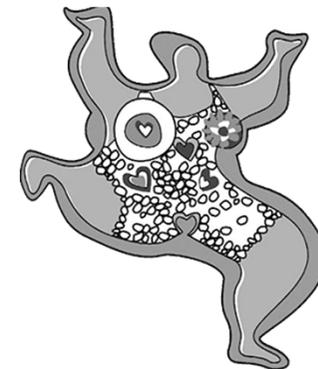


CAS CLINIQUES CGBSO



Dr Laura DUMINIL
Bordeaux Nord
06 juin 2023



CAS CLINIQUE 1

- Patiente de 59 ans, G2P2 sans antécédents notables
- Se plaint d'une lésion ulcérée du téton du sein gauche
- Quelle est votre attitude ?



Interrogatoire et clinique

- ATCD personnels et familiaux ?
- Dernier bilan sénologique ?
- Eczéma connu ?
- Recherche d'autres symptômes associés : érythème, gale, croûte, fissures, vésicules, érosions, lichenification
- Ces changements peuvent être accompagnés de douleur ou prurit.

Examen clinique



Quels sont les diagnostics à évoquer ?

- **Eczéma du complexe aérolo mamelonaire**

- survient habituellement de façon bilatérale
- associé à des symptômes systémiques de dermatite atopique
- répond à l'application de stéroïdes topiques



- **si les symptômes ne s'améliorent pas**

- > une biopsie de peau sera nécessaire pour exclure une maladie de Paget

- > Une analyse cytologique normale d'un écoulement peut être erronée, et l'imagerie peut être normale

- L'histoire clinique peut être utile, mais l'analyse histologique d'une biopsie est souvent nécessaire pour un diagnostic précis.

ECZEMA DU MAMELON

- **Eczéma atopique:** le plus souvent en cause ++++++
- Atteinte bilatérale : érythème prurigineux, squameux et fissuré, émiété, voire vésiculeux et suintant ou sec, lichénifié.
 - Prurit constant
 - Evolution chronique avec des rémissions.
 - Diagnostic grâce au contexte (ATCD personnels d'asthme, de rhinite saisonnière, atopie familiale, atteinte des grands plis de flexion)
 - Traitement : corticothérapie locale (risque de récidence)
- **Eczéma de contact: à des topiques renfermant des substances réactogènes :** lanoline, à la camomille, à du vernis à ongle (plaque d'eczéma associée sur les seins), à des sous-vêtements en fibres synthétiques (soutien-gorge ou bonnets en mousse de caoutchouc)

Autres diagnostics...

- Dermatite de contact
 - Dermatite irritante (le mamelon du jogger)
 - Lichen simplex chronicus ;
 - Psoriasis mamelonaire
-
- Infection à Candida en cas d'allaitement
 - Infection fongique du mamelon
 - Douleurs vives et brulures au niveau du téton
 - Persiste pendant la tétée « sensation de coups de poignards »
 - Vérifier la présence de muguet intrabuccal chez le bébé
 - Traitement oral fluconazole concomittant mère et nouveau né
 - Eviter macération/hygiene



TAKE HOME MESSAGE

- Bilatérale
 - Chronique
 - Par poussées
 - Régressif sous corticoïdes
- = ECZEMA

TOUTE LESION
UNILATERALE
MAMELONNAIRE
PERSISTANTE
=UNE MALADIE DE PAGET

.... une Maladie de Paget

= caractérisée par la présence de cellules malignes dans l'épiderme

=> Souvent associée à un carcinome canalaire in situ sous-jacent ou infiltrant.

=> Surtout à évoquer sur la base de manifestations cliniques spécifiques

- changements de la peau de façon unilatérale
- associés à une masse mammaire
- des microcalcifications
- un écoulement mamelonnaire.

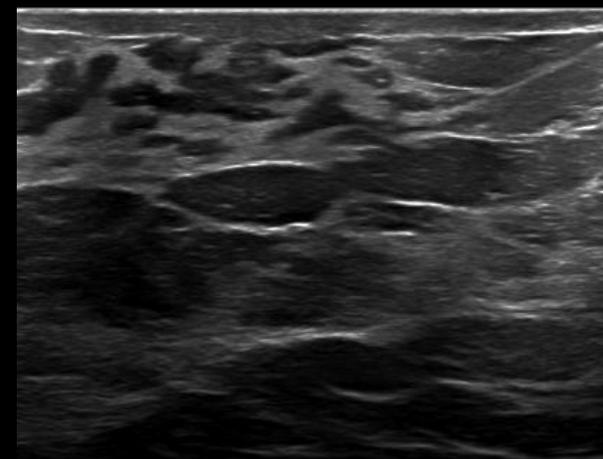
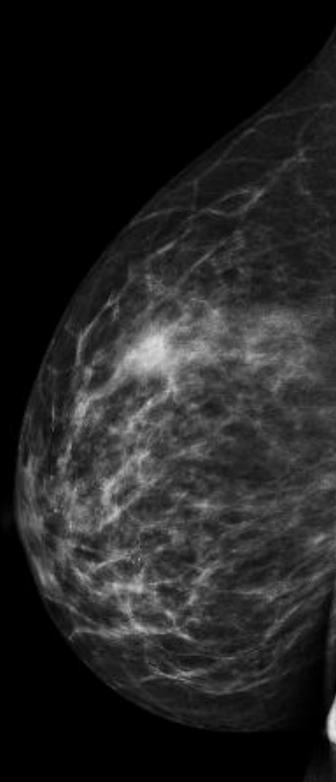
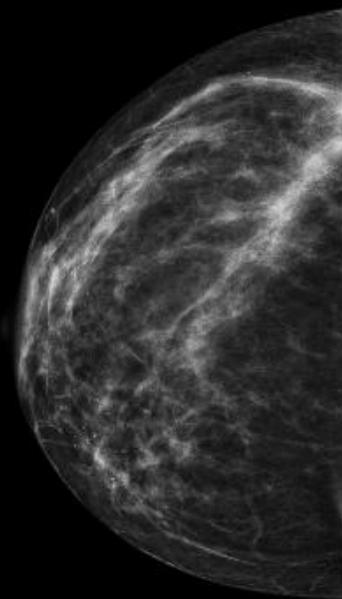
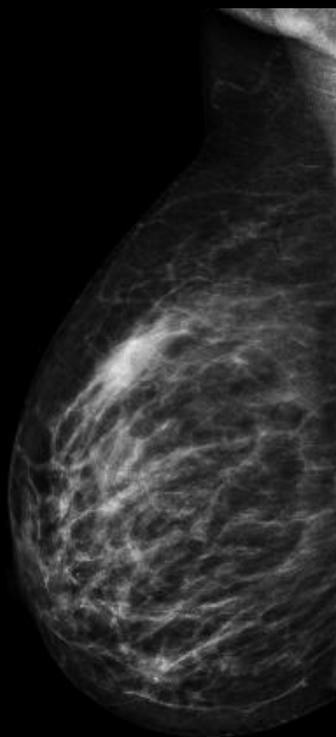
BILAN SENOLOGIQUE

