

# Mots-Clés : Cancer Du Sein Chez L'homme, Carcinome Colloïde, Immunohistochimie, Radiothérapie Carcinome Colloïde Du Sein : A Propos D Un Cas Et Revue De Littérature

Fatima Zahra Gounain, H. Allalou, K. Saoud, N. Mamouni, S. Erraghay, C. Bouchikhi, A. Banani

Service de gynécologie obstétrique 1 CHU Hassan II Fez

**Abstract :** Le carcinome colloïde du sein, appelé aussi mucineux ou gélatineux, est une forme histologique rare de cancer qui représente 1 à 6% de l'ensemble des cancers du sein, Il est caractérisé par la production de mucus extracellulaire, (1) A travers une observation rare de carcinome colloïde, notre objectif est de préciser les particularités anatomiques, immunohistochimiques et évolutives du carcinome colloïde du sein.

**Keywords :** carcinome colloïde, mucineux, infiltrant, radiothérapie, chimiothérapie

## Introduction :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Plus de 800 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année dans le monde (1). Sur le plan anatomo-pathologique, il est dominé par le carcinome canalaire infiltrant (CCI). Le carcinome mucineux (CM) du sein est une forme histologique rare. Il représente 1 à 7% de l'ensemble des carcinomes infiltrants du sein (2). Ce type de carcinome est au niveau des autres localisations, en particulier digestive réputé de mauvais pronostic. Au niveau du sein, il a une évolution plus favorable.

## Patient et observation :

Une patiente de 50 ans sans Antécédents pathologiques particuliers notamment Pas de cas de néoplasie chez la famille, sa symptomatologie a duré plus de 6 ans vue la négligence des symptômes par la patiente, marqué par la découverte à l'autopalpation d'un nodule du sein gauche ; sans autres signes associés évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général ; motivant la patiente à consulter chez plusieurs médecins puis la patiente a été mise sous traitement symptomatique faite d'antalgique et anti inflammatoire. Par la suite et devant l'augmentation de la taille du nodule et apparition des signes inflammatoires la patiente a consulté dans notre formation pour prise en charge thérapeutique.

Son examen clinique trouve une patiente stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec OMS à O, et une tumeur classée cliniquement CT4dN0Mx (sein gauche inflammatoire en peu d'orange ; tumeur ulcéro-bourgeonnante prenant tout le sein).

Echo\_Mammographie bilatérale : Masse mammaire gauche classée ACR5 avec signes de mastite carcinomateuse. Magma d'ADPs axillaires gauches avec ADPs axillaires droites à cortex épaissi suspecte. Ectasie canalaire rétro-aréolaire droite.

TDM thoraco-abdomino-pelviennne :

-processus tissulaire du sein gauche avec ADPs axillaire homolatérales

-localisations secondaires pulmonaires

- lésion du segment VII hépatique de 7mm difficilement caractérisables sur cet examen

la patiente a bénéficié biopsie du sein gauche au trucut avec a l'anapath : Aspect histologique d'un carcinome colloïde muqueux associé à une petite composante canalaire classique de grade I de SBR. (figure 1)

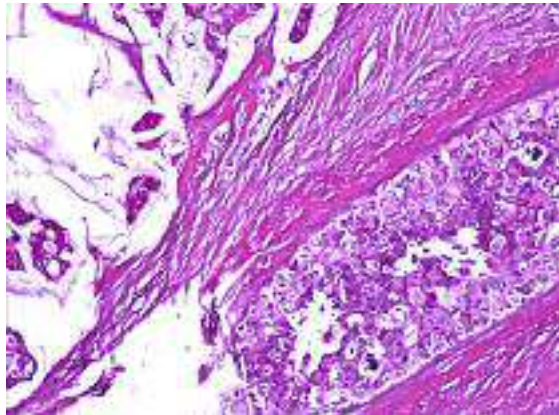
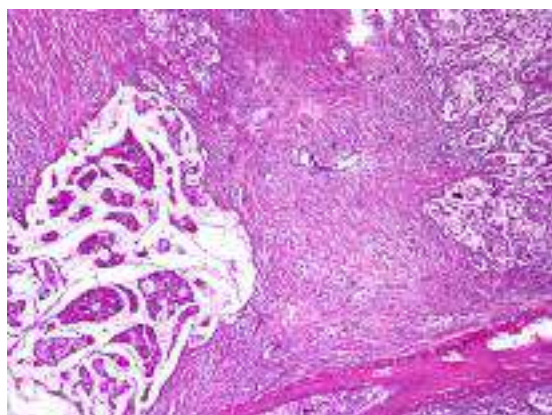


Figure 1 : Carcinome mucineux mixte comportant une composante intra canalaire de type solide et une composante (littérature) mucineuse

Par la suite la patiente a été présente au staff de Réunion de concertation pluridisciplinaire du sein (RCP) avec comme décision chimiothérapie palliative.

### Discussion :

Le CM du sein est une forme rare de cancer du sein. Il se présente sous deux types distincts purs et mixtes de pronostic différent. La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire associant chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie. Un échantillonnage plus important avec un suivi plus long sont nécessaires pour obtenir une meilleure compréhension de cette tumeur.

Le carcinome mucineux du sein est une forme histologique rare et particulière sur les plans anatomopathologiques, immuno-histochimiques et évolutives. Il est défini par l'OMS comme étant un carcinome infiltrant caractérisé par la présence d'une quantité importante de mucus extracellulaire entourant les cellules tumorales et suffisante pour être visible macroscopiquement et reconnaissable histologiquement (4). Les CM purs sont caractérisés par une composante mucineuse supérieure ou égale à 90% du volume tumoral. Les CM mixtes

(CMM) associent à la fois une composante canalaire infiltrante et une composante mucineuse : la composante mucineuse est supérieure ou égale à 50%). Les CMP sont subdivisés en type A hypercellulaire et en type B hypocellulaire (5, 6).

L'incidence des CM est plus élevée dans les groupes d'âge de la péri ménopause, la ménopause et les femmes âgées. Andre et al (7) ont reporté un âge moyen de survenu de 60.2 ans alors que Saviero et al (8) ont trouvé un âge moyen de survenu de 71 ans. D'autres part, Matsuda et al (9) indiquaient que l'âge moyen de survenu dans une série de femmes japonaises était de 51.4 ans. Chez les femmes de moins de 35 ans, son incidence est de seulement 1%.

Dans notre cas, l'âge de la patiente était 50 ans.

Le mode de révélation le plus fréquent est un nodule mammaire palpable (plus de 80% des cas), comme c'est le cas de notre patiente, habituellement dans le quadrant supéro-externe. La bilatéralité est rarement décrite dans la littérature. Alors que certains cas de carcinome multifocal ont été rapportés dans la littérature. La taille moyenne tumorale rapportée est de 1,5 cm avec des extrêmes allant de 0,3 à 19 cm, La majorité des tumeurs (96%) étaient de stade T1 ou T2 selon la classification TNM [7]. Les adénopathies palpables sont plus fréquentes dans le carcinome colloïde mixte PAR% dans la forme pure. Notre patient a consulté pour une tumeur classée T4d N0Mx. (3)

L'aspect mammographique le plus évocateur est celui d'une opacité dense, circonscrite ou polylobé, à contours finement irréguliers ou réguliers (3). L'image type est dite en « balle de coton » en rapport avec le refoulement tumoral du tissu avoisinant sans véritable envahissement ; cependant le caractère rassurant de l'imagerie contrastant avec l'âge avancé des patientes devrait faire craindre la malignité. Le carcinome colloïde mixte apparaît sous forme de masse de contours irréguliers avec des limites mal définies, voire spéculées avec le tissu glandulaire. Le nombre de spicules est inversement proportionnel à la quantité du mucus. (3)

Histologiquement, l'aspect est souvent lobulé avec présence de logettes limitées par un fin réseau collagène, contenant des lacs de mucus où flottent des cellules tumorales uniformes regroupées en petits amas. Ces amas, en nombre plus ou moins importants, de taille et de forme variable, peuvent comporter une différenciation glandulaire. Les mitoses sont en général peu nombreuses. Il existe fréquemment une composante in situ associée souvent de type micro papillaire ou papillaire solide (12). On observe une différenciation neuroendocrine dans un nombre non négligeable de carcinomes mucineux. Certains cancers du sein mucineux (principalement de type mixte) sont associés à des lésions de néoplasie lobulaire ou canalaire in situ (ou invasive) et certains peuvent montrer quelques foyers de différenciation neuroendocrine (13, 14, 15).

Sur le plan immunohistochimique, les CM du sein sont caractérisés par une expression importante des récepteurs hormonaux, notée dans 87% des cas. D'autre part, les cellules tumorales sont le plus souvent Her 2 négatif (score 0, 1 ou 2 non amplifié). Concernant l'index de prolifération, le taux de Ki67 est dans la majorité des cas bas (inférieur à 14%) (11).

Le traitement de choix des CM est la chirurgie associée à un traitement adjuvant : radiothérapie, chimiothérapie et/ou hormonothérapie (10, 15).

La taille des tumeurs dans le système de stadification de l'AJCC peut ne pas être un facteur important car la mucine comprend la majorité du volume de la tumeur.

