

ITEM 309 : TUMEUR DU SEIN

Cancer du sein = le plus fréquent des cancers de la femme : 60 000 cas/an, 12 000 décès/an, 1 française/9, incidence stable
 - Majorité des cas entre 50 et 70 ans, 25% diagnostiqués < 50 ans et 30% > 70 ans, très rarement métastatique au diagnostic
 - 87% de survie à 5 ans, 76% de survie à 10 ans. **1^{ère} cause de décès chez la femme** (devant le cancer du poumon)
 - Histoire naturelle : canaux galactophoriques (cancer canalaire) ou lobules galactophoriques terminaux (cancer lobulaire) → dissémination précoce vers les ganglions axillaires (de bas en haut) puis sus-claviculaire → métastase : **os, poumon, foie...**
N.B : Le drainage lymphatique se fait par les **nœuds axillaires ++**, les **nœuds sus et sous-claviculaires**, les nœuds de la chaîne **mammaire interne**.

FdR	Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> = Cancer hormonodépendant : favorisé par une hyperoestrogénie relative ou absolue - Puberté précoce < 12 ans - 1^{ère} grossesse tardive > 30 ans - Absence d'allaitement - Nulliparité - Ménopause tardive > 55 ans - THS ou contraception oestro-progestative - Mastopathie à risque - Obésité
	Familiaux	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents familiaux de cancer du sein - Facteurs génétiques (4% de formes héréditaires) = syndrome « sein-ovaire » : mutation du gène BRCA1/ BRCA2 / PALB2, autosomique dominante → Autres : cancer de la prostate et cancer exocrine du pancréas (BRCA2), cancer des trompes
	Indication de consultation oncogénétique	<ul style="list-style-type: none"> - ≥ 3 cas de cancer du sein (ou ovaire) apparentées au 1^{er} degré (ou 2nd degré par un homme) - ≥ 2 cas de cancer si : 2 cancers du sein dont 1 < 40 ans ou 2 cancers du sein < 50 ans - ≥ 1 cas de cancer si : cancer de l'ovaire < 70 ans ou cancer du sein < 35 ans, chez l'homme, bilatéral, de type médullaire ou associé à un cancer du pancréas
	Histo	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperplasie canalaire atypique : prolifération anormale non cancéreuse - Néoplasie intra-lobulaire de type 1 ou 2 : marqueur de haut risque de survenue d'un cancer infiltrant (mais ne dégénère pas elle-même en cancer) → 75% de carcinome canalaire/25% lobulaire
Environnement	- Alcool, tabac, haut niveau socio-économique, antécédent d'irradiation, sédentarité (en post-ménopause)	
Histologie	<ul style="list-style-type: none"> - Cancer canalaire <i>in situ</i> (CIS) ou carcinome intracanaire : prolifération épithéliale maligne à l'intérieur des canaux galactophoriques sans franchissement de la membrane basale → microcalcifications, atteinte multifocale possible - Adénocarcinome canalaire infiltrant (ou galactophorique) = le plus fréquent (90%) : prolifération maligne d'origine épithéliale franchissant la membrane basale et envahissant le tissu conjonctif → risque d'ADP et de métastase - Adénocarcinome lobulaire infiltrant (plus rare) : souvent bilatéraux et/ou multicentriques → IRM mammaire - Autres (rares) : carcinome mucineux, carcinome médullaire, papillaire, tubuleux, lymphome, sarcome... 	
Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage : autopalpation, examen clinique mammaire annuel, mammographie - Tuméfaction découverte par la patiente ou à l'examen clinique - Anomalie du mamelon : rétraction, écoulement séro-sanglant unipore, lésion eczématiforme - Sein inflammatoire : placard érythémateux et oedémateux (pouvant mimer une infection) - Écoulement : - Non suspect : ancien, intermittent, provoqué, bilatéral, pluri-canaire, blanc, marron ou verdâtre - Suspect : récent, spontané, unilatéral, uni-canaire, clair, jaune, rouge ou noir
	SC	<ul style="list-style-type: none"> - Inspection : ↗ volume mammaire, rétraction cutanée, ride, méplat, capiton, rétraction du mamelon, rougeur localisée ou diffuse, aspect de peau d'orange, ulcération, bombement (++) en supéro-interne, aspect de maladie de Paget au niveau de la plaque aérolo-mammaire - Palpation : nodule dur, irrégulier, indolore, pression mamelonnaire à la recherche d'un écoulement (suspect si unilatéral, récent, unicanalaire, couleur translucide, jaune ou sanglant), en insistant sur le quadrant supéro-externe (60% des cancers) - Palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires (les ADP mammaires ne sont pas palpables) - Adhérence cutanée spontanée ou provoquée : apparition d'une ride ou d'un capiton en pinçant la tumeur - Adhérence au muscle grand pectoral par manœuvre d'adduction contrariée de Tillaux : ↘ de la mobilité de la tumeur à la contraction du grand pectoral en s'opposant au mouvement d'adduction du bras
	PC	<ul style="list-style-type: none"> = En 1^{ère} intention (sauf chez la femme jeune < 30 ans), préférentiellement en 1^{ère} partie de cycle : - Mammographie de dépistage : seules 2 incidences sont réalisées (crâniocaudale = face, et médiolatérale oblique = oblique externe) - Mammographie de diagnostic : au minimum 3 incidences (face, profil, oblique externe) ± cliché d'agrandissement ou compression - Critères de qualité (sur incidence oblique ++): visualisation du sillon sous-mammaire et du muscle grand pectoral - Opacité dense, hétérogène, irrégulière, spiculée (image stellaire), rétractile, classiquement plus petite que la tumeur palpée, rupture architecturale, entourée d'un halo clair oedémateux - Microcalcifications punctiformes, groupées en foyer, irrégulières : carcinome <i>in situ</i> associé

		Echographie	<ul style="list-style-type: none"> = Surtout chez la femme jeune < 30 ans aux seins denses, à n'importe quel moment du cycle : - Echographie mammaire : nodule mal circonscrit, hypoéchogène, désorganisé, de grand axe perpendiculaire à la peau, avec cône d'ombre et atténuation postérieure - Echographie axillaire : indiquée : <ul style="list-style-type: none"> . en cas d'ADP cliniquement suspecte = épaissement cortical, arrondie, disparition du hile . Systématique dans le cadre du bilan préopératoire
		IRM mammaire	<ul style="list-style-type: none"> = Non systématique, réalisée de préférence en 1^{ère} partie de cycle : indiquée si - Diagnostic : - Carcinome lobulaire invasif <ul style="list-style-type: none"> - Doute sur l'imagerie standard - Recherche de récurrence locale après traitement conservateur - ADP métastatique d'un cancer du sein avec bilan sénologique normal - Suspicion de rupture prothétique en cas de reconstruction mammaire par prothèse - Surveillance : - Mutation BRCA ou haut risque génétique familial - Patiente sous chimiothérapie néo-adjuvante
Diagnostic	Histo		<ul style="list-style-type: none"> = Biopsie transcutanée de la lésion ± d'ADP si palpée ou retrouvée à l'échographie : - Micro-biopsie au pistolet sous guidage échographique : réservée aux tumeurs palpables/repérables à l'écho - Macro-biopsie au mammothome sous guidage stéréotaxique : pour les lésions non repérables (foyers de microcalcifications) → La cytoponction n'a qu'une valeur prédictive positive : inutile
	Extension		<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique : douleur osseuse, palpation hépatique, examen neurologique - Echographie axillaire systématique → cytoponction ou micro-biopsie de toute ADP suspecte pour confirmation - Dosage du CA 15-3 : Non recommandé pour le diagnostic ou pour le bilan d'extension
