

PATHOLOGIES BÉNIGNES DU SEIN AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE L'ALLAITEMENT

**DU Maladies du sein
20/01/2020**

Eva Marchand

PLAN

- Introduction
- Imagerie
- Tumeurs bénignes
- Allaitement après chirurgie, cancer du sein



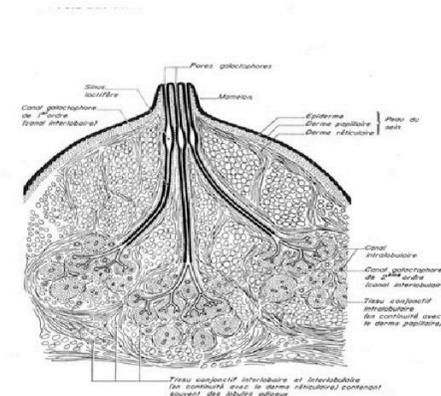
INTRODUCTION

- Examen des seins systématique pendant la grossesse
- Pathologie mammaire spécifique ou non de la grossesse
- Toute masse mammaire doit être explorée
 - Anxiété
 - Eliminer un cancer
- 3% des cancers découverts lors d'une grossesse
 - Agressif
 - Prise en charge rapide - urgence
- La plupart des mastopathies bénignes peuvent mimer un cancer



MODIFICATIONS GRAVIDIQUES NORMALES – HISTOLOGIE

- Glande mammaire hormono-sensible
 - Unités fonctionnelles lobulaires + canaux connectant les lobules au complexe aréolo-mamelonnaire
 - Autour : tissu conjonctif et adipeux
- Grossesse: unités ducto-lobulaires subissent «adénose» = hypertrophie lobulaire
 - Formation de nouvelles unités
 - Différenciation en épithélium sécrétoire
 - ↓ du tissu conjonctif
 - Prolifération vasculaire



MODIFICATIONS GRAVIDIQUES NORMALES – HISTOLOGIE (2)

- **Au 1^{er} trimestre : Oestrogènes**
 - Formation de nouveaux canalicules et ductules
 - Augmentation de la vascularisation

- **Au 2^{ème} trimestre : Progestérone**
 - Hypertrophie lobulaire
 - Développement de l'activité sécrétoire

- **Au 3^{ème} trimestre :**
 - Accumulation de colostrum
 - Diminution du tissu conjonctif interlobulaire
 - Hypertrophie myométriale



MODIFICATIONS GRAVIDIQUES NORMALES

– CLINIQUE

- Augmentation de volume
- Poids du sein double : 200 g → 400g
- Augmentation de la pigmentation aréolaire
- Hypertrophie des tubercules de Montgomery
- Réseau veineux superficiel



PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT

- Commence pendant la grossesse (Lactogénèse I)
- Se met en place à l'accouchement avec la chute des hormones placentaires (Lactogénèse II)
- Montée de Lait : 2 mécanismes de régulation :
 - Endocrine et Central, Autocrine et Local
 - Réflexe Neuro Hormonal : succion déclenche les sécrétions hormonales
 - Prolactine : synthèse/sécrétion
 - Ocytocine : éjection



ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT

- Fréquence de l'allaitement maternel durant le séjour à la maternité en 2016
 - Exclusif : 52% (60 % en 2010)
 - Mixte : 66 % (68% en 2010)
 - Grande disparité régionale
 - Taux d'initiation faible

- Durée médiane d'allaitement :
 - Exclusif : 3,5 semaines
 - Mixte : 15 semaines
 - À 3 mois: 1/3 de poursuite



EXAMEN CLINIQUE MAMMAIRE

- Autopalpation encouragée
- Examen clinique : à la consultation
 - Préconceptionnelle
 - 1ère consultation
 - En post-partum
 - Si anomalie

Seul examen de dépistage

Pas d'imagerie sauf si point d'appel



EXAMEN CLINIQUE MAMMAIRE

Moins performant : modifications gravidiques

- Augmentation volume
- Consistance plus ferme
- Seins nodulaires



IMAGERIE MAMMAIRE ET GROSSESSE

- En 1ère intention : **Échographie**
- Avec exploration des creux axillaires
- Inocuité pour le foetus
- Non invasive
- Connaitre les modifications physiologiques



