ECOULEMENTS MAMELONNAIRES

Dr Malika AMELLOU

Hôpital Saint Louis

5 à 15% des motifs de consultation en pathologie mammaire

L ’ECOULEMENT UNIORIFICIEL QUELLE QUE SOIT SA COULEUR (séreux ou sanglant) EST TOUJOURS SUSPECT D ’ORGANICITE et DOIT ETRE EXPLORE

CLINIQUE DES ECOULEMENTS MAMELONNAIRES

- Séreux, sanglant, aqueux
- Intermittent au début
- Unipore isolé : 9/10 bénin mais 20% des cancers sont révélés par un écoulement isolé (Montroni 2010)
- Unipore + tumeur palpable : 30% cancer Femme âgée, homme
- Importance de l ’examen clinique car examens complémentaires pfs en défaut (Ouldamer, Chopier, Body, 2015)

ECOULEMENTS MAMELONNAIRES SELON L'AGE

Ecoulement séreux ou sanglant = cancer ?

- < 50 ans = 2%
- 50 ans et plus = 15%

(Dolan 2010)

UN INTERROGATOIRE PRECIS

- âge puberté, 1ère grossesse, CO,
- parité, allaitement,
- âge ménopause THS,
- ATCD perso : sein inflammatoire, MFK, atypie
- ATCD familiaux de KS (dans les 2 branches)
- Médicaments Tabac Alcool
- Sédentarité, obésité, alimentation, pesticides
- mode de début de l ’écoulement,
- caractères (abondance, couleur, localisation, spontané ou non, isolé ou autres signes cliniques)

L’EXAMEN CLINIQUE

- Inspection: *volume, rétraction mamelonnaire ou cutanée, inflammation, orifice de fistulisation*
- Palpation *quadrant par quadrant*
- Recherche de ganglions *axillaires, sus claviculaires*
- expression centripète de la glande

schéma : emplacement du pore qui coule , zone dont l’expression reproduit l’écoulement

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : ÉCHOGRAPHIE

- ectasie, kystes, nodule échogène
- Permet la biopsie
- VPP 70% contre 50% pour la galactographie (Rizzo 2012)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : MAMMOGRAPHIE

- Souvent peu informative : seins denses des femmes jeunes, lésions de petite taille
- Ectasie des gros galactophores bien visible
- Mammo négative dans 50% des papillomes
- Microcalcifications fréquentes dans les papillomes et pfs absentes dans les Hyperplasies atypiques ou Cancers in situ
- Sensibilité < 60% (Murphy Dillon 2007)
- Une Mammo normale n’est en rien rassurante (Addepoju 2005)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : GALACTOGRAPHIE

- Si écoulement uniorificiel cathétérisme du pore qui coule (indolore) liquide radio-opaque
- 3 images : Dilatation, Lacune, Amputation,

  arbre galactophore irrégulier
- Artéfacts : bulle d ’air, compression extrinsèque
- Intérêt surtout topographique : augmente réussite de la chirurgie
- Réalisation délicate, de plus en plus délaissée au profit d’une écho performante et de l’IRM

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : LA CYTOLOGIE

- Écoulement unipore quelle que soit la couleur
- recueil sur lames de la fin de l ’écoulement
- rendement moindre que la cytoponction : 12 à 35% faux négatifs (Dinkel 2001)
- cytologiste compétent +++
- la présence de cellules galactophoriques (même normales) signe l ’organicité
- Intérêt réaffirmé quand l’imagerie est en défaut (Gupta 2004,Montroni 2010)

CYTOLOGIE : RESULTATS

- Cellules spumeuses pauvres en cellules +/- inflammatoires : ectasie - mastites.
- Cellules glandulaires cohésives = papillome
- Cellules néoplasiques isolées ou en petits amas +/- inflammatoires = k canalaire

Richesse cellulaire proportionnelle à l'intensité de la prolifération épithéliale

CYTOLOGIE : RESULTATS

- 35% non contributive Sensibilité:
- 50% spécificité:90 à100%
- Sur 313 patients (1 homme)
- 5% K invasifs(15% si plus de 50 ans)
- 9% K si écoulement sanglant
- 18% K si masse associée

Dolan 2010

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : L'IRM

- L'IRM en matière d'écoulement se traduit le + souvent par
- un réhaussement sans masse,
- canalaire (le plus fréquent mais non spécifique),
- orienté vers le mamelon,
- focal, segmentaire, régional en anneau
- Le réhaussement peut être tardif et progressif dans les CIC de bas grade ou les CLIS.

