

LE CANCER DU SEIN CHEZ L’HOMME :
analyse épidémiologique des patients
pris en charge au CHU Amiens-Picardie

C. de Broucker^{1, 2}, P. Théret^{1, 3}, A. Foulon¹, P. Naepels¹, A. Mancaux¹, J. Gondry^{1, 2} et F. Sergent^{1, 2}

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Amiens-Picardie, Hôpital Sud, 1 rond-point du Professeur Christian Cabrol 80054 Amiens Cedex
2. U.F.R de Médecine, Université de Picardie Jules Verne, 3 rue des Louvels - CS 13602 80036 Amiens cedex 1
3. Unité de sénologie et de cancérologie gynécologique, Centre Hospitalier de Saint Quentin, Bd Michel de L’Hospital 02100 Saint Quentin

Introduction

Le cancer du sein chez l’homme est une **maladie rare** ...

- 1% des cancers du sein
- moins de 1% des cancers masculins.

... **Peu connue** : peu d’homme sont conscients de ce risque, ce qui explique l’âge de découverte plus tardif.

... **Peu étudiée** : publications peu nombreuses, observationnelles et anciennes.

...**Peu de recommandations** et celles-ci sont calquées sur celle de la femme ménopausée.

Bien que le cancer du sein chez l’homme présente des similitudes avec celui de la femme, il existe cependant de nombreuses spécificités cliniques, histologiques, moléculaires et génomiques.

L’objectif de notre étude était d’effectuer une analyse épidémiologique des cancers du sein chez les hommes pris en charge dans notre centre.

Matériel et Méthodes

Etude **monocentrique, rétrospective** incluant des patients pris en charge au **CHU Amiens-Picardie** entre **août 2007 et juillet 2019**.

Nous avons inclus tous les patients atteints d’un cancer du sein.

Nous avons exclu les localisations secondaires, les sarcomes ou les lymphomes, ainsi que les dossiers dans lesquels les données étaient manquantes.

Le traitement chirurgical de référence était la mastectomie totale associée au curage. La possibilité de réaliser un traitement conservateur axillaire était évaluée par le chirurgien en fonction des caractéristiques immuno-histochimiques et de l’envahissement ganglionnaire pré-opératoire.

Les traitements adjuvants étaient réalisés 4 à 6 semaines après la chirurgie. La radiothérapie était réalisée, en cas de mastectomie, de lésion T2-T4, d’atteinte cutanée ou musculaire ou ≥ N1 initial. L’hormonothérapie était réalisée lorsque RH étaient exprimés à plus de 10%.

