



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/16250
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/16250>



RESEARCH ARTICLE

CARCINOME MUCINEUX DU SEIN: A PROPOS DE 13 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Bassir, Jarroug, Bouzida and Soummani

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 December 2022

Final Accepted: 14 January 2023

Published: February 2023

Abstract

Introduction: Le carcinome mucineux du sein, est une forme histologique rare. Il représente 1 à 4 % de tous les carcinomes infiltrants du sein. On distingue 2 types de carcinome colloïde (pur et mixte), La distinction entre ces deux types est capitale du fait de sa valeur pronostique. L'objectif de l'étude était d'étudier les caractéristiques cliniques, anatomopathologiques et évolutives de 13 cas de carcinomes mucineux et d'identifier à travers une revue de la littérature récente, la prise en charge thérapeutique de ces carcinomes.

Matériaux et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective intéressant 13 cas de carcinome mucineux. Colligés sur une période de 04 ans entre 2019 et 2022, Réalisée au sein du service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Mohammed VI Marrakech.

Résultats: La taille tumorale moyenne était de 3,5 cm (1,5–6cm). L'âge variait de 27 à 82 ans, l'âge moyen étant de 49 ans. Les tumeurs étaient classées respectivement T1, T2, T3, T4 dans 7.6%, 53.84%, 23%, 15.38%. Métastase ganglionnaire chez 06 patientes, 05 cas de forme mixte. Le carcinome mucineux du sein était mixte dans 53.84%, pure dans 46.15% des cas. Les récepteurs hormonaux étaient positifs dans 57 % et négatifs dans 43% des cas, HER2 était exprimé dans 85.7% des cas. Le traitement a reposé sur la chirurgie chez neuf patientes, à type de mastectomie avec curage chez une patiente, un traitement conservateur chez huit cas.

Conclusion : Le carcinome mucineux est un type rare de cancer du sein avec un pronostic favorable dans sa forme pure.

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Introduction:-

Le carcinome mucineux du sein, encore appelé carcinome colloïde ou, plus rarement, carcinome gélatineux, est une variante histologique rare. Il représente 1 à 4 % des cancers du sein et reste de pronostic plus favorable que le carcinome canalaire infiltrant [1]. Décrit initialement en 1826 par Geschickter [1], le carcinome mucineux du sein est défini selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par la présence de cellules tumorales malignes mucosécrétantes qui flottent dans le mucus. Deux formes sont distinguées : la forme pure (avec une composante canalaire infiltrante absente ou minoritaire $\leq 10\%$) et la forme mixte. Cette distinction est importante à préciser car elle a des implications sur le pronostic. En effet, la forme pure est caractérisée par la présence d'un tissu tumoral complètement entouré de mucus extracellulaire abondant constituant une véritable barrière mécanique, ce qui atténue l'invasion cellulaire et confère à cette forme un caractère moins agressif et donc un pronostic plus favorable

que la forme mixte. Cette étude rétrospective de 13 cas visait à discuter les principales caractéristiques anatomocliniques et évolutives du carcinome mucineux du sein.

Patientes Et Méthodes:-

Une étude rétrospective, menée au sein du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire Mohammed VIMarrakech, a permis de colliger 13 cas de carcinome mucineux du sein confirmés histologiquement entre 2019 et 2022. Les données cliniques (Age, circonstances de découverte, aspect mammographique, traitement) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

Pour chaque cas, nous avons déterminé le type histologique, la taille, le grade de la tumeur et le nombre de ganglions métastatiques, lorsqu'un curage axillaire avait été effectué. Nous avons également précisé le taux d'expression des récepteurs hormonaux ainsi que le statut HER2 par l'étude immunohistochimique.

Résultats:-

Durant la période d'étude, le carcinome mucineux du sein a représenté 0,8% de l'ensemble des carcinomes mammaire. L'âge moyen des patientes était de 49 ans (27-82 ans). La circonstance de découverte était un nodule dans 09 cas, sein inflammatoire dans 3 cas et modification du mamelon dans un cas. La localisation du côté droit était de 08 cas et du côté gauche dans 05 cas. L'échomammographie était en faveur de lésions bénignes dans 03 cas et lésions malignes dans 10 cas. La taille tumorale moyenne était de 3,5 cm (1.5-6 cm). Les tumeurs étaient classées respectivement T1, T2, T3, T4 dans 7.6%, 53.84%, 23%, 15.38%. Métastase ganglionnaire chez 06 patientes, 05 cas de forme mixte. Le carcinome mucineux du sein était mixte dans 53.84%, pure dans 46.15% des cas. Les récepteurs hormonaux étaient positifs dans 57 % et négatifs dans 43% des cas, HER2 était exprimé dans 85.7% des cas.

