





Cas cliniques interactifs

Carole Mathelin, Anas Chebib, Sabrina Croce,
Véronique Bouté, Yasser Safi Ali

Strasbourg, Tulle, Bordeaux, Caen, Damas

France, Syrie

Damas le 2 avril 2011



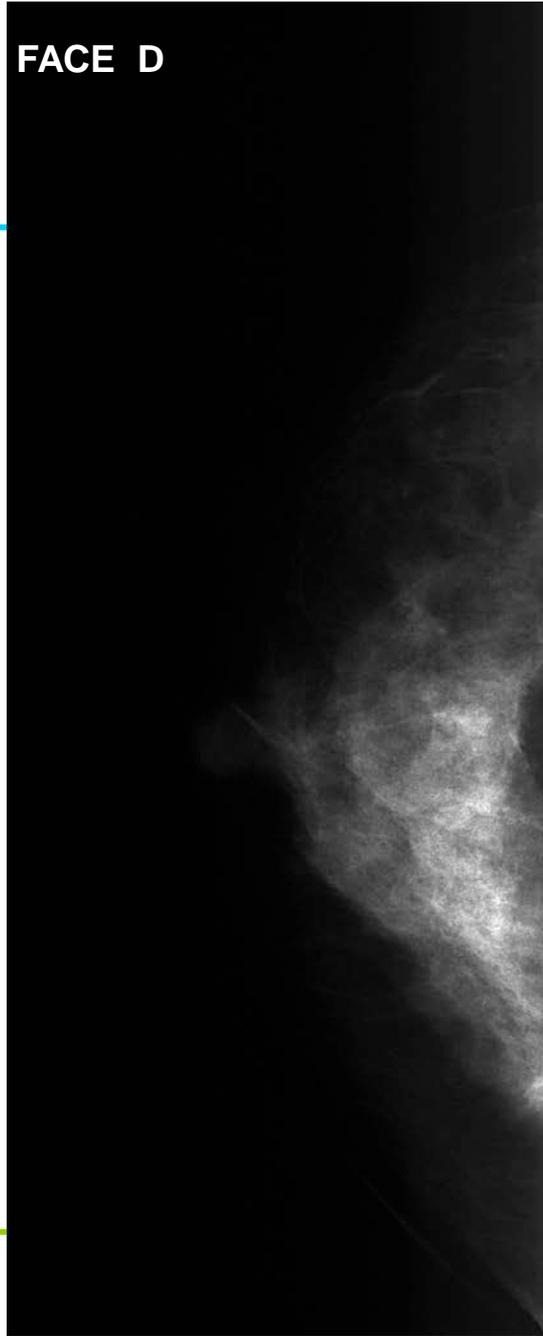
Cas clinique 1



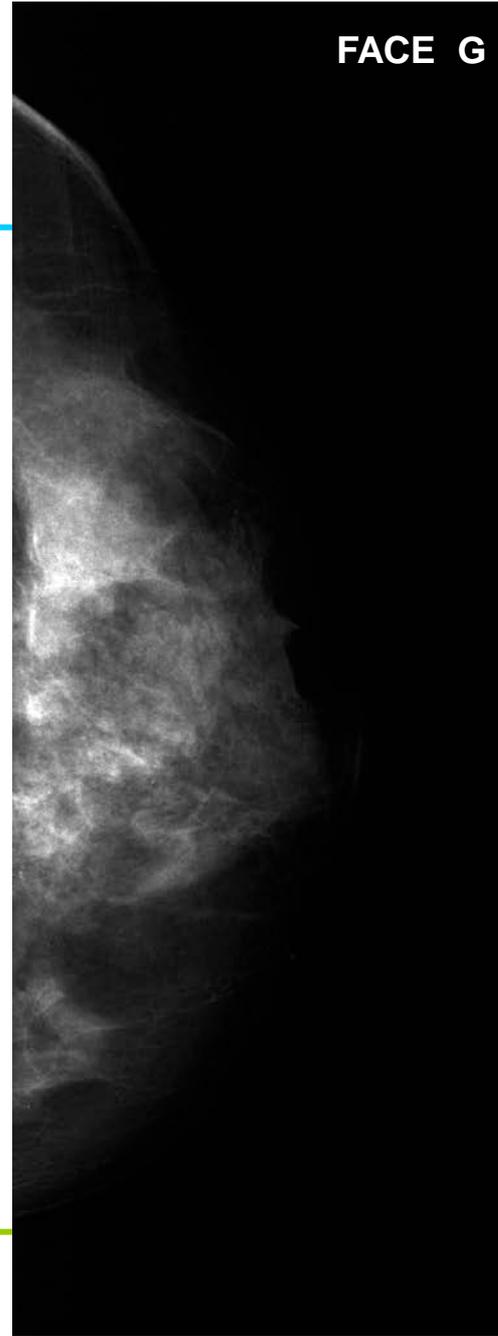
Présentation clinique

- Mme D. MC, âgée de 47 ans, nulligeste, ménopausée depuis un an, a consulté en janvier 2007 pour l'apparition spontanée et récente d'un nodule de 1,5 cm de diamètre situé à l'union des quadrants supérieurs du **sein gauche** à environ 9 cm du mamelon.
- Examen clinique :
 - Nodule induré, mal limité, indolore
 - Associé à une **rétraction cutanée** en regard
 - Pas d'écoulement mamelonnaire
 - Aires ganglionnaires sans particularité
- Antécédents :
 - Thyroïdectomie subtotale en raison d'un goitre polynodulaire (traitement en cours par lévothyroxine)
 - Cancer du sein chez la mère à l'âge de 74 ans et chez la tante paternelle à l'âge de 85 ans, cancer pulmonaire chez le père (contexte de tabagisme).

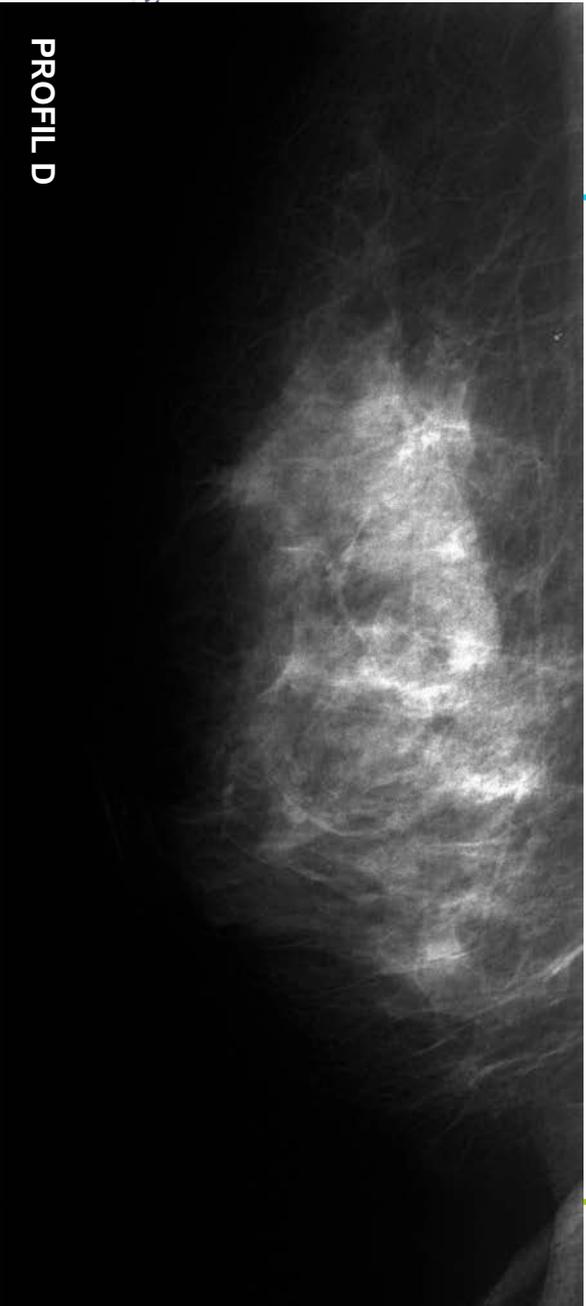
FACE D



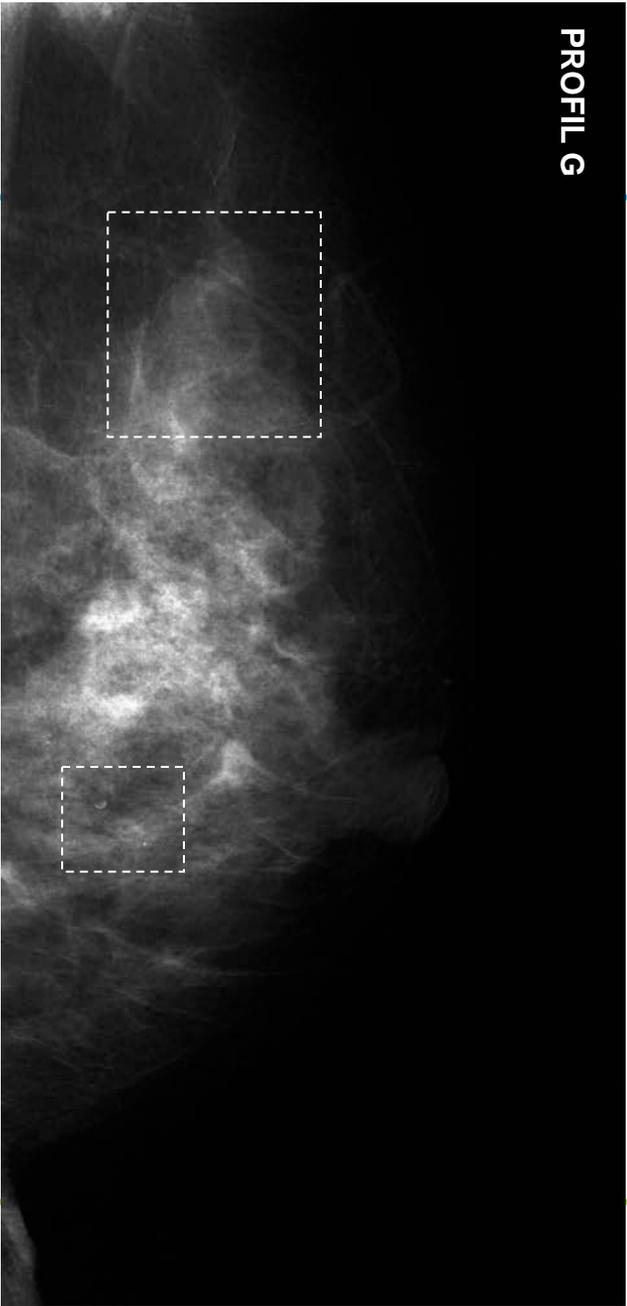
FACE G



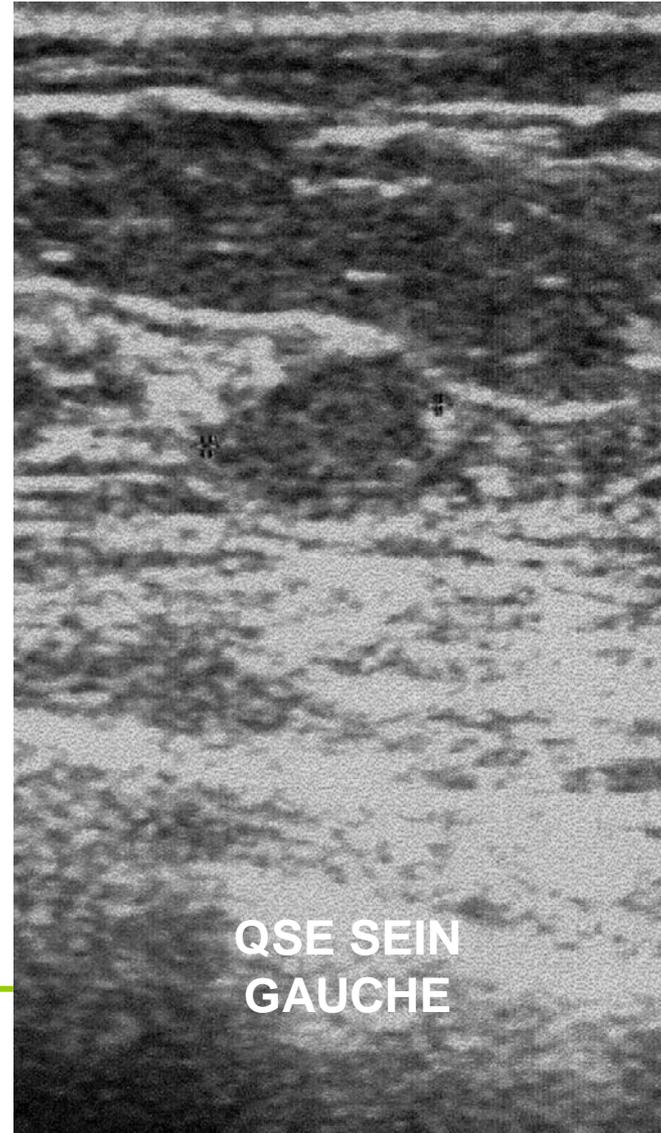
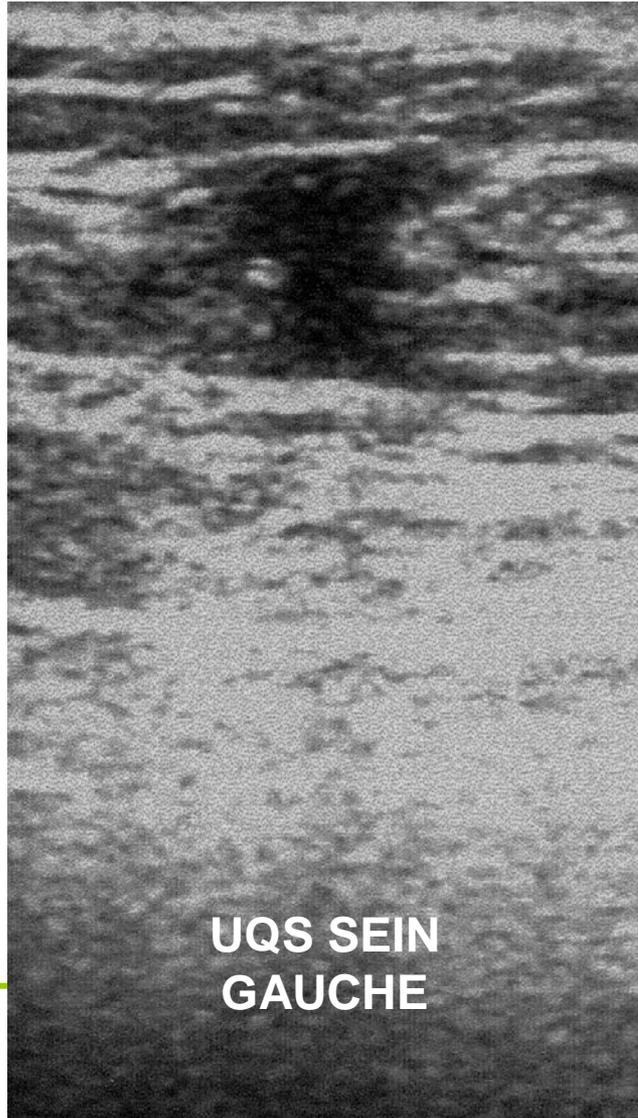
PROFIL D



PROFIL G



Échographie





Diagnostic pré-opératoire

- Le bilan sénologique réalisé a retrouvé
 - Opacité stellaire (ACR4) en regard du nodule palpé avec image écho suspecte de 7mm
 - Foyer de microcalcifications du QII
 - Image écho évoquant un fibroadénome QSE
- Micro et macrobiopsies préopératoires :
 - Fibrose UQS
 - Microcalcifications rétentionnelles QII
 - Fibroadénome QSE



1. Quelle est votre CAT?

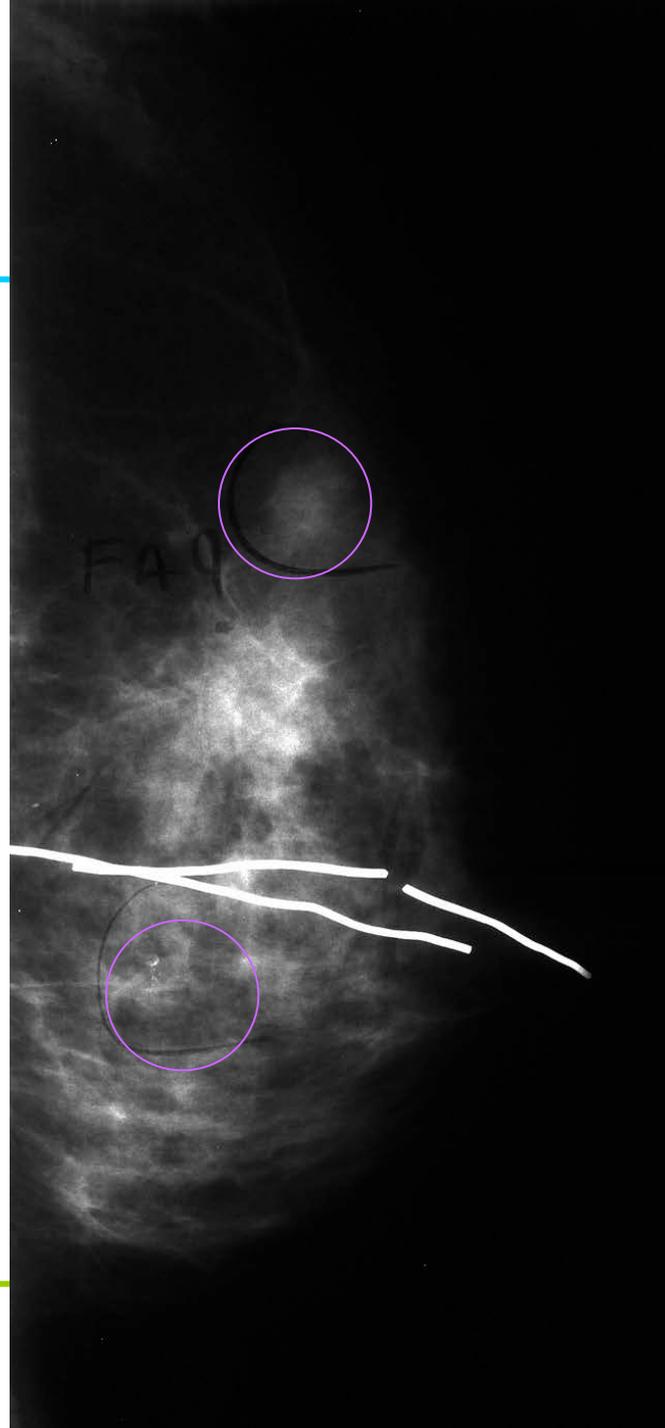
- A. Abstention chirurgicale et contrôle dans 6 mois
 - B. Tumorectomie UQS et examen extemporané
 - C. Tumorectomie UQS sans examen extemporané
 - D. Tumorectomies et zonectomies multiples sans examen extemporané
-

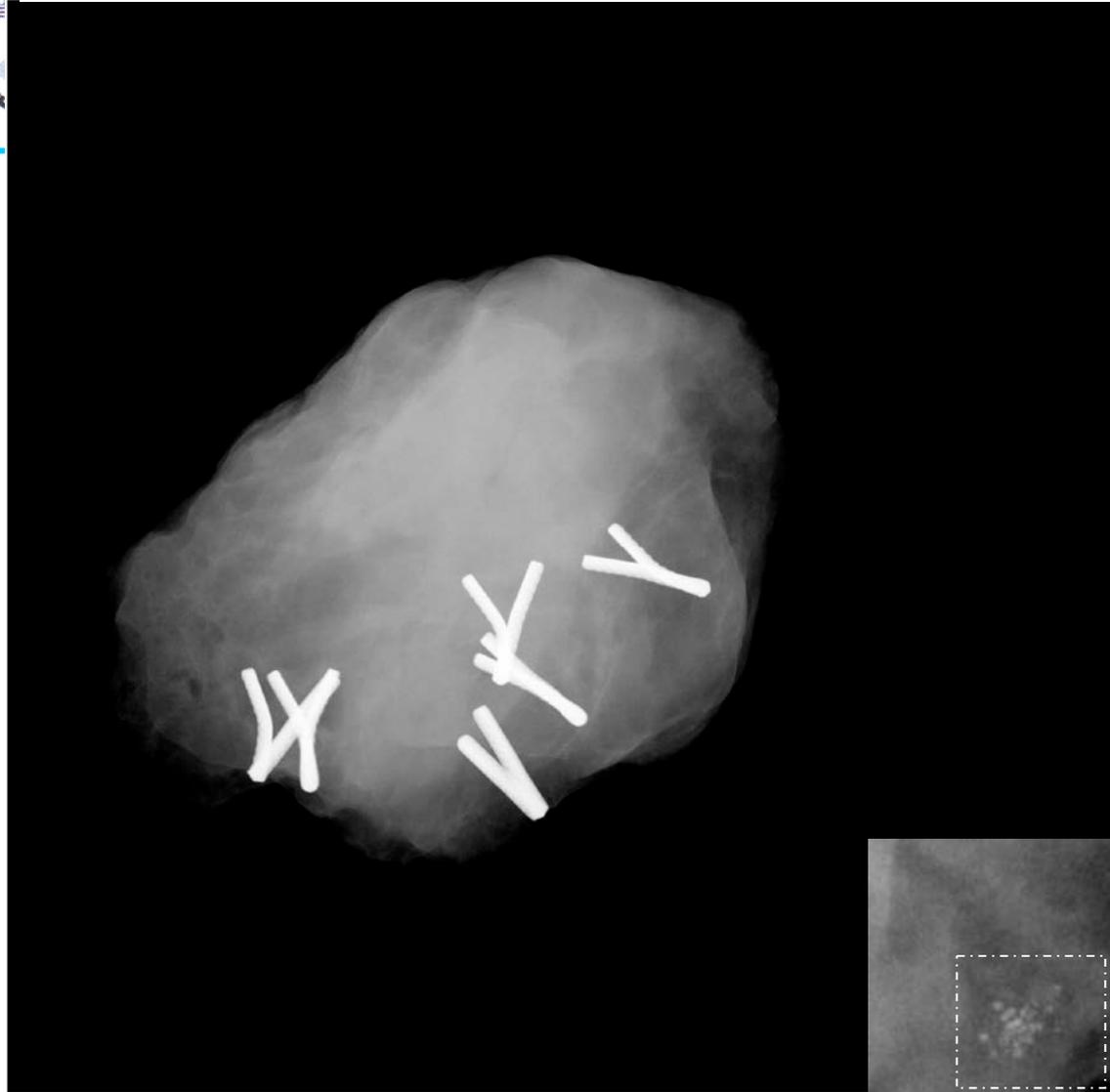


1. Quelle est votre CAT?

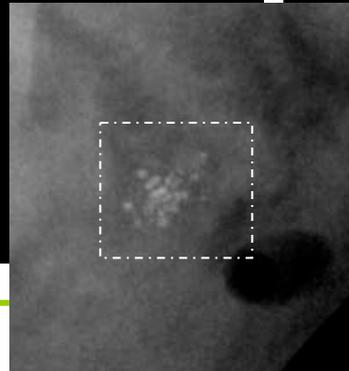
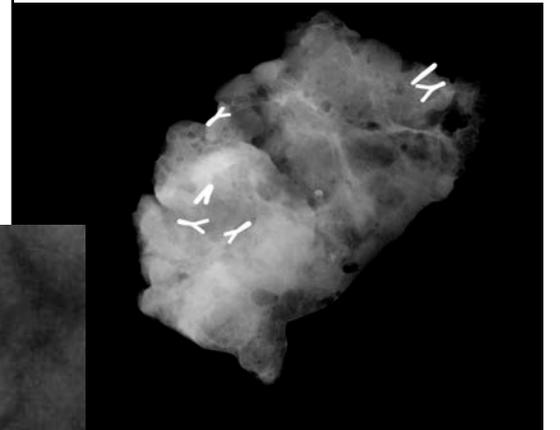
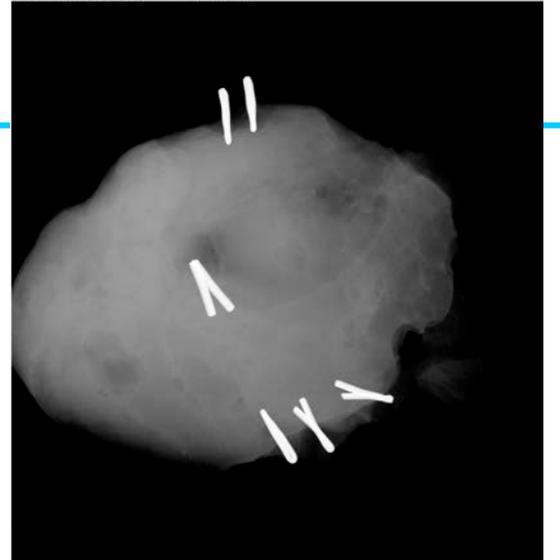
- A. Abstention chirurgicale et contrôle dans 6 mois
 - B. Tumorectomie UQS et examen extemporané
 - C. Tumorectomie UQS sans examen extemporané**
 - D. Tumorectomies et zonectomies multiples sans examen extemporané**
-

Repérage pré-opératoire





PatientID: 6385962, AccessID: 6385962, Name: HARE CHRISTINE DA ROCHA MORGADO MORGAD, Gender: F, Time: 2007/01/30 11:18:27
File: 10001231151627, StudyID: , Exam: , Procedure:
Physician: , TechID: , Tech: , Station: FAXITRON, Institution:

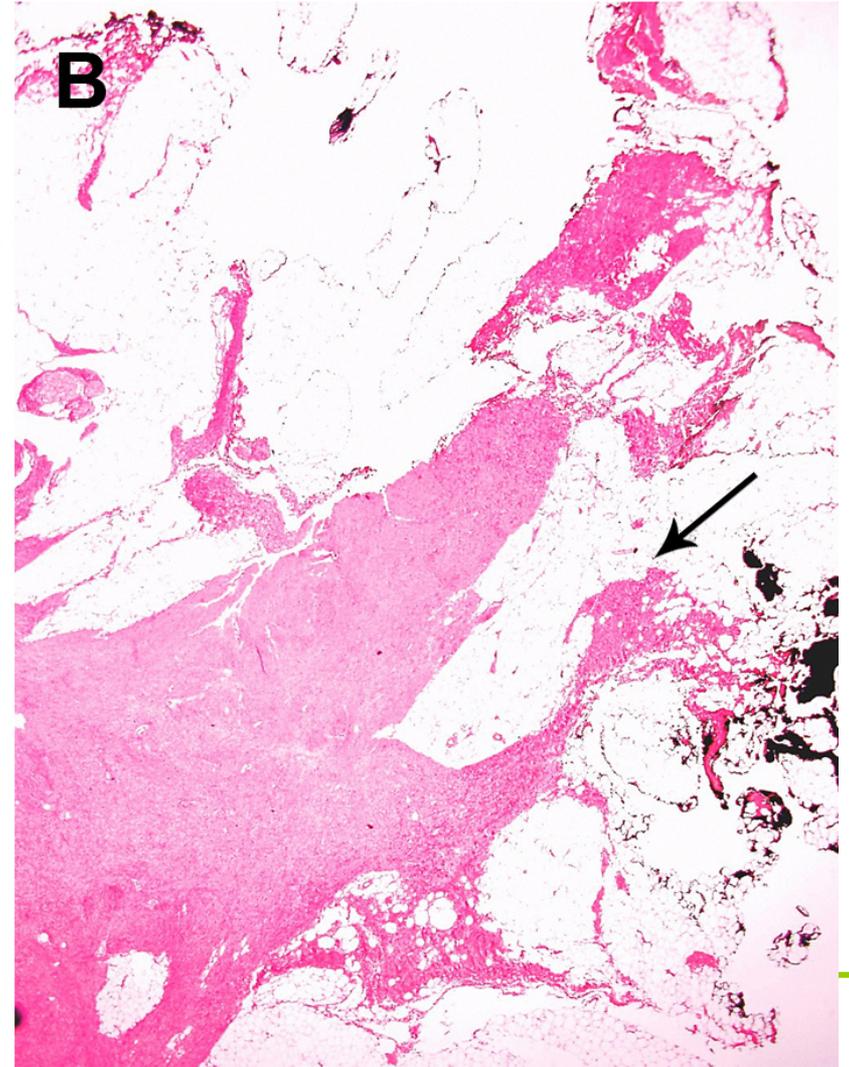


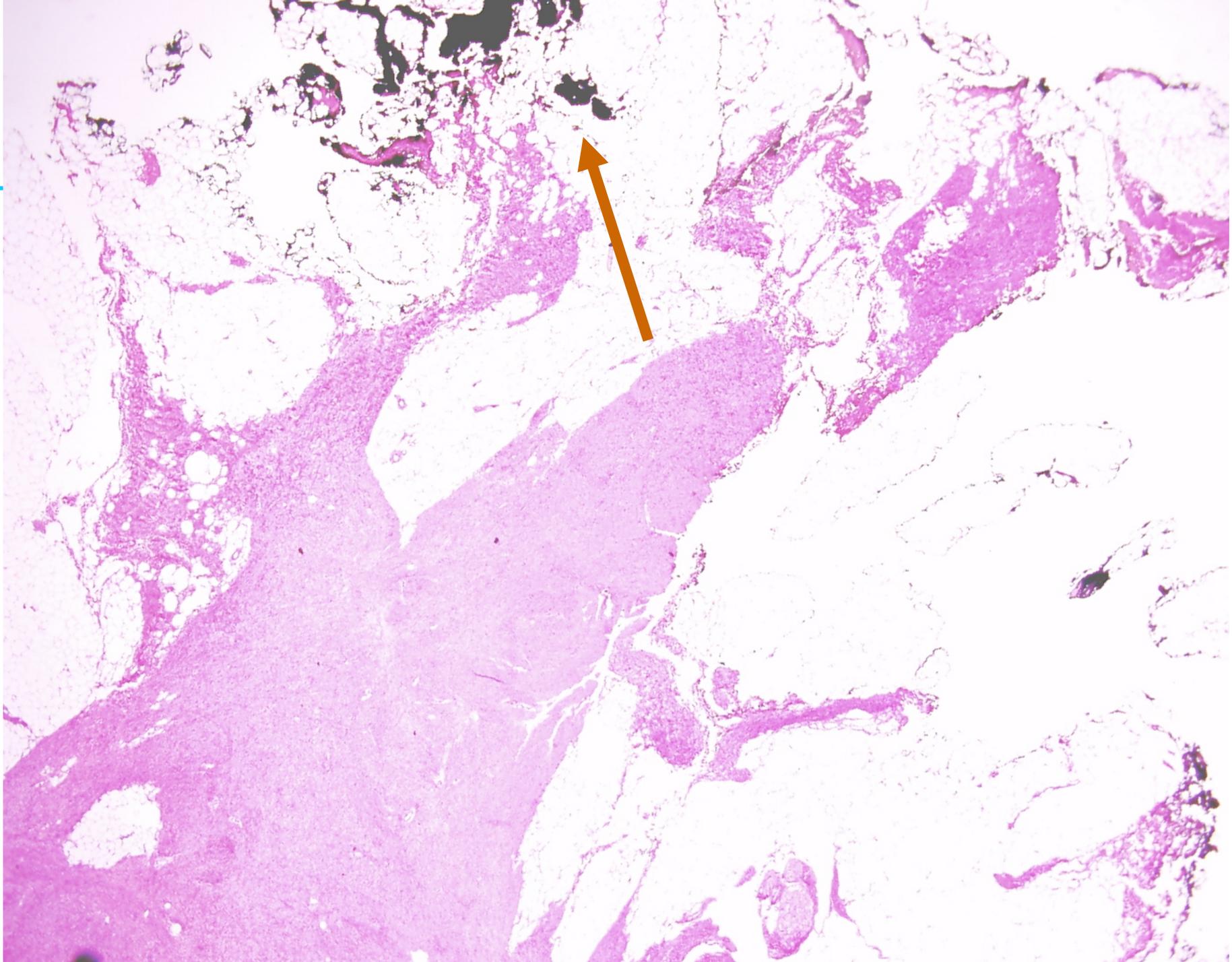


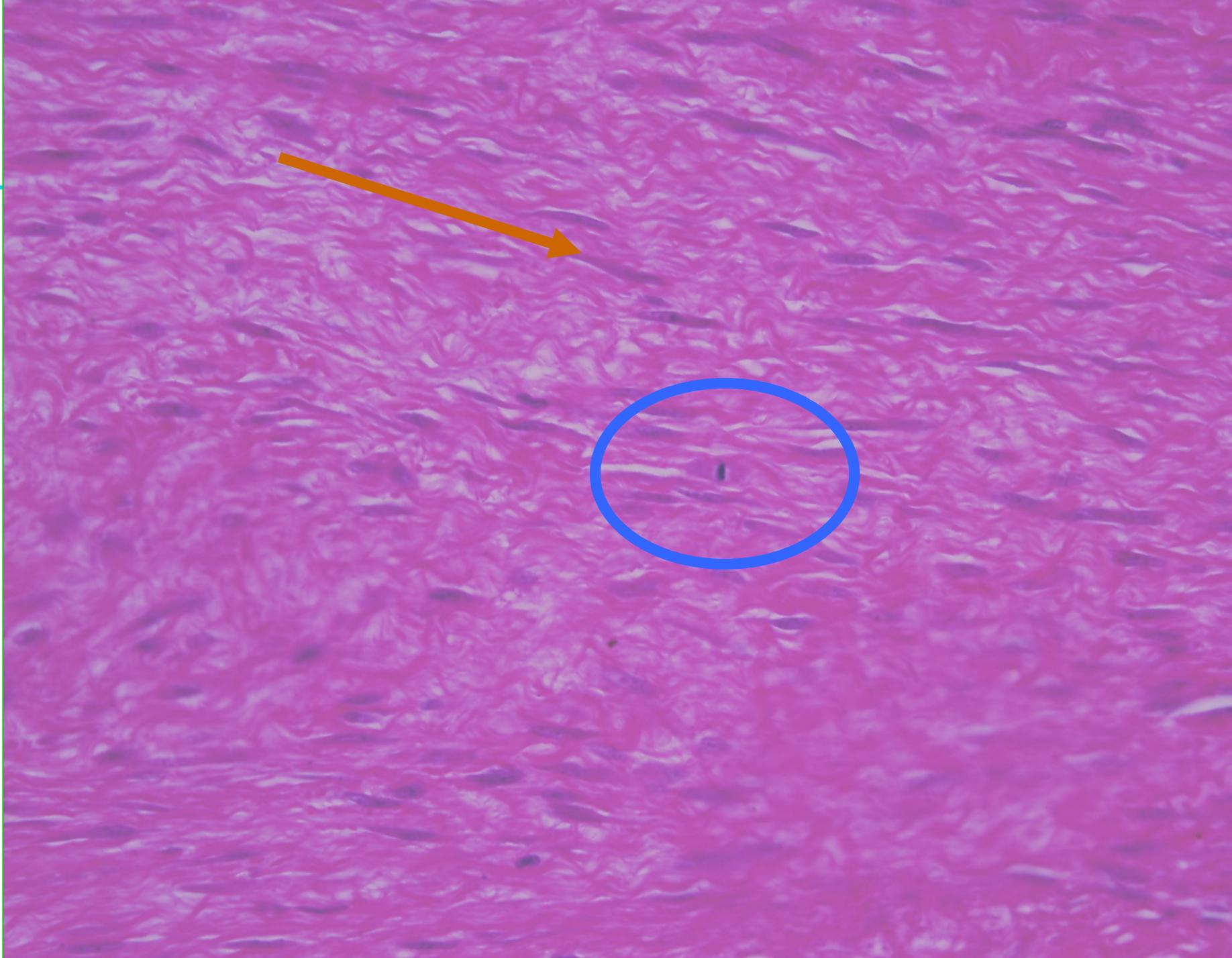
Résultats histologiques

- QSE : fibroadénome (5mm)
 - QII : EFK avec microcalc rétentionnelles (3mm)
 - UQS :
 - Zone de fibrose dense peu cellulaire de 25 mm
 - Mal limitée, arrivant au contact des sections chirurgicales
 - Fibroblastes sans atypies avec très rares mitoses (1 sur 10 champs à fort grossissement)
-

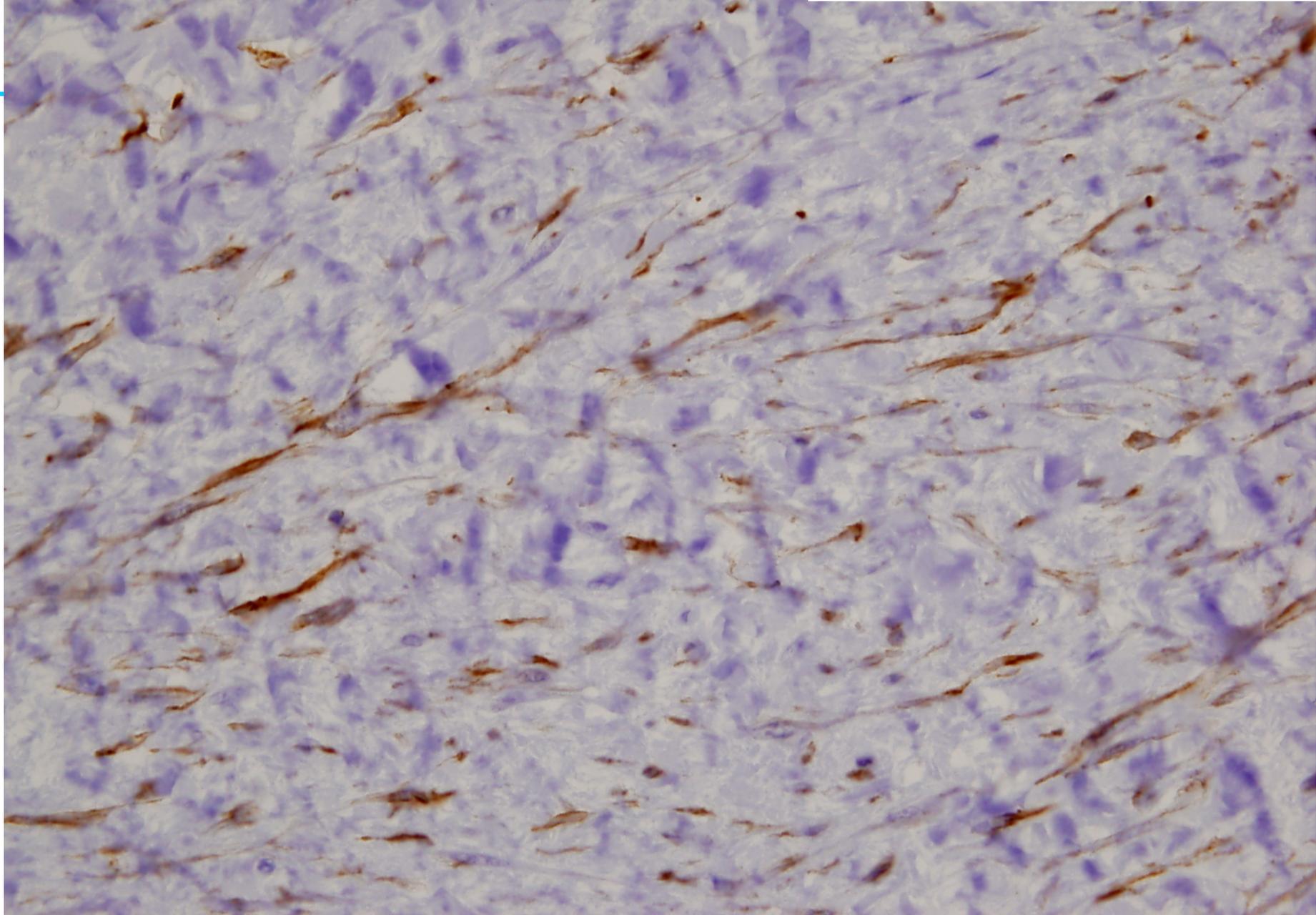
Résultats histologiques







Actine muscle lisse





Diagnostic ?

Fibromatose extra-abdominale
(tumeur desmoïde)



2. Fibromatose mammaire : quelle est la proposition fausse?

- A. Prolifération fibroblastique et myofibroblastique infiltrante
 - B. Risque de récurrence sans potentiel métastatique
 - C. Les fibromatoses mammaires sont hormonodépendantes
 - D. La reprise chirurgicale est indispensable
-



2. Fibromatose mammaire : quelle est la proposition fautive?

- A. Prolifération fibroblastique et myofibroblastique infiltrante
 - B. Risque de récurrence sans potentiel métastatique
 - C. Les fibromatoses mammaires sont hormonodépendantes**
 - D. La reprise chirurgicale est indispensable
-



3. Fibromatose mammaire : quelle est la proposition fautive?

- A. La fibromatose peut mimer un cancer sur la clinique et l'imagerie
 - B. Origine de la fibromatose : fascia musculaire ou fibroblastes du parenchyme mammaire
 - C. Fibromatose mammaire est une lésion fréquente
 - D. Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et rare chez l'enfant
-



3. Fibromatose mammaire : quelle est la proposition fautive?

- A. La fibromatose peut mimer un cancer sur la clinique et l'imagerie
 - B. Origine de la fibromatose : fascia musculaire ou fibroblastes du parenchyme mammaire
 - C. Fibromatose mammaire est une lésion fréquente**
 - D. Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et rare chez l'enfant
-



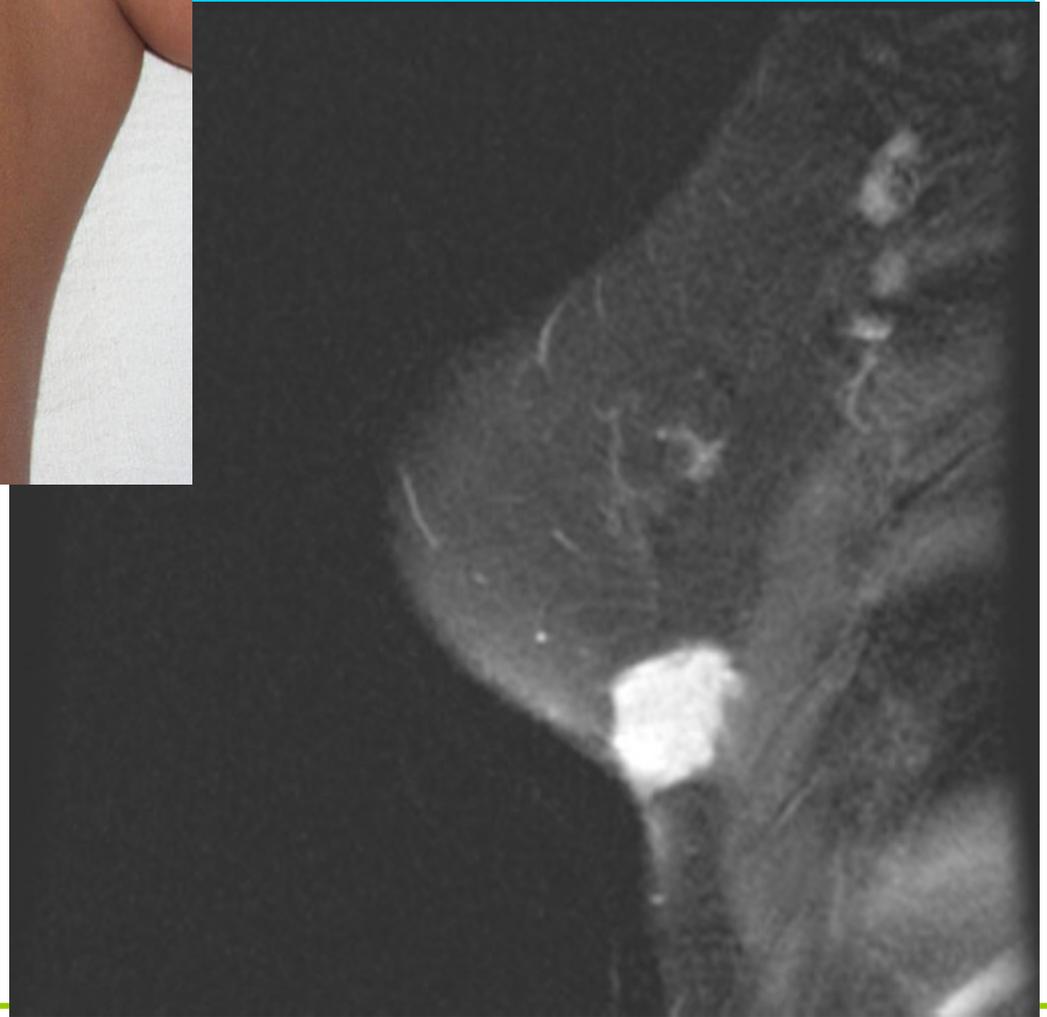
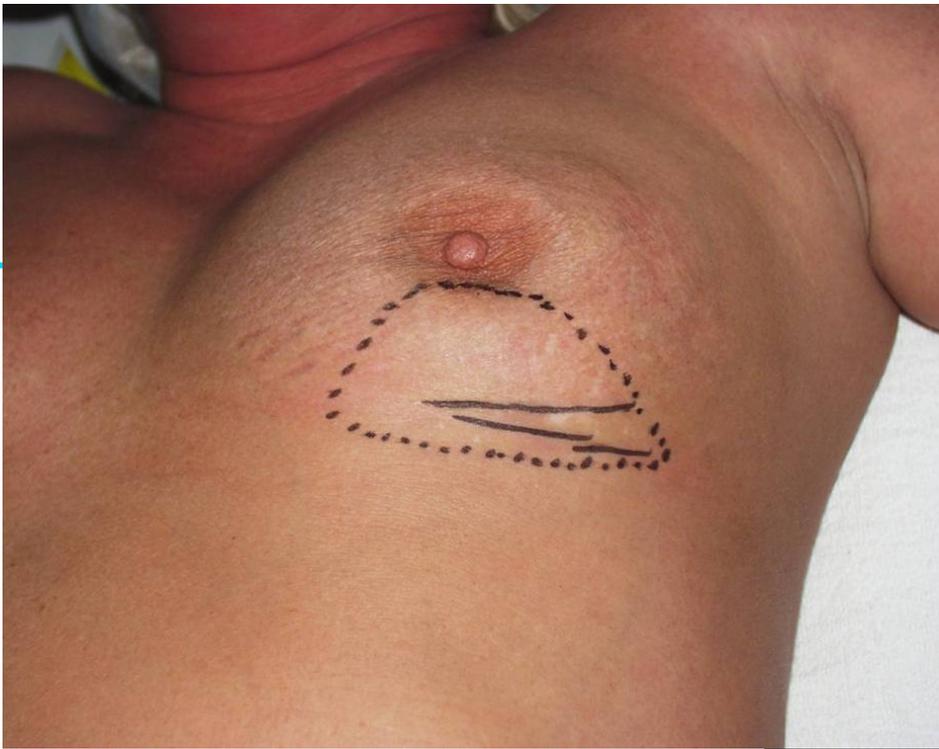
4. Traitement de la fibromatose quelle est la proposition fautive?

- A. Le risque de récurrence explique le caractère large de la chirurgie qui doit toujours consister en une exérèse avec marges saines.
 - B. Si les marges sont envahies, la reprise chirurgicale est indiquée.
 - C. Les berges négatives n'excluent pas la possibilité de récurrence dans 5 à 25% des cas, la plupart dans un délai de 3-6 ans après l'excision.
 - D. La surveillance locale est inutile après exérèse complète
-

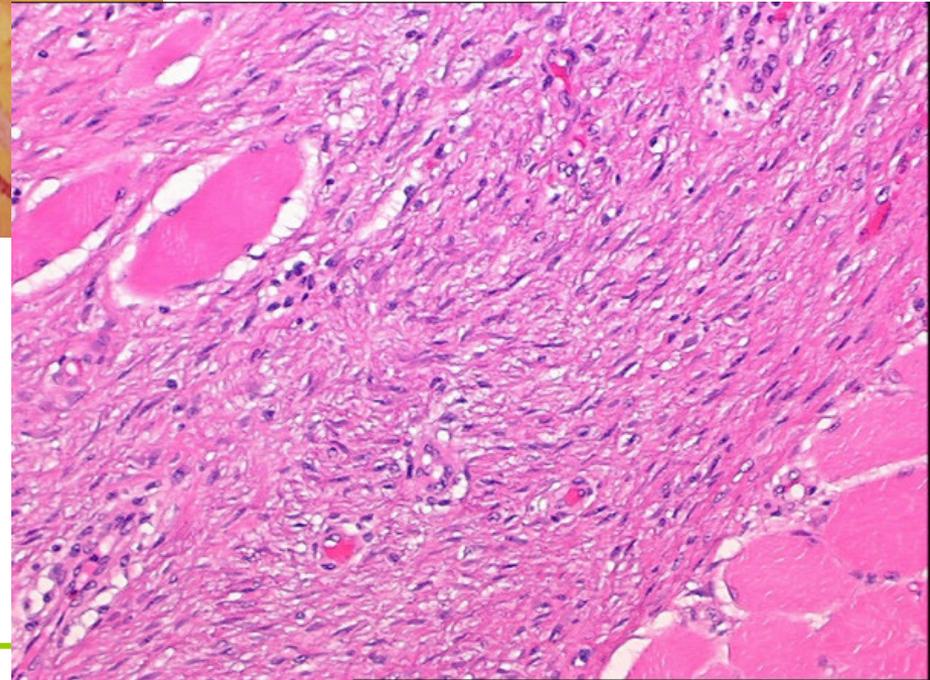
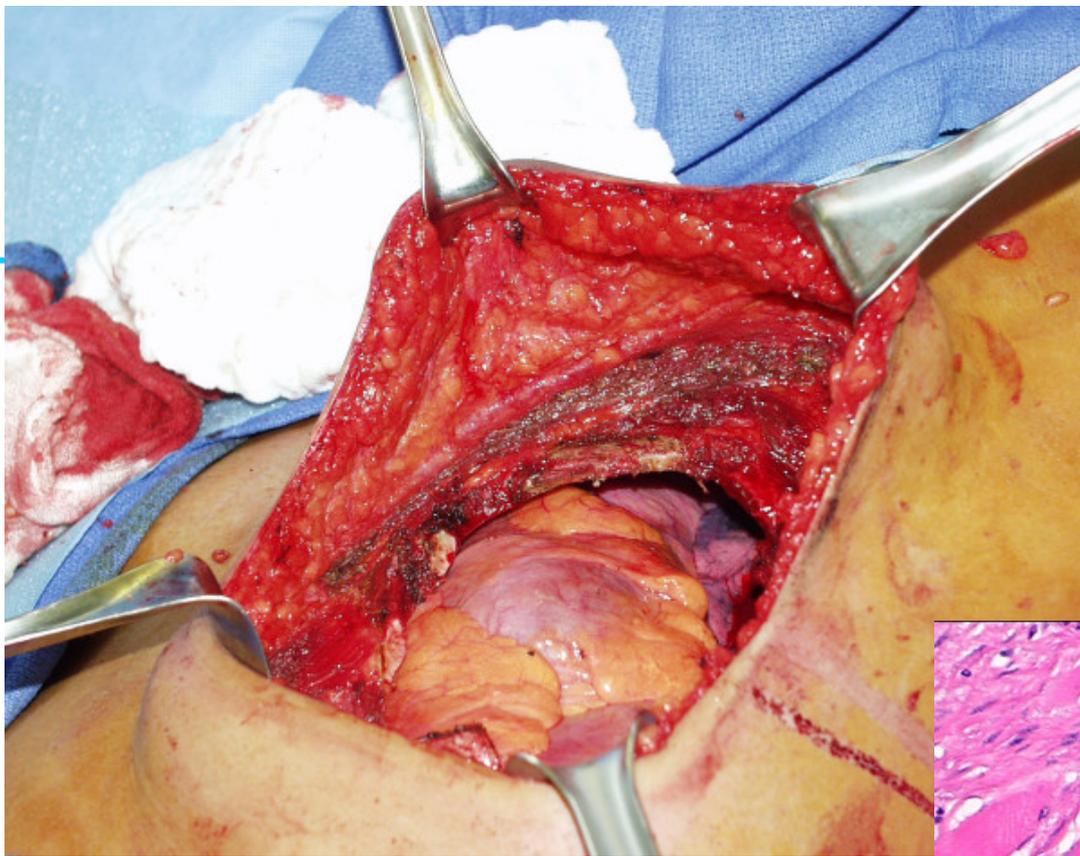


4. Traitement de la fibromatose quelle est la proposition fausse?

- A. Le risque de récurrence explique le caractère large de la chirurgie qui doit toujours consister en une exérèse avec marges saines.
 - B. Si les marges sont envahies, la reprise chirurgicale est indiquée.
 - C. Les berges négatives n'excluent pas la possibilité de récurrence dans 5 à 25% des cas, la plupart dans un délai de 3-6 ans après l'excision.
 - D. **La surveillance locale est inutile après exérèse complète**
-



Povoski SP, Marsh WL, Jr., Spigos DG, Abbas AE, Buchele BA. Management of a patient with multiple recurrences of fibromatosis (desmoid tumor) of the breast involving the chest wall musculature. World J Surg Oncol 2006;4:32.



Povoski SP, Marsh WL, Jr., Spigos DG, Abbas AE, Buchele BA. Management of a patient with multiple recurrences of fibromatosis (desmoid tumor) of the breast involving the chest wall musculature. *World J Surg Oncol* 2006;4:32.



Conclusion du cas clinique 1

- ❑ La localisation mammaire de la fibromatose extra-abdominale est rare.
 - ❑ Les signes cliniques et radiologiques qui lui sont associés laissent souvent suspecter un cancer infiltrant du sein.
 - ❑ L'exérèse chirurgicale avec marges saines constitue le principal traitement de cette lésion, dont l'évolution est dominée par le risque de récurrence locale.
 - ❑ L'examen morphologique de la pièce opératoire doit être complété par une étude IHC des cellules et la recherche de la mutation de la bêta-caténine, pour affirmer le diagnostic de certitude.
 - ❑ La surveillance locale est impérative après chirurgie.
-



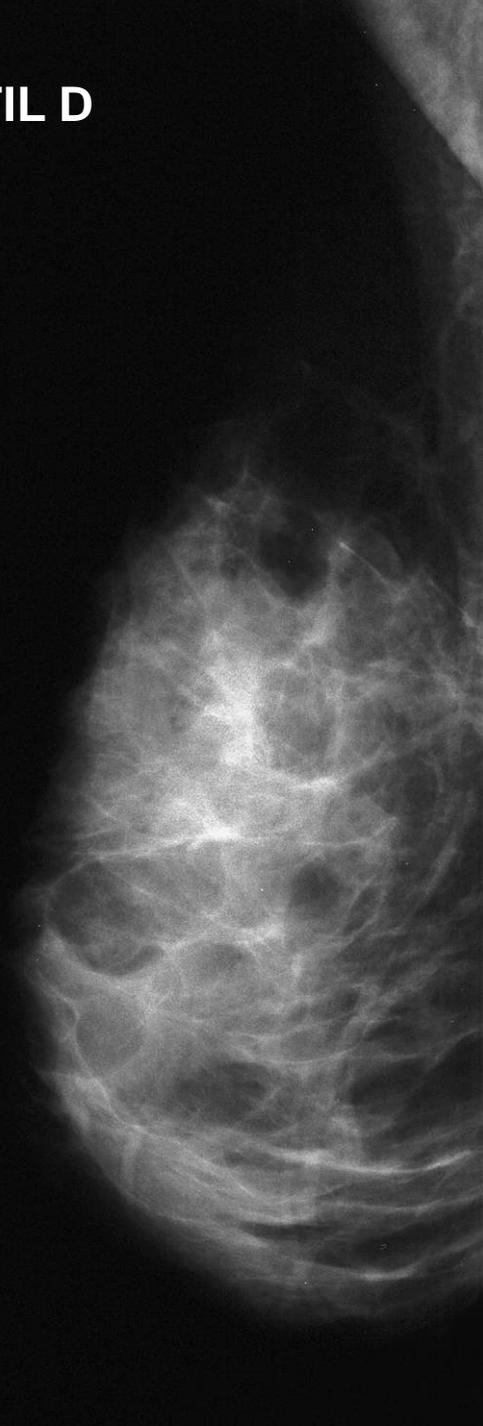
Cas clinique 2



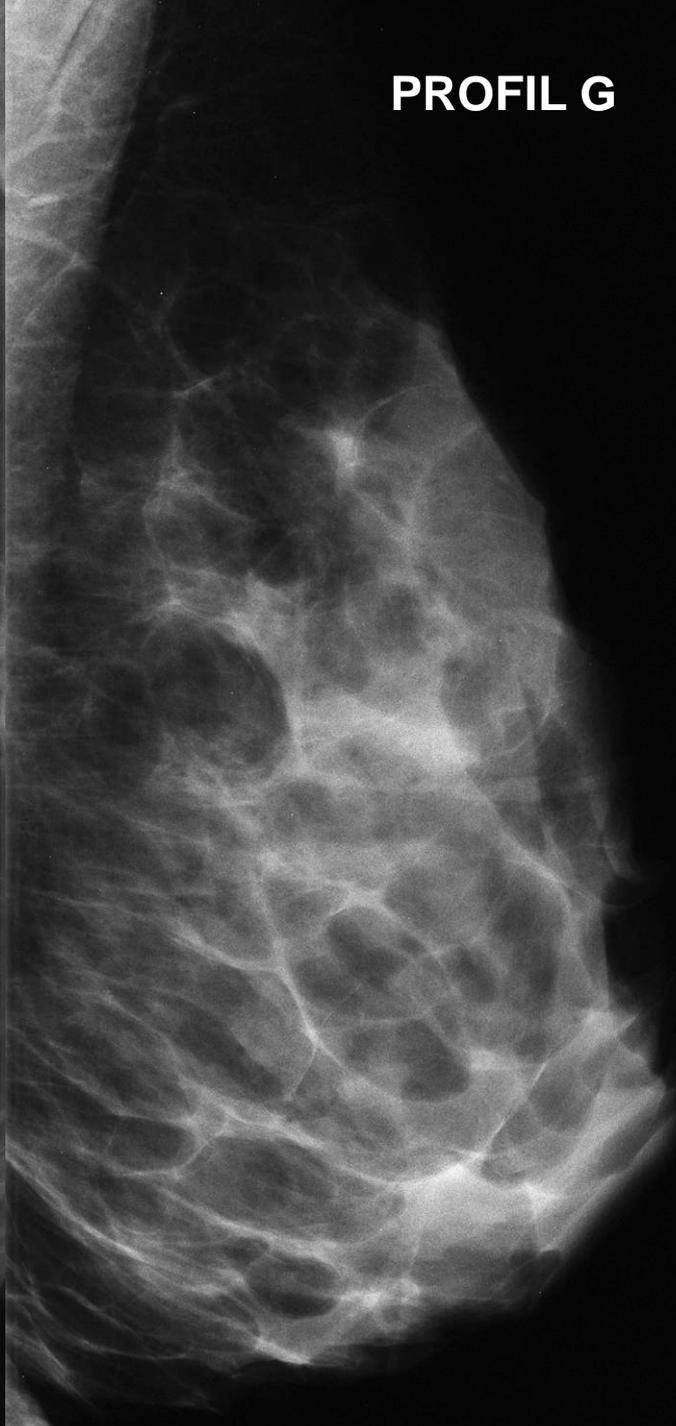
Présentation clinique

- ❑ Mme C. V., 37 ans, 56 kg, 1,68 m, nulligeste, a consulté pour l'apparition spontanée d'un nodule de 4 cm de diamètre du QSE du sein droit.
- ❑ Examen clinique : nodule induré, mal limité, indolore, sans rétraction cutanée en regard. Pas d'écoulement mamelonnaire et aires ganglionnaires :SP. Sein gauche sans anomalie mais de volume plus important que le droit (asymétrie constitutionnelle).
- ❑ Aucune pathologie familiale cancéreuse
- ❑ Antécédents :
 - DID mal équilibré (HbA1c à 10,6%), évoluant depuis 12 ans et traité par pompe à insuline externe depuis mars 2007.
 - Rétinopathie pan-photocoagulée, néphropathie insipiens (albuminurie des 24 heures : 143 mg) et ostéo-arthropathie des chevilles prédominant à droite (« pieds de Charcot »).
 - Ostéoporose sévère.

