



Cas de la semaine #378

6 octobre 2025

Préparé par Dre Kiana Lebel R5
Dre Mona El Khoury MD
CHUM

Cas AIRP



Histoire Clinique

- Masse palpable au sein droit
- G0P0A0
- Ø ATCDs personnels ni familiaux pertinents



23 ans

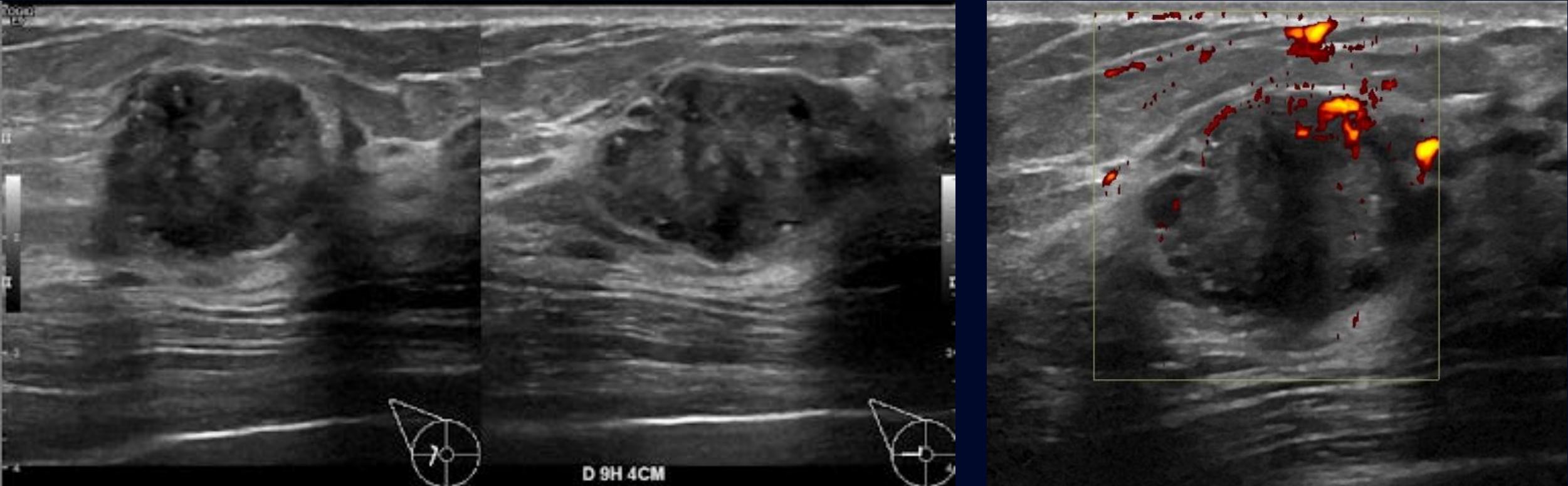
Examen physique

- Masse palpable mobile au quadrant équatorial externe (QEE) droit de 2cm
- Ø douleur
- Ø d'écoulement mamelonnaire
- Ø changements cutanés
- Ø d'adénomégalie
- Sein gauche normal