- Le bilan sénologique
 - recherche une néoplasie mammaire sous-jacente
 - présente dans plus de 80 % des cas
 - Et multifocalité
- L'IRM mammaire préopératoire ++++
 - si une chirurgie conservatrice est envisagée en raison d'un taux élevé de cancer occulte en mammographie et échographie

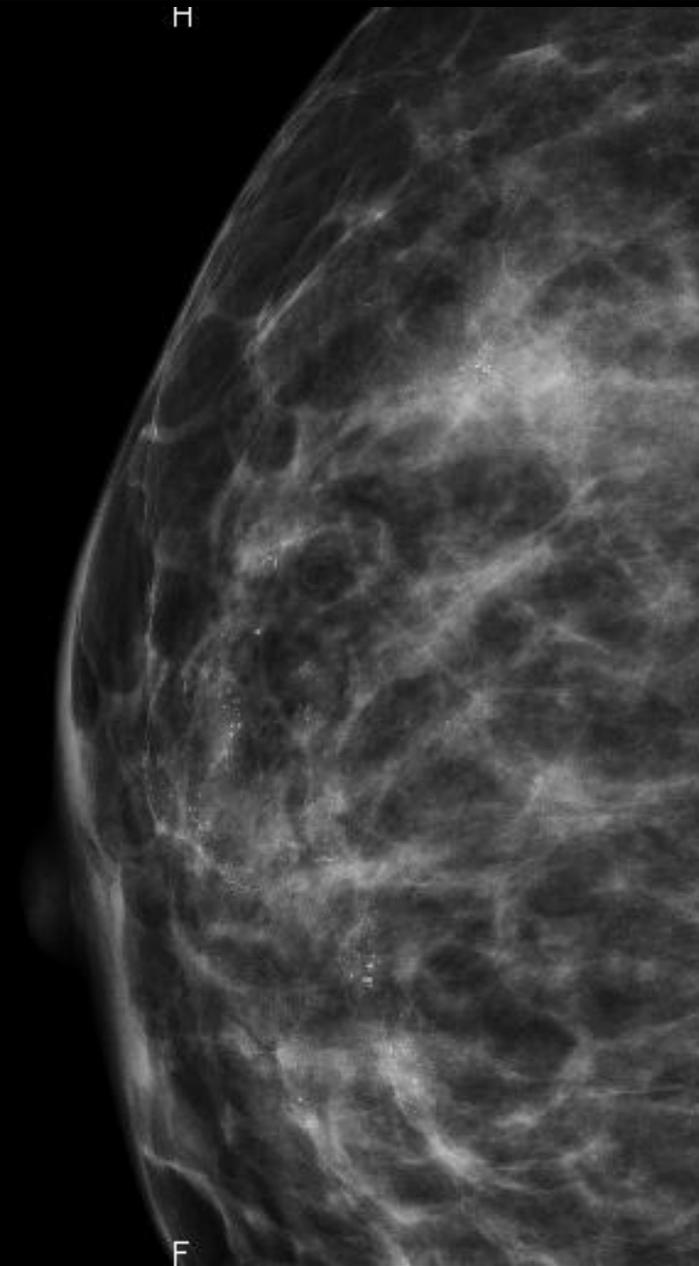
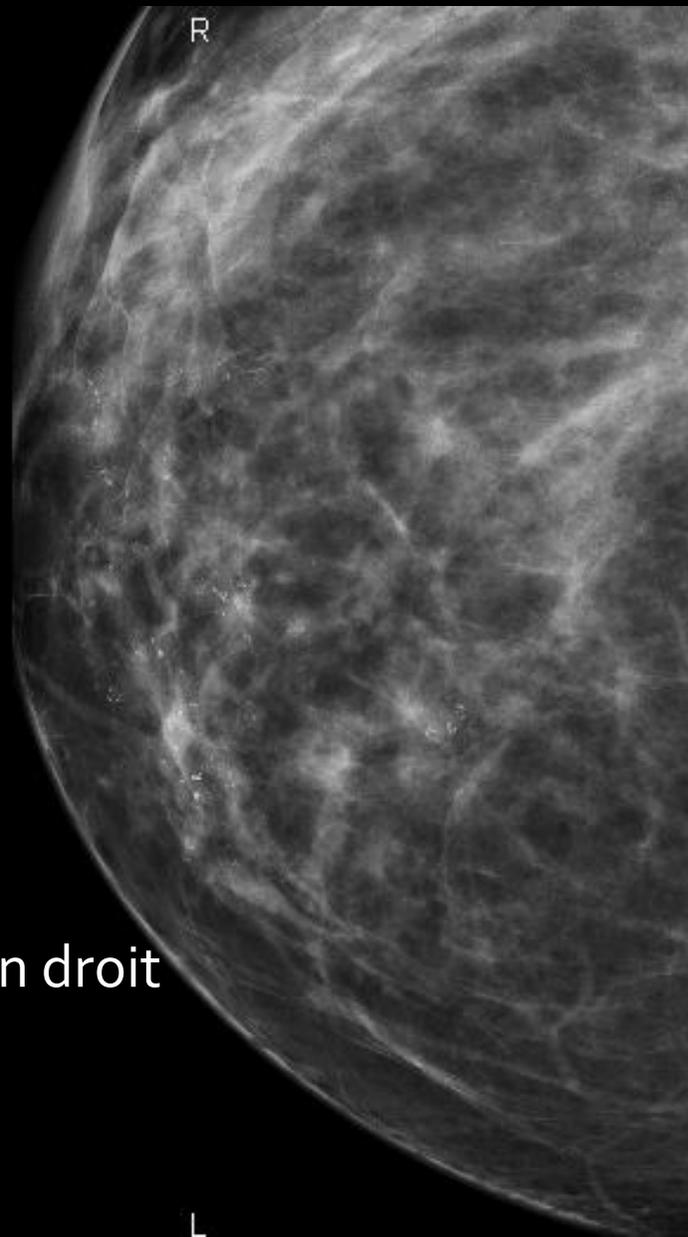
- Lésion du mamelon => biopsie du mamelon : maladie de PAGET
- Mammographie et échographie :
microcalcifications union des quadrants internes droits

