

Carcinome colloïde du sein: A propos de trois cas

[Colloid carcinoma of the breast: A review of three cases]

Chaymaa Mohammadine¹, Zineb Aboueddahab², Wissal Zahir¹, Samia Tligui¹, Fatima Elhassouni¹, and Samir Bargach¹

¹Department of Gynecology-Obstetrics-Oncology and High-Risk Pregnancy, Souissi Maternity Hospital, Ibn Sina University Hospital Center, Rabat, Morocco

²Department of Gynecology and Obstetrics, Mohammed V Military Training Hospital, Rabat, Morocco

Copyright © 2023 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Colloid carcinoma of the breast is a rare histological entity, representing only 1 to 6% of all breast carcinomas. It affects a specific population and is known for its favorable prognosis compared to other breast cancers. Through three clinical cases of colloid carcinoma and a review of the literature, we will try to discuss the main clinical-pathological and evolutionary characteristics of this rare form of breast cancer.

KEYWORDS: Carcinoma; Breast; Colloid; Mucinous; Pure; Mixed; Prognosis.

RESUME: Le carcinome colloïde du sein est une entité histologique rare, puisqu'il représente seulement 1 à 6% de l'ensemble des carcinomes mammaires. Il touche une population spécifique, et il est connu pour son pronostic favorable par rapport aux autres de cancers du sein. A travers trois cas cliniques de carcinome colloïde et une revue de la littérature, nous essaierons de discuter les principales caractéristiques clinico-pathologiques et évolutives de cette forme rare du cancer du sein.

MOTS-CLEFS: Carcinome; Sein; Colloïde; Mucineux; Pur; Mixte; Pronostic.

1 INTRODUCTION

Le cancer du sein est une maladie répandue qui touche 1 femme sur 8 dans le monde [1]. Sur le plan histo-pathologique, le carcinome colloïde appelé aussi, carcinome mucineux ou gélatineux, est une variante histologique très rare, il représente 1 à 7 % de l'ensemble des carcinomes infiltrant du sein [2]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le carcinome colloïde du sein est défini par la présence de cellules tumorales malignes muco-sécrétantes qui flottent dans le mucus. Deux formes histologiques ont été décrites: la forme pur (dans laquelle la composante de carcinome canalaire infiltrant est absente ou minoritaire $\leq 10\%$), et la forme mixte [3]. Cette distinction est importante à préciser du fait de sa valeur pronostique. En effet, dans le carcinome colloïde pur, le tissu tumoral est entouré par du mucus extracellulaire formant ainsi une barrière mécanique qui va atténuer l'invasion cellulaire, ce qui rend cette forme moins agressive que la forme mixte et donc un pronostic plus favorable [4]. A la lumière de trois cas cliniques de patientes atteintes d'un carcinome colloïde du sein, et des données de la littérature, nous allons discuter les principales caractéristiques cliniques et évolutives de ce type de carcinome ainsi que les modalités de prise en charge.

2 CAS CLINIQUES

2.1 CAS N°1

Patiente âgée de 52 ans, ménopausée, sans antécédents notables, qui a consulté pour un nodule du sein droit découvert à l'autopalpation. L'examen clinique a trouvé un nodule de 4 x 3 cm au niveau du quadrant supéro-externe (QSE) droit, mobile, de contours lobulés, associé à une adénopathie axillaire homolatérale mobile. La mammographie a révélé une opacité grossièrement arrondie, bien limitée, de contours lobulés et flous, sans foyers de microcalcifications classée BIRADS 4 (Figure 1). Le complément échographique a objectivé une formation hypoéchogène hétérogène, à grand axe oblique par rapport à la peau, au niveau du QSE droit, mesurant 42x 23mm, associé à des adénopathies axillaires homolatérale suspecte. La biopsie est revenue en faveur d'un carcinome mucineux grade 2, avec un marquage positif au récepteurs oestrogénique et progestéronique, l'HER2 était négatif et le Ki 67 était à 35%. Un bilan d'extension, fait d'une TDM Thoraco-Abdomino-Pélvienne (TAP), était sans particularité. La tumeur a été classé cliniquement T2N1M0. Une chirurgie conservatrice (tumorectomie droite avec curage axillaire homolatéral) a été réalisée. L'étude histopathologique de la pièce opératoire a révélé un carcinome mucineux infiltrant mesurant 35 mm, associé à une composante intra-canaulaire de 17mm, de grade II, avec emboles vasculaire et une atteinte ganglionnaire (3N+/21N). Une chimiothérapie a été administré ainsi qu'une radiothérapie et une hormonothérapie. Après traitement, la patiente se porte bien et ne présente aucun signe de récurrence, avec 18 mois de recul.

