

Le cancer du sein

Réalisé par Dr ABANE Ibtisam

Introduction:

- 1^{ère} cancer de la femme.
- 1^{ère} cause de mortalité par Kc chez la femme entre 35- 55ans
- 15% avant 30 ans
- Kc a un grand pouvoir métastatique
- Mortalité \searrow grâce au Dc précoce :
 - Sein est un organe accessible à l'examen et au dépistage.
- Trt est lourd

Facteurs de risque:

I. Facteurs génétiques:

- ATCD familiaux de Kc du sein:
 - Formes familiales : 5-8 % des cas
 - Si atteinte d'apparenté du 1^{ère} degré (mère, sœur, fille) : risque x 5- 10
 - Gène de predisposition : BRCA1, BRCA2
 - Si jeune âge → souvent bilatéral

II. Pathologies bénignes du sein:

- Les mastopathies bénignes:

- Mastopathies proliférantes avec atypies ++
- Mastopathies avec ATCD familial

→ Toute mastopathie avec atypie doit être surveillée ++

III. Facteurs hormonaux: exposition à l'imprégnation œstrogénique

- Ménarches précoces (avt 12 ans)
- Ménopause tardive (après 55ans)
- Âge tardif de la 1^{ère} grossesse
- Femme non allaitante
- Femme nullipare, paucipare
- Contraception hormonale prolongée
- Trt hormonal substitutif de la ménopause

IV. Autres facteurs:

- Consommation des graisses animales
- Obésité
- Exposition aux irradiations (dose dépendance)
- Âge avancé
- Parfois aucun facteur

Anatomie pathologique:

- Adénocarcinomes (98%) : Ces tumeurs prennent naissance dans les cellules glandulaires (2 types : in situ, invasif)
- Sarcomes (2%) : tumeurs conjonctives
- Tm solides: exceptionnelles

