

# CANCER DE SEIN BILATERAL RADIO-INDUIT APRES UNE MALADIE DE HODGKIN: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

K. Fathallah, I. Laabidi, A. Boukadida, A. Khlifi, R. Briki, M. Kouira, L. Elgoul, F. Hachani, S. Meddeb, A. Memmi,  
W. Denguezli, M. Fekih, H. Saidi, A. Chaieb, S. Boughizène, M. Bibi, S. Hidar, H. Khairi  
Hôpital Farhat Hached, Service de Gynécologie Obstétrique  
Faculté de médecine de Sousse, 4000 Sousse, Tunisie

## INTRODUCTION:

Depuis les années 1970, l'utilisation dans la maladie de Hodgkin (MDH) d'irradiations étendues sus- et sous diaphragmatiques associées à une polychimiothérapie à base d'alkylants a augmenté les taux de survie. L'accroissement du nombre de patients survivants a permis d'observer des complications tardives du traitement combiné, notamment la survenue de cancers secondaires, première cause de décès après dix ans ou plus.

Les cancers secondaires les plus fréquents sont les lymphomes non hodgkiniens, les leucémies aiguës et les tumeurs solides dont la plus fréquente est le cancer du sein.

En se référant à un cas clinique et à une revue de la littérature, nous allons essayer de décortiquer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et pronostiques des néoplasies du sein apparues après une MDH traitée.

## OBSERVATION:

Il s'agit d'une patiente âgée de 41 ans, G3P3, aux antécédents de maladie de Hodgkin diagnostiquée en 1987, traitée par radio et chimiothérapie et actuellement en rémission. Elle consulte pour un nodule du sein gauche apparu depuis quelques mois, soit 25 ans après sa rémission.

A l'examen, on trouve un nodule dur mal limité de 4 cm au niveau du quadrant supéro interne du sein gauche avec une adénopathie axillaire homolatérale de 2cm. Il s'y associe un écoulement sanguinolent unigalactophorique sur le rayon de 3h. L'examen du sein droit ne note aucune anomalie.

Une écho mammographie a été réalisée montrant trois lésions tissulaires suspectes sur le rayon de 3h dont la plus volumineuse est para aréolaire avec des adénopathies axillaires gauches d'allure secondaire. L'écho mammographie a également révélé une asymétrie focale de densité du QSE droit avec un foyer de microcalcifications polymorphes et présence à l'échographie d'une lésion tissulaire suspecte à ce niveau. Les deux seins ont été classés ACR5. Une microbiopsie échoguidée a été pratiquée au niveau des deux seins révélant ainsi un carcinome canalaire infiltrant (CCI) SBR II à gauche avec des récepteurs hormonaux positifs et un CCI SBR I à droite avec une composante intracanaire de bas grade avec récepteurs hormonaux positifs. Le bilan d'extension était négatif. La patiente avait eu un ptey bilatéral avec technique de ganglion sentinelle suivie d'un curage axillaire bilatéral avec reconstruction mammaire immédiate. L'examen anatomopathologique définitif avait conclu à un CCI bifocal du sein gauche de grade SBR II avec maladie de Paget du mamelon gauche et 10 ganglions métastatiques sur les 11 prélevés. Au niveau du sein droit, on trouve un CCI multifocal SBR II avec composante intracanaire et 3 ganglions métastatiques parmi les 8 ganglions prélevés. Une réunion multidisciplinaire avait décidé un traitement adjuvant par radiothérapie, chimiothérapie et hormonothérapie mais la patiente était perdue de vue après avoir exprimé son refus vis-à-vis d'autres thérapies.



