International Journal of Academic Multidisciplinary Research (IJAMR)
ISSN: 2643-9670
Vol. 5 Issue 11, November - 2021, Pages: 143-147

Vaginal And Endometrial Metastases From Breast Cancer – Case Study

W. BOUCHKARA. Z.TAZI S. JAYI FZ. FDILI ALAOUI. H. CHAARA M.A. MELHOUF

Service Gynécologie obstétrique II-CHU Hassan II-Fès

Abstract : *In most cases, metastatic breast cancer remains an incurable disease with a median overall survival of around two years. Nevertheless, the prognosis varies greatly depending on the presentation and genomic subtypes. We report the case of a 70-year-old patient; multipare; Menopaused ; hypertensive; diabetic with dyslipidemia under treatment; who consults for a gradually increasing breast mass that has been evolving for more than a year; with the notion of postmenopausal metrorrhagia a month ago without other associated signs, in particular no pelvic pain, no digestive or urinary signs; in whom clinical examination revealed a mass taking up the entire right breast fixed in both planes with inflammatory signs classed as C T4d N0 Mx with bleeding from the endocervix and vaginal nodules at the CDS. the anatomopathological study of the microbiopsy of the breast returned in favor of a grade I infiltrating breast carcinoma of luminal lobular type A SBR (IHC: 100% RO 100% HER2 negative) and for which the extension assessment is in favor of a right upper lobar pulmonary parenchymal nodule to be considered; with a suspicious heterogeneous uterine endometrial thickening supplemented by a biopsy of the vaginal nodules and a diagnostic hysteroscopy objectifying a diffuse endometrial hypertrophy with signs of atypia with performance of an endometrial curettage returning in favor of a secondary localization vaginal and endometrial breast lobular carcinoma with the same immunohistochemical profile as that of the breast. Lobular carcinomas, which represent 15% of breast cancers, have a particular development profile with in particular ovarian, peritoneal, retroperitoneal, meningeal metastases but also rare sites (gastric, bladder, vulva). Metastases to the uterus can be a diagnostic problem in a patient with bleeding. This is because cancer cells are mixed with normal endometrial stromal cells and may go unnoticed during curettage. The case of metastatic cancers from the outset; This situation is rare (4–6%). These cases pose, in addition to general treatment, the specific problem of the interest and optimal timing of locoregional treatment as well as the respective role of the surgeon or radiotherapist. Breast cancer is still a public health problem because of its frequency. Nevertheless, we note an improvement in his prognosis thanks to early detection and thanks to the improvement of therapeutic tools.*

Keywords : infiltrating lobular breast cancer; metastatic breast cancer; vaginal metastases; endometrial metastases; chemotherapy; radiotherapy..

METASTASES VAGINALE ET ENDOMETRIALE D'UN CANCER DU SEIN

A PROPOS D'UN CAS

W. BOUCHKARA. Z.TAZI S.JAYI FZ. FDILI ALAOUI. H. CHAARA M.A. MELHOUF
Service Gynécologie obstétrique II-CHU Hassan II-Fès

RESUME :

Le cancer du sein métastatique reste pour la majorité des cas une maladie incurable avec une médiane de survie globale de l'ordre de deux ans. Néanmoins, le pronostic varie beaucoup en fonction de la présentation et des sous-types génomique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 7O ans ; multipare ; ménopausée ; hypertendue ; diabétique avec dyslipidémie sous traitement ; qui consulte pour une masse mammaire augmentant progressivement de volume évoluant depuis plus d'un an ; avec notion de métrorragie post ménopausique il y'a un mois sans autres signes associés notamment pas de douleur pelvienne pas de signes digestifs ni urinaires ; chez qui l'examen clinique a objectivé une masse prenant tout le sein droit fixe aux deux plans avec des signes inflammatoires en regard classée C T4d N0 Mx avec un saignement provenant de l' endocol et des nodules vaginaux au niveau des CDS.

l'étude anatomopathologique de la microbiopsie du sein est revenue en faveur d'un carcinome mammaire infiltrant grade I de SBR **de type lobulaire** luminal A (IHC : RO à 100% RP à 100% HER2 négatif) et dont le bilan d'extension est en faveur d' un nodule parenchymateux pulmonaire lobaire supérieure droit à considérer ; avec un épaississement endométrial utérin hétérogène d'allure suspecte complété par une biopsie des nodules vaginaux et une hystéroscopie diagnostique objectivant une hypertrophie endométriale diffuse avec des signes d'atypie avec réalisation d'un curetage de l'endomètre revenant en faveur d'une localisation secondaire vaginale et endométriale d'un carcinome lobulaire mammaire ayant le même profil immunohistochimique que celui du sein .

