

## Hyperplasie stromale pseudo angiomateuse du sein : A propos d'un cas

Ernest Barekensabe(1), Imane Gouzi (2), Sofia Jayi(3), Fatima Zahra Fdili Alaoui(4), EL FatemiHinde (5), HekmatChaara(6), Moulay AbdilahMelhouf(7)

Service de Gynécologie-obstétrique 2, CHU Hassan II, Fès, Maroc

---

**Abstract:** Pseudo-angiomatous stromal hyperplasia (PASH) is a rare benign lesion of the breast, first described in 1986. It is characterized by its particular histological appearance simulating vascular injury, hence its name. It does not have specific clinical and radiological criteria that may suggest his diagnosis. Only the histological study provides the diagnosis and allows its distinction from angiosarcoma and phyllode tumor. We report the case of a young patient admitted to the Department of Obstetrics and Gynecology for management of a large tumor of the right breast whose pre and post-operative histological study came in favour of a Pseudo Angiomatous stromal Hyperplasia.

**Key words:** Pseudo-angiomatous stromal hyperplasia, breast.

---

Date of Submission: 18-11-2019

Date of acceptance: 04-12-2019

---

### I. Introduction

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse(PASH) du sein est une lésion mésenchymateuse bénigne rare de la femme en pré ménopause. Elle est caractérisée par son aspect histologique particulier simulant une lésion vasculaire, d'où sa dénomination. Il a été décrit pour la première fois en 1986 par Vuitch et al. [1,2,3, 4]. Le PASH est souvent perçu comme une lésion détectée accidentellement au microscope; parfois comme une masse cliniquement palpable ou comme multiple lésions nodulaires; ou, rarement, comme une masse géante causant une asymétrie des deux seins [5]. Ses caractéristiques cliniques et radiologiques induisent souvent à une erreur diagnostic en le faisant prendre pour fibroadénome, tumeur phyllode ou un hamartome[6,7]. Seule la micro biopsie apporte un diagnostic de certitude débouchant sur une exérèse complète ou parfois une simple surveillance en cas de tumeur infra clinique non évolutive [1].

Nous rapportons un cas de PASH chez une patiente jeune opérée au Service de Gynécologie obstétrique 2 du CHU HASSAN II de FES et nous discutons les particularités clinico- radiologiques et histologiques.

### II. Patiente Et Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 22 ans, sans antécédents particuliers, admise pour prise en charge d'une masse mammaire du sein droit évoluant depuis 08 mois ayant augmenté progressivement de volume sans autres signes associés, chez qui l'examen a objectivé des seins Bonnet B avec une masse prenant tout le sein droit mesurant 10/8cm classée cliniquement T3N0Mx, sein gauche sans anomalies. Une échographie mammaire a objectivé une masse tissulaire hypo échogène homogène bien limitée occupant les quadrants internes du sein droit mesurant 10/5cm classée ACR4. Une micro biopsie a été réalisée et l'étude histologique revenue en faveur d'une hyperplasie stromale pseudo angiomateuse du sein. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie avec plastie type round block dont l'étude histologique a conclu à des lésions de mastopathie fibrokystique associées à des lésions d'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse.



A: Immunohistochimie (x200) CD34 +

B: Immunohistochimie (x200) CD31 -

**Images A et B : aspects microscopique du PASH (CHU HASSAN II)**

### III. Discussion

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse est une lésion bénigne rare du sein, décrite pour la première fois par Vuitts en 1986. Elle est caractérisée par son aspect histologique particulier simulant une lésion vasculaire, d'où sa dénomination [1, 2, 3,4].

