

Cancer du sein

I/-Introduction:

- C'est un cancer fréquent, première cause de mortalité et de morbidité par cancer de la femme en Algérie et même en France!
- Incidence, 11000 nouveau cas en Algérie et 53000 en France!
- Son pronostic est lié à la dissémination précoce, devrait être amélioré par :

- *Les progrès de la chimiothérapie et la chimiothérapie
- *Le dépistage systématique.

II/-Anapath:

1- Epithélioma glandulaire :

* galactophorique: 80%

-In situ : carcinome intra-canauxaire

-Invasif : carcinome canauxaire infiltrant

*-lobulaire : 5-15%

*-**Maladie de Paget** : eczéma du mamelon associé à une prolifération intragalactophorique ou invasive.

2- Formes rares :

- Cancer spinocellulaire (exceptionnel)
- Tumeurs phyllodes (composante épithéliale et conjonctive de malignité variable)
- Sarcome et lymphome

III/-Epidémiologie :

1 /- Incidence: 85 nouveau cas / 100000 femme en France

-le cancer de l'homme est 100 fois plus rare

2 /- Mortalité: 11000 décès / an en France

3 /- Age: 25% sont diagnostiqués avant 50 ans et 30% après 70 ans.

IV - Facteurs de risques :

1 / - Facteurs hormonaux :

le cancer du sein est hormonodépendant (terrain d'hyperoestrogénie)

- puberté précoce
 - première gsse tardive (plus de 35 ans)
 - nulliparité
 - ménopause tardive (après 50 ans)
-

- traitement hormonal de la ménopause prolongé

- obésité

2 / - Facteurs familiaux :

- antécédants familiaux du cancer du sein

- facteurs génétiques : 4% des cancer du sein (BRCA1 et BRCA2)

3 / - Facteurs de risques histologiques :

- hyperplasie canalaire atypique (prolifération anormale mais non cancéreuse de cellules des canaux galactophoriques)

- Néoplasie intra-lobulaire de type 1 et 2

4 / - Facteurs environnementaux :

- niveau socio-économique élevé

- alimentation riche en graisses animales

- tabac, les pesticides.

VI - Histoire naturelle du cancer du sein :

-L'adénocarcinome mammaire est une maladie diffuse de l'épithélium glandulaire avec passage de l'hyperplasie atypique au carcinome in situ puis à la tumeur invasive avec rupture de la membrane basale .

-l'extension se fait avant tout vers les ganglions axillaires puis vers le creux sus-claviculaire.

-les métastases ganglionnaires sont d'apparition précoce, souvent à un stade infraclinique ?

-les sites métastatiques les fréquents sont : Ggs axillaires, os, poumons, foie.

VII - Dépistage :

-autopalpation

-dépistage clinique annuel (généraliste, gynécologue)

-deux types de dépistage mammographique :

*dépistage de masse dans le cadre d'un programme national (2 incidences face et oblique externe tous les 2 ans pour toutes les femmes de 50 à 74 ans. le dépistage comporte une double lecture des clichés par deux radiologues différents.

*dépistage individuel pour les femmes ayant des facteurs de risque de cancer du sein.

VIII - Diagnostic :

A - Circonstances de découverte :

*Au cours du dépistage

|*Tuméfaction découverte par la patiente ou lors d'un examen clinique

*Anomalie du mamelon : rétraction, écoulement séro-sanglant unipore, lésion eczématiforme évocatrice d'une maladie de Paget

*Sein inflammatoire : placard érythémateux et oedémateux

*Adénopathie ou métastase prévalente faisant rechercher le cancer primitif.

(petites fociés, involores)

B / - Diagnostic clinique :

1-Interrogatoire : facteurs de risque, antécédents familiaux, gynécologiques et obstétricaux, date d'apparition de l'anomalie ..

2-Examen clinique : bilatéral et comparatif (patiente assise puis couchée)

noté sur un schéma daté (siège, quadrant du sein), taille, mobilité, adénopathies...

*inspection : rechercher une ride, une rétraction du mamelon, un méplat, un capiton

*palpation : nodule dur, irrégulier, indolore avec recherche :

-d'une adhérence cutanée spontanée ou provoquée

contracture Peirce
-adhérence au muscle grand pectoral.

-exploration systématique des aires ganglionnaires :

. creux axillaire à la recherche de ganglions suspects (petits, durs, indolores)

. palpation des creux sus-claviculaires

-Examen gynécologique complet et général évaluant le terrain et la présence de métastases.

VFF/- Examens complémentaires :

1- Mammographie bilatérale : les images évocatrices de malignité sont

*opacité dense, hétérogène, à contours irréguliers, spiculés (image stellaire) ; rétractile ; classiquement plus petite que la tumeur ; entourée d'un halo clair oedémateux . parfois , rétraction ou épaissement cutané en regard de la tumeur.

*microcalcifications punctiformes, groupées en foyer, irrégulières (carcinome in situ)

2- Echographie mammaire (femmes jeunes aux seins denses) : nodule mal circonscrit, hypoéchogène, désorganisé sans renforcement postérieur.

3- IRM mammaire

4- Galactographie (écoulement mamelonnaire)

5- Marqueurs tumoraux ACE , CA 2

6- Diagnostic de certitude est histologique : Microbiopsie échoguidée ou stéréotaxique

IOB/- Bilan d'extension :

Repose avant tout sur un examen clinique soigneux à la recherche de signes évocateurs d'une extension métastatique :

-radiographie du thorax, échographie abdominale et scintigraphie osseuse,

-scanner thoraco-abdominal,

-TEP-TDM.

-classification TNM

-marqueurs tumoraux : ca15.3 , ACE

96/-Diagnostic différentiel :

-adénofibrome,kyste,hématome,abcès éctasie,papillome

97/-Traitement :

prise en charge multidisciplinaire avec gynécologue,oncologue radiothérapeute et psychologue.

- *chirurgie(mastectomie avec curageaxillaire,tumorectomie,quadrantectomie..)
- *chimiothérapie(tm évoluée localement ,métastase)
- *radiothérapie
- *hormonothérapie(antioestrogenes,inhibiteurs non stéroïdiens del'aromatase)