



Tumeurs bénignes et mastopathies complexes

Point de vue du chirurgien

Benign tumors and complex lesions: Surgeon's point of view

Mots-clés : Tumeurs bénignes - Chirurgie.

Keywords: *Benign tumors - Surgery.*

M.-P. Chauvet, M. Jafari, E. Lambaudie, S. Giard*

Bien que l'essentiel des études sur la pathologie mammaire concerne le cancer, la majorité des lésions mammaires est bénigne. Grâce aux avancées techniques dominées par les prélèvements biopsiques percutanés sous imagerie, le diagnostic de lésions bénignes du sein peut être établi sans avoir recours à la chirurgie dans un grand nombre de cas. Cela a donc permis de resituer la place de la chirurgie dans ce type de lésions et a surtout permis d'éviter des interventions devenues désormais tout à fait inutiles.

Le terme "lésion bénigne" regroupe un certain nombre de pathologies très variées et très hétérogènes ; nous n'aborderons dans cet exposé que les plus fréquentes d'entre elles.

Fibroadénome

C'est la tumeur bénigne la plus fréquente, touchant la femme jeune préférentiellement. Une fois sur quatre, cette tumeur est asymptomatique. Le fibroadénome est dépendant de l'imprégnation hormonale et est involutif à la ménopause. Cliniquement,

* Centre Oscar-Lambret, Lille.

il correspond à un nodule ferme, souple, régulier et mobile. Dans 50 % des cas, il s'agit d'une forme simple et qui n'entraîne pas d'augmentation de risque de cancer du sein. Dans 50 % des cas, il peut s'agir d'une forme complexe [1], définie par la présence de lésions de type adénose sclérosante, métaplasie apocrine, ectasie canalaire, fibrose floride. Dans ce cas, le risque de cancer semble légèrement augmenté avec un risque relatif estimé aux alentours de 1,02 % [2]. Cependant, en 2001, Carter [3] ne trouve pas d'augmentation de risque sur une cohorte de patientes lorsque le fibroadénome contient des lésions de type hyperplasie avec atypies. La présence d'antécédents familiaux et l'âge au-delà de 40 ans semblent augmenter légèrement le risque de cancer, mais l'imputabilité du fibroadénome n'est pas démontrée. Ces données ont souvent été obtenues à partir de séries anciennes de fibroadénomes dont le diagnostic n'a pas toujours été confirmé par un examen histologique mais qui reposait sur l'aspect radiologique éventuellement complété par les données cliniques.

En pratique, s'il existe une bonne concordance clinique et radiologique en faveur de la bénignité, une surveillance radiologique peut être proposée aux femmes jeunes et sans antécédents familiaux. En cas de stabilité des images et en l'absence d'augmentation franche du nodule (de l'ordre de 20 %) à 6 mois et à 1 an, il n'y a pas lieu de maintenir le suivi. Le risque de découverte ultérieure d'un cancer est inférieur à 1 % [4]. Si le fibroadénome est diagnostiqué chez une patiente de plus de 35 ans ou présentant des antécédents familiaux ou si la concordance n'est pas parfaite, une microbiopsie est proposée. Si le diagnostic de fibroadénome simple est posé, l'exérèse chirurgicale ne paraît pas indispensable. Si les aspects radiologique et histologique sont concordants, le risque d'erreur est faible [5]. L'alternative à la chirurgie pourrait être, en cas de nodule de moins de 15 mm, l'ablation de celui-ci par macrobiopsie sous contrôle échographique, ce qui présente l'avantage de permettre une analyse complète tout en simplifiant le suivi ultérieur [6]. Bien évidemment, ces raisonnements sont théoriques et ne tiennent pas compte de l'histoire personnelle ni du stress occasionné chez les patientes. La prise en charge de ces nodules sera évidemment discutée au cas par cas, en particulier avec les patientes aux antécédents familiaux marqués. Il faut peut-être distinguer les véritables fibroadénomes, où la composante fibreuse est la plus importante avec une véritable encapsulation de la tumeur, et les "adénofibromes", où la composante adénomateuse domine et où un traitement médical se discute.

Fibroadénome juvénile

Il s'agit d'une forme particulière de fibroadénome survenant chez la très jeune fille (10-18 ans) et pouvant être de taille importante (au-delà de 5 cm). Une exérèse chirurgicale est recommandée pour des raisons esthétiques. Ce type de lésion n'augmente pas le risque de cancer [1].

