

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2006  
publié le 29.11.2006**



*TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2006*

# Stratégie diagnostique des pathologies mammaires associées à la grossesse

J.-Y. SEROR<sup>1,2</sup>, F. SCETBON<sup>1</sup>, B. SCHEUER-NIRO<sup>1</sup>,  
C. GHENASSIA-VIDAL<sup>1,2</sup>, L. ROUSSEAU<sup>1</sup>  
(Paris)

La découverte d'une masse mammaire au cours de la grossesse ou durant la première année du post-partum reste une situation clinique délicate à gérer tant la composante anxigène est présente. Toute la difficulté réside dans la prise en charge adaptée, sans négliger une anomalie apparemment bénigne. Le retard au diagnostic est un des facteurs de mauvais pronostic d'un cancer du sein découvert pendant la grossesse. L'exploration diagnostique d'une anomalie mammaire découverte en cours de grossesse présente certaines particularités liées d'une part aux transformations gravidiques mammaires mais également aux risques radiogènes ou malformatifs sur l'embryon de certains examens. Il est donc important de connaître les modifications mammaires physiologiques durant la grossesse, la pathologie bénigne du sein et l'existence de cancers d'apparence parfois trompeuse.

Durant la grossesse et l'allaitement, un certain nombre de modifications mammaires interviennent (tension des seins, hypervascularisa-

1. Centre de Radiologie Paris Duroc - 9<sup>ter</sup> boulevard du Montparnasse - 75006 PARIS.

2. Centre des maladies du Sein - Hôpital Tenon - 75020 PARIS.

tion, veines péri-aréolaires – réseau de Haller –, engorgement), rendant l'examen clinique difficile. D'origine hormonale, il existe durant la grossesse une hypertrophie ductulo-lobulaire qui aboutit à une hypertrophie glandulaire avec une prédominance lobulaire [1].

La symptomatologie qui doit pousser à explorer une femme enceinte est l'apparition d'une masse, d'une anomalie cutanée localisée ou d'un écoulement surtout uni-pore et sanglant (90 % des cancers se manifestent par une masse indolore [2, 3]).

Même si le cancer du sein découvert pendant la grossesse est une situation rare (1/6 000 patientes [4]), il doit rester le centre de nos préoccupations pour la prise en charge diagnostique d'une anomalie clinique. Les cancers du sein associés à une grossesse sont de plus en plus fréquents avec l'augmentation de l'âge des patientes. Ils restent l'une des deux rares urgences sénologiques (avec le sein inflammatoire).

Par extension, nous aborderons dans cet exposé les maladies du sein découvertes au cours de la grossesse, ainsi qu'en post-partum (1 an).

## LES PRINCIPALES PATHOLOGIES BÉNIGNES SONT :

- La **galactocèle** ou rétention kystique de produit lacté, qui peut se révéler plusieurs années après la grossesse, avec évolution peu fréquente vers le kyste butyrique où il y a transformation des opacités aqueuses en clartés graisseuses. Le traitement consiste en une ponction évacuatrice mais le risque de surinfection des galactocèles après ponction n'est pas rare, contrairement aux kystes macroscopiques. Le mécanisme d'apparition est généralement mécanique par obstruction d'un canal galactophorique, le plus souvent d'origine inflammatoire, rarement tumorale.

- Les **anomalies inflammatoires** représentent le deuxième type d'anomalie, fréquentes en cours de grossesse ou en post-partum. La préoccupation majeure est celle du cancer inflammatoire pendant la grossesse. Une éventuelle adénopathie axillaire concomitante, avec en échographie un aspect non banal, sera systématiquement ponctionnée à la recherche d'un processus néoplasique. Ces anomalies inflammatoires peuvent se révéler sous forme d'une lymphangite ou d'un nodule inflammatoire. Les abcès, rares pendant la grossesse, sont fréquents chez les femmes qui allaitent (5-11 %), le plus souvent à staphylocoque *aureus* : leur prise en charge est initialement médicale et, si l'abcès est parfaitement collecté et de plus de 3 cm [5], un drainage chirurgical est

STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DES PATHOLOGIES MAMMAIRES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE

recommandé. L'évacuation d'un abcès sous guidage échographique (aiguille fine ou drain) a également été proposée [6] mais expose à des risques de difficultés de cicatrisation inesthétiques et de récidives.

- **L'adénome lactant** est une lésion bénigne secondaire aux stimulations hormonales de la grossesse et de l'allaitement [7], différente sur le plan histologique d'un adénofibrome en cours de grossesse. Le plus souvent, il régresse progressivement en fin de grossesse.

- Le **fibroadénome**, qui pourra récidiver ou augmenter de taille en cours de grossesse, pouvant parfois avoir l'aspect d'un adénofibrome géant. Dans les cas de taille supérieure à 5 cm, il existe un risque de nécrose tissulaire et d'infarcissement par obstruction veineuse durant la grossesse ou la lactation. Cependant, le plus fréquemment, les fibroadénomes sont stables durant la grossesse.