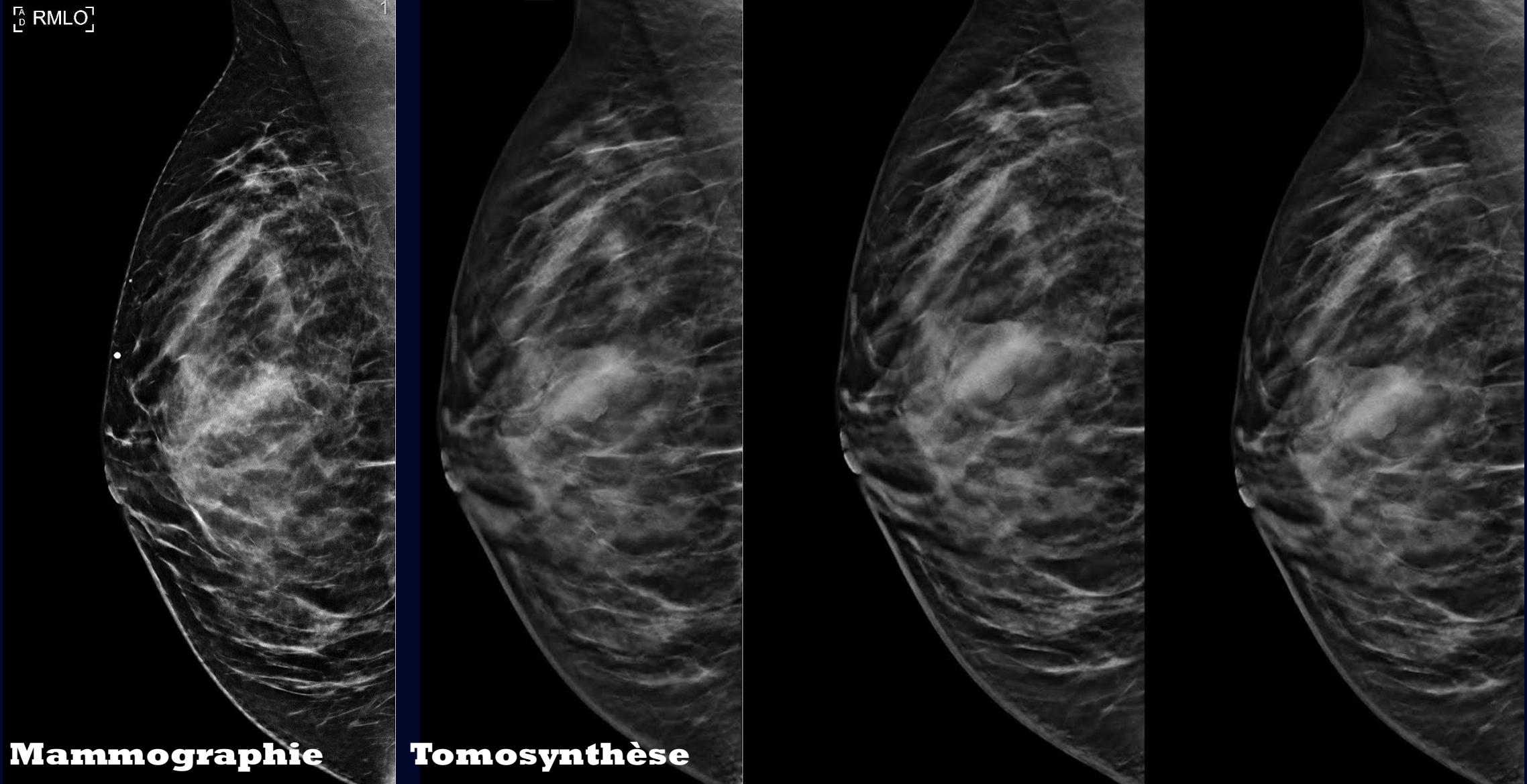


23 ans

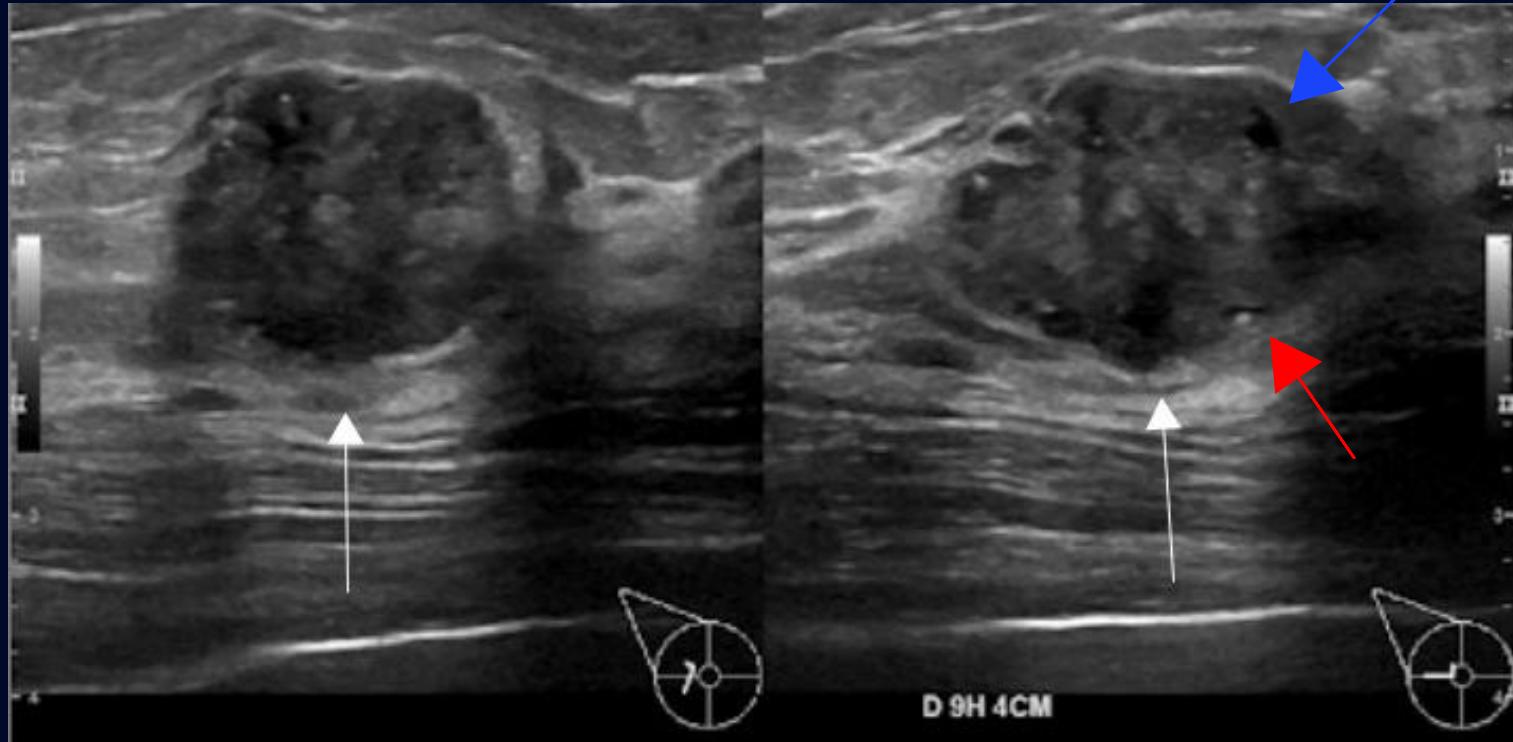
Examen 1ère ligne: échographie



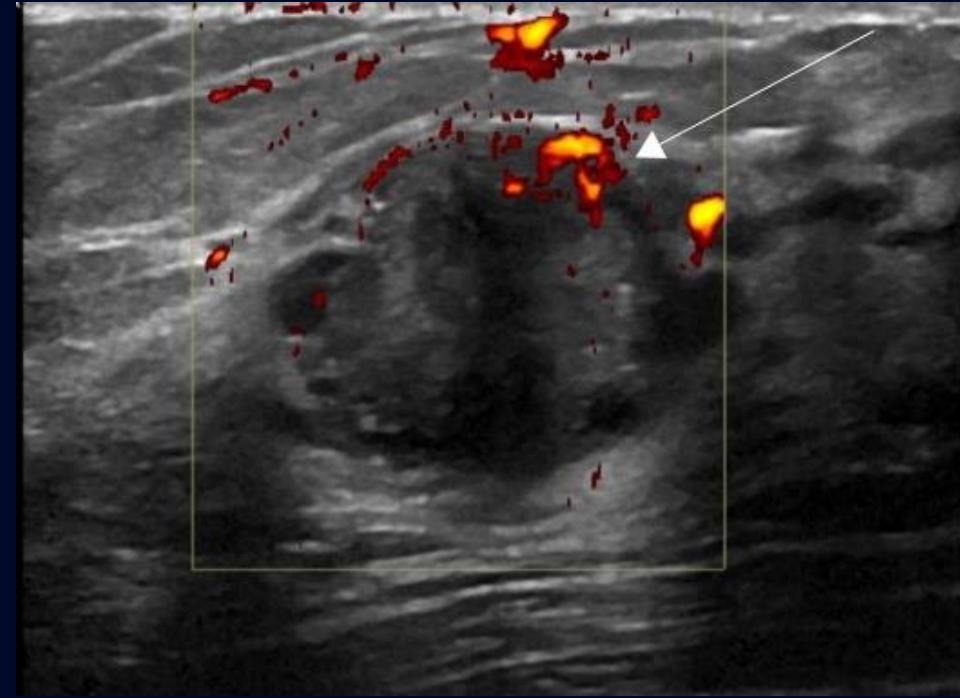
Complément d'évaluation: **Mammographie/tomosynthèse**



