



## Carcinome papillaire mammaire et dystrophie fibrokystique

## Papillary carcinoma breast and fibrocystic dystrophy

### سرطان الثدي الحليمي والضمور الكيسي الليفي

H. Bensaad, R. Latib, I. Chami, M N. Boujida, L. Jroundi

#### الملخص :

**مقدمة :** سرطان الثدي داخل الكيسة مرض نادر، وقد يكون مظهر الكيسة مضللاً. الموجات فوق الصوتية تظهر برعماً داخل الكيسة. تحليل الأنسجة يظهر وجود سرطان حليمي.

**ملاحظة :** نعرض تقريراً طبياً لمريضة تبلغ 27 عاماً. تعاني من الضمور الكيسي الليفي، حيث أظهرت الموجات فوق الصوتية للثدي وجود كيس غير متجانس، مع زيادة في حجمه. الاستئصال الجراحي أظهر سرطان حليمي داخل الكيسة. الرنين المغناطيسي أظهر وجود التهابات ما بعد الجراحة. إعادة الجراحة أظهر بؤر متعددة مجهرية من السرطان من الدرجة العالية. المريضة استفادت من استئصال الثدي.

**مناقشة :** سرطان الأفتية داخل الكيسة هو ورم خبيث نادر يصيب المرأة المسنة، ويتميز بالنمو البطيء، كثيراً ما يكتشف عن طريق ورم بالثدي يزداد في الحجم. تظهر الماموغرافي وجود كتلة ببيضاوية مقيدة جيداً، أو غير واضحة أحياناً في بعض الأماكن. الموجات فوق الصوتية يمكن أن تظهر كيسة معقدة مع وجود عناصر صلبة فيها معلقة على الجدار الداخلي للكيسة. الدوبلر يلقي محتوى الكيس الثقيل ويؤكد الطابع النسيجي مع وجود أوعية دموية مركزية. الموجات فوق الصوتية هي أفضل اختبار للتمييز بين التشكيلات الصلبة والسائلة للثدي التي قد تظهر قريبة من السرطان الكيسي مثل سرطان الكيسة النخاعية وكيسات الثدي. أفضل المعايير المميزة هي: الحجم الكبير من الجزء الصلب الكيسي، المظهر الغير المتجانس والحواف الغير المنتظمة داخل الكيسة.

**خلاصة :** بعض السرطانات *insitu* ذات الدرجة العالية يمكن أن تبدو مثل كيسات معقدة. التحليل الدقيق عن طريق الموجات فوق الصوتية، للإطراف والأوعية الدموية يقودنا إلى تشخيص الخباثة. ومع ذلك يبقى الاستئصال الجراحي ضرورياً عند أدنى شك.

**الكلمات الأساسية:** سرطان داخل الكيسة، الضمور الليفي، سرطان الثدي.

#### Résumé :

**Introduction :** Le carcinome mammaire intrakystique reste rare, il peut présenter un aspect kystique trompeur. L'échographie visualise un bourgeon endokystique. L'histologie retrouve souvent un carcinome papillaire.

**Observation :** patiente de 27 ans suivie pour dystrophie fibrokystique. L'échographie mammaire avait montré, une formation kystique hétérogène biloculée. Le contrôle échographique trouve l'augmentation de la taille du kyste. L'exérèse chirurgicale montre qu'il s'agit d'un carcinome papillaire intrakystique in situ. L'IRM post-opératoire conclue à des berges inflammatoires ; la reprise des berges post-opératoires révèle de multiples foyers microscopiques de carcinome in situ de haut grade. Une mastectomie a été faite.

**Discussion :** Le carcinome canalaire intrakystique est une tumeur canalaire maligne rare de la femme âgée. Il est caractérisé par une croissance lente, avec un bon pronostic. Découvert souvent à l'occasion d'une tuméfaction mammaire ayant récemment augmenté de volume. La mammographie montre une masse bien circonscrite ovale ou parfois indistincts par endroit. L'échographie mammaire peut révéler des kystes complexes avec une composante solide hyperéchogène appendue à la paroi interne du kyste. Le doppler élimine le diagnostic de kyste remanié à contenu épais et confirme le caractère tissulaire par la présence d'un pédicule vasculaire central. L'échographie est le meilleur examen pour distinguer les formations solides ou liquides du sein dont l'aspect mammographique est proche du carcinomes intrakystiques comme les cancers médullaires et les kystes mammaires. Les meilleurs critères distinctifs semblent être : une taille importante de la végétation intrakystique, une échostructure hétérogène et des bords irréguliers de la masse intrakystique.

