Mastite carcinomateuse et grossesse : Réflexion à propos d'un cas

Carcinomatous Mastitis and Pregnancy: Reflection on a Case

Zohir Benabdelhafid

Service de chirurgie
carcinologique, Centre de lutte
contre le cancer, Batna – Algérie

Correspondance à :
Zohir BENABDELHAFID
chirdems2016@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.48087/BIMScr.2020.7114>

Historique de l'article :

Reçu le 22 novembre 2019

Accepté le 30 mars 2020

Publié le 02 mai 2020

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

L'association d'un cancer du sein et d'une grossesse est un événement rare, défini par le diagnostic d'un cancer du sein soit pendant la grossesse, soit durant l'année suivant l'accouchement. Depuis la description initiale par Walkman de la mastite carcinomateuse de la femme enceinte en 1875, le pronostic de cette lésion reste défavorable. Elle représente la seule véritable urgence thérapeutique en oncologie mammaire. La mastite carcinomateuse de la femme enceinte a une très mauvaise réputation avec son double problème cancérologique et obstétrical. Sa prise en charge est difficile car les enjeux sont doubles : traiter au mieux la patiente sans compromettre le pronostic fœtal, ces deux notions peuvent aboutir à un conflit d'intérêt materno-fœtal qui doit être gérée par une équipe multidisciplinaire. Nous rapportons le cas d'une patiente prise en charge au centre de lutte contre le cancer de Batna ; qui a découvert un nodule du sein droit sur grossesse de deux mois, cette masse aurait été découverte par la patiente quatre mois plus tôt et banalisée jusqu'à l'augmentation rapide de son volume, où elle s'est présentée à la consultation dans un état historique de cancer du sein localement avancé avec métastase pulmonaire, hépatique, pancréatique et osseuse. À travers cette observation et une revue de la littérature, nous discutons les facteurs aboutissant au retard diagnostique du cancer du sein afin d'engager une discussion sur la stratégie optimale de la prise en charge de ces patientes, et de donner des solutions pour sensibiliser la population.

Mots-clés : cancer du sein ; grossesse ; retard diagnostique ; mastite carcinomateuse ; pronostic.

ABSTRACT

The association of breast cancer and pregnancy is a rare occurrence, defined by the diagnosis of breast cancer either during pregnancy or during the year following childbirth. Since the initial description by Walkman of the carcinomatous mastitis of the pregnant woman in 1875, the prognosis of this lesion remains inconvenient. It is the only real therapeutic emergency in breast oncology. The carcinomatous mastitis of pregnant women has a very bad reputation with its dual oncological and obstetrical problem. Its management is difficult since the stakes are twofold: to treat the patient as best as possible without compromising the fetal prognosis, these two notions can lead to a maternal-fetal conflict of interest that must be managed by a multidisciplinary team. We report the case of a patient at the Cancer Treatment Center Batna, who presented for a right breast nodule on pregnancy of 2 months, this mass would have been discovered by the patient 4 months earlier and trivialized until the rapid increase of its volume, so she finally presented in a historical state of locally advanced breast cancer with pulmonary, hepatic, pancreatic and bone metastasis. Through this case and a literature review, we discuss the factors leading to the delayed diagnosis of breast cancer in order to initiate a discussion on the optimal strategy for the management of these patients and to provide solutions to sensitize the patient population.

Keywords: breast cancer; pregnancy; delayed diagnosis; carcinomatous mastitis; prognosis.

