



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

L'hamartome myoïde du sein : à propos d'une observation



Myoid hamartoma of the breast: A case report

Sahbi Kebaili^{a,*}, Slim Charfi^b, Mariem Abid^a,
Doulira Louati^a, Kais Chaabane^a, Hbib Amouri^a,
Tahiya Boudawara^b

^a Service de gynécologie et d'obstétrique, CHU Hedi Chaker, rue Majida Boulila, 3000 Sfax, Tunisie

^b Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib Bourguiba, route Sidi Bouzid, 3000 Menzel Chaker, Sfax, Tunisie

Reçu le 23 septembre 2013 ; accepté le 3 octobre 2013

Disponible sur Internet le 14 novembre 2013

MOTS CLÉS

Hamartome ;
Myoïde ;
Sein

KEYWORDS

Hamartoma;
Myoid;
Breast

Résumé L'hamartome myoïde du sein est une variante rare des hamartomes mammaires. Il est composé d'une quantité variable de tissu glandulaire, fibreux et adipeux associée à des foyers formés de cellules musculaires lisses. Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 45 ans présentant un hamartome myoïde. Nous détaillons les données de l'imagerie et les aspects anatomopathologiques de cette rare entité. L'étiopathogénie des tumeurs des cellules musculaires lisses est discutée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Myoid hamartoma of the breast is a rare variant of mammary hamartoma. It is composed of mammary glandular, fibrous and fatty tissues and areas of smooth muscle. We report the case of 45-year-old-woman with mammary hamartoma. We describe imaging appearance and pathological features of this rare entity. Etiopathogenesis of smooth muscle tumors are discussed.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'hamartome est défini comme une masse tumorale formée de cellules désorganisées mais bien différenciées. L'hamartome mammaire est une lésion bien circonscrite composée d'un mélange de tissu mammaire glandulaire, stromal et adipeux. La distribution et la quantité des différents constituants peuvent varier considérablement [1]. L'HM est considéré

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kebaili.sahbi@yahoo.fr (S. Kebaili).

comme une variante de l'hamartome mammaire dont lequel on identifie des foyers de cellules musculaires lisses [2–5].

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 45 ans sans antécédents familiaux remarquables, épileptique, qui était adressée à notre consultation par la sage-femme suite à la palpation d'une masse du sein gauche évoluant depuis quelques mois.

L'examen clinique retrouve un nodule du quadrant inféro-externe du sein gauche mesurant 3,5 × 3,5 cm, mobile par rapport aux plans sus- et sous-jacents sans anomalies du revêtement cutané en regard ni d'écoulement mamelonnaire. L'examen du creux axillaire ne révèle pas d'adénopathies.

À l'examen mammographique, cette masse correspondait à une opacité bien limitée, lobulée et renfermant des calcifications régulières. Le revêtement cutané était respecté (Fig. 1). À l'échographie, cette masse était lobulée, mal limitée, à grand axe horizontal mesurant 5,6 × 2,1 cm. Elle était en partie atténuante, renfermant des calcifications et des images kystiques (Fig. 2). Ailleurs, le sein comportait des macrocalcifications. Le revêtement cutané était respecté. Une vérification histologique était recommandée. Une exérèse large emportant la tumeur avec examen extemporané était réalisée.

À l'examen macroscopique, la pièce opératoire mesurait 13 × 9 × 3,5 cm. Elle comportait un nodule de consistance ferme, bien limité, lobulé et pseudo-encapsulé mesurant 5,2 × 4 × 3,5 cm. À la coupe, ce nodule était blanchâtre et renfermait des microkystes. Le reste du tissu mammaire est mastosique. L'examen extemporané avait conclu à une mastose fibrokystique sans signes de malignité. À l'examen histologique après fixation et inclusion en paraffine, le nodule englobait un tissu fibreux dense, des lobules mammaires et des canaux excréteurs souvent dilatés et kystiques. Il existait des foyers d'hyperplasie canalaire parfois floride, de métaplasie cylindrique simple et de métaplasie apocrine. Par places, le tissu fibreux



