



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/12761
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12761>



RESEARCH ARTICLE

KYSTE MALIN DU SEIN : UN DIAGNOSTIC A GARDER EN TETE MALIGNANT BREAST CYST: A DIAGNOSIS TO KEEP IN MIND

K. Imrani, Y. ElHarras, S. Amalik, H. Jerguigue, R. Latib and Y. Omor

Service de Radiologie. Institut National d'Oncologie, Université Mohammed V, RABAT.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 February 2021

Final Accepted: 24 March 2021

Published: April 2021

Key words:-

Breast Cyst, Ultrasound, Mammography

Abstract

Most breast cysts are benign, but sometimes they can be malignant indicating a microbiopsia with histological study. They must be characterized by mammography and ultrasound in order to guide management. We report the case of a 47-year-old woman with a large left breast cyst whose histological study was in favour of breast carcinoma.

Copy Right, IJAR, 2021.. All rights reserved.

Introduction:-

Les masses kystiques du sein sont les lésions mammaires les plus fréquentes chez la femme. Ces kystes sont soit découverts par l'autopalpation d'une masse souvent molle, rénitente, mobile, sensible et parfois douloureuse, ou diagnostiqués fortuitement par l'imagerie lorsqu'ils sont asymptomatiques. Bien que la grande majorité de ces lésions puissent être considérées comme des kystes simples bénins, nécessitant une intervention uniquement pour soulager les symptômes, les masses kystiques complexes nécessitent une biopsie. Néanmoins, les kystes compliqués sont également une entité difficile à diagnostiquer [1].

Observation Clinique:-

Femme de 47 ans, sans antécédent particulier, qui consulte pour une masse mammaire du sein gauche augmentant progressivement de volume depuis 6 mois. L'examen clinique trouve une masse du quadrant supéroexterne du sein gauche mesurant 11 cm de diamètre. Une mammographie a été réalisée montrant une masse dense du quadrant supéroexterne du sein gauche, de forme ronde, à contours circonscrits, sans microcalcifications, ni épaissement cutané en regard (Figure 1).

L'échographie mammaire a montré une volumineuse lésion kystique du sein gauche, à paroi épaisse, à contenu hétérogène, renfermant des bourgeons tissulaires vascularisés au doppler couleur (Figure 2). Il n'y avait pas d'adénopathies axillaires. Une ponction évacuatrice du kyste a été faite dans un premier temps ramenant du liquide hématique, suivie d'une microbiopsie d'un bourgeon tissulaire et de la paroi du kyste à l'aide d'un pistolet automatique 14G (Figure «3»). Les prélèvements comportaient 7 carottes de 0,5 à 0,8 cm de grand axe. À l'examen histologique, ils agissaient d'un carcinome mammaire de type non spécifique (OMS 2019) de Grade III de SBR modifié par Ellis et Elston. Les récepteurs hormonaux oestrogéniques étaient négatifs, il n'y avait pas de surexpression de HER2 et les récepteurs progestéroniques présentaient une positivité faible à modérée de 3% des cellules tumorales. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie suivie d'une radiochimiothérapie adjuvante. Les suites post thérapeutiques étaient simples. La patiente a été revue en consultation 6 mois après et l'examen clinique ne montrait pas de signe de récurrence.

Corresponding Author:- K. Imrani

Address:- Service de Radiologie. Institut National d'Oncologie, Université Mohammed V, RABAT.