PROFIL D



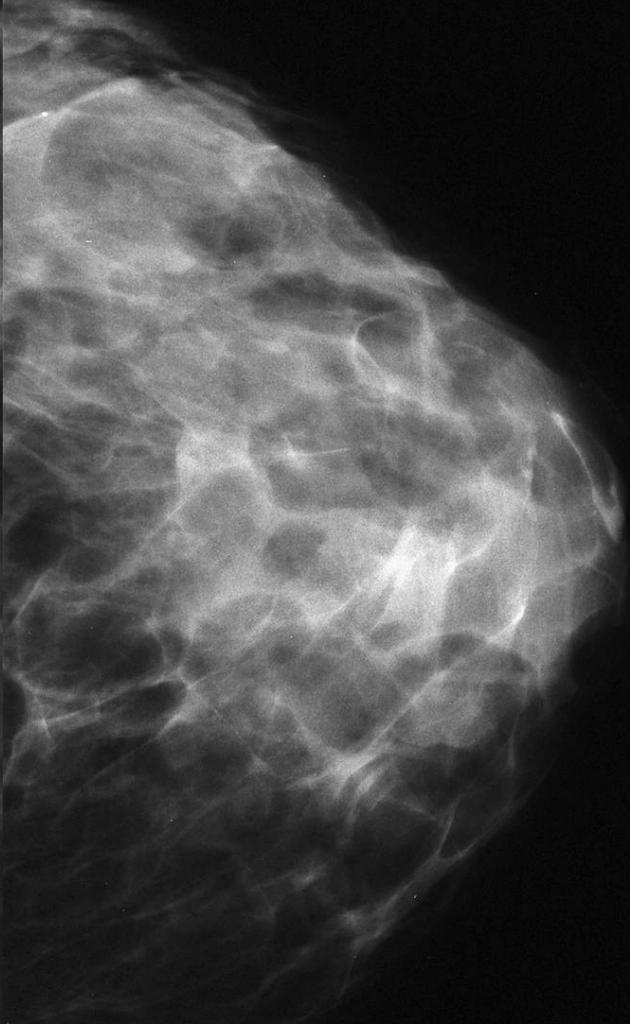
PROFIL G



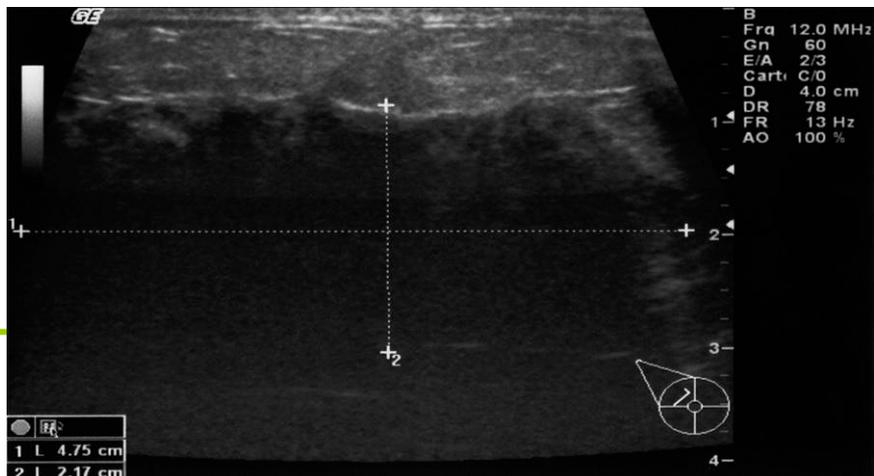
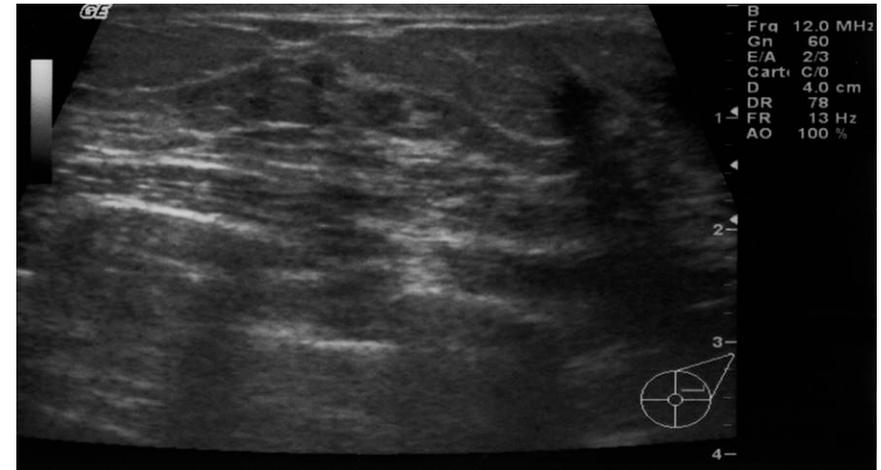
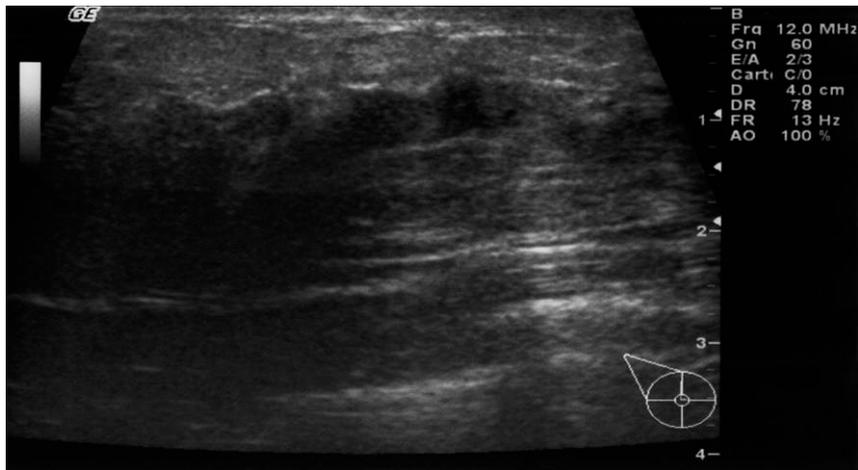
FACE D

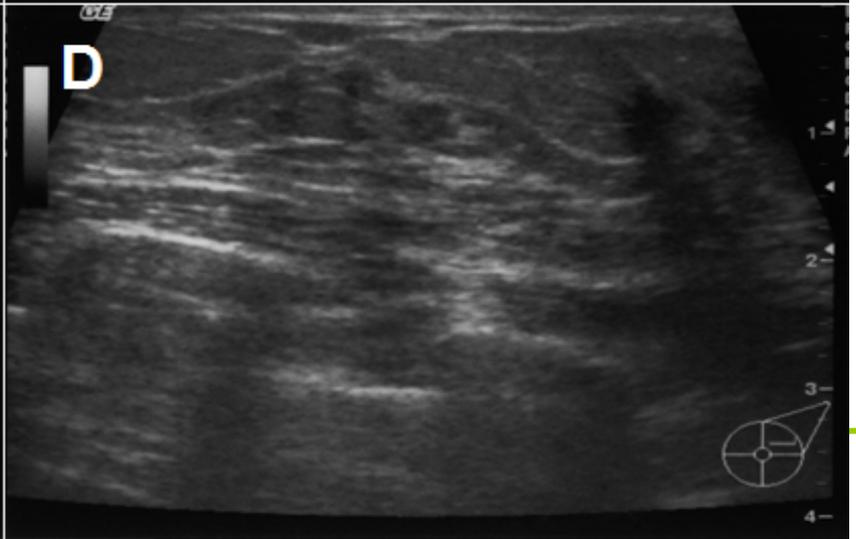
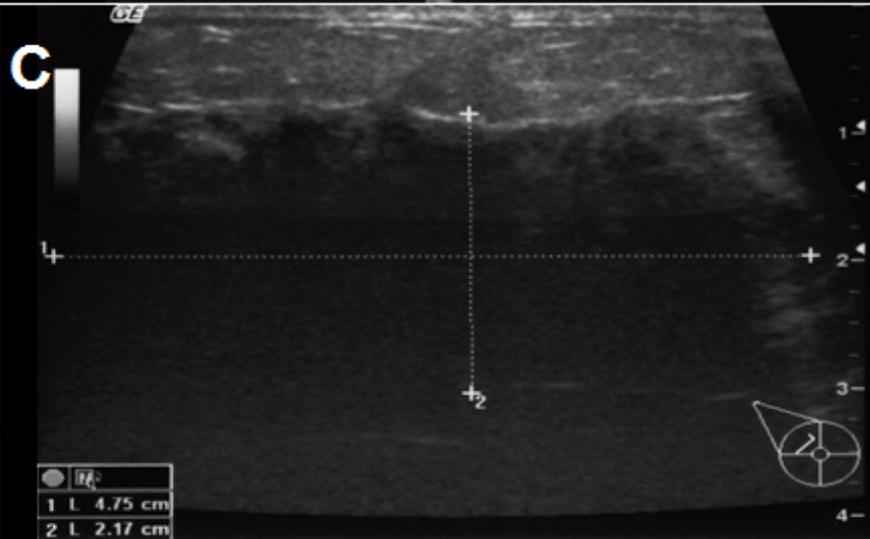
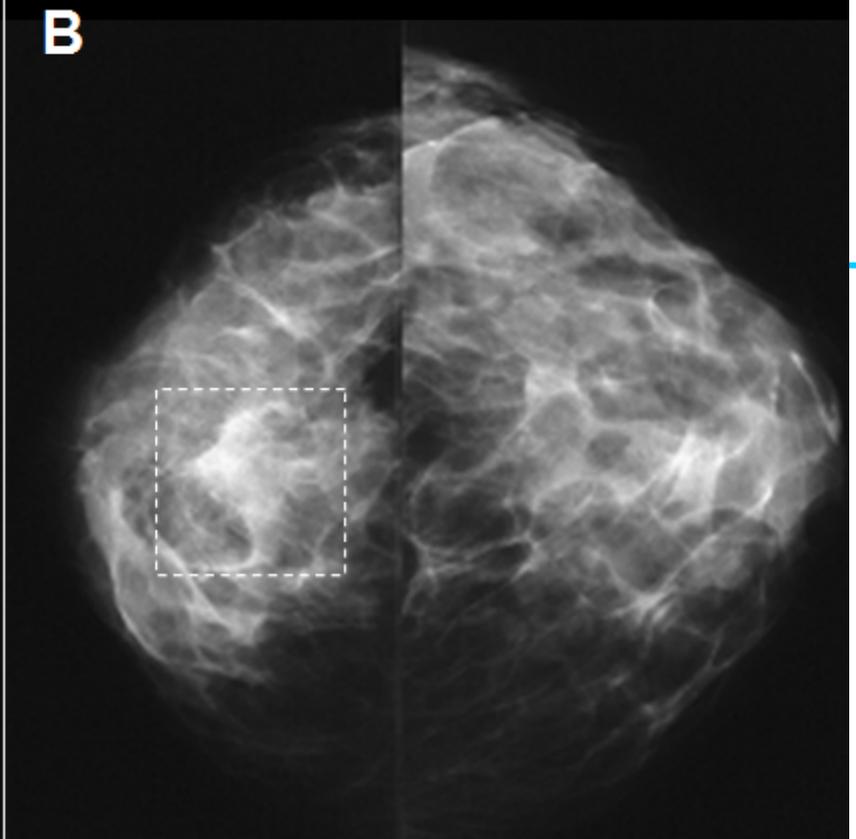
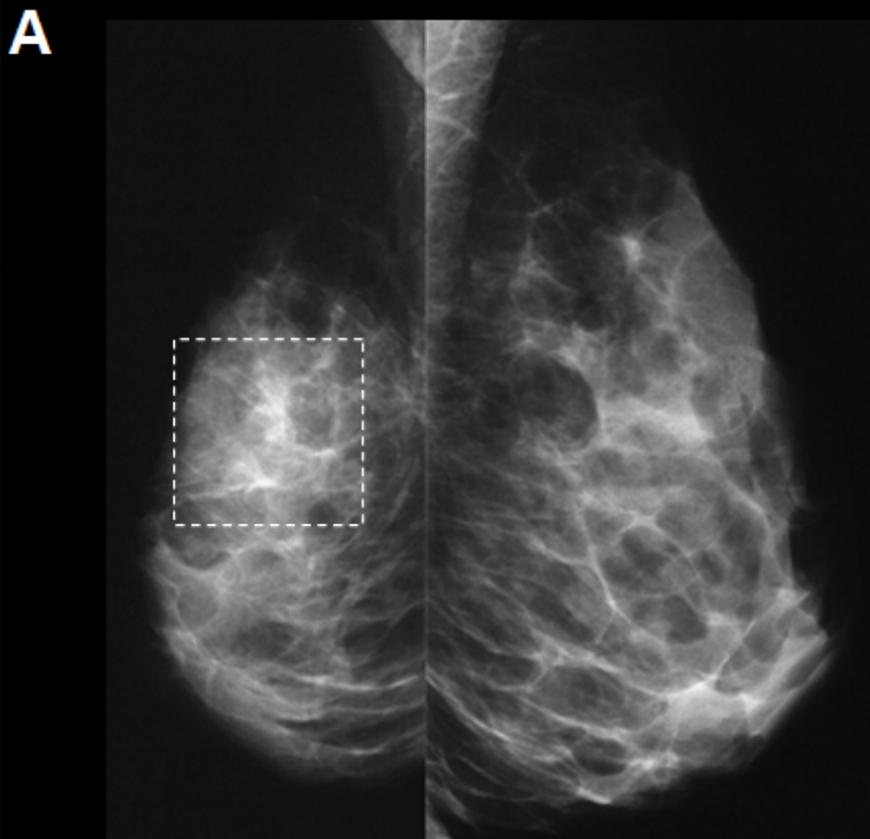


FACE G



Echographie



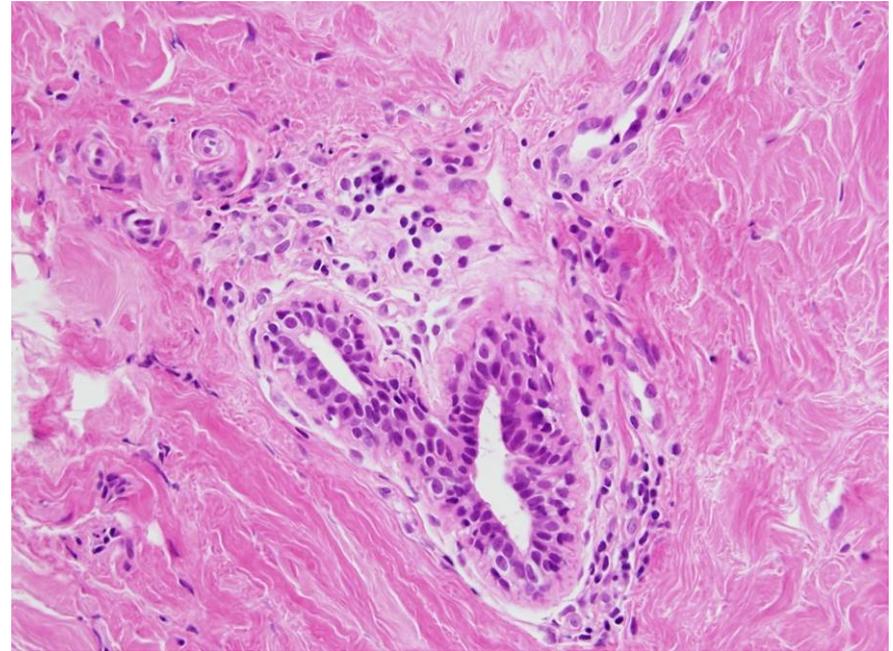
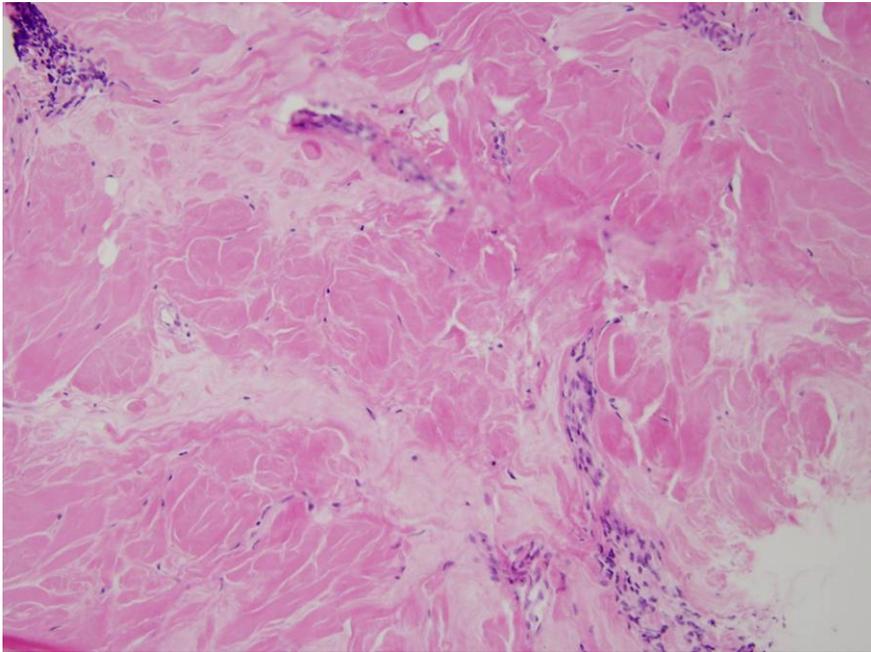




Diagnostic pré-opératoire

- Le bilan sénologique réalisé a retrouvé
 - Masse ACR4 en regard du nodule palpé.
 - Sur l'échographie : masse hypoéchogène, hétérogène à contours irréguliers de 4 cm x 2 cm de diamètre, accompagnée d'une ombre postérieure.
 - Microbiopsies préopératoires
-

Microbiopsie





Résultats histologiques

- Prolifération du tissu stromal
 - Fibrose chéloïde
 - Infiltrats lymphocytaires péri-lobulaires, péri-canalaire et péri-vasculaires
 - Fibroblastes dystrophiques d'aspect épithélioïde
-



1. Quelle est votre CAT?

- A. Abstention chirurgicale, équilibrage du diabète et contrôle dans 6 mois
 - B. Tumorectomie large et examen extemporané
 - C. Tumorectomie sans examen extemporané
 - D. Nouvelles microbiopsies
-



1. Quelle est votre CAT?

- A. **Abstention chirurgicale, équilibration du diabète et contrôle dans 6 mois**
 - B. Tumorectomie large et examen extemporané
 - C. Tumorectomie sans examen extemporané
 - D. Nouvelles microbiopsies
-



2. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fausse?

- A. Les MD touchent surtout les femmes avant la ménopause.
 - B. Quelques observations ont été faites chez l'homme.
 - C. Des maladies auto-immunes associées sont assez fréquentes.
 - D. Les MD surviennent le plus souvent dans les premiers mois qui suivent la découverte du DID.
-



2. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fausse?

- A. Les MD touchent surtout les femmes avant la ménopause.
 - B. Quelques observations ont été faites chez l'homme.
 - C. Des maladies auto-immunes associées sont assez fréquentes.
 - D. **Les MD surviennent le plus souvent dans les premiers mois qui suivent la découverte du DID.**
-



3. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fausse?

- A. La MD constitue un facteur de risque d'apparition ultérieure d'une lésion cancéreuse mammaire.
 - B. Les lésions sont volontiers bilatérales et récidivantes, les taux de récurrences allant de 60 à 80%.
 - C. La qualité de la cicatrisation après chirurgie mammaire n'est pas optimale chez les patientes diabétiques.
 - D. Les MD se rencontrent essentiellement lors de l'évolution d'un DID.
-



3. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fausse?

- A. La MD constitue un facteur de risque d'apparition ultérieure d'une lésion cancéreuse mammaire.**
 - B. Les lésions sont volontiers bilatérales et récidivantes, les taux de récurrences allant de 60 à 80%.
 - C. La qualité de la cicatrisation après chirurgie mammaire n'est pas optimale chez les patientes diabétiques.
 - D. Les MD se rencontrent essentiellement lors de l'évolution d'un DID.
-



4. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fautive?

- A. L'exérèse chirurgicale de la masse mammaire ne constitue pas le traitement de la MD, le facteur déclenchant étant l'hyperglycémie.
 - B. En cas de chirurgie, les récurrences ont généralement lieu dans le site d'exérèse de la tumeur initiale et affectent un territoire mammaire plus limité que celui qui était initialement concerné.
 - C. Le processus de cicatrisation lui-même semble être une condition stimulante pour la production accrue de collagène qui ne se dégrade pas ou mal sous l'effet de l'hyperglycémie du tissu conjonctif, expliquant la formation d'une nouvelle masse dans le lit tumoral.
 - D. C'est le diabète qu'il faut s'efforcer d'équilibrer afin de limiter la croissance de la masse mammaire ou sa bilatéralisation.
-



4. Mastopathie diabétique : quelle est la proposition fautive?

- A. L'exérèse chirurgicale de la masse mammaire ne constitue pas le traitement de la MD, le facteur déclenchant étant l'hyperglycémie.
 - B. En cas de chirurgie, les récurrences ont généralement lieu dans le site d'exérèse de la tumeur initiale et affectent un territoire mammaire plus limité que celui qui était initialement concerné.**
 - C. Le processus de cicatrisation lui-même semble être une condition stimulante pour la production accrue de collagène qui ne se dégrade pas ou mal sous l'effet de l'hyperglycémie du tissu conjonctif, expliquant la formation d'une nouvelle masse dans le lit tumoral.
 - D. C'est le diabète qu'il faut s'efforcer d'équilibrer afin de limiter la croissance de la masse mammaire ou sa bilatéralisation.
-

A éviter!





Conclusion du cas clinique 2

- La MD doit être considérée comme une entité anatomo-clinique, nécessitant une adéquation entre
 - L'anamnèse de la maladie diabétique
 - L'examen clinique et radiologique
 - Les données histologiques de la microbiopsie.
- Lorsqu'elle est diagnostiquée, elle doit conduire à
 - une abstention chirurgicale,
 - à l'optimisation de l'équilibre du diabète
 - à la planification d'une surveillance mammaire annuelle.
- La MD ne constituant pas un facteur de risque d'apparition ultérieure d'une lésion cancéreuse mammaire, le dialogue qui encadre l'annonce du diagnostic doit être très rassurant.



Cas clinique 3



Présentation clinique

- ❑ Mme S A âgée de 32 ans, sans antécédent particulier, vous consulte à la 31^e semaine d'aménorrhée (primigeste, nullipare) en raison de la survenue d'un nodule de croissance rapide du QII du sein droit
 - ❑ L' examen clinique que vous réalisez révèle à jour frisant une légère fossette cutanée et à la palpation un nodule arrondi de 3x4 cm de diamètre légèrement douloureux du QII du sein droit.
 - ❑ Il n'y a pas de signes inflammatoires. Les aires ganglionnaires retrouvent un ganglion axillaire mobile et non induré à droite.
-



1. Quelle est la proposition fautive?

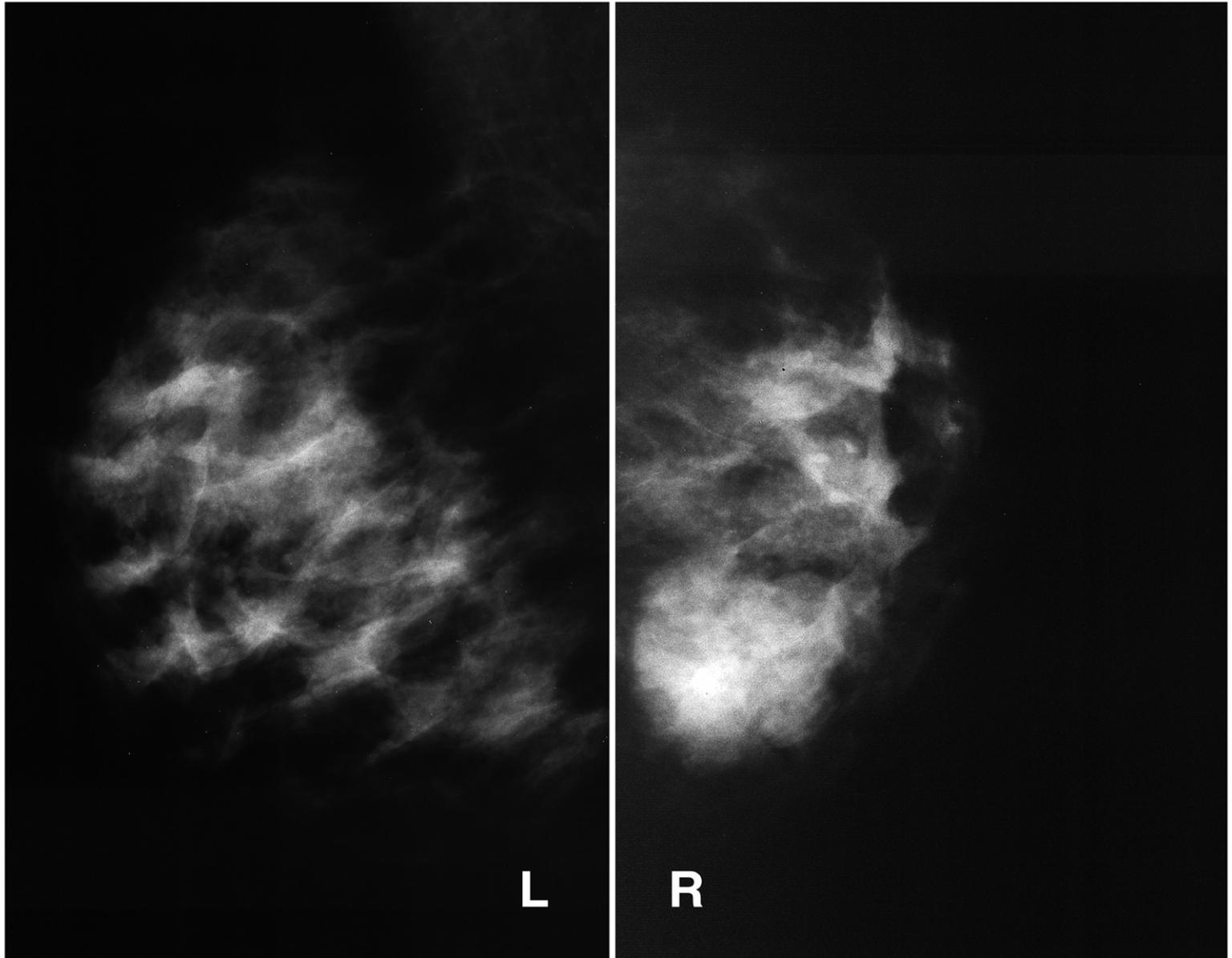
- A. Les mammographies (avec protection fœtale) peuvent être réalisées pendant la grossesse
 - B. Les mammographies peuvent être d'interprétation difficile en cours de grossesse
 - C. L'échographie mammaire est plus performante que la mammographie pendant la grossesse
 - D. Les microbiopsies sont contre-indiquées pendant la grossesse du fait de l'hypervascularisation de la glande mammaire
-



1. Quelle est la proposition fautive?

- A. Les mammographies (avec protection foetale) peuvent être réalisées pendant la grossesse
 - B. Les mammographies peuvent être d'interprétation difficile en cours de grossesse
 - C. L'échographie mammaire est plus performante que la mammographie pendant la grossesse
 - D. **Les microbiopsies sont contre-indiquées pendant la grossesse du fait de l'hypervascularisation de la glande mammaire**
-

Clichés de profil de la mammographie





La microbiopsie est en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR II à III, RH+, HER2 négatif.

2. Quelle est la proposition fausse?

- A. Information de la patiente sur les diverses modalités thérapeutiques avec participation du couple à la décision
 - B. Chirurgie première
 - C. La lymphadenectomie sentinelle est contre-indiquée du fait de la grossesse
 - D. Le curage axillaire des niveaux I et II de Berg expose à un risque de lymphoedème majoré en cours de grossesse
-



La microbiopsie est en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR II à III, RH+, HER2 négatif.

