

CANCER DU SEIN IATROGÈNE

A propos d'un cas



H.Remouche, K.Belkharroubi, Y.Ikkache, R.Graichi, O.Boualga, B.Krelil

Service de Chirurgie Générale et Cancérologie
Clinique AIT IDIR Ali CHU Oran



Introduction

Les seconds cancers primitifs (S.C.P.) radio-induits correspondent aux cancers qui surviennent chez des patients traités par radiothérapie pour un premier cancer et dont on peut rattacher la survenue à l'action des radiations ionisantes.

Les secondes tumeurs après chimiothérapie correspondent par définition aux néoplasies survenant chez des patients traités par des drogues cytotoxiques pour une première tumeur maligne.

Moyens et méthode

Nous rapportons le cas de la patiente R.H âgée de 68 ans, hypertendue sous traitement, diabétique sous insuline, aux antécédents familiaux : père décédé d'une néoplasie de prostate, sœur décédée d'Adénocarcinome colique et une autre sœur suivie pour une néoplasie mammaire.

➤ La patiente présente en 2006 pour un lymphome Hodgkinien ganglionnaire cervical (ganglion de troisièr) classé stade I traité par Chimiothérapie EBVD suivie d'une radiothérapie cervicale déclaré guérit.

➤ En **Juin 2013** la patiente présente un écoulement mammaire louche droit.

✓echo-mammographie en faveur de malignité, ACR 5.

✓Microbiopsie en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant grade 3, RH (+), HER (+) et Ki 67 (+).

✓Bilan d'extension : scanner thoraco-abdomino-pelvien + scintigraphie osseuse sont revenus sans anomalies.

➤ **Juillet 2013** la patiente opérée ayant subi un patey droit dont l'histologie est en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant (pT2N1) 1N+/12N suivi d'une chimiothérapie type 3 FAC+ 3 taxo, thérapie ciblée, radiothérapie (dose modulé = réduction de la dose) et hormonothérapie type Aromazine pdt 05 ans.

Traitement reçu	Produit	Dose/Durée
Chimiothérapie adjuvante pour LMH	EBVD Epirubicine bléomycine (Blenoxane) vinblastine (Velbe) dacarbazine (DTIC)	100 mg/m2 10mg/m2 6mg/m2 375mg/m2
Radiothérapie complémentaire	Ganglions cervicaux gauche	30Gy
Chimiothérapie adjuvante Pour Néo du sein	03FEC/03TXT 5 FU Epirubicine cyclophosphamide Docétaxel	500 mg/m2 /21jr 100mg/m2 /21jr 500mg/m2 /21jr 100mg/m2/ 21jr

Radiothérapie complémentaire	Axillaire et paroi thoracique	45Gy
Hormonothérapie adjuvante	Anti-aromatases Aromazine	25 mg /jr pendant 5ans

Discussion

➤ Les cancers dont le traitement par radiation peut induire une SCP sont le plus souvent les cancers de l'enfant, les lymphomes malins et maladie de Hodgkin, les cancers du col utérin, les cancers du sein et beaucoup plus rarement les cancers du testicule et autres tumeurs solides.

➤ La plupart des types de tumeurs solides peuvent être provoqués par les radiations, les organes les plus susceptibles étant la thyroïde, le sein et la moelle osseuse. Les SCP urologiques sont rarement radio-induits.

➤ Les agents cytotoxiques impliqués dans le développement d'une deuxième tumeur sont ceux dont le mécanisme d'action concerne une interaction avec l'ADN, principalement les alkylants ; anthracyclines.

➤ Les résultats montrent que le risque de second cancer est plus élevé pour certains groupes d'anciens patients :

- les femmes plus que les hommes ;
- les personnes plus jeunes au moment du traitement ;
- les patients ayant reçu de la radiothérapie, en particulier à proximité du cou (risque thyroïdien), ou au niveau du thorax (risque de cancer du sein) ;
- les patients ayant reçu des médicaments de la famille des anthracyclines ou de la famille des épipodophyllotoxines.
- Plus rarement, quelques personnes ont une prédisposition génétique à développer un cancer

Conclusion

Les tumeurs radio-induites consécutives à une irradiation thérapeutique pour un premier cancer sont rares. Cependant ce risque doit être pris en considération dans l'élaboration des protocoles de traitement chez l'enfant et chez les patients porteurs d'une prédisposition génétique au cancer

Les modalités de surveillance à long terme doivent être établies en fonction du risque prévisible.

Les cancers du sein représentent 6,3 à 9% des néoplasies secondaires après traitement pour maladie de Hodgkin, motivant une surveillance sénologique régulière et précoce. Le traitement chirurgical reste classique. Cependant, la radiothérapie et la chimiothérapie sont modulées selon le traitement reçu pour la maladie de Hodgkin.

REFERENCES

- [1] Van Dinh T, Woodruff JD. Leiomyosarcoma uteri. Am J Obstet Gynecol 2015; 144 :817-23.
- [2] Michel G, Pfeiffer F, Duillard P *et al* . Sarcomes utérins; J Gynécol ObstetBiol Reprod 2010; 18 :1024-30.
- [3] Lofton S. The epidemiology of sarcomas of the uterus; J NatCancer Int 2012; 76 :399-402.
- [4] Goodman H. Uterine leiomyosarcoma -magnetic resonance imaging. Gynecol Oncol 1989; 32 :79-81..
- [5] De Brux J. Sarcomes utérins. In : histopathologie gynécologique, Masson 2016:223-6.