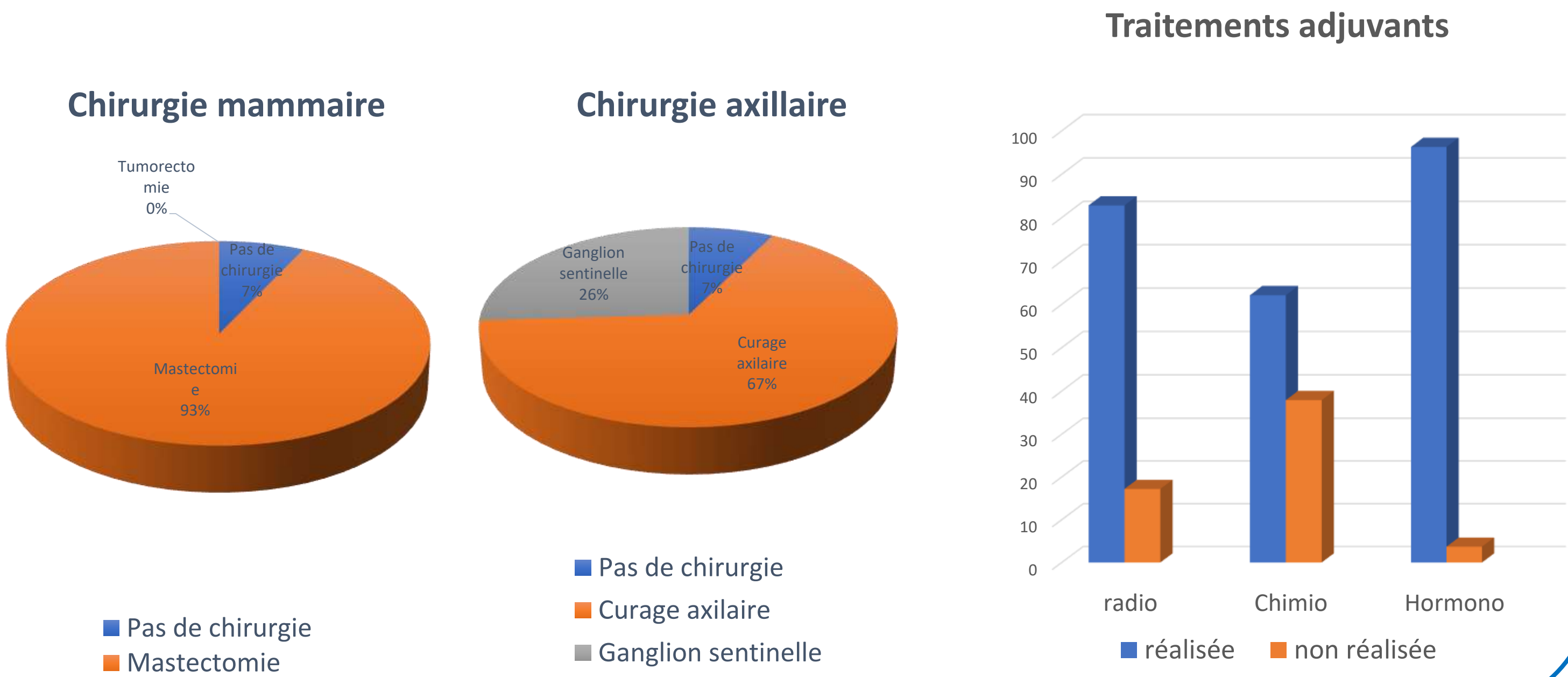
Résultats

29 Patients

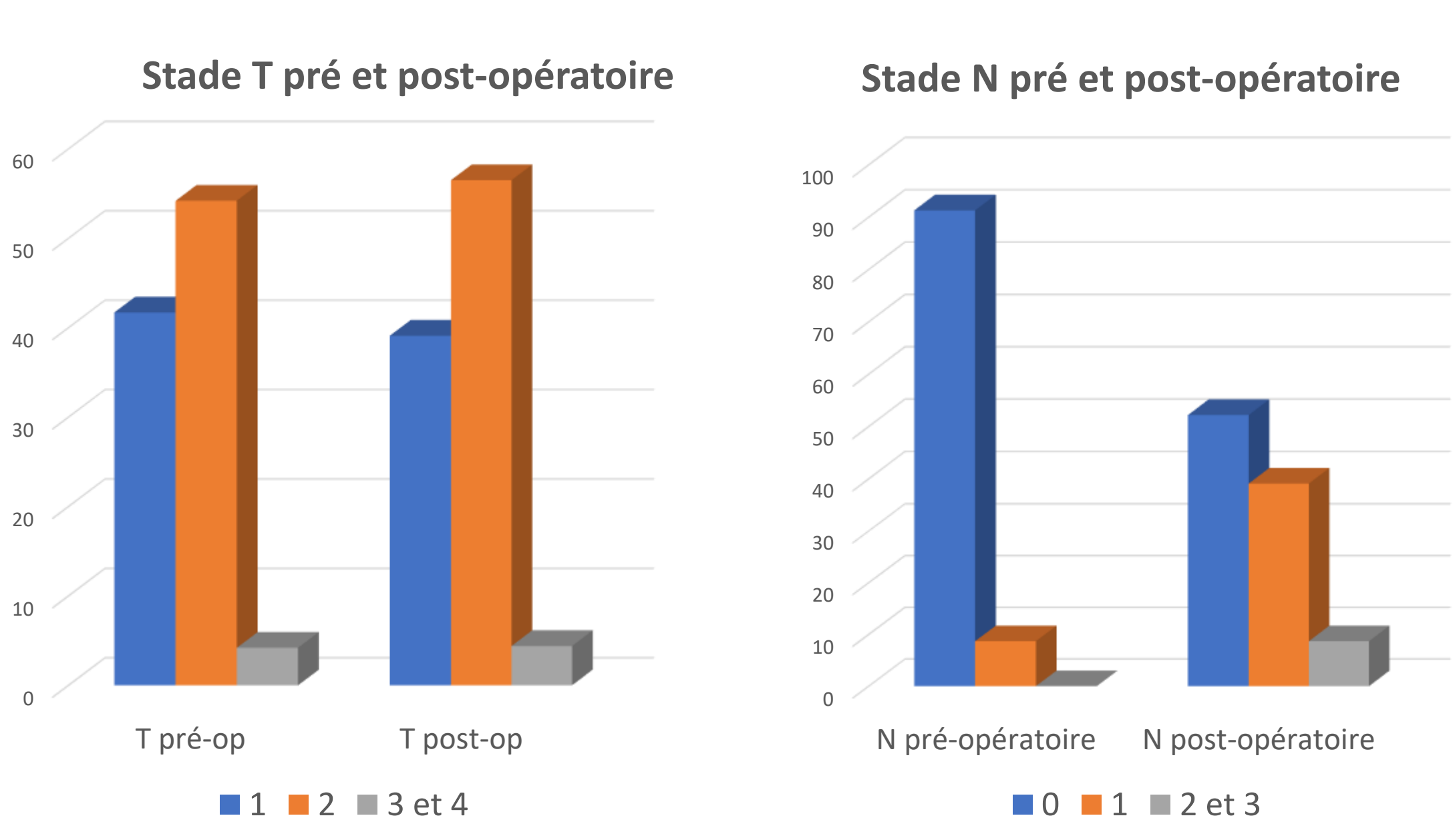
Variable	Catégorie	Population globale (%) (n=29)
Âge (années)		66,1 (+/-2,6)
IMC (kg/m²)		27,7 (+/-1,3)
Antécédents personnels	Néoplasie	17,9
	Pathologie scrotale	0,0
	Irradiation thoracique	4,0
Antécédents familiaux de cancer du sein	Absence d’antécédent	61,9
	Antécédent de cancer du sein	38,1
Consultation oncogénétique	Recherche de mutation	53,8
	Mutation BRCA 1	0,0
	Mutation BRCA 2	0,0

