

## CAS N°3

Me D...36 ans consulte pour un écoulement mamelonnaire gauche spontané séreux, abondant et multiporique, apparu depuis quelques mois

Ecoulement mamelonnaire provoqué séreux très discret à droite

Cancer du sein chez la grand-mère paternelle après 60 ans.

densification parenchymateuse étendue à l'union des quadrants supérieurs gauches, sans anomalie cutanée



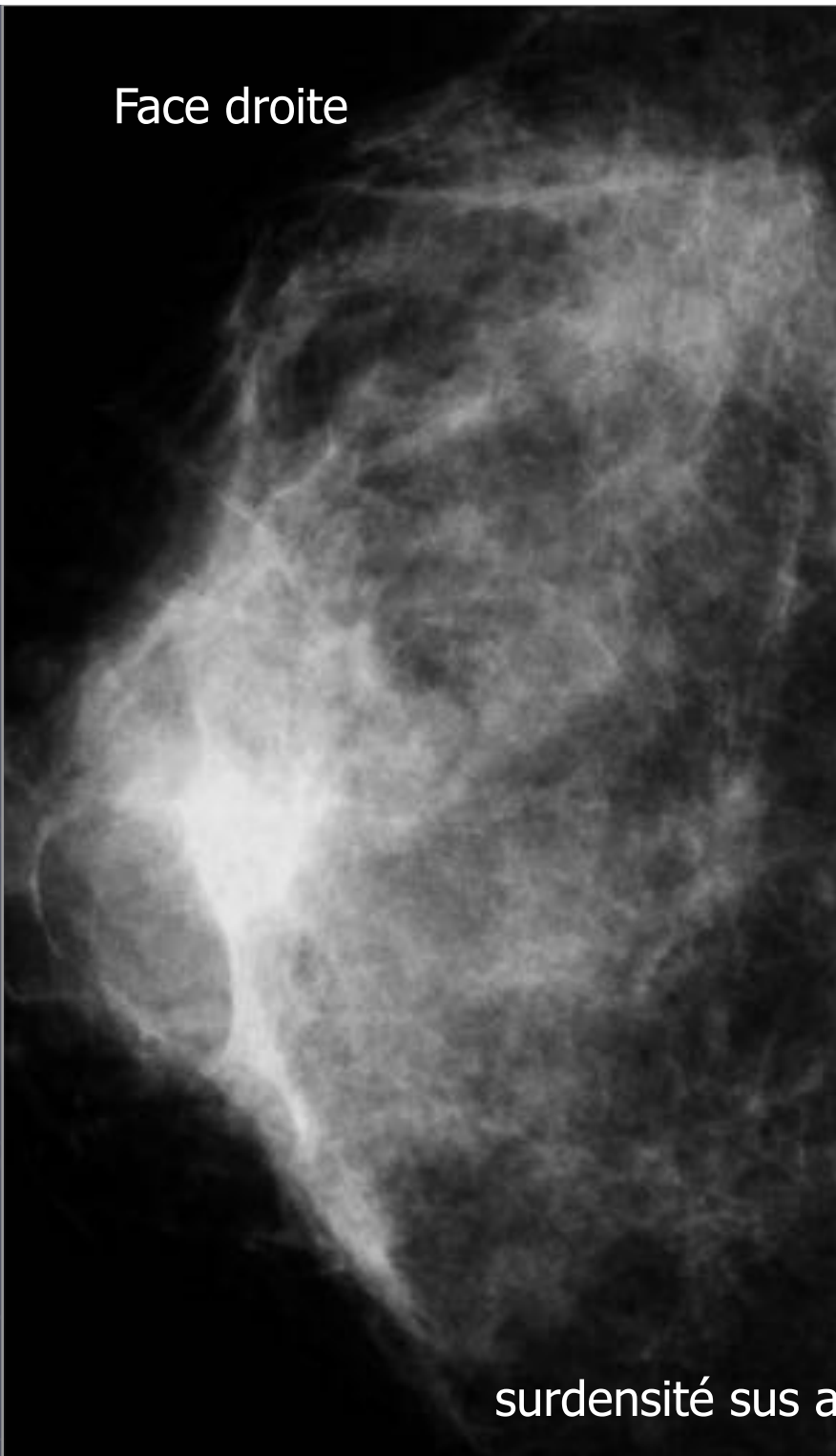
frottis de l'écoulement : nombreux amas de cellules glandulaires à disposition papillaire



