

Evolution inhabituelle d'un adénofibrome mammaire A propos d'un cas et revue de la littérature

Radia Benyahia (1), Imene. El Hafaia (2), Lamia Benameur (3), F. Abada (4), Salah Eddine. Bendib (1).

(1) Service d'imagerie médicale, Centre Pierre et Marie Curie, Université Alger 1, Algérie.

(2) Service d'anatomopathologie médicale, CPMC, Université Alger 1, Algérie.

(3) Service de gynécologie, Kouba, Université Alger 1 Algérie.

(4) Laboratoire de cytologie, Université Alger 1 Algérie.

Auteur correspondant (1) : Radia Benyahia Université d'Alger 1, Faculté de Médecine, Alger1 Centre Hospitalier Universitaire, Pierre et Marie Curie. Hôpital Mustapha Service de radiologie et imagerie médicale, Alger Algérie

Email / Rad_rx@yahoo.fr

Mots clés : Adénofibrome, carcinome in situ, mammographie, échographie mammaire, micro-biopsie.

Résumé

Le fibroadénome est une lésion bénigne fréquente rencontrées chez l'adolescente et la jeune femme jeune. L'adénofibrome est une lésion épithéliale bénigne sans risque carcinologique. Le fibroadénome contenant des foyers de carcinome canalaire in situ (CCIS) sont de diagnostic difficile. Nous illustrons un cas clinique du service, d'une patiente suivie pour mastopathies fibrokystique, chez qui, à la suite de l'apparition d'une induration mammaire gauche, sa gynécologue lui préconise de faire une mammographie et une échographie mammaire.

L'imagerie standard met en évidence une masse suspecte intra mammaire gauche et une autre masse du prolongement axillaire homolatérale, connue et étiquetée adénofibrome contenant actuellement des microcalcifications.

La microbiopsies des deux masses est revenue en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant et d'un adénofibrome avec hyperplasie canalaire avec atypie. La patiente est opérée. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire retrouve un carcinome infiltrant type non spécifique pour la masse du QSE et un fibroadénome axillaire avec un contingent épithélial colonisé par des lésions de carcinome canalaire in situ.

Introduction :

Le fibroadénome est une lésion bénigne fréquente rencontrées chez l'adolescente et la jeune femme jeune. L'adénofibrome est une lésion épithéliale bénigne sans risque carcinologique. Le fibroadénome contenant des foyers de carcinome in situ (CCIS) sont de diagnostic difficile. Nous illustrons un cas clinique du service et d'une revue de la

littérature, nous précisons l'aspect radiologique du CCIS colonisant un adénofibrome, les circonstances de diagnostic et leur prise en charge.

Matériel et méthode

Patiente âgée de 52 ans, en péri ménopause, suivie pour dystrophies fibrokystiques, bilatérales depuis 12 ans étiquetée à la cytoponction. Consulte à la suite d'une auto

palpation d'une induration au niveau du Quadrant supéro-externe gauche (QSE) gauche.

L'examen clinique retrouve deux masses l'une au niveau du Quadrant supéro-externe gauche (QSE) gauche. et la seconde masse au niveau du prolongement axillaire homolatérale.

La mammographie sur les incidences cranio-caudales et obliques externes retrouve une surdensité, de forme irrégulière, aux contours indistincts, homogène, sans microcalcifications en son sein, siègent dans le quadrant supéro-externe gauche (Figure 1a) et une autre masse, de forme ovale, aux contours circonscrits, hétérogène par la présence de calcification. Le cliché d'agrandissement de la masse du prolongement axillaire gauche met en évidence des microcalcifications polymorphes, fines, irrégulières (Figure 1b). L'échographie mammaire retrouve une masse, hypoéchogène, hétérogène, atténuante, de forme et de contours irréguliers au niveau du Quadrants supéro-externe gauche, il s'y associe également la présence dans le prolongement axillaire gauche d'une autre masse de forme ovale, aux contours circonscrits hypoéchogène, hétérogène, contenant des spots échogènes; les lésions sont classées respectivement BI-RADS 5 et 4 de l'ACR (Figure 2a, Figure 2b).

L'exploration du creux axillaire retrouve des adénopathies rondes, à cortex développé, sans centre graisseux, suspects de malignité.

Nous avons complété les investigations par une microbiopsie sous contrôle échographique des deux masses et une cytoponction échoguidée des adénopathies suspectes.

La microbiopsie révèle un carcinome infiltrant de type non spécifique de la masse, RH positifs, Her2 - et Ki 67 à 30 %. La masse du PA est revenue en faveur d'un adénofibrome associé à une hyperplasie canalaire avec atypie. La cytoponction des adénopathies est revenue métastatique. Un bilan d'extension à type de

scanner thoraco - abdomino -pelvien et une scintigraphie osseuse n'a pas détecté de localisations secondaires.

