



## Cancer du sein développé dans une glande mammaire accessoire : aspect échographique

P. Vignal

Correspondance : P. Vignal, 33, rue Nicolo, 75116 Paris.

Email : philippe@vignal.org

Le cancer primitif du sein dans un tissu axillaire accessoire est rare [1]. Des adénocarcinomes ont été décrits le long de la ligne lactée embryologique en position axillaire, et vulvaire [2]. Il s'agit dans la majorité des cas, comme dans le sein prépectoral, de cancers canauxiers invasifs. Nous rapportons le cas d'un carcinome canalaire développé dans une glande mammaire accessoire axillaire. Bien que de nombreux cas aient été décrits, aucune image échographique n'a été publiée jusqu'à présent.

### Cas clinique

Une patiente âgée de 47 ans s'est présentée en consultation avec une masse indolore sous-cutanée du creux axillaire gauche. Il s'agissait d'une femme préménopausée sans antécédent familial de cancer du sein. L'examen clinique a retrouvé un petit nodule sous la peau rasée. Il n'y avait pas de rétraction, ni de pli, ni de douleur et la masse semblait attachée à la peau.

Une échographie a été réalisée avec un appareil Logiq 7 (GE Healthcare, Milwaukee, WI) équipé d'une sonde linéaire 7 à 12 MHz de type M12L en mode harmonique. Une masse hypoéchogène de 9 mm a été mise en évidence : plus large que haute, aux contours mal définis en particulier au bord supérieur juste sous la peau (*fig. 1*). Il n'a pas été

demandé de mammographie, ou de cytoponction tant le diagnostic de la classique hydradénite semblait évident. La patiente a néanmoins été adressée à un chirurgien plastique pour excision en raison de la non disparition de la masse après antibiothérapie locale.

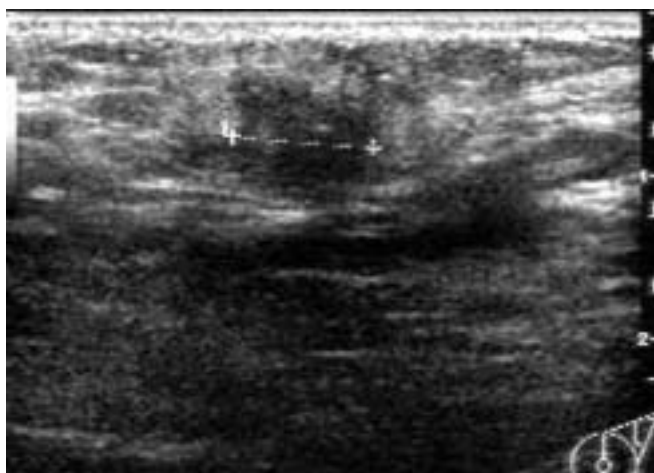
Le diagnostic de carcinome canalaire invasif a été posé en salle d'opération sur l'aspect de la masse, puis confirmé par l'examen extemporané. Du tissu mammaire aberrant a été trouvé au pourtour de la tumeur, confirmant le caractère ectopique et primitif de ce cancer du sein (*fig. 2*). La tumeur exprimait les récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone. Le bilan d'extension comprenant une mammographie et une IRM était négatif. Une tumorectomie large emportant la peau en regard de la tumeur, ainsi qu'un curage axillaire ont été pratiqués. Il n'a pas été retrouvé de tumeur résiduelle. Le résultat définitif d'anatomopathologie a conclu à un carcinome canalaire invasif avec des marges négatives et 10 ganglions négatifs sur 10. Une radiothérapie du creux axillaire gauche et de la région sus-claviculaire a complété le traitement. Une chimiothérapie de type FEC a été entreprise.

### Discussion

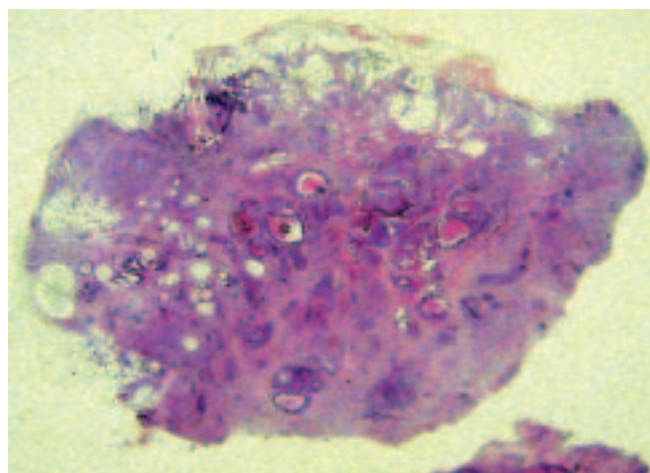
La ligne lactée primitive se forme chez l'embryon humain durant la

5<sup>e</sup> semaine du développement [3] par épaissement de l'ectoderme, et s'étend du creux axillaire au pli inguinal en passant à proximité de l'ombilic. L'épaississement s'accroît dans la région thoracique vers la 7<sup>e</sup> semaine donnant lieu à la crête mammaire tandis que la ligne mammaire régresse. Des ébauches mammaires ectopiques peuvent naître par régression incomplète de cette ligne. Celles-ci se présentent de manière variée : mamelon avec ou sans aréole ou aréole sans mamelon, ou enfin glande sans complexe aréolo-mamelonnaire sus-jacent. Le tissu mammaire ectopique réagit comme le tissu mammaire normal et, à ce titre, il peut grossir au cours de la grossesse, donner du lait lors de la montée laiteuse même sans mamelon associé, et subir des transformations pathologiques en particulier malignes. Dans notre cas, la patiente avait noté un gonflement axillaire lors de l'allaitement de son enfant.

