

Case report



Fibromatose desmoïde mammaire: à propos de deux cas et revue de la littérature

Ons Laakom, Haifa Bergaoui,  Seifeddine Ben Hammouda, Abir Khalfalli, Leila Njim, Raja Faleh

Corresponding author: Ons Laakom, Service de Gynécologie du Centre de Maternité et Néonatalogie de Monastir, 5000, Tunisie. ons.laakom@gmail.com

Received: 24 Feb 2021 - **Accepted:** 22 Feb 2022 - **Published:** 08 Mar 2022

Keywords: Fibromatose mammaire, imagerie, marges, traitement adjuvant, cas clinique

Copyright: Ons Laakom 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: Ons Laakom et al. Fibromatose desmoïde mammaire: à propos de deux cas et revue de la littérature. Pan African Medical Journal. 2022;41(184). 10.11604/pamj.2022.41.184.28549

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/41/184/full>

Fibromatose desmoïde mammaire: à propos de deux cas et revue de la littérature

Desmoid-type fibromatosis of the breast: about two cases and literature review

Ons Laakom^{1,&}, Haifa Bergaoui¹, Seifeddine Ben Hammouda², Abir Khalfalli³, Leila Njim², Raja Faleh¹

¹Service de Gynécologie du Centre de Maternité et Néonatalogie de Monastir, 5000, Tunisie, ²Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Fattouma Bourguiba Monastir, 5000, Tunisie, ³Service de Radiologie B du Centre de Maternité et Néonatalogie de Monastir, 5000, Tunisie

&Auteur correspondant

Ons Laakom, Service de Gynécologie du Centre de Maternité et Néonatalogie de Monastir, 5000, Tunisie

Résumé

La fibromatose mammaire est une tumeur mammaire bénigne d'origine mésoenchymateuse, elle représente 0.2% des tumeurs du sein. Cet article relate deux observations de fibromatose mammaire étayant ses particularités diagnostiques, morphologiques, thérapeutiques et évolutives. Dans les deux cas, la tumeur mime sur le plan clinique et radiologique un cancer. La confirmation diagnostique est obtenue par une preuve histologique. La fibromatose mammaire se caractérise par une évolution locale et une tendance à la récurrence, d'où l'intérêt de l'exérèse chirurgicale avec marges saines obtenues chez nos patientes. La place des traitements locorégionaux (la radiothérapie et la cryothérapie) et des traitements médicaux, en particulier les anti-

estrogènes n'est pas clairement définie. En conclusion, la fibromatose mammaire doit être connue puisqu'elle mime en tout point un cancer de sein et se caractérise par un taux de récurrence très important sans jamais donner de métastases.

English abstract

Breast fibromatosis is a benign breast tumor of mesenchymal origin, accounting for 0.2% of breast tumors. This study reports two cases of breast fibromatosis highlighting its diagnostic, morphological, therapeutic and evolutionary features. In both cases, this tumor clinically and radiologically mimicked a cancer. Diagnostic confirmation was based on histological examination. Breast fibromatosis was characterized by local progression and a tendency to recurrence, hence the role of surgical excision with free surgical margins in our patients. The role of locoregional treatments (radiotherapy and cryotherapy) and medical treatments, in particular anti-estrogen therapy, is not clearly defined. In conclusion, breast fibromatosis must be known as it mimics breast cancer and is characterized by a very high recurrence rate, without ever developing metastases.

Key words: Breast fibromatosis, imaging, margins, adjuvant therapy, case report

Introduction

La fibromatose mammaire est une tumeur bénigne, mésenchymateuse, développée à partir des structures musculo-aponévrotiques. Il s'agit d'une entité tumorale rare et représente 0,2% des tumeurs mammaires primitives et 4% des fibromatoses extra-abdominales [1]. Cette pathologie mime sur le plan clinique et radiologique un cancer du sein. Seule l'histologie apportera le diagnostic [2]. L'exérèse chirurgicale de la tumeur avec des marges saines constitue le seul traitement. En cas d'exérèse incomplète, le

risque de récurrence tumorale locale est accru, cependant sans jamais donner de métastases [2].

Patient et observation

Premier cas clinique.