La décision thérapeutique à la suite de la réunion de concertation pluridisciplinaire est un traitement radical type mastectomie et un curage ganglionnaire, suivie de chimiothérapie et radiothérapie.

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire retrouve un carcinome infiltrant de type non spécifique de la masse princeps et un fibroadénome axillaire contenant un contingent épithélial colonisé par des lésions de type carcinome intra canalaire in situ (Figure 3).x

Discussions

Le fibroadénome est souvent découvert à la palpation mais il peut être retrouvé à la suite d'un examen radiologique mammographique et échographique. L'indication de microbiopsie est systématique au moindre doute diagnostique [1,2,3] Les différentes études [4 ,5] ont montré que les fibroadénomes avec hyperplasies atypiques sont de 6,9-7,29. Les lésions malignes les plus souvent observées dans les fibroadénomes sont les carcinomes in situ (95%) [6].

Conclusion

Les fibroadénomes ayant les caractéristiques de bénignité doivent être l'objet d'une simple surveillance Une augmentation de taille, une modification de l'aspect échographique et apparition des microcalcifications inexistante au paravent doit conduire à la réalisation des biopsies voire d'une exérèse. La prise en charge thérapeutique des FA colonisés par un carcinome de type in situ est similaire au carcinome intra mammaire intra canalaire in situ .

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Bibliographies

[1] .Stavros AT, Thickman D. CL.Rapp .M A ,Dennis, SH Parker, GA, Sysney : Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology*. 1995 Jul;196(1):123–34.

[2] .Buchberger W, DeKoekkoek-Doll P, Springer P, Obrist P, Dünser M. Buchberger W, et al. Incidental findings on sonography of the breast: clinical significance and diagnostic workup. *AJR Am J Roentgenol*. 1999 Oct;173(4):921-7.

[3]. Boisserie-Lacroix M, Ranchon N. Boisserie-Lacroix M, et al. .Contribution of high resolution breast ultrasonography in the characterization of ambiguous mammograms].*Gynecol Obstet Fertil*. 2002 Feb;30(2):147-53. doi: 10.1016/s1297-9589(01)00283-1.

[4]: W D Dupont , D L Page, F F Parl, C L Vnencak-Jones, W D Plummer Jr, M S Rados, P A Schuyler . Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med*. 1994 Jul 7;331(1):10–5.

[5].Tissier F, De Roquancourt A, Astier B, Espie M, Clot P, Marty M, Janin A. Tissier F, et al. Carcinome survenant au sein des fibroadénomes mammaires. Une étude de six patients. *Ann Pathol*. 2000 mars ; 20(2) : 110-4.

[6]. McDivitt RW, Stevens JA, Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer. *Cancer*. 199 2 Mar 15;69(6):1408–14

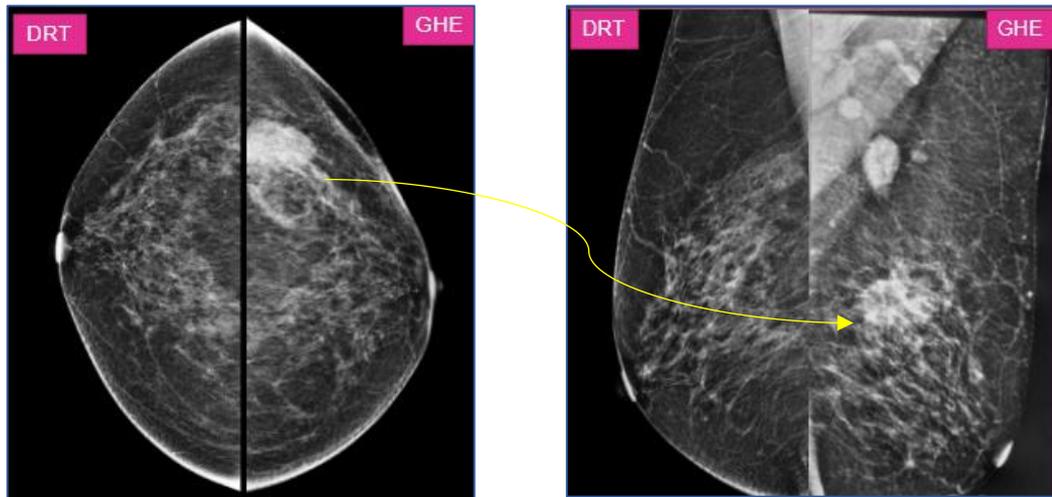


Figure 1a : Mammographie bilatérale : Masse de haute densité, du QSE gauche ,de forme irrégulière, aux contours irréguliers, homogène sans microcalcifications en son sein (flèche) classée BI-RADS 5 de l'ACR et une masse axillaire homolatérale de forme ovale , aux contours circonscrits, hétérogène , classée BI-RADS 4 de l'ACR.