		Bilan d'extension de 1 ^{ère} intention	<ul style="list-style-type: none"> = Non systématique en l'absence de signe d'appel - Recommandé si T3-T4 / N+ / signes d'appels/ RH - / HER2 +++ / Garde 3 - A discuter si : T2 / présence d'embolies vasculaires/ pN1 micrométastatique / Ki67 > 20% - Plusieurs options : - Scanner thoraco-abdomino-pelvien + scintigraphie osseuse - PET-scanner au 18 FDG
	TNM	T1 = ≤ 2 cm T2 = 2 à 5 cm T3 = > 5 cm T4a : paroi thoracique (hors pectoral) T4b : œdème (dont peau d'orange) ou ulcération cutanée ou nodule de perméation sur la peau T4c : 4a + 4b T4d : cancer inflammatoire	N1mi : micro-métastase > 0,2 mm et ≤ 2 mm N1 : c = ADP axillaire mobile p = 1 à 3 ADP axillaire N2 : c = ADP axillaire fixée p = 4 à 9 ADP axillaire N3 : c = ADP mammaire interne p = ≥ 10 ADP axillaire ou ≥ 1 ADP sous-clavière M1 = métastase (y compris ADP sus-claviculaire)
Ganglion sentinelle		<ul style="list-style-type: none"> = Permet de ne retirer que quelques ganglions (2 en moyennes) pour éviter le curage axillaire Ultra-stadification ganglionnaire : analyse histologique fine (coupes séries + immunohistochimie) permettant de mettre en évidence des envahissements de petite taille - Résultat : - Aucun envahissement : pN0 (i-) - Cellules tumorales isolées ≤ 0,2 mm : pN0 (i+) - Micro-métastase 0,2 à 2 mm : pN1mi - Macro-métastase ≥ 2 mm : pN1 	
Formes cliniques	Cancer canalaire in situ		<ul style="list-style-type: none"> = Prolifération néoplasique intra-galactophorique (isolée ou associée à un carcinome infiltrant) - Mammographie : microcalcifications groupées en amas, poussiéreuses TTT : - Zonectomie après repérage radiologique pré-opératoire + radiothérapie - Mastectomie avec reconstruction mammaire (surtout si CIS étendu ou multifocal)
	Maladie de Paget du mamelon		<ul style="list-style-type: none"> = Invasion néoplasique par les canaux galactophoriques du mamelon, généralement sur carcinome <i>in situ</i> : lésion eczémateuse du mamelon (croûtelles, exulcération cutanée), prurigineux - Diagnostic par biopsie du mamelon → Une maladie de Paget du mamelon ne modifie pas le TNM
	Cancer inflammatoire du sein		<ul style="list-style-type: none"> = Mastite carcinomateuse : sein érythémateux, oedémateux, avec aspect de peau d'orange - Classification : - PEV 0 = ∅ signe inflammatoire <ul style="list-style-type: none"> - PEV 1 = doublement du volume tumorale en < 6 mois - PEV 2 = signes inflammatoires en regard de la tumeur < 1/3 de la peau du sein - PEV 3 = signes inflammatoires étendus à tout le sein = mastite carcinomateuse - Croissance rapide avec risque élevé de MT occulte au diagnostic : de mauvais pronostic - Confirmation diagnostique par biopsie chirurgicale mammaire emportant un fragment cutané : mise en évidence d'embolies lymphatiques dans le derme - TTT : chimiothérapie néo-adjuvante + mastectomie et curage axillaire + radiothérapie ± hormonothérapie si RH+
	Cancer du sein chez l'homme		<ul style="list-style-type: none"> = Rare (< 1% des cancers du sein) : diagnostic évoqué devant une tumeur irrégulière, indolore, rétro-mamelonnaire apparue chez un homme → Recherche systématique : mutation (BRCA2++) et cancer de la prostate associé (TR, PSA)

Pronostic	FdR de récurrence	- Limites d'exérèse chirurgicale non saines ou marges insuffisantes (R1, R2) → Reprise chirurgicale indispensable (radiothérapie non suffisante)		
	FdR métastatique	- Statut ganglionnaire +++ : envahissement axillaire (y compris micro-métastase) ou rupture capsulaire - Terrain : âge < 35 ans		
Chirurgie locale mammaire	Tumeur	- Taille de la tumeur infiltrante > 2 cm + - Tumeur inflammatoire - Grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson (SBR) ou d'Ellis-Elston (EE) : selon le degré de différenciation architecturale, les inégalités nucléaires et l'index mitotique → grade I, II ou III - Tumeur de grade II proliférante : index mitotique élevé ou facteur de prolifération Ki67 > 20% - Emboles vasculaires péri-tumoraux - Absence de récepteurs hormonaux (tumeur indifférenciée de mauvais pronostic) - Surexpression tumorale d'HER2 (3+) en IHC ± amplification du gène HER2 en FISH si 2+ - Récepteurs hormonaux négatifs - Marqueur de prolifération : Ki67, phase S (la place du Ki67 est controversée)		