**Conclusion :** Certains carcinomes in situ de haut grade peuvent être pris pour des lésions kystiques remaniées. L'analyse échographique méticuleuse de la lésion, de ses bords, de son contour et de sa vascularisation orientent vers une lésion maligne. Néanmoins une exérèse chirurgicale s'impose au moindre doute devant toute lésion kystique atypique.

**Mots-clés :** Carcinome intrakystique, dystrophie fibrokystique, cancer du sein.

#### Abstract :

**Introduction :** The intracystic breast cancer is rare, it may present a misleading cystic appearance. Ultrasound shows an endocystic bud. Histology often found papillary carcinoma.

**Observation :** Patient of 27 years followed for fibrocystic dystrophy. Breast ultrasound showed an heterogeneous cystic biloculée. The echographic control is increased the size of the cyst. Surgical excision shows that this is an intracystic papillary carcinoma in situ. MRI done at postoperative inflammatory banks, the recovery of post-operative banks reveals multiple microscopic foci of carcinoma in situ high grade. Mastectomy was performed.

**Discussion :** The intracystic ductal carcinoma is a rare malignant tumor of the ductal elderly woman. It is characterized by slow growth, with a good prognosis. Often discovered during a breast swelling recently enlarged.

A mammogram shows a well-circumscribed oval mass, or sometimes indistinct in places. Breast ultrasound can reveal any complex cysts with a solid component, hyperechoic pendant to the inner wall of the cyst. Eliminates the doppler diagnostic reshaped heavy cyst content and confirms the tissue character by the presence of a central vascular pedicle. Ultrasound is the best test to distinguish between solid and liquid formations breast with mammographic appearance is close to intracystic carcinomas as medullary cancer and breast cysts. The best distinguishing criteria seem to be: a large size of the intracystic vegetation, heterogeneous echogenicity and irregular edges of the intracystic mass.

**Conclusion :** Some carcinoma in situ high grade can be mistaken for cystic lesions overhaul. The ultrasound meticulous analysis of the lesion and its edges of its outline and its vascularization moving towards malignancy. Nevertheless, surgical resection is needed in doubt before any atypical cystic lesion.

**Key words:** Intracystic carcinoma, fibrocystic dystrophy, breast cancer.

**Tiré à part :** H. Bensaad, Institut National d'Oncologie, hôpital Moulay Abdellah CHU de Rabat - Salé. Maroc.  
Email : houda146@hotmail.fr

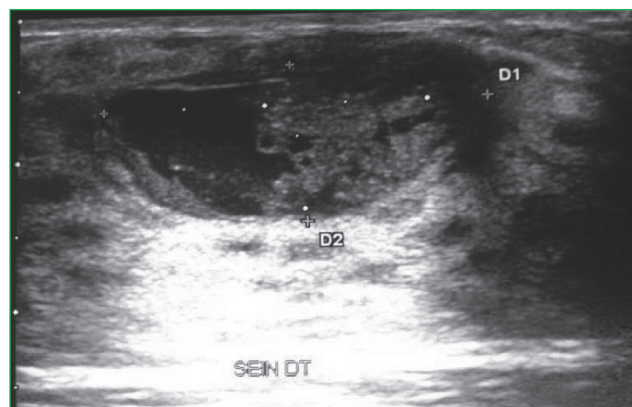
## Introduction

Le carcinome intrakystique reste rare, son développement à l'intérieur d'un galactophore lui donne son aspect kystique trompeur. L'échographie visualise un bourgeon endokystique. L'histologie retrouve souvent un carcinome papillaire.