Variable	Catégorie	Population globale (%) (n=29)
Point d'appel	Masse	90,9
	Rétraction cutanée	23,8
	Écoulement	4,8
Côté	Droit	44,8
	Gauche	55,2
Localisation	Autres quadrants	18,2
	Quadrants centraux	81,8
Taille clinique (mm)	Moyenne	25 (+/-2,2)
Taille radiologique (mm)		22 ,4 (+/-2,2)
Stade T pré opératoire	1	41,7
	2	54,2
	3 et 4	4,2
Stade N pré opératoire	0	91,3
	1	8,7

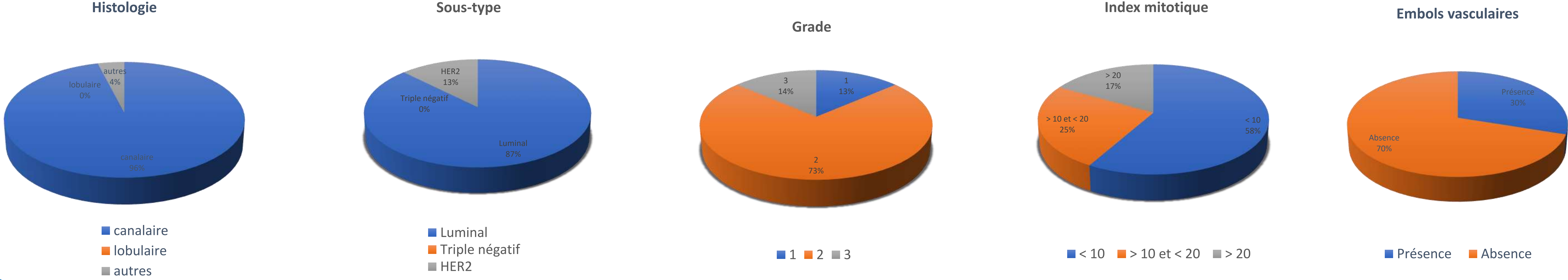
Modalités thérapeutiques



Stadification TNM



Caractéristiques Histologiques



Discussion et Conclusion

Nos **résultats sont globalement en accord** avec l’ensemble des données de la littérature en ce qui concerne les caractéristiques de la population, la présentation clinique, les données histologiques et les modalités thérapeutiques de ce cancer excepté en ce qui concerne :

- Le **taux de mutation BRCA** : aucune mutation identifiée dans notre étude contre 10 à 16% dans la littérature (*Franck TS 2002*). Ceci peut s’expliquer par la faible participation aux consultations oncogénétiques malgré un score Eisinger élevé des patients .
- Les **ATCD familiaux de cancer du sein** : nous avons mis en évidence 38% d’ATCD familiaux au 1er degré contre 15 à 20% dans la littérature (*Cutuli B 2010/ Oger AS 2015*).

Concernant le stade TNM, il n’existe **pas de concordance entre les données pré et post-opératoire**. En post-opératoire, 11 patients présentaient une atteinte ganglionnaire contre 2 en pré-opératoire. Sur les 11 patients, 3 présentaient des micrométastases et 8 des macrométastases. Ces dernières aurait du être dépistées en pré opératoire. Cette sous évaluation de la stadification peut être préjudiciable pour le patient en raison de prise en charge parfois inadaptée.

Le cancer du sein chez l’homme est décrit dans la littérature comme étant de pronostic plus sombre que celui de la femme, ce qui s’explique non pas par ses caractéristiques tumorales mais par une **découverte à un stade plus avancé**. En effet comme le montre nos résultats et ceux de la littérature, les cancers du sein chez l’homme semblent être **peu agressifs** (*Oger AS 2015/ Giordano SH 2004 / Nilson C 2013 /Kornegoor R 2012 / Stierer M 1995*). Par conséquent se pose la question d’un **surtraitement chez les hommes** (multiplication des traitements adjuvants : chimiothérapie, radiothérapie). Afin d’améliorer le pronostic de ce cancer, il serait souhaitable d’en faire le diagnostic à un stade plus précoce en sensibilisant les hommes par le biais de **campagnes d’informations** et par **l’éducation à l’auto-palpation** en particulier chez les patients à risque (histoire familiale de cancer du sein, mutation génétique).