Informations de la patiente: madame SJ, une jeune fille de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, était suivie dans notre consultation pour une tuméfaction mammaire gauche depuis avril 2018.

Résultats cliniques: l'examen physique, montrait une masse de 3 cm, au niveau de l'UQS du sein gauche, douloureuse, ferme, mobile par rapport aux deux plans superficiel et profond et sans rétraction ni écoulement mamelonnaire.

Evaluation diagnostique: une mammographie a été faite et objectivant des seins de densité graisseuse type A de BIRADS avec asymétrie focale de densité du quadrant supérieur gauche. L'échographie mammaire a montré une masse hétérogène à l'UQSG étendue sur 4cm, nécessitant un complément d'exploration par IRM (Figure 1). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) mammaire a mis en évidence une plage à l'UQSG de 4116 mm, superficielle, située à 18 mm du muscle grand pectoral, en discret hyposignal T1 et T2, mal limitée et prenant le contraste avec un rehaussement précoce avec un plateau (courbe type 2). Le sein gauche a été classé ACR4 (Figure 2 et Figure 3). Une première micro-biopsie de la masse a révélé des importants remaniements fibreux du tissu mammaire de l'UQSG. La deuxième micro-biopsie a été composée de fragments de tissu adipeux sans structure glandulaire.

Intervention thérapeutique: étant donné la discordance clinico-histologique, une exérèse chirurgicale a été indiquée. Nous avons complété par une zonectomie gauche.

Suivi et résultat: le compte rendu anatomopathologique a conclu à une tumeur

desmoïde mesurant 4 cm de grand axe, passant au contact des limites superficielles, supérieures et internes. Alors, nous avons repris la patiente pour faire des recoups. L'examen anatomopathologique a conclu à des recoups saines et le dossier a été présenté au staff multidisciplinaire où on a décidé de faire une surveillance rapprochée.

Deuxième cas clinique

Informations de la patiente: le deuxième cas est de madame B. N., âgée de 41 ans, sans antécédents pathologiques notables, quatrième pare qui était suivie pour un nodule du sein droit.

Résultats cliniques: l'examen initial objectivait un nodule de 10 mm au niveau du QSED, de consistances dures, mobiles et douloureuses à la palpation.

Evaluation diagnostique: on a complété par une écho-mammographie qui a montré une opacité stellaire en regard du nodule palpé. Le sein droit a été classé ACR4. Nous avons complété par la suite par une micro biopsie qui a montré une tumeur desmoïde du sein droit.

Intervention thérapeutique: la patiente a alors bénéficié d'une tumorectomie du sein droit avec une recoupe profonde. L'examen anatomopathologique avait conclu à une tumeur desmoïde du sein droit mesurant 2x1,5cm. En effet, l'examen microscopique montrait une prolifération mésenchymateuse mal limitée de cellularité variable. Elle était formée des zones d'aspect tantôt lâche, tantôt fibreux. Les zones fibreuses sont faites de cellules fusiformes disposées en faisceaux. Ces cellules avaient un cytoplasme peu abondant et un noyau allongé d'allure fibroblastique et sans atypies. Les mitoses étaient rares (1 mitose/10 champs au fort grossissement) (Figure 4, A, B et C). La tumeur était focalement située au contact de la limite interne et à distance des autres limites latérales et des plans profond et superficiel. Les recoups profondes et musculaires sont saines. A

l'immunohistochimie, les cellules tumorales ont exprimé la bêta-caténine (Figure 4, D).

Suivi et résultat: le dossier était présenté au staff multidisciplinaire (gynécologie, carcinologie, radiothérapie...) et la patiente était proposée pour reprise et recoupe interne suivis d'un complément de radiothérapie. L'évolution était sans particularités, sans récurrence tumorale.