- Les **écoulements lactés sanglants** de la fin de la grossesse et durant le post-partum sont exceptionnellement associés à une pathologie intracanalalaire. Ils sont souvent le résultat d'une galactophorite atrophique avec rupture des canaux et petit épanchement sanguin. On conseille d'interrompre l'allaitement.

## LES MODALITÉS D'EXPLORATION MAMMAIRE SERONT BASÉES SUR :

- **Un examen clinique** : la découverte d'une anomalie mammaire pendant la grossesse est toujours une situation difficile à gérer et angoissante pour la patiente, le médecin et la famille. La prise en charge doit toujours répondre aux exigences de protection de la mère et de l'enfant. L'autopalpation, même si elle est anxiogène, doit être encouragée pendant la grossesse ; elle représente 90 % des circonstances de découverte [8]. L'examen clinique mammaire systématique fait partie de l'examen clinique de la femme enceinte qui doit avoir lieu à chaque consultation. Il reste le seul examen de dépistage. Cet examen doit être poursuivi la première année après l'accouchement, où le risque de cancer du sein pour une primipare semble être augmenté de façon transitoire [9].

- **L'échographie mammaire**, de par son innocuité et sa sensibilité dans les seins denses, représente le meilleur examen complémentaire après la découverte d'une anomalie clinique durant la grossesse ou en période de lactation. L'échographiste doit parfaitement connaître les modifications physiologiques liées à la grossesse. En raison de la multiplication du tissu lobulaire et des canaux galactophoriques élargis,

le tissu mammaire se caractérise par l'alternance de larges plages diffuses, hypoéchogènes et inhomogènes, et de structures liquidienne serpentineuses. L'exploration des creux axillaires est systématique. Les caractéristiques sémiologiques de l'imagerie durant la grossesse ne diffèrent pas vraiment de la même pathologie en dehors de la grossesse. Quels sont les aspects des principales pathologies découvertes en cours de grossesse et de leurs pièges ?

- La galactocèle est typiquement une structure liquidienne, bien limitée avec un niveau (eau-graisse). En fait, le plus souvent, son aspect est celui d'un kyste typique, parfois avec plus ou moins de fins échos internes allant jusqu'à évoquer une formation solide [10]. La cytoponction échoguidée permet facilement de rectifier le diagnostic.
- L'adénome lactant [11] est un diagnostic parfois difficile en échographie et doit rester un diagnostic d'élimination. Son aspect échographique est le plus souvent une masse avec des contours réguliers, mais des contours irréguliers ou anguleux ne sont pas rares. Une microbiopsie sera toujours réalisée pour le diagnostic d'adénome lactant, le but étant l'élimination d'un cancer du sein [12].
- Les abcès de sein : uni ou multiloculaires, les abcès du sein ont un aspect hétérogène avec une augmentation de la vascularisation, sans spécificité due à la grossesse. Ils évoluent le plus souvent dans un contexte douloureux d'inflammation cutanée fébrile avec adénopathie. Une cytoponction du ganglion sera réalisée au moindre doute morphologique.
- Le cancer du sein : la sensibilité de la mammographie pour la détection d'un cancer du sein pendant la grossesse n'est que de 78 % [13]. L'échographie mammaire est l'examen le plus sensible pour la détection et le diagnostic de cancer du sein. Les pièges durant la grossesse sont un renforcement postérieur des ultrasons plus fréquent, dû à une composante nécrotique ou kystique de la masse. Une exploration systématique des creux axillaires est nécessaire.

• **Des clichés de mammographie** avec protection plombée abdominale seront toujours possibles, même *a minima* (1 incidence oblique externe). La densité mammaire (augmentation du tissu glandulaire et hypervascularisation) est augmentée pendant la grossesse et la lactation avec une sensibilité diminuée (70 %) [14, 15]. Cependant, la mammographie permettra de détecter facilement des microcalcifications, en particulier d'origine canalaire. Une mammographie négative

*STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE DES PATHOLOGIES MAMMAIRES ASSOCIÉES À LA GROSSESSE*

durant la grossesse ne doit pas faire interrompre les explorations d'un nodule mammaire.

- **L'IRM mammaire** avec injection a une contre-indication durant la grossesse (liée à l'injection du produit de contraste). Elle peut être réalisée sans injection, mais souvent peu informative et de réalisation difficile (procubitus).