H

R

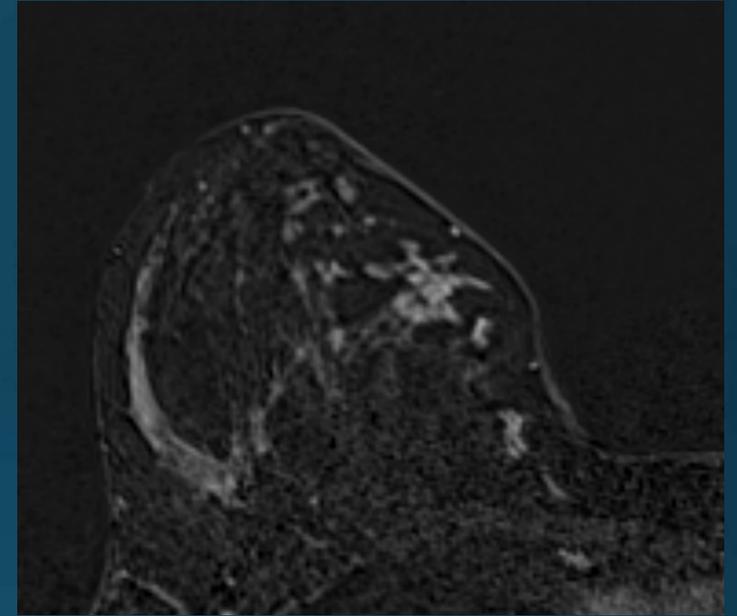
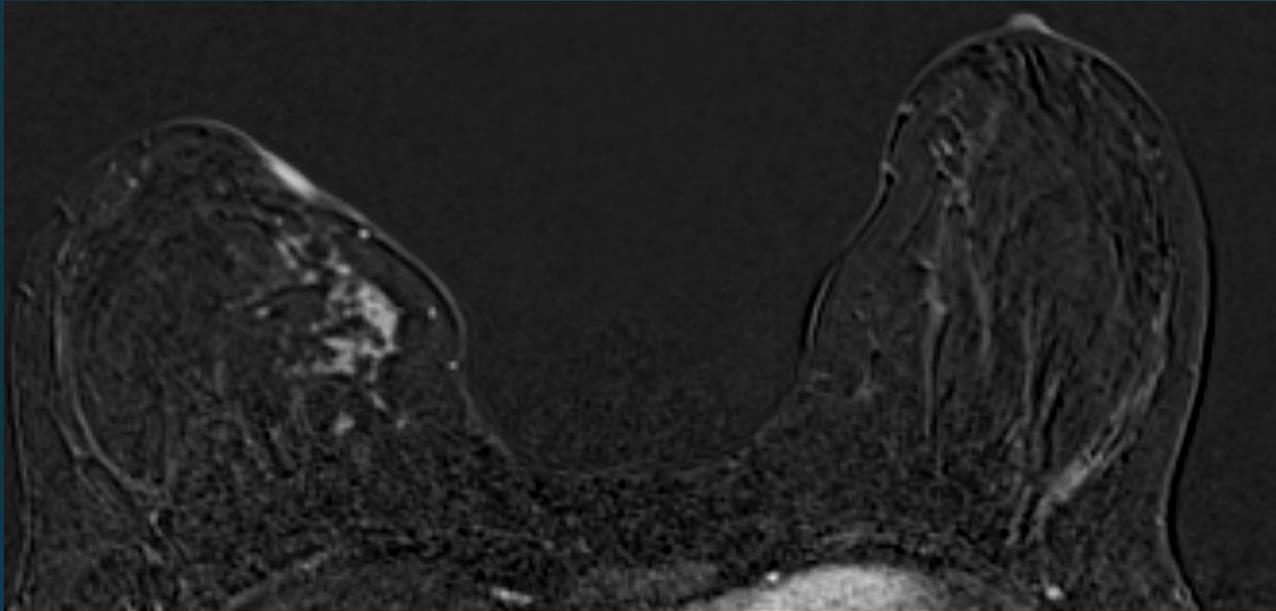


- Agrandissements face et profil



- Micros segmentaires
union des quadrants internes sein droit
ACR₅
Macrobiopsie sous stéréotaxie
=> CCIS de haut grade

- IRM



- Prise de contraste sans masse segmentaire de 70 mm à l'union des quadrants internes
- Pas de PDC additionnelle