## Observation

Jeune femme de 27 ans sans antécédents pathologiques notables en dehors d'une dystrophie fibrokystique diagnostiquée depuis deux ans. La patiente consulte pour une sensation de tension mammaire douloureuse. L'examen clinique retrouve une formation dure non adhérente aux plans profonds, régulière sus mammelonnaire droite. Le diagnostic de kyste sous tension a été posé. L'échographie montre une formation sus mammelonnaire droite, bien circonscrite, liquidienne hétérogène, biloculée, parallèle à l'axe de la peau, non atténuante, renforçant fortement les échos en postérieur, sans vascularisation individualisable au doppler couleur mesurant 2 cm, associée à de nombreux kystes simples bilatéraux et des adénofibromes gauches (figure 1). Une mammographie a été réalisée, seuls des clichés obliques externes ont été fait en raison de l'âge jeune de la patiente ; elle a mis en évidence des seins extrêmement denses avec plusieurs surcroûts d'opacités, éparses des deux trames fibro-glandulaires (en rapport avec des adénofibromes et des

*Figure 1 : Echographie mammaire.*

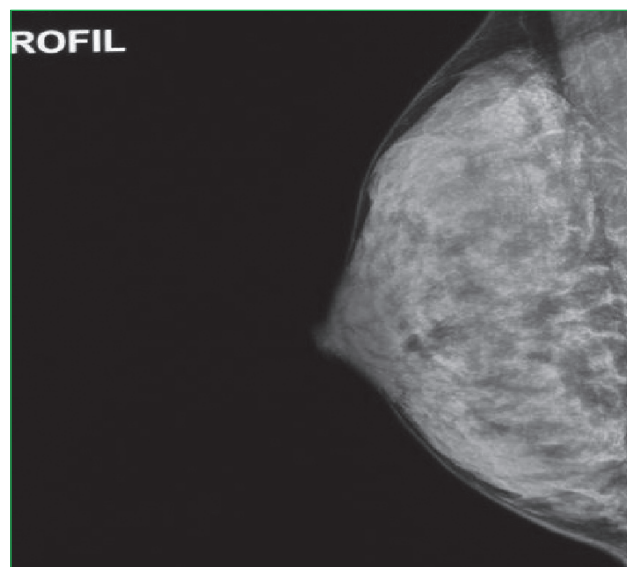


*Kyste mammaire contenant une végétation*

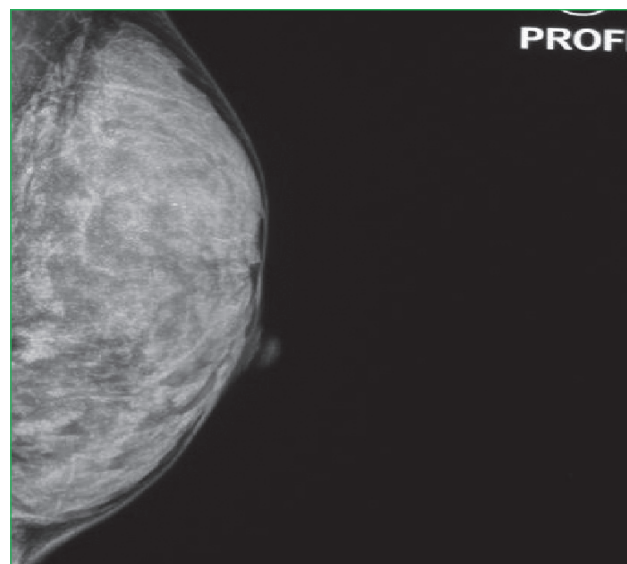
kystes), l'absence de foyers de microcalcifications suspectes et des calcifications de type bénin groupées en un petit foyer au niveau du quadrant supérieur droit. La patiente a été classée Bi-Rads III de l'ACR (figure 2). Un contrôle échographique après 4 mois a été réalisé (sous l'insistance de la patiente) et a montré que le kyste a augmenté de taille avec quelques