- **La sénologie interventionnelle** représente une étape diagnostique importante en cas d'anomalie identifiée au cours de la grossesse. Les prélèvements seront échoguidés. Que ce soit la cytologie ou l'histologie, certains aspects pathologiques seront modifiés par la grossesse. Ces faux positifs sont particulièrement connus en cytologie en raison des hyperplasies lobulaires associées à une hypertrophie nucléaire [16] avec, dans certains cas, le risque de faux positifs de cancer. D'où l'importance de bien préciser à l'anatomopathologiste le contexte de grossesse. La cytoponction permet aisément de différencier la nature solide ou liquide de nodules mammaires hypoéchogènes découverts durant la grossesse. L'arrêt de l'allaitement est recommandé avant une microbiopsie pour limiter le risque d'hématome et de fistule.

- **Pour les patientes en FIV**, l'examen de mammographie et d'échographie de dépistage doit être systématique chez les femmes à partir de 35 ans et répété annuellement. Le risque de cancer semble augmenter l'année qui suit le traitement de FIV [17]. Enfin, l'échographie ne doit pas être un examen systématique sauf en cas de surveillance d'une anomalie préexistante. Il faut ici souligner l'importance de l'identification précise d'un nodule mammaire bénin chez la jeune fille, le plus souvent par simple cytoponction afin de ne pas s'alarmer en cas de modification au cours de la grossesse.

Nous rappellerons qu'une pathologie mammaire bénigne, hormis le cas de l'exceptionnelle gigantomastie, ne devrait pas être une contre-indication à une grossesse.

## CONCLUSION

La découverte d'un nodule mammaire chez une femme en cours de grossesse ou dans la première année après l'accouchement doit toujours entraîner une exploration précise. L'examen clinique et l'échographie restent la première étape diagnostique d'un nodule. La mammographie avec protection plombée est réalisable, mais réservée aux cas de suspicion de lésion maligne. À l'issue du bilan d'imagerie,

une codification selon le BI-RADS de l'*American College of Radiology* doit être proposée. Les prélèvements seront à réaliser au moindre doute, mais également parfois pour rassurer la patiente pour le reste de sa grossesse. Si l'exploration d'une anomalie mammaire peut être orchestrée par le médecin qui suit la grossesse, la prise en charge d'un cancer du sein devra toujours être effectuée de façon multidisciplinaire en milieu spécialisé d'expertise.

### Bibliographie

1. Kopans DB. Breast imaging. 2th ed. Philadelphia. Lippincott-Raven, 1998, p. 445-96.
2. Ribeiro G, Jones DA, Jones M. Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Br J Surg* 1986; 73: 607-9.
3. King RM, Welch JS, Martin JK Jr, Coulam CB. Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 160: 228-32.
4. Haas JF. Pregnancy in association with a newly diagnosed cancer: a population-based epidemiologic assessment. *Int J Cancer* 1984; 34: 229-35.
5. Hook GW, Ikeda DM. Treatment of breast abscesses with US-guided percutaneous needle drainage without indwelling catheter placement. *Radiology* 1999 Nov; 213(2): 579-82.
6. Ulitzsch D, Nyman MK, Carlson RA. Breast abscess in lactating women: US-guided treatment. *Radiology* 2004 Sep; 232(3): 904-9. Epub 2004 Jul 29.
7. James K, Bridger J, Anthony PP. Breast tumour of pregnancy ('lactating' adenoma). *J Pathol* 1988 Sep; 156(1): 37-44.
8. Sorosky JI, Scott-Conner CE. Breast disease complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25: 353-63.
9. Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekblom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *N Engl J Med* 1994; 331: 5-9.
10. Kim MJ, Kim EK, Park SY, Jung HK, Oh KK, Seok JY. Galactoceles mimicking suspicious solid masses on sonography. *J Ultrasound Med* 2006 Feb; 25(2): 145-51.
11. Baker TP, Lenert JT, Parker J, Kemp B, Kushwaha A, Evans G, Hunt KK. Lactating adenoma: a diagnosis of exclusion. *Breast J* 2001 Sep-Oct; 7(5): 354-7.
12. Liberman L, Giess CS, Dershaw DD, Deutch BM, Petrek JA. Imaging of pregnancy-associated breast cancer. *Radiology* 1994 Apr; 191(1): 245-8.
13. Liberman L, Giess CS, Dershaw DD, Deutch BM, Petrek JA. Imaging of pregnancy-associated breast cancer. *Radiology* 1994 Apr; 191(1): 245-8.
14. Moore HC, Foster RS Jr. Breast cancer and pregnancy. *Semin Oncol* 2000; 27: 646-53.
15. Pavlidis N, Pentheroudakis G. The pregnant mother with breast cancer: diagnostic and therapeutic management. *Cancer Treat Rev* 2005; 31: 439-47.
16. Bottles K, Taylor RN. Diagnosis of breast masses in pregnant and lactating women by aspiration cytology. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 76S-78S.
17. Venn A, Watson L, Bruinsma F, Giles G, Healy D. Risk of cancer after use of fertility drugs with in-vitro fertilisation. *Lancet* 1999; 354: 1586-90.