IRM : résultats et avancées

- Faux négatifs si lésions de moins de 3 mm
- Nombreux faux positifs chez la femme jeune
- par découverte d'images fortuites VPP et VPN proches de 88%
- Permet une écho de 2ème intention
- Macrobiopsie sous IRM maintenant possible

LA GALACTO-IRM OU DUCTO-IRM

- Méthode intéressante pour l'exploration pré-opératoire des écoulements mamelonnaires
- Mise en évidence des canaux galactophoriques dilatés et établissement d'une cartographie des anomalies
- Caractérisation des lésions : précision de la morphologie et de la cinétique des rehaussement (séquences classiques de l'IRM)
- Un examen négatif ne permet pas de surseoir à une chirurgie
- Limites : coût, formation des radiologues

L’ECHO de 2de INTENTION « SECOND LOOK »

- Réalisée après l’IRM quand une prise de contraste est apparue (Ballesio 2008).
- Elle permet de réaliser facilement une biopsie et/ou un repérage pré opératoire si l’image est retrouvée (pose de clip).
- Une biopsie sous IRM est possible mais accessible seulement à certains centres spécialisés, délicate, coûteuse et chronophage

Microbiopsie/Macrobiopsie

- La macrobiopsie assistée par le vide (MBAV) est supérieure à la microbiopsie en terme de taille de prélèvement et donc de fiabilité diagnostique
- Elle est faisable sous échographie, stéréotaxie et IRM
- La surveillance des papillomes sans atypies et de petite taille est possible : conf. de Zurich 2016

Limites de l'IRM et de l'Echo de 2de intention :

- Ces examens, quand ils sont accessibles (coût élevé) ont amélioré le diagnostic en cas de bilan standard négatif. MAIS :
- Les lésions inf. à 3 mm ne sont pas vues.Mais pas de K si moins de 5 mm
- VPP 56% : les papillomes sont pfs spiculés vascularisés
- VPN 87% : les CCIS de bas grade peuvent être invisibles
- Sensibilité 40% si écoulement sanglant
- Détection de lésions occultes, fortuites, embarrassantes...

Indications de l’IRM en matière d’écoulement mamelonnaire

- Intéressante si le bilan standard est négatif
- Actuellement aucune recommandation officielle ne le préconise :

- Niveau de preuve grade C pour la HAS, la Société Française de Radiologie
- Indication non validée pour l’instant pour le groupe de travail de l’EUSOMA en 2010

Peut on se contenter d’une surveillance si l’IRM est négative ???

ETIOLOGIES :
CONDUITE A TENIR

ECTASIE GALACTOPHORIQUE SECRÉTANTE

- évolution par poussées souvent pluriorificielles
- poussées inflammatoires
- pseudo abcès, fistules péri-aréolaires= mastite plasmocytaire
- tardivement rétraction du mamelon.
- STADES EVOLUTIFS D ’UNE MEME AFFECTION ?
- origine ? Tabac
- auto immune?(association diabète, thyroidite..)
- Traitement : AINS voire CORTICOIDES
- PAS DE CHIRURGIE

LESIONS BENIGNES (1)

- DYSTROPHIE GALACTOPHORIQUE :

- ectasie
- mastopathie fibrokystique
- si le dg est évident ne doivent pas être opérés

- TUBERCULOSE MAMMAIRE :

- tumeur périmamelonnaire +/- rétractée + écoulement

LESIONS BENIGNES (2)

- CYSTADENOME PAPILLAIRE OU PAPILLOME
- 30%
- Entre 30 à 50 ans
- lésion arborescente bénigne du galactophore terminal avec axe conjonctivo vasculaire, une couche de cellules épithéliales + assise myoépithéliale
- cas particulier adénomatose érosive du mamelon (diagnostic différentiel : Paget) : suintement plutôt qu'écoulement

Pourquoi opérer les papillomes ?

Si diagnostic par micro ou macrobiopsie

- Sur 104 cas : 15% pas de lésion; 68% papillomes purs; 8% hyperplasie atypique; 6% CCIS, 3% K invasif;
- le plus souvent dans tissu adjacent au papillome ! (Jaffer 2009)
- Donc excision chirurgicale pas trop étroite !
- Nécessité de surveillance : RR de cancer ultérieur = 2.4 persistant 25 ans si papillome simple (Lewis 2006)

ECOULEMENT UNIORIFICIEL ISOLE

- La patiente ne doit pas rechercher l ’écoulement car risque de tarissement (si ne coule pas alors rien n ’est possible)
- Biopsie pré op indispensable +++ mais risque de lésions adjacente à la biopsie (Jaffer 2009)
- Tout écoulement sanglant doit être opéré par PYRAMIDECTOMIE (Montroni 2010, Van Gelden 2015)