Lésions papillaires

Les lésions papillaires regroupent une entité histologique particulière (papillomes et papillomatose multiple) correspondant à une architecture arborescente qui comporte des papilles à axe vasculaire. D'un point de vue clinique, elles se manifestent le plus souvent par un écoulement (70 %) mais peuvent être suspectées fortuitement. Leur association aux lésions à risque (hyperplasie atypique) ou aux cancers (carcinome in situ ou invasif) est variable et peut atteindre 20 %. Ces lésions sont de diagnostic histologique difficile. La cytologie n'a de valeur que si elle est positive et se révèle donc peu contributive. La microbiopsie peut sous-estimer les lésions dans plus de 10 % des cas [7]. L'évaluation de la macrobiopsie est en cours avec des taux de sous-estimation de l'ordre de 0 % à 25 % selon les séries [6, 8-10]. Au total, compte tenu du risque d'association à des lésions précancéreuses ou cancéreuses et en l'absence de diagnostic percutané fiable, l'exérèse chirurgicale emportant l'ensemble du canal galactophore, repéré en préopératoire par échographie et si nécessaire en peropératoire par injection de bleu, reste de mise actuellement.

Tumeur phyllode [11]

Il s'agit d'une tumeur fibro-épithéliale, constituée d'une double composante épithéliale et conjonctive. Ces tumeurs représentent 0,3 % à 0,9 % des tumeurs mammaires chez la femme, et 2 à 3 % des tumeurs mammaires fibro-épithéliales. La plupart des pathologistes distinguent trois types histologiques de tumeurs phylloides : bénigne, à malignité frontière ou "borderline", et maligne ou sarcome phyllode. Cependant, cette classification est sujet à controverse. La notion de croissance tumorale rapide ne semble pas liée à la forme histologique de ces tumeurs. L'âge moyen de survenue se situe entre 35 et 55 ans. La taille moyenne, tous types histologiques confondus, varie selon les séries de 4 à 8 cm, avec des extrêmes allant de 0,8 cm à 40 cm. L'hypothèse d'une origine fibroadénomateuse des tumeurs phylloides est largement avancée par certains auteurs : il est d'ailleurs fréquent d'observer la présence de ces deux types de lésions dans un même sein, souvent dans un contexte de mastopathie fibrokystique. Ces tumeurs ont tendance à récidiver localement et pas toujours sous la même forme. Dans une étude rétrospective en cours de publication à propos de 443 cas, le risque de récurrence locale à 5 et 10 ans pour les formes bénignes est respectivement de 8 et 13 % [11]. Le diagnostic histologique à partir d'un prélèvement microbiopsique peut se révéler difficile, la limite entre fibroadénome et tumeur phyllode bénigne étant mince [12]. Du fait de leur caractère récidivant, la prise en charge de ces lésions passe inéluctablement par la chirurgie ; chirurgie partielle si possible en cas de tumeur phyllode bénigne avec une marge d'exérèse classiquement à 1 cm macroscopiquement. En cas de tumeur volumineuse, une mastectomie totale peut se révéler nécessaire.

Cicatrice radiaire

Appelée encore centre prolifératif d'Aschoff ou *radial scar*, la cicatrice radiaire correspond à une prolifération fibreuse entourant les structures canalaire. D'un point de vue pronostique, ces lésions sont à rapprocher des lésions dites "complexes sclérosantes". Elle se traduit par une image mammographique suspecte, classiquement spiculée à centre clair sans manifestation clinique habituellement. Elle est souvent associée à des lésions mammaires proliférantes et semble n'augmenter que modérément le risque de cancer [13]. Cependant, cette lésion peut être confondue avec un cancer dans environ 30 à 50 % des cas ou être associée à un cancer en général de type tubuleux [14, 15]. Les prélèvements percutanés même macrobiopsiques [16] ne sont pas suffisamment exhaustifs pour dispenser d'une exérèse chirurgicale qui permettra un contrôle histologique complet. L'ablation de ces lésions reste donc incontournable à l'heure actuelle.

Hamartome

L'hamartome correspond à une lésion bénigne rare. Il s'agit d'une tumeur cliniquement souple et bien limitée. L'image mammographique typique, retrouvée dans un tiers des cas, correspond à une opacité ronde limitée par un liseré clair traduisant l'expression de "sein dans le sein". Dans les autres cas, l'image correspond à une opacité non spécifique. Le diagnostic est histologique par microbiopsie mais peut se révéler difficile. Il n'y a pas d'indication chirurgicale, hormis la taille du nodule, le rendant symptomatique à condition d'une bonne concordance clinique, radiologique et histologique. Quelques publications ont rapporté des cas de lésions précancéreuses ou cancéreuses associées. Il s'agissait soit de découvertes fortuites soit d'associations à des images suspectes (microcalcifications) ayant motivé l'exérèse de la lésion [17].

