

## ITEM 309 : TUMEUR DU SEIN

**Cancer du sein** = le plus fréquent des cancers de la femme : 60 000 cas/an, 12 000 décès/an, 1 Française/9, incidence stable

- Majorité des cas entre 50 et 70 ans, 25% diagnostiqués < 50 ans et 30% > 70 ans, très rarement métastatique au diagnostic
- 87% de survie à 5ans, 76% de survie à 10 ans. 1<sup>ere</sup> cause de décès chez la femme (devant le cancer du poumon)
- Histoire naturelle : canaux galactophoriques (cancer canalaire) ou lobules galactophoriques terminaux (cancer lobulaire) → dissémination précoce vers les ganglions axillaires (de bas en haut) puis sus-claviculaire → métastase : **os, poumon, foie...**

**N.B :** Le drainage lymphatique se fait par les **nœuds axillaires ++**, les **nœuds sus et sous claviculaires**, les nœuds de la chaîne **mammaire interne**.

F&R	Hormonaux	<b>= Cancer hormonodépendant</b> : favorisé par une <b>hyperoestrogénie</b> relatif ou absolue - Puberté précoce <b>&lt; 12 ans</b> - 1 <sup>ère</sup> grossesse tardive <b>&gt; 30 ans</b> - Absence d'allaitement - Nulliparité - Ménopause tardive <b>&gt; 55 ans</b> - THS ou contraception oestro-progestative - Mastopathie à risque - Obésité	
	Familiaux	- Antécédents familiaux de cancer du sein - <b>Facteurs génétiques</b> (4% de formes héréditaires) = <b>syndrome « sein-ovaire »</b> : mutation du gène <b>BRCA1/ BRCA2 / PALB2</b> , autosomique dominante → Autres : <b>cancer de la prostate</b> et <b>cancer exocrine du pancréas</b> (BRCA2), <b>cancer des trompes</b>	
		Indication de consultation oncogénétique	- ≥ 3 cas de cancer du sein (ou ovaire) apparentées au 1 <sup>er</sup> degré (ou 2 <sup>nd</sup> degré par un homme) - ≥ 2 cas de cancer si : 2 cancers du sein dont 1 < 40 ans ou 2 cancers du sein < 50 ans - ≥ 1 cas de cancer si : cancer de l'ovaire < 70 ans ou cancer du sein < 35 ans, chez l'homme, bilatéral, de type médullaire ou associé à un cancer du pancréas
	Histo	- <b>Hyperplasie canalaire atypique</b> : prolifération anormale non cancéreuse - <b>Néoplasie intra-lobulaire de type 1 ou 2</b> : marqueur de haut risque de survenue d'un cancer infiltrant (mais ne dégénère pas elle-même en cancer) → 75% de carcinome canalaire/25% lobulaire	
Histologie	Environnement	- Alcool, tabac, haut niveau socio-économique, antécédent d'irradiation, sédentarité (en post-ménopause)	
	- <b>Cancer canalaire <i>in situ</i> (CIS)</b> ou <b>carcinome intracanalaire</b> : prolifération épithéliale maligne à l'intérieur des canaux galactophoriques sans franchissement de la membrane basale → microcalcifications, atteinte multifocale possible - <b>Adénocarcinome canalaire infiltrant</b> (ou <b>galactophorique</b> ) = le plus fréquent (90%) : prolifération maligne d'origine épithéliale franchissant la membrane basale et envahissant le tissu conjonctif → risque d'ADP et de métastase - <b>Adénocarcinome lobulaire infiltrant</b> (plus rare) : souvent bilatéraux et/ou multicentriques → <b>IRM mammaire</b> - Autres (rares) : <b>carcinome mucineux, carcinome médullaire, papillaire, tubuleux, lymphome, sarcome...</b>		