Figure 1b : La mammographique cliché d'agrandissement montre une masse de haute densité, de forme ovale, aux contours circonscrits , hétérogène par la présence de microcalcifications polymorphes, classée BI-RADS 4 c de l'ACR.

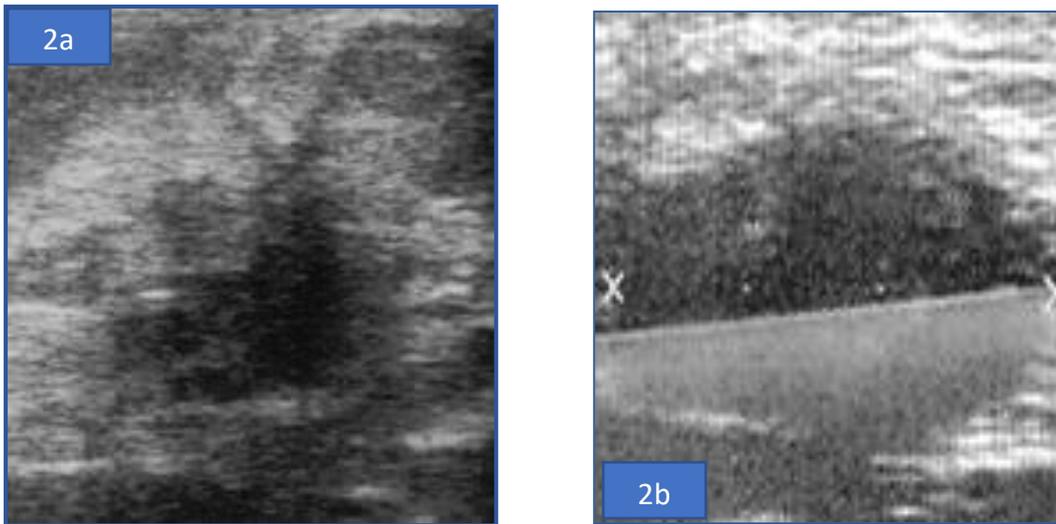


Figure 2 : L'échographie montrant : a : une masse du QSE gauche, hypoéchogène, hétérogène, de forme irrégulière, de contours irréguliers, avec atténuation postérieure, classée BI-RADS 5 de l'ACR, et une autre une masse du prolongement axillaire homolatérale , de forme ovale , de contours circonscrits hypoéchogène, classée BI-RADS 4 de l'ACR.

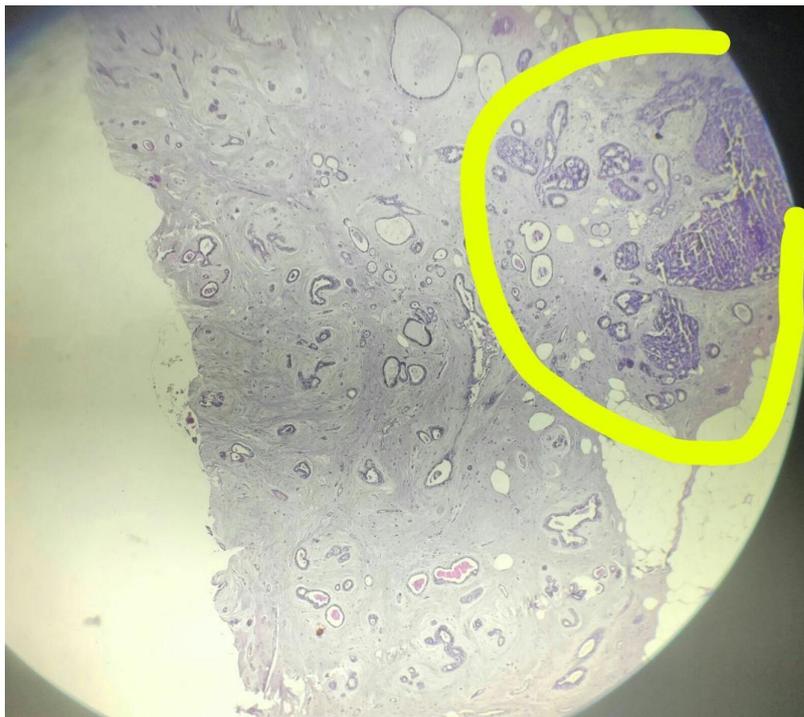


Figure 3 : aspect anatomopathologique d'un adénofibrome colonisé par carcinomes intra canalaire in situ