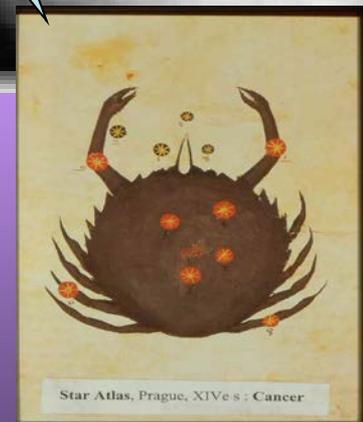


Examen clinique



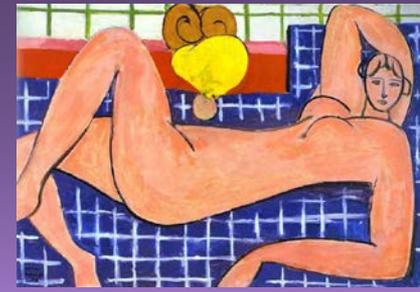
SYRIE, Alep Mars 2009

Docteur A. CHEBIB – Docteur Y. SAFI ALI - Docteur V. BOUTE



Examen clinique

Mammographie
Bases de la radiologie



Imagerie du sein

Mammographie
Technique d'examen

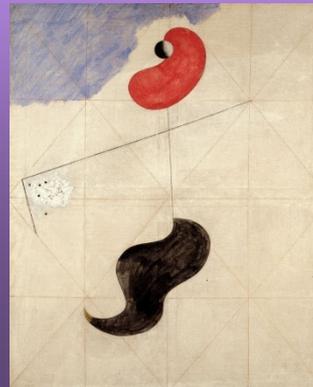


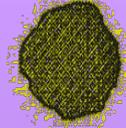
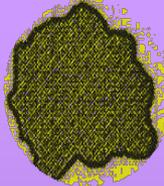
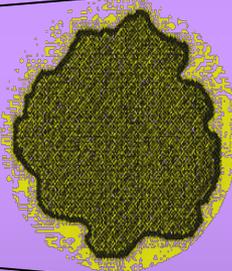
Echographie

Ponction



IRM



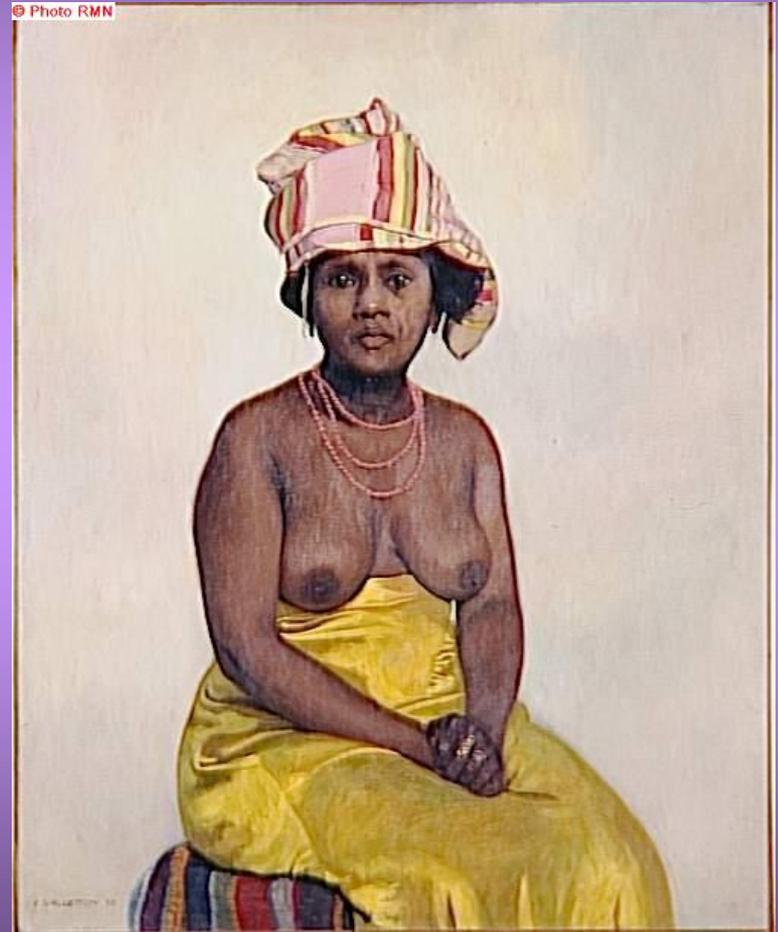
J1	J + 6 mois	J + 1 an	J + 18 mois	J + 2 ans
14,13 mm ³ (x 1)	56,52 mm ³ (x 4)	220 mm ³ (x 16)	696 mm ³ (x 50)	1877 mm ³ (x 135)
3 mm	4,8 mm	7,5 mm	11 mm	15,3 mm
				

(d 'après P David, J Le Sein Septembre 2004)

EXPLORATION DES SEINS

L'examen clinique

L'examen clinique
est
INDISPENSABLE



Qu'est-ce qu'un "auto-examen" des seins ?

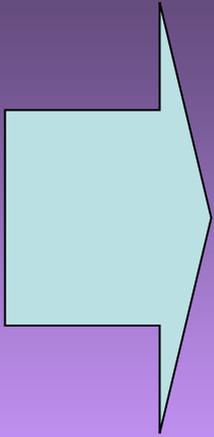
- **L'auto-examen** des seins est un examen que vous pouvez pratiquer
- Vous devez examiner vos seins et vos aisselles avec vos doigts et compléter cet examen par un examen visuel.



CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

1. Découverte au décours d'un examen de suivi individuel ou dans le cadre d'une campagne de dépistage:

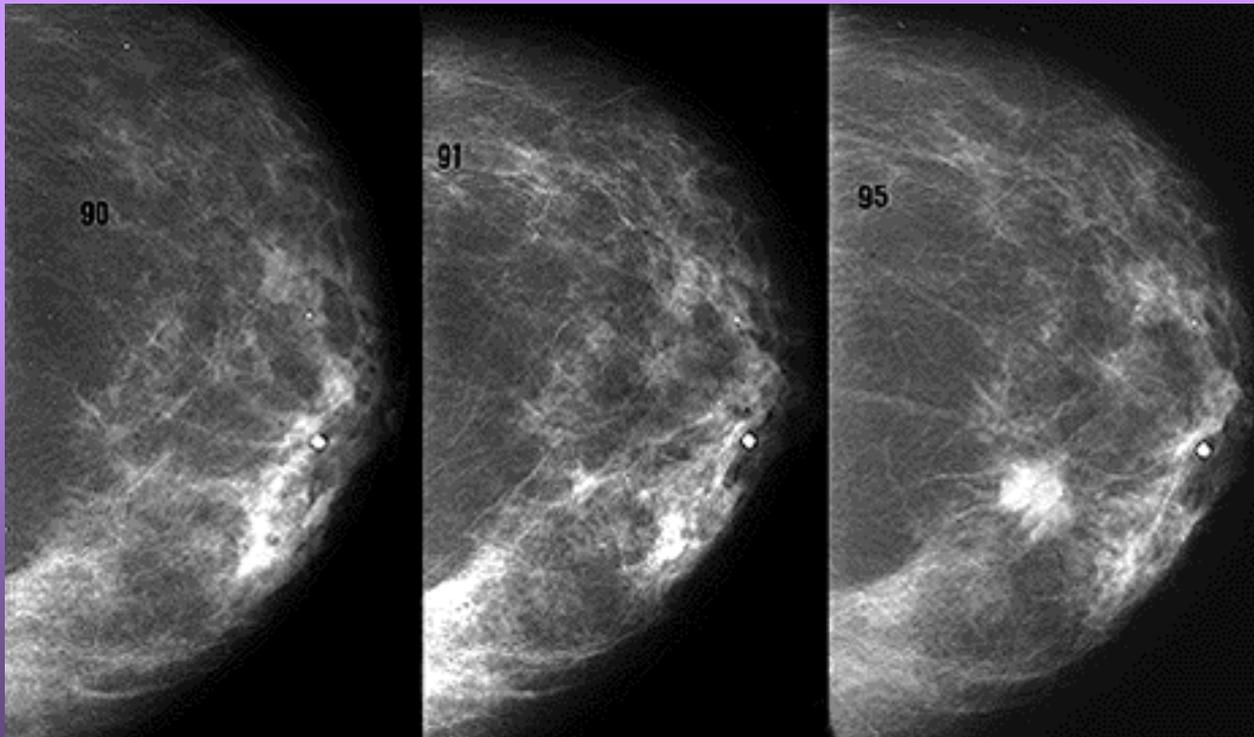
C'est actuellement le mode de découverte le plus fréquent



Dépistage

aucun symptôme découvert par
bilan sénologique systématique

Dépistage de masse (ou individuel)



CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Ce sont généralement des femmes :

- sans antécédent particulier
- qui ne se plaignent d'aucune pathologie du sein.
- pour lequel l'examen clinique est normal
- qui ont souvent un suivi régulier des seins

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

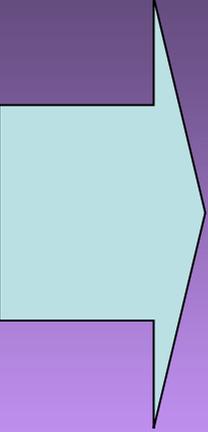
2. Tuméfaction du sein :

- Palpée par la patiente ou le médecin
- A tout âge ce signe doit amener à consulter.

- **3 ECOULEMENT DU SEIN**

- **4 AUTRE**





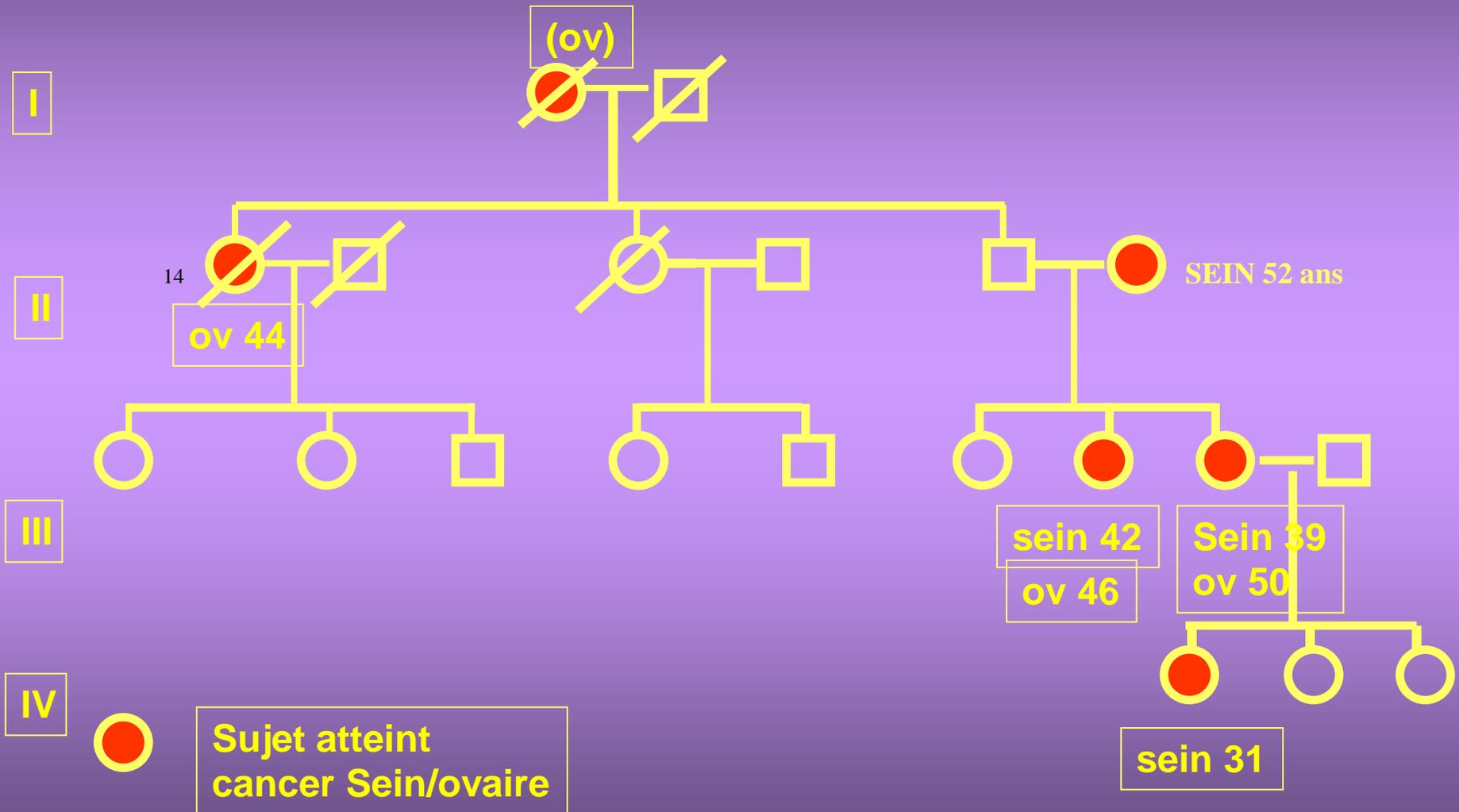
ONCO GENETIQUE

aucun symptôme avec bilan sénologique
plus ou moins normal

contexte familial

→ avis spécialisé pour CAT

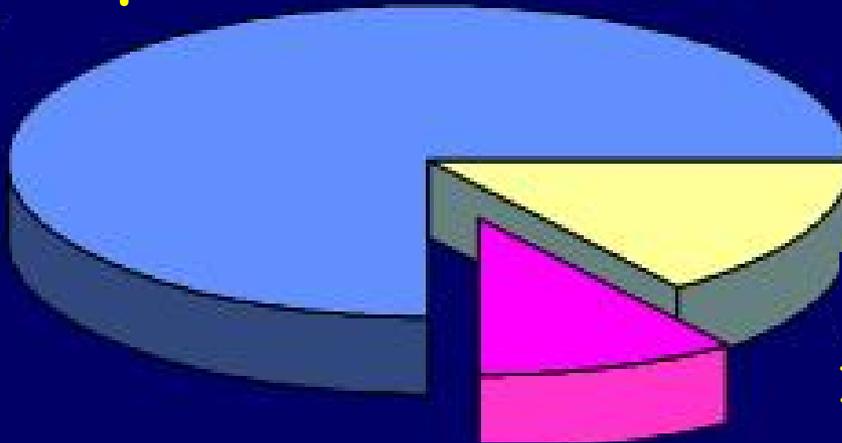
Arbre généalogique d'une famille à susceptibilité héréditaire au cancer du sein et de l'ovaire



