

Carcinome Papillaire Encapsulée Du Sein : "Un Carcinome Atypique" ; A Propos D'un Cas

EL HAMMOUMI O¹ – JAYI S² – TAZI Z³ – BELHAJ Y⁴ – ALAOUI FDILI FZ⁵ – HAARA H.⁶ – MELHOUF M.A.⁷

Service Gynécologie Obstétrique II – CHU Hassan II- FES

Abstract: Le carcinome papillaire encapsulé (ou carcinome papillaire intra-kystique) du sein représente aux alentours de 1% de tous les carcinomes du sein. Il se définit par une prolifération maligne, le plus souvent de bas grade au sein d'un canal dilaté. L'association d'un carcinome papillaire encapsulé à une composante invasive est un évènement rare. Nous rapporterons un cas prouvé histologiquement de carcinome papillaire encapsulé ayant bénéficié d'une mastectomie associée au ganglion sentinelle, mise sous hormonothérapie en association avec une radiothérapie qui est toujours en cours. A travers notre étude et la revue de la littérature, nous tenons à rappeler l'aspect clinique, radiologique et anatomopathologique de ce carcinome qui représente environ 1% de tous les cancers du sein.

Keywords: carcinome papillaire encapsulé, cancer du sein

1. INTRODUCTION

Le carcinome papillaire encapsulé est une entité rare et représente aux alentours de 0.5% à 1% de tous les cancers du sein [1], fait partie des lésions mammaires papillaires dont la classification anatomopathologique est complexe [2]. Les lésions papillaires bénignes et malignes du sein sont très difficiles à distinguer sur la cytologie d'où la nécessité d'une étude histologique complétée par une immunohistochimie (IHC) [1].

La prise en charge thérapeutique post-opératoire reste controversée. L'hormonothérapie et la radiothérapie sont utilisées dans de nombreux centres mais il n'y a pas de preuves concrètes dans l'amélioration du pronostic [3]. A travers notre étude et la revue de la littérature, nous soulignons les caractéristiques cliniques, radiologiques et anatomopathologiques de ce carcinome qui représente environ 1% de tous les cancers du sein.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 65 ans, grande multipare, suivie en cardiologie pour trouble du rythme, sans antécédents familiaux de néo du sein, qui a présenté un nodule du SD évoluant depuis 06 mois, chez qui l'examen clinique trouve des seins bonnet C ptosés et symétrique, avec à la palpation présence d'un nodule au niveau QSE de 60 x 40 mm, mobile, sans signes inflammatoires, les aires ganglionnaires étant libres ; classé cT3N0M0.

La mammographie couplée à l'échographie (figure 1) montre une masse tissulaire au niveau du QSE du SD de 20 x 30 mm à 06 cm du mamelon, d'une masse tissulaire de la JQE du SD: ACR4b de 8 x 17mm et d'une masse tissulaire QSE du SD à 01 cm du mamelon de 7 x 12 mm ACR4a.

Nous avons réalisé une triple micro-biopsie avec IHC qui est revenue en faveur d'un carcinome papillaire d'architecture solide. La patiente avait bénéficié d'une mastectomie + ganglion sentinelle dont l'anapath définitive (figure 2) a trouvé un carcinome papillaire encapsulé étendu sur 25 mm, 10 mm et 12 mm avec absence de foyers d'invasion et présence d'un carcinome in situ de grade intermédiaire, sans nécrose, avec à l'IHC un marquage nucléaire intense et diffus. La patiente a été staffée en RCP avec décision de compléter la prise en charge par une hormonothérapie et une radiothérapie.

3. DISCUSSION

Le carcinome papillaire encapsulé, est une entité rare et survient généralement après 40 ans avec une moyenne d'âge entre 55 et 67 ans. Dans environ 50 % des cas il est de siège central et plus précisément dans la région rétroaréolaire. La taille tumorale varie de 1 à 14 cm, les adénopathies axillaires ne sont pas fréquentes [3].

Radiologiquement, il se présente sur la mammographie comme une opacité à contours nets, bien circonscrite, ovale ou polylobé. À l'échographie, il a la forme d'une masse kystique complexe avec une composante solide montrant un flux vasculaire sur le doppler couleur. Ces caractéristiques radiologiques doivent faire suspecter cette forme rare de cancer du sein. L'imagerie par résonance magnétique du sein avec augmentation du contraste peut orienter le diagnostic en montrant le cloisonnement et les nodules muraux [4].

Les biopsies doivent inclure la périphérie (la paroi) de la lésion pour évaluer par immunohistochimie la présence ou l'absence de cellules myoépithéliales. L'association d'un carcinome papillaire encapsulé à une composante invasive est un évènement rare [5].

La stratégie thérapeutique est controversée vu la rareté de cette forme de cancer du sein. Dans la littérature, le traitement conservateur avec exérèse large est la plus utilisée, néanmoins, dans certains cas, la mastectomie peut être

proposée (par exemple, les grosses tumeurs, insuffisance des marges, la récidive et la préférence de la patiente). Le ganglion sentinelle ou du curage axillaire est à éviter pour épargner aux patientes la morbidité de cette thérapeutique, vu que les adénopathies axillaires restent exceptionnelles [6].

