



Journal home page: <http://www.journalijar.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF INNOVATIVE AND APPLIED RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

CANCER METAPLASIQUE EPIDERMOÏDE DU SEIN: A PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE.

Moulay El Mehdi El Hassani^{1,3}, Saad Benali¹, Jaouad Kouach^{1,2} and Driss Rahali Moussaoui^{1,2}.

1. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V Rabat, Maroc.
2. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohamed V, Rabat, Maroc.
3. Faculté de médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc.

Manuscript Info

Abstract

Manuscript History

Received: 22 May 2019

Final Accepted: 24 June 2019

Published: July 2019

Keywords:

carcinome ,
métaplasie épidermoïde; sein.

Les carcinomes métaplasiques du sein sont des tumeurs rares. Ils constituent un groupe hétérogène de tumeurs définis selon l'organisation mondiale de la santé comme étant un carcinome canalaire infiltrant mais comportant des zones de remaniements métaplasiques (de type épidermoïde, à cellules fusiformes, chondroïde et osseux ou mixte), qui varient de quelques foyers microscopiques à un remplacement glandulaire complet. Les aspects cliniques et radiologiques ne sont pas spécifiques. Le traitement associe la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. L'hormonothérapie n'a pas de place. Le pronostic est sombre. L'histopathologie combinée à l'immunohistochimie permet de poser un diagnostic sûr.

Etant donné que la prise en charge thérapeutique est limitée, une nouvelle approche moléculaire pourrait modifier cette contribution faible et mal cernée des traitements systémiques classiques. Les patientes atteintes de carcinome métaplasique mammaire pourraient bénéficier de traitements ciblés, ce qui reste à confirmer par des essais cliniques.

*Corresponding Author:- Moulay El Mehdi El Hassani.

Introduction:-

Les carcinomes métaplasiques du sein sont des tumeurs rares particulièrement intéressantes de la part de leur différence, clinique, radiologique, anatomopathologique et thérapeutique par rapport à ceux de la forme habituelle du cancer du sein.

Nous rapportons un nouveau cas de carcinome métaplasique épidermoïde du sein, et à travers l'analyse des données de la littérature, nous mettons le point sur les différents aspects de ce type de carcinome mammaire.

Observation:-

Il s'agit d'une patiente âgée de 55ans, ayant comme antécédent une hystérectomie totale il y a 15 ans pour pathologie bénigne, sans prise de traitement hormonal substitutif de la ménopause. Hospitalisée à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V (HMIM-V) de Rabat pour une tumeur du sein gauche découverte à l'autopalpation.

L'examen clinique trouve un nodule de 3cm siégeant au niveau du quadrant supéro-externe du sein gauche, mal limité, induré, mobile par rapport au plan profond, fixe par rapport au plan superficiel, sans signes inflammatoires ni écoulement mamelonnaire associé. L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires ne retrouve pas d'adénopathie palpable, le reste de l'examen somatique est sans particularité.

La mammographie trouve une opacité du quadrant supéro-externe de 3 cm de grand axe, stellaire avec des foyers de micro calcifications (Figure 1).

A l'échographie mammaire la lésion est de forme arrondie, de contours irréguliers, hétérogène, solide et kystique (Figure 2), vascularisée au Doppler couleur, Cet aspect écho-mammographique est classé BI-RADS 4 de l'ACR.

La micro biopsie a mis en évidence un carcinome mammaire invasif dont l'aspect morphologique et immuno-histochimique est en faveur d'un carcinome métaplasique épidermoïde (Figure 3,4).

Le bilan d'extension incluant la radiographie du thorax, l'échographie hépatique et la scintigraphie osseuse était négatif. Il s'agit donc d'un stade T2N0M0.

Un traitement conservateur comportant une tumorectomie large avec curage ganglionnaire axillaire gauche a été pratiqué. Une chimiothérapie et radiothérapie adjuvante sont à discuter en RCP après examen anatomopathologique définitif de la pièce opératoire.

Discussion:-

Le carcinome métaplasique du sein est une tumeur maligne primaire rare mais en croissance [2,3] représentant 0,2 à 5% des cancers du sein. Une croissance du nombre de cas rapporté annuellement a été notée et peut être expliquée par une augmentation de l'incidence de la maladie et l'attention accordée à son diagnostic [1,3].

La classification de l'organisation mondiale de la santé 2003 distingue les carcinomes purement épithéliaux incluant les carcinomes épidermoïde, les adénocarcinomes avec différenciation fusiforme, les carcinomes adénosquameux et les carcinomes mixtes à double composante épithéliale et mésenchymateuse [4].

Ces tumeurs surviennent chez des femmes ménopausées avec un âge moyen de 53 ans [1,5] ce qui correspond à l'âge de notre patiente. La symptomatologie clinique est non spécifique. La tumeur se révèle généralement sous forme de masse comparable à une tumeur bénigne mais habituellement d'évolution rapide. Des mastodynies, des signes inflammatoires, un écoulement mamelonnaire, une rétraction du mamelon, des ulcérations de la peau en regard et parfois un abcès mammaire, sont souvent rapportés. L'atteinte ganglionnaire est rare [6,7]. L'aspect radiographique aussi est non spécifique. Mais des signes comme l'hyperdensité de la masse et l'absence de micro calcifications peuvent être évocateurs à la mammographie [6]. L'échographie mammaire peut mettre en évidence des foyers de remaniements hémorragiques, nécrotiques ou kystiques, qui sont fréquents [8]. Ces tumeurs peuvent échapper au dépistage car d'évolution habituellement rapide [5]. Chez notre patiente l'échographie a objectivé une masse arrondie, irrégulière, hétérogène, solide et kystique.

L'aspect macroscopique est non spécifique, il s'agit généralement d'une tumeur ferme, bien limitée, avec une taille tumorale importante variant entre 0,5 et 18 cm [5,7]. Chez notre patiente la tumeur est de 3 cm de grand axe. Sur le plan histologique, les carcinomes épidermoïdes sont de diagnostic facile, ils sont caractérisés par une prolifération de cellules malpighiennes polygonales reliées par des desmosomes apparents, avec ou sans foyers de dyskératose. L'adénocarcinome avec métaplasie à cellules fusiformes correspond à un carcinome glandulaire avec des foyers étendus à cellules fusiformes de nature épithéliale. Les carcinomes adénosquameux sont faits de deux contingents épithéliaux malins, glandulaire et épidermoïde. Les carcinomes métaplasiques mixtes sont caractérisés par l'association d'un carcinome infiltrant et des éléments mésenchymateux hétérologues représentés par des zones de différenciation cartilagineuse, osseuse ou musculaire... Lorsque le contingent mésenchymateux est malin, la tumeur est appelée carcinosarcome [9]. L'association à un cancer canalaire in situ n'est pas rare (50% des cas) [7]. Sur le plan immuno-histochimique, les récepteurs hormonaux sont positifs dans moins de 17 % des cas [3] et la surexpression de HER2 aussi est souvent absente et les carcinomes métaplasiques mammaires sont triples négatifs dans 64% à 96% des cas [2]. chez notre patiente les récepteurs hormonaux sont négatifs et la surexpression de HER2 est scoré à 2+, la fixation de la cytokératine 5/6 à l'immunohistochimie est positive.

L'histogénèse du carcinosarcome a été longtemps sujette à controverses. Actuellement, l'hypothèse la plus probable suggère la transformation phénotypique particulière de cellules épithéliales en cellules myoépithéliales, puis en sarcome [10]. Sur le plan biologie moléculaire, les carcinomes métaplasiques du sein présentent un profil transcriptomique de type basal et expriment un ou plusieurs marqueurs de type myoépithélial ou basal (p63, 34E12, cytokératine5/6, CK14, la protéine S100, l'actine et l'EGFR). Différentes études ont trouvé une surexpression d'EGFR Human Epidermal Growth Factor Receptor-1(HER1) qui pourrait suggérer une réponse favorable de ces

tumeurs aux traitements ciblant EGFR (HER1) [11]. Les carcinomes métaplasique du sein posent d'importants problèmes de diagnostic différentiel essentiellement avec les tumeurs phyllodes et les sarcomes mammaires primitifs. En cas de métaplasie épidermoïde pure, il faut éliminer la possibilité d'un carcinome d'origine cutanée ou d'une métastase. Devant une tumeur à cellules fusiformes le principal diagnostic différentiel est la tumeur phyllode maligne [9]. Devant un carcinome avec métaplasie osseuse ou chondroïde on doit éliminer un fibroadénome, un ostéosarcome, un chondrosarcome et une tumeur phyllode. De nombreux types de sarcomes peuvent siéger au niveau mammaire, les plus fréquents étant l'angiosarcome et le liposarcome [11].