Face droite

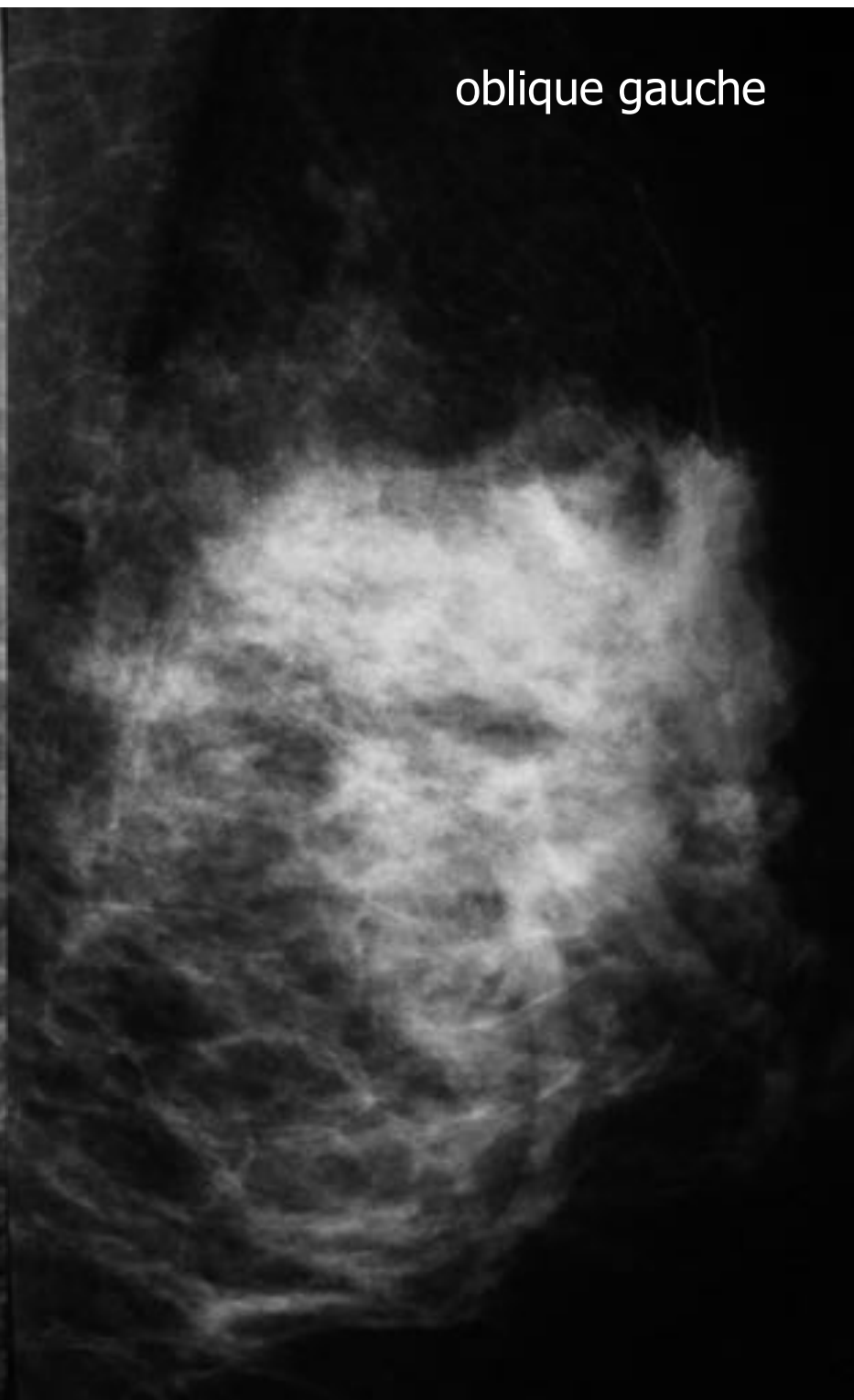
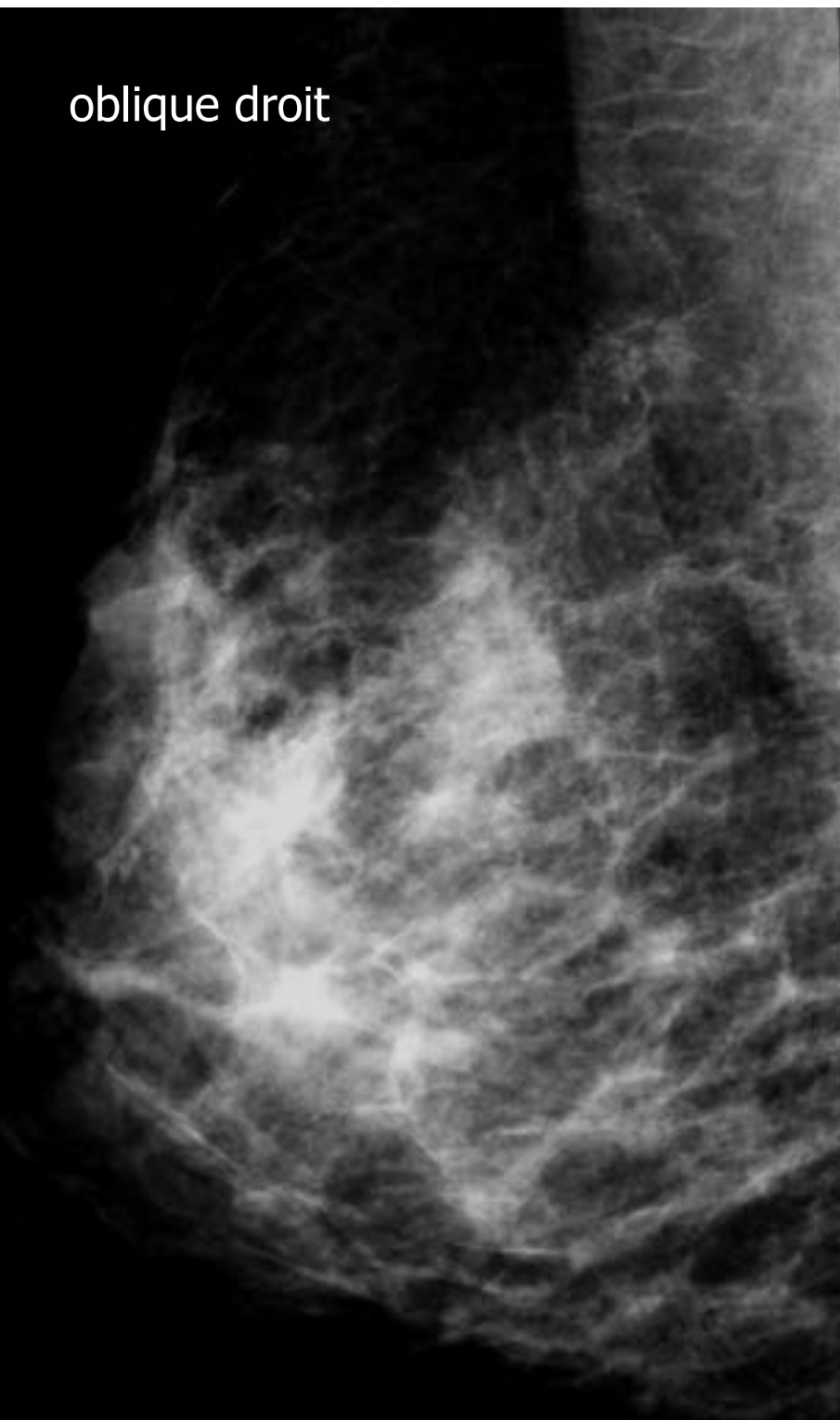
Face gauche

