

FIBROADENOME COLONISE PAR UN CARCINOME CANALAIRE IN SITU :

Case report et revue de la littérature

Schmitt A, Cohen M, Thomassin-Piana J, Jalaguier-Coudray A, Lambaudie E, Bannier M, Butarelli M, Rua S, Sabiani L, Houvenaeghel G,
Institut Paoli Calmettes, Marseille, France.

Introduction :

Les fibroadénomes (FA) représentent les lésions bénignes les plus fréquentes. Les FA contenant des foyers de carcinome in situ (CCIS) sont souvent de diagnostic difficile.

A propos d'un cas clinique et d'une revue de la littérature nous préciserons l'incidence des FA colonisés par du CCIS, les circonstances de diagnostic et leur prise en charge thérapeutique.

Case Report:

Patiente 51 ans, en péri ménopause

FA sein droit était connu depuis 2011 (**Figure 1**) étiqueté par micro biopsie,

- ❑ Mammographie 2015: apparition de microcalcifications polymorphes intra lésionnelles (**Figure 2**).
- ❑ Nouvelle biopsie = FA hyalin associé à un foyer d'hyperplasie canalaire atypique de 1.5 mm confirmé par immunohistochimie (CK5/6 et E-cadherine).
- ❑ Tumorectomie avec marge de tissu sain, retrouve « un FA de 15 mm caractérisé par un contingent conjonctif essentiellement hyalinisé, peu cellulaire et un contingent épithélial en partie colonisé par des lésions de CCIS de bas grade, d'architecture cribriforme, renfermant des micro calcifications étendues sur 9mm, marges saines > 2mm. » (**Figure 3**).
- ❑ Radiothérapie adjuvante sur l'ensemble du sein droit en technique IMRT associé à une surimpression du lit tumoral.
- ❑ La patiente est sans maladie 2 ans après la chirurgie.

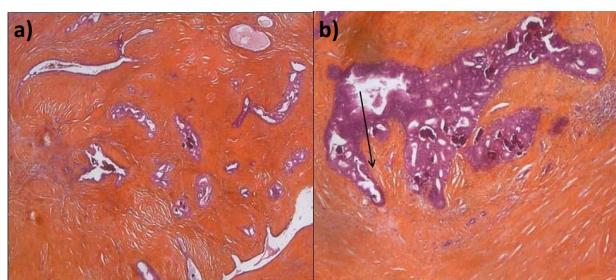
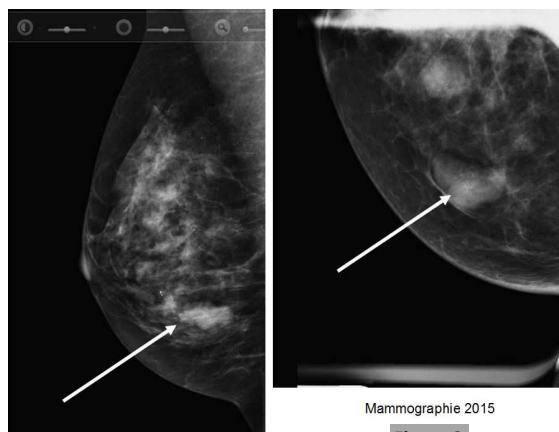
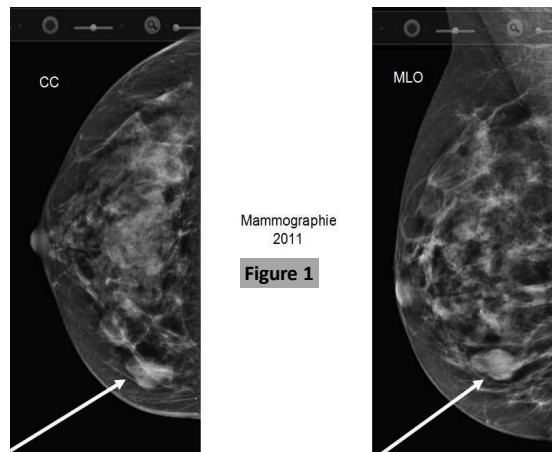


Figure 3 : Coupes histologiques

- a) prolifération biphasique fibro-épithéliale dont le contingent conjonctif est hyalinisé et le contingent épithélial est fait de structures glandulaires étirées
- b) contingent épithélial : prolifération épithéliale d'architecture cribriforme avec atypies modérées et calcifications (cf flèche)

Discussion :

❑ La plupart des FA sont cliniquement identifiables, 25% sont identifiés par mammographie et échographie. L'indication de microbiopsie est systématique **au moindre doute diagnostique**, augmentation de volume, changement d'aspect au bilan sénologique, apparition chez la femme âgée (diagnostic différentiel avec un cancer du sein peu différencié). D'un point de vue radiologique, les FA contenant des foyers de CCIS peuvent être indiscernables des lésions bénignes. Les critères échographiques de malignité des FA sont des contours spiculés, une hypo échogénéité marquée, une atténuation postérieure, des calcifications punctiformes, une extension canalaire, et un aspect microlobulé (**critères de Stavros**) (1)

❑ **L'incidence du carcinome dans les FA est estimée à 0.1-0.3%.**

Les études de Dupont (2) et McDivitt (3) ont montré un risque relatif de cancer du sein associé:

- pour les FA sans hyperplasie de 1,48-1,7,
- pour les FA avec hyperplasie de 3,47-3,7, et
- pour les FA avec hyperplasie et atypie de 6,9-7,29.

Ce risque persiste pendant plus de 20 ans

Les lésions malignes le plus souvent observées dans les FA sont du cancer in situ (95%), avec une répartition égale entre le carcinome lobulaire in situ (LCIS) et le carcinome canalaire in situ (CCIS).

❑ Le pronostic des FA colonisés par du carcinome in situ est favorable.

Les récidives locales ou **les métastases à distance ont rarement été rapportées** dans la littérature (4).

Il n'existe pas d'étude sur la radiothérapie dans ce contexte mais en cas de CCIS **la radiothérapie améliore la survie globale** (5).

À la lumière de la littérature récente montrant que les carcinomes qui surviennent dans un FA ont le même comportement biologique que ceux qui apparaissent indépendamment, leur gestion devrait être la même.

Conclusion :

- Un FA caractéristique chez la très jeune femme ou étiqueté par une microbiopsie doit bénéficier d'une simple surveillance.
- Une augmentation de volume ou un signal radiologique récent de type micro calcifications intra lésionnelles doit conduire à la réalisation de nouvelles biopsies voire d'une exérèse de principe.
- La prise en charge thérapeutique des FA colonisés par de l'in situ est similaire à celle des CCIS.

Bibliographie :

- 1: Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. *Radiology*. 1995 Jul;196(1):123-34.
- 2: Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vhencak-Jones CL, Plummer WD, Rados MS, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med*. 1994 Jul 7;331(1):10-5.
- 3: McDivitt RW, Stevens JA, Lee NC, Wingo PA, Rubin GL, Gersell D. Histologic types of benign breast disease and the risk for breast cancer. The Cancer and Steroid Hormone Study Group. *Cancer*. 1992 Mar 15;69(6):1408-14.
- 4: McDivitt RW, Farrow JH, Stewart FW. Breast carcinoma arising in solitary fibroadenomas. *Surg Gynecol Obstet*. 1967 Sep;125(3):572-6.
- 5: Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans V, et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet Lond Engl*. 2005 Dec 17;366(9503):2087-106.