

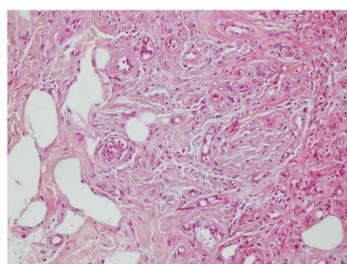
**LE MYOFIBROBLASTOME MAMMAIRE. A PROPOS D'UN CAS.**  
 B Loridon (1), E Russ (1), H Kafe (1), C Riopel (1), J Duclos (1), B Teig (1), A Mensah (1), D Beaucent (2)  
 1: Centre de Pathologie Passy, 19 Rue de Passy, 75016 Paris  
 2: Centre André Willemin, 21 rue Barbet de Jouy, 75007 Paris

Le myofibroblastome mammaire est une tumeur bénigne rare, individualisée par Wargotz en 1987. Il représente moins de 1 % des tumeurs mammaires. Nous en rapportons un cas en exposant les aspects cliniques, radiologiques et surtout histologiques.

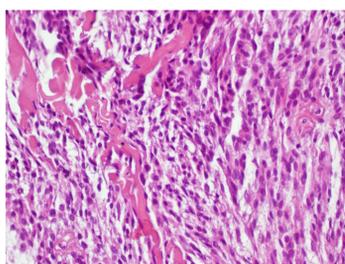
**MATERIEL ET METHODES**  
 Patiente de 70 ans. Pas d'anomalie clinique à la palpation.  
 Mammographie: suropacité UQE sein gauche, à contours nets, 13mm. Echographie: formation échogène ovale. ACR 4. Anomalies déjà présentes 4 ans auparavant, stables. Cependant, présence cône d'ombre et discrète vascularisation → réalisation biopsies.  
 Microbiopsies 14 G: 7 biopsies parvenues dans 7 cassettes individualisées.

### RESULTATS

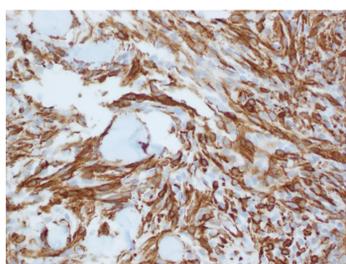
> Biopsie: tumeur à cellules fusiformes disposées en faisceaux entrecroisés, associées à des trousseaux collagéniques épaissis. Pas d'atypie ni de mitose. Pas de nécrose Pas de structure épithéliale mammaire au sein de la lésion. Coexpression CD34, vimentine, actine. RE +; RP et cytokératine -. On conclut à une lésion à prédominance de cellules fusiformes, évoquant un **myofibroblastome**. Exérèse nécessaire pour préciser le diagnostic.  
 > Tumorectomie: **myofibroblastome** de 15 mm à distance des limites d'exérèse.



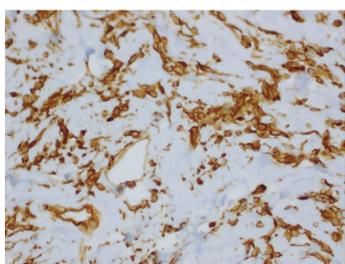
H13...HES X250



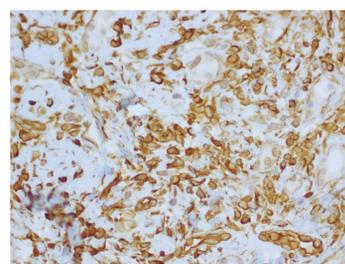
H13...HES X400



H13...Vimentine X400



H13...CD34 X400



H13...Actine X400

### DISCUSSION

Le myofibroblastome mammaire se rencontre classiquement chez la femme en post-ménopause, en accord avec notre observation. Atteint aussi l'homme avec une incidence égale dans les deux sexes. Comme dans notre cas, nodule le plus souvent non palpable, découvert à l'imagerie. Imagerie non spécifique, ressemblant à un adénofibrome (1). Taille excédant rarement 30 mm (15 mm dans notre observation).

> Diagnostic final est histologique: évoqué sur biopsie, confirmé sur tumorectomie. Plusieurs variants essentiels à connaître pour éviter diagnostics inadéquats → lipomateux, épithélioïde, déciduoïde, infiltrant, cellulaire, fibreux, myxoïde (2). Leur coexistence dans une même tumeur peut rendre le diagnostic difficile sur biopsie, soulignant l'importance de l'échantillonnage (7 biopsies dans notre observation).

> Diagnostic différentiel principal: carcinome lobulaire infiltrant dans le variant épithélioïde surtout si lésion RE + et RP + (10 % des cas) (3) et si échantillonnage limité → importance de demander l'exérèse de la lésion. Négativité des marqueurs épithéliaux redresse le diagnostic. Autres variants à distinguer en particulier du léiomyosarcome et du carcinome métaplasique (4).

> A l'échelon moléculaire, réarrangement spécifique du chromosome 13 avec délétion region 13q14 (également décrite dans lipome à cellules fusiformes et angiofibrome cellulaire).

### TRAITEMENT

Tumorectomie. Chez l'homme, possibilité d'une mastectomie si gynécomastie associée.

### EVOLUTION

Pas de récurrence locale. Dans notre observation, imagerie normale deux ans après la tumorectomie.

### CONCLUSION

Le large spectre morphologique du myofibroblastome rend compte des difficultés du diagnostic, celui-ci étant porté, en définitif, sur tumorectomie.

1 Goh LW, Wong SL, Tan PH (2016) Four cases of echogenic breast lesions: a case series and review. Singapore Med J 57 (6): 339-343.

2 Magro G (2016) Mammary myofibroblastoma: an update with emphasis on the most diagnostically challenging variants. Histol Histopathol 31: 1-23.

3 Arafah MA, Ginter PS, D'Alfonso TM, Hoda SA (2015) Epithelioid mammary myofibroblastoma mimicking invasive lobular carcinoma. Int J Surg Pathol 23 (4): 284-288.

4 Cheah AL, Billings SD, Rowe JJ (2016) Mesenchymal tumours of the breast and their mimics: a review with approach to diagnosis. Pathology (40): 189-193.