ACR₅

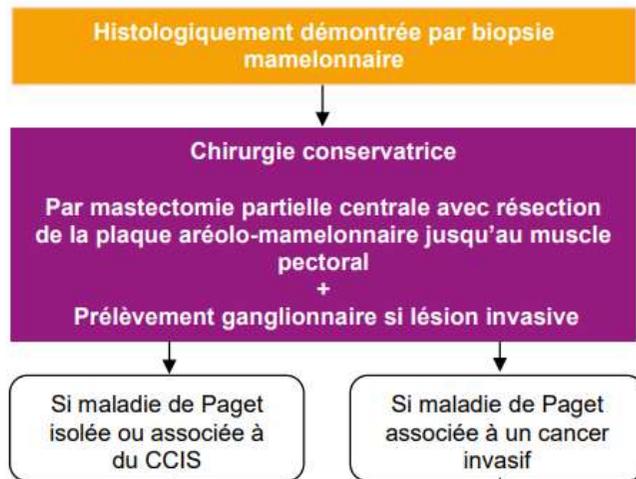
COMMENT FAIT-ON LE DIAGNOSTIC ?

- Par grattage cytologique du mamelon.
- Biopsie mamelonnaire +++++

- **Diagnostic Différentiel**
 - Carcinome basocellulaire pagétoïde
 - Maladie de Bowen
 - Mélanome : aussi caractère unilatéral et la chronicité de l'évolution

QUELLE EST NOTRE PEC ?

Si isolée ou associée à une lésion ou image limitée à la région rétro-aréolaire



PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

En cas d'association à un adénocarcinome à distance de la plaque aréolo-mamelonnaire (lésion multicentrique)



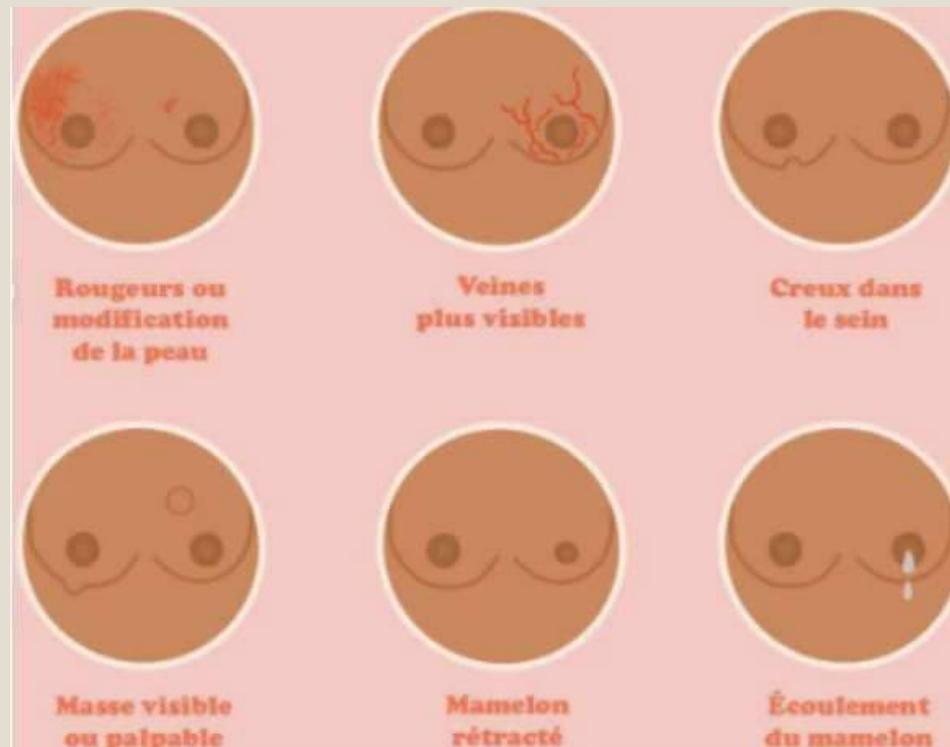
CAS CLINIQUE 2

- Une patiente de 29 ans, sans antécédent notable vient vous consulter, paniquée car son téton est « rentré à l'intérieur »
- Quelle est votre attitude ?



QUELLE EST VOTRE ATTITUDE ?

- Depuis quand ?
- Unilatéralité / Bilatéralité ?
- Peut il sortir si stimulé?
- Se rétracte t-il instantanément ?



- A l'interrogatoire, elle signale qu'il est comme cela depuis « toujours »
 - Elle explique qu'elle peut le faire sortir quand elle le manipule
 - Elle est inquiète pour un allaitement futur
- **Etes vous rassurants ?**

- A l'inverse, elle signale que cela est d'apparition récente , qu'elle n'arrive jamais à le faire sortir

- **Etes vous rassurants dans l'immédiat ?**

MAMELON OMBILIQUE



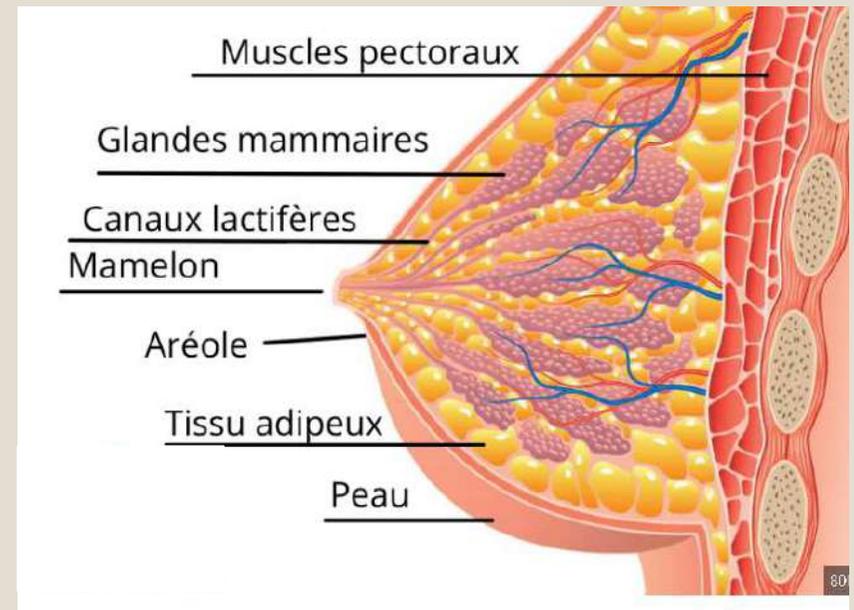
- Les canaux galactophores sont trop courts ou enroulés sur eux-mêmes
 - le mamelon est rentré à l'intérieur du sein.
- Les mamelons ombiliqués = rétractés sur eux-mêmes
- Les mamelons ont alors l'aspect d'un ombilic > d'où leur nom.
- Tous les mamelons ombiliqués ne présentent pas le même niveau de « gravité ».
 - **Stade 1** : ressortent à l'exposition au froid ou stimulés par une simple pression. La grossesse peut permettre de les faire sortir rendant l'allaitement possible.
 - **Stade 2** : les mamelons ressortent lorsqu'ils sont soumis à une traction manuelle répétée et se rétractent quasi-instantanément.
 - **Stade 3** : les mamelons ne sortent jamais.