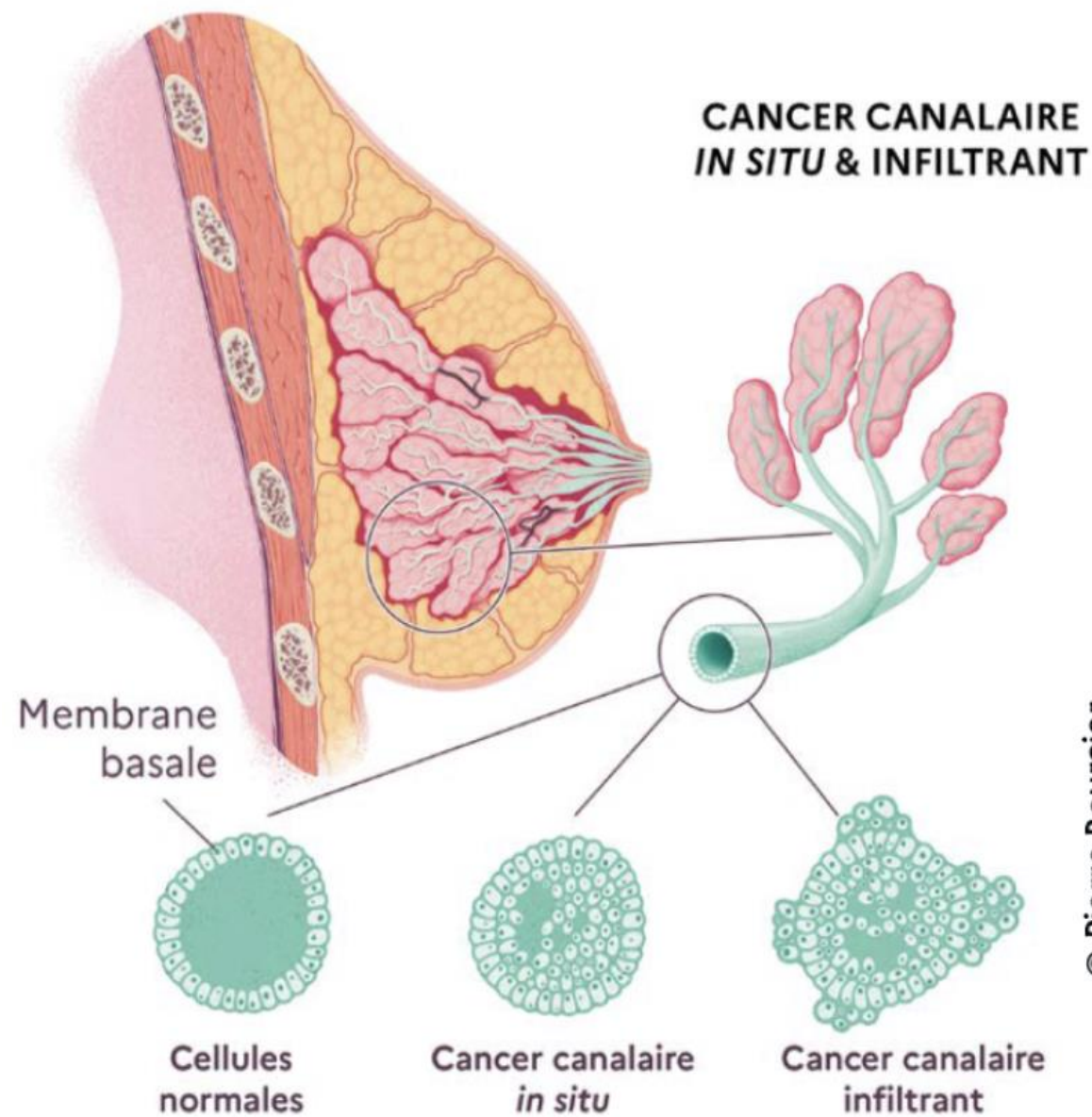
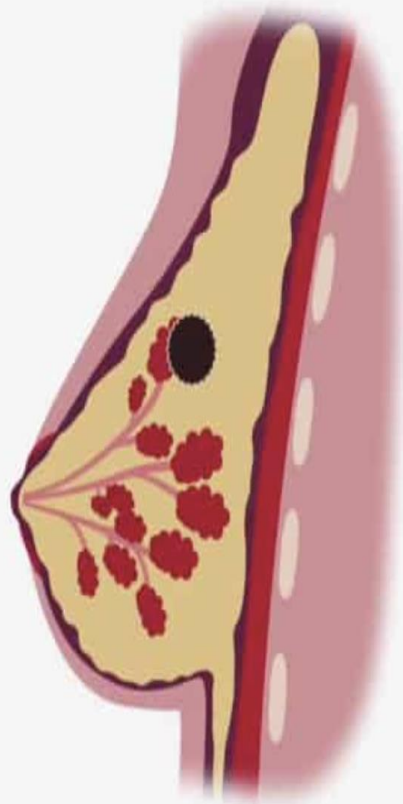
2 types

Cancer du sein
non invasif

Glande mammaire



Cancer du sein
invasif



Mode d'extension:

I. Extension locale:

- De proche en proche par voie galactophorique

II. Extension lymphatique:

- Ggl axillaires :

- Extension du bas en haut
- Si $T_m > 3 \text{ cm}$ → 50% d'envahissement axillaire.

- Ggl de la chaîne mammaire interne:

- Quadrants internes
- Rg rétro mamelonnaire

III. Extension hématoène:

- Par voie sanguine ou lymphatique.
- L'extension se fait vers :
 - L'os +++
 - Le poumon +++
 - Le foie ++
 - Le cerveau+

Dc positif:

- Lors de :
 - Dépistage de masse
 - Dépistage spontané
 - Examen systématique
 - Anomalie mammaire
- Repose toujours sur le triplet:
 - Examen clinique + imagerie mammaire + cytologique.

