

Tumeur à cellules granuleuses du sein simulant un carcinome mammaire

[Granular cell tumor of the breast mimicking a breast carcinoma]

Meryem Lamchahab, Layla Tahiri, Laila Chbani, Taoufiq Harmouch, and Hind El Fatemi

Department of Pathology, Hassan II Teaching Hospital, University Sidi Mohammed Ben Abdallah, Fez, Morocco

Copyright © 2015 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Granular cell tumor (GCT) of the breast is an uncommon and a benign tumor that can mimics carcinoma clinically as well as radiographically. The GCT is characterized by a proliferation of large cells with abundant eosinophilic granular cytoplasm of ubiquitous seat. We report a case of a granular cell tumor of axillary seat in a woman of 47 years. The diagnosis was confirmed at pathologic examination of percutaneous biopsy. The evolution of the granular cell tumor is often favorable. Surgery remains the treatment of choice. The diagnosis is exclusively pathological.

KEYWORDS: Granular cell tumor; GCT; Breast; Benign tumor; pathologic examination.

RÉSUMÉ: La tumeur à cellules granuleuses (TCG) est une tumeur rare et bénigne pouvant mimer cliniquement et radiologiquement un carcinome. Elle est caractérisée par une prolifération de grandes cellules aux cytoplasmes abondants granuleux éosinophiles de siège ubiquitaire.

Nous rapportons une observation d'une tumeur à cellules granuleuses de siège axillaire chez une femme de 47 ans. Le diagnostic a été confirmé à l'examen anatomopathologique de la biopsie percutanée. L'évolution de la tumeur à cellules granuleuses est souvent favorable. La chirurgie reste le traitement de choix. Le diagnostic positif est exclusivement anatomopathologique.

MOTS-CLEFS: Tumeur à cellules granuleuses ; TCG; Sein ; Tumeur bénigne; examen anatomopathologique.

1 INTRODUCTION

La tumeur à cellules granuleuses (TCG) est une lésion bénigne et ubiquitaire siège préférentiellement au niveau de la sphère ORL. Elle a été décrite par Abrikossoff en 1931. La localisation mammaire est rare ne présentant que 5 à 15% de tous les cas (1,2). C'est une lésion déroutante pour les cliniciens et les radiologues par sa présentation simulant un carcinome mammaire, et pour les pathologistes par sa rareté. Son diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique. Son pronostic est favorable après une exérèse chirurgicale complète.

Nous rapportons une nouvelle observation d'une tumeur à cellules granuleuses de siège axillaire en discutons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette tumeur rare.

2 OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente de 47 ans qui a consulté pour une tuméfaction axillaire droite augmentant progressivement de taille. L'examen physique a montré un nodule axillaire de 3cm indolore et mobile par rapport aux 2 plans profond et superficiel. Il est polylobé et dur à la palpation sans signes inflammatoires. Les aires ganglionnaires étaient libres.

L'écho-mammographie a mis en évidence la présence d'une masse juxta-axillaire droite au niveau du quadrant supéro-externe de 20 mm de grand axe, hétérogène, irrégulière, vascularisée et classée ACR3. Une biopsie a été réalisée. Elle a montré une prolifération tumorale d'architecture massive. Elle est faite de grandes cellules polygonales bien limitée. Leur cytoplasme est granuleux et éosinophile. Les noyaux sont petits ronds ou ovalaires et en position centrale sans atypies nucléaires ni mitoses (figures 1 et 2). Devant Cet aspect morphologique typique le diagnostic de tumeur à cellules granuleuses a été posé. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie qui a montré le même aspect histologique, ce qui a permis de confirmer le diagnostic. Les limites d'exérèse chirurgicales étaient saines. L'évolution est favorable après une année de surveillance.

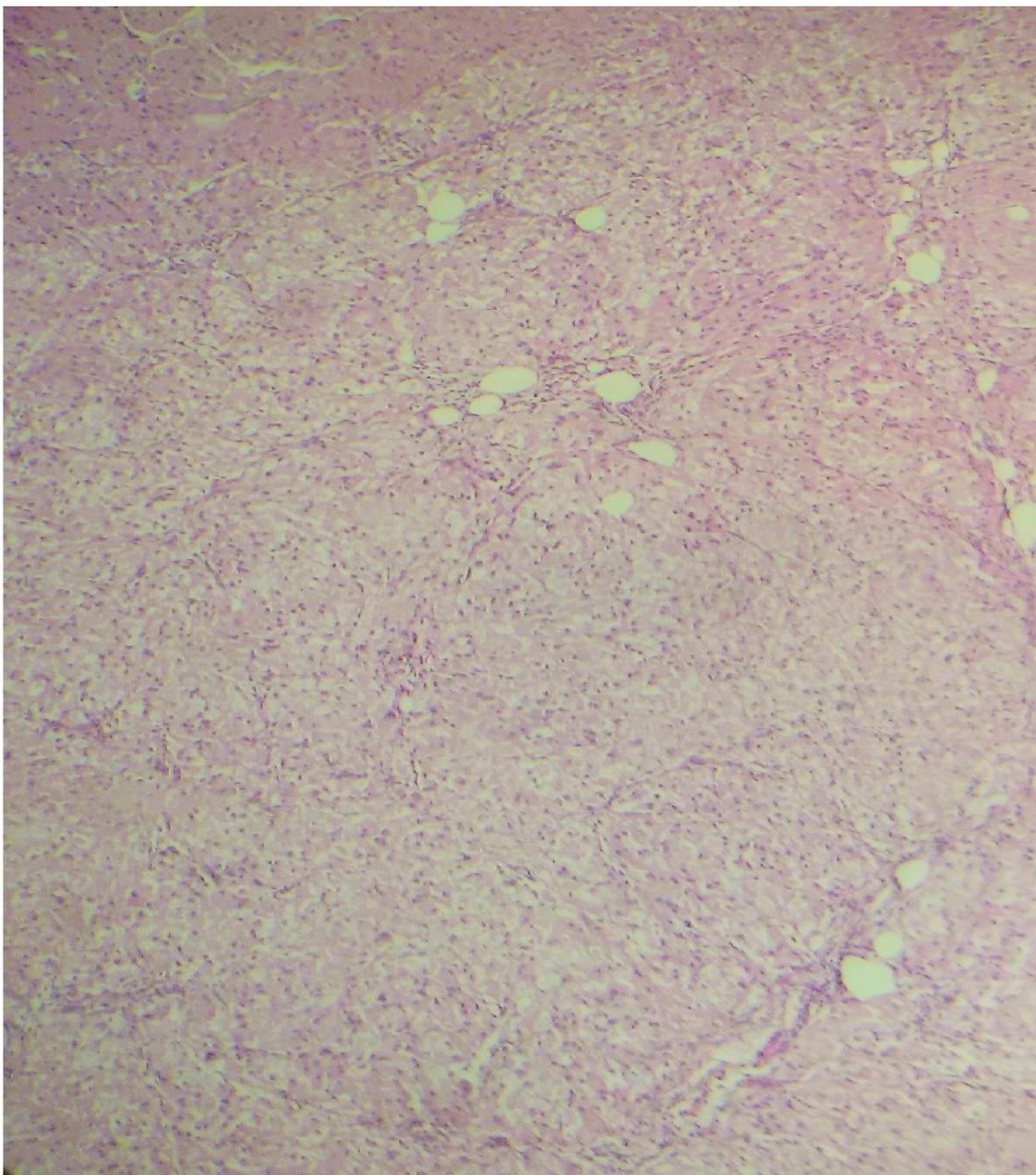


Figure 1 : Aspect microscopique de la lésion à la coloration HES (hemateine oesine safran) x 40

Figure 1 montre une prolifération tumorale d'architecture massive faite de grandes cellules polygonales bien limitée.