Discussion

L'étude des deux observations nous a permis de mieux approfondir nos connaissances sur la fibromatose mammaire puisqu'il s'agit d'une pathologie très rare et de mieux exploiter nos moyens de diagnostic (essentiellement l'IRM). La principale limite de notre travail est le nombre restreint de cas étudiés ce qui nous a empêchés de mieux étudier l'apport des traitements adjuvants. La fibromatose desmoïde du sein représente 0,2% des tumeurs mammaires primitives et 4% des fibromatoses extra abdominales [1]. Elle atteint des femmes âgées de 13 à 80 ans avec un pic de fréquence entre 30 et 50 ans [3]. Son origine est mal connue. Trois étiologies sont suspectées: origine traumatique, hormonale ou héréditaire. Dans certains cas, une composante génétique est présente; deux pourcent de ces tumeurs sont d'origine génétique, par mutation du gène adenomatous polyposis coli (APC), et entrent dans le cadre du syndrome de Gardner associé à la polypose adénomateuse familiale (PAF) [3]. Des cas sont décrits après un traumatisme, ou après chirurgie du sein comme pour les chirurgies de réduction mammaire [4,5], ou après prothèse mammaire [6,7]. Contrairement aux tumeurs desmoïdes abdominales, la fibromatose mammaire ne semble pas être associée à la grossesse [8]. La fibromatose mammaire est une tumeur bénigne du sein, mais sa présentation clinique, mammographique et échographique est souvent très suspecte [9,10].

Sur le plan clinique, la fibromatose mammaire se présente sous la forme d'un nodule ferme, mal limité, indolore, unilatéral, de taille variable (3 cm

en moyenne), plus souvent périphérique que péri-aréolaire, parfois associé à une rétraction cutanée ou mamelonnaire. Cette lésion peut être douloureuse, surtout si elle infiltre les plans profonds. L'écoulement mamelonnaire est rare et les patientes n'ont pas d'adénopathie palpable. L'atteinte peut rarement être bilatérale [11]. L'imagerie prend souvent l'aspect d'une tumeur maligne. Les images observées sur la mammographie évoquent une lésion maligne (asymétrie de densité, opacité mal limitée à contours flous et irréguliers, spiculés). L'aspect mammographique le plus commun de la fibromatose est celui d'une masse spiculée non calcifiée, ce qui est observé chez la deuxième patiente de notre série. Des micro- ou macrocalcifications sont rares et correspondent à des lésions mammaires associées [11,12]. En échographie la fibromatose apparaît comme une masse solide, spiculée ou microbulée, irrégulière, hypoéchogène avec une atténuation postérieure, mimant une lésion maligne [13]. L'imagerie par résonance magnétique a un intérêt pour apprécier un éventuel envahissement pariétal [7]. Bien que peu d'études aient été réalisées en IRM pour les fibromatoses, généralement, il s'agit d'une masse à contours mal limités, souvent spiculée, iso-intense aux muscles, en iso/hypersignal T2 d'intensité variable [13], et hétérogène. La cinétique de rehaussement est variable, parfois d'allure bénigne progressive [14], parfois plus suspecte en plateau, comme dans notre premier cas, ou avec un wash out [5].

Le diagnostic préopératoire peut être évoqué à la microbiopsie mais le plus souvent, il est affirmé après une chirurgie diagnostique, ce qui est le cas chez notre première patiente. Sur le plan anatomopathologique, la fibromatose desmoïde se présente macroscopiquement comme une lésion assez bien circonscrite, de consistance indurée, fasciculée, nacrée et dont la taille varie de 5 à 10 cm de diamètre [15]. L'examen histologique montre une prolifération pauci cellulaire, à cellules fusiformes. Ces cellules sont d'allure fibroblastique et myofibroblastique, disposées en

longs faisceaux parallèles au sein d'un fond riche en fibres collagène, souvent ondulés. Les cellules ne présentent habituellement pas d'anomalie nucléaire et les mitoses sont rares. La mauvaise limitation en périphérie avec infiltration du tissu mammaire adjacent en doigts de gant constitue un argument diagnostique important. Il s'y associe quelques vaisseaux, de petite taille et entourés souvent d'un espace clair. On note également, en périphérie, des raptus hémorragiques et des amas lymphoïdes [15]. L'étude immuno-histochimique montre une expression intense et diffuse de l'actine musculaire lisse et la bêta-caténine par les cellules tumorales. Les récepteurs estrogènes et à la progestérone ne sont pas détectables par immunohistochimie dans la fibromatose mammaire, comme son homologue extra mammaire [16]. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec le carcinome métaplasique fibromatose-like, car ils partagent de nombreuses similitudes: (1) Ils sont les deux infiltrants. (2) Les deux sont riches en collagène. (3) La cellularité tumorale est faible. (4) Les cellules ne sont pas aussi pléomorphes que les autres tumeurs [17].