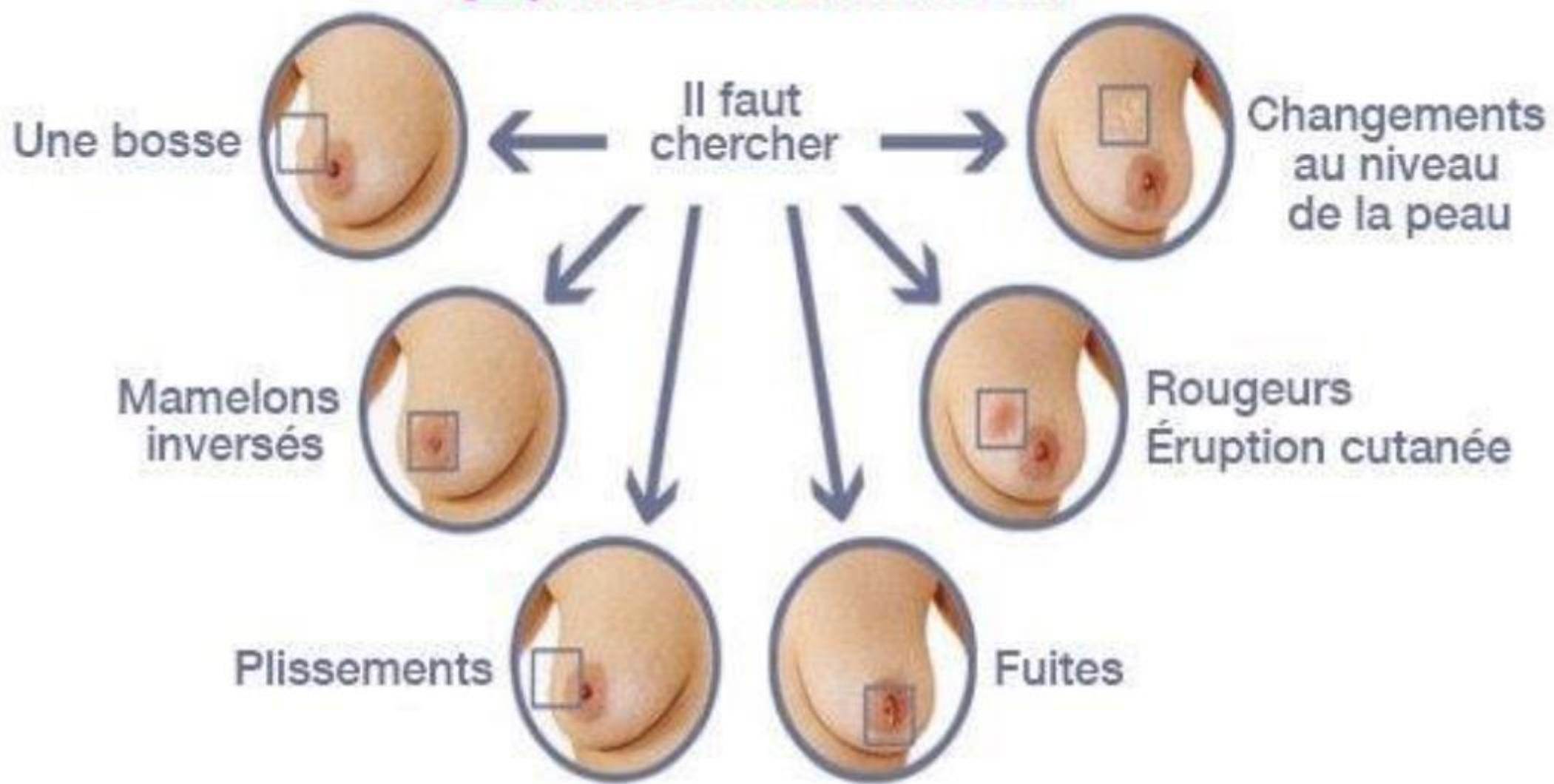
A. Dc clinique: +++

- Sein = organe accessible à l'examen +++
- Examen clinique est un temps essentiel au Dc des Tm du sein+++
- Dans 70% des cas c'est la patiente qui découvre la Tm :
- Fortuite
- Auto- palpation

1. Interrogatoire :

- ATCD, facteurs de risque
- Motif de consultation:
 - Tm: ++ 65- 80 % des cas (précisé la date de début et vitesse de croissance)
 - DI: 15% des cas (généralement pas de DI sauf en cas de stade avancé)
 - Modification cutanée : 5-7%
 - Écoulement mamelonnaire 2-10% : unilat, unipore, sérosanglant...
 - ADP(s) axillaire(s)
 - Gros bras, lymphoedème

Symptômes du cancer du sein



2. Examen clinique:

☐ L'inspection:

- Modification des contours du sein
- Asymétrie des 2 seins, des 2 mamelons
- Signes inflammatoires : rougeur, peau d'orange
- Modification cutanée: rétraction, dépression, ombilication du mamelon, ulcération,...
- Autres signes: lésions eczématiformes, ecchymoses, circulation veineuse collatérale (CVC), ADP axillaires ou sus-calv

☐ Palpation:

- La tumeur:
 - Siège de la tumeur : sein Gh > sein Dt
 - QSE 38,5%
- La taille :
 - Le plus grand diamètre en cm
 - Si Tm multifocale → la plus grande
- Limites :
 - Mal limitée, parfois limites très nettes.