Cancer du sein

La part de l'hérédité

Sporadique



Familial 15-20 %

Interaction probable entre les gènes et l'environnement

Hérédité (autosomique dominante) 5-10 %

BRCA1 et BRCA2

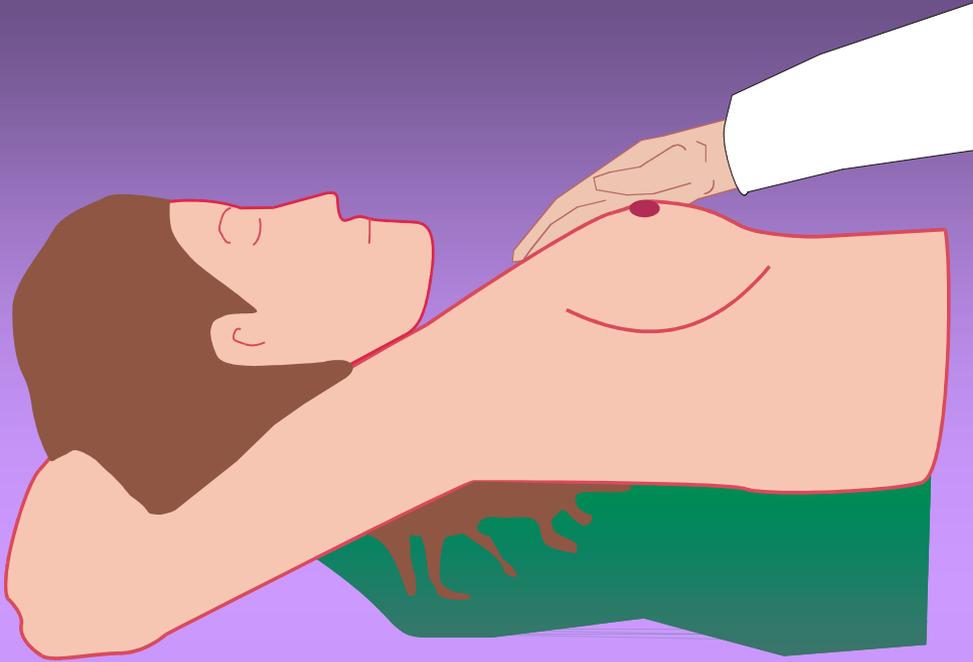
Déroulement de l'examen clinique

- Interrogatoire
 - ATCD personnel
 - - ATCD familiaux
 - - Date d'apparition des symptômes ayant conduit à consulter
 - - Caractère douloureux ou non
 - - Évolutivité de ces symptômes : rapidité d'évolution
 - Volume tumeur x 2 en 3 mois
 - Apparition d'une rougeur sur le sein en 1 semaine

_ Examen clinique non orienté systématique bilatéral .

_ Lecture du bilan sénologique mammographie , échographie et IRM

_ Examen clinique orienté d'après les anomalies visualisées à la mammographie ou à l'échographie et ou IRM



-
Position allongée

permet de mieux palper la glande

particulièrement les petites tumeurs en les faisant « rouler » sur le grill costal

-

Examen clinique

Examen

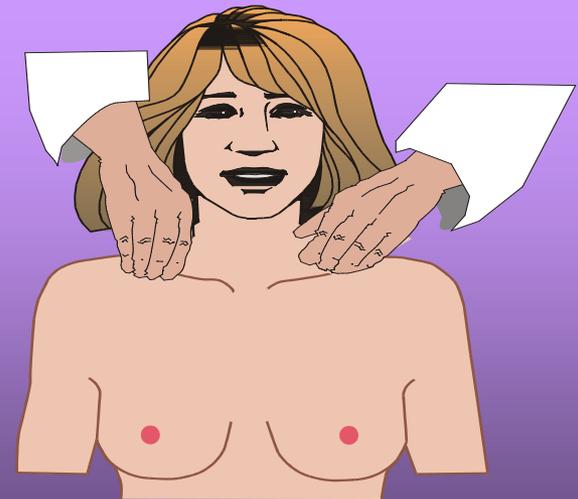
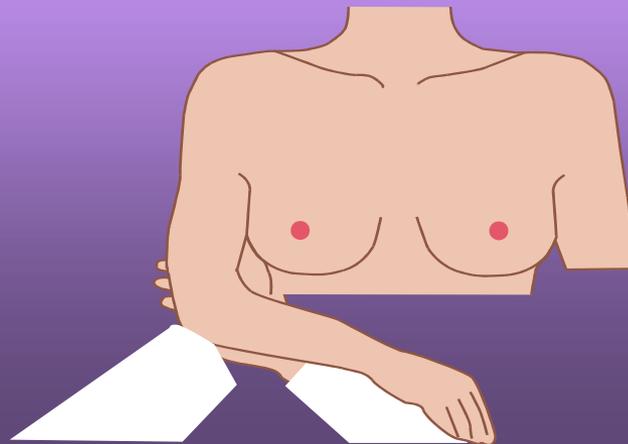
Position assise mains sur les hanches

permet de mieux palper les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires

Position assise mains sur la tête

Examen dynamique

permet de rechercher une déformation du galbe du sein , un méplat



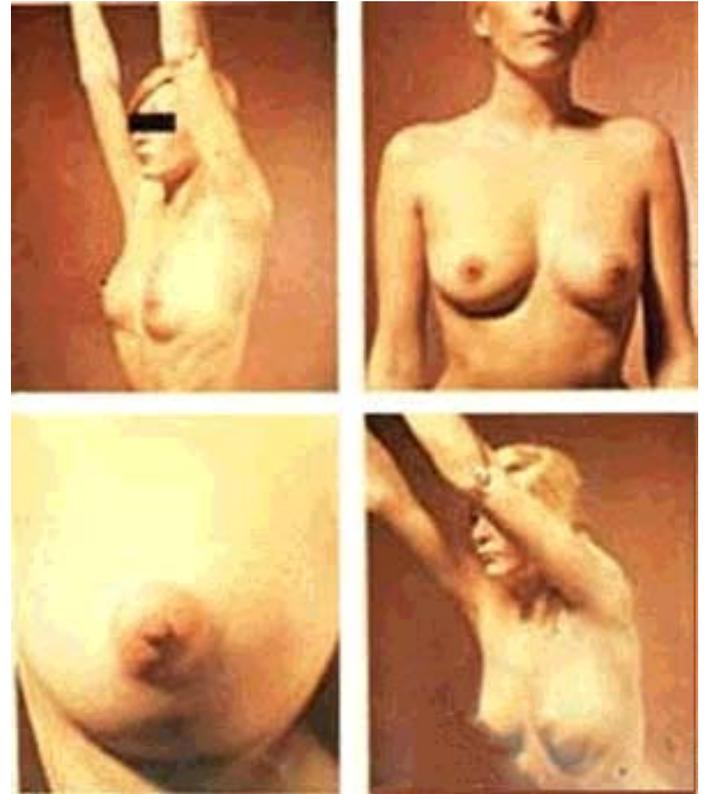
examen
clinique

La consultation sénologique

INSPECTION

Debout de face, en mobilisant les bras puis couchée.

1. Bras levés, recherche d'une fossette ou d'un pli cutané, d'une rétraction du mamelon
2. Examen de l'aréole et du mamelon
3. Recherche d'une déformation, d'une rétraction
4. Proclive, bras levés, recherche d'une déformation



Examen clinique

Examen

L'examen comporte deux temps :

- Inspection : Recherche d'anomalies visibles
- Palpation : Caractériser la tumeur
- Taille de la tumeur
- Siège de la tumeur dans le sein et par rapport au mamelon
- Fixité par rapport au muscle grand pectoral , et à la peau
- Adénopathies axillaires associées

