

Cas clinique

Carcinome papillaire intra kystique du sein chez l'homme : à propos d'un cas

Intracystic papillary carcinoma of the male breast: a case report

OUALID Mohamed¹, BENMOUFFOK Ali, BOUDOUAIA Nazim.

¹Maitre-assistant en chirurgie générale Hôpital Laghouat, faculté de médecine Laghouat.

Résumé :

Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) du sein est une entité très rare. Dans cette observation nous rapportons le cas d'un CPIK chez un patient âgé de 89 ans, qui présentait une tuméfaction kystique du sein droit, classée Bi-rads 4, une mastectomie totale sans curage axillaire a été réalisée, le diagnostic d'un CPIK a été confirmé par les études anatomopathologique et immunohistochimiques. Le CPIK n'est pas une forme habituelle du cancer du sein chez l'homme, son pronostic est bon même en absence de curage axillaire et de traitement adjuvant.

Mots clés : carcinome papillaire intra kystique, cancer du sein chez l'homme, mastectomie totale.

Abstract :

Intra cystic papillary carcinoma (IPC) of the breast is a very rare entity. In this observation we report the case of an IPC in an 89-year-old patient, who presented with cystic swelling of the right breast, classified as Bi-rads 4, a total mastectomy without axillary dissection was performed, the diagnosis of an IPC was confirmed by anatomopathological and immunohistochemical studies. IPC is not a common form of breast cancer in men, its prognosis is good even in the absence of axillary dissection and adjuvant therapy.

Keywords : Intracystic papillary carcinoma, male breast cancer, total mastectomy.

Introduction :

Le cancer du sein chez l'homme est une pathologie rare, qui représente environ 1% de tous les cancers du sein.¹ Le carcinome papillaire intra kystique (CPIK) est un sous-groupe qui représente entre 5 et 7,5 % des cancers du sein chez l'homme.²

Dans ce cas clinique nous présentons un cas d'un CPIK, diagnostiqué chez un patient âgé de 89 ans, qui a nécessité une mastectomie totale sans curage axillaire, et à travers lequel nous discutons les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette forme néoplasique.

Observation :

Un patient âgé de 89 ans, hypertendu sous traitement antihypertensif, sans antécédents personnels ou familiaux du cancer, sans notion de traumatisme mammaire, et sans facteurs de risque du cancer du sein, qui présentait une tuméfaction douloureuse du sein droit.

L'examen clinique objectivait deux tumeurs, une qui occupe les quadrants externes et l'autre occupe les quadrants internes, mesurant 72x55 mm et 85x60 mm

respectivement, séparées par un sillon longitudinal passant par le mamelon, rénitentes, mobiles par rapport aux plans profonds, siège d'une circulation veineuse cutanée. (figure 01)



Figure 01

L'examen des aires ganglionnaires ne trouvait pas d'adénopathies palpables.

L'examen clinique du sein controlatéral était sans anomalies, ainsi que l'examen somatique complet.

L'exploration échographique montrait la présence de deux masses solidokystiques, bien limitées, de contour lobulé classant la tumeur BI-rads4.

L'étude histologique de la biopsie échoguidée réalisée objectivait une prolifération maligne agencée en glandes, en papilles tapissées de cellules tumorales, à cytoplasme abondant éosinophile,

Le complément immunohistochimique montrait :

Œstrogène : positivité intense et diffuses des cellules tumorales.

Progesterone : positivité intense et diffuses des cellules tumorales.

P63 : positivité locale

Ki67 : estimé >30%.

Une mastectomie totale sans curage ganglionnaire axillaire a été réalisée (figure 02), avec de bonnes suites postopératoires (figure 03). L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait le diagnostic initial. Par ailleurs on retrouvait une papillomatose étendue.



Figure 02



Figure 03

Discussion :

Le CPIK est une forme néoplasique rare, qui représente entre 0,5 et 2,4 % des cancers du sein chez la femme, et entre 5 et 7,5% des cancers du sein de l'homme.²

Il se développe souvent chez les personnes âgées, selon Tochika et al l'âge moyen des CPIK est 68.²³, ce qui était le cas chez notre patient âgé de 89ans lors du diagnostic de sa maladie.