Toutefois, il existe quelques caractéristiques morphologiques qui pourraient être utiles à cet égard. Premièrement, le carcinome métaplasique fibromatose-like peut être associé avec un carcinome canalaire in situ ou à des amas de cellules épithélioïdes, tandis que cette association manque dans la fibromatose. Deuxièmement, les cellules dans la fibromatose desmoïde sont monotones avec des noyaux clairs et des nucléoles discrets, tandis que les cellules du carcinome métaplasique fibromatose-like ont des noyaux souvent hyperchromatiques avec un certain pléomorphisme. Troisièmement, des amas lymphoïdes ou même des follicules lymphoïdes sont souvent identifiés à la périphérie de la fibromatose, alors que le carcinome métaplasique fibromatose-like comporte habituellement un infiltrat inflammatoire chronique mélangés aux cellules fusiformes [15]. Un panel de marqueurs immuno-histochimiques utilisant des marqueurs épithéliaux comme la pan-cytokératine, la p63 et la cytokératine de haut poids moléculaire sera très

utile afin de distinguer ces deux entités tumorales. En effet, le carcinome métaplasique fibromatose-like montre une positivité des cellules tumorales, même focale pour l'un de ces marqueurs [4]. La fibromatose mammaire est une tumeur localement agressive, mais sans potentiel métastatique. Le risque de récurrence locale explique le caractère large de la chirurgie qui doit toujours consister en une tumorectomie élargie avec une marge de sécurité de 2 à 3 cm chaque fois que possible [11]. En effet, la fibromatose mammaire se caractérise par un taux élevé de récurrence, entre 21 et 23 %. La plupart des récurrences surviennent dans les trois ans mais un risque persiste jusqu'à dix ans [11,18]. Ce risque de récurrence est d'autant plus élevé qu'il persiste une marge positive. Si les berges sont envahies, la reprise chirurgicale est indiquée, ce qui est le cas pour nos patientes [3]. En raison de l'importance du taux de récurrence, l'association à de nombreux traitements adjuvants a été explorée.

Les traitements locorégionaux des tumeurs desmoïdes font partie de l'arsenal thérapeutique dans cette affection rare mais parfois sévère. La radiothérapie à la dose de 56 Gy peut être envisagée en cas de tumeur progressive malgré un traitement médical. Cependant, la littérature est peu abondante et hétérogène, tant par les modalités de l'irradiation (adjuvante vs récurrence) que par les techniques employées [19]. La cryothérapie est une technique en plein essor, qui peut être envisagée dans les mêmes situations cliniques, dans des équipes entraînées. Les résultats récents de cette technique de radiologie interventionnelle sont extrêmement prometteurs [19]. La place du traitement médical (les anti-inflammatoires, les anti-estrogènes, la chimiothérapie à faible dose...) n'est pas clairement établie en raison de la rareté de cette pathologie [20,21]. Il a probablement son indication en cas de récurrence et de contre-indication à la chirurgie ou à la radiothérapie. En conclusion, les manifestations cliniques, radiologiques et histologiques, et les conduites thérapeutiques de nos deux observations étaient concordants avec la littérature. Il s'agit d'une

pathologie très rare qui mérite d'être étudiée et connue en raison de sa similitude clinique et radiologique avec le cancer de sein. Le principal traitement est la chirurgie avec des marges saines puisque cette tumeur possède un potentiel élevé de récurrence sans jamais donner de métastases. Les traitements adjuvants sont en cours d'évaluation vu le nombre restreint des patients atteints. Les deux patientes sont satisfaites des résultats et elles sont entrain de continuer leurs suivis dans notre consultation externe. Elles n'ont pas de récurrence tumorale jusqu'à nos jours.

