

La première frontière anatomique: la peau des seins

Dr Delphine GEFROY
Institut de Cancérologie de l'Ouest
Nantes Saint-Herblain



SFR Rhône-Alpes
Valence 15 janvier 2022

Plan

Point de vue du radiologue

1^{ère}
frontière
anatomique

frontière
entre ≠
spécialités
médicales

Radio, gynéco, dermato, onco,
radiothérapeute, interniste...

La peau
des
seins

L'examiner
pour mieux
interpréter
l'imagerie

Variabilité contextuelle:

- carcinologique ?
- dermatose connue?
- Allaitement?
- Maladie générale?
- Signes infectieux?

- Sein inflammatoire
- Lésions cutanées mammaires spécifiques (PAM)

Point
d'appel
clinique
motivant
l'imagerie

Sentinelle
ou témoin
direct d'un
cancer du
sein

Introduction

- **Sein = unité cutanée et glandulaire**
- **Embryologie: ectoderme**
- Pas de plan de clivage ant. avec la peau

Ectoderme

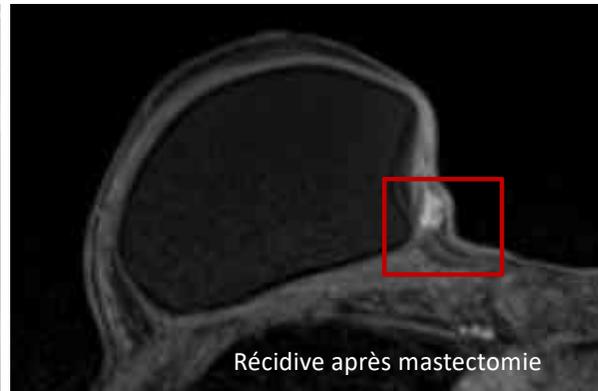
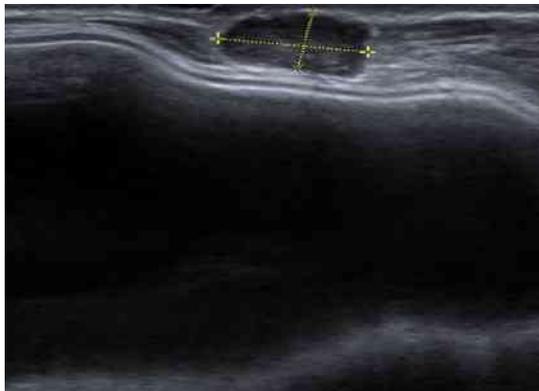
- Epaississement

Crête mammaire

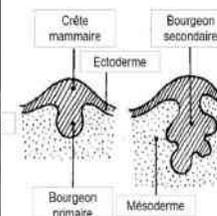
- 1 bourgeon/côté
- Régression

Bourgeon mammaire

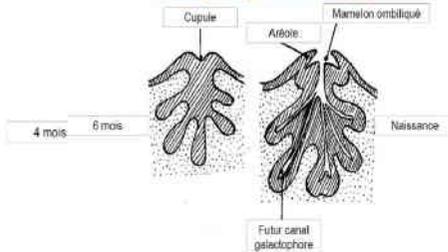
- Donnera la PAM
- Et les canaux galactophores en s'invaginant dans le derme



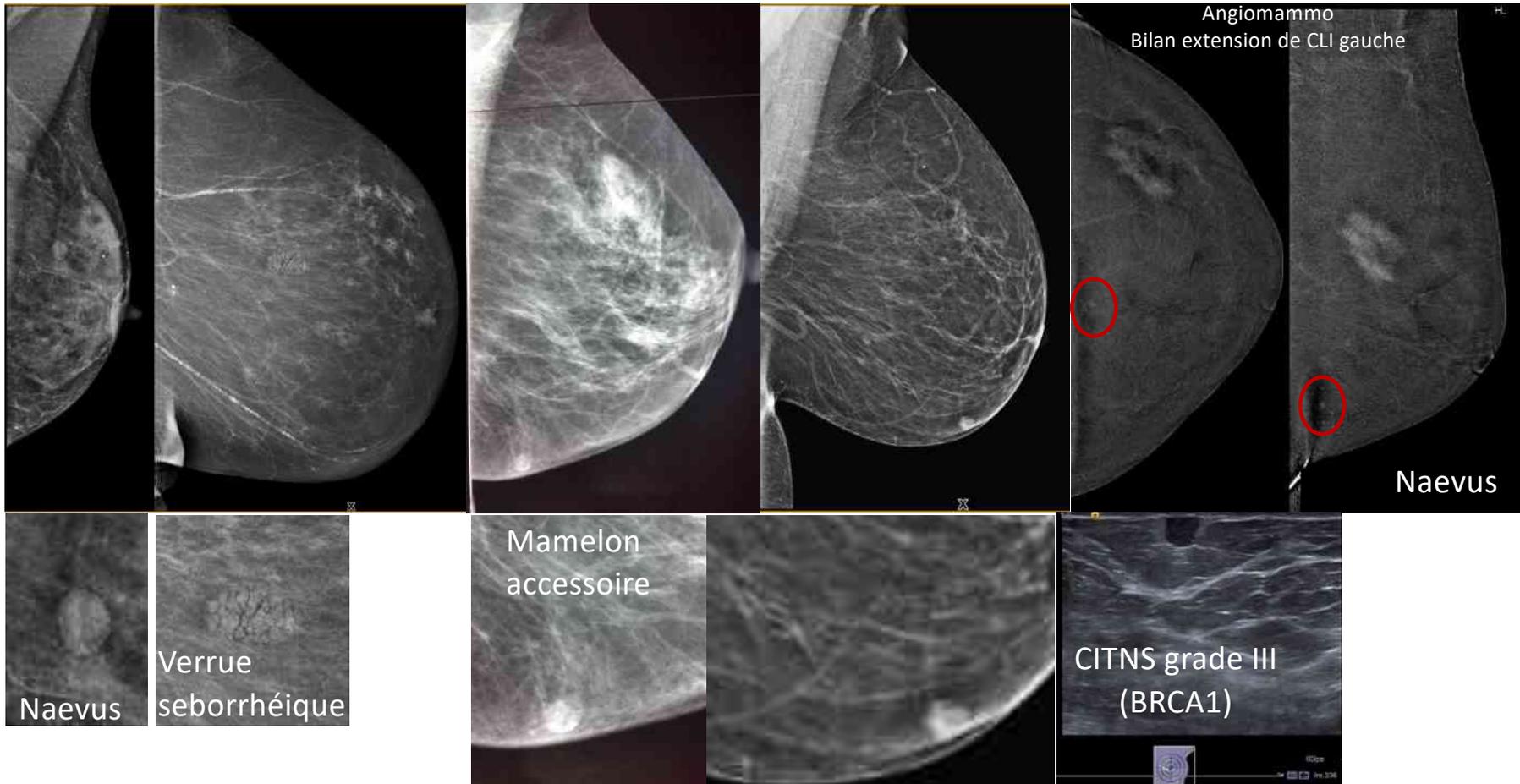
Embryologie du sein (1)



Embryologie du sein (2)



L'examen de la peau pour interpréter l'imagerie

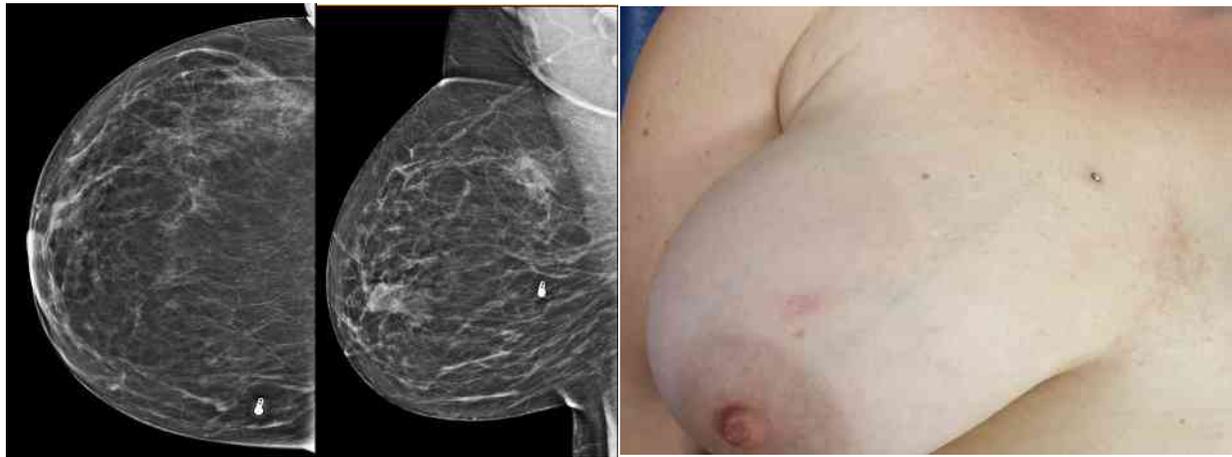


L'examen de la peau pour interpréter l'imagerie



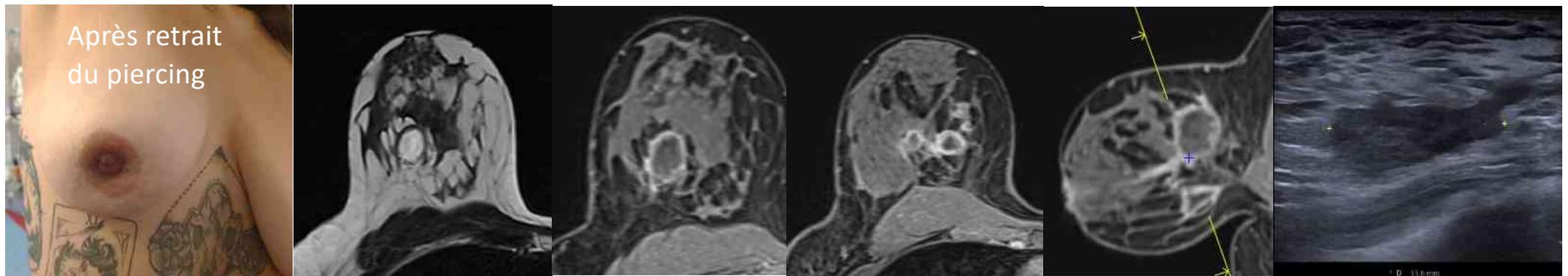
L'examen de la peau pour interpréter l'imagerie

Piercings et tatouages mammaires

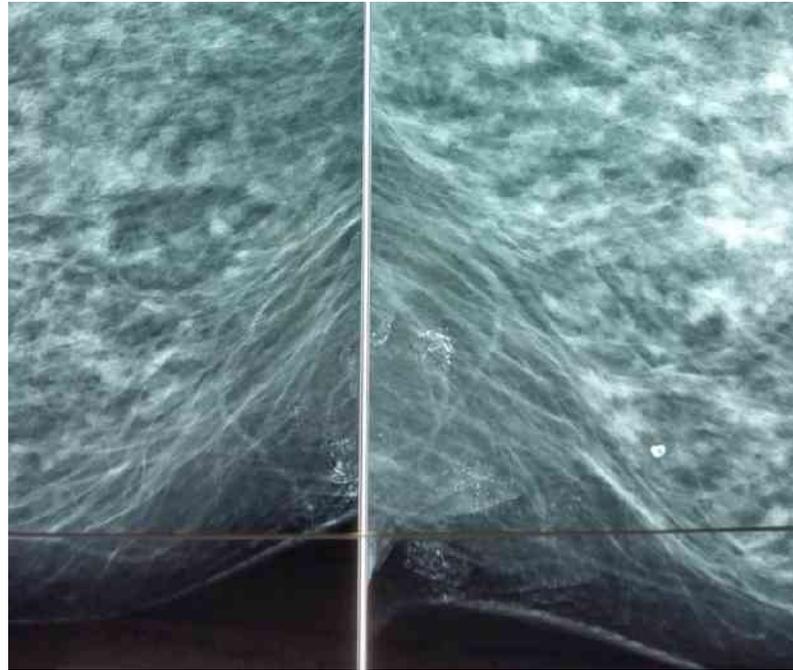
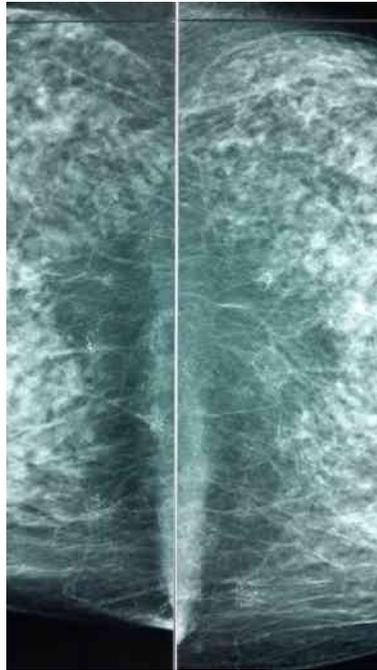


COMPLICATIONS

- Réactions inflammatoires / allergique nickel /encres de tatouage
- Chéloïdes, réactions granulomateuses, histiocytome fibreux
- **Risque infectieux** : mastite avec abcès péri-aréolaires, infection de prothèse mammaire
- Hyperprolactinémie et galactorrhée non réversibles au retrait du piercing.



