

## Sémiologie du sein

### Introduction :

50% des femmes consultent pour une exacerbation d'un processus physiologique

30% pour une pathologie bénigne (Maladie fibrokystique ou adénomes etc...)

20% pour un cancer

La suspicion diagnostique dans 2/3 des cas grâce à la sémiologie clinique et radiologique, mais il existe de pièges diagnostiques :

Faux positifs : quand l'examen clinique et/ ou radiologique évoque un cancer mais l'histologie est bénigne

Faux négatifs : quand l'examen clinique et/ ou radiologique est banal mais l'histologie est maligne

### Objectifs

L'objectif principal est le dépistage du cancer, (le cancer le plus fréquent chez la femme)

**23 %** des femmes disent bénéficier de cet examen clinique.

**9 fois / 10** la tumeur est découverte par la patiente elle-même (1 fois seulement par le médecin !).

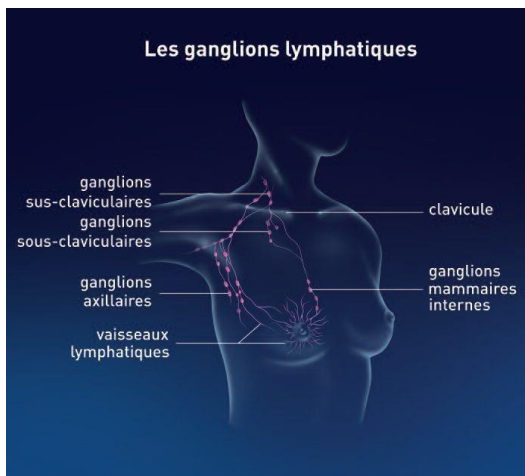
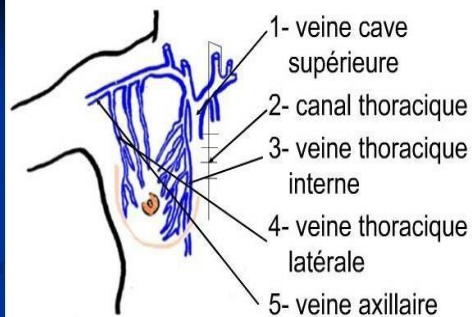
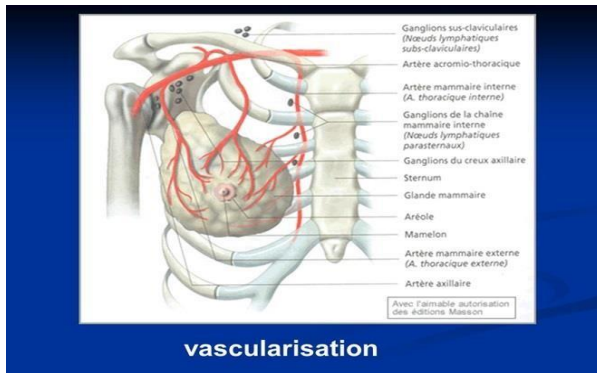
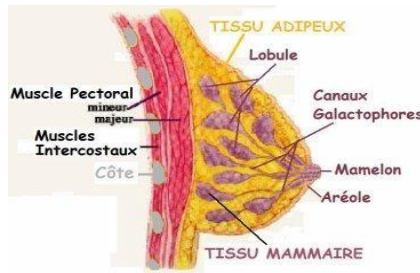
Seulement **30%** des femmes pratiquent l'auto-examen des seins.

Le recueil de l'observation est essentiel en sénologie

### Rappel anatomique

Les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax, de part et d'autre du sternum, en avant des muscles pectoraux, en regard de l'espace compris entre la 3ème et la 7ème côte, le mamelon se situant au niveau de la 9ème vertèbre dorsale.

En position debout, sous l'influence de son propre poids, le sein tombe légèrement, ce qui crée le sillon inframammaire entre la moitié inférieure du sein et le thorax.



## Examen clinique

Le recueil minutieux des antécédents de la patiente, se fait par un bon interrogatoire

L'inspection visuelle des seins (recherche d'asymétrie, comparaison des 2 seins)

Palpation : elle concernera

Les deux seins,

La région axillaire et sus claviculaire,

## Motif de consultation

2 situations sont possibles, soit la patiente consulte pour un symptôme mammaire, soit il s'agit d'un examen systématique (l'examen des seins est inclus dans l'examen gynécologique)

Les principaux motifs de consultation (examen orienté) :

La perception d'une tumeur « **nodule du sein** » +++

Les douleurs communément appelées mastodynies ou mastalgies elles sont souvent cycliques

Ecoulement du mamelon (spontané ou provoqué)

D'autres motifs peuvent exister en consultant de sénologie tels :

- Un placard inflammatoire plus ou moins localisé
- La découverte d'une adénopathie axillaire
- Une lésion crouteuse du mamelon (eczématiforme)
- La découverte d'une invagination récente
- Une anomalie Radiologique (dépistage systématique)

### Interrogatoire

Il faut préciser l'évolutivité des signes et les signes d'accompagnement éventuels.

