



Imagerie de l'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse du sein

Imaging of pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast

لحمية التصوير وتضخم شبه ورم وعائي للثدي

R. Cherkaoui, S. Bennani, L. Jroundi, S. Bekkali, M. Benterkia, A. Chebib, H. Errihani

الملخص :

مقدمة : آفة نادرة وحميدة عند النساء قبل انقطاع الطمث. هناك انتشار منظم حول بصرياً فارغة تعطي مظهراً زائفاً لفتحات شبكة الأوعية الدموية. وبالتالي تضخم اسمه «شبه الورم الوعائي» الذي يؤكد معامه النسيجي، خاصة محاكاة إصابة الأوعية الدموية، وتكون فريدة من نوعها وتُرى على الثدي، وعادة من جانب واحد، فيه شيء من التعقيم والمعالج (micro-calcifications).

المواد : نَصِفُ حالتين تم جمعهما في مصلحتنا وتمت السيطرة عليهما بعد التصوير الشعاعي للثدي وللآفة الخبيثة وكذا التشخيص النهائي. وبعد الجراحة لم يلاحظ أي علامات للنسيج الخبيث.

مناقشة : موضوع التشخيص الإيجابي يتطلب خزعة عن طريق الجلد أو الجسم الموجه بالأشعة فوق الصوتية لدراسة نسيجية. كما أن المظهر الزائف لشبكة الأوعية الدموية يمكن أن يحاكي، والقراءة الأولى لدرجة منخفضة وعائية، وبالتالي يجب أن يكون لمصلحة المناقشة لِقَمْعٍ ما يدل على الأصل. الاستئصال الكامل مع رصد طويل الأجل بسبب المخاطر وتكرار يصل إلى 20 % من حالات بتر غير كاملة.

خاتمة : أمام المظهر الشعاعي الغامض، غالباً ما توجي الإصابة شكوك قوية من الورم الخبيث، الخزعة عن طريق الجلد أو الصدى تسترشد الجسم لتحديد النسيجية والقضاء على الورم الخبيث.

الكلمات الأساسية : ثدي - شبه الورم الوعائي.

Résumé :

Introduction : Lésion bénigne rare de la femme préménopausée. Il s'agit d'une prolifération de myofibroblastes organisées autour de fentes optiquement vides donnant un faux aspect de réseau vasculaire, d'où sa dénomination d'hyperplasie «pseudo-angiomateuse» qui souligne son aspect histologique particulier simulant une lésion vasculaire. Elle se présente sous forme d'un nodule mammaire unique, mobile, ferme, le plus souvent unilatéral et sous forme d'une opacité de contours nets et réguliers sans micro-calcifications.

Matériels : Nous décrivons deux cas, colligés dans notre service, classés sur la mammographie de contrôle initial, comme lésions malignes et dont le diagnostic final après biopsie et chirurgie est revenu sans signes de malignité histologique.

Discussion : Le diagnostic positif impose la biopsie écho-guidée percutanée ou stéréotaxique pour une étude histologique. Le faux aspect de réseau vasculaire peut mimer en première lecture un angiosarcome de bas grade, d'où l'intérêt de l'immunohistochimie pour l'informer en démontrant l'origine myofibroblastique. L'exérèse doit être complète avec une surveillance à long terme en raison du risque de récurrence allant jusqu'à 20 % des cas lors d'exérèse incomplète.

Conclusion : Devant un aspect radiologique ambigu, évocateur très souvent de lésion à forte suspicion de malignité, la biopsie percutanée écho-guidée ou stéréotaxique est obligatoire pour déterminer la nature histologique et éliminer une lésion maligne (angiosarcome).

Mots-clés : sein, lésion bénigne, Hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse.

Abstract :

Introduction : rare benign breast lesion that commonly affects premenopausal women. It is a myofibroblasts proliferation around optically empty slots giving a false appearance of vascular network of its name "pseudoangiomatous" hyperplasia where there is absolutely no vascular injury. It appears as a single mobile breast nodule, firm, usually unilateral and as a net opacity with regular contours and without microcalcifications.

