

Pathologies bénignes du sein

I. Introduction

II. Pathologies bénignes sans risque carcinologique :

- Adénofibrome simple
- Lipome
- Hamartome
- Mastite inflammatoire

III. Pathologies bénignes avec risque carcinologique faible

- Papillome solitaire

IV. Pathologies bénignes avec risque carcinologique élevé

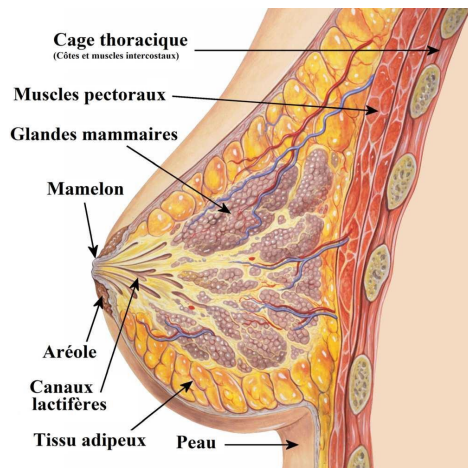
- Papillomes multiples
- Tumeurs Phyllodes
- Kystes
- Hyperplasie épithéliale

I. Introduction :

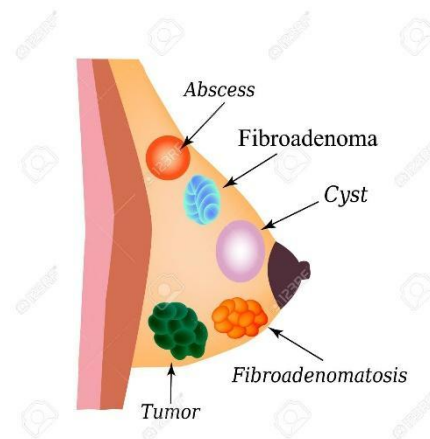
- Le terme de pathologie bénigne du sein comprend un groupe hétérogène de lésions, de symptômes et d'images radiologiques.
- La majorité des lésions sont bénignes
- Le but de leur diagnostic est d'éliminer un cancer ou une lésion à risque carcinologique

On distingue les pathologies du sein :

- Sans risque carcinologique
- A faible risque carcinologique
- A haut risque carcinologique



Anatomie du sein



Pathologies du sein

II. Pathologies bénignes sans risque carcinologique :

- Adénofibrome simple
- Lipome
- Hamartome
- Mastite inflammatoire

- Adénofibrome simple :

- Lésion relativement **Fréquente**
- Tumeur bénigne solide à double composante épithéliale et conjonctive
- Touche les femmes de moins de 40 ans
- Hormono- dépendant, évolution est lente
- Peut-être unique, multiple, bilatéral, géant « sup a 5 cm »
- Cliniquement: indolore, **bien circonscrite, mobile et ferme à la palpation, dont la taille peut varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres.**
- Echographie mammaire fait le diagnostic
- Une exérèse chirurgicale chez les patientes de plus de 35ans
- Surveillance échographique tous les 6 mois chez les jeunes patientes avec traitement hormonal

- Lipome :

- Il s'agit d'une tumeur bénigne, généralement isolée, composée de **cellules graisseuses.**
- Cliniquement, la lésion est bien circonscrite et n'a pas toujours de traduction échographique ou mammographique.
- La biopsie retrouve des cellules graisseuses.
- On peut effectuer une surveillance simple
- Une exérèse chirurgicale est proposée **en cas de modification rapide « taille, consistance »**

- Hamartome :

- Il s'agit d'une tumeur bien circonscrite avec des éléments épithéliaux bénins, du tissu fibreux et du tissu graisseux
- On palpe cliniquement une **masse indolore, arrondie, régulière et mobile qui peut mesurer de 1 à 20 cm.**
- La biopsie retrouve un tissu mammaire normal mais organisé en nodule.
- Le traitement est **l'exérèse** en général

- Mastite inflammatoire :

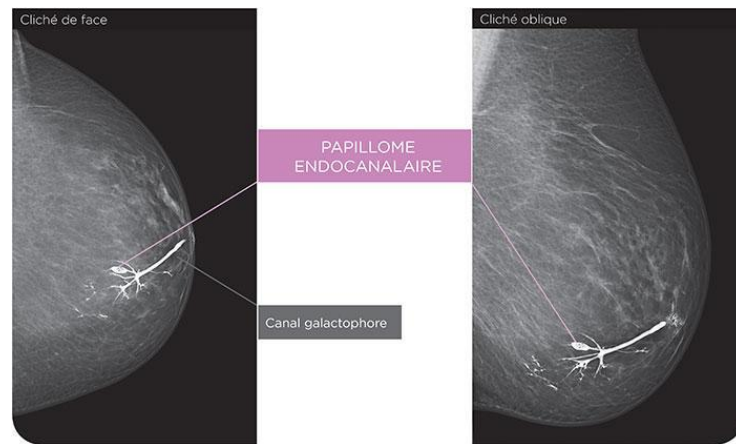
- Qu'elle soit **aiguë ou chronique**, c'est la présentation clinique qui amène la patiente à consulter.
- La forme la plus fréquente de présentation reste **l'Abcès.**
- Le plus souvent, la forme aiguë est marquée par un œdème local, un érythème, des douleurs. On peut parfois avoir des formes suppuratives d'emblée.