- ▣ La tumeur (évolution, mode de découverte, vitesse de croissance)
- ▣ Les mastodynies (cyclique / non cyclique) ...

Les principaux éléments à rechercher sont :

- Les antécédents familiaux de cancer
- Les antécédents personnels (pathologie mammaire, autres cancers, antécédents généraux ...)
- L'histoire de la vie reproductive : menarchie, âge de la 1ère grossesse, nombre et date des grossesses (allaitement ?) Ménopause (date, Traitements hormonaux) ...
- Cycles menstruels, date des dernières règles (DDR)
- Éventuels traitements hormonaux en cours (contraception ...)

### Facteurs de Risque

Dans tous les cas, il faut rechercher les Facteurs de risque de cancer :

Âge > 40 ans (pic de fréquence 60 – 64 ans)

Antécédents familiaux de cancer du sein : un ATCD de Kc sein chez la mère, une tante, une sœur multipliée, pour la patiente le risque par 3,

Ce risque étant d'autant plus élevé que :

- Le nombre d'ascendants ou de collatéraux atteints est grand
- Les cancers surviennent avant la ménopause,
- Le cancer est bilatéral
- Antécédent personnel de cancer du sein
- Situations traduisant une exposition endogène aux estrogènes
- Puberté précoce (risque x 1,5 à 1,8)
- Ménopause tardive (> 55 ans = risque x 2)
- 1ère grossesse tardive (> 35 ans = risque x 2,5)
- Obésité post-ménopausique rôle protecteur : ovariectomie précoce, grossesses, allaitement)
- Exposition aux estrogènes exogènes (discuté)
- Notion de contraception (Pilule)
- THS de la ménopause certaines Mastopathies bénignes comportent un risque majoré = HCA ++ (risque x 4)
- L'exposition aux radiations nucléaires ou TRT (Hodgkin)

Le contexte socio-économique (le haut niveau socio-économique)

Les facteurs environnementaux

Le lieu de naissance ++ (*incidence x 4 à 7 dans les pays occidentaux par rapport à l'orient et aux Pays en voie de développement, modification lors des migrations de population*)

L'alimentation riche en graisses saturées (rôle protecteur du régime crétois)

L'hygiène de vie + (alcool, rôle protecteur de l'activité sportive régulière)

Une exposition aux pesticides organochlorés ?

### Examen clinique sémiologie

Examen clinique proprement dit : l'examen doit être fait en première partie du cycle, (10ème jour), l'examen est plus désagréable en 2ème partie le sein est plus œdémateux, plus granuleux.

#### Inspection

L'Examen doit être comparatif, il doit être réalisé sous un Bon éclairage (direct et tangentiel) s'il existe des signes d'appel, il faudra commencer par le côté sain

La patiente est nue jusqu'à la ceinture, avec possibilité de photographies (le cas échéant)

Déroulement de l'examen : il faut inspecter successivement :

Examen de face et de profil, en changeant de position

Assise, bras pendants puis levés (ce qui « remonte » les seins), puis aux hanches patiente penchée en avant, patiente en décubitus dorsal.

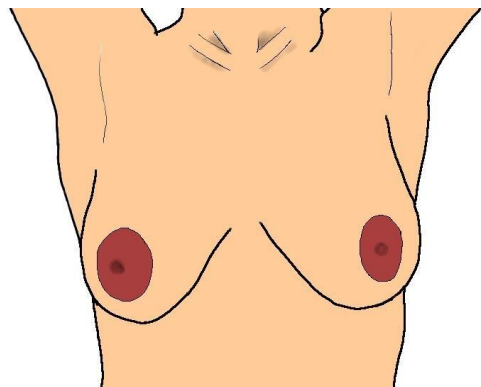
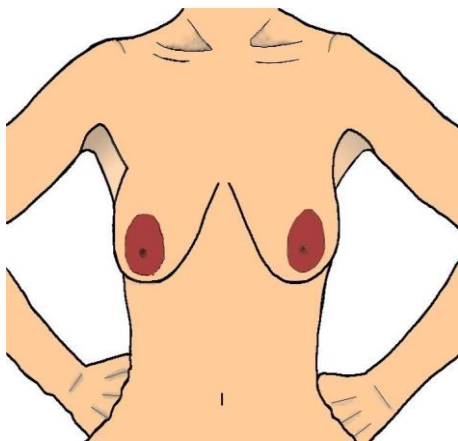
À la recherche : D'une asymétrie mammaire