Distinguer un CPIK d'une tumeur bénigne est souvent difficile, à cause du caractère asymptomatique de la lésion⁴. Une masse mammaire palpable reste le premier motif de consultation, comme c'était le cas chez notre patient. Rarement un prurit ou un écoulement mammaire⁵.

Les CPIK ont tendance à saigner spontanément, ce qui explique l'épanchement hématique retrouvé chez notre patient.

Si la mammographie est difficile à réaliser chez le sexe masculin en absence de gynécomastie ou en cas de petites tumeurs, l'échographie garde toujours son importance dans le diagnostic du CPIK, qui apparait sous forme d'une lésion bien limitée, avec une portion kystique, et un bourgeon pariétal de contours réguliers.

Dans notre cas on a évité de réaliser une cytoponction malgré la domination de la composante kystique, vu le faible taux sensibilité de cette technique, selon Munoz Diaz et al les faux négatifs en cas d'aspiration à l'aiguille fine sont entre 22% et 37,8%.⁶ Et on a préféré de pratiquer une biopsie échoguidée sur la composante solide.

Dans la littérature, plusieurs classification histologiques ont été proposées en fonction du caractère invasif de la tumeur, et elle est parfois sujet de controversions entre les études chirurgicales et celles des anatomopathologistes⁴, et elle parfois même difficile à réaliser du point de vue technique, ce qui explique l'absence de la classification de la tumeur dans notre cas. Mais théoriquement le CPIK est subdivisé en 3 sous-groupes : le CPIK isolé, le CPIK associé à un carcinome canalaire in situ et le CPIK associé à un cancer invasif.⁴

Pour le traitement chirurgical, il n'y a pas actuellement un consensus bien déterminé. La littérature ne montre pas une différence significative entre une mastectomie et un traitement conservateur en matière de récurrence locale et de survie globale.⁵ Certains auteurs proposent une mastectomie pour les formes invasives ou un traitement conservateur pour les formes non invasives. Pour notre cas on a opté pour un traitement radical vu l'absence de données histologiques sur le degré d'invasion, la taille de la tumeur qui ne permettait pas un traitement conservateur et l'absence d'un challenge esthétique.

Le curage ganglionnaire n'est pas recommandé, vu le faible taux d'atteinte ganglionnaire et de récurrence locale.⁵

Il n'y a pas actuellement une indication claire de l'hormonothérapie même pour les malades avec des récepteurs hormonaux positifs, les malades traités avec une

hormonothérapie adjuvante ne semblent pas avoir un pronostic meilleur.⁵

Conclusion :

Le CPIK est une forme néoplasique très rare chez le sexe masculin. Il ne présente pas de signes cliniques et mammo-échographiques spécifiques, mais l'étude histologique après une biopsie échoguidée peut orienter le diagnostic. La chirurgie radicale ou conservatrice reste le seul traitement curatif. Le curage ganglionnaire, la chimiothérapie et le traitement hormonal adjuvants et la radiothérapie ne sont pas systématiques. Le pronostic du CPIK est bon mais qui nécessite une surveillance à long terme.

Références :

1. Haagensen CD. Desase of the breast. Philadelphia : WB Saunders ; 1986.
2. Sonksen CJ, Michell M, Sundaresan M. case report : intracystic papillary carcinoma of breast in a mal patient. Clin Radiol 1996 ; 51(6) : 438-9.
3. Tochika N, Takano A, Yoshimoto T, et al. Intracystic carcinoma of the male breast: report of a case. Surgery Today 2001;31:806-9.
4. Luo et al. Intracystic papillary carcinoma of the breast in males Three case reports. Medicine 2020 : 99 ;25
5. R.Taha et al. Carcinome papillaire intra kystique : une tumeur rare chez l'homme. Imagerie de la femme 2013 ; 23 :235-237.
6. Munoz Diaz Mdel M, Martin Gutierrez S, Nieto Gallo MA, et al. Intracystic papillary breast carcinoma with areas of infiltration: Report on two cases. Colomb Med (Cali) 2012;43:162-6.