surdensité sus aréolaire interne G

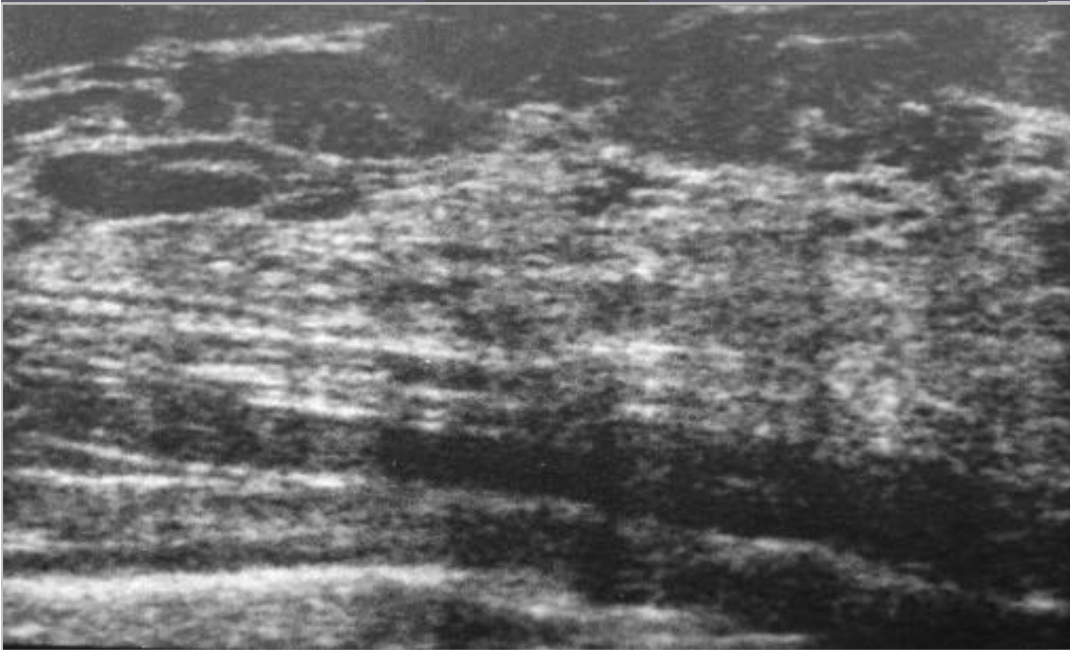


oblique droit

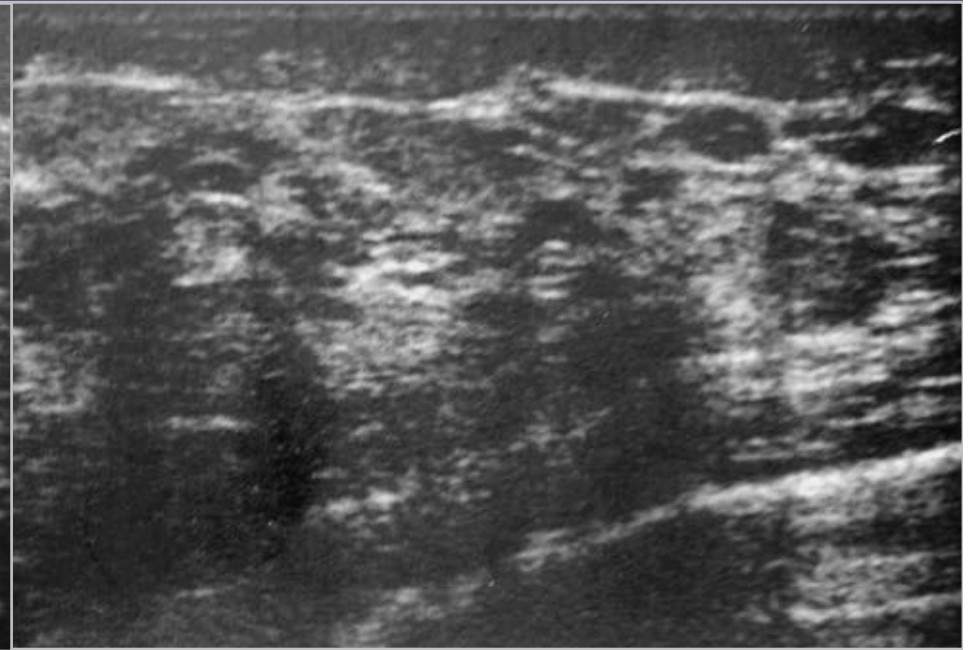
oblique gauche



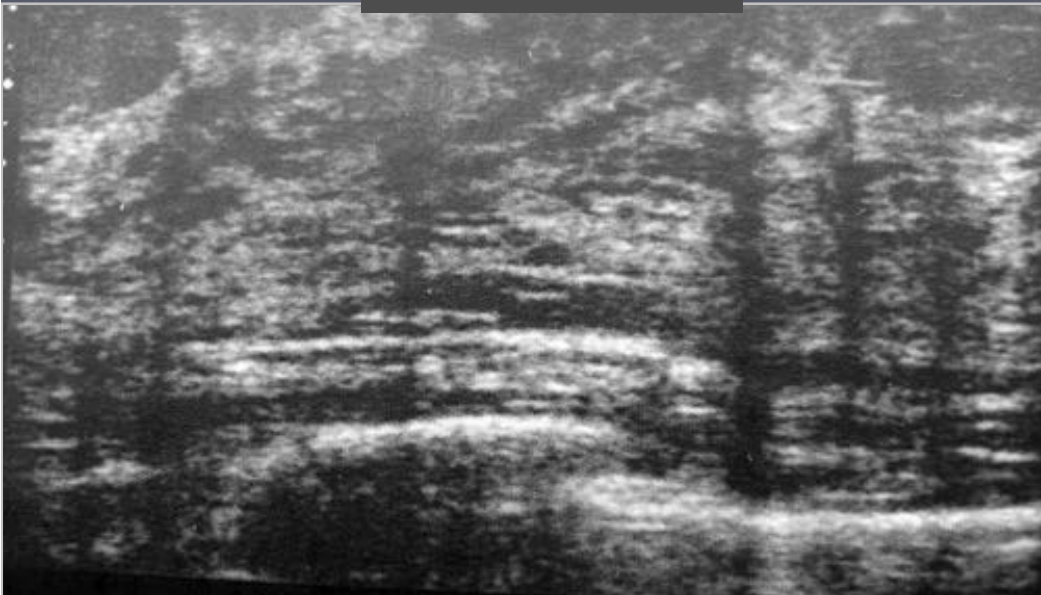
QSE D



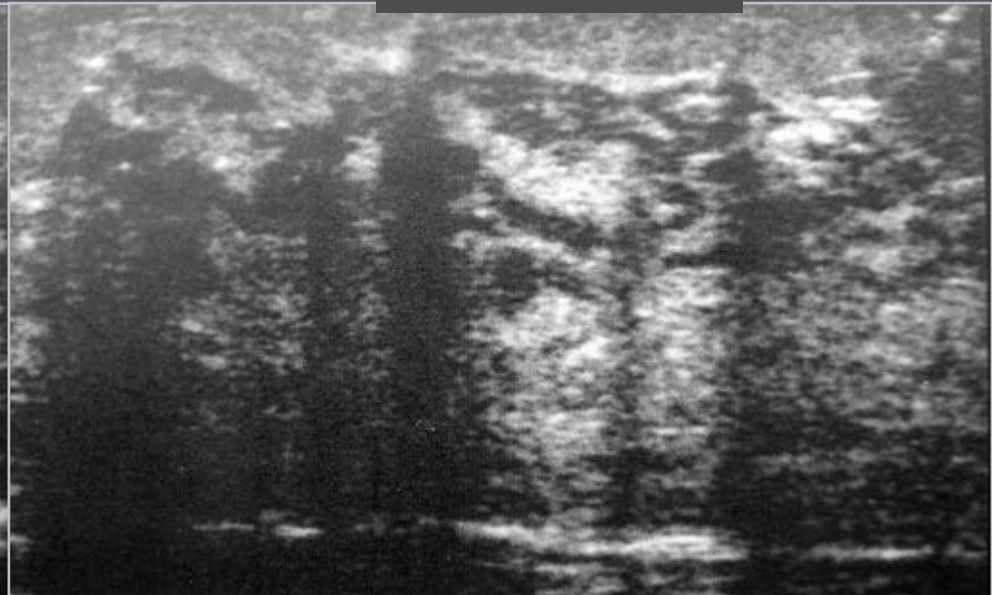
QSE G



rétro aréolaire D



rétro aréolaire G



échostructure G globalement plus hétérogène, sans masse compacte circonscrite

Union Q S gauches



- . patiente jeune
- . densification palpable
- . écoulement séreux
- . seins denses sans signes mammographiques évocateurs de malignité
- . échographie plus ambiguë

*Les facteurs d'incertitude dominant : ACR 4*

Pour une mastopathie proliférante bénigne :

jeune âge, écoulement bilatéral, palpation asymétrique sans anomalie cutanée, surdensité non spécifique sans désorganisation à la mammo, pas de masse circonscrite à l'écho.

contre :

densification plus interne qu'externe, échographie malgré tout ambiguë.



