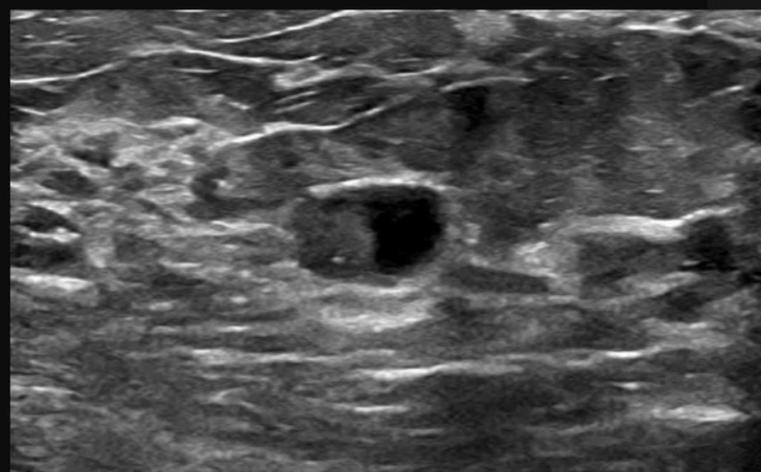
Étalement cytologie



Galactographie



IRM mammaire





PAPILLOMES

exérèse chirurgicale consensuelle ?

- Pour toutes les lésions atypiques sur l'histologie des biopsies percutanées
- Et pour toutes les histologies bénignes quand
 - les lésions sont **symptomatiques** (masse palpable, écoulement) ou classées AC4b ou plus
 - en cas de papillomes **multiples ou de récurrence**
 - en cas de **haut risque personnel ou familial**



PAPILLOMES SIMPLES

exérèse chirurgicale controversée

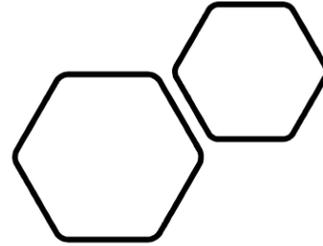
- En effet des études récentes sont en faveur d'une surveillance car elles ne retrouvent pas de risque de sous-estimation diagnostique
 - si la lésion est bien caractérisée histologiquement
 - s'il existe une bonne concordance radio histologique
 - s'il n'existe pas d'antécédent mammaire à haut risque

Lésions bénignes du sein

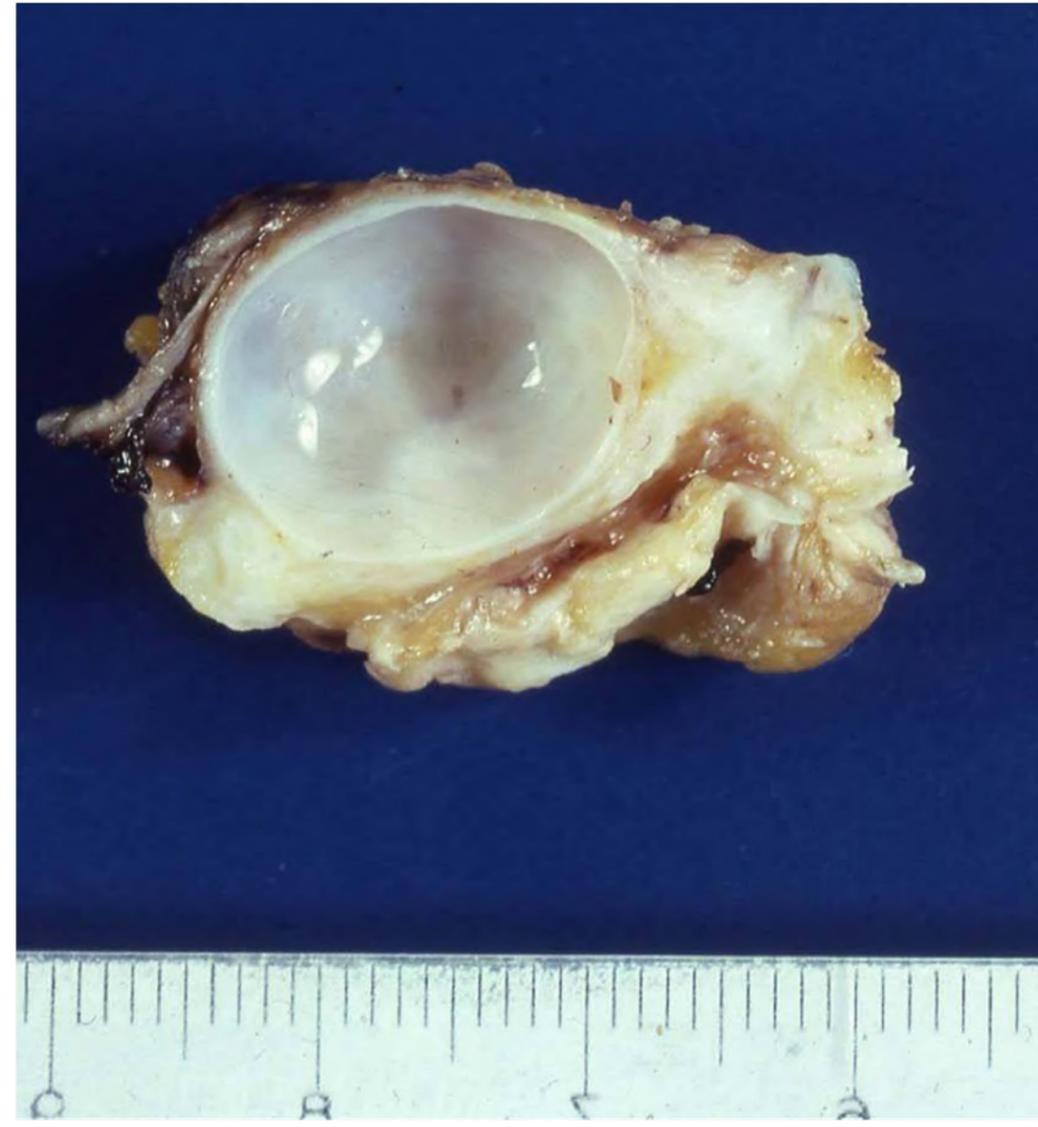
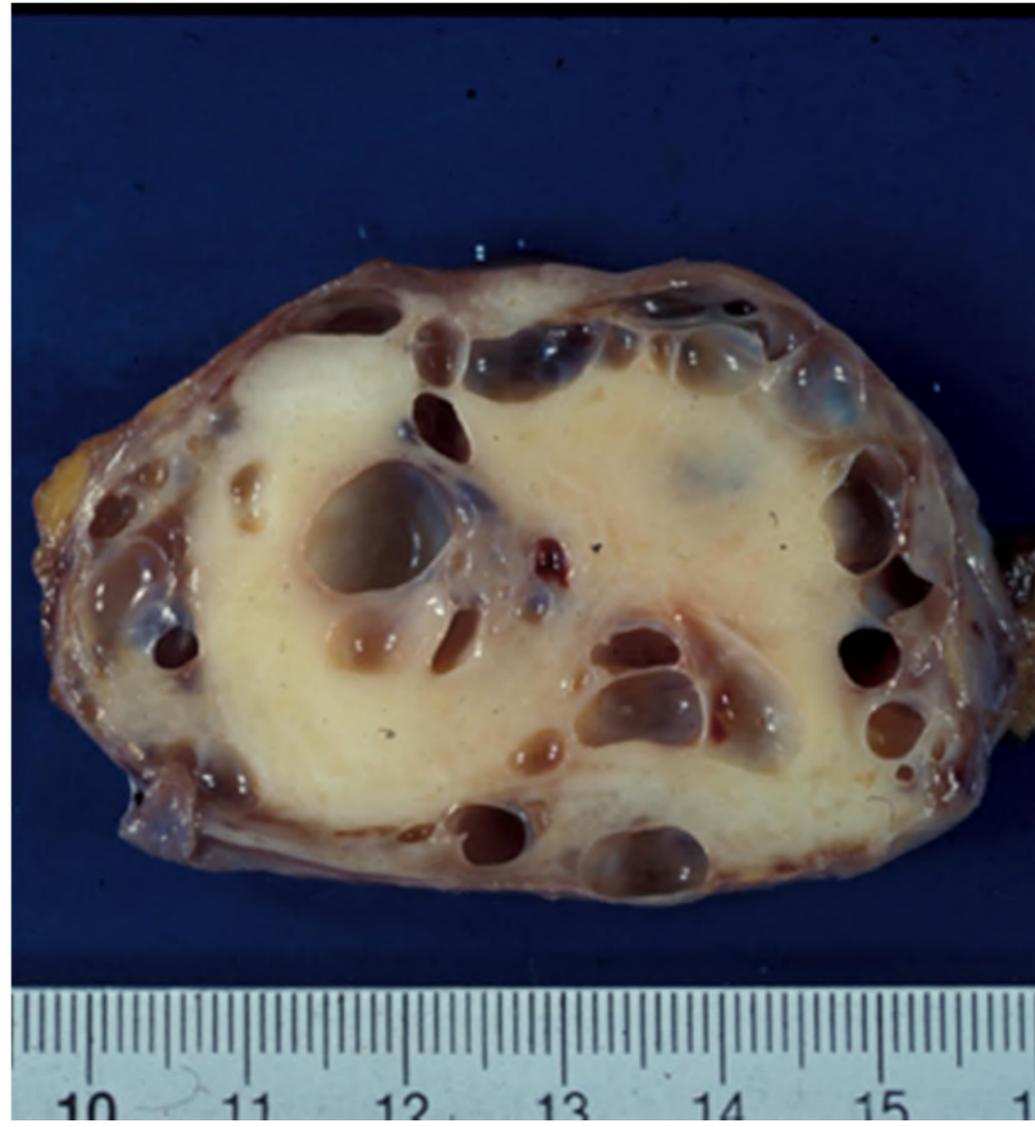
Lésions macroscopiques cliniques et / ou imagerie