Description échographie

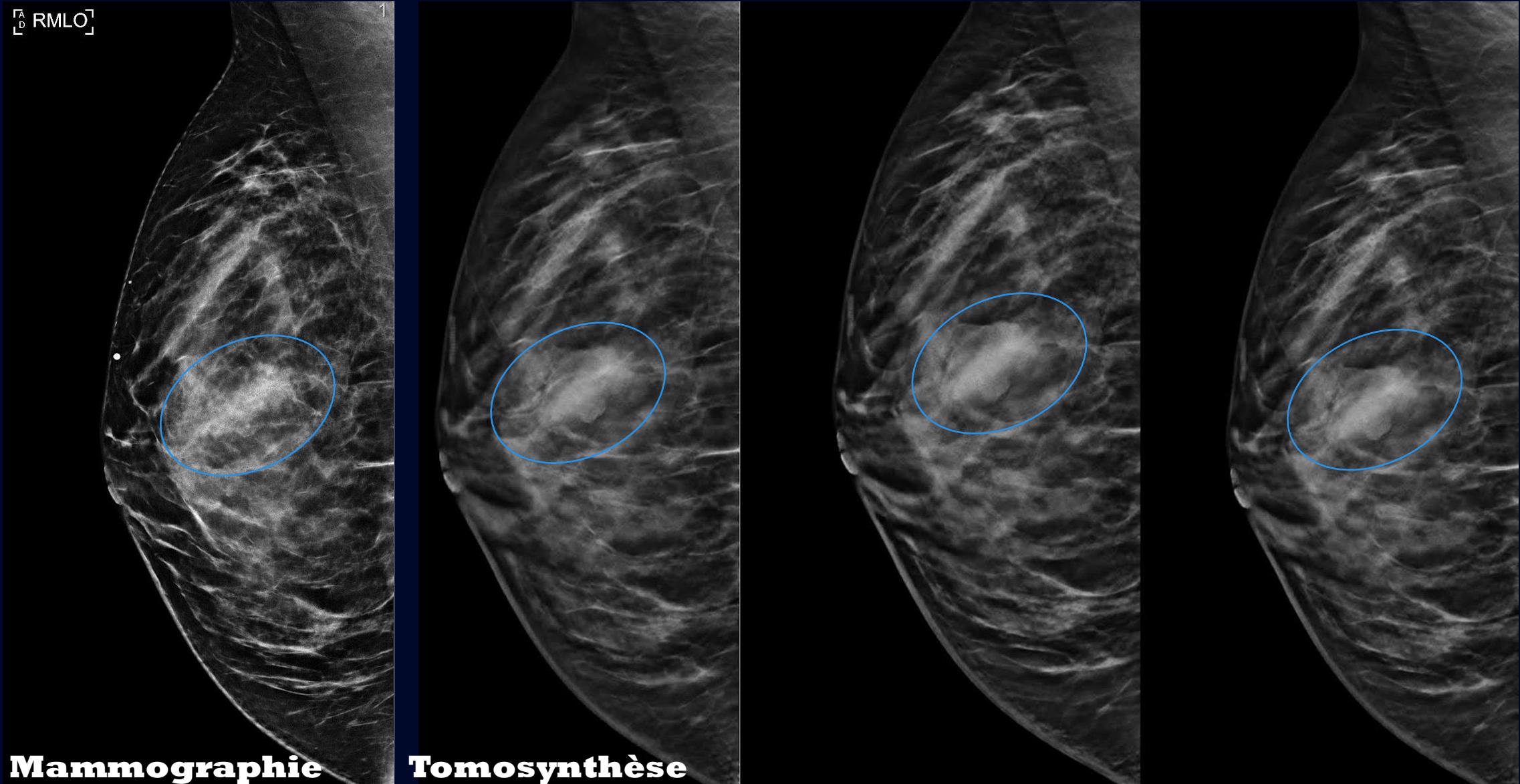


Massé ovalaire d'orientation parallèle à contours microlobulés (**flèche blanche**) à 9 heures à 5 cm du mamelon de $2,6 \times 1,9 \times 1,6$ cm. La masse est hétérogène et présente des composantes kystiques (**flèche bleue**) et quelques microcalcifications internes (**flèche rouge**)



La masse démontre de la vascularisation interne (**flèche blanche**)

Description mammo/tomosynthèse



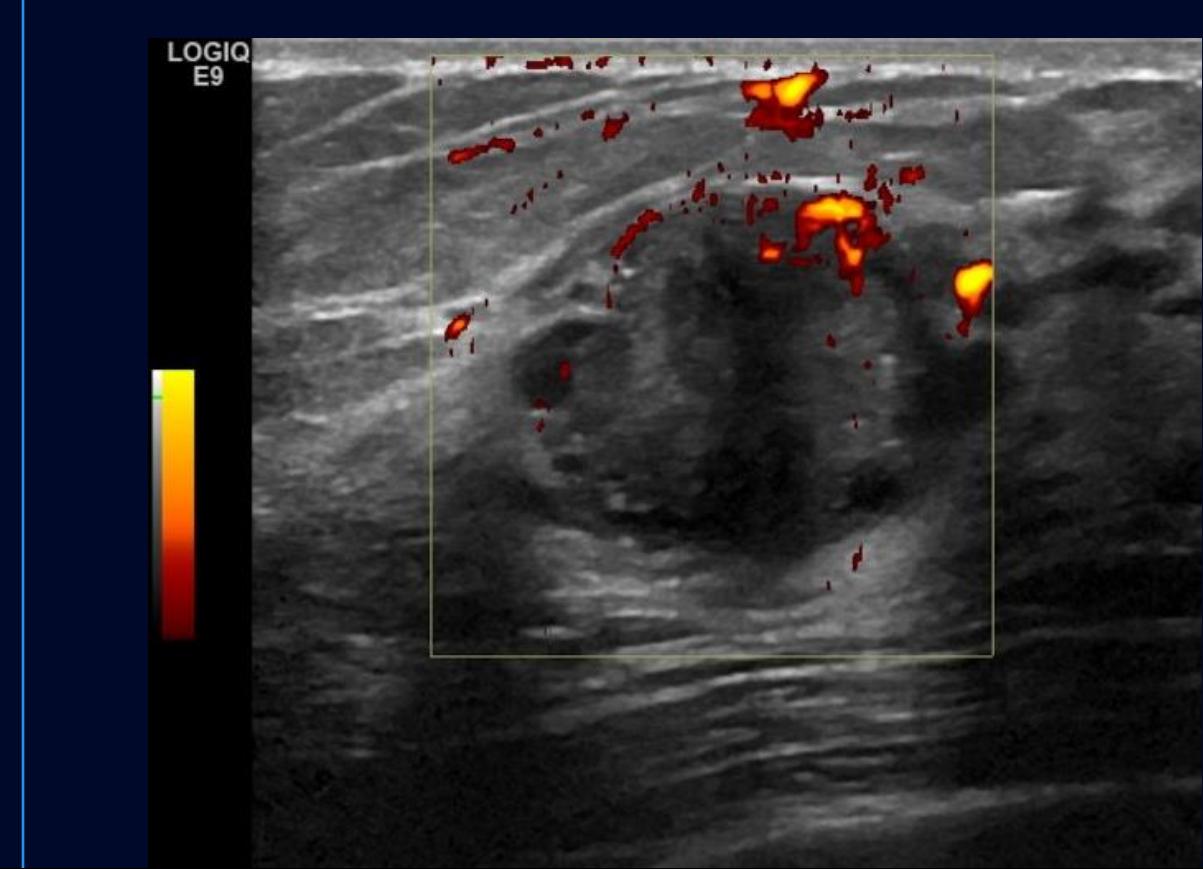
Mammographie

Tomosynthèse

Masse ovalaire, à contours microlobulés, associée à des microcalcifications fines et amorphes

