

Carcinome épidermoïde primitif du sein de présentation particulière : à propos d'une observation anatomo-clinique.

F.EL MANSOURI- 1-Z.HAFIANI- 2

1-Laboratoire de pathologie Goulmima,2-Centre du sein My Youssef
Casablanca-Maroc

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde primitif du sein est une tumeur maligne rare .Elle se caractérise sur le plan histogénèse par une métaplasie épidermoïde des cellules épithéliales néanmoins la particularité de notre observation réside dont le fait que notre patiente présente un carcinome épidermoïde par dégénérescence d'un kyste épidermoïde néoformé insidieux. Le traitement et la prise en charge de cet entité n'est pas encore codifié comptenu la rareté et l'histogénèse controversée.

Il s'agit d'une femme de 70ans ménopausée et mère de quatre enfants qui présentait une augmentation du volume du sein d'évolution rapide avec la présence d'une masse de 4cm de grand axe de consistance ferme siège de remaniement kystique et hémorragique. Une biopsie a objectivé un carcinome peu différencié avec métaplasie épidermoïde.L'exérèse par mastectomie partielle a retrouvé un kyste épidermoïde très remanié avec des zones de dégénérescence maligne de nature purement épidermoïde bien différencié.

A partir de notre observation et d'une revue de la littérature, on va expliquer l'histogénèse de cette entité rare et sa prise en charge « à la carte »aussi bien chirurgicale que médicale (oncologique)qui nécessite une étroite concertation anatomo-clinique et radiologique multidisciplinaire.

OBSERVATION

•Femme de 70 ans ménopausée.

•Mère de quatre enfants.

•Pas d'antécédents familiaux ou personnels de cancer gynécologique.

•Motif de consultation: une augmentation du volume du sein d'évolution rapide avec la présence d'une masse de 4cm de grand axe de consistance ferme siège de remaniement kystique et hémorragique.

•Mammographie: Bourgeon intra kystique tumoral classé ACR5.

•Biopsie au trucut en 2018:carcinome mammaire peu différencié avec foyer de métaplasie épidermoïde .

•Chirurgie: mastectomie partielle et curage axillaire.

Pièce de tumorectomie orientée qui pèse 250g et mesure 8x6X5cm.

A la coupe ,présence d'un processus solido kystique de 4,2 cm de grand axe à contenu grumeleux et nécrotique .

L'examen microscopique retrouve un processus carcinomateux epidermoïde bien différencié et kératinisant délimité de part et d'autre au niveau du contingent kystique par une paroi malpighienne tapissée par des lamelles de kératine suggérant une transformation d'un kyste epidermoïde mammaire. Figures N°1,2 et 3.

Les ganglions sont métastatiques avec effraction capsulaire.

L'étude immunohistochimique montre l'expression des anticorps anti P40 et P63 et l'absence de l'expression des récepteurs hormonaux et l'herceptest.

Un traitement néoadjuvant a été indiqué après RCP néanmoins la patiente a été perdue de vue.

Début 2019,récidive sur le sein restant: mastectomie totale +chimiothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

Song et al. Unique clinicopathological features of metaplastic breast carcinoma compared with invasive ductal carcinoma and poor prognostic indicators. World Journal of Surgical Oncology. 2017 ; 11:129.

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.

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.

penault-Ilorca 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.

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.

Greenberg D, McIntyre H, Bierre T. Metaplastic breast cancer. Australasian Radiology. 2004;48(2) :243-247.

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.

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.

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.

Gauchotte G , Gauchotte É , Bressenot A . Les carcinomes métaplasiques du sein: une étude morphologique et immunohistochimique. Annales de pathologie. 2011 ; 31(1) : 18-27.

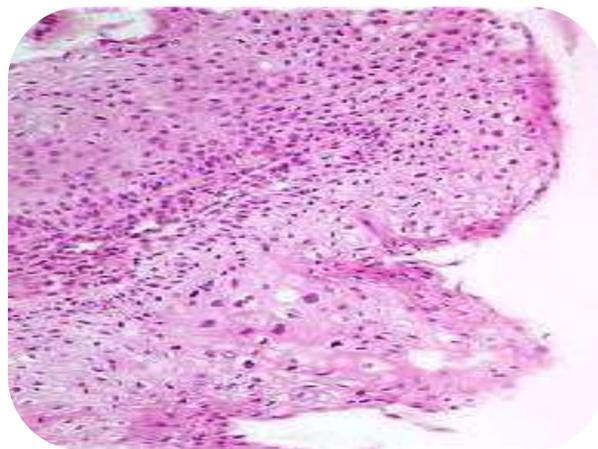


Figure N°1:Processus tumoral à bordure kystique bordée par un épiderme hyperplasique siège d'atypie cytonucléaire (HE,60X)

