

Quand un cancer du sein se cache derrière des lésions mélaniques – 13^{ème} cas mondial

Marion BECK¹, Catherine TERRET², BOUSCHON Pauline³, ROBIN Sophie⁴, SAIDI Michèle⁵, Mona AMINI-ADLE³, Mellie HEINEMANN¹

DESCRIPTION

Patiente de 77 ans aux antécédents de carcinome infiltrant non spécifique, hormonodépendant (RH+) du QSE du sein gauche (pT1cN1M0) traitée en 2004 par chirurgie conservatrice et curage axillaire, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, qui a consulté en 2020 pour des lésions mélaniques du sein gauche.

PARACLINIQUE

Biopsie de la lésion mélanique :

Carcinome infiltrant d'origine mammaire.

Bilan mammaire :

Sein gauche : nodule mammaire en regard de la cicatrice, 12 mm.

Biopsie du sein gauche :

Carcinome infiltrant, non spécifique, RH+, HER2 non surexprimé.

Bilan d'extension :

Maladie localisée au sein

CLINIQUE

Examen clinique (Image 1) :

Macules cutanées pigmentées, de 3-6 mm, en regard de la cicatrice du sein gauche et du sillon sous-mammaire.

Examen dermoscopique (Image 2) :

« Peppering » hyperpigmenté sans structure, pouvant faire suspecter un mélanome.

PRISE EN CHARGE

Traitement néo-adjuvant associant un anti-aromatase et un inhibiteur de CDK4/6. Trois mois après, devant une mauvaise tolérance et la stabilité de la maladie localisée, il est réalisé une mastectomie totale emportant l'ensemble des lésions cutanées visibles. L'histologie retrouve un carcinome infiltrant non spécifique intra-mammaire en regard de l'ancien lit opératoire, RH+, HER2 non surexprimé, avec une atteinte cutanée, en limite saine (Image 3). Les traitements adjuvants proposés sont déclinés par la patiente. A 6 mois de la chirurgie, la surveillance ne retrouve pas de récurrence.

IMAGES



Image 1



Image 2

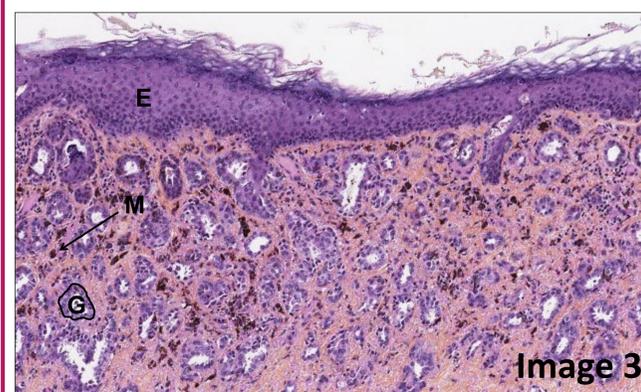


Image 3

Localisation sous-épidermique (E) d'une prolifération adénocarcinomeuse d'architecture glandulaire (G) d'origine mammaire colonisée par des mélanocytes et mêlée à des mélanophages (M).

DISCUSSION

Les métastases cutanées sont retrouvées dans **0,7 à 10 %** des cas, quel que soit le cancer primitif. Dans 20 % des cas, elles s'associent à un **cancer du sein**. Elles apparaissent en moyenne **5 ans** après la prise en charge initiale. Cependant, les métastases cutanées d'un cancer du sein mimant un mélanome restent **exceptionnelles**. Nous rapportons le **13^{ème}** cas décrit dans la littérature. Le mécanisme physiopathologique du développement des métastases cutanées pigmentées n'est pas clairement décrit. La **biopsie cutanée** est le seul moyen d'en faire le diagnostic. La prise en charge thérapeutique ne fait pas l'objet de recommandations. Le plan de soins sera donc adapté aux **caractéristiques biologiques** de la tumeur et au patient.

1. Département de chirurgie oncologique, Séno-gynécologie, Centre Léon Bérard, Lyon.

2. Département oncologie médicale, Oncogériatrie, Centre Léon Bérard, Lyon.

3. Département oncologie médicale, Dermatologie, Centre Léon Bérard, Lyon.

4. Département radiothérapie, Centre Léon Bérard, Lyon.

5. Département anatomopathologie, Centre Léon Bérard, Lyon.

1. Krathen et al. Cutaneous metastasis : a meta-analysis of data. South Med J. févr 2003;96(2):164-7.

2. Requena et al. Pigmented mammary Paget disease and pigmented epidermotropic metastases from breast carcinoma. Am J Dermatopathol. juin 2002;24(3):189-98.

3. Kitamura et al. Pigmented skin metastasis of breast cancer showing dermoscopic features of malignant melanoma. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. mai 2015;29(5):1034-6.