



OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

# CAT DEVANT UN ADENOFIBROME

Dr Alain BOYER, Clinique de L'ETOILE, Puyricard

- Rassurer
- Faire un diagnostic précis :  
rassembler les critères cliniques et radiologiques
- Qui surveiller
- Qui biopsier
- Qui opérer

# RASSURER

Probabilité de cancer du sein :

- 4 / 10 000 entre 20 et 29 ans
- 4 / 1 000 entre 30 et 39 ans

Stabilité de l'incidence des cancers du sein avant  
50 ans depuis 1986

Attention aux lésions pseudo-bénignes  
(cancers médullaires)

# DIAGNOSTIC

- Clinique
- Echographie avant 30 ans
- Mammographie numérique
- Pas d'IRM sauf patientes à très haut risque (protocoles)

# DIAGNOSTIC

## Critères échographiques de STAVROS

Critères de bénignité	Critères de malignité
<p>Absence de signes de malignité Hyperéchogénicité intense Ovale à grand axe horizontal Parois fines Contours réguliers Aspect bi ou trilobé</p>	<p>Contours spiculés, anguleux Hypoéchogénicité marquée Atténuation postérieure Calcifications punctiformes Extension canalaire Aspect microlobulé, branché</p>

# DIAGNOSTIC

OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

*Exemple : 38 ans, ADF QSED biopsié B2, masse controlatérale d'apparition récente*



ADF



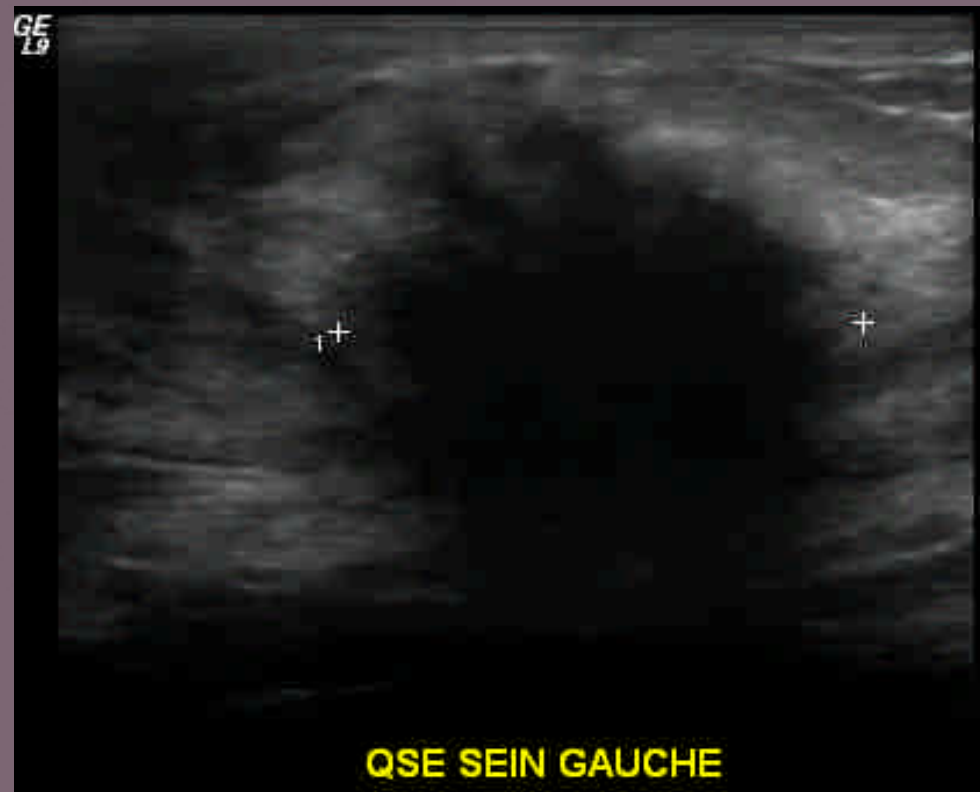
ADK

OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

# DIAGNOSTIC

*Exemple : 30 ans, masse ferme douloureuse 25 mm QSEG*



Tissu conjonctif fibreux collagénisé scléreux B2

# DIAGNOSTIC

## Classification ACR

- **ACR 1** : mammographie normale
- **ACR 2** : lésion bénigne
- **ACR 3** : probablement bénin nécessitant une simple surveillance
- **ACR 4** : lésion douteuse imposant des examens complémentaires
- **ACR 5** : lésion probablement maligne imposant un contrôle histologique



# QUI SURVEILLER

OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

## Lésion ACR 2 : quel que soit l'âge

- Contrôle à 6 mois / 1 an
- Pas de suivi itératif

## Lésion ACR 3 : < 35 ans

- Eviter les microbiopsies car faible valeur diagnostique
  - Cytologie : non contributive (trop de faux positifs)
  - Microbiopsie : assez peu contributive et anxiogène
- Plutôt surveillance : contrôle rapproché à 4 mois

# QUI SURVEILLER

OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

**Lésion ACR 3 : > 35 ans**

Préférer la surveillance aux microbiopsies

=> A discuter au cas par cas

**Lésion ACR 4 : ?**



# QUI SURVEILLER

OPTIMISATIONS EN 2012  
DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012  
CENTRE DES CONGRÈS  
AIX-EN-PROVENCE

## Intérêt de la surveillance :

- Moins anxiogène si relation de confiance
- Peu de faux négatif après diagnostic d'adénofibrome
  - Gordon : ↗ taille < 20% à 6 mois, n'est pas un facteur de risque de cancer
  - Harvey : 320 P (81% d'adénofibromes) à 2,7 ans  
6,9% d'augmentation de volume sans aucun cancer
  - Graf : 448 lésions bénignes à 3,3 ans  
0,2% de faux négatifs
- La surveillance est à court terme est une alternative intéressante à la biopsie

# QUI BIOPSIER

## Lésions ACR 3 :

- Après 35-40 ans
- Patientes inquiètes (ou son médecin)
- Discordance radio-clinique ( lésions pseudo-bénignes)
- Patientes à haut risque

## Lésions ACR 4 :

- Microcalcifications sur nodule

**Pas d'intérêt pour le diagnostic différentiel avec  
une T. phyllode**

# QUI OPERER

## Adénofibrome :

- > 30 mm
- Gênant
- Douloureux
- Déformant le sein
- “Demande de la patiente”
- Augmentation de volume > 20% à 6 mois

## Patiente à haut risque :

- Intérêt du mammotome sous échographie

# CONCLUSION

- Rassurer toujours
- Faire un diagnostic précis  
( collaboration et confiance avec le radiologue)
- Pas d'IRM
- Eviter les prélèvements à visée histologique
- Pas de surveillance itérative systématique
- Peu d'indications d'exérèse chirurgicale