	SF	- <b>Dépistage</b> : autopalpation, examen clinique mammaire annuel, mammographie - <b>Tuméfaction</b> découverte par la patiente ou à l'examen clinique - Anomalie du mamelon : <b>rétraction, écoulement séro-sanglant unipore, lésion eczématiforme</b> - <b>Sein inflammatoire</b> : placard érythémateux et oedémateux (pouvant mimer une infection) - <b>Ecoulement</b> : - <b>Non suspect</b> : ancien, intermittent, provoqué, bilatéral, pluri-canalaire, blanc, marron ou verdâtre - <b>Suspect</b> : récent, spontané, unilatéral, uni-canalaire, clair, jaune, rouge ou noir	
	SC	- <b>Inspection</b> : ↗ volume mammaire, rétraction cutanée, ride, méplat, capiton, rétraction du mamelon, rougeur localisée ou diffuse, aspect de peau d'orange, ulcération, bombement (++) en supéro-interne), aspect de maladie de Paget eu niveau de la plaque aérolo-mammaire - Palpation : <b>nodule dur, irrégulier, indolore, pression mamelonnaire à la recherche d'un écoulement</b> (suspect si unilatéral, récent, unicanaire, couleur translucide, jaune ou sanglant) - Palpation des <b>aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires</b> (les ADP mammaires ne sont pas palpables) - <b>Adhérence cutanée</b> spontanée ou provoquée : apparition d'une ride ou d'un capiton en pinçant la tumeur - <b>Adhérence au muscle grand pectoral</b> par <b>manœuvre d'adduction contrariée de Tillaux</b> : ↘ de la mobilité de la tumeur à la contraction du grand pectoral en s'opposant au mouvement d'adduction du bras	
Diagnostic	PC	Mammo-graphie bilatérale	= En 1 <sup>ère</sup> intention (sauf chez la femme jeune < 30 ans), préférentiellement en 1 <sup>ère</sup> partie de cycle : <b>3 incidences</b> (face, profil, oblique externe) ± <b>cliché d'agrandissement</b> ou <b>compression</b> - Dans le cadre du dépistage, seules <b>2 incidences</b> sont réalisées - <b>Critères de qualité (sur incidence oblique ++)</b> : visualisation du sillon sous-mammaire et du muscle grand pectoral - Opacité dense, hétérogène, irrégulière, <b>spiculée</b> (image stellaire), rétractile, classiquement plus petite que la tumeur palpée, <b>rupture architecturale</b> , entourée d'un halo clair oedémateux - <b>Microcalcifications punctiformes</b> , groupées en foyer, irrégulières : carcinome in situ associé

		<b>Echographie</b>	= Surtout chez la femme jeune < 30 ans aux seins denses, à n'importe quel moment du cycle : - <b>Echographie mammaire</b> : <b>nodule</b> mal circonscrit, hypoéchogène, désorganisé, de grand axe perpendiculaire à la peau, avec cône d'ombre et atténuation postérieure - <b>Echographie axillaire</b> : indiquée : . en cas d' <b>ADP cliniquement suspecte</b> = épaississement cortical, arrondie, disparition du hile . Systématique dans le cadre du <b>bilan préopératoire</b>	
		<b>IRM mammaire</b>	= Non systématique, réalisée de préférence en 1 <sup>ère</sup> partie de cycle : indiquée si - Diagnostic : - Carcinome lobulaire invasif - Doute sur l'imagerie standard - Recherche de récurrence locale après traitement conservateur - ADP métastatique d'un cancer du sein avec bilan sénologique normal - Suspicion de rupture prothétique en cas de reconstruction mammaire par prothèse - Surveillance : - Mutation BRCA ou haut risque génétique familial - Patient sous chimiothérapie néo-adjuvante	
Diagnostic	Histo	= Biopsie transcutanée de la lésion ± d'ADP si palpée ou retrouvée à l'échographie : - <b>Micro-biopsie au pistolet</b> sous guidage échographique : réservée aux tumeurs palpables/repérables à l'écho - <b>Macro-biopsie au mammotome</b> sous guidage stéréotaxie : pour les lésions non repérables (calcification) → La <b>cytoponction</b> n'a qu'une valeur prédictive positive : inutile		