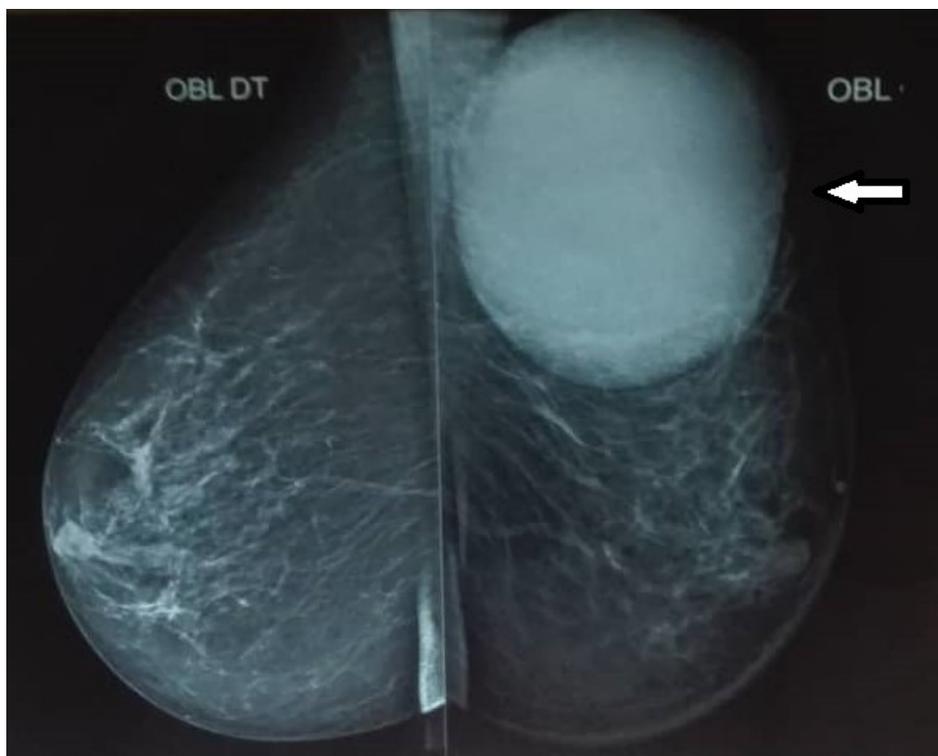


Figure 1:- Mammographie bilatérale montrant une masse dense du quadrant supéroexterne du sein gauche, de forme ronde, à contours circonscrits.

