

Métastase cutanée d'un carcinome mammaire infiltrant récidivant mimant une tuméfaction de la pointe de nez

Fatine Aboutajdine, Mouna Ouazzani Touhami, Zainab Hayat, Ahmed Sqalli
Houssini, Barae Tatari, Hassan El Edghiri

Auteur correspondant : Fatine Aboutajdine, faboutaj@gmail.com

Résumé

Le cancer du sein est le cancer le plus présent dans la population féminine dans le monde et une des trois premières causes de mortalité. Les métastases cutanées par dissémination lymphatique ou hémotogène peuvent être observées mais souvent proches du site primitif du cancer. Notre travail présente le cas d'une patiente traitée pour un cancer du sein infiltrant considéré en rémission depuis 2 ans qui a présenté une tuméfaction de la pointe du nez qui s'est avérée être révélatrice de la récurrence de son cancer.

Mots-clés : métastase cutanée, cancer sein, pointe du nez

Date of Submission: 02-07-2024

Date of Acceptance: 13-07-2024

I. Introduction

Les métastases cutanées sont une forme de métastases très fréquentes. Les cancers du poumon chez l'homme et du sein chez la femme représentent la majorité des sites tumoraux primitifs chez ces patients. Leur présence révèle une récurrence ou une progression de la maladie.

Les métastases cutanées des cancers du sein sont présentes dans 1/3 des cas. Le cancer du sein peut être révélé par une métastase cutanée idéalement thoracique ou abdominale. La face reste une localisation exceptionnelle avec des sites déjà décrits comme le scalp ou les paupières [1].

Nous rapportons le cas d'une métastase cutanée de la pointe du nez d'un carcinome mammaire considéré en rémission depuis 2 ans.

Patient et observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 83 ans, ayant pour antécédent notable un carcinome mammaire infiltrant du quadrant supéro-externe droit de type non spécifique de grade III (RH positif, HER2 positif, Ki67= 40%) traité par chirurgie conservatrice, curage axillaire droit et chimioradiothérapie en 2021. La patiente a été déclarée en rémission en 2022 et est toujours sous hormonothérapie par voie orale (Tamoxifène). Durant son suivi, il n'y avait aucun signe de récurrence loco-régionale.

La patiente a consulté pour une tuméfaction de la pointe du nez hyperalgique avec des signes inflammatoires mimant un furoncle. Le reste de l'examen ORL était sans particularités.

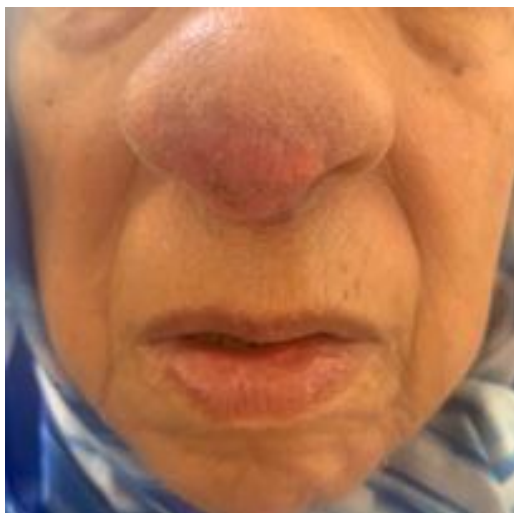


Figure 1 : Image clinique de la tuméfaction de la pointe du nez

Elle s'est vu prescrire des anti-staphylococciques locaux et par voie générale sans amélioration après une semaine.

Devant la non résorption de la tuméfaction, une échographie des parties molles de la pointe du nez a été demandée et a montré une infiltration du tissu sous-cutané avec une collection médiane sous-jacente, hypoéchogène, bien limitée, se trouvant au contact du cartilage septal et mesurant 20 x 23 mm.

Un drainage de la collection sous anesthésie locale avec biopsie cutanée a été réalisé. L'examen anatomo-pathologique et immuno-histochimique a conclu à un carcinome peu différencié d'origine mammaire (anticorps anti CK7 positif, anticorps anti CD117 focalement positif, anticorps anti GATA3 positif).

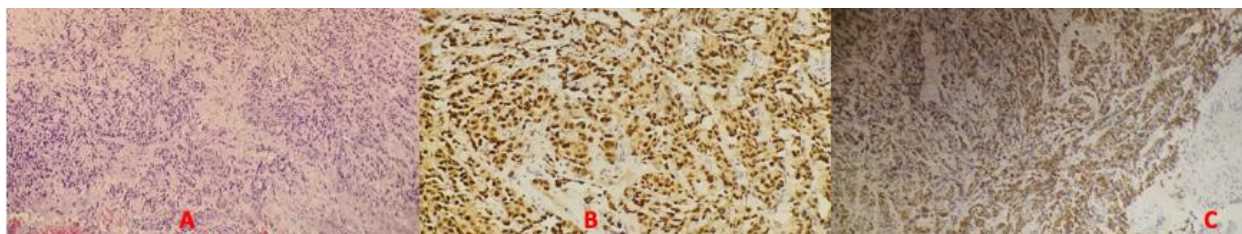


Figure 2 : Aspect morphologique et profil immunohistochimique. A : Prolifération tumorale. B : Immuno-histochimie pour les anticorps anti GATA3 montre une forte positivité dans toutes les cellules tumorales. C : Immuno-histochimie pour les anticorps anti CK7 est fortement positive dans toutes les cellules tumorales