Pour une papillomatose juvénile :

âge, aspects clinique, mammographique et cytologique compatibles

contre :

peu fréquente, souvent placard sensible, aspect échographique plus circonscrit (typ. petits kystes dans une plage hypoéchogène)

Pour des papillomes distaux multiples :

écoulement et cytologie compatibles

contre :

âge, clinique rarement aussi florissante que dans ce cas.

Pour une galactophorite chronique :

aspect mammographique compatible

contre :

âge, non fumeuse, pas de signe inflammatoire clinique, pas de calcif. évocatrice.

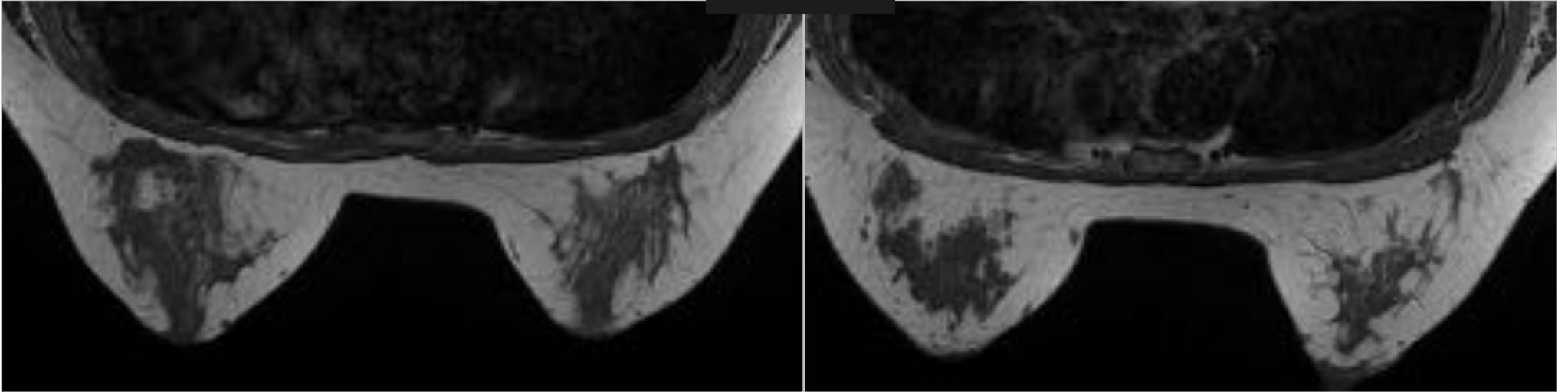
Pour un carcinome in situ ou infiltrant :

jamais exclu à priori

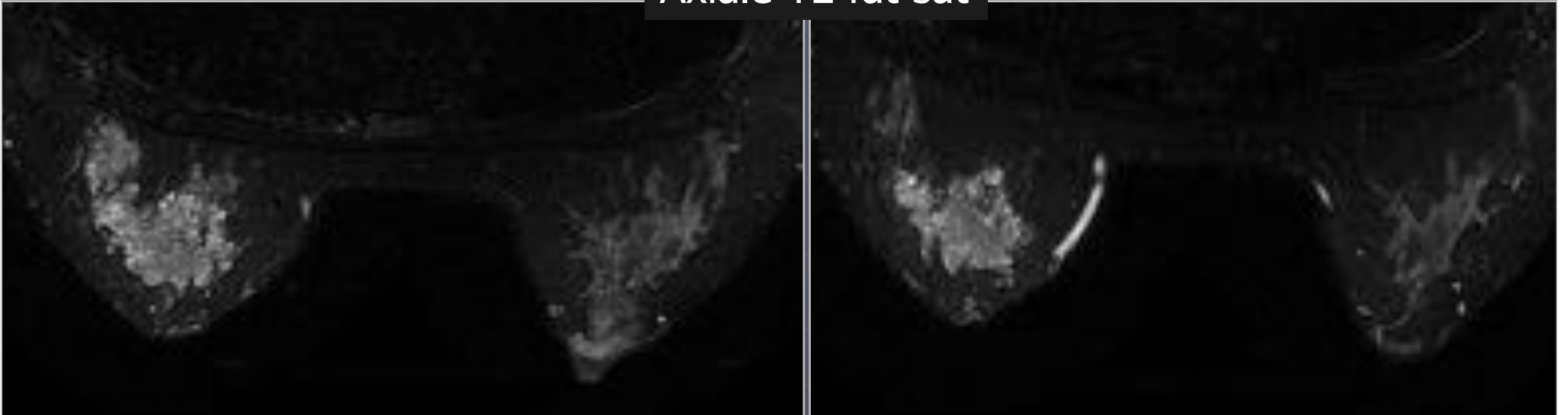
contre :

pas de microcalcifications évocatrices, pas de désorganisation architecturale caractéristique