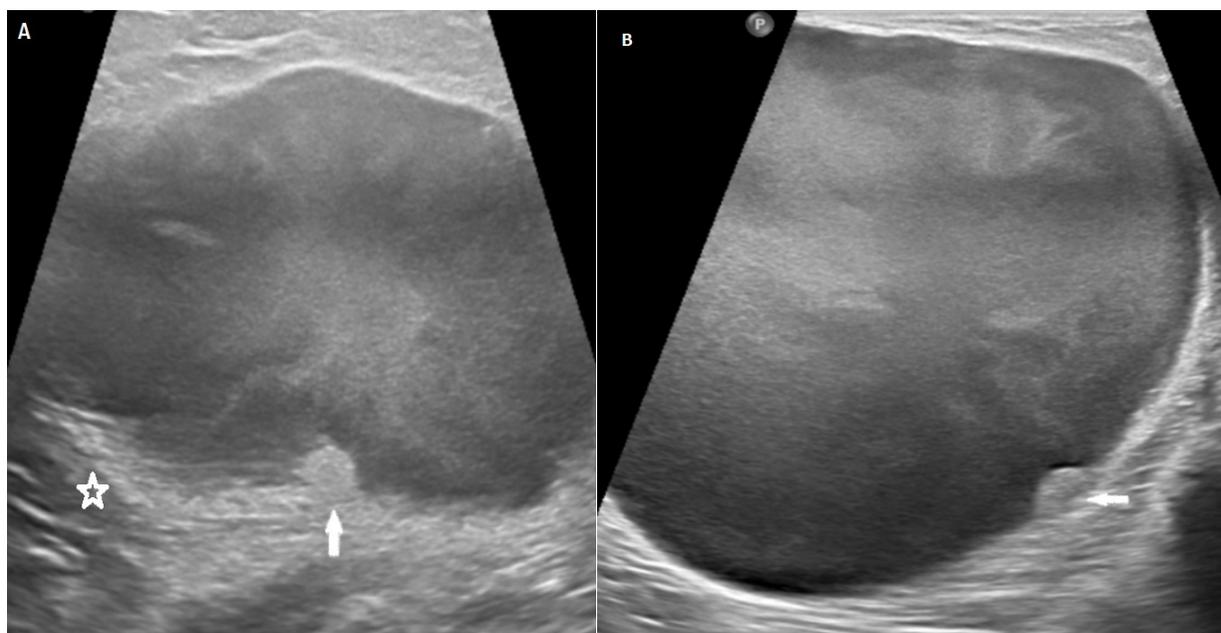


Figure 2:- Echographie mammaire du sein gauche montrant une masse kystique hétérogène du quadrant supéroexterne au rayon de 2H à 2cm du mamelon, de forme ronde, à contours circonscrits, à paroi épaisse, renfermant un bourgeon tissulaire de 5mm.

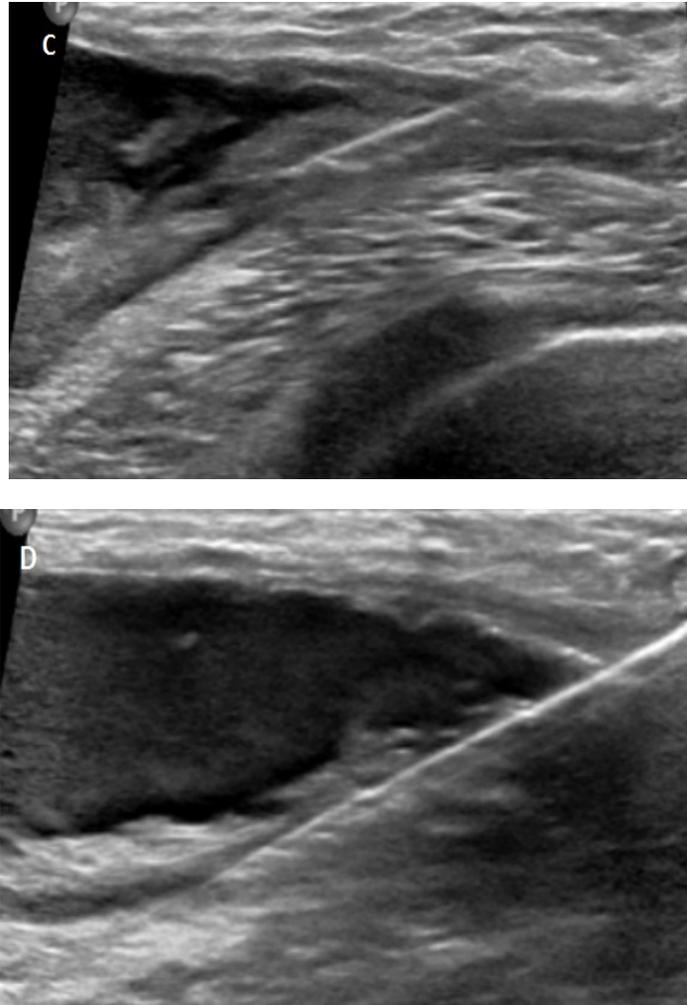


Figure 3:- Biopsie du bourgeon tissulaire (A) et de la paroi du kyste (B) après ponction évacuatrice sub-totale du kyste.

Discussion:-

Un kyste mammaire se traduit radiologiquement par une masse, circonscrite, bien limitée à prédominance liquidienne. L'examen clinique ne permet rarement d'orienter le diagnostic vers la nature liquidienne, solide ou mixte d'un nodule palpé [2].

Il n'est bien évidemment pas toujours contributif dans les lésions infra cliniques, d'où l'intérêt de l'imagerie, notamment le couple échographie mammographie. Bien que la mammographie soit l'examen de référence en sénologie, elle ne peut pas différencier la nature solide ou liquidienne d'une masse [3].

