



Cas Clinique

Récidive Tumorale d'un Cancer du Sein sur Grossesse : À Propos d'un Cas

Recurrence of breast cancer during pregnancy: a case report

Sylla N¹, Dombia S¹, Tall S¹, Sidibé F², Kassé D³, Traoré M¹, Diakité N¹, Camara A¹, Camara W¹, Traoré S, Tégouété I³, Togo P⁴

¹ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre de santé de référence du district sanitaire v du district de Bamako.

² Service d'hémo- oncologie du Centre hospitalier Universitaire du Point G.

³ Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

⁴ Service de chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Auteur correspondant: Sylla Niagalé, Service de Gynécologie Obstétrique, Centre de santé de référence du district sanitaire comme V.

Email : sylniag@yahoo.fr

0022376254798 /0022362565659

Bamako République du Mali

Mots clés : récidive, cancer du sein, grossesse, chimiothérapie

Key words: recurrence, breast cancer, pregnancy, chemotherapy

RÉSUMÉ

L'association cancer du sein et grossesse constitue un défi pour les médecins. En effet, la prise en charge du cancer durant la grossesse tout en épargnant le fœtus des effets tératogènes des médicaments est délicate. Nous rapportons le cas d'une patiente de 41 ans, 3^{ème} geste, traitée pour cancer du sein droit luminal Her qui, six ans après fit une récidive pleuropulmonaire sur grossesse. Sous chimiothérapie, la grossesse évolua normalement, une extraction par césarienne fut réalisée à 36 SA, ramenant un hypotrophe bien portant. A un an de surveillance, l'enfant est bien portant et la patiente est sous hormonothérapie de maintenance.

ABSTRACT

The association of breast cancer and pregnancy is a challenge for doctors. That is because the management of cancer during pregnancy while sparing the fetus from teratogenic effects of chemotherapy is delicate. We report the case of a 41-year-old patient, 3rd procedure, treated for Her2 luminal right breast cancer who, six years later, had a pleuropulmonary recurrence during pregnancy. Albeit chemotherapy, the course of pregnancy was normal, and an extraction by caesarean section was performed at 36 SA, bringing back a healthy hypotrophic. One year after, the child is healthy and the patient is sable with maintenance hormone therapy.

INTRODUCTION

Le cancer du sein féminin est devenu le premier cancer dans le monde avec 11,7% de nouveaux cas en 2020 devant le cancer des poumons et 88% des décès qui y sont liés surviennent en Afrique subsaharienne [1]. Le cancer du sein est plus agressif chez les femmes jeunes de race noire [2,3]. Le cancer du sein associé à la grossesse est celui diagnostiqué au cours de la grossesse ou dans les douze mois qui suivent l'accouchement [4]. C'est le cancer le plus rencontré au cours de la grossesse [5] avec une incidence de 1 sur 3000 grossesses [6] et constitue 0,4% des cancers du sein diagnostiqué chez les femmes entre 16 à 49 ans [7]. Basé sur les recommandations de l'ESMO (European Society of Medical Oncology), le traitement suit celui de la femme non enceinte prenant en considération l'âge gestationnel au diagnostic et le terme. Les premiers choix sont les molécules à base d'anthracyclines [5]. Dans cet article nous rapportons le cas d'une patiente qui a fait une récidive

pleuropulmonaire d'un cancer du sein droit luminal HER2 sur une grossesse évolutive, six ans après le diagnostic initial.

PRÉSENTATION DU CAS

Il s'agit de Mme RT âgée de 41 ans, enceinte de 24 semaines d'aménorrhée (SA), admise pour dyspnée d'installation progressive associée à une toux sèche.

Sur le plan gynécologique, elle a eu sa ménarche à l'âge de ans ; elle n'a pas de notion de contraception.

Sur le plan obstétrical : elle est troisième geste, deuxième pare, deux enfants vivants tous allaités aux seins.

Sur le plan oncologique : elle n'a pas d'antécédent familial de cancer du sein.

La patiente a eu une quadrantectomie du sein droit en 2013 pour comédocarcinome in situ de grade nucléaire intermédiaire avec des récepteurs hormonaux positifs sans traitement adjuvant.

En 2014, elle a présenté une récidive homolatérale sous forme infiltrante, classée **cT3N2M0** pour laquelle, elle a

eu une chimiothérapie néoadjuvante par 4 cures de doxorubicine/cyclophosphamide (AC 60). Par la suite elle a bénéficié d'une mastectomie du sein droit avec curage axillaire.

Les analyses histologique et immunohistochimique étaient en faveur d'un comédocarcinome multifocal infiltrant SBRIII, avec 5N+/14 dont 2 avec rupture capsulaire, récepteurs aux œstrogènes (RE), progestérones (RP) fortement positifs et HER 2 (Human Epidermal Growth Factor Receptor 2) surexprimée et Ki 67 à 10%.

