



Adénose sclérosante complexe du sein : Complex sclerosing adenosis of the lésion bénigne ou précancéreuse ? breast : benign or precancerous ?

غداد معقدة المصلب من الثدي : حميدة أو سرطانية

A. Benmansour ; B.Z. Traoré; S. El Aboudi ; A. Bougtab

الملخص :

مقدمة : المركز التكاثري لأشوف، المعروف باسم الندبة الشعاعية أو الاعتلال الغدي المتصلب المعقد، هو آفة تطرح العديد من المشاكل في أمراض الثدي، ذلك لأنه غالبا ما يشبه سرطان أصيل على المستوى السريري، الإشعاعي، والتشريحي المرضي الدقيق.

ملاحظة: ندرج حالة مرضية سنها 31 سنة، تشتكي منذ أربعة أشهر من الآم في ثديها الأيمن. اتضح من خلال الفحص الذاتي وجود عقيدة في نفس الثدي. الفحص السريري بين تواجد عقيدة صلبة حجمها 1,5 سم على طرفي الربعين العلويين للثدي، دون تضخم العقد اللمفاوية على مستوى الإبط. تصوير الثدي بين وجود عتمة حدودها غير واضحة، محاطة بشويكات، مشبوهة. الخزغ الميكروسكوبي شخص مرض سرطان القنوات الغازي، اقتضت العملية على علاج محافظ تمثل في استئصال الورم بعد تعقبه وأخذ عينة من العقيدة، الحارس على مستوى الإبط. الفحص التشريحي المرضي الدقيق للقطعة كشف عن ندبة شعاعية حجمها 18mm /15

مناقشة: الندبة الشعاعية هي آفة حميدة نادرة رغم أن البعض يرى أنها حالة ما قبل سرطانية، سريريا، فقط 25 % من التبدات الشعاعية تظهر أعراضها عند المرضى. العرض الذي يكون في معظم الأحيان هو عقيدة تكتشف بالصدفة غالبا ما يكون تفسير الأشعة صعبا لأن الأمر يتعلق بعنمة نجمية غالبا ما تشبه آفة سرطانية في التصوير الإشعاعي للثدي. على المستوى النسيجي، يمكن أن يكون التشخيص التفريقي مع بعض السرطانات الغازية صعبا، خاصة مع السرطانات الأنبوبية، إذا لم يكن هناك استخدام تقنيات مناعية نسيجية كيميائية. الخلافات التي تولدها هذه الآفات تتعلق بخطر السرطاني وتطورها المحتمل، وعلى نطاق ضيق، بالإجراء المتخذ عند هذه الحالة .

الكلمات الأساسية: ندبة شعاعية - ثدي.

Résumé :

Introduction : Le centre prolifératif d'Aschoff, mieux connu sous le nom de cicatrice radiaire ou adénose sclérosante complexe, est une lésion qui pose de nombreux problèmes en sénologie puisqu'elle simule souvent un authentique cancer tant sur le plan clinique, radiologique qu'anatomo-pathologique.

Observation : Il s'agit d'une patiente de 31 ans dont l'histoire remonte à quatre mois avant sa première consultation et débutant par des mastodynies unilatérales faisant découvrir par la suite à l'autopalpation un nodule sur le même sein. L'examen chez Mlle O.S retrouvait un nodule de 1,5 centimètre à cheval sur les quadrants supérieurs du sein droit, dur, sans adénopathies axillaires palpables. La mammographie a objectivé une opacité mal limitée, aux contours spiculés suspecte. Une microbiopsie a ensuite posé le diagnostic de carcinome canalaire infiltrant. L'intervention a consisté en un traitement conservateur à type de tumorectomie élargie après repérage et prélèvement du ganglion sentinelle dans l'aisselle. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à une cicatrice radiaire de 18mm sur 15, d'exérèse complète sans signes histologiques de malignité. Le ganglion sentinelle était indemne de métastases.

Discussion : La cicatrice radiaire est une lésion bénigne rare même si certains y voient un état pré-cancéreux. Cliniquement, seules 25% des C.R font parler d'elles. Le symptôme le plus fréquemment retrouvé est un nodule découvert fortuitement. La radiologie est souvent délicate à interprétée puisqu'il s'agit d'une opacité stellaire mimant souvent une lésion cancéreuse à la mammographie. Sur le plan histologique, Le diagnostic différentiel avec certains carcinomes infiltrants peut être difficile –surtout avec les carcinomes tubuleux- si ce n'est l'utilisation de techniques immuno-histo-chimiques. Les controverses générées par ces lésions concernent le risque carcinologique et leur potentiel évolutif et, à moindre échelle, la conduite à tenir devant une cicatrice radiaire.

Mots-clés : cicatrice radiaire, sein, adénose sclérosante complexe.

Abstract :

Introduction : The proliferative center of Aschoff, better known as radial scar, resembles carcinoma mammographically and histologically. It is a benign condition even if some authors suggested that the radial scar is an early stage in mammary carcinogenesis.