	Extension	- Examen clinique : douleur osseuse, palpation hépatique, examen neurologique - <b>Echographie axillaire</b> systématique → <b>cytoponction</b> ou <b>micro-biopsie</b> de toute ADP suspecte pour confirmation - <b>Dosage du CA 15-3</b> : Non recommandé pour le diagnostic ou pour le bilan d'extension		
		Bilan d'extension de 1 <sup>ère</sup> intention	= Non systématique en l'absence de signe d'appel - Recommandé si <b>T3-T4 / N+ / signes d'appels/ RH - / HER2 +++ / Garde 3</b> - A discuter si : T2 / présence d'embolies vasculaires/ pN1 micrométastatique / Ki67 > 20% - Plusieurs options : - <b>Scanner thoraco-abdomino-pelvien + scintigraphie osseuse</b> - <b>PET-scanner au 18 FDG</b>	
	TNM	<b>T1 = ≤ 2 cm      T2 = 2 à 5 cm      T3 = &gt; 5 cm</b> <b>T4a</b> : paroi thoracique (hors pectoral) <b>T4b</b> : œdème (dont peau d'orange) ou ulcération cutanée ou nodule de perméation sur la peau <b>T4c</b> : 4a + 4b <b>T4d</b> : cancer inflammatoire	<b>N1mi</b> : micro-métastase > 0,2 mm et ≤ 2 mm <b>N1</b> : c = ADP axillaire mobile      p = 1 à 3 ADP axillaire <b>N2</b> : c = ADP axillaire fixée      p = 4 à 9 ADP axillaire <b>N3</b> : c = ADP mammaire interne      p = ≥ 10 ADP axillaire ou ≥ 1 ADP sous-clavière <b>M1</b> = métastase (y compris ADP sus-claviculaire)	
	Ganglion sentinelle	= Permet de ne retirer que quelques ganglions (2 en moyennes) pour éviter le curage axillaire <b>Ultra-stadification ganglionnaire</b> : analyse histologique fine (coupes séries + immunohistochimie) permettant de mettre en évidence des envahissements de petite taille - Résultat : - Aucun envahissement : <b>pN0 (i-)</b> - Cellules tumorales isolées ≤ 0,2 mm : <b>pN0 (i+)</b> - Micro-métastase 0,2 à 2 mm : <b>pN1mi</b> - Macro-métastase ≥ 2 mm : <b>pN1</b>		
Formes cliniques	Cancer canalaire in situ	= Prolifération néoplasique intra-galactophorique (isolée ou associée à un carcinome infiltrant) - Mammographie : <b>microcalcifications</b> groupées en amas, poussiéreuses TTT : - <b>Zonectomie</b> après repérage radiologique pré-opératoire + <b>radiothérapie</b> - <b>Mastectomie</b> avec <b>reconstruction mammaire</b> (surtout si CIS étendu ou multifocal)		
	Maladie de Paget du mamelon	= <b>Invasion néoplasique par les canaux galactophoriques du mamelon</b> , généralement sur carcinome <i>in situ</i> : <b>lésion eczémateuse du mamelon</b> (croûtelles, exulcération cutanée), prurigineux - Diagnostic par <b>biopsie du mamelon</b> → Une maladie de Paget du mamelon ne modifie pas le TNM		
	Cancer inflammatoire du sein	= Mastite carcinomateuse : sein érythémateux, oedémateux, avec aspect de peau d'orange - Classification : - <b>PEV 0</b> = ∅ signe inflammatoire - <b>PEV 1</b> = doublement du volume tumorale en < 6 mois - <b>PEV 2</b> = signes inflammatoires en regard de la tumeur < 1/3 de la peau du sein - <b>PEV 3</b> = signes inflammatoires étendus à tout le sein = <b>mastite carcinomateuse</b> - Croissance rapide avec risque élevé de MT occulte au diagnostic : de mauvais pronostic - Confirmation diagnostique par <b>biopsie chirurgicale mammaire</b> emportant un fragment cutané : mise en évidence d'embolies lymphatiques dans le derme - TTT : <b>chimiothérapie néo-adjuvante</b> + <b>mastectomie</b> et <b>curage axillaire</b> + <b>radiothérapie</b> ± <b>hormonothérapie</b> si RH+		