- Lésions Tumorales épithéliales et conjonctives
- **Lésions Kystiques**
- Lésions inflammatoires
- Lésions pseudo tumorales

KYSTES : histoire naturelle



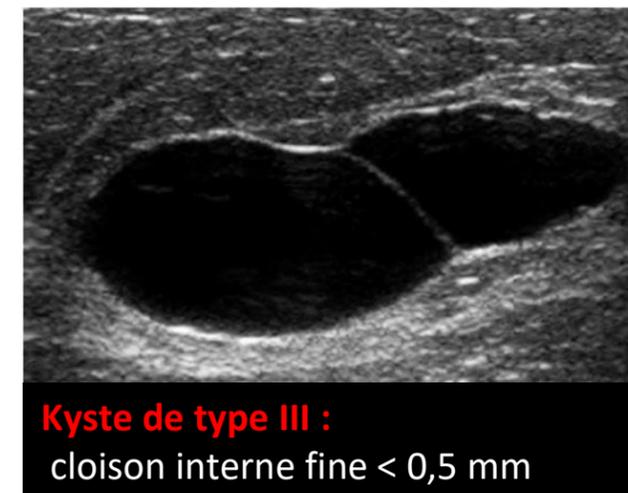
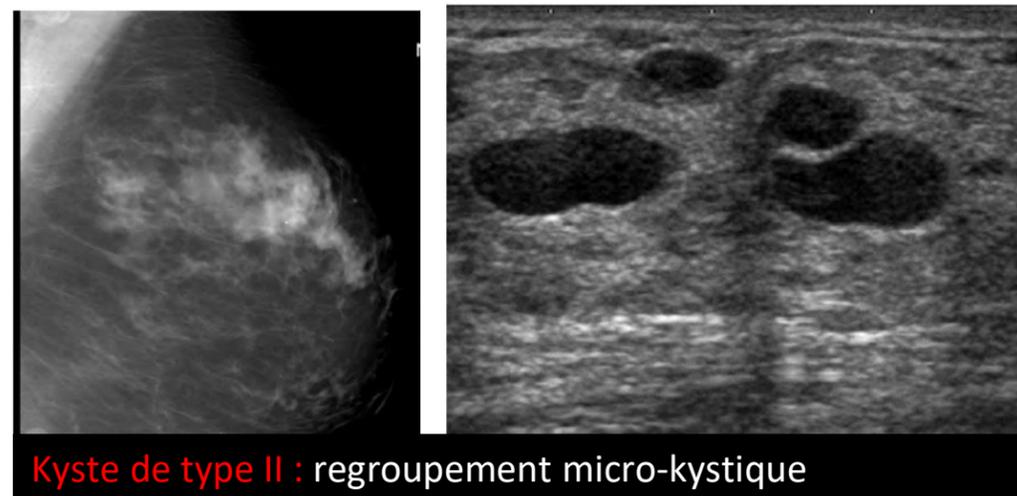
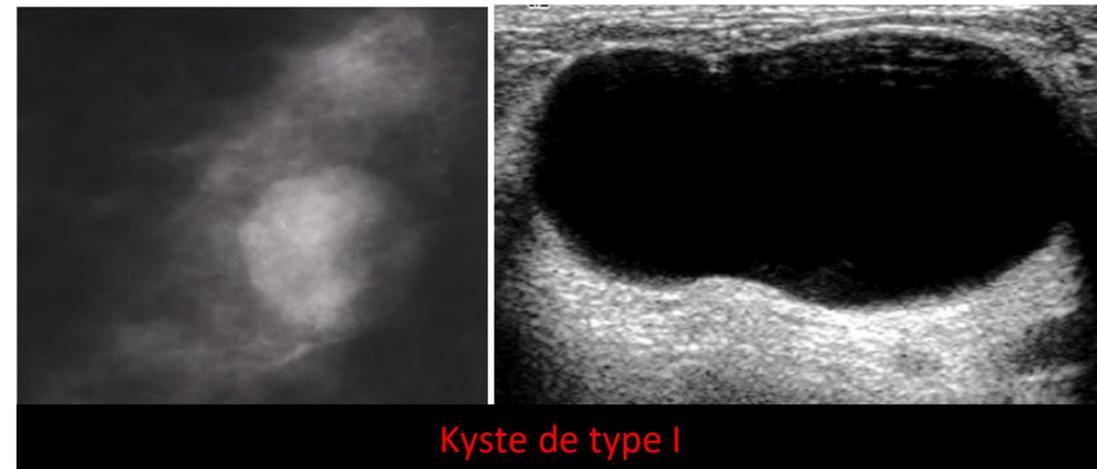
- dilatation d'un canal galactophore, au niveau d'un lobule ou de terminaisons ductulo-lobulaires
- paroi épithéliale, remplie de liquide
- sclérose périgalactophorique empêchant son drainage
- **< 3mm : microkyste**
- **> 3 mm macrokyste.**



Kystes simples , Typiques

Bi-Rads 2 : Pas de surveillance ni prélèvement

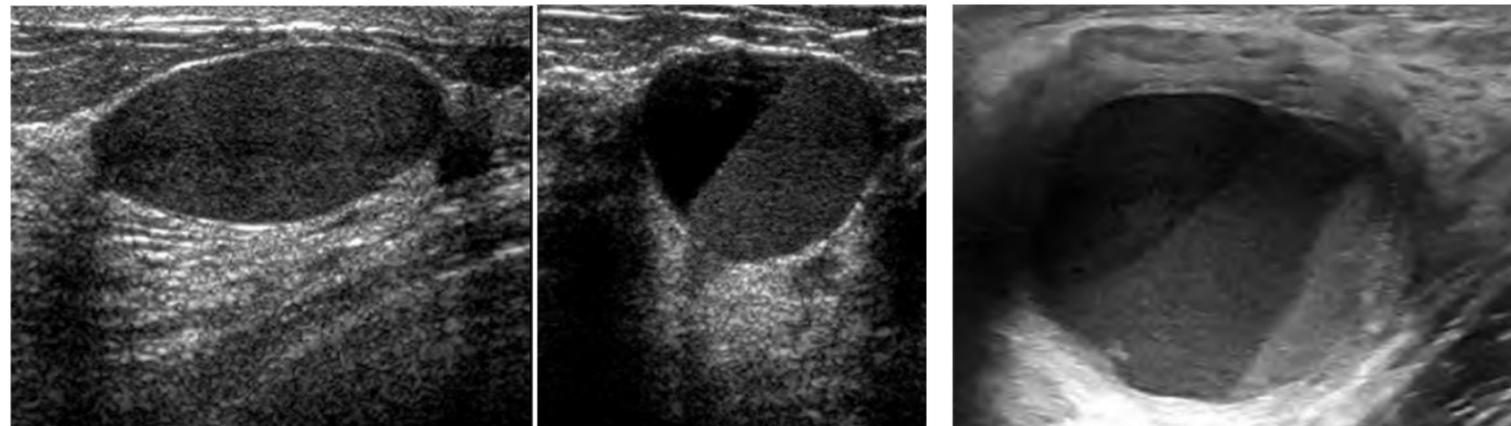
Ponction évacuatrice si gênant ou douloureux