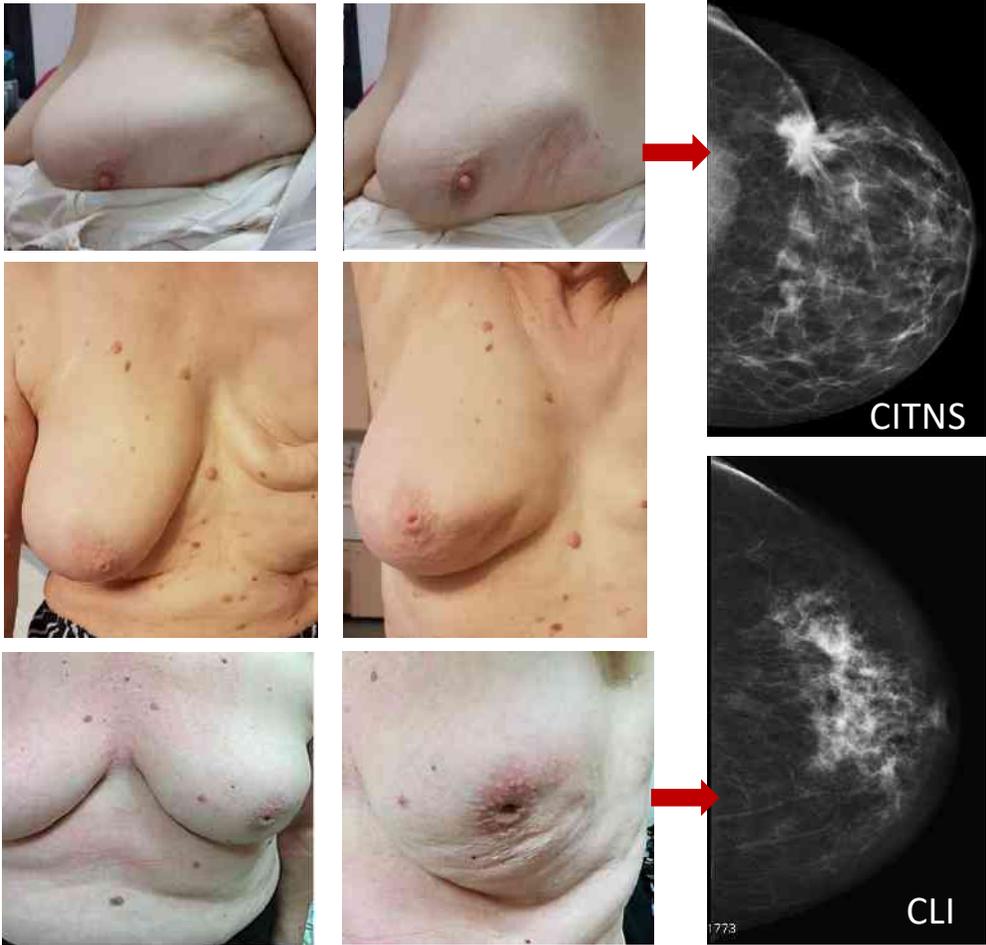
L'examen de la peau pour interpréter l'imagerie



Fausse microcalcifications:

- Tatouage
- Poudres et crèmes dermiques
- Déodorants

La peau comme sentinelle du cancer du sein

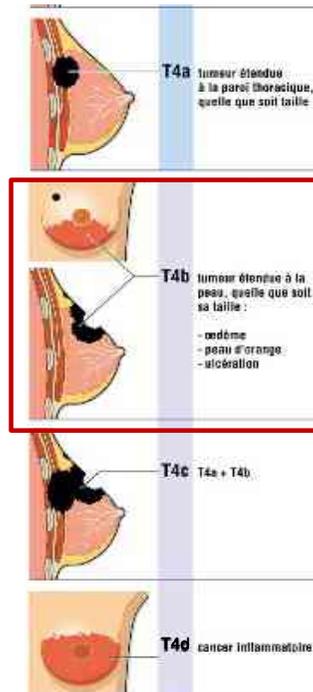
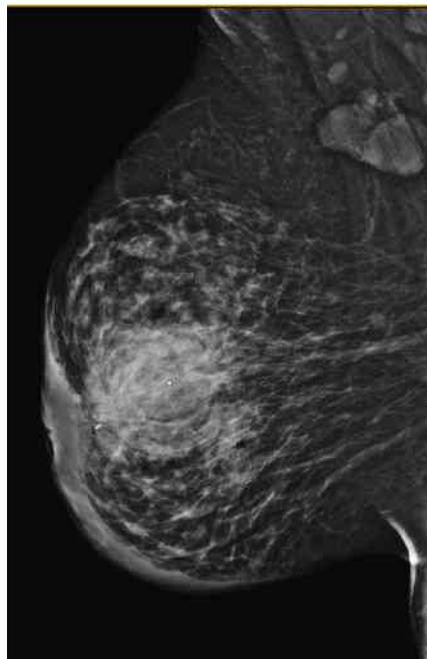


Ride, fossette, méplat, rétraction cutanée...

La peau témoin direct de cancer du sein évolué: T4b



Mode de révélation d'un cancer du sein

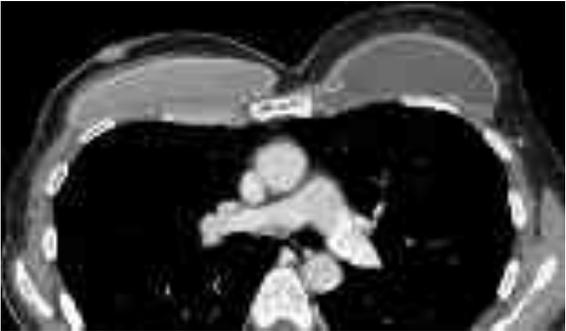


Diagnostic:
biopsie punch



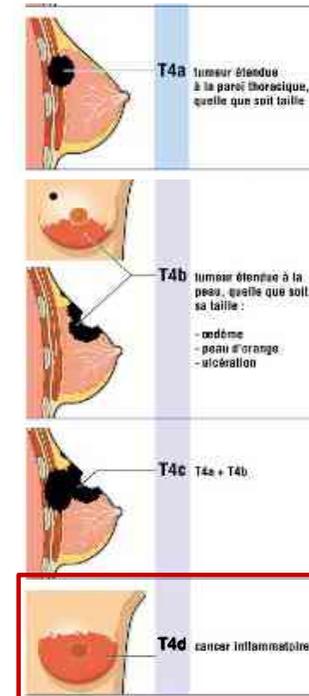
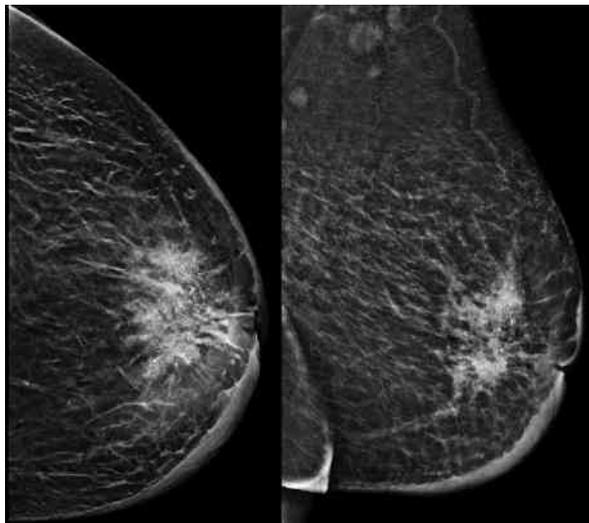
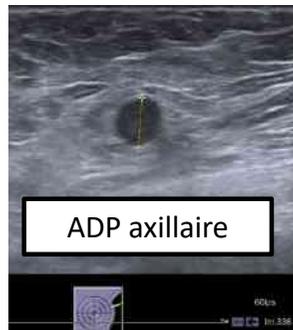
- T4** : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)
- T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
 - T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
 - T4c : T4a + T4b
 - T4d : cancer inflammatoire

Nodule de perméation: T4b



Mode de récidence

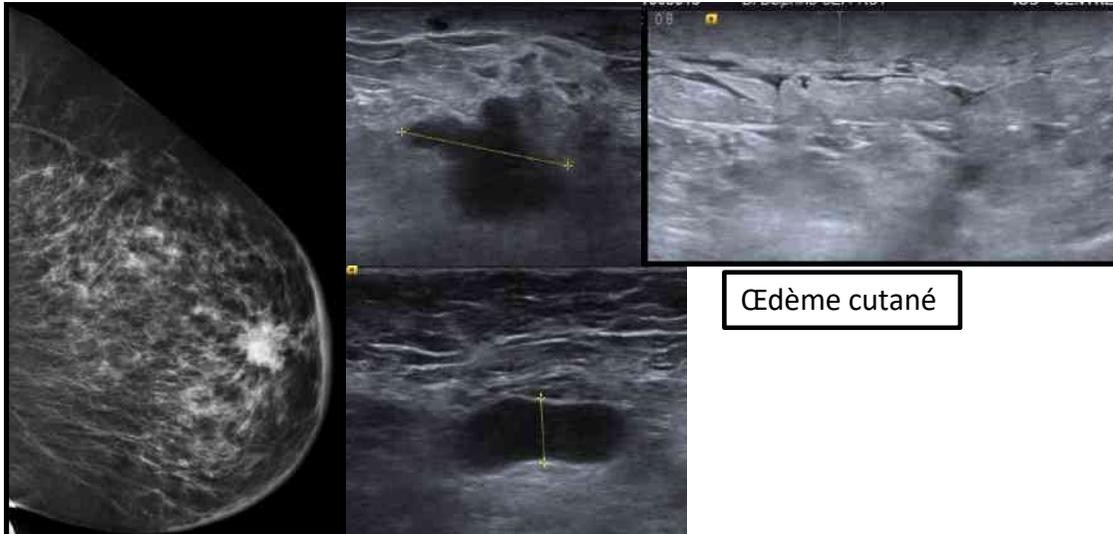
La peau témoin direct de cancer du sein évolué: T4d



T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- T4c : T4a + T4b
- T4d : cancer inflammatoire

T4d: Cancer du sein inflammatoire



Œdème cutané

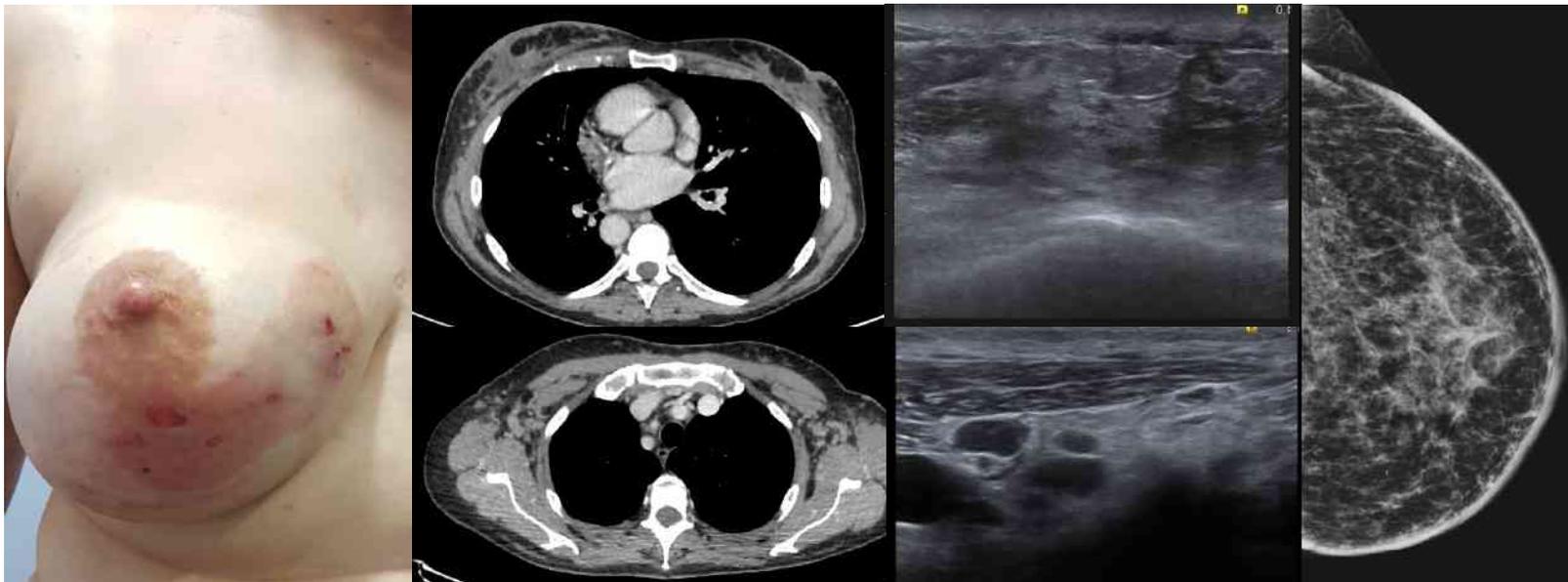
Masse, œdème glandulaire

ADP axillaire

- $\leq 5\%$ cancers sein
- cancer agressif à haut risque métastatique
- **Dg à exclure devant toute mastite** car urgence thérapeutique → Bilan d'extension, chimiothérapie, mastectomie de complément.
- **Dg / biopsie punch peau inflammatoire → emboles lymphatiques dermiques**
- **+ biopsie toute cible intra-mammaire**, masse, distorsion, foyer de microcalcifications, ADP axillaire → prélèvement percutané adapté.
- **Si histo négative ou absence de cible sur bilan standard → IRM** pour guider prélèvements mais ne doit pas entrainer de retard de PEC!

