



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Masse mammaire chez une femme enceinte[☆]



A. Langer^{*}, M. Mohallem, H. Berment, F. Ferreira, A. Gog, D. Khalifa, I. Nekka, P. Chérel

Service de radiodiagnostic, institut Curie, hôpital René-Huguenin, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France

MOTS CLÉS

Grossesse ;
Sein ;
Masse ;
Mammographie ;
Échographie

Résumé Les masses mammaires pendant la grossesse sont souvent bénignes : fibroadénome, adénome lactant, kyste, infarctus mammaire, galactocèle. Le cancer du sein, rare mais grave, doit être évoqué afin d'éviter un retard diagnostique. Après l'interrogatoire et la palpation, l'échographie est l'examen de première intention. S'il n'y a pas de suspicion clinique, une écho ACR2 ne nécessite pas d'autre examen. Selon le contexte, une écho ACR3 sera surveillée ou complétée par une mammographie (qui ne comporte pas de risque pour l'embryon ou le fœtus, et peut être très contributive en cas de cancer). Le moindre doute clinique et/ou échographique (ACR \geq 4a) fera réaliser mammographie et souvent biopsie. Les critères de classification ACR doivent être rigoureux, sachant qu'en cours de grossesse des pathologies bénignes peuvent paraître suspectes, et certains cancers avoir des aspects faussement rassurants.

© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.07.005>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adriana.langer@curie.fr (A. Langer).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2015.08.004>

2211-5706/© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Sein et grossesse

Modifications physiologiques du sein pendant la grossesse [1–3]

La production d'œstrogènes et de progestérone par le corps jaune (au premier trimestre) puis par le placenta (au deuxième trimestre) entraîne une croissance et une prolifération canalaire et lobulaire, une involution du tissu adipeux et une augmentation de la vascularisation glandulaire. Il existe également une infiltration par des cellules inflammatoires mononucléées. Les œstrogènes stimulent le développement du système galactophorique, et la progestérone le développement lobulaire. L'activité proliférative est à son maximum pendant les 20 premières semaines.

Pendant les 2^e et 3^e trimestres la croissance lobulaire continue par prolifération cellulaire mais aussi par augmentation de taille des cellules. Les grosses cellules épithéliales masquent les cellules myoépithéliales, qui sont aplaties. Il y a une accumulation de matériel de sécrétion dans les cellules épithéliales des acinus du lobule, qui commence dès le 2^e trimestre, et au 3^e trimestre avec l'augmentation de la prolactinémie la différenciation des cellules alvéolaires se poursuit, et la lactogénèse débute.

Pendant la 2^e moitié de la grossesse l'activité proliférative diminue et les modifications sécrétoires et liées à la lactation augmentent. Les lobules augmentent, le tissu graisseux interlobulaire disparaît. Les lobules ne sont plus séparés que par quelques lames de tissu conjonctif.

Les modifications sécrétoires associées à la grossesse ont lieu de manière inégale dans le sein. Pour certains [1], l'adénome lactant hyperplasique localisé serait une manifestation extrême de ce phénomène, pouvant causer une ou plusieurs masses palpables et vues en imagerie.

Certaines modifications histologiques en cours de grossesse peuvent se voir : adénose physiologique, calcifications dans des acinus lactants ou des canaux dilatés. Des lésions préexistantes peuvent se modifier du fait des changements du milieu hormonal, ainsi on pourra voir des modifications sécrétoires, kystiques, et/ou nécrotiques d'un fibroadénome, d'un hamartome, d'une mastopathie fibrokystique.

Modifications cliniques

Cliniquement, on note dès la fin du premier trimestre une augmentation de la pigmentation de l'aréole et du mamelon, un mamelon plus saillant et une dilatation des veines cutanées superficielles. En fin de grossesse, le tissu graisseux mammaire a presque disparu, le tissu glandulaire est perçu sous forme de lobes durs et tendus, et la peau des seins devient fine. Un peu de colostrum peut apparaître à la pression des seins. L'examen clinique est souvent difficile, parce que les seins sont augmentés de volume, leur consistance est plus ferme, ils sont plus nodulaires et sensibles.

Une masse initialement palpable peut en cours de grossesse être masquée par la glande hypertrophiée ou augmenter de taille, d'où importance de palper les seins en début de grossesse et régulièrement pendant celle-ci.

Modifications en imagerie

Échographie : une ectasie canalaire est fréquente. La glande est plus hypoéchogène du fait de l'hyperplasie lobulaire et de la dilatation canalaire, elle est plus ou moins homogène.

Mammographie : la densité mammaire est élevée car il s'agit de femmes jeunes, mais surtout du fait du développement glandulaire et de l'atrophie du tissu graisseux, ce qui diminue la sensibilité de la mammographie. Nous verrons néanmoins que la mammographie reste très contributive en cas de cancer mammaire, et doit donc être réalisée au moindre doute.

On peut parfois noter des microcalcifications sécrétoires bénignes rondes, régulières.

Comme en cours de grossesse une lésion préexistante (fibroadénome, hamartome, kyste notamment) peut augmenter de taille et/ou devenir hétérogène, il est important de disposer d'éventuels bilans antérieurs.

Masse mammaire pendant la grossesse

Examen clinique

Devant une masse mammaire palpée par une patiente, le médecin doit interroger et examiner celle-ci de manière rigoureuse, afin d'authentifier la masse, de la caractériser, et de prescrire les examens complémentaires adaptés.

L'interrogatoire cherchera à déterminer la date d'apparition de la masse, ainsi que l'existence d'antécédents personnels (fibroadénome connu?) et familiaux.

L'examen clinique comprend une inspection et une palpation attentives et comparatives, afin de :

- authentifier la masse ;
- en préciser le siège et la taille ;
- la caractériser : consistance, mobilité ;
- rechercher des signes associés : rétraction cutanée, modification du mamelon, écoulement, ganglions, signes inflammatoires, fièvre.

La palpation d'une masse mammaire chez une femme enceinte, forcément jeune, alors que ses pensées sont tournées vers la naissance prochaine, est une situation particulièrement angoissante. Tout le monde – la patiente et ses proches *mais aussi le médecin* – n'a que trop envie de dire « ce n'est rien », « on verra après l'accouchement ».

Mais, puisque la patiente est là, c'est quelque chose : *le ver est dans le fruit*, et c'est maintenant qu'il faut le résoudre, en cours de grossesse. Pourquoi? Parce que dans la grande majorité des cas (80%) l'anomalie est bénigne [3], ce qui nous permettra de rassurer la patiente et de la laisser poursuivre une grossesse apaisée. Et pour les cas de cancers, le retard diagnostique, encore très fréquent, qui est pris en remettant les investigations au post-partum, est grave. En effet, les cancers qui surviennent en cours de grossesse sont très souvent des lésions agressives, qui nécessitent une prise en charge rapide et pluridisciplinaire. Il s'agit d'une des rares « urgences » en sénologie. Il faut savoir que le traitement efficace de la mère est possible et nécessaire, le plus souvent en poursuivant la grossesse.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663269>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663269>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)