Kyste Atypique compliqué Bi-Rads 3

Épaississement intra kystiques :

- Protéines
- Débris
- Hémorragiques



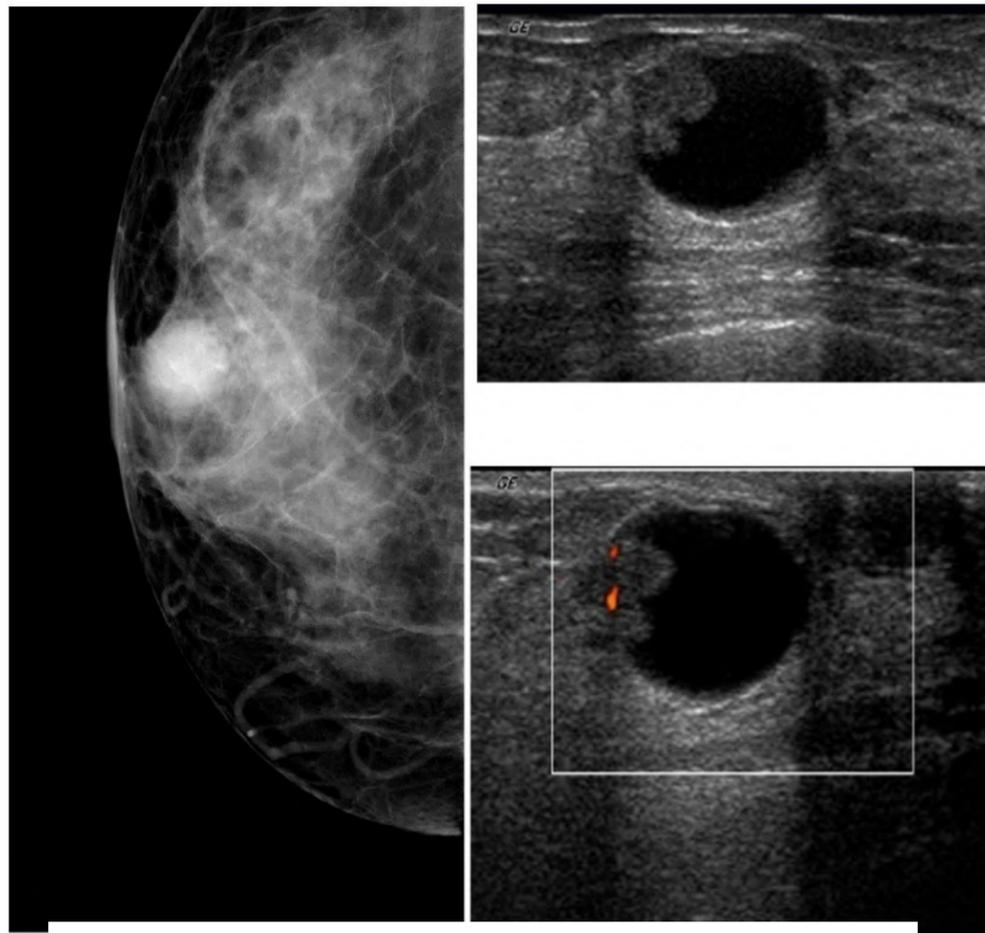
**Surveillance rapprochée 4 – 6 mois ou Cytoponctions écho-guidée
en cas de contexte familial à risque**

Formes trompeuses FEMMES A RISQUES
FAMILIAL de cancer du sein ou ovaire

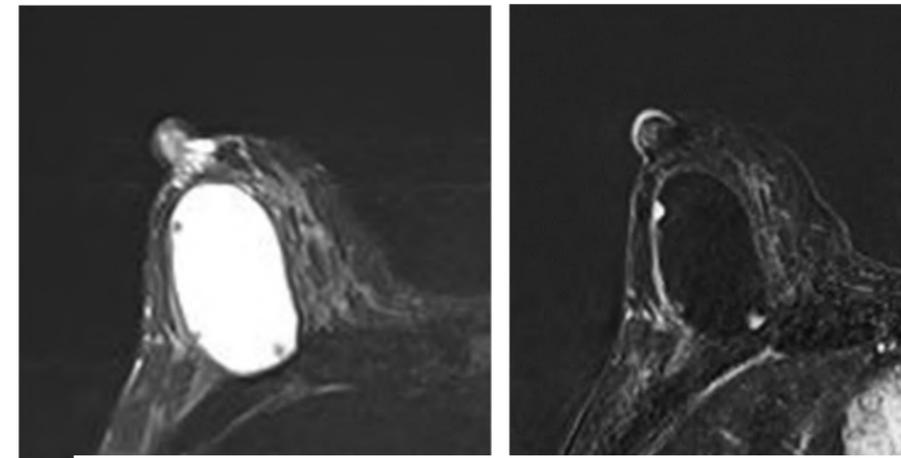
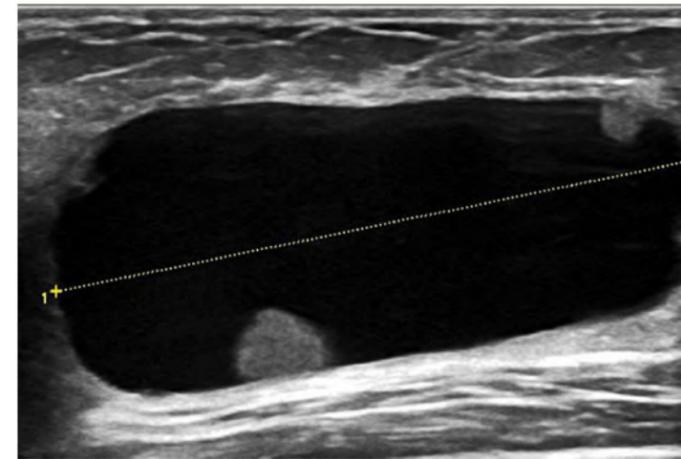
1. Cancer avec nécrose (Grade 3 et les Triples négatifs)
2. Cancer médullaires
3. Cancers mucineux purs

Kyste Atypique complexe BIRADS 4

Biopsie : microbiopsie, macrobiopsie Biopsie Chirurgicale , surtout si Atypie



histologie : Papillome avec atypie



histologie : Papillome SANS atypie

En pratique

Kyste Typique

BIRADS 2 ; Rien ou cytoponction si douloureux ou gênant

Kyste Atypique compliqué

- 1. BIRADS 3 : Surveillance 6 mois ou ponction ? VPP 2à 3% + contexte personnel**
- 2. BIRADS 4 ?**
 - BIRADS 4A  Cytoponction ou microbiopsie**