Axiale T1



Axiale T2 fat sat

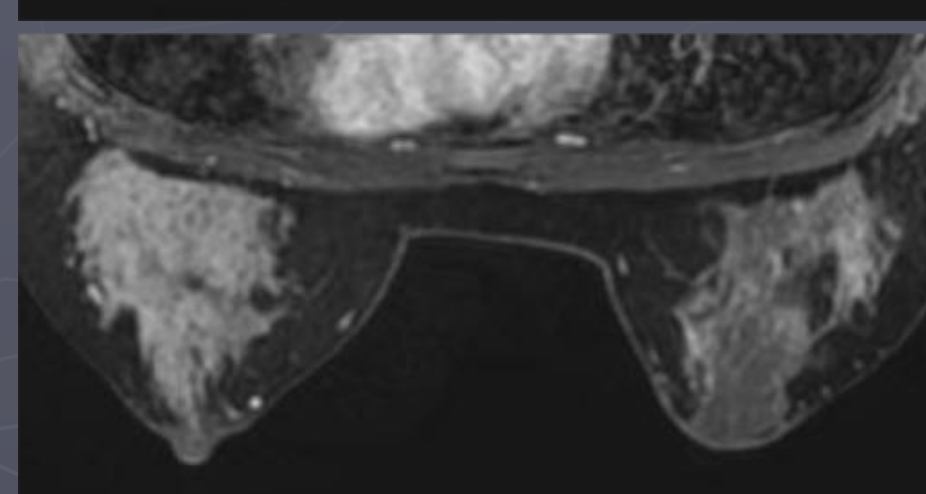
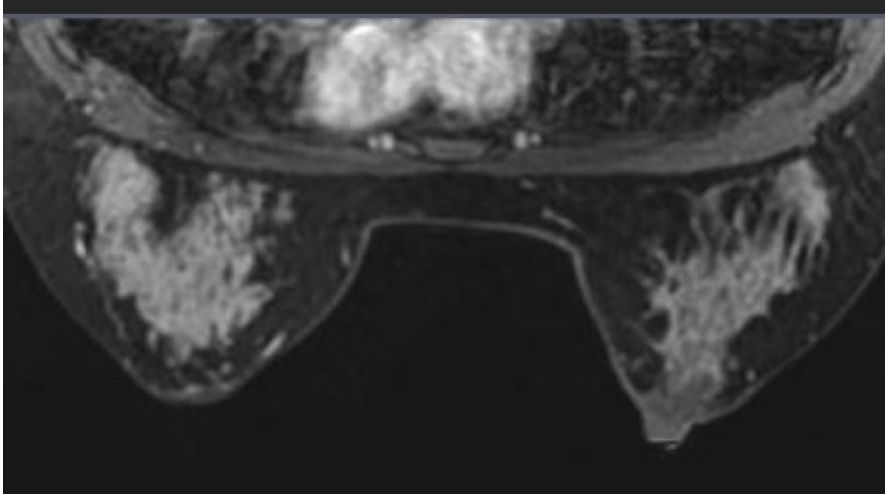
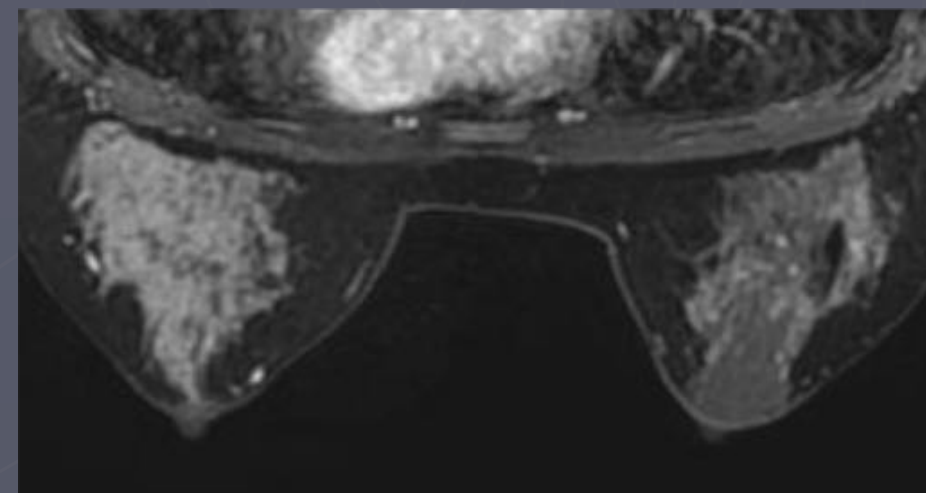