Le traitement a reposé sur la chirurgie chez neuf patientes, à type de mastectomie avec curage chez une patiente, un traitement conservateur chez huit cas.

Discussion:-

Le carcinome mucineux du sein est une entité histologique rare, qui touche préférentiellement la femme au-delà de soixante ans. Il représente 7 % de l'ensemble des tumeurs malignes du sein après l'âge de 75 ans et 1 % avant 35 ans [5].

Le carcinome mucineux est une variante histologique particulière de carcinome mammaire. La forme pure représente 0,8 à 1,5 % de l'ensemble des carcinomes invasifs du sein [6] et 33 à 95 % de l'ensemble des carcinomes mucineux du sein [6]. Ce faible taux serait dû à une méconnaissance du type mixte et à son inclusion probable dans le type canalaire infiltrant [7]. La forme pure du carcinome mucineux survient à un âge moyen allant de 49 à 67 ans [8]. Elle est plus tardive que la forme mixte [6]. Cela rejoint les résultats de notre série, avec une médiane d'âge de 49 ans.

L'autopalpation d'un nodule mammaire est le signe révélateur le plus fréquent, retrouvé dans plus de 80 % des cas, habituellement dans le quadrant supéro-externe [5, 9,10]. La bilatéralité est rarement décrite dans la littérature [11,12] alors que quelques cas de carcinome multifocal ont été rapportés dans la littérature [11].

La taille moyenne tumorale rapportée était de 1,5 cm avec des valeurs extrêmes allant de 0,3 à 19 cm [6, 8], la taille tumorale dans notre cas est de 3,5 cm. la majorité des carcinomes mucineux (89%) sont diagnostiqués à un stade I ou II avec des caractéristiques clinicopathologiques plus favorables que les carcinomes canaux infiltrants. En effet, ces tumeurs sont souvent de bas grade histologique avec de rares envahissements vasculaires ou nerveux [13, 14,15]. Les carcinomes mucineux purs sont caractérisés par une évolution plus lente que celle des carcinomes mucineux mixte avec des métastases ganglionnaires moins fréquente que dans les carcinomes canaux infiltrants [14, 16]. La survenue de métastases ganglionnaire dans les carcinomes mucineux purs est tardive [6]. Le métastase ganglionnaire axillaire chez les patientes atteintes de carcinome colloïde, bien que rare, semble aggraver le pronostic du cancer du sein avec un risque de récurrence et de métastases à distance plus important [5, 14].

Sur le plan radiologique, l'aspect mammographique le plus évocateur est celui d'une opacité dense, circonscrite ou polylobé, à contours finement irréguliers ou réguliers [6,17]. L'image type est dite en « balle de coton » en rapport avec le refoulement tumoral du tissu avoisinant sans véritable envahissement [6]; cependant les carcinomes colloïdes

se présentent souvent comme des masses bien limitées, mobiles, voire même lobulées pouvant ainsi simuler des tumeurs bénignes.

Il est noté que le carcinome mucineux pur se présente souvent sous la forme de masses bien limitées lobulées avec des marges bien circonscrites alors que les carcinomes mucineux mixtes apparaissent sous forme de masses à contours irréguliers avec des limites mal définies, voire spéculées avec le tissu glandulaire rappelant les carcinomes canauxaires infiltrants [11, 14, 18]. Le nombre de spicules est inversement proportionnel à la quantité du mucus [11, 14, 16].

Les microcalcifications comme le signe radiologique sont inhabituellement retrouvées dans le carcinoma mucineux. Dans la littérature, ils ont trouvé que les calcifications sont observées dans 26,1% des cas. Ce taux est plus important dans les carcinomes colloïdes mixtes que dans les carcinomes colloïdes purs [19]. La mammographie peut être normale dans 5 à 15% des cas [8].

L'échographie et la mammographie peuvent aider au diagnostic différentiel entre carcinome mucineux pur et mixte [15]. L'aspect échographique diffère selon le type de carcinome mucineux ; le pur se traduit par une lésion lobulée, iso- ou hypoéchogène homogène de contours bien circonscrits, difficiles à différencier du tissu graisseux environnant, bien limitée avec renforcement postérieur, ce dernier étant expliqué par la quantité importante de mucus au sein de la tumeur et la transmission des ultrasons à travers le mucus. Le type mixte prend l'aspect d'une masse hypoéchogène hétérogène avec atténuation acoustique postérieure, ce qui reflète la nature infiltrative de la tumeur [7]. L'imagerie par résonance magnétique est de grand intérêt pour distinguer un carcinome mucineux pur d'un fibroadénome [6].