Materials : We present two lesions that were classified as malignant in the initial control by mammography, which led to a needle biopsy. But no any histological sign of malignancy was shown.

Discussion : The diagnosis requires ultrasound-guided percutaneous biopsy or stereotactic biopsy for histological study. The false appearance of vascular network can mimic on a first reading a low-grade angiosarcoma. Then, immunohistochemistry is needed to demonstrate myofibroblastic origin. The resection must be complete with a long-term surveillance because of the risk of recurrence of up to 20% of cases when resection is not total.

Conclusion : The diagnostic alternative is currently provided by the ultrasound guided percutaneous biopsy or stereotactic biopsy, which determines the nature of the lesion and rules out malignancy, such as angiosarcoma, in order to avoid unnecessary surgical biopsies.

Key-words : breast, benign lesion, pseudo-angiomatous stromal hyperplasia.

Tiré à part : R. Cherkaoui, Service d'oncologie médicale INO, hôpital Moulay Abdellah CHU de Rabat - Salé. Maroc.
Email : raycher@hotmail.fr

Introduction

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse du sein est une lésion mésenchymateuse bénigne rare de la femme préménopausée ou sous traitement hormonal substitutif. Elle est caractérisée par son aspect histologique particulier simulant une lésion vasculaire, d'où sa dénomination.

Elle peut se présenter sous forme d'une masse évolutive dont l'imagerie est en faveur d'une tumeur bénigne ou sous une forme purement infraclinique de présentation plus ambiguë. Dans les deux cas, seule la microbiopsie apporte un diagnostic de certitude débouchant sur une exérèse complète ou parfois une simple surveillance en cas de tumeur infraclinique non évolutive.

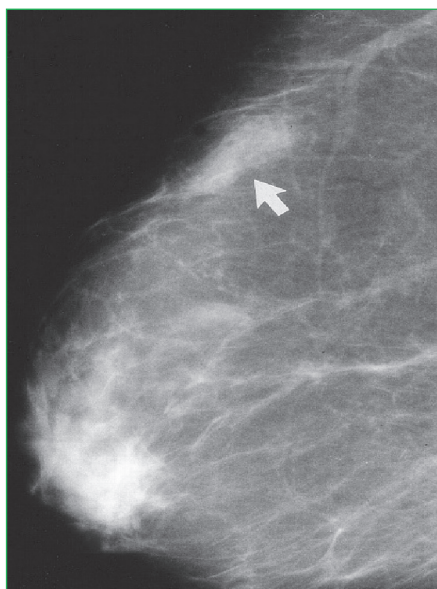
Nous décrivons à travers deux observations cette lésion avec une présentation radiologique inhabituelle évocatrice de malignité.

Observations

Observation 1 :

Patiente âgée de 66 ans, qui a présenté une masse au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit augmentant

Figure 1 : Mammographie oblique.



Masse glandulaire ovale du quadrant supérieur à contours nets sans microcalcifications.

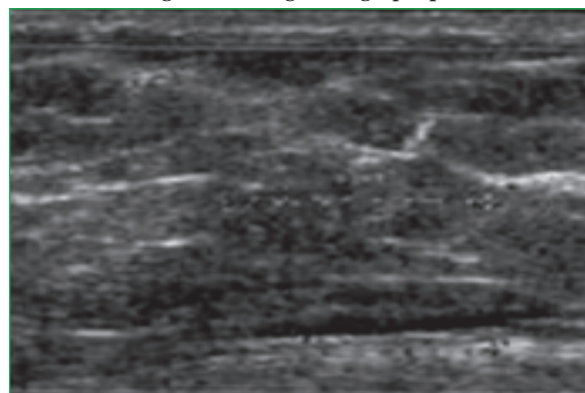
progressivement de volume. La mammographie montrait une opacité homogène de contours nets, sans micro calcifications (figure 1).

