



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 29

Pathologies endocriniennes et
gynécologiques

Examens cliniques et paracliniques
en sénologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Clarisse Pey à partir du cours de T.Parsy présenté le 20/03/2024.

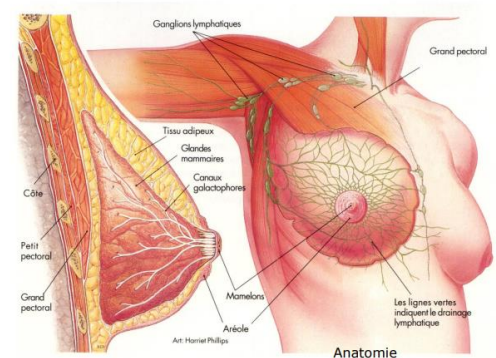
Examens cliniques et paracliniques en sénologie

I. Rappels d'anatomie

Les glandes mammaires sont présentes chez les femmes mais aussi chez les hommes bien qu'elles soient atrophiées.

Il y a les mamelons qui sont en avant de ces glandes mammaires et qui drainent les canaux galactophores, eux-mêmes drainent le lait chez la femme allaitante. Autour des glandes mammaires, se trouve le tissu adipeux posé sur le muscle grand pectoral.

Les ganglions lymphatiques remontent jusque dans le creux axillaire, c'est-à-dire dans l'aisselle.



II. Examen clinique

a. Pourquoi ?

Il existe 2 situations, soit la patiente consulte pour un symptôme soit la patiente consulte pour l'examen systématique que l'on appelle dépistage.

Les principaux symptômes en consultation sont une tumeur (patiente qui a senti une masse), une mastodynie (=douleur), un écoulement du mamelon pathologique (de couleur, avec du sang...), un placard inflammatoire plus ou moins localisé (que ce soit de la peau autour ou un abcès du sein), une découverte d'adénopathie axillaire ou encore une lésion du mamelon.

Le dépistage est important quant au repérage d'une anomalie lors de la radio.

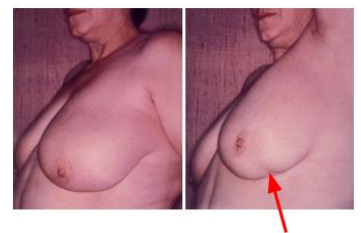
b. Comment ?

L'examen clinique se réalise dans l'idéal en première partie du cycle, au 10^{ème} jour. Les conditions sont un éclairage correct (direct et tangentiel), la patiente doit être bien installée et nue jusqu'à la ceinture. C'est un examen comparatif, on compare le sein à l'autre. Le déroulement est successif, l'examen se réalise dans un premier temps de face et de profil puis en changeant de position.

1) Inspection

Tout d'abord la patiente est debout avec les bras le long du corps puis les bras relevés.

Dans cette position, l'inspection va rechercher une tuméfaction, un méplat ou un signe du capiton (signe inquiétant d'attraction de la peau voir flèche rouge), des signes inflammatoires, une lésion cutanée, une lésion aréolaire ou encore une rétraction mamelonnaire.

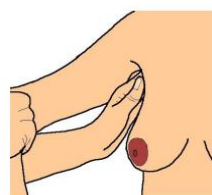


2) Palpation



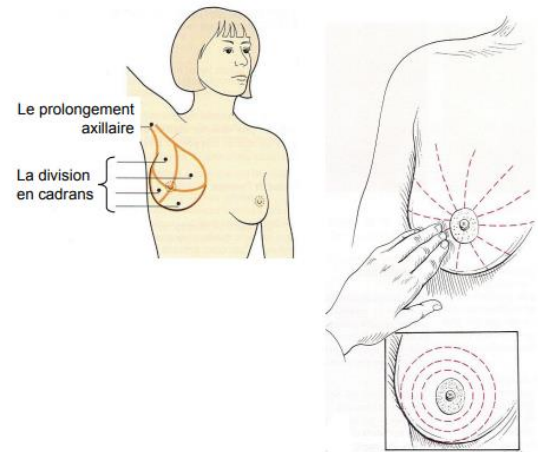
La patiente est assise puis couchée. La palpation recherche un nodule dont il faut préciser la taille, la consistance, la forme (ronde ou irrégulière) et la fixité (si la boule roule sous la peau ou si elle est fixée au pectoral). Il y a également la recherche d'un écoulement mamelonnaire dont il faut préciser si l'écoulement est uni ou multi pore, uni ou bilatéral et la couleur.