IMAGERIE MAMMAIRE ET GROSSESSE

Mammographie

- Avec protection plombée abdominale
- ↑ Densité mammaire
- Sensibilité diminuée
- Contributive en cas de cancer du sein
- Détection de microcalcifications
- Si négative -> poursuite des explorations d'un nodule



IMAGERIE MAMMAIRE ET GROSSESSE

IRM mammaire

- Injection de gadolinium :OK
- Peu informative
- Réalisation difficile (procubitus)



IRM MAMMAIRE ET ALLAITEMENT

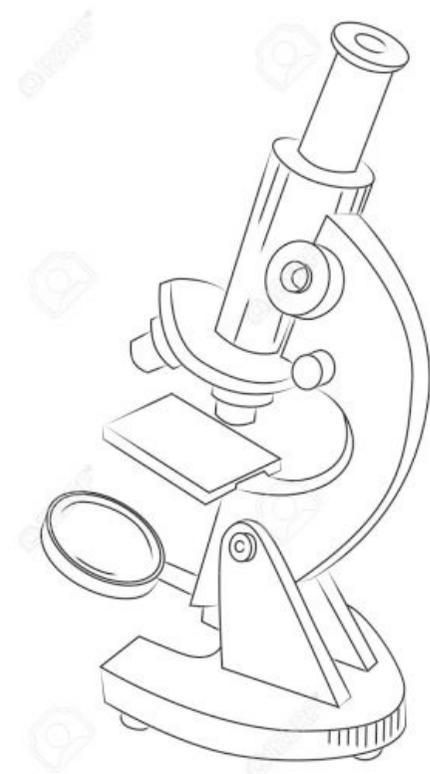
- Peu de données sur le passage dans le lait des sels de gadolinium
- Absorption digestive des sels de gadolinium semble peu probable
- En pratique :
 - Utilisation de sel de gadolinium stable
 - Suspension de l'allaitement 3 à 4h après l'injection
- 2 demi-vies d'élimination plasmatique



BIOPSIES

- Possible pendant la grossesse
 - Risque d'hématome
- Pendant allaitement
 - Arrêt de l'allaitement avant microbiopsie
 - Risque d'hématome et de fistule laiteuse

→ Compression



PATHOLOGIES BÉNIGNES DU SEIN AU COURS DE LA GROSSESSE ET LA LACTATION

- Galactocèle
- Abscess mammaire
- Adénome lactant
- Adénofibrome
- Écoulement mamelonnaire
- Gigantomastie gravidique
- Infarcissement mammaire gravidique
- Glande mammaire accessoire
- Tumeur phyllode
- Hamartome
- Tumeurs conjonctives



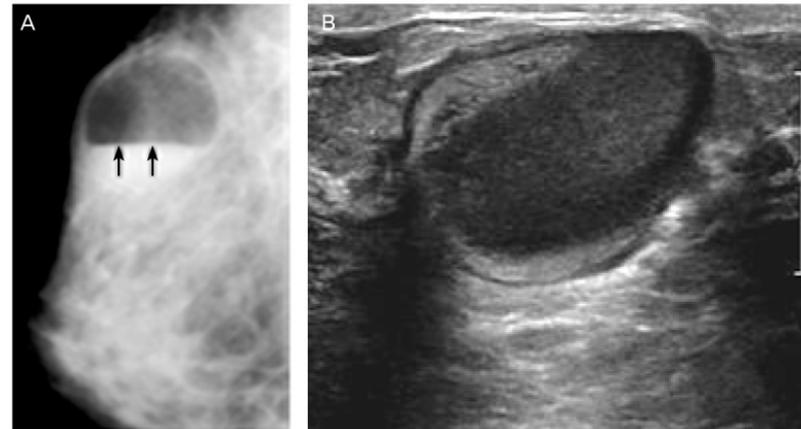
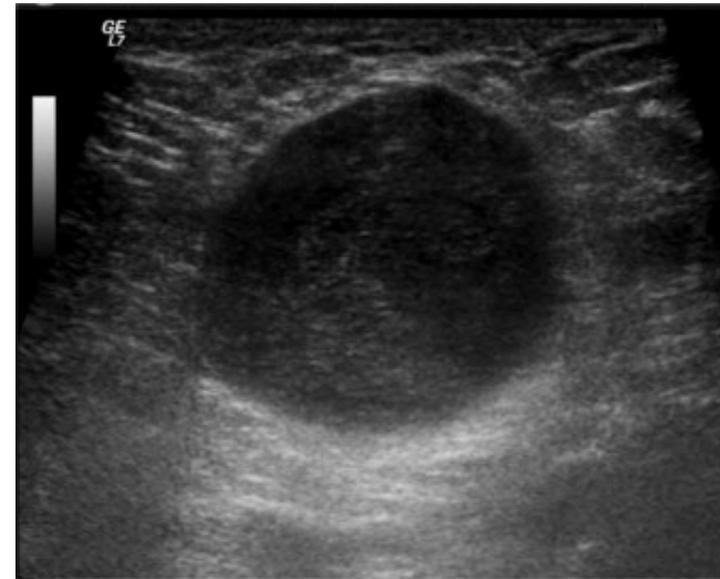
GALACTOCÈLE