Peau témoin direct d'un cancer du sein: histologies particulières

Lésion cutanée révélatrice d'un **lymphome cutané T épidermotrope** ou **Mycosis fungoïde**



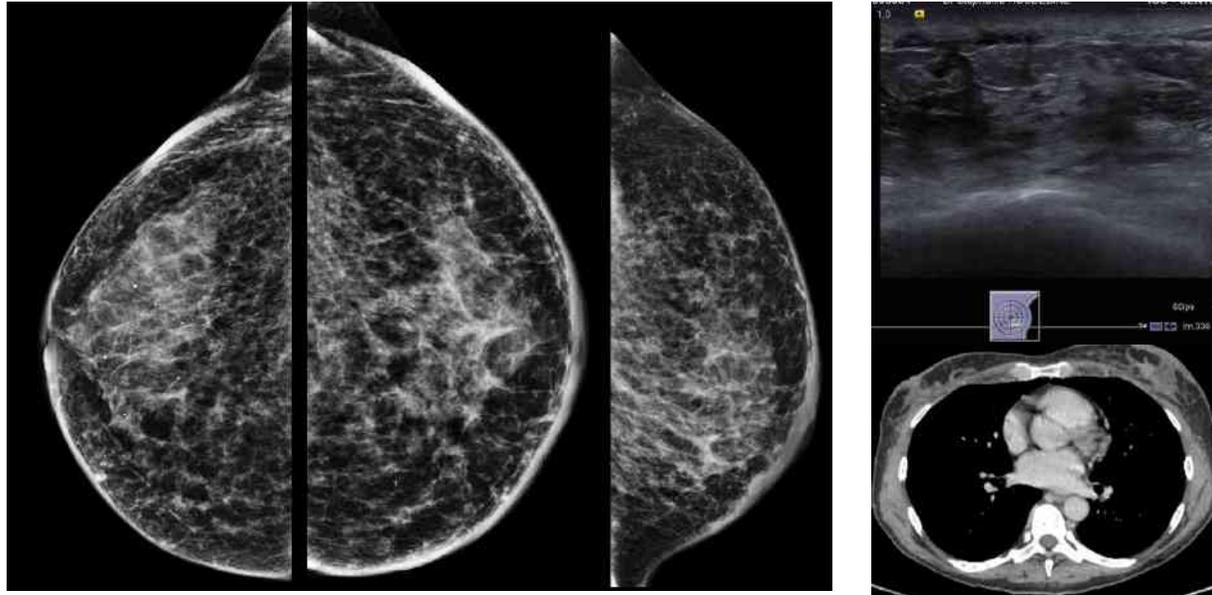
Lésions eczématiformes chroniques évoluant depuis plusieurs années avec ulcérations.

Placard mal délimité supéro-externe droit et sein pris en masse gauche avec épaissement cutané mais sans érythème ni signe inflammatoire.

Dg = Biopsie cutanée et faisceau d'arguments cliniques, cytologiques, histologiques, immunohistochimiques et moléculaires.

Peau témoin direct d'un cancer du sein: histologies particulières

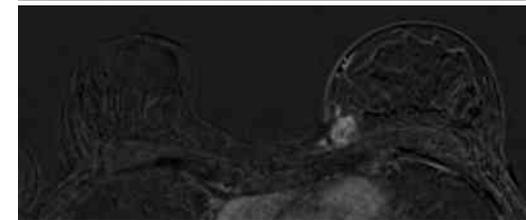
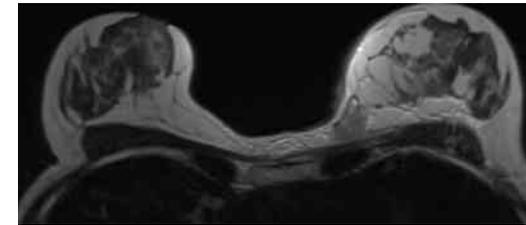
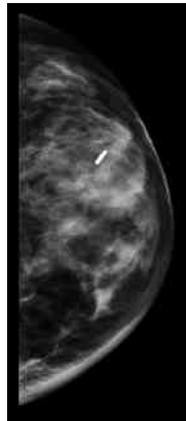
Épaississement cutané du sein gauche révélateur d'un **lymphome B de bas grade**



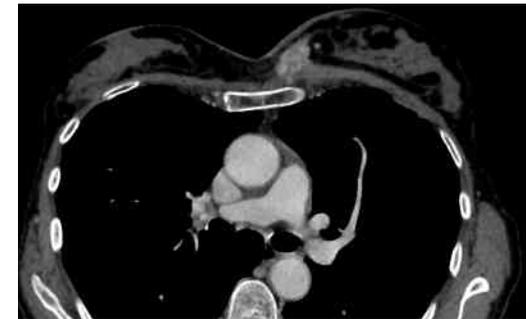
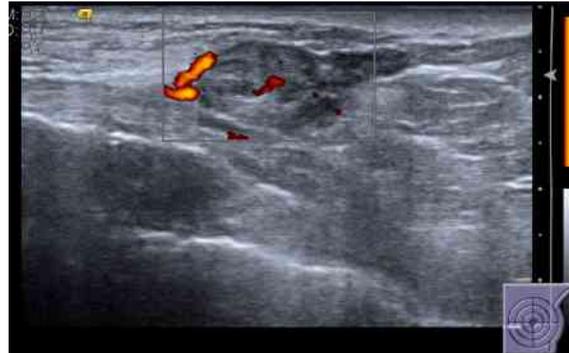
Sein gauche induré, avec épaissement cutané sans érythème ni signe inflammatoire, ADP axillaires bilatérales

Dg = pas de lésion mammo-US biopsiable: biopsie d'une ADP et biopsie cutanée

Peau témoin direct d'un cancer du sein: histologies particulières



*ATCD de Ttt conservateur il y a 10 ans.
Apparition d'une masse
hypervascularisée du QSI:
angiosarcome en territoire irradié.*



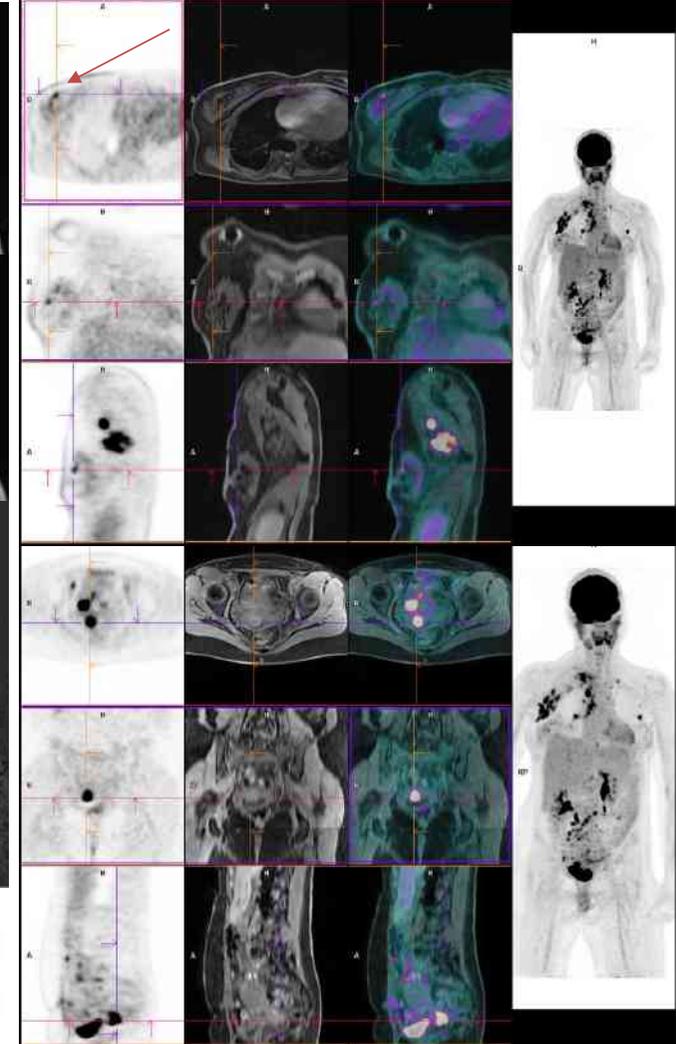
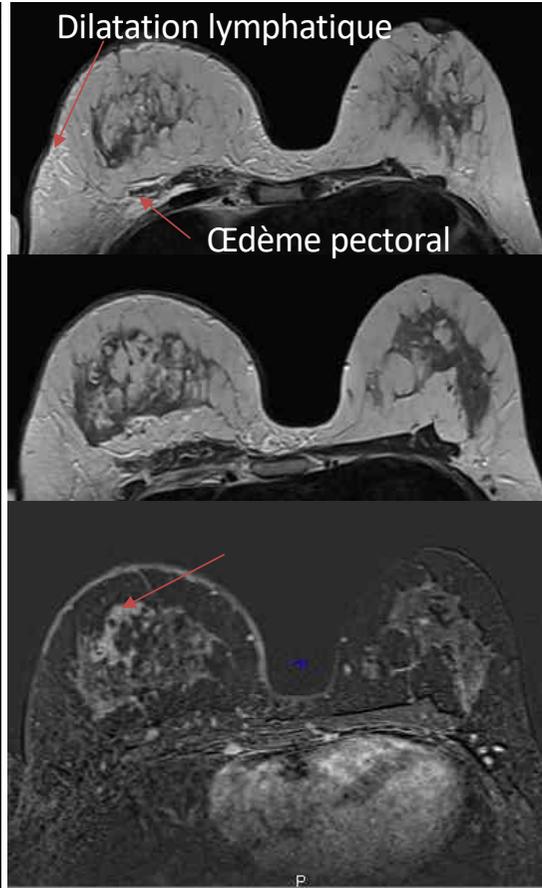
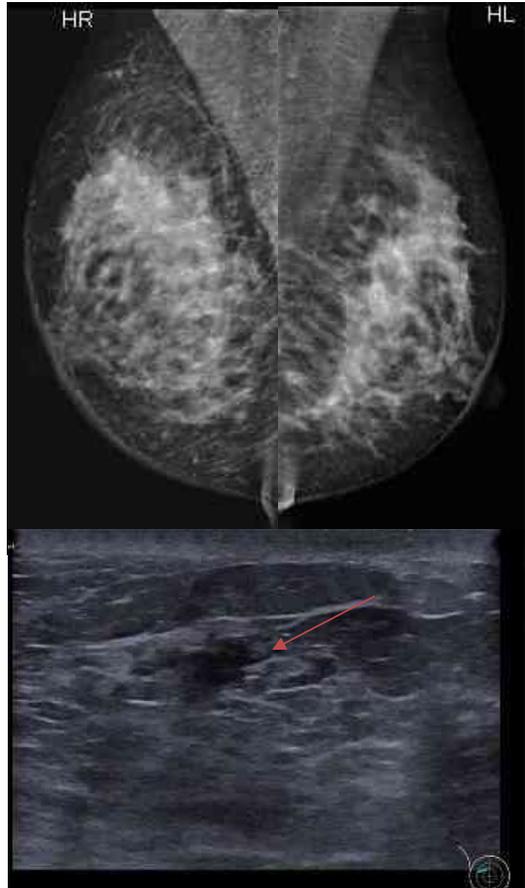
Cancers radio-induits; Risque faible: 0,48% à 15 ans.

Peau du sein: siège de métastases



Peau du sein: siège de métastases

36 ans en post-partum.
Diagnostic de cancer du col
utérin sur analyse placentaire
(bilan prématurité).
Mastite sein droit.