Cette forme tumorale s'observe à tout âge de 14 à 67 ans mais principalement chez des patientes préménopausiques entre 30 et 40 ans [6, 7]. Elle a été rapportée chez des hommes en cas de gynécomastie [7,8]. L'âge de notre patiente rejoint les données de la littérature avec 22 ans. Sa pathogénie est inconnue, bien que certains auteurs suggèrent que ce serait une réponse des myofibroblastes à des stimuli hormonaux, en particulier la progestérone, ce qui se traduit par une accentuation focale des transformations physiologiques du sein pendant le cycle menstruel [1,4]. D'après plusieurs auteurs, elle n'a pas de potentiel néoplasique et n'a jamais été associée à des lésions malignes [9]. Pour les anatomo pathologistes, il s'agit d'un diagnostic fréquent avec sur 200 biopsies un foyer microscopique de PASH dans 23 % des cas [10]. Dans ces cas, il s'agit des formes purement microscopiques et comme dans notre situation, il est rare d'observer une forme dominante macroscopiquement.

Cliniquement, lorsque la masse est palpable, elle est habituellement de consistance ferme, sans rétraction cutanée et indolore, parfois bilatéral avec peau d'orange. La taille est en moyenne de 5cm, variant de 2 à 15cm [10]. Plus rarement, des atteintes étendues ont été rapportées associant une augmentation du volume mammaire, des douleurs rythmées par des cycles menstruels et des nodules diffuses à l'examen clinique [1,10]. Il peut être multifocal dans 60% des cas [12]. Les données cliniques chez notre patiente rejoignent celles de la littérature avec une tumeur de 10x8cm ayant augmenté progressivement de volume, indolore sans autres signes associés.

Sur le plan radiologique [1], l'échographie montre une masse hypo-échogène ovoïde tissulaire, légèrement hétérogène, avec de petites composantes kystiques. Sur la mammographie, elle se présente comme une opacité à contours nets et réguliers en totalité ou partiellement masquée par les opacités fibroconjonctives adjacentes sans micro calcifications. Parfois on décrit des bords flous. L'IRM montre une lésion iso intense par rapport au parenchyme mammaire environnant, en séquence pondérée T1, et des remaniements kystiques en T2. Le rehaussement après injection de produit de contraste est rapide et persistant ou progressif.

Comme décrit dans la littérature l'échographie mammaire de notre patiente montrait une masse tissulaire hypo échogène homogène bien limité en faveur d'une tumeur bénigne. Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs mésoenchymateuses bénignes telles que l'adenofibrome et l'hamartome qui ont la même présentation clinique et radiologique. La tumeur phyllode doit aussi être évoquée surtout s'il existe une croissance rapide [1, 2, 3,9].

Il n'ya pas d'éléments spécifiques cliniques et radiologiques pouvant suggérer le diagnostic d'hyperplasie pseudo angiomateuse. Seule l'étude histologique permettra de poser le diagnostic de PASH par la biopsie écho-guidée percutanée ou stéréotaxique (**Images A et B**). Si les résultats histologiques et radiologiques discordent, il est nécessaire de faire des biopsies étagées de la zone suspecte [11]. Dans notre cas, le diagnostic était posé à la micro biopsie. Cette affection est associée à plusieurs affections mammaires bénignes, y compris des modifications fibrocystiques prolifératives et non prolifératives, fibroadénomes, gynécomastie et hyperplasie lobulaire sclérosante [4]. Chez notre patiente, elle était associée à des lésions de mastopathies fibrokystiques.

Le diagnostic différentiel histologique se pose essentiellement avec l'angiosarcome de bas grade qui est une tumeur maligne hyper vascularisée (lumières vasculaires multiples contenant du sang et totalement entourées de cellules endothéliales), le myofibroblastome ou la tumeur phyllode [1, 9, 13,14].

La plupart des auteurs recommandent un traitement initial partumorectomie, avec la nécessité de faire un suivi à long terme afin de détecter d'éventuelles rechutes [1]. La résection chirurgicale complète avec de bonnes marges de sécurité constituent les facteurs déterminants pour réduire les récurrences allant de 15 à 20% [4,9]. Cette récurrence pourrait être attribuée à une croissance d'un résidu tumoral après résection incomplète [2]. Quand le PASH est diffus, la mastectomie avec chirurgie de reconstruction est une approche alternative [14].