D'une anomalie du contour mammaire

D'une modification du galbe (fossette, tuméfaction)

D'une anomalie de surface : ride cutanée, peau d'orange, signes inflammatoires

D'une anomalie du mamelon



D'autres positions permettent de révéler des anomalies discrètes des contours du sein telles que les bras semi-fléchis avec les poings sur les hanches ou relevés sur la tête. Il est important de comparer les 2 seins.

*Il peut arriver, du fait de l'absence de régression de la bandelette mammaire pendant la période embryonnaire, qu'une femme présente un sein surnuméraire. On parlera alors de polymasties s'il y a plusieurs glandes mammaires et de polythélie devant plusieurs plaques aréolomamelonnaires (2 à 6 %). Ces seins surnuméraires doivent être examinés au même titre que les seins ectopiques.*

### **Inspection : Résultats**

On apprécie :

Les seins :

- . Volume
- . Forme : +/- ptosés
- . Symétrie (le gauche est souvent un peu plus développé)
- . Anomalies surnuméraires (ligne axillo-pubienne) ... = polythélie (diagnostic clinique)

Le mamelon :

- . Situation
- . Symétrie
- . Relief
- . Invagination éventuelle (date d'apparition)
- . Lésion cutanée (hyperkératose, maladie de Paget, mélanomes ...)

La peau :

- . Couleur, œdème, déformation
- . Cicatrices antérieures
- . Recherche d'une rétraction cutanée traduite par une ride, Une rupture de la ligne du galbe



### **Palpation**

Identique à l'inspection elle se fait patiente assise, couchée, bras levés, bras pendants. Elle s'effectue avec les 2 mains bien à plat, appuyant le sein contre le grill costal avec les mains à plat (pulpe des doigts 1 ou 2), « sans pincer », quadrant par quadrant (rayons de roue), par petits mouvements circulaires sans oublier : le prolongement axillaire, le sillon sous mammaire, le mamelon.

On recherche un écoulement mamelonnaire par pression des mamelons

Le parenchyme glandulaire est régulier, identique d'un sein à l'autre, de consistance variable en fonction de l'âge (avec la proportion de graisse et de parenchyme glandulaire)

Résultats :

Tumeur :

- intérêt d'un schéma : taille, siège et côté, unique ou multiples,
- formes, limites, consistance, sensibilité,
- connexions : peau (ride provoquée) pectoral (manœuvre d'abduction contrariée de Tillaux où la mobilisation de la tumeur adhérente au muscle).

Pression mamelonnaire : recherche d'un écoulement provoqué.



*Description d'un nodule :*

Siège : quadrant ou horaire et distance mamelonnaire, uni ou bilatéral

Taille, nodule unique ou multiple,

Forme : rond, discoïde, contours réguliers ou irréguliers, bien ou mal limités, uni ou polylobés

Consistance : masse molle, ferme ou dure, élastique

sensibilité : douleur à la palpation mobilité : rechercher une adhérence à la peau, au grand pectoral ou à la paroi thoracique en mobilisant la tumeur sous la peau ou en faisant contracter le grand pectoral par une adduction contrariée du bras (manœuvre de Tillaux). Évolution de la tumeur ou vitesse de croissance entre deux consultations



*Un écoulement mammaire dont il faudra apprécier :*

Le caractère uni ou bilatéral, uni ou plurilactophorique, spontané ou provoqué par la pression du sein et l'expression du mamelon entre le pouce et l'index

Le volume,

La couleur (incolore, brun, vert, séreux ou sanglant = suspect)

La consistance.

