

PATHOLOGIES BÉNIGNES DU SEIN :

Recommandations pour la pratique clinique



Pr Gilles Body

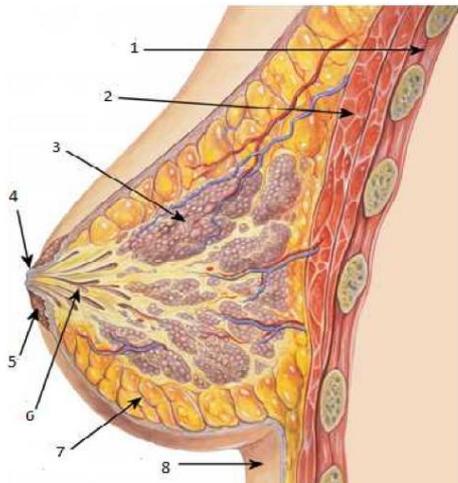
Centre Olympe de Gouges. Service de gynécologie obstétrique A
CHRU de Tours – France.



Vincent Lavoué¹, Xavier Fritel², Martine Antoine³, Françoise Beltjens⁵, Sofiane Bendifallah⁶, Martine Boisserie-Lacroix⁷, Loic Boulanger⁸, Geoffroy Canlorbe⁹, Sophie Catteau-Jonard¹⁸, Nathalie Chabbert-Buffet¹⁰, Foucauld Chamming's¹¹, Elisabeth Chéreau¹², Jocelyne Chopier¹³, Charles Coutant¹⁴, Julie Demetz¹⁵, Nicolas Guilhen¹⁶, Raffaele Fauvet¹⁷, Olivier Kerdraon¹⁹, Enora Laas²⁰, Guillaume Legendre²¹, Carole Mathelin²², Cédric Nadeau²³, Isabelle Thomassin Naggara²⁴, Charlotte Ngô²⁵, **Lobna Ouldamer**²⁶, Arash Rafii²⁷, Marie-Noelle Roedlich²⁸, Jérémy Seror²⁹, Jean-Yves Séror³⁰, Cyril Touboul³¹, Catherine Uzan³², Emile Darai⁹, on behalf of the Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

Histologie NORMALE : l'arbre galactophorique

Unité terminale
ductulo-lobulaire
(UTDL)



Histologie NORMALE



Unité Ductulo Lobulaire Terminale (UDLT)



Canal galactophorique



Double couche cellulaire :
-interne : épithéliale
-externe : myoépithéliale

Les enjeux

Risque 1 :

- Être trop stressant
- Demander des examens inutiles
- Faire des traitements inutiles



Le médecin

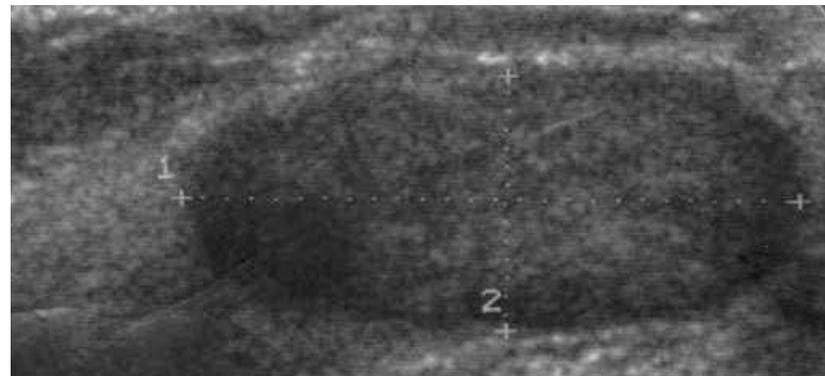
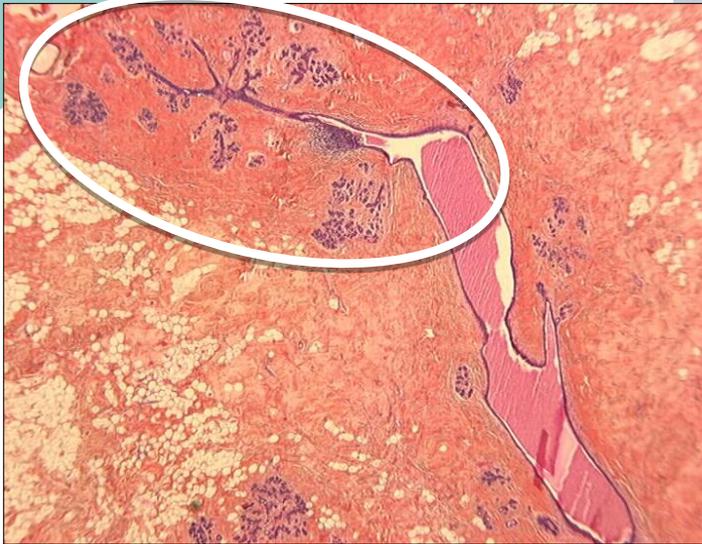
Risque 2 :