Un scanner thoraco-abdomino-pelvien a objectivé de multiples métastases : pulmonaires en lâcher de ballons, pleurales, ganglionnaires médiastinales, hépatiques, péritonéales à type de carcinose, osseuses diffuses (vertèbres, côtes, bassin)

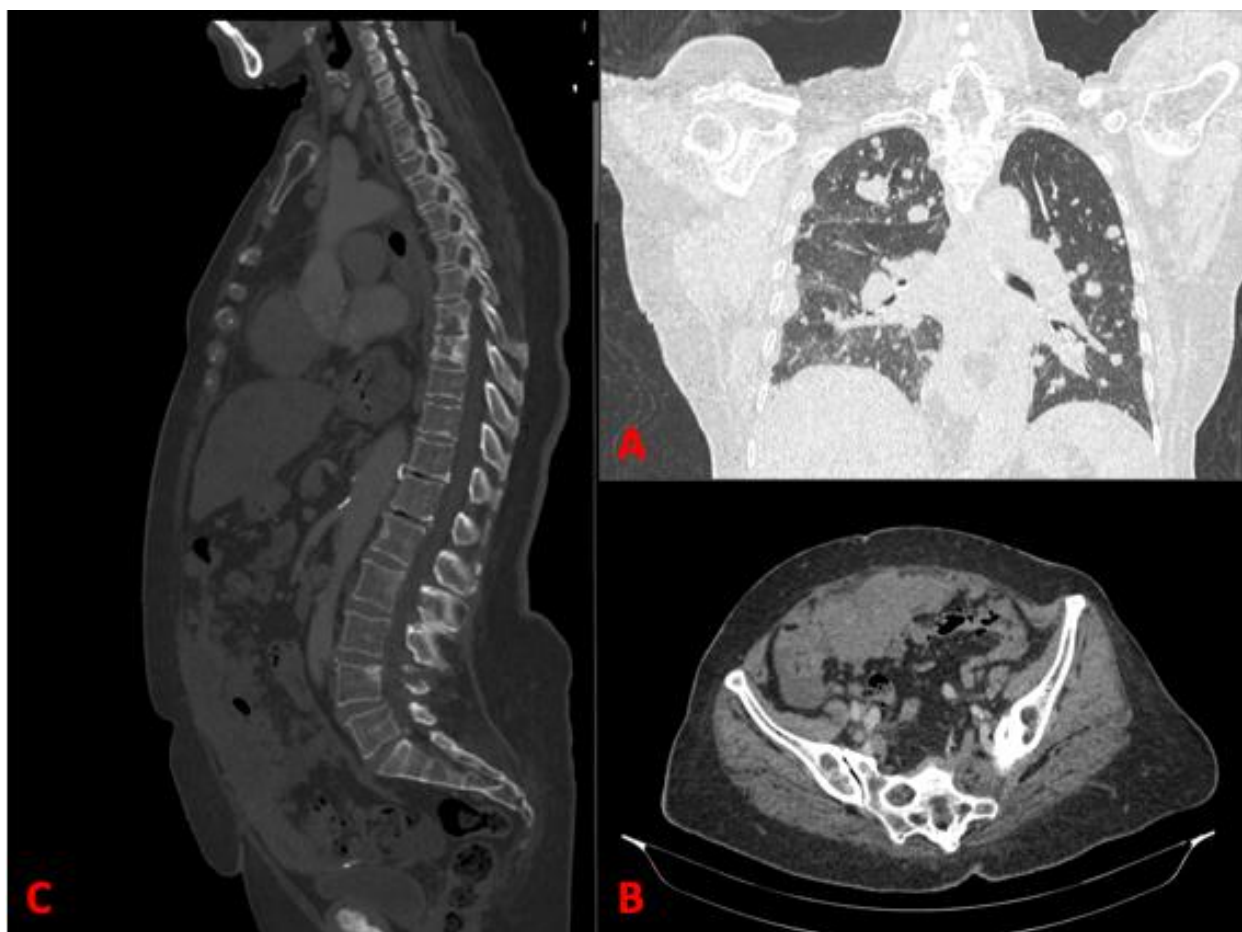


Figure 3 : Scanner cervico-thoraco-abdomino-pelvien. A : Coupe coronale thoracique mettant en évidence les métastases en lâcher de ballons. B : Coupe axiale abdominale montrant la carcinose péritonéale. C : Coupe sagittale cervico-thoraco-abdomino-pelvienne objectivant les métastases vertébrales

La patiente a été référée en oncologie où il lui a été proposé un protocole de chimioradiothérapie palliative.

