



FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

Adénocarcinome du sein sur prothèse mammaire à propos de deux cas.

Breast adenocarcinoma on breast prosthesis in two cases.

KOUASSI KOUAME Paul Bonfils, BRAVO Tsri Baudouin, TANO H Kesse, VANGA Koffi Marius, KOUADIO Allou, YAO Lambert, KOUAKOU Bouassa, SANOGO Sarah Carolle, ZIGBE Jules, KONATE Issa, N'DRI Kouadio.

Service de radiologie CHU de Bouaké (Cote d'Ivoire)

Mots-clés :

mammographie, échographie, sein, cancer, implant mammaire

Keywords:

mammography, echography, breast, cancer, breast implant.

*Auteur correspondant

Dr Kouassi Kouame Paul Bonfils
09 BP 4502 Abidjan 09
Email : kwessmaillet@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent deux cas de cancers sur seins porteurs d'implants mammaires. Les examens mammographiques et échographiques ont permis l'exploration de ces tumeurs qui ont été biopsiées et le diagnostic de carcinome canalaire infiltrant et in situ dans les deux cas ont été retenus à l'examen anatomo pathologique.

ABSTRACT

The authors report two cases of breast cancer with breast implants. The mammography and echography examination allowed the exploration of these tumors which were biopsied and the diagnostic of infiltrative and in situ ductal carcinoma was retained in both cases of anatomic pathological.

1. Introduction

Le carcinome canalaire invasif du sein ou adénocarcinome est la tumeur la plus fréquente des seins de la femme selon l'OMS [1].

On peut estimer qu'environ une femme sur neuf développera un cancer du sein au cours de sa vie [2]. La reconstruction mammaire est de plus en plus fréquente chez les femmes avec surtout la pause des implants, dont la surveillance en imagerie des patientes traitées est un élément incontournable de la prise en charge.

La reconstitution mammaire peut être obtenue par l'utilisation d'implants ou de lambeaux musculaires.

L'imagerie permet de détecter ou d'exclure les lésions suspectes découvertes par la clinique ou de détecter ou exclure des défauts prothétiques. Nous rapportons deux observations de patientes porteuses de matériels prothétiques ayant présentées par la suite au cours d'un bilan mammographique des carcinomes canauxaux invasifs et in situ.

2. Observation (s)

2.1 Observation 1

Mme G. âgée de 60 ans sans antécédents particuliers ayant bénéficié d'une prothèse mammaire bilatérale d'agrandissement, siliconée, depuis 10 ans. La patiente ne présentait aucune symptomatologie

clinique avec une biologie normale. Le bilan mammographique a visualisé une opacité ovalaire à contours irréguliers située à l'union des quadrants supérieurs du sein droit d'environ 07mm (**figure 1**).

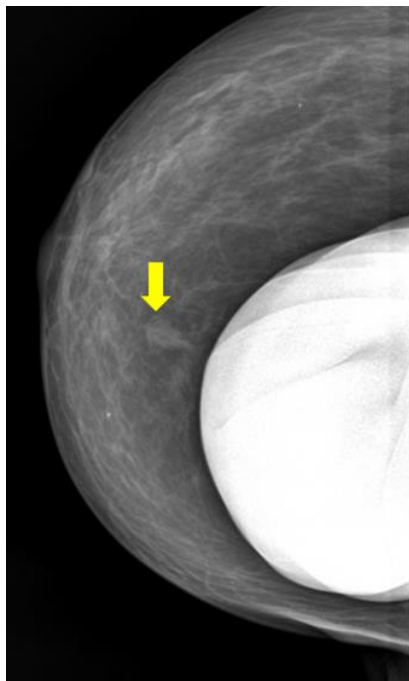
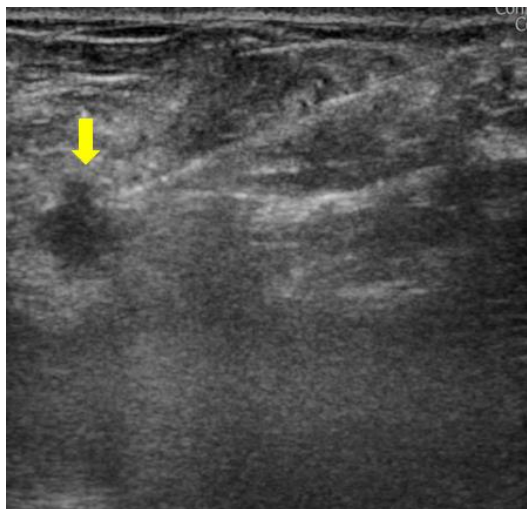