Figure 2. Échographie : masse lobulée, mal limitée, en partie atténuante, renfermant des calcifications et des images kystiques.

comportait des faisceaux de cellules fusiformes rappelant des cellules musculaires lisses (Fig. 3). Les calcifications visualisées à la mammographie correspondaient au produit de sécrétion présent dans la lumière de certains canaux. Le tissu mammaire au voisinage de ce nodule comportait des lésions de mastose et des calcifications. L'étude immuno-histochimique confirme la nature musculaire lisse des cellules fusiformes retrouvés au niveau du nodule ; ces cellules étaient en effet positives pour actine muscle lisse (Fig. 4) et caldesmone. Ces cellules exprimaient également les récepteurs à l'estrogène et la progestérone (Fig. 5). Elles restaient négatives pour les marqueurs myoépithéliaux p63, PS100 et CD10. Les suites opératoires étaient simples.

Discussion

L'hamartome myoïde ou musculaire est une entité rare, rapportée dans la littérature souvent sous forme de cas isolés et plus rarement sous formes de petites séries [5–7].

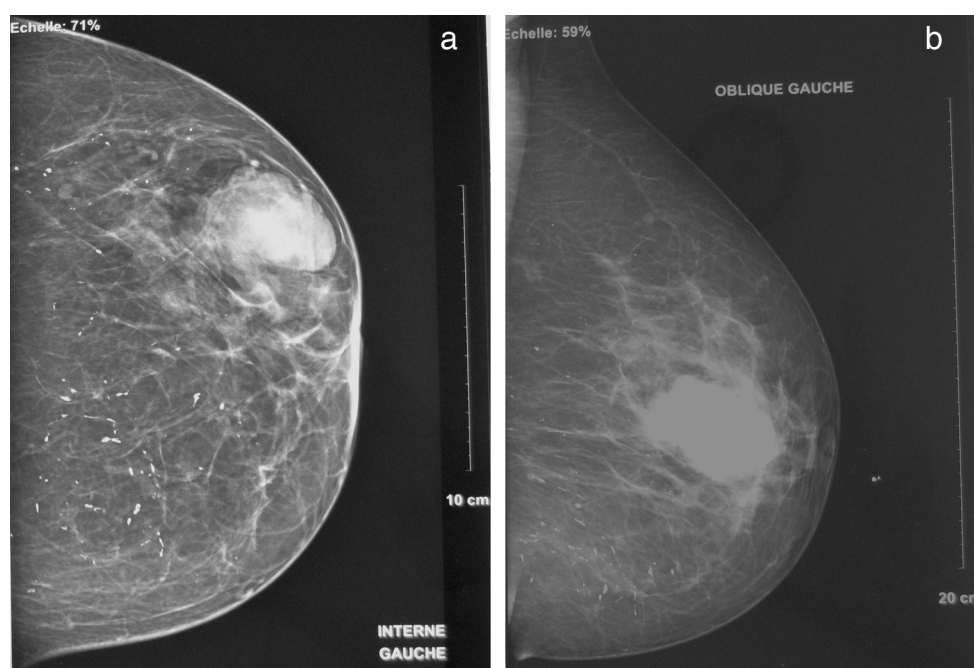


Figure 1. Mammographie : opacité bien limitée, lobulée et renfermant des calcifications régulières (a, b).