Kyste Atypique complexes

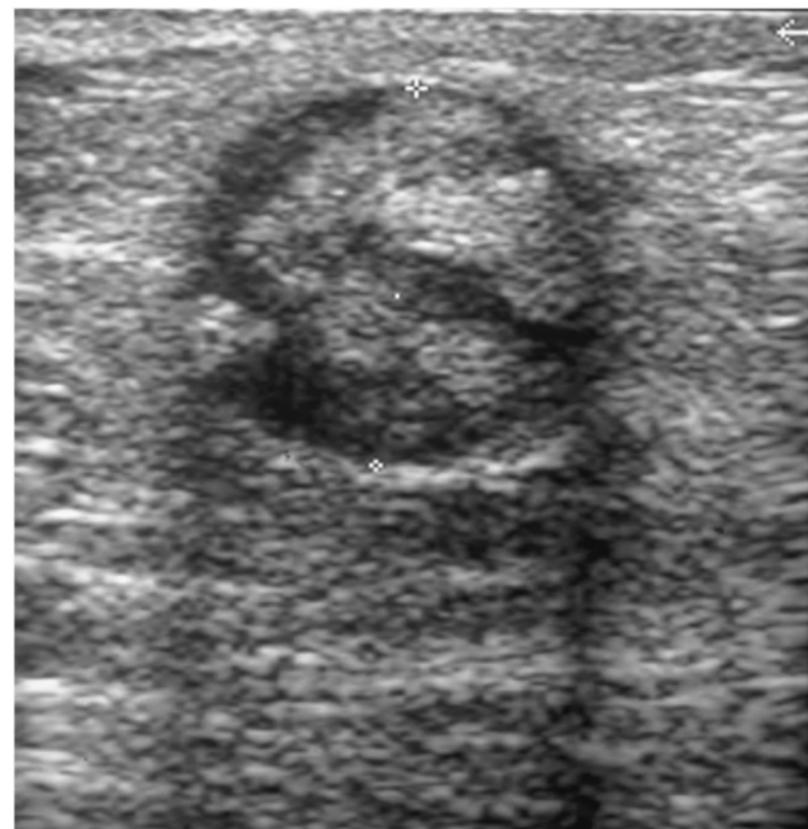
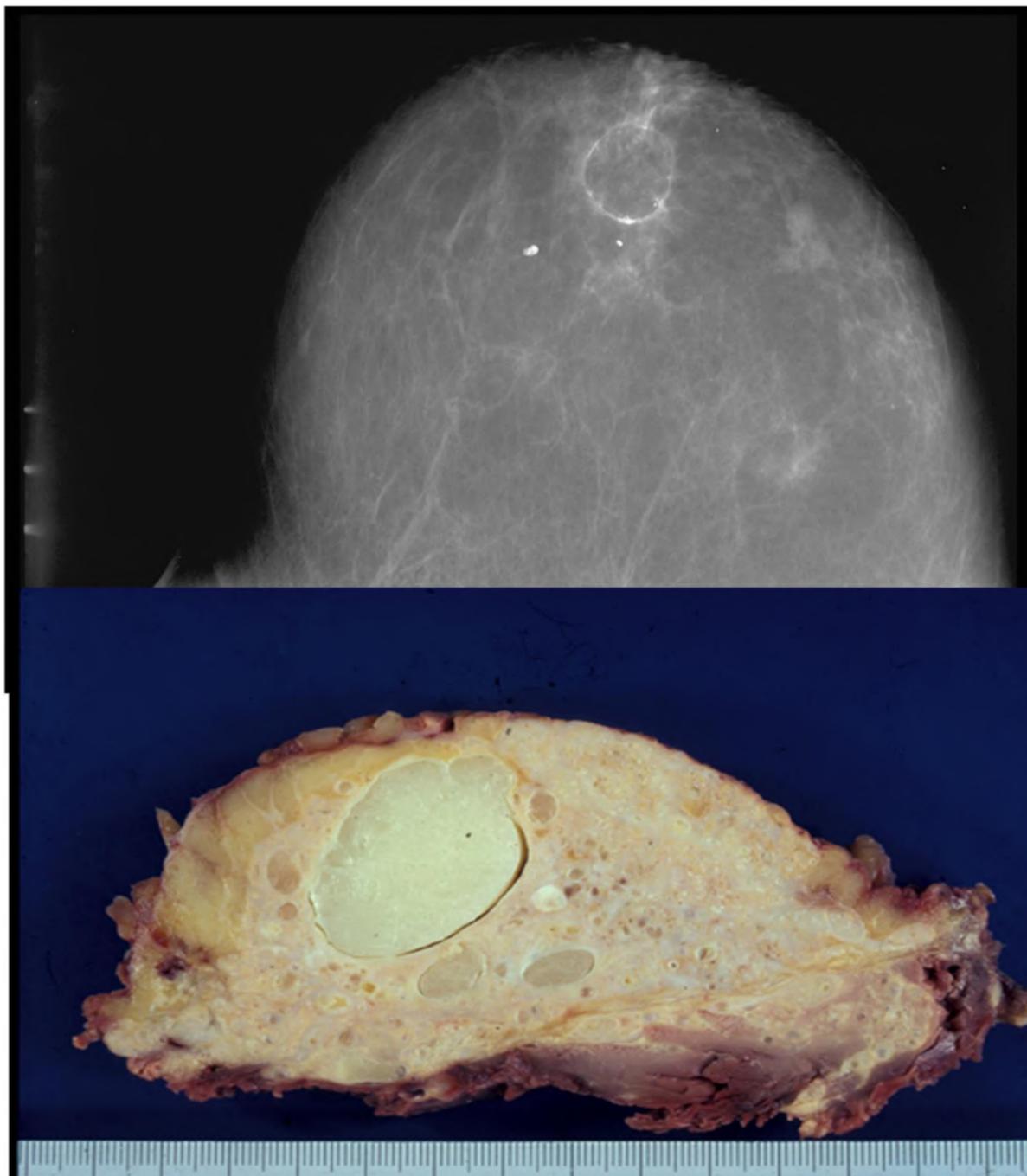
BIRADS 4 microbiopsie ou macrobiopsie , Chirurgie

