

LE SARCOME A CELLULES FUSIFORMES INCLASSE DU SEIN : A PROPOS D'UN CAS
(UNCLASSIFIED SPINDLE CELL SARCOMA OF THE BREAST: ABOUT AN OBSERVATION)

RAKOTONDRAINIBE FN¹, RAIVOHERIVONY ZI², RANAIVOMANANA AHM³,
RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA NS⁴

¹ Laboratoire d'Anatomie et de et Cytologie Pathologiques CHU- Anosiala

² USFR Anatomie et de et Cytologie Pathologiques CHU- HJRA

³ Service Oncologie, CHU Tambohobe, Fianarantsoa

^{2,4} USFR Anatomie et Cytologie Pathologique CHU- HJRA, Faculté de médecine d'Antananarivo

RESUME

Nous rapportons un cas de sarcome à cellules fusiformes primitif du sein chez une femme de 60 ans. La tumeur se présentait comme une masse découverte fortuitement à l'autopalpation 4 mois avant la consultation. L'échographie mammaire retrouvait un nodule hypoéchogène, à contours flous, irréguliers, de 23,5 x 12,6 mm, situé au quadrant inféro-externe du sein gauche, à 6 mm du mamelon. La cytoponction mammaire avait conclu à une lésion suspecte de malignité. L'examen anatomopathologique et les examens immunohistochimiques confirmaient le diagnostic de sarcome à cellules fusiformes inclassé.

Mots-clés: cellules, fusiformes, sarcome, sein.

SUMMARY:

We report a case of primitive spindle cell sarcoma in a 60-year-old woman. The tumor presented as a mass discovered at self-examination 4 months before the consultation. Mammary ultrasound found a hypoechoic nodule of 23.5 x 12.6 mm with a fuzzy, irregular contour, located on the infero-external quadrant of the left breast, 6 mm from the nipple. The breast fine needle aspiration found a lesion suspicious of malignancy

Key-words: cells, spindle, sarcoma, breast.

Introduction:

Le sarcome à cellules fusiformes inclassé du sein est une forme rare de cancer du sein. Il représente 0,2 à 1 % des pathologies mammaires malignes [1]. Dans la littérature, quelques centaines de cas ont été répertoriés. Dans la plupart des cas, les sarcomes du sein sont secondaires à la radiothérapie [2]. Nous rapportons un cas de sarcome primitif du sein se présentant comme une masse de découverte fortuite à l'autopalpation. En ce qui concerne la classification, selon Enjoji H et al, la plus simple est basée sur une description en sarcomes à cellules fusiformes, sarcomes myxoïdes, sarcomes pléomorphes et sarcomes à petites cellules rondes [3].

Observation: Il s'agissait d'une femme de 60 ans, avec ménarche à 13 ans, primigeste à l'âge de 37 ans. Elle présentait une masse indurée au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche, découverte fortuitement par autopalpation 4 mois précédant la consultation. Il n'y avait pas de notion d'antécédent familial de cancer du sein. L'examen physique objectivait un nodule mammaire de 30 mm de grand axe, mobile par rapport aux plans profond et superficiel. Le revêtement cutané et le mamelon ne présentaient pas d'anomalie décelable. Il n'y avait pas d'adénopathie axillaire. Le reste de l'examen physique était sans particularité. L'échographie mammaire retrouvait un nodule hypoéchogène, à contour flou, irrégulier, mesurant 23,5 x 12,6 mm, situé à 17 h sur le quadrant inféro-externe du sein gauche, à 6 mm du mamelon. Il n'y avait pas d'adénopathie échovisible sur le prolongement axillaire. Le sein droit était sans anomalie décelable. La mammographie mettait en évidence une opacité à contours irréguliers de 35 mm au quadrant inféro-externe du sein gauche et avait conclu à un nodule du sein gauche présentant des caractères péjoratifs. La radiographie thoracique était normale. L'échographie abdomino-

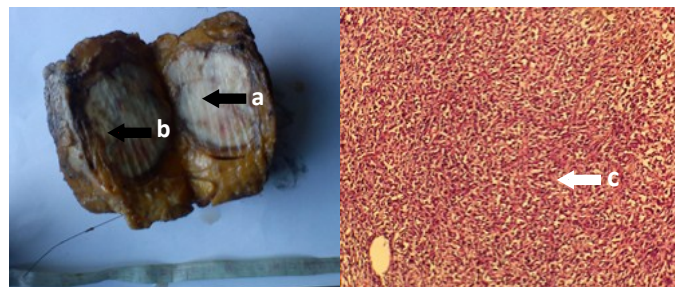


Figure 1: A droite: pièce de tumorectomie du sein gauche montrant une masse blanchâtre lobulée (a), à contours irréguliers avec foyers de nécrose à la coupe (b). A gauche: Image microscopique de la pièce montrant une prolifération de cellules fusiformes aux atypies cyto-nucléaires modérées à marquées (c) (Hématéine Eosine x 100).

