



RESEARCH ARTICLE

CARCINOME PAPILLAIRE INTRA-KYSTIQUE DU SEIN: QUELLE INDICATION DE LA RADIOTHERAPIE? A TRAVERS UN CAS CLINIQUE ET UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Fz. Farhane, Z. Alami, W. Hassani and T. Bouhafa

Service de Radiothérapie, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 March 2022

Final Accepted: 30 April 2022

Published: May 2022

Key words:-

Carcinome Papillaire Intrakystique,

Traitement Adjuvant, Radiothérapie.

Abstract

Le Carcinome papillaire intra-kystique (CPIK) du sein est une entité très rare et représente 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires. Il se caractérise généralement par une croissance lente avec un bon pronostic. Sa prise en charge thérapeutique n'est pas consensuelle, notamment la place de la radiothérapie après chirurgie. Nous présentons ici le cas d'une patiente présentant un CPIK pure du sein traité par une chirurgie conservatrice suivie d'une radiothérapie adjuvante tout en rapportant une revue de la littérature dans le but de discuter la place de la radiothérapie dans le traitement adjuvant de ce type de carcinome mammaire.

Copy Right, IJAR, 2022,. All rights reserved.

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 très difficiles à distinguer sur la cytologie d'où la nécessité d'une étude histologique complétée par l'immuno-histochimie [1,2]. Compte tenu de la rareté de la maladie et de l'absence d'accord en termes de classification histologique, il n'existe pas de consensus général sur la prise en charge des patients atteints de ce type de pathologie. Malgré ces incohérences, et compte tenu de son évolution indolente, l'OMS recommande de les classer, et donc de les prendre en charge, en tant que Tis (carcinomes in situ), tant qu'ils n'ont pas de composante invasive manifeste [3,4,5]

Nous présentons ici le cas d'une patiente présentant un CPIK pure du sein avec une revue de la littérature dans le but de discuter la place de la radiothérapie dans le traitement adjuvant de ce type de carcinome mammaire

Patient Et Observation:-

Il s'agit d'une patiente de 49 ans, G8P7, ménopausée, qui a consulté suite à l'apparition d'un écoulement mamelonnaire du sein droit évoluant depuis 1 an. A l'examen clinique on note l'issu d'un écoulement mamelonnaire de vieux sang uni pore à 11h sans nodule palpable. Les aires ganglionnaires axillaires étaient libres. Les résultats de la mammographie et de l'échographie mammaire ont objectivé une masse tissulaire endo canalaire de 4,5x9mm échogène et avasculaire sur le doppler, sur le rayon de 10h à 1,5 cm du mamelon classée ACR4. L'examen anatomopathologique de la Micro biopsie a objectivé un aspect histologique et immunohistochimique en faveur d'un papillome. La patiente a bénéficié par la suite d'une tumorectomie. A l'étude histologique définitive, c'est un aspect morphologique et immunohistochimique en faveur d'un carcinome papillaire intra kystique sans foyer d'invasion ni carcinome canalaire in situ avec des récepteurs hormonaux (RH) positifs. Les limites d'exérèse étaient saines. La patiente a reçu une radiothérapie sur tout le sein droit à la dose de 42 Gy en 15 fractions de 2,8 Gy avec une bonne tolérance clinique et un bon contrôle locorégional et à distance avec un recul de 11 mois.

Corresponding Author:- Fz. Farhane

Address:- Service de Radiothérapie, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II.

Figure 1:- Image échographique objectivant une masse tissulaire endo canalaire de 4,5x9mm échogène, sur le rayon de 10h à 1,5 cm du mamelon.



Discussion:-

Le CPIK est une tumeur canalaire maligne rare, représentant 0,5 à 1% de l'ensemble des carcinomes mammaires. Il survient généralement après 40 ans avec un âge moyen qui varie de 55 à 67 ans selon les auteurs. 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 [1].

Le signe radiologique classique sur la mammographie est une opacité à contours nets, bien circonscrite, ovale ou polylobé. 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. 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 [2].

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 des aspects cribriformes. Le diagnostic d'une invasion stromale est difficile [6].

Parce qu'il est bien circonscrit et au comportement clinique indolent, il a traditionnellement été considéré comme une variante du carcinome canalaire in situ (CCIS)[7]. Récemment, son affiliation avec le CCIS a été remise en cause du fait de l'appauvrissement de la couche de cellules myoépithéliales jusqu'à son absence complète, considérant ainsi la CPI comme un carcinome canalaire invasif de faible agressivité [8,9]. Cependant, la positivité du collagène de type IV de la membrane basale a conduit d'autres auteurs à considérer le CPIK comme un CCIS [10]. La présence d'une couche résiduelle de cellules myoépithéliales, rapportée par plusieurs équipes [10,11], a renforcé l'hypothèse selon laquelle le CPIK se développerait aux dépens d'un papillome intrakystique sous-jacent. La croissance expansive de la prolifération cancéreuse emprisonnerait les cellules myoépithéliales restantes jusqu'à leur disparition. Récemment, Khoury et al. [12], utilisant une technique d'hybridation génomique comparative, ont montré que les modifications moléculaires observées dans les CPIK ressemblaient davantage à des CCIS qu'à des carcinomes canaux invasifs, expliquant ainsi leur pronostic favorable.