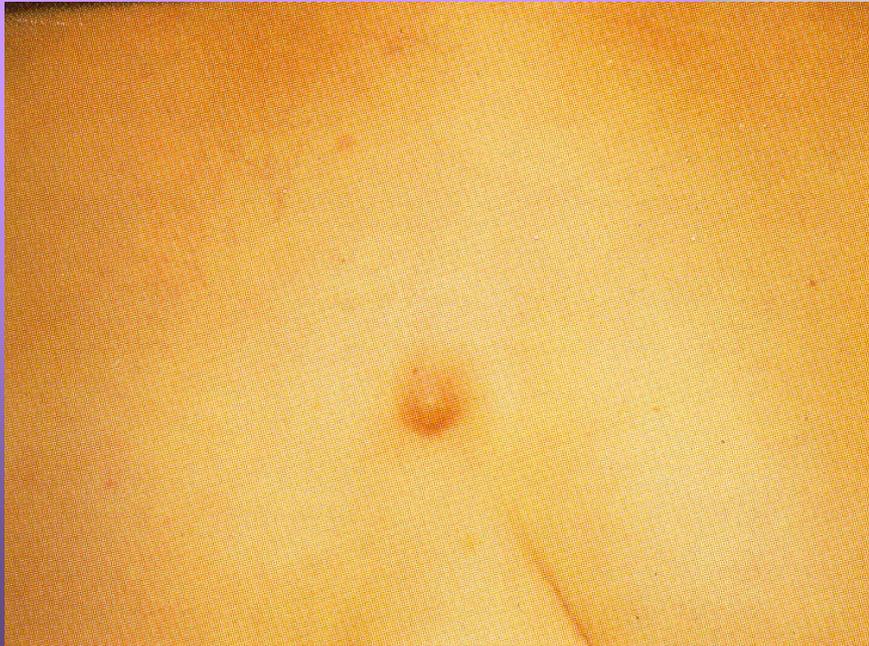
peau



Épaississement cutané
Méplat – Rétraction

Squerrhe
Peau d'orange
Mastite



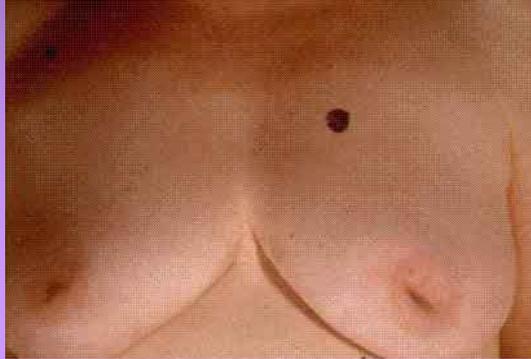


Sagittal T1 : Multiples lésions HYPOSIGNAL atteinte arc postérieur L5



Mamelon

Écoulement
Rétraction
invagination
Ulcération





Examen clinique

Taille



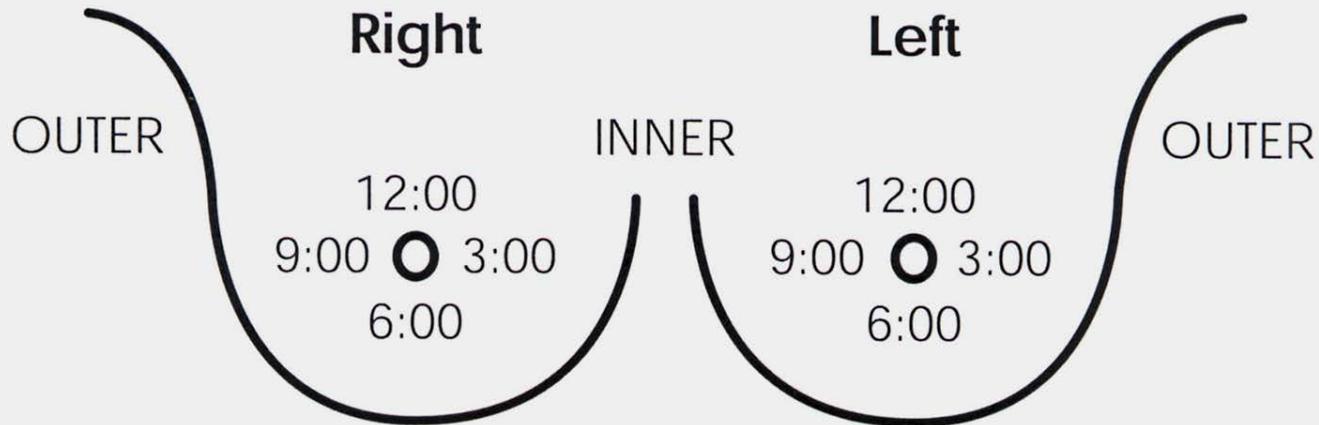
volume tumoral /volume du sein +++

→ chirurgie conservatrice ou pas

Topographie / mamelon

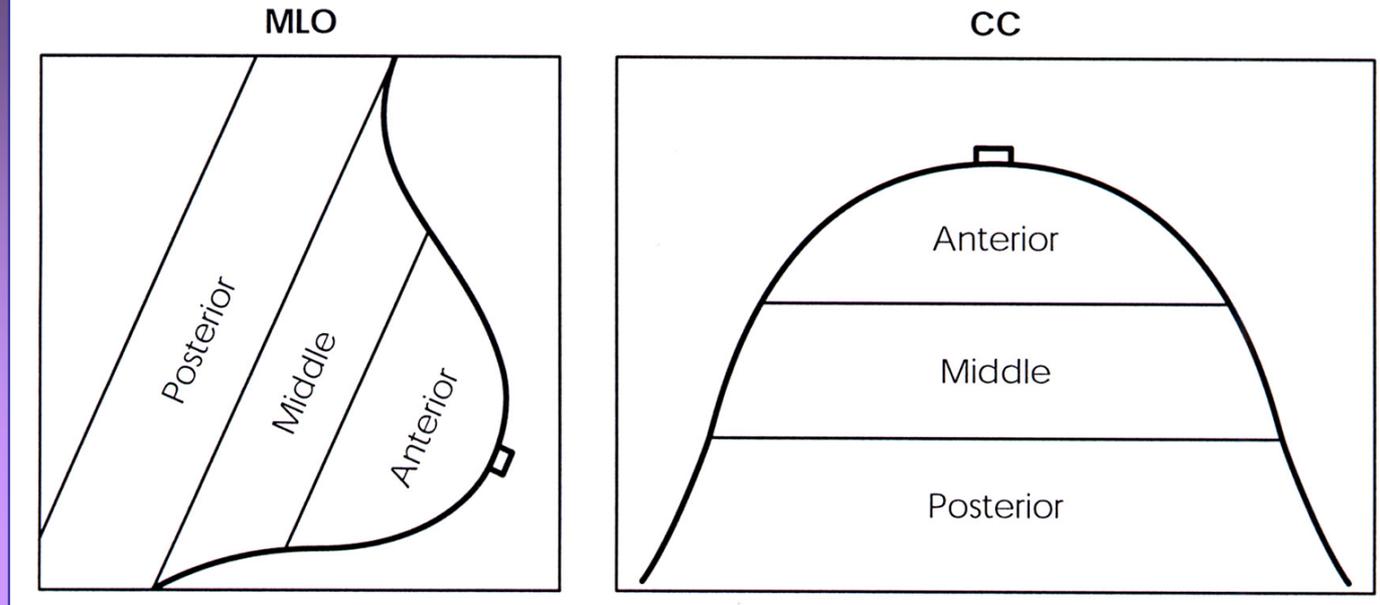
chirurgie conservatrice ou pas

Figure 1. Clock face locations



Supéro-Externe
Supéro-Interne
Inféro-Externe
Inféro-Interne
Région Rétro-aréolaire
Prolongement axillaire

Figure 2. Depth



Sous-cutanée

Intra-glandulaire

Pré-pectorale

Siège dans la glande

Autres caractéristiques :

Fixité : peau , plan profond

Caractère Douloureux

Concernant les ganglions.....

Présence

Nombre

Taille

Consistance

Fixité

Arguments pour lésions bénignes.....

Bien limitée? mobile

Non fixée à la peau , et muscle

Pas d'adénopathies

Arguments pour lésions malignes.....

Mal limitée , pas de liseré autour du nodule

Épaississement de la peau en regard

Fixité peau et ou muscle

Envahissement de la peau

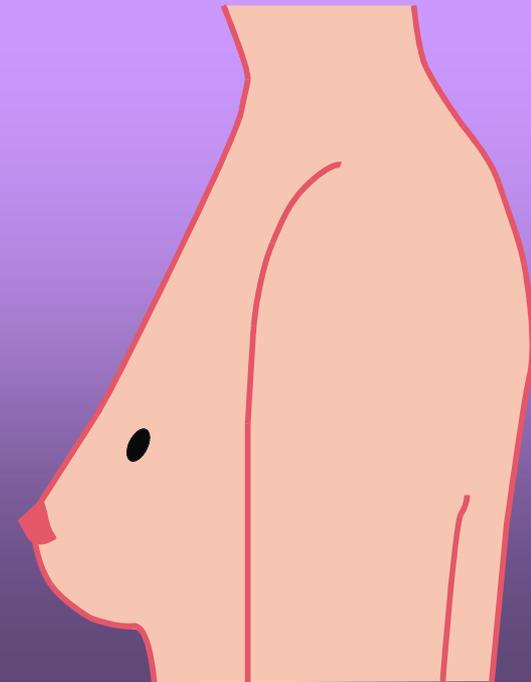
Peau d'orange et plus ou moins syndrome inflammatoire

Ganglions axillaires durs fixés

CLASSIFICATION TNM

Le stade T N M est déterminé par la clinique et l'imagerie

- TX** absence de renseignements
- Tis** In situ (carcinome intracanalair ou lobulaire *in situ* ou Paget du mamelon sans tumeur décelable)
- T1** ≤ 2 cm dans son plus grand diamètre
- T2** > 2 cm et ≤ 5 cm
- T3** > 5 cm
- T4** Extension à la paroi thoracique/peau
- T4a Paroi thoracique
- T4b Œdème cutané/ulcération, nodules de perméation
- T4c A la fois 4a et 4b
- T4d Carcinome inflammatoire

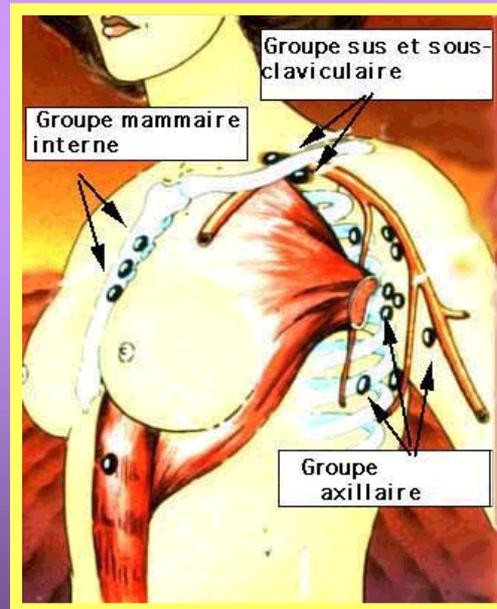


CLASSIFICATION TNM

Nx Appreciation impossible

N0 Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional

N1 Adénopathies axillaires homolatérales mobiles



CLASSIFICATION TNM

N2 Adénopathies axillaires fixées ou adénopathies mammaires internes homolatérales en l'absence d'adénopathies axillaires

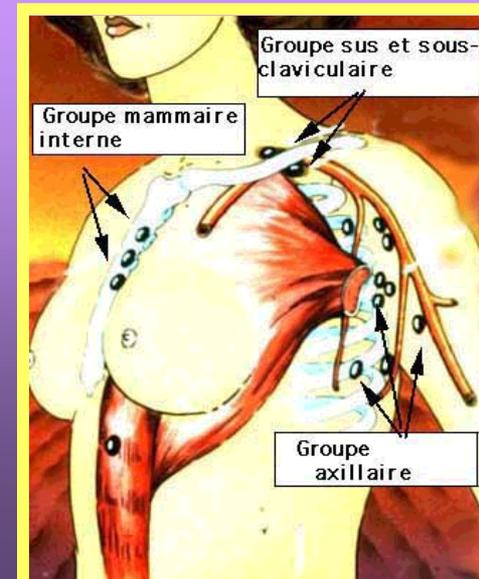
N3 Adénopathies sous- ou sus-claviculaires homolatérales ou adénopathies mammaires internes homolatérales en présence d'adénopathies axillaires

N3a Adénopathies sous-claviculaires homolatérales

N3b Adénopathies mammaires internes et axillaires

N3c Adénopathies sus-claviculaires

homolatérales



CLASSIFICATION TNM

Mx Absence de renseignements

M0 Absence de métastase à distance

M1 Métastase à distance

(les ganglions controlatéraux sus-claviculaires, cervicaux ou mammaires internes sont codés comme métastase à distance [M1] s'ils sont atteints)

■ Métastases les plus fréquentes: os,foie,peau,poumon et cerveau.



Classification TNM

Intérêt

Parler tous de la même chose

Pour proposer les meilleurs traitements



Mme Colette

60 ans sans antécédent familial

Examen systématique tous les ans pour surveillance d'une mastopathie fibrokystique et d'une hyperplasie atypique gauche opérée en 1998

Examen clinique cicatrice inféro-interne gauche

EXAMEN CLINIQUE



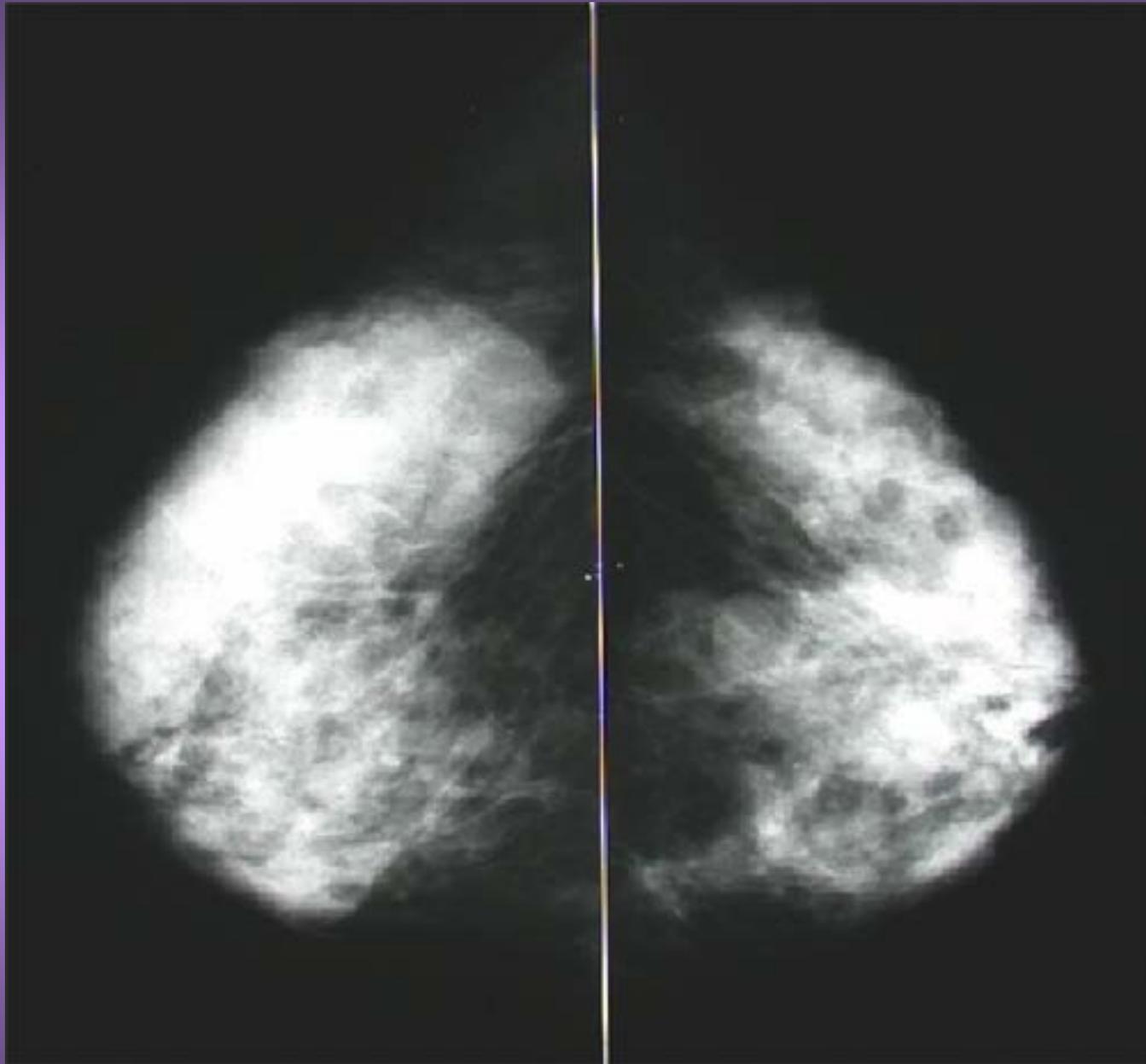
Debout



Décubitus

Comment classez vous cette
mammographie en 2004 ?