Figure 1 : opacité ovalaire du sein droit (flèche)



Figures 2: nodule tissulaire (flèche) avec l'aiguille de biopsie en place

L'échographie complémentaire a montré une formation tissulaire à contours irréguliers, à grand axe vertical à la peau (**figure 2**). La biopsie guidée

à l'échographie ramène 3 fragments dont l'analyse histologique (**figure 3**) montre la présence de foyers de carcinome canalaire infiltrant de bas grade de malignité. Une résection suivie d'une chimiothérapie a été réalisée.

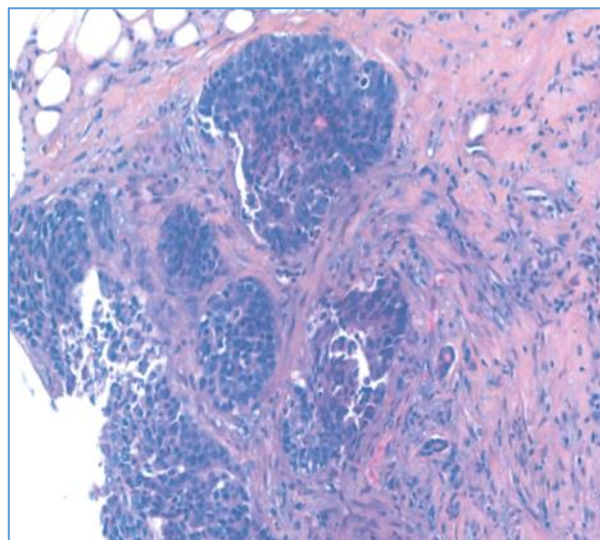


Figure 3 : pièce histologique de carcinome infiltrant

2.2 Observation 2

Mme B. âgée de 63 ans avec un antécédent d'adénocarcinome du sein gauche depuis 5 ans, ayant subi une mastectomie avec chirurgie plastique par la pose d'un implant bilatéral prothétique type silicone. Elle présentait à l'examen clinique, une rétraction mammaire du sein droit non douloureuse, avec un bilan biologique normal.

Le bilan mammographique a montré une asymétrie de densité du quadrant infero interne du sein droit (**figure 4**).

L'échographie complémentaire a montré une formation à composante mixte d'environ 1 cm dans le sein droit (**figure 5**). La biopsie guidée à l'échographie ramène quatre fragments dont l'histologie (**figure 6**) nous montre la présence d'un carcinome canalaire infiltrant de grade 1 et la présence d'une composante canalaire in situ.

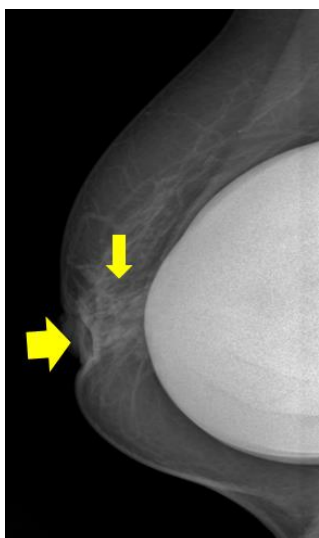


Figure 4 : asymétrie de densité (flèche) avec rétraction cutanée (tête de flèche)