Case report : we report the case of a 31 year old women who complained during four months from breast pain and palpable mass on the same breast. Examination showed a 1,5 cm mass on the right upper quadrant, hard without axillary lymph nodes. Mammography showed an irregular opacity, suggestive of a breast malignancy. A fine needle biopsy showed an infiltrating ductal carcinoma. Patient underwent surgery. We performed a conservative treatment with large tumor excision and dissection of sentinel lymph node. Hystological examination showed a 18 /15mm radial scar with safe margins and no sign of malignancy. The sentinel lymph node was normal.

Discussion : Only twenty five percent of radial scars are palpable and most of them are asymptomatic. Good quality mammography is essential to identify those lesions, whereas, ultrasonography has no role in the diagnosis. Pathological appearance is similar to small invasive cancers. Thus, the uses of immunohistochemistry techniques are necessary to distinguish radial scars from carcinomas. The questions are about whether radial scar is a premalignant lesion or not and if wide local excision is always necessary. We report herein the case of a young woman with radial scar which illustrates all the difficulties of this rare breast condition.

Keywords: radial scar, breast, complex sclerosing adenosis.

Tiré à part : A. Benmansour : Service de chirurgie II Institut National d'Oncologie, C.H.U Rabat-Salé, Maroc.
E-mail : anisbenm@hotmail.com

Introduction

Le centre prolifératif d'Aschoff, mieux connu sous le nom de cicatrice radiaire, est une lésion qui pose de nombreux problèmes en sénologie.

Certains considèrent que cette lésion est bénigne, d'autres y voient un état précancéreux. La cicatrice radiaire est souvent simulatrice d'un authentique cancer tant sur le plan clinique que radiologique et anatomo-pathologique.

Nous illustrons toutes les difficultés posées par cette « pathologie » à travers un cas colligé au service et discutons cette lésion du sein encore peu connue.

Observation

Il s'agit de Mlle O.S, jeune patiente de 31 ans, célibataire et sans antécédents pathologiques notables. L'histoire de sa maladie remonte à quatre mois avant sa première consultation par des mastodynies unilatérales faisant découvrir par la suite à l'autopalpation un nodule sur le même sein.

A l'examen de elle retrouvait un nodule de 1,5 cm à cheval sur les quadrants supérieurs du sein droit, dur, de contours irréguliers et mobile par rapport aux deux plans sans adénopathies axillaires palpables. Le reste de l'examen était sans particularités.

La mammographie a objectivé une opacité mal limitée, aux contours spiculés suspecte en plus de quelques opacités bien limitées aux contours réguliers au niveau des deux seins d'allure bénigne (figure 1).

Une microbiopsie a ensuite posé le diagnostic de carcinome canalaire infiltrant.

L'intervention était donc programmée et la patiente a eu un traitement conservateur à type de tumorectomie élargie après repérage et prélèvement du ganglion sentinelle dans l'aisselle.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a montré une lésion constituée d'une zone centrale faite d'un stroma scléro-élastosique renfermant des structures

tubulaires irrégulières en forme et en taille. Ces tubes étaient bordées par une couche de cellules myo-épithéliales. La présence de cette dernière a été confirmée par le marquage avec l'anticorps anti-P63. Le tout correspondait à une cicatrice radiaire de 18mm sur 15, d'exérèse complète sans signes histologiques de malignité. Le ganglion sentinelle était indemne de métastases.

Discussion

La cicatrice radiaire est une lésion bénigne rare, mieux connue depuis l'avènement des campagnes de dépistage par mammographie ou son incidence atteindrait 0,06% [1].

Sur le plan clinique, seules 25% des cicatrices radiaires font parler d'elles [2]. Le symptôme le plus fréquemment retrouvé est un nodule de découverte fortuite voir un simple empatement sur une zone du sein par rapport au coté controlatéral.

La radiologie est souvent délicate à interprétée puisqu'il s'agit d'une opacité stellaire mimant souvent une lésion cancéreuse à la mammographie. Toutefois le centre de la lésion est ici souvent clair ce qui orienterait le diagnostic. L'échographie mammaire a peu d'intérêt dans les cicatrices radiaires car très peu spécifique [3].

Sur le plan histologique, la lésion est stellaire constituée d'un centre scléreux hyalin avec des formations tubulaires qui convergent vers ce centre et des lésions d'adénose et d'hyperplasie épithéliale en périphérie. Le diagnostic différentiel avec certains carcinomes infiltrants peut être difficile, surtout avec les carcinomes tubuleux, si ce n'est l'utilisation de techniques immuno-histochimiques permettant de mettre en évidence une couche de cellules myoépithéliales (P63) (figure 2). Signalons enfin que les anatomopathologistes distinguent selon la taille, la cicatrice radiaire de l'adénose sclérosante complexe. La première mesurant moins de 1 cm, au delà on parle d'adénose sclérosante complexe.

