



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E  
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS  
Volume 17 Issue 1 Version 1.0 Year 2017  
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal  
Publisher: Global Journals Inc. (USA)  
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

## Carcinome Papillaire Mammaire Intra Kystique: A Propos De Deux Cas

By N. Abounouh, FZ. Belkouchi, F. Zidane, M. Yousfi, S. Amrani & S. Bargach

*University Faculty of Medicine Rabat*

**Résumé-** Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) du sein est une variante de carcinome intracanalair, il s'agit d'une lésion papillaire localisée dans un canal galactophore dilaté ou kystique. Ces lésions peuvent être de deux types : soit une lésion centrale unique, désigné sous le nom de carcinome papillaire intrakystique soit des lésions multifocales prenant naissance dans les lobules, connues comme variante papillaire du carcinome canalaire in situ. Le CPIK est rare et représente 0,5 à 1% des carcinomes mammaires[1,2]. Il est caractérisé par une croissance lente avec un bon pronostic. Cependant, l'attitude thérapeutique n'est pas bien codifiée, d'où le risque de traiter abusivement une telle lésion. A l'occasion de ces deux observations, nous rappelons les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette tumeur rare.

**Mots clés:** *carcinome papillaire intra kystique, diagnostic, traitement.*

**GJMR-E Classification:** *NLMC Code: WJ 190, WQ 400*



*Strictly as per the compliance and regulations of:*



© 2017. N. Abounouh, FZ. Belkouchi, F. Zidane, M. Yousfi, S. Amrani & S. Bargach. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>, permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

# Carcinome Papillaire Mammaire Intra Kystique: A Propos De Deux Cas

N. Abounouh <sup>α</sup>, FZ. Belkouchi <sup>σ</sup>, F. Zidane <sup>ρ</sup>, M. Yousfi <sup>ω</sup>, S. Amrani <sup>¥</sup> & S. Bargach <sup>§</sup>

**Résumé-** Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) du sein est une variante de carcinome intracanalair, il s'agit d'une lésion papillaire localisée dans un canal galactophore dilaté ou kystique. Ces lésions peuvent être de deux types : soit une lésion centrale unique, désigné sous le nom de carcinome papillaire intrakystique soit des lésions multifocales prenant naissance dans les lobules, connues comme variante papillaire du carcinome canalaire in situ. Le CPIK est rare et représente 0,5 à 1% des carcinomes mammaires[1,2]. Il est caractérisé par une croissance lente avec un bon pronostic. Cependant, l'attitude thérapeutique n'est pas bien codifiée, d'où le risque de traiter abusivement une telle lésion. A l'occasion de ces deux observations, nous rappelons les aspects diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs de cette tumeur rare.

**Mots clés:** carcinome papillaire intra kystique, diagnostic, traitement.

## I. INTRODUCTION

Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) du sein constitue une tumeur rare, dont l'incidence est de l'ordre de 0,5% à 1% des cancer du sein[1,2]. Son aspect anatomopathologique est caractéristique, il doit être différencié du carcinome canalaire in situ ou du carcinome invasif, qui lui sont parfois associés. Le pronostic du CPIK semble excellent dans sa forme isolé, mais la prise en charge thérapeutique n'est pas clairement établie.

## II. OBSERVATIONS

### Cas N° 1:

Il s'agit d'une patiente âgée de 70ans, hypertendue depuis 5ans sous traitement, 12<sup>ème</sup> geste 9<sup>ème</sup> pare (7 enfants vivants), ménopausée depuis plus de 10 ans, sans notion de prise de traitement hormonal substitutif, qui consulte pour un nodule du sein gauche de découverte fortuite à l'autopalpation sans signes inflammatoires en regard ni écoulement mamelonnaire. A l'examen on note la présence d'un nodule sus aréolaire à cheval entre les deux quadrants supérieurs du sein gauche, bien limité, dur, mobile par rapport aux plansprofond et superficiel, de 2cm de diamètresans anomalies cutanées ou mamelonnaires associées.