CAUSES MAMELONS OMBILIQUES

- = secondaire à des canaux galactophores trop courts
- Les canaux galactophores = permettent de transporter et sécréter le lait

- Causes

- Congénitale : invaginé dès la naissance mais peuvent apparaître à l'adolescence lors du développement de la poitrine.
- La grossesse ou l'allaitement qui peuvent donner lieu à une réduction du volume mammaire.
- Une ptôse mammaire ou relâchement de vos seins survenant au cours du temps.
- Cancer du sein = rétractés
- Les séquelles d'une précédente intervention de chirurgie esthétique.



TAKE HOME MESSAGES

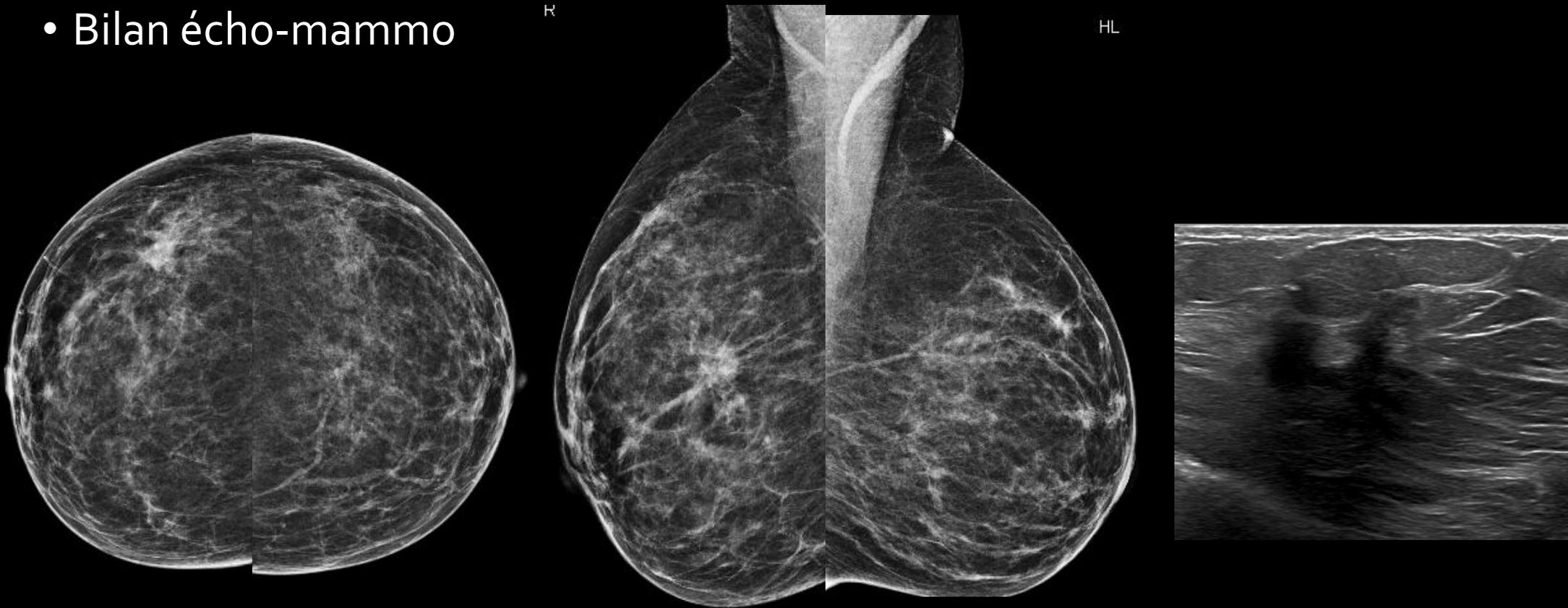
MAMELONS INVERSES OU OMBILIQUES

- Sort à la stimulation
- 10%
- Fréquent, souvent des l'enfance
- Réductibles par une pression négative progressive
- Souvent source d'angoisse notamment pour allaitement