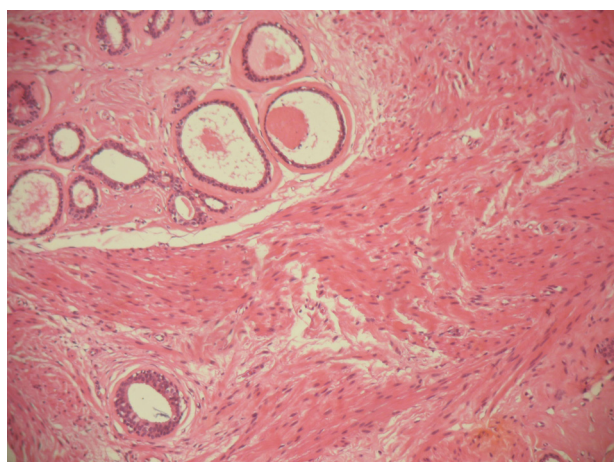


Figure 3. Hamartome myoïde : tissu fibreux englobant des glandes mammaires et des faisceaux de cellules musculaires lisses (HE $\times 100$).

Sur le plan nosologique, certains auteurs s'opposent au terme d'HM et préfèrent une dénomination descriptive à type de lésion stromale et épithéliale ou d'adénose avec métaplasie myoïde [2–7]. L'étiopathogénie de l'HM est peu connue. Les cellules musculaires lisses sont normalement absentes du tissu mammaire en dehors des parois des vaisseaux et du muscle érecteur du mamelon. Ainsi, certains auteurs postulent sur des arguments histologiques et ultrastructuraux, que les cellules musculaires lisses dérivent des cellules myoépithéliales par un processus métaplasique [2–5]; d'autres auteurs supportent une origine à partir des cellules myofibroblastiques du stroma mammaire ou de la paroi des vaisseaux [2–7]. Dans notre observation, les cellules musculaires lisses n'exprimaient pas les marqueurs myoépithéliaux. Kajo et al. ont rapporté une expression immuno-histochimique des cellules musculaires lisses avec les récepteurs à l'œstrogène et la progestérone supportant un rôle hormonal dans la genèse de ces cellules [8]. Une telle expression était notée dans notre observation.

Cliniquement, l'HM prédomine vers la 4^e ou 5^e décennie [3–6,8,9]. Notre patiente était âgée de 45 ans. L'examen clinique retrouve une masse palpable mobile et bien limitée [2,6].

La mammographie montre une masse bien délimitée ronde ou ovoïde de densité hétérogène, parfois entourée d'un liseré correspondant à une pseudocapsule [6,9]. L'aspect est ainsi similaire à celui décrit pour les hamartomes mammaires, réalisant l'aspect classique de « tranche de salami » [1]. En échographie, la masse est bien circonscrite de densité hétérogène [9]. La masse est parfois lobulée. En IRM, il s'agit d'une masse ovoïde, bien délimitée et de rehaussement hétérogène [6]. Elle permet également de mettre en évidence le tissu adipeux au sein de la lésion [6]. Certaines observations rapportaient des aspects échomammographiques suspects de malignité [6,9].

Macroscopiquement, l'HM se présente comme une masse bien limitée, de consistance ferme et d'aspect fibreux à la coupe. Le tissu adipeux est habituellement non identifiable. Des kystes remplis d'un matériel brunâtre peuvent exister [2]. Sur le plan histologique, les aspects histologiques de l'HM sont variables, dépendant de la proportion relative des composantes glandulaire, fibreuse, adipeuse et musculaire lisse. Les cellules musculaires lisses sont agencées en faisceaux enchevêtrés [2]. Une adénose sclérosante est présente selon Rosen dans la presque totalité des HM

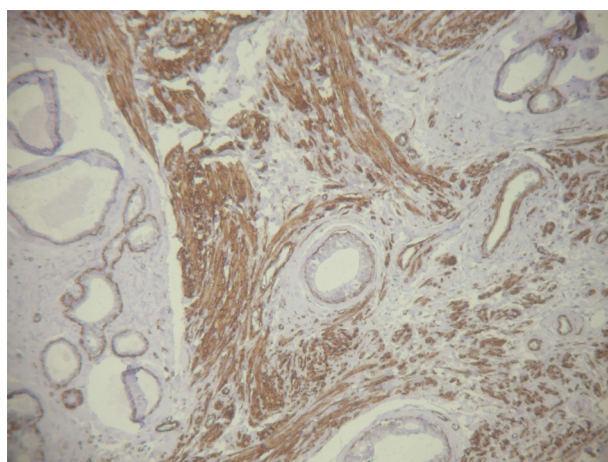


Figure 4. Positivité immuno-histochimique forte et diffuse des cellules musculaires lisses pour actine muscle lisse ($\times 100$).