Synthèse après écho + mammo

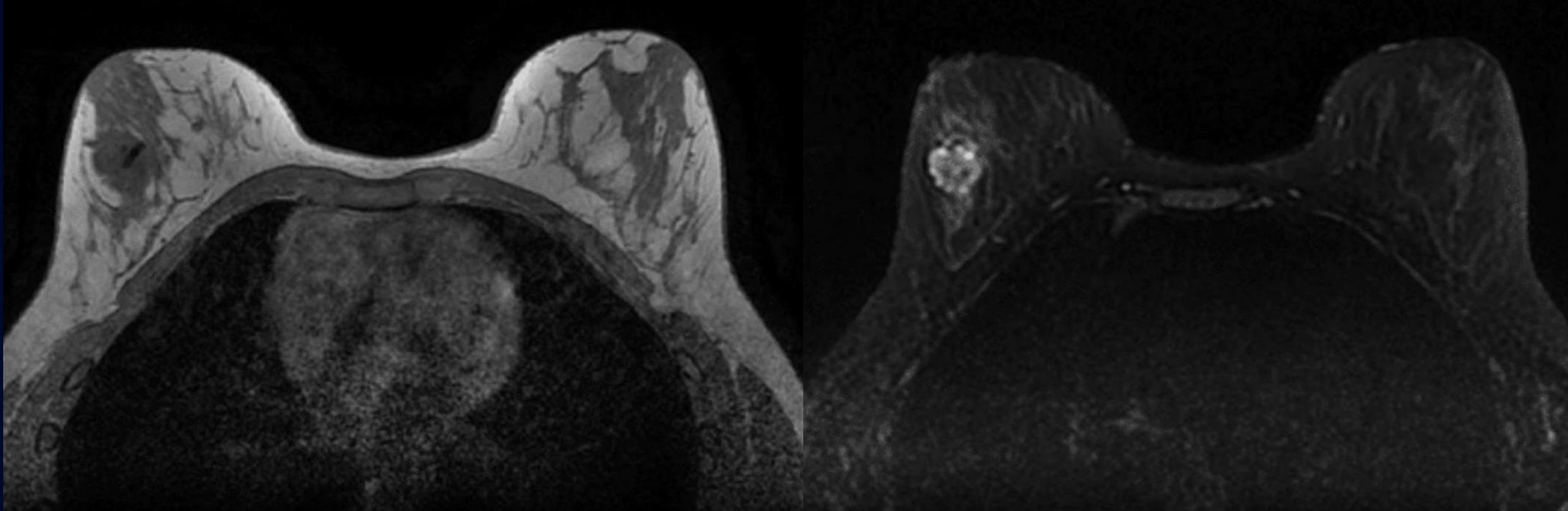
- Masse ovale,
- Contours microlobulés
- Échogénicité hétérogène
- Renforcement postérieur
- Microcalcifications
- Composantes hypervasculaires
- Pas d'adénopathie



BIRADS 4C = très suspect de malignité (50-95% de probabilité)

(Ce pourquoi un bilan mammographique a été réalisé, malgré le jeune âge, ainsi qu'une IRM.)