Kystes

La chirurgie a une place tout à fait limitée dans la prise en charge des mastopathies fibrokystiques. En l'absence d'image échographique suspecte, l'abstention est préconisée. En cas de kyste simple, une ponction évacuatrice peut être proposée uniquement à visée symptomatique. Si le kyste est suspect (cloisons ou parois épaisses, masse intrakystique), un prélèvement doit être proposé sous la forme d'une microbiopsie en première intention [18]. Si techniquement le prélèvement se révèle difficile, une biopsie chirurgicale pourra alors être discutée.

Conclusion

La découverte de lésions bénignes même palpables ne doit plus orienter systématiquement les patientes vers le chirurgien. Le radiologue est désormais le premier acteur

dans la prise en charge de ces lésions. Sous couvert d'une bonne concordance clinique, radiologique et histologique, le geste chirurgical a peu de place. Restent quelques indications opératoires encore inévitables compte tenu du risque de sous-estimation de lésions péjoratives représentant alors les limites des techniques percutanées. L'amélioration de ces techniques ainsi que des moyens diagnostiques histologiques en constant progrès devraient à l'avenir faire encore reculer ces indications.

L'époque qui consistait à "enlever d'abord et réfléchir ensuite" est à considérer définitivement comme révolue !

Références bibliographiques

- [1] Guray M, Sahin AA. *Benign breast diseases: classification, diagnosis, and management*. *Oncologist* 2006;11(5):435-49.
- [2] Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH et al. *Benign breast disease and the risk of breast cancer*. *N Engl J Med* 2005;353(3):229-37.
- [3] Carter BA, Page DL, Schuyler P et al. *No elevation in long-term breast carcinoma risk for women with fibroadenomas that contain atypical hyperplasia*. *Cancer* 2001;92(1):30-6.
- [4] Vizcaino I, Gadea L, Andreo L et al. *Screening Program Working Group. Short-term follow-up results in 795 nonpalpable probably benign lesions detected at screening mammography*. *Radiology* 2001;219(2):475-83.
- [5] Crystal P, Koretz M, Shcharynsky S, Makarov V, Strano S. *Accuracy of sonographically guided 14-gauge core-needle biopsy: results of 715 consecutive breast biopsies with at least two-year follow-up of benign lesions*. *J Clin Ultrasound* 2005;33(2):47-52.
- [6] Plantade R, Hammou JC, Gerard F et al. *Ultrasound-guided vacuum-assisted biopsy: review of 382 cases*. *J Radiol* 2005;86(9 Pt 1):1003-15.
- [7] Simsir A, Waisman J, Thorner K et al. *Mammary lesions diagnosed as "papillary" by aspiration biopsy: 70 cases with follow-up*. *Cancer* 2003;99(3):156-65.
- [8] Mercado CL, Hamele-Bena D, Oken SM et al. *Papillary lesions of the breast at percutaneous core-needle biopsy*. *Radiology* 2006;238(3):801-8.
- [9] Liberman L, Tornos C, Huzjan R et al. *Is surgical excision warranted after benign, concordant diagnosis of papilloma at percutaneous breast biopsy?* *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(5):1328-34.
- [10] Masood S, Loya A, Khalbuss W. *Is core needle biopsy superior to fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of papillary breast lesions?* *Diagn Cytopathol* 2003;28(6):329-34.
- [11] Bousquet G. *Tumeurs phyllodes et sarcomes primitifs mammaires : étude rétrospective multicentrique internationale à propos de 443 tumeurs phyllodes et 102 sarcomes primitifs mammaires*. Lille, Thèse médecine 2005.
- [12] Krishnamurthy S, Ashfaq R, Shin HJ et al. *Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma: a reappraisal of an old problem*. *Cancer* 2000;90(6):342-9.
- [13] Sanders ME, Page DL, Simpson JF et al. *Interdependence of radial scar and proliferative disease with respect to invasive breast carcinoma risk in patients with benign breast biopsies*. *Cancer* 2006;106(7):1453-61.
- [14] Patterson JA, Scott M, Anderson N, Kirk SJ. *Radial scar, complex sclerosing lesion and risk of breast cancer. Analysis of 175 cases in Northern Ireland*. *Eur J Surg Oncol* 2004;30(10):1065-8.
- [15] Farshid G, Rush G. *Assessment of 142 stellate lesions with imaging features suggestive of radial scar discovered during population-based screening for breast cancer*. *Am J Surg Pathol* 2004;28(12):1626-31.

- [16] Douglas-Jones AG, Denson JL, Cox AC et al. Radial scar lesions of the breast diagnosed by needle core biopsy—analysis of cases containing occult malignancy. *J Clin Pathol* 2006.
- [17] Ruiz-Tovar J, Reguero-Callejas ME, Alaez AB et al. Infiltrating ductal carcinoma and ductal carcinoma in situ associated with mammary hamartoma. *Breast J* 2006;12(4):368-70.
- [18] Berg WA, Campassi CI, Ioffe OB. Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation. *Radiology* 2003;227(1):183-91.