Histologiquement, on retrouve des îlots de cellules épithéliales régulières avec des lacs extensifs de mucus extracellulaires, séparés par des cloisons fibreuses grêles [7], les cellules tumorales sont petites avec un noyau sombre au sein duquel est visible un petit nucléole [10]. La distinction entre les types pur et mixte est capitale du fait de son impact pronostique :

1. Le carcinome mucineux pur est caractérisé par la présence d'un tissu tumoral complètement entouré de mucus extracellulaire abondant, sans composante canalaire infiltrante. Ce tissu ne dépasse pas 10% du volume tumoral global [7]. La transition entre le mucus et le tissu conjonctif avoisinant est brusque ; le mucus abondant joue le rôle de barrière mécanique, ce qui atténue l'invasion cellulaire et confère à ce type un caractère moins agressif par rapport au type mixte.
2. Le carcinome colloïde mixte est caractérisé par la présence, en plus de la composante mucineuse, d'une composante canalaire infiltrante. Celle-ci constitue plus de 10% du volume tumoral total [1]; la transition entre mucus extracellulaire et tissu carcinomateux adjacent est progressive.

Les carcinomes colloïdes purs du sein sont dans la majorité des cas des carcinomes de bas grade (selon le score de SBR); l'association du carcinome colloïde pur à un carcinome intracanaire a été rapportée dans 17% des cas [6].

Les carcinomes mucineux ont un potentiel lymphophile faible par rapport aux autres types histologiques [11]. La fréquence des envahissements ganglionnaires augmente en fonction de la taille tumorale [7]. Celle du carcinome mucineux pur est de l'ordre de 2 à 14% et de 45 à 64% dans les formes mixtes [11, 16]. Certains auteurs considèrent que la présence de métastases ganglionnaires est fortement liée à la présence d'une composante carcinomateuse non mucineuse associée qui pourrait être ignorée par un mauvais échantillonnage lors de l'examen macroscopique [15]. Certains auteurs suggèrent dans leur étude que le curage ganglionnaire axillaire ne devrait plus être systématique dans le carcinome mucineux pur du sein [20]. Mais d'autres ont démontré qu'un âge jeune était parmi les facteurs souvent associés à la présence d'adénopathie axillaires [20]. De ce fait, la technique du ganglion sentinelle serait néanmoins utile afin de détecter les patientes présentant des métastases ganglionnaires et de mieux adapter le traitement adjuvant [15].

L'étude immunohistochimique des récepteurs hormonaux pour l'œstrogène et la progestérone est généralement positive, plus particulièrement de l'œstrogène (91% des cas) [6, 8]. L'expression de Her2/neu et de la P53 est souvent absente, ces anticorps sont considérés être des facteurs histopronostiques défavorables [3].

Les récepteurs hormonaux sont positifs dans notre série.

La prise en charge thérapeutique repose essentiellement sur la chirurgie le pronostic favorable de ce type de tumeur. Un traitement chirurgical conservateur est indiqué pour les T1 et T2 suivie de radiothérapie. La forme pure est connue par son potentiel lymphophile faible. Certains auteurs proposent dans leur étude que le curage ganglionnaire axillaire ne devrait plus être systématique dans le carcinome colloïde pur du sein [21]. Quant aux autres piliers thérapeutiques, à savoir la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, leurs indications sont similaires à celles des autres carcinomes mammaires [16].

La survie du carcinome mucineux est nettement supérieure aux autres types de cancers mammaires, notamment dans sa forme pure [7, 11, 16]. La survie à dix ans passe de 91% dans la forme pure à 46% dans la forme mixte [6]. La survenue de métastases dans les carcinomes mucineux purs est tardive [6].

Conclusion:-

Une masse d'allure bénigne en imagerie n'est pas toujours rassurante, surtout si elle survient chez une femme de plus de 60 ans. Puisqu'elle peut révéler un carcinome mucineux. La distinction entre la variante, pure et mixte qui est importante car l'attitude thérapeutique et l'incidence pronostique en dépendent. Le pronostic de la forme mixte qui rejoint celui des carcinomes canaux infiltrants est moins bon que celui de la forme pure.