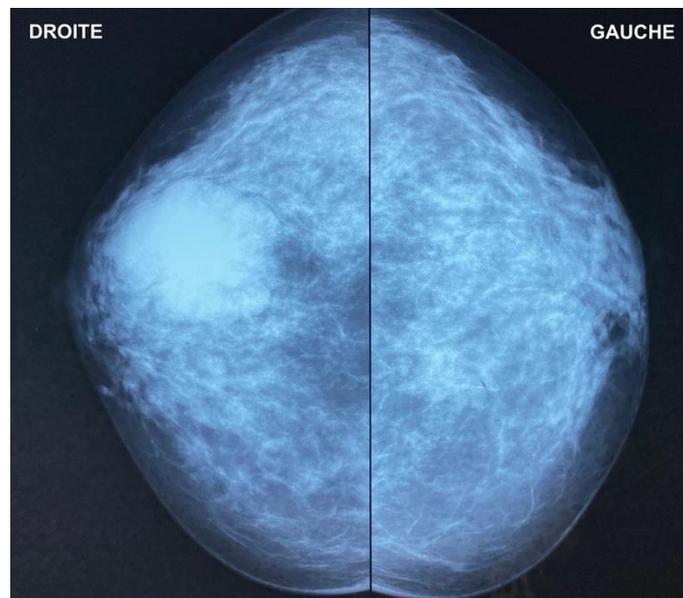


Fig. 1. Mammographie de face montrant l'opacité droite au niveau du QSE, de forme arrondie, bien limitée, de contours lobulés flous, sans microcalcification classé BIRADS 4

2.2 CAS N°2

Patiente âgée de 57 ans, cycle régulier, ayant comme antécédent une sœur décédée par un cancer du sein métastatique. Elle a consulté pour un nodule du sein gauche découvert à l'autopalpation. L'examen clinique a objectivé un nodule de 3,5 cm de diamètre, au niveau de la jonction des quadrants externes gauche (JQE), mobile, de contours lobulés, sans adénopathie axillaire associée. L'écho-mammographie a montré deux opacités superposées correspondant à deux formations hypoéchogènes à contours bien limités et mesurant respectivement 19 x 12 mm et 21 x 18 mm, faisant évoquer des adénofibromes, classées ACR 3 (Figure 2). Vu l'antécédent familial de cancer du sein et l'âge avancé de la patiente, une biopsie a été réalisée. L'étude histopathologique a révélé un carcinome colloïde infiltrant. La tumeur a été classé cliniquement T2N0M0. La patiente a donc bénéficié d'une chirurgie conservatrice du sein gauche. L'étude histologique et immunohistochimique de la pièce opératoire étaient en faveur d'un carcinome mucineux infiltrant bifocal pur, mesurant 4cm, de grade I, sans emboles vasculaire ni envahissement ganglionnaire, les récepteurs hormonaux étaient positifs, l'HER2 était négatif et le Ki67 était à 10%. Une Radiothérapie et une hormonothérapie ont été démarrés. Après traitement, la patiente se porte bien et ne présente aucun signe de récurrence, avec 2 ans de recul.

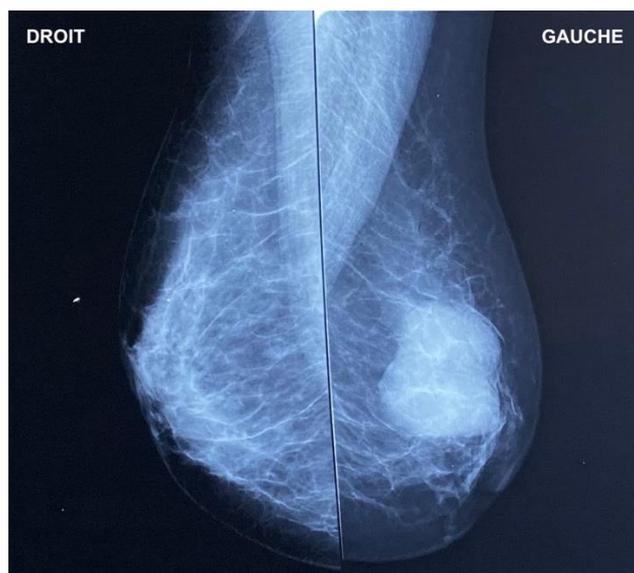


Fig. 2. Mammographie de profil montrant deux opacités superposées, au niveau de la JQS gauche, à contours bien limités classées BIRADS 3

2.3 CAS N°3

Patiente âgée de 39 ans, cycle régulier, sans antécédant pathologique notable qui a consulté pour un nodule du sein droit. L'examen clinique a révélé un nodule rétro-aréolaire de 2,5 cm de diamètre, adhérent au plan cutané et mobile par rapport au plan profond, mal limité, associé à une ADP axillaire homolatérale mobile. La mammographie a montré un sein droit classé BIRADS 4, siège d'une opacité bien circonscrite d'allure suspecte avec de fines spicules (Figure 3). Le complément échographique a retrouvé la même lésion droite, mal limitée, de contours spiculés, hypoéchogène hétérogène, mesurant 17 x 11 mm associé à deux adénopathies axillaires droites suspectes également. La biopsie du nodule a révélé un carcinome colloïde muqueux infiltrant de grade I associé à une composante intracanaulaire. La TDM TAP n'a pas montré de métastase à distance. Une chirurgie conservatrice du sein gauche avec curage axillaire a été réalisée dont l'analyse histologique était en faveur d'un carcinome muqueux infiltrant avec une composante intracanaulaire, mesurant respectivement 28 mm et 7mm, de grade II, avec présence d'embolus vasculaire et un envahissement ganglionnaire (1N+/17N), les récepteurs hormonaux étaient positifs, l'HER2 était négatif et le Ki67 était à 15%. La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie, radiothérapie et une hormonothérapie. Après traitement, la patiente se porte bien et ne présente aucune récurrence avec 2 ans de recul.

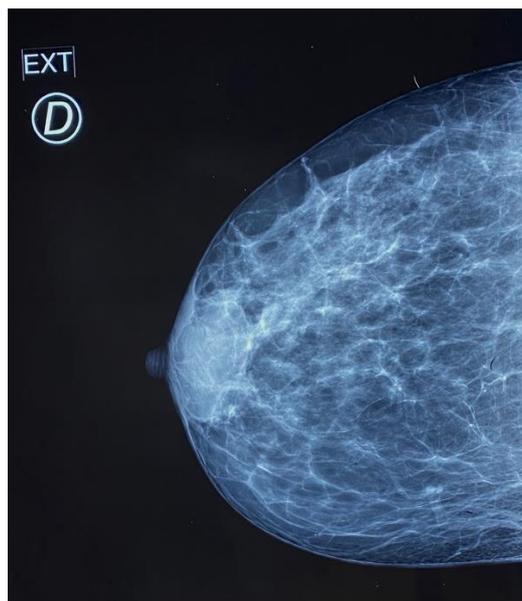


Fig. 3. Mammographie de face du sein droit montrant l'opacité rétro-aréolaire d'allure suspecte classé ACR 4

3 DISCUSSION

Le carcinome colloïde du sein est une variante histologique rare qui touche préférentiellement la femme après 60 ans. Il représente 1% des carcinomes du sein avant l'âge de 35 ans et 7% après 75ans [4]. Ce qui rejoint les résultats de notre série, avec un âge moyen de 49 ans. La forme pure représente 33 à 95 % de l'ensemble des carcinomes colloïdes du sein [3]. Ce taux serait dû à une méconnaissance du type mixte et à son inclusion probable dans le type canalaire infiltrant [5]. La forme pure survient à un âge plus avancé que la forme mixte, avec une moyenne d'âge de 49 à 67 ans.