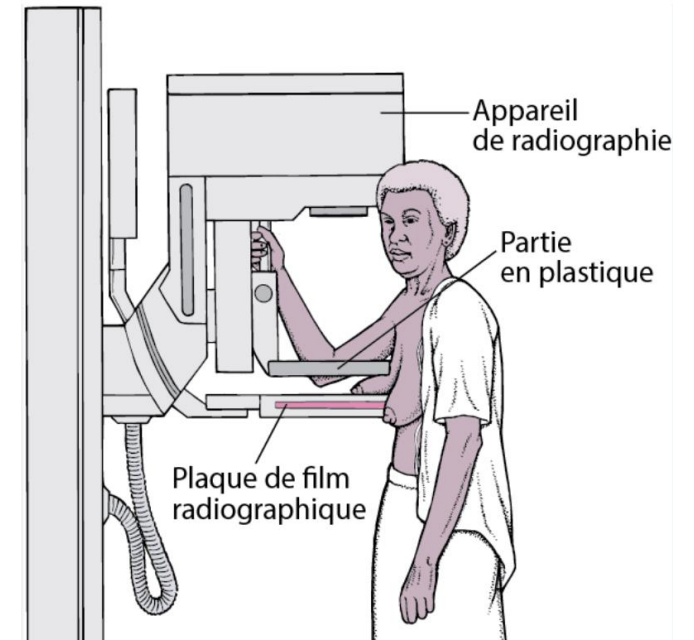
- La consistance:
 - Dure +++
 - Molle
- Mobilité par rapport au plan superficiel et profond.
- Focalité:
 - Multifocalité : même quadrant
 - Multicentricité : quadrants différents
 - Bilatéralité : Tm des 2 seins
- Signes inflammatoires :
 - Triade : rougeur, chaleur, douleur
 - Tm à croissance rapide
 - Une mastite carcinomateuse

- Sensibilité : souvent pas sensible
- Mamelon : écoulement
 - 20- 40% des cas → Kc du sein
 - Uni /bilat, uni / multipore
- Aires Ggr:
 - Axillaires et susclav des 2 côtés
 - ADP suspect si: dures, asymétriques, fixées, sensibles.

Dc paraclinique:

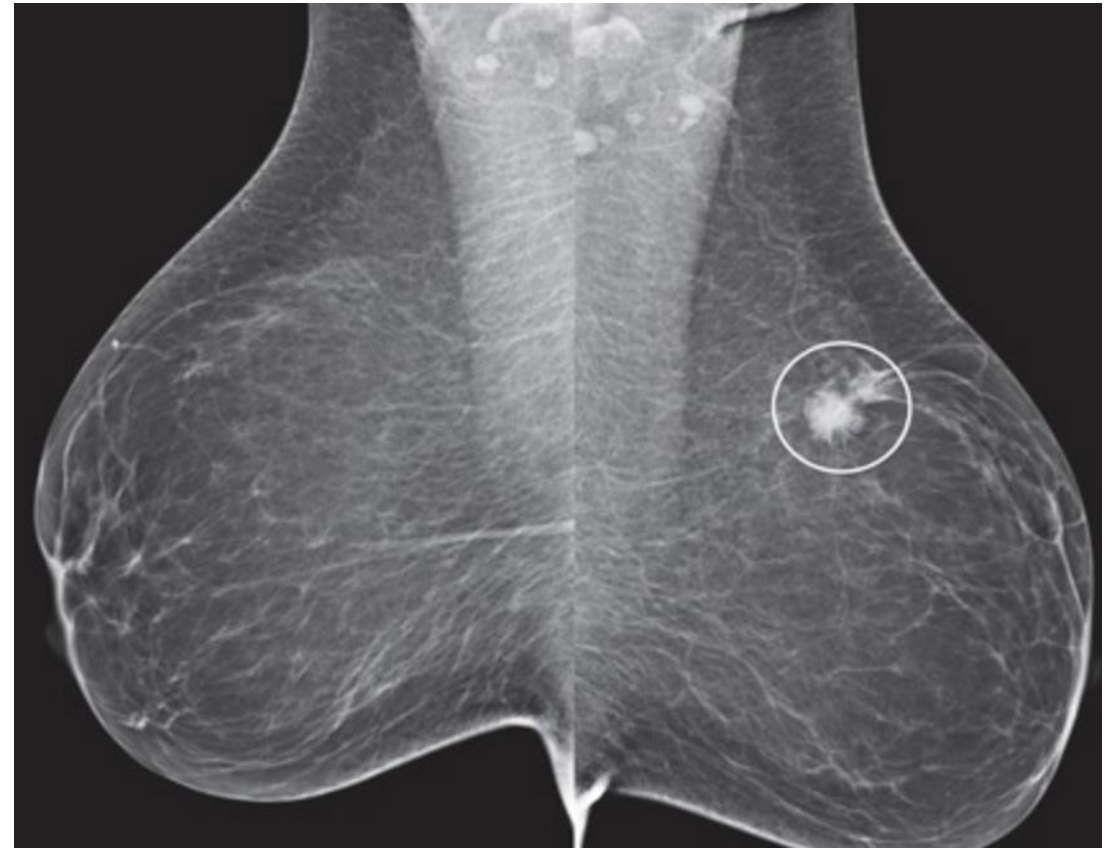
I. La mammographie:

- Examen clé +++
- Examen de 1^{ère} intension
- Sauf si :
 - Jeune fille < 25 ans (seins immatures → denses et blancs)
 - Femme enceinte (CI aux irradiations, seins hypervasculaires)
 - Femme allaitante (seins hypervasculaires)
- Excellent examen pour Dc des Tm palpables ou infracliniques
- Faires des interprétations comparables



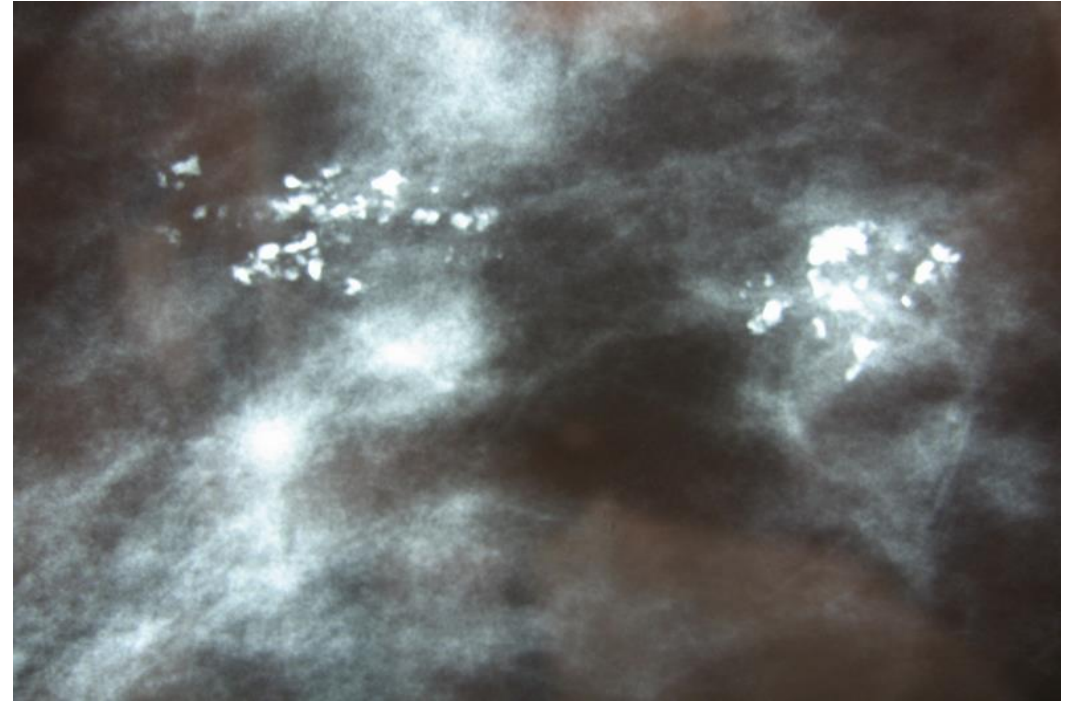
❖ Typiquement :

- Opacité :
 - Stellaire, spiculée, à centre dense, contours irréguliers, prolongements opaques linéaires.
- Taille : < la masse palpée (en faveur de la malignité)



- Microcalcifications :

- Sont suspectes si contours triangulaires ou losangiques, regroupés.
- En faveur de bénignité si arrondies régulières et présentes dans le reste du parenchymes.