2. Quelle est la proposition fausse?

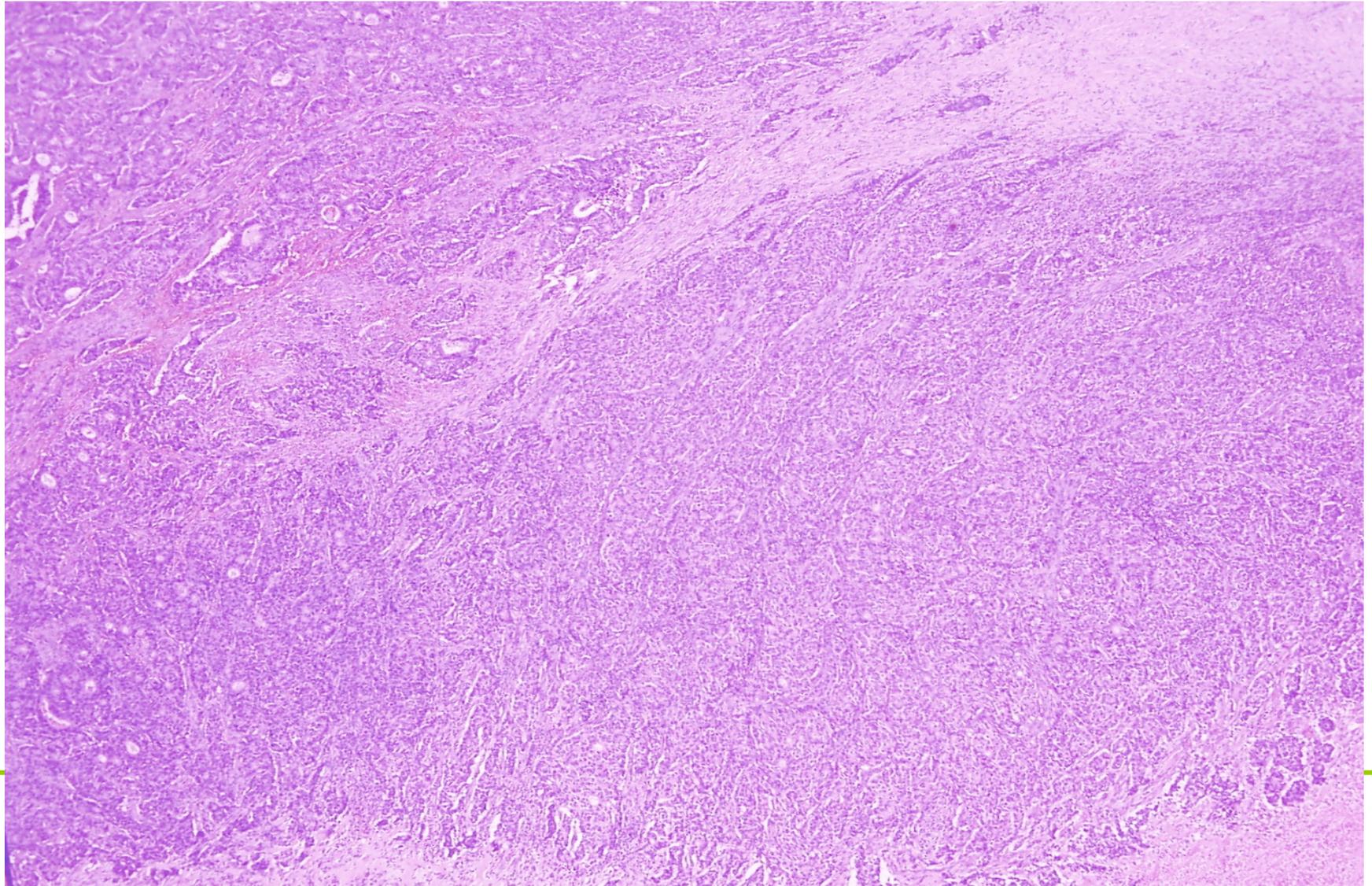
- A. Information de la patiente sur les diverses modalités thérapeutiques avec participation du couple à la décision
 - B. Chirurgie première
 - C. La lymphadenectomie sentinelle est contre-indiquée du fait de la grossesse
 - D. **Le curage axillaire des niveaux I et II de Berg expose à un risque de lympoedème majoré en cours de grossesse**
-



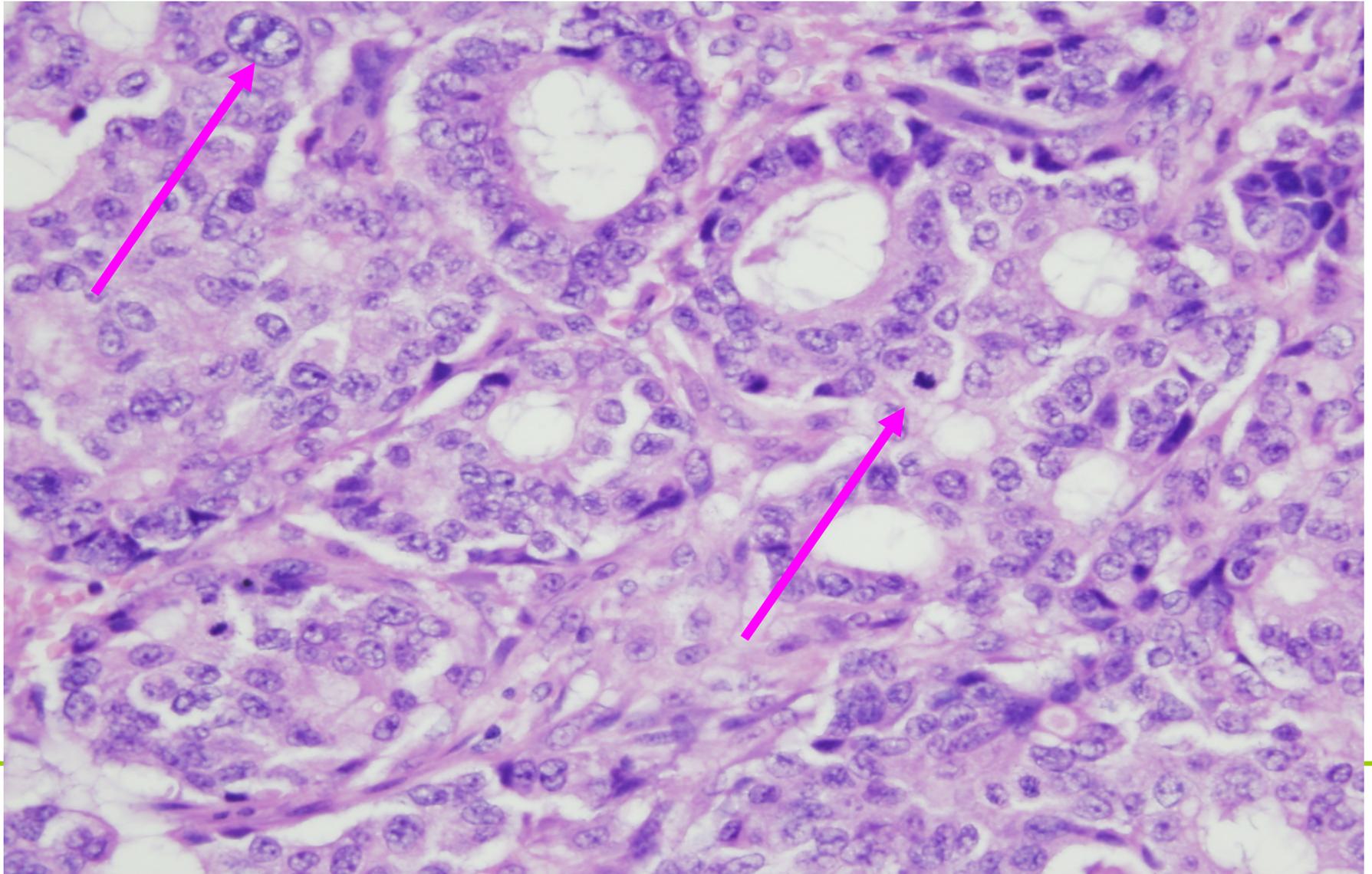
Résultats histologiques post-opératoires

- Carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III de 35 mm de diamètre
 - Les sections chirurgicales sont saines
 - N 0/11
 - RE ++ à +++ (60%) RP ++ à +++ (60%)
 - HER-2 : négative
- .
-

Carcinome canalaire infiltrant

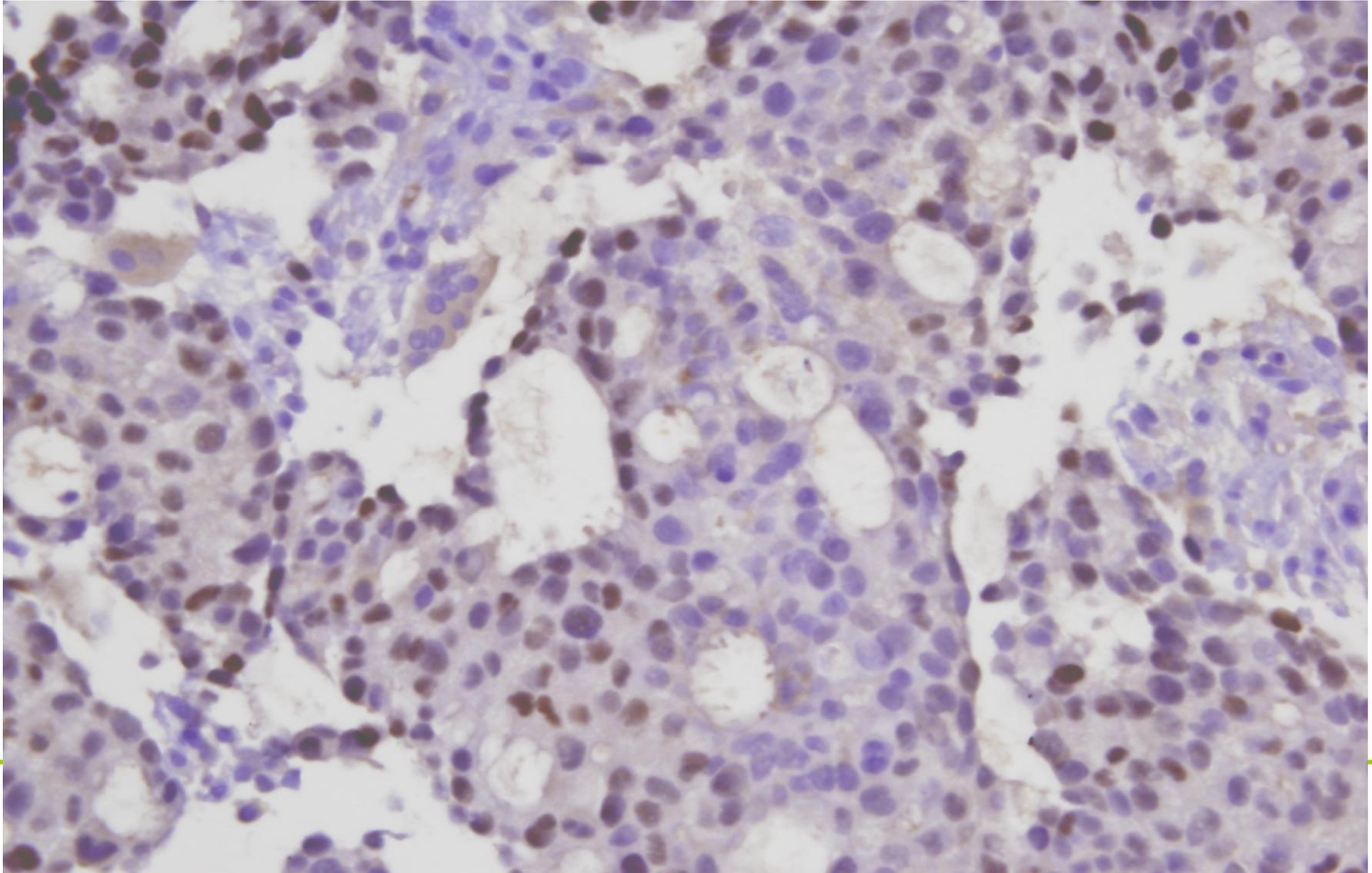


Grade III (SBRM:5/5)

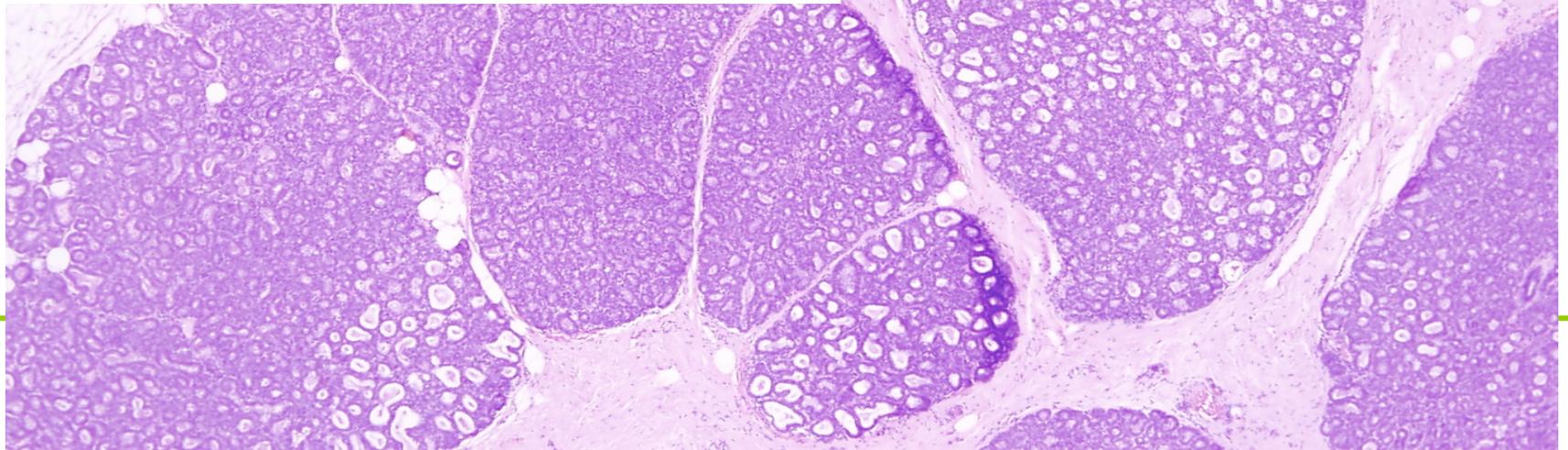
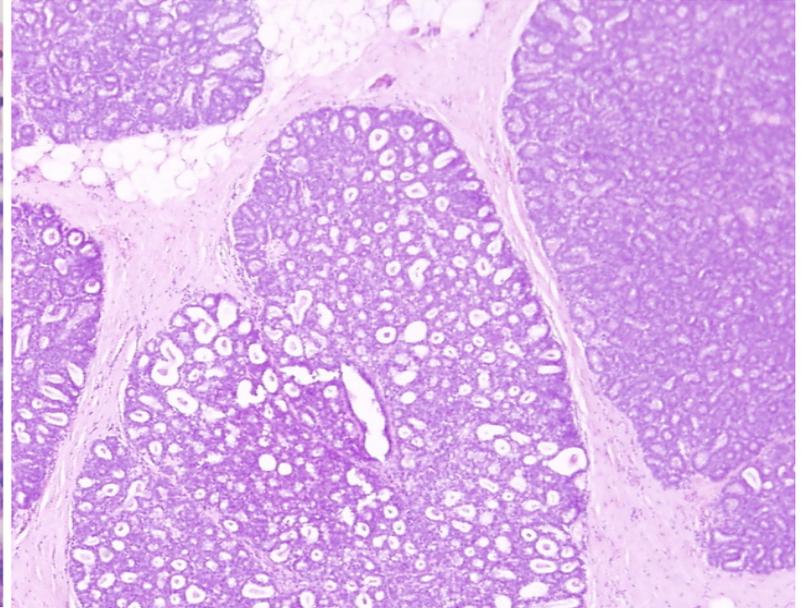
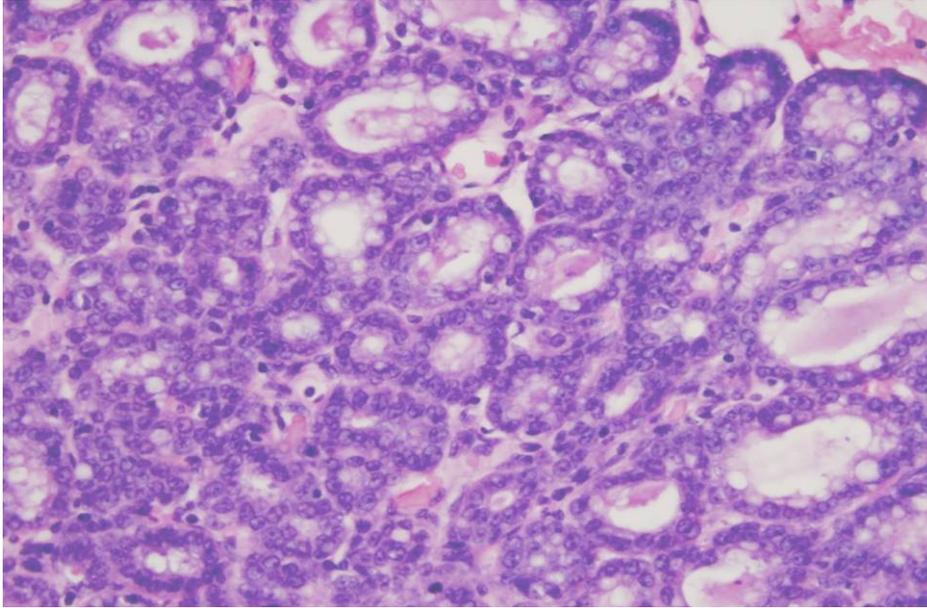




RE: ++/+++ 60%



Sein lactant





3. Traitements : quelle est la proposition fautive?

- A. La chimiothérapie est indiquée dans ce cas en cours de grossesse en raison du jeune âge de la patiente, du grade et de la taille tumorale
 - B. L'anticipation de la naissance est préconisée dès la maturité foetale
 - C. La radiothérapie locorégionale est contre-indiquée en cours de grossesse
 - D. Hormonothérapie (Tamoxifène) est possible à la fin de la grossesse car il n'y a plus de risque tératogène
-



3. Traitements : quelle est la proposition fautive?

- A. La chimiothérapie est indiquée dans ce cas en cours de grossesse en raison du jeune âge de la patiente, du grade et de la taille tumorale
 - B. L'anticipation de la naissance est préconisée dès la maturité foetale
 - C. La radiothérapie locorégionale est contre-indiquée en cours de grossesse
 - D. **Hormonothérapie (Tamoxifène) est possible à la fin de la grossesse car il n'y a plus de risque tératogène**
-



4. Métastases au cours de la grossesse : quelle est la proposition fausse?

- A. Les métastases placentaires sont décrites et le placenta doit être adressé en anatomie-pathologique
 - B. Les sites métastatiques des cancers mammaires survenant pendant la grossesse sont identiques à ceux observés en dehors de la gestation
 - C. La scintigraphie osseuse est possible au cours du 3^o trimestre de la grossesse.
 - D. On recommande une recherche systématique des métastases au cours de la grossesse.
-



4. Métastases au cours de la grossesse : quelle est la proposition fausse?

- A. Les métastases placentaires sont décrites et le placenta doit être adressé en anatomie-pathologique
 - B. Les sites métastatiques des cancers mammaires survenant pendant la grossesse sont identiques à ceux observés en dehors de la gestation
 - C. La scintigraphie osseuse est possible au cours du 3^o trimestre de la grossesse.
 - D. **On recommande une recherche systématique des métastases au cours de la grossesse.**
-



Points essentiels

- La probabilité d'un cancer du sein est estimée à 1 pour 3000 grossesses et cette association augmente actuellement.
 - L'âge moyen de survenue des cancers associés à la grossesse se situe entre 32 et 38 ans.
 - Un diagnostic précoce est le meilleur garant de l'allongement de la survie.
 - Celui-ci est possible si l'on n'omet pas d'examiner à chaque consultation prénatale les seins et les aires ganglionnaires même si les modifications gravidiques rendent cet examen moins performant.
-



Points essentiels

- Au moindre doute, il ne faut pas hésiter à prescrire les examens complémentaires au premier rang desquels il faut placer l'échographie et la microbiopsie .
 - L'association d'un cancer mammaire et d'une grossesse nécessite toujours une concertation au sein d'une équipe multidisciplinaire.
 - Les choix thérapeutiques doivent tenir compte à la fois du pronostic maternel, des risques iatrogènes pour l'enfant à naître et du choix le plus judicieux du terme pour "programmer" la naissance.
-



Chirurgie pendant la grossesse

- ❑ Le traitement chirurgical ne doit pas être différé.
 - ❑ Les indications de mastectomie sont conditionnées par la taille, la situation et la focalité de la tumeur.
 - ❑ Les tumorectomies sont réservées aux patientes pouvant bénéficier d'une irradiation locorégionale dans un délais raisonnable, après la naissance.
 - ❑ Les techniques chirurgicales sont inchangées et il faut rappeler la nécessité d'une bonne hémostase en raison de l'hypervascularisation du sein gravide.
-



Chirurgie pendant la grossesse

- ❑ La chirurgie des aires ganglionnaires axillaires relève des mêmes indications et s'effectue dans les mêmes conditions qu'en dehors de la gestation.
 - ❑ Lorsqu'une reconstruction mammaire immédiate est carcinologiquement possible, celle-ci doit être évitée pendant la grossesse, car le résultat esthétique n'est pas satisfaisant.
 - ❑ Le geste chirurgical est le plus souvent réalisé sous AG et les précautions anesthésiques habituelles doivent être respectées.
-



Cas clinique 4



- ❑ Patiente de 33 ans sous contraception orale
- ❑ Pas de cancer du sein dans sa famille
- ❑ Consulte pour des douleurs
 - à type de tiraillements intermittents
 - prédominant dans les QSE des deux seins
 - augmentant en période prémenstruelle et s'étendant à tout le sein
- ❑ Sent un nodule à l'UQS du sein droit depuis peu de temps



1. Quels examens préconisez vous?

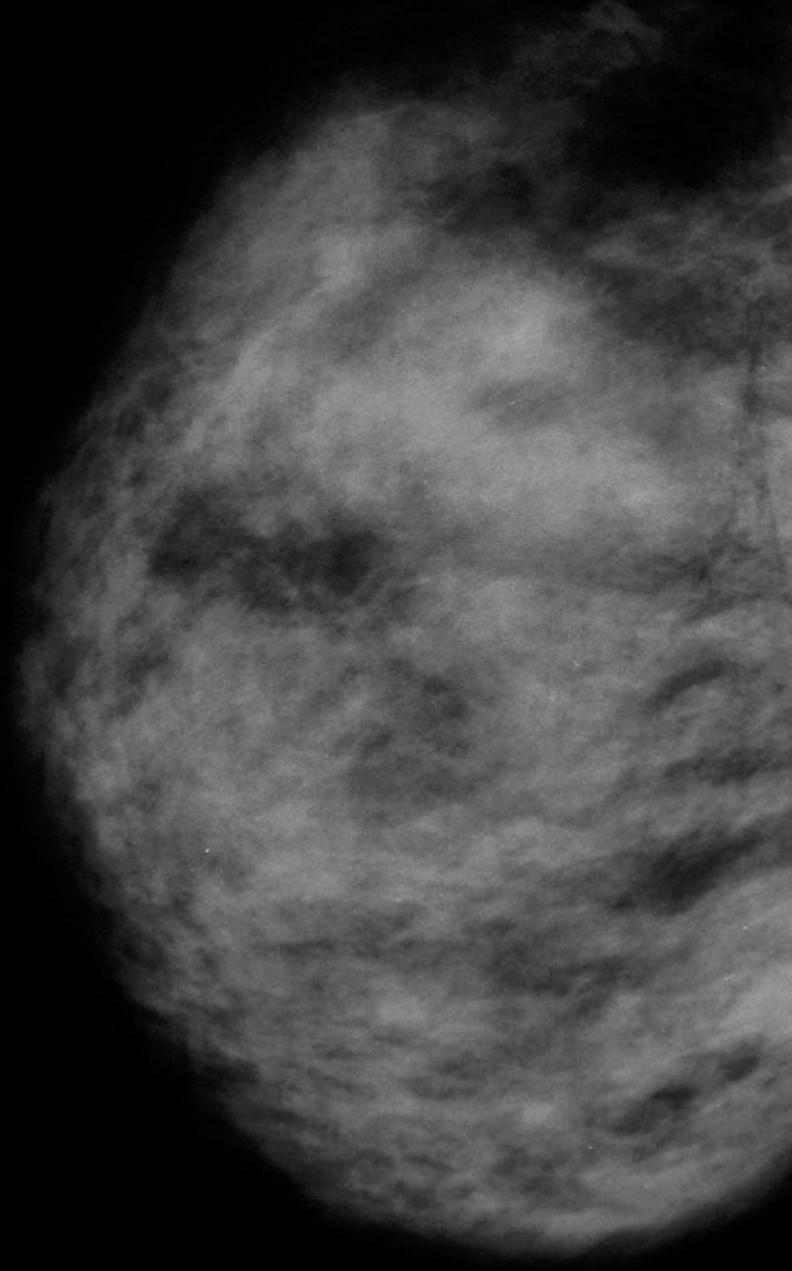
- A. Un examen clinique et vous renvoyez la patiente s'il est normal
 - B. Une échographie mammaire
 - C. Un examen clinique, une mammographie et éventuellement une échographie
 - D. Une mammographie
-



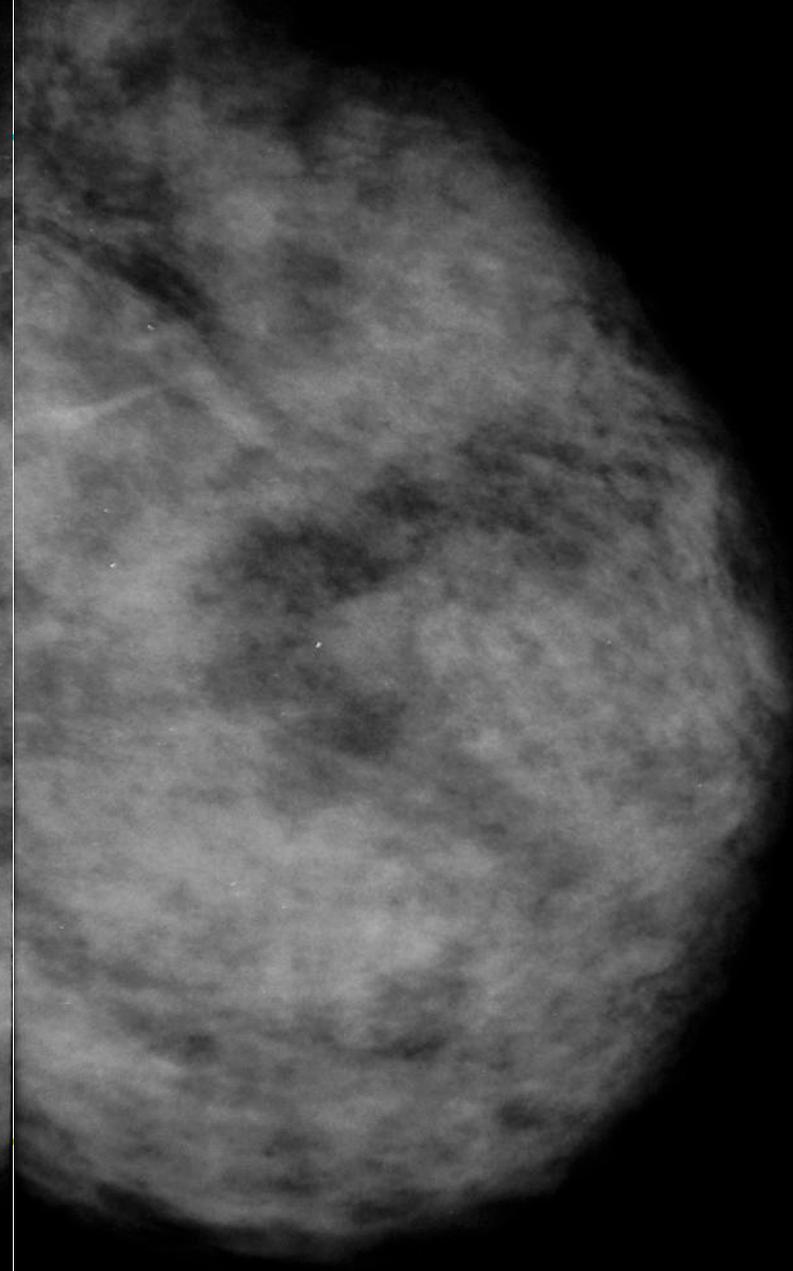
1. Quels examens préconisez vous?