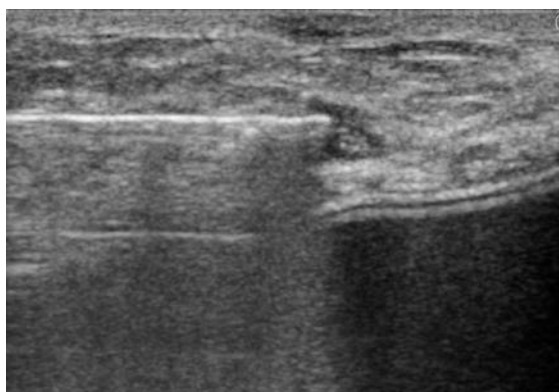


Figure 5 : nodule tissulaire et kystique du sein avec : aiguille de biopsie en place

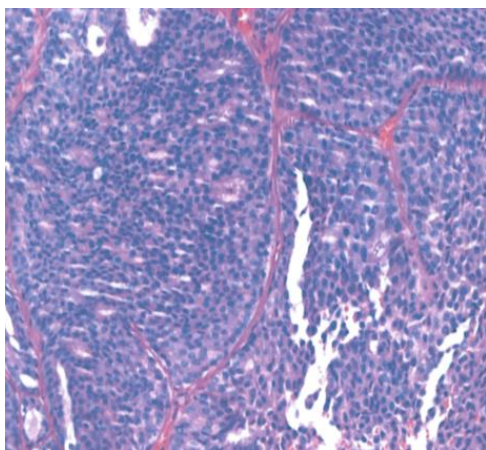


Figure 5 : pièce histologique de carcinome infiltrant

3. Discussion

Le cancer du sein de la femme est de plus en plus fréquent. Il est le premier cancer de la femme dans le monde. Les cancers in situ sont des lésions dont les cellules possèdent les aspects caractéristiques d'un cancer sans aucune extension au-delà de la membrane basale. Les cancers in situ ne peuvent donc pas métastaser [7].

On estime qu'une grande proportion des cancers invasifs provient des cancers in situ.

Le cancer du sein touche essentiellement les femmes d'âge moyen se situant entre 50 ans et 70 ans [6].

L'âge d'apparition du carcinome canalaire in situ, se situe entre 40 ans et 62 ans. Notre deuxième observation présente un âge de 63 ans et une association de carcinome invasif et in situ. Dans 70 à 90% des cas le carcinome canalaire in situ, des microcalcifications sont détectables à la mammographie [8,9]. Nous n'avons pas rapportées de microcalcifications sur nos observations.

Dans notre observation, nos patientes avaient un âge moyen de 60 ans ce qui est identique aux autres auteurs.

Elles présentaient toutes des implants de plus de cinq années.

Les reconstructions mammaires peuvent être obtenues par l'utilisation d'implants ou de lambeaux cutanés.

Les prothèses en silicone sont de différents types :
Le type 1 : prothèse simple dont la chambre est remplie entièrement de gel de silicone ou de solution saline.

Le type 2 : prothèse double chambre habituelle et dont la chambre interne est remplie de gel de silicone formant un coussin de silicone, entourée par la chambre externe remplie de solution saline.

Type 3 : prothèse double chambre, rarement utilisée ; la chambre interne est remplie de solution saline et la chambre externe remplie de gel siliconé.

Les lambeaux musculocutanés sont plus fréquemment prélevés sur les muscles dorsaux et transverses [5].

Ces implants mammaires d'augmentation ont fait l'objet de nombreuses publications, quant au risque d'induire un cancer du sein ou d'en retarder le diagnostic [3].

Ils sont fréquemment utilisés dans les pays occidentaux et dans les classes sociales de plus en plus aisées. Dans nos régions cela devient de plus

en plus récurrents et nos patients sont de classe sociale nanties.

L'imagerie surtout la mammographie couplée à l'échographie permet la surveillance des prothèses mammaires après chirurgie.