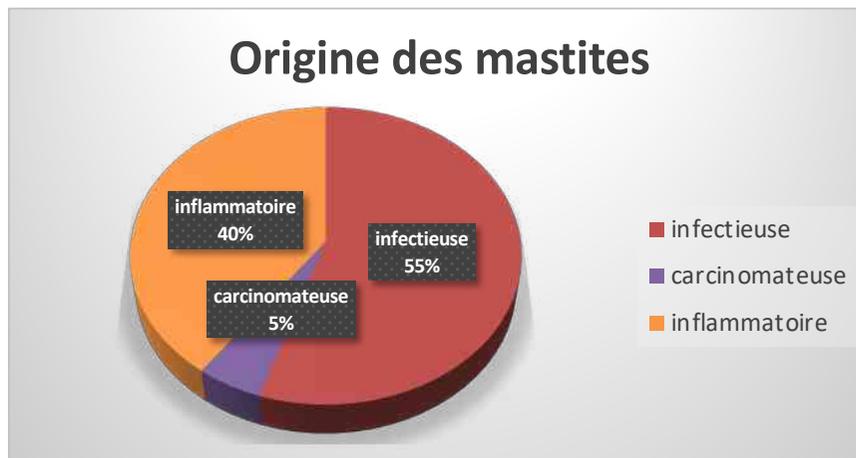


CONCLUSION :

- Microbiopsie dans le quadrant supéro-externe du sein droit : localisation d'un adénocarcinome peu différencié HPV-associé, en accord avec une origine cervicale utérine.
- Biopsie cutanée en regard du quadrant supéro-externe du sein droit : localisation dermique de l'adénocarcinome sous la forme d'une lymphangite carcinomateuse.

Peau comme point d'appel clinique: Sein inflammatoire

Mastite = sein rouge et chaud +/- douloureux



Mastite puerpérale
= 86% des cas de
mastite

MASTITES INFECTIEUSES HORS ALLAITEMENT

TYPES	Localisée au plan cutané	Zaire à l'infection d'une lésion intra-mammaire	Inflammation périphérique: Collection profonde	Inflammation péri-aréolaire: <u>Galactophorite ectasiant</u> e <u>sécrétante</u> obstructive
GERMES	<ul style="list-style-type: none"> Staphylocoque, Streptocoque, anaérobie et entérocoque Germes rares (évolution défavorable sous antibiothérapie probabiliste, ou clinique atypique): <u>Mycobacterium</u>, <u>Actinomyces</u>, <u>Nocardia</u>... → prélèvements bactériologiques Tuberculose (endémie, VIH+), actinomycose exceptionnelles 			
CONTEXTE (Ctx)	<ul style="list-style-type: none"> Kyste sébacé Kyste épidermoïde Hidradénite suppurative Cellulite 	<ul style="list-style-type: none"> Kyste Galactocèle Cytostéatécrose Sérome 	<ul style="list-style-type: none"> Ctx : post-opératoire, radiothérapie Ff: âgée, obésité, diabète, tabagisme, corticothérapie Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite granulomateuse Infection de prothèse mammaire: <ul style="list-style-type: none"> + fat dans contexte onco 2/3: précoce (6 1ères semaines) Tardives: plusieurs années après la pose, clinique plus frustré 	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des abcès non puerpéraux+++ Ctx: jeune, Tabagisme Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite plasmocytaire Ff: Piercing précoce: écoulement séro-sanglant, ectasie (US)
FACTEURS FAVORISANTS (Ff)				
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt du tabac ATB d'épreuve probabiliste sans prélèvement: [Augmentin® ou Clindamycine® si allergie Penicilline] + Metronidazole (Flagyl®): 7-10j Abcès: idem +/- drainage radiologique ou chirurgical. Post-chirurgie ou radiothérapie: AINS Réévaluation: 7-14 j 		<ul style="list-style-type: none"> Changement de prothèse en un temps opératoire et antibiothérapie ciblée. 	<ul style="list-style-type: none"> Corticothérapie durant 4-6 mois dans les formes récidivantes ou fistulisées Exérèse chirurgicale du galactophore hors épisode aigu.



1
AUX TYPES DE LÉSIONS QU'ELLE LAISSE SUR LA PEAU :

- NODULES** (lésions dures sous la peau)
- ABCÈS** (pus entouré d'une peau aréolaire)
- SINUS/FISTULES** (passages qui relient deux lésions ou plus ensemble)

2
À SON CARACTÈRE RÉCURRENT (les lésions disparaissent puis réapparaissent)

3 À L'EMPLACEMENT DES LÉSIONS, SOIT DANS LES RÉGIONS DE LA PEAU EXPOSÉES AU FROTTEMENT, et/ou à celles des glandes apocrines (apocriales: axillaires, aisselles, aine):

- SUR ET AUTOUR DES SEINS**
- AUX AISSELLES** (une des régions les plus touchées)
- ENTRE LES FESSES** (la région qui est le plus touchée)
- À L'AINE** (une autre région souvent touchée)

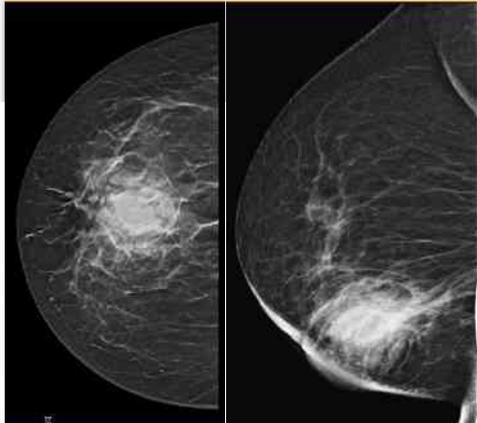
MASTITES INFECTIEUSES HORS ALLAITEMENT

TYPES	Localisée au plan cutané	Zaire à l'infection d'une lésion intra-mammaire	Inflammation périphérique: Collection profonde	Inflammation péri-aréolaire: Galactophorite ectasiant sécrétante obstructive
GERMES	<ul style="list-style-type: none"> Staphylocoque, Streptocoque, anaérobie et entérocoque Germes rares (évolution défavorable sous antibiothérapie probabiliste, ou clinique atypique): <i>Mycobacterium</i>, <i>Actinomyces</i>, <i>Nocardia</i>... → prélèvements bactériologiques Tuberculose (endémie, VIH+), actinomycose exceptionnelles 			
CONTEXTE (Ctx)	<ul style="list-style-type: none"> Kyste sébacé Kyste épidermoïde Hidradénite suppurative Cellulite 	<ul style="list-style-type: none"> Kyste Galactocèle Cystostéatonecrose Sérome 	<ul style="list-style-type: none"> Ctx : post-opératoire, radiothérapie Ff: âgée, obésité, diabète, tabagisme, corticothérapie Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite granulomateuse Infection de prothèse mammaire: <ul style="list-style-type: none"> + fat dans contexte onco 2/3: précoce (6 1ères semaines) Tardives: plusieurs années après la pose, clinique plus frustrée 	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des abcès non puerpéraux+++ Ctx: jeune, Tabagisme Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite plasmocytaire Ff: Piercing précoce: écoulement séro-sanglant, ectasie (US)
FACTEURS FAVORISANTS (Ff)				
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt du tabac ATB d'épreuve probabiliste sans prélèvement: [Augmentin® ou Clindamycine® si allergie Penicilline] + Metronidazole (Flagyl®): 7-10j Abcès: idem +/- drainage radiologique ou chirurgical. Post-chirurgie ou radiothérapie: AINS Réévaluation: 7-14 j 		<ul style="list-style-type: none"> Changement de prothèse en un temps opératoire et antibiothérapie ciblée. 	<ul style="list-style-type: none"> Corticothérapie durant 4-6 mois dans les formes récidivantes ou fistulisées Exérèse chirurgicale du galactophore hors épisode aigu.



MASTITES INFECTIEUSES HORS ALLAITEMENT

TYPES	Localisée au plan cutané	Zaire à l'infection d'une lésion intra-mammaire	Inflammation périphérique: Collection profonde	Inflammation péri-aréolaire: Galactophorite ectasiant sécrétante obstructive
GERMES	<ul style="list-style-type: none"> Staphylocoque, Streptocoque, anaérobie et entérocoque Germes rares (évolution défavorable sous antibiothérapie probabiliste, ou clinique atypique): <i>Mycobacterium</i>, <i>Actinomyces</i>, <i>Nocardia</i>... → prélèvements bactériologiques Tuberculose (endémie, VIH+), actinomycose exceptionnelles 			
CONTEXTE (Ctx)	<ul style="list-style-type: none"> Kyste sébacé Kyste épidermoïde Hidradénite suppurative Cellulite 	<ul style="list-style-type: none"> Kyste Galactocèle Cytostéatonecrose Sérome 	<ul style="list-style-type: none"> Ctx : post-opératoire, radiothérapie Ff : âgée, obésité, diabète, tabagisme, corticothérapie Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite granulomateuse Infection de prothèse mammaire: <ul style="list-style-type: none"> + <i>fat</i> dans contexte onco 2/3: précoce (6 1ères semaines) Tardives: plusieurs années après la pose, clinique plus frustrée 	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des abcès non puerpéraux+++ Ctx: jeune, Tabagisme Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite plasmocytaire Ff: Piercing précoce: écoulement séro-sanguant, ectasie (US)
FACTEURS FAVORISANTS (Ff)				
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt du tabac ATB d'épreuve probabiliste sans prélèvement: [Augmentin® ou Clindamycine® si allergie Penicilline] + Metronidazole (Flagyl®): 7-10j Abcès: idem +/- drainage radiologique ou chirurgical. Post-chirurgie ou radiothérapie: AINS Réévaluation: 7-14 j 			
			<ul style="list-style-type: none"> Changement de prothèse en un temps opératoire et antibiothérapie ciblée. 	<ul style="list-style-type: none"> Corticothérapie durant 4-6 mois dans les formes récidivantes ou fistulisées Exérèse chirurgicale du galactophore hors épisode aigu.



MASTITES INFECTIEUSES HORS ALLAITEMENT

TYPES	Localisée au plan cutané	Zaire à l'infection d'une lésion intra-mammaire	Inflammation périphérique: Collection profonde	Inflammation péri-aréolaire: Galactophorite ectasiant sécrétante obstructive
GERMES	<ul style="list-style-type: none"> Staphylocoque, Streptocoque, anaérobie et entérocoque Germes rares (évolution défavorable sous antibiothérapie probabiliste, ou clinique atypique): <i>Mycobacterium</i>, <i>Actinomyces</i>, <i>Nocardia</i>... → prélèvements bactériologiques Tuberculose (endémie, VIH+), actinomycose exceptionnelles 			
CONTEXTE (Ctx)	<ul style="list-style-type: none"> Kyste sébacé Kyste épidermoïde Hidradénite suppurative Cellulite 	<ul style="list-style-type: none"> Kyste Galactocèle Cytostéatonecrose Sérome 	<ul style="list-style-type: none"> Ctx : post-opératoire, radiothérapie Ff: âgée, obésité, diabète, tabagisme, corticothérapie Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite granulomateuse Infection de prothèse mammaire: <ul style="list-style-type: none"> + fat dans contexte onco 2/3: précoce (6 1ères semaines) Tardives: plusieurs années après la pose, clinique plus frustrée 	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des abcès non puerpéraux+++ Ctx: jeune, Tabagisme Surinfection d'un abcès amicrobien de mastite plasmocytaire Ff: Piercing précoce: écoulement séro-sanglant, ectasie (US)
FACTEURS FAVORISANTS (Ff)				
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt du tabac ATB d'épreuve probabiliste sans prélèvement: [Augmentin® ou Clindamycine® si allergie Penicilline] + Metronidazole (Flagyl®): 7-10j Abcès: idem +/- drainage radiologique ou chirurgical. Post-chirurgie ou radiothérapie: AINS Réévaluation: 7-14 j 			
	<ul style="list-style-type: none"> Changement de prothèse en un temps opératoire et antibiothérapie ciblée. 			<ul style="list-style-type: none"> Corticothérapie durant 4-6 mois dans les formes récidivantes ou fistulisées Exérèse chirurgicale du galactophore hors épisode aigu.