- Rétention kystique de produit lacté
- Obstruction mécanique d'un canal galactophorique d'origine inflammatoire
- Rare
- Découvert le plus souvent au moment du sevrage
- Clinique :
 - Masse molle unique ++
 - Indolore
 - Supéro-externe ou centrale
 - Pression -> lait



GALACTOCÈLE (2)

- Échographie :
 - Ronde / ovale
 - Anéchogène
 - Niveau liquide-graisse
- Traitement : Ponction évacuatrice
- Complication = abcès



ABCÈS MAMMAIRE PUERPÉRAL

- Rare pendant la grossesse
- Allaitement : 0,4 - 11%
- Complique une galactophorite
- Staphylocoque aureus
-
- Clinique :
 - Début progressif
 - Douleurs intenses pulsatiles et insomniantes
 - Fièvre 40° +/- oscillante
 - Placard inflammatoire
 - Sein gonflé volumineux, tendu
- • Diagnostic clinique +/- échographique



ABCÈS MAMMAIRE PUERPÉRAL

- En voie de collection : tenter antibiothérapie
- Abscès < 5cm : Ponction évacuatrice
- Si échec ou volumineux : Traitement chirurgical
 - Incision et drainage de l'abcès
 - Pas d'antibiothérapie
 - Poursuite de l'allaitement du sein controlatéral
- Arrêt de l'allaitement du coté du sein infecté
- Drainage par un tire-lait



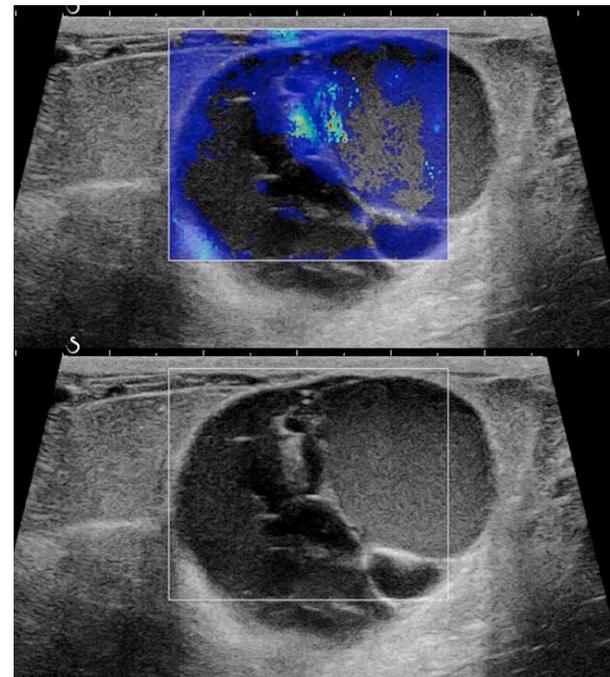
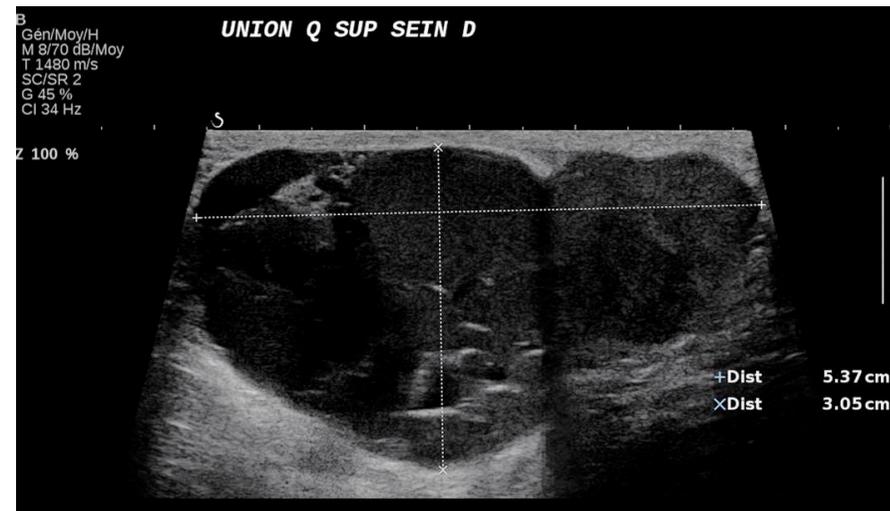
ADÉNOME LACTANT