Les carcinomes lobulaires, qui représentent 15 % des cancers du sein, ont un profil d'évolution particulier avec notamment des métastases ovariennes, péritonéales, rétropéritonéales, méningées mais aussi de sites rares (gastriques, vésicales**, vulvaires)**

Les métastases au niveau de l'utérus peuvent poser un problème diagnostique chez une patiente présentant des métrorragies. En effet, les cellules cancéreuses sont mêlées aux cellules du stroma endométrial normal et peuvent passer inaperçues lors d'un curetage.

Le cas des cancers métastatiques d'emblée ; Cette situation est rare (4–6 %). Ces cas posent, en plus du traitement général, le problème spécifique de l'intérêt et du moment optimal de traitement locorégional ainsi que du rôle respectif du chirurgien ou du radiothérapeute.

Le cancer du sein reste toujours un problème de santé publique par sa fréquence. Néanmoins On note une amélioration de son pronostic grâce au dépistage précoce et grâce à l'amélioration des outils thérapeutiques

MOTS CLES : cancer du sein lobulaire infiltrant ; cancer du sein métastatique ; métastases vaginales ; métastases endométriales ; chimiothérapie ; radiothérapie..

INTRODUCTION

Le cancer du sein représente à l'échelle Mondiale et en particulier au Maroc un véritable problème de santé publique en raison de son incidence et de sa mortalité. En effet le cancer du sein constitue la tumeur la plus fréquente chez la femme et la première cause de mortalité par cancer.

Le cancer du sein métastatique reste pour la majorité des cas une maladie incurable avec une médiane de survie globale de l'ordre de deux ans. Néanmoins, le pronostic varie beaucoup en fonction de la présentation et des sous-types génomiques.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente de 7O ans ; multipare ; ménopausée ; hypertendue ; diabétique avec dyslipidémie sous traitement ; qui consulte pour une masse mammaire augmentant progressivement de volume évoluant depuis plus d'un an ; avec notion de métrorragie post ménopausique il y'a un mois sans autres signes associés notamment pas de douleur pelvienne pas de signes digestifs ni urinaires ; chez qui l'examen clinique a objectivé une masse prenant tout le sein droit fixe aux deux plans avec des signes inflammatoires en regard classée C T4d N0 Mx avec un saignement provenant de l'endocol et des nodules vaginaux au niveau des CDS.

Notre patiente a bénéficié d'une écho-mammographie bilatérale objectivant une volumineuse masse tissulaire rétromamelonaire mesurant 9X5cm classée ACR5 du sein droit responsable d'un important épaississement cutané et ombilication du mamelon associée à des ADPs axillaires bilatérales ;

Complétée par une microbiopsie de la lésion ACR5 dont l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un carcinome mammaire infiltrant grade I de SBR **de type lobulaire** luminal A (IHC : RO à 100% RP à 100% HER2 négatif)

L'investigation a été complétée par la réalisation d'une TDM TAP dans le cadre du bilan d'extension montrant un processus tumoral mammaire droit localement avancé avec des lésions ostéocondensantes des corps vertébraux de S2 ; L5 ; D8 ; D6 et du cotyle droit suspectes.

