

CANCER DU SEIN ET GROSSESSE : CAS EXTREME

SANOGO ZZ¹, YENA S¹, DOUMBIA D², MOUNKORO N³, DIALLO AK², SIDIBE S⁴,
DIALLO DA⁵, SANGARÉ D¹, SOUMARÉ S¹

1. Service de chirurgie « A », Hôpital du Point G
2. Service d'anesthésie-réanimation, Hôpital du Point G
3. Service de gynéco obstétrique, hôpital du Point G
4. Service d'imagerie et de Radiologie, Hôpital du Point G.
5. service d'hémo-oncologie, hôpital du Point G

RESUME

Introduction : les auteurs rapportent un cas clinique de cancer du sein associé à une grossesse de 5 mois. La nécessité d'une revue de la littérature s'imposait au delà de ce seul cas.

Matériel et méthode : il s'est agi du premier cas de cancer du sein associé à une grossesse dans le service de chirurgie générale « A » de l'hôpital du Point G en 5 ans, de 1999 à 2003.

Résultats : la jeune femme multipare portait sa 10^{ième} grossesse (20 semaines d'aménorrhée). Le cancer inflammatoire du sein gauche était au stade T4N1M1. Il existait des métastases pulmonaires et une compression du plexus brachial gauche. La patiente est décédée sans traitement néo adjuvant, sans un traitement chirurgical et sans un traitement adjuvant faute de moyens thérapeutiques adéquats.

Conclusion le pronostic du cancer du sein en général et pendant la grossesse et l'allaitement en particulier dépend largement du diagnostic précoce.

MOTS CLES : cancer, sein, grossesse.

INTRODUCTION :

Le cancer du sein peut être associé à la grossesse ou pendant la période d'allaitement avec une incidence de 1/100.000 accouchements [1]. Cette association pose des problèmes de prise en charge dans nos régions aux ressources très limitées et où l'enfant est le plus grand trésor de la famille. Nous rapportons un cas de cancer du sein gauche Pev2 classé T4 N1 M1 survenu chez une grande multipare de 35 ans associé à une grossesse vivante de 5 mois d'évolution rapidement défavorable. Quelle devrait être l'attitude thérapeutique à tenir pour de tels cas ? La question reste encore sans réponse pour nous. Au delà de ce cas clinique de management difficile, une revue de la littérature nous a paru nécessaire.

CAS CLINIQUE :

C.C. ménagère de 35 ans consultait le 08/07/03 pour douleur mammaire gauche remontant à 4 mois avec apparition d'un nodule aux quadrants supérieurs. L'interrogatoire retrouvait une notion d'aménorrhée de 5 mois. La tuméfaction du sein gauche avait augmenté de volume et devenait douloureuse malgré le traitement traditionnel. Les trois dernières semaines était apparue une tuméfaction axillaire gauche ainsi qu'une

augmentation de volume du membre supérieur gauche. Une toux sèche provoquée par le décubitus dorsal et les changements de position obligeait la malade à dormir assise. Les antécédents gynéco obstétricaux étaient ainsi résumés : G10 P9 V6 D3 AO (G=grossesses, P=parité, V=enfants vivants, D=enfants décédés, A=avortements). Les premières

SUMMARY

Breast cancer and pregnancy : Case extreme

Introduction the authors report a clinical case of breast cancer associated with pregnancy at 5 months. The need for a review of the literature was essential beyond this only case

Patients and method it was about the first case of breast cancer associated with a pregnancy in the service with general surgery " A " in the hospital of Point G in 5 years, from 1999 to 2003.

Results The young woman multipare carried her 10th pregnancy (20 weeks of amenorrhoea). The inflammatory cancer of the left bosom was at the stage T4N1M1. There were pulmonary metastases and a compression of the left plexus brachial. The patient died without auxiliary néo processing, a surgical processing and an auxiliary processing fault of average therapeutic adequate.

Conclusion the forecast of the breast cancer in general and pregnancy and breast feeding in particular depends largely on the early diagnosis.

KEY WORDS : cancer, bosom, pregnancy.

menstruations ont été vues à 13 ans et la première grossesse à 15 ans après le mariage.

Les antécédents familiaux, médicaux et chirurgicaux étaient sans particularité.

L'examen physique : l'état général était relativement bon. Le sein gauche présentait un aspect en peau d'orange, une rétraction et une déviation du mamelon vers l'extérieur. Le creux axillaire et sus claviculaire gauche étaient le siège de volumineuses adénopathies d'environ 3 cm de diamètre, dures, non mobilisables, douloureuses. Le bras et l'avant bras gauche étaient tuméfiés avec une différence de 5 cm de diamètre par rapport au côté droit. Le sein droit était souple à la palpation avec une peau infiltrée, sans tuméfaction palpable. Il dépassait le sein gauche de 5 cm à l'examen de la malade debout. Il n'y avait pas d'adénomégalie sous axillaire droite. L'examen pulmonaire retrouvait une matité de la base pulmonaire gauche, une abolition des murmures vésiculaires. Une tachycardie à 90 battements par minute existait à l'auscultation. A l'examen addomino-pelvien la hauteur utérine était à 24 cm et les bruits du cœur fœtal perceptibles.



Figure 1 : Patiente vue de face



Figure 2 : Patiente vue des 3/4

Les examens para cliniques :

La radiographie pulmonaire de face montrait une pleurésie de grande abondance. L'échographie abdominale et pelvienne montrait une grossesse intra utérine mono fœtale de 20 semaines d'aménorrhée avec des mouvements fœtaux perceptibles. Le foie était normal. L'échographie mammaire montrait un tissu mammaire très dense faisant évoquer une tumeur inflammatoire du sein gauche. La mammographie retrouvait le même caractère dense du tissu mammaire gauche, une absence d'images de pathologie du sein droit. L'écho doppler du membre supérieur gauche notait des signes de compression vasculaire axillaire. La NFS, le TS-TCK, la créatininémie et la glycémie effectuées étaient sans particularité. Le groupe et rhésus étaient O+.

La consultation pré anesthésique classait la patiente ASA IV, mais aucun accord pour l'anesthésie n'était obtenu.

Le traitement : au terme de l'examen clinique et des examens para cliniques, devant l'évidence diagnostique, la stratégie thérapeutique faisait appel aux antalgiques, à la ponction pleurale, et à la position demi assise pour le sommeil. Les antalgiques calmaient la douleur dans une certaine mesure. Les ponctions pleurales ramenaient un liquide jaune citrin de 800 cc le premier jour, mais la dyspnée persistait, empêchant toute position de décubitus. La malade décédait au bout de 10 jours après l'hospitalisation sans qu'aucun traitement de fond médical ou chirurgical n'ait été exécuté.

DISCUSSION :

L'incidence du cancer du sein chez la femme au Mali est de 0,5/100.000 habitants. L'incidence du cancer du sein associé à la grossesse varie de 0,2-3,8/100.000 [1]. Cette incidence est très faible chez la femme enceinte. Un seul cas a été recensé dans le service de chirurgie « A » du Point G en 5 ans. Une tendance à la hausse de cette incidence du cancer du sein associé à la grossesse a été noté dans toutes les récentes études [2]. La tendance à concevoir tard la première grossesse serait un facteur de risque. La patiente de notre cas d'étude était à la 10^{ème} grossesse, la première ayant été contractée à 15 ans. Les premières menstruations ont été vues à 13 ans. Cette première grossesse à 15 ans chez une

femme ayant toujours pratiqué l'allaitement maternel vient à contre courant de l'hypothèse de la grossesse tardive. Il s'agit d'un cas unique. L'exposition hormonale intense est reconnue comme facteur prédisposant au cancer du sein.

Les examens para cliniques : L'une des caractéristiques du cancer du sein associé à la grossesse est le retard diagnostique, signalé par les différents auteurs [3]. La responsabilité de ce retard est partagée entre le malade et le médecin. En effet l'imprégnation hormonale au cours de la grossesse modifie tous les caractères du sein normal, rendant difficile l'interprétation des examens sénologiques. Les figures 1-2 illustrent ces changements et enseignent sur les difficultés à différencier l'aspect peau d'orange d'un sein de grossesse et d'un sein malade. Les examens para cliniques habituels comme l'échographie, la mammographie, et la ponction cytologique gardent toute leur valeur et doivent être effectués sans délai. L'échographie peut être effectuée pendant la grossesse ou la période de lactation. Aucun effet secondaire sur le fœtus n'est décrit à nos jours [4]. L'interprétation est difficile et comporte des risques de faux positifs ou de faux négatifs. La mammographie possible pendant la grossesse et l'allaitement pose des problèmes d'interprétation du fait de la densité du tissu mammaire à cette période. Les mesures de protection du fœtus au cours de cet examen doivent être respectées. Une dose de rayons X de 0,6 mGy ou de 0,06 mrad pour le thorax est habituelle pendant la grossesse [5]. L'IRM et la tomodensitométrie ne sont pas usuels car exposent le fœtus à des doses élevées de radiations [5].

