

Carcinome Papillaire Encapsulé Du Sein : A Propos D'un Cas et Revue De La Littérature

Rizki D.1 – Douzi N.2 – Benhaddou Idrissi M.3 – Mamouni N.4 – Errarhay S.5 – Bouchikhi C. 6 – Banani A. 7

Service Gynécologie Obstétrique I – CHU Hassan II- FES

Abstract: Le carcinome papillaire encapsulé (CPE) est une tumeur du sein rare, se présentant le plus souvent comme une masse rétro-aréolaire. Sur le plan histologique, il est caractérisé par une prolifération papillaire entourée d'une capsule fibreuse, sans cellules myoépithéliales à l'intérieur ni en périphérie, ce qui est confirmé par l'immunohistochimie. Sur le plan moléculaire, il partage des caractéristiques avec le carcinome canalaire infiltrant hormonosensible, avec un comportement intermédiaire entre le carcinome canalaire in situ (CCIS) et le carcinome invasif. Son pronostic est généralement excellent, avec un faible risque de récurrence ou de métastases. Le traitement repose principalement sur la chirurgie, associée à une radiothérapie en cas de CCIS associé ou de chirurgie conservatrice.

Keywords : carcinome papillaire encapsulé, carcinome in situ

1. INTRODUCTION

Le carcinome papillaire encapsulé (CPE) est une tumeur maligne du sein rare, qui ne représente que 0,5 % à 2 % de l'ensemble des cancers du sein. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) le définit comme une tumeur papillaire de bas grade entourée d'une capsule fibreuse distincte dépourvue de cellules myoépithéliales périphériques [1].

À travers cette observation et revue de la littérature, nous discutons les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette tumeur rare.

2. OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 55 ans, nullipare, sans antécédents familiaux de néo du sein, qui a présenté des mastodynies du sein droit évoluant depuis 05 mois, chez qui l'examen clinique trouve des seins bonnet A symétriques, avec à la palpation présence d'un nodule au niveau de la JQEXT faisant 40 x 30 mm, mobile, sans signes inflammatoires, les aires ganglionnaires étant libres ; classé cT2N0Mx.

L'écho mammographie (figure 1, 2) montre une plage au niveau de la JQExt, mesurant 45 x 21 mm de diamètres, classée ACR4 (A) et une lésion solidokystique au niveau de la JQExt, contiguë à la plage sus-décrite, mesurant 14 mm de grand diamètre, classée ACR4 (B).

Nous avons réalisé une micro-biopsie avec IHC des 2 lésions qui est revenue en faveur d'un carcinome papillaire encapsulé pour la lésion (A) et d'un carcinome in situ canalaire d'architecture massive et cribriforme, de grade intermédiaire extensif pour la lésion (B). La patiente avait bénéficié d'une mastectomie + ganglion sentinelle (avec échec de détection) dont l'anapath définitive a trouvé pour la lésion (A) : un carcinome papillaire encapsulé avec un carcinome in situ extensif d'architecture massive et

cribriforme avec nécrose de grade intermédiaire et la lésion (B) : Un carcinome in situ extensif d'architecture massive, papillaire et cribriforme de grade intermédiaire. La patiente a été staffée en RCP avec décision de compléter la prise en charge par une hormonothérapie (RO positifs à l'IHC)

3. DISCUSSION

Le carcinome papillaire encapsulé du sein (ou carcinome papillaire intrakystique) est une néoplasie rare, touchant principalement les femmes ménopausées dans leur huitième décennie, souvent en région rétro-aréolaire [3,4].

L'OMS le définit comme une tumeur papillaire de bas grade à un grade modéré, entourée d'une capsule fibreuse dépourvue de cellules myoépithéliales. Alors que la 5e édition de la classification OMS classait systématiquement les formes agressives (haut grade, RO négatif, HER2+) en carcinomes invasifs, la 6-ème édition admet l'existence de rares CPE atypiques. Cette distinction est cruciale sur biopsie avant un traitement néoadjuvant. En cas de présentation inhabituelle, l'examen complet de la pièce opératoire, un avis d'expert et une discussion en comité pluridisciplinaire (RCP) sont indispensables, bien que la grande majorité des CPE restent de grade bas à intermédiaire et RO positifs. [5].

En l'absence d'effraction capsulaire, son pronostic est excellent et comparable à celui d'un carcinome canalaire in situ (CCIS), autorisant une simple excision chirurgicale [6,7]. Cependant, l'apparition d'une extension extracapsulaire ou d'un phénotype de haut grade (pléomorphisme nucléaire, mitoses accrues) requalifie la lésion en carcinome invasif, augmentant le risque de métastases ganglionnaires [8].

La détection préopératoire de cette invasion reste difficile. Si le carcinome apparaît classiquement bien circonscrit en mammographie, l'apparition de contours microlobulés ou spiculés doit alerter [9].

Des études récentes en échographie (107 cas) et en IRM (36 cas) démontrent que l'irrégularité des berges constitue le principal facteur prédictif indépendant d'invasion stromale [10].