PYRAMIDECTOMIE

- Intervention esthétique si bien faite
- Pas d’examen extemporanné (petites lésions fragiles) et exérèse un peu large
- A discuter en fonction des cas pour apprécier le risque de cancer ultérieur (x3 si papillomatose, x5 à 7 si papillome atypique x2.4 si papillome simple avec un risque persistant 25 ans Lewis 2006)
- Alternative : exérèse par macrobiopsie si petit papillome isolé bien repérable

PYRAMIDECTOMIE

- 950 patientes
- 24% cancers, dont 6% invasifs et 1,5% micro-invasifs
- Intervention esthétique
- Fiabilité diagnostique
- Guérison si pathologie bénigne (papillome)
- Moins de 2% de complications

Montroni, Taffarelli, 2010

PLACE DE LA SURVEILLANCE

- De plus en plus préconisée actuellement devant des biopsies bénignes (papillome) ou des écoulements colorés non sanglants isolés : tarissement spontané en 2 à 36 mois
- Mais : surveillance courte dans les publications (Cyr 2011, Morrogh 2010)
- L’écoulement peut être gênant pour la femme
- Les antécédents familiaux doivent être pris en compte de même que la possibilité de surveillance poursuivie 10 ans au moins

Surveiller les papillomes ?

321 patientes pour Strachan en 2016

Microbiopsies suivies de macrobiopsies :

- 3 cancers détectés après dg de papillome
- 121 suivis OK aprés dg de papillome bénin
- Surveillance 3 ans.

Consensus actuel: dg par macrobiopsie, pas d'atypie

- Disparition de l'image post procédure
- Surveillance 5 ans au moins (Rageth 2016)

LESIONS HYPERPLASIQUES (1)

- Canalaires (galactophores de petit calibre) ou lobulaires (lobules terminaux) simple ou avec atypies cellulaires.
- Lésions souvent diffuses: multifocales voire bilatérales
- RR de KS dans les suites= x 2 à 5, x 7 à 8 si ATCD familiaux
- Mammo : microcalcifications ou découverte fortuite
- CAT : Chirurgie plus ou moins large
- Surveillance très stricte suivant lésions

LESIONS HYPERPLASIQUES (2)

- Papillomatose juvénile
- Jeune fille jusqu'à 25 ans (maxi 40 ans)
- Tuméfaction mobile + ou – écoulement
- Mammo : microcalcification
- Écho : placard échogène + microkystes
- Histo : hyperplasie + adénose sclérosante+kystes parfois CIC
- Contexte familial de cancer du sein (dépister la famille ++)
- Variante : hyperplasie papillaire ductale : idem sans kystes

LESIONS MALIGNES

- Carcinome papillaire intragalactophorique
- cystadéno-carcinome
- carcinome micro papillaire (multicentrique)
- carcinome papillaire invasif = bas grade
- carcinome lobulaire in situ (CLIS) ou invasif

(multicentrique voire bilatéral).

- CIC (carcinomes canalaires in situ)
- Carcinome invasif « classique »

Écoulement chez le nouveau-né

- Hypertrophie néonatale transitoire du
- bourgeon mammaire : 35% dans les 2 sexes
- par la prolactine maternelle
- Ecoulement qui peut même être sanglant
- N'existe pas chez le prématuré
- De 15 jours de vie à 3 mois
- Disparition spontanée
- Abstention

Écoulement chez la jeune fille

- Ectasie canalaire pubertaire des
- galactophores proximaux : nodule bleuté sous aréolaire avec écoulement brunâtre
- Véritables kystes possibles
- Résolution le plus souvent spontanée
- Si inflammation péricanalaire, abcès possible par surinfection (manipulations?)

Boisserie-lacroix et Boutet.EMC 2009

Écoulement chez la jeune fille

- Hyperplasie épithéliale localisée bénigne
- Papillome intraductal (1,2 %)
- Tubercule de Montgomery kystisé : nodule indolore + écoulement aréolaire séreux ou lactescent ; poussées inflammatoires possibles avec abcès et fistule aréolaire
- Papillomatose juvénile : RR de cancer du sein familial x 3 ou 4

Écoulement chez la femme enceinte ou allaitante

- Hyperplasie épithéliale = exagération de la prolifération normale lors de la grossesse
- Écoulement parfois « rouille »
- Cytologie + échographie de prudence
- Mammo si persistance 4 mois après accouchement
- Lors de l'allaitement, crevasses du mamelon parfois sanglantes