L'histopathologie : Dans les pays en voie de développement les cancers du sein sont vus à des stades très avancés. Le cancer du sein associé à la grossesse présente de nombreuses similitudes avec celui de la jeune femme. Il s'agit en général d'un cancer inflammatoire ou de carcinome ductal dans 20-50% des cas [1]. La part de l'inflammation et de l'imprégnation hormonale est difficile à apprécier. Les récepteurs hormonaux de la progestérone et de l'œstrogène sont en général négatifs [2].

Le traitement : Le cancer du sein associé à la grossesse a été autrefois considéré par des auteurs comme une fatalité, sans aucune issue thérapeutique ou alors aux résultats thérapeutiques décevants [6]. Ces auteurs au bout d'une série de 20 malades ont considéré la chirurgie dans ces cas comme vaine. Les mêmes auteurs considéraient comme foudroyante l'évolution de ces cancers et le type histologique comme très agressif. Toutes les études récentes s'accordent plutôt sur les similitudes du cancer du sein associé à la grossesse avec celui de la jeune femme [7]. Dans les pays développés le traitement fait appel à des centres spécialisés et des équipes multidisciplinaires composées de chirurgiens, de gynéco obstétriciens, de radiologues, de cancérologues et d'internistes. La chirurgie reste encore l'un des piliers essentiels du traitement du cancer du sein pendant la grossesse dans les pays en développement où la radiothérapie et la chimiothérapie font souvent défaut. Les schémas thérapeutiques rappellent de près ceux du 19^{ème} siècle en Europe [6]. La pauvreté, l'absence d'assurance maladie, assombrissent toutes les perspectives thérapeutiques. Si en pays nantis ce type de cancer diagnostiqué plus tôt que chez nous représente un dilemme thérapeutique [3] il demeure dans les pays en voie de développement et particulièrement en Afrique subsaharienne un vrai drame. Les chances de survie sont nulles et pour le fœtus et pour la mère du fait des stades avancés de la pathologie au moment du diagnostic, où les métastases hépatiques et pulmonaires sont installées. La discussion et la décision thérapeutiques finales doivent inclure la malade et ses proches.

Le traitement chirurgical de choix pour le cancer du sein associé à la grossesse est la mastectomie et le curage

ganglionnaire axillaire [3]. La chirurgie est indiquée au 1^{ier}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre et ne comporterait aucun risque fœtal. Les traitements néo adjuvants et adjuvants sont recommandés pendant le 2^{ème} et 3^{ème} trimestre sans risque fœtal majeur [8]. Toutefois le méthotrexate est déconseillé du fait de sa grande toxicité fœtale. Au 1^{ier} trimestre période d'implantation du fœtus et d'organogenèse le taux de malformation liées à la chimiothérapie est de 4% [9].

La radiothérapie est proscrite par certains auteurs au cours de la grossesse [5].

L'hormonothérapie : le cancer du sein associé à la grossesse présente des récepteurs hormonaux négatifs dans plus de 80% des cas [10]. Lorsqu'ils sont positifs l'hormonothérapie est indiquée mais dangereuse et le problème de la conservation de la grossesse se pose avec plus d'acuité [9]. La thérapie hormonale serait possible au 2^{ème} et 3^{ème} trimestres sans effets délétères sur le fœtus [10].