Le cancer primitif du sein dans un tissu mammaire ectopique n'est en pratique jamais diagnostiqué en préopératoire car le creux axillaire est rarement inclus dans la mammographie et le diagnostic d'hydradénite est le plus fréquent. Dans notre cas, la patiente avait en effet eu une mammographie normale dans laquelle le creux axillaire n'était pas inclus. Quand il n'est pas accompagné d'un complexe aréolo-mamelonnaire, la masse est étiquetée outre la classique



**Figure 1.** Coupe échographique longitudinale : masse hypoéchogène de contours microlobulés.



**Figure 2.** Coupe anatomopathologique d'un carcinome canalaire infiltrant dans un tissu mammaire axillaire ectopique (coloration HES,  $\times 10$ ).

hydradénite chronique comme un lipome, une adénopathie, ou une lésion cutanée telle un kyste sébacé. En pratique, l'échographie permet d'éliminer une adénopathie métastatique en raison de l'hypervascularisation, mais pas un lipome qui peut être mal limité et hypoéchogène [3]. La masse hypoéchogène mal limitée de notre cas a été prise pour une hydradénite ou un kyste sébacé en raison de sa situation sous-cutanée. Mais le kyste sébacé est une lésion hétérogène bien limitée à point de départ cutané et l'hydradénite s'accompagne en général de signes inflammatoires. En fait, toute masse hypoéchogène, même en situation ectopique, doit être analysée selon les critères habituels de la classification BI-RADs. En l'occurrence, du fait de l'irrégularité des contours à son pôle supérieur, la masse aurait dû être classée BI-RADs 4 avec pour corollaire une ponction cytologique de principe.

De nombreux cas cliniques de masses développées dans un tissu mammaire accessoire depuis les adénofibromes et tumeurs phyllodes jusqu'au carcinome invasif mucineux ont été rapportés [4]. La pathologie prédominante, comme dans la localisation pectorale, est le carcinome

canalaire invasif dont fait partie notre cas. Mais des cancers lobulaires invasifs ont été décrits [5]. Il est admis que le tissu mammaire ectopique a une tendance particulière à la transformation maligne, mais la véritable incidence du tissu mammaire accessoire est en fait inconnue. Il n'existe que peu de données dans la littérature, en particulier dans les livres de référence sur les maladies du sein [6], tant le cancer mammaire sur glande accessoire est rare.

### Conclusion

L'examen d'une patiente avec une masse axillaire sous-cutanée ayant été étiquetée comme un adénocarcinome par une biopsie ou une cytoponction doit comporter un examen clinique et radiologique des deux seins. En absence d'une tumeur primitive détectable, l'identification des récepteurs hormonaux vient à l'appui du diagnostic de cancer du sein. Il est important de bien rechercher du tissu mammaire normal au pourtour de la masse tumorale pour qualifier la tumeur de cancer du sein sur tissu mammaire accessoire. L'examen clinique et ultrasonore doit éliminer la présence d'autres tissus mammaires ectopi-

ques car des tumeurs synchrones en d'autres sites ectopiques peuvent exister. Le traitement repose sur la tumorectomie avec curage axillaire, si le sein ipsilatéral est normal. Le suivi de ces patientes doit être particulièrement attentif dans la mesure où l'histoire naturelle de cette entité n'est pas bien définie.

### Références

- [1] Marshall MB, Moynihan JJ, Evans RT. Ectopic breast cancer: case report and literature review. *Surg Oncol* 1994;3: 295-304.
- [2] Markopoulos C, Kouskos E, Kontzoglou K et al. J. Breast cancer in ectopic breast tissue. *Eur J Gynecol Oncol* 2001; 22:157-9.
- [3] Fornage BD, Tassin GB. Sonographic appearances of superficial soft tissue lipomas. *J Clin Ultrasound* 1991;19:215-20.
- [4] Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts, and supernumerary nipples. *South Med J* 1995;88:903-6.
- [5] Giron GL, Friedman I, Feldman S. Lobular carcinoma in ectopic axillary breast tissue. *Am Surg* 2004;70:312-5.
- [6] Harris JR, Lippman ME, Morrow M et al. *Diseases of the breast*. Philadelphia, Lippincott Williams et Wilkins, 3<sup>rd</sup> ed, 2004.
- [7] Evans D, Guyton DP. Carcinoma of the axillary breast. *J Surg Oncol* 1995;59: 190-5.