



Hamartome mammaire

Mammary hamartoma

الورم العابي الثدي

N. Tazi, H. Hechlaf, N. Mansouri, R. El Ochi, M. Amrani.

الملخص : مقدمة : الورم العابي في الثدي هو ورم نادر ويمثل نسبة 0,7 % من الأورام الحميدة في الثدي عند المرأة. يتركز تشخيصه على تحليل التشريح الدقيق. نظرا لعدم وجود أعراض خاصة به.

عرض الحالة : قصدت مصلحتنا امرأة عمرها 37 سنة، تشتكي من كتلة في الثدي الأيمن وألم. بين الفحص الطبي وجود كتلة حجمها 7 سنتم في الثدي بدون أصابات للغدد اللمفاوية. الفحص بالموجات فوق الصوتية بالإضافة إلى التصوير بالأشعة للثدي كشف عن كتلة متغايرة في تركيبها تشبه ورم ورمي أو ورم عابي. تم تشخيص الورم العابي بفضل عمل خزعة الكتلة وتحليلها الباثولوجي. تحليل العينة الجراحية أكد هذه النتيجة وبين كذلك تبادلات كيسية ليفية.

النتائج : تطرح صعوبة التشخيص في التفريق بين الورم العابي والأورام الغدية الليفية. ولهذا يجب تقرير وجود التبادلات الكيسية الليفية كما في حالتنا كما ينبغي أن يؤكد على عدم وجود سرطان موضعي داخل الأكتية أو غازي .

خاتمة : يتم تقليل تقدير هذه الآفة لعدم وجود معايير تشخيصية محددة. الارتباط المتبادل بين الأعراض السريرية والأشعاعية والباثولوجية غالبا ما تبدو ضرورية. والعلاج هو الاستئصال الجراحي والتطور المرضي يضل مفيدا .

الكلمات الأساسية : الورم العابي، الثدي.

Résumé : Introduction : C'est une lésion pseudo-tumorale rare dont la fréquence est estimée à 0,7% des lésions bénignes du sein chez la femme. Elle est souvent méconnue et de diagnostic histologique difficile en raison de l'absence de signes spécifiques.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 37 ans, admise pour prise en charge d'un volumineux nodule du sein associé à une mastodynie. L'examen clinique retrouvait une masse de 7 cm de grand axe au niveau des quadrants externes du sein droit. Les aires ganglionnaires étaient libres. Une échographie associée à une mammographie objectivait une masse d'échostructure tissulaire hétérogène, classée selon l'American College of Radiology (ACR 3), évoquant le diagnostic de tumeur phyllode ou d'hamartome. L'étude histologique de la biopsie mammaire avait conclu à un aspect morphologique compatible avec le diagnostic d'hamartome associé à une mastopathie proliférante. La patiente a bénéficié ensuite d'une tumorectomie. L'examen anatomopathologique de la pièce a confirmé le diagnostic clinico-radiologique d'hamartome associé à des lésions de mastose avec adénose sclérosante et métaplasie cylindrique.

Discussion : L'hamartome mammaire peut être associé à des lésions de mastose qu'il convient de mentionner, comme dans notre cas. Il faut également s'assurer de l'absence de contingent malin carcinomateux in situ ou infiltrant, d'où l'importance d'un échantillonnage minutieux de la pièce macroscopique.

Conclusion : L'incidence de cette entité est sous estimée vue l'absence de critères diagnostiques spécifiques. Une confrontation clinico-radiologique et anatomopathologique est le plus souvent nécessaire. Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale. Son pronostic est bon.

Mots clés : Hamartome, sein.

Abstract : Introduction : Mammary hamartomas are uncommon benign lesions. The reported incidence of breast hamartomas is 0,7% of benign breast tumors in female. In this paper, we report a case of breast hamartoma emphasizing the role of the pathologist in retaining this diagnosis.