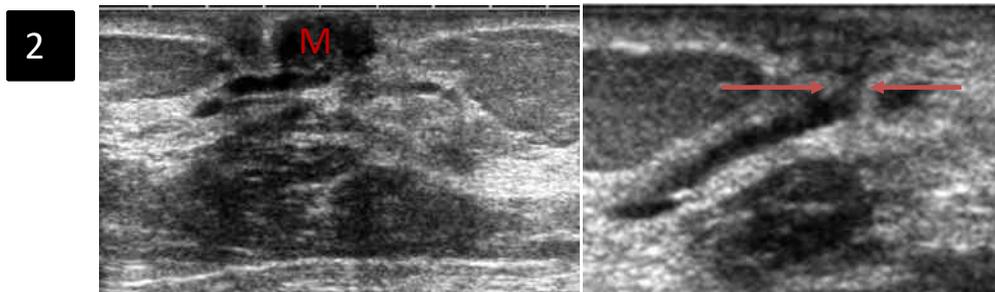
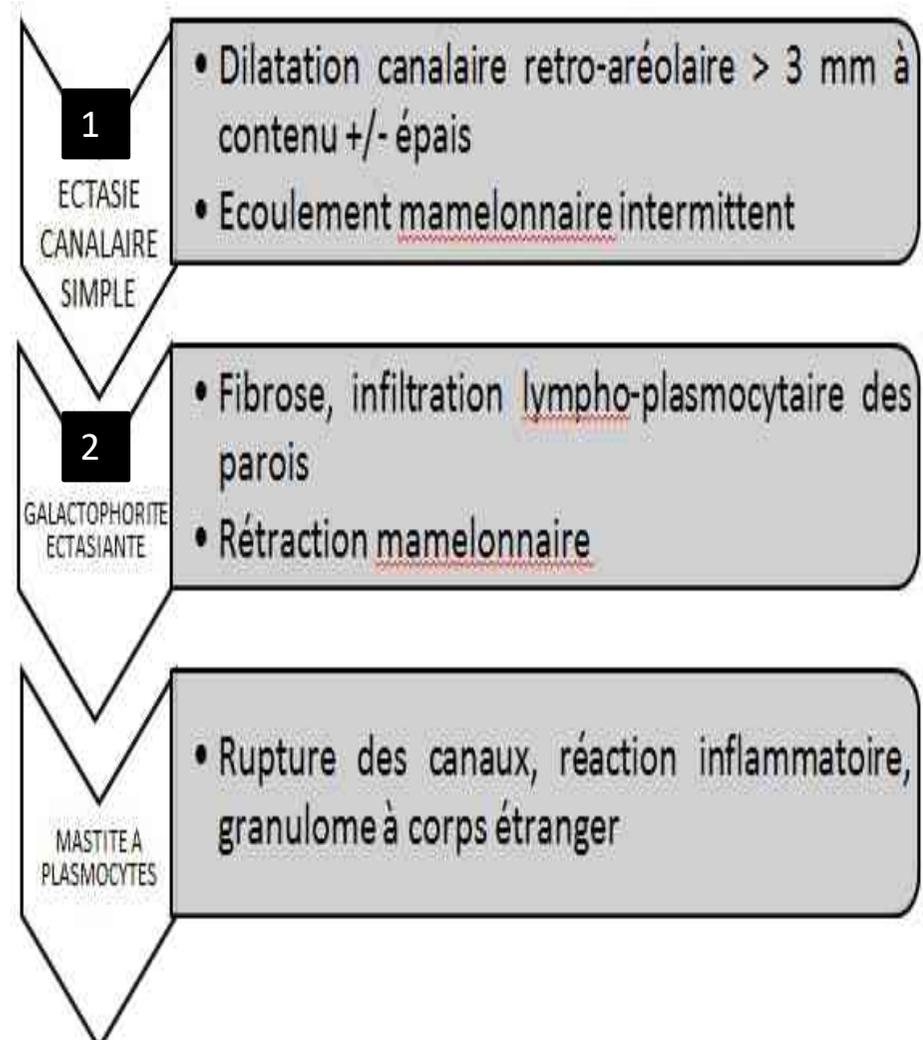
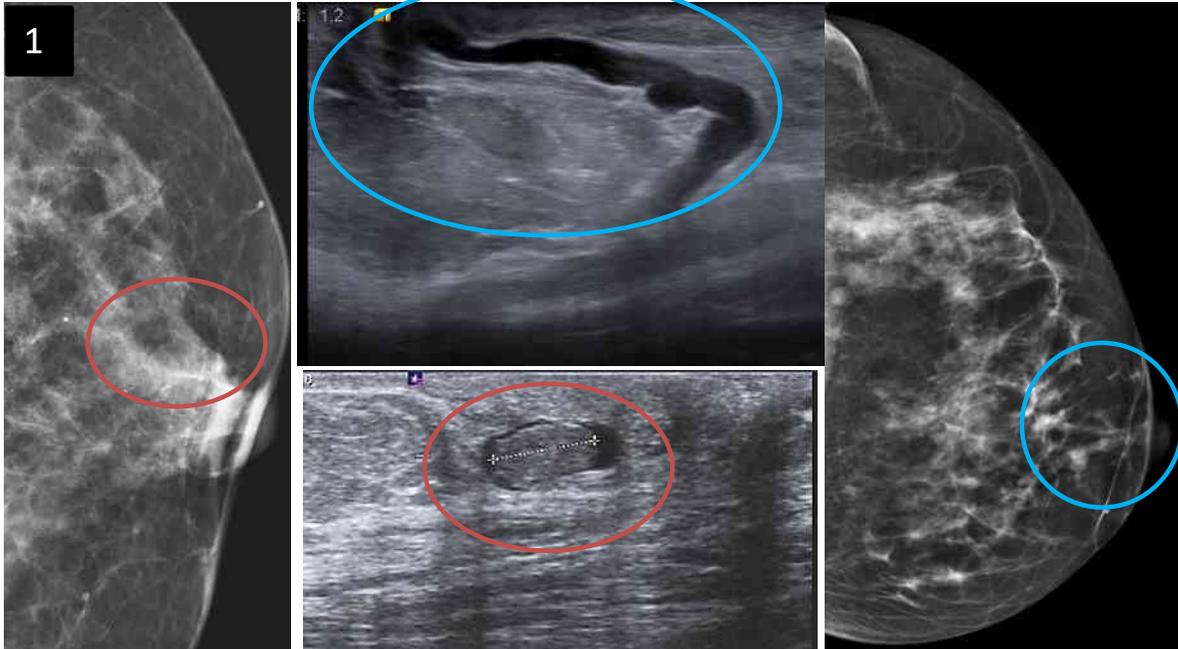
Infection autour d'un expandeur

MASTITE INFECTIEUSE HORS ALLAITEMENT

TYPES	Localisée au plan cutané	2aire à l'infection d'une lésion intra-mammaire	Inflammation périphérique: Collection profonde	Inflammation péri-aréolaire: <u>Galactophorite ectasiant sécrétante obstructive</u>
GERMES	<ul style="list-style-type: none"> • Staphylocoque, Streptocoque, anaérobie et entérocoque • Germes rares (évolution défavorable sous antibiothérapie probabiliste, ou clinique atypique): <u>Mycobacterium</u>, <u>Actinomyces</u>, <u>Nocardia</u>... → prélèvements bactériologiques • Tuberculose (endémie, VIH+), actinomycose exceptionnelles 			
CONTEXTE (Ctx)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Kyste sébacé</u> • <u>Kyste épidermoïde</u> • <u>Hidradénite suppurative</u> • <u>Cellulite</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Kysta</u> • <u>Galactocèle</u> • <u>Cytostéatonécrose</u> • <u>Sérome</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ctx</u> : post-opératoire, radiothérapie • <u>Ff</u>: âgée, obésité, diabète, tabagisme, corticothérapie • <u>Surinfection d'un abcès microbien de mastite granulomateuse</u> • <u>Infection de prothèse mammaire</u>: <ul style="list-style-type: none"> • + <u>fgt</u> dans contexte <u>onco</u> • 2/3: précoce (6 1ères semaines) • Tardives: plusieurs années après la pose, clinique plus frustrée 	<ul style="list-style-type: none"> • Majorité des abcès non puerpéraux+++ • <u>Ctx</u>: jeune, Tabagisme • <u>Surinfection d'un abcès microbien de mastite plasmocytaire</u> • <u>Ff</u>: <u>Piercing</u> • précoce: écoulement <u>séro-sanguant</u>, ectasie (US)
FACTEURS FAVORISANTS (Ff)	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du tabac • ATB d'épreuve probabiliste sans prélèvement: [<u>Augmentin®</u> ou <u>Clindamycine®</u> si allergie <u>Penicilline</u>] + <u>Metronidazole (Flagyl®)</u>: 7-10j • Abcès: idem +/- drainage radiologique ou chirurgical. • Post-chirurgie ou radiothérapie: AINS • Réévaluation: 7-14 j 			
TR	<ul style="list-style-type: none"> • Corticothérapie durant 4-6 mois dans les formes récidivantes ou fistulisées • Exérèse chirurgicale du galactophore hors épisode aigu. 			



Mastite inflammatoire primitive



Mastite inflammatoire primitive

MASTITES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES PRIMITIVES		
	MASTITITE PERICANALAIRE PLASMOCYTAIRE	MASTITITE GRANULOMATEUSE LOBULAIRE IDIOPATHIQUE
TERRAIN	<ul style="list-style-type: none"> • La plus fréquente de mastites inflammatoires primitives • Age moyen. • Tabac+++ 	<ul style="list-style-type: none"> • Rare • Age Jeune • Grossesse allaitement, contraception orale • Tabac • Ff locaux: rétraction mamelonnaire, ectasie galactophorique, métaplasie malpighienne des sinus lactifères • Parfois, mode d'entrée dans une maladie systémique. Un terrain auto-immun est fréquent dans ces pathologies mais sans réelle spécificité. • Association avec une hidradénite sous-jacente décrite
SIEGE	<u>Pérिमamelonnaire</u>	<u>Périphérique</u>
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Abscès péri-aréolaire microbien • +/- écoulement mamelonnaire • Fistulisation, récives et infection 2aire fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nodule du sein et adénopathie, rarement inflammatoire, mal limité, (Dg diff = cancer du sein inflammatoire en imagerie) • Abscédation, infection 2aire • Récives++
HISTOLOGIE	Présence de granulomes inflammatoires composés principalement par des plasmocytes, absence de cellules géantes.	Lésions inflammatoires lobulocentriques, organisées sous la forme de granulomes <u>giganto-épithélio-cellulaires</u> sans nécrose caséuse.
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • AINS ou AIS au long cours en l'absence de surinfection • Antibiothérapie si surinfection • Stop tabac • Accompagnement psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> • AINS ou AIS au long cours en l'absence de surinfection • Antibiothérapie si surinfection • Colchicine • Stop tabac • Accompagnement psychologique



Mastite inflammatoire primitive

MASTITES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES PRIMITIVES		
	MASTITES PERICANALAIRES PLASMOCYTAIRES	MASTITES GRANULOMATEUSES LOBULAIRES IDIOPATHIQUES
TERRAIN	<ul style="list-style-type: none"> La plus fréquente de mastites inflammatoires primitives Age moyen Tabac+++ 	<ul style="list-style-type: none"> Rare Age Jeune Grossesse allaitement, contraception orale Tabac Pf locaux: rétraction mamelonnaire, ectasie galactochorique, métaplasie malpighienne des sinus lactifères Parfois, mode d'entrée dans une maladie systémique. Un terrain auto-immun est fréquent dans ces pathologies mais sans réelle spécificité Association avec une hidradénite sous-jacente décrite
SIEGE	<u>Périmamelonnaire</u>	<u>Périphérique</u>
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Abcès péri-aréolaire amicrobien +/- écoulement mamelonnaire Fistulisation, récurrences et infection 2aire fréquentes 	<ul style="list-style-type: none"> Nodule du sein et adénopathie, rarement inflammatoire, mal limité, (Dg diff = cancer du sein inflammatoire en imagerie) Abcédation, infection 2aire Récurrences++
HISTOLOGIE	Présence de granulomes inflammatoires composés principalement par des plasmocytes, absence de cellules géantes.	Lésions inflammatoires lobulocentriques, organisées sous la forme de granulomes géant-épithélio-cellulaires sans nécrose caséuse.
TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> AINS ou AIS au long cours en l'absence de surinfection Antibiothérapie si surinfection Stop tabac Accompagnement psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> AINS ou AIS au long cours en l'absence de surinfection Antibiothérapie si surinfection Colchicine Stop tabac Accompagnement psychologique

Masse palpable découverte chez une patiente de 23 ans.

Microbiopsie: mastite granulomateuse idiopathique

Bilan étiologique sérologique de tuberculose, syphilis, bartonnelle et tularémie: négatif.

Corticothérapie d'épreuve pendant 1 mois.

Régression complète de la masse 2 mois et demi après le diagnostic.