Conclusion

La fibromatose mammaire est une pathologie très rare. Elle doit être connue car elle peut mimer, cliniquement et radiologiquement, un cancer. L'exérèse chirurgicale large avec des marges saines constitue le seul traitement de cette pathologie dont l'évolution est surtout caractérisée par la récurrence locale. La radiothérapie est réservée aux cas de récurrences locales lorsque la chirurgie est impossible.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration et la mise en œuvre de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: A) mammographie de profil du sein gauche; B) échographie mammaire gauche montrant une plage hétérogène de 4 cm mal limitée avec des zones hypoéchogènes atténuantes (flèche rouge), sans masse circonscrite siégeant à l'UQSG

Figure 2: IRM mammaire en séquence pondérée en T1 et T2 (respectivement A et B); plage à

l'UQSG de 41x16mm en discret hyposignal T1 et T2, mal limitée (flèche rouge)

Figure 3: A et B) IRM mammaire en séquence pondérée T1 avec injection (phase précoce(A) et tardive (B)); C) IRM mammaire avec graphique en séquence de perfusion. Fibromatose mammaire sous forme d'une masse irrégulière à contours spiculés, prenant le contraste de manière rapide et progressive

Figure 4: A) au faible grossissement: fibromatose desmoïde montrant histologiquement une prolifération mésoenchymateuse mal limitée de cellularité variable (HE, A x40); B) au moyen grossissement; des zones d'aspect fibreux formés de cellules fusiformes disposées en faisceaux (HE, B x100); C) fort grossissement; des cellules avec un cytoplasme peu abondant et un noyau allongé d'allure fibroblastique et sans atypies. Les mitoses sont rares (1 mitose/10 champs au fort grossissement) (HE, Cx200); D) à l'immunohistochimie, les cellules tumorales montrent un marquage positif nucléaire à la bêta-caténine (HE, D x400)

Références

1. Croce S, Letourneux C, Dale G, Mathelin C. La fibromatose mammaire: une lésion bénigne peu connue. *Gynecol Obstet et Fertil.* 2009 Mai; 37 (5): 442-6. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Amourak S, Alaoui FF, Jayi S, Chacara H, Melhouf MA. Fibromatose desmoïde du sein: à propos d'un cas et une revue de la littérature. *Pan African Medical Journal.* 2015;21: 1. **PubMed** | **Google Scholar**
3. Brueckl WM, Ballhausen WG, Förtsch T, Günther K, Fiedler W, Gentner B *et al.* Genetic Testing for Germline Mutations of the APC Gene in Patients With Apparently Sporadic Desmoid Tumors but a Family History of Colorectal Carcinoma. *Dis Colon Rectum.* 1 juin 2005;48(6): 1275-81. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Neuman HB, Brogi E, Ebrahim A, Brennan MF, Van Zee KJ. Desmoid Tumors (Fibromatoses) of the Breast: a 25-Year Experience. *Ann Surg Oncol.* 1 janv 2008;15(1): 274-80. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Erguvan-Dogan B, Dempsey PJ, Ayyar G, Gilcrease MZ. Primary Desmoid Tumor (Extraabdominal Fibromatosis) of the Breast. *American Journal of Roentgenology.* août 2005;185(2): 488-9. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Goel NB, Knight TE, Pandey S, Riddick-Young M, de Paredes ES, Trivedi A. Fibrous Lesions of the Breast: Imaging-Pathologic Correlation. *RadioGraphics.* 1 nov 2005;25(6): 1547-59. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Mesurolle B, Leconte I, Latifa Fellah, Chantal Feger, Takahiko Nakazono, Sho Kudo. Dynamic Breast MRI in Recurrent Fibromatosis. *American Journal of Roentgenology.* févr 2005;184(2): 696-7. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Reis-Filho JS, Milanezi F, Pope LZB, Fillus-Neto J, Schmitt FC. Primary Fibromatosis of the Breast in a Patient with Multiple Desmoid Tumors: report of a case with evaluation of estrogen and progesterone receptors. *Pathology Research and Practice.* 1 janv 2001;197(11): 775-9. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Dunne B, Lee AHS, Pinder SE, Bell JA, Ellis IO. An immunohistochemical study of metaplastic spindle cell carcinoma, phyllodes tumor and fibromatosis of the breast. *Human Pathology.* 1 oct 2003;34(10): 1009-15. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Schwarz GS, Drotman M, Rosenblatt R, Milner L, Shamonki J, Osborne MP. Fibromatosis of the breast: case report and current concepts in the management of an uncommon lesion. *Breast J.* 2006;12(1): 66-71. **PubMed** | **Google Scholar**
11. Povoski SP, Marsh WL, Spigos DG, Abbas AE, Buchele BA. Management of a patient with multiple recurrences of fibromatosis (desmoid tumor) of the breast involving the chest wall musculature. *World J Surg Onc.* 12 juin 2006;4: 32. **PubMed** | **Google Scholar**