- A. Un examen clinique et vous renvoyez la patiente s'il est normal
 - B. Une échographie mammaire
 - C. **Un examen clinique, une mammographie et éventuellement une échographie**
 - D. Une mammographie
-

Profil droit



Profil G





2. Comment interprétez vous cette mammographie?

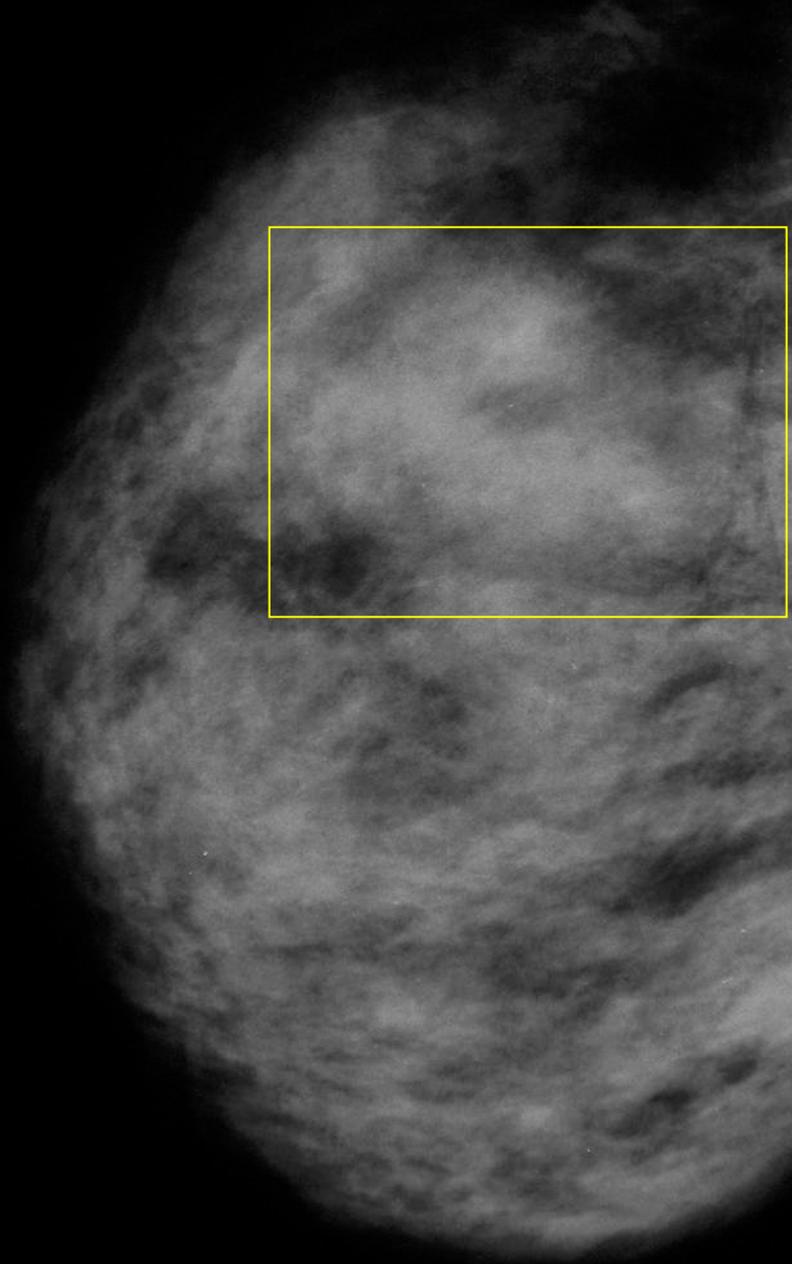
- A. Bi Rads 4, ACR 2
 - B. Bi Rads 3 , ACR 2
 - C. Bi Rads 3 avec une masse supérieure droite régulière et quelques microcalcifications bénignes (ACR4)
 - D. Bi Rads 3, seins très dense avec quelques microcalcifications bénignes
-



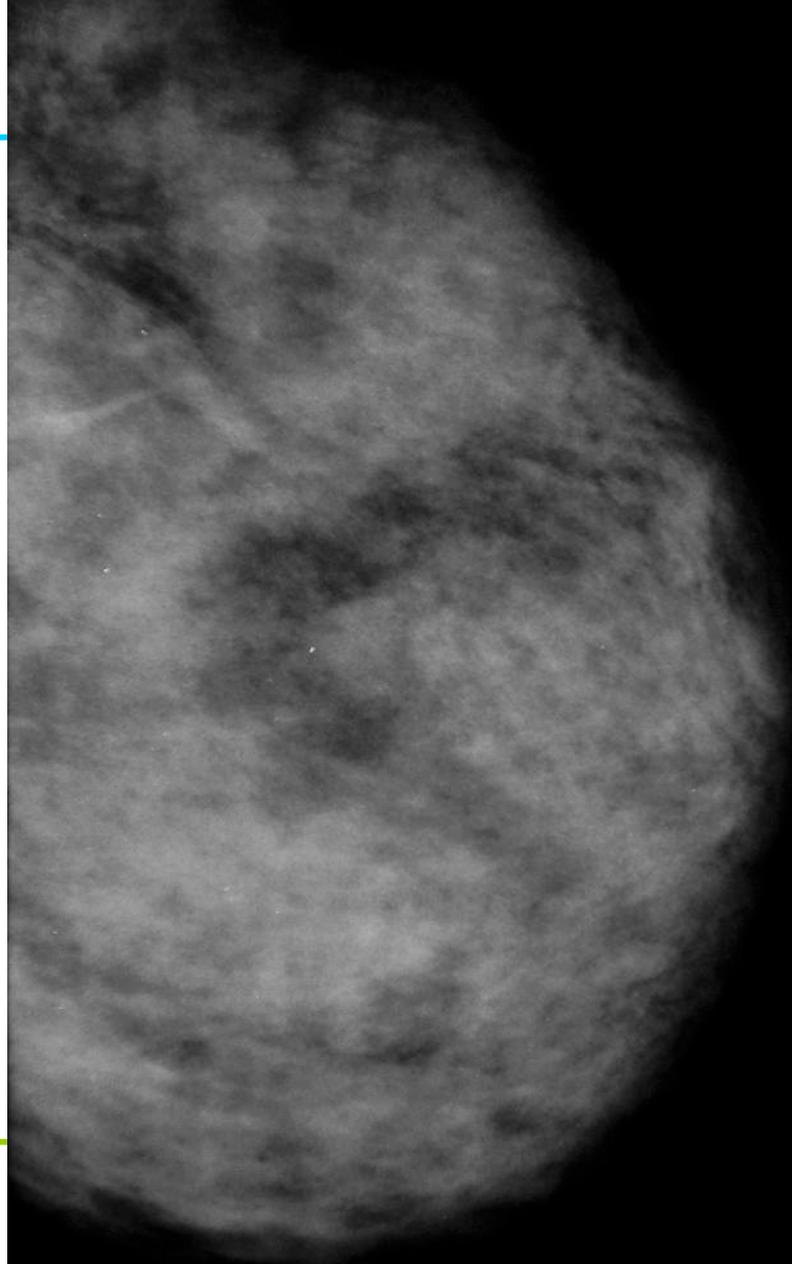
2. Comment interprétez vous cette mammographie?

- A. Bi Rads 4, ACR 2
 - B. Bi Rads 3 , ACR 2
 - C. Bi Rads 3 avec une masse supérieure droite régulière et quelques microcalcifications bénignes (ACR4)**
 - D. Bi Rads 3, seins très dense avec quelques microcalcifications bénignes
-

Profil droit



Profil G



GE



● 
1 L 3.22 cm



3. Que faites vous à présent?

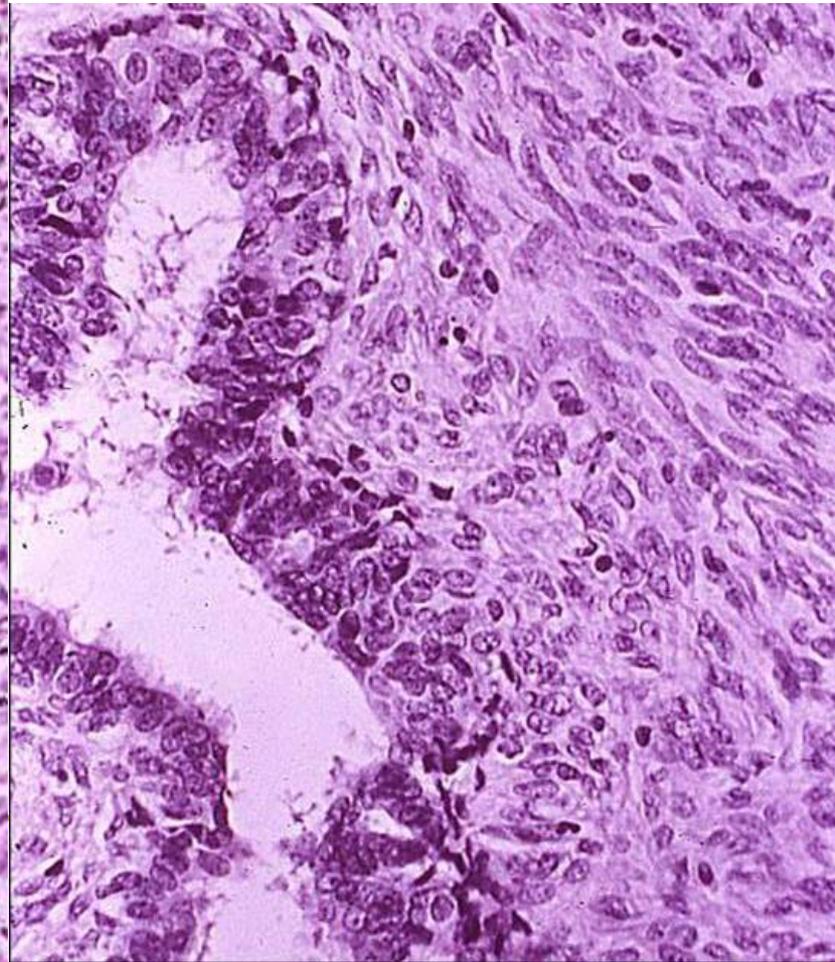
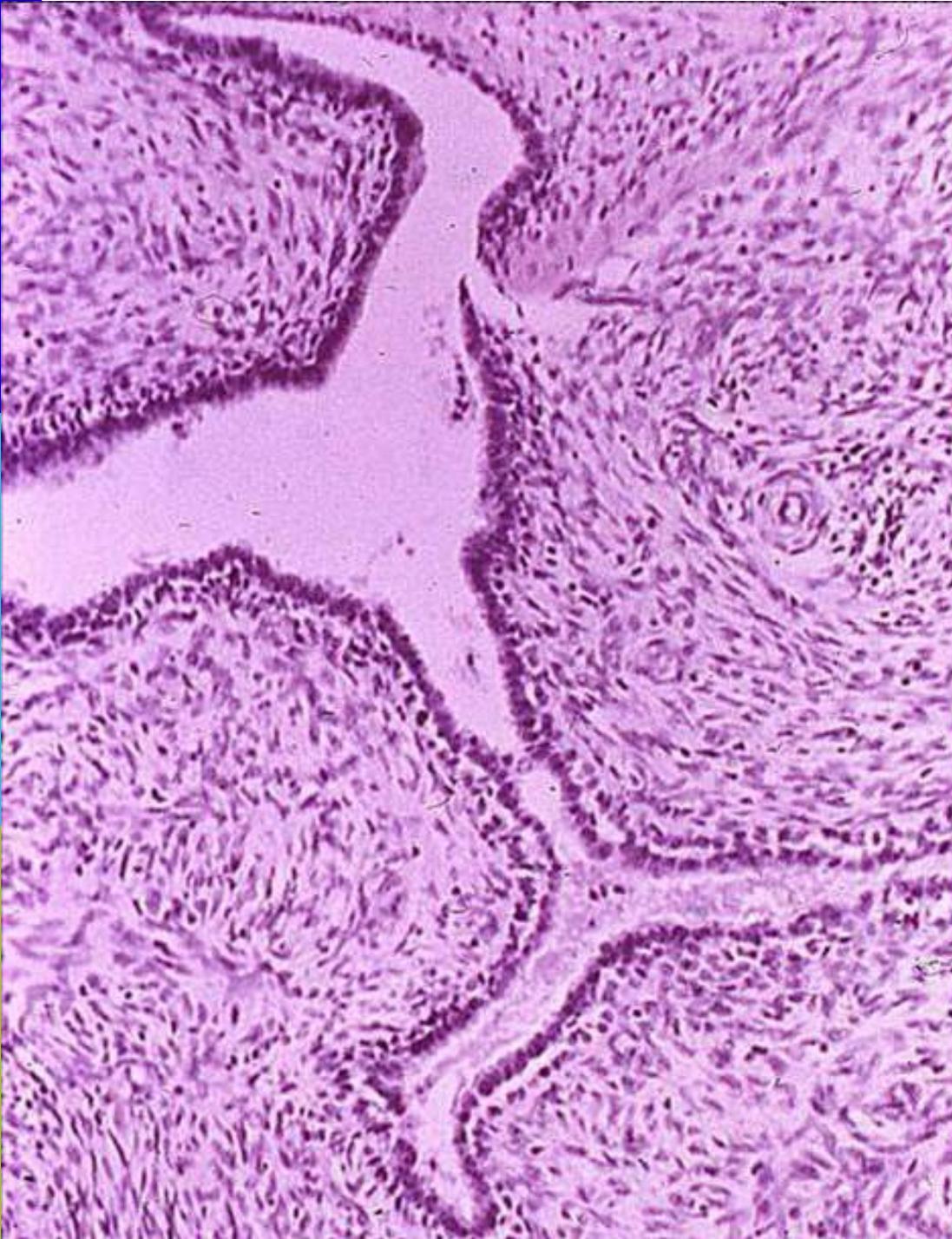
- A. Les images radio et échographique correspondent au nodule décrit dans la région supérieure, je pense qu'il s'agit d'un fibroadénome et je m'arrête là .
 - B. Je complète le bilan en faisant des microbiopsies de ce nodule supérieur droit.
 - C. J'explique à la patiente les raisons de ses douleurs et lui dit que de toutes façons il faudra enlever le nodule et que la microbiopsie n'est pas nécessaire
 - D. Je renvoie la patiente et lui dit que j'adresserai les résultats à son médecin.
-



3. Que faites vous à présent?

- A. Les images radio et échographique correspondent au nodule décrit dans la région supérieure, je pense qu'il s'agit d'un fibroadénome et je m'arrête là .
 - B. Je complète le bilan en faisant des microbiopsies de ce nodule supérieur droit.**
 - C. J'explique à la patiente les raisons de ses douleurs et lui dit que de toutes façons il faudra enlever le nodule et que la microbiopsie n'est pas nécessaire
 - D. Je renvoie la patiente et lui dit que j'adresserai les résultats à son médecin.
-

Microbiopsie





4. Quelle est votre attitude thérapeutique?

- A. Enucléation du nodule
 - B. Exérèse du nodule avec collerette de sécurité
 - C. Abstention thérapeutique
 - D. Mammectomie simple
-

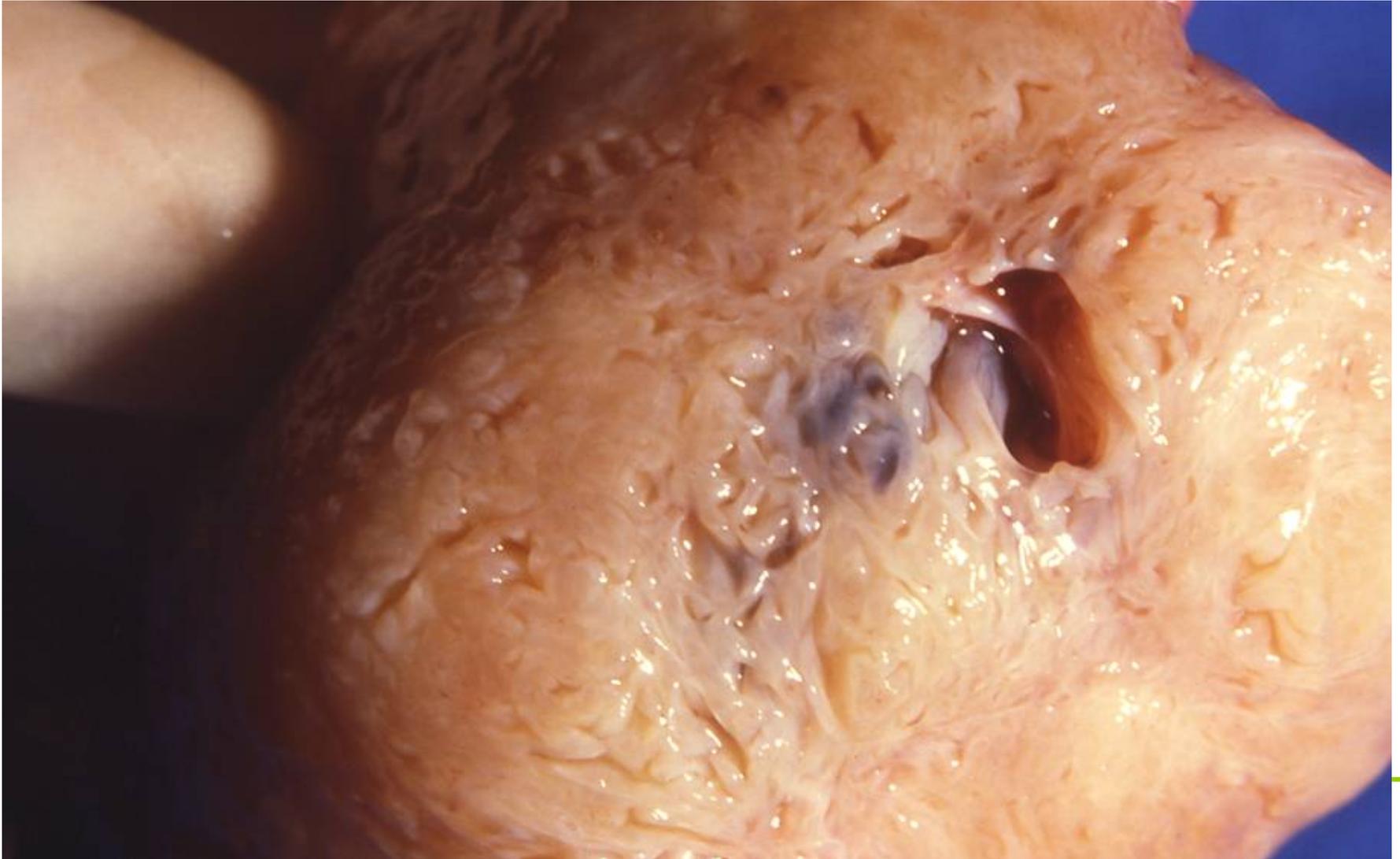


4. Quelle est votre attitude thérapeutique?

- A. Enucléation du nodule
 - B. Exérèse du nodule avec collerette de sécurité**
 - C. Abstention thérapeutique
 - D. Mammectomie simple
-

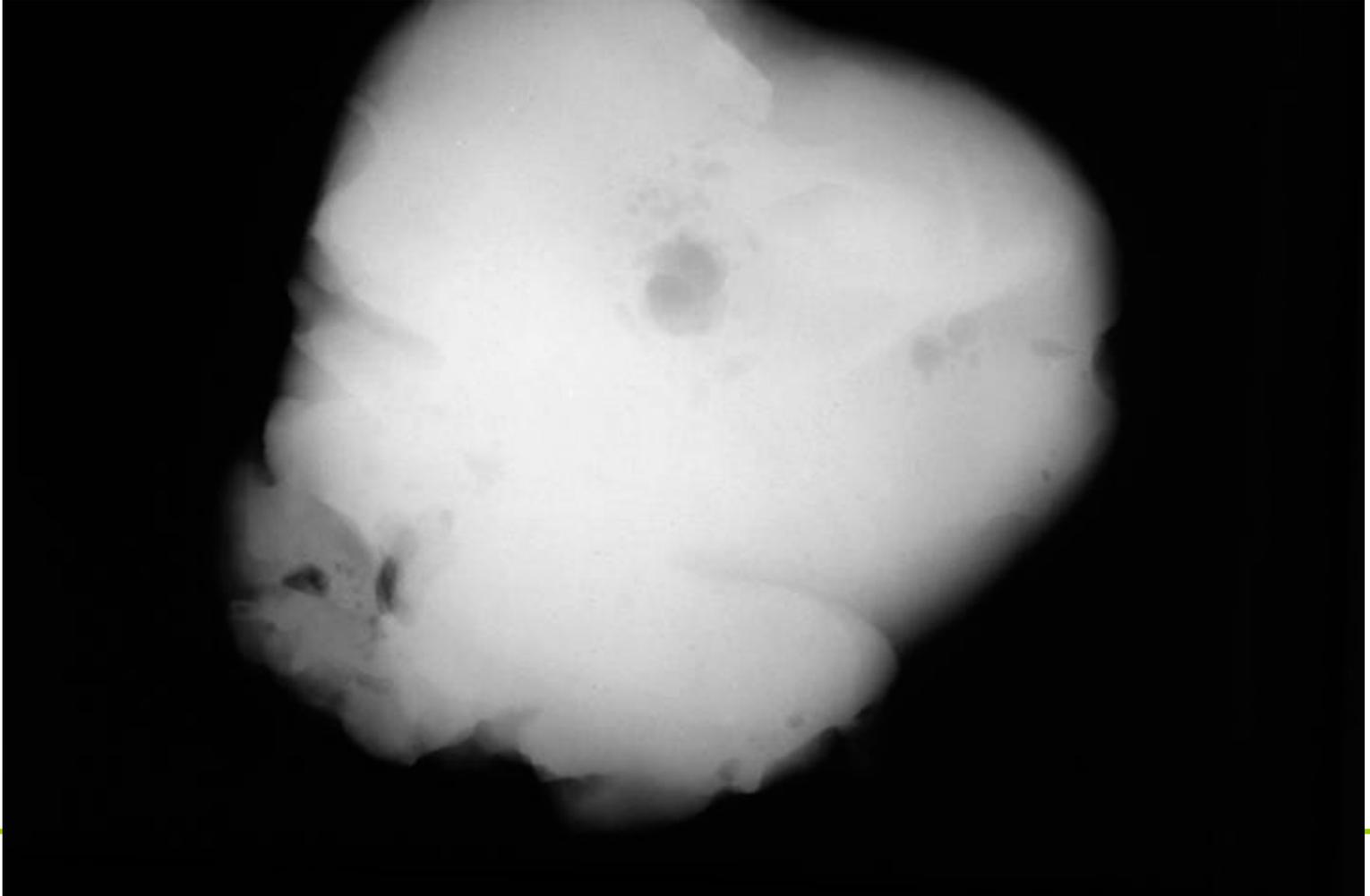


Voici la macroscopie de la pièce opératoire





Voici la radiographie de la pièce opératoire





5. Décrivez la pièce opératoire

- A. Son aspect foliacé est typique d'un fibroadénome
 - B. Les cavités centrales sont typiques d'un sarcome
 - C. La pièce ne comporte pas de tissu péri lésionnel témoignant de son énucléation
 - D. Elle est typique d'une lésion cancéreuse
-



5. Décrivez la pièce opératoire

- A. Son aspect foliacé est typique d'un fibroadénome
 - B. Les cavités centrales sont typiques d'un sarcome
 - C. La pièce ne comporte pas de tissu péri lésionnel témoignant de son énucléation**
 - D. Elle est typique d'une lésion cancéreuse
-



Tumeur Phyllode : synthèse

- ❑ Il s'agit d'une tumeur arrondie, rare, indolore, bosselée ou polylobée, mobile, unique le plus souvent.
 - ❑ Les modifications cutanées et celles de la plaque aréolo-mammelonnaire n'apparaissent que lorsque la taille de la tumeur phyllode est très importante ou son siège superficiel.
 - ❑ Les tumeurs phyllodes sont beaucoup plus rares que les fibroadénomes.
 - ❑ Elles surviennent à tout âge mais plus volontiers dans la deuxième moitié de la vie de reproduction, alors que les fibroadénomes s'observent plutôt entre 20 et 30 ans.
 - ❑ La taille des tumeurs phyllodes est plus importante que celle des fibroadénomes et leur vitesse de croissance plus élevée.
 - ❑ La bilatéralité est exceptionnelle à la différence des fibroadénomes.
-



Tumeur phyllode : synthèse

- ❑ On définit trois grades de tumeurs phyllodes:
 - 1 : bénigne
 - 2 : frontière ou borderline ou à malignité atténuée
 - 3 : maligne ou sarcome phyllode
 - ❑ Les tumeurs phyllodes doivent être systématiquement opérées (exérèse avec marge de sécurité)
 - ❑ Elles peuvent récidiver
 - ❑ Les patientes doivent être suivies à l'issue de la chirurgie
-



Cas clinique 5



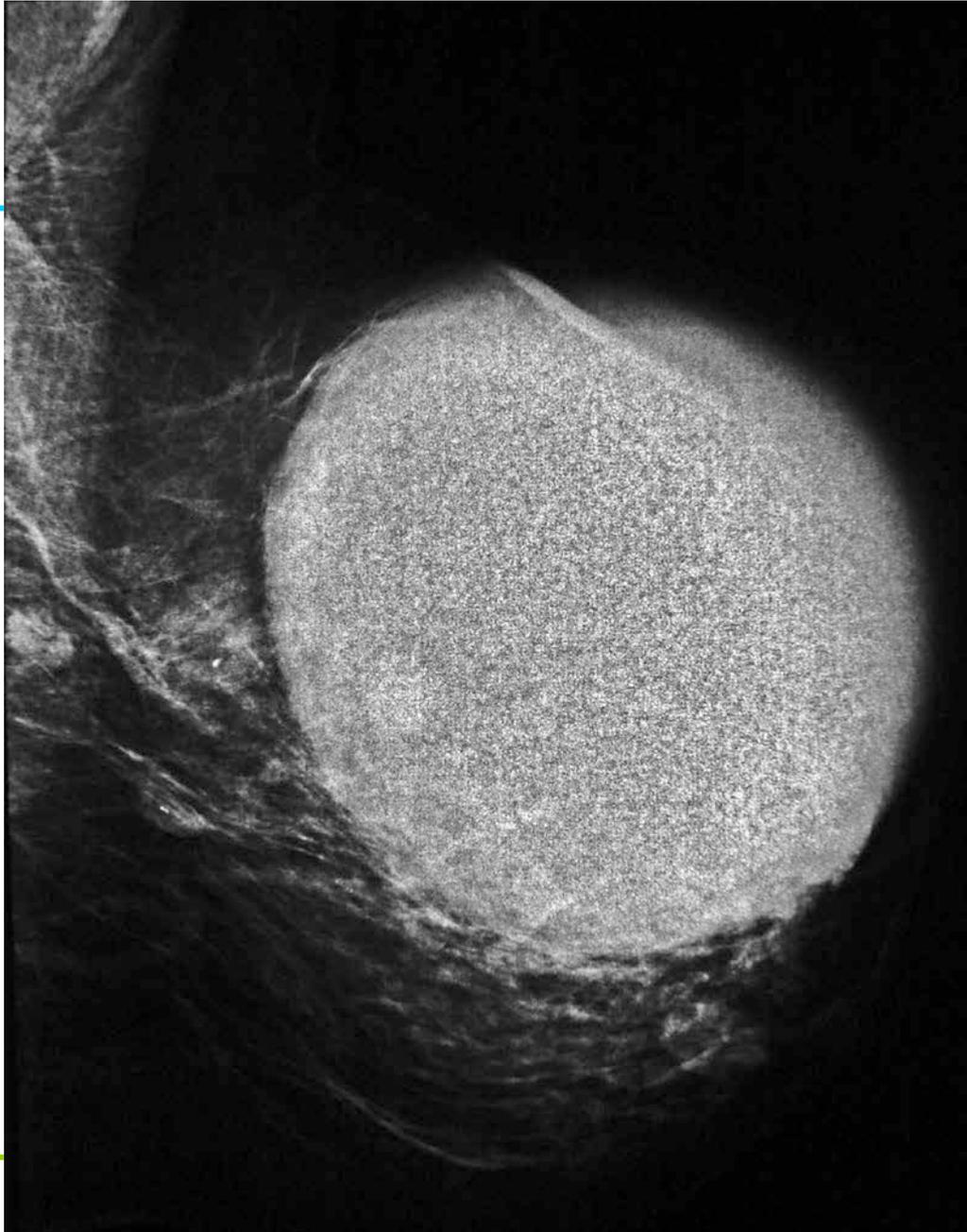
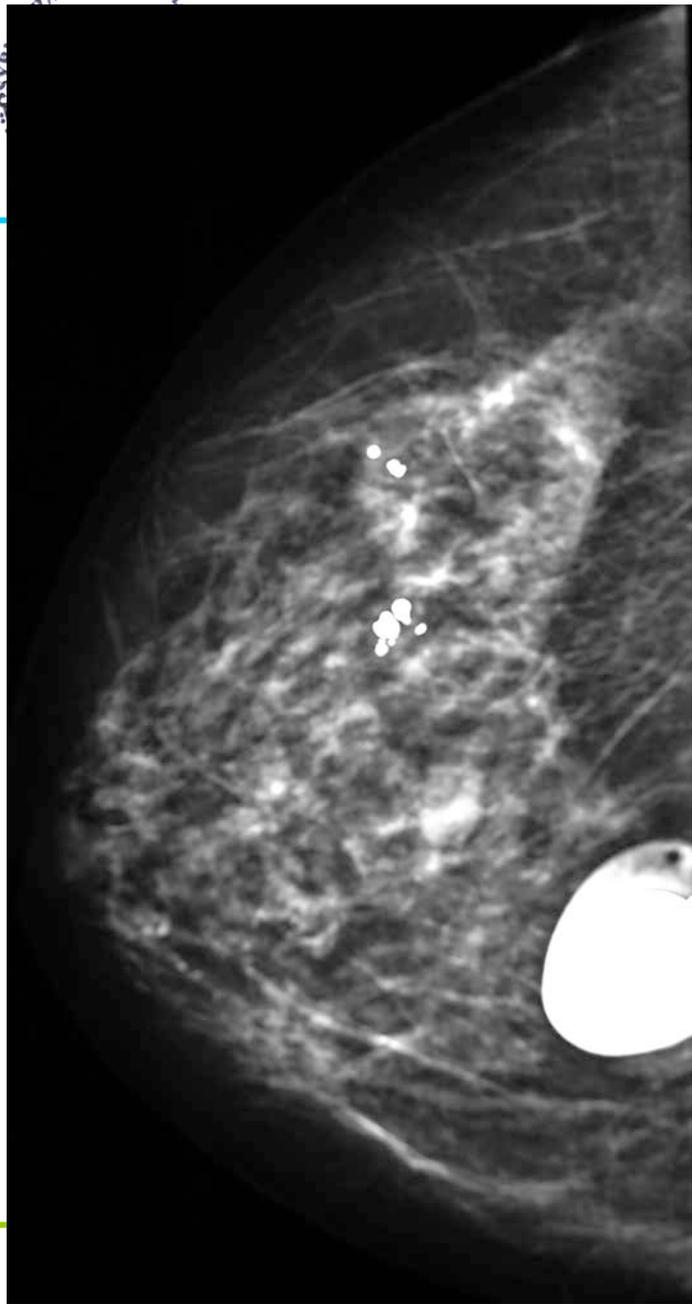
- ❑ Madame K C, née en 1952, kinésithérapeute, est vue la première fois dans notre service le 15 mars 2010.
- ❑ Ménopausée, 1 fille, pas d'antécédents familiaux
- ❑ Antécédents sénologiques :
2003 zonectomie du QSE gauche pour microcalcifications
- ❑ Carcinome canalaire in situ centimétrique de haut grade, RH-, HER-2 R3, marges saines



Histoire de la maladie

- ❑ Aucun traitement complémentaire n'a été réalisé
 - ❑ Mars 2010 : à l'examen clinique, on perçoit une volumineuse tuméfaction de l'UQS du sein gauche d'allure kystique mesurant 8 cm de diamètre. L'examen des creux axillaires ne retrouve pas d'adénopathie pathologique.
 - ❑ Microbiopsie à gauche : carcinome infiltrant de grade I, SBRM 3/5, RH – et sur-expression d'HER-2 (score ROCHE 3)
 - ❑ Une chambre implantable est mise en place
-







1 : Quelle est votre interprétation des mammographies?