En revanche, l'échographie mammaire a une grande sensibilité dans la distinction entre kyste et masse solide. Elle est également utile pour caractériser un kyste atypique qui pourrait s'avérer malin par la suite.

En 2003, l'American College of Radiology (ACR) a proposé un atlas de classification ACR/BI-RADS, qui fut révisé en 2013. Cela a permis l'évaluation du risque de malignité des kystes mammaires [4,5].

On distingue 3 types de kystes : les kystes simples, les kystes compliqués et les kystes complexes.

Les kystes simples correspondent à une image anéchogène pure à paroi fine et possédant un renforcement postérieur. Ils sont classés ACR 2 et ne nécessitent aucun autre examen complémentaire [6].

Les kystes compliqués ont l'aspect d'un kyste simple mais avec un contenu finement échogène homogène. Ils sont dit probablement bénins et classés ACR 3. Il est habituel de réaliser un prélèvement plutôt qu'une simple surveillance échographique rapprochée, vu leurs caractères souvent rapidement évolutif [7].

Les kystes complexes sont rares mais suspects de malignité, ils sont classés ACR 4, et indiquent toujours une biopsie [4]. Sur la mammographie, ils peuvent présenter des contours indistincts, une densité plus élevée que le parenchyme environnant ou des calcifications suspectes. A l'échographie, ces kystes présentent un ou plusieurs caractères suspects tels qu'une paroi épaisse ($> 0,5$ mm), des cloisons épaisses ($> 0,5$ mm) ou une composante solide. L'association de deux ou plus de ces signes est très suspect de malignité. Parfois il est un peu difficile de distinguer les kystes complexes des masses intra ductales, mais ces dernières sont généralement plus tubulaires. Rarement, une hémorragie intra kystique peut produire un niveau de débris liquides et masquer la malignité sous-jacente [1,2].

A l'IRM mammaire, les kystes complexes avec portion solide présentent un rehaussement rapide, intense, en plateau ou avec lavage de la portion charnue. La paroi du kyste a tendance à être nodulaire, indistincte / ou irrégulière [1].

En cas de kyste complexe suspect avec portion solide, la biopsie percutanée est indiquée pour obtenir une étude histologique de cette composante [4].

En pratique courante, les prélèvements mammaires percutanés avec guidage échographique sont les plus utilisés puisque cet examen est non irradiant et la durée d'exécution est relativement rapide, pour un coût modéré [3,5].

Un bon examen clinique avec bilan sérologique complet, adapté à la situation, sont toujours réalisés avant le geste. Le radiologue doit vérifier que la lésion ciblée est clairement identifiable et qu'elle concorde avec d'éventuelles autres anomalies cliniques, mammographiques et/ou à l'IRM. Informer la patiente du déroulement du geste est primordial, il faudra également expliquer les bénéfices attendus, et la conduite à tenir en fonction des résultats histologiques [4,5].

Cette technique reste précise puisque l'on visualise en temps réel la progression de l'aiguille avec vérification du caractère intralésionnel des prélèvements dans deux plans orthogonaux. Même pour une topographie profonde ou du prolongement axillaire, cette technique permet un accès à l'ensemble de l'aire mammaire [5].

Le diamètre des aiguilles destinées à la biopsie varie de 18 à 14 Gauge. L'exactitude du diagnostic augmente avec le calibre de l'aiguille et le débattement dans le sein. En pratique courante, il serait mieux d'utiliser une aiguille de 14 G avec un débattement d'environ 2 cm. Les pistolets entièrement automatiques offrent la meilleure qualité des prélèvements [5,6,7].

Un produit d'anesthésie locale est d'abord injecté, puis l'aiguille est introduite. Sa progression jusqu'à la lésion est constamment contrôlée. Une fois l'aiguille parvenue à la lésion, un ou plusieurs prélèvements de tissu sont effectués. En moyenne, la plupart des équipes réalisent trois prélèvements. Il faut cependant s'adapter à plusieurs éléments notamment la qualité du trajet intra lésionnel de l'aiguille, la taille de la masse, le caractère intact ou fragmenté des prélèvements ainsi que leur densité. Enfin, l'aiguille est retirée et les tissus récupérés pour étude histologique [7,8].