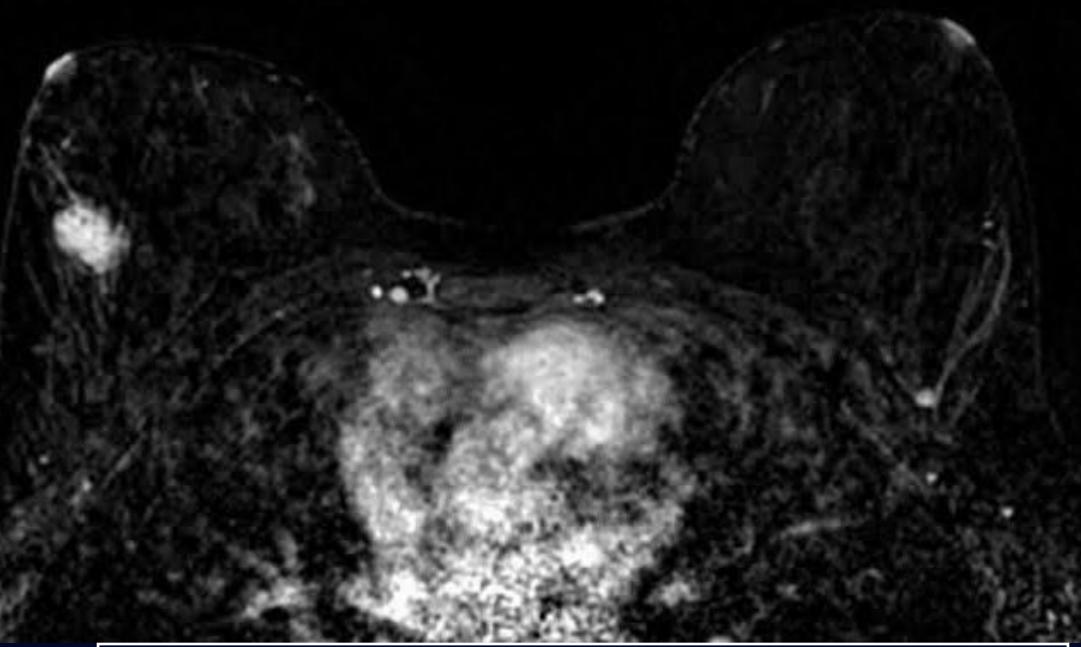
IRM mammaire 1.5 T



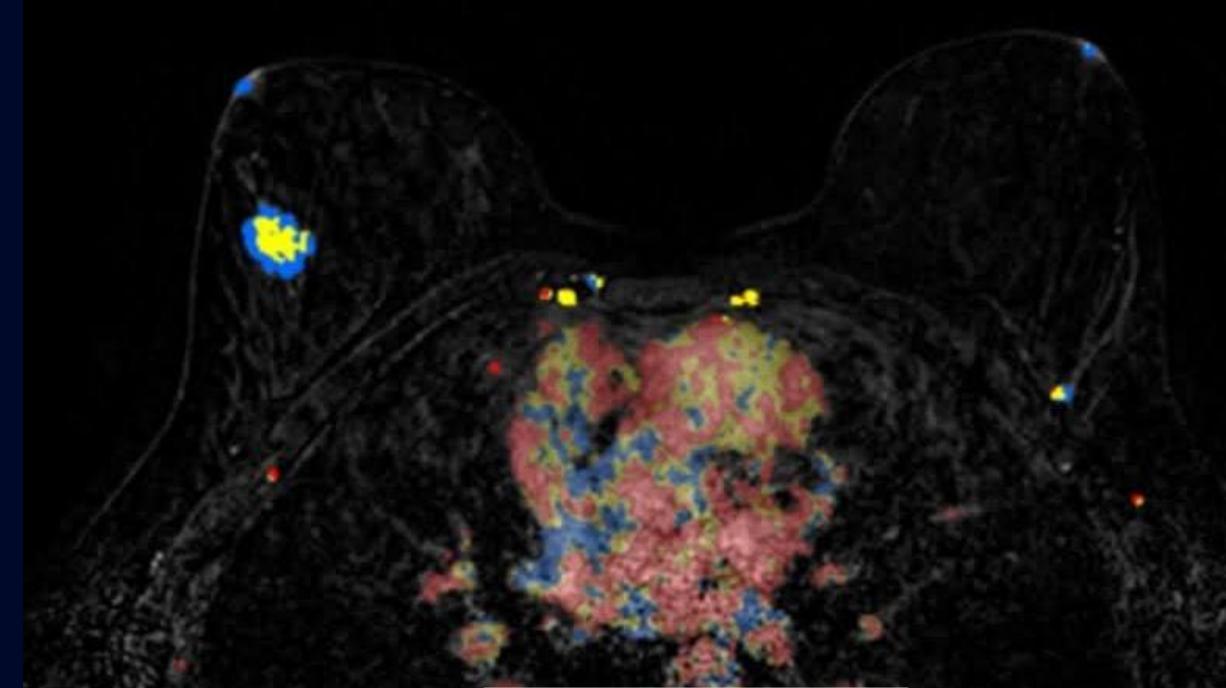
Axial T1 pré-contraste

Axial T2 FSE ASPIR pré-contraste

IRM mammaire 1.5 T

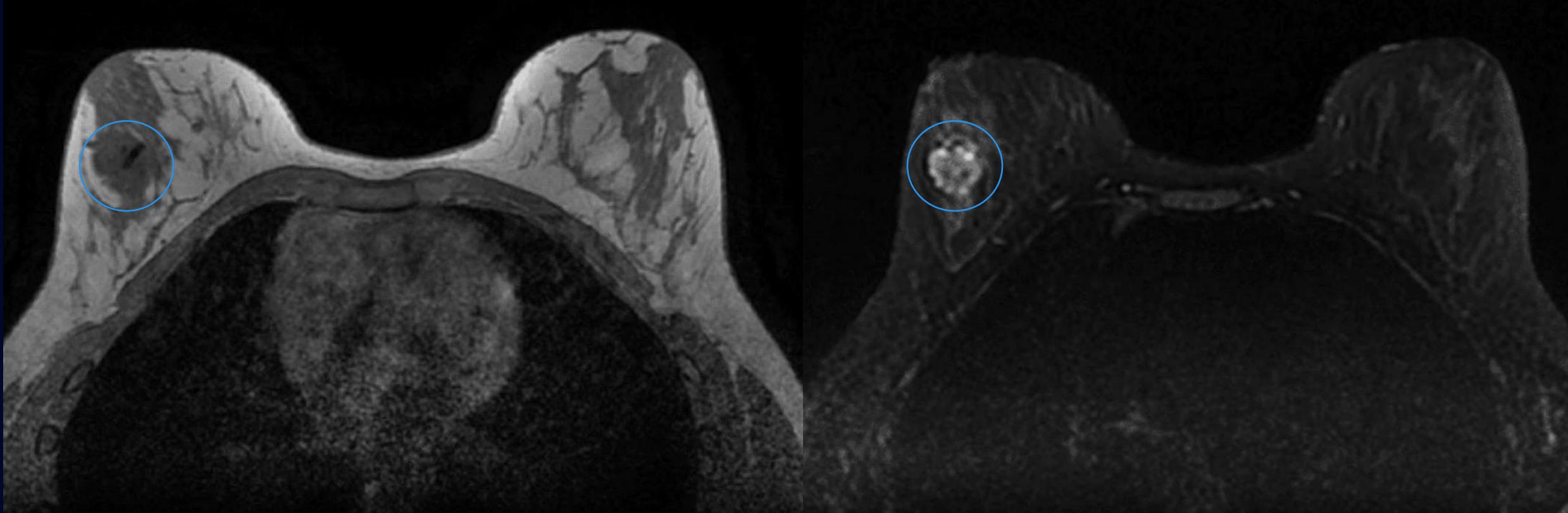


Séquence de soustraction post injection



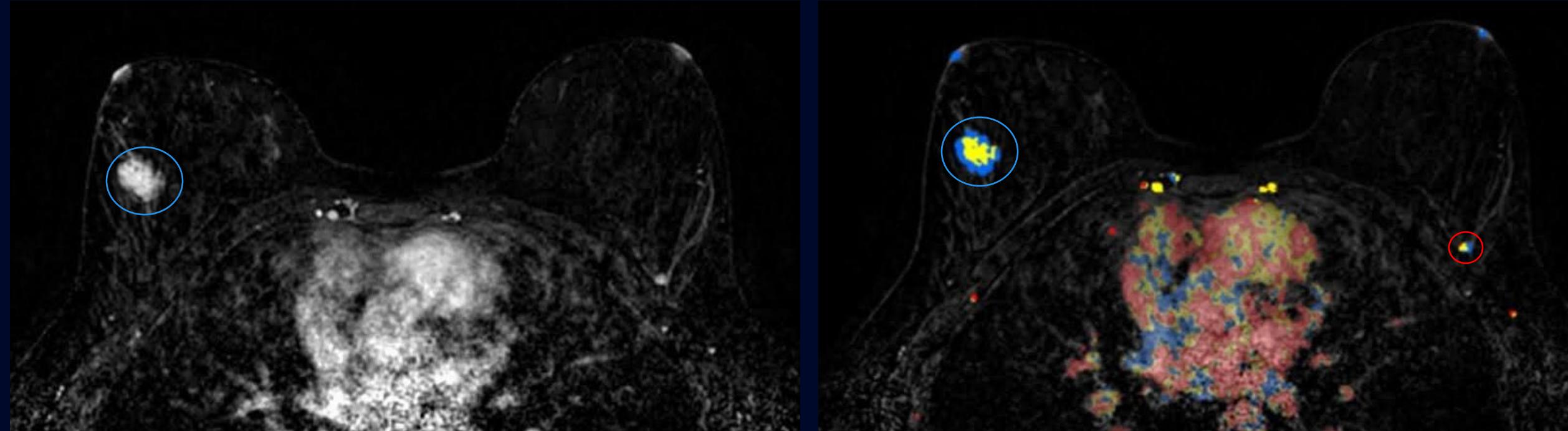
Angiomap CAD

Description IRM



Massa ovalaire, supéro-externe droite avec clip de biopsie (vide de signal) en place.
La masse présente un signal isointense en pondération T1 et un
signal hyperintense, hétérogène en pondération T2

Description IRM

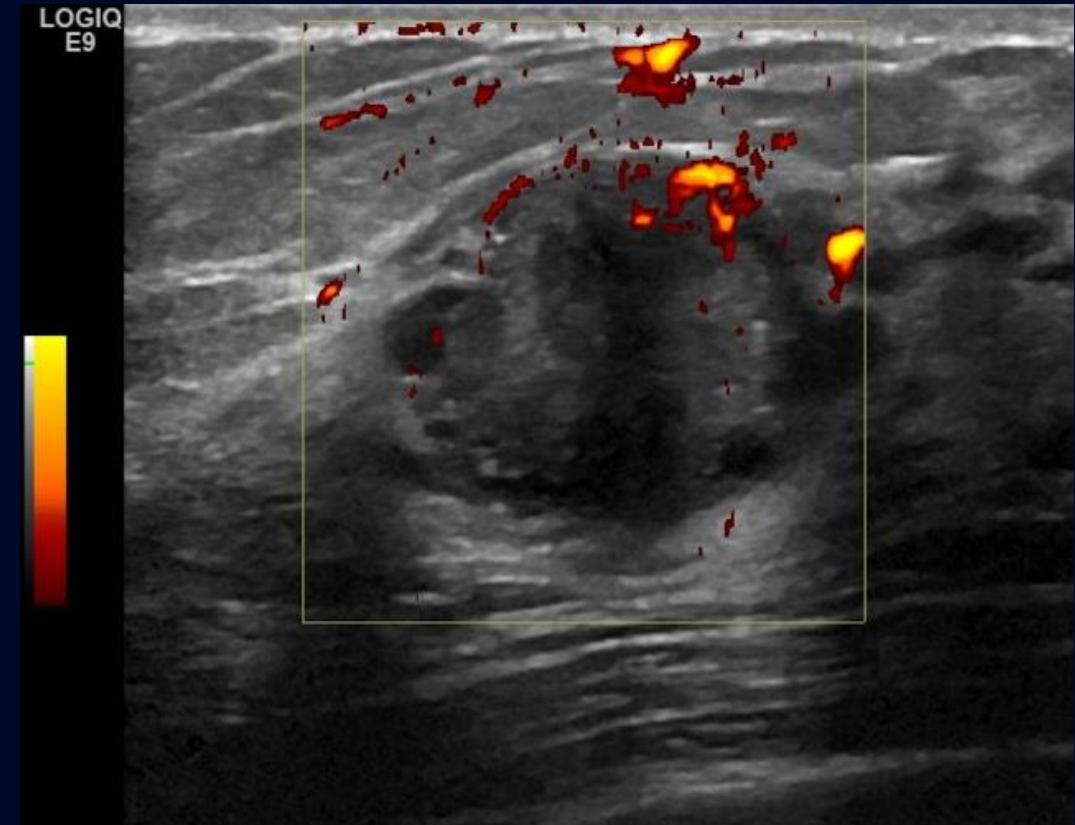


Massé ovalaire supéro-externe droite, à contours microlobulés, présentant une cinétique majoritairement en plateau (couleur jaune) et une cinétique périphérique progressive (**couleur bleue**)