	<b>Cancer du sein chez l'homme</b>		= Rare (< 1% des cancers du sein) : diagnostic évoqué devant une <b>tumeur irrégulière, indolore, rétro-mamelonnaire</b> apparue chez un homme → Recherche systématique : <b>mutation (BRCA2++)</b> et <b>cancer de la prostate</b> associé (TR, PSA)		
Pronostic	FdR de récurrence	- <b>Limites d'exérèse chirurgicale non saines</b> ou <b>marges insuffisantes</b> (R1, R2) → Reprise chirurgicale indispensable (radiothérapie non suffisante)			
	FdR métastatique	- Statut ganglionnaire +++ : <b>envahissement axillaire</b> (y compris micro-métastase) ou <b>rupture capsulaire</b> - Terrain : <b>âge &lt; 35 ans</b>			
		Tumeur	- <b>Taille</b> de la tumeur infiltrante > <b>2 cm</b> ++++ - <b>Tumeur inflammatoire</b> - <b>Grade histo-pronostique de Scarff-Bloom-Richardson (SBR)</b> ou <b>d'Ellis-Elston (EE)</b> : selon le degré de différenciation architecturale, les inégalités nucléaires et l'index mitotique → <b>grade I, II ou III</b> - <b>Tumeur de grade II proliférante</b> : index mitotique élevé ou facteur de prolifération Ki67 > <b>20%</b> - <b>Emboles vasculaires péri-tumoraux</b> - <b>Absence de récepteurs hormonaux</b> (tumeur indifférenciée de mauvais pronostic) - <b>Surexpression tumorale d'HER2 (3+)</b> en IHC ± <b>amplification du gène HER2</b> en FISH si 2+ - Récepteurs hormonaux <b>négatifs</b> - Marqueur de prolifération : <b>Ki67, phase S</b> (la place du Ki67 est controversée)		
TTT	Chirurgie locale mammaire	<b>Tumorectomie ou zonectomie</b>	= TTT conservateur : exérèse d'une tumeur palpable = <b>tumorectomie</b> ou non = <b>zonectomie</b> - Indication : tumeur unifocale < <b>3 cm</b> non récidivante → Choix selon le rapport volume tumoral/volume mammaire (résultat esthétique) - Examen extemporané : taille tumorale, limites d'exérèses saines, marges > <b>ou égale à 2 mm</b> → <b>L'examen extemporané</b> est contre-indiqué si tumeur < 1 cm ou lésion non palpable		
		<b>Mastectomie</b>	= TTT radical : exérèse de la totalité de la glande mammaire (conservant le muscle pectoral) - Indication : tumeurs volumineuses > <b>3 cm</b> ou multifocales ou récidive - <b>Reconstruction mammaire</b> à distance (sauf en cas de mastectomie pour carcinome intracanaulaire étendu : reconstruction immédiate possible) → Diminue le risque de récurrence sans augmenter la survie par rapport au TTT conservateur		
	Chirurgie régionale ganglionnaire	= Systématique en cas de cancer infiltrant, réalisé dans le même temps opératoire : - <b>Exérèse du ganglion sentinelle axillaire</b> : si tumeur uni-focale < 3 cm, cN0 - <b>Curage ganglionnaire axillaire</b> : si N+ ou tumeur > 3 cm, multifocale, T4 ou après chimiothérapie néo-adjuvante			
		<b>Curage axillaire homolatéral</b>	Complications	= Exérèse chirurgicale de tous les ganglions axillaire homolatéraux à la tumeur ≥ <b>10 ganglions</b>	
				Per-opératoire Plaie de la <b>veine axillaire</b> , du <b>pédicule vasculo-nerveux du grand dorsal</b> ou du <b>nerf grand dentelé</b>	Post- opératoire précoce - <b>Hématome axillaire</b> - <b>Lymphocèle</b> - <b>Trouble sensitif</b> (creux axillaire, face interne du MS) et/ou moteur (décollement de l'omoplate) - <b>Algoneurodystrophie</b>