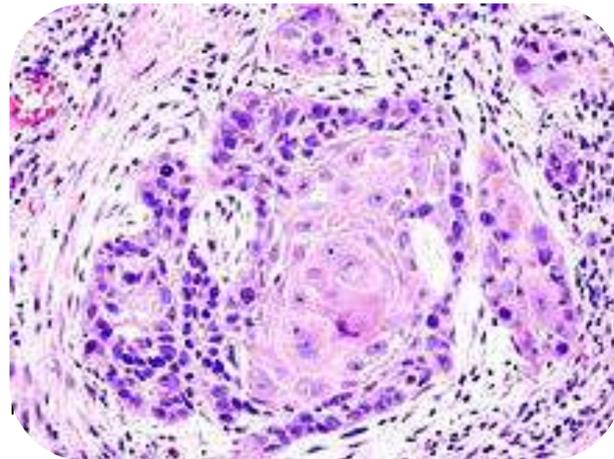


Figure N°2: processus carcinomateux munis de cellules avec ponts d'union et perle de kératine (HE,60X100).

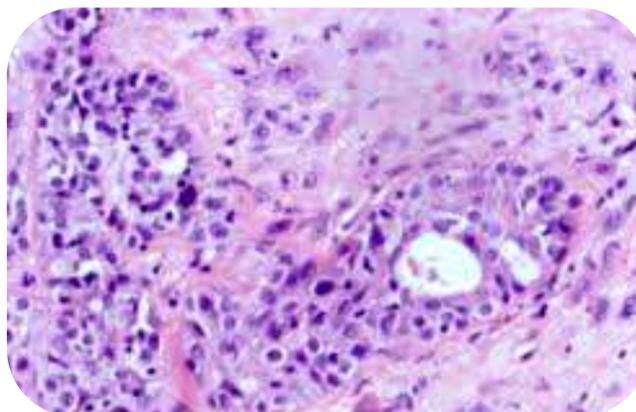


Figure N°3:lobules carcinomateux infiltrant le parenchyme mammaire (HE,GX100).

DISCUSSION

•Les carcinomes épidermoïdes primitifs du sein sont rares avec une fréquence de 0,1 à 2% de l'ensemble des carcinomes du sein.

•Ils appartiennent au groupe hétérogène des carcinomes métaplasiques mammaires .

•L'histogénèse de cette entité est encore controversée : la cellule d'origine ayant subi la métaplasie n'est pas encore déterminée: cellules épithéliales, myoépithéliales ou totipotentes de réserve . La métaplasie squameuse bénigne du revêtement pourrait en être un précurseur potentiel .

•Il touche la femme entre 30-80ans avec prédominance à l'âge de 55 ans.

• Il touche aussi bien le sein droit que le sein gauche.

•L'atteinte bilatérale étant rare.

•Il n'y a pas de présentation clinique ou mammographique particulière.

•L'échographie mammaire soulève l'importance de la nécrose ainsi que l'aspect kystisé des lésions, ce qui suggère que le diagnostic différentiel d'un kyste mammaire complexe pourrait se poser avec le carcinome épidermoïde primitif du sein.

•Histologiquement, le carcinome épidermoïde a la même architecture et les caractères cytonucléaires que son similaire qui se développe dans un autre site

•Les récepteurs hormonaux sont souvent négatifs.

•Le traitement du carcinome épidermoïde du sein est similaire à celui du carcinome canalaire infiltrant.

•La chirurgie conservatrice est possible; Pour les tumeurs plus grandes, la mastectomie avec curage ganglionnaire est indiquée suivie d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie.

•L'utilisation de l'hormonothérapie est limitée par l'absence de l'hormonodépendance.

•La taille tumorale et l'envahissement ganglionnaire axillaire sont retenus comme étant les principaux facteurs pronostiques dans la littérature.

CONCLUSION

•Les carcinomes épidermoïdes du sein sont rares.

•La présentation clinique et mammographique n'est pas spécifique: l'aspect kystisé des lésions et la présence de nécrose sont recherchés à l'échographie mammaire.

• Le diagnostic est histologique.

• Ce cancer est réputé être peu lymphophile et non-hormonodépendant.

•Le traitement rejoint celui des carcinomes infiltrant canaux et repose sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.

• Le pronostic reste péjoratif ce qui impose l'étude des séries permettant de mieux connaître leur histogénèse et de prévoir leur profil évolutif afin de mieux codifier sa prise en charge.