*Figure 2 : Mammographie bilatérale (incidence oblique)*

*Profil gauche*



*Profil droit*

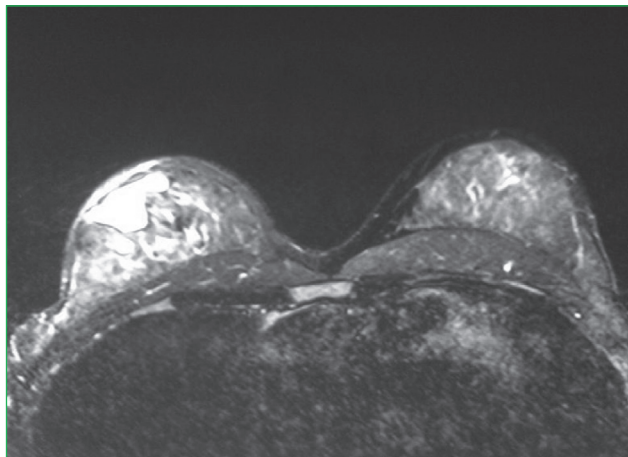


*Seins denses, calcification au niveau du quadrant supérieur droit*

spots centraux au doppler couleur. La patiente a bénéficié d'une exérèse avec étude histologique extemporanée montrant un carcinome papillaire intrakystique in situ ; la pièce d'exérèse comporte à la coupe un foyer kystique de 3 cm × 3 cm × 1,2 cm, siège de nombreuses végétations endophytiques jaunâtres friables, à l'examen microscopique ; ce kyste montre une paroi fibreuse épaisse et remaniée par un infiltrat inflammatoire polymorphe et sidérophagique. La lumière de ce kyste abrite une prolifération carcinomateuse d'architecture grossièrement papillaire bordée de plusieurs assises de cellules volumineuses fortement atypiques et richement mitotiques sans élément invasif avec une limite d'exérèse passée en zone tumorale.

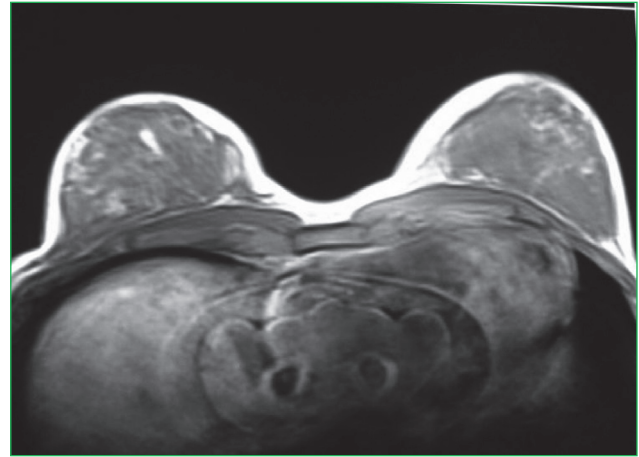
Une IRM post opératoire a été faite à la recherche d'autres foyers in situ ; l'examen a été réalisé en coupe axiales non Fat Sat en T1, coupes axiales Fat Sat T2, coupes sagittales T2 droit et gauche, axiale dynamique T1 Gado et sagittales T1 droit et gauche tardives. L'IRM avait montré une cavité en isosignal T1, hypersignal franc T2 au niveau du QSE droit de 3,5 cm de grand axe prenant le gadolinium en périphérie (figure 3 et 4); on a conclu à des berges inflammatoires sans foyer suspect (figure 5). La reprise des berges post opératoires trouve de multiples foyers microscopiques de carcinome in situ de haut grade. Le prélèvement de deux ganglions sentinelles est revenu négatif, donc une mastectomie a été programmée.

**Figure 3 : IRM mammaire, séquence pondérée T2**



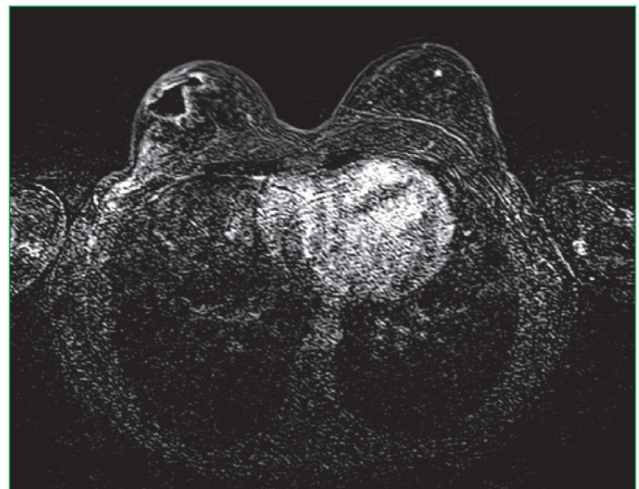
*Présence d'une cavité en hypersignal T2 franc*