	<b>Exérèse du ganglion sentinelle</b>	= Lymphadénectomie sélective du ou des 1 <sup>er</sup> relais ganglionnaires axillaire (2 en moyenne) - Technique : injection au niveau de la tumeur de Technétium 99 ( <b>méthode radio-isotopique</b> ) et d'un colorant bleu de patente ( <b>méthode colorimétrique</b> ) → détection lors de la chirurgie - <b>Examen extemporané</b> → curage axillaire complémentaire si ganglion envahit			
	<b>Radiothérapie externe post-opératoire</b>	= Prévention des récurrences locorégionales : systématique après traitement conservateur - Après tumorectomie : irradiation du <b>sein restant</b> (50 Gy) + complément sur le <b>lit tumoral</b> (+ 15 Gy) - Après mastectomie: irradiation de la <b>paroi thoracique</b> si T3-T4 ou T2 + atteinte ganglionnaire ≥ N1mi - <b>Irradiation sus-claviculaire et mammaire interne</b> si tumeur N+ ou tumeur volumineuse multifocale → <b>Irradiation axillaire</b> contre-indiquée après curage : ↗ le risque de lymphoedème sans bénéfice - Réalisé en 5 semaines : < 12 semaines après chirurgie ou < 5 semaines après chimiothérapie → Abaisse le taux de récurrence locale à <b>10%</b> (contre 40% sans radiothérapie)			
Complication		- Mineure : <b>œdème mammaire</b> (quasi-constant), <b>sclérose</b> , <b>télangiectasie</b> , <b>douleur</b> , <b>fracture de côte asymptomatique</b> - <b>Sclérose du pectoral</b> - <b>Fracture de clavicule</b> - <b>Pneumopathie radique</b> - <b>Plexite post-radiothérapie</b> - <b>Cardiopathie ischémique</b> - <b>Cancer radio-induit</b>			

	<b>Chimio-thérapie adjuvante</b>	= Polychimiothérapie comportant <b>anthracycline</b> et/ou <b>taxane</b> : <b>6 cures de FEC 100 (5-FU, epirubicine, cyclophosphamide)</b> ou <b>FAC (anthracycline à la place de l'épirubicine)</b> ou <b>taxane (Taxotère®)</b> - Indication : - Envahissement ganglionnaire $\geq$ pN1mi : N+ - $\geq$ 1FdR métastatique : - Tumeur $\geq$ pT2 - Présence d'embolies vasculaires - Récepteurs hormonaux négatifs - Surexpression d'HER2 (3+) - Age < 35 ans - Envahissement lympho-nodal (à discuter au cas par cas) - Réalisé dans les 3 à 6 semaines après la chirurgie, avant la radiothérapie	
	<b>Chimio néo-adjuvante</b>	= <b>6 cycles de chimiothérapie</b> : $\searrow$ de <b>50%</b> les mastectomies - Indications : - Tumeur inflammatoire (systématique) - Tumeur volumineuse (pour permettre un traitement conservateur) - Tumeur avancée inopérable = <b>T4, N2</b> (pour permettre une exérèse) - Après <b>bilan d'extension</b> et <b>IRM mammaire</b> systématique - <b>Suivi clinique</b> et par <b>IRM mammaire</b> : mastectomie si aucune réduction après 2-3 cures → Aucune amélioration prouvée sur la survie globale	
	<b>Thérapie ciblée</b>	<b>Trastuzumab (Herceptin®)</b> = Ac monoclonal anti-HER2 : injection toutes les 3 semaines <b>pendant 1 an</b> - Indication : cancer du sein (métastatique ou non) sur-exprimant HER2 (HER2+++) - <b>Toxicité cardiaque</b> : surveillance de la FEVG, association contre-indiquée avec des anthracyclines	
TTT	<b>Hormono-thérapie</b>	= Améliore la survie globale et diminue les récurrences locales, controlatérales et métastatiques - Indication : récepteurs hormonaux (RH > <b>1-5%</b> ) aux oestrogènes et/ou à la progestérone, pendant <b>5 ans</b> (voire 10 ans si atteinte lymphonodale)	