Lorsque la patiente est assise avec le bras posé sur l'épaule du médecin, il vient palper le territoire axillaire car le sein continue dans ce prolongement jusqu'au creux axillaire, puis les territoires sus et sous claviculaires (en se plaçant derrière la patiente). Ces 2 territoires sont des territoires ganglionnaires et donc susceptibles d'être à l'origine de pathologies.



La description se fait en territoire horaire en prenant le sein comme une horloge avec le mamelon au centre.

Elle peut également se faire par une division en 4 différents cadrans (supéro- interne, supéro- externe, inféro- interne et inféro- externe) mais celle-ci est moins précise.



c. Exemples d'anomalies dépistées dès l'inspection

1) Nodule



2) Mamelon inflammatoire



3) Infection avec abcès en constitution



4) Hématome



5) Rétraction

La rétraction est une anomalie du galbe du sein qui suspecte un cancer.

6) Cancer du sein

C'est un cancer du sein de forme inflammatoire.



d. Conduite à tenir

En cas d'anomalie, il est important de préciser ses caractères, c'est-à-dire unique ou multiple, la taille en centimètres, les limites si elles sont régulières ou non, la localisation (quadrant, profondeur, distance par rapport au mamelon), la consistance (molle, élastique, dure), la température locale en regard, la sensibilité, la recherche des connexions cutanées et avec le grand pectoral. Il ne faut pas oublier le sein controlatéral (10%).

Un écoulement doit être également caractérisé, s'il est spontané ou provoqué, la couleur (lactescent, sanglant, séreux, verdâtre, marron) s'il est uni ou bilatéral, s'il est uni ou multi pore (multi canalaire) et s'il est provoqué électivement par la palpation d'un quadrant.

L'écoulement provoqué du mamelon est présent chez 30 à 50% des femmes.

L'écoulement physiologique est blanchâtre, verdâtre ou translucide, multi canalaire (multi pore), bilatéral et provoqué. Si l'écoulement n'est pas physiologique alors une exploration est indispensable.

Si une adénopathie satellite est retrouvée, alors il faut préciser la localisation, le nombre, la consistance, la sensibilité et la mobilité.

III. Auto examen

a. Intérêt

L'autoexamen est important dans l'avance de la date du diagnostic précoce (> 1,5 ans), pour les tumeurs d'intervalle et augmente l'efficacité de l'examen clinique et mammographique.

b. Technique

Dans l'idéal, il faudrait le faire une fois par cycle c'est-à-dire 1 fois par mois et 2 à 3 jours après la fin des règles. L'examen comporte 2 temps avec tout d'abord une inspection devant une glace (auto-inspection) puis une palpation (autopalpation).



Concernant l'inspection, elle se fait devant le miroir avec les bras le long du corps, puis les mains sur les hanches, puis les mains derrière la tête, puis les bras levés et enfin le buste légèrement penché vers l'avant.



Concernant la palpation, il faut utiliser la pulpe et non pas le bout des doigts, et elle doit se faire d'abord très superficiellement puis ensuite profondément. Le sein droit est examiné par la main gauche pendant que la main droite est derrière la tête. Puis inversement. Il est important d'examiner un quadrant à la fois de la périphérie jusqu'au centre sans oublier la palpation de l'aisselle. En fin d'examen, il faut examiner également le mamelon puis le pincer délicatement à la recherche d'un écoulement.

c. Apprentissage

L'apprentissage peut se faire de manière individuelle ou par un médecin, tant qu'il y a un contrôle ultérieur de la qualité de cet auto examen, et ce dès le commencement de la vie génitale (entre 20 et 25 ans).

IV. Examens radiologiques

a. Mammographie

La mammographie est un examen fondamental dans les pathologies mammaires. Il permet l'avance au diagnostic de cancer d'environ 2 ans. Le coût est de 66 euros mais remboursé à 70%, même 100% dans le cadre d'un dépistage organisé. Le principal intérêt étant de détecter les cancers qui ne sont pas encore palpables. Il est conseillé de faire l'examen en début de cycle (4^{ème} ou 5^{ème} jour) et de manière répétée et régulière afin d'observer des changements.