Accessoirement, ganglion intramammaire bénin équatorial externe gauche (**cercle rouge**)

Diagnostic différentiel

1. Carcinome canalaire infiltrant
2. Fibroadénome complexe
3. Tumeur phyllode
4. Lésion papillaire
5. Lésion complexe sclérosante



Diagnostic différentiel

- Carcinome canalaire infiltrant (CCI)
- Fibroadéome complexe
- Tumeur phyllode
- Lésion papillaire
- Lésion complexe sclérosante



En faveur :

- Masse unique nouvellement palpable
- Contours microlobulés et composantes hypervasculaires
- Échogénicité hétérogène
- Microcalcifications

En défaveur :

- Jeune patiente (23 ans)
- Masse ovale (plutôt qu'irrégulière)
- Orientation parallèle (plutôt qu'anti-parallèle)
- Pas d'adénopathie

Diagnostic différentiel

- Fibroadénome complexe



- Tumeur phyllode
- Lésion papillaire
- Lésion complexe sclérosante
- CCI

En faveur :

- Jeune patiente (23 ans)
- Masse palpable mobile
- Masse ovulaire, d'orientation parallèle
- Composantes microkystiques (métaplasie apocrine associée)
- Microcalcifications fines et amorphes, typiques dans la composante épithéliale contrairement aux microcalcifications stromales (popcorn)

En défaveur :

- Contours microlobulés
- Échotexture hétérogène

Diagnostic différentiel

- Tumeur phyllode 

- Lésion papillaire
- Lésion complexe sclérosante
- CCI
- Fibroadénome complexe

En faveur :

- Masse ovale à contours microlobulés
- Composantes anéchogènes/microkystiques à l'échographie
- Hypervascularisée
- Taille, bien qu'elle puisse être plus large

En défaveur :

- Jeune patiente (normalement entre 40-60 ans)
- Pas de notion d'une progression rapide en taille

Diagnostic différentiel

- Lésion papillaire
- Lésion complexe sclérosante
- CCI
- Fibroadénome complexe
- Tumeur phyllode



En faveur :

- Masse ovalaire à contours microlobulés
- Hypervascularisée

En défaveur :

- Jeune patiente
- Composantes microkystiques au sein d'une masse solide plutôt qu'une masse tissulaire au sein d'un kyste (masse kystique complexe)

Diagnostic différentiel

- Lésion complexe sclérosante
- CCI
- Fibroadénome complexe
- Tumeur phyllode
- Lésion papillaire



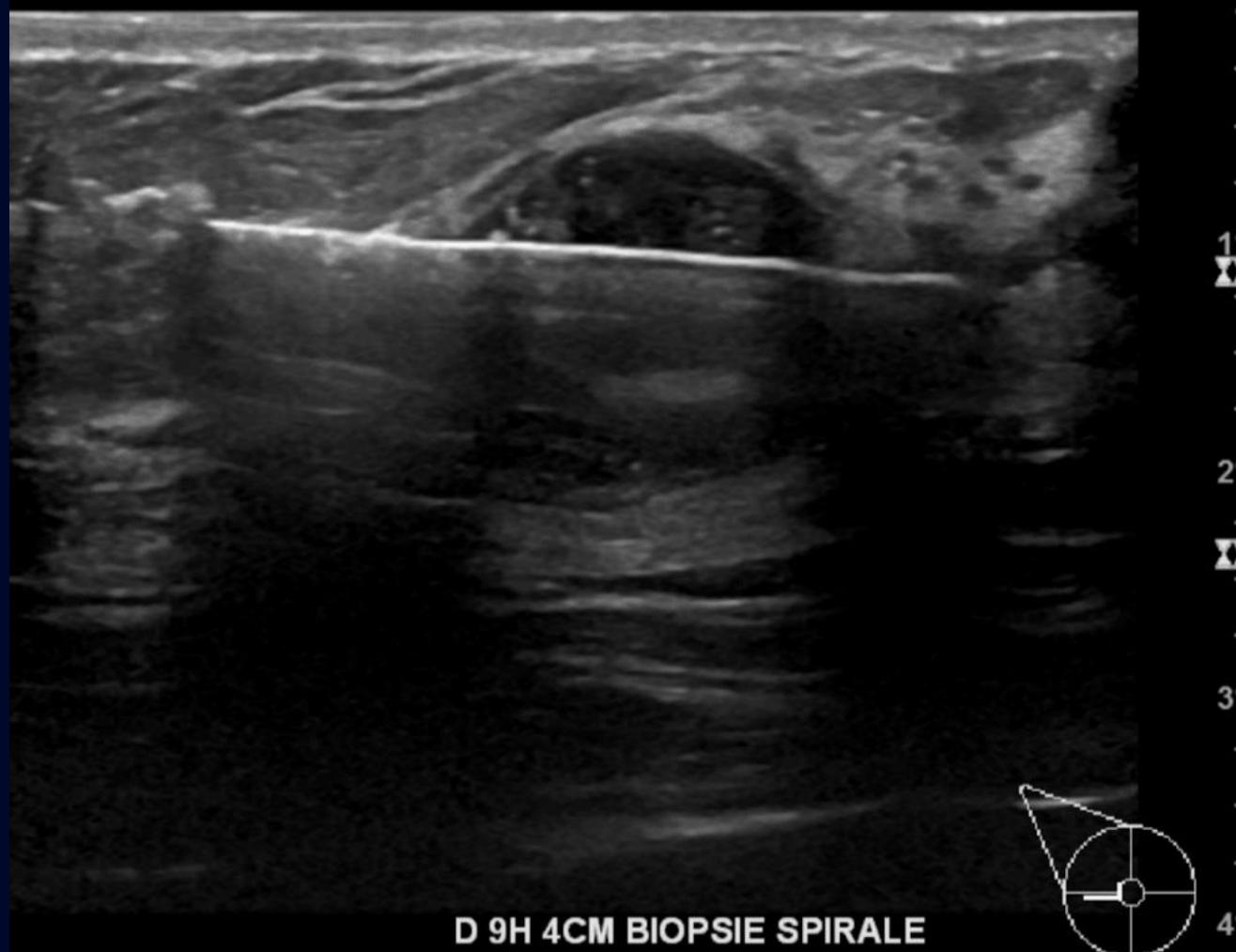
En faveur :