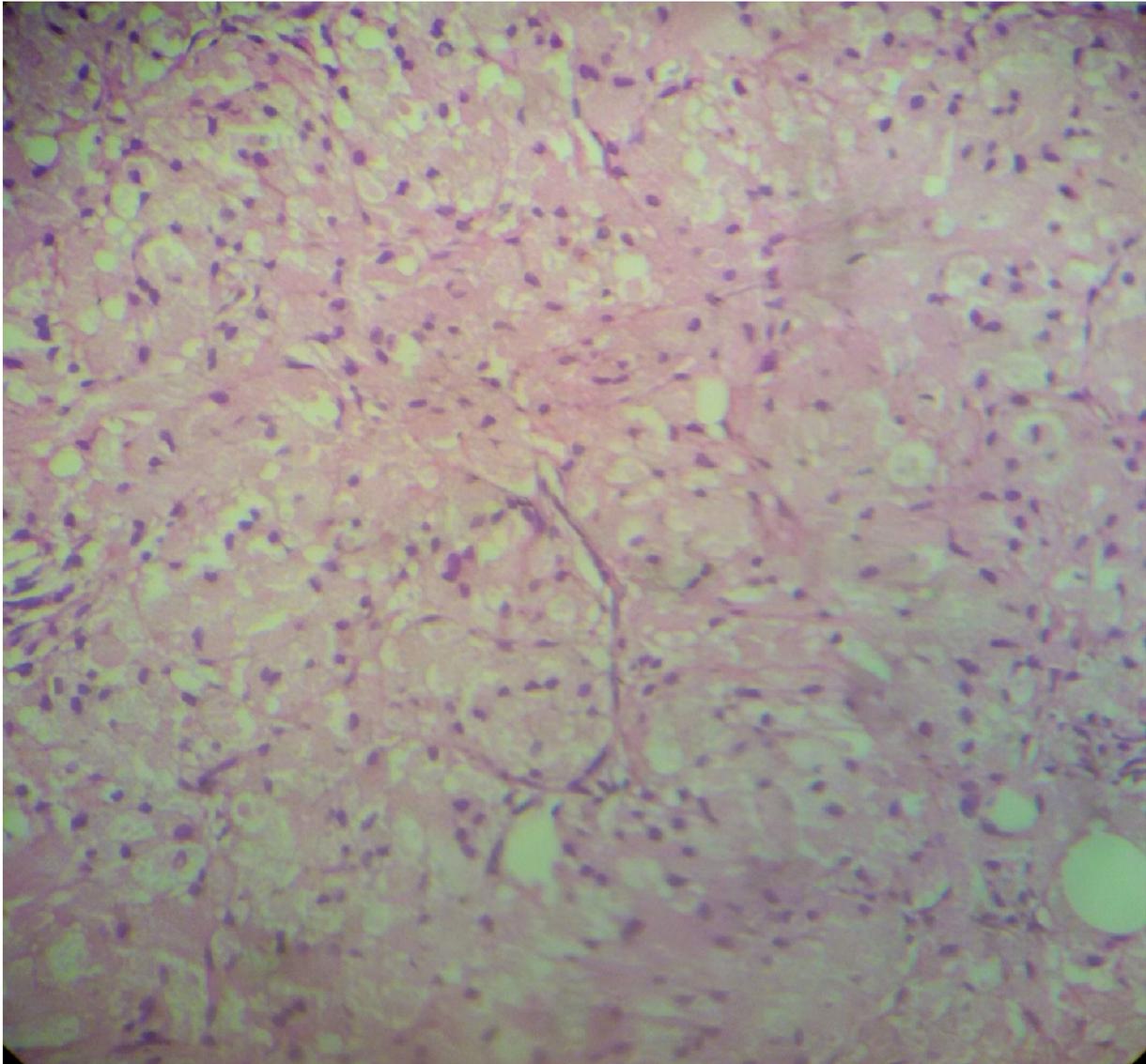


Figure 2 : Aspect microscopique de la lésion à la coloration HES (hemateine eosine safran) x100

Figure 2 montre une prolifération de cellules à cytoplasme granulaire et éosinophile. Les noyaux sont petits ronds ou ovalaires et en position centrale sans atypies nucléaires ni mitoses.

3 DISCUSSION

La TCG est une entité rare décrite pour la première fois par Weber en 1857 [1]. Les principales localisations sont la cavité buccale (50% des TCG) suivie par les tissus mous [3,4,5]. Les autres localisations sont plus rares: organes génitaux externes, tube digestif, vessie, sein, glandes salivaires, nasopharynx [1]. L'histogénèse des TCG reste controversée et leur étiologie est inconnue. L'origine musculaire strié a été suggéré pendant longtemps d'où son appellation « myoblastome à cellules granuleuses » [1]. En 1926, Abrikossoff a évoqué son origine schwannienne [6]. Actuellement l'origine nerveuse est bien établie grâce aux études ultrastructurales (nature lysosomiale des grains intra cytoplasmiques) et immunohistochimiques (cellules tumorales exprimant les marqueurs neurogènes: la PS100 et la NSE) [7].

La TCG du sein représente entre 5% et 15% de tous les cas GCT [8]. Elle survient chez les femmes entre 30 et 50 ans, et surtout chez les femmes d'origine afro-américaine. L'âge moyen de survenue de la TCG du sein est de 38 ans. Cependant, certains cas de GCT du sein ont été décrits chez l'homme [3,4,5].