- Être trop rassurant
- Passer à côté du diagnostic

La patiente imagine le plus souvent le pire

Tumeurs bénignes fréquentes

1. Adénofibrome



Risque de cancer invasif (1)

	RR*	IC 95%**	NP***
Incidence de transformation maligne	0,002% à 0,0125%		
Adénofibrome simple	1,48	1,1-1,9	4
Adénofibrome complexe sans atypie	3,10	1,9-5,1	4
Adénofibrome + hyperplasie simple	3,47	1,8-6,8	4
Adénofibrome + hyperplasie atypique	7,29	2,2-24	4

* RR : risque relatif ; ** IC : indice de confiance ; *** NP : niveau de preuve.

Recommandation (1)

○ **En cas de diagnostic histologique d'un adénofibrome**

- La présence d'une discordance par rapport au contexte clinico-radiologique
- La présence de lésions complexes ou prolifératives
- La présence d'un antécédent familial de cancer

→ Prise en charge en réunion de concertation pluridisciplinaire

(Grade C)

○ **Surveillance :**

- pas de recommandation spécifique en dehors des recommandations de la HAS

Recommandation (1)

Adénofibrome

Indication d'exérèse chirurgicale si :

- Âge > 35 ans
- Masse immobile ou mal circonscrite **(NP4)**

Chirurgie d'exérèse **(grade C)**

Techniques d'exérèse ou de destruction localisée guidées par l'imagerie **(grade C)**

Incision péri aréolaire

- Plus d'insensibilité du mamelon
- Meilleur résultat esthétique à 6 mois **(NP4)**

Incisions directes

- A privilégier (?) pour un meilleur résultat esthétique **(grade C)**

Ne sont pas contre indiqués

- La contraception oestro progestative ou progestative **(Grade B)**
- Le traitement hormonal de la ménopause **(Grade C)**



Incision indirecte
(sillon sous mammaire)



