



CARCINOME PAPILLAIRE INTRAKYSTIQUE DU SEIN : À PROPOS D'UN CAS

O. Baroud, D. El Karoini, K. Ikouch, S. Mahdaoui, H. Boufettal, N. Samouh

Service de gynécologie aile 8 CHU IBN ROCHD Casablanca

RÉSUMÉ :

Le Carcinome papillaire intra-kystique du sein est une entité très rare qui représente 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires, apanage de la femme âgée et dont le pronostic est généralement bon. Nous rapportons l'observation d'une patiente prise en charge dans notre structure pour carcinome papillaire intrakystique, pour lequel elle a bénéficié d'une chirurgie conservatrice avec une très bonne évolution.

Mots-clés : sein, Carcinome papillaire intra-kystique, ménopausée

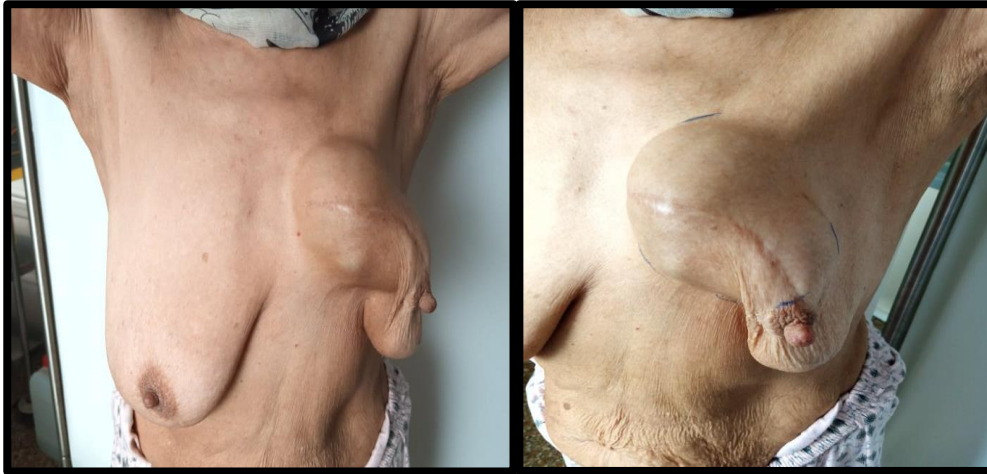
INTRODUCTION :

Le carcinome papillaire intrakystique (CPIK) est une entité très rare et représente 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires. Les lésions papillaires bénignes et malignes du sein sont distinguées par une étude immuno-histochimique [1, 2]. Le CPIK se caractérise généralement par une croissance lente avec un bon pronostic. À partir de l'histoire clinique d'une patiente de 74 ans prise en charge pour un carcinome papillaire intrakystique au service de Gynécologie Aile 8 du CHU Ibn Rochd de Casablanca, il nous a paru intéressant de rappeler les difficultés diagnostiques, les caractéristiques cliniques et paracliniques, le pronostic de ce type de tumeur de sein et d'en discuter les modalités de prise en charge.

PATIENT ET METHODES :

Mme B.L, âgée de 74ans, 4ème Geste 4ème Pare, ménopausée depuis 18ans, consulte pour un nodule du sein gauche augmentant de taille progressivement depuis 1an. L'examen clinique retrouve une masse prenant tout le sein gauche en le déformant, sans signes inflammatoire ni écoulement mamelonnaire (figures 1 et 2). La mammographie objective la présence d'une volumineuse masse, dense, homogène, de contours réguliers et polylobés; l'échographie mammaire trouve une volumineuse masse tissulaire gauche de 9,6/6/ 6,4 cm de forme ovale, à contours nets, hypo échogène, hétérogène, renfermant des plages kystiques. La biopsie au tru-cut a objectivé un carcinome mammaire in situ de type massif, de haut grade

cytologique sur le prélèvement examiné sans composante infiltrante. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie, adressée en extemporanée ; la réponse de l'anatomopathologiste est revenue en faveur d'une lésion papillaire dont la caractérisation ne pourrait se faire qu'après fixation. A l'étude histologique définitive, c'est un aspect morphologique et immunohistochimique en faveur d'un carcinome papillaire intra kystique sans foyer d'invasion avec des récepteurs hormonaux (RH) fortement positifs et un Ki67 à 10%. La patiente a bénéficié d'un traitement adjuvant à base d'hormonothérapie.