Jusqu'à ce jour, il n'existe pas d'arguments qui permettent de conclure que la radiothérapie réduit le risque de rechute local après traitement conservateur en cas de carcinome papillaire encapsulé. Cependant, de nombreux articles et données publiées recommandent la radiothérapie chez les jeunes femmes de moins de 50 ans, dans les formes associées à l'invasion et ou à un carcinome canalaire *in situ* [7], le cas de notre patiente.

Le faible potentiel métastatique et d'invasion vasculaire rend la chimiothérapie non obligatoire. L'hormonothérapie adjuvante, principalement avec le tamoxifène devrait être prescrite pour réduire le risque de récidive locale en cas de récepteurs hormonaux positifs. En dépit de ces principes généraux, le traitement optimal reste controversé [8].

Le carcinome papillaire encapsulé est caractérisé généralement par une croissance lente avec un très bon pronostic comparativement aux autres carcinomes intra-canalaires, le taux de survie à 10 ans sans maladie de 91% [9].



Figure 1 : Mammographie initiale.

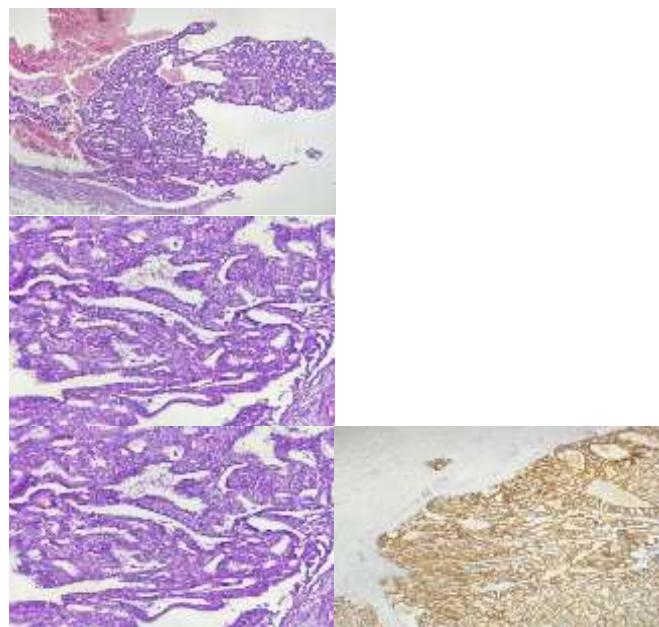


Figure 2 : coupes anatomopathologiques de la pièce définitive.

4. CONCLUSION

Le carcinome papillaire encapsulé est une forme rare du cancer du sein, sa prise en charge reste controversée, le traitement conservateur sans chirurgie axillaire reste le traitement plus utilisée.

La radiothérapie est indiquée surtout si association à une forme invasive ou à un carcinome *in situ*.

Devant le faible potentiel invasif la chimiothérapie est non obligatoire. Une hormonothérapie adjuvante permet de réduire le risque de récidive locale en cas de récepteurs hormonaux positifs.

Le carcinome papillaire encapsulé présente un très bon pronostic et une très bonne survie à 10 ans, comparativement aux autres carcinomes intra-canalaires.

5. REFERENCES

- [1] .Carcinome papillaire intra-kystique du sein: à propos de trois cas Abderrahman El mazghi1,&, Touria Bouhafa1, Kaoutar Loukili1, Hanan El kacemi2, Issam Lalya3, Taieb Kebdani2, Khalid Hassouni1
- [2] .Kulka J, Madaras L, Floris G, Lax SF. Papillary lesions of the breast. Virchows Archiv 2022;480:65—84,https://doi.org/10.1007/s00428-021-03182-7
- [3] .Intracystic Papillary Carcinoma of the Breast:Report of Three Cases and Literature Review Yassir Ait Benkaddour,1 Sawsane El Hasnaoui,1 Karima Fichtali,1 Bouchra Fakhir,1 Hicham Jalal,2 Mouna Kouchani,3 Abderrahim Aboufafah,1 and Hassan Abbassi1
- [4] .Salem A, Mrad K, Driss M, Hamza R, Mnif N. Intracystic papillary carcinoma of the breast.J Radiol. 2009 Apr; 90(4):515-518.
- [5] .An “unusual papillary lesion” Sébastien Mollièrea,*, Noëlle Weingertnerb a. 2022 Elsevier Masson.
- [6] .Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, Blair S. Intracystic papillary carcinoma: a review of 917 cases. Cancer. 2008;113(5): 916-920.
- [7] .Fayanju OM, Ritter J, Gillanders WE, Eberlein TJ, Dietz JR, Aft R, Margenthaler JA. Therapeutic management of intracystic papillary carcinoma of the breast: the roles of radiation and endocrine therapy. Am J Surg. 2007;194(4): 497-500.
- [8] .Ingle SB, Hinge Ingle CR, Murdeshwar HG, Adgaonkar BD. Unusual case of *insitu* (intracystic) papillary carcinoma of breast.World J Clin Cases. 2013; 16: 227-922.
- [9] .Lefkowitz M, Usar CM, Lefkowitz W, Wargotz ES. Intraductal (intracystic) papillary carcinoma of the breast and its variants: A clinicopathological study of 77 cases. Hum Pathol. 1994; 25: 802-809.