- A. Kyste à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite
 - B. Opacité arrondie à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite
 - C. Opacité arrondie à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite et à gauche
 - D. ACR4 à droite, ACR6 à gauche
-



1 : Quelle est votre interprétation des mammographies?

- A. Kyste à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite
 - B. Opacité arrondie à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite
 - C. Opacité arrondie à gauche, fibroadénomes calcifiés à droite et à gauche**
 - D. ACR4 à droite, ACR6 à gauche
-



Mammographie

- du côté droit, des fibroadénomes anciens
 - du côté gauche, une opacité arrondie de 10 cm de diamètre associée à plusieurs opacités parenchymateuses en partie calcifiées.
-



2 : Quelle est votre CAT?

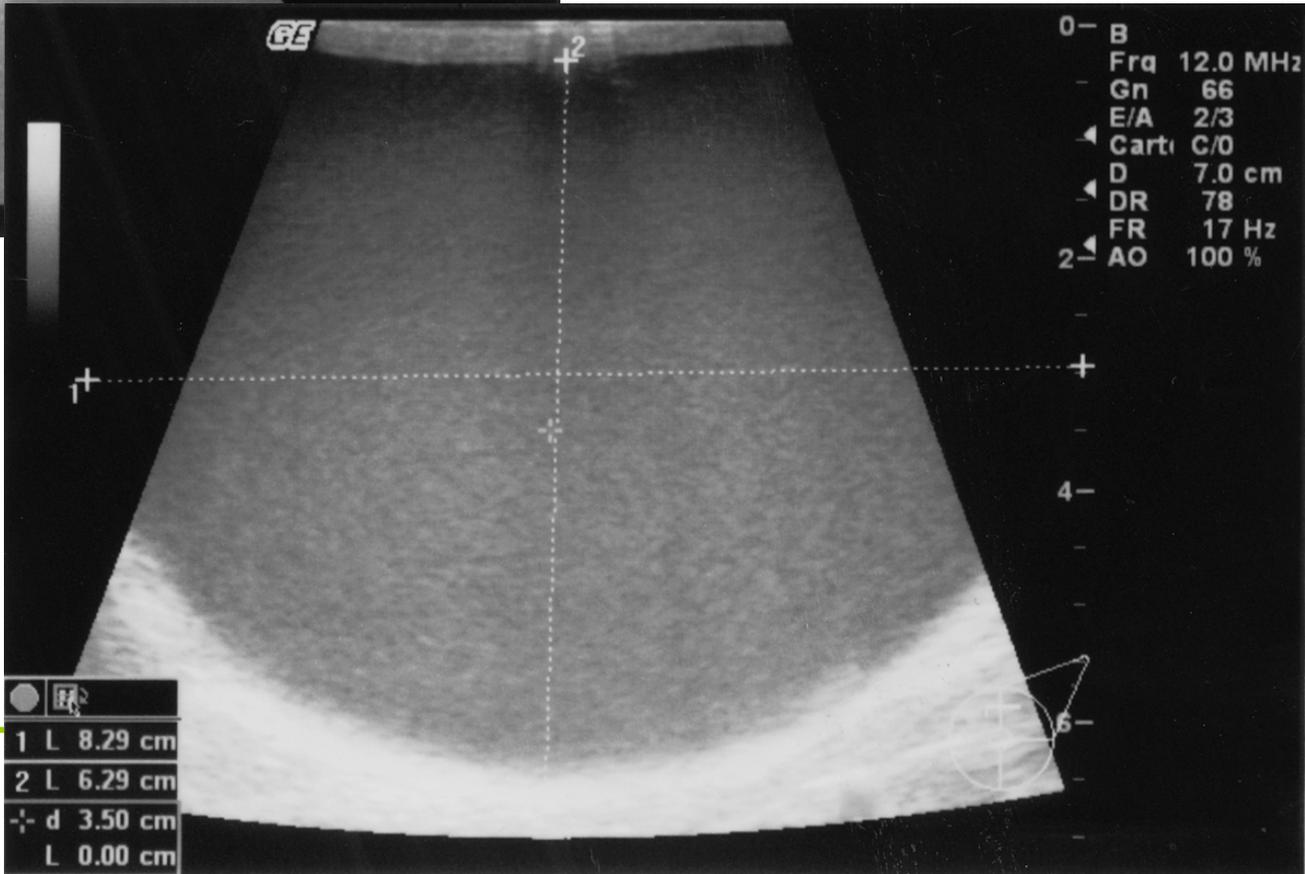
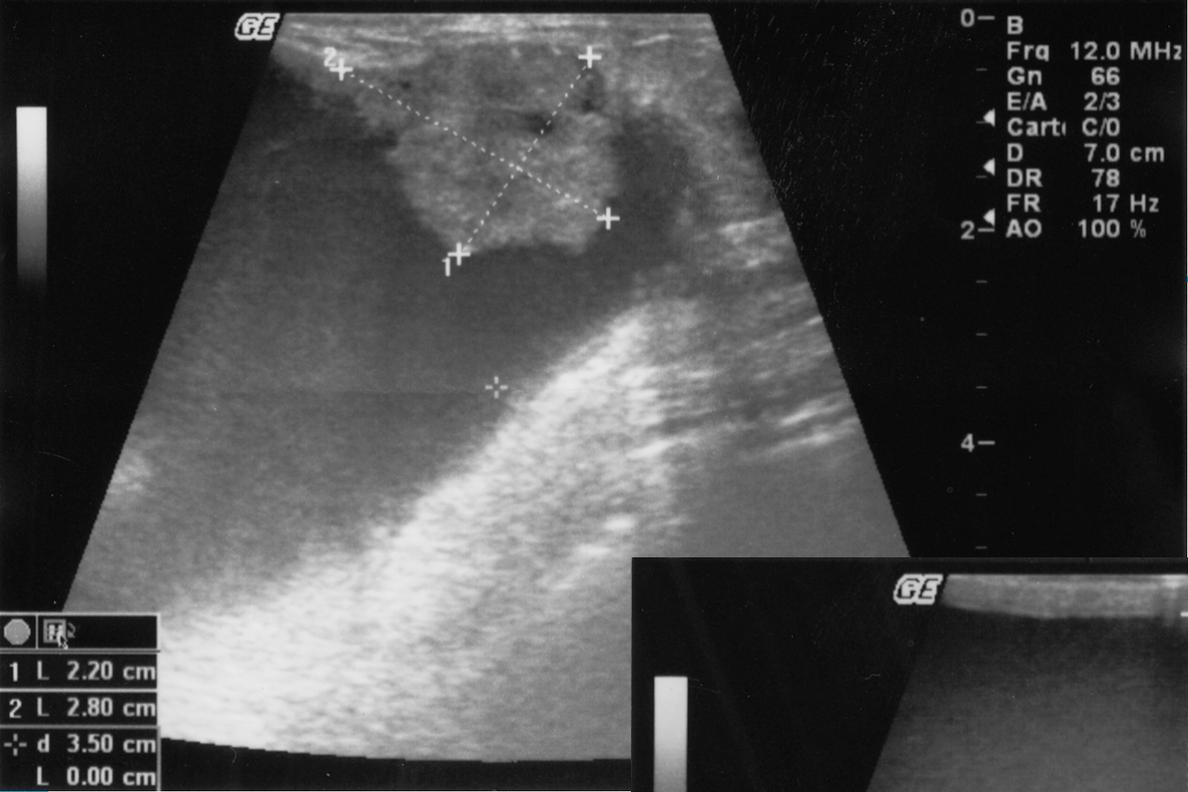
- A. Echographie et IRM mammaires, bilan d'extention et d'opérabilité
 - B. Mastectomie et curage axillaire gauches d'emblée
 - C. Mastectomie /curage axillaire gauche et tumorectomies droites avec EE
 - D. Chimiothérapie néo-adjuvante
-



2 : Quelle est votre CAT?

- A. Echographie et IRM mammaires, bilan d'extension et d'opérabilité**
 - B. Mastectomie et curage axillaire gauches d'emblée
 - C. Mastectomie /curage axillaire gauche et tumorectomies droites avec EE
 - D. Chimiothérapie néo-adjuvante
-

Echographie

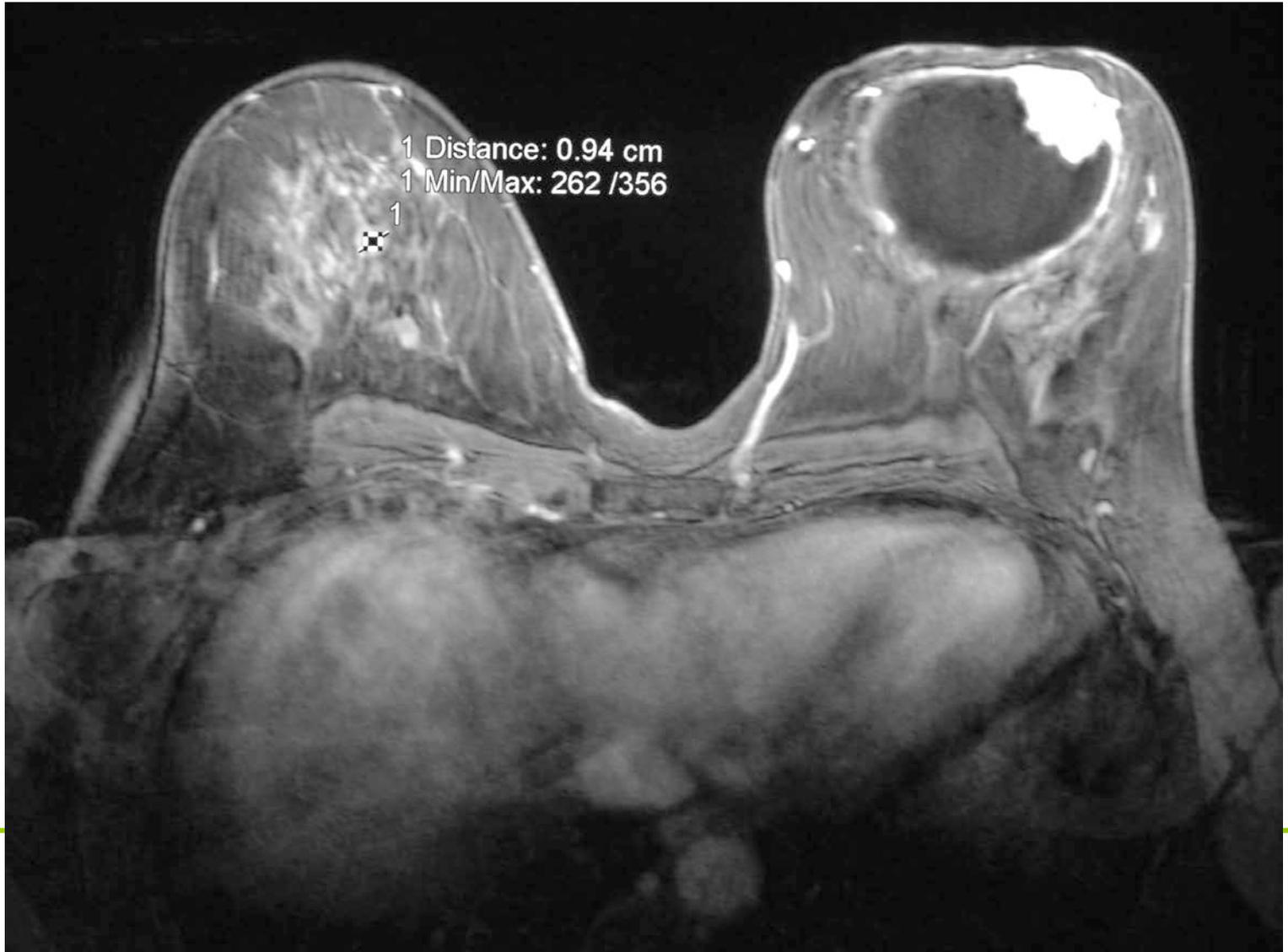




Échographie

- ❑ Fibroadénomes bilatéraux connus,
 - ❑ Côté supérieur gauche, une lésion kystique de 9 x 7 cm de diamètre, présentant une paroi épaissie avec, au niveau de sa bordure inféro-externe, deux végétations tissulaires. La première végétation mesure 3 cm x 2,2 cm ; la deuxième mesure 13 x 5 mm.
-

IRM

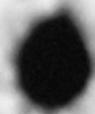
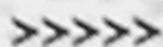




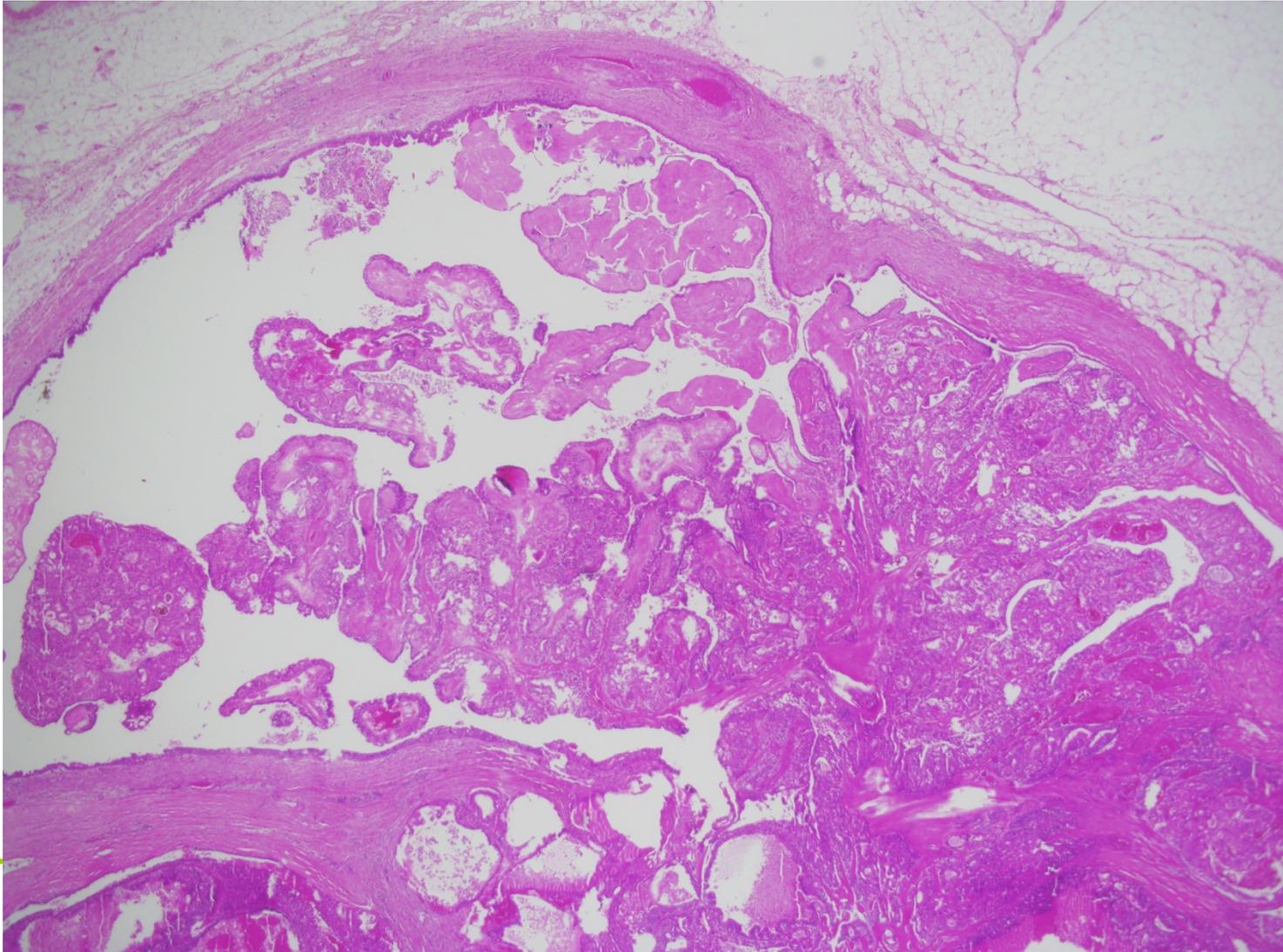
Bilan d'extension et d'opérabilité

- ❑ CA 15.3 : 10,3 U/ml.
 - ❑ La radiographie du thorax est sans particularité
 - ❑ L'échographie abdomino-pelvienne retrouve un fibrome interstitiel de 2,5 cm de diamètre.
 - ❑ La fraction d'éjection est à 65 %.
 - ❑ Après très longue discussion avec la patiente, elle accepte la mammectomie associée à une procédure sentinelle avec examen extemporané et en cas de confirmation d'une atteinte néoplasique axillaire, elle accepte dans le même temps le curage axillaire.
-

SITE D'INJECTION

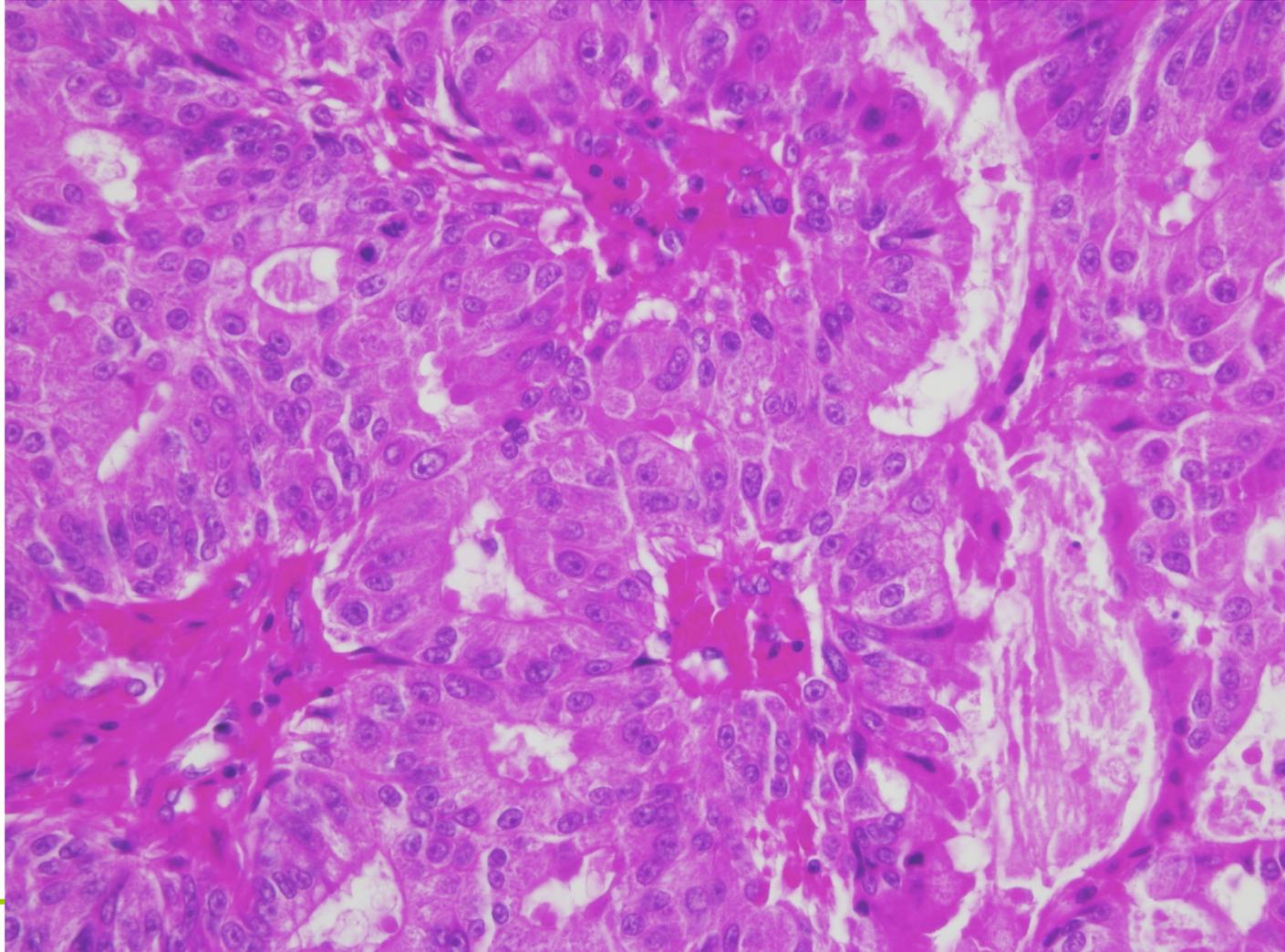


Examen histologique



x20

Examen histologique



x200



3 : quel est votre diagnostic?

- A. Carcinome papillaire infiltrant
 - B. Carcinome papillaire in situ
 - C. Carcinome papillaire encapsulé
 - D. Papillome géant
-



3 : quel est votre diagnostic?

- A. Carcinome papillaire infiltrant
 - B. Carcinome papillaire in situ
 - C. Carcinome papillaire encapsulé**
 - D. Papillome géant
-



Examen microscopique

- ❑ La pièce renferme un carcinome papillaire encapsulé mesurant 23 mm de grand axe développé dans un kyste de 10x9x5 cm.
- ❑ Les atypies cytonucléaires sont marquées avec nombreuses images de mitoses (20 mitoses sur 10 champs à x400, soit 8,4 mitoses/mm²).
- ❑ La prolifération papillaire montre des aspects apocrines et des territoires de nécrose.
- ❑ Le carcinome est intrakystique et papillaire, sans évidence de territoire d'infiltration franche.
- ❑ Présence de quatre fibroadénomes de diamètre variable entre 0,8 et 1,5 cm situés au niveau médio-interne, médio-externe, inféro-médian et supéro-interne.
- ❑ Deux ganglions lymphatiques intra-mammaires et 5GS sont indemnes de métastase (0/7) .
- ❑ Présence de bouquets de néoplasie lobulaire in situ de type LIN1 dont certains colonisant le fibroadénome situé au niveau du quadrant supéro-interne.



4: quelle est votre CAT?

- A. Radiothérapie loco-régionale
 - B. Radiothérapie puis herceptin
 - C. Abstention thérapeutique et surveillance
 - D. Consultation d'onco-génétique
-



4: quelle est votre CAT?

- A. Radiothérapie loco-régionale
 - B. Radiothérapie puis herceptin
 - C. Abstention thérapeutique et surveillance**
 - D. Consultation d'onco-génétique
-



Le carcinome papillaire encapsulé : synthèse

- Présentation clinique rare
 - Diagnostic pré-opératoire difficile
 - Diagnostic histologique difficile
 - Pas d'examen extemporané
 - Ce type de carcinome qui ne montre pas l'expression de P63 (clone 4A4) ou d'actine est assimilé à une forme in situ avec un pronostic excellent (*Esposito N et al, AmJ clin Pathol 2009 : 131-228-242*).
-



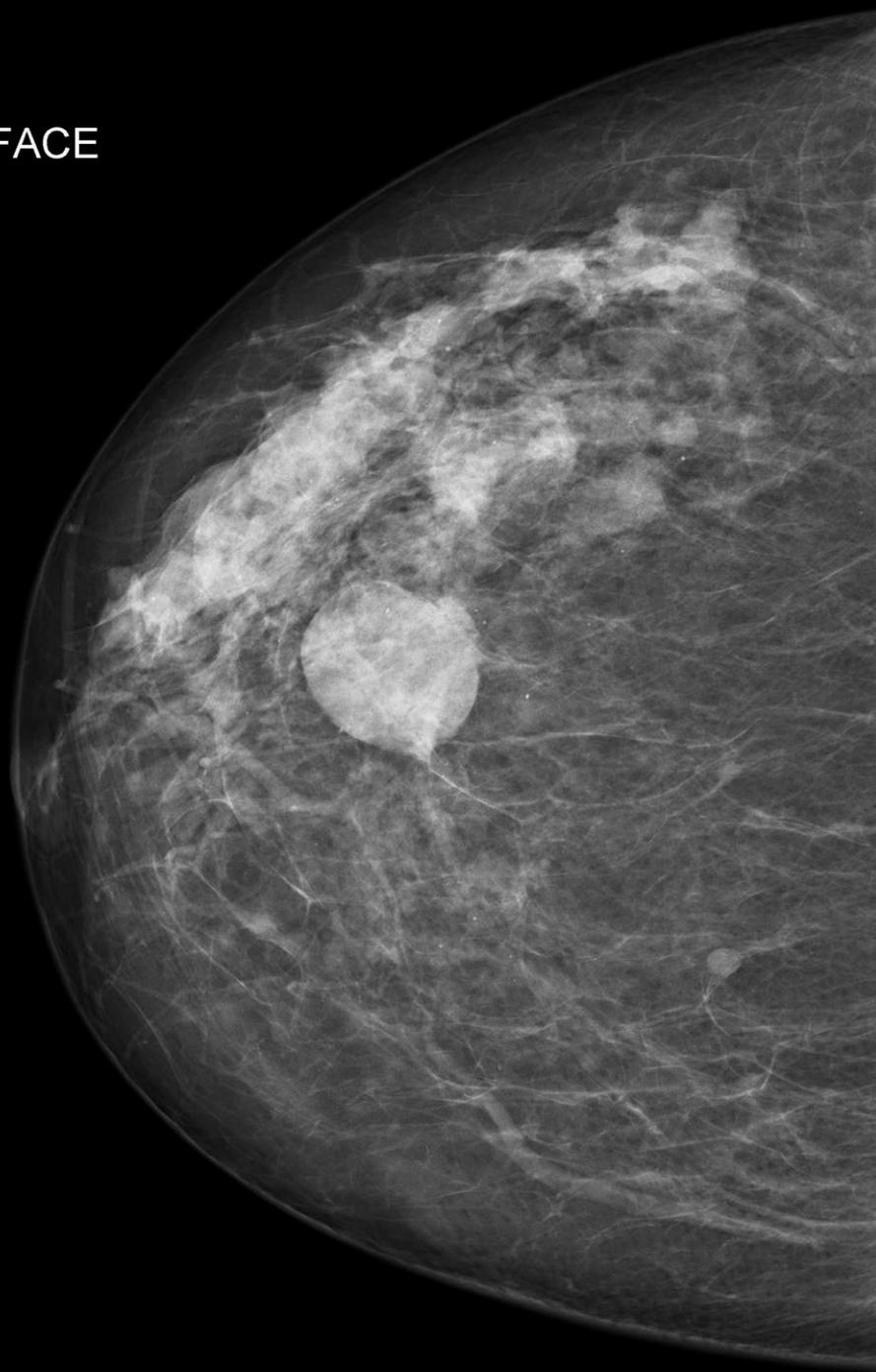
Cas clinique 6



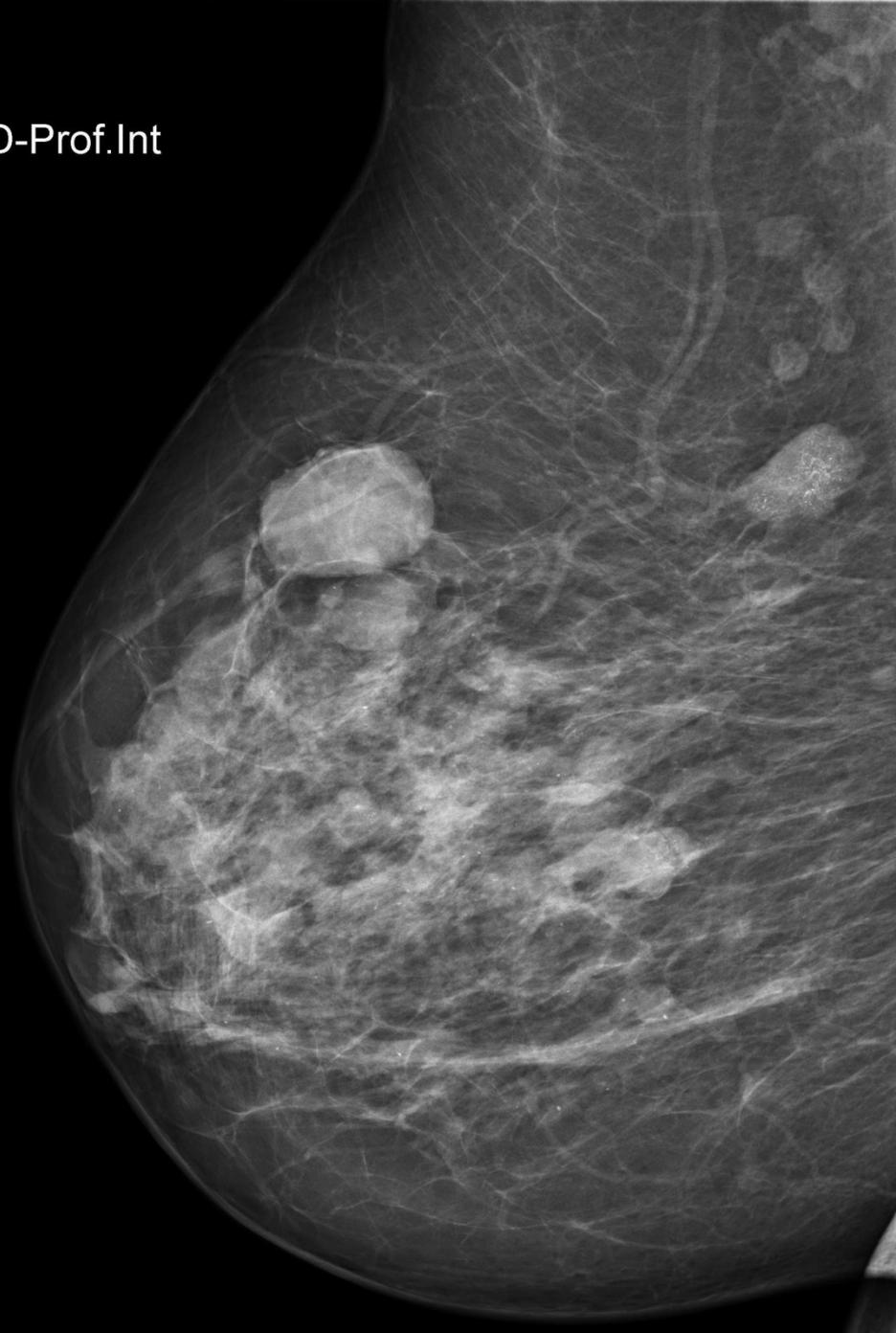
-
- ❑ Patiente de 55 ans suivie depuis 8 ans pour des kystes
 - ❑ Ménopausée depuis 2 ans
 - ❑ Sœur venant de décéder d'un cancer du sein
 - ❑ Tassement ostéoporotique de L2
 - ❑ A eu récemment un traumatisme du sein droit et depuis sent une « boule »
 - ❑ L'examen clinique confirme la présence d'un nodule régulier à l'UQS du sein droit mais on palpe aussi plusieurs autres nodules dans ce sein droit, également bien limités et réguliers
 - ❑ Une mammographie est réalisée
-