Figures 1 et 2 : photos cliniques de la masse du sein gauche



Figures 3 et 4: incidences mammographiques de face (figure3) et de profil (figure4) objectivant une volumineuse masse, dense ,homogène ,de contours réguliers et Polylobés

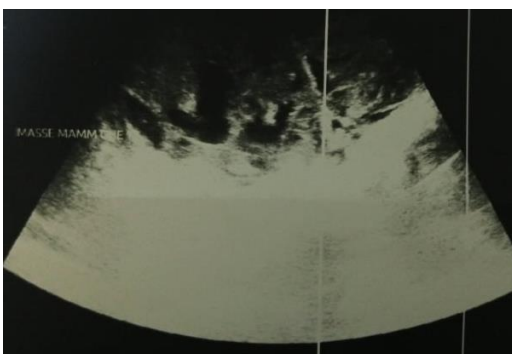


Figure 5 : Image échographique objectivant une volumineuse masse tissulaire gauche de forme ovale, à contours nets, hypo échogène, hétérogène, renfermant des plages kystiques et mesurant 9.6/ 6/ 6.4 cm

DISCUSSION :

Le CPIK est une tumeur mammaire maligne rare, représentant 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires. Il survient généralement après 40 ans avec une moyenne d'âge qui varie de 55 à 67 ans selon les auteurs. Dans la moitié des cas il est de siège central et plus précisément rétro-aréolaire, mais d'autres localisations ne sont pas rares. La taille tumorale varie d'un nodule infra-centimétrique jusqu'à une masse déformant tout le sein ce qui est le cas chez notre patiente [1].

Le signe radiologique classique sur la mammographie est une opacité à contours nets, bien circonscrite, ovale ou polylobée. À l'échographie, il se présente sous forme d'une masse kystique complexe avec une composante solide montrant un flux vasculaire sur le doppler couleur. L'imagerie par résonance magnétique du sein avec augmentation du contraste peut orienter le diagnostic en montrant le cloisonnement et les nodules muraux [2]. Ces caractéristiques radiologiques doivent faire suspecter cette forme rare de cancer du sein mais ne peuvent pas le confirmer.

La biopsie de la lésion intéressant la portion solide est généralement plus informative. L'étude macroscopique retrouve au sein d'un kyste à paroi épaisse et fibreuse une formation polylobée, friable et hémorragique. En microscopie, l'architecture tumorale est papillaire le plus souvent avec un aspect cribriforme. Le diagnostic d'une invasion stromale est difficile [3].

La stratégie thérapeutique peut varier d'une chirurgie mammaire conservatrice avec exérèse large, à un traitement radical selon la taille de la tumeur, insuffisance des marges, la récurrence et le désir de la patiente. La chirurgie ganglionnaire axillaire est à éviter pour épargner aux patientes la morbidité du curage axillaire ; La biopsie du ganglion sentinelle peut présenter une excellente alternative pour l'évaluation ganglionnaire en cas de carcinome invasif associé [4]. Concernant le traitement adjuvant, 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 (CCIS) [5]. 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 récurrence locale en cas de récepteurs hormonaux positifs. En dépit de ces principes généraux, le traitement optimal du CPIK reste controversé [6].

Le CPIK est caractérisé généralement par une croissance lente avec un très bon pronostic comparativement aux autres carcinomes intra-canaux.

CONCLUSION :

Le carcinome mammaire intra-kystique représente une entité particulière des cancers du sein par sa survenue après l'âge de 40ans. Le couple écho-mammographie est le maître examen diagnostique. Le diagnostic est confirmé par une microbiopsie de la portion charnue avec étude immunohistochimique. La base du traitement est la mastectomie ou une tumorectomie conservatrice du sein. La radiothérapie et / ou une hormonothérapie adjuvantes sont à considérer dans les cas appropriés. CPIK est d'évolution lente avec un bon pronostic.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Ait benkaddour Y, El Hasnaoui S, Fichtali K, Fakhir B, Jalal H, Kouchani M, Aboufalah A, Abbassi H. Intracystic papillary carcinoma of the breast: report of three cases and literature review. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2012;2012:979563. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Salem A, Mrad K, Driss M, Hamza R, Mnif N. Intracystic papillary carcinoma of the breast. *J Radiol.* 2009 Apr;90(4):515–518. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Andrés B, Aguilar J, Torroba A, Martínez-Gálvez M, Aguayo JL. Intracystic papillary carcinoma in the male breast. *Breast J.* 2003;9:249–250. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Grabowski J, Salzstein SL, Sadler GR, Blair S. Intracystic papillary carcinoma: a review of 917 cases. *Cancer.* 2008;113(5):916–920. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. 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. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. 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. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