Références:-

1. Anan K, Mitsuyama S, Toyoshima S. Pathologic features of mucinous carcinoma of the breast are favorable for breast conserving therapy. *Eur J Surg Oncol* 2001;27:459-63.
2. I.K. Komenaka et al. Pure mucinous carcinoma of the breast *Am J Surg* (2004)
3. Hsu YH, Shaw CK. Expression of P53, DCC, and HER-2/NEU in mucinous carcinoma of the breast. *Kaohsiung J Med Sci* 2005;21:197-202.
4. C.R. Barkley et al. Mucinous breast carcinoma : a large contemporary series *Am J Surg* (2008)
5. Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, Hutten N, Body G. Cancer du sein chez l'homme : à propos de 19 cas. *Annales de Chirurgie*. October 2002; 127(8): 619-623.
6. Chtourou I, Krichen MS, Bahri I, Abbes K, et al. Carcinome colloïde pur du sein: étude anatomoclinique de sept cas. *Cancer/Radiothérapie*. January 2009; 13(1): 37- 41.
7. Haddad H, Benchakroun N, Acharki A, Jouhadi H, et al. Le carcinome colloïde du sein. *Imagerie de la femme*. Juin 2006; 16(2): 119-23.
8. Komenaka IK, El-Tamer MB, Troxel A, Hamele-Bena D, et al. Pure mucinous carcinoma of the breast. *Am J Surg*. 2004 Apr;187(4):528-32.
9. Tunon de Lara C, Goudy G, MacGrogan G, Durand M, et al. Cancers du sein chez l'homme : à propos de 52 cas pris en charge à l'institut Bergonié de Bordeaux entre 1980 et 2004. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. April 2008; 36(4): 386- 394.
10. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer*. 2004 Jul 1;101(1):51-7. PubMed | Google Scholar
11. Kouach J, Elhassani M, Elfazzazi H, Hafidi R, et al. Carcinome mucineux multifocal du sein. *Imagerie de la Femme*. Février 2009; 19(1): 59-62.
12. Mayi-Tsonga S, Meye JF, Pither S, et al. Carcinome mucineux du sein et fibroadénomes récidivants: difficultés diagnostiques à propos d'une forme clinique bilatérale. *Imagerie de la Femme*. Mars 2004; 14(1):23-6
13. Goss PE, Reid C, Pintilie M, Lim R, Miller N. Male breast carcinoma: a review of 229 patients who presented to the Princess Margaret Hospital during 40 years: 1955-1996. *Cancer*. 1999 Feb 1;85(3):629-39.
14. Cherif NI, El Ganouni N, Dami K, et al. Aspect particulier d'un carcinome mucineux pur du sein. *Imagerie de la Femme*. Mars 2007; 17(1): 46-8.
15. Stita W, Trabelsi A, Jaidene L, Ben Abdelkerim S, et al. Le carcinome mucineux pur du sein à propos de 18 cas. *Imagerie de la Femme*. Septembre 2008; 18(3): 187- 190.
16. Ishikawa T, Hamaguchi Y, Ichikawa Y, Shimura M, et al. Locally advanced mucinous carcinoma of the breast with sudden growth acceleration: a case report. *Jpn J Clin Oncol*. 2002 Feb;32(2):64-7.
17. Matsuda M, Yoshimoto M, Iwase T, Takahashi K, et al. Mammographic and clinicopathological features of mucinous carcinoma of the breast. *Breast Cancer*. 2000 Jan;7(1):65- 70.
18. Tse GM, Ma TK, Chu WC, Lam WW, et al. Neuroendocrine differentiation in pure type mammary mucinous carcinoma associated with favorable histologic and immunohistochemical parameters. *Mod Pathol*. 2004 May;17(5):568- 72..

19. Liu H, Tan H, Cheng Y, Zhang X, Gu Y, Peng W. Imaging findings in mucinousbreastcarcinoma and correlatingfactors. Eur J Radiol. 2011 Dec;80(3):706-12.
20. Laabadi K, Jayi S, Fdili Alaoui F, Bouguern H, Chaara H, Melhouf A. Carcinome colloïde du sein : à propos d'un cas. Pan Afr Med J 2013;16:93.
21. Paramo JC, Wilson C, Velarde D, Giraldo J, Poppiti RJ, Mesko TW. Pure mucinouscarcinoma of the breast: isaxillarystagingnecessary? Ann SurgOncol 2002;9:1.