*Lésions
bénignes du
sein*

4) ***Lésions pseudo-tumorales***

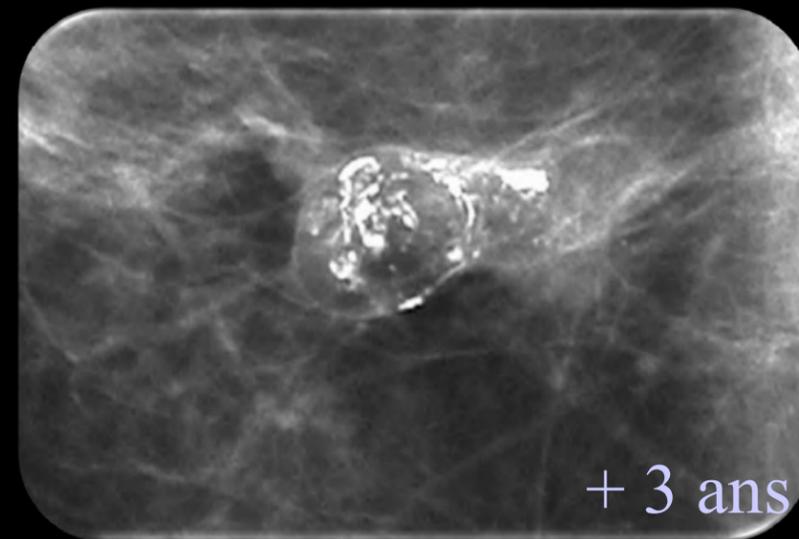
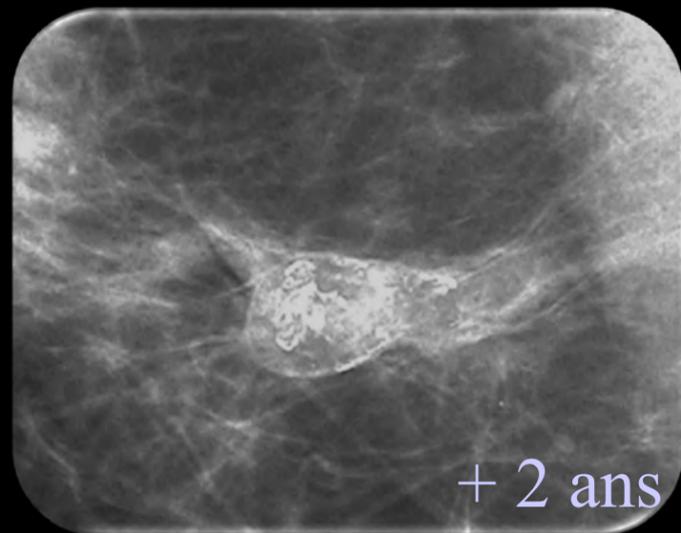
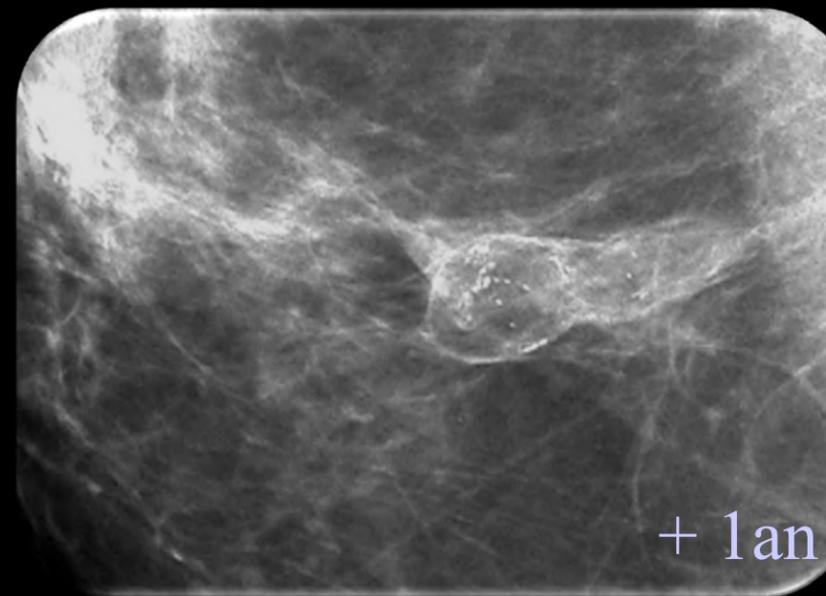
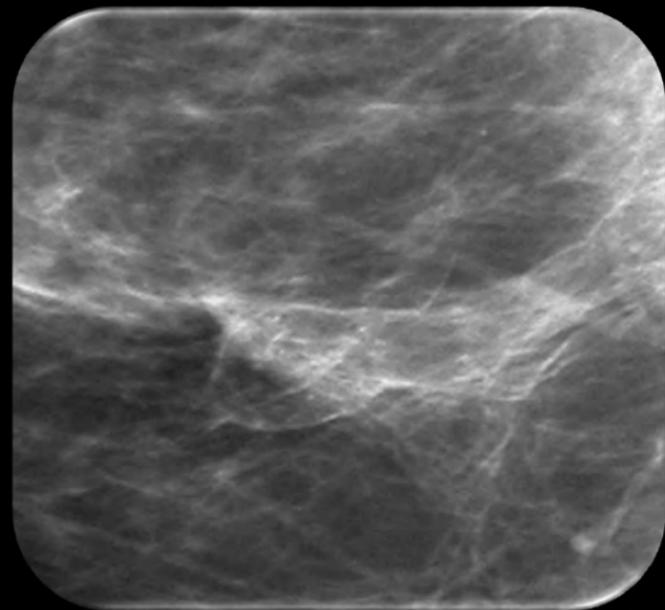
- Cytostéatonécrose
- Hamartome
- lipomes





Diagnostic :

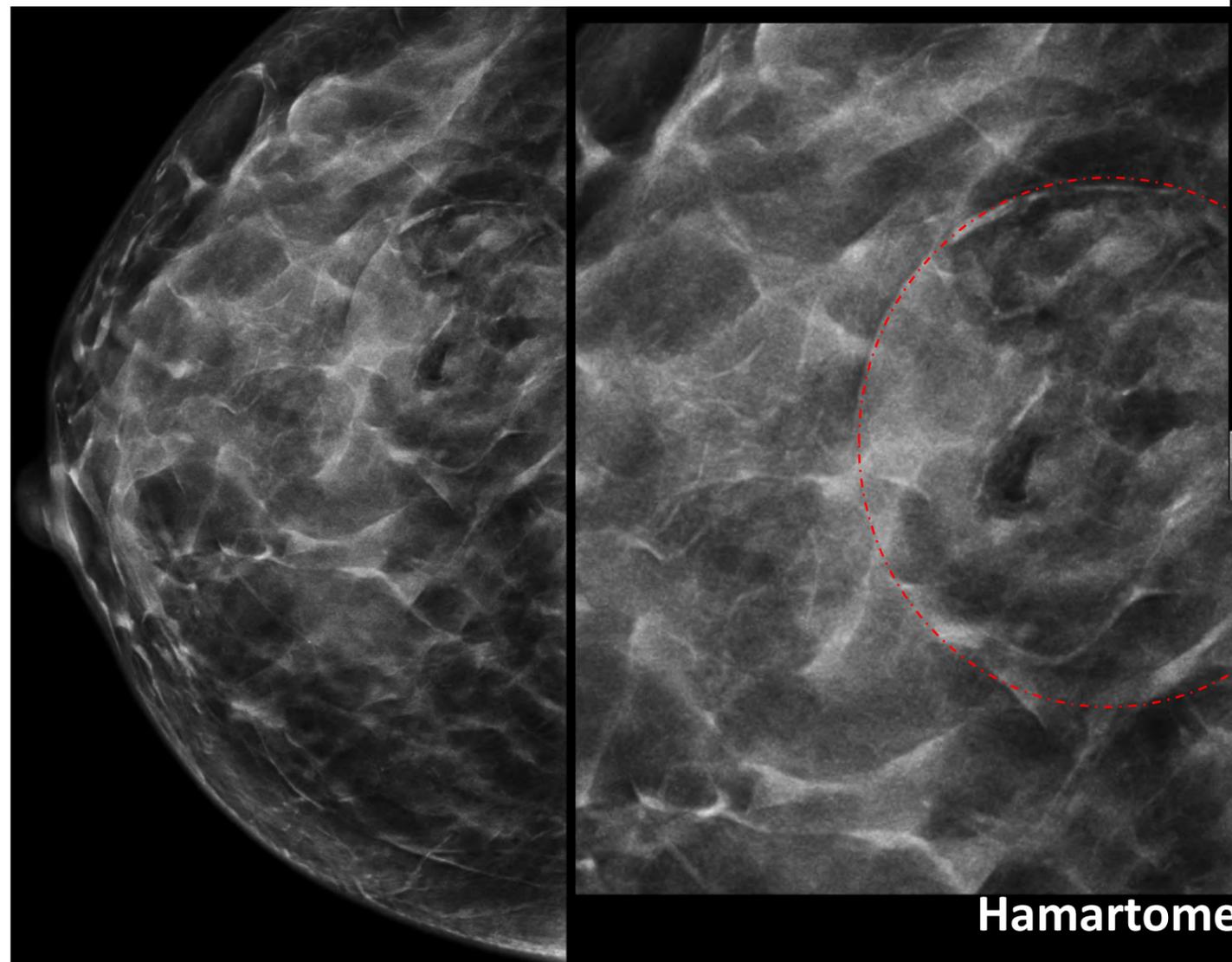
- ✓ **Aspect**
- ✓ **Contexte Opérateur**
- ✓ **Post traumatique**