L'imagerie est utilisées pour :

- détecter ou exclure les lésions suspectes découvertes par la clinique pouvant correspondre à une anomalie bénigne ou des cicatrices.

- détecter ou d'exclure des défauts prothétiques.

Dans les pays occidentaux, après mastectomie et chirurgie de reconstruction on réalise soit un examen clinique standard de surveillance chez les patientes asymptomatiques soit une imagerie de surveillance [5]. Nous pratiquons dans notre région des mammographies chaque année puis chaque deux ans.

Les patientes symptomatiques avec reconstruction mammaire par lambeaux musculo cutané peuvent avoir une exploration mammographique dans un but diagnostique [6].

Le rôle de l'échographie est jusqu'à présent encore insuffisamment déterminée. Pour les problèmes diagnostics. L'IRM avec injection de produit de contraste peut être utile, car elle va différencier un tissu cicatriciel d'un tissu tumoral avec une grande fiabilité. Nous n'avons pas eu recours à cette imagerie par manque de disponibilité des appareils de haut champ dans les explorations mammaires.

Nos deux patientes avaient des lésions visibles et la disponibilité des moyens de biopsies avec analyse anatomopathologiques dans nos service nous a permis de faire le diagnostic.

Nos patientes avaient toutes les lésions localisées au sein droit. Les auteurs ne nous rapportent pas de signification particulière concernant le siège des lésions.

La littérature rapporte la difficulté du diagnostic avec les implants, mais l'IRM aide à faire le diagnostic différentiel des lésions visibles aux seins post chirurgie avec des prothèses.

La mammographie couplée à l'échographie reste dans nos régions les moyens diagnostics les plus courants car de plus en plus accessibles.

La biopsie guidée par l'échographie est toujours l'examen à réaliser devant toutes lésions mammographiques classées grade 4 de Birads. Mais

dans nos observations les lésions jouxtaient les prothèses. Le risque était la perforation du matériel siliconé. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature la perforation de matériel prothétique au cours des biopsies car des aiguilles avec des mains expertes restaient toujours parallèles au plan des prothèses.

4. Conclusion

Le diagnostic du cancer des seins en présence d'implants mammaires reste toujours difficile. Le pronostic reste inchangé malgré la présence d'implants. Mais la mammographie couplée avec l'échographie demeurent des examens à réaliser dans la recherche de lésions malignes dans nos régions. Mais la biopsie guidée par l'échographie garde sa place dans le diagnostic de certitude pour la prise en charge des tumeurs malignes du sein.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

5. Références

1. Fentiman IS. Detection and treatment of early breast cancer. London: Dunitz 1990:58
2. Seltzer V. Cancer in women: prevention and early detection. J Womens health Gend based Med. 2000; 9:483-8
3. Meunier A., Tristant H., Sinna R., Delay E., Implants mammaires et cancer du sein. Annales de chirurgie plastique et esthétique : 50 ;595- 4.
4. Oldrini G., Troufleau P., Boyer B., Surveillance des seins traités et ses pièges. Imagerie de la femme : 2018 ;vol 28 : 248-55
5. Sylvia H., Heywang-K ; Ingrid S. et col; Imagerie diagnostique du sein 2007 ; masson ed.2 : 367- 3
6. Eidelman Y., Liebling rw ,Buchbinder S et al. Mammography in the reevaluation of masses in breasts reconstructed with TRAM flaps. Ann Plast surg. 1998;41:229-33
7. Hogge JP, Zuurbier RA; De Paredes ES. Mammography of autologous myocutaneous flaps. Radiographics. 1999;19 Spec. No: S63-72
8. Rosen P, Oberman HA. Tumors of the mammary gland. Atlas of tumor pathology. 1993; 3rd ser., fasc.7. AFIP, Washington D.C
9. Bodian CA, Perzin KH, Lattes R et al. Lobular neoplasia. Long term risk of breast cancer and relation to other factors. Cancer .1996; 78:1024-34.