La recherche topographique du quadrant d'où provient l'écoulement se fera par pression douce sur le sein à l'aide d'un doigt, de la périphérie vers le mamelon afin d'identifier le galactophore impliqué

*Les ganglions :*

- sus claviculaires : doigts en crochet en arrière de la clavicule,
- axillaires : palper avec les doigts en crochet des 4 faces du creux axillaire

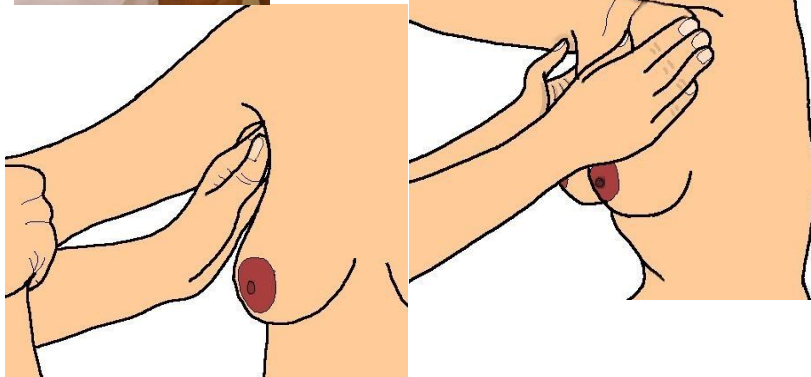
### **La palpation des aires ganglionnaires :**

L'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis inspecte la face externe et termine par les creux sous et sus claviculaires à la recherche d'une ou plusieurs adénopathies dont il faudra préciser :

La topographie,

Le caractère (banales, nodules petits, durs, réguliers, mobiles ou fixés entre eux et aux autres éléments).

L'absence de ganglion suspect ou même palpable ne préjuge pas de l'absence d'envahissement ganglionnaire histologique



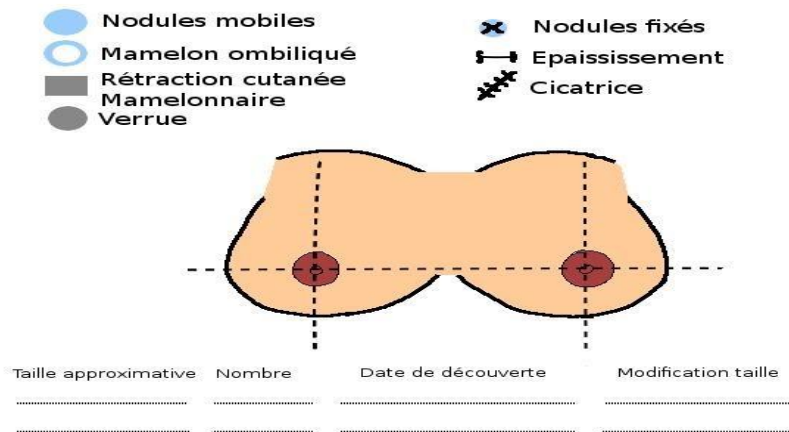
### ***Examen General***

En particulier si suspicion de cancer du sein :

Recherche de localisation hépatique (hépatomégalie douloureuse),

Pulmonaire (épanchement pleural), osseuse (douleur inflammatoire progressivement croissante et douleur provoquée à la percussion).

Toute anomalie observée à l'inspection et/ou la palpation des seins sera reportée sur un schéma récapitulatif daté et précis (mesure des anomalies).



### Examen clinique : limites

Bonne sensibilité	Mauvaise sensibilité
T > 20 mm	T infraclinique
Lésion superficielle ou infiltrante	Lésion profonde ou intracanalair
Petits seins	Gros seins
Seins souples	Seins mastosiques
Faible cout	Apprentissage difficile

La dextérité d'un praticien, même entraîné, ne permet pas de déceler des tumeurs inférieures à 2cm.

L'examen clinique est donc insuffisant et doit être complété par des examens complémentaires de dépistage.

#### Signes cliniques orientant vers la bénignité

Examen clinique normal

Tumeur bien limitée, élastique, non dure contours réguliers, Mobile, Sans adhérence cutanée ni pectorale Sans adénopathie

Mais certaines tumeurs malignes peuvent prendre l'aspect rassurant d'une tumeur bénigne, ou un aspect infra-clinique (découverte mammographique lors d'un dépistage par exemple)

#### Signes cliniques orientant vers la malignité

Tumeur : Contours irréguliers, Dure, Fixée (à la peau ou au muscle pectoral)



Signes associés : œdème, peau d'orange, rétraction cutanée (cupule ou méplat ou ride cutanée) ou du mamelon, Adénopathies axillaires surtout lorsqu'elles sont dures et fixées

Cependant, tous ces aspects ne sont pas constants. En effet, la tumeur maligne peut être mobile et avoir des contours réguliers, de consistance hétérogène et molle.