Une aspiration à l'aiguille fine est d'usage en cas de problème diagnostique entre un kyste compliqué et une masse complexe avec composante kystique prédominante. En effet le caractère transfixiant de la biopsie peut être à l'origine de faux négatifs en étudiant uniquement le tissu parenchymateux situé en avant ou en arrière de la zone kystique à évaluer [9].

Quatre types de résultats peuvent être retrouvés au décours de la cytologie : non contributif, bénin, atypique ou malin. Si le kyste est bénin, on recommande un contrôle clinique à 4-6 mois. Pour les trois autres situations, il faut réaliser une biopsie. Si le liquide prélevé est purulent il doit faire l'objet d'une analyse bactériologique. Si le liquide prélevé est hémorragique, une analyse cytologique doit être réalisée [8,10].

En cas de kyste mammaire complexe ou suspect, le traitement dépendra du résultat de l'étude histologique. Si la malignité est confirmée, le traitement reposera sur la chirurgie suivie d'une radio-chimiothérapie adjuvante [9].

Conclusion:-

Les kystes mammaires sont fréquents et souvent découverts par l'autopalpation ou fortuitement. L'échographie mammaire permet de caractériser ces kystes et de les classer en trois catégories : les kystes simples, les kystes compliqués et les kystes complexes. Ce dernier indique un prélèvement par cytologie ou biopsie. Le choix de la technique de guidage est fonction du type lésionnel en privilégiant les techniques aisées et confortables pour la patiente.

Déclaration de liens d'intérêts:

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

References:-

- [1] : Berg WA, Sechtm AG, Marques H, Zhang Z. Cystic breast masses and the ACRIN 6666 experience. *Radiol Clin North Am* 2010;48:931—87.
- [2]: C. Uzan, J.-Y. Seror, J. Seror. Exploration d'un syndrome kystique mammaire : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2015) 44, 970—979
- [3]: Spangler ML, Zuley ML, Sumkin JH, Abrams G, Ganott MA, Hakim C, et al. Detection and classification of calcifications on digital breast tomosynthesis and 2D digital mammography: a comparison. *AJR Am J Roentgenol* 2011;196:320—4.
- [4] D'Orsi CJSE, Mendelson EB, Morris EA, et al. ACR BI-RADS ultrasound. In: ACR breast imaging reporting and data system, breast imaging atlas. Reston, Va: American College of Radiology; 2013.
- [5] Chang YW, Kwon KH, Goo DE, Choi DL, Lee HK, Yang SB. Sonographic differentiation of benign and malignant cystic lesions of the breast. *J Ultrasound Med* 2007;26:47—53.
- [6] . Hines N, Slanetz PJ, Eisenberg RL. Cystic masses of the breast. *AJR Am J Roentgenol* 2010;194:122—33.
- [7] Recommandations pour la Pratique Clinique: Saint Paul de Vence 2007 «cancers du sein».
- [8] 24 Lamb PM, Perry NM, Vinnicombe SJ, et al. Correlation between ultrasound characteristics, mammographic findings and histological grade in patients with invasive ductal carcinoma of the breast. *Clin Radiol* 2000;55(1):40—4.
- [9] Tea MK, Grimm C, Heinz-Peer G, Delancey J, Singer C. The predictive value of suspicious sonographic characteristics in atypical cyst-like breast lesions. *Breast* 2011;20:165—9.
- [10] M. Boisserie-Lacroix, M. Asad-Syed, G. Hurtevent-Labrot, J. Chopier. Prélèvements mammaires percutanés. *EMC - Gynécologie Volume 8 > n°1 > janvier 2013.*