Ainsi des études prospectives à une plus grande échelle sont nécessaires pour mieux adapter les attitudes thérapeutiques pour les CM (10, 11). Noell GH et al (16), dans leur étude basée sur des essais thérapeutiques ont comparé les patients ayant eu une irradiation postopératoire, un traitement systémique et l'association des deux traitements. Le taux de rechute locorégionale est statistiquement plus faible avec une irradiation ou l'association d'un traitement systémique et d'une radiothérapie qu'avec un traitement systémique seul. Il a été noté, dans ces nombreux essais, une amélioration du taux de survie sans récurrence, voire de la

survie globale dans les groupes de patients recevant une radiothérapie.

Ainsi, la radiothérapie constitue un traitement essentiel dans la prise en charge des CM.

Les CM sont caractérisés par une évolution plus favorable que celle des CCI. En effet leur taux de survie à 10 ans est de 94,5% (10,11). Les CMP ont une évolution meilleure que la variété mixte avec au moins une différence de 18% dans le taux de survie (13).

### **Conclusion :**

Le CM du sein est une forme rare de cancer du sein. Il se présente sous deux types distincts purs et mixtes de pronostic différent. La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire associant chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie.

### **Références bibliographiques :**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2014 Sep 13.
2. Liu H, Tan H, Cheng Y, Zhang X, Gu Y, Peng W. Imaging findings in mucinous breast carcinoma and correlating factors. *Eur J Radiol*. 2011 Dec;80(3):706-12.
3. Carcinome colloïde du sein: à propos d'un cas , pan africain case report 2013
4. Fletcher. WHO classification of tumors of soft tissue and bone. Press I, editor Lyon 2013. 2013.
5. Bae SY, Choi MY, Cho DH, Lee JE, Nam SJ, Yang JH. Mucinous carcinoma of the breast in comparison with invasive ductal carcinoma: clinicopathologic characteristics and prognosis. *J Breast Cancer*. 2011 Dec;14(4):308-13.
6. Kashiwagi S, Onoda N, Asano Y, Noda S, Kawajiri H, Takashima T, et al. Clinical significance of the sub-classification of 71 cases mucinous breast carcinoma. *Springerplus*. 2013;2:481.
7. Andre S, Cunha F, Bernardo M, Meneses e Sousa J, Cortez F, Soares J. Mucinous carcinoma of the breast: a pathologic study of 82 cases. *J Surg Oncol*. 1995 Mar;58(3):162-7.
8. Di Saverio S, Gutierrez J, Avisar E. A retrospective review with long term follow up of 11,400 cases of pure mucinous breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat*. 2008 Oct;111(3):541-7.
9. Matsuda M, Yoshimoto M, Iwase T, Takahashi K, Kasumi F, Akiyama F, et al. Mammographic and clinicopathological features of mucinous carcinoma of the breast. *Breast Cancer*. 2000 Jan;7(1):65-70.
10. Ranade A, Batra R, Sandhu G, Chitale RA, Balderacchi J. Clinicopathological evaluation of 100 cases of mucinous carcinoma of breast with emphasis on axillary staging and special reference to a micropapillary pattern. *J Clin Pathol*. 2010 Dec;63(12):1043-7.
11. Barkley CR, Ligibel JA, Wong JS, Lipsitz S, Smith BL, Golshan M. Mucinous breast carcinoma: a large contemporary series. *Am J Surg*. 2008 Oct;196(4):549-51.
12. Kavita G SS, Kudva r, Sandee P, Kumar Mixed Mucinous and Infiltrating Carcinoma Occurring in Male Breast Study of Clinico-Pathological Features: A Rare Case Report *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015;9(6): ED07-ED08.
13. Park S, Koo J, Kim JH, Yang WI, Park BW, Lee KS. Clinicopathological characteristics of mucinous carcinoma of the breast in Korea: comparison with invasive ductal carcinoma-not otherwise specified. *J Korean Med Sci*. 2010 Mar;25(3):361-8.
14. Kryvenko ON, Chitale DA, Yoon J, Arias-Stella J, 3rd, Meier FA, Lee MW. Precursor lesions of mucinous carcinoma of the breast: analysis of 130 cases. *Am J Surg Pathol*. 2013 Jul;37(7):1076-84.
15. Nakagawa T, Sato K, Moriwaki M, Wada R, Arakawa A, Saito M, et al. Successful endocrine therapy for locally advanced mucinous carcinoma of the breast. *Breast J*. 2012 Nov Dec;18(6):632-3.

16. Noell GH, Witt JC, LaFleur LH, Mortenson BP, Ranier DD, LeVelle J. Increasing intervention implementation in general education following consultation: a comparison of two follow-up strategies. *J Appl Behav Anal.* 2000 Fall;33(3):271-84