Une mammographie bilatérale réalisée, met en évidence des seins de densité glandulo-graisseuse classée ACR2. Puis en rétroaréolaire du sein gauche on

note la présence d'une opacité dense, arrondie, de contours irréguliers, avec un aspect de "queue de comète", et présence de microcalcifications pléomorphe, éparses bilatérales sans regroupement suspect, sans distorsion architecturale ni épaissement cutané (figure1).

L'échographie mammaire retrouve cette formation tissulaire au niveau de la jonction des deux quadrants supérieurs, à 10mm du mamelon et 4mm du plan cutané, hypoéchogène, hétérogène, de contours irréguliers, contenant des foyers kystiques, sans atténuation postérieure et mesurant 17mm/ 16mm (figure2).

Une extemporanée, montre macroscopiquement un foyer d'allure kystique mesurant 1,6 ×1.3 ×1cm à contenu plein charnu, de couleur blanc grisâtre et à paroi épaisse. Ce foyer est situé à ras de la limite d'exérèse la plus proche. L'examen anatomopathologique montre une prolifération carcinomateuse délimitée par une capsule fibreuse épaisse. Cette prolifération est faite de massifs solides comportant des axes fibreux et composés de cellules assez monomorphes aux noyaux aux atypies faibles et hyperchromatiques, avec des figures de mitoses estimées à environ 7mitoses/10 champs au grossissement 40. Il n'a pas été vu de composante intracanalair ni embole vasculaire péri-tumoral. Cette lésion est située à ras de l'une des limites de résection chirurgicales (figure3, figure4).

Une étude immuno-histochimique réalisée montre:

-Anticorps anti-P63 (clone 4A4, Cell Marque): Négatif.  
-Anticorps anti-CK14 (Clone L.L002, Cell Marque): Négatif.

Ces aspects sont ceux d'un carcinome papillaire de bas grade dans sa forme solide encapsulé.

Vue l'âge de la patiente, l'absence d'imagerie par résonance magnétique renseignant sur la présence d'éventuels foyers de carcinome in situ ou carcinome micro-invasif, ainsi que des limites de résection chirurgicale marginale, la patiente a bénéficié dans un deuxième temps d'une mastectomie avec curage ganglionnaire.

L'examen anatomopathologique de la pièce chirurgicale a révélé la présence d'un micro foyer de carcinome intracanalair de haut grade avec nécrose, sans éléments invasifs ni embolovasculaires, avec absence d'atteinte ganglionnaire.

*Author α σ ρ ω ¥ §: Service Gynéco-Obstétrique, oncologie et Grossesse à haut risque Maternité Souissi. Rabat. Maroc.  
e-mail: abounouh85@gmail.com*

L'évaluation immuno-histochimique des récepteurs hormonaux a montré:  
 Des récepteurs oestrogénique: positifs  
 Des récepteurs progestéroniques: positifs

Un Hercept test: négatif.

Par ailleurs la patiente a bénéficié d'un traitement adjuvant à base d'hormonothérapie (tamoxifène).



Figure 1: Mammographie cliché de profil et de facedu sein gauche montrant une opacité dense arrondie rétroaréolaire du sein gauche

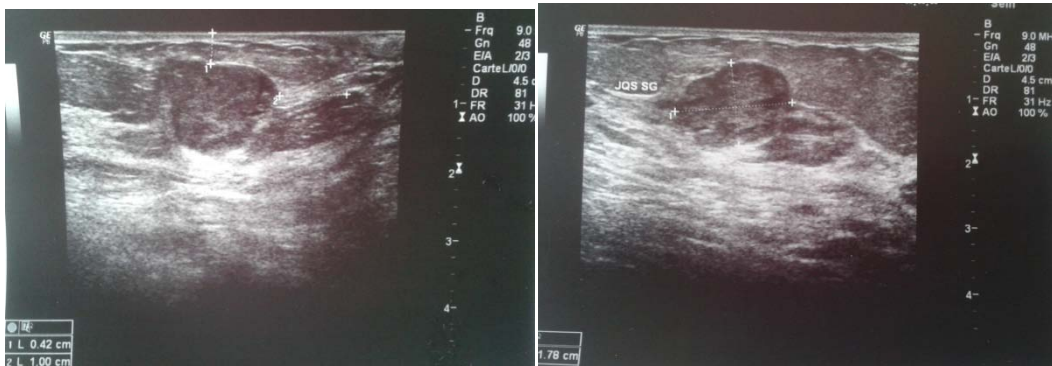


Figure 2: Image échographique d'une formation hétérogène à double composante Tissulaire et kystique