Case presentation : A 37 years old woman, presented with a voluminous lump of the breast with mastodynia. On clinical examination, the lump was in the external quadrants of the right breast measuring 7 cm in the great diameter with no contralateral or axillary abnormalities. Ultrasound examination and mammography showed an ACR3 tissular heterogenic mass suggesting the diagnosis of phyllode tumor or hamartoma. On needle core biopsy the diagnosis was favor a mammary hamartoma associated to a proliferative mastopathy. The mass was excised and the histologic examination confirmed the initial diagnosis according to the clinico-radiologic context associated with mastosis.

Discussion : Epithelial changes and mastosis may be seen within the hamartoma and should be reported. On the other hand, although hamartomas are benign, coincidental malignancy can occur, thus, adequate sampling of mammary hamartoma is essential.

Conclusion : Mammary hamartomas are uncommon benign lesions that are probably underestimated because of lacking of specific diagnostic criteria. Correlation with the imaging findings and clinical impression is necessary to retain this diagnosis. The treatment is surgical lumpectomy and the prognosis is good.

Key Words : Hamartoma, breast

Tiré à part : N. Tazi : Service d'anatomie pathologique l'institut National d'Oncologie My Abdellah CHU de Rabat - Maroc.

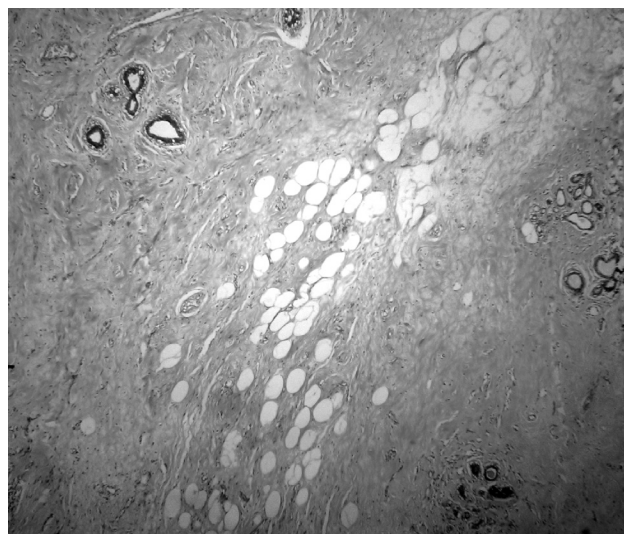
Introduction

L'hamartome mammaire est une lésion pseudo-tumorale rare dont l'incidence est estimée à 0.7 % des lésions bénignes du sein chez la femme. Cette lésion est souvent méconnue et de diagnostic histologique difficile en l'absence de signes spécifiques. Nous rapportons le cas d'une jeune femme, chez laquelle le diagnostic d'hamartome du sein a été évoqué sur la clinique et la radiologie mais n'a pu être confirmé que par l'analyse histologique.