Le traitement fut complété par une chimiothérapie adjuvante à base de 4 cures de Docetaxel et une radiothérapie adjuvante. Elle n'a pas bénéficié d'hormonothérapie ou d'anti HER2.

Mise sous contrôle de façon régulière avec une évolution sans particularité jusqu'en 2021 où il y a eu apparition d'une toux avec dyspnée sur grossesse évolutive de 24 SA.

L'examen à l'admission retrouvait une patiente anxieuse, avec un performans status (PS) de l'OMS (organisation mondiale de la santé) à 1, une dyspnée stade 2 de NYHA (New York Heart Association).

L'auscultation pulmonaire a mis en évidence un syndrome d'épanchement pleural bilatéral. À l'examen des seins, il y avait une cicatrice de mastectomie au niveau du sein droit avec induration du creux axillaire homologue. Le sein gauche était d'aspect gravidique, anodulaire sans écoulement mamelonnaire suspect et les aires ganglionnaires périphériques étaient libres. L'abdomen était souple et dépressible sans organomégalie. La hauteur utérine était à 20 centimètres, la fréquence du cœur fœtal était à 140 battements par minute.

La tomodensitométrie thoracique avec cache abdominal et sans injection de produit de contraste a objectivé des nodules sous pleuraux de 14 mm et 24 mm, avec épanchement bilatéral de moyenne abondance.

L'échographie abdominale ne retrouvait pas de lésions secondaires. L'échographie obstétricale a mis en évidence une grossesse évolutive normale sans anomalie.

L'examen cytologique du liquide pleural a fait le diagnostic de localisation pleurale de cellules carcinomateuses. Elle n'a pas eu de prélèvement biopsique ni d'étude immunohistochimique. Après réunion de concertation pluridisciplinaire et accord du couple, un drainage pleural a été fait ainsi qu'une reprise de la chimiothérapie par Docetaxel 80 mg/m² tous les 21 jours en 1^{ère} ligne métastatique.

Sous surveillance clinique et échographique, la grossesse évolua normalement. Trois semaines après la 4^{ème} cure de Docetaxel, une extraction par césarienne fut réalisée à 36 semaines d'aménorrhée ramenant un nouveau-né hypotrophe avec un score d'Apgar à 9/10 à la première minute sans aucune malformation décelée. L'allaitement a été déconseillé puisque la patiente a continué son traitement anticancéreux après accouchement.

L'évaluation thérapeutique clinique et radiologique de la patiente a objectivé une réponse partielle après 4 et 8 cures et une réponse complète après 12 cures de chimiothérapie. Elle a donc été mise sous

hormonothérapie de maintenance par Tamoxifène 20 mg/jour.

Après un an de surveillance, la patiente se porte bien et aucune pathologie n'a été décelée chez l'enfant.

DISCUSSION

Le cancer du sein est le cancer le plus rencontré au cours de la grossesse. Compte tenu de la tendance à retarder la maternité, la proportion de femmes qui développent un cancer du sein pendant leur grossesse (ou qui souhaitent tomber enceintes après avoir suivi un traitement contre le cancer du sein) est en augmentation [8]. Selon Essiben et al, une femme sur trois vivant avec le cancer au ont moins de 40 ans[9], 3 à 7 % des patientes traitées pour un cancer du sein débiteront une grossesse [11].

La moitié des cancers du sein récidiveront dans les 10 ans qui suivent le traitement plus souvent sous la forme de métastase à distance [12] comme cela a été le cas chez notre patiente qui a développé une récurrence pleuropulmonaire. Le risque de récurrence locale varie selon le type de cancer du sein (présence ou absence des marqueurs RE, RP, HER2) [13].

L'hormonothérapie et les thérapies ciblées sont prohibées pendant la grossesse ;

toutes les chimiothérapies sont potentiellement tératogènes, elles sont contre-indiquées au premier trimestre de grossesse mais les données sont rassurantes durant le second et le troisième trimestre [6,8,10]. Les risques les plus décrits à ce stade sont les faibles poids à la naissance et la prématurité [14] ce qui était le cas de notre patiente qui a donné naissance à un nouveau-né hypotrophe. Débutée après la fin du premier trimestre, la chimiothérapie doit être arrêtée au moins 3 semaines avant l'accouchement [5,8,16] pour éviter que la patiente ait des effets secondaires de cette chimiothérapie pouvant compliquer l'accouchement et le post-partum. L'accouchement doit être programmé dès maturation fœtale. Trois semaines après l'administration de la 4^{ème} cure de chimiothérapie, notre patiente a eu l'extraction fœtale à 36 SA. L'allaitement est contre indiqué en cas de chimiothérapie [18,17].

A un an de suivi, le bébé de notre patiente n'a présenté aucune anomalie, ce constat a été fait par plusieurs auteurs [19].