INTRODUCTION

Le cancer du sein localement avancé est une hantise dans notre pratique journalière. Lorsque, les moyens de dépistage, de diagnostic précoce et de traitement des cancers du sein ne sont pas toujours accessibles, la découverte de cancers du sein localement avancé devient une réalité quotidienne. Les cancers du sein diagnostiqués pendant la grossesse ou dans l'année après l'accouchement sont considérés comme cancers du sein associés à la grossesse. Depuis la description initiale par walkman de la mastite carcinomateuse de la femme enceinte,

le pronostic de cette lésion reste défavorable, la prise en charge des cancers du sein associés à une grossesse reste délicate et doit être gérée par une équipe multidisciplinaire associant gynécologues, oncologues, et chirurgien. À travers cette observation et une revue de la littérature, nous discutons les facteurs aboutissant au retard diagnostique du cancer du sein afin d'engager une discussion sur la stratégie optimale de la prise en charge de ces patientes, et de donner des solutions pour sensibiliser la population.

Pour citer l'article :

Benabdelhafid Z. Mastite carcinomateuse et grossesse : réflexion à propos d'un cas. Batna J Med Sci 2020;7(1):56-8. <https://doi.org/10.48087/BIMScr.2020.7114>

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans, consultant pour une masse du sein droit sur grossesse de deux mois ; cette masse aurait été découverte par la patiente quatre mois plus tôt et banalisée jusqu'à l'augmentation rapide de son volume. L'examen clinique montre une tuméfaction du sein droit, faisant 10 cm de diamètre, siégeant au quadrant supéro-externe avec prolongement axillaire, ferme, douloureuse, avec signes inflammatoires en regard associés. Les aires ganglionnaires étaient difficiles à palper.

L'écho-mammographie a objectivé une volumineuse masse tissulaire du QSE, signe de mastite diffuse, avec adénopathies axillaires homolatérales. L'examen était classé BIRADS 5 (Figure 1). La micro-biopsie avait révélé un carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique grade II.

Figure 1. Mammographie de face. Opacité du sein droit de contours irréguliers, hétérogène, infiltrant la peau, classée ACR 5.

Le cas de la patiente a été discuté à la RCP sein où il a été décidé de réaliser une interruption médicale de la grossesse mais la patiente n'a pas souhaité l'interruption. Il a été décidé de réaliser une chimiothérapie. La patiente n'a pas répondu au traitement avec apparition d'une masse dure en chou-fleur du 15 cm avec écoulement (Figure 2), et ADP sus claviculaire. Devant cette évolution une mastectomie de propreté est pratiquée à 06 mois de grossesse ; La patiente est sortie après deux jours d'hospitalisation. Les suites opératoires ont été favorables. L'analyse histologique retrouve une mastite carcinomateuse infiltrant la peau de 17/13 cm. L'évolution de la grossesse était sans particularité avec accouchement par césarienne, Le bébé est né à 38 SA de sexe masculin, il pesait à la naissance 4000 g sans anomalie.

Figure 2. Cancer du sein localement avancé.

Le bilan d'extension réalisé un mois d'accouchement incluant la TDM thoraco-abdomino-pelvienne et la scintigraphie osseuse a objectivé un nodule pulmonaire apical gauche de 26 mm et micronodule lobaire supérieur droit. Plusieurs nodules métastatiques hépatiques (Figure 3), et une métastase pancréatique, llot condensant au niveau de L3. Un traitement palliatif à base de radio-chimiothérapie est décidé par le staff multidisciplinaire. La patiente est décédée avant de commencer le traitement dans un tableau de détresse respiratoire et d'altération de l'état général. Le nourrisson se portait toujours bien.

Figure 3. TDM thoraco-abdomino-pelvienne : Plusieurs nodules métastatiques hépatiques.

DISCUSSION

Le cancer du sein localement avancé est une hantise dans notre pratique journalière. Lorsque les moyens de dépistage, de diagnostic précoce et de traitement des cancers du sein ne sont pas toujours accessibles, la découverte de cancers du sein localement avancé devient une réalité quotidienne. Si on parle de cancer du sein et de grossesse, on se réfère au diagnostic d'un cancer du sein soit pendant la grossesse, soit durant l'année suivant l'accouchement. L'association cancer du sein et grossesse est rare mais non exceptionnelle. On recense un cancer du sein pour 2 000 à 3 000 grossesses environ ; 0,2 à 3,8 % des cancers du sein coïncident avec une grossesse ou une période d'allaitement. L'âge moyen de survenue varie entre 31,5 et 35 ans. Celui-ci a tendance à augmenter, du fait de grossesses de plus en plus tardives [1]. Depuis la première description par Sir Charles Bell, en 1814, dans un ouvrage intitulé « *A system of operative surgery* », plusieurs appellations ont été attribuées à cette pathologie : en 1869, Klotz décrit le cancer inflammatoire de la femme enceinte et utilise le terme de « mastite carcinomateuse gravidique et lactante ». En 1875, Volkman décrit un tableau similaire et apporte la notion de lien de ce cancer avec un statut hormonal particulier, ainsi que son évolution fulminante. En 1981, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le cancer inflammatoire comme une entité clinique sans forme histologique particulière ; avec deux formes :

- la mastite carcinomateuse PEV 3 de l'IGR (Institut Gustave-Roussy) correspond au sein pris en masse.
- Les cancers avec signes inflammatoires localisés en regard de la tumeur (PEV 2 de l'IGR) [2].

Plusieurs théories sont proposées afin d'expliquer la survenue et l'agressivité des cancers du sein associée à la grossesse :

- Une théorie vasculaire où l'hypervascularisation artérioveineuse et lymphatique apparaissant durant la grossesse contribue à l'augmentation des formes métastatiques ganglionnaires et générales.
- Une théorie immunologique reposant sur la tolérance immunologique de la grossesse et ses modifications induites [3].
- Une théorie hormonale qui fait intervenir la prolactine, qui serait responsable du mauvais pronostic des tumeurs survenant au troisième trimestre [3]. Le mode de révélation le plus courant est une masse palpable. Le cancer du sein associé à la grossesse est souvent avancé au moment du diagnostic [3]. On note une fréquence élevée de grosses tumeurs, d'une atteinte ganglionnaire clinique et d'une atteinte inflammatoire, avec un retard diagnostique allant de 5 à 15 mois selon les séries [3].

Les facteurs qui poussent les femmes à consulter tardivement sont multiples et dominés par le bas niveau socio-économique. Également, l'éloignement par rapport au centre de soins. Les habitudes socioculturelles, la pauvreté intellectuelle et économique, certaines femmes retardent leur consultation d'oncologie pour attendre l'accouchement avant d'entreprendre tout traitement malgré les risques carcinologiques. C'est le cas de notre patiente. Pendant la grossesse, du fait de l'augmentation de volume, de l'engorgement, de l'hyper vascularisation et de la prolifération du tissu mammaire, l'examen clinique est difficile, la fréquence des cancers inflammatoires est augmentée, les formes PEV, où les signes inflammatoires siègent en regard de la tumeur, représentent 33 % des cancers du sein associés à la grossesse et les mastites carcinomateuses 7,5% [3]. La mammographie est moins sensible, L'échographie mammaire est un examen très performant dans ce contexte pour la mère et le fœtus, présentant une sensibilité proche de 100 % pour la plupart des auteurs [4]. Une radiographie thoracique et une échographie abdominale constituent les examens du bilan d'extension. Le scanner n'est pas recommandé. Le bilan d'extension doit comporter une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique, mais la scintigraphie osseuse et les radiographies ou tomographies osseuses doivent être différées après l'accouchement.