L'échographie montrait une masse tissulaire, hypoéchogène, mal définie, discrètement hétérogène, avec mise en évidence d'une structure vasculaire à l'examen Doppler couleur (figure 2).

Une microbiopsie échoguidée a été réalisée et l'histologie a été compatible avec une hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse (figure 3).

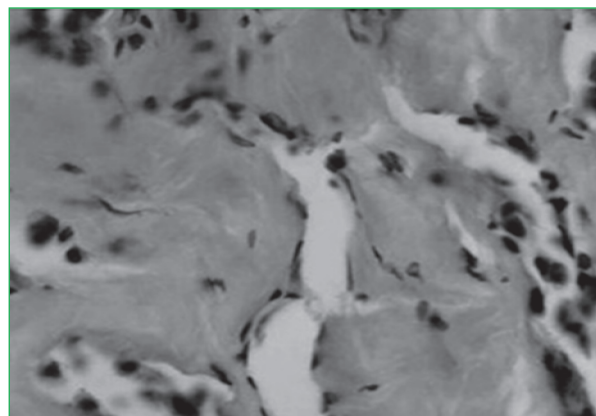
Après le diagnostic, la patiente a fait une IRM avec injection de produit de contraste paramagnétique (gadolinium) et associée à une technique de soustraction numérique qui n'a pas mis en évidence de structures vasculaires compatibles avec le diagnostic microscopique.

Figure 2 : Image échographique



Masse hypoéchogène, arrondie, de contours flous d'aspect suspect.

Figure 3 : Examen anatomopathologique.



Hyperplasie du stroma du sein, avec de larges fentes de lumière vides pseudovasculaires, bordées de cellules myofibroblastiques fusiformes.

Observation 2 :

Patiente de 39 ans qui a présenté en 2009, sur la mammographie, une image nodulaire du quadrant supéro-externe du sein droit (figure 4), qui, dans l'examen de contrôle en 2011 a augmenté de taille (la patiente a eu une grossesse au cours de cette année). En 2012, quatre mois après l'accouchement, la mammographie de dépistage a été de nouveau réalisée, montrant la réduction du nodule. A l'échographique de la même date, on retrouvait un nodule mixte (figure 5).

Figure 4 : Mammographie cranio-caudale.

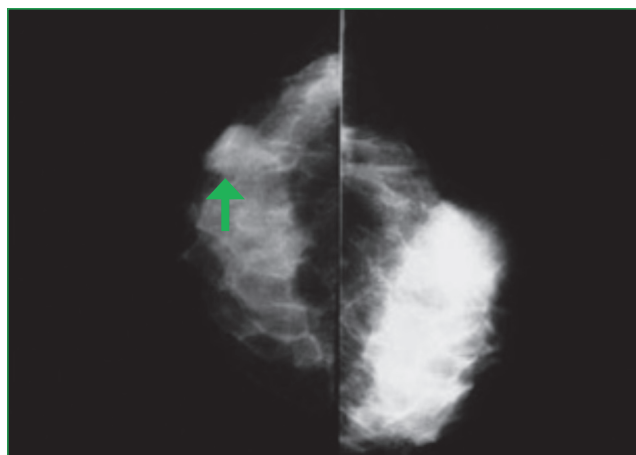
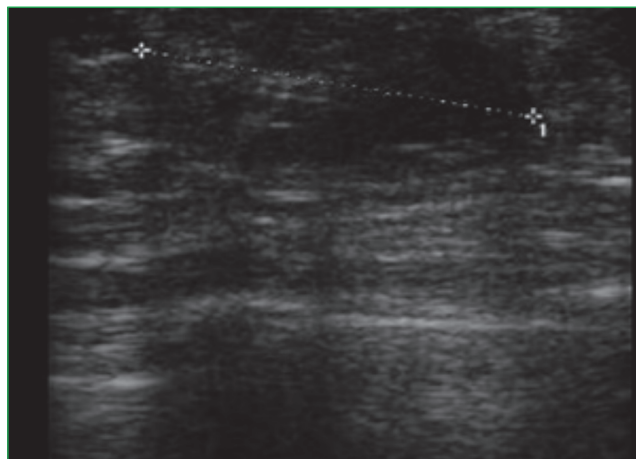


Image nodulaire de tonalité liquidienne de contours nets avec une distorsion modérée adjacente des structures fibro-glandulaires sans microcalcifications.