12. Aubertin A, Anglade E, Bertrand G. Fibromatose mammaire: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *Imagerie de la Femme*. 1 déc 2004;14(4): 269-78. **Google Scholar**
13. Glazebrook KN, Reynolds CA. Mammary Fibromatosis. *American Journal of Roentgenology*. 1 sept 2009;193(3): 856-60. **PubMed | Google Scholar**
14. Nakazono T, Satoh T, Hamamoto T, Kudo S. Dynamic MRI of Fibromatosis of the Breast. *American Journal of Roentgenology*. 1 déc 2003;181(6): 1718-9. **PubMed | Google Scholar**
15. Lee A. Recent developments in the histological diagnosis of spindle cell carcinoma, fibromatosis and phyllodes tumour of the breast. *Histopathology*. 2008;52(1): 45-57. **PubMed | Google Scholar**
16. Lacroix-Triki M, Geyer FC, Lambros MB, Savage K, Ellis IO, Lee AH *et al.* β -catenin/Wnt signalling pathway in fibromatosis, metaplastic carcinomas and phyllodes tumours of the breast. *Mod Pathol*. 2010;23(11): 1438-48. **PubMed | Google Scholar**
17. Khayat R, Martins R, Becette V, Engerand S, Berment H, Barukh Y *et al.* Fibromatose mammaire: corrélations anatomo-radio-cliniques et revue de la littérature. *Imagerie de la Femme*. 1 juin 2012;22(2): 100-9. **Google Scholar**
18. Driss M, Mrad K, Ben Amor H, Abbes I, Sassi S, Ben Romdhane K. Fibromatosis of the breast: clinical and pathology analysis of two cases. *Ann Pathol*. 1 juin 2002;22(3): 206-9. **PubMed | Google Scholar**
19. Kurtz J-E, Gantzer J, Garnon J, Gangi A. Traitements loco-régionaux des tumeurs desmoides: quelles perspectives. *Bulletin du Cancer*. 1 mars 2020;107(3): 371-4. **PubMed | Google Scholar**
20. Janinis J, Patriki M, Vini L, Aravantinos G, Whelan JS. The pharmacological treatment of aggressive fibromatosis: a systematic review. *Ann Oncol*. 2003;14(2): 181-90. **PubMed | Google Scholar**
21. Privette A, Fenton SJ, Mone MC, Kennedy AM, Nelson EW. Desmoid tumor: a case of mistaken identity. *Breast J*. 2005;11(1): 60-4. **PubMed | Google Scholar**