MAMELONS RETRACTES

- ne peut dépasser à la surface
 - Même stimulé
- => suspicion de carcinome

- Retraction mammelon
- Bilan écho-mammo



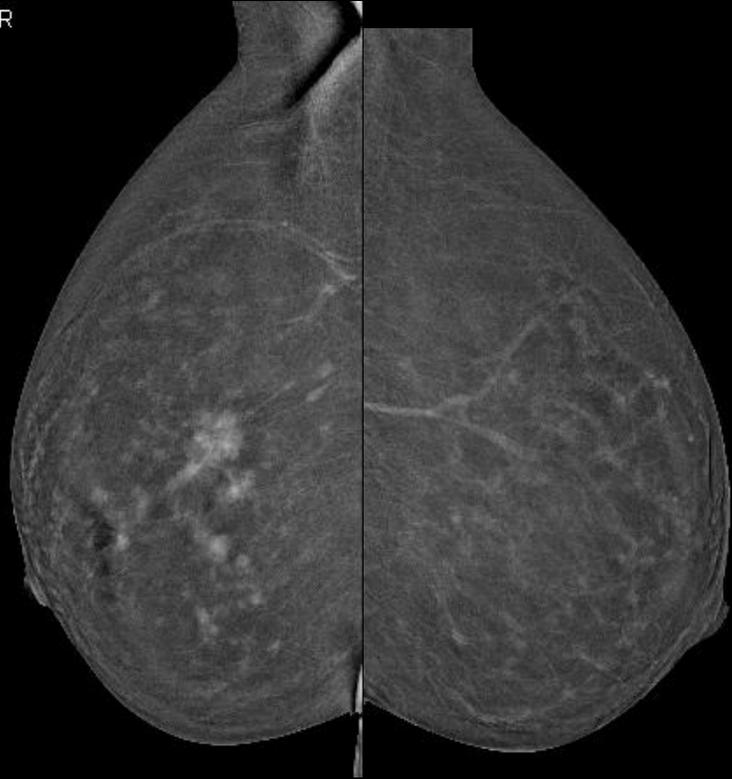
Masse stellaire supéro externe droite

ACR₅

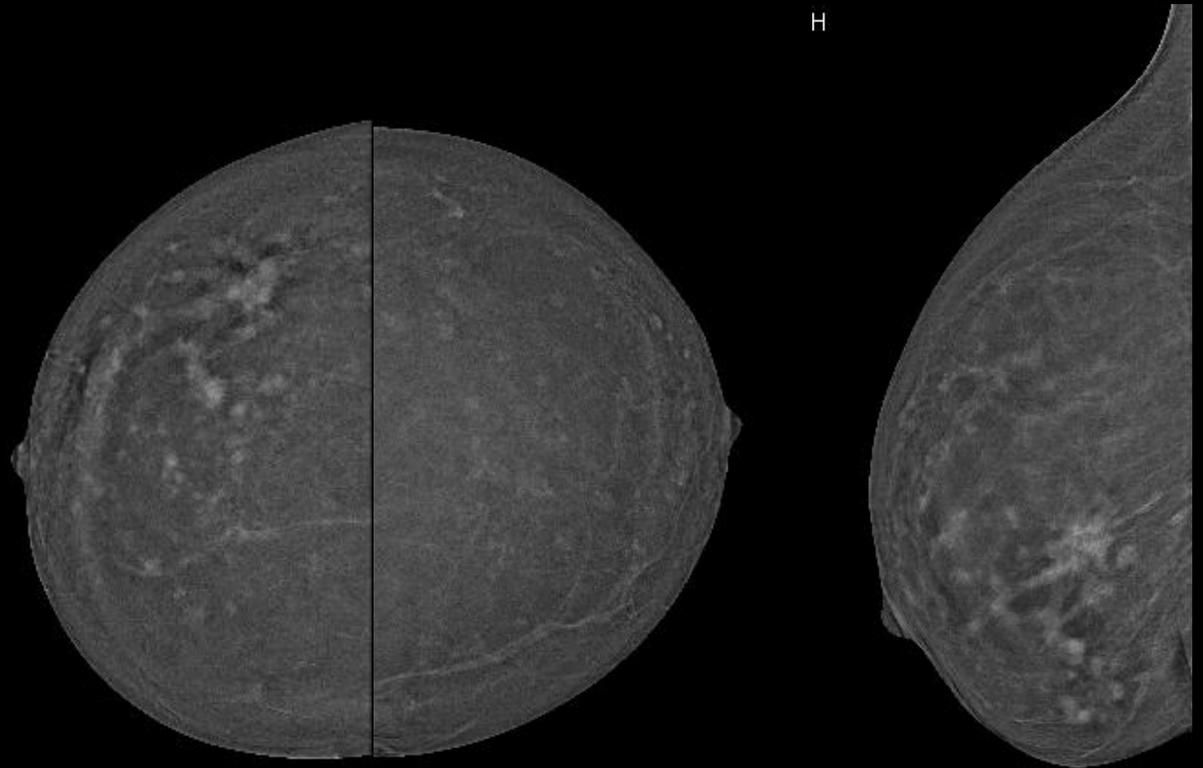
Biopsie sous échographie => CCI

- Angiomammographie pour meilleure analyse de la taille lésionnelle

HR



H

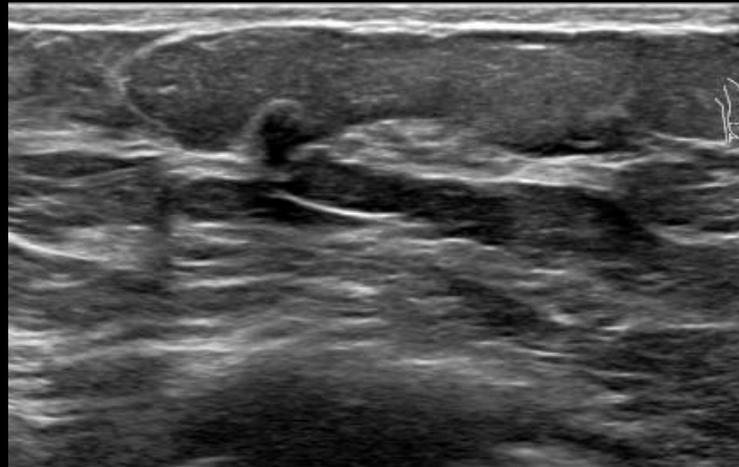


Masse stellaire supéro externe droite (CCI)