Les controverses générées par ces lésions concernent le risque carcinologique et leur potentiel évolutif et à moindre échelle, la conduite à tenir devant une cicatrice radiaire.

Si certains la classe parmi les lésions bénignes à risque carcinologique modéré défini par un risque relatif inférieur à 4 [4] ; d'autres y voient un état précancéreux. C'est le cas de Mokbel [5], fort d'une série rétrospective de 32 cicatrices radiaires parmi lesquelles 10 cancers ont été retrouvés (6 invasifs et 4 in-situ). Cette association qui atteint 31 % des cas dans sa série fait suggérer l'hypothèse de lésion précancéreuse d'autant plus qu'il s'y associe différentes étapes de la carcinogenèse mammaire : hyperplasie épithéliale atypique, carcinome in-situ et carcinome micro-invasif.

Vega et Garijo retrouvent 6 carcinomes tubuleux parmi 17 cicatrices radiaires diagnostiquées à la mammographie [6] et Frouge 20 carcinomes (11 tubuleux et 9 canalaire) parmi 40 ce qui revient à un taux de 50% [7].

La force d'association des cicatrices radiaires aux carcinomes varie avec la taille de la lésion, l'âge de la patiente (aucun cancer rapporté chez les femmes de moins de 40 ans et chez les femmes porteuses de cicatrices radiaires de moins de 7mm [8]) et la présence ou non d'hyperplasie atypique [9].

La conduite à tenir devant la découverte d'une cicatrice radiaire à la mammographie est moins débattue puisque la plupart des auteurs s'accordent sur la nécessité de l'exérèse

chirurgicale. En effet, la fréquence d'association avec les carcinomes retrouvée dans certaines séries est alarmante et une simple microbiopsie ne saurait éliminer de manière formelle la malignité (jusqu'à 10% de faux négatifs [9]). L'exérèse chirurgicale permettrait donc une étude anatomo-pathologique précise de l'ensemble de la lésion ce qui éliminerait formellement un néoplasme ou au pire ferait le diagnostic de celui-ci à un stade précoce.

Notons cependant que certains y voient un compromis, c'est le cas de Brenner [9] qui propose une simple surveillance lorsque certaines conditions sont réunies : absence d'hyperplasie atypique à la microbiopsie portant sur au moins 12 prélèvements et une imagerie concordante en faveur de la cicatrice radiaire. Dans tous les autres cas, il rejoint les autres dans l'option chirurgicale.

Conclusion

La cicatrice radiaire est une lésion bénigne à risque, qui s'associe souvent à des carcinomes invasifs. L'exérèse chirurgicale nous paraît seule garante d'une étude anatomo-pathologique correcte permettant un diagnostic précis sans risques de retard thérapeutique au cas où une lésion maligne y est associée.

Chez notre patiente, le jeune âge et l'absence d'atypies sont des éléments rassurants malgré une taille de plus de 1 cm. Vu que le débat persiste quant au risque carcinologique des patientes porteuses de telles lésions, nous décidons chez elle une surveillance régulière.

Références

1. E. Dinakara Babu, D.M Power and J.A Powis. Radial scar. *The Breast* : (2000) 9,66-71.
2. Wallis M G, Devakumar R, Hosie K B et al. Complex sclerosing lesions (Radial Scars) of the breast can be palpable. *Clinical Radiology* 1993; 48: 319–320.
3. Ciatto S, Morrone D, Catarzi S et al. Radial scars of the breast: review of 38 consecutive mammographic diagnoses. *Radiology*. 1993 Jun; 187(3): 737–769.
4. S. Croce, M.F Bretz-Grenier, C. Mathelin. Les principales lésions mammaires éphithéliales bénignes et à risque : prise en charge diagnostique et thérapeutique. *Gynecologie Obstétrique et Fertilité* 36 (2008) 788-799.
5. K. Mokbel, R.K Price, A. Mostafa, N. Williams, C.A Wells, N. Perry and R. Carpenter. Radial scar and carcinoma of the breast: microscopic findings in 32 cases. *The breast* (1999) 8, 339-342.
6. Vega A, Garijo F. Radial scar and tubular carcinoma : Mammographic and sonographic findings. *Acta Radiologica* 34 (1993).
7. Frouge C, Tristant H, Guinebretiere J-M, Meunier M, Contesso G, Di Paola R, Blery M. Mammographic lesions suggestive of radial scars: Microscopic findings in 40 cases. *Radiology*, 1995; 195: 623–625.
8. Sloane J O, Mayers M M. Carcinoma and atypical hyperplasia in radial scars and complex sclerosing lesions: importance of lesion size and patient age. *Histopathology* 1993; 23: 225–231.
9. R. James Brenner, R.J Jackman and al. Percutaneous Core Needle Biopsy of Radial Scars of the Breast: When is excision Necessary? *American journal of radiology* 2002; 179: 1179-1184.