Le pronostic : le pronostic du cancer du sein associé à la grossesse est dans la plupart des études beaucoup plus dépendant du stade d'évolution de la maladie, de la taille tumorale, du statut ganglionnaire, du grade histologique et du statut hormonal de la tumeur [11]. Les études comparatives multicentriques ont montré des taux de survie à 5-10 ans de 50%-60% comparables à ceux du cancer de la jeune femme dans les pays développés. Ce taux de survie à 5 ans et 10 ans est certainement beaucoup plus bas dans les pays en développement, 17% [12-13]. Les malades ne bénéficient pas de traitements adéquats ou complets [14] faute de moyens. Le cas clinique ici est un exemple typique de ce cancer vu tard au stade T4N1M1. Le traitement s'est résumé à celui de la douleur, la ponction pleurale, et le bandage élastique de compression du membre supérieur gauche. La chirurgie exige une anesthésie générale ici contraindiquée du fait de l'insuffisance respiratoire aigüe liée à la pleurésie. Une chimiothérapie néo adjuvante au 2^{ème} trimestre était indiquée mais le coût élevé n'était pas à portée de bourse de la malade et de ses proches. La radiothérapie n'existe pas encore dans notre Pays. Le quorum de facteurs de mauvais pronostic était atteint. Existait-il d'autres alternatives ? Evacuer la patiente et à quels frais ? Autant d'éléments de mauvais pronostic sur un seul terrain font du cancer du sein associé à la grossesse un vrai drame, fréquent dans les pays en développement .

CONCLUSION :

Le cancer du sein associé à la grossesse peut évoluer de façon dramatique dans les pays en développement. Un accent particulier doit être mis sur le diagnostic précoce au vu des moyens thérapeutiques limités. Le pronostic dépend de facteurs maîtrisables que sont l'autopalpation mammaire et la mammographie et est le même que celui de la jeune femme à égalité de stades évolutifs.

REFERENCES

- 1- DARGENT D - Cancer du sein et grossesse. Traité d'obstétrique : pathologie médico-chirurgicale de la grossesse. Paris : Masson, 1985 : 210-220.
- 2- MIDDLETON LP, AMIN M, GWYN K, THERIAULT R, SAHIN A - Breast carcinoma in pregnant woman : assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. Cancer 2003 ; 98: 1055-60.
- 3- PHILIP JP, CHRISTOBEL MS, ANGELA D, IVES B, JAMES B - Breast cancer and pregnancy: a diagnostic and management dilemma. ANZ J Surg 2003; 73: 500-503
- 4- GWYN K, THERIAULT R - Breast cancer in pregnancy. Oncology (Hustingt) 2001; 15:39-46; 49-51.
- 5- NICKLAS AH, BAKER ME - Imaging strategies in the pregnant cancer patient. Semin-Oncol 2000; 27: 623-32.
- 6- HAAGENSEN CD, STOUT AP - Carcinoma of the breast, criteria of operability. Ann Surg 1943; 118: 1032-51.
- 7- DEQUANTER D, HERTENS D, VEYS I, NOGATRET JM - Breast cancer and pregnancy. Review of literature. Gyneco Obstet Fertil 2001 ; 29(1): 9-14.
- 8- KELEHER AJ, THERIAULT RL, GWYN KM, HUNT KK, STELLING CB, SINGLETARY SE, ET COLL - Multidisciplinary management of breast cancer concurrent with pregnancy. J Am Coll Surg 2002 ; 194(1): 54-64.
- 9- WILLIAMS SF, SCHILSKY RL - Antineoplastic drugs administered during pregnancy. Semin Oncol 2000; 27: 618-22.
- 10- WOO JC, YU T, HURD TC - Breast cancer in pregnancy : a literature review. Arch Surg 2003 ; 138(1): 91-99.
- 11- REED W, HANNISDAL E, SKOVLUND E, THORESEN S, LILLENG P, NESLAND JM - Pregnancy and breast cancer: a population-based study. Virchows Arch 2003 ; 443(1): 44-50.
- 12- QUERLEU D, CAPPELAERE P, CREPIN G, DEMAILLE A - Pathologies maternelles et grossesse. Medsi/Mc Granw Hill, 1988. P : 479-483.
- 13- PETREK J, DUKOFF R, ROGATKO A - Prognosis of pregnancy associated breast cancer. Cancer 1991; 67: 869-72.
- 14- MURRAY EM, Werner ID - Pregnancy and abortion in breast cancer patients. Two cases report and literature review. S Afr Med J 1997; 87(11): 1538-9.