Tumeurs bénignes fréquentes

1. Polyadénomatosose ou maladie polyadénofibromateuse

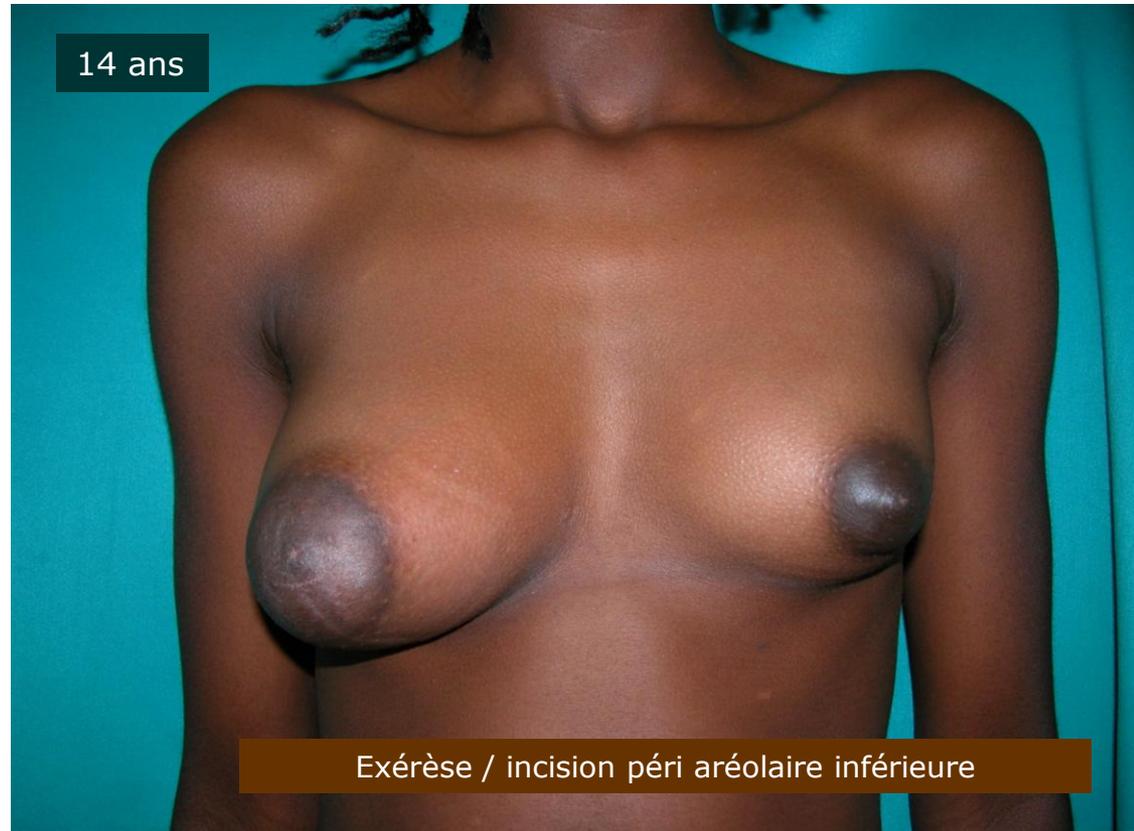


Volumineuse masse tumorale / tumeurs multiples

Tumeurs bénignes fréquentes

1. Fibro adénome géant (juvénile)

- Croissance rapide
- Taille > 5 cm



Volumineuse masse tumorale / une masse principale

Tumeurs bénignes fréquentes

1. Fibro adénome géant (juvénile)



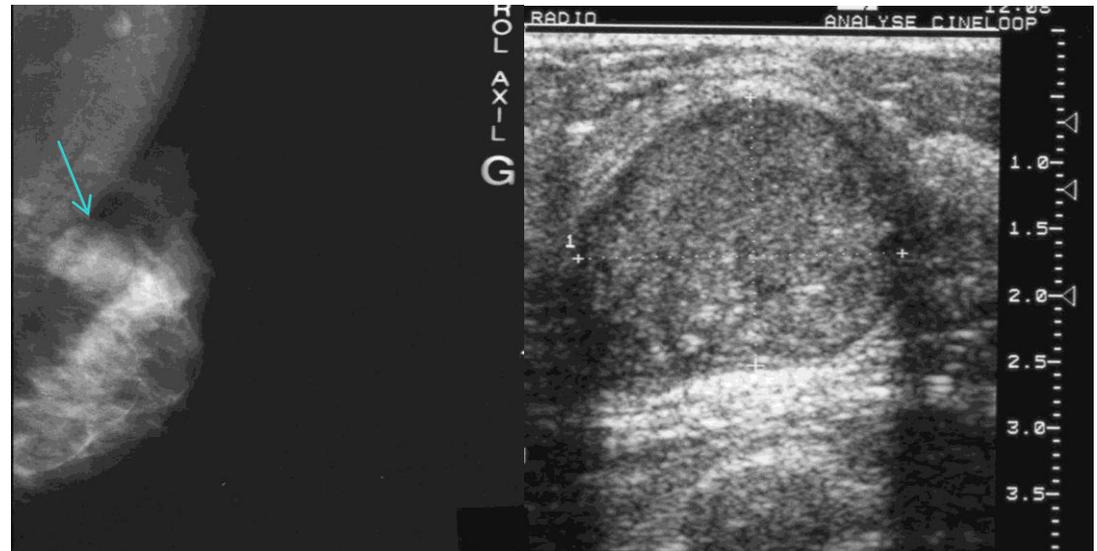
Incision
→
sous-mammaire



Priorité au résultat esthétique +++

Tumeurs bénignes fréquentes

2. Tumeurs phyllodes / grades 1 (bénin) et 2 (borderline)



Tumeurs bénignes fréquentes

2. Tumeurs phyllodes (TP) : grades 1 et 2



Volumineuse masse tumorale

Problématique de la prise en charge

- La stratégie de prise en charge est dictée par plusieurs problématiques :
 - la discordance clinique/radiologique/histologique
 - le pronostic associé en terme de récurrence locale et de cancer invasif

TP du sein : diagnostic histologique (2)

- La valeur prédictive positive de la biopsie percutanée de 52,7 %, ...
SEULEMENT ! **NP4**

-

distance de 0,1 et 0,2 % **NP4**

○ **Recommandations :**

-

sein **Grade C**

de tumeur phyllode du

Recommandations (3)

Tumeur phyllode du sein

Diagnostic **HISTOLOGIQUE**
VPP DE LA BIOPSIE PERCUTANÉE : 52,7%

Tumeur phyllode de **GRADE 1**

Risque récurrence locale : 15%
Risque récurrence à distance : 0,1%

Tumorectomie en berges saines

Tumeur phyllode de **GRADE 2**

Risque récurrence locale : 17%
Risque récurrence à distance : 0,2%

Tumorectomie avec marges de 10 mm (**Grade C**)

Pas d'évaluation ganglionnaire ni de mastectomie à titre systématique (**Grade C**)

Mammectomie sous cutanée + reconstruction immédiate / prothèse (200 cc)

(volumineuse tumeur phyllode / sein gauche : bas grade)



Résultat à 2 mois

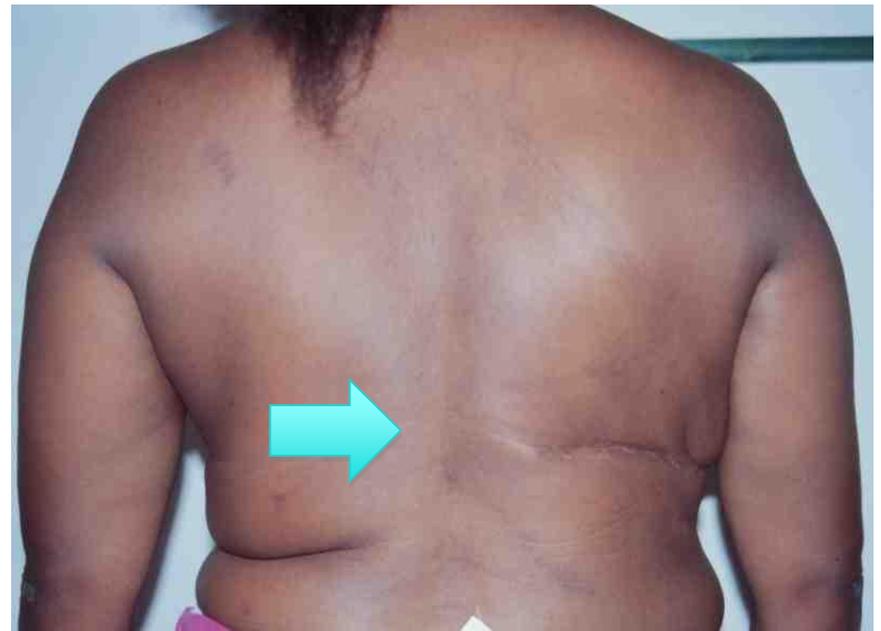
Mammectomie sous cutanée + reconstruction immédiate / lambeau de grand dorsal autologue (sans prothèse)

(volumineuse tumeur phyllode / sein droit)



Mammectomie sous cutanée + reconstruction immédiate / lambeau de grand dorsal autologue (sans prothèse)

(volumineuse tumeur phyllode / sein droit)



TP du sein : traitement médical (2)

- Il n'existe pas de données concernant le rapport entre une tumeur phyllode du sein (grade 1 ou grade 2) et un traitement hormonal (progestatif, œstro- progestatif).
- **Recommandation :**
 - Il n'est pas possible d' mettre de recommandation sur l'utilisation des hormones en cas d' dent personnel de tumeur phyllode du sein (grade 1 ou grade 2).

TP du sein : surveillance (2)

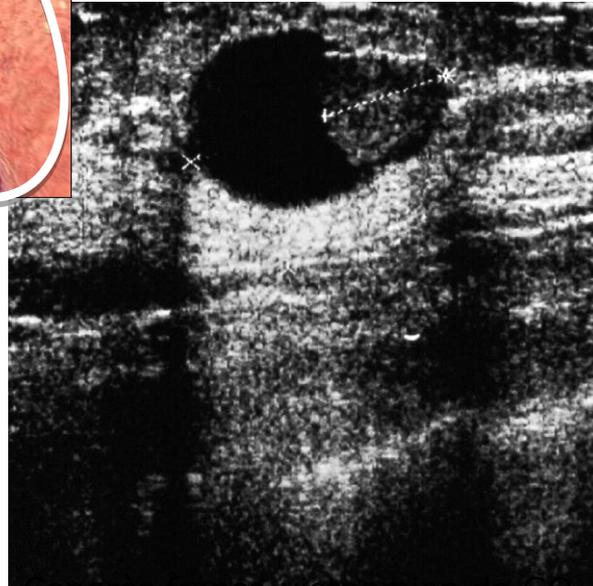
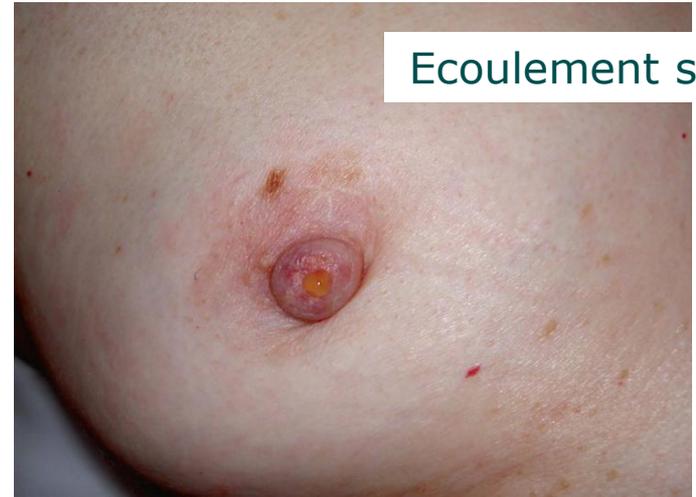
- En cas de tumeur phyllode de grade 1 (bénigne) le taux moyen de récurrence locale après tumorectomie est de 15 % **NP4** ;
- En cas de tumeur phyllode de grade 2 (borderline) le taux moyen de récurrence locale après tumorectomie est de 17 % **NP4** ;
- distance en cas de de grade 1 (bénignes) et de grade 2 (borderline) sont de 0,1% et 2,5%, **NP4**.

