



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/10566

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10566>



RESEARCH ARTICLE

CASE REPORT LATE SOLITARY PANCREATIC METASTASIS FROM BREAST CANCER

Hind Idrissi, El Bakkari Assaad, Jerguigue Hounayda, Rachida Latib and Omor Youssef

Hospital Moulay Abdellah of Oncology, Mohamed V University, Rabat, Morocco.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 22 December 2019

Final Accepted: 25 January 2020

Published: February 2020

Key words:-

Breast Cancer, Pancreaticmetastases,
Ductalcarcinoma

Abstract

Pancreatic metastases from another primary malignant tumors are rare. In this article, we present the case of breast cancer, which metastasizes to the pancreas. The patient has diagnosed as breast cancer four years ago.

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

Les localisations secondaires du cancer du sein sont le plus souvent de siège osseux, hépatique et pulmonaire⁽¹⁾; Les métastases pancréatiques sont rares, et représentent 2 à 4% de l'ensemble des tumeurs pancréatiques. nous rapportons une observation, d'une métastase pancréatique tardive d'un carcinome lobulaire infiltrant du sein révélée par ictère cholestatique.

Case report:-

Patiente âgée de 39 ans, Bénéficiait, en avril 2014 d'une mastectomie avec curage ganglionnaire suivies d'une radiochimiothérapie adjuvantes pour carcinome lobulaire infiltrant du sein gauche; le bilan initial comportait un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une scintigraphie osseuse ne montrant pas de localisation secondaire.

Le suivi radiologique comportait une radiographie pulmonaire et échographie abdominale tous les six mois pendant trois ans, puis une fois par an. Ces examens restaient normaux.

En janvier 2018, la patiente consulte pour douleur épigastrique avec sub ictère, le bilan biologique trouve un ictère cholestatique; elle a bénéficié d'une échographie première; ayant montré une dilatation des voies biliaires intra hépatiques et de la voie biliaire principale sans obstacle visible, un complément IRM est ensuite réalisé comportant des séquences T1 avec saturation de graisse; sans et avec injection de chélates de gadolinium, des séquences pondérées T2, diffusion, et séquences BILI IRM; ils ont objectivé une masse de la tête pancréatique en iso signal T1 et T2 (fig1), en hypersignal diffusion (fig 3) rehaussée après injection de produit de contraste (fig4) responsable d'une dilatation de la VBP et des VBIH (fig2). une biopsie scanno-guidée est ensuite réalisée, et l'examen anatomopathologique était en faveur d'une métastase de carcinome mammaire.

Corresponding Author:- Hind Idrissi

Address:- Hospital Moulay Abdellah of Oncology, Mohamed V University, Rabat, Morocco.

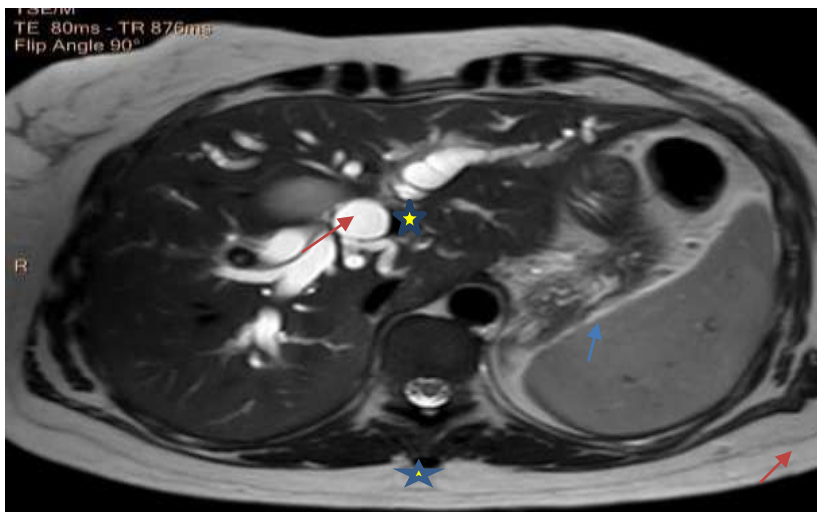


Figure 1, 2:- IRM en coupes axiales T2 objectivant un processus de la tête pancréatique en isosignal T2 () responsable d'une dilatation de la VBP et des voies biliaires intra hépatiques () .

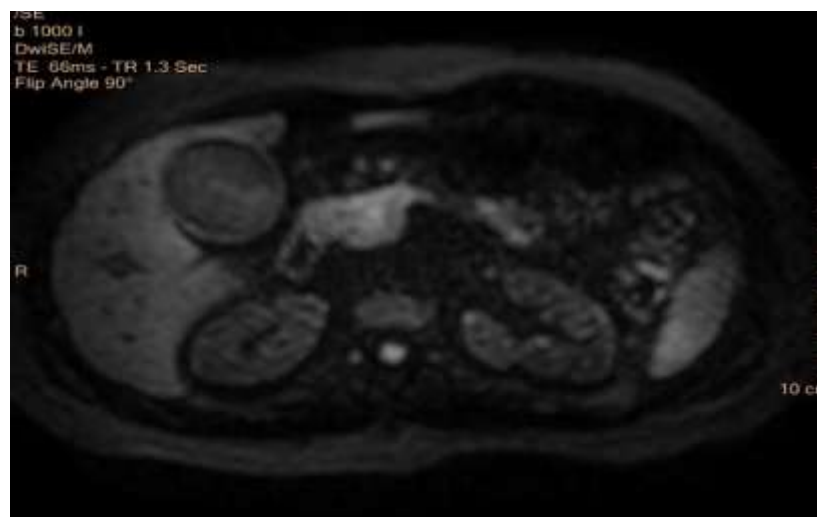


Figure 3:- Ce processus est en hypersignal diffusion à B1000.