Sur le plan clinique, le carcinome colloïde est une tumeur maligne de croissance lente [6]. Sa modalité de découverte se fait à la palpation dans plus de 80% des cas [7], comme c'est le cas de nos patientes. Il peut simuler une tumeur bénigne, et se présente souvent sous forme d'une masse bien limitée, mobile voir même lobulée [3]. La localisation habituellement décrite est le QSE [5] et la multifocalité a été rapportés chez certains cas, alors que la bilatéralité a été rarement décrite dans la littérature [7]. L'une de nos patientes avait un carcinome colloïde bifocale. La taille tumorale moyenne rapportée dans la littérature est de 1,5 cm, elle était supérieure dans le carcinome colloïde mixte, et dans 96 % des cas la tumeur était classée T1 ou T2 (de la classification TNM du cancer du sein) [9]. Chez nos patientes toutes les tumeurs étaient classées T2. L'atteinte ganglionnaire était associée à une taille tumorale plus grande [10], elle était plus fréquente dans la forme mixte [3], et il a été démontré qu'elle semblait aggraver le pronostic du cancer colloïde du sein avec un risque de récurrence et de métastases à distance plus important [2].

Sur le plan radiologique, la mammographie peut être normale dans 5 à 15% des cas [9]. Cependant le caractère rassurant de l'imagerie contrastant avec l'âge avancé des patientes devrait faire craindre la malignité [3]. Comme c'est le cas de notre patiente n°2, chez qui la mammographie a révélé une lésion en faveur d'un adénofibrome, mais vu l'âge avancé, la biopsie a été réalisée et a révélé un carcinome colloïde. L'aspect mammographique le plus évocateur est celui d'une opacité dense, circonscrite ou polylobé, à contours réguliers ou finement irréguliers. L'image type est dite en « balle de coton » [3]. Les microcalcifications sont rares et sont généralement liées à la présence d'une composante in situ [3]. Concernant l'échographie mammaire, elle permet de faire la différence entre les deux types de carcinomes colloïdes [5]. L'IRM quant à elle, permet de distinguer un carcinome colloïde pur d'un adénofibrome [3]. Et le bilan d'extension montre rarement des lésions métastatiques [4], comme c'est le cas pour nos trois patientes.

Histologiquement, l'aspect du carcinome colloïde du sein est souvent lobulé avec présence de logettes séparées par des cloisons fine de collagène, contenant du mucus où flottent des petits amas de cellules tumorales uniformes [11]. Dans la forme mixte, la transition entre le mucus et le tissu conjonctif est progressive, contrairement à la forme pure où elle est brusque et constitue une barrière mécanique ce qui rend cette dernière moins agressive. De plus le carcinome colloïde pur est majoritairement de bas grade (selon le score de Scarf Bloom et Richardson) [3]. Sur le plan immunohistochimique, les carcinomes mucineux du sein sont caractérisés par une expression importante des récepteurs hormonaux (dans 87% des cas), un Her 2 souvent négatif et un taux de Ki67 majoritairement bas (inférieur à 14%) [10], [12].

Il n'y a pas de consensus particulier concernant la prise en charge thérapeutique du carcinome colloïde du sein [8]. Cependant la chirurgie est toujours indiquée, tout en préconisant une chirurgie conservatrice pour la forme pure et les tumeurs T1 et T2 [8]. Le curage axillaire n'est pas systématique dans la forme pure, car il est connu pour son faible taux de métastases ganglionnaires (2 à 14% contre 45 à 64% dans la forme mixte). Mais certains auteurs ont démontré qu'un jeune âge était parmi les facteurs souvent associés à la présence d'adénopathies axillaires [4]. Quant aux traitements adjuvants, à savoir la Radiothérapie, la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie, leurs indications est similaire à celles des autres types de carcinome mammaire [4], [9]. L'attitude thérapeutique adaptée pour nos trois patientes est similaire à celle décrite dans la littérature.