○ **Recommandation :**

- Il n' y a pas de données permettant de définir une surveillance spécifique des tumeurs phyllodes du sein de grade 1 et 2.

Tumeurs bénignes fréquentes

3. Papillomes



Traitement (3)

invasive

- Si lésions de papillome sans atypie :→ 0% - 29% **NP4**
- Si lésions de papillomes avec atypie → 6 %-70 % **NP4**

o **Recommandations :**

- En présence d' une disparition complète du signal radiologique **Grade C**. Il n'est pas possible de recommander une technique particulière d'exérèse(chirurgie ou macrobiopsie percutanée)
- En cas de lésion papillaire avec atypie, une exérèse complète par chirurgie de la lésion est recommandée **Grade C**

Recommandations (3)

Papillome du sein

Diagnostic **HISTOLOGIQUE** BIOPSIE PERCUTANÉE
Risque de sous estimation de lésion invasive ou pré invasive
: SANS ATYPIE : 0 à 29% (**NP 4**)
- AVEC ATYPIE : 6 à 70% (**NP4**)

Papillome **SANS ATYPIE**

Papillome **AVEC ATYPIE**

Disparition complète du signal
radiologique (**Grade C**) :
→ Chirurgie ?
→ Macrobiopsie percutanée ?

Exérèse complète de la lésion
(zonectomie) **Grade C**

Surveillance (3)

- En cas de traitement chirurgical d'un papillome la présence d'un sur-risque de développer un cancer invasif du sein (RR : 2,04-7,01) ;
 - En cas de traitement chirurgical d'un papillome (simple ablation par macrobiopsie), il n'y a pas de recommandation spécifique.
- **Recommandation :**
- Il n'est pas possible de proposer une recommandation de surveillance spécifique en cas de papillome.

Ecoulement mamelonnaire (EM)



Ecoulements

Pathologiques :

- Clair, hydrique, séreux, jaunâtre, rosé, sanglant

Bénins :

- Multipore, bilatéral, lactescent

Mammographie + échographie
(Grade C)

Secondaires :

- Iatrogène
- Endocrinien :
Prolactinémie

Lésion radiologique

Absence de lésion radiologique

**Biopsie
(Grade C)**

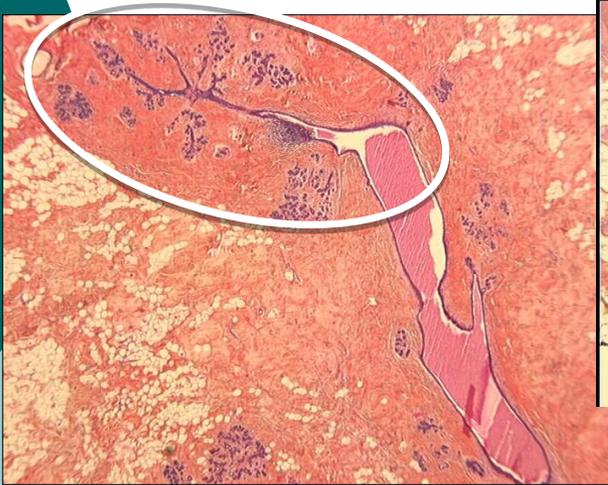
IRM Mammaire (Grade C)

Lésion
radiologique

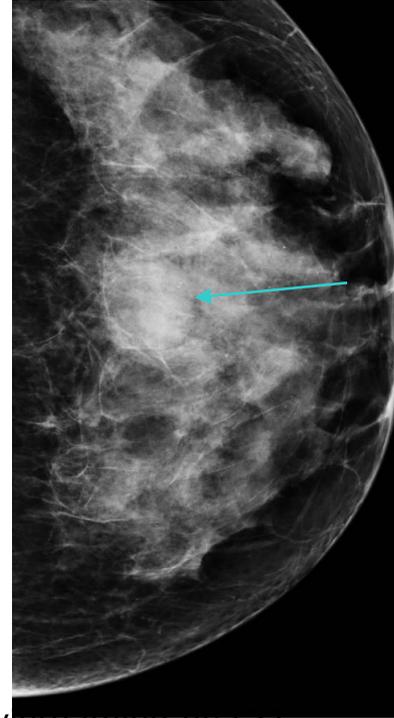
Absence de lésion
radiologique

Pyramidectomie si EM sanglant (Grade C)