- Fréquent
- Origine controversée
- Terrain :
 - Femme jeune
 - Primipare
 - Sans ATCD perso/familial
- Découverte au 3^o trimestre, allaitement
- Régresse à l'arrêt de l'allaitement
- Clinique :
 - Masse palpable
 - Bien circonscrite, unique, mobile, 1 à 4 cm, indolore
 - QSE
 - Pas d'adénopathie, pas d'écoulement, pas d'inflammation



ADÉNOME LACTANT

- Echographie :
- Masse solide
- Aspect bénin
- Hypoéchogène
- Bien limitée
- Grand axe parallèle à la peau



ADÉNOME LACTANT

- Microbiopsie pour confirmer le diagnostic et éliminer un cancer
- Évolution :
 - Régression dans le post-partum même si allaitement
 - Infarctus, hémorragie (5%)
- Pas de récurrence
- Pas de cancer



ADÉNOME LACTANT

- Prise en charge : surveillance clinique et échographique tous les 1 à 2 mois jusqu'à la régression complète
- En cas de non régression : si lésion palpable, discuter exérèse



FIBROADÉNOME



- Tumeur la plus fréquente de la femme jeune
- Pendant la grossesse :
 - Stable +++
 - Apparition de novo
- Augmentation volume fréquente (œstrogènes)
- Nécrose ischémique douloureuse rare (>5cm)



FIBROADÉNOME

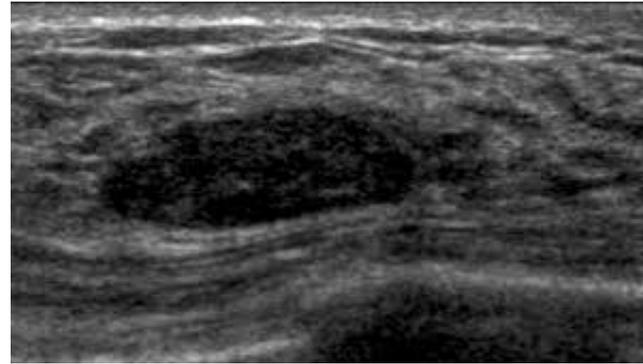
- Clinique :

Masse ferme et mobile

- Échographie :

- Masse ovale
- Axe parallèle à la peau
- Hypoéchogène homogène
- Bien limitée

- Aspects plus atypiques



FIBROADÉNOME

- Découverte pendant la grossesse :
 - Typique : surv clinique + écho/3 mois ou biopsie
 - Atypique : biopsie

- Connue avant la grossesse :
 - Stable : pas de surveillance spécifique
 - Augmentation < 20% : surveillance
 - Au moindre doute : biopsie

- Multiples : Surveillance



ÉCOULEMENT MAMELONNAIRE

- Physiologique si :
 - Séreux
 - Multi-orificiel
 - Peu abondant
- Exploration si uni-orificiel, sanglant
- Cytologie, mammo, échographie +/- IRM



GIGANTOMASTIE GRAVIDIQUE

- 1/100 000 naissances
- Cause inconnue
- Histologie : augmentation du tissu glandulaire et conjonctif mais pas du tissu adipeux
- Survenue : 60% à T1, 30 % à T2, 8% à T3
- Clinique :
 - Hypertrophie bilatérale (5000g par sein)
 - ↗ progressive
 - Gêne ++, poids, tension cutanée
 - Parfois ulcération cutanée
 - Retentissement psychique