Observation

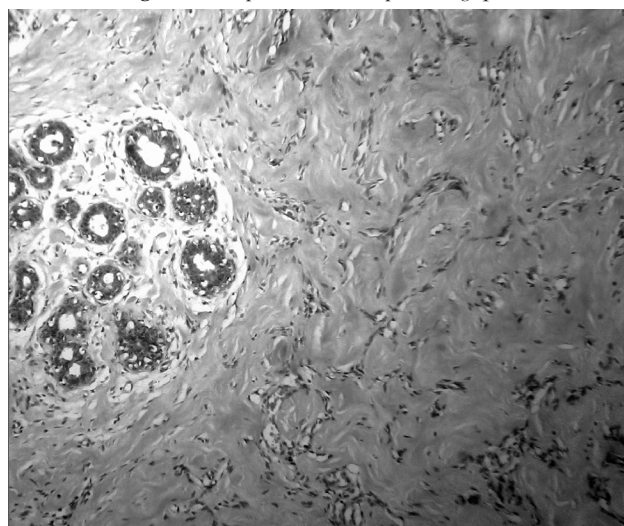
Une patiente de 37 ans avait été admise pour prise en charge d'un volumineux nodule du sein associé à une mastodynie. L'examen clinique retrouvait une masse de 7 cm de grand axe au niveau des quadrants externes du sein droit. Les aires ganglionnaires étaient libres. Une échographie associée à une mammographie objectivait une masse de 9 cm de grand axe d'écho-structure tissulaire hétérogène, classée selon l'American College of Radiology ACR 3, évoquant le diagnostic de tumeur phyllode ou d'hamartome. Il n'existait pas d'adénopathies axillaires visibles. Une biopsie mammaire fut réalisée. Notre laboratoire avait reçu 6 fragments mesurant entre 6 et 10 mm de grand axe. En microscopie, les coupes analysées montraient un parenchyme mammaire fait de lobules réguliers au sein d'un tissu palléal fibreux. Des lésions de métaplasie cylindrique et apocrine ainsi que des foyers d'adénose sclérosante étaient aussi présents. Le diagnostic d'hamartome avait été évoqué, compte tenu du tableau clinico-radiologique, associé à une mastopathie proliférante. La patiente, avait par la suite, bénéficié d'une tumorectomie. L'examen macroscopique avait porté sur une pièce de tumorectomie pesant 160 g et mesurant 12x10x3 cm. A la coupe, la masse était de consistance ferme, d'aspect blanchâtre fasciculé. Histologiquement, l'étude des multiples coupes réalisées montrait des lobules mammaires de morphologie conservée dispersés au sein d'un tissu conjonctif fibro-hyalin avec des lésions d'hyperplasie pseudo angiomateuse du stroma (figures 1 et 2).

Figure 1 : Aspects anatomopathologiques



Amas d'adipocytes et lobules mammaires au sein d'un stroma fibreux (hématoxyline-éosine; x 5).

Figure 2 : Aspects anatomopathologiques



Hyperplasie pseudoangiomateuse du stroma (hématoxyline-éosine; x 20).

Par ailleurs, une faible proportion de tissu adipeux s'insinuait entre les lobules mammaires. Des lésions de mastose constituée de kystes, d'adénose simple et sclérosante, d'hyperplasie simple et de métaplasie apocrine et cylindrique avec aspects de fibroadénome sont également objectivés. L'examen anatomopathologique de la pièce confirmait le diagnostic clinico-radiologique d'hamartome associé à des lésions de mastose.

Discussion

L'hamartome est une lésion mammaire particulière décrite pour la première fois par Arrigoni et al [1] en 1971. A notre connaissance, environ 120 cas ont été rapportés dans la littérature, tous considérés comme bénins [2]. L'incidence de cette pseudo tumeur est estimée à 0.7 % des lésions bénignes du sein chez la femme. Sa prévalence semble être toutefois en augmentation grâce au dépistage mammographique [2]. Il peut être observé à tout âge mais en particulier en péri-ménopause. Cliniquement, la lésion est souvent méconnue à l'examen clinique car sa texture ne diffère pas de celle du tissu mammaire avoisinant. Néanmoins, une masse augmentant progressivement de volume, plus ou moins douloureuse peut être retrouvée. Lorsque sa taille est volumineuse, elle déforme le sein [3]. Son aspect mammographique est pathognomonique : il s'agit d'une opacité bien circonscrite cernée d'un halo clair correspondant à une pseudocapsule [4]. L'échographie n'est pas utile au diagnostic, elle montre une masse d'échostructure variable entourée par un liseré hyperéchogène, avec déplacement des structures voisines. L'imagerie par résonnance magnétique (IRM) n'est pas classiquement indiquée mais peut être demandée en cas de lésion d'aspect indéterminé à la mammographie et à l'échographie. L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic. Il repose sur un faisceau d'arguments. Macroscopiquement, cette lésion est bien limitée, généralement encapsulée, mesurant entre 1 et 20 cm de grand axe. Sa surface est lisse et sa consistance est ferme à molle. A la coupe, elle apparaît blanc nacré ou gris-jaunâtre. Histologiquement, elle donne une impression de « sein dans le sein » [3]. En effet, elle est constituée de lobules en quantité variable dispersés sans ordre, de kystes, parfois en métaplasie apocrine et de tissu conjonctif. Celui-ci est dense, fibreux et parfois hyalin, réalisant une disposition annulaire autour des acini. La quantité de tissu adipeux est très variable représentant entre 5 et 90 % de la surface lésionnelle, parfois absente.