L'interprétation est parfois difficile du fait des variations individuelles. Concernant les radiations, actuellement cela représente 0.1 radiation par exposition (soit 0,2 à 0,3 radiation/sein). Il faut savoir que la mammographie ne permet pas de différencier les structures solides des structures liquides.

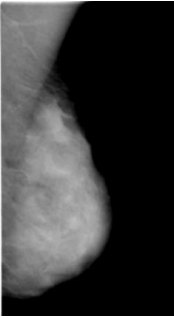
C'est un examen assez douloureux au cours duquel il y a 2 clichés obligatoires à prendre. Ces 2 incidences par sein sont de face (cranio-podale) et en oblique-externe (dans le prolongement axillaire). Pour l'interprétation, il est important de faire la comparaison des 2 seins en opposant les clichés.



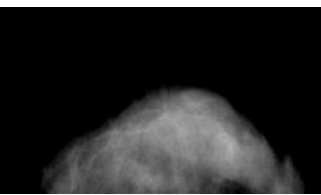
En cas d'anomalie confirmée, cette mammographie standard peut être complétée par un cliché de profil strict, d'autres incidences localisées et un cliché en agrandissement géométrique.

Actuellement les clichés sont numérisés.

1) Incidence oblique externe



2) Incidence de face



3) Les images élémentaires

Il existe différentes images élémentaires telles que la fibrose, les calcifications, l'opacité ou encore la clarté. Après repérage d'une image anormale, il faut l'analyser avec la mise en position sur 2 incidences, par la taille, les contours et l'homo/hétérogénéité.

L'opacité :

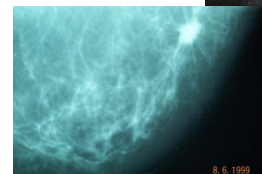
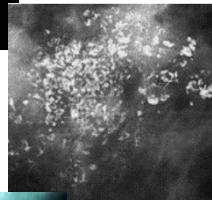
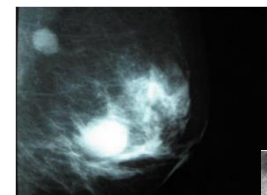
Il faut définir la taille, l'uniformité, la densité, la bilatéralité et surtout les contours.

Les calcifications :

Les calcifications représentent un ensemble de calculs localisés autour du sein. Les foyers de microcalcifications que nous observons sur les différentes radios peuvent évoquer un début de cancer.

L'image stellaire :

C'est le cliché du cancer. L'image stellaire composite est constituée d'une opacité de contours irréguliers et de fibrose irrégulière autour d'où le terme d'image étoilée.



4) L'interprétation

Selon l'American College of Radiology, les anomalies sont classées en 5 catégories.

- ACR 1 : mammographie normale
- ACR 2 : aspect bénin
- ACR 3 : aspect probablement bénin
- ACR 4 : aspect suspect
- ACR 5 : aspect malin

« Il n'y a pas besoin de la connaître mais juste de savoir qu'à partir de 4 c'est suspect ».

5) La densité mammaire

La densité mammaire change en fonction des patientes et de l'âge.

b. Echographie

L'échographie est un examen performant, complémentaire de la mammographie mais ne représente pas un examen de dépistage.

L'intérêt particulier est d'obtenir une image mammographique infraclinique (ACR 3, 4, 5). Cet examen est indiqué dans le cadre d'une lésion palpable en complément de la mammographie, pour des seins denses de jeunes femmes et adolescente, pour des prélèvements échoguidés (cytoponctions et micro biopsies) et dans le cadre également d'un repérage préopératoire avant exérèse d'une lésion infraclinique.

1) L'interprétation

Les signes de bénignité sont une image de grand axe horizontal (parallèle au plan cutané) avec pas d'atténuation du faisceau ultrasonore, des contours réguliers (rond ovale) et pas d'anomalie du tissu mammaire avoisinant.