		Tumorectomie ou zonectomie	= TTT conservateur : exérèse d'une tumeur palpable = tumorectomie ou non = zonectomie - Indication : tumeur unifocale < 3 cm non récidivante → Choix selon le rapport volume tumoral/volume mammaire (résultat esthétique) - Examen extemporané : taille tumorale, limites d'exérèses saines, marges > ou égale à 2 mm → L'examen extemporané est contre-indiqué si tumeur < 1 cm ou lésion non palpable	
Chirurgie régionale ganglionnaire	Mastectomie	= TTT radical : exérèse de la totalité de la glande mammaire (conservant le muscle pectoral) - Indication : tumeurs volumineuses > 3 cm ou multifocales ou récidive - Reconstruction mammaire à distance (sauf en cas de mastectomie pour carcinome intracanaulaire étendu : reconstruction immédiate possible) → Diminue le risque de récurrence sans augmenter la survie par rapport au TTT conservateur		
	Curage axillaire homolatéral	= Exérèse chirurgicale de tous les ganglions axillaire homolatéraux à la tumeur ≥ 10 ganglions		
TTT	Exérèse du ganglion sentinelle	Complications	Per-opératoire	Post-opératoire précoce
			Plaie de la veine axillaire, du pédicule vasculo-nerveux du grand dorsal ou du nerf grand dentelé	- Hématome axillaire - Lymphocèle - Trouble sensitif (creux axillaire, face interne du MS) et/ou moteur (décollement de l'omoplate) - Algoneurodystrophie
Radiothérapie externe post-opératoire	Complication	= Lymphadénectomie sélective du ou des 1 ^{er} relais ganglionnaires axillaire (2 en moyenne) - Technique : injection au niveau de la tumeur de Technétium 99 (méthode radio-isotopique) et d'un colorant bleu de patente (méthode colorimétrique) → détection lors de la chirurgie - Examen extemporané → curage axillaire complémentaire si ganglion envahit		
		- Mineure : œdème mammaire (quasi-constant), sclérose, télangiectasie, douleur, fracture de côte asymptomatique - Sclérose du pectoral - Fracture de clavicule - Pneumopathie radique - Plexite post-radiothérapie - Cardiopathie ischémique - Cancer radio-induit		
Chimio-thérapie adjuvante	= Polychimiothérapie comportant anthracycline et/ou taxane : 6 cures de FEC 100 (5-FU, épirubicine, cyclophosphamide) ou FAC (anthracycline à la place de l'épirubicine) ou taxane (Taxotère®) Indication : - Envahissement ganglionnaire ≥ pN1mi : N+ - ≥ 1FdR métastatique : . Tumeur ≥ pT2 . Présence d'embolies vasculaires . Récepteurs hormonaux négatifs . Surexpression d'HER2 (3+) . Âge < 35 ans . Envahissement lympho-nodal (à discuter au cas par cas) Réalisé dans les 3 à 6 semaines après la chirurgie, avant la radiothérapie			

TTT	Chimio néo-adjuvante	<ul style="list-style-type: none"> = 6 cycles de chimiothérapie: ↘ de 50% les mastectomies - Indications : - Tumeur inflammatoire (systématique) <ul style="list-style-type: none"> - Tumeur volumineuse (pour permettre un traitement conservateur) - Tumeur avancée inopérable = T4, N2 (pour permettre une exérèse) - Après bilan d'extension et IRM mammaire systématique - Suivi clinique et par IRM mammaire : mastectomie si aucune réduction après 2-3 cures → Aucune amélioration prouvée sur la survie globale 		
	Thérapie ciblée	<ul style="list-style-type: none"> Trastuzumab (Herceptin®) = Ac monoclonal anti-HER2 : injection toutes les 3 semaines pendant 1 an - Indication : cancer du sein (métastatique ou non) sur-exprimant HER2 (HER2+++) - Toxicité cardiaque : surveillance de la FEVG, association contre-indiquée avec des anthracyclines 		
	Hormono-thérapie	<ul style="list-style-type: none"> = Améliore la survie globale et diminue les récurrences locales, controlatérales et métastatiques - Indication : récepteurs hormonaux (RH > 1-5%) aux oestrogènes et/ou à la progestérone, pendant 5 ans (voire 10 ans si atteinte lymphonodale) 		
		Tamoxifène	<ul style="list-style-type: none"> = Anti-œstrogène : chez la femme non ménopausée (± association à un antagoniste LHRH si mauvais pronostic chez les patientes de < 35 ans), ou ménopausée si intolérance/CI aux anti-aromatases - EI : - Asthénie, bouffée de chaleur, prise de poids <ul style="list-style-type: none"> - ↗ Cancer de l'endomètre : surveillance échographique, biopsie si métrorragies - ↗ Risque thrombo-embolique - Kyste fonctionnel de l'ovaire 	