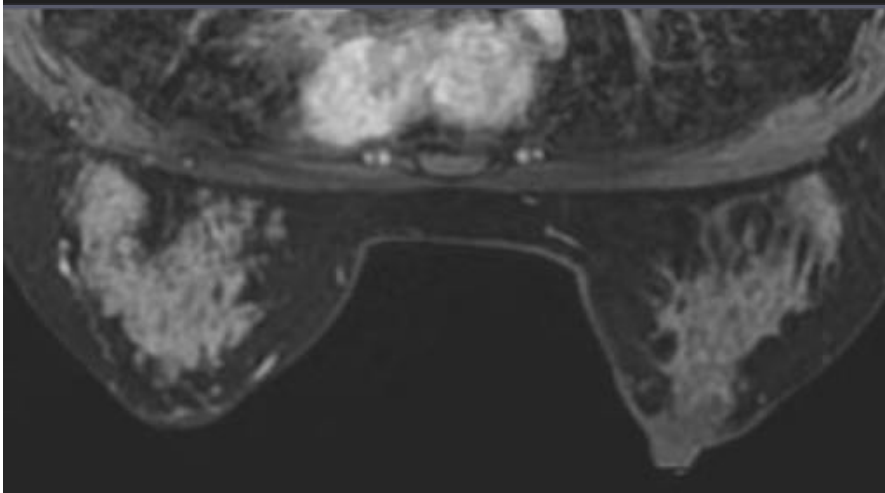
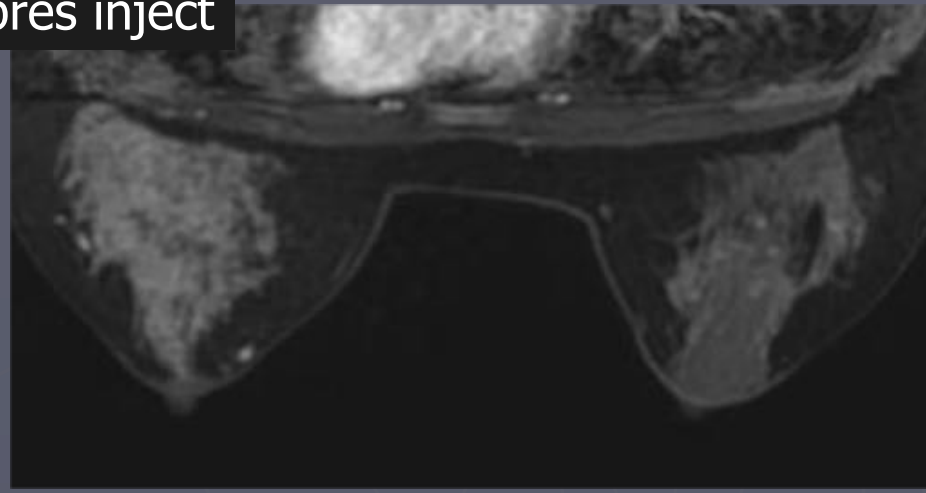
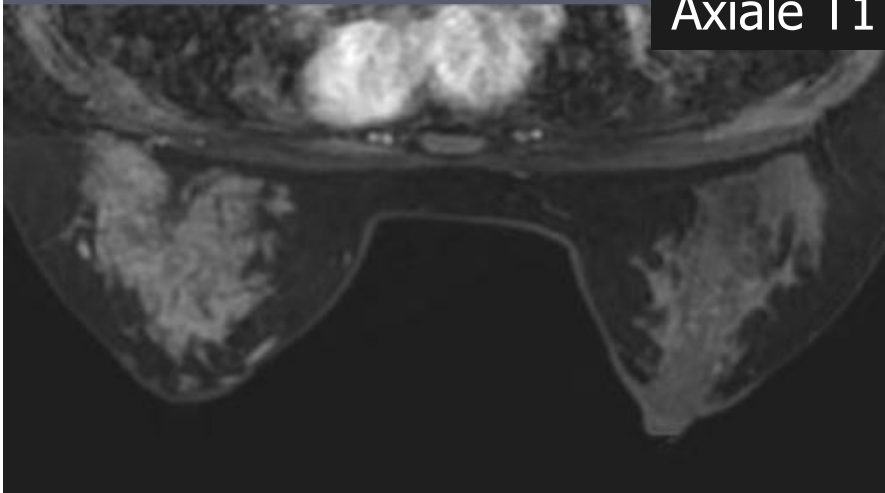