GIGANTOMASTIE GRAVIDIQUE

- Diagnostic différentiel :
 - Tumeur phyllode
 - Mastite carcinomateuse

- Biopsie :
 - Hyperplasie glandulaire avec prolifération canalaire
 - Hypertrophie du tissu de soutien avec fibrose, oedème interstitiel, infiltration lymphocytaire



GIGANTOMASTIE GRAVIDIQUE

- Traitement :
 - Soutien gorge adapté
 - Bonne hygiène cutané
 - Nutrition adaptée
 - Antalgiques
 - Chirurgie si ulcération , nécrose, hémorragie, sepsis
 - Réductions mammaires
 - Mammectomie avec reconstruction secondaire
 - Risque de transfusion

- Allaitement déconseillé

- En post-partum :
 - Régression
 - Récidive



INFARCISSEMENTS MAMMAIRES GRAVIDIQUES

- Exceptionnels

- Sur :
 - Fibroadénome
 - Adénome lactant
 - Hamartome
 - Zone d'hyperplasie mammaire

- Survenue :
 - 3ème trimestre
 - En suites de couches

- Étiologies suspectées :
 - Thromboses veineuses
 - Insuffisance veineuse



INFARCISSEMENTS MAMMAIRES GRAVIDIQUES

- Clinique :
 - Masses uniques ou multiples
 - Apparition d'une nouvelle masse
 - Ou augmentation de taille d'une masse existante
 - Mal délimitée
 - Molle ou dure
 - Fixe ou mobile
 - Sensibles voire douloureuses
 - 1 à 10 cm
 - +/- Modification cutanée
 - +/- ganglion axillaire



INFARCISSEMENTS MAMMAIRES GRAVIDIQUES

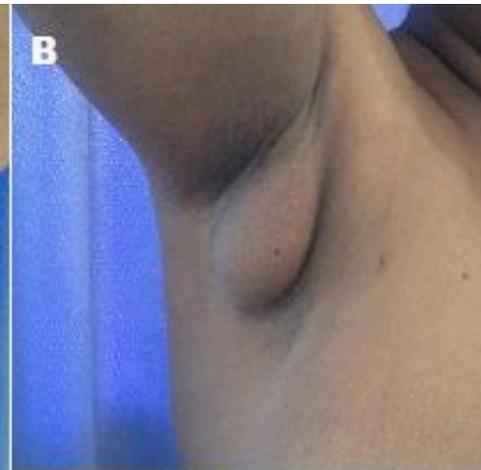
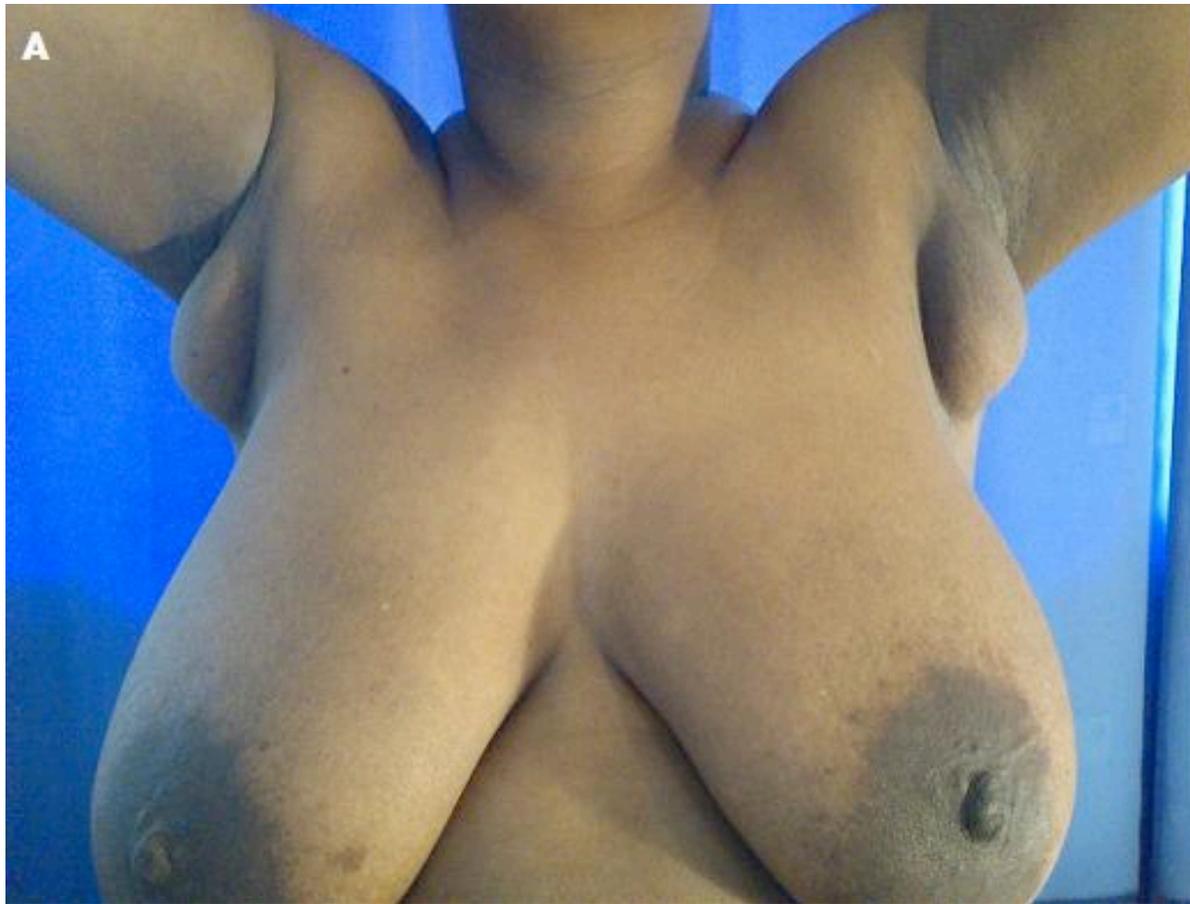
- Échographie:
 - Masse hypo-échogène hétérogène sans signal doppler
 - +/- adénopathie axillaire
- Cytologie : interprétation difficile - nécrose
-> Microbiopsie++
- Diagnostic difficile (souvent après exérèse diagnostique)



