



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FICHE THÉMATIQUE/DERMATOPATHOLOGIE

Hidradénome papillaire ou adénome des glandes ano-génitales de type mammaire



Hidradenoma papilliferum or anogenital mammary-like gland adenoma

F. Plantier, sous l'égide du groupe de
dermatopathologie de la Société française de
dermatologie

Service de dermatologie, hôpital Tarnier-Cochin, 89, rue d'Assas, 75006 Paris, France

Disponible sur Internet le 30 juillet 2015

Introduction

L'hidradénome papillaire – ou papillifère – (HP) est la plus fréquente des tumeurs glandulaires vulvaires (60 %) [1]. C'est une tumeur bénigne observée chez les femmes ; seuls de rares cas masculins, génitaux ou anaux, ont été décrits. Elle a d'abord été supposée d'origine apocrine et a reçu des appellations variées : hidradénome vulvaire, hidradénome tubulaire, adénome apocrine. Dans la littérature anglo-saxonne, elle est désignée sous le nom de « papillary hidradenoma » ou sous le nom latin d'« hidradenoma papilliferum ».

Clinique

L'âge moyen de survenue est de 52 ans (30 à 90 ans). L'HP n'a jamais été décrit avant la puberté.

Il s'agit le plus souvent d'une lésion unique ; les formes doubles ou triples sont rares. L'HP est essentiellement de localisation vulvaire mais peut siéger aussi sur le périnée postérieur et dans la région anale. Plus précisément, il se développe principalement dans le sillon interlabial ou les

zones adjacentes au sillon : la face interne de la grande lèvre, la face externe de la petite lèvre, et plus rarement le capuchon du clitoris.

L'HP est le plus souvent asymptomatique mais il peut occasionner un prurit ou des saignements. Parfois il augmente rapidement de taille, pouvant atteindre 2 cm, mais sa taille moyenne est de 6 mm. Il se présente comme un nodule à peine saillant, à surface lisse ; il est parfois pédiculé. Il est de couleur muqueuse normale, ou bien bleuté ou encore rouge, plus ou moins framboisé et il semble parfois ulcéré (Fig. 1 et 2).

Histopathologie

Ses aspects histologiques sont assez variés mais il s'agit toujours d'un nodule bien limité quoique non encapsulé, situé plus ou moins profondément dans le chorion ou le derme. C'est quand il est superficiel et s'ouvre à la surface qu'il est décrit cliniquement comme une lésion érythémateuse ou ulcérée. Il associe en différentes proportions des secteurs d'architecture papillaire et des secteurs d'architecture tubulaire – certains hidradénomes papillaires sont de fait très peu papillaires (Fig. 3 et 4). Il peut être plus ou moins kystisé, et plus il l'est, plus il apparaît cliniquement comme une lésion bleutée.

Adresse e-mail : francoise.plantier@orange.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2015.06.005>

0151-9638/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



Figure 1. Aspect clinique de nodule bleuté du sillon interlabial. Collection M. Moyal-Barracco.

Le revêtement épithélial des papilles ou des tubes est à double couche : une couche de cellules cylindriques, qui sont des cellules sécrétantes, avec souvent des images de sécrétion par décapitation (c'est la sécrétion de type apocrine, c'est-à-dire par perte de l'apex des cellules) et une couche périphérique de cellules aplaties, myo-épithéliales, qui sont des cellules musculaires, à propriété contractile, leur contraction favorisant l'excrétion de sécrétions des cellules cylindriques (Fig. 5). Ces cellules ne sont pas toujours



Figure 2. Aspect clinique de nodule ombiliqué. Collection S. Berville.

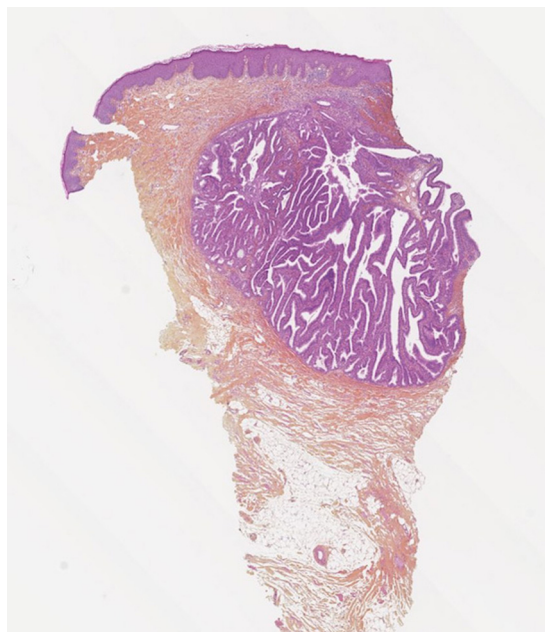


Figure 3. Nodule bien circonscrit à l'aspect de prolifération glandulaire, sans ici de connexion avec l'épiderme.

visibles à la coloration standard et seraient révélées par un immunomarquage (anti-actine musculaire lisse ou anti-protéine S100). Très souvent il existe une composante épithéliale différente, faite de cellules plus grandes, plus cubiques que cylindriques, au cytoplasme plus éosinophile et plus pâle, cellules qui sont dites « en métaplasie oxyphile » (Fig. 6). Cette composante est parfois seulement focale, mais elle peut aussi représenter jusqu'à 90 % de la tumeur. Les formes histologiques les plus fournies en métaplasie oxyphile pourraient être dénommées « adénomes apocrines ».