Axiale T1 fat sat après inject

Phase 1

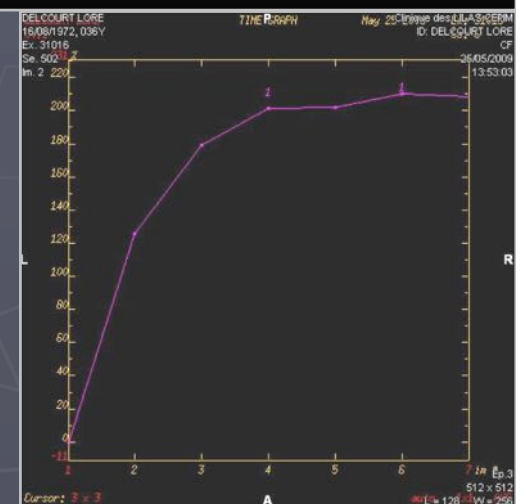
Phase 2

Phase 4



## Soustractions

L'IRM confirme une asymétrie marquée du rehaussement avec une prise de contraste régionale plus étendue que ne le laissent penser clinique et mammographie. Elle oriente la technique de la biopsie percutanée vers une microbiopsie multisite.



## résultats des biopsies percutanées

**carcinome canalaire in situ de bas grade,**  
d'architecture papillaire et micropapillaire

(la possibilité d'une papillomatose juvénile préexistante  
a été envisagée, sans certitude)

Les biopsies confirment l'étendue des lésions et  
orientent vers une mastectomie

## Carcinome in situ de présentation inhabituelle

- clinique (5 % des in situ) : *densification palpable* et écoulement séreux
- mammographique : *asymétrie de densité focale*, pas de microcalcifications regroupées ( pourtant présentes dans 73 à 98 % des in situ visibles en mammographie mais... la moitié des in situ détectés à l'examen histologique n'ont pas de traduction mammo)

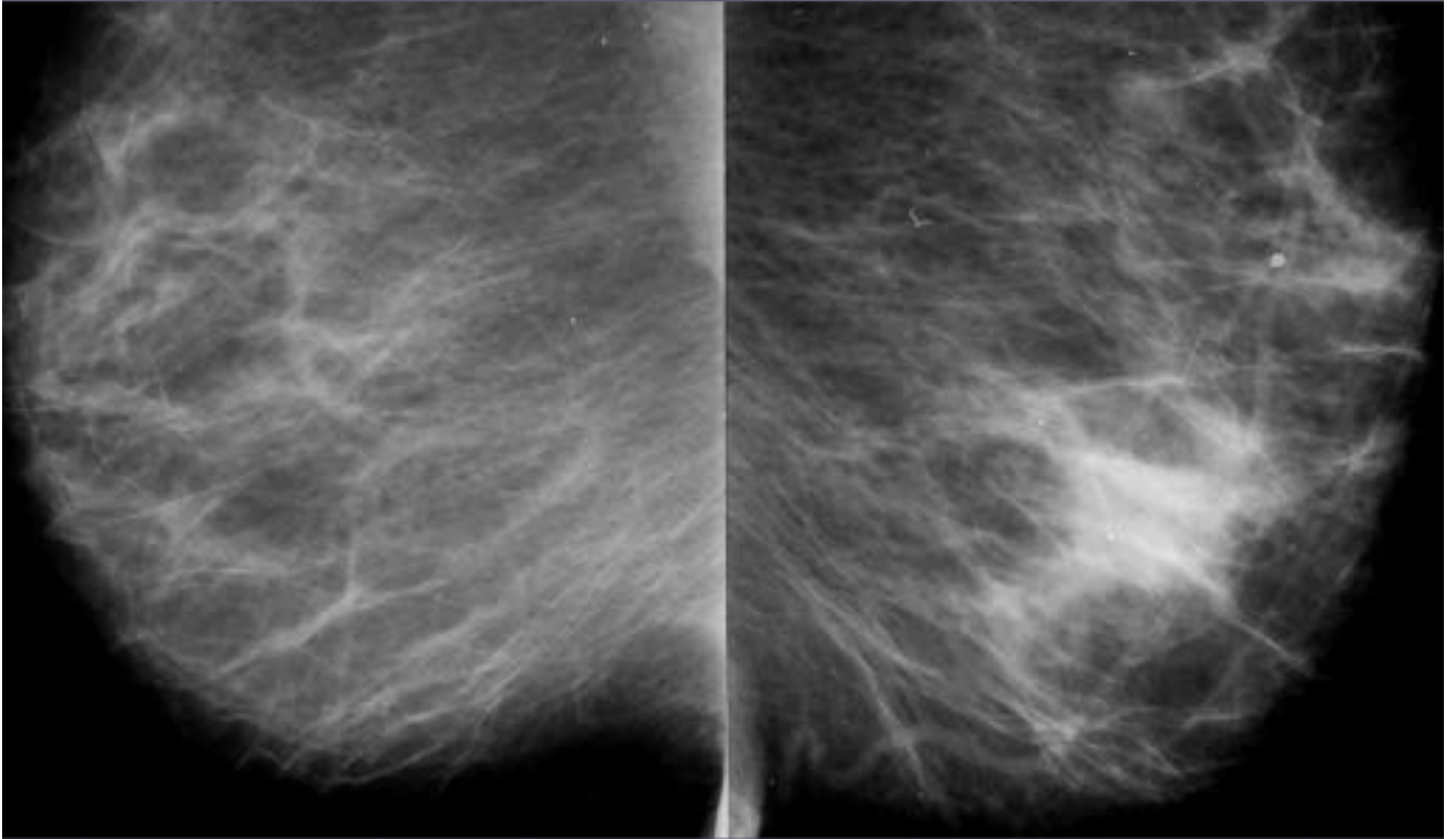
## CCIS et mammographie

La mammo montre habituellement les calcifications en rapport avec la nécrose et le dysmétabolisme.

Bien que l'asymétrie focale de densité soit un signe non spécifique et banal, elle peut témoigner de la stroma réaction d'un carcinome in situ.

D'autres manifestations sont possibles : masse isolée ronde ou lobulée, distorsion architecturale.





## carcinome canalaire in situ et IRM

Les CCIS s'accompagnent en règle d'un rehaussement canalaire ou segmentaire mais celui-ci peut être moins évocateur (régional, en plage peu spécifique ou masse irrégulière) ou absent. La courbe est souvent peu inquiétante. Le lavage est rare.

L'IRM, qui met en évidence l'angiogénèse de la stroma réaction autour de l'in situ, a une meilleure sensibilité pour les CCIS de haut grade. (Kuhl CK *Lancet* août 2007)

L'écueil peut être une surestimation des lésions, notamment dans les formes à rehaussement hétérogène.

Jamais de mastectomie sur le seul résultat IRM.