**Figure 4 : IRM mammaire : séquence pondérée T1 Gado soustraction**



*Il y a absence de rehaussement*

**Figure 5 : Mammographie, séquence pondérée T1 Gado dynamique**



*Vision des berges inflammatoires.*

## Discussion

Le carcinome canalaire intrakystique est une tumeur canalaire maligne rare, représentant 0,5% des carcinomes mammaires [1, 2], touche la femme âgée, avec un âge moyen qui varie de 55 à 67 ans selon les auteurs [3], le cas de notre observation était une femme jeune de 27 ans. La

taille tumorale varie de 1 à 14 cm [3]. Il est caractérisé par une croissance lente avec un bon pronostic comparativement aux autres carcinomes canaux. La survie globale à cinq ans est de 83% à 96% selon les auteurs [4,5]. Une tuméfaction mammaire est souvent l'occasion du diagnostic, classiquement ancienne ayant récemment augmenté de volume, c'est le cas chez notre patiente, ce qui a motivé l'exérèse chez elle.

À la mammographie le carcinome papillaire intrakystique se présente généralement comme une masse bien circonscrite ovale, de contours bien circonscrits mais parfois ils peuvent être par endroit masqués ou indistincts, les contours spiculés sont rares. Chez notre patiente, la mammographie n'était pas concluante vu la densité des seins jeunes.

L'échographie mammaire révèle une ou plusieurs masses kystiques avec un renforcement des échos postérieurs. Il s'agit souvent de kystes complexes avec une composante solide, hyperéchogène appendue à la paroi interne du kyste [6]. Le doppler élimine le diagnostic de kyste remanié à contenu épais et confirme le caractère tissulaire par la présence d'un pédicule vasculaire central avec des vaisseaux nourriciers branchés traversant la portion solide intrakystique [7]. L'échographie est le meilleur examen pour distinguer les formations solides ou liquides du sein

dont l'aspect mammographique est proche de carcinomes intrakystiques comme les cancers médullaires et les kystes mammaires. Son autre intérêt est de mettre en évidence une formation intrakystique. Cependant elle distingue mal les lésions bénignes des formations malignes. Les meilleurs critères distinctifs semblent être : une taille importante de la végétation intrakystique, une échostructure hétérogène et des bords irréguliers de la masse intrakystique. L'aspect du kyste proprement dit (forme irrégulière, bords flous) semble moins informatif [8].

## Conclusion

Certains carcinomes in situ de haut grade peuvent être pris pour des lésions kystiques remaniées (particulièrement chez la jeune femme sans antécédents et ou porteuse d'une dystrophie fibrokystique).

L'analyse méticuleuse de la lésion de ses bords et de son contour, la démonstration d'une vascularisation ainsi que la présence d'une microcalcification associée à la mammographie doivent contribuer au diagnostic correct de lésion maligne. Enfin une exérèse chirurgicale doit être réalisée au moindre doute devant toutes lésions kystiques atypiques.

## Références

- 1-Czemobilsky B. intracystic carcinoma of the female breast. Surg Gynecol Obstet 1967 ; 124 : 93-8.
- 2-Mac Kittrick JE, Doenne WA, Failing RM. Intracystic papillary carcinoma of the breast. Am Surg 1969 ; 35 : 195-202.
- 3-Soo MS, Williford ME, Walsh R, Bentley RC, Kornguth PJ. Papillary carcinoma of the breast. AJR Am J Roentgenol 1995 ; 164 : 321-6.
- 4-Denehy AS, Sanders LM, Kalisber L, Breast imaging case of the day. Invasive papillary carcinoma. Radiographies 1997 ; 17 : 1607-10.
- 5.Levêque J, Watier E, Lesimple T, Goyat F, Grall JY. Carcinome mammaire intrakystique. A propos d'une observation. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 329-32.
- 6.Liberman L, Feng T L, Susnik B. Intracystic papillary carcinoma with invasion. Radiology 2001 ; 219 : 781-4.
- 7.Salem A, Mrad K, Driss M, Hamza R, Mnif N. Carcinome papillaire mammaire intrakystique. J Radiol 2009 ; 90 : 515-8.
- 8.Omori LM, Hisa N, Onkuma K, Fujikura Y, Hiramatsu K, Enomoto K, et al. Breast masses with mixed cystic-solid sonographic appearance. J Clin Ultrasound 1993 ; 21 : 489-95.