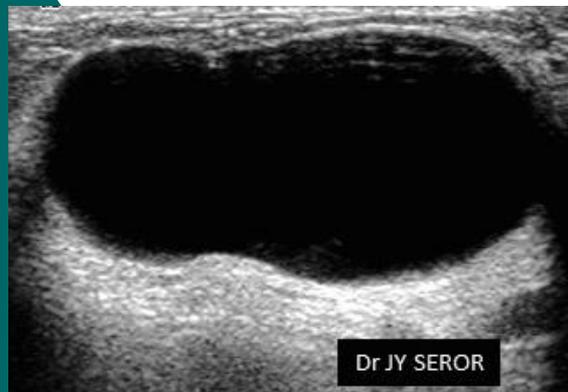
Mastopathie fibro kystique



ID: 45
DOB:
06-Apr
VP
CHRU
RADIO
LORA



Syndrome kystique mammaire



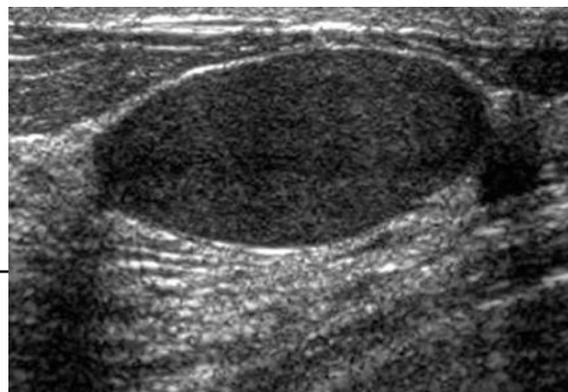
Dr JY SEROR

Simple

Bi-RADS 2

**Aucun Examen
Complémentaire
(Grade C)**

- Ponction si symptômes
- Cytologie si sanglant

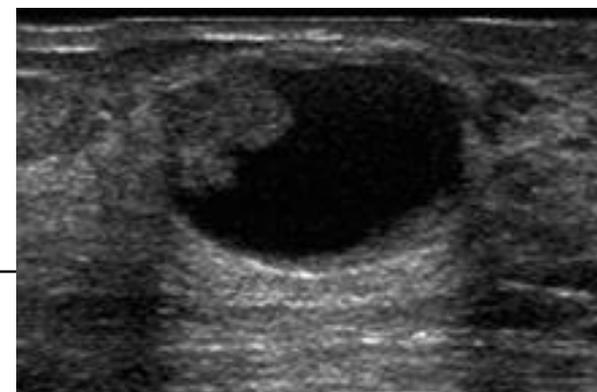


Complicqué

Bi-RADS 3

- Surveillance à 4-6 mois (Grade C)
Cytponction si contexte

Cytologie



Complexe

Bi-RADS 4 a, b, c

- Macrobiopsie (Grade C)

Bénigne

Non contributive,
atypique, maligne



Classification Bi-RADS

Catégories	Anomalie	VPP de Cancer	Conduite à Tenir
BI-RADS 1	Aucune	0%	Suivi Normal
Bi-RADS 2	Typiquement Bénigne	0%	Suivi Normal
BI-RADS 3	Probablement Bénigne	<2%	Suivi 6, 12 et 24 mois
BI-RADS 4	Nature Indéterminée	≥2 et <95%	Biopsies Percutanées
BI-RADS 4a	Suspicion Faible	<10%	
BI-RADS 4b	Suspicion Modérée	10-50%	
BI-RADS 4c	Suspicion Elevée	>50% et <95%	
BI-RADS 5	Typiquement Malin	≥95%	Biopsies

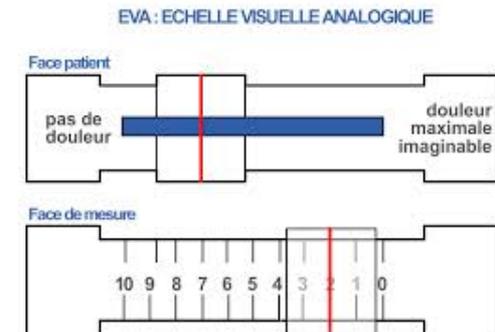
Syndrome douloureux mammaire

- 45-70% au cours de la vie génitale
- Mastodynies (cycliques, prémenstruelles)
- **Pas d'augmentation du risque de cancer**

- Bien évaluer : EVA –
Calendrier (Grade C)

- **Pas d'examen
complémentaire** (Grade C)
- Pas de surveillance spécifique
(Grade C)

- Réassurance (Grade C)
- Port de brassière (Grade C)
- AINS en gel (Hors AMM) (Grade B)



Sein inflammatoire (exploration)

Les étiologies :

- infectieux (55-65%)
- inflammatoire (25-35%)
- cancer (5-10%)

- Examen clinique
- **Echographie mammaire**
- **Mammographie** (différée si douleur)
(Grade C)

Pas d'orientation

Lésions suspectes

Biopsies
(Grade A)

Traitement d'épreuve par
antibiotique (Grade C)

Contrôle clinique en fin
de traitement (Grade B)