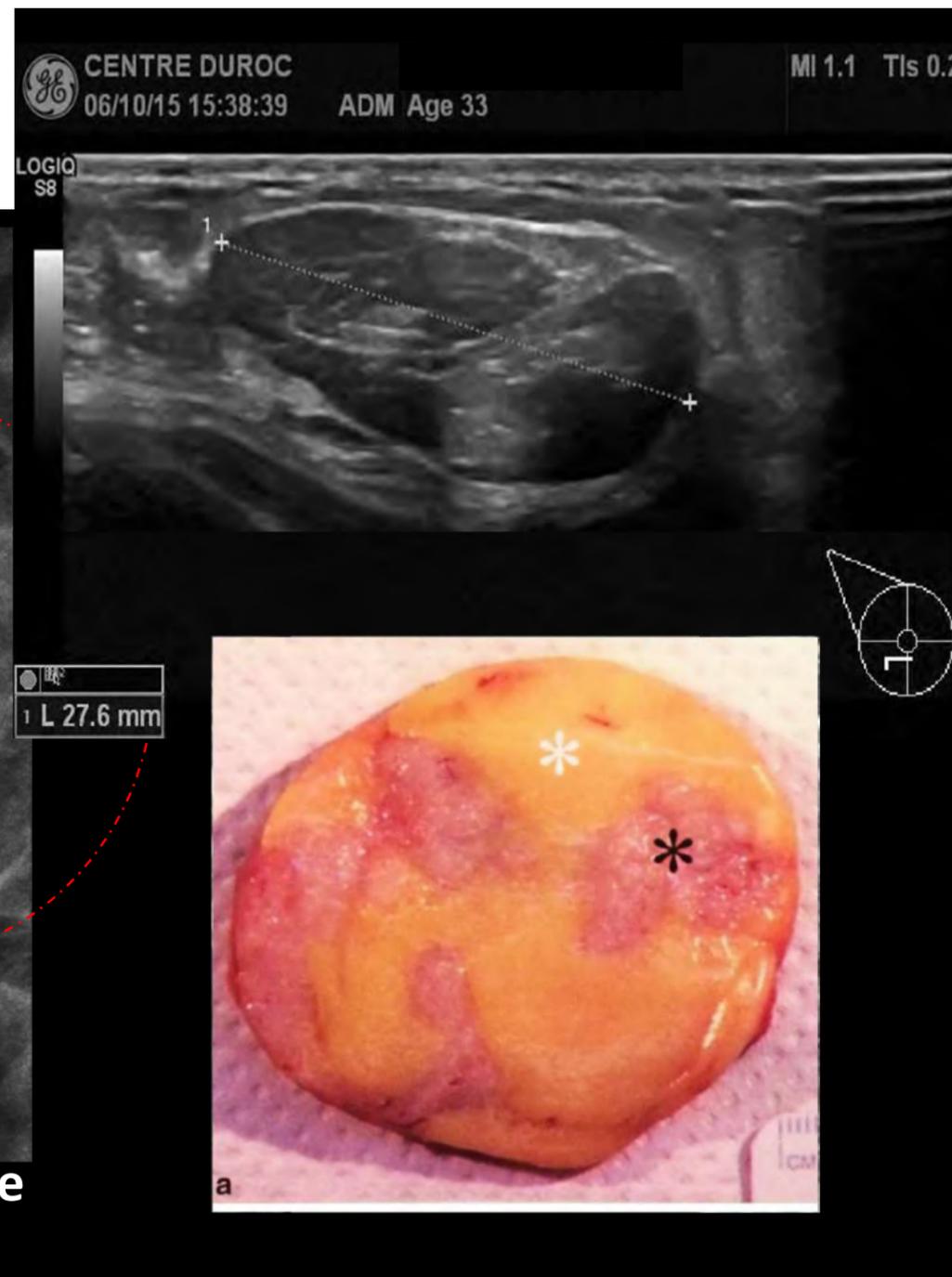
cancer du sein droit retrait prothèse et lipomodelage



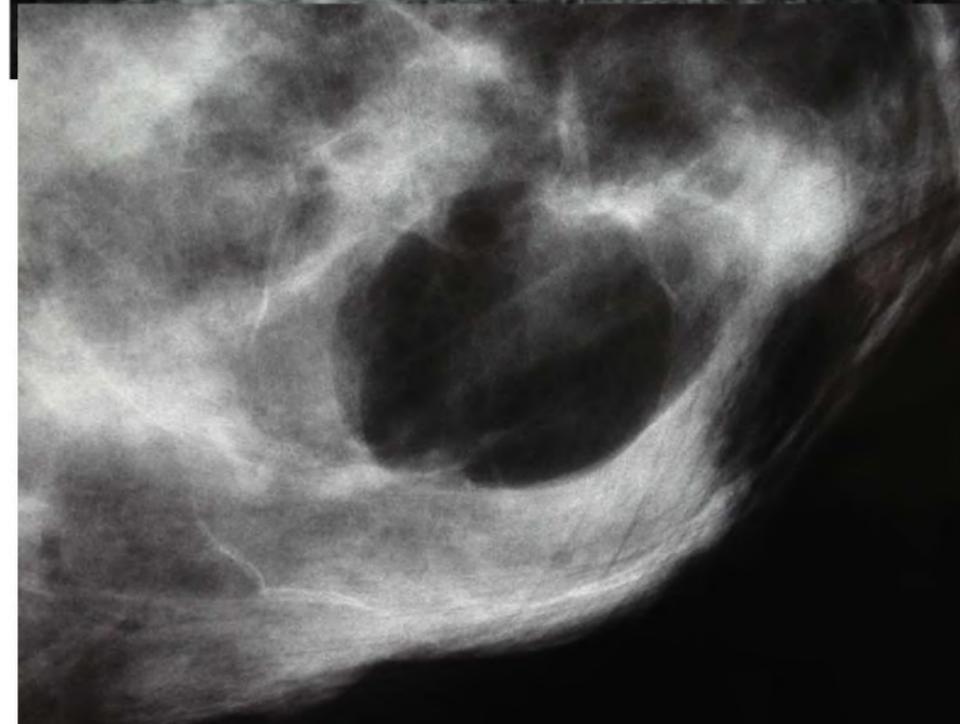
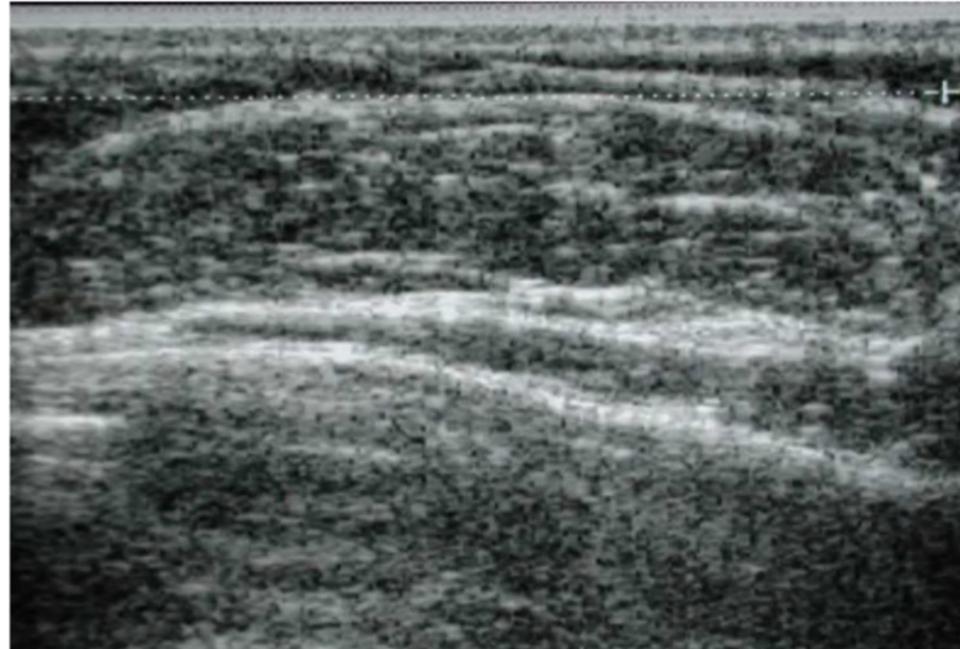
HAMARTOME : Association en quantité variable des divers constituants normaux du sein: éléments glandulaires, tissu adipeux, tissu fibreux, tissu musculaire « un sein dans le sein »



Hamartome



Lipome

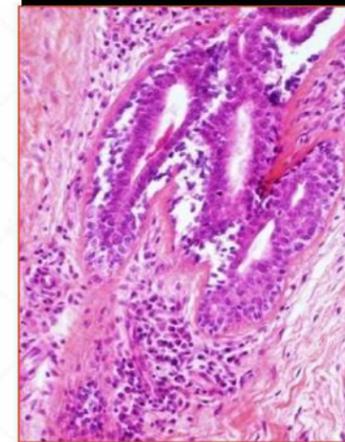


Lésions bénignes du sein

Lésions macroscopiques cliniques et/ou imagerie

- Lésions Tumorales épithéliales et conjonctives
- Lésions Kystiques
- **Lésions inflammatoires**
- Lésions pseudo tumorales