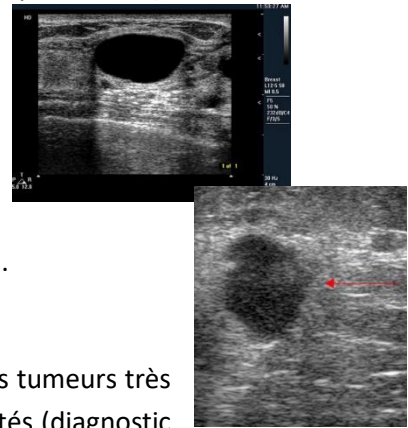
Les signes de malignité sont une lacune hypoéchogène (l'échogénicité est appréciée par rapport à l'échogénicité du tissu adipeux), des contours hétérogènes (remaniements tissulaires) et irréguliers (spicules, lobulations, incisures...), une forme irrégulière, lorsque que c'est non parallèle au plan cutané, et un cône d'ombre postérieur (masse atténuée le faisceau sombre).

2) Le kyste mammaire

Le contenu est anéchogène avec un renforcement postérieur et des contours réguliers.

3) Le carcinome du sein

Le contenu est hypoéchogène, d'axe vertical, avec des contours irréguliers et hétérogène.



c. IRM mammaire

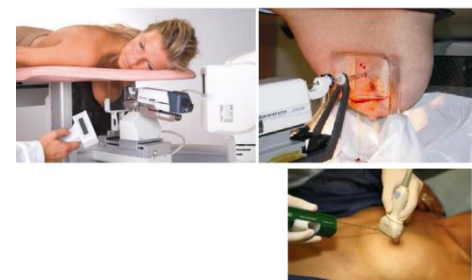
L'intérêt de l'IRM est l'exploration radiologique complète des prothèses, l'évaluation des tumeurs très postérieures (plus ou moins avec une extension du thorax), la surveillance des seins traités (diagnostic des récives locales), et pour les cas difficiles (exemple le carcinome lobulaire).

V. Examens cyto-histologiques

L'examen anatomopathologique est composé de biopsies et de biopsies avec exérèse. Dans le cadre du diagnostic, il est important de faire un prélèvement à envoyer au laboratoire.

a. Biopsie

Il y a la biopsie chirurgicale classique avec plus ou moins de repérage, les micro-biopsies (sous guidage échographique ou mammographique) et les macro-biopsies (échoguidées ou par stéréotaxie). C'est un prélèvement qui est douloureux.



b. Examen anatomopathologique

C'est un examen qui se réalise soit sur écoulement mamelonnaire, soit par cytoponction (ponction à l'aiguille fine) d'une tumeur, qu'elle soit pleine ou kystique. Si la tumeur est perçue cliniquement alors on réalise une simple ponction, sinon la ponction sera échoguidée.

VI. Parcours de la patiente

a. Cancer du sein : problème de santé publique

Le cancer du sein est la 1^{ère} cause de cancer chez la femme (1/3 des cancers féminins) et touche 1 femme sur 8. Il y a 1 600 000 cas par an dans le monde et 60 000 cas par an en France sur 12 000 décès. C'est la 1^{ère} cause de mortalité

féminine par cancer. 75% des cas sont diagnostiqués après 75 ans avec une augmentation de l'incidence entre 40 et 65 ans. Le taux de survie est de 97% à 1 an, 86% à 5 ans et 76% à 10 ans, et influencé par le dépistage.

L'âge médian au diagnostic est de 63 ans et l'âge médian au décès est de 72 ans.

Il existe 2 types de dépistage, le dépistage organisé et le dépistage individuel.

a. Dépistage organisé

Il est utile pour la majorité des patientes, c'est-à-dire toutes les femmes sans facteur de risque identifié et sans symptôme, entre 50 et 74 ans et tous les 2 ans. Elles bénéficient d'une consultation remboursée à 100% pour une mammographie avec double incidence et double lecture et d'un examen clinique.

Si aucune anomalie n'est suspectée, la patiente reviendra pour le nouveau dépistage 2 ans plus tard. Par contre, si une anomalie est suspectée, elle sera invitée à réaliser des examens complémentaires.

b. Dépistage individuel

Ce dépistage concerne les patientes à hauts voire très hauts risques de développer un cancer du sein, c'est-à-dire avec des antécédents personnels comme par exemple d'irradiation thoracique, familiaux avec des cancers du sein dans la famille, ou encore génétiques avec les mutations BRCA1/2.

Le site de référence à transmettre pour les femmes atteintes et également les personnels soignants est ecancer.fr