Selon les recommandations de l'OMS, la prise en charge thérapeutique du CPE s'aligne sur celle du carcinome canalaire in situ (CCIS), reposant principalement sur une tumorectomie large ou une mastectomie simple, et associant un excellent pronostic avec une survie globale à 10 ans supérieure à 95 %. La place du traitement adjuvant par radiothérapie est formellement indiquée en cas de CCIS associé, en particulier après une chirurgie conservatrice, afin de juguler un risque de récurrence locale majoré d'environ 8,8 % et d'optimiser la survie globale. L'hormonothérapie adjuvante principalement avec le tamoxifène devrait être prescrite pour réduire le risque de récurrence locale en cas de récepteurs hormonaux positifs. En dépit de ces principes généraux, le traitement optimal reste controversé.

La biopsie du ganglion sentinelle (BGS) demeure débattue en raison du profil indolent et du faible taux de métastases. Néanmoins, la BGS doit être discutée en cas de suspicion d'invasion extracapsulaire franche, un haut grade nucléaire ou un phénotype triple négatif; à l'inverse, une microinvasion strictement intracapsulaire ne modifie pas le pronostic et permet de maintenir une stratégie thérapeutique superposable au CCIS [11].

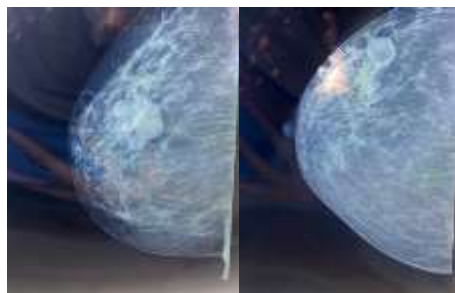


Figure 1 : Mammographie initiale



Figure 2 : Échographie mammaire

4. CONCLUSION

Le carcinome papillaire encapsulé (CPE) est une forme rare de cancer du sein dont la prise en charge de référence

repose le plus souvent sur un traitement conservateur. La nécessité d'un prélèvement du ganglion sentinelle axillaire est débattue. La radiothérapie et / ou une hormonothérapie adjuvante

sont à considérer dans les cas appropriés.

Globalement, le CPE présente un excellent pronostic et une survie à 10 ans très favorable, comparable à celle des autres carcinomes intracanaux.

5. REFERENCES

- [1] Harada, T. L., Uematsu, T., Nakashima, K., Sugino, T., Nishimura, S., Takahashi, K., Hayashi, T., & Tadokoro, Y. (2025). Encapsulated papillary carcinoma with invasion in the breast: A case report with imaging findings. *Radiology Case Reports*, 21(1), 314–319. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2025.09.086>
- [2] Molière, S., & Weingertner, N. (2022). Un « papillome atypique ». *Imagerie De La Femme*, 32(4), 99–102. <https://doi.org/10.1016/j.femme.2022.10.001>
- [3] Grabowski, J., Salzstein, S. L., Sadler, G. R., & Blair, S. (2008). Intracystic papillary carcinoma. *Cancer*, 113(5), 916–920. <https://doi.org/10.1002/cncr.23723>
- [4] Zhang, J., Zhang, T., Wu, N., Zhao, X., Wang, Q., Jiang, (2018). Intracystic papillary carcinoma of the breast: Experience of a major Chinese cancer center. *Pathology - Research and Practice*, 214(4), 579–585. <https://doi.org/10.1016/j.prp.2018.01.006>
- [5] Quinn, C., Tan, P.H., Allison, K.H., Brogi, and WCT Standing Editorial Board (2026), World Health Organization classification of tumours of the breast 6th edition 2026. *Histopathology*. <https://doi.org/10.1111/his.70149>
- [6] Collins, Laura C. MD*; Carlo, Victor P. MD*; Hwang, Intracystic Papillary Carcinomas of the Breast: A Reevaluation Using a Panel of Myoepithelial Cell Markers. *The American Journal of Surgical Pathology* 30(8):p 1002-1007, August 2006.
- [7] Esposito, N. N., Dabbs, D. J., & Bhargava, R. (2009). Are encapsulated papillary carcinomas of the breast in situ or invasive? *American Journal of Clinical Pathology*, 131(2), 228–242. <https://doi.org/10.1309/ajcp8a2uvlcygtpu>
- [8] Rakha E A, Varga Z, Elsheit S, Ellis I O (2015) *Histopathology* 66, 740–746. DOI: 10.1111/his.12591 High-grade encapsulated papillary carcinoma of the breast: an under-recognized entity
- [9] Sarah E Bonnet, Gloria J Carter, Wendie A Berg, Encapsulated Papillary Carcinoma of the Breast: Imaging Features with Histopathologic Correlation, *Journal of Breast Imaging*, Volume 2, Issue 6, November/December 2020, Pages 590–597, <https://doi.org/10.1093/jbi/wbaa068>
- [10] Zhou, J., Liu, C., Shi, Z., Li, X., Chang, C., Zhi, W., & Zhou, S. (2023). Application of ultrasound-based

radiomics models of breast masses to predict invasive components of encapsulated papillary carcinoma. Quantitative Imaging in Medicine and Surgery, 13(10), 6887–6898. <https://doi.org/10.21037/qims-22-1069>

- [11]. Changrong, W., Zhibo, Z., Jufeng, G., Hongju, Y., Feng, Y., & Jingjing, X. (2024). Encapsulated Papillary Carcinoma of the breast: A review of clinicopathologic characteristics, molecular mechanisms, and patient management. Cancer Control, 31, 10732748241299071. <https://doi.org/10.1177/10732748241299071>