

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: -www.journalijar.com</p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI:10.21474/IJAR01/8108 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/8108</p>	 <p>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR) ISSN 2320-5407 Journal Homepage: http://www.journalijar.com Journal DOI:10.21474/IJAR01</p>
---	--	---

RESEARCH ARTICLE

L'HAMARTOME MAMMAIRE SANS COMPOSANTE GRAISSEUSE: A PROPOS D'UN CAS.

Laila Bahi, Amal Bennani, Kenza Oqbani, Nassira Karich, mouhamed Mouhoub, Achraf Miry and Sanaa Abbaoui.

Service de pathologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, Université Mohammed 1^{er} Oujda, Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 01 October 2018

Final Accepted: 03 November 2018

Published: December 2018

Keywords:-

breast, breast hamartoma, adipose component, mammography.

Abstract

Mots clés : Sein, hamartome mammaire, composante grasseuse, mammographie.

Summary: Mammary hamartoma is a rare benign lesion with a frequency that ranges from 0.1 to 0.7% of all benign breast tumors. This is a underdiagnosed lesion due to a lack of knowledge of the clinical, radiological and histological characteristics.

The aim of our work is to recall the clinical, radiological and histological characteristics of the breast hamartoma by reporting the observation of a particular case of breast hamartoma where the adipose component was absent.

Copy Right, IJAR, 2018., All rights reserved.

Introduction:-

L'hamartome mammaire est une malformation pseudo-tumorale bénigne rare du sein comportant trois composantes à des proportions différentes: une composante glandulaire, adipeuse et fibreuse. Un sous-type, également décrit, comportant en plus une composante musculaire lisse, porte le nom d'hamartome myoïde. Nous rapportons le cas d'hamartome mammaire chez une patiente de 38 ans, découvert à l'autopalpation. Le diagnostic d'hamartome était porté sur la confrontation des données radio-pathologiques vu l'aspect histologique atypique par manque de la composante adipeuse. A la lumière de ce cas, nous discuterons les données de la littérature en parallèle avec un dossier radio-clinique et anatomopathologique de l'hamartome du sein.

Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 38ans, sans antécédents notables, qui présente depuis 2 ans un nodule du sein gauche découvert à l'autopalpation chez qui l'examen sénologique trouve un nodule du quadrant inféro-externe classé T2NoMx.

La patiente a bénéficié d'une échographie mammaire qui avait objectivé un nodule hypoéchogène du quadrant inféro-externe entouré d'un fin liseré hyperéchogène et classé ACR2 (fig.1), l'échographie a objectivé en controlatérale un deuxième nodule classé ACR3 en position retro aréolaire en faveur d'un adénofibrome.

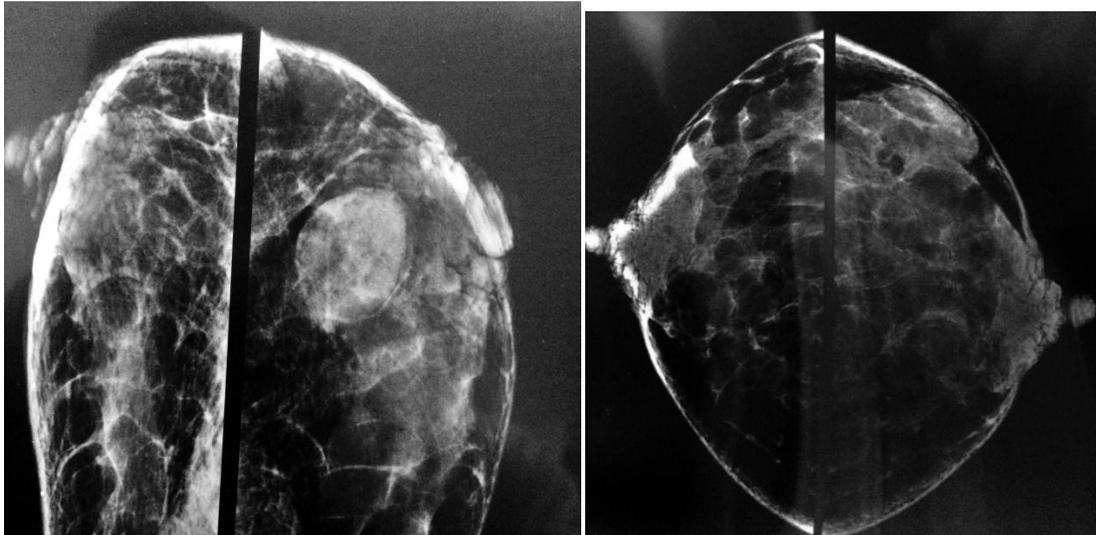
Corresponding Author:Laila Bahi.

Address: Service de pathologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, Université Mohammed 1^{er} Oujda, Maroc.



Aspect du nodule à l'échographie montrant le liseré hyperéchogène perilésionnel.

La mammographie a objectivé une masse hyperdense sans composante graisseuse hypodense intra lésionnelle. Un fin liseré radio transparent était présent en périphérie de la lésion bien limitée (fig.2).



