

Case report



Myofibroblastome extramammaire de localisation pelvienne: à propos d'un cas

 Kanta Ka, Mamadou Lassana Foba, Sidy Ka, Mamadou Moustapha Dieng, Papa Macoumba Gaye, Ahmadou Dem

Corresponding author: Kanta Ka, Service de Radiothérapie, Centre Hospitalier National Universitaire Dalal Jamm, Guédiawaye, Sénégal. ka.kanta04@gmail.com

Received: 26 Jan 2021 - **Accepted:** 03 Feb 2021 - **Published:** 11 Feb 2021

Keywords: Myofibroblastome, extra mammaire, radiothérapie, tumeur rare, à propos d'un cas

Copyright: Kanta Ka et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Kanta Ka et al. Myofibroblastome extramammaire de localisation pelvienne: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2021;38(154). 10.11604/pamj.2021.38.154.28060

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/38/154/full>

Myofibroblastome extramammaire de localisation pelvienne: à propos d'un cas

Extramammary myofibroblastoma affecting the pelvic region: a case report

Kanta Ka^{1,&}, Mamadou Lassana Foba^{2,3}, Sidy Ka^{3,4}, Mamadou Moustapha Dieng^{3,4}, Papa Macoumba Gaye^{1,3}, Ahmadou Dem^{3,4}

¹Service de Radiothérapie, Centre Hospitalier National Universitaire Dalal Jamm, Guédiawaye, Sénégal, ²Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Dakar, Sénégal, ³Service de Chirurgie Plastique, Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal, ⁴Service d'Oncologie, Centre

Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

&Auteur correspondant

Kanta Ka, Service de Radiothérapie, Centre Hospitalier National Universitaire Dalal Jamm, Guédiawaye, Sénégal

Résumé

Un myofibroblastome de type mammaire est une tumeur molle rare; les myofibroblastomes extramammaires sont particulièrement rare. Un homme de 78 ans s'est présenté en consultation pour des douleurs pelviennes soulagées par la défécation ou les urines. Le toucher rectal retrouve une masse en avant de la paroi rectale antérieure. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre une masse de 10 x 6 x 8cm, bien circonscrite et hétérogène, située en arrière de la vessie qu'elle refoule vers l'avant, en avant du recto-sigmoïde. L'immunohistochimie montre des cellules tumorales co-exprimant CD34 et la desmine de façon diffuse, expression de Rb dans la majorité des cellules, expression des récepteurs aux œstrogènes, expression intense et diffuse de la P16, un index de prolifération avec le ki67 estimé à 25%. Il n'y a pas eu de récurrence après 8 mois de radiothérapie d'induction suivie de chirurgie. Un myofibroblastome de type mammaire est une tumeur rare et bénigne. La récurrence n'est quasiment pas observée après traitement local. Ce cas permet de mettre en avance la possibilité d'utiliser la radiothérapie afin de faciliter la chirurgie.

English abstract

Mammary myofibroblastoma is a rare soft-tissue tumor. Extramammary myofibroblastomas are particularly rare. We here report the case of a 78-year-old man presenting with pelvic pain relieved by defecation or urination. Rectal examination showed a mass in front of the anterior rectal wall. The magnetic resonance imaging (MRI) showed a well-circumscribed and heterogeneous mass measuring 10 x 6 x 8cm located behind the bladder which was pushed forward in front of the rectosigmoid. Immunohistochemical analyses showed diffuse co-expression on CD34 cells and desmin, Rb expression on most cells, oestrogen receptor expression, intense and diffuse P16 expression and a ki67 proliferation index of 25%. The patient had no recurrence 8 months after radiotherapy followed by

surgery. Breast myofibroblastoma is a rare and benign tumor. Recurrence is hardly observed after local treatment. This study highlights the supporting role of radiotherapy in the efficacy of surgery.