Un nodule parenchymateux pulmonaire lobaire supérieure droit à considérer ; avec un épaississement endométrial utérin hétérogène d'allure suspecte

Le complément scintigraphique n'objectivant pas des arguments franc en faveur de localisations osseuses secondaires

Par ailleurs notre patiente a bénéficié d'une hystéroscopie diagnostique objectivant une hypertrophie endométriale diffuse avec des signes d'atypie avec réalisation d'un curetage de l'endomètre

La biopsie des nodules vaginaux réalisée dont l'étude anatomopathologique et immunohistochimique est revenue en faveur d'une localisation secondaire vaginale d'un carcinome lobulaire mammaire ayant le même profil immunohistochimique que celui du sein

L'étude anapathologique du curetage de l'endomètre : aspect histologique et immunohistochimique : fait évoquer en premier une localisation endométriale secondaire d'un carcinome d'origine mammaire de type lobulaire

Une IRM pelvienne a été réalisée objectivant :

Double processus lésionnel utérin : Endocervical mesurant 32mm sans envahissement paramétrial ni vaginal ; et endométrial de

16X24X28 mm n'excédant pas 50% d'envahissement myométrial

La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie première

DISCUSSION

Près d'un quart des cancers du sein présenteront des métastases au cours de leur évolution, et environ 5 % sont métastatiques d'emblée.. Le traitement a donc pour but de prolonger la survie sans progression (SSP) Et la survie globale, de traiter et prévenir les symptômes en limitant la toxicité et les effets secondaire afin de préserver au mieux la qualité de vie. Les Prédictions concernant le pronostic individuel restent limitées. La Durée de vie de ces patientes peut aller de quelques mois à de nombreuses années sans que les facteurs pronostiques ou prédictifs des formes les moins agressives ou les plus sensibles nous permettent de définir une fourchette permettant une information éclairée. La survie dépend vraisemblablement plus de la suite de traitements judicieux faits à différentes étapes de la maladie que du seul choix de la première ligne Les Médianes de survie globale sont généralement de l'ordre de deux ans avec cependant plus de 20 % Des patientes vivantes au-delà de cinq ans et certaines plus de dix ans. Les Progrès lors de la dernière décennie ont été surtout remarquables pour les tumeurs ayant une amplification du (HER2) Avec l'avènement du trastuzumab.

Les localisations osseuses, ganglionnaires et cutanées sont les plus fréquentes, suivies des atteintes hépatiques et pleuropulmonaires. Les sous-types histologiques influent sur les localisations métastatiques avec davantage de métastases osseuses et des parties molles (cutanées et ganglionnaires) pour les tumeurs exprimant des récepteurs hormonaux (RH+), alors que les tumeurs de haut grade RH– ont plus de métastases hépatiques et pleuropulmonaires.

Les Métastases vaginales de cancer sont deux ou trois fois plus fréquentes que les lésions primitives. Il s'agit essentiellement de métastases d'un cancer de l'endomètre ou d'un cancer du col **rarement d'un cancer du sein.** Elles Se manifestent par l'apparition de saignements ou sont parfois découverte lors de la surveillance systématique. La Prise en charge thérapeutique dépend de la tumeur primitive. Le Traitement peut être systémique (chimiothérapie et/ou hormonothérapie), mais aussi local (chirurgie et/ou radiothérapie)

Les carcinomes lobulaires, qui représentent 15 % des cancers du sein, ont un profil d'évolution particulier avec notamment des métastases ovariennes, péritonéales, rétropéritonéales, méningées mais aussi de sites rares (gastriques, vésicales, vulvaires). Les atteintes neuroméningées sont en règle tardives après plusieurs mois ou années d'évolution et surtout le fait des tumeurs HER2+ et triples négatives.

Le CLI métastase par voie hématogène ou par voie lymphatique. Son mode de diffusion métastatique est différent de celui des CCI. Le CLI donne plus fréquemment des métastases au niveau du péritoine, du rétropéritoine, des méninges, de l'estomac et du tractus digestif, de la moelle osseuse ainsi qu'au niveau des organes gynécologiques. On observe moins de métastases pleuropulmonaires.

Les métastases intra-abdominales sont souvent situées à la surface des séreuses, du retropéritoine ou des ovaires. On note parfois un simple épaississement sans masse nettement individualisable. Les métastases rétropéritonéales peuvent entraîner un engainement des uretères. Les métastases au niveau de l'utérus peuvent poser un problème diagnostique chez une patiente présentant des métrorragies. En effet, les cellules cancéreuses sont mêlées aux cellules du stroma endométrial normal et peuvent passer inaperçues lors d'un curetage.