Figure 5 : Echographie.



Nodule mixte (composante kystique et tissulaire) à contours irréguliers.

Il a été réalisée une biopsie échoguidée, dont le résultat décrivait un lipome associé à une hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse, une hyperplasie canalaire et des lobules de mastite chronique.

Discussion

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse est une lésion bénigne, décrite pour la première fois par Vuitts en 1986 [2]. Elle est associée à un spectre de différentes pathologies glandulaires allant de l'involution du sein, la gynécomastie ou d'autres lésions bénignes et carcinomes [3]. Habituellement observée en pré-ménopause chez des femmes âgées de 30-40 ans, elle a été également rapportée chez des femmes ménopausées sous traitement hormonal substitutif et chez des hommes dans 25% des cas de gynécomastie [4]. Cette lésion est généralement unilatérale, croissante et change de taille par rapport au cycle menstruel de la femme, ce qui pourrait suggérer sa dépendance hormonale [5].

Sa pathogénie est inconnue, bien que certains auteurs suggèrent que ce serait une réponse des myofibroblastes à des stimuli hormonaux, en particulier la progestérone, ce qui se traduit par une accentuation focale des transformations physiologiques du sein pendant le cycle menstruel [6].

Classiquement, elle se présente sous deux formes comme l'a décrit Ibrahim [14] :

- Une forme infraclinique et infra-radiologique microscopique très fréquente (dans 23% des cas sur une série de 200 biopsies mammaires d'une autre lésion).
- Une forme clinique nodulaire très rare que nous avons voulu décrire sur le plan radiologique. Le nodule est palpable dans 38% des cas, unique, mobile, ferme, non encapsulé parfois sur gynécomastie.

Plus rarement elle se présente sous forme de petits nodules diffus [3-5] ou peut réaliser un aspect clinique très inquiétant caractérisé par une augmentation rapide du volume mammaire, parfois bilatéral, associé à un aspect de peau d'orange.

Sur le plan histologique, la lésion se traduit par une prolifération bénigne du tissu conjonctif fibreux caracté-

sée par la présence d'un réseau de fentes anastomotiques bordées de cellules myofibroblastiques aplaties d'aspect endothéliforme, simulant des fentes vasculaires. Ces espaces, optiquement vides, contiennent des mucopolysaccharides, sont dépourvus de globules rouges, ont une disposition concentrique préférentielle autour des lobules (parfois entre les lobules) et sont typiquement situés dans un stroma densément collagène [8, 9]. Le test immuno-histochimique est l'examen clé pour confirmer l'origine myofibroblastique par la positivité de la vimentine, l'alpha-actine et le CD 34, et la négativité des marqueurs vasculaires, CD31 et le facteur VIII [3, 5, 7]. Généralement, ces lésions ont des récepteurs progestéroniques positifs et des récepteurs oestrogéniques négatifs. [1]

Sur l'échographie, c'est une masse hypo-échogène ovoïde tissulaire, légèrement hétérogène, avec de petites composantes kystiques [10]. Sur la mammographie, elle se présente comme une opacité à contours nets et réguliers en totalité ou partiellement masquée par les opacités fibroconjonctives adjacentes sans microcalcifications. Parfois on décrit des bords flous [11, 12, 10]. L'IRM montre une lésion isointense par rapport au parenchyme mammaire environnant, en séquence pondérée T1, et des remaniements kystiques en T2. Le rehaussement après injection de produit de contraste est rapide et persistant ou progressif (courbe de type I) [10].