La majorité des auteurs s'accordent pour dire que le carcinome colloïde est associé à une évolution plus favorable et une survie plus longue par rapport aux autres tumeurs malignes du sein, notamment dans sa forme pure [4], [8]. Le taux de survie à 10 ans passe de 91% dans la forme pure à 46% dans la forme mixte [3]. La survenue de métastase est souvent due à un diagnostic tardif, ou à la présence d'une composante infiltrante [12]. Cependant, des rechutes tardives aussi bien locorégionales qu'à distance peuvent survenir, d'où l'intérêt d'une surveillance à long terme [3].

4 CONCLUSION

Le carcinome colloïde mammaire est une tumeur rare du sein. Il faut toujours l'évoquer devant un nodule du sein d'allure bénin en imagerie, surtout si celui-ci survient chez une femme d'âge avancé. La distinction entre les deux variantes histologiques, pure et mixte, du carcinome colloïde est capitale du fait de son impact pronostique et thérapeutique. Un échantillonnage plus important avec un suivi plus long sont nécessaires pour obtenir une meilleure compréhension de cette tumeur.

REFERENCES

- [1] Breast Cancer Statistics. How Common Is Breast Cancer?. [Online] Available: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breastcancer.html> (15 March, 2022).
- [2] H. Liu, H. Tan, Y. Cheng, et al. Imaging findings in mucinous breast carcinoma and correlating factors. *Eur J Radiol.* Vol. 80, no. 3, pp. 706-12, 2011.
- [3] I. Chtourou, M.S Krichen, I. Bahri, K. Abbes, et al. Carcinome colloïde pur du sein: étude anatomoclinique de sept cas. *Cancer/Radiothérapie.* Vol. 13, no. 1, pp. 37-41, 2009.
- [4] N. Naqos, A. Naim, H. Jouhadi, A. Taleb, et al. Carcinome mucineux du sein: profil clinique, biologique et évolutif. Vol. 20, no. 8, pp. 801-804, 2016.
- [5] H. Haddad, N. Benchakroun, A. Acharki, H. Jouhadi, et al. Le carcinome colloïde du sein. *Imagerie de la femme.* Vol. 16, no. 2, pp. 119-23, 2006.
- [6] A. Ranade, R. Batra, G. Sandhu, et al. Clinicopathological evaluation of 100 cases of mucinous carcinoma of breast with emphasis on axillary staging and special reference to a micropapillary pattern. *J Clin Pathol.* Vol. 63, no. 12, pp. 1043-7, 2010.
- [7] S.H. Giordano, D. S. Cohen, A. U. Buzdar, G. Perkins, G. N. Hortobagyi. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer.* Vol. 101, no. 1, pp. 51-7, 2004.
- [8] A. Dumitru, A. Procop, A. Iliesiu, et al. Mucinous breast cancer: a review study of 5-year experience from a hospital – based series of cases. *Maedica (Buchar).* Vol. 10, pp. 14–8, 2015.
- [9] I. K. Komenaka, M. B. El-Tamer, A. Troxel, et al. Pure mucinous carcinoma of the breast. *Am J Surg.* Vol. 187, no. 4, pp. 528-32, 2004.
- [10] C. R. Barkley, J. A. Ligibel, J. S. Wong, et al. Mucinous breast carcinoma: a large contemporary series. *Am J Surg.* Vol. 196, pp. 549–51, 2008.
- [11] G. SS. Kavita, R. Kudva, P. Sandee. Kumar Mixed Mucinous and Infiltrating Carcinoma Occurring in Male Breast Study of Clinico-Pathological Features: A Rare Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* Vol. 9, no. 6, pp. 7-8, 2015.
- [12] O. El Amine El Hadj, M. Ayadi, et al. Les carcinomes mucineux du sein entité rare à connaître: étude clinico-pathologique de 48 cas. *La TUNISIE MEDICALE.* Vol. 94, pp. 8-9, 2016.