METASTASE DU CUIR CHEVELU RÉVÉLANT UN CARCINOME LOBULAIRE MAMMAIRE
À propos d’un cas et revue de la littérature

Auteurs

HI.M.CHERFOUH; S.DBERRICHI;N.CHAHER*
*Service d’anatome et de cytologie pathologiques.EHS Salim Zemirli-El Harrach Alger.
** Service de neurochirurgie EHS Salim Zemirli-El Harrach Alger.

Introduction

Les metastases cutanées touchent 0.6%-10.4% de tous les patients atteints du cancer et ne représentent que 2 % de toutes les métastases. Elles sont rares mais pas inhabituelles. Les cancers du poumon et du sein sont les principales sources de métastases cutanées(32.7% des métastases cutanées sont d’origine mammaire). Dans la plupart des cas les métastases cutanées apparaissent après le diagnostic du cancer primitif, elles sont présentes dans 23,9 % des stades IV. Les carcinomes occultes, cherchés devant la découverte d’une métastase ne représentent que 0,1-0,8 %. Nous rapportons le cas d'un carcinome lobulaire mammaire révélé par des nodules cutanés métastatiques du cuir chevelu.

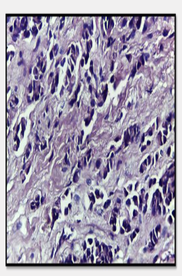
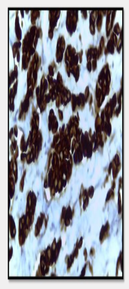


Fig.1. HE. (G×40). cellule épithéliales agencés en travées et fils indiens.

Fig.2. AE1/AE3 et CK7 POSITIF. (G×100).



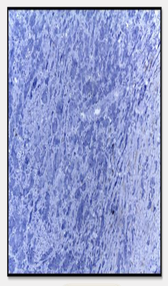


Fig.3. CK20 NEGATIVE.(G×40).

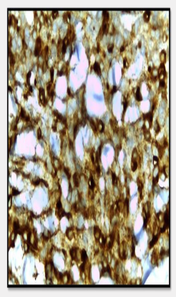
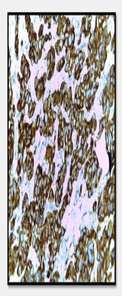


Fig.4. MAMMAGLOBINE POSITIF. (G×100).



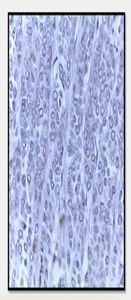


Fig.5.RECEPTEURES A PROGESTERONE POSITIF RECEPTEURS A OESTROGENE NEGATIVE . (G×100).

Fig.2. KI 67 ESTIM2 A 20 %. (G×100).

BIBLIOGRAPHIE

1.Hussein MR. Skin métastases: a pathologist’s perspective. J CutanPathol.2010;37:e1-e20.
2. Qingqing Ding, Lei Huo, et al ,Immunohistochemical Markers for Distinguishing Metastatic Breast Carcinoma from Other Common Malignancies: Update and Revisit,Seminars in Diagnostic Pathology,2022 ,ISSN 0740-2570,
3. Wong CY, Helm MA, Helm TN, et al. Patterns of skin metastases:a review of 25 years’ experience at a single cancer center. Int J Dermatol.2014;53:56-60.
4. C. Mordenti, et al. Cutaneous metastatic breast carcinoma. Acta dermatovenerologica. 2000; 9, No 4 ,2010.
5. Annales de Dermatologie et de VénéréologieVolume 145, Issue 12, Supplement, December 2018, undiagnostic histologique inattendu dans un cas d’alopécie du cuir chevelu
6.Florence Dalenc, Amélie Lusque, et al, Impact of lobular versus ductal histology on overall survival in metastatic breast cancer:a French retrospective multicentre cohort study,European Journal of Cancer,Volume 164,2022,Pages 70-79,ISSN 0959-8049,
7. Schwartz RA.— Histopathological aspects of cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol, 1995, 3, 649-657.
8.Wong CY, Helm MA, Kalb RE, et al. The presentation, pathology, andcurrent management strategies of cutaneous metastasis. N Am J Med Sci.2013;5:499-504

Patient et méthode

Madame L.F âgée de 52 ans consulte pour une lésion kystique indolore du cuir chevelu. Elle a bénéficié d’une biopsie exérèse, le nodule adressé mesure (1,5x0, 6) cm, non encapsulé de couleur grisâtre et de consistance ferme. Le prélèvement a été inclus en totalité.