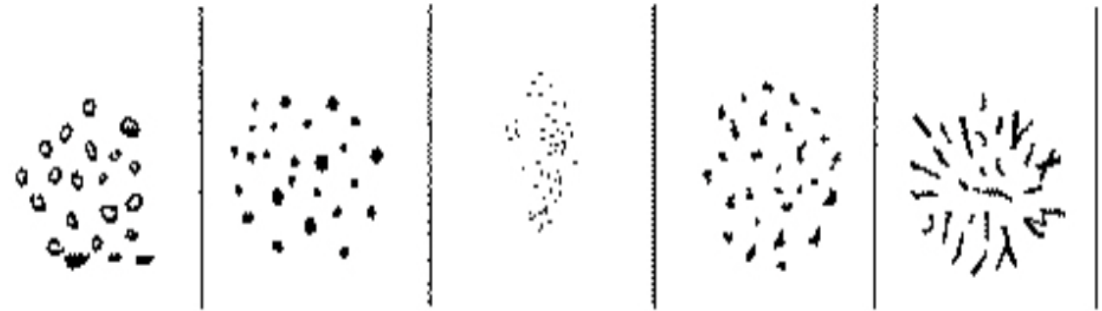
Type 1

Type 2

Type 3

Type 4

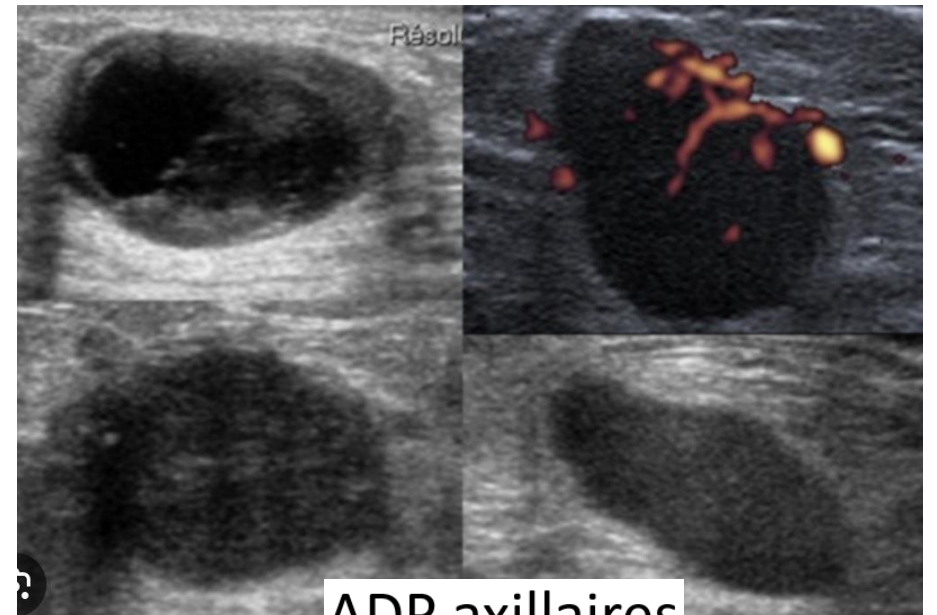
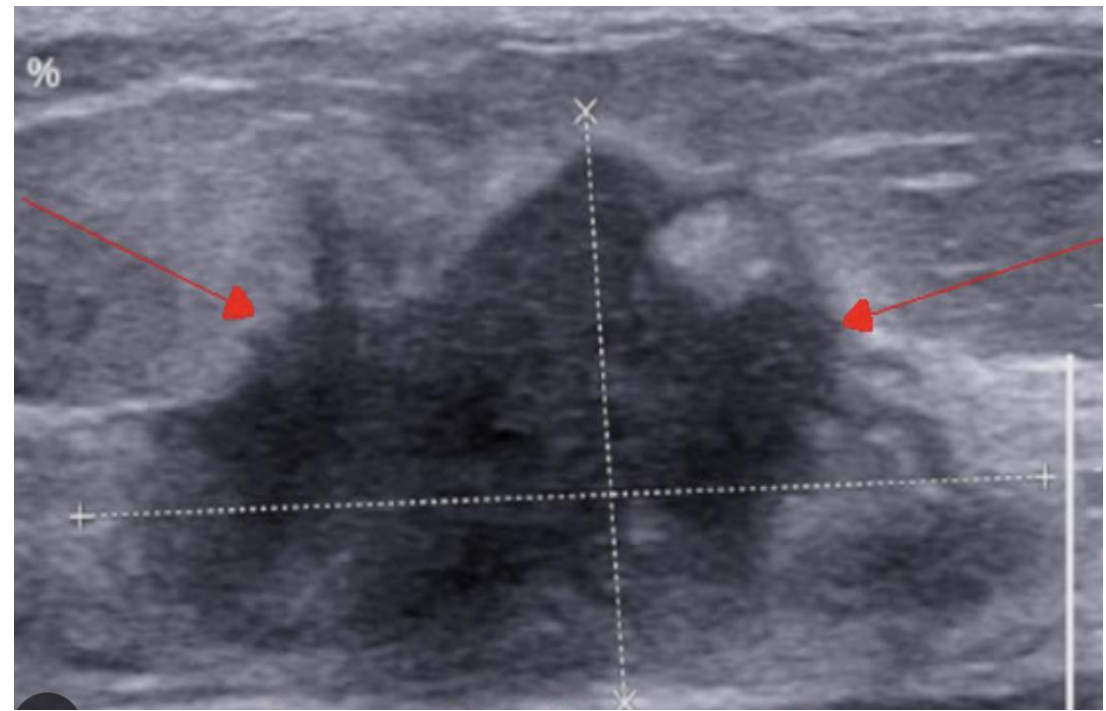
Type 5