En cas des cancers métastatiques d'emblée ; Cette situation qui est rare (4–6 %) pose, en plus du traitement général, le problème spécifique de l'intérêt et du moment optimal de traitement locorégional ainsi que du rôle respectif du chirurgien ou du radiothérapeute. Concernant la place de la chirurgie Sur 12 études publiées, cinq sont positives en faveur de la chirurgie en termes de survie globale (Tableau) Dans une analyse de 16 023 cas , il était rapporté une augmentation de la survie globale en cas de chirurgie. Cependant, ces études sont rétrospectives, comportant des biais potentiels : critères de choix de la décision, périodes de recrutement très larges, terrain (comorbidités), avis de la patiente. Un traitement local radical apparaît particulièrement indiqué en cas de nombre limité de métastases, de métastases stabilisées, de traitement général efficace (HER2, RH+)

Cancers métastatiques d'emblée. Impact de la chirurgie sur la survie.

Auteurs	Période	Nombre de patients	% chirurgie mammaire	Survie avec chirurgie	Survie sans chirurgie	*p*
Khan (2002)	1990–1993	16 023	57	27,7–31,8 % à 3 ans	17,3 %	<0,0001
Rapiti (2006)	1977–1996	300	42	27 % à 5 ans	12 % à 5 ans	0,0002
Gnerlich (2007)	1988–2003	9734	47	36 mois (médiane)	21 mois (médiane)	<0,001
Fields (2007)	1996–2003	409	46	26,8 mois (médiane)	12,6 mois (médiane)	0,0005
Babiera (2008)	1997–2002	224	37	95 % à 3 ans	79 % à 3 ans	0,091
Blanchard (2008)	1973–1991	395	61	27,1 mois (médiane)	16,8 mois (médiane)	<0,0001
Cady (2008)	1970–2002	622	38	44 % à 3 ans	24 % à 3 ans	<0,0001
Hazard (2008)	1995–2005	111	42	43 % à 3 ans	37 % à 3 ans	NS
Bafford (2009)	1998–2005	147	41	4,1 ans (ajusté)	2,4 ans (ajusté)	0,003
Ruiterkamp (2009)	1993–2004	728	40	24,5 % à 5 ans	13,1 % à 5 ans	<0,0001
Leung (2009)	1999–2000	157	33	25 mois (médiane)	13 mois (médiane)	NS
Dominici (2011)	1997–2007	551	10	3,5 ans	3,4 mois	NS

La radiothérapie exclusive constitue une alternative. Environ 40 % de ces patientes vont être irradiées. Les données rétrospectives françaises sont contradictoires sur la survie : l'expérience du centre René Huguenin [84] a confirmé l'intérêt de la radiothérapie en termes de survie globale (43 % versus 26 %) sans montrer de différence, que la radiothérapie soit postopératoire ou exclusive ; dans l'expérience de l'institut Gustave Roussy, la différence était seulement en termes de contrôle local. Notre patiente a bénéficié d'une chimiothérapie première sans radiothérapie et candidate à une chirurgie radicale post chimiothérapie.

CONCLUSION :

Les cancers du sein métastatiques d'emblée ; est une situation rare (4–6 %) ; qui pose, en plus du traitement général, le problème spécifique de l'intérêt et du moment optimal de traitement locorégional ainsi que du rôle respectif du chirurgien ou du radiothérapeute.

Le cancer du sein reste toujours un problème de santé publique par sa fréquence. Néanmoins On note une amélioration de son pronostic grâce au dépistage précoce et grâce à l'amélioration des outils thérapeutiques

REFERENCES

Geiger S, Cnossen JA, Horster S, DiGioia D, Heinemann V, Stemmler HJ. Long-term follow-up of patients with metastatic breast cancer: results of a retrospective, single-center analysis from 2000 to 2005. Anticancer Drugs 2011;22:933–9.

Foukakis T, Fornander T, Lekberg T, Hellborg H, Adolfsson J, Bergh J, et al. Age-specific trends of survival in metastatic breast cancer: 26 years longitudinal data from a population-based cancer registry in Stockholm, Sweden. Breast Cancer Res Treat 2011;130: 553–60.

Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG, et al. American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. J Clin Oncol 2006;24:5091–7.