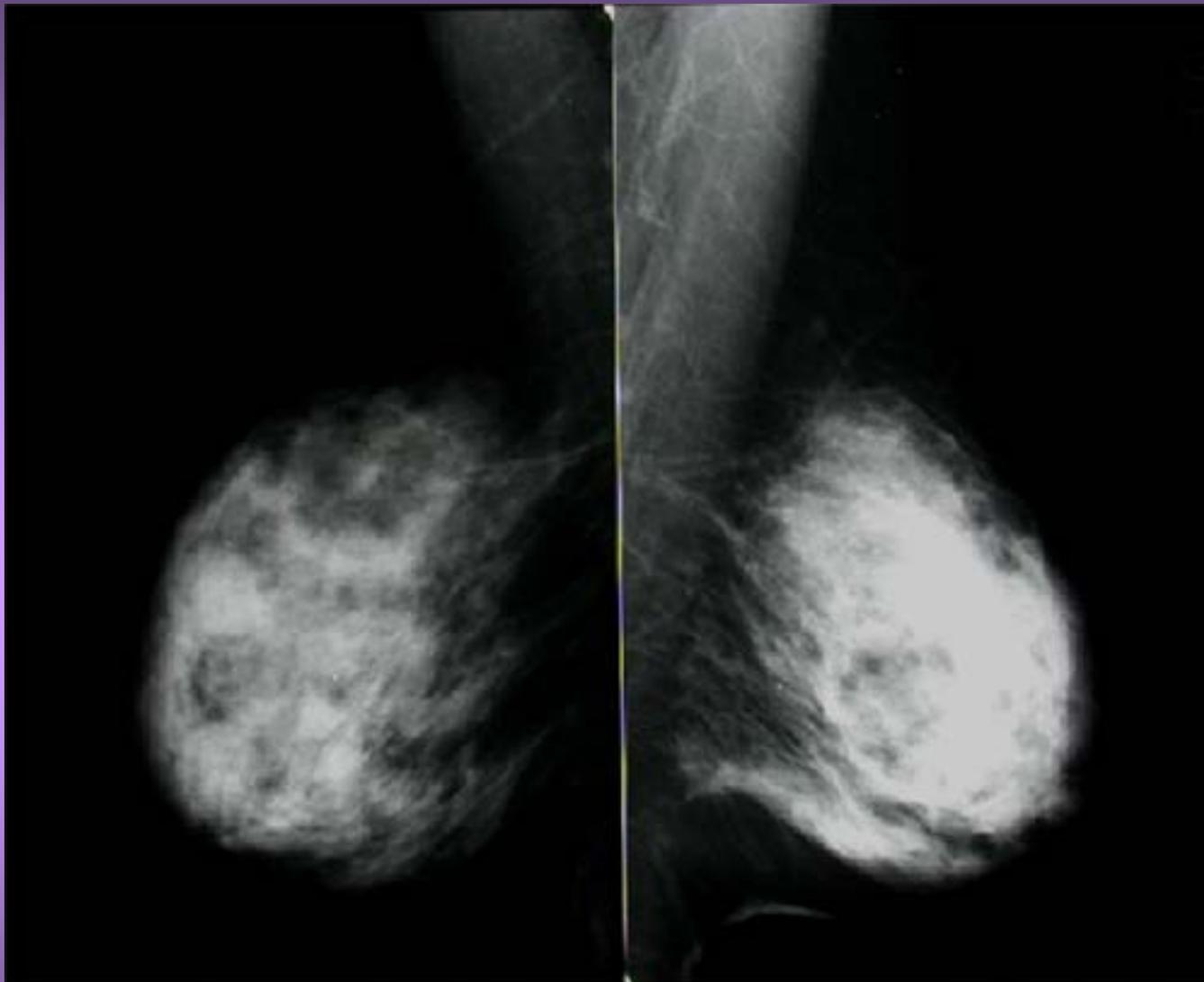
Droit
externe



Gauche
externe

Face

Droit



Gauche

2004 oblique

Mammographie droite

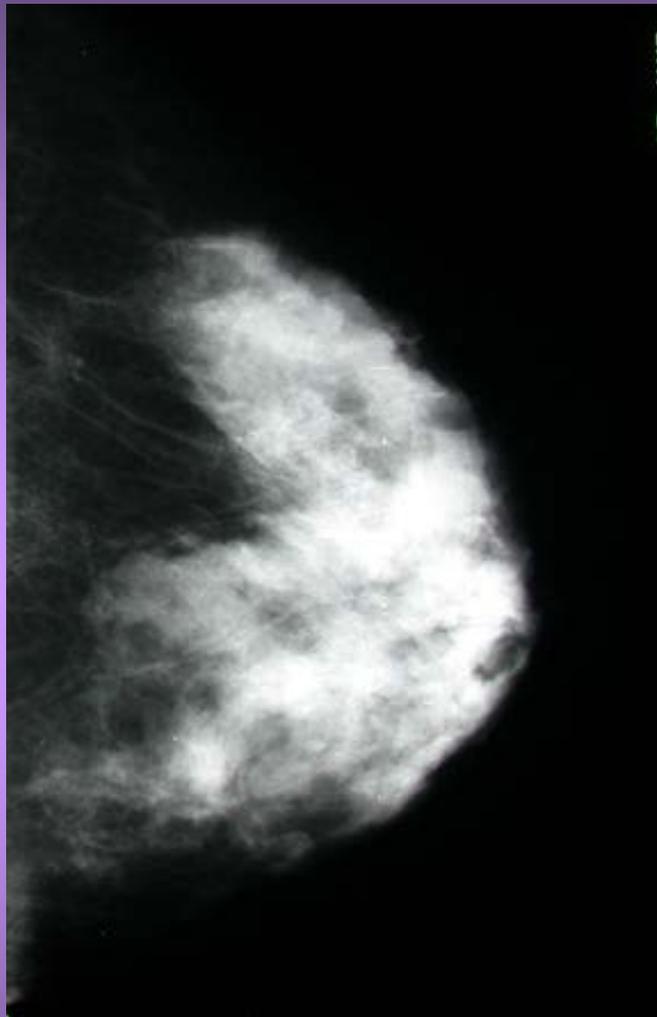
- 1 ACR 0
- 2 ACR 1 ou ACR 2
- 3 ACR 3
- 4 ACR 4
- 5 ACR 5

REPONSE

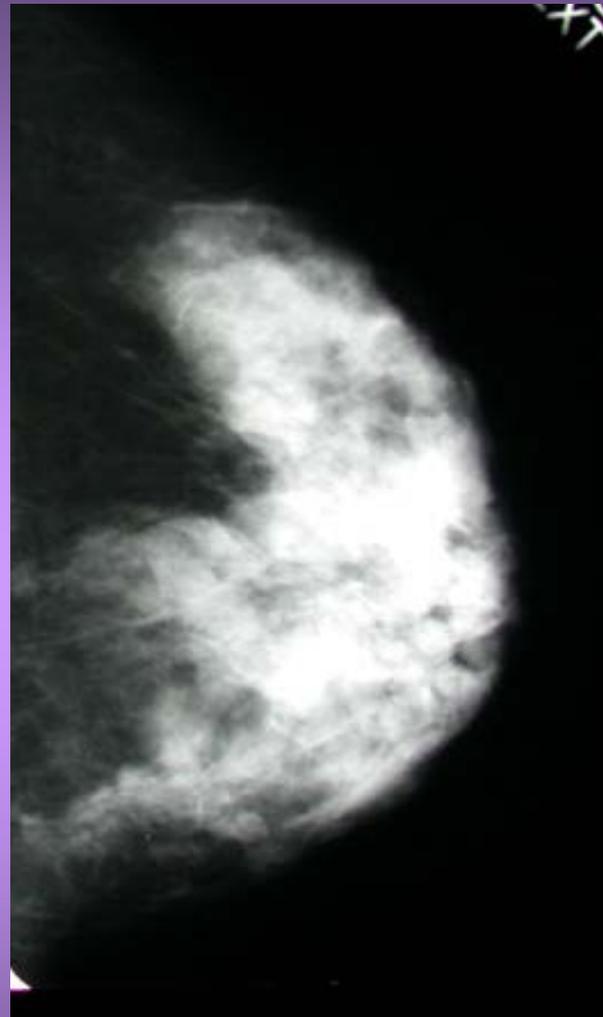
ACR 2

Mammographie gauche

- 1 ACR 0
- 2 ACR 1 ou ACR 2
- 3 ACR 3
- 4 ACR 4
- 5 ACR 5



1999

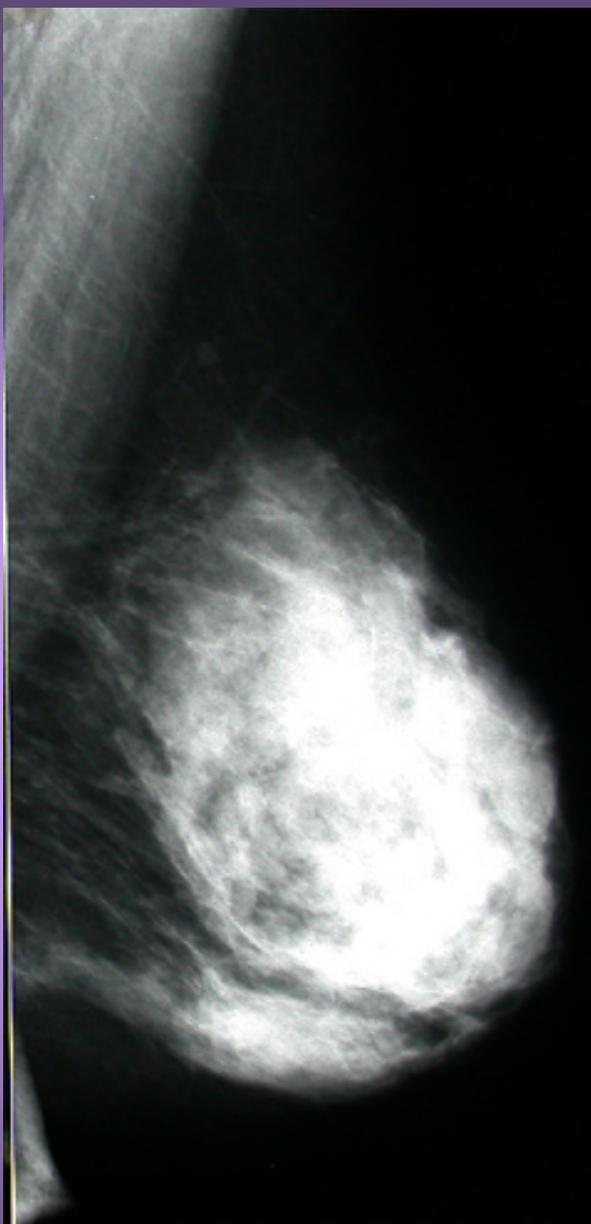


2002

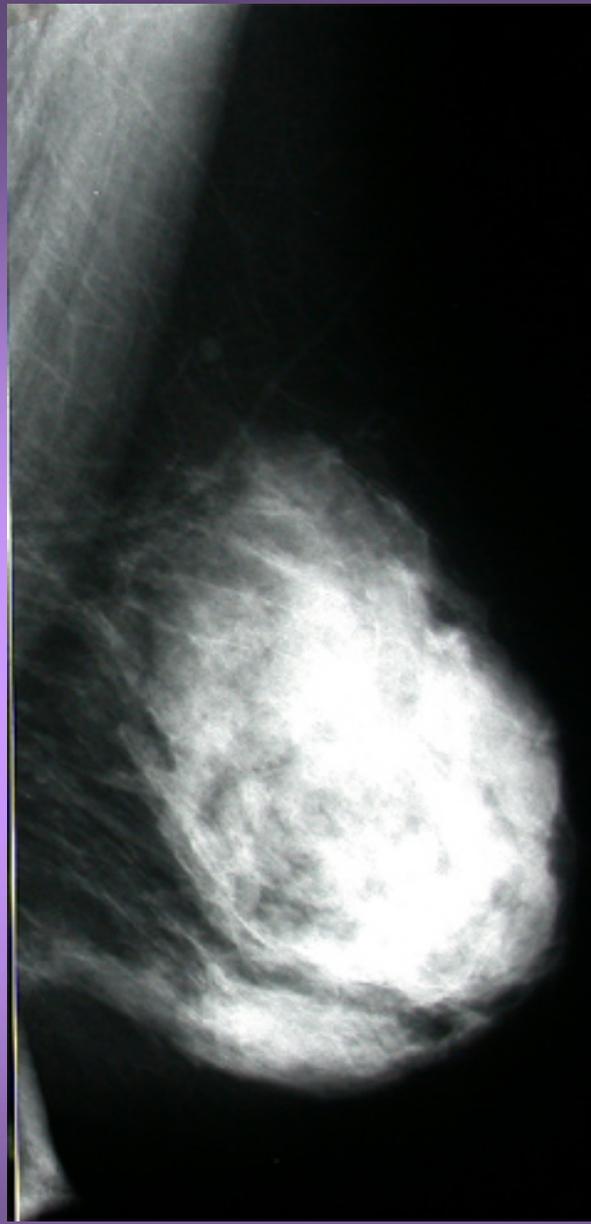


2004

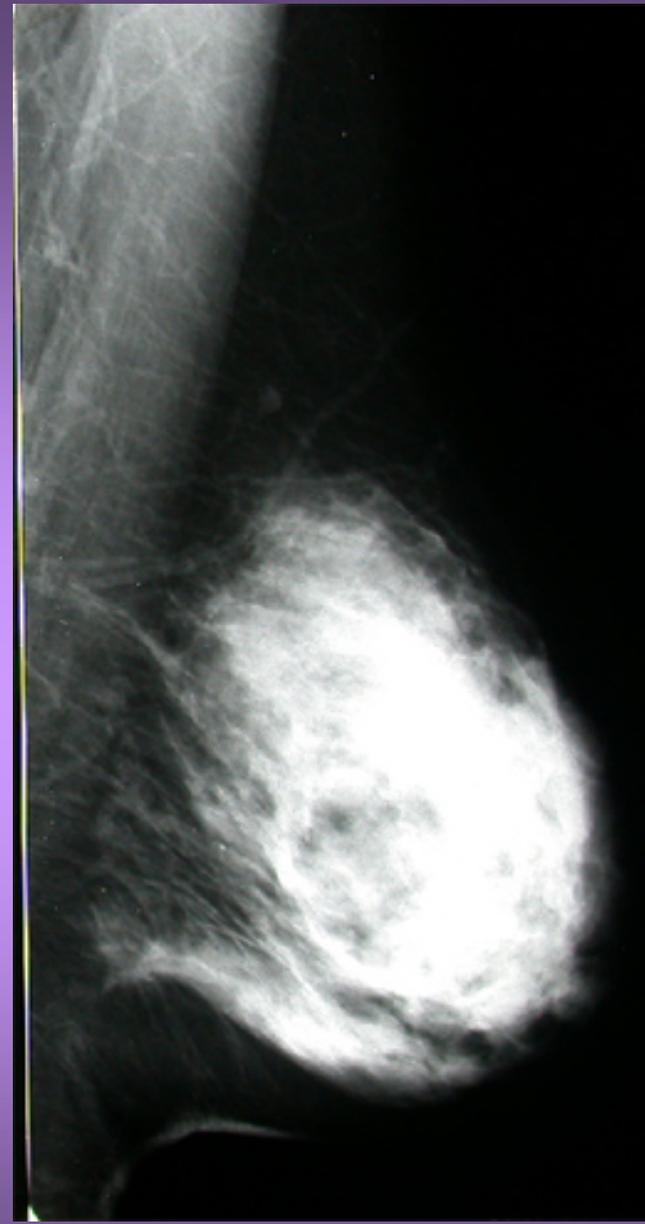
Face gauche



1999



2002



2004

Oblique gauche

D'après les anciens clichés, reclassez
vous cette mammographie?