		<b>Tamoxifène</b>	= Anti-œstrogène : chez la femme <b>non ménopausée</b> ( $\pm$ association à un <b>antagoniste LHRH</b> si mauvais pronostic chez les patientes de < 35 ans), ou ménopausée si intolérance/CI aux anti-aromatases - EI : - <b>Asthénie, bouffée de chaleur, prise de poids</b> - ↗ <b>Cancer de l'endomètre</b> : surveillance échographique, biopsie si métrorragies - ↗ <b>Risque thrombo-embolique</b> - <b>Kyste fonctionnel de l'ovaire</b>
		<b>Anti-aromatase</b>	= <b>Anastrozole, létrozole, exémestane</b> : chez la femme <b>ménopausée</b> - EI : - <b>Arthralgie, myalgie</b> : fréquente et invalidante - <b>Aggravation d'une ostéoporose</b> : <b>ostéodensitométrie</b> systématique - <b>Bouffées de chaleur, prise de poids, dyslipidémie</b> (↗ risque cardiovasculaire)
	<b>Mesures associées</b>	- <b>Prothèse mammaire externe en silicone</b> si mastectomie sans reconstruction, <b>prothèse capillaire</b> si alopecie - <b>Kinésithérapie de drainage lymphatique</b> du membre supérieur si curage axillaire - Arrêt et contre-indication absolue de tout oestroprogestatif ou progestatif (contraception hormonale, THS) - Contraception : <b>DIU au cuivre, contraception locale, stérilisation</b>	
		<b>PEC du lymphoedème</b>	= Aucun traitement curatif : traitement uniquement symptomatique, peu efficace - Port d'une <b>manche de compression</b> - <b>Kinésithérapie du MS</b> avec <b>drainage lymphatique, élévation du bras</b> - <b>Prévention de lymphangite</b> : antiseptie précoce des plaies, éviter les prises de sang - RHD : ne pas dormir sur le bras, ne pas prendre la TA, ne pas exposer au soleil ou à la chaleur, ménager le bras (ne pas porter de charges), éviter tabac/alcool, lutte contre le surpoids
	<b>Surveillance</b>	- Examen clinique tous les 6 mois pendant 5 ans, puis 1/an - <b>Mammographie bilatérale +/- écho mammaire</b> 1 fois/an à vie	
	<b>Patiente métastatique</b>	- Traitement systémique : <b>chimiothérapie, thérapie ciblée (trastuzumab si surexpression HER2, bevacizumab sinon)</b> et/ou <b>hormonothérapie</b> - Suivi tous les 2 mois : <b>scanner + dosage du CA 15-3</b> - En cas de résistance au traitement mis en place : changement de stratégie thérapeutique	

Prévention	Consultation d'onco-génétique = Dépistage individuel	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rechercher une <b>mutation BRCA1, BRCA2 ou PALB2</b> en cas :<ul style="list-style-type: none"><li>- Femme &lt; 36 ans, cancer du sein de type médullaire, cancer du sein triple négatif avant l'âge de 51 ans ou cancer du sein chez l'homme</li><li>- Cancer du sein et de l'ovaire chez la même patiente</li><li>- Cancer de l'ovaire survenant avant 71 ans</li><li>- Cancer du sein bilatéral (synchrone ou non)</li><li>- 3 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré</li><li>- Au moins 2 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> degré âgées de moins de 70 ans, dont une de moins de 50 ans.</li></ul></li><li>- Si Mutation retrouvée: - <b>Examen clinique mammaire et pelvien</b> tous les 6 mois à partir de 20 ans<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Mammographie + écho + IRM</b> 1/an à partir de 30 ans</li><li>- <b>Mastectomie prophylactique</b> (avec reconstruction immédiate), <b>annexectomie bilatérale</b> &gt; 45 ans</li></ul></li></ul>	