Prise de contraste segmentaire micronodulaire inféro-externe étendue

ACR₅

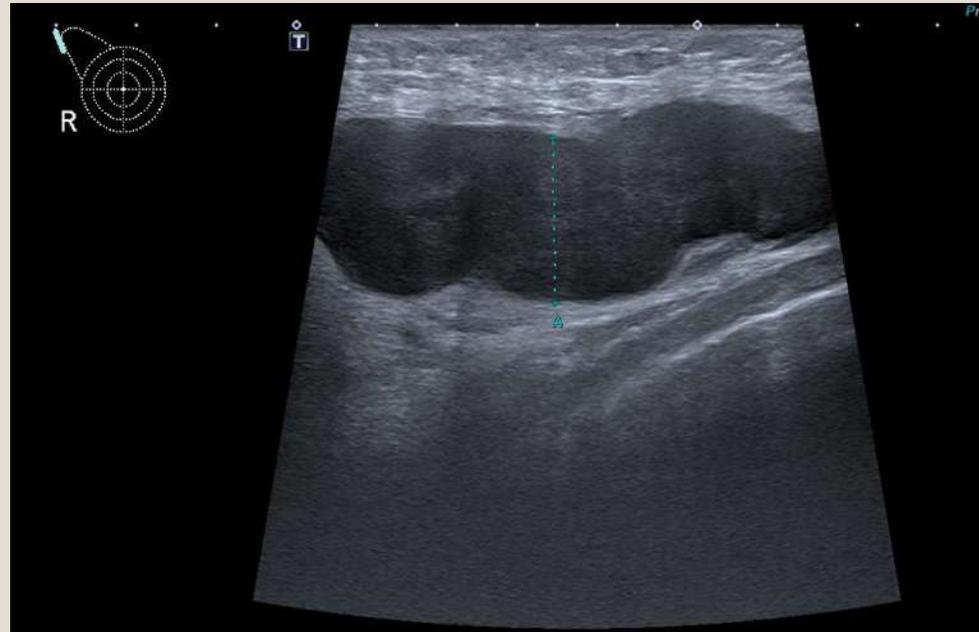
- Bilan post angiommographie , échographie pour recherche de lésion additionnelle inféro externe



Biopsie sous échographie
CCI à distance de la lésion principale

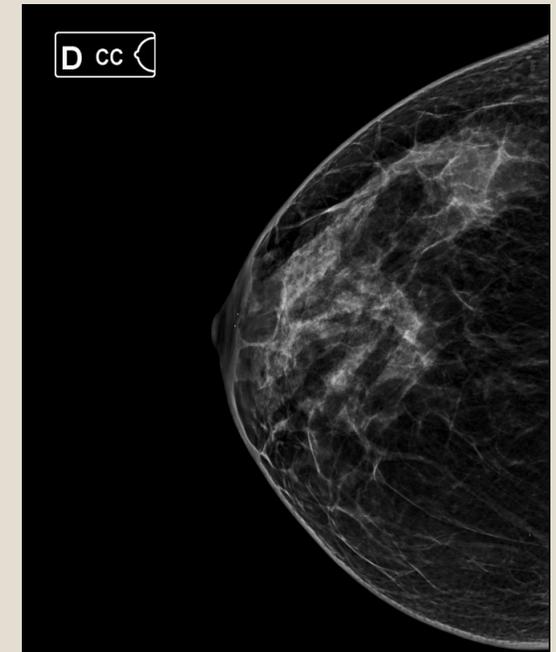
CAS CLINIQUE 3

- Une patiente de 36 ans, vous consulte car elle s'est autopalpée il y a 1 semaine un ganglion axillaire droit
- L'échographie mammographie retrouve une masse axillaire mesurant 5 cm
- Que demandez vous ensuite ?



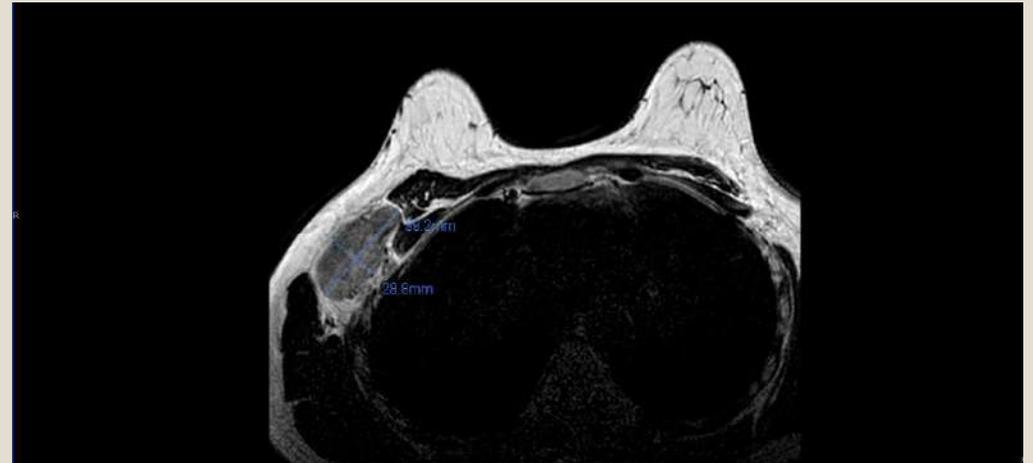
Vous demandez une microbiopsie

- => carcinome infiltrant triple négatif de localisation secondaire
- La mammographie est normale
- Quel examen complémentaire demandez vous ensuite ?



IRM Mammaire

- Retrouve
 - Des adénopathies axillaires et sous pectorales droites dont la plus volumineuse axillaire est estimée à 59 x 29 x 67 mm.
 - Absence de lésion intramammaire.
 - Classification BIRADS : sein droit ACR 6, sein gauche ACR 2
- Quel examen demandez vous ensuite ?



Bilan d'extension TEP TDM

- Masse tissulaire intensesment hypermétabolique
- adénopathies retropectorales droites
- Absence de foyer à distance



Quelles sont les grandes lignes de la PEC ?