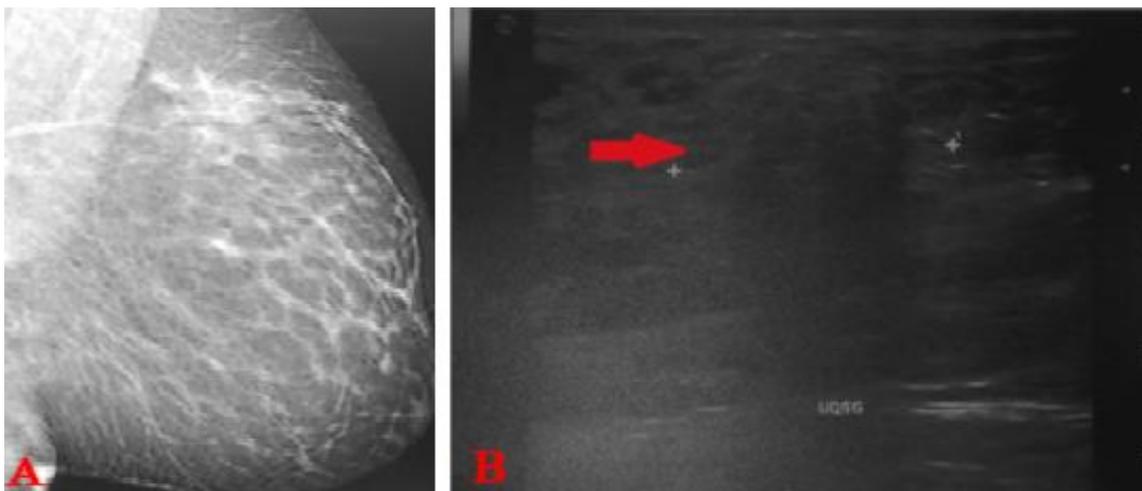


Figure 1: A) mammographie de profil du sein gauche; B) échographie mammaire gauche montrant une plage hétérogène de 4 cm mal limitée avec des zones hypoéchogènes atténuantes (flèche rouge), sans masse circonscrite siégeant à l'UQSG

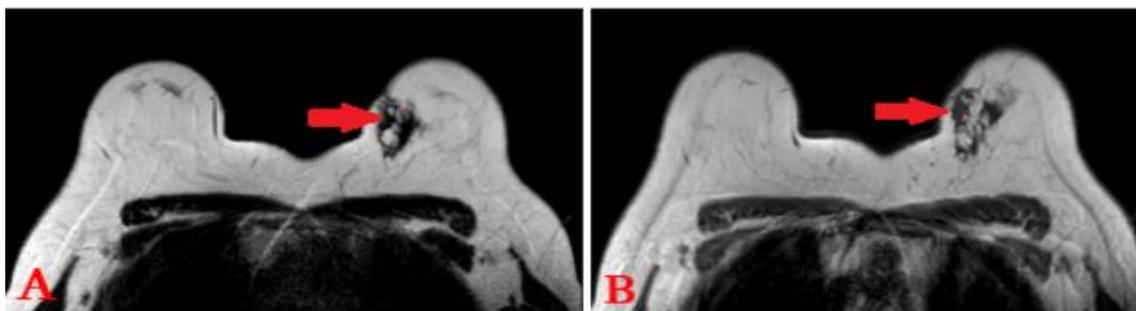


Figure 2: IRM mammaire en séquence pondérée en T1 et T2 (respectivement A et B);
plage à l'UQSG de 41x16mm en discret hyposignal T1 et T2, mal limitée (flèche rouge)

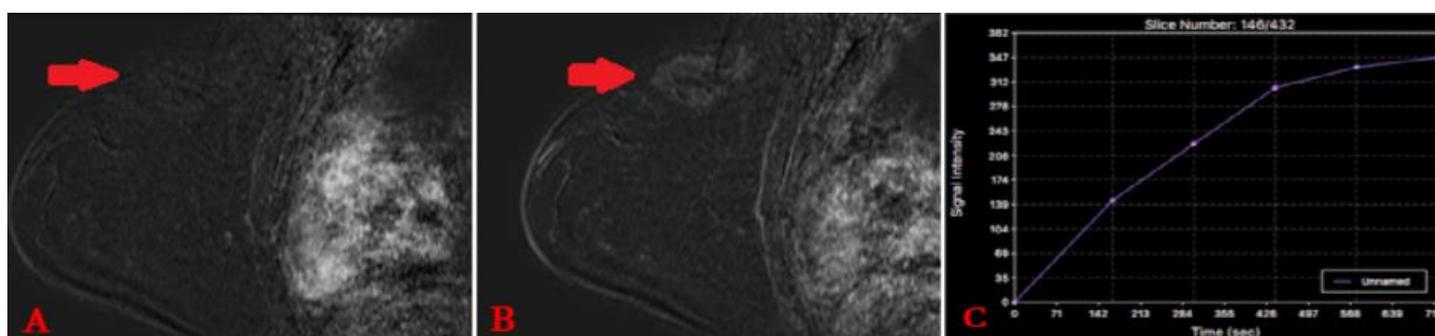


Figure 3: A et B) IRM mammaire en séquence pondérée T1 avec injection (phase précoce(A) et tardive (B)); C) IRM mammaire avec graphique en séquence de perfusion. Fibromatose mammaire sous forme d'une masse irrégulière à contours spiculés, prenant le contraste de manière rapide et progressive