D-FACE



D-Prof.Int





1. Que voit on sur cette mammographie?

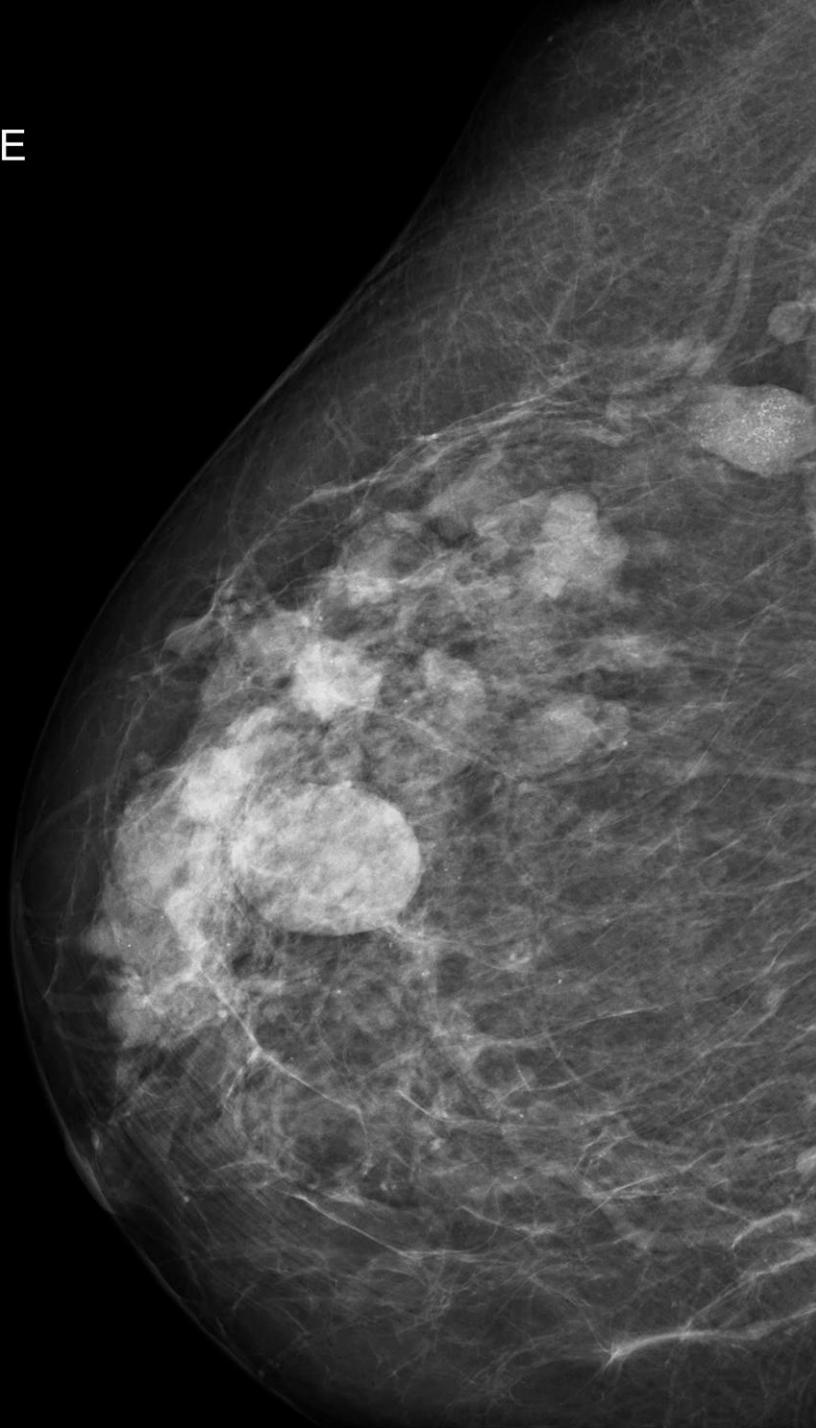
- A. Des opacités à contours réguliers, d'allure bénigne qui font penser à des kystes
 - B. Des opacités régulières, certaines en voie de calcification faisant penser à des kystes et/ou à un fibroadénome en voie de calcification
 - C. Le cliché de face est techniquement insuffisant
 - D. Il y a une opacité atypique dans la région supéro interne
-



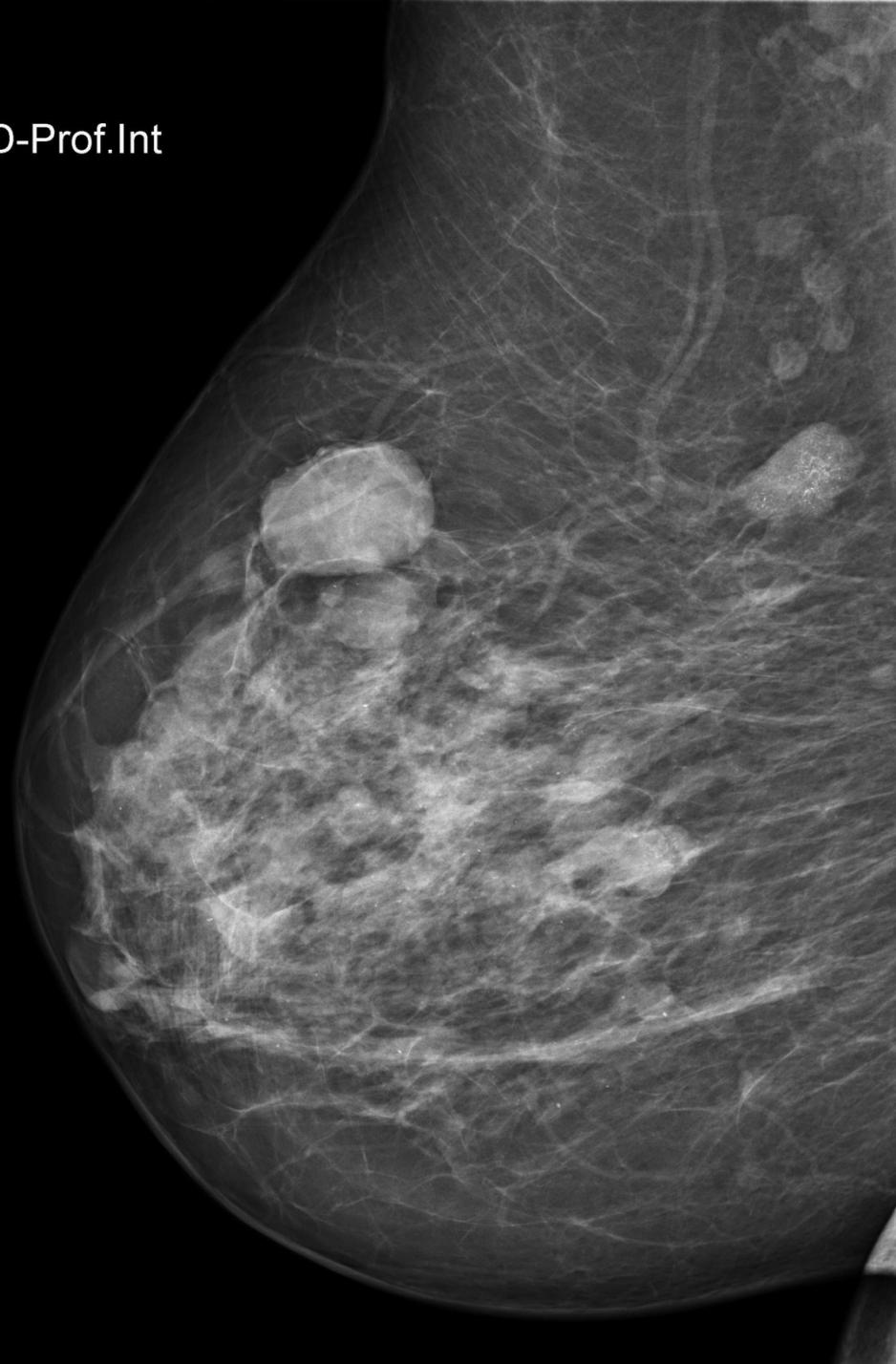
1. Que voit on sur cette mammographie?

- A. Des opacités à contours réguliers, d'allure bénigne qui font penser à des kystes
 - B. Des opacités régulières, certaines en voie de calcification faisant penser à des kystes et/ou à un fibroadénome en voie de calcification
 - C. Le cliché de face est techniquement insuffisant**
 - D. Il y a une opacité atypique dans la région supéro interne
-

D-FACE

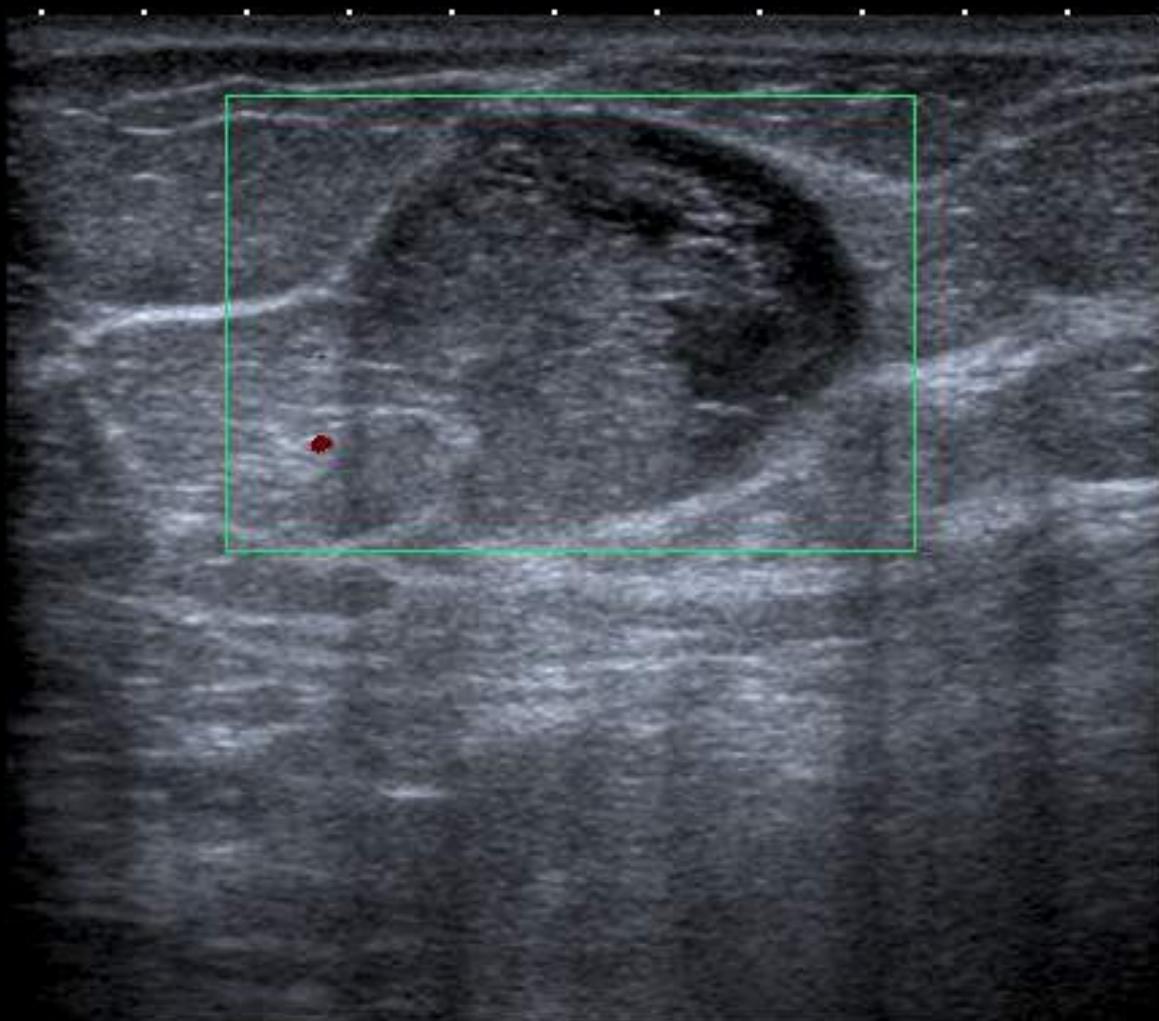


D-Prof.Int



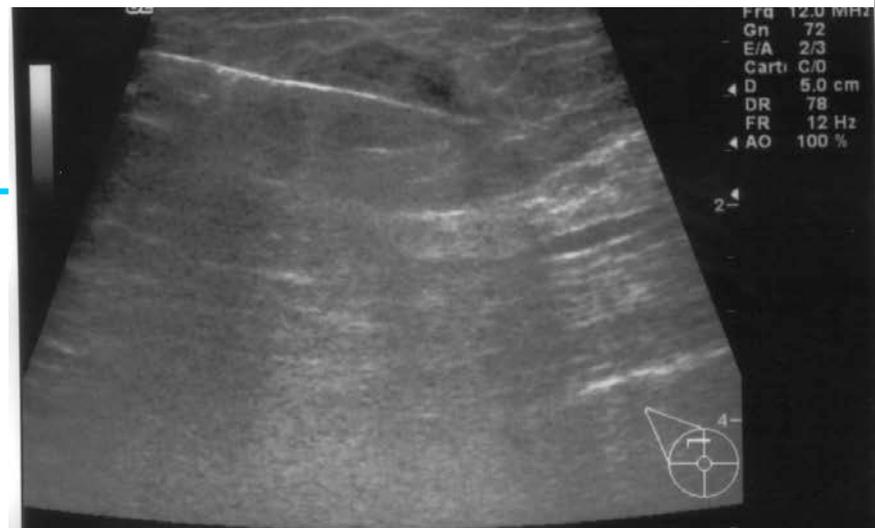
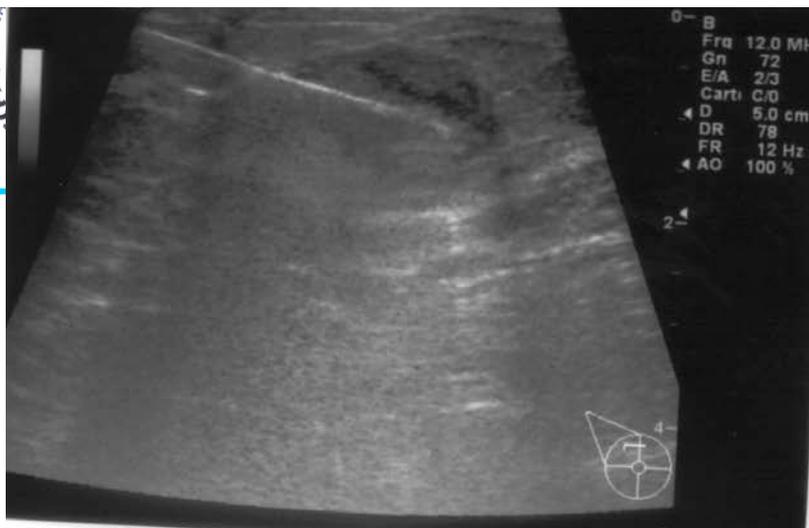


0 ◆
2 ◆
4 ◆



12L5
diffT9.0
CF 7.2
10 fps

2DG
80
DR
70
CG
41
PRF
13.9k
Filter
5





2. Comment interpréter cette échographie?

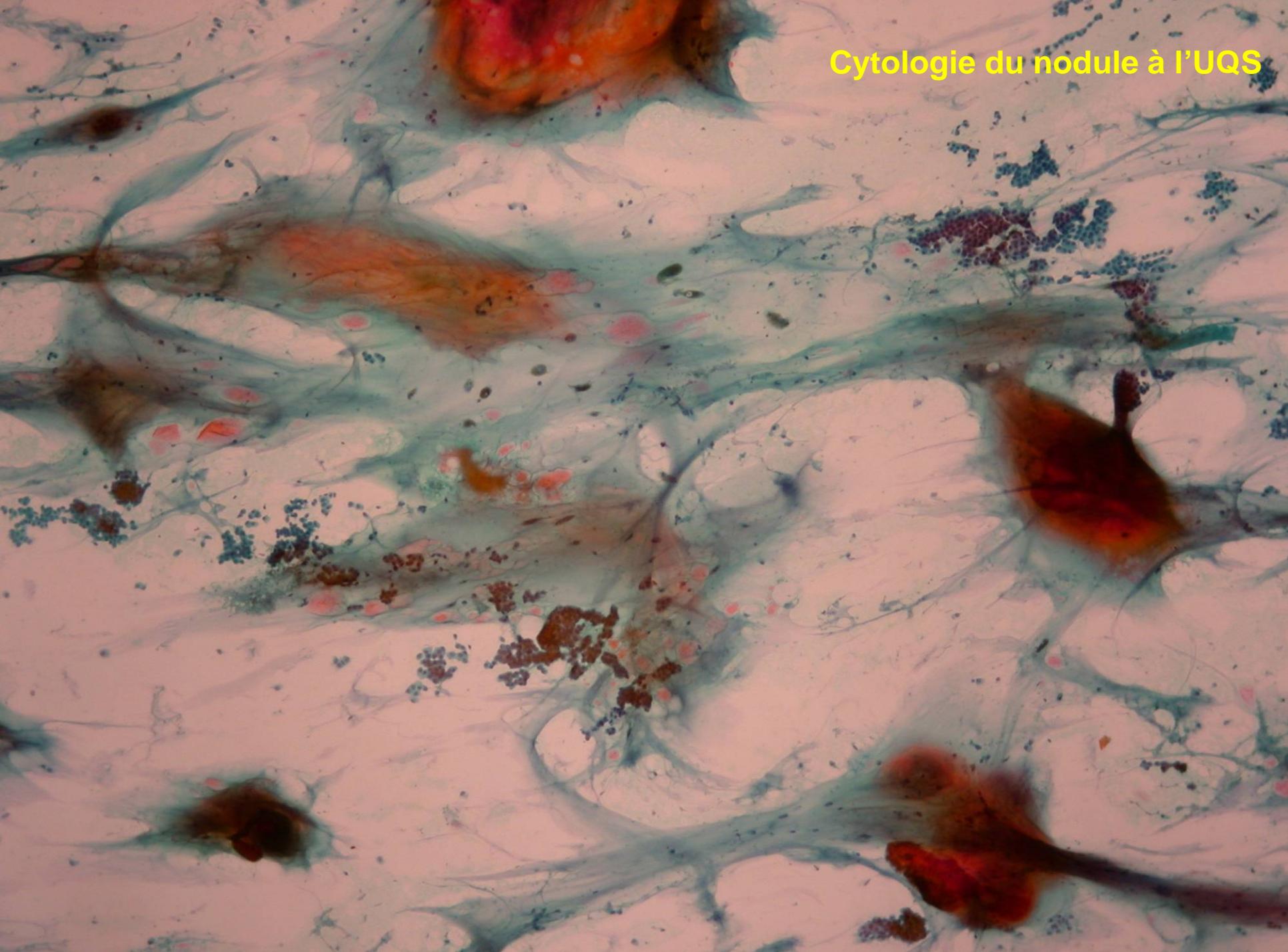
- A. Les images correspondent à des kystes à contenu épais
 - B. Les images sont celles d'une nécrose adipeuse
 - C. Il s'agit de lésions solides
 - D. Seul un prélèvement permettra le diagnostic
-



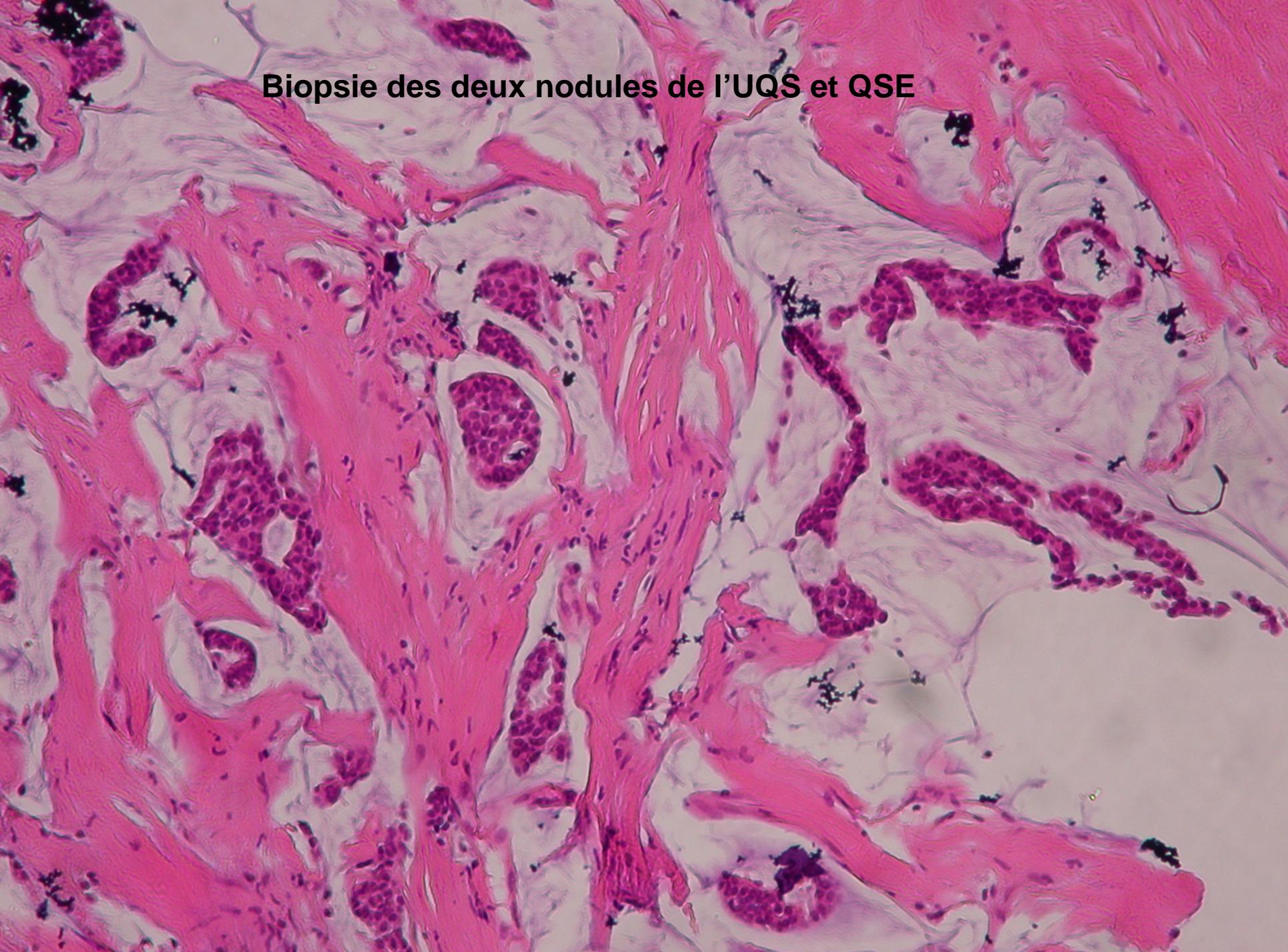
2. Comment interpréter cette échographie?

- A. Les images correspondent à des kystes à contenu épais
 - B. Les images sont celles d'une nécrose adipeuse
 - C. Il s'agit de lésions solides
 - D. **Seul un prélèvement permettra le diagnostic**
-

Cytologie du nodule à l'UQS



Biopsie des deux nodules de l'UQS et QSE





3. Les résultats cytologique et histologique correspondent au même diagnostic. Quel est il ?

- A. Des kystes mucineux
 - B. Des carcinomes mucineux
 - C. Des fibroadénomes
 - D. Des nécroses adipeuses
-



3. Les résultats cytologique et histologique correspondent au même diagnostic. Quel est il ?

- A. Des kystes mucineux
 - B. Des carcinomes mucineux**
 - C. Des fibroadénomes
 - D. Des nécroses adipeuses
-



Macroscopie d'une lésion de ce type



4. Quelle est votre CAT ?

- A. Double tumorectomie avec lymphadénectomie sélective sentinelle (LSS)
 - B. Mammectomie et LSS
 - C. Mammectomie et curage axillaire
 - D. Mammectomie et LSS et reconstruction mammaire immédiate
-



4. Quelle est votre CAT ?

- A. Double tumorectomie avec lymphadénectomie sélective sentinelle (LSS)
 - B. Mammectomie et LSS
 - C. Mammectomie et curage axillaire**
 - D. Mammectomie et LSS et reconstruction mammaire immédiate
-



5. CCI de type mucineux bifocal, 22 mm et 15 mm grade I, RH +, HER2 score roche 1+, N+4/12
Quelle est votre séquence thérapeutique?

- A. Chimiothérapie, radiothérapie, IA
 - B. Chimiothérapie, radiothérapie, tamoxifène
 - C. Radiothérapie, Herceptin
 - D. Chimiothérapie, radiothérapie, mastectomie controlatérale et annexectomie
-



5. CCI de type mucineux bifocal, 22 mm et 15 mm grade I, RH +, HER2 score roche 1+, N+4/12
Quelle est votre séquence thérapeutique?

- A. Chimiothérapie, radiothérapie, IA**
 - B. Chimiothérapie, radiothérapie, tamoxifène
 - C. Radiothérapie, Herceptin
 - D. Chimiothérapie, radiothérapie, mastectomie controlatérale et annexectomie
-



Les cancers mucineux : synthèse

- Pièges à l'examen clinique : formes rondes et aspect mou
 - Pièges sur l'imagerie :
 - Évoquent des kystes
 - Aspect typique en « queue de comète » inconstant
 - Bon pronostic si forme pure
-



Cas clinique 7

- Une patiente âgée de 42 ans (1m68 – 57 kg) consulte pour un écoulement uni-orificiel sanglant du sein gauche.
- Pas d'antécédents familiaux de cancer hormonodépendant.
- Sur le plan personnel, l'interrogatoire révèle des premières règles à l'âge de 12 ans, une seule grossesse à l'âge de 27 ans et une contraception par DIU.