II. Discussion

Le mécanisme de métastase à distance est un processus complexe qui implique plusieurs étapes. Les cellules tumorales doivent se détacher de la tumeur primitive, s'infiltrer dans le système circulatoire, survivre dans la circulation sanguine, échapper au système immunitaire, adhérer aux capillaires et extravaser avant de coloniser les organes à distance [2]. Ce mécanisme est un processus non aléatoire appelé « organotropisme métastatique » qui est régulé par de multiples facteurs tels que le type de cancer, les caractéristiques moléculaires des cellules cancéreuses, le système immunitaire de l'hôte et l'interaction avec les cellules locales du site métastatique [2].

Habituellement, les sites métastatiques de prédilection pour les cancers mammaires sont l'os, le foie, le poumon, les adénopathies et le cerveau mais ils peuvent à des stades avancés donner des métastases cutanées dans 23,9% des cas [3].

Ces lésions apparaissent proches du site de la tumeur primitive, c'est-à-dire sur le tronc dû à la dissémination lymphatique des cellules tumorales [3] et peuvent apparaître jusqu'à 5 ans après le traitement.

Il existe plusieurs présentations cliniques des métastases cutanées du cancer du sein. Les plus communes se présentent sous forme de nodule unique ou multiples de couleur chair, indolore et de consistance ferme. Leur taille ne dépasse pas 20mm de diamètre en général. Plusieurs formes typiques ont été reconnues de métastases cutanées des cancers mammaires : le carcinome en cuirasse, le carcinome érysipéloïde, le carcinome télangiectasique, l'alopécie néoplasique, la maladie de Paget, le carcinome du sillon sous-mammaire, le carcinome métastatique de la paupière avec histologie histiocytoïde, les métastases nodulaires et l'adénocarcinome mucineux métastatique cutané [4]. Elles peuvent imiter des affections dermatologiques bénignes telles qu'une alopecie, un kyste sébacé, un hémangiome, un érysipèle [5].

Le polymorphisme clinique des métastases cutanées peut être trompeur mais les antécédents carcinologiques personnels et/ou familiaux des patients doivent faire considérer une étiologie néoplasique devant toute lésion cutanée chronique dans ce contexte particulier.

Le diagnostic de métastase cutanée d'un cancer du sein lorsqu'il est suspecté, doit être soutenu par l'examen anatomo-pathologique et immunohistochimique d'une biopsie de la lésion cutanée [6]. Le profil immunohistochimique à rechercher dans ces situations est : anticorps anti-CK7 positif, anticorps anti-CK20 négatif, marqueurs hormonaux ER/PR positifs, GCDFP positif, Mammaglobine positive, CEA positif [7].

Le pronostic des patients présentant une métastase cutanée est généralement sombre car elle survient souvent à un stade avancé (6). Le traitement dépend du type histologique et moléculaire du cancer primitif et du stade TNM de la néoplasie. Il est souvent palliatif dû à l'association à des métastases multiples. Il repose sur une chimiothérapie systémique et une radiothérapie.

III. Conclusion

Les cancers mammaires peuvent être à l'origine de localisation secondaire cutanée à proximité ou à distance du site primitif. Ces lésions peuvent être révélatrices de la maladie, de sa récurrence ou de sa progression. L'organotropisme métastatique est un concept connu mais non encore totalement expliqué. En conclusion, toutes les lésions chroniques cutanées dans un contexte carcinologique personnel ou familial doivent faire l'objet d'une biopsie avec examen anatomopathologique et étude immuno-histochimique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail.

Références

- [1]. Abdulraheem AM, Naji D, Al Heyasat AN, Alhasan M, Almasri NM, Odeh R. Breast cancer with scalp metastases: a case report. *J Med Case Rep.* (2023) 17:203. doi: 10.1186/s13256-023-03928-8
- [2]. Lu X, Kang Y. Organotropism of breast cancer metastasis. *J Mammary Gland Biol Neoplasia.* (2007) 12:153–62. doi: 10.1007/s10911-007-9047-3
- [3]. Hussein MR. Skin metastasis : a pathologist's perspective. *J Cutan Pathol.* 2010;37(9):e1–20. doi: 10.1111/j.1600-0560.2009.01469.x.
- [4]. Pascale Quatresooz, Claudine Pierard, Andrée Rorive. Comment j'explore... une métastase cutanée. *Qui es-tu, d'où viens-tu?* 2008 . In *Revue Médicale de Liège*, 63 (9), p. 559-63
- [5]. Ahmed M. Cutaneous metastases from breast carcinoma. *BMJ Case Rep.* 2011;2011
- [6]. Prabhu S, Pai SB, Handattu S, Kudur MH, Vasanth V. Cutaneous metastases from carcinoma breast: the common and the rare. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2009;75(5):499–502. doi: 10.4103/0378-6323.55395
- [7]. Krishna M. Diagnosis of metastatic neoplasms: an immunohistochemical approach. *Arch Pathol Lab Med.* (2010) 134:207–15. doi: 10.5858/134.2.207