Mastites inflammatoires pures

Mastites inflammatoires primitives

- mastite plasmocytaire
- mastite granulomateuse

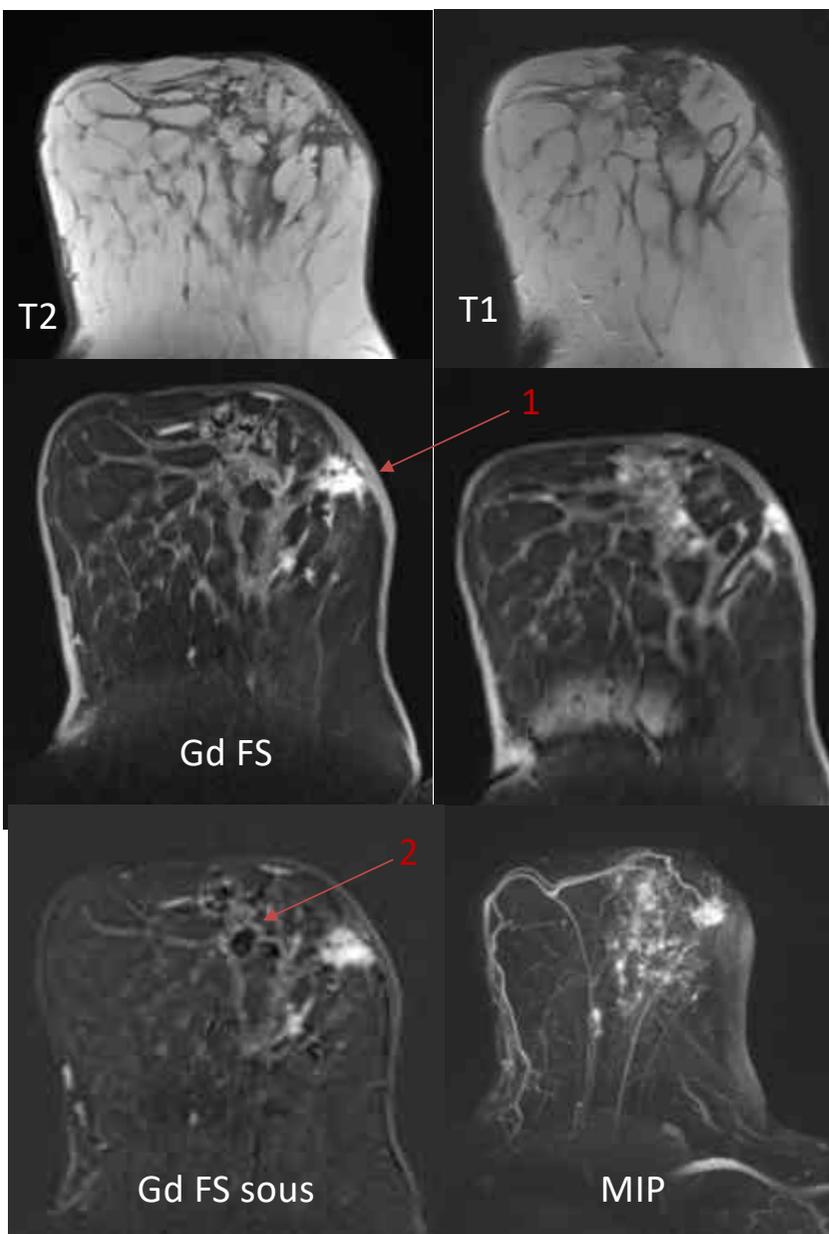
- Bilatérales ++
- « Abscès récidivant » → ≠ *abcès amicrobien au stade initial*

- Distinction bénin/malin difficile cliniquement et en imagerie (imagerie aspécifique (masse, DA...))
- Signes généraux (fièvre, Sd inflammatoire bio) ne constituent pas une aide au diagnostic, généralement absents dans les mastites infectieuses...
- **Seul signe spécifique de malignité en mammo = foyer de microCa* Bi-Rads 5 (ACR).**
- IRM non discriminante bénin/malin

Mastites inflammatoires secondaires

- post-thérapeutique
- immunologique
- Vasculaire

- Mode de révélation de certains cancers mammaires: hantise du radiologue!
- Si doute et pas d'amélioration clinique sous Ttt adapté → **prélèvements histologiques percutanés.**
- ADP axillaires aussi bien dans les mastites bénignes que malignes → **cytologie: cellules carcinomateuses?**
- **Surveillance clinico-radiologique étroite prolongée**



Diabétique 80 ans. Masse T2 N0 des QE du sein gauche avec inflammation cutanée en regard.

Evacuation d'un abcès des QE en cslt, mise en route d'une antibiothérapie.

Contrôles cliniques et US successifs: persistance d'un placard induré dans la zone de l'abcès, motivant la réalisation d'une IRM mammaire 3 mois après le début de la symptomatologie.

1 UQE gauche: masse spiculée avec épaissement cutané en regard se rehaussant après injection

2 Région centrale: ectasies galactophoriques rétromamelonnaires, avec rehaussement annulaire.

Décision de biopsie chirurgicale:

Mastite péricanalaire

CONCLUSION :

Mastite péricanalaire avec ectasies galactophoriques.

Fibrose et inflammation cicatricielles avec signes de cystostéatonecrose pouvant s'intégrer à des séquelles d'abcès.

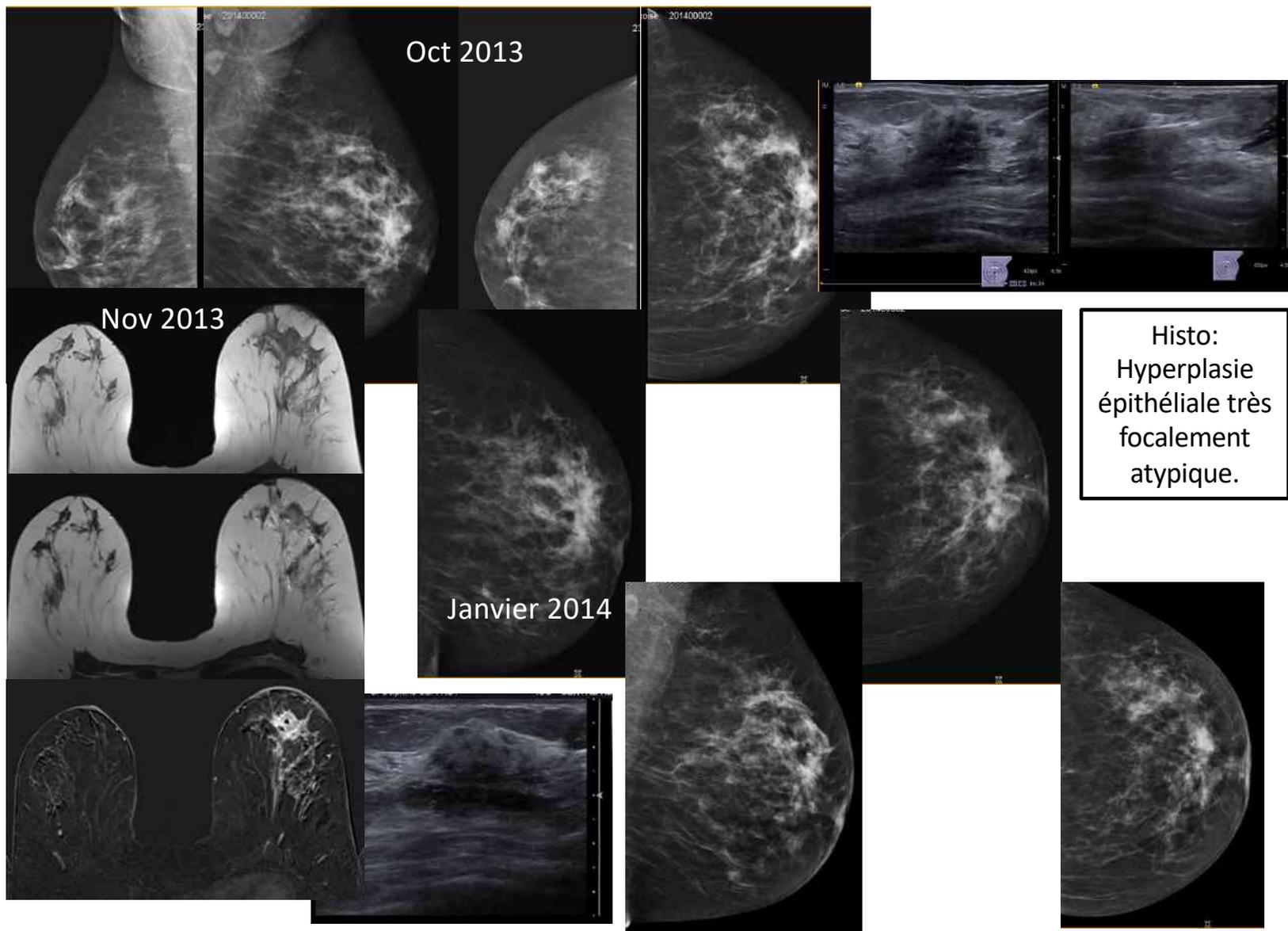
Absence de caractère suspect de malignité.

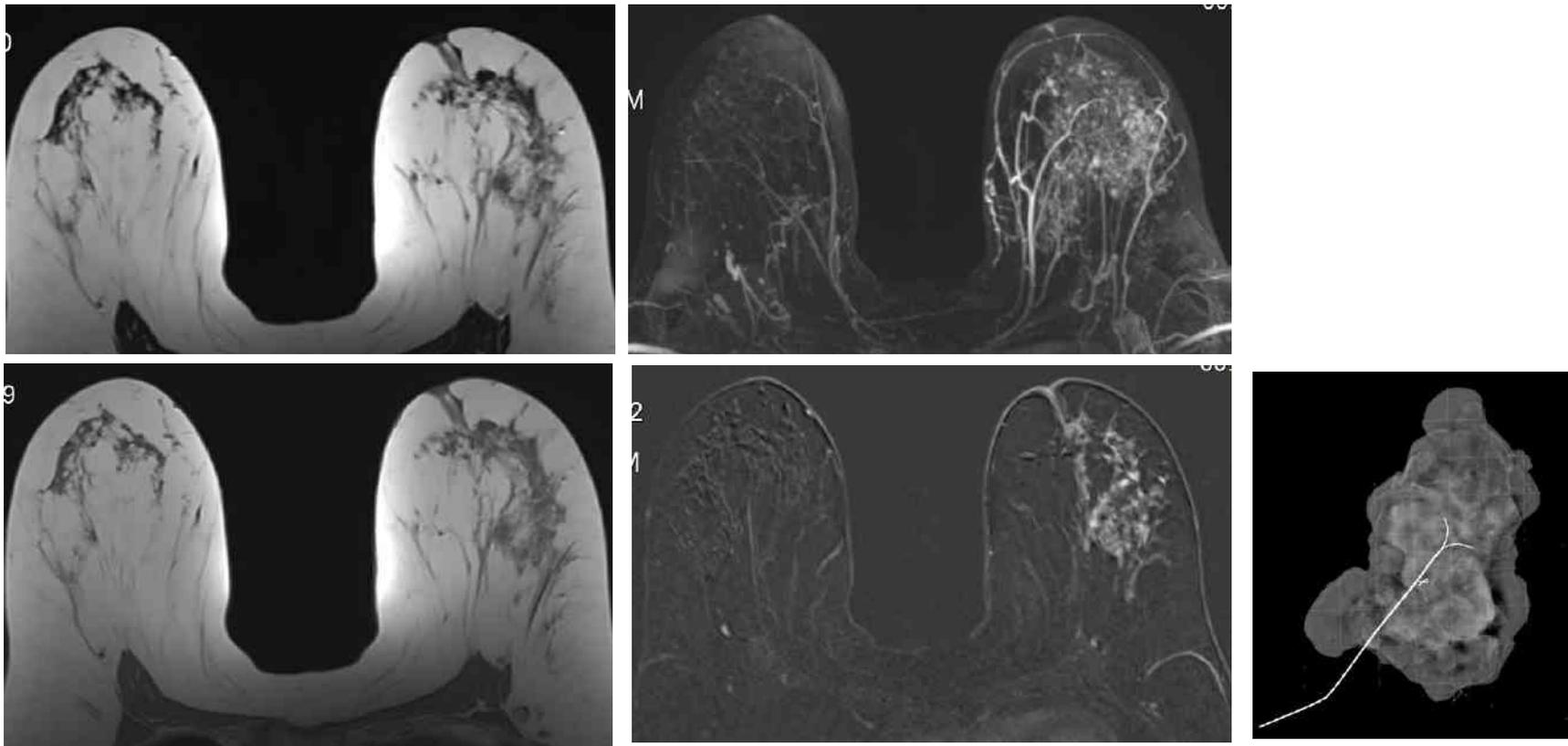
55 ans, ménopausée sans THS ni ATCD personnel et familial.

- Oct 2013: mastite avec écoulement mammelonnaire unilatéral séreux gauche résolutif sous antibiothérapie.

Cytologie: écoulement inflammatoire avec cellules atypiques

- Nov 2013: récurrence de mastite inflammatoire.





DA et RSNM de distribution régionale. Disparition de la masse.

Biopsie chirurgicale: Ccis, berges envahies; mastectomie de complément; Ccis 10 cm.

Mastite inflammatoire secondaire

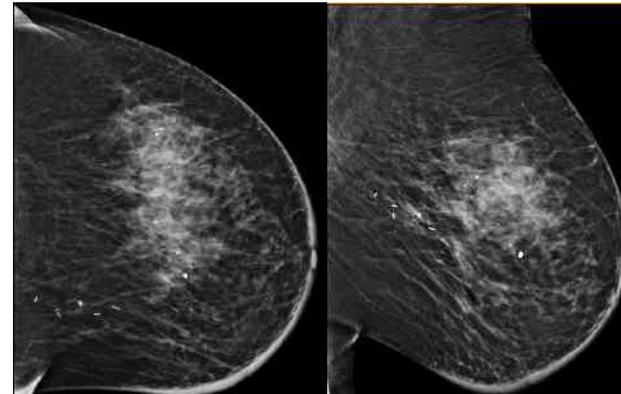
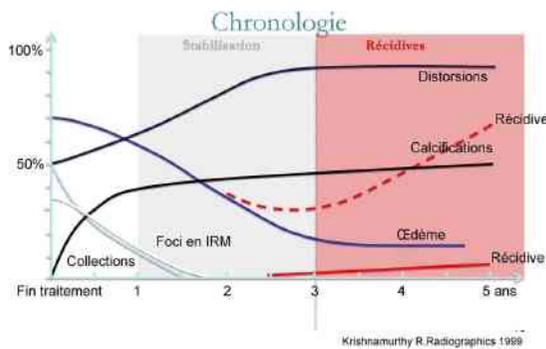
Post-radique



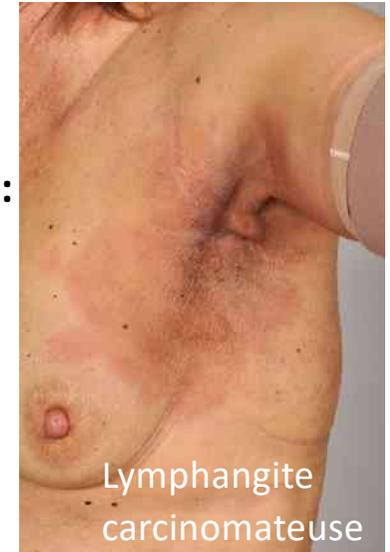
Se méfier sur un sein traité si persistance ou apparition à distance:

- Récidive locale
- Cystostéatonecrose inflammatoire
- Rappel de l'irradiation (« radiation recall »)
- Morphée du sein radioinduit

- Intensité variable
- Disparaît progressivement sur 2-3 ans



ATCD cancer du sein gauche opéré en 2013. En 2019: Mastite. Mammo/US ACR2. Biopsie cutanée: **récidive**.