Key words: Myofibroblastoma, extramammary, radiotherapy, rare tumor, case report

Introduction

Décrits pour la première fois dans le sein par Wargotz *et al.* en 1987 [1], les myofibroblastomes mammaires sont des tumeurs bénignes rares. La localisation extra mammaire est plus fréquemment rapportée. Le site habituel est inguinal [2,3]. Nous rapportons ce cas suivi et traité dans notre service.

Patient et observation

Notre patient est âgé de 78 ans, aux antécédents de cancer de la prostate traité par chirurgie il y a 14 ans et pose d'un sphincter artificiel urinaire pour fuite urinaire, présente depuis un an une asthénie après l'exonération qui s'aggrave progressivement jusqu'à être décrite en épuisement. Plus récemment, une sensation de masse pelvienne et douleur des membres. Le toucher rectal retrouve une masse. L'IRM montre une masse de 10 x 6 x 8cm, bien circonscrite et hétérogène, située en arrière de la vessie qu'elle refoule vers l'avant, en avant du recto-sigmoïde. L'immunohistochimie montre des cellules tumorales co-exprimant CD34 et la desmine de façon diffuse, expression de Rb dans la majorité des cellules, expression des récepteurs aux œstrogènes, expression intense et diffuse de la P16, un index de prolifération avec le ki67 estimé à 25%. Il n'y a pas eu de récurrence au bout de 8 mois de suivi post-radiothérapie d'induction suivie de chirurgie (Figure 1, Figure 2, Figure 3, Figure 4).

Discussion

La description du myofibroblastome a été faite pour la première dans le sein [1]. La localisation

extramammaire est rare. Ils surviennent le plus souvent de la lignée de lait embryonnaire, comme les seins accessoires [4]. McMennamin a décrit un cas de myofibroblastome abdominal [4]. La région inguinale est la localisation préférentielle et rarement, l'aisselle, la région paratesticulaire [4], la vésicule séminale [5], et la région périanale [6]. Il s'agit d'une tumeur retrouvée de façon préférentielle chez l'homme âgé, la femme en postménopause, les enfants et adolescents [1]. La moyenne d'âge des patients atteints de myofibroblastome extramammaire selon Abdul-Ghafar est de 52,5 ans [2]. La douleur est rarement décrite comme symptomatologie. Le diamètre des plages de myofibroblastome extramammaire décrit est de 1 à 4 cm [1,4]. Généralement, il s'agit d'une tumeur bien délimitée et de couleur blanche à grise. Une consistance caoutchouteuse avec une fine capsule et les zones hémorragiques ont également été décrites [7].

Le myofibroblastome est composé d'amas fasciculaires abondantes de cellules fusiformes et ovales qui sont disposées en tourbillons [3]. L'échographie montre une échogénicité mixte dans le myofibroblastome [8]. Le scanner permet de faire un diagnostic différentiel et voir l'extension aux organes de voisinage [3]. Le scanner ainsi que l'IRM sont utiles pour le diagnostic de myofibroblastome [4]. Le myofibroblastome est iso-intense en T1 et hypo intense pondéré en T2 [9]. Cette description est similaire à celle de l'IRM de notre patient. La tumeur est généralement positive pour l'actine des muscles lisses, l'actine spécifique aux muscles et vimentine, négative pour c-kit, antigène carcinoembryonnaire, S-100, mélanome humain noir-45 (HMB-45) et à la membrane latente du virus Epstein Barr protéine 1 [3,9,10]. Les myofibroblastomes extramammaire sont faiblement positifs pour la desmin et le CD34 [3,9].

Dans le cas présent l'immunohistochimie montre des cellules tumorales co-exprimant CD34 et la desmine de façon diffuse, expression de Rb dans la majorité des cellules, expression des récepteurs aux œstrogènes, expression intense et diffuse de la P16, un index de prolifération avec le ki67 estimé à

25%. Les myofibroblastomes peuvent être confondus avec un certain nombre de tumeurs dont le sarcome de Kaposi, le léiomyosarcome, le schwannome intra-nodal, le léiomyosarcome métastasé bénin (BML), le sarcome folliculaire à cellules dendritiques (FDCS), la tumeur myofibroblastique inflammatoire (IMT), le mélanome malin métastatique et le carcinome métastatique [7].

L'herpès humain virus 8 (HHV8) est souvent impliqué dans le sarcome de Kaposi. Il s'agit d'une tumeur vasculaire limitée atteignant la peau et les muscles et dans les stades avancés, les ganglions lymphatiques. Contrairement au sarcome de Kaposi [11], les myofibroblastomes sont de localisation mammaire le plus souvent et liés à une anomalie de la lignée lactée embryonnaire. Le léiomyosarcome est une entité des sarcomes des tissus mous [12]. C'est une tumeur mésenchymateuse maligne d'origine musculaire lisse, ce qui n'est pas le cas des myofibroblastomes. Le schwannome intra-nodal désigne des tumeurs survenant dans les ganglions lymphatiques, reclassés comme des myofibroblastomes en palissade [13,14]. La similitude réside dans le fait que ces deux tumeurs sont positives à la vimentine et S100 et la différence se fait sur la négativité pour le SMA et le CD34 dans les myofibroblastomes.

Le léiomyosarcome bénin métastasé est rare, de localisation utérine et métastase souvent au niveau des poumons [15]. L'hystérectomie est le traitement de référence. Il se différencie des myofibroblastomes de par la localisation. Le sarcome folliculaire à cellules dendritiques (FDCS) a été décrit par de nombreux termes tels que lymphome, sarcome, néoplasme histiocyttaire [16]. Il est positif à CD21, CD35 et/ou CD23, vimentine, fascine, HLA-DR, EMA, D2-40, clusterin et CXCL13 [17]. L'IMT est principalement situé dans les poumons, puis dans l'abdomen et d'autres parties telles que le foie, la vessie et l'estomac. C'est une tumeur à potentiel invasif, métastatique et récidivante [18]. La présentation clinique dépend de sa localisation [19]. Les myofibroblastomes sont

bien circonscrits contrairement au mélanome malin métastatique et carcinome.

Conclusion

Les myofibroblastomes extra mammaire sont rares, bénins. La chirurgie est le traitement de référence. L'objectif de la radiothérapie d'induction est de réduire la masse pour faciliter la chirurgie. Le risque de récurrence est très faible. Le diagnostic différentiel est difficile du fait de sa rareté.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: IRM axiale du pelvis en T2, masse pelvienne refoulant la vessie en avant et le rectum en arrière

Figure 2: IRM axiale T1 Gadolinium, masse pelvienne

Figure 3: IRM axiale T2 pelvis, masse hétérogène

Figure 4: IRM sagittale T2 pelvis, masse hétérogène occupant tout le pelvis

Références

1. Wargotz ES, Weiss SW, Norris HJ. Myofibroblastoma of the breast: sixteen cases of a distinctive benign mesenchymal tumor. *Am J Surg Pathol.* 1987;11(7): 493-502. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Abdul-Ghafar J, Ud Din N, Ahmad Z, Billings SD. Mammary-type myofibroblastoma of the right thigh: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2015;9: 126. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Bhullar JS, Varshney N, Dubay L. Intranodal palisaded myofibroblastoma: a review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2013;21(4): 337-41. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Mcmenamin ME, Fletcher CD. Mammary-type myofibroblastoma of soft tissue: a tumor closely related to spindle cell lipoma. *Am J Surg Pathol.* 2001;25(8): 1022-9. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Kojima F, Ishida M, Takikita-Suzuki M, Shiba M, Tsujimoto Y, Kinouchi T *et al.* Mammary-type myofibroblastoma of seminal vesicle. *Histopathology.* 2012;60(3): 524-527. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Zhang Y, Jorda M, Goldblum JR. Perianal mammary-type myofibroblastoma. *Ann Diagn Pathol.* 2010;14(5): 358-60. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Hisaoka M, Hashimoto H, Daimaru Y. Intranodal palisaded myofibroblastoma with so-called amianthoid fibers: a report of two cases with a review of the literature. *Pathol Int.* 1998;48(4): 307-12. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Bhullar JS, Herschman BR, Dubay L. Intranodal palisaded myofibroblastoma: a new entity of axillary tumors. *Am Surg.* 2013;79(1): E19-21. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Shinojima N, Ohta K, Yano S. Myofibroblastoma in the suprasellar region: case report. *J Neurosurg.* 2002;97(5): 1203-7. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Prayson RA, Estes ML, McMahan JT, Kalfas I, Sebek BA. Meningeal myofibroblastoma. *Am J Surg Pathol.* 1993;17(9): 931-6. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Chen KH, Chen TD, Chen CW, Lee LY. Iatrogenic kaposi's sarcoma in nasal cavity: a case report. *World J Surg Oncol.* 2014;12: 172. **PubMed** | **Google Scholar**
12. Sumida T, Hamakawa H, Otsuka K, Tanioka H. Leiomyosarcoma of the maxillary sinus with cervical lymph node metastasis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(5): 568-71. **PubMed** | **Google Scholar**

13. Grant DG, Breitenfeldt N, Shepherd NA, Thomas DM. Intranodal neurilemmoma presenting as parotid mass. *J Laryngol Otol.* 2009;123(123): 912-4. **PubMed** | **Google Scholar**
14. Reinus C, Shutin O, Reissman P. Intranodal schwannoma presenting as an adrenal mass. *Histopathology.* 2004;45(1): 95-6. **PubMed** | **Google Scholar**
15. Teixeira BC, Mahfouz K, Escuissato DL, Costa AF, Noronha Ld. Solitary benign metastasizing leiomyoma: imaging features and pathological findings. *J Bras Pneumol.* 2014;40(2): 193-5. **PubMed** | **Google Scholar**
16. Kairouz S, Hashash J, Kabbara W, McHayleh W, Tabbara IA. Dendritic cell neoplasms: an overview. *Am J Hematol.* 2007;82(10): 924-8. **PubMed** | **Google Scholar**
17. Testori A, Meroni S, Colombo P, Fiori S, Voulaz E, Alloisio M. Follicular dendritic cell sarcoma with atypical features surrounding undescended testis: description of a rare case. *World J Surg Oncol.* 2015;13: 69. **PubMed** | **Google Scholar**
18. Coffin CM, Hornick JL, Fletcher CD. Inflammatory myofibroblastic tumor: comparison of clinicopathologic, histologic and immunohistochemical features including ALK expression in atypical and aggressive cases. *Am J Surg Pathol.* 2007;31(4): 509-20. **PubMed** | **Google Scholar**
19. Behranwala KA, Straker P, Wan A, Fisher C, Thompson JN. Inflammatory myofibroblastic tumour of the gallbladder. *World J Surg Oncol.* 2005;3(1): 24. **PubMed** | **Google Scholar**

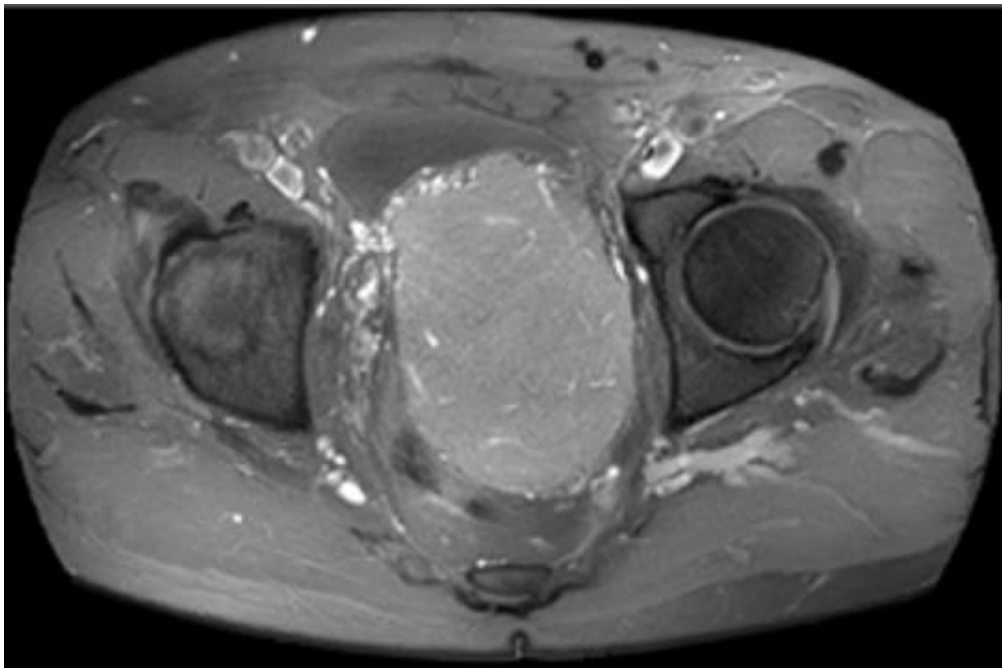


Figure 1: IRM axiale du pelvis en T2, masse pelvienne refoulant la vessie en avant et le rectum en arrière