Figure 4:- IRM en coupe axiale T1 fatsat après injection de produit de contraste qui montre un rehaussement modéré de la masse pancréatique.

Discussion:-

Le pancréas est une cible très rare pour les métastases, Les principales tumeurs malignes primitives qui ont tendance à métastaser dans le pancréas sont le rein, le poumon, le côlon, l'estomac et le mélanome⁽²⁾. Une localisation secondaire pancréatique est un scénario clinique extrêmement rare dans le cancer du sein⁽³⁾.

La symptomatologie des métastases pancréatiques est peu spécifiques, Elles peuvent se manifester par une altération de l'état général, des douleurs abdominales, ictère, pancréatite aiguë, insuffisance pancréatique, hémorragie digestive suite à l'envahissement pariétal du duodénum; ou elles sont découvertes de façon fortuite dans le cadre du bilan de surveillance du cancer primitif.^(4,5)

L'intervalle de temps entre le cancer primitif et la détection de métastase varie considérablement, il survient généralement dans les 3 ans⁽⁶⁾; Dans notre observation, l'intervalle entre le carcinome mammaire primitif et la métastase pancréatique était de 4 ans.

À l'échographie les métastases apparaissent sous forme de masses hypoéchogènes solides situées dans le parenchyme pancréatique⁽⁷⁾. L'injection d'un produit de contraste permet une exploration de la vascularisation, Les résultats de cette technique sont meilleurs dans les métastases de tumeurs hypervasculaires telles que le cancer des cellules rénales, les tumeurs neuroendocrines.⁽⁶⁾

Le scanner abdominale révèle des lésions iso denses ou le plus souvent légèrement hypodenses⁽⁷⁾. Après injection de produit de contraste un rehaussement périphérique est le plus souvent noté dans les lésions de plus de 1,5 cm, tandis que les lésions plus petites présentent un rehaussement homogène.⁽⁹⁾

L'IRM Donne les mêmes informations que la TDM mais avec une meilleure sensibilité, les lésions pancréatiques apparaissent généralement hypo-intenses par rapport au tissu glandulaire normal sur les images pondérées T1, avec et sans saturation de graisse. Sur les images pondérées en T2 les lésions ont un signal hétérogène ou modérément hyperintense⁽⁸⁾. Après administration de produit de contraste, une bordure de rehaussement est visible dans les lésions plus grandes et un rehaussement homogène est observé dans les petites tumeurs, comme pour le scanner.⁽⁹⁾

Le diagnostic de certitude est histologique, obtenu par biopsie guidée par scanner, échocendoscopie ou laparoscopie. Le meilleur traitement de ces métastases est l'exérèse chirurgicale quand elle est possible.⁽⁹⁾ La survie est meilleure que celle des malades atteints d'adénocarcinomes pancréatiques primitifs considérés comme résecables.⁽¹⁰⁾

Conclusion:-

L'éventualité de localisation secondaire pancréatique doit toujours être envisagée devant l'apparition de lésion pancréatique chez tout patient avec antécédent néoplasique. Le diagnostic différentiel reste difficile entre tumeur primitive ou métastase d'autant plus que le délai d'apparition est tardif par rapport à la néoplasie primaire, la réalisation d'une biopsie est fortement recommandée pour poser le diagnostic correct.

Références:-

1. Bonapasta A, Gregori M, Lanza R, et al. Metastasis to the pancreas from breast cancer: difficulties in diagnosis and controversies in treatment. *Breast Care*. 2010;5:170–173.
2. Tunio MA, Fatani H, Riaz K, et al. Pancreatic metastasis of breast cancer: a rare cause of obstructive jaundice. *J Dow Uni HealthSci*. 2015;9(1):39–40.
3. Moussa A, Mitry E, Hammel P, Sauvanet A, Nassif T, Palazzo L, et al. Pancreatic metastases: a multicentric study of 22 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28:872-6
4. Thompson L., Heffess C. Renal cell carcinoma to the pancreas in surgical pathology material. *Cancer* 2000 ; 89 : 1076-1088
5. Z'graggen K., Fernandez-del Castillo C., Rattner D.W., Sigala H., Warshaw A.L. Metastases to the pancreas and their surgical extirpation. *Arch Surg* 1998 ; 4 : 413-417
6. Triantopoulou C, Kolliakou E, Karoumpalis I, Yarmenitis S, Dervenis C. Metastatic disease to the pancreas: an imaging challenge. *Insights Imaging*. 2012;3(2):165–172. doi:10.1007/s13244-011-0144-x
7. Rumancik WM, Megibow AJ, Bosniak MA, Hilton S. Metastatic disease to the pancreas: evaluation by computed tomography. *JCAT*. 1984;8:829–834.
8. Kelekis NL, Semelka RC, Siegelman ES. MRI of pancreatic metastases from renal cancer. *J Comput Assist Tomogr*. 1996;20:249–253. doi: 10.1097/00004728-199603000-00015.
9. Dominique Béchade, Jean-Pierre Algayres, Hervé Bili, David Fallik, Jacques Merrer, Eric Boucher, David Karsenti, Gilles Coutant, Michel Arborio, Jean-Pierre Daly. Tumeur pancréatique huit ans après la guérison d'un cancer du sein. *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. 2000;7(4):299-302.
10. Warshaw AL, Fernandez-del Castillo C. Pancreatic carcinoma. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 455-65.