1 Oui

2 Non

REPONSE

ACR 4



Quel examen complémentaire vous paraît le plus pertinent ?

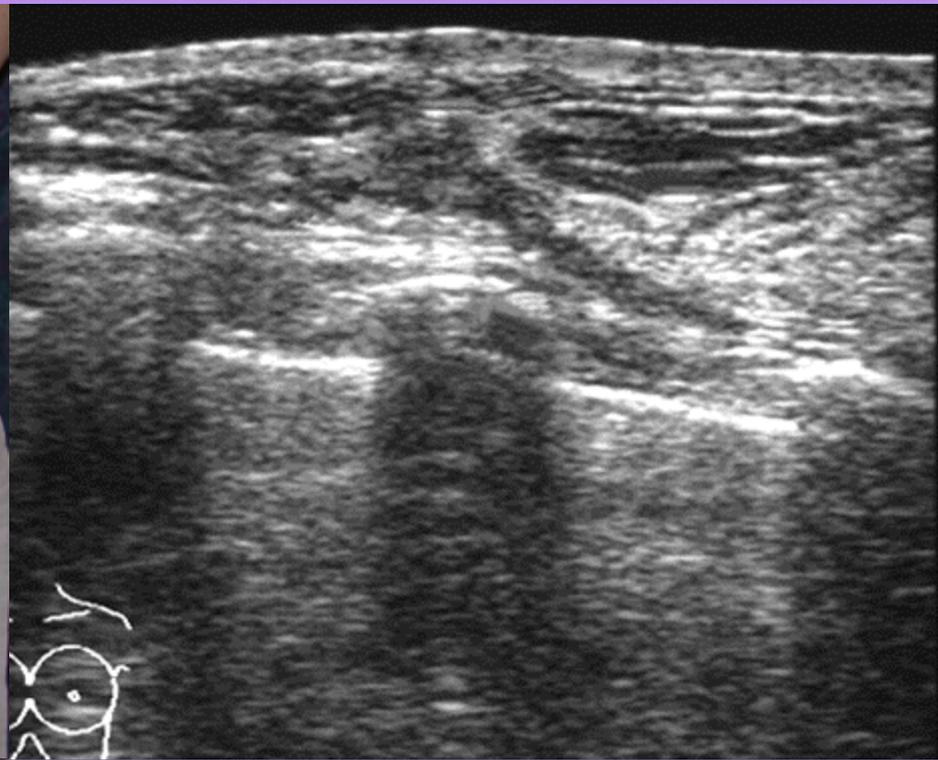
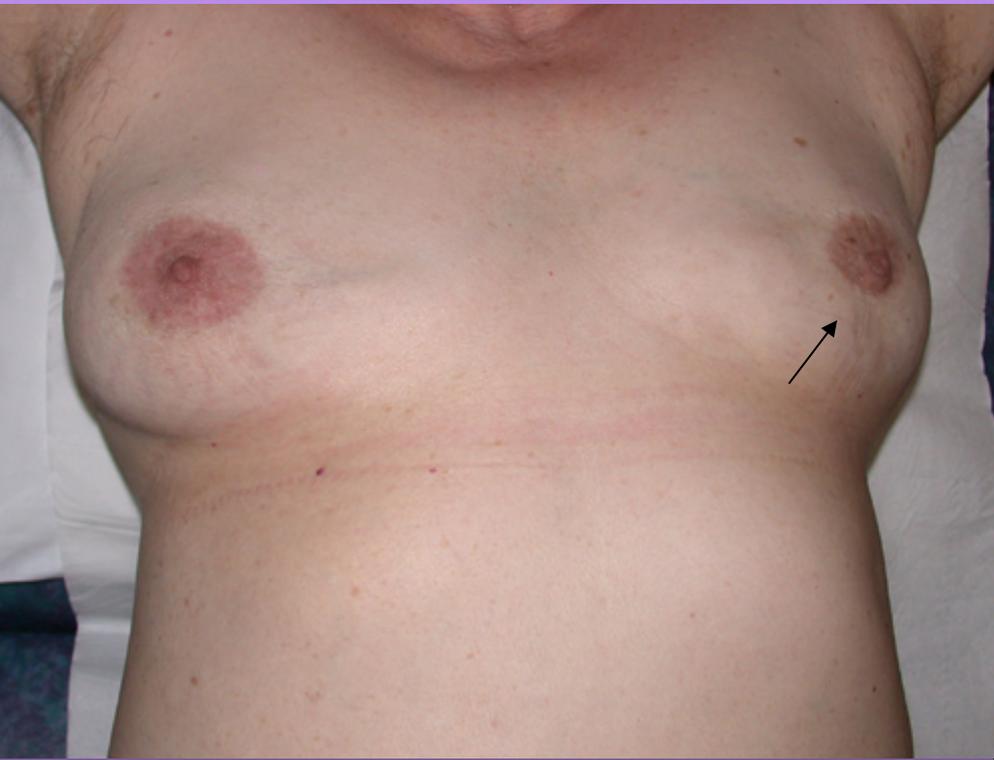
(Une réponse possible)

- 1 Contrôle mammographique à 6 mois
- 2 Echographie
- 3 Une IRM sein
- 4 Un contrôle histologique

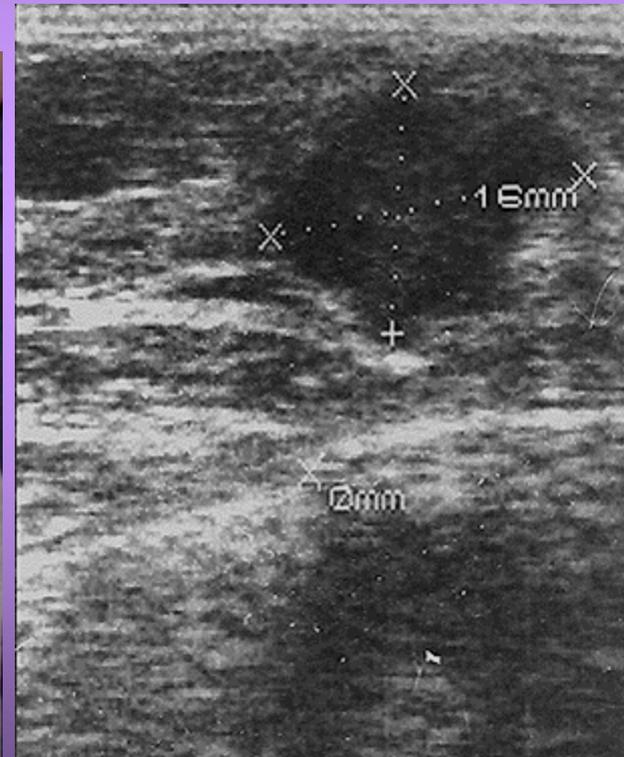
REPONSE

Echographie

L'échographie montre une image normale dans le site opéré inférieur interne gauche



L'échographie montre également une image hypoéchogène d'échostructure solide en région para sternale gauche de 16 mm.



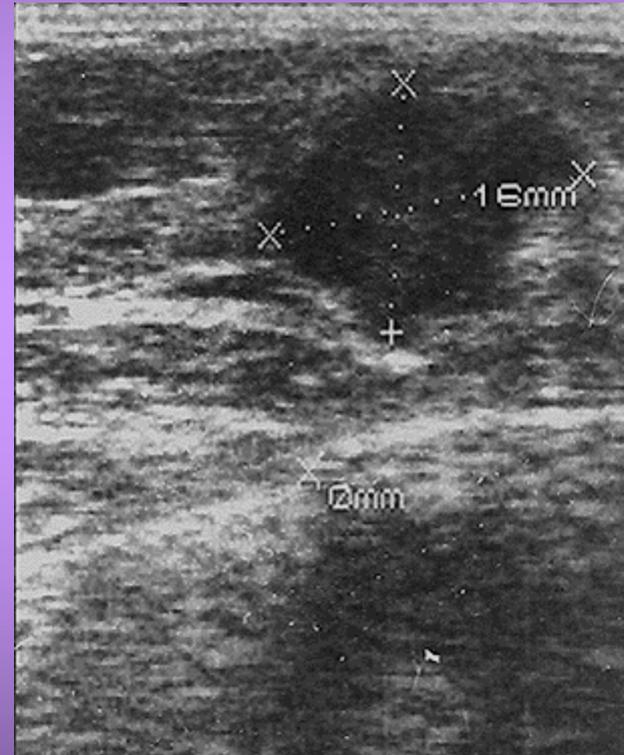
Examen clinique



Examen clinique



Echographie



Comment classez vous cette échographie ?

- 1 ACR 0
- 2 ACR 1 ou ACR 2
- 3 ACR 3
- 4 ACR 4 ou ACR 5
- 5 AUTRE

Un diagnostic pré opératoire
des deux lésions a-t-il un intérêt ?

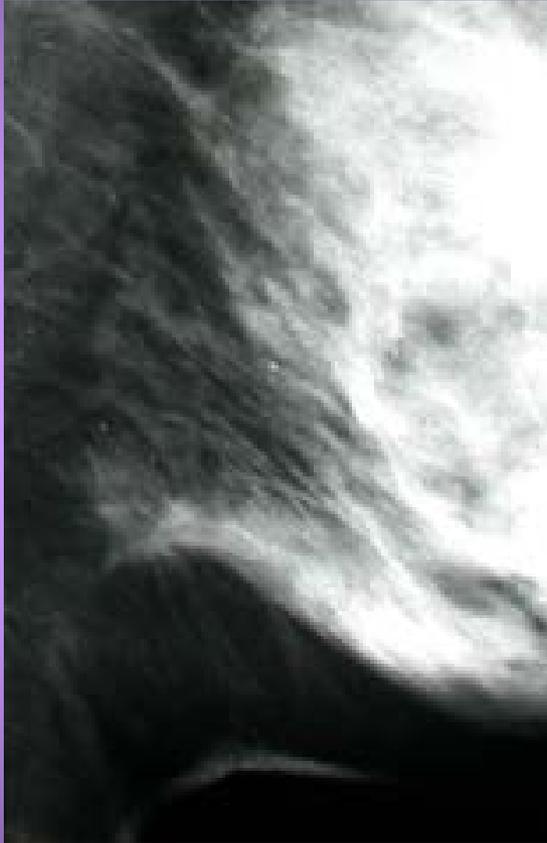
1 Oui

2 Non

REPONSE

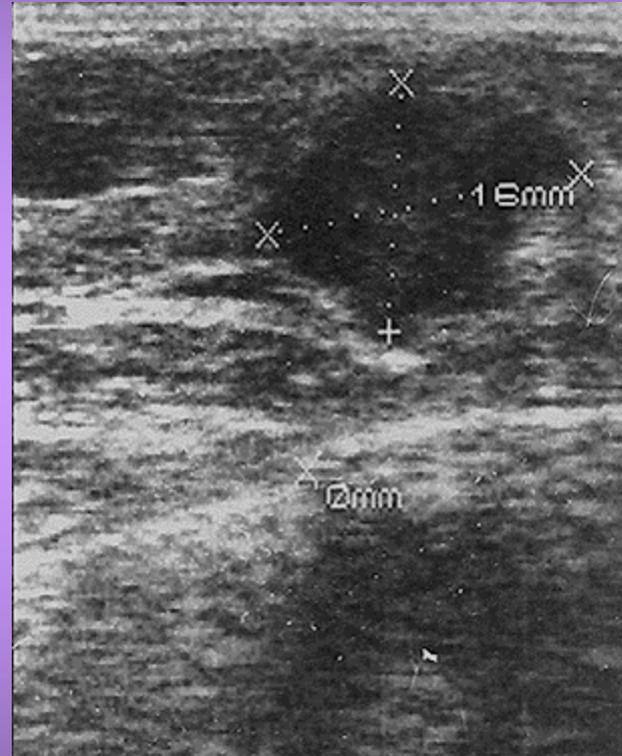
oui

Une micro biopsie 14G
de l'image ACR 4

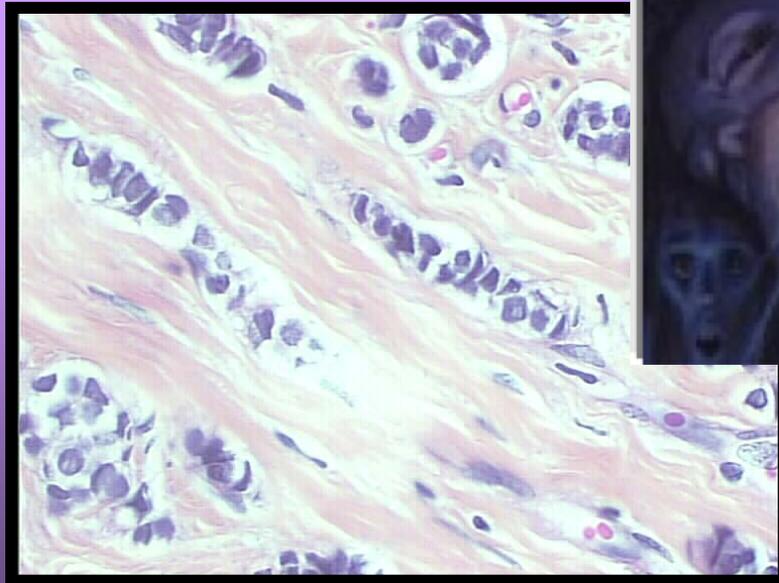


granulome cicatriciel

Une micro biopsie 14G de
l'image échographique



Carcinome lobulaire infiltrant



Proposez-vous pour cette patiente :