Amant *et al.* ont comparé des enfants ayant été exposés en anténatal à une chimiothérapie à d'autres enfants; leur résultat a montré que ces enfants avaient un développement normal; la chimiothérapie n'a pas d'effets néfastes sur le développement psychomoteur et staturo-pondéral ni sur la fonction cardiaque de ces enfants [14, 18,19].

CONCLUSION

Le cancer du sein associé à la grossesse est rare de mauvais pronostic du fait d'un diagnostic souvent tardif. La prise en charge thérapeutique s'est confrontée à la décision de préservation ou non de la grossesse, et en cas de réponse positive, à une contre-indication de la radiothérapie, des thérapies ciblées au cours de la grossesse. C'est dire que la prise en charge du cancer du sein chez les femmes enceintes constitue un défi tant pour les obstétriciens, les oncologues et les néonatalogues d'où

l'importance des réunions de concertation pluridisciplinaire. La chimiothérapie n'est pas sans effets toxique, débutée au second trimestre de la grossesse le pronostic est le plus souvent favorable.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous les collègues des différents services qui n'ont ménagé aucun effort pour rendre ce travail scientifique possible.

Un grand merci au département d'hémo-oncologie pour la bonne tenue des supports.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont lu et approuvés la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020. ONU Info 2020. <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572> (accessed December 22, 2021)
2. Lee MK, Varzi LA, Chung DU, Cao M, Gornbein J, Apple SK, et al. The Effect of Young Age in Hormone Receptor Positive Breast Cancer. *BioMed Res Int* 2015;2015:1–6. <https://doi.org/10.1155/2015/325715>.
3. Chollet-Hinton L, Anders CK, Tse C-K, Bell MB, Yang YC, Carey LA, et al. Breast cancer biologic and etiologic heterogeneity by young age and menopausal status in the Carolina Breast Cancer Study: a case-control study. *Breast Cancer Re BCR* 2016;18. <https://doi.org/10.1186/s13058016-0736-ys>
4. Karolin F, Stensheim Markert UR, Turowski G. Breast carcinoma in pregnancy with spheroid-like placental metastases—a case report. *APMIS Acta Pathol Microbiol Immunol Scand*. 2018 May;126(5):448–452.
5. Peccatori F, Azim Jr, Orecchia Roberto, Hoekstra HJ, Pavlidis N, Kesic V, et al. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013 Oct;24(Suppl 6):160–70.
6. Bae SY, Jung SP, Jung ES, Park SM, Lee SK, Yu JH, et al. Clinical Characteristics and Prognosis of Pregnancy-Associated Breast Cancer: Poor Survival of Luminal B Subtype. *Oncology*. 2018;95(3):163–169.
7. Shachar SS, Gallagher K, McGuire K, Zagar T, Faso A, Muss H, et al. Multidisciplinary Management of Breast Cancer During Pregnancy. *The oncologist*. 2017; 22(3):324–334.
8. Vera Wolters, Joosje Heimovaara, Charlotte Maggen, Elyce Cardonick, Ingrid Boere, Liesbeth Lenaerts, and Frédéric Amant. Management of pregnancy in women with cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2021; 31(3): 314–322.
9. Essiben F, Foumane P, Meka EJ, Tchakounté M, Dohbit JS, Nsahlai C, et al. Descriptive analysis of 192 cases of breast cancer occurring before age 40 in Yaounde, Cameroon. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6:2704. <https://doi.org/10.18203/23201770.ijrcog20172898>.
10. Javaid Iqbal, Eitan Amir, ChB, Paula A. Rochon, Vasily Giannakeas, Ping Sun, and Steven A. Narod. Association of the Timing of Pregnancy With Survival in Women With Breast Cancer. *JAMA Oncol*. 2017; 3(5): 659–665.
11. Mueller BA, Michael S, Simon M, Dennis Deapen, Aruna Kamineni, Kathleen E, Malone, Janet R, Dalling. : *Cancer* / 2003;98:1131–1140
12. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG); R Peto, C Davies, J Godwin, R Gray, H C Pan, M Clarke, D Cutter, S Darby, P McGale, C Taylor, Y C Wang, J Bergh, A Di Leo, K Albain, S Swain, M Piccart, K Pritchard. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer : met analysis of long term out come among 100000 women in 123 randomised trials. *Lancet* 2015 4; 379(9814): 432–444.
13. Atangana Paul Jean A, Tchenté Nguéfac C, Kabeyene Okono Angèle C, Totoum Fotsing C, Dina Bell E, Tayou Rachel, Ngasoua Tomfeu C, Seme Engoumou Ambroise M, Njifou Njimah A, Sando Z, Fewou Aspects Immunohistochimiques des Cancers du Sein à Douala et Yaoundé A Health Sci. Dis: Vol 18 (3) July – August – September 2017
14. Rasenack R, