

# Association concomitante d'une mastite lymphocytaire et d'une PASH (hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse) du sein :

## Hasard ou même spectre lésionnel ? A propos d'une observation anatomo-clinique

F.EL MANSOURI 1-Z.HAFIANI-2

1-Laboratoire de pathologie Goulmima,2-Centre du sein My Youssef Casablanca-Maroc

### INTRODUCTION

La mastite lymphocytaire et la PASH: sont des anomalies rares du sein. La PASH: entité plutôt anatomopathologique que clinique correspondant à une prolifération bénigne de cellules myofibroblastiques découverte la première fois par Vuitch en 1986. Elles sont souvent associées avec les dystrophies fibro-kystiques : facteur hormonal mise en cause.

La Mastite lymphocytaire: synonyme de mastopathie fibreuse, entité rare (moins de 1% des tumeurs bénignes du sein) secondaire à l'activation du processus auto-immun et une amplification de la collagenisation par les cellules myofibroblastiques.

Il s'agit de Mme RH âgée de 26 ans sans antécédent pathologique qui Consultait en 2016 pour mastodynie droite avec masse rétro-aréolaire .Une Echographie faite: dystrophie kystique droite avec foyer mastosique prédominant de 7mm en rétro mamelonnaire droit. Une biopsie réalisée en 2016 objectivait une mastite lymphocytaire .Elle a été Perdue de vue et Consulte en Mars 2019 en post partum pour la même masse mammaire qui devient très douloureuse de 2cm de grand axe augmentant rapidement de volume sans signes inflammatoire en regard ni adénopathie axillaire.L Echo-mammographie et IRM complémentaire objective une Dystrophie kystique droite avec plage hypoéchogène montrant des travées étendues sur 25mm indurées de la région rétro-aréolaire vers le prolongement axillaire. Une Tumorectomie avec examen extemporané pose le diagnostic d'une Forme nodulaire d'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse (PASH) sur fond de mastite lymphocytaire.

A partir de notre observation et d'une revue de la littérature nous allons expliquer la physio pathogénie de cette entité avec des facteurs de collision ,son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique qui doit être chirurgicale ainsi que les diagnostics différentiels notamment le carcinome mammaire de type lobulaire.

### OBSERVATION

•Mme RH âgée de 26 ans sans antécédent pathologique  
•Consultait en 2016 pour mastodynie droite avec masse rétro-aréolaire  
•Une Echographie faite: dystrophie kystique droite avec foyer mastosique prédominant de 7mm en rétro mamelonnaire droit  
•Une biopsie réalisée en 2016: mastite lymphocytaire Perdue de vue

•Consulte en Mars 2019 en post partum pour la même masse mammaire qui devient très douloureuse de 2cm de grand axe augmentant rapidement de volume sans signes inflammatoire en regard ni adénopathie axillaire

•Echographie et IRM complémentaire: Dystrophie kystique droite avec plage hypoéchogène montrant des travées étendues sur 25mm indurées de la région rétro-aréolaire vers le prolongement axillaire

•Tumorectomie avec examen extemporané:Figures N°1 et 2  
Double processus mésoenchymateux intra mammaire formé d'une part d'une hyperplasie stromale faite de rares fibroblastes entremêlés à de nombreux fibres de collagène ponctué de nombreux lymphocytes qui distordent des capillaires à lumière anguleuse munie d'un endothélium aplati Figures N°3 et 4 .

Les manchons de lymphocytes entourent les vaisseaux sus décrits formant souvent des manchons.

•Diagnostic retenu (Figure N°5):

Forme nodulaire d'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse (PASH) sur fond de mastite lymphocytaire

-La lésion mesure 1,2cm de grand axe  
-L'exérèse est complète

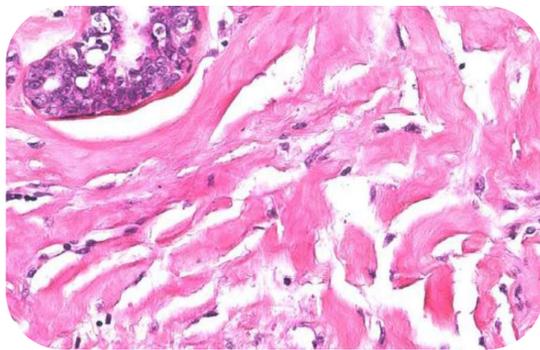


Figure 4:fond scléreux riche en collagène qui enchâssé des vaisseaux à paroi fine (6X100,HE)

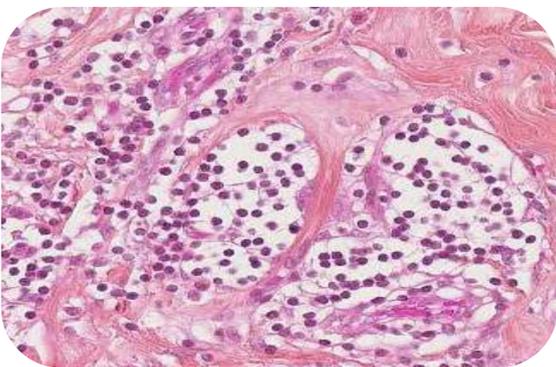


Figure 5: association avec un infiltrat lymphocytaire très dense (6X100,HE)