1

La mastectomie

2

La chirurgie conservatrice

REPONSE

chirurgie conservatrice

Tumorectomie du nodule palpable

- ▶ Carcinome lobulaire infiltrant de 22 mm et CCIS haut grade
- ▶ Exérèse en marges saines
- ▶ Ganglion sentinelle positif, curage axillaire p N: 1/12
- ▶ Récepteurs hormonaux négatifs

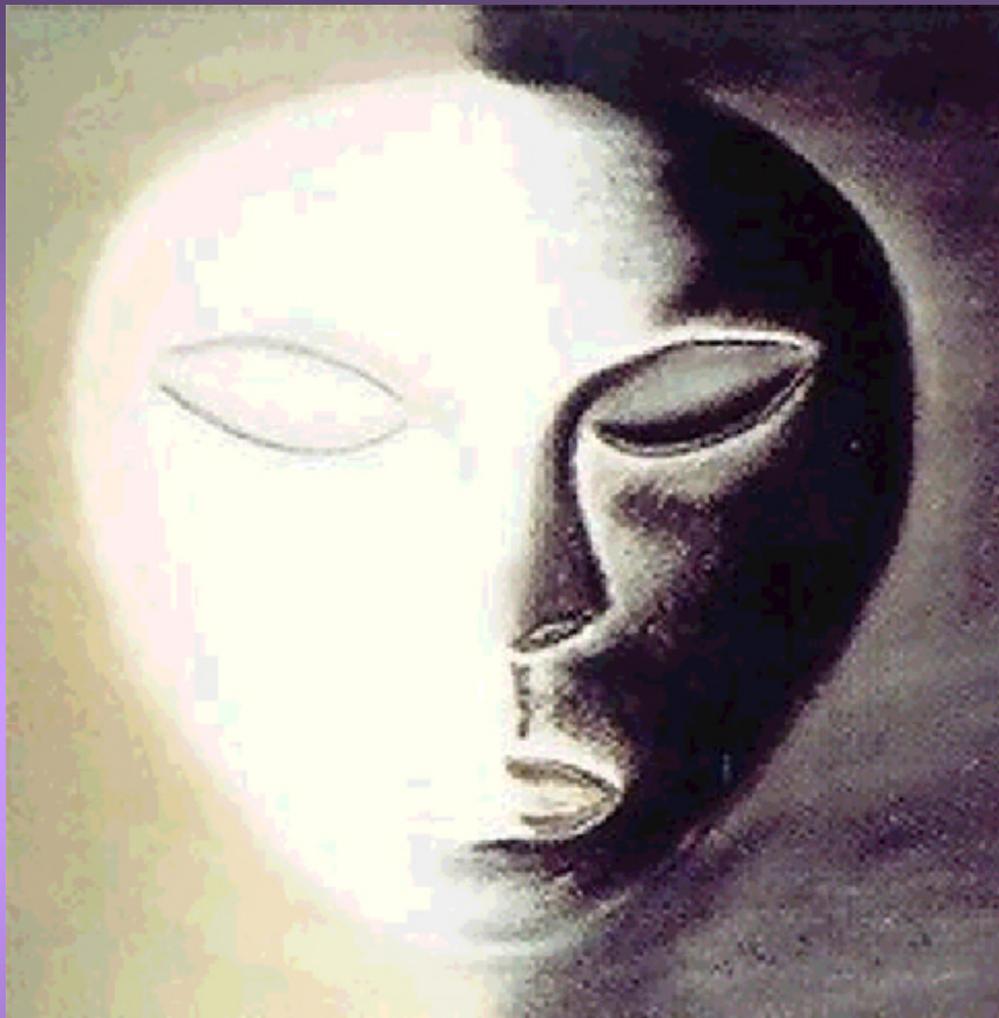
A PROPOS DE L'EXAMEN CLINIQUE

10% des cancers cliniques ne sont pas vus a la mammographie
90% CCIS ne sont pas palpables.

Importance de la confrontation RX clinique
inspection palpation

Localisation particulière occulte a la mammographie!!!

- 1sillon sous mammaire
- 2supero interne ou très externe
- 3 inféro interne para sternal
- 4 Retro aréolaire



Ne pas se laisser aveugler par une surveillance redondante et assoupissante... avec des images qui sommeillent..
Savoir démasquer et faire parler les zones d'ombres et les zones aveugles de la mammographie par un examen clinique rigoureux.



Patiente de 40 ans :

- Première mammographie de dépistage
- Aucun antécédent familial
- Examen clinique normal
- Découverte d'une image anormale à la mammographie et à l'échographie lors du bilan réalisé.
- Adressée en consultation de sénologie pour prise en charge.

droit

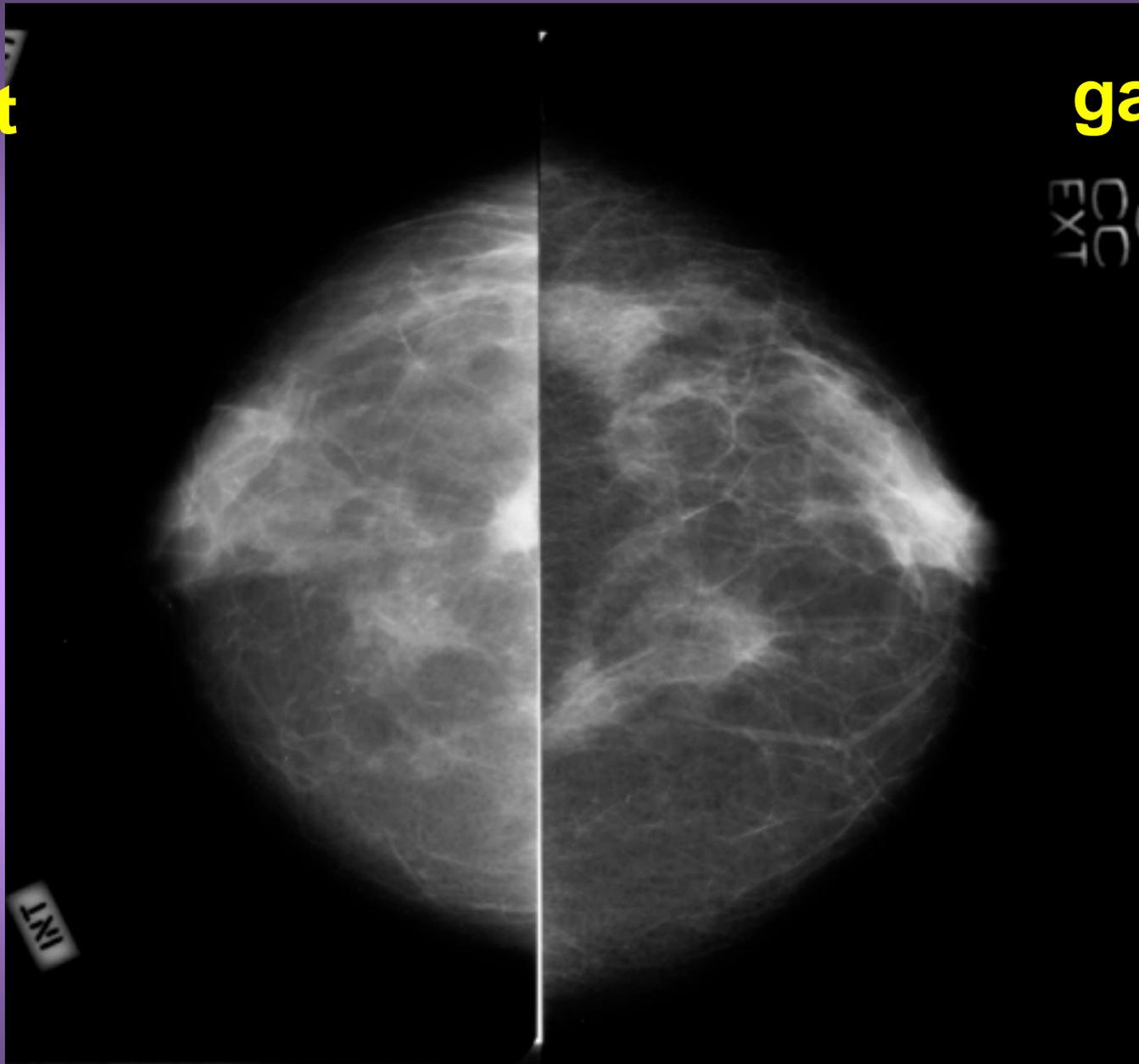
gauche



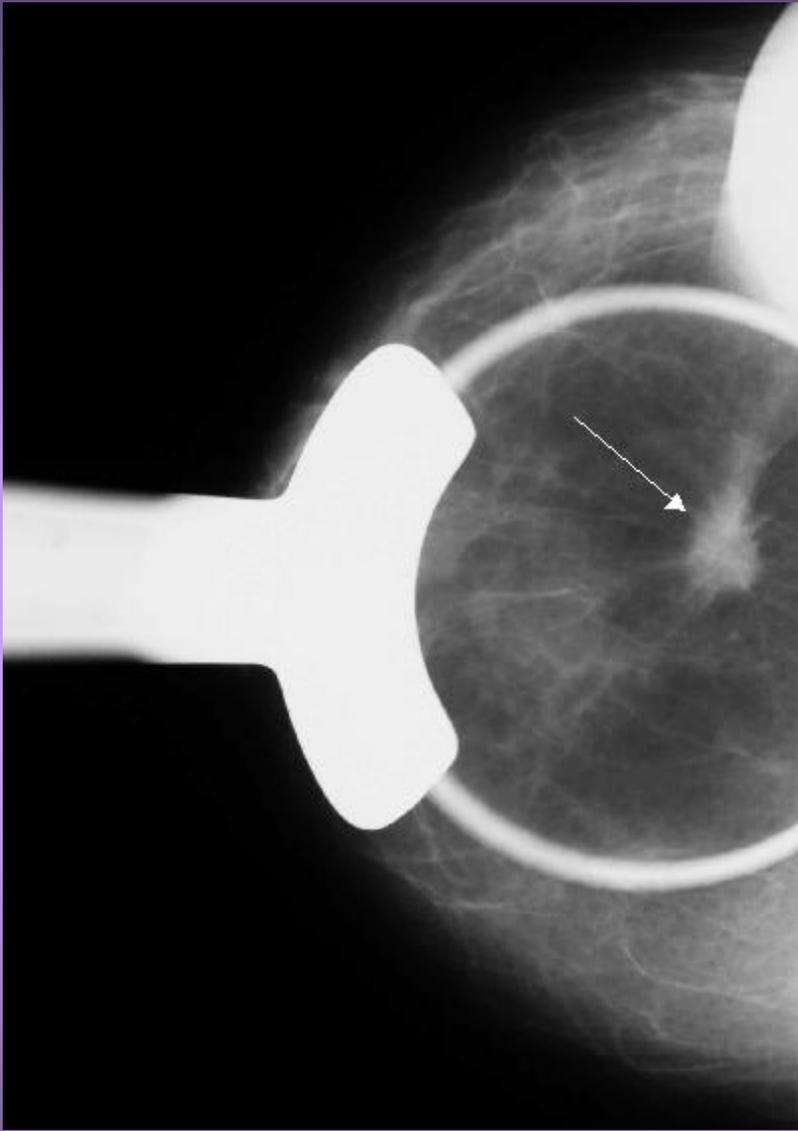
Oblique

droit

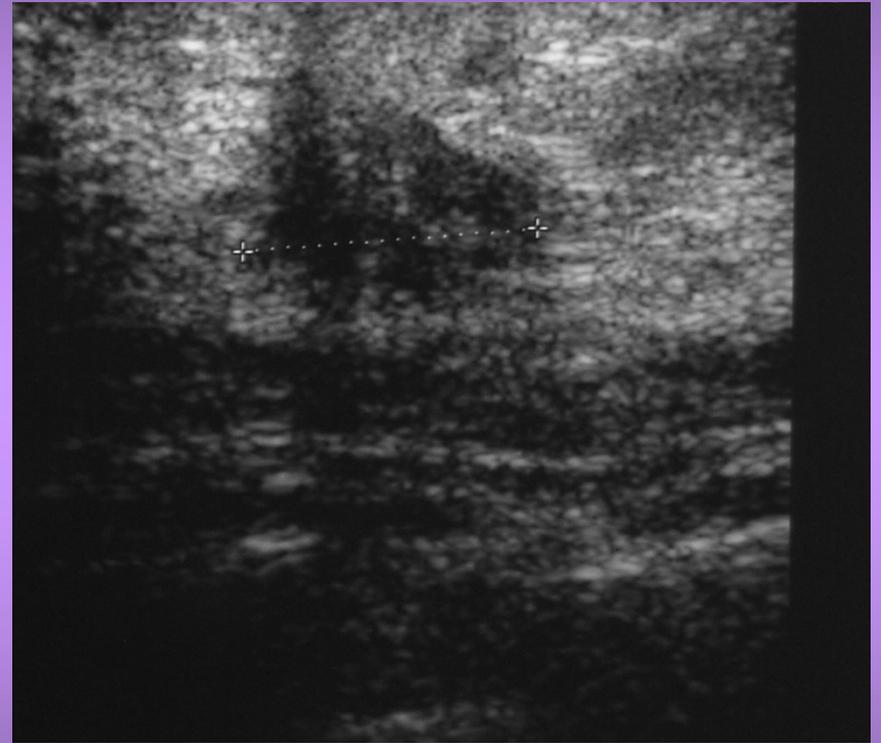
gauche



Face



Face droite



Lésion union quadrant supérieur droit de 18mm

La qualité des clichés mammographiques vous paraît-t-elle correcte ?