- Chimiothérapie néoadjuvante
- Après mise en place d'un Clip sur le lit tumoral
- Réponse métabolique suite au traitement : couple IRM et TEP TDM
- Chirurgie d'exérèse zonectomie de la lésion et curage axillaire
- Radiothérapie adjuvante et immunothérapie

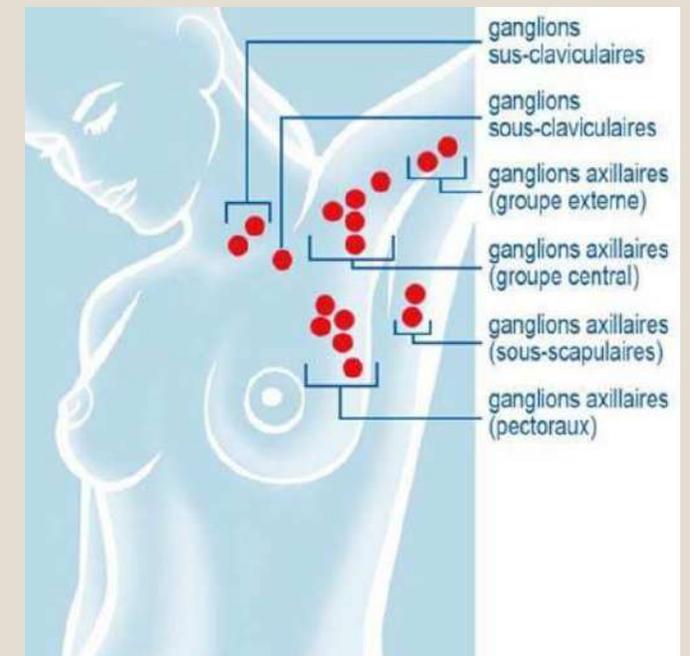
ADENOPATHIE AXILLAIRE

- Une adénopathie correspond à l'augmentation pathologique du volume d'un ganglion lymphatique
- Un diamètre supérieur à 1 cm est retenu comme pathologique
- **Causes**
 - Les infections des membres supérieurs
 - Causes infectieuses : maladie des griffes du chat , tularémie si contact avec du gibier.
 - Causes traumatiques
 - Causes malignes mammaires : primaires ou secondaires
 - Les néoplasies pulmonaires, thyroïdienne, pancréatique, ovarienne, colo-rectal, rénale ou les mélanomes peuvent métastaser dans le creux axillaire.

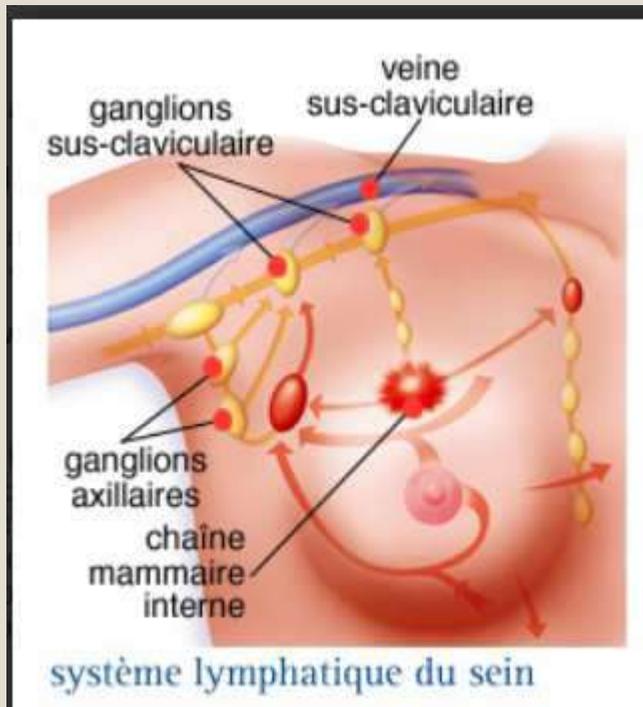
EXAMEN CLINIQUE ADENOPATHIE

- **De toutes les aires ganglionnaires**

- ✓ Caractères des adénopathies
- ✓ Date de début, mode d'installation
- ✓ Taille, isolée, locorégionales ou généralisées
- ✓ Consistance, sensibilité, douleur à l'absorption d'alcool inexplicquée
- ✓ Mobilité par rapport au plan profond
- ✓ Présence ou non d'une compression nerveuse ou vasculaire

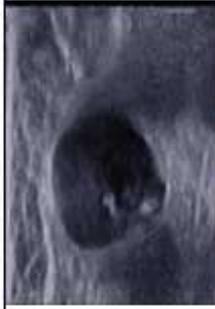


Drainage mammaire

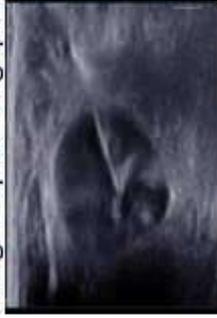


Les ganglions du creux axillaire peuvent être palpés
La chaîne mammaire interne est derrière le sternum
elle ne peut pas être palpée
Le creux sus claviculaire peut être palpé, mais les
ganglions y sont plus rarement retrouvés

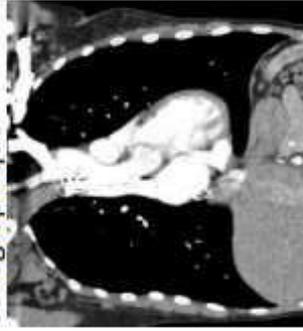
Ganglion vu par le-la radiologue



Ganglion pathologique en écho



Biopsie sous échographique



contrôle

Ganglion vu par le-la chirurgien-
ne

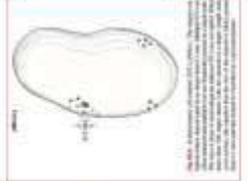
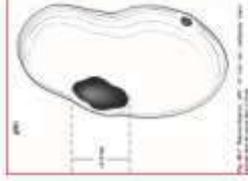


100% de curage axillaire en 2000



75 % de ganglion sentinelle en 2019

Ganglion vu par le-la pathologiste



MERCI DE VOTRE ATTENTION