Lésions microscopiques histologiques



Abces du sein au cours de l'allaitement

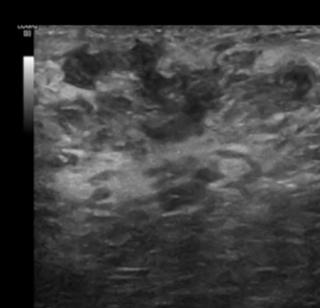
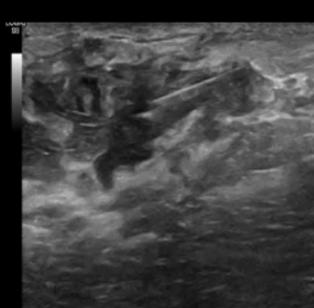
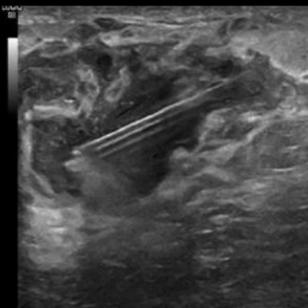
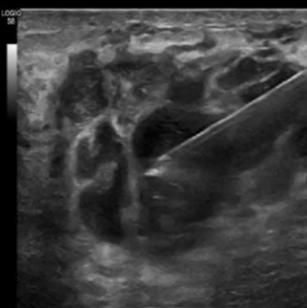
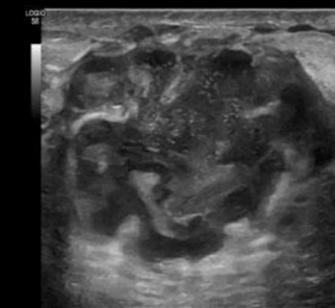


Douleurs sein gauche (7/10)
AEG +++ , Apyrétique
Arrêt spontané de l'allaitement

Consulte 3 jours plus tard

- Aggravation des signes cliniques
- Douleur

1. Antibiothérapie (Pyostacine 3g/ j)
 2. Ponctions
 3. Poursuite de l'allaitement
- Chirurgie évitée 85%



Mastite à plasmocyte



Mastite granulomateuse



Les lésions inflammatoires du sein

Pathologies peu connues

1. Mastite à plasmocytes:

Masse péri-aréolaire avec écoulement et rétraction mamelonnaire

2. Mastite granulomateuse:

Masse abcédée de topographie extra-aréolaire

- Atteinte bilatérale 12%
- Récidives 50%
- Fistulisation 93%
- Aucun consensus dans leur prise en charge

➤ Prise en charge chirurgicale ou médicale?

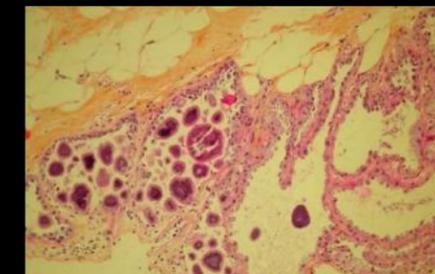
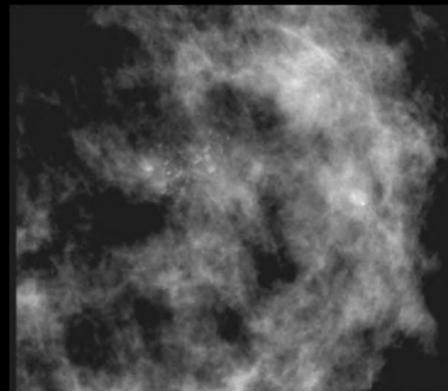
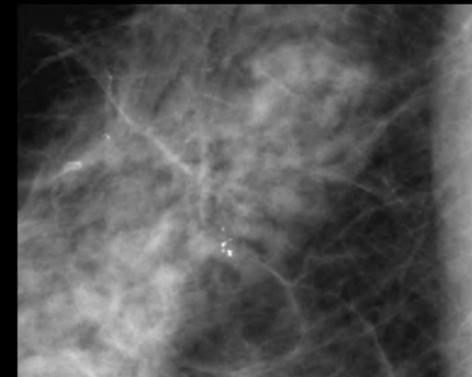
Lésions bénignes du sein

Lésions microscopiques histologiques

- Les lésions adénosés
- Métaplasie cylindrique
- Hyperplasie canalaire simple
- Dystrophies fibro-kystiques
-**Atypie**

Lésions macroscopiques cliniques ou infra-cliniques

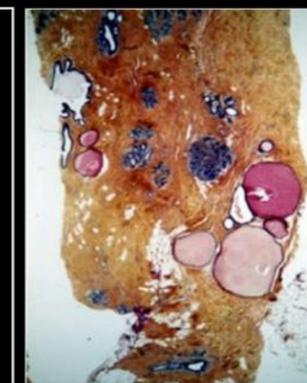
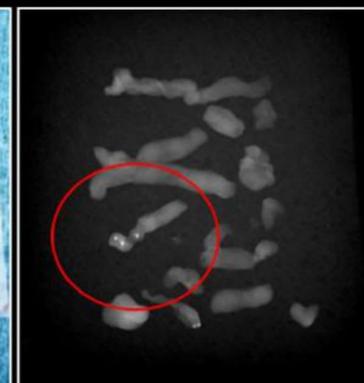
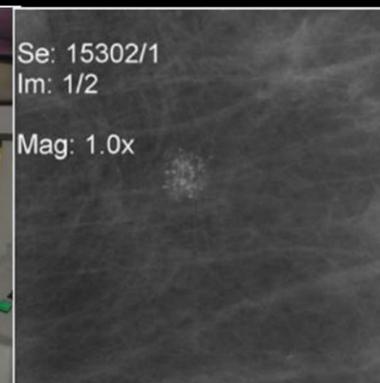
Macrobiopsies sous stéréotaxie



