

Carcinome adénoïde kystique dans sa variante solide du sein: difficulté diagnostique d'une entité rare

A SASSI BENNA, O ABRAMOVICI, C PASQUESOONE, M-L PETIT, J BEAUJOT, Y-M ROBIN

Unité de Pathologie Morphologique et Moléculaire

Centre Oscar Lambret, Lille.

asmasassi.as@gmail.com

Contexte:

Le carcinome adénoïde kystique mammaire est une tumeur rare. Il s'agit le plus souvent d'un carcinome triple négatif dont la variante solide peut constituer un piège sur biopsie.

Objectif:

Nous rappelons, à travers un exemple, les particularités de cette tumeur.

Méthodes:

Il s'agit d'une patiente âgée de 63 ans présentant une masse rétroaréolaire de 40 mm du sein droit.

Résultats:

Les prélèvements intéressent une prolifération tumorale d'architecture solide, agencée en massifs parfois creusés de nécrose et en travées à contours irréguliers et anastomosés (Figure 1).

Les cellules tumorales ont un aspect basaloïde, des atypies nucléaires modérées et on compte 27 mitoses / 10 champs au fort grossissement.

En immunohistochimie, la tumeur est de phénotype triple négatif et l'index de prolifération ki67 est élevé à 25%.

On observait un immunomarquage significatif avec KIT, SOX10, CK7 (Figures 2, 3).

Les anticorps anti-GATA3, mammaglobine, MYB, PS100 et les marqueurs neuroendocrines sont négatifs.

Ces aspects sont ceux d'un carcinome adénoïde kystique dans sa variante solide, grade III selon Elston et Ellis.

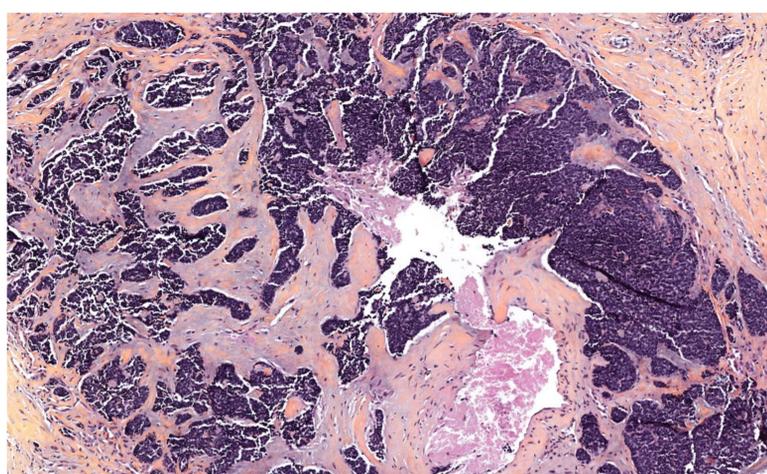


Figure 1: Prolifération tumorale d'architecture solide et nécrotique, constituée de cellules d'aspect basaloïde (HPS X40)

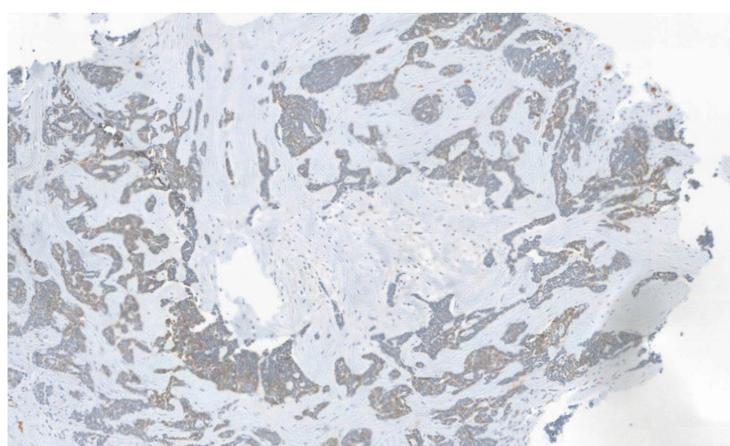


Figure 2: Immunomarquage par CKIT (IHCX200).

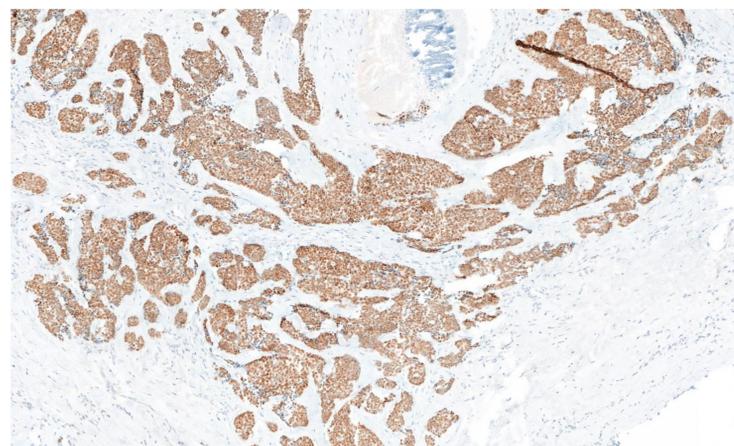


Figure 3: Immunomarquage par SOX10 (IHCX200).

Discussion et conclusion:

La variante solide du carcinome adénoïde kystique du sein est de diagnostic difficile, et doit être différenciée d'une localisation mammaire d'un carcinome neuroendocrine ou encore d'un lymphome surtout qu'il s'agit d'un carcinome triple négatif.

Cette forme est plus agressive que la forme classique, et s'associe souvent à de la nécrose, à un index mitotique et un ki67 plus élevés. De plus, elle ne présente un réarrangement du gène MYB que dans environ 12 à 19% des cas mais on retrouve souvent une surexpression de la protéine MYB en immunohistochimie.

Notre cas n'exprimait pas la protéine MYB. Néanmoins, un immunomarquage intense avec SOX10 et KIT ont permis de redresser le diagnostic.