La stratégie thérapeutiques est variables vu la rareté de cette forme de cancer du sein. La chirurgie mammaire conservatrice avec exérèse large est la plus utilisée, néanmoins, dans certains cas, la mastectomie avec ou sans reconstruction mammaire immédiate peut être proposée (par exemple, les grosses tumeurs, insuffisance des marges, la récurrence et la préférence de la patiente). Les métastases ganglionnaires sont exceptionnelles. Un faible taux d'atteinte ganglionnaire a été observé dans les grands CPIK [13,14]. Ainsi, en l'absence de contre-indication, la biopsie du ganglion sentinelle semble utile pour les CPIK supracentimétriques [11] et évite la morbidité associée au curage axillaire complet.

Le faible potentiel métastatique et d'invasion vasculaire rend la chimiothérapie non obligatoire.

De plus, il n'y a pas d'accord sur la place de la radiothérapie et de l'hormonothérapie dans la prise en charge du CPIK pure. Ce manque d'information est en partie dû au fait qu'il s'agit d'une maladie à faible incidence. Seules quelques études cliniques ont été publiées sur les CPIK, la plupart étant de petites séries rétrospectives ou des rapport de cas.

Le pronostic de la CPI est excellent [13], mais des récurrences locales ont été observées [11]. Après traitement conservateur, la place de la radiothérapie locale n'est pas consensuelle ; cependant, après mastectomie complète, la radiothérapie n'est pas retenue [11].

Nous avons fait une revue des plus importantes études pour essayer de tirer des conclusions concernant l'indication d'un traitement adjuvant, notamment une radiothérapie adjuvante, après traitement chirurgical conservateur d'un CPIK.

Dans l'étude de Solorzano et al. [13], aucune différence n'a été retrouvée dans le taux de récurrence locale ou de décès par maladie en analysant le type de chirurgie (mastectomie ou chirurgie conservatrice) ou le recours à la radiothérapie adjuvante. Cette étude a conclu que la décision concernant le traitement adjuvant devrait être basée sur la présence de lésions associées, telles qu'une composante intracanaulaire in situ ou invasif, et que le bénéfice de la radiothérapie chez les patients atteints de CPIK pure n'était pas clair.

Dans une autre étude réalisée par Fayanju et al. [4], portant sur 45 patients avec CPI, la conclusion était qu'une radiothérapie et/ou une hormonothérapie adjuvante doivent être envisagées à la fois pour les patients avec CPIK associée à une composante in situ ou microinvasion et pour les patients de moins de 50 ans avec CPIK pure.

Esposito et al. [10], dans leur étude sur 27 patients atteints de CPIK, ont confirmé que les CPIK ont un excellent pronostic et qu'un traitement local seul peut suffire à contrôler la maladie.

Plus récemment, en 2016, une analyse rétrospective a été publiée, basée sur les données de la base de données SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results), incluant 2649 patients diagnostiqués avec CPIK [15], où les auteurs ont conclu que globalement, le CPIK a un très bon pronostic et que la survie est améliorée chez les patients caucasiens et chez les patients qui reçoivent une radiothérapie, mais deux limitations importantes dans cette étude étaient l'incapacité d'évaluer spécifiquement si les patients avaient un CPIK pur ou la présence d'une composante invasive et le fait que l'effet de l'administration d'autres traitements adjuvants n'a pas pu être évaluée car ces variables ne sont pas saisies dans la base de données.

Suite à ses études on pourrait déduire selon Sédano et al. [16], que les traitements adjuvants, tels que la radiothérapie et/ou l'hormonothérapie, pourraient être omises en toute sécurité après un traitement chirurgical conservateur avec des marges chirurgicales saines, mais ils restent utiles chez des patientes jeunes (< 50 ans) ou en cas de présence de composantes invasives ou de carcinome canalaire in situ, compte tenu de leur possibilité faible mais non négligeable de rechute locorégionale et/ou de métastases à distance