Si pas d'amélioration
Nouvelle imagerie (+/- **IRM**)
+ biopsies



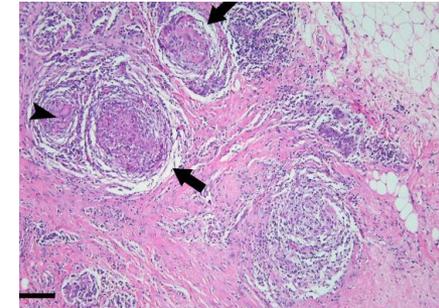
Mastites infectieuses et inflammatoires



Abcès mammaire < 5 cm (centraux (péri aréolaires)- périphériques)

- Aspiration à l'aiguille 18G / échographie
 - Prélèvement bactériologique
 - Irrigation au sérum physiologique
- + Antibiothérapie / 7 à 10 jours
- (Grade C)

Surveillance à J2 - J7
Si persistance → nouvelle ponction
(en moyenne 2 ponctions)

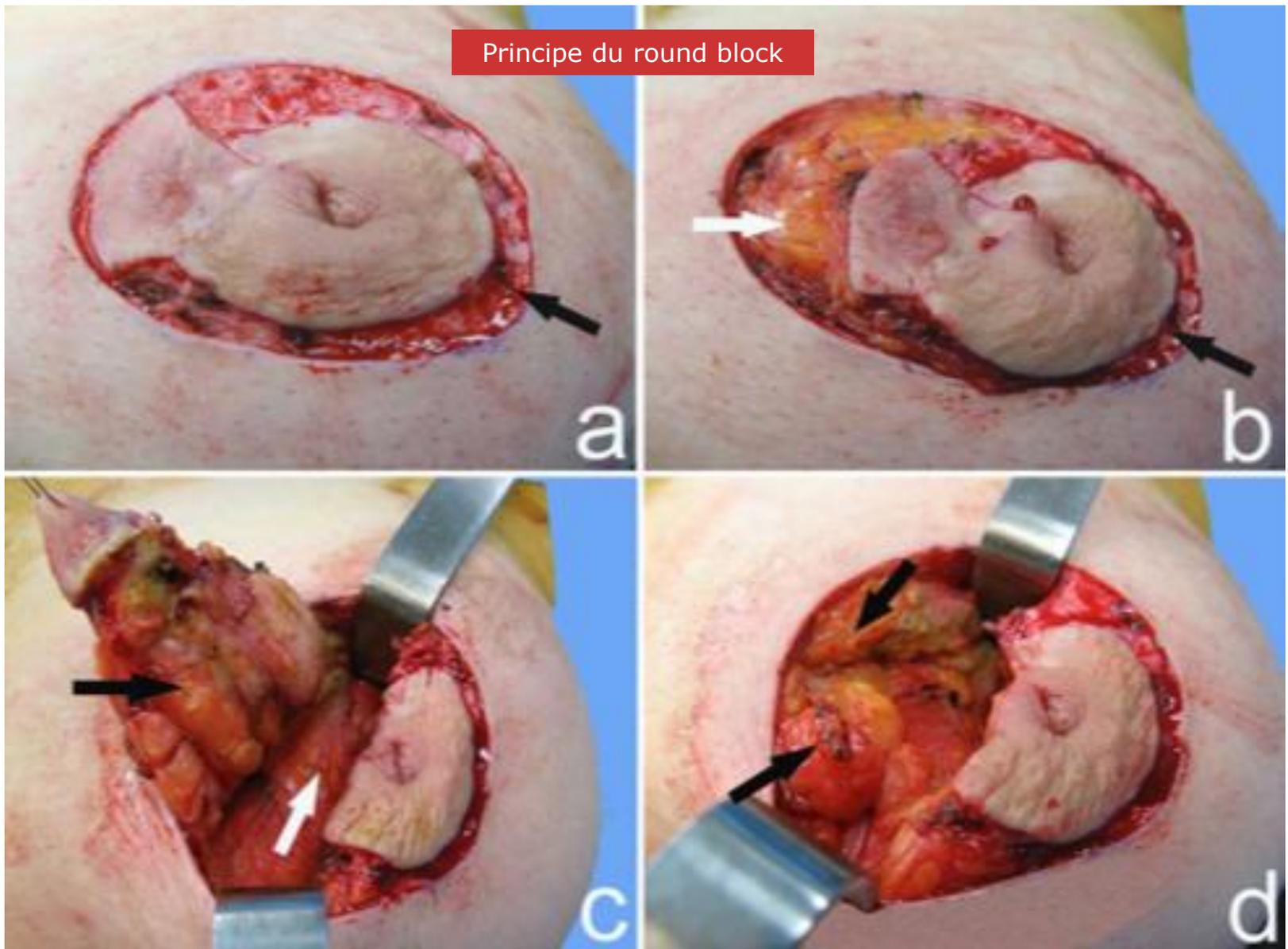


Mastite granulomateuse idiopathique Mastite à plasmocytes

- Diagnostic sur biopsie (masse ou abcès)
- Eliminer une infection (Corynébactéries)