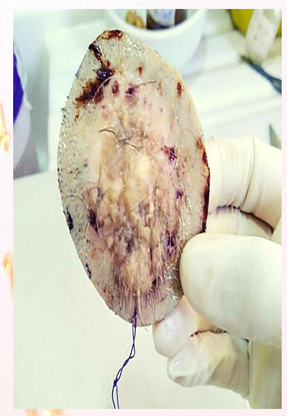


Fig.5. nodule suspecte du cuire chevlu .

Résultats

L'examen histologique objective une prolifération carcinomateuse agencée en travée, en files indiennes, en structures tubulaires et rarement en cellules isolées. Les cellules sont de taille petite à moyenne au noyau basophile atypique et au cytoplasme moyennement abondant. Le stroma est fibreux de moyenne abondance. Par ailleurs nous notons un contingent fait de lobules séparés par un stroma endocrinoïde.
L’étude immunohistochimique révèle un marquage diffus de AE1/AE3, CK7, une expression hétérogène de la Mammaglobine et l’absence de marquage par la CK20 et les marqueurs neuroendocrines (synaptophysine, chromogranine A, CD56).
On objective une expression nucléaire forte pour les récepteurs progestéroniques et l’absence d’expression pour les récepteurs œstrogéniques.
Absence de surexpression de l’HER2,
le Ki67 est estimé à 20 %.
L’aspect morphologique et le profil immunohistochimique plaident en faveur d’une localisation cutanée d’un carcinome mammaire probable.
Les explorations complémentaires ultérieures ont permis de retrouver le site primitif, localisé au niveau du sein droit et dont l’analyse histologique objective les mêmes caractéristiques morphologiques et immunohistochimiques que ceux du nodule de cuir chevelu.

Conclusion

La découverte des carcinomes mammaires par la présence de métastases du cuir chevelu est très rare, peut représenter un vrai défi diagnostique et nécessite des explorations cliniques et paracliniques minutieuses. Le pronostic de ces métastases est péjoratif du fait de la dissémination insidieuse et les manifestations cliniques trompeuses qui retardent souvent leur diagnostic.
Leur traitement reste uniquement palliatif, il est basé sur la chimiothérapie systémique puisqu’elles sont le plus souvent associées à des métastases multiples.

Discussion

Reconnaître une métastase enchâssée dans la peau n’est habituellement pas problématique, en revanche, l’identification précise de sa nature et de son origine est beaucoup plus difficile surtout face à une métastase isolée dont le cancer primitif n’a pas encore été détecté ; Dans ce cas, deux informations sont utiles à considérer : le sexe du patient et la topographie des métastases.
Le sexe féminin, l’aspect nodulaire et la localisation au cuir chevelu chez notre malade permettent de suspecter l’origine mammaire. Les métastases des carcinomes mammaires surviennent localement (86%) ou à distance (14%) souvent sous forme des nodules cutanés ou sous-cutanés indolores et rapidement progressifs. Au niveau du cuir chevelu, certaines métastases sont alopéciantes , se présentant comme un placard lisse, glabre, induré et lentement extensif.
Les carcinomes lobulaires métastasent avec la même fréquence que les carcinomes canalaires invasifs vers le cerveau, les poumons, la plèvre, le foie et les ganglions lymphatiques ; ils ont en plus la particularité de disséminer vers d’autres sites atypiques tels que le péritoine, le rétropéritoine et les tractus gastro-intestinaux et la peau.
Les métastases du carcinome lobulaire contrairement à celles du carcinome canalaire ne s’organise pas en amas nodulaires mais en trainées de cellules discohésives alignées en « files indiennes » susceptibles d’envahir et d’épaissir les organes sans les détruire ; expliquant des manifestations cliniques parfois atypiques ou frustres et un retard diagnostique important ;
Cette dissémination particulière serait liée à une perte d’expression de la molécule d’adhésion E-cadhérine par les cellules tumorales.
Les rapports entre métastases et cancer primitif sont souvent difficiles à établir, Il existe en effet peu de structures spécifiques et bien souvent on doit se contenter de l’étiquette adénocarcinome, carcinome épidermoïde ou carcinome anaplasique.
Une étude immunohistochimique complémentaire, avec une interprétation fine et détaillée de l’expression d’un panel bien choisi de protéines, peut alors être d’une aide précieuse et orienter vers l’origine mammaire ou non de la métastase.
Les carcinomes mammaires sont CK7+ et CK20–. La présence de la mammaglobine (MGB1) quand elle existe, oriente très fortement vers l’origine mammaire ainsi que les récepteurs hormonaux qui ont une sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive respectivement de 73%, 100% et 100%, dans le diagnostic du carcinome métastatique cutané du sein.
La preuve de l’origine mammaire d’une métastase cutanée c’est souvent un diagnostic anatomopathologique, morphologique et immunohistochimique qui nécessite un dialogue Entre clinicien et pathologiste.