1

Oui

2

Non

Vous la classez à droite :

1 ACR 0

2 ACR 1 ou ACR 2

3 ACR 3

4 ACR 4

5 ACR 5

Vous la classez à gauche :

1 ACR 0

2 ACR 1 ou ACR 2

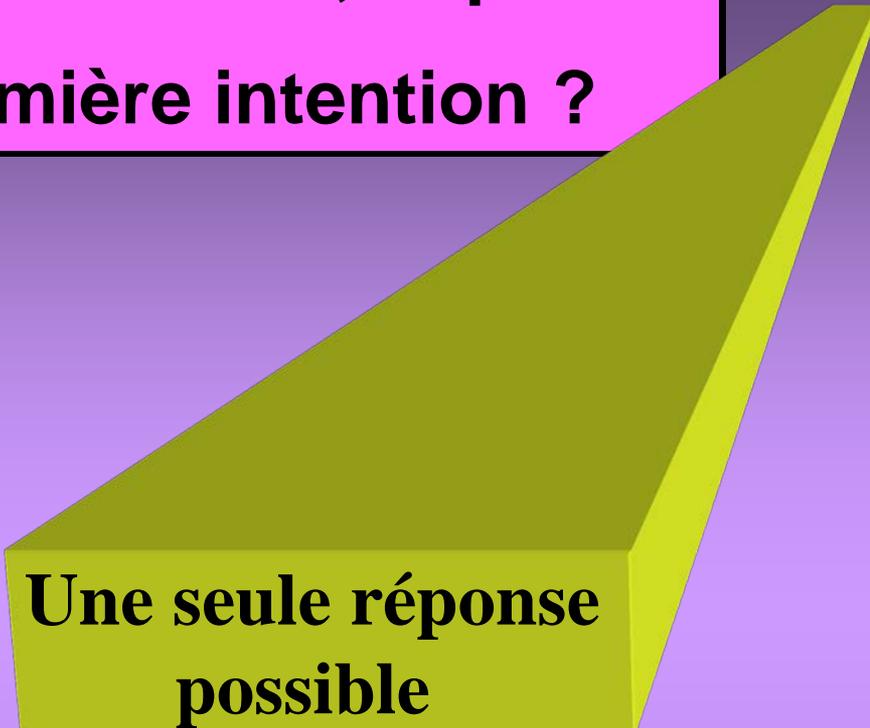
3 ACR 3

4 ACR 4

5 ACR 5

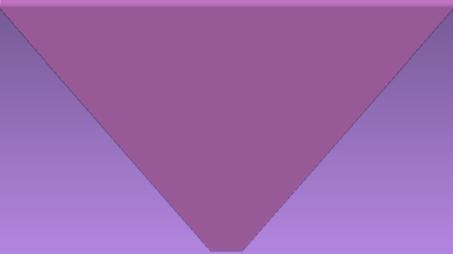
Parmi les propositions suivantes, laquelle proposez vous en première intention ?

- 1** Refaire des clichés
- 2** Refaire échographie
- 3** Micro biopsie
- 4** Macro biopsie par aspiration
- 5** Chirurgie



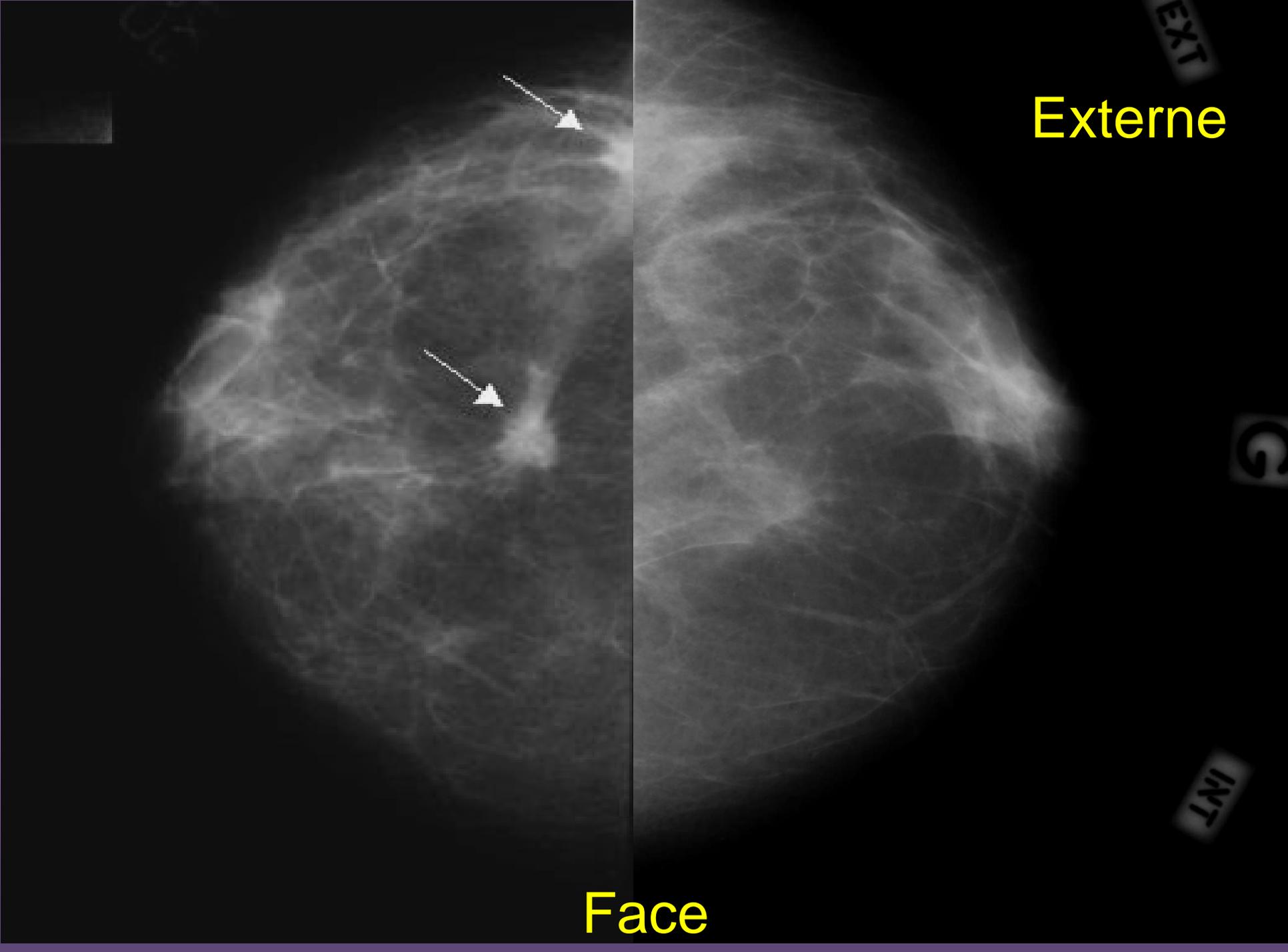
Une seule réponse possible

réponse



ACR 0 droite et gauche

Refaire des clichés



EXIT

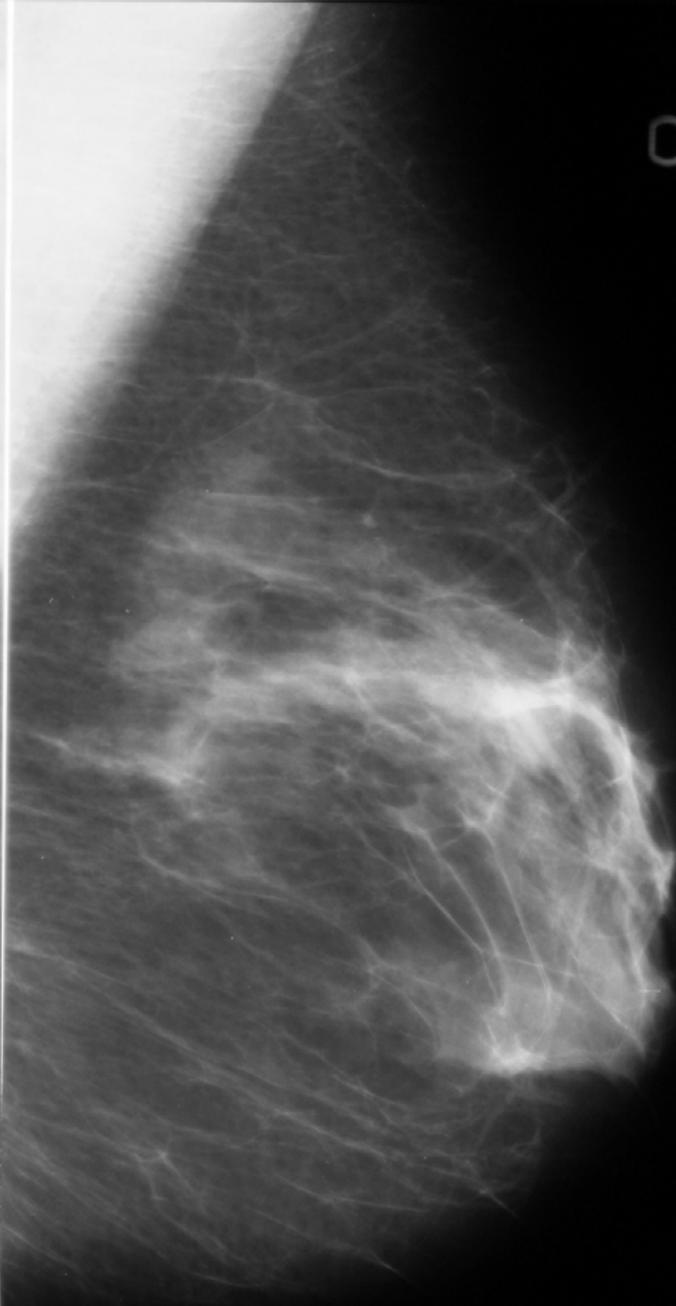
Externe

Face

INT

G

G
OBL ↑

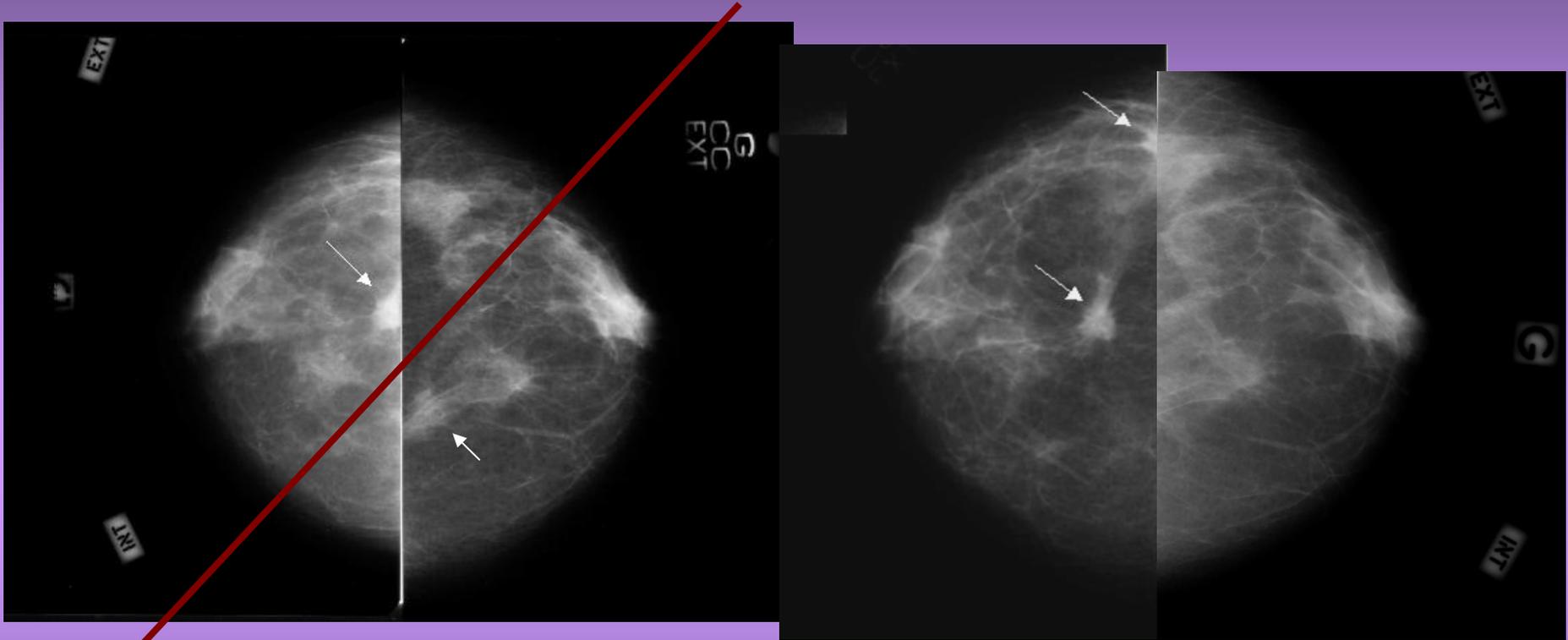


Oblique

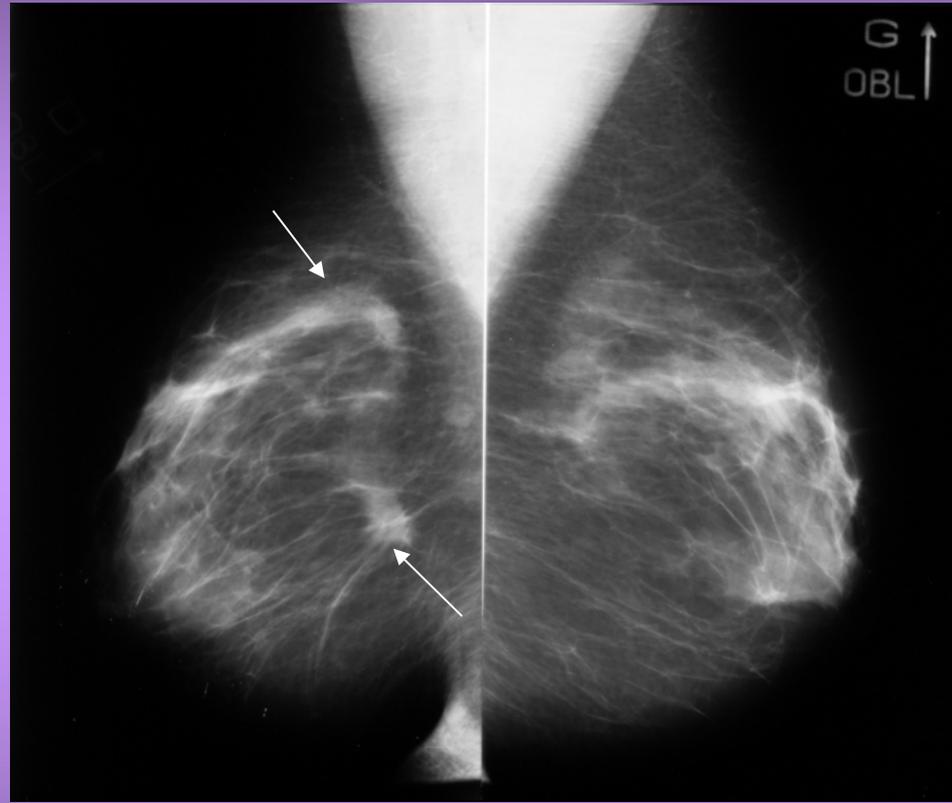
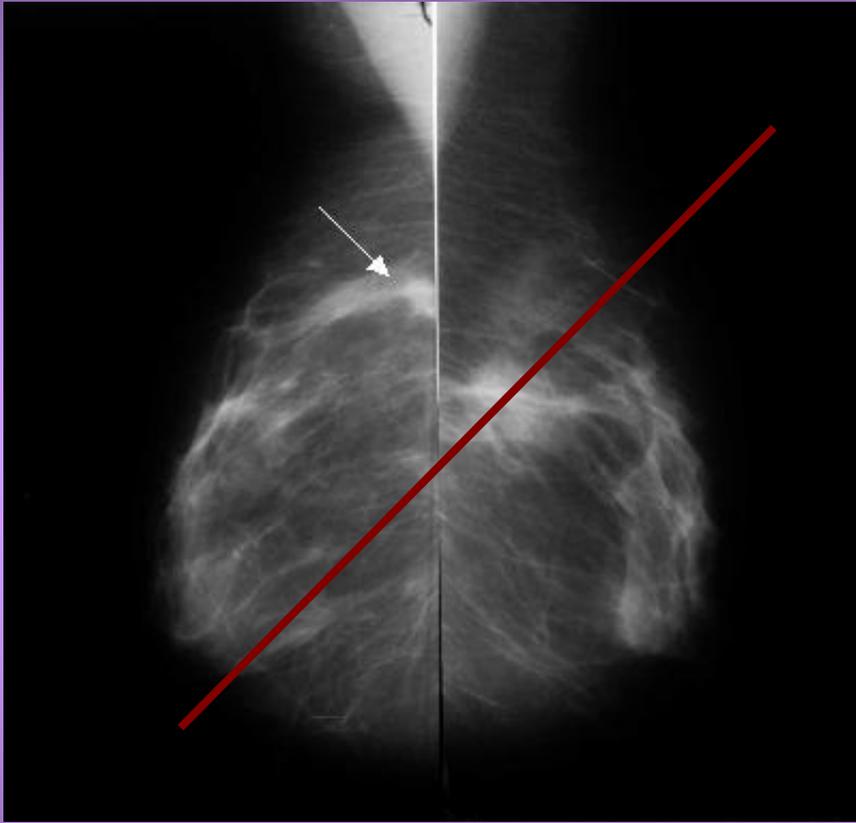


G
LA

Profil



Face



Oblique

réponse



**2 images ACR 5 à DROITE
et
une image ACR 1 à GAUCHE**

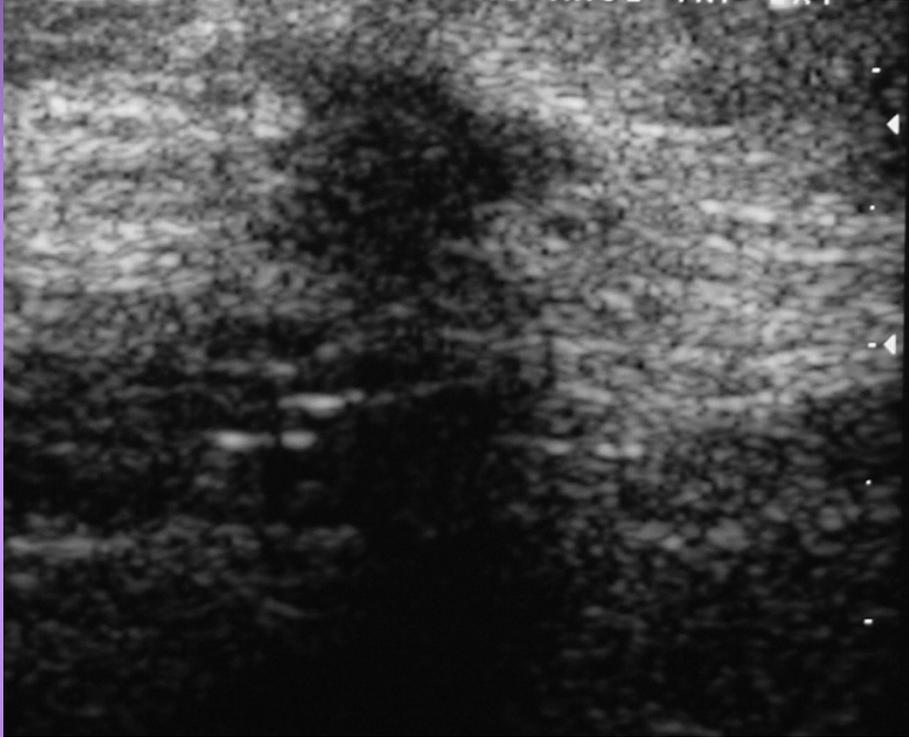
Mammographie ACR 5

Commentaire

Dans ce cas précis une échographie préalable n'avait décrit également qu'une lésion à l'union des quadrants supérieurs à droite.

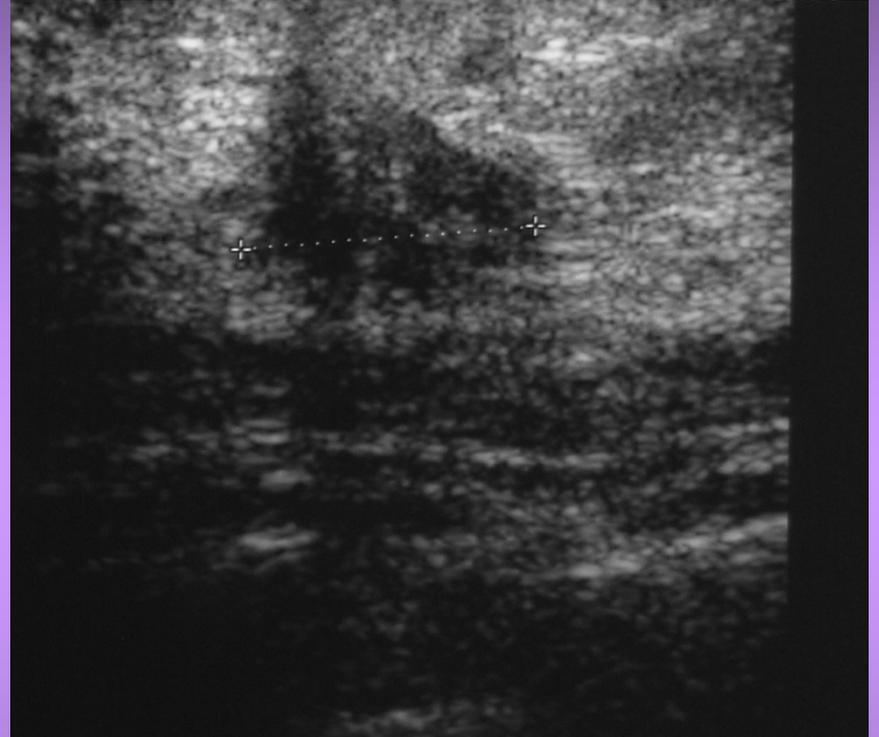
L'échographie refaite montre deux lésions distantes de 3 cm l'une de l'autre.

1



Retro mamelonnaire
20 mm

2

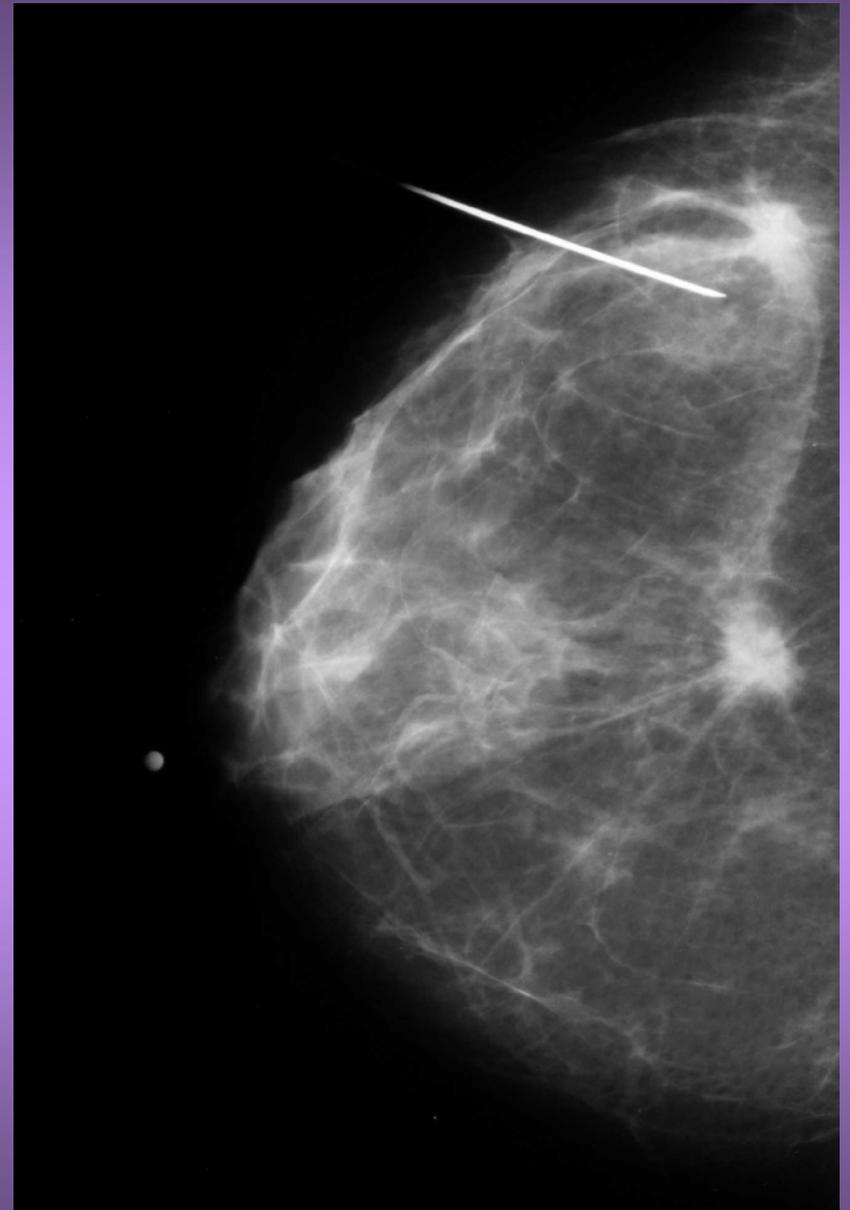


Union des quadrants
supérieurs 18 mm

Que proposez vous?

deux réponses possibles

- 1** Mastectomie et curage d'emblée
- 2** Micro biopsies écho guidées des 2 lésions
- 3** Chirurgie d'emblée avec extemporané des 2 lésions



Clichés de repérage

Si les clichés n'avaient pas été refaits, le traitement aurait été conservateur...





Alors que la mastectomie s'impose en raison du caractère multicentrique des lésions.

Résultat :

- **Carcinome canalaire infiltrant de 25 mm**
- **Carcinome canalaire infiltrant de 20mm**
- **Curage axillaire p N 2/16**
- **Récepteurs hormonaux positifs**

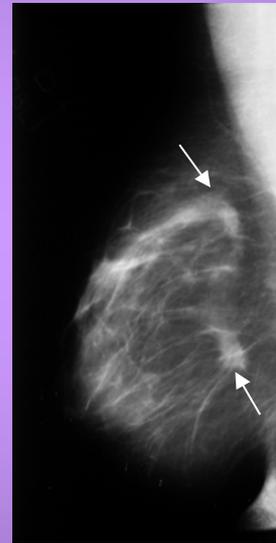
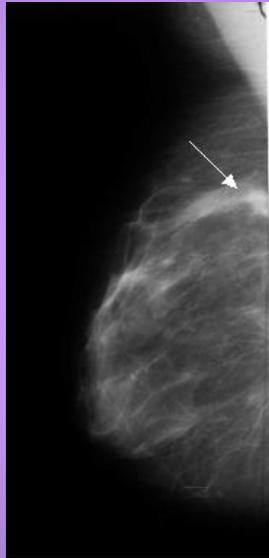
Chimiothérapie et Hormonothérapie

conclusion

Le contrôle de qualité des appareillages dépend d'un organisme extérieur propre

conclusion

Le contrôle de qualité des appareillages dépend d'un organisme extérieur propre



Le contrôle de qualité de l'incidence est tout aussi capital et ne dépend que de nous





Les cinq sens de Hans Markart (1872-1879)