### Examens complémentaires

#### La mammographie

Examen fondamental +++ (avance au diagnostic dans les tumeurs : 2 ans)

- seul examen utilisable pour les campagnes de dépistage de masse
- Intérêt : 45 % des cancers dépistés ne sont pas palpables.
- Examen désagréable : compression du sein entre la plaque et l'appareil (prévenir)
- Examen à faire vers le 10e jour du cycle (moins désagréable, plus facile à interpréter car le sein n'est pas congestionné).
- Examen difficile à faire (3 à 5 % de faux négatifs, 7 % de faux positifs)

#### Résultats

La mammographie des deux seins et des aires axillaires permet de retrouver :

Une opacité stellaire

Une opacité hétérogène, irrégulières à contours flous dont le diamètre radiologique est plus petit que le diamètre clinique de la tumeur (discordance radio-clinique)

Des microcalcifications

Un œdème péri-tumoral

Une rétraction de la peau ou du mamelon

Un épaissement cutané en regard de la tumeur

*La discordance entre les deux diamètres cliniques et radiologiques de la tumeur (**discordance radio-clinique**) et l'existence **d'image stellaire** sont les deux signes les plus caractéristiques d'un cancer du sein*

#### L'échographie :

C'est un examen performant, complémentaire de la mammographie (indissociable)

Elle n'est pas un examen de dépistage. Elle est indiquée :

- devant la découverte d'une image mammographique infraclinique (ACR3,4,5)
- en cas de lésion palpable en complément de la mammographie
- en cas de seins denses, femmes jeunes, adolescentes
- seins opérés ou irradiés

Utilité :

différencie les tumeurs pleines des tumeurs liquidiennes, peut montrer des végétations intrakystiques prélèvements échoguidés (cytoponctions, microbiopsies), repérage préopératoire avant exérèse d'une lésion infraclinique

**Signes de bénignité :**

- image de grand axe horizontal (parallèle au plan cutané)
- contours réguliers
- pas d'atténuation du faisceau ultrasonore : (il est même renforcé dans les lésions kystiques)
- pas d'anomalie du tissu mammaire avoisinant

**Signes de malignité :**

- grand axe vertical
- contours irréguliers (mauvaise définition des limites)
- échostructure hétérogène
- atténuation postérieure des échos (cône d'ombre postérieur)

**Autres examens complémentaires**

**La galactographie**

Elle consiste en l'injection de produit de contraste dans un canal galactophore puis réalisation immédiate d'une mammographie.

Indication : écoulement séreux ou surtout sanglant par le mamelon, unipore.

**La kystographie gazeuse**

C'est une injection d'air dans un kyste après l'avoir évacué (par ponction) puis réalisation immédiate d'une mammographie. Intérêt : rechercher des anomalies de la paroi du kyste (végétations ?)

**La thermographie** : elle est abandonnée

**La tomodensitométrie/ IRM**

Elle trouve son Intérêt dans

l'exploration radiologique des prothèses

l'évaluation des tumeurs très postérieures (+/- extension au thorax)

la surveillance des seins traités (IRM +++): diagnostic des récives locales

## **Examen cytologique**

sur écoulement mamelonnaire cyto-ponction = ponction à l'aiguille fine d'une tumeur (pleine ou kystique)

si perçue cliniquement : ponction simple

si échographiquement visible : ponction écho-guidée

si uniquement visible à la mammographie : ponction dirigée par la mammographie (rare)

Cytoponction du nodule et des ADP

La cytologie mammaire est un élément important du diagnostic d'une tumeur mammaire.

Elle permet le plus souvent de retrouver des cellules malignes

Cet examen nécessite d'excellentes conditions techniques de prélèvement de fixation, et une grande expérience en cytologie qui sont les meilleurs garants de sa fiabilité

Le diagnostic des lésions mammaires repose sur la triade : clinique, mammographie, et cytologie.

Lorsque ce trépied (clinique, mammographie, cytologie) est :

concordant malin ou bénin, il permet d'établir définitivement le diagnostic de cancer ou de lésion bénigne

discordant c'est à dire un ou deux des éléments du trépied sont malins, et l'un ou les autres éléments sont bénins, il faudra pratiquer une tumorectomie avec un examen anatomo-pathologique en extemporané qui permettra d'établir le diagnostic de certitude

## **Bilan d'extension**

Il comprend :

Un téléthorax à la recherche de métastases pleuropulmonaires

Une échographie abdominale à la recherche de métastases hépatiques

Une scintigraphie osseuse à la recherche de métastases osseuses

## **Classification TNM**

Au terme de ce bilan, la tumeur sera classée selon la classification TNM dont dépendra la conduite Thérapeutique

**T : Tumeur**

**N : Node (Ganglions)**

**M : Métastases**