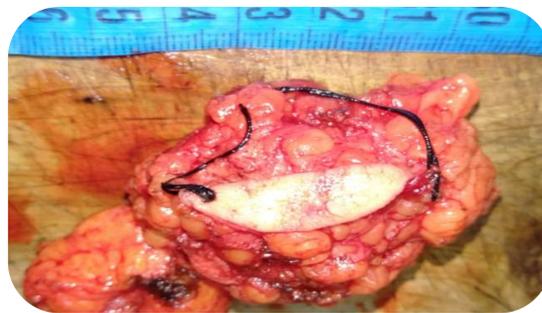


Figure 1:tumorectomie mammaire orientée



Figure 2:processus mal limité intramammaire à centre fibreux avec remaniement hémorragique



Figure 3:examen extemporané pour évaluer l'aspect bénin de la lésion et les marges d'exérèse

### CONCLUSION

•PASH et mastite lymphocytaire :deux pathologies rares, bénignes, à connaître de présentation clinique et radiologique suspecte

•Facteurs déclenchant variables mais physio pathogénie identique avec en tête de liste les cellules myofibroblastiques du tissu conjonctif mammaire qui activent le processus de collagenisation et fibrose

•Leur diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique de la pièce opératoire

•Traitement chirurgical+++

Prise en charge multidisciplinaire: médecin traitant, chirurgien radiologue et anatomopathologiste pour traiter les facteurs déclenchant comptenu le risque de multifocalité et de récidence

### BIBLIOGRAPHIE

Vuitch MF, Rosen PP, Eriandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Hum Pathol. 1986; 17:185-91. [PubMed: 3949338]  
Sng KK, Tan SM, Mancor JF, Tay KH. The contrasting presentation and management of pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. Singapore Med J 2008;49:e82e5.  
Okoshi K, Ogawa H, Suwa H, Saiga T, Kobayashi H. A case of nodular pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH). Breast Cancer 2006;13(4): 349e53.  
Degnim AC, Frost MH, Radisky DC, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia and breast cancer risk. Ann Surg Oncol. 2010; 17:3269-77. [PubMed: 20567920]  
Gresik CM, Godellas C, Aranha GV, Rajan P, Shoup M. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast: a contemporary approach to its clinical and radiologic features and ideal management. Surgery. 2010; 148:752-7. discussion 757-8. [PubMed: 20708765]  
Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia (PASH) of the Breast: A Series of 24 Patients Erin Bowman and coll, Breast J. 2012 ; 18(3): 242-247.  
Dai H, Connor C, Cui W, et al. Bilateral diffuse tumorous pseudoangiomatous stromal hyperplasia: A case of bilateral mastectomy in a 29-year-old woman. Case Rep Pathol 2014; 2014: 250608.  
Clinical Practice 2016;11:356-358 Bilateral Diffuse Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia (PASH) Causing Gigantomastia in a 33-Year-Old Pregnant Woman: Case Report Natalia Krawczyk et coll

### DISCUSSION

•PASH: elle a une définition microscopique

> Prolifération bénigne de myofibroblastes faite d'un réseau de fentes bordées de myofibroblastes réalisant des espaces pseudo vasculaires dans un tissu conjonctif inter et intra-lobulaire  
Cinq formes cliniques:

- 1-PASH nodulaire
- 2-PASH diffuse bilatérale
- 3-Adénofibrome + PASH
- 4- Gynécomastie +PASH
- 5-Dystrophie fibro-kystique +PASH +++

Souvent infra clinique :découverte fortuite  
Facteur hormonal responsable: Apanage des femmes jeunes en post partum et des femmes ménopausées sous traitement hormonal substitutif (THS)

Parfois ,taille supérieure à 2 cm chez les patientes de plus de 40 ans

Quand elle est cliniquement parlante: masse avec une discordance clinique et radiologique

•Mastite lymphocytaire: synonyme de mastopathie fibreuse souvent associé à une dystrophie fibro-kystique mammaire  
Il s'agit d'une entité microscopique non infectieuse avec présence d'infiltrat lymphocytaire perilobulaire et perivasculaire  
Pathologie de la femme jeune (30 ans en moyenne)

Association fréquente au diabète et d'autres maladies auto-immunes (dysthyroïdie, lupus, myasthénie)

Fréquente en post partum +++

La mastite lymphocytaire peut rester isolée ou précéder de plusieurs années une maladie auto-immune

Tableau clinique: Lésion mammaire unique ou parfois multiple et bilatérale

Surtout de localisation rétro-aréolaire  
Masse palpable de contours irréguliers de consistance dure douloureuse

Pas d'écoulement mamelonnaire ni d'adénopathie

Diagnostic différentiel à l'étape clinique: adénofibrome

Imagerie: masse avec un surcoût de densité mal limité et atténuation postérieure

Pas de spécificité et Généralement Suspect: ACR 4 ou 5

### Traitement

PASH et mastite lymphocytaire: le même traitement  
L'exérèse chirurgicale est le traitement des formes tumorales de ces deux entités

- 1-Souvent discordance clinique et radiologique
- 2-Permet une analyse histologique complète de la lésion
- 3-Réduction du phénomène douloureux
- 4-Diminution du risque de récidence après une exérèse complète

Pour la PASH multifocale: réponse au traitement médical à base de tamoxifène

### Evolution

Aucun risque de transformation maligne pour ces deux entités: carcinome ou angiosarcome

Pas de risque de transformation lymphomateuse

Risque de récidence si chirurgie incomplète

Possibilité de multifocalité:traité les facteurs déclenchant (diabète,maladie de système,arrêt du traitement hormonal substitutif de la ménopause ....)