(Figure 1: Right: left breast lumpectomy showing a lobulated whitish mass with irregular contours and foci of necrosis. Left: Microscopical examination showing Proliferation of spindle cells showing moderate to marked cytonuclear atypia (c)(Hematoxylin Eosin x 100)

pelvienne était sans anomalie notable. La cytoponction mammaire était en faveur d'une lésion suspecte de malignité. A l'examen macroscopique, on observait une masse blanchâtre lobulée de 50 mm de grand axe, partiellement nécrosée lequel à l'examen histologique montrait une prolifération de cellules fusiformes et pléomorphes aux atypies cyto-nucléaires parfois sévères (figure 1). La tumeur avait le profil immunohistochemique suivant : CK AE1/AE3 -, CK 5-, CK 14-, p63-, RE-, CD 34-, AML très focalement +, desmine -, caldesmone -, PS 100-, MDM 2 -, SATB 2-, CK 8/18 non contributive. Le diagnostic de sarcome à cellules fusiformes inclassé du sein était retenu. La tumeur était évaluée en grade 3 selon le grading de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), vu qu'elle ne présentait aucune différenciation, l'index mitotique était de 16 pour 10 champs à fort grossissement et la nécrose tumorale était inférieure à 50 %. La patiente avait subi une mastectomie gauche avec curage ganglionnaire axillaire gauche suivie d'une cure de chimiothérapie adjuvante avec le protocole FAC associant le 5-fluorouracil, la doxorubicine et le cyclophosphamide).

Correspondance:

Docteur Fenohery Nalisoa RAKOTONDRAINIBE
Laboratoire d' Anatomie et Cytologie Pathologiques
CHU Anosiala—Antananarivo
Tel : +261330212148
E-mail: fenoherynalisoa@gmail.com

Discussion: Les sarcomes peuvent toucher n'importe quelle partie du corps. Les sarcomes du sein sont rarement rapportés. Ils peuvent être primitifs ou secondaires à une radiothérapie antérieure. Les sarcomes primitifs sont plus rares que les sarcomes secondaires [3].

Les sous-types de sarcome mammaire primitif sont déterminés par l'examen anatomopathologique. On peut classer les sarcomes selon la morphologie en sarcomes à cellules fusiformes, sarcomes myxoïdes, sarcomes pléomorphes et sarcomes à petites cellules rondes. L'immunohistochimie est nécessaire pour éliminer d'autres tumeurs telles que les tumeurs malignes non mésoenchymateuses ou les sarcomes avec une différenciation spécifique, le carcinome métaplasique et les tumeurs phyllodes. La plupart des sarcomes mammaires ont une différenciation à type d'angiosarcome ou de liposarcome. La desmine, la vimentine, l'AML, la pankeratine, le CD34, l'HMB45, l'EMA et le PS-100 devraient tous être analysés chez tout patient atteint de sarcome selon Timucin C et al [4]. Dans le cas rapporté par Timucin C et al, l'analyse immunohistochimique montrait une positivité de la vimentine uniquement et une négativité des marqueurs cellulaires spécifiques pour les sous-types de sarcome mammaire primitif [4]. Pour notre cas, le marqueur de différenciation vasculaire (CD 34), les marqueurs de différenciation musculaire (desmine, caldesmone), le marqueur de différenciation adipocytaire (MDM 2), le marqueur de différenciation épithéliale (CK AE1/AE3) et les récepteurs aux oestrogènes étaient également négatifs.

D'autres diagnostics différentiels comme le carcinome métaplasique et les tumeurs phyllodes sont également à éliminer avant de poser le diagnostic de sarcome mammaire inclassé. Les carcinomes métaplasiques du sein expriment un ou plusieurs marqueurs de type myoépithélial ou basal (p63, CK 5/6, CK 14, la protéine S 100, l'actine et l'EGFR) [5]. Pour notre patiente, on notait une négativité de la CK 5, CK 14, de la S100 et de la p63. Du point de vue morphologique, les tumeurs phyllodes présentent une double composante : épithéliale et mésoenchymateuse. Pour notre patiente, il s'agissait uniquement de prolifération de cellules fusiformes sans composante épithéliale. Le diagnostic retenu était le sarcome à cellules fusiformes inclassé de haut grade.

Conclusion:

Le sarcome mammaire primitif à cellules fusiformes est une pathologie rare. L'absence de différenciation permet de conclure à un sarcome à cellules fusiformes inclassé. Il est important d'éliminer les diagnostics différentiels comme l'angiosarcome, le léiomyosarcome, le liposarcome, le carcinome métaplasique et le sarcome phyllode avant de retenir ce diagnostic.

Remerciements:

Nous adressons nos vifs remerciements à l'Insitut Bergonié (Bordeaux, France) particulièrement au Docteur Gaëtan Mac Grogan d'avoir bien voulu faire l'expertise de notre cas et au Professeur Tsitohery Francine Andriamampionona (CHU Fianarantsoa, Madagascar) pour son aimable collaboration

Références:

- [1] Haberthur F, Feichter GE, Torhorst JK. Sarcoma of the breast: what is the contribution of immunohistochemistry and flow cytometry? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1993; 53:811–813.
- [2] Moore MP, Kinne DW: Breast sarcoma. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 383 – 392.
- [3] Enjoji M, Hashimoto H: Diagnosis of soft tissue sarcomas.

Pathol Res Pract 1984; 178: 215–225.

- [4] Timucin C, Abdullah A, Semir P, Huseyin B, Abdurrahman I. Spindle Cell Sarcoma of the Breast. *Breast Care* 2008;3: 197–199.
- [5] Moulay A B, Adil C, Aymen H, Jaoud K, Driss M, Mohammed D. Cancer métaplasique du sein: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J*. 2014;19:268.
- [6] Pandey M, Mathew A, Abraham EK, Rajan B. Primary Sarcoma of the Breast. *J Surg Oncol* 2004;87:121 – 125.
- [7] Malard Y, Tunon de Lara C, MacGrogan G et al. Sarcomes primitifs du sein, à propos d'une série rétrospective de 42 cas traités à l'Institut Bergonié sur une période de 32 ans. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:589 – 599.
- [8] Pollard SG, Marks PV, Temple LN, Thompson HH. Breast sarcoma: a clinicopathologic review of 25 cases. *Cancer* 1990; 66: 941 – 944.