- Masse d'échotexture hétérogène, à contours microlobulés

En défaveur :

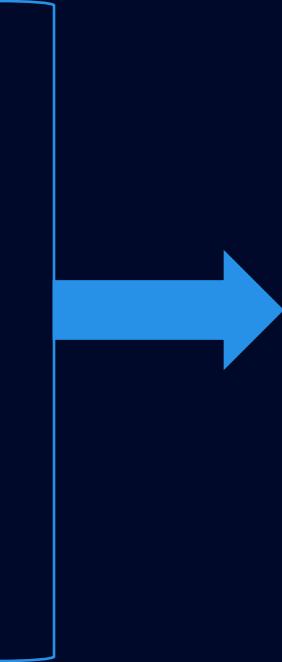
- Âge (normalement après 40 ans)
- Souvent non palpable
- Forme plutôt ovale et non irrégulière
- Pas de distorsion architecturale
- Renforcement postérieur plutôt qu'une atténuation

Biopsie échoguidée



Ddx basé sur la pathologie

Analyse de la biopsie

- Lésion biphasique
 - Composante stromale en partie myxoïde
 - Différentiation myéloïde
 - Sclérose focale
 - Composante épithéliale non atypique
- 
1. Hamartome
 2. Lésion sclérosante
 3. Fibroadénome

Recommandation: Exérèse chirurgicale

Pathologie Macroscopique

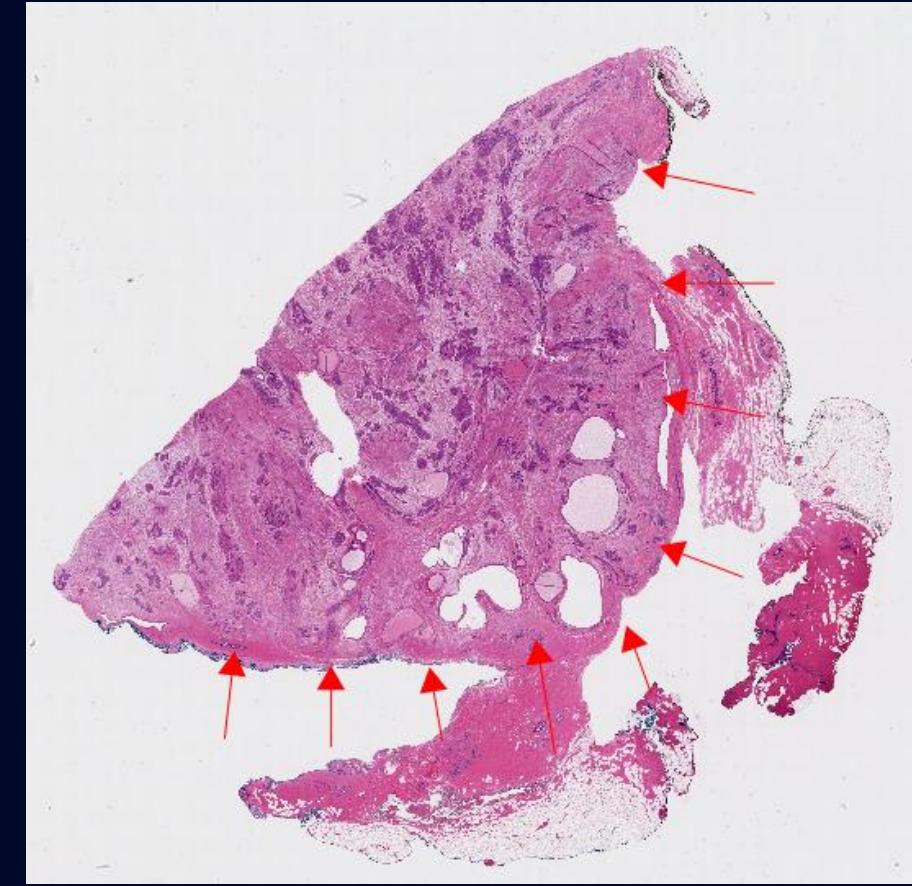
- Nodule jaune-blanchâtre de 1,8 cm
- Ferme, bien circonscrit, non encapsulé
- Présence de quelques cavités kystiques millimétriques, contenant du liquide translucide (**flèche rouge**)



Pathologie Microscopique

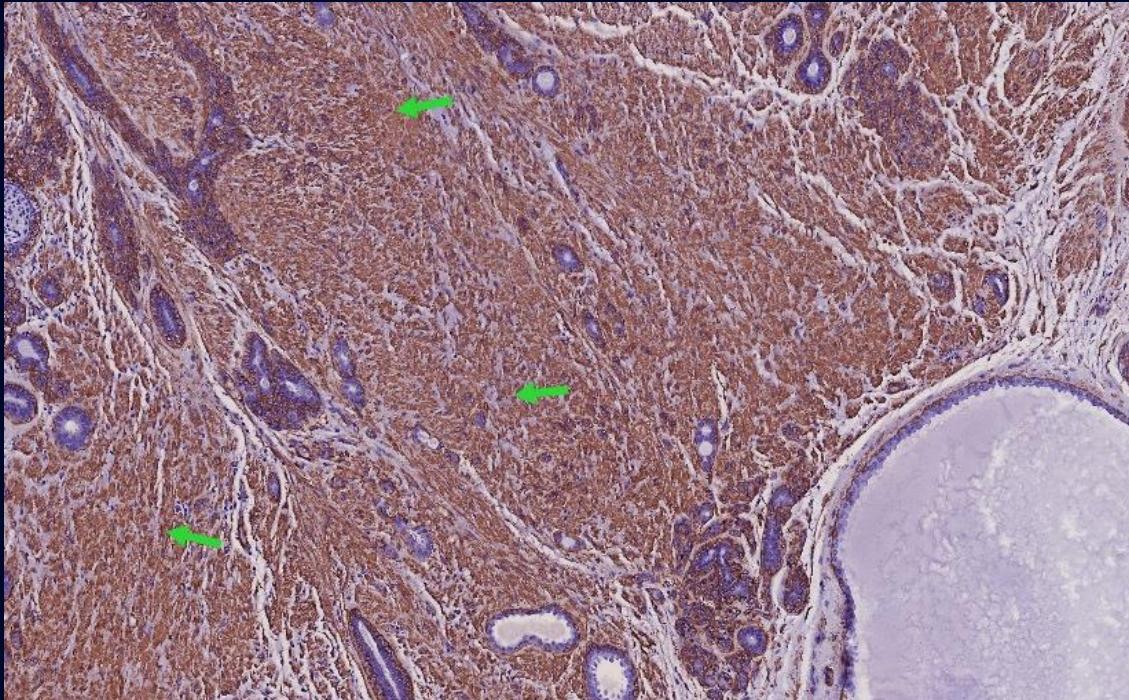


Adénose sclérosante (cercle noir) et métaplasie apocrine (**flèches rouges**) dans un stroma myxoïde (**flèches vertes**) (20X)