		Anti-aromatase	<ul style="list-style-type: none"> = Anastrozole, létrozole, exemestane : chez la femme ménopausée - EI : - Arthralgie, myalgie : fréquente et invalidante - Aggravation d'une ostéoporose : ostéodensitométrie systématique - Bouffées de chaleur, prise de poids, dyslipidémie (↗ risque cardiovasculaire) 	
	Mesures associées	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse mammaire externe en silicone si mastectomie sans reconstruction, prothèse capillaire si alopecie - Kinésithérapie de drainage lymphatique du membre supérieur si curage axillaire - Arrêt et contre-indication absolue de tout oestroprogestatif ou progestatif (contraception hormonale, THS) - Contraception : DIU au cuivre, contraception locale, stérilisation 		
		PEC du lymphoedème	<ul style="list-style-type: none"> = Aucun traitement curatif : traitement uniquement symptomatique, peu efficace - Port d'une manche de compression - Kinésithérapie du MS avec drainage lymphatique, élévation du bras - Prévention de lymphangite : antiseptie précoce des plaies, éviter les prises de sang - RHD : ne pas dormir sur le bras, ne pas prendre la TA, ne pas exposer au soleil ou à la chaleur, ménager le bras (ne pas porter de charges), éviter tabac/alcool, lutte contre le surpoids 	
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique tous les 6 mois pendant 5 ans, puis 1/an - Mammographie bilatérale +/- écho mammaire 1 fois/an à vie 		
	Patiente métastatique	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement systémique : chimiothérapie, thérapie ciblée (trastuzumab si surexpression HER2, bevacizumab sinon) et/ou hormonothérapie - Suivi tous les 2 mois : scanner + dosage du CA 15-3 - En cas de résistance au traitement mis en place : changement de stratégie thérapeutique 		
	Prévention	Consultation d'onco-génétique = Dépistage individuel	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher une mutation BRCA1, BRCA2 ou PALB2 en cas : <ul style="list-style-type: none"> . Femme < 36 ans, cancer du sein de type médullaire, cancer du sein triple négatif avant l'âge de 51 ans ou cancer du sein chez l'homme . Cancer du sein et de l'ovaire chez la même patiente . Cancer de l'ovaire survenant avant 71 ans . Cancer du sein bilatéral (synchrone ou non) . 3 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1^{er} et 2nd degré . Au moins 2 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1^{er} et 2^e degrés, âgées de moins de 70 ans, dont une de moins de 50 ans. - Si Mutation retrouvée : <ul style="list-style-type: none"> . Examen clinique mammaire et pelvien tous les 6 mois à partir de 20 ans . Mammographie + écho + IRM 1/an à partir de 30 ans . Mastectomie prophylactique (avec reconstruction immédiate), annexectomie bilatérale > 45 ans 	
<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage de masse (programme national) : mammographie 2 incidences (face et oblique externe) tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans avec double lecture des clichés (si cliché normal) - Echographie mammaire systématique si : ACR ≥ 3, seins de densité élevée, anomalie clinique avec Rx normale 				
Dépistage	Mammo-graphie	<ul style="list-style-type: none"> = Radiographie du sein, écrasé entre 2 plaques, divisé en 4 quadrants (supéro-externe QSE, supéro-interne QSI, inféro-externe QIE et inféro-interne QII) → l'essentiel de la glande mammaire se situe dans le QSE - Incidence de face (cranio-caudale) : aplati horizontalement → côté externe ou interne en bas - Incidence oblique-externe (axillaire ou médio-latérale) : aplati obliquement → côté supérieur ou inférieur - Autres : incidence de profil (systématique si mammographie diagnostique), clichés localisés/agrandis 		

Dépistage	Mammo- graphie	Résultat	<p>ACR : classification en 7 stades, selon la mammographie ± l'échographie (si ACR ≥ 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACR 0 : examen non concluant - ACR 1 : mammographie normale (aucune anomalie) - ACR 2 : mammographie subnormale (petite anomalie non retenue) - ACR 3 : probablement bénigne → mammographie à 4 mois si nodule ou 6 mois si microcalcifications - ACR 4 : image justifiant une preuve histologique → biopsie - ACR 5 : image typique de cancer du sein → biopsie - ACR 6 : cancer prouvé histologiquement