Conclusion:-

En conclusion, il est bien documenté que les CPI ont un comportement biologique totalement non agressif et leur pronostic est excellent en l'absence de composante invasives ou de carcinome canalaire in situ. Par conséquent, il est possible de les traiter avec un traitement chirurgical seul assurant des marges chirurgicales négatives (principalement la tumorectomie et alternativement la mastectomie pour les tumeurs surdimensionnées) et les thérapies adjuvantes, telles que l'hormonothérapie et/ou la radiothérapie, pourraient être omises en toute sécurité, mais ces traitements

adjuvants restent utiles chez des patientes jeunes (< 50 ans) ou en cas de présence de composantes invasives ou de carcinome canalaire in situ

References:-

1. Ait benkaddour Y, El Hasnaoui S, Fichtali K, Fakhir B, Jalal H, Kouchani M, Aboulfalah A, Abbassi H. Intracysticpapillarycarcinoma of the breast: report of three cases and literaturereview. Case RepObstetGynecol. 2012;2012:979563. [Article PMC gratuit][PubMed] [Google Scholar]
2. Salem A, Mrad K, Driss M, Hamza R, Mnif N. Intracysticpapillarycarcinoma of the breast. J Radiol. 2009 Apr;90(4):515–518. [PubMed] [Google Scholar]
3. Lakhani S, Ellis I, Schnitt S (2012) WHO classification of tumors of the breast. Lyon: International Agency for Research on Cancer, Lyon, France.
4. Fayanju OM, Ritter J, Gillanders WE, Eberlein TJ, Dietz JR, (2007) Therapeutic management of intracysticpapillarycarcinoma of the breast: the roles of radiation and endocrine therapy. Am J Surg 194(4): 497-500.
5. Seal M, Wilson C, Naus GJ, Chia S, Bainbridge TC, et al. (2009) Encapsulated apocrine papillarycarcinoma of the breast-a tumour of uncertainmalignantpotential: report of five cases. VirchowsArch. 455(6): 477-483.
6. Andrés B, Aguilar J, Torroba A, Martínez-Gálvez M, Aguayo JL. Intracysticpapillary carcinoma in the male breast. Breast J. 2003;9:249–250. [PubMed] [Google Scholar]
7. Tavassoli F, Devilee P, MacGrogan G, Moynihan F, Raju U: Intraductalpapillaryneoplasms. In:Tavassoli F, Devilee Peds. World Health Organisationclassificationoftumourspathologyandgeneticsoftumoursofthebreastandfemale genital organs. Lyon, France. IARC press: 76-80, 2003.
8. Calderaro J, Espie M, Duclos J, Giachetti S, Wehrer D, Sandid W, Cahen-Doidy L, Albitzer M, Janin A, de Roquancourt A: Breastintracysticpapillary carcinoma: anupdate. Breast J 15: 639-644, 2009.
9. Collins LC, Carlo VP, Hwang H, Barry TS, Gown AM, Schnitt SJ: Intracysticpapillary carcinomas ofthebreast: a reevaluationusing a panelofmyoepithelialcellmarkers. Am J SurgPathol 30: 1002-1007, 2006.
10. Esposito NN, Dabbs DJ, Bhargava R: Are encapsulatedpapillary carcinomas ofthebreast in situ orinvasive? A basement membrane study of 27 cases. Am J Clin Pathol 131: 228-242, 2009.
11. Wynveen CA, Nehhozina T, Akram M, Hassan M, Norton L, Van Zee KJ, Brogi E: Intracysticpapillarycarcinoma of the breast: An in situ or invasive tumor? Results of immunohistochemicalanalysis and clinicalfollow-up. Am J SurgPathol 35: 1-14, 2011
12. Khoury T, Hu Q, Liu S, Wang J: Intracysticpapillarycarcinoma of breast: interrelationshipwith in situ and invasive carcinoma and a proposal of pathogenesis: array comparative genomichybridizationstudy of 14 cases. ModPathol 27: 194-203, 2014.
13. Solorzano CC, Middleton LP, Hunt KK, Mirza N, Meric F, Kuerer HM, Ross MI, Ames FC, Feig BW, Pollock RE, Singletary SE, Babiera G: Treatment and outcome of patients withintracysticpapillarycarcinoma of the breast. Am J Surg 184: 364-368, 2002.
14. Mulligan AM, O'Malley FP: Metastaticpotential of encapsulated (intracystic) papillarycarcinoma of the breast: a report of 2 cases withaxillarylymphnodemicrometastases. Int J SurgPathol 15: 143-147, 2007.
15. Mogal H, Brown DR, Isom S, Griffith K, Howard-McNatt M (2016) IntracysticPapillaryCarcinoma of the Breast: A SEER DatabaseAnalysis of Implications for Therapy. Breast 27: 87-92.
16. Sedano P, Candini D. Do all Cases of Tumorectomy in Breast Cancer need Adjuvant treatments? About therapies in EncapsulatedPapillaryCarcinomas. CancTherapy&Oncol Int J. 2018; 11(1): 555804. DOI: 10.19080/CTOIJ.2018.11.555804.a