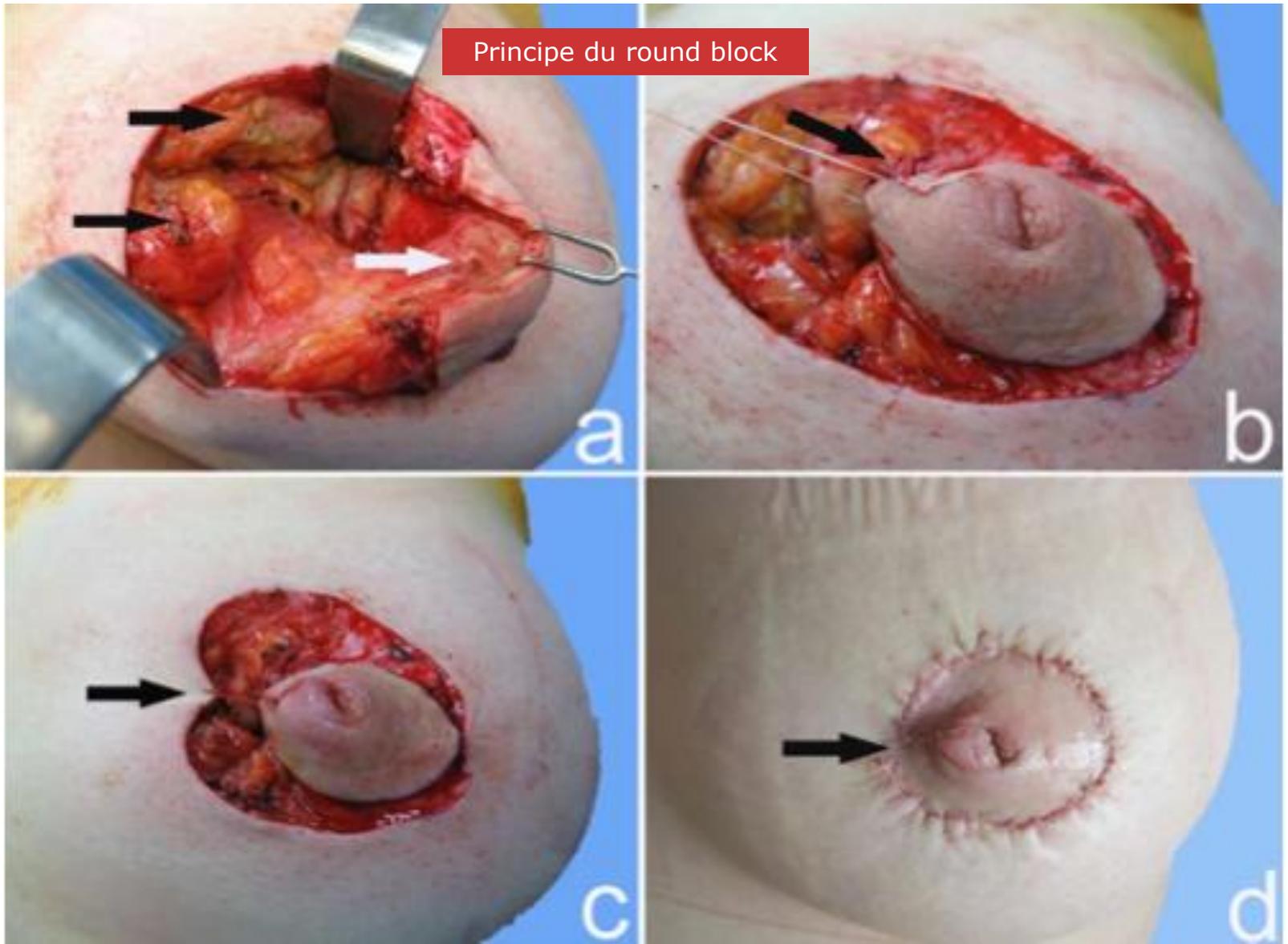
- Corticothérapie :
 - 0,5 - 1 mg/kg
 - 7 - 15 jours ; décroissance lente

Si échec : 2^{ème} corticothérapie /
chirurgie / Méthotrexate



Giocalone PL et al. Journal of Visceral Surgery. 2010. 147 : e389-e394

ONCOPLASTIE



Giacalone PL et al. Journal of Visceral Surgery. 2010. 147 : e389-e394

Congrès franco-vietnamien de GO
Hanoi - 15-16 mai 2017

En conclusion ...

- Pathologie fréquente, très variée, survenant chez des femmes jeunes jusqu'à la survenue de la ménopause, ne comportant le plus souvent pas de sur-risque de cancer du sein (lésions proliférantes)
- Peu (ou pas) d'explorations : échographie et mammographie ++, +/- biopsies
- Peu de place pour le traitement médical
- Traitement chirurgical dans des indications limitées