Mastite inflammatoire secondaire

Post-radique

Se méfier sur un sein traité si persistance ou apparition à distance:

- Récidive locale
- **Cytostéatonécrose inflammatoire** (dont plastie d'augmentation par graisse exclusive à visée esthétique)
- Rappel de l'irradiation (« radiation recall »)
- Morphée du sein radioinduit (sclérodermie en plaque)



*ATCD de liporemodelage il y a 3 ans. Mastite du QII droit avec masse palpable et mastodynies. A bénéficié avant la cslt d'une cytoponction puis d'une microbiopsie avec résultats bénins. **Nécrose adipeuse en poussée inflammatoire, aggravée par les prélèvements récents.***

Mastite inflammatoire secondaire

Post-rupture implant

- Issue de silicone lors de rupture prothétique extra-capsulaire peut engendrer une mastite.
- Diagnostic: mammographie /US/ IRM →siliconomes.

De cause immunologique

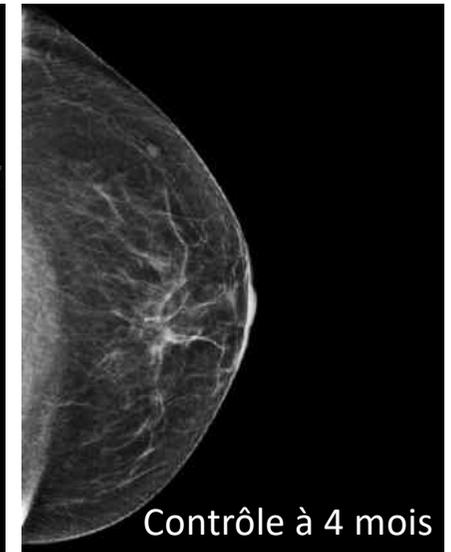
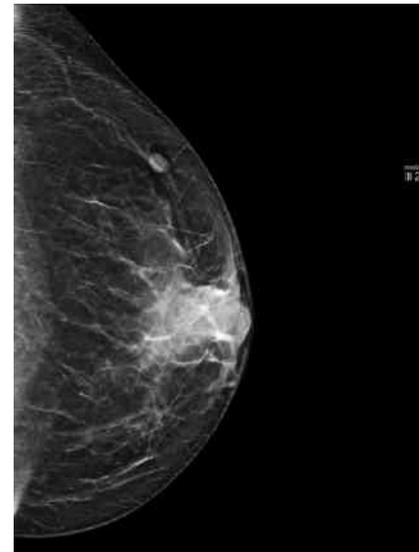
- Révélation sur mode inflammatoires rare, plutôt **masses palpables++**.
- Diagnostic: histologique
- Etiologies: **diabète** (les + frqtes), lupus, thyroïdite de Hashimoto, sarcoïdose, Syndrome de Gougerot-Sjögren et patientes greffées.

69 ans, ATCD de LEAD. Apparition rapide d'une masse rétro-mamelonnaire G T2N1 avec signes inflammatoires locaux.

Bilan sénologique: masse rétro-mamelonnaire irrégulière avec adénomégalie intra-mammaire des QE catégorie 5 du Bi-rads (ACR).

Microbiopsie: **mastite sub-aigüe chronique non spécifique, dans le cadre d'une cause immunologique (LEAD)**

Pas de traitement spécifique, surveillance clinique et par imagerie à 2 et 4 mois: régression des anomalies.



Contrôle à 4 mois

Mastite inflammatoire secondaire

Post-rupture implant

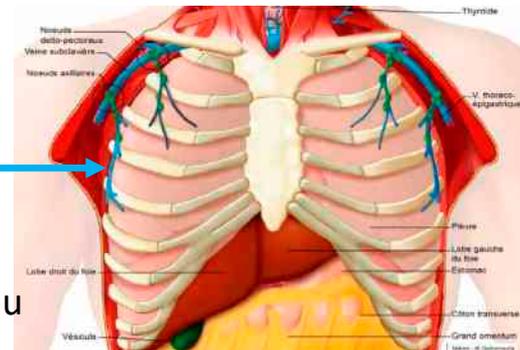
- Issue de silicone lors de rupture prothétique extra-capsulaire peut engendrer une mastite.
- Diagnostic: mammographie /US/ IRM →siliconomes.

Cause immunologique

- Révélation sur mode inflammatoires rare, plutôt **masses palpables++**.
- Diagnostic: histologique
- Etiologies: **diabète** (les + frqtes), lupus, thyroïdite de Hashimoto, sarcoïdose, Syndrome de Gougerot-Sjögren et patientes greffées.

Cause vasculaire: **thrombophlébite de Mondor**

- rare
- veine thoraco-épigastrique.
- cordon inflammatoire douloureux.
- Dg: clinique
- Peut compliquer traumatisme, chirurgie, radiothérapie ou micro/macrobiopsie.
- Cas sporadiques → éliminer cancer sous-jacent, diabète, trouble de la coagulation.
- Evolution spontanément favorable, +/- prise d'AINS.



Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

Atteinte mamelonnaire?
Caractère induré?
Lentement évolutif?
→ Bilan d'imagerie

OUI

AVIS DERMATOLOGIQUE



Carcinomes baso-cellulaires



Mélanome



Eczéma



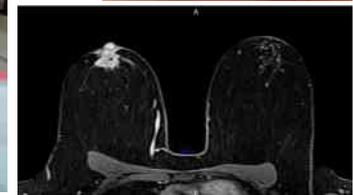
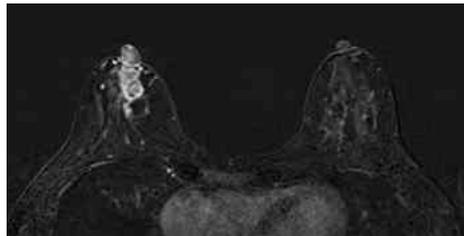
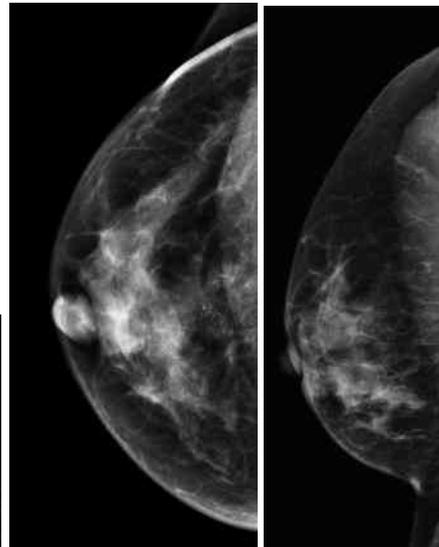
Psoriasis



Hyperplasie sébacée
aréolaire
= M de Force-Fordyce

Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

- Infiltration de la PAM évolutive, induré
- +/- Anomalies associées à l'examen clinique (masse, ADP, écoulement, rétraction...)



Carcinome mammaire infiltrant la PAM
Dg: Microbiopsie ou punch

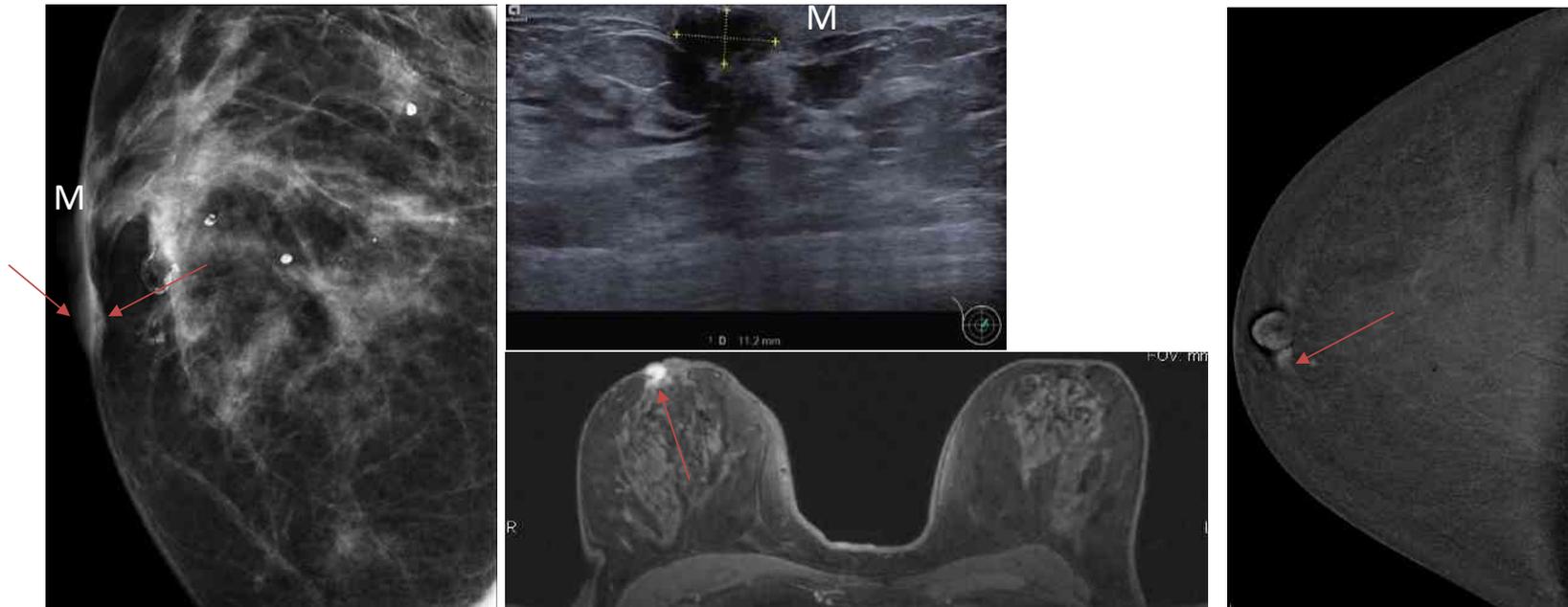
Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

- « Lentille » indurée de l'aréole
- +/- rétraction aréolaire
- Evolutif



Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

- « Lentille » indurée de l'aréole
- +/- rétraction aréolaire
- Evolutif



- Présentation rare mais typique de **carcinome lobulaire infiltrant** de la PAM
- Dg: Punch

Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

- Nodule faisant un relief sur le mamelon
- Evolution lente
- +/- écoulement mamelonnaire sanglant

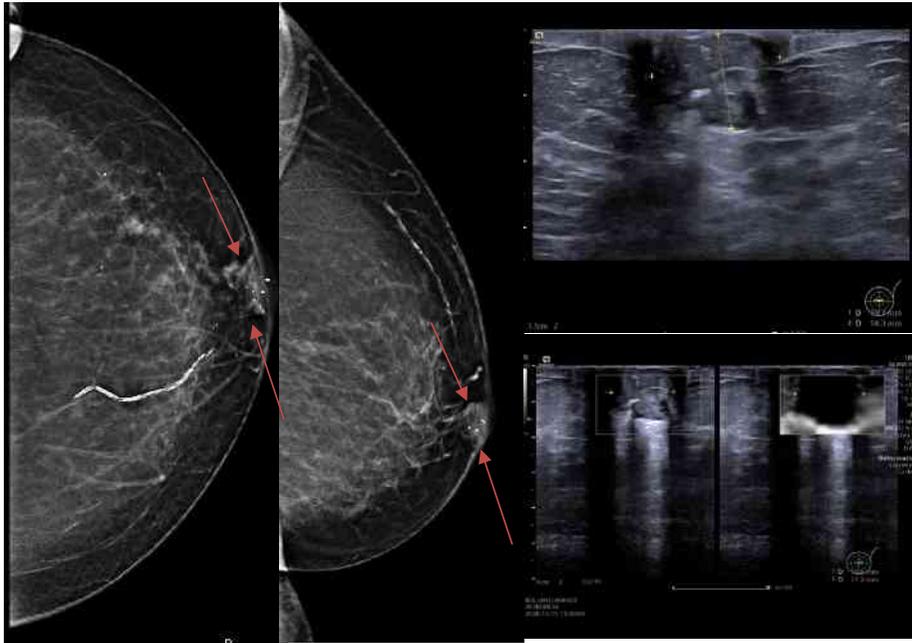


Adénome érosif du mamelon

Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique



- Nodule faisant un relief sur le mamelon
- Evolution lente
- +/- écoulement mamelonnaire



- Masse
- Contours circonscrits

Adénome érosif du mamelon

- « papillome d'un sinus lactifère »
- Bénin, ne dégénère pas
- Dg: punch, cyto ou microbiopsie
- Ttt: exérèse chirurgicale

CONCLUSION :

Papillome intracanalair de type central de 18 mm de grand axe.
Absence de lésion atypique. Absence de lésion carcinomateuse.