	<b>Dépistage de masse</b> (programme national) : <b>mammographie 2 incidences</b> (face et oblique externe) tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans avec double lecture des clichés (si cliché normal) - <b>Echographie mammaire</b> systématique si : ACR ≥ 3, seins de densité élevée, anomalie clinique avec Rx normale		
Dépistage	Mammo-graphie	= Radiographie du sein, écrasé entre 2 plaques, divisé en 4 quadrants (supéro-externe QSE, supéro-interne QSI, inféro-externe QIE et inféro-interne QII) → l'essentiel de la glande mammaire se situe dans le QSE - <b>Incidence de face</b> (cranio-caudale) : aplati horizontalement → côté externe ou interne en bas - <b>Incidence oblique-externe</b> (axillaire ou médio-latérale) : aplati obliquement → côté supérieur ou inférieur - Autres : <b>incidence de profil</b> (systématique si mammographie diagnostique), clichés localisés/agrandis	
		Résultat	<b>ACR</b> : classification en 7 stades, selon la mammographie ± l'échographie (si ACR ≥ 3) - <b>ACR 0</b> : examen non concluant - <b>ACR 1</b> : mammographie normale (aucune anomalie) - <b>ACR 2</b> : mammographie subnormale (petite anomalie non retenue) - <b>ACR 3</b> : probablement bénigne → <b>mammographie</b> à 4 mois si nodule ou 6 mois si microcalcifications - <b>ACR 4</b> : image justifiant une preuve histologique → <b>biopsie</b> - <b>ACR 5</b> : image typique de cancer du sein → <b>biopsie</b> - <b>ACR 6</b> : cancer prouvé histologiquement
		ACR5	- <b>Nodule</b> : opacité mal limitée, spiculée, à centre dense, microcalcifications associées - <b>Microcalcifications</b> : vermiculaire (en bâtonnet), arborescente, irrégulière en forme/taille, nombreuses, groupées, topographie galactophorique
		Densité mammaire	- <b>Type 1</b> : sein presque entièrement graisseux, graisse homogène = < 25% de la glande - <b>Type 2</b> : reliquats fibro-glandulaires, graisseux hétérogène = 25 à 50% de la glande - <b>Type 3</b> : seins denses hétérogènes = 50 à 75% de la glande - <b>Type 4</b> : seins denses homogènes = > 75% de la glande



## LESION BÉNIGNE DU SEIN

Tumeur bénigne solide	<b>Adéno-fibrome</b>		<p>= <b>Prolifération mixte</b> (épithéliale et conjonctive) : tumeur bénigne solide la plus fréquente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taille moyenne = 2-3 cm, croissance lente, parfois multiples/bilatérales</li> <li>- Surtout chez la femme jeune (20 à 30 ans)</li> <li>- ↗ de volume pendant la grossesse et ↘ après la ménopause</li> </ul>
		C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiente jeune (&lt; 30ans)</li> <li>- <b>Nodule mammaire</b> indolore, bien limité, mobile, de consistance ferme, &lt; 3cm</li> </ul>
		PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mammographie</b> : opacité homogène bien limité</li> <li>- <b>Echo</b> (surtout si sein dense) : lacune hypoéchogène homogène, bien limité, sans cône d'ombre, refoulant le tissu mammaire, grand axe perpendiculaire à la peau</li> </ul>
		CAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmation diagnostique histologique par <b>cytoponction, micro- ou macro-biopsie</b> si doute (Age &gt;30ans, contexte à risque, discordance clinique/imagerie/histologie)</li> <li>- <b>Exérèse chirurgicale</b> si doute diagnostique ou gêne esthétique</li> </ul>