Cliniquement, la TCG se présente habituellement comme une tumeur indolore, bien circonscrite et mobile. Cette tumeur se présente habituellement comme une masse indolore, généralement bien circonscrite et mobile. La présentation clinique peut simuler une tumeur maligne (masse dure, mal limitée et fixée par rapport aux deux plans superficiels et profonds) [9,10]. Elle est généralement unique, mais la multifocalité a été rapportée dans 5,4% à 17,6% des cas [4,5]. Le siège préférentiel de ces tumeurs mammaires est le quadrant supérieur en particulier le quadrant supéro-interne, à la différence du carcinome mammaire qui siège le plus souvent au niveau du quadrant supéro-externe. Cela reflète le trajet du nerf sus-claviculaire. Toutefois, la TCG a montré des localisations mammaires variables, y compris le quadrant supéro-externe, le quadrant inféro-supérieure, la région axillaire, la ligne médiane, le mamelon et la région sous-aréolaire [3,8]. Chez notre patiente, la tumeur était hétérogène, irrégulière mesurant 2 cm de grand axe et située au niveau du quadrant supéro-externe.

La TCG montre à l'imagerie un aspect variable non spécifique. Sur la mammographie, elle peut se présenter comme une masse bien circonscrite de petite taille (moins de 3cm) ou comme une lésion mal limitée, spiculée simulant une lésion carcinomateuse [4,5]. L'échographie montre le plus souvent un nodule hétérogène avec un cône d'ombre postérieur et des contours irréguliers. Plus rarement, elle montre un nodule hypoéchogène aux limites nettes [9,11]. L'aspect macroscopique se présente comme une lésion ferme ou dure, homogène, bien limitée, de couleur blanc grisâtre ou jaunâtre, mesurant moins de 3cm, mais une taille allant jusqu'à 6 cm a été signalée. Le diagnostic définitif d'une TCG est anatomopathologique sur microbiopsie ou biopsie percutanée échoguidée permettant ainsi un bon échantillonnage avant la résection tumorale pour optimiser la conduite thérapeutique et éviter une chirurgie radicale [12]. Comme dans notre cas, l'analyse anatomopathologique de la biopsie percutanée a permis de poser le diagnostic avant de réaliser la résection complète de la tumeur.

À l'histologie, la TCG montre une prolifération tumorale monomorphe disposée en nappes ou en nids, elle est faite de cellules de grande taille, polygonales ou fusiformes. Le cytoplasme est abondant, granulaire et éosinophile. Les noyaux sont de petite taille; ronds ou ovales, centraux, hyperchromatiques et réguliers sans atypies ni activité mitotique. Le stroma est grêle et collagénique [13]. Les cellules tumorales montrent une positivité intense aux colorations histochimiques de PAS et PAS diastase [13,14]. A l'étude immunohistochimique, elles sont positives pour les marqueurs neurogènes: PS100 (100%) et NSE (90%), ce qui confirme le diagnostic. Elles sont négatives pour les marqueurs musculaires (l'actine muscle lisse et la desmine) et les marqueurs épithéliaux (les cytokératines et l'antigène de membrane épithéliale) [13,14]. Elles ont été également positives pour CD68, l'antigène carcino-embryonnaire et la vimentine dans certains cas dans la littérature [3,14]. Dans notre cas, l'aspect morphologique typique des cellules granuleuses suffisait pour poser le diagnostic de TCG.

La majorité des TCG mammaires sont bénignes, la malignité reste exceptionnelle (moins de 1% des TCG mammaires) [4,5,13]. Les critères de malignité sont variables. Ils sont proposés par Le et al. [15] et Adeniran et al. [13]. Ce sont la nécrose, les cellules fusiformes, les noyaux vésiculeux, le gros nucléole, l'index mitotique $>2/10$ champs et le pléomorphisme nucléaire. La présence de deux de ces six critères définit la TCG atypique et trois de ces six critères permet de considérer la tumeur comme maligne. Le traitement chirurgical est le traitement de choix et consiste en une exérèse large avec des marges saines sans curage axillaire [16]. Le pronostic est souvent favorable. Cependant l'évolution peut être marquée par des récives ou des localisations métastatiques secondaires particulièrement pulmonaire ou osseuse [17].