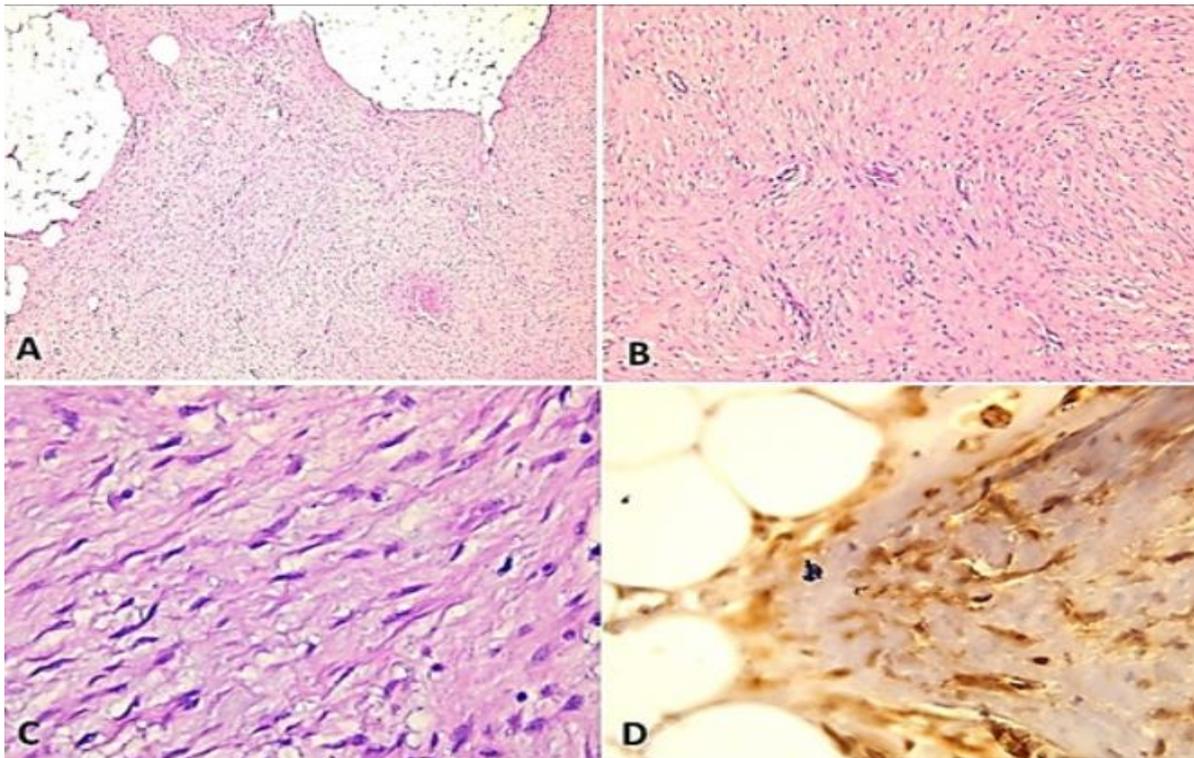


Figure 4: A) au faible grossissement: fibromatose desmoïde montrant histologiquement une prolifération mésenchymateuse mal limitée de cellularité variable (HE, A x40); B) au moyen grossissement; des zones d'aspect fibreux formés de cellules fusiformes disposées en faisceaux (HE, B x100); C) fort grossissement; des cellules avec un cytoplasme peu abondant et un noyau allongé d'allure fibroblastique et sans atypies. Les mitoses sont rares (1 mitose/10 champs au fort grossissement) (HE, Cx200); D) à l'immunohistochimie, les cellules tumorales montrent un marquage positif nucléaire à la bêta-caténine (HE, D x400)