		ACR5	<ul style="list-style-type: none"> - Nodule : opacité mal limitée, spiculée, à centre dense, microcalcifications associées - Microcalcifications : vermiculaire (en bâtonnet), arborescente, irrégulière en forme/taille, nombreuses, groupées, topographie galactophorique
		Densité mammaire	<ul style="list-style-type: none"> - Type 1 : sein presque entièrement graisseux, graisse homogène = < 25% de la glande - Type 2 : reliquats fibro-glandulaires, graisseux hétérogène = 25 à 50% de la glande - Type 3 : seins denses hétérogènes = 50 à 75% de la glande - Type 4 : seins denses homogènes = > 75% de la glande

LESION BÉNIGNE DU SEIN			
Tumeur bénigne solide	Adéno-fibrome	= Prolifération mixte (épithéliale et conjonctive) : tumeur bénigne solide la plus fréquente - Taille moyenne = 2-3 cm, croissance lente, parfois multiples/bilatérales - Surtout chez la femme jeune (20 à 30 ans) - ↗ de volume pendant la grossesse et ↘ après la ménopause	
		C	- Patiente jeune (< 30ans) - Nodule mammaire indolore, bien limité, mobile, de consistance ferme, < 3cm
		PC	- Mammographie : opacité homogène bien limité - Echo (surtout si sein dense) : lacune hypoéchogène homogène, bien limité, sans cône d'ombre, refoulant le tissu mammaire, grand axe perpendiculaire à la peau
		CAT	- Confirmation diagnostique histologique par cytoponction, micro- ou macro-biopsie si doute (Age >30ans, contexte à risque, discordance clinique/imagerie/histologie) - Exérèse chirurgicale si doute diagnostique ou gêne esthétique
	Papillomatose juvénile	= Femme jeune < 25 ans, tuméfaction mobile, proche de l'aréole ± écoulement - Echographie : petites cavités kystiques au sein du nodule - TTT : exérèse chirurgicale	
Hamartome	= Lésion limitée par une capsule reproduisant du tissu mammaire normal : survenue à tout âge - Tumeur bien limitée, parfois volumineuse, molle (surtout si constitué de tissu adipeux) - Mammographie/échographie : opacité bien limitée, de tonalité identique à la glande mammaire - Exérèse chirurgicale souvent nécessaire : diagnostic et thérapeutique		
Cytostéatonecrose	= Tuméfaction de survenue spontanée ou suite à un traumatisme du sein, chez la femme ménopausée - Masse limitée, arrondie, parfois indurée, adhérente à la peau avec rétraction cutanée → suspect - Mammographie : image claire, cerclée, « en bulle de savon » - Exérèse souvent nécessaire pour diagnostic histologique		
Tumeur bénigne kystique	Kyste	= Formation liquidienne à point de départ galactophorique : plus fréquente de 35 à 50 ans - Tumeur ronde, bien limitée, rénitente, apparaissant souvent en période prémenstruelle - Mammographie : opacité arrondie, bien limitée - Echographie : lacune anéchogène, bien limitée, avec renforcement postérieur - Cytoponction en cas de gêne esthétique : diagnostic et thérapeutique	
	Mastopathie fibro-kystique	= Mastopathie très fréquente : éléments kystiques associés à une fibrose du tissu conjonctif et une hyperplasie (simple ou atypique) des cellules épithéliales des canaux galactophoriques - Maladie bénigne du sein la plus fréquente chez les femmes de 35 à 50 ans (peut persister après la ménopause en cas de THS) - Surtout en péri-ménopause (40-50 ans), sur un terrain d'hyperoestrogénie : aucun risque de dégénérescence mais développé sur le même terrain hormonal que le cancer (= marqueur de risque)	
		C	- Mastodynies cycliques , en période prémenstruelle - Masse unique ou multiple, arrondie, bien limitée, mobile de consistance variable (molle++), sensible voire douloureuse - Placards indurés, sensibles ± écoulement blanc ou vert épais - Pas d'ADP suspecte
		PC	- Mammographie : larges opacités floues (fibrose) associées à des opacités kystiques - Echographie : kyste au sein de la fibrose → recherche d'anomalies suspectes associées
CAT	- Si doute diagnostique (placard suspect) : micro-biopsies mammaires - TTT : RHD + progestatif en 2 ^{ème} partie de cycle (action anti-oestrogénique) → Disparition à la ménopause - Pas d'indication chirurgicale sauf si : récurrence / Gêne persistante/ Kystes atypiques		