4 CONCLUSION

La TCG est une entité rare de diagnostic difficile cliniquement et radiologiquement. Son diagnostic formel est histologique. Son traitement est chirurgical. Son évolution est souvent favorable cependant une surveillance clinique et radiologique des TCG mammaire réséquées est préconisée.

Cette observation illustre la rareté de TCG mammaire, à laquelle doit penser tout pathologiste devant des lésions bénignes et malignes afin d'éviter un diagnostic erroné qui pourrait conduire à une chirurgie inutile.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

REFERENCES

- [1] Ayadi L, Khabir A, Fahfakh I, Abdelmoula MH, Makni S, Sellami Boudawara T. Tumeur à cellules granuleuses. Rev Stomatol Chirg Maxillofac 2008;109:158-62.
- [2] Ordonez NG, Mackay B. Granular cell tumor: a review of the pathology and histogenesis. Ultrastruct Pathol 1999;23:207-22.
- [3] El Aouni N, Laurent I, Terrier P, D Mansouri, Suci V, S Delalogue, Vielh P: Tumeur à cellules granuleuses du sein. Diagn Cytopathol 2007, 35 (11): 725-727.
- [5] Scaranelo AM, Bukhanov K, Crystal P, Mulligan AM, O'Malley FP: Tumeur à cellules granuleuses du sein: résultats de l'IRM et de revue de la littérature. Br J Radiol 2007, 80: 970-974.
- [5] Filipovski V, Banev S, Janevska V, Dukova B: Tumeur à cellules granuleuses du sein: un rapport de cas et revue de la littérature. Cas J 2009, 2: 8551.
- [6] Dorel-Le Theo M, Andrac-Meyer L, Dales JP, Crebassa B, Koeppel MC, Charpin C. Une curieuse tumeur sous-cutanée. Ann Pathol 2002;22:235-6.
- [7] SrihaB, HoangC, TotobenazaraJL, LeNaourG, VayreP. Tumeur anale bénigne à cellules granuleuses. À propos d'un cas. Arch Anat Cytol Path 1997;45(4):218-20.
- [8] CA Brown, Audisio RA, Regitnig P: Tumeur à cellules granuleuses du sein. Surg Oncol 2011, 20: 97-105.
- [9] Fancellu A, Cottu P, Scanu AM, Giuliani G, Porcu A. Unusual case of benign neoplasm of the breast mimicking a carcinoma: granular cell tumor. Case report. Ann Ital Chir 2000;71(3):375-8.
- [10] Mátrai Z , Langmár Z , Szabó E , Rényi-Vámos F , Bartal A , Orosz Z , et al. Granular cell tumour of the breast : case series and review the literature. Eur J Gynaecol Oncol 2010;31(6):636-40.
- [11] Gogas J, Markopoulos C, Kouskos E, Gogas H, Mantas D, Antonopoulou Z, et al. Granular cell tumor of the breast: a rare lesion resembling breast cancer. Eur J Gynaecol Oncol 2002;23(4):333-4.
- [12] J Ulrich, Heitz PU, Fisher T, Obrist E, F Gullotta: tumeurs des cellules granulaires: preuve de la différenciation des cellules tumorales heterogenerous. Une étude immunocytochimique. Virchows Arch Cellules B Pathol Incl Mol Pathol 1987, 53: 52-57.
- [13] Adeniran A, AL-Ahmadie H, Mahoney MC, Robinson-Smith TM. Granular cell tumor of the breast: a series of 17 cases and review of the literature. Breast J 2004;10:528-1.
- [14] Pergel A, Yucel AF, Karaca ASA, Aydin I, Ali Sahin D, Demirbag N: Un dilemme thérapeutique et diagnostique: granulaire tumeur des cellules du sein. Case Rep Med 2011, 2011: 972 168.
- [15] Le BH, Boyer PJ, Lewis JE, Kapadia SB: Tumeur à cellules granuleuses: évaluation immunohistochimique de l'inhibine-alpha, le produit de gène de la protéine 9,5, la protéine S100, CD68, et Ki-67 corrélation avec l'indice de prolifération clinique. Arche Pathol Lab Med 2004, 128: 771-5.
- [16] Brown AC, Audisio RA, Regitnig P. Granular cell tumour of the breast. Surg Oncol 2011;20(2):97-105.
- [17] Boulat J, Mathoulin MP, Vacheret H, Andrac L, Habib MC, PellissierJF. Tumeurs à cellules granuleuses du sein. Ann Pathol 1994;14:93-100.