En cas d'atteinte diffuse du sein, l'utilisation de tamoxifène a été préconisée [3, 9, 14]. Aucune transformation maligne n'a été rapportée bien que peu d'auteurs pensent qu'un myofibroblastome ou même un sarcome peut résulter de PASH [14]. En général, le pronostic est excellent et la récurrence est exceptionnelle en cas de résection complète. [1,3, 14,16]. Certains préconisent une surveillance pendant quelques années [4].

#### **IV. Conclusion**

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse du sein est une tumeur bénigne dont le diagnostic est histologique avec un bon pronostic. Cette tumeur sans caractère malin et sans pouvoir dégénératif doit être distinguée des tumeurs phyllodes et des angiosarcomes de bas grade.

#### **Références**

- [1]. Cherkaoui R, Bennani S, Jroundi L. Imagerie de l'hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse du sein. Maroc Médical, tome 35 n°3, Septembre 2013.
- [2]. EmanAlmohawes, MD, NuhaKhoumais MD, Maria Arafah MD Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast: a case report of a 12-year-old girl. Radiology case reports 10 (2015) 1-4.
- [3]. Suhair Al-Saad, MB Ch.B, CABS. Pseudo-angiomatous Stromal hyperplasia: Benign tumor of the breast. Bahrain Medical Bulletin, Vol. 31, No. 3, September 2009.
- [4]. Saad A, Al-Zawi A, Idaewor P. Pseudo-angiomatous stromal hyperplasia of breast (PASH): A Case report and literature review. Int J Med Res Prof. 2017 Sept; 3(5); 312-16.
- [5]. Kurt E, TURANLI S, MARKOC F. How to manage pseudoangiomatous stromal hyperplasia: our clinical experience. Turk J Med Sci (2017) 47: 1410-1415.
- [6]. Hargaden GC, Yeh ED, Georgian-Smith D, Moore RH, Rafferty EA, Halpern EF, McKee GT. Analysis of the mammographic and sonographic features of pseudoangiomatous stromal hyperplasia. AJR Am J Roentgenol 2008; 191: 359-363.
- [7]. Celliers L, Wong DD, Bourke A. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: a study of the mammographic and sonographic features. Clin Radiol 2010; 65: 145-149.
- [8]. Badve S, Sloane JP. Pseudoangiomatous hyperplasia of male breast. Histopathology 1995; 26:463-6.
- [9]. B Mesurrolle et al. Quel est votre diagnostic ? J Radiol 2004 ; 85 :859-61.
- [10]. Ibrahim RE, Sciotto CG, Weidner N. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. Some observations regarding its clinicopathologic spectrum. Cancer 1989; 63 (6) : 1154-1160.
- [11]. Cardenosa G. Breast Imaging. Carolina del Norte: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- [12]. AbdullGaffar .PASH of the Breast. Arch Pathol Lab Med-Vol 133, August 2009.
- [13]. Tarig A, Philippa Y, Olexandra, Eleri D. Giant pseudo angiomatous stromal hyperplasia presenting in the breast of a prepubertal child. BMJ Case Rep 2015.
- [14]. BadrAbdullGaffar, MD. Pseudo angiomatous stromal hyperplasia of the breast. Arch Pathol Lab Med-Vol 133, August 2009.
- [15]. Natalia K, Tanja F, Eugen R. Bilateral diffuse pseudo angiomatous stromal hyperplasia (PASH) causing gigantomastia in a 33-year old pregnant woman: Case report. Breast Care 2016; 11:356-358.

Ernest Barekensabe. "Hyperplasie Stromale Pseudo Angiomateuse du Sein : A propos d'un cas." IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), vol. 8, no.06 , 2019, pp. 01-03.