Aspect mammographique en incidence de face (à droite) et de profil (à gauche) montrant une masse bien limitée avec présence de liseré radio transparent plus visible sur le cliché de profil.

La patiente a bénéficié en un premier temps d'une biopsie dont l'examen microscopique a révélé la présence de lésion de mastite chronique sur un parenchyme mammaire d'architecture conservé n'ayant pas permis d'expliquer la présence du nodule mammaire. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie du nodule gauche. L'examen anatomopathologique a objectivé le caractère ferme, élastique à l'examen macroscopique. L'examen sous microscope a mis en évidence une formation nodulaire encapsulée, faite de lobules mammaires, d'acini et de canaux ectasiques se disposant de manière désordonnée par endroit. Ces structures sont bordées par une double couche de cellules épithéliales et myoépithéliales régulières et sont entourées par un stroma collagénique dense, associé à un infiltrat inflammatoire mononucléé (Fig. 3 et 4), permettant ainsi à conclure à la nature hamartomateuse de la lésion en confrontation avec les données radiologiques même en absence de la composante graisseuse.

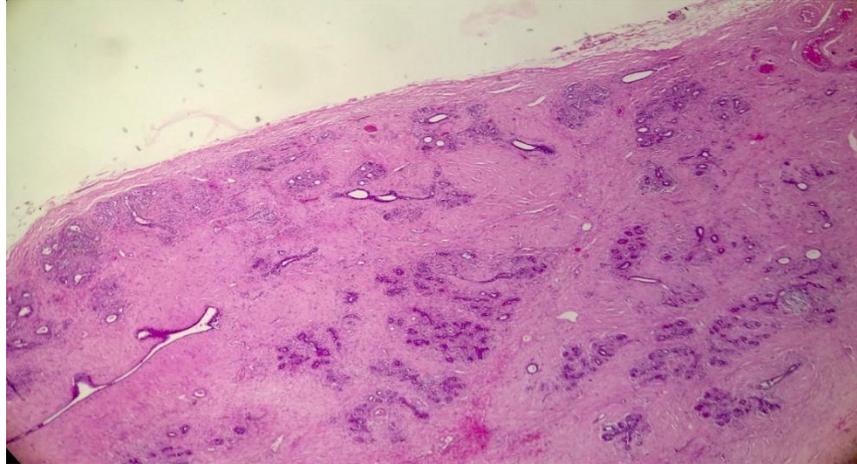


Fig. 3: Microphotographie montrant la pseudocapsule et la désorganisation architecturale des unités ductulo-lobulaires. La composante graisseuse était absente.

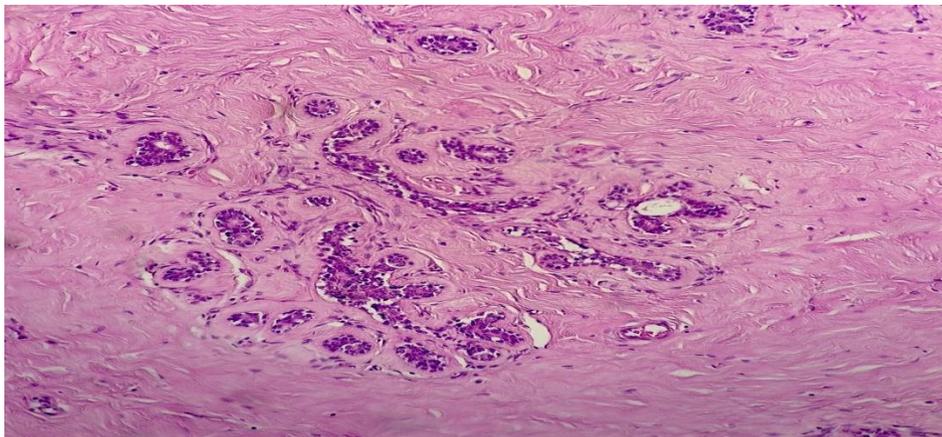


Fig. 4: Microphotographie montrant la présence de cellules myoépithéliales, témoin de la bénignité de la lésion.

Discussion:-

Décrits par Albrecht en 1904 puis en localisation mammaire par Arrigoni et al en 1971, les hamartomes sont des malformations pseudotumorales dans les quelle une organisation anormales des différentes composantes tissulaires d'un organe se trouvent dans l'organe même [1,4]. Il s'agit d'un nodule formé de lobules dans une atmosphère très souvent fibroadipeuse, elle est constitué par une association de tissu adipeux, de tissu fibreux et d'éléments glandulaires en proportions variables [2]. Cette lésion survient à tout âge à partir de la puberté avec une incidence qui varie entre 0,1 et 0,7% de l'ensemble des tumeurs bénignes du sein [5-7]. Feder et al, ont rapporté que la majorité de ces lésions touchent la femme âgée de plus de 35 ans [8].