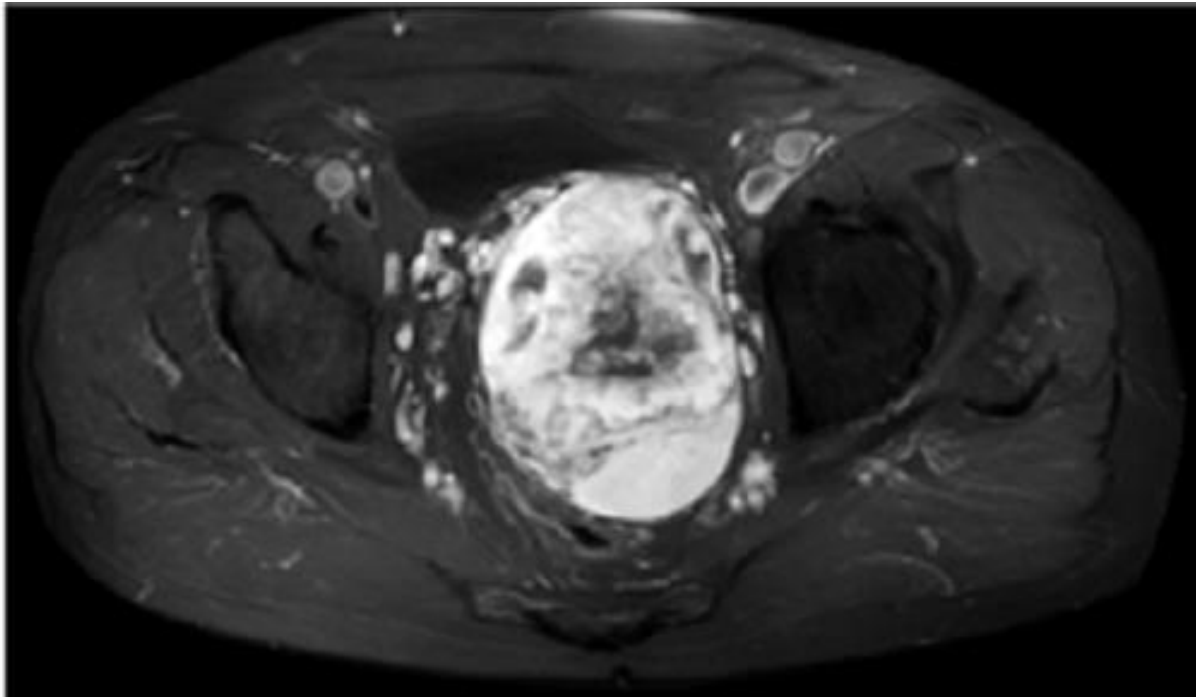


Figure 2: IRM axiale T1 Gadolinium, masse pelvienne

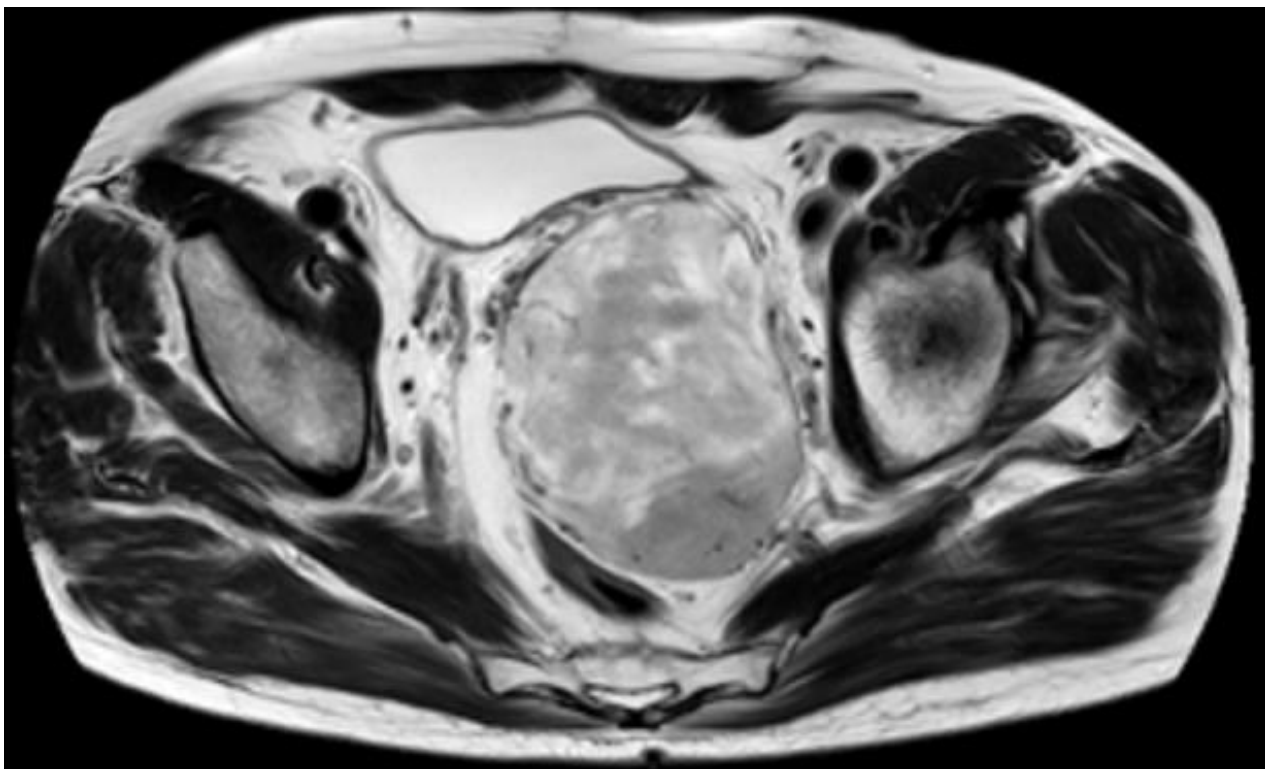


Figure 3: IRM axiale T2 pelvis, masse hétérogène



Figure 4: IRM sagittale T2 pelvis, masse hétérogène occupant tout le pelvis