La mastite carcinomateuse, représente la seule véritable urgence thérapeutique en oncologie mammaire, compte tenu de son risque métastatique élevé, à l'origine du pronostic le plus défavorable des toutes les pathologies mammaires cancéreuses. Les métastases à distance se localisent préférentiellement au foie, aux poumons et à l'os, comme en dehors de la grossesse. La prise en charge est difficile car les enjeux sont doubles : traiter au mieux la patiente sans compromettre le pronostic fœtal, ces deux notions peuvent aboutir à un conflit d'intérêt materno-fœtal qui doit être gérée par une équipe multidisciplinaire associant gynécologues, oncologues et psychologues. L'interruption de la grossesse n'améliore pas le pronostic maternel [4], mais se discute au cas par cas, surtout en début de grossesse et/ou en cas de forme particulièrement grave. Les principaux risques pour l'enfant sont dus à une éventuelle prématurité. La plupart des études, et notamment celle de Cardonick *et al.* [4], ne rapportent pas de toxicité significative à la naissance après chimiothérapie maternelle. Cependant les effets de la chimiothérapie à long terme sont encore mal connus [5]. La chimiothérapie première à partir du deuxième trimestre dans

la mastite carcinomateuse est la méthode thérapeutique de première intention [6]. Elle permet parfois une cicatrisation et une réduction du volume tumorale qui devient souvent opérable. La mastectomie de propreté souvent réalisée [7] est d'une importance capitale ; elle permet un contrôle local de la maladie et un soulagement pour la patiente. La radiothérapie et hormonothérapie sont contre-indiquées pendant toute la grossesse [5]. Dans tous les cas, des soins palliatifs et un soutien psychologique constant sont toujours indiqués. Le retard diagnostique du cancer du sein en Algérie est lié à plusieurs facteurs entremêlés on en connaît trois, l'ignorance, la pauvreté, et les habitudes socio-culturelles. Le diagnostic précoce du cancer du sein passe par l'éducation, la généralisation de la couverture sociale, la lutte contre la pauvreté et l'accessibilité de toute la population aux centres d'oncologie. En Algérie, le dépistage de masse organisé ne sera pas le même que celui pratiqué ailleurs, en raison des particularités épidémiologiques : L'âge jeune des patientes, Le pic d'incidence avant 50 ans, et la densité mammaire [8].

CONCLUSION

La particularité des cancers des seins associés à la grossesse réside dans le fait qu'ils sont plus souvent diagnostiqués au stade de cancer inflammatoire, le caractère inflammatoire (PEV) de ces tumeurs du fait de l'œdème gravidique et de l'engorgement mammaire est probablement surestimé. Les données de la littérature permettent aujourd'hui de répondre à un certain nombre de questions concernant le cancer du sein survenant au cours de la grossesse. Il reste cependant des incertitudes importantes concernant notamment le devenir des fœtus exposés in utero à une chimiothérapie. Face à cette difficile association, une prise en charge multidisciplinaire est de rigueur.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Vinatier D, Collinet P. Cancer du sein découvert pendant la grossesse ; 28es journées de la SFSPM, Lille, novembre 2006:260-266.
2. Bertrand AF. Seins inflammatoires. Feuilles Radiol 1995;35(3):187-98.
3. Mathieu E, Merviel P, Barrange E, Antoine J-M, Uzan S. Cancer du sein et grossesse : revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2002;31(3):233-242.
4. Cardonick E, Dougherty R, Grana G, Gilmandyar D, Ghaffar S, Usmani A. Breast cancer during pregnancy: maternal and fetal outcomes. Cancer J 2010;16:76-82.
5. Adrian L, Marina M, Pascal C. Cancer du sein et grossesse : revue de la littérature. Imagerie de La Femme 2013;23(2):116-118.
6. Pek C H, Tan E Y, Chen J J C, Ho P W, Teo C, Earnest A, Chan P M Y. Advanced Breast Cancer-Are We Doing Enough? The Breast Journal 2012;18(6):644-646. doi:10.1111/tbj.12020
7. Florian F, Otto R, Lisa W et al. Breast-conserving surgery for T3/T4 breast cancer: an analysis of 196 patients. Breast Cancer Res Treat, 2007;103:45-52.
8. République Algérienne Démocratique et Populaire - Direction Générale des Structures de Santé. Manuel de Prise en Charge Du Cancer du Sein 2016.