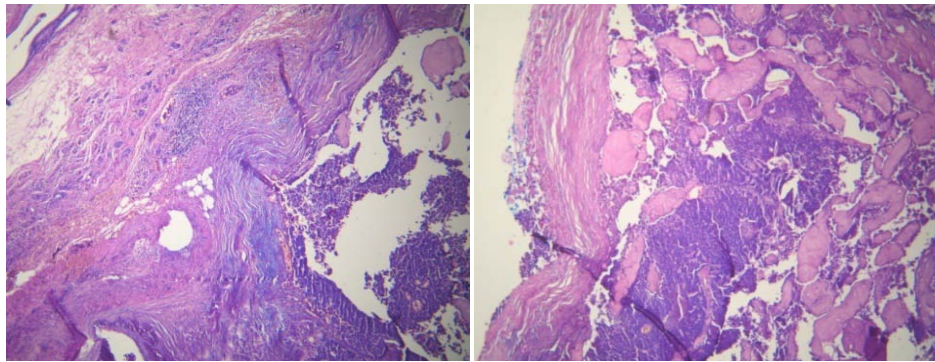


Figure 3: (Gx10)Img 0127, 0129, 0146 :Prolifération tumorale Carcinomateuselimitée par une capsule épaisse fibreuse

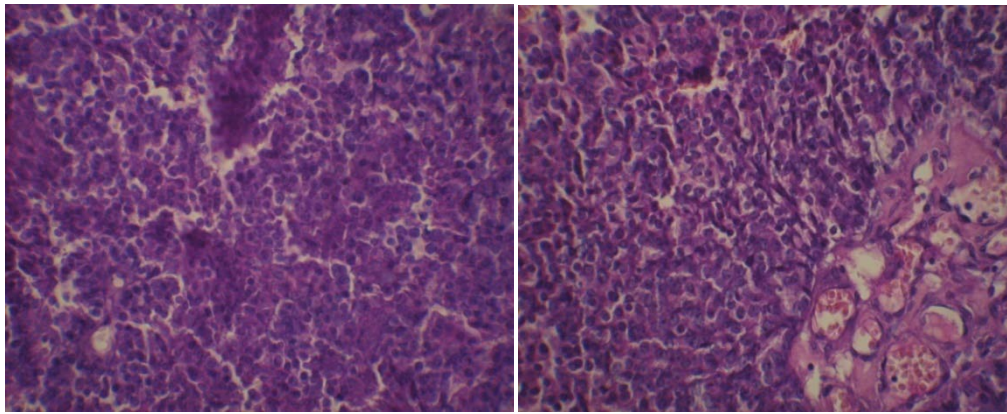


Figure 4: (Gx40)Img 0139, 0153:Population cellulaire monomorphe peu atypique autour d'un axe fibreux et vasculaire

Cas N° 2:

Il s'agit de Mme B.Y âgée de 56ans, hypertendue depuis 1an sous traitement, nulligeste nullipare , veuve, toujours réglée, consultant pour un nodule du sein droit apparu dans les suite d'un traumatisme direct, sans signes inflammatoires en regard ni écoulement mamelonnaire.

A l'examen clinique, on note la présence d'un nodule au niveau de la jonction des deux quadrants externes du sein droit, se prolongeant en rétroaréolaire, de 3cm×1.5cm de diamètre, dur, mobile par rapport aux plans profond et superficiel, sans signes inflammatoire en regard ni rétraction cutanée, ou écoulement mamelonnaire. Les aires ganglionnaires sont libres.

