

Metastase Cutanee Isolee D'un Adenocarcinome Mammaire

Z.TAZI, F-Z FDILI, S. JAYI, H. CHAARA, M.Y. MELHOUF

Service de Gynécologie et Obstétrique II - CHU HASSAN II – FES - MAROC

Abstract : *Les métastases cutanées sont rares et se révèlent le plus souvent sous forme de nodules cutanés ou sous cutanés. Ils peuvent être secondaire à un cancer gynécologique notamment mammaire, endométrial ou ovarien. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 37 ans célibataire qui a bénéficié de l'ablation d'un nodule apparu au niveau parasternal gauche (proche de la clavicule) chez un dermatologue et dont l'étude anatomo-pathologique est revenue en faveur d'un carcinome mammaire invasif chez qui l'examen sénologique était parfaitement normal. Pour ce fait, la patiente a bénéficié d'une echo-mammographie et d'une IRM mammaire qui sont revenues aussi sans particularités. La métastase cutanée représente généralement un stade évolutif avancé de la maladie cancéreuse et sont rarement révélatrice d'une néoplasie sous-jacente d'autant plus si elle est isolée sans que le cancer primitif soit traduit cliniquement ou radiologiquement. Les présentations cliniques peuvent être variées.*

INTRODUCTION :

Les métastases cutanées sont rares et se révèlent le plus fréquemment sous forme de nodules cutanés ou sous cutanés. Ils peuvent être secondaire à un cancer gynécologique notamment mammaire, endométrial ou ovarien.

Le cancer du sein en représente la cause la plus fréquente et ses localisations secondaires peuvent revêtir des aspects cliniques polymorphes et déroutants.

Nous rapportons un cas original d'une présentation clinique d'un carcinome mammaire invasif qui ne s'est révélé que par métastase cutanée sans traduction clinique ou radiologique mammaire.

OBSERVATION:

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 37 ans, célibataire, qui a présenté en 2015 un nodule cutané parasternal gauche (proche de la clavicule). L'étude anatomo-pathologique après son ablation par un dermatologue est revenue en faveur d'un carcinome mammaire invasif (IHC: RH+, Ki 67: 4%, HER2: -). La patiente nous a été adressée pour examen sénologique qui était parfaitement normal (TONOM1). Pour ce fait, la patiente a bénéficié d'une écho-mammographie qui est revenue sans particularités complétée d'une IRM mammaire qui n'a pas décelé d'anomalie au niveau du parenchyme mammaire. Le bilan d'extension à base de TDM thoraco-abdomino-pelvienne n'a pas retrouvé d'autres localisations.

La patiente a été perdue de vue puis a reconsulté 4 ans après devant la réapparition d'un nodule au niveau du même site, un examen complet ainsi qu'une nouvelle biopsie ont été fait trouvant le même constat clinique et histologique et immuno histochimique.

La patiente a été staffée en RCP avec décision d'une chimiothérapie en schéma séquentiel: 04 anthracyclines + 04 taxanes.

Avant de démarrer la cure, une nouvelle TDM TAP a été réalisé objectivant une masse tissulaire du QSI du SG étendue à la région sternale mesurant 35x17mm envahissant le MSCM gauche sans localisation à distance.

La patiente a reçu ses cures de chimiothérapie puis nous a été réadressée pour chirurgie à type de mastectomie et curage ganglionnaire.

DISCUSSION :

Les métastases cutanées représentent 2 % de toutes les métastases. Les cancers à l'origine sont surtout des carcinomes mammaires, mais aussi endométriaux, pancréatiques, rectaux, pulmonaires, ovariens et parotidiens. Elle correspond à une invasion par les cellules tumorales des voies lymphatiques dermiques. La formation des métastases cutanées se fait le plus souvent par voie lymphatique, donc près de l'organe d'origine, mais elle peut se faire aussi par voie hématogène, donc à distance ou par contiguïté.

Les présentations cliniques sont variées, pouvant mimer différentes dermatoses (érysipèle, dermite radio-induite, eczéma. . .) retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge appropriée des lésions.

On peut retrouver des lésions nodulaires, indolores si elles sont non volumineuses et non infectées, de consistance dure, dépigmentées, alopeciantes (si elles se trouvent au niveau du cuir chevelu) ou hyper-pigmentées, croûteuse, de couleur inhomogène, avec une base inflammatoire. Elles ne sont pas fixées aux plans profonds généralement.

Notre observation avec le caractère métastatique isolé et une traduction mammaire tardive rend le cas rare et exceptionnel.

La reconnaissance de ces tumeurs cutanées est primordial et doit attirer l'attention à réaliser des biopsies urgentes. Son diagnostic nécessite une inspection minutieuse et permet d'initier une prise en charge précoce sur le plan néoplasique.

CONCLUSION :

La métastase cutanée représente généralement un stade évolutif avancé de la maladie cancéreuse et sont rarement révélatrice d'une néoplasie sous-jacente d'autant plus si elle est isolée sans que le cancer primitif soit traduit cliniquement ou radiologiquement. Les présentations cliniques peuvent être variées.

Références:

1. Del Puerto Troncoso C, Muñoz-Leiva D, Jaque-Silva A, González Bombardiere S. Breast cancer metastasis misdiagnosed as an angiokeratomatous eruption. An infrequent presentation. Case report. *Am J Dermatopathol* 2016;38:302—4.
2. S. Maghfour, Y. Soua, N. Abdeljelil, M. Youssef, H. Belhajali, J. Zilli. Métastases cutanées d'un adénocarcinome mammaire : une présentation atypique. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* Volume 145, Issue 4, Supplement, May 2018, Pages A77-A78
3. F.E. Ekoue Kouvahey · N. Saada · E. Kras et al. Cutaneous Metastasis revealing Breast Cancer in the ER *Ann. Fr. Med. Urgence* (2015) 5:112 DOI 10.1007/s13341-015-0517-8
4. Riahi R, Cohen P, et al. Clinical manifestations of cutaneous metastases. *Am J Clin Dermatol* 13:103–12 (2012)