La présence de tissu adipeux a toutefois été mentionnée dans 90% des cas [5]. Plusieurs lésions associées ont été notées, en particulier, l'hyperplasie pseudoangiomateuse du stroma (PASH) qui doit faire évoquer le diagnostic [4]. Celle-ci est présente dans 20 à 71 % des cas [4]. Des kystes, une métaplasie apocrine, un carcinome in situ ou invasif, canalaire ou lobulaire ont également été observés d'où l'importance d'un échantillonnage rigoureux de la pièce [2]. Plus rarement, une différenciation musculaire lisse a été rapportée, on parle alors d'hamartome myoïde [6]. De même, des microcalcifications, un œdème du stroma et des cellules géantes ont été décrites. Cependant, aucun de ces critères n'est spécifique. En somme, c'est la présence de tissu fibreux au sein et entre les lobules mammaires, ou de tissu fibreux ou adipeux au niveau du tissu palléal avec ou sans PASH, dans un contexte clinico-radiologique évocateur, qui doit faire suspecter un hamartome. Le diagnostic différentiel se pose au stade clinico radiologique, avec les autres lésions fibro-épithéliales comme l'adénofibrome, le sarcome stromal périductal et la tumeur phyllode de bas grade. Mais, un examen macroscopique rigoureux couplé à une analyse histologique attentive, permettront de redresser le diagnostic [4,7]. Le traitement est l'exérèse chirurgicale. En effet, grâce à son caractère bien circonscrit, cette lésion est facilement énucléée sans recourir à une chirurgie reconstructrice même en cas de masse volumineuse [7,8]. Le pronostic de l'hamartome mammaire est bon avec une évolution bénigne sans tendance à la récurrence [3,4].

Conclusion

L'hamartome mammaire est une lésion bénigne dont le diagnostic de certitude est exclusivement anatomopathologique. Cependant, la confrontation clinico-radiologique demeure nécessaire. L'apport de la biopsie en matière d'hamartome reste limité. Enfin, un échantillonnage minutieux de la pièce opératoire est essentiel pour ne pas occulter un carcinome in situ, voire invasif associé.

Références

1. Suneet K. Pervatkar, Ravikala Rao, U. S. Dinesh, S. Parameswaraiah : Large mammary hamartoma with focal invasive ductal carcinoma. *Indian Journal of Pathology and Microbiology* 2009; 52 : 249-251.
2. G M K Tse, B K B Law, L M Pang, H S Cheung : Ductal carcinoma in situ arising in mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 2002 ; 55 : 541-542.
3. Tavassoli F.A., Devilee P. From tumors of the breast, fibroepithelial tumors. In the WHO Classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs: IARC Press, 2002; 103.
4. G M K Tse, B K B Law, T K F Ma, A B W Chan, L-M Pang, W C W Chu, H S Cheung : Hamartoma of the breast: a clinicopathological review. *J Clin Pathol* 2002, 55:951-954.
5. Tavassoli F.A., Eusebi V. From benign lesions. In tumors of the mammary gland . *AFIP Atlas of tumor pathology* : Series 4, n°10, 2009 ; 33-35.
6. B. Zafrani, A. Vincent-Salomon : Lésions et tumeurs bénignes du sein. *Ann. Pathol.*, 2000 ; 20 : 570-587.
7. Seddik Oueslati, Azza Salem, Ali ChebbiSamia Mhiri, Lilia Kribi and col. : Hamartome du sein. *Imagerie de la femme* 2007 ; 17 : 19-25.
8. H. Boufettal, S. Mahdaoui, M. Noun, S. Hermas, N. Samouh : Hamartome mammaire. *Feuillets de radiologie* 2010 ; 50:189-191.