Quand l'HP est abouché à l'extérieur, il existe souvent un infiltrat inflammatoire plasmocytaire, l'aspect histologique se rapprochant alors de celui d'un syringocystadénome papillifère, lésion qui n'est cependant jamais observée sur la vulve.

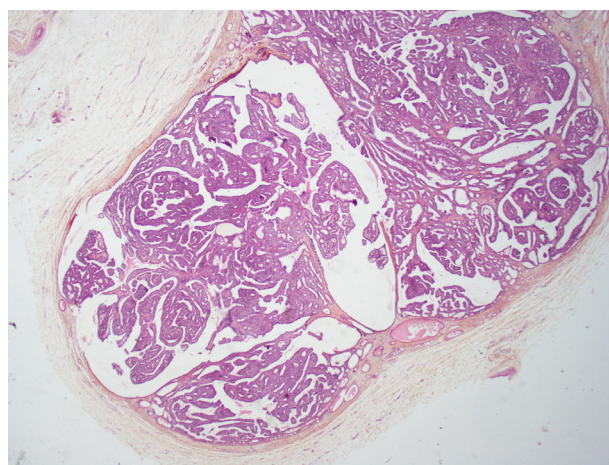


Figure 4. À plus fort grossissement, présence de structures papillaires et de tubes glandulaires.

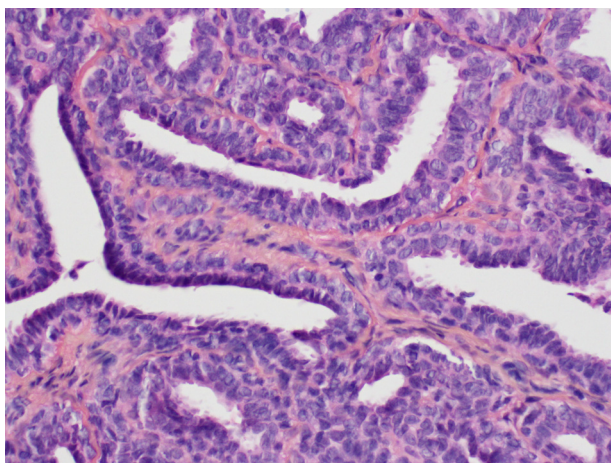


Figure 5. Le revêtement comporte une couche de cellules cylindriques au-dessus d'une couche de cellules plus cubiques et moins bien visibles.

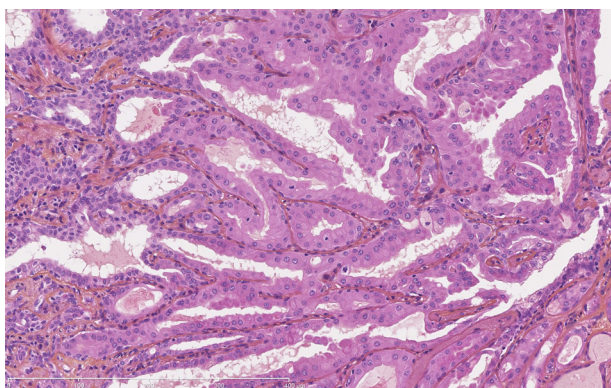


Figure 6. Certains secteurs présentent des cellules glandulaires plus grandes, plus claires et roses, c'est la métaplasie oxyphile.

La tumeur comporte plus ou moins de fibrose. Plus il y en a, plus elle ressemble à un adénofibrome qui est la plus fréquente des tumeurs mammaires et qui ne s'observe pas dans la peau (Fig. 7). Cette fibrose peut aussi comprimer

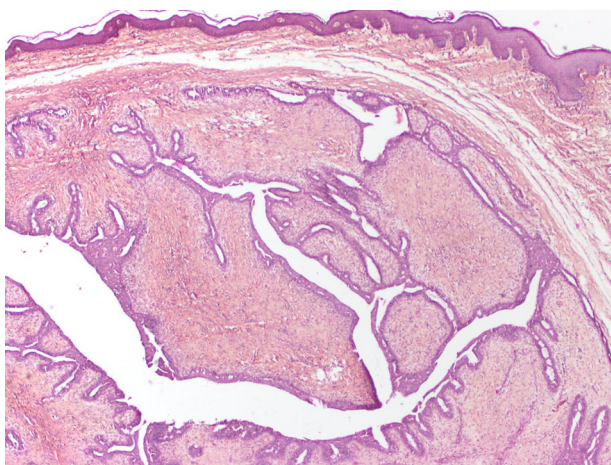


Figure 7. Présence de beaucoup de fibrose faisant ressembler la lésion à un adénofibrome mammaire.

les structures glandulaires et donner à la lésion un aspect proche de l'adénose sclérosante mammaire, qui est une des formes de mastose.