microkystes
avec métaplasie
sécrétoire

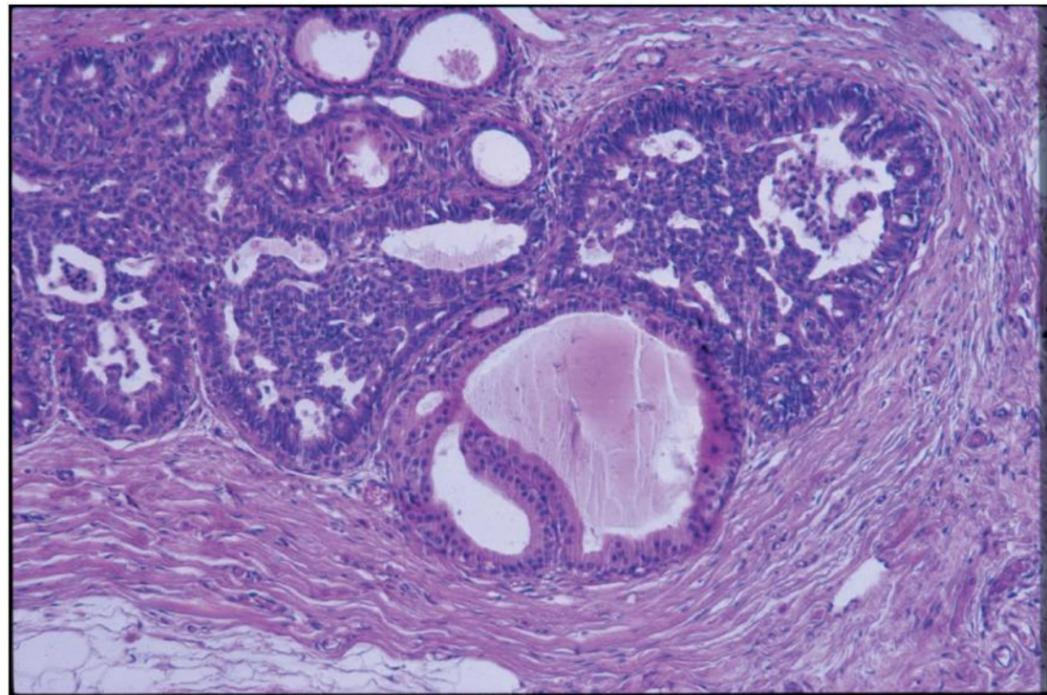


Se: 15302/1
Im: 1/2
Mag: 1.0x



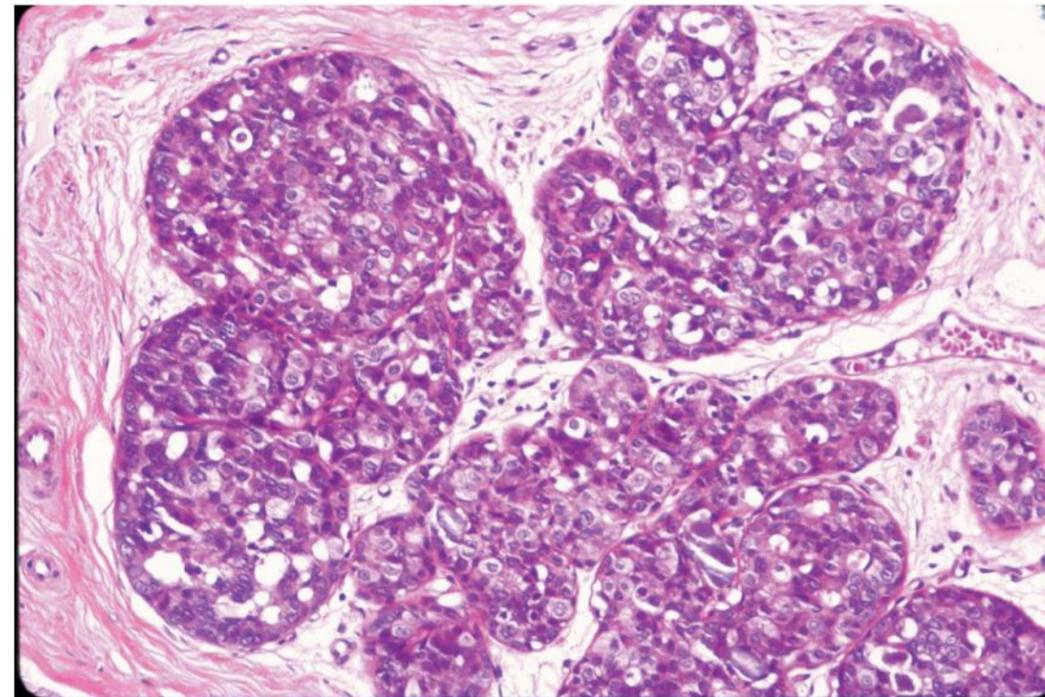
Hyperplasie canalaire

sans atypie



Hyperplasie canalaire

atypique

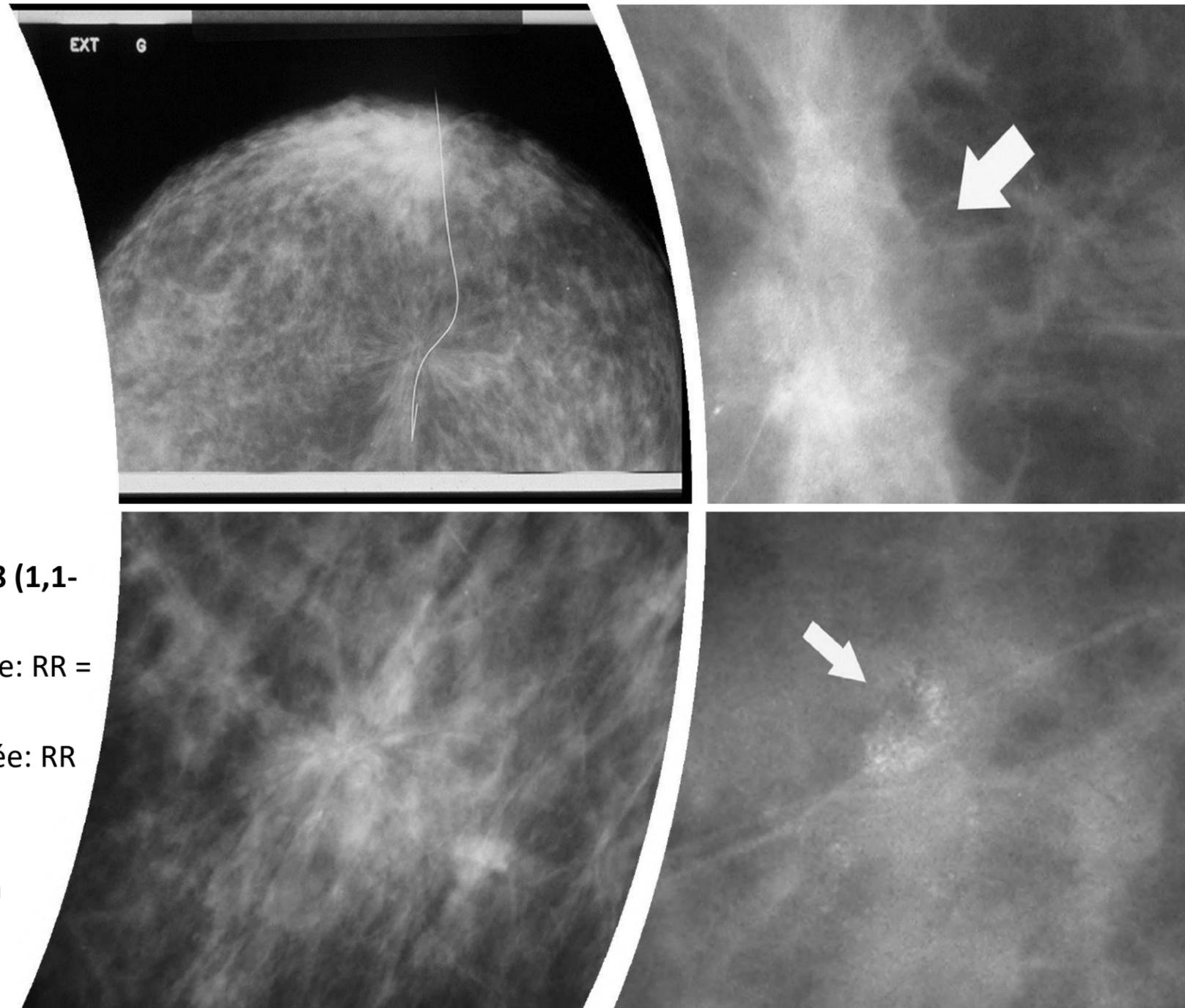


Aschoff

Cicatrice radiaire

Adénosclérosante

- Lésions bénignes
- Découverte radiologique au
anatomopathologique
- Cette lésion augmenterait le risque de
développer un cancer du sein: RR = 1,8 (1,1-
2,9)
 - Si Hyperplasie sans Atypie associée: RR =
3 (1,7-5,5)
 - Si Hyperplasie avec Atypie associée: RR
= 5,8 (Jacobs 1999)
- Cancer associé (tubuleux)
- Indication exérèse chirurgicale > 5 mm



CONCLUSION

La pathologie bénigne est la plus fréquente , surtout chez les femmes jeunes

Les difficultés :

- 1. Erreurs diagnostiques**
- 2. Importance d'une Imagerie de Qualité et Intégrée à la Clinique et Cyto-Histologie**
- 3. Le plus souvent Stop des explorations après confirmation du diagnostic**
- 4. Sous estimation du risque de cancer associé immédiat ou différé**

... La sénologie est une discipline difficile , pluridisciplinaire , autour des patientes.



5^e Congrès national
de la sage-femme libérale

PALAIS DES CONGRÈS DE VERSAILLES

25 et 26 novembre 2021

Lésions mammaires bénignes

Jean-Yves Séror

Centre d'Imagerie Duroc Paris