Etude des berges d'exérèse :

papillome d'exérèse complète, à plus de 10 mm des limites d'exérèse circonférentielles.



Quadrantectomie centrale.
Histo : **papillome solitaire intragalactophorique** avec une prolifération papillaire qui s'étendait jusqu'à l'abouchement du sinus lactifère au niveau de l'épithélium malpighien du mamelon.

Lésions cutanées mammaires motivant un bilan sénologique

- Modification centrée sur le mamelon sans masse, bien limitée
- Evolution lente
- +/- signes associés

Maladie de Paget du mamelon

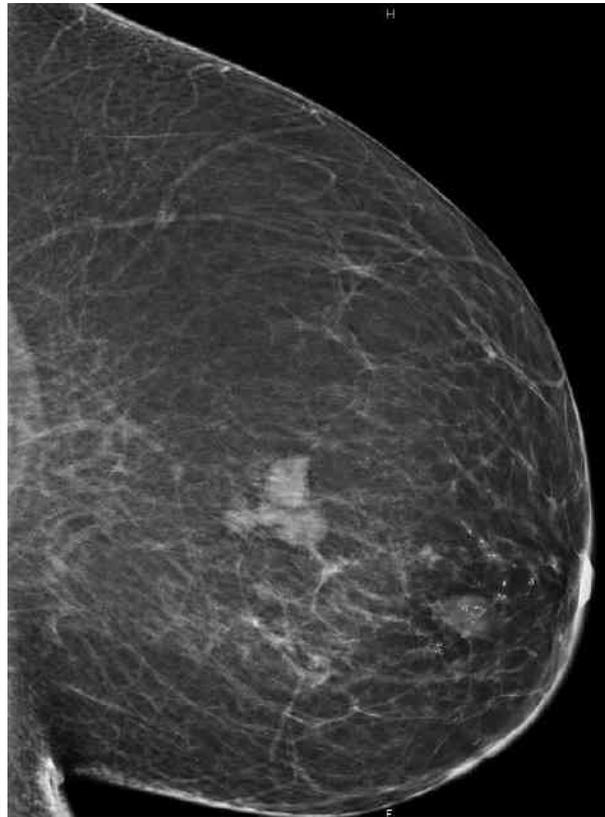
Extension lente centrifuge mamelon vers aréole



- **Rare: 1 à 3%** des cancers du sein
- Envahissement de l'épiderme mamelonnaire par un **Ccis**.
- présence de **cellules pagétiques** dans l'épiderme du mamelon.

Dg: punch ou grattage

Maladie de Paget du mamelon



Dg: grattage mamelon
+Microbiopsie masse



- Associée à un cancer de la glande mammaire dans **82 à 100% des cas** (30-60% invasif, majorité de canalaire).
- **Multifocalité (20-79%)** et multicentricité.

- Cancer associé plus agressif
- Critères histo péjoratifs: haut grade, RH- et Her2+
- → moins bon pronostic

- **Se mammo/écho/ IRM dans le Paget**
(Siponem E and al. Am J Surg. 2010)
- **79% / 74%/100% pour les invasifs**
- **39% / 19% /44% pour les in situ**

Maladie de Paget du mamelon



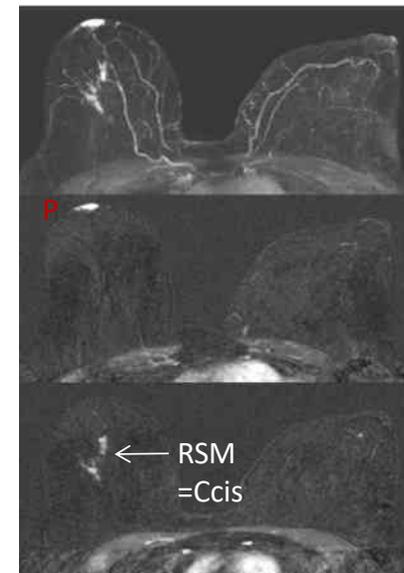
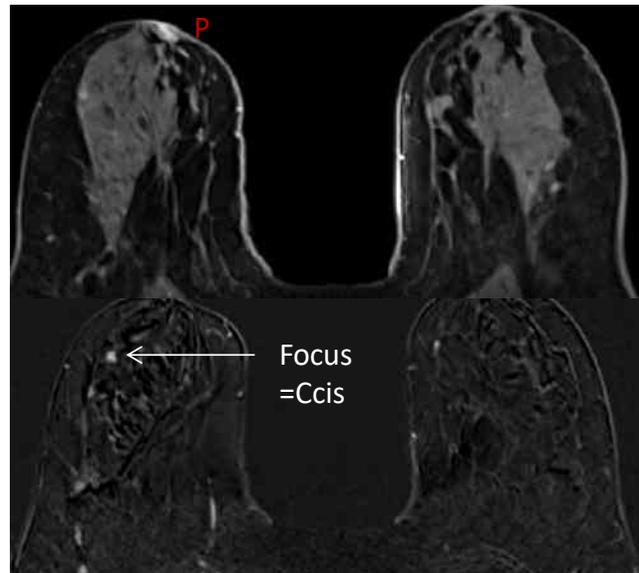
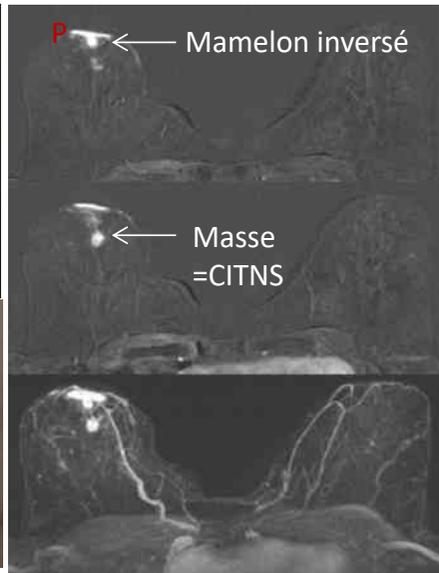
- Bilan mammographique et échographique Bi-Rads 2 (ACR)
- Diagnostic par **punch** de préférence
- Etendue des lésions incertaine
- Chirurgie conservatrice envisagée



IRM mammaire → recherche de lésion occulte



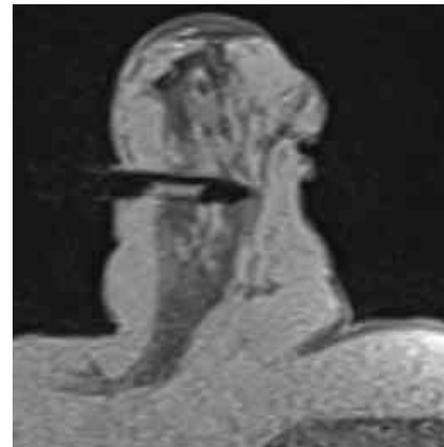
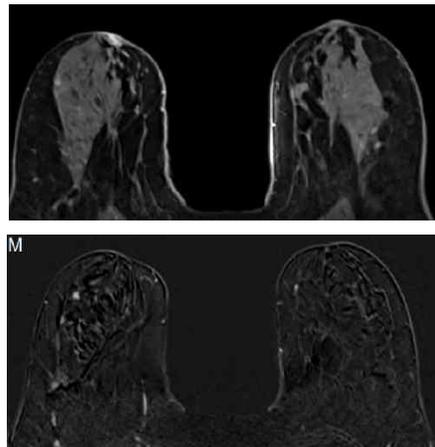
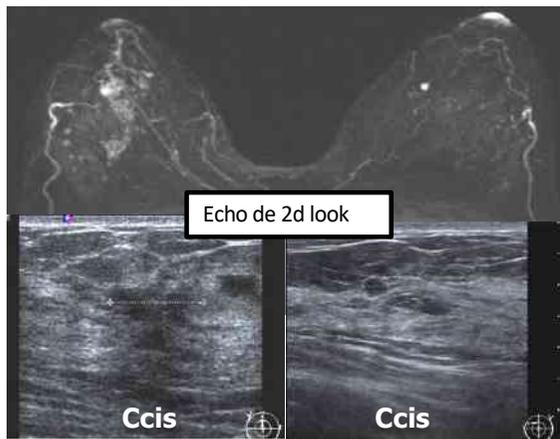
Quadrantectomie centrale



Paget du mamelon

➤ Gestion des anomalies à l'IRM

- Se méfier d'un aspect bénin → haut risque de cancer (>80%) côté Paget
- **Obtenir l'histologie de toute PdC anormale en IRM du côté homolatéral au Paget**
 - Intérêt d'une relecture du bilan mammographique +/- clichés complémentaires
 - Intérêt d'une écho de 2d look bien menée
 - Si écho de 2d look non contributive: biopsie ou repérage sous IRM / centre spécialisé
- Ne pas oublier le sein controlatéral



Résultat de la macrobiopsie: Ccis de bas grade.
→ Indication de **mastectomie**.
→ Histologie de la pièce de mastectomie: « *Maladie de Paget du mamelon mesurant 10 mm associé à un Ccis de 10 mm en arrière du mamelon. Pas de résidu carcinomateux au contact de la cicatrice de macrobiopsie.* »

Diagnostics différentiels de maladie de Paget du mamelon

Eczéma du mamelon



- Terrain **atopique**, bilatéral, prurit ++, autres loc° (plis ++)
- **sans déformation du mamelon, mal limitées**, sans croûte sans véritable ulcération (≠ Paget)
- évolution **rapide** (poussées/rémissions); parfois, lésions chroniques lichénifiées.
- Ttt: corticothérapie locale → régression symptômes.
- Atteinte unilatérale et chronique → **éliminer Paget par biopsie**

39 ans sans ATCD
sénologique personnel et
familial. Mamelon
douloureux, érythémateux,
oedématié et suintant
d'apparition brutale,
évoluant depuis 15 jours.



Nipple-areolar complex: normal anatomy and benign and malignant processes. Nicholson BT, Harvey JA, Cohen MA. Radiographics. 2009 Mar-Apr;29(2):509-23.

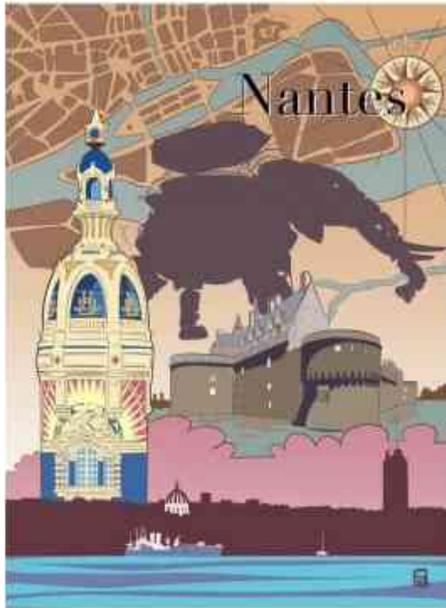


Diagnostics différentiels de maladie de Paget du mamelon

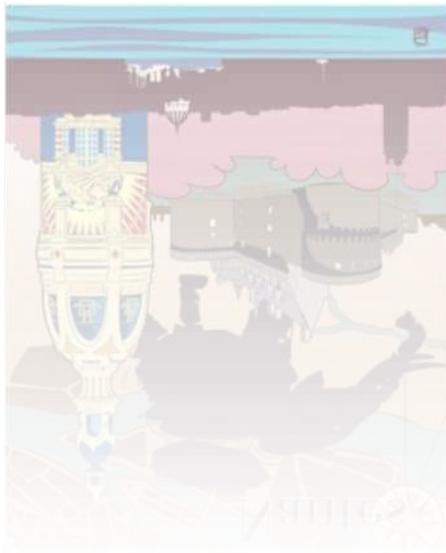
Nécessite un bilan et une histologie (punch)



Erythème centré sur le mamelon persistant
Histo: dermite non spécifique



Merci pour votre attention



Imagerie de la femme:

La peau des seins, première frontière anatomique; Vol 30 - N° 4 - décembre 2020 Page :171-185

Biopsie cutanée à l'emporte-pièce ou « punch biopsy » : technique et indications en sénologie;

Vol 31 - N° 1 - mars 2021 Page :1-5

Faculty disclosure: pas de relation financière à divulguer