Une mammographie bilatérale met en évidence la présence en rétro-mamelonnaire et quadrant inféro-externe du sein droit, d'une opacité floue, spiculée d'environ 3cm de diamètre. Sans distorsion architecturale ni épaissement cutané (figure 5).

L'échographie révèle la présence en rétroaréolaire et quadrant inféro-externe du sein droit, d'un nodule tissulaire, hétérogène mal limité de 32mm de diamètre. Sans adénopathies visibles (figure 6).

La patiente a été opérée. Une extemporanée réalisée est revenu en faveur d'un processus malin, et complétée par une mastectomie avec curage ganglionnaire.

L'examen histologique a montré une prolifération tumorale correspondant à une prolifération carcinomateuse papillaire encapsulée dans sa variante solide de grade intermédiaire, faite de cellules assez monomorphe aux noyaux avec atypies hyperchromatiques, nettement anisocaryotiques, et nucléolées avec des figures de mitose s'agencant en massifs cribriformes ou compacts. Une capsule fibreuse et épaisse délimite cette prolifération et s'invagine profondément dans celle-ci. On y observe par ailleurs quelques rares foyers de carcinome micro-invasifs et extra-capsulaires avec présence de foyers de carcinome in situ minime de grade intermédiaire , sans nécrose et sans embolie vasculaire péri tumoral évident. Aucun des ganglions du curage axillaire n'est métastatique.

La patiente a reçu une radiothérapie adjuvante avec une bonne tolérance clinique.



Figure 5: Mammographie cliché de profil et de face montrant une opacité floue, arrondie spiculée rétroaréolaire du sein droit



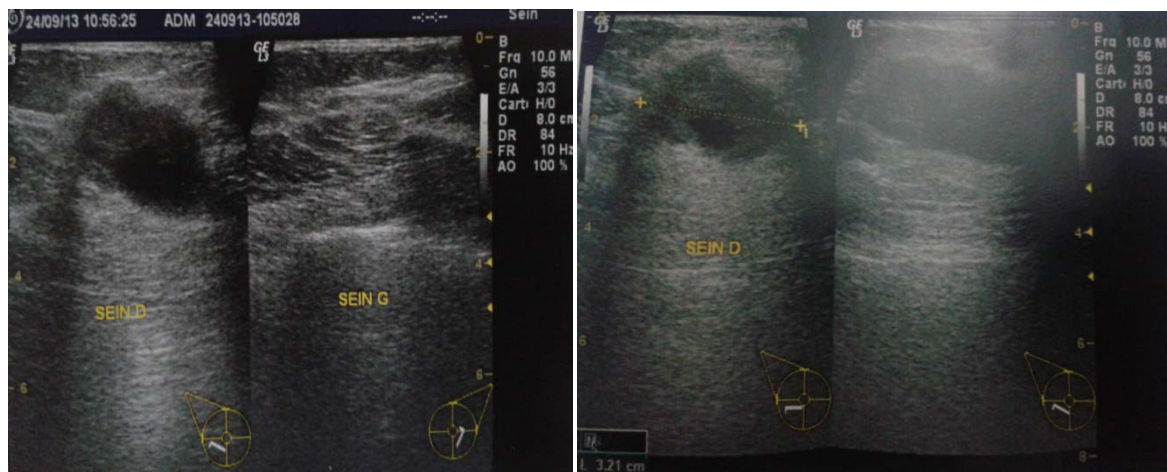


Figure 6: Aspect échographique d'un nodule tissulaire, hétérogène, rétroaréolaire du sein droit.

### III. DISCUSSION

Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) est une entité particulière du cancer du sein. C'est une tumeur canalaire maligne rare qui représente 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires[1,2]. Il peut apparaître isolé ou associé en périphérie à un carcinome canalaire in situ ou carcinome invasif [1]. L'âge moyen de découverte varie de 55 ans à 67ans selon les auteurs[2,3]. Il est caractérisé généralement par une croissance lente avec un bon pronostic[3].