Des amas de cellules spumeuses et des enroulements cornés sont aussi souvent rencontrés. Il peut y avoir quelques mitoses mais pas d'atypies.

L'inflammation est rarement marquée. Elle est lymphocytaire et/ou plasmocytaire.

Diagnostic différentiel histologique

Il y en a peu : le syringocystadénome papillifère est une autre tumeur glandulaire sudorale bénigne mais qui naît plutôt sur le cuir chevelu ou sébacé et dans un contexte d'hamartome (naevus) épidermique.

L'hypothèse d'une tumeur de glande mammaire ectopique est maintenant battue en brèche par les tenants d'une autre hypothèse histogénétique (voir plus loin).

Histogénèse

Il est depuis longtemps connu que toutes les lésions observées en pathologie mammaire, qu'elles soient dystrophiques ou tumorales, qu'elles soient bénignes ou malignes, peuvent être rencontrées dans la région vulvaire. Le plus souvent il s'agit d'adénofibromes ou de papillomes intra-galactophoriques. Ces lésions peuvent être multiples [2]. Ce fait était autrefois expliqué par l'existence présumée de glandes mammaires ectopiques qui étaient supposées pouvoir être observées tout le long d'une ligne allant de l'aisselle à la cuisse, la ligne mammaire embryologique (*milk line*). Il est vrai que vers le haut, jusqu'à l'aisselle, on peut observer du tissu mammaire, dénommé « prolongement mammaire axillaire », et vers le bas, sur l'abdomen, on peut voir des mamelons ou des seins accessoires. Mais en réalité, cette ligne a été décrite chez l'embryon porcin. Dans l'espèce humaine, elle s'arrête à la hauteur de l'ombilic. Or voici qu'en 1991, Van der Putte décrit les glandes ano-génitales de type mammaire (*mammary-like glands*) et leur répartition : il s'agit de formations glandulaires tubulaires plus ou moins complexes siégeant dans le derme profond ou l'hypoderme et s'entourant d'un tissu fibreux un peu lamellaire ressemblant au tissu palléal qui est le tissu conjonctif des lobules glandulaires mammaires (Fig. 8). Ces glandes sont proches d'aspect, mais cependant différentes des glandes sudorales, apocrines et eccrines, que l'on peut observer alentour. On ignore quel est, au juste, le produit de leur sécrétion [3]. Elles sont observées dans le sillon interlabial, autour du clitoris, sur le périnée et autour de l'anus. En immuno-histochimie, ces glandes expriment les récepteurs aux estrogènes et à la progestérone.

Les similitudes histologiques de ces glandes avec la glande mammaire, ainsi que celles des HP avec certaines lésions mammaires, l'inexistence des glandes mammaires accessoires ou ectopiques vulvaires et le fait que l'HP ne se rencontre que dans la région ano-génitale et avec la même répartition que les glandes ano-génitales de type mammaire, sont autant d'arguments pour considérer l'HP comme une prolifération adénomateuse des glandes ano-génitales

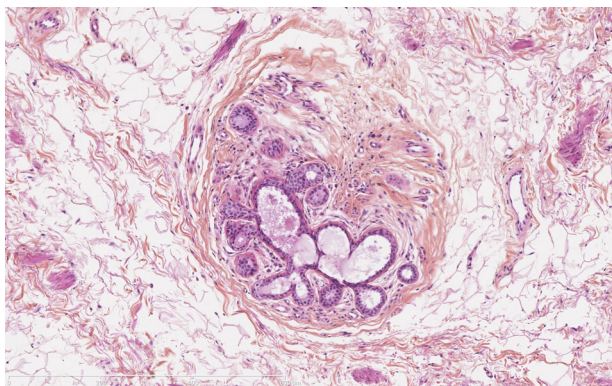


Figure 8. Glande ano-génitale de type mammaire normale.

de type mammaire. Certains l'appellent donc désormais plutôt « adénome des glandes ano-génitales de type mammaire » [4].

Traitement

L'exérèse de cette tumeur doit être pratiquée pour éliminer une tumeur d'une autre origine ou une forme maligne (exceptionnelle) et il n'y a pas de récurrence décrite après une exérèse complète.

Conclusion

L'HP est la plus courante des tumeurs glandulaires bénignes de la région vulvaire et constitue probablement une prolifération adénomateuse des glandes ano-génitales de type mammaire. Ses aspects cliniques sont variés mais ses localisations sont bien caractéristiques. Son diagnostic histologique est aisé. La simple exérèse est pratiquement toujours curative.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Baker GM, Selim MA, Hoang MP. Vulvar adnexal lesions. *Arch Pathol Lab Med* 2013;137:1237.
- [2] Kazakov DV, Spagnolo DV, Kacerovska D, Michal M. Lesions of anogenital mammary-like glands: an update. *Adv Anat Pathol* 2011;18:1–28.
- [3] van der Putte SC. Mammary-like glands of the vulva and their disorders. *Int J Gynecol Pathol* 1994;13:150–60.
- [4] Scurry J, van der Putte SC, Pyman J, Chetty N, Szabo R. Mammary-like gland adenoma of the vulva: review of 46 cases. *Pathology* 2009;41:372–8.