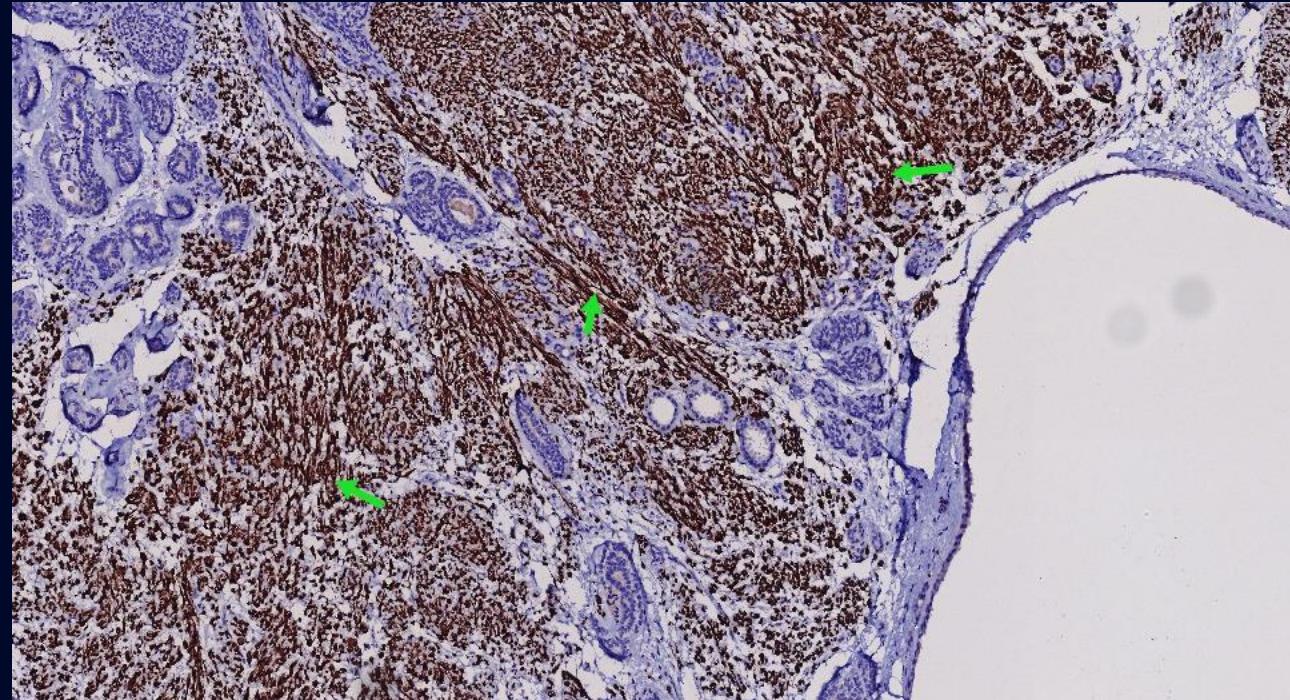


Masse circonscrite (**flèches rouges**) avec des remaniements myxoïdes marqués (1,25x)

Pathologie Microscopique



La présence de muscle lisse est mise en évidence par l'anticorps dirigé contre l'actine musculaire lisse (SMA) (**flèches vertes**) (20x)



La présence de muscle lisse est mise en évidence par l'anticorps dirigé contre la desmine (**flèches vertes**) (20x)

**Diagnostic
final**

**Hamartome
myoïde**

Hamartome myoïde

Description et Clinique

- L'hamartome mammaire représente 0,7-5% des tumeurs bénignes du sein
- Malformation tumorale d'un tissu mammaire normal mais disposé de manière anarchique
- Sous-groupe rare caractérisé par de larges zones de stroma riche en cellules musculaires lisses (d'où l'adjectif myoïde) pouvant mimer l'expansion stromale vue dans les tumeurs phyllodes, mélangé avec un épithélium désorganisé et du tissu adipeux.

Hamartome myoïde

Pathologie et diagnostic différentiel

- L'hamartome myoïde fait partie des lésions myoïdes bénignes du sein incluant les leiomyomes et les variantes leiomyomateuses des myofibrblastomes
- Contrairement au leiomyome, les muscles lisses du hamartome myoïde sont associés à du tissu adipeux, des éléments épithéliaux et souvent de l'adénose sclérosante.
- Le diagnostic différentiel comprend:
 - Lésions fibroépithéliales
 - Léiomyome
 - Léiomyosarcome
 - Carcinome métaplasique

Hamartome myoïde

Histopathologie

- L'hamartome myoïde peut ressembler à:
 - Modifications fibrokystiques (absence de cellules musculaires lisses)
 - Léiomyome (absence de tissu adipeux et épithérial)
 - Angiomyolipome (cellules musculaires lisses bien arrangeées contrairement au hamartome myoïde où elles sont désorganisées)

Immunohistochimie

- Expression des récepteurs hormonaux estrogène et progestérone (ER PR)
- Expression d'actine musculaire
- CD34 faible ou absent

Tumeurs phyllodes

Hamartome myoïde

Clinique, imagerie, pronostic et traitement

Présentation clinique :

- Découverte fortuite vs masse palpable
- À n'importe quel âge adulte, quoique âge moyen 41 ans

Imagerie

- Le plus fréquemment, masse ovale, bien circonscrite et encapsulée
- “Breast within a Breast”
- Rarement de forme irrégulière pouvant mimer une lésion maligne

Pronostic

- Excellent, aucune transformation maligne rapportée
- Rarement peut récidiver
- Risque de récidive non connu pour les hamartomes myoïdes mais de 8% pour les hamartomes en général

Traitement

- Exérèse souvent nécessaire pour obtenir un diagnostic précis.

Références

1. Vijayakumar S, Donegan WL, Eltorky M. Hamartomas of the breast: diagnostic and therapeutic considerations. *Radiology*. 2016;280(2):301-308. doi:10.1148/radiol.2016160197
2. Rakha EA, et al.. Classification of Fibroepithelial Lesions of the Breast in Core Needle Biopsy With Implications for Further Management. *Mod Pathol*. 2025 May;38(5):100734. doi: 10.1016/j.modpat.2025.100734. Epub 2025 Feb 11. PMID: 39947480.
3. Krings G, McIntire P, Shin SJ. Myofibroblastic, fibroblastic and myoid lesions of the breast. *Semin Diagn Pathol*. 2017 Sep;34(5):427-437. doi: 10.1053/j.semdp.2017.05.010. Epub 2017 May 28. PMID: 28751104.
4. Prabhu J, Moyle P. Recurrent myoid hamartoma of the breast mimicking malignancy. *Radiol Case Rep*. 2020 Nov 30;16(2):295-299. doi: 10.1016/j.radcr.2020.11.007. Erratum in: *Radiol Case Rep*. 2022 Sep 28;17(12):4932. doi: 10.1016/j.radcr.2022.08.053. PMID: 33304438; PMCID: PMC7710508.
5. Palo S, Agrawal V. Giant Myoid mammary hamartoma: A case report. *J Cancer Res Ther*. 2024 Apr 1;20(3):1103-1105. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_2154_22. Epub 2023 Apr 4. PMID: 39023627.
6. Myong JH et al. Imaging features of complex sclerosing lesions of the breast. *Ultrasonography*. 2014 Jan;33(1):58-64. doi: 10.14366/usg.13015. Epub 2013 Nov 27. PMID: 24936496; PMCID: PMC4058973.