Cliniquement la tumeur se révèle par une masse centrale, plus précisément dans la région rétroaréolaire, comme c'est le cas pour nos deux patientes. La taille tumorale varie de 1 à 14cm. La tumeur peut aussi se manifester par un écoulement mamelonnaire sanglant, et dans certains cas, elle peut rester asymptomatique et se révèle lors d'une mammographie systématique. Dans notre deuxième observation la masse s'est révélée suite à un traumatisme. L'atteinte ganglionnaire est rare[2,4].

A la mammographie le CPIK apparait généralement comme une opacité ronde, ovale ou lobulaire. Les contours sont généralement nets, bien circonscrits mais peuvent être cachés ou indistincts par endroits, observés sur la mammographie de notre patiente. Les contours spiculés sont rares[5,6].

L'échographie mammaire révèle la présence d'une masse kystique complexe avec une composante solide nodulaire, avec des échos postérieurs traduisant des hémorragies spontanées. Le mode doppler met en évidence une vascularisation riche, centrale avec de nombreux vaisseaux intra-muraux traversant la portion solide de la masse[2,6,7,8,].

L'imagerie par résonance magnétique est sensible, elle permet d'orienter le diagnostic en montrant le cloisonnement et les nodules muraux, mais reste non spécifique dans le diagnostic des tumeurs papillaires[2,6].

La biopsie de la lésion intéressant la portion solide est généralement informative. L'examen macroscopique retrouve une formation arrondie, ou polylobé, friable et hémorragique limitée par une capsule fibreuse et épaisse[3,7].

En microscopie l'architecture tumorale est papillaire, la lésion est habituellement localisée dans un canal kystique, elle est caractérisée par une arborescence fibro-vasculaire grêle dépourvue d'une couche de cellules myoépithéliales, et une prolifération épithéliale néoplasique présentant les caractéristiques morphologiques d'un carcinome canalaire in situ(CCIS) de bas grade nucléaire[9,10]. Plus rarement, comme dans notre 2ème cas clinique, le contingent épithélial présente des caractéristiques d'un CCIS de grade intermédiaire ou de haut grade. On peut également retrouver un CCIS dans le tissu mammaire adjacent. En périphérie des carcinomes papillaires intrakystiques, on note fréquemment un entrappement des structures épithéliales dans la paroi fibro-hyaline à l'origine des aspects pseudo infiltrants. On parle de carcinome infiltrant associé à un carcinome papillaire intrakystique lorsqu'il existe une infiltration du tissu mammaire à l'extérieur de la paroi du carcinome papillaire intrakystique[9,10].

La stratégie thérapeutique reste variable vue la rareté de ce type de carcinome mammaire. En générale le pronostic du CPIK dans sa forme isolée apparait excellent quel que soit le type de l'intervention. La chirurgie mammaire conservatrice reste la plus utilisée. Carter et al.[11] à partir d'une série de 7 cas de CPI isolés, ayant été traités par une tumorectomie, n'ont pas observé de récurrence locale après un suivi de 7ans. L'absence de métastases ganglionnaires axillaires dans l'étude de Baron et al. [12] et celle de Harris et al. [13] combiné à l'absence de récurrence, suggèrent que le traitement de choix d'un CPI isolé est une tumorectomie élargie. Néanmoins, dans certains cas, la mastectomie peut être proposée (les grosses tumeurs, insuffisance des marges, la récurrence et les préférences de la

patiente)[2,14] ce qui est le cas pour nos deux patientes ayant bénéficié d'un Patey. Aucune association entre le taux de récurrence locale et le type de chirurgie n'a été démontré[2]. Les métastases ganglionnaires restent exceptionnelles.

La biopsie du ganglion sentinelle peut présenter une excellente alternative pour l'évaluation ganglionnaire en cas de carcinome invasif associé[1].

Le rôle du traitement adjuvant reste controversé. Cependant de nombreuses études recommandent la radiothérapie chez les jeunes femmes de moins de 50ans, et dans les formes associées à un carcinome canalaire in situ [15] ce qui est le cas pour notre deuxième patiente.

La chimiothérapie n'est pas obligatoire. L'hormonothérapie est principalement prescrite pour réduire le risque de récurrence locale en cas de récepteurs hormonaux positifs, nous avons mis notre patiente sous tamoxifène. En dépit de ces principes généraux, le traitement optimal du CPIK reste controversé[16].