II. Échographie mammaire:

- Toujours en complément de la mammographie
- Exploration des seins denses
- Limites : les microclassifications

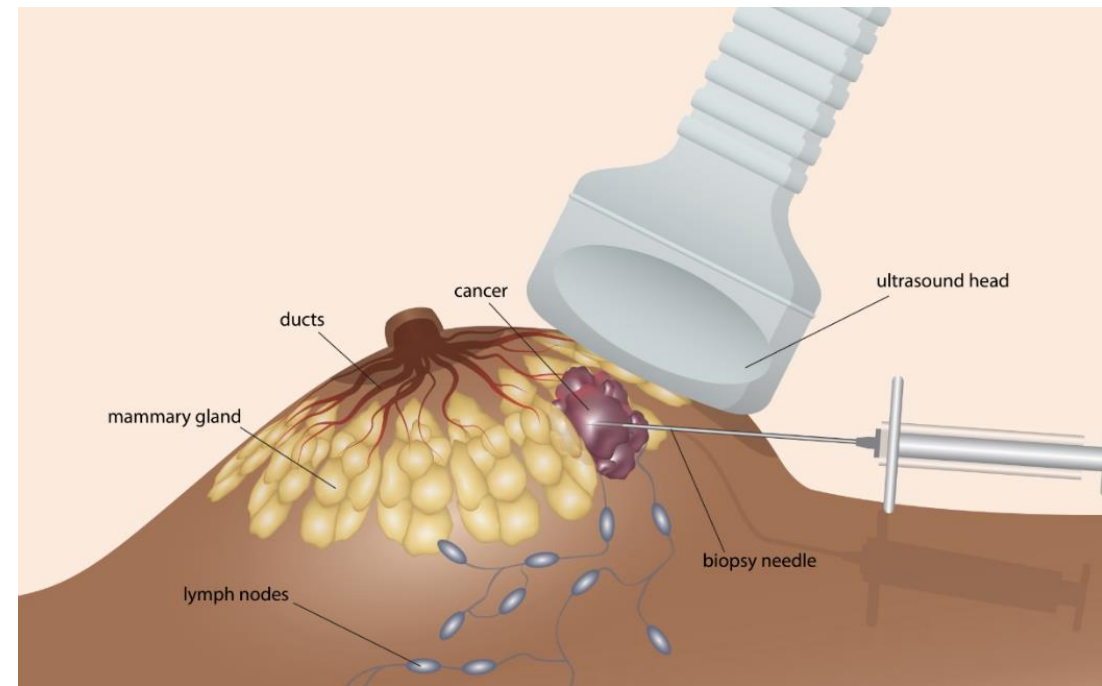
- Typiquement :
 - Image hypoéchogène, hétérogène
 - D'aspect lacunaire
 - Irrégulière
 - ADP axillaires



ADP axillaires

III. Cytologie mammaire:

- Cytoponction d'un nodule du sein, d'une ADP axillaire ou sus clav
- Cytologie du liquide d'écoulement mamelonnaire, grattage cutané (maladie de Paget)



IV. Histologie :

- Microbiopsie radioguidée
- Examen extemporané : +++ après
 - Tumeurectomie
 - Biopsie chirurgicale

V. Marqueurs tumoraux:

- CA 15-3 +++
- ACE

Bilan d'extension:

- Rx thorax ++
- Échographie hépatique ++
- Scintigraphie osseuse ++
- TDM thoraco- abdominale
- TDM cérébrale si signes d'appels

Classification :

Tis	In situ
T1	Tumeur ≤ 2 cm : T1mic ≤ 0.1 cm ; T1a de 0.1 à 0.5 cm ; T1b de 0.5 à 1 cm ; T1c de 1 à 2 cm
T2	Tumeur de 2 à 5 cm
T3	Tumeur > 5 cm
T4	Atteinte de la paroi thoracique et/ou de la peau T4a paroi thoracique ; T4b œdème cutané, ulcération, nodules de perméation ; T4c 4a et 4b ; T4d carcinome inflammatoire

Nx	Non renseigné
No	Pas d'atteinte ggl clinique
N1	Ggl axillaires mobiles
N2a	Métastase ggl axillaire fixée
N2b	Métastase ggl de la chaîne mammaire interne
N3a	Métastase ggl sous-claviculaire
N3b	M+ ggl mammaire int et axillaire ou sous-clav
N3c	M+ ggl sus-claviculaire homolatérale

Pronostic :

A. Survie globale:

- 50% à 5 ans
- Formes très favorables, d'autres à évolution rapide
- Survie à 5 ans des formes métastatiques < 15%
- Femme jeune < 35 ans = mauvais pronostic
- Pronostic mauvais si grossesse ou allaitement → retard Dc + sein hypervasculaire → métastases

B. Facteurs pronostics:

1. Taille tumorale :

- Petite Tm : moins de risque de métastase (Tm < 2cm)
- Pc est plus favorable.
- Tm > 5,5 cm : ADP axillaires dans 70 % des cas.

2. Statut ganglionnaire:

- Nombre de Gg envahis
- Rupture capsulaire → dissémination locale ++
- Envahissement des Gg sus clav

Traitement :

I. Moyens :

1. Chirurgie :

- Triple intérêt : Dc, Pc, thérapeutique

a. Traitement radical :

- Intervention de type PATEY : mastectomie + curage Ggr axillaire
- Mastectomie de propreté.

b. Traitement conservateur :

- Tumorectomie large, quadrantectomie, pyramidectomie
+ curage Ggr axillaire

2. Radiothérapie :

= Complément indispensable

- Intérêt : éviter les récives
- Radiottt externe ou curiethérapie

3. Chimiottt :

- Adjuvante ou néoadjuvante
- Intérêt:
 - Éviter les métastases
 - Stériliser les microfoyers métastatiques

4. hormonottt:

- Toujours néoadjuvante
- Blocage de la fonction ovarienne →
 - Castration +++ :
 - Chirurgicale
 - Radiottt
 - Chimique: analogues de LH-RH
 - Anti-estrogènes :Tamoxifène +++

2. Indications :

- Tm < 3cm
 - Trt conservateur + curiottt +/- chimiottt + hormonottt
- Tm > 3cm
 - PATEY + radiottt + chimiottt + hormonottt
- Formes métastatiques:
 - Chimiottt à visée palliative + hormonottt

Surveillance:

- Doit être régulière
- Clinique +++:
 - 3 fois la 1^{ère} année
 - Puis chaque 6 mois
 - Une fois / an à partir de 5 ans
- Radiologique:
 - Une mammographie / an : les 5 premières années puis / 2- 3 ans
- Biologique : CA 15- 3 / 6 mois

Merci