Le traitement repose sur la chirurgie. Elle est souvent radicale, mais un traitement chirurgical conservateur est possible pour les petites tumeurs [1,2]. Le curage ganglionnaire axillaire est recommandé, malgré leur caractère peu lymphophile [1,2]. Le rôle de la chimiothérapie et de la radiothérapie est encore discuté [8]. La radiothérapie adjuvante post-opératoire est peu indiquée car le traitement chirurgical conservateur est moins fréquent et les ganglions souvent négatifs [2], mais elle semble avoir un rôle essentiel dans le contrôle des récives locales après le traitement chirurgical conservateur [11]. La chimiothérapie standard est non satisfaisante, car la chimiorésistance est fréquente [8]. L'hormonothérapie n'a habituellement pas de place, vu l'absence habituelle d'expression des récepteurs hormonaux. L'Herceptine ne peut être introduite dans la plupart des cas, car l'Herceptest est souvent négatif. La surexpression d'EGFR (HER1), pourrait suggérer une réponse favorable de ces tumeurs aux traitements ciblant EGFR (anti HER1). D'autres thérapeutiques sont envisageables tel les sels de platine et les inhibiteurs de poly-ADP ribose polymérase (PARP) [11]. Le pronostic des carcinomes épidermoïdes reste péjoratif, le siège de prédilection des métastases survenant au cours des cinq premières années est le poumon, le foie, l'os ou le cerveau. La survie moyenne à 5ans est estimée entre 38 et 86

Conclusion:-

Il est important d'identifier les carcinomes métaplasiques parmi les autres types du cancer du sein étant donné que leur prise en charge thérapeutique est différente et plus lourde. Le traitement de choix reste la chirurgie mais une nouvelle approche moléculaire pourrait modifier la contribution faible des traitements systémiques classiques.

Références:-

1. Babahabib MA, Chenana A . Cancer métaplasique du sein: à propos d'un cas Pan African Medical Journal. 2014; 19:268
2. Song et al. Unique clinicopathological features of metaplastic breast carcinoma compared with invasive ductal carcinoma and poor prognostic indicators. World Journal of Surgical Oncology. 2013 ; 11:129.
3. Barnes PJ, Boutilier R, Chiasson D, and Rayson D. Metaplastic breast carcinoma: clinical-pathologic characteristics and HER2/neu expression. Breast Cancer Research and Treatment. 2005; 91(2): 173-178.
4. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Edited by Fattaneh A, Tavassoli , Peter Devilee. IARC Press, Lyon. 2003.
5. penault-llorca F, Mishellany F. Pièges diagnostiques en pathologie mammaire- Cas no 7: carcinome à cellules fusiformes du sein ou carcinome métaplasique. Annales de pathologie. 2009;29(3) : 223-227.
6. Günhan-Bilgen I, Memi A, Ustün EE and al. Metaplastic carcinoma of the breast: Clinical, mammographic, and sonographic findings with histopathologic correlation. AJR Am J Roentgenol. 2002;178 :1421-5.
7. Greenberg D, McIntyre H, Bierre T. Metaplastic breast cancer. Australasian Radiology. 2004;48(2) :243-247.
8. Yi-Chen Lai, Chih-Yi Hsu, Yi-Hong Chou, Chui-Mei Tiu, Ling-Ming Tseng, Hsin-Kai Wang, Hong-Jen Chiou. Sonographic presentations of metaplastic breast cancers. Journal of the Chinese Medical Association. 2012; 75(11) :589-594.
9. Luini A, Aguilar M, Gatti G, Fasani R, Botteri E, Brito JA, et al. Metaplastic carcinoma of the breast, an unusual disease with worse prognosis: the experience of the European Institute of Oncology and review of the literature. Breast Cancer Res Treat. 2007;101(3):349-53. PubMed |Google Scholar
10. Foschini MP, Dina RE, Eusebi V. Sarcomatoid neoplasms of the breast: proposed definitions for biphasic and monophasic sarcomatoid mammary carcinoma. Semin Diagn Pathol. 1993;10 :128-36. PubMed | Google Scholar
11. Gauchotte G , Gauchotte É , Bressenot A . Les carcinomes métaplasiques du sein: une étude morphologique et immunohistochimique. Annales de pathologie. 2011 ; 31(1) : 18-27. PubMed |Google Scholar