#### IV. CONCLUSION

Le carcinome papillaire intra kystique est une entité particulière et rare du cancer du sein. Son pronostic est excellent dans sa forme isolée. Le diagnostic est évoqué à l'échographie puis confirmé par l'examen histopathologique et immuno-histochimique. La prise en charge thérapeutiques reste variable, néanmoins le traitement reste conservateur en l'absence de composante infiltrante.

#### REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

1. C. C. Solorzano, L. P. Middleton, K. K. Hunt et al., "Treatment and outcome of patients with intracystic papillary carcinoma of the breast," *American Journal of Surgery*, vol. 184, no. 4, pp. 364–368, 2002.
2. Aitbenkaddour 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.
3. Salem A, Mrad K, Driss M, Hamza R, Mnif N. Intracystic papillary carcinoma of the breast. *JRadiol*. 2009 Apr; 90(4): 515-518.
4. M. Muttarak, A. Samwangprasert, and B. Chaiwun, "Intracystic papillary carcinoma of the breast," *Biomedical Imaging and Intervention Journal*, vol. 1, no. 1, article 52, 2005.
5. Liberman L, Feng T L, Susnik B. Intracystic papillary carcinoma with invasion. *Radiology* 2001; 219: 781-4.
6. W. W. M. Lam, A. P. Y. Tang, G. Tse, and W. C. W. Chu, "Radiology-pathology conference: papillary carcinoma of the breast," *Clinical Imaging*, vol. 29, no. 6, pp. 396–400, 2005.
7. M. Larribe, J. Thomassin-Piana, A. Jalaguier-Coudray, *Cancers mammaires de forme ronde : corrélations imagerie-anatomopathologie*, *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*, Volume 95, Issue 1, January 2014, Pages 40-50.
8. M. J. Brookes and A. G. Bourke, "Radiological appearances of papillary breast lesions," *Clinical Radiology*, vol. 63, no. 11, pp. 1265–1273, 2008.
9. Gaëtan MacGrogan, *Pièges diagnostiques en pathologie mammaire. Cas no 1. Carcinome canalaire in situ (CCIS) de bas grade nucléaire, d'architecture papillaire, micropapillaire et cribriforme*, *Annales de Pathologie*, Volume 29, Issue 3, June 2009, Pages 188-193.
10. Gaëtan MacGrogan [1], Isabelle de Mascarel [1], Corinne Soubeyran [1], Henriquès [2], Barreau [2], Christine Dilhuydy [2], Tunon de Lara [3], Bussiès [3], Coindre, *Approche diagnostique dans les lésions papillaires du sein*, *Annales de Pathologie Vol 23, N° 6 - décembre 2003* pp. 601-610.
11. D. Carter, S. L. Orr, and M. J. Merino, "Intracystic papillary carcinoma of the breast: after mastectomy, radiotherapy or excisional biopsy alone," *Cancer*, vol. 52, pp. 14–19, 1983.
12. M. Baron, J.M. Ladonne; B.Resch, J.D'Anjou. *Traitement du carcinome papillaire intrakystique du sein*, *Imagerie de la Femme Vol 12, N° 3 2002*; pp. 209-211
13. KP. Harris, EC. Faliakou, DJ. Exon, *Treatment and outcome of intracystic papillary carcinoma of the breast*, *Br J Surg* 1999; 86: 1274.
14. Abderrahman El mazghi1, & Touria Bouhafa1, Kaoutar Loukili1, Hanan El kacemi2, Issam Lalya3, Taieb Kebdani2, Khalid Hassouni1, *Carcinome papillaire intra-kystique du sein: à propos de trois cas*. *pamj.2014.18.207.4519*.
15. O. M. Fayanju, J. Ritter, W. E. Gillanders et al., "Therapeutic management of intracystic papillary carcinoma of the breast: the roles of radiation and endocrine therapy," *American Journal of Surgery*, vol. 194, no. 4, pp. 497–500, 2007.
16. 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.