Le diagnostic différentiel qui se pose essentiellement sur une première lecture histologique est l'angiosarcome de bas grade qui est une tumeur maligne hypervascularisée (lumière vasculaires multiples contenant du sang et

totalement entourées de cellules endothéliales) ou le myofibroblastome. Les autres tumeurs mésenchymateuses bénignes telles que l'adénofibrome et l'hamartome ont la même présentation clinique et radiologique. La tumeur phyllode doit être évoquée surtout s'il existe une croissance rapide.

Le diagnostic positif est fait par la biopsie écho-guidée percutanée ou stéréotaxique. Si les résultats histologiques et radiologiques discordent, il est nécessaire de faire des biopsies étagées de la zone suspecte [1]. La plupart des auteurs recommandent un traitement initial par tumorectomie, avec la nécessité de faire un suivi à long terme afin de détecter d'éventuelles rechutes. [5, 13]. Le pronostic est excellent et la récurrence est exceptionnelle en cas de résection complète.

Conclusion

La radiologie interventionnelle par biopsie stéréotaxique ou par guidage échographique est une indication appropriée face à des lésions suspectes, non palpables. La ponction aspiration à l'aiguille fine n'est cependant pas contributive. Seule la microbiopsie peut établir le diagnostic histologique. Cette lésion mérite d'être reconnue en pratique quotidienne pour ne pas la confondre avec un angiosarcome de bas grade. L'étude immunohistochimique est l'élément clé du diagnostic. Le pronostic est généralement bon, avec un taux de récurrence de 10% environ. Le challenge étant de gérer l'anxiété de la patiente et la programmation chirurgicale qui reste le traitement définitif.

Références

- 1-Cardenosa G. Breast Imaging. Carolina del Norte: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 2-Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Hum Pathol 1986 ; 17 : 185-191. (Medline)
- 3- Hovorková E, Ryska A, Spacek J. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. CeskPatol 1998 ; 34 : 109-115.
- 4- Milanezi MF, Saggioro FP, Zanati SG, Bazan R, Schmitt FC. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma associated with gynaecomastia. J Clin Pathol 1998 ; 51 : 204-206.
- 5- Powell CM, Cranor ML, Rosen PP. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). A mammary stromal tumor with myofibroblastic differentiation. Am J SurgPathol 1995 ; 19 : 270-277. (Medline)
- 6-Cyralk D, Carpenter PM. Breast imaging case of the day. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia. Radiographics 1999 ; 19 : 1086-1088.
- 7-Fukunaga M. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma : a case of pure type after removal of fibroadenoma. APMIS 2001 ; 109 : 113-116.
- 8-Goel NB, Knight TE, Pandey S, Riddick-Young M, de Paredes ES, Trivedi A. Fibrous lesions of the breast: imagingpathologic correlation. RadioGraphics 2005 ; 25 : 1547-1559.
- 9-Kopans D. Breast Imaging. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers ; 2007.
10. Chung EM, Cube R, Hall GJ, González C, Stocker JT, Glassman LM. Breast masses in children and adolescents: radiologicpathologic correlation. Radiographics 2009 ; 29 : 907-931.
11. Polger MR, Denison CM, Lester S, Meyer JE. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic and sonographic appearances. AJR Am J Roentgenol 1996 ; 166 : 349-352.
12. Cohen MA, Morrison EA, Rosen PP, Dershaw DD, Liberman L, Abramson AF. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia : mammographic, sonographic and clinical patterns. Radiology 1996 ; 198 : 117-120.
13. Piccoli CW, Feigi SA, Palazzo JP. Developing asymmetric breast tissue. Radiology 1999.
14. Ibrahim RE, Sciotto CG, Weidner N. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Some observations regarding its clinicopathologic spectrum. Cancer 1989 ; 63 (6) : 1154-1160.