	<b>Papillomatose juvénile</b>		<p>= Femme jeune &lt; 25 ans, <b>tuméfaction</b> mobile, proche de l'aréole ± <b>écoulement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Echographie</b> : petites cavités kystiques au sein du nodule</li> <li>- TTT : <b>exérèse chirurgicale</b></li> </ul>
Tumeur bénigne kystique	<b>Hamartome</b>		<p>= Lésion limitée par une capsule reproduisant du tissu mammaire normal : survenue à tout âge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tumeur</b> bien limitée, parfois volumineuse, molle (surtout si constitué de tissu adipeux)</li> <li>- <b>Mammographie/échographie</b> : opacité bien limitée, de tonalité identique à la glande mammaire</li> <li>- <b>Exérèse chirurgicale</b> souvent nécessaire : diagnostic et thérapeutique</li> </ul>
	<b>Cytostéatonecrose</b>		<p>= Tuméfaction de survenue spontanée ou suite à un traumatisme du sein, chez la femme ménopausée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Masse</b> limitée, arrondie, parfois indurée, adhérente à la peau avec rétraction cutanée → suspect</li> <li>- <b>Mammographie</b> : image claire, cerclée, « en bulle de savon »</li> <li>- <b>Exérèse</b> souvent nécessaire pour diagnostic histologique</li> </ul>
	<b>Kyste</b>		<p>= Formation liquidienne à point de départ galactophorique : plus fréquente de 35 à 50 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tumeur</b> ronde, bien limitée, rénitente, apparaissant souvent en période prémenstruelle</li> <li>- <b>Mammographie</b> : opacité arrondie, bien limitée</li> <li>- <b>Echographie</b> : lacune anéchogène, bien limitée, avec renforcement postérieur</li> <li>- <b>Cytoponction</b> en cas de gêne esthétique : diagnostic et thérapeutique</li> </ul>
	<b>Mastopathie fibrokystique</b>		<p>= Mastopathie très fréquente : <b>éléments kystiques</b> associés à une <b>fibrose du tissu conjonctif</b> et une <b>hyperplasie (simple ou atypique) des cellules épithéliales des canaux galactophoriques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie bénigne du sein <b>la plus fréquente</b> chez les femmes de <b>35 à 50 ans</b> (peut persister après la ménopause en cas de THS)</li> <li>- Surtout en péri-ménopause (40-50 ans), sur un <b>terrain d'hyperoestrogénie</b> : aucun risque de dégénérescence mais développé sur le même terrain hormonal que le cancer (= marqueur de risque)</li> </ul>
		C	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mastodynies cycliques</b>, en période prémenstruelle</li> <li>- Masse unique ou multiple, arrondie, bien limitée, mobile de consistance variable (molle++), sensible voire douloureuse</li> <li>- <b>Placards indurés, sensibles</b> +/- écoulement blanc ou vert épais</li> <li>- <b>Pas d'ADP suspecte</b></li> </ul>
		CAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si doute diagnostique (placard suspect) : <b>micro-biopsies mammaires</b></li> <li>- TTT : RHD + <b>progestatif</b> en 2<sup>ème</sup> partie de cycle (action anti-oestrogénique)</li> <li>→ Disparition à la ménopause</li> <li>- <b>Pas d'indication chirurgicale</b> sauf si : récive / Gène persistante/ Kystes atypiques</li> </ul>