Cliniquement, l'hamartome mammaire est généralement asymptomatique, mais peut se manifester comme c'est le cas pour notre malade sous forme d'un nodule tissulaire ferme et mobile [8-10]. La mammographie permet de mettre en évidence une masse typiquement bien limitée, à contenu partiellement graisseux avec ou sans calcifications. Un autre aspect typique de l'hamartome est la présence d'un liseré radio transparent en rapport avec une pseudocapsule.

L'échographie mammaire permet d'objectiver une masse d'écho structure variable et est ainsi non spécifique. Un liseré hyperéchogène comme c'est le cas pour notre malade peut être visible.

L'IRM peut être utile en cas de doute sur les données de la mammographie et l'échographie. Le diagnostic est le plus souvent posé par confrontation des données cliniques et mammographiques [2, 8,10]. Notre patiente se plaignait de gêne induite par son nodule motivant ainsi l'exérèse chirurgicale.

Sur le plan pathologique, l'hamartome mammaire se présente sous forme de masse bien limitée, ferme fibreuse à la coupe avec parfois des kystes remplis de produit brunâtre [11]. A l'étape macroscopique il n'est pas possible d'identifier la composante grasseuse lorsqu'elle est présente. Sur le plan histologique les trois composantes, grasseuses, fibreuses et glandulaires sont classiquement présentes à des proportions différentes avec rarement présence de fibres musculaires lisses déterminant ainsi la nature myoïde de l'hamartome. Les séries de Daya et al [12] ont permis de constater la présence d'une composante grasseuse dans tous leurs cas avec un pourcentage variant de 10 à 20% de l'ensemble de la lésion. Dans une des séries les plus importantes, Charpin et al. [13] qui a porté sur 41 cas, la composante grasseuse était rapportée chez toutes les patientes. Par contre une étude de 2004 [14], n'a trouvé de composante grasseuse que dans 16% des cas soit 6 parmi 37 cas. Le diagnostic d'hamartome peut être fait, même en absence de composante grasseuse, ce qui était le cas pour notre malade, quoique la différenciation entre hamartome et mastopathie fibrokystique peut présenter des difficultés [15].

Conclusion:

L'hamartome mammaire est une pseudotumeur bénigne rare du sein comportant classiquement trois composantes : adipeuse dont la présence était anciennement considérée obligatoire, une composante fibreuse et glandulaire. Le diagnostic d'hamartome est possible même en absence de composante grasseuse grâce à la confrontation radiopathologique.

Références:-

1. Albrecht E. Über hamartome [in German]. *Verh Dtsch Ges Pathol* 1904; 7:153-157.
2. Oueslati S, Salem A, Chebbi A, Mhiri S, Kribi L, Ben Romdhane K, et al. Hamartome du sein. *Imagerie de la femme* 2007; 17:19-25.
3. Boyer B, Graef C. Hamartome du sein : une tumeur bénigne rare de diagnostic mammographique. *Presse Med* 2007; 36:1999- 2000.
4. Arrigoni MG, Dockerty MB, Judd ES. The identification and
5. treatment of mammary hamartoma. *Surg Gynecol Obstet*
6. 1971;133:577-82.
7. Lee EH, Wylie EJ, Bourke AG, Bastraan De Booer W. Invasive
8. ductal carcinoma arising in a breast hamartoma: two case reports and review of the literature. *Clin Radiol* 2003;58: 80-3.
9. Charpin C, Mathoulin MP, Andrac L, et al. Reappraisal of breast hamartomas. A morphological study of 41 cases. *Pathol Res Pract* 1994; 190:362-71.
10. Ravakhah K, Javadi N, Simms R. Hamartoma of the breast in a man. *Breast* 2001;7:266-8.
11. Feder JM, de Paredes ES, Hogge JP, Wilken JJ. Unusual breast lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1999; 19:S11-26.
12. Reck T, Dworak O, Thaler KH, Kockerling F. Hamartoma of aberrant breast tissue in inguinal region. *Chirurg* 1995;66: 923-6.
13. Daya D, Trus T, D'Souza TJ, et al. Hamartoma of the breast, an underrecognized breast lesion. A clinicopathologic and radiographic study of 25 cases. *Am J Clin Pathol* 1995; 103: 685-9.
14. Rosen PP. Benign mesenchymal neoplasms. In: Rosen's breast pathology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2009. p. 867-8.
15. Daya D, Trus T, D'Souza TJ, Minuk T, Yemen B. Hamartoma of the breast, an underrecognized breast lesion. *Am J Clin Pathol* 1995; 103:685-689.
16. Charpin C, Mathoulin MP, Andrac L, et al. Reappraisal of breast hamartomas: a morphological study of 41 cases. *Pathol Res Pract* 1994; 190:362- 371.
17. G M K Tse, B K B Law, T K F Ma, A B W Chan, L-M Pang, W C W Chu, and H S Cheung Hamartoma of the breast: a clinicopathological review, *J Clin Pathol*. 2002 Dec; 55(12): 951-954.
18. Georgian-Smith D, Kricun B, McKee G, et al. The mammary hamartoma: appreciation of additional imaging characteristics. *J Ultrasound Med* 2004; 23:1267-1273.