Eubank WB. Diagnosis of recurrent and metastatic disease using f-18 fluorodeoxyglucose-positron emission tomography in breast cancer. Radiol Clin North Am 2007;45:659–67. [5] Champion L, Brain E, Giraudet AL, Le Stanc E, Wartski M, Edeline V, et al. Breast cancer recurrence diagnosis suspected on tumor marker rising: value of whole-body 18FDG-PET/CT imaging and impact on patient management. Cancer 2011;117:1621–9.

Groheux D, Giacchetti S, Espié M, Vercellino L, Hamy AS, Delord M, et al. The yield of 18F-FDG PET/CT in patients with clinical stage IIA, IIB, or IIIA breast cancer: a prospective study. J Nucl Med 2011;52:1526–34.

Koolen BB, Vrancken Peeters MJ, Aukema TS, Vogel WV, Oldenburg HS, van der Hage JA, et al. 18F-FDG PET/CT as a staging procedure in primary stage II and III breast cancer: comparison with conventional imaging techniques. Breast Cancer Res Treat 2012;131: 117–26.

Sastre-Garau X, Jouve M, Asselain B, Vincent-Salomon A, Beuzeboc P, Dorval T, et al. Infiltrating lobular carcinoma of the breast. Clinicopathologic analysis of 975 cases with reference to data on conservative therapy and metastatic patterns. Cancer 1996;77:113–20.

Vincent-Salomon A, Jouve M, Genin P, Fréneaux P, Sigal-Zafrani B, Caly M, et al. HER2 status in patients with breast carcinoma is not modified selectively by preoperative chemotherapy and isstable during the metastatic process. Cancer 2002;94:2169–73.

Wilking U, Karlsson E, Skoog L, Hatschek T, Lidbrink E, Elmberger G, et al. HER2 status in a population-derived breast cancer cohort: discordances during tumor progression. Breast Cancer Res Treat 2011;125:553–6.

Braun S, Vogl FD, NaumeB,Janni W, Osborne MP,CoombesRC, et al. A pooled analysis of bone marrow micrometastasis in breast cancer. N Engl J Med 2005;353:793–802.

Cristofanilli M, Hayes DF, Budd GT, Ellis MJ, Stopeck A, Reuben JM, et al. Circulating tumor cells: a novel prognostic factor for newly diagnosed metastatic breast cancer. J Clin Oncol 2005;23: 1420–30. Pierga JY, Hajage D, Bachelot T, Delaloge S, Brain E, Campone M, et al. High independent prognostic and predictive value of circulating tumor cells compared with serum tumor markers in a large prospective trial in first-line chemotherapy for metastatic breast cancer patients. Ann Oncol 2012;23:618–24.

Milla-Santos A, Milla L, Portella J, Rallo L, Pons M, Rodes E, et al. Anastrozole versus tamoxifen as first-line therapy in postmenopausal patients with hormone-dependent advanced breast cancer: a prospective, randomized, phase III study. Am J Clin Oncol 2003;26: 317–22.

Mouridsen H, Gershanovich M, Sun Y, Perez-Carrion R, Boni C, Monnier A, et al. A Phase IIIstudy of letrozole versustamoxifen as first-line therapy of advanced breast cancer in postmenopausal women: analysis of survival and update of efficacy from the International Letrozole Breast Cancer Group. J Clin Oncol 2003;21:2101–9.

Glück S. Exemestane as first-line therapy in postmenopausal women with recurrent or metastatic breast cancer. Am J Clin Oncol 2010;33:314–9.

Paridaens RJ, Dirix LY, Beex LV, Nooij M, Cameron DA, Cufer T, et al. Phase IIIstudy comparing exemestane with tamoxifen as first-line hormonal treatment ofmetastatic breast cancerin postmenopausal women: the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Cooperative Group. J Clin Oncol 2008;26:4883–90.

Howell A, Pippen J, Elledge RM, Mauriac L, Vergote I,Jones SE, et al. Fulvestrant versus anastrozole for the treatment of advanced breast carcinoma: a prospectively planned combined survival analysis of two multicenter trials. Cancer 2005;104:236–9.

Rouzier R, Bendifallah S, Huguet F, Ramanah R, Pambou O, Touboul E, et al. Tumeurs du vagin intraépithéliales et invasives. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie 2013;8(1):1-11 [Article 41-860].