GLANDE MAMMAIRE ACCESSOIRE

- Tissu mammaire ectopique
- Croissance concomitante au volume mammaire
- Bilatéral
- Jonction creux axillaire-QSE
- Diagnostic différentiel : adénopathie
- Diagnostic clinique
Si doute : échographie
- Possibilité d'engorgement et d'abcédation





TUMEUR PHYLLODE

- Peu fréquente
- Grossesse : peu de retentissement sur la croissance
-
- Diagnostic différentiel : ADF
- Echo + microbiopsie
- Traitement chirurgical en PP



HAMARTOME

- Constitués de lobules glandulaires + tissus adipeux
- Souvent de grande taille
- Grossesse : peu d'influence sur la croissance
- Diagnostic échographique
- Simple surveillance



TUMEURS CONJONCTIVES

- Lipome, myoblastome, hémangiome
- Bénignes, non hormonodépendantes
- Evolution non modifiée par grossesse



ALLAITEMENT APRES CHIRURGIE MAMMAIRE

- Volume mammaire n'influence pas la quantité de lait
- Importance des canaux galactophores
- Pas de répercussion sur l'allaitement si la PAM est conservée
- Délai entre la chirurgie et la grossesse :
 - 6 mois à 1 an
 - Cicatrisation / Résultat final
- Délai entre la fin de l'allaitement et la chirurgie:
 - 6 mois à 1 an
 - Éviter une stimulation mécanique de production de lait



ALLAITEMENT APRÈS CANCER DU SEIN

- Pas de contre-indication à l'allaitement après un cancer du sein

Quelle que soit la durée de la rémission

- Réduction de la production de lait après une chirurgie mammaire conservatrice et radiothérapie
- Mais allaitement de l'autre sein faisable et sans danger
- A distance de la chimiothérapie
- Il n'existe pas de données spécifiques sur le risque de récurrence en cas d'allaitement maternel



CONCLUSION

- Toute masse mammaire doit être explorée
- 1ère étape : examen clinique et échographie
- Mammographie possible
- Prélèvements au moindre doute