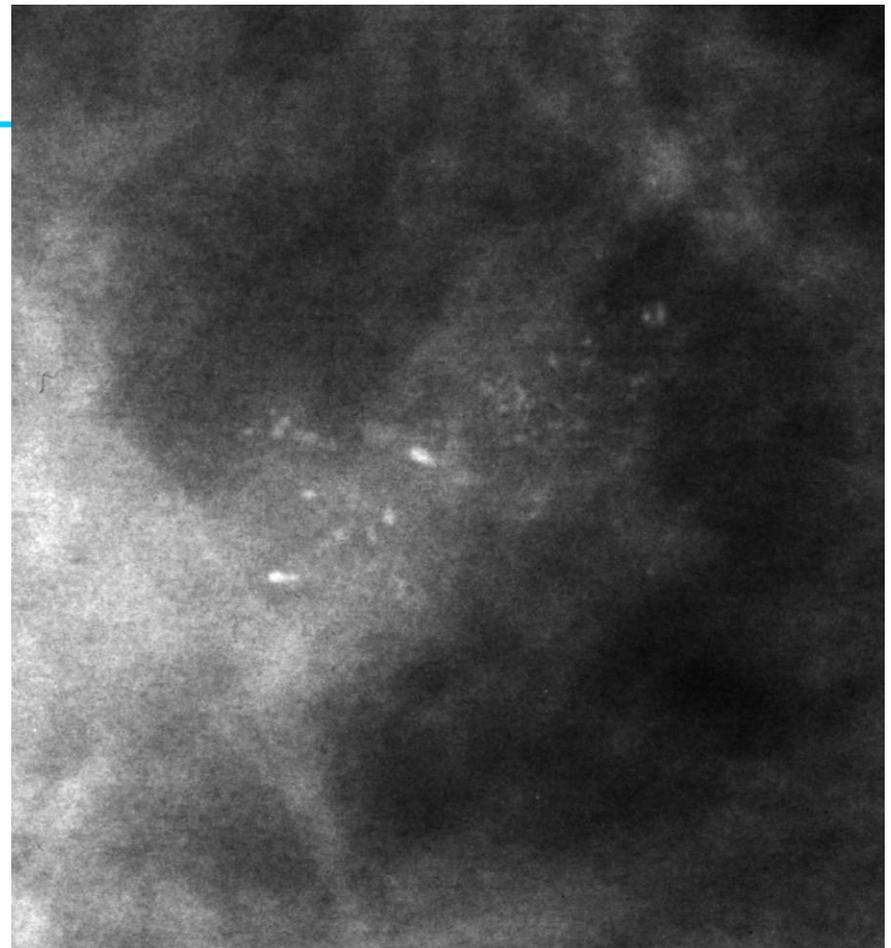
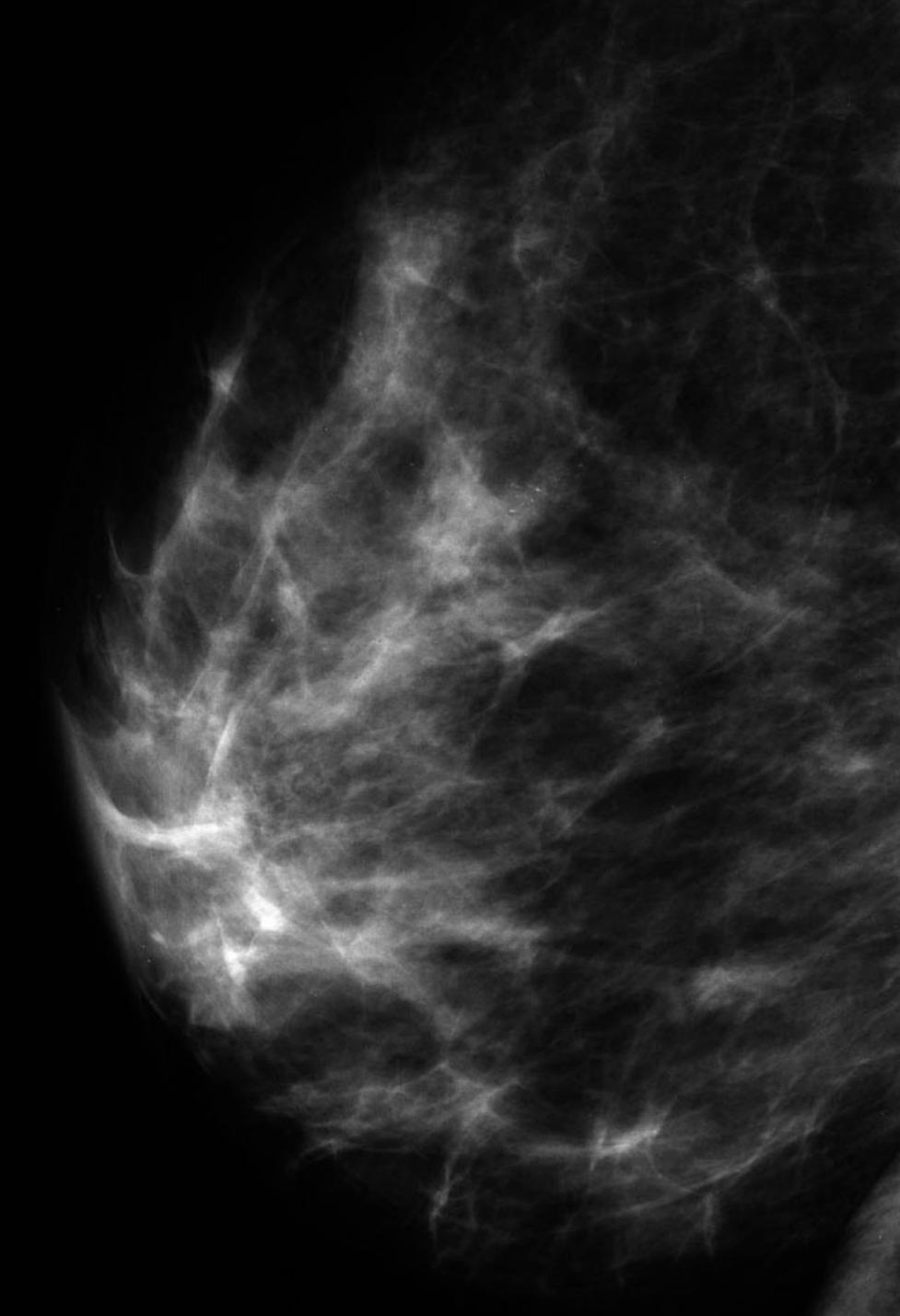
1. Quelle est votre CAT?

- A. Je prescris une mammographie
 - B. Je commence par réaliser une cytologie d'écoulement puis je prescris une mammographie et une échographie
 - C. Je prescris une IRM d'emblée
 - D. Je propose un dosage de la prolactine
-



1. Quelle est votre CAT ?

- A. Je prescris une mammographie
 - B. Je commence par réaliser une cytologie d'écoulement puis je prescris une mammographie et une échographie**
 - C. Je prescris une IRM d'emblée
 - D. Je propose un dosage de la prolactine
-





2. Quelle est votre CAT?

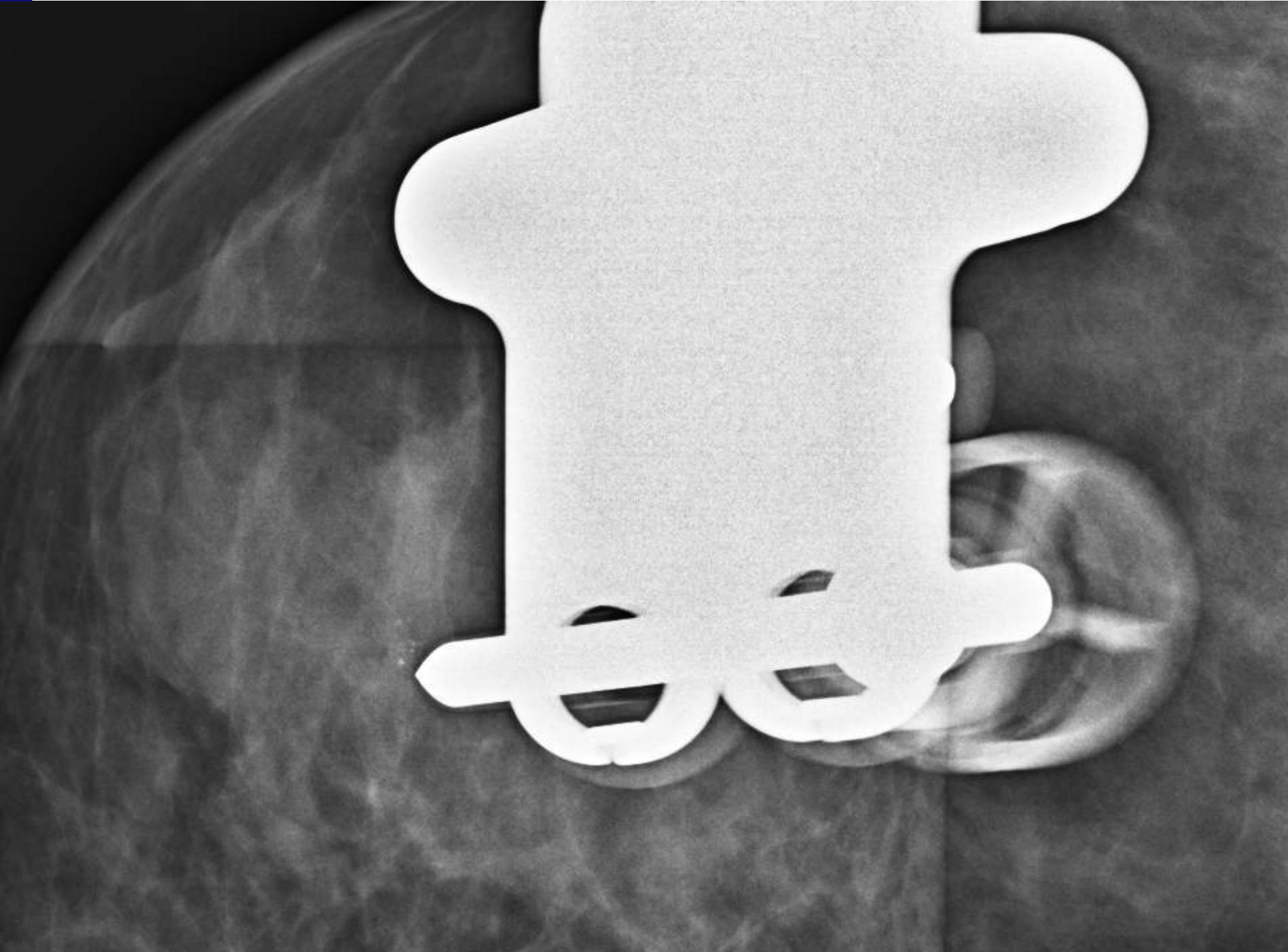
- A. Je prescris une macrobiopsie
 - B. Je commence par réaliser une cytologie du foyer de microcalcifications
 - C. Je prescris une microbiopsie
 - D. Je propose une pyramidectomie associée à znectomie diagnostique
-



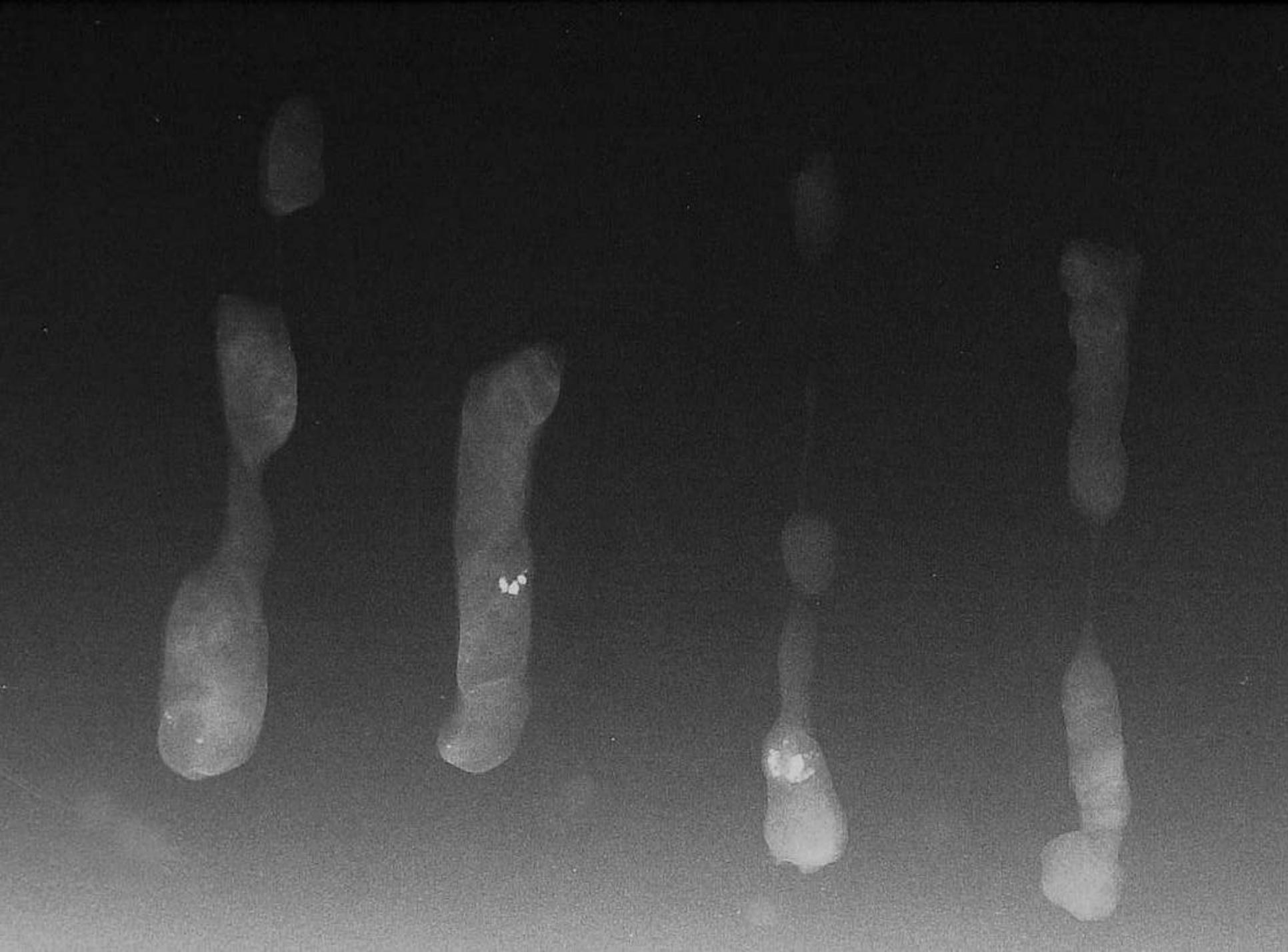
2. Quelle est votre CAT?

- A. Je prescris une macrobiopsie**
 - B. Je commence par réaliser une cytologie du foyer de microcalcifications
 - C. Je prescris une microbiopsie
 - D. Je propose une pyramidectomie associée à zonectomie diagnostique
-

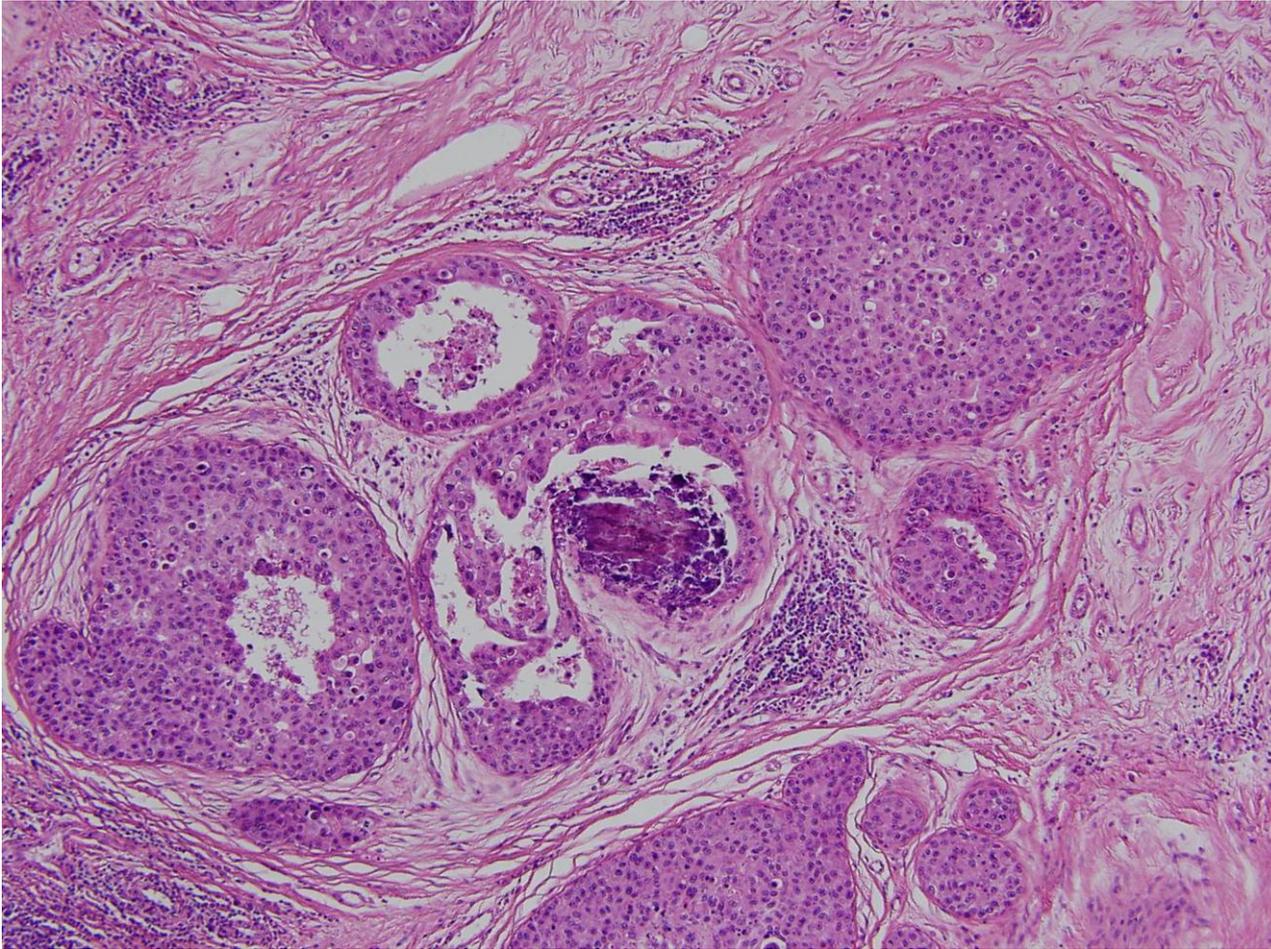








Macrobiopsie





3. Quel est votre diagnostic ?

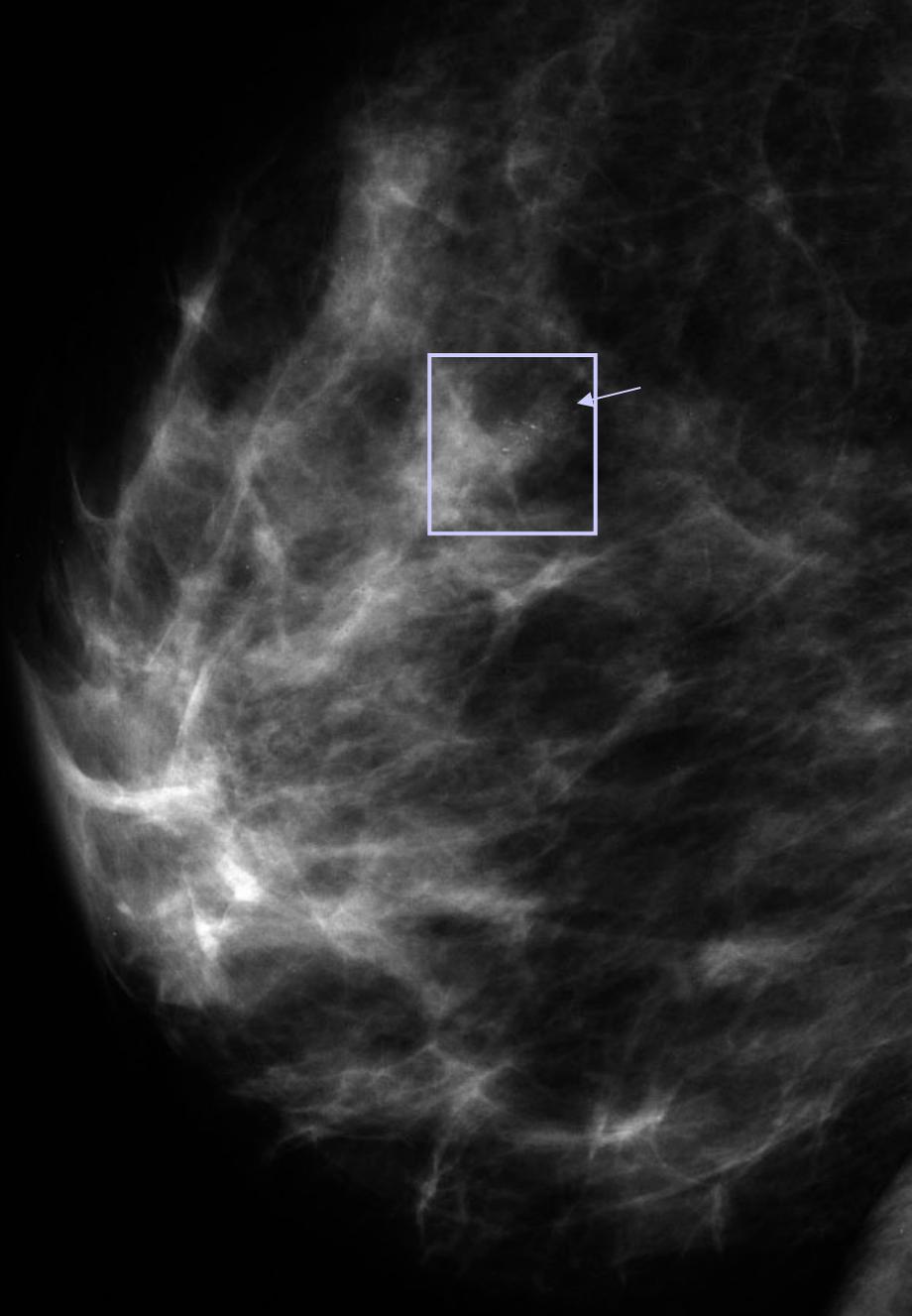
- A. Fibrose associée à des microcalcifications et de la métaplasie cylindrique simple
 - B. CCIS associé à des microcalcifications
 - C. CCI associée à des microcalcifications
 - D. Microcalcifications rétentionnelles
-



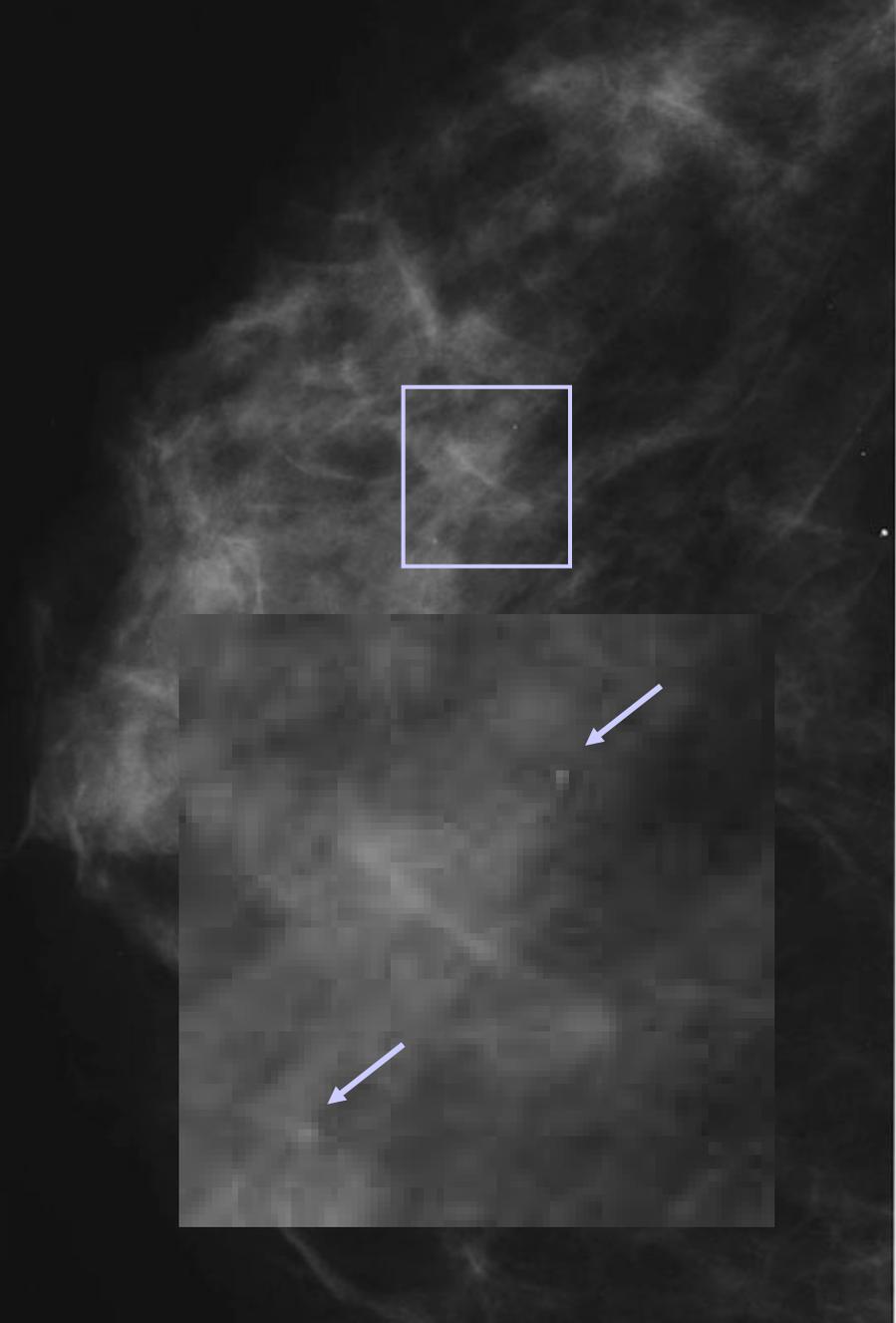
3. Quel est votre diagnostic ?

- A. Fibrose associée à des microcalcifications et de la métaplasie cylindrique simple
 - B. CCIS associé à des microcalcifications**
 - C. CCI associée à des microcalcifications
 - D. Microcalcifications rétentionnelles
-

Avant macrobiopsie



Après macrobiopsie





4. CCIS à nécrose axiale DIN 3. Quelle est votre CAT?

- A. Zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique
 - B. Pyramidectomie et zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique
 - C. Examen extemporané de la pièce opératoire et LSS
 - D. Pyramidectomie et zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique et LSS
-



4. CCIS à nécrose axiale DIN 3. Quelle est votre CAT?

- A. Zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique
 - B. Pyramidectomie et zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique**
 - C. Examen extemporané de la pièce opératoire et LSS
 - D. Pyramidectomie et zonectomie des microcalcifications résiduelles après repérage radiographique et LSS
-



CCIS résiduel de 15 mm RH- et remaniements fibro-inflammatoires cicatriciels post-mammotome. Sections chirurgicales saines. Papillomes périphériques

5. Quelle est votre CAT?

- A. Radiothérapie du sein restant
 - B. Hormonothérapie par Tamoxifène
 - C. Surveillance clinique et mammographique bi-annuelle pendant 5 ans
 - D. Bilan d'extension et dosage des marqueurs
-



CCIS résiduel de 15 mm RH- et remaniements fibro-inflammatoires cicatriciels post-mammotome. Sections chirurgicales saines. Papillomes périphériques

5. Quelle est votre CAT?

- A. Radiothérapie du sein restant**
 - B. Hormonothérapie par Tamoxifène
 - C. Surveillance clinique et mammographique bi-annuelle pendant 5 ans
 - D. Bilan d'extension et dosage des marqueurs
-



Papillomes solitaires : synthèse

- ❑ Les papillomes solitaires centraux surviennent vers 45-50 ans.
- ❑ Ils sont le plus souvent révélés par un écoulement spontané, uni-orificiel, séreux ou sanglant.
- ❑ La mammographie retrouve inconstamment une opacité arrondie
- ❑ La galactographie peut mettre en évidence une image « d'arrêt en cupule » lorsque le papillome est assez superficiel.
- ❑ Les papillomes solitaires se développent généralement à partir d'un grand canal galactophore.
- ❑ Leur exérèse est indiquée en raison de la gêne fonctionnelle qu'ils occasionnent et non de leur risque de cancérisation.



Papillomes multiples : synthèse

- ❑ Les papillomes multiples, périphériques, sont le plus souvent distaux, naissant dans l'UTDL.
- ❑ Ils surviennent en moyenne 10 ans avant les papillomes solitaires et donnent rarement lieu à un écoulement.
- ❑ Ces papillomes peuvent renfermer de l'hyperplasie canalaire simple ou atypique ou du carcinome in situ.
- ❑ Page et al. ont montré que les patientes ayant un papillome avec de l'hyperplasie atypique ont un risque majoré de cancer mammaire (RR 4 à 5), et que les cancers se développent généralement à l'endroit du papillome.
- ❑ L'exérèse des papillomes périphériques est indiquée en raison de leur risque de dégénérescence.
- ❑ Le geste opératoire consiste alors en une exérèse segmentaire ou dans d'autres cas en une pyramidectomie qui emporte la totalité du canal galactophore, siège de ces papillomes multiples.