FIG 1: Clichés de mammographie de profil

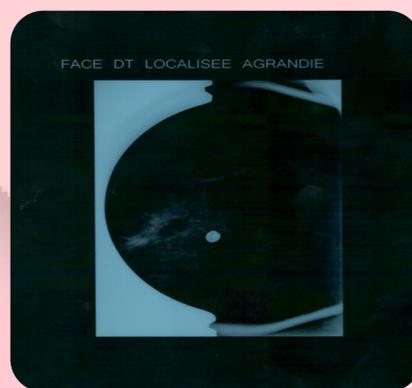


FIG 2: Zone de calcification sur le cliché du sein droit agrandi

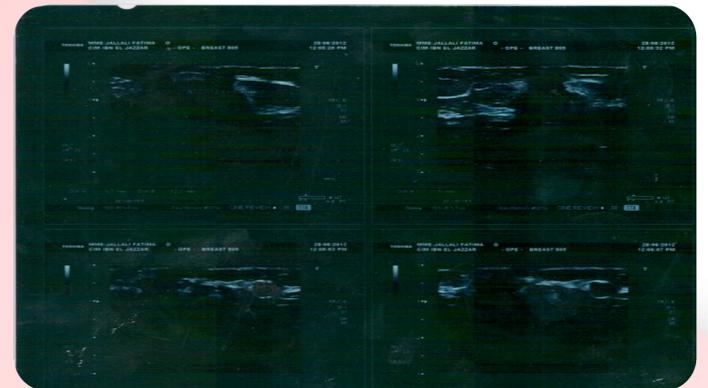


FIG 3: Cliché d'échographie mammaire

## DISCUSSION:

La maladie de Hodgkin (MDH) était autrefois une maladie fatale. Depuis les années soixante, son pronostic a changé grâce à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Mais après un certain nombre d'années de recul, des effets secondaires ont attiré l'attention notamment les cancers chimio et radio induits. Ce sont essentiellement les leucémies, les lymphomes non hodgkiniens mais aussi les tumeurs solides.

Le cancer de sein représente la néoplasie la plus fréquente parmi les tumeurs solides chez les femmes traitées pour une MDH. La période de latence est approximativement de 15 ans, cette période peut être raccourcie chez les jeunes femmes. Le risque de survenue de cancer du sein varie en fonction de plusieurs paramètres, notamment l'âge au diagnostic de la MDH, la dose de radiothérapie surtout reçue par la glande mammaire, le type de la chimiothérapie du fait du possible rôle aggravant de certaines molécules (agents alkylants), les possibles facteurs génétiques mais aussi l'état d'immunodépression chronique, soit intrinsèque à la maladie de Hodgkin, soit induite par le traitement.

Le temps de latence moyen entre le cancer du sein secondaire et la maladie de Hodgkin est de 16 ans avec des extrêmes allant de 7 à 31 ans [1]. Dans notre cas, le temps de latence était de 25 ans.

Le cancer secondaire du sein ne semble pas avoir selon les différentes données de la littérature une distribution topographique particulière; cependant, Van Leeuwen et al. [2] ont rapporté une fréquence de 50 % des tumeurs de siège central et une atteinte bilatérale chez les femmes jeunes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein, et/ou des facteurs génétiques prédisposants (BRCA1, BRCA2).

Ces cancers secondaires du sein sont agressifs et posent un problème du traitement adjuvant du fait de la chimiothérapie et de l'irradiation préalablement reçues. La mammectomie reste le traitement standard, mais parfois excessif chez des patientes jeunes.

Le pronostic de ces cancers est généralement défavorable avec une médiane de survie de 12,5 mois après le diagnostic [3].

## CONCLUSION:

L'apparition d'une néoplasie secondaire après traitement pour maladie de Hodgkin est un événement fréquent. Ce traitement augmente le risque d'apparition de cancer du sein chez les femmes jeunes.

De ce fait, ces femmes doivent bénéficier d'une surveillance clinique, mammographique, voire une IRM mammaire, de façon précoce et cela au minimum dès la dixième année après la fin du traitement, afin de détecter ces tumeurs à un stade précoce.

Le traitement standard est un traitement radical, mais dans certains cas particuliers, un traitement conservateur reste possible associant à la chirurgie une radiothérapie.

## REFERENCES:

- [1] Cutuli B, de la Rochefordière A, Dhermain F, et al. Cancer du sein bilatéral après maladie de Hodgkin. Particularités clinico-histologiques et possibilités thérapeutiques : analyse de 13 cas. Cancer Radiother 1997;1: 300-6.
- [2] Van Leeuwen FE, Klokman WJ, Hagenbeek A, et al. Second cancer risk following Hodgkin's disease: a 20-year follow-up study. J Clin Oncol 1994;3:12-25.
- [3] Wolden SL, Lamborn KR, Cleary SF, Tate DJ, Donaldson SS. Second cancers following pediatric Hodgkin's disease. J Clin Oncol 1998;16: 536-44.