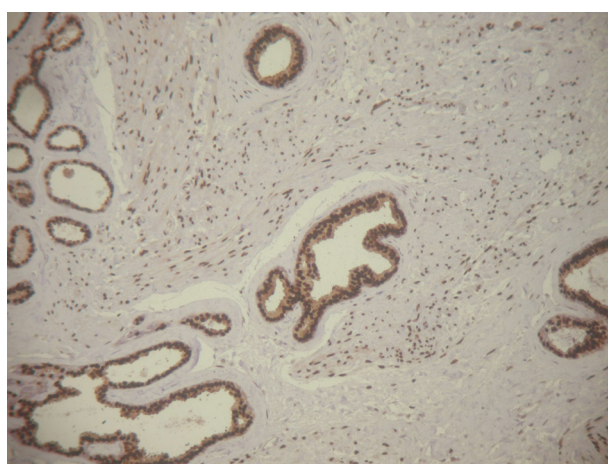


Figure 5. Positivité immuno-histochimique des cellules musculaires lisses pour les récepteurs à l'œstrogène ($\times 100$).

[2]. Elle était absente dans notre observation ainsi que dans d'autres publications [3]. L'HM est une tumeur bénigne ; toutefois, trois cas de récidives ont été rapportés [6,9]. Un de ces cas correspondait à un HM mal limité et comportant des figures de mitoses au niveau des cellules musculaires lisses [6]. Mathers et Shrimankar ont rapporté un cas d'HM associé à une néoplasie lobulaire [10]. Le traitement de l'HM est l'exérèse chirurgicale. Aucun traitement adjuvant n'est nécessaire. Yu et al. recommandent, vu le risque de récurrence, une exérèse chirurgicale large [6].

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Queslati S, Salem A, Chebbi A, Mhiri S, Kribi L, Ben Romdhane K, et al. Hamartome du sein. *Imagerie Femme* 2007;17:19–25.
- [2] Rosen PP. Benign mesenchymal neoplasms. In: *Rosen's breast pathology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2009. p. 867–8.
- [3] Magro G, Bisceglia M. Muscular hamartoma of the breast. Case report and review of the literature. *Pathol Res Pract* 1998;194:349–55.

- [4] Bayar S, Düşünceli E, Heper AO, Güner R, Genç V, Demirkazik A. Myoid hamartoma of the breast: a very rare entity. *Breast J* 2010;16:86–8.
- [5] Daroca Jr PJ, Reed RJ, Love GL, Kraus SD. Myoid hamartomas of the breast. *Hum Pathol* 1985;16:212–9.
- [6] Yu L, Yang W, Xu X, Gu Y, Wang C, Lu H, et al. Myoid hamartoma of the breast: clinicopathologic analysis of a rare tumor indicating occasional recurrence potential. *Breast J* 2011;17:322–4.
- [7] Di Tommaso L, Pasquinelli G, Damiani S. Smooth muscle cell differentiation in mammary stroma-epithelial lesion with evidence of a dual origin: stromal myofibroblasts and myoepithelial cells. *Histopathology* 2003;42:448–56.
- [8] Kajo K, Zubor P, Danko J. Myoid (muscular) hamartoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast Care (Basel)* 2010;5:331–4.
- [9] Ko MS, Jung WS, Cha ES, Choi HJ. A rare case of recurrent myoid hamartoma mimicking malignancy: imaging appearances. *Korean J Radiol* 2010;11:683–6.
- [10] Mathers ME, Shrimankar J. Lobular neoplasia within a myoid hamartoma of the breast. *Breast J* 2004;10:58–9.