- La palpation retrouve généralement une masse plutôt mal limitée.
- En cas de doute diagnostique, c'est essentiellement l'échographie qui apporte le diagnostic.
- Le traitement est chirurgical sous couverture ATB



III. Pathologies bénignes avec risque carcinologique faible :

- Papillome solitaire :
 - Deux formes de papillomes sont à différencier : le papillome dit « **solitaire** » et les **papillomes multiples**.
 - Le papillome solitaire est une tumeur bénigne qui survient généralement après la ménopause (âge moyen 60 ans).
 - Elle correspond histologiquement à une formation arborescente constituée de papilles.
 - La présentation clinique habituelle est un **écoulement spontané**.
 - La mammographie est souvent normale, l'échographie permet de voir une masse ovoïde solide associée à une dilatation lobulaire.
 - Toute anomalie sur l'imagerie doit conduire à la réalisation d'une microbiopsie.
 - La prise en charge est chirurgicale



IV. Pathologies bénignes avec risque carcinologique élevé :

- Papillomes multiples
- Tumeurs Phyllodes
- Kystes
- Hyperplasie épithéliales

● Papillomes multiples :

- Ils sont définis comme la présence d'au **moins cinq papillomes distincts**.
- Atteignant les femmes plus jeunes, ils peuvent être le siège d'hyperplasie épithéliale.
- Il s'agit de masses généralement palpables, situées plutôt en périphérie du sein.
- Leur **potentiel carcinologique**, dont le mécanisme est mal connu, nécessite l'exploration du sein controlatéral.
- Du fait de leur caractère le plus souvent familial, leur prise en charge nécessite un suivi rapproché de la patiente et un dépistage de la famille

● Tumeurs Phyllodes :

- Il s'agit d'une double prolifération épithéliale et conjonctive avec une plus grande cellularité de la composante conjonctive.
- Les tumeurs Phyllodes peuvent survenir à tous les âges, avec un pic de fréquence vers 45 ans.
- La présentation clinique est une masse arrondie bien circonscrite pouvant faire évoquer un adénofibrome mais la masse est plus ferme que l'adénofibrome et sa taille est très variable

- Elles ont non seulement un **potentiel de transformation maligne** mais également de **récidive** après ablation.
- Elles peuvent en effet évoluer de quatre façons : **bénigne, récidivante, maligne mais aussi métastatique.**
- C'est pourquoi, toute tumeur phyllode devrait être complètement **excisée avec marges de sécurité suffisantes**



Tumeur phyllode

● Kystes :

- C'est la forme de présentation **la plus fréquente** : un tiers des femmes de 30 à 50 ans ont des kystes aux seins ; très fréquents vers 30–40 ans, ils peuvent diminuer à la ménopause.
- Ils sont liés à la **dilatation d'un canal ou d'un lobule**, formant un kyste.
- À l'examen, on ne peut distinguer un kyste d'une masse pleine.
- L'**échographie** est le meilleur examen pour en faire le diagnostic ; elle visualise une image ronde ou ovale anéchogène.
- Un kyste simple palpable et symptomatique peut être ponctionné sous échographie
- Le liquide doit faire l'objet **d'une étude cytologique**
- Un kyste qui persiste malgré l'aspiration, cliniquement ou radiologiquement, doit être opéré.



- Hyperplasie Épithéliale :
 - L'hyperplasie épithéliale est histologiquement une augmentation du nombre de cellules sur la lame basale.
 - Elle n'a pas de traduction clinique ou en imagerie. Toutefois, les atypies épithéliales seraient retrouvées dans 15 à 34 % des biopsies réalisées pour microcalcifications
 - L'hyperplasie atypique est connue comme un facteur de risque important de développement d'un carcinome.
 - L'hyperplasie peut être « **sans atypie** », « **atypique** » ou même qualifiée de « **carcinome in situ** » aussi bien **lobulaire** que **canalaire**.
 - En cas d'hyperplasie atypique, le RR de cancer est de 4 à 5 par rapport à la population générale, voire 8 à 10 en cas de carcinome in situ. Son **exérèse complète est indispensable**
 - La question persiste de savoir s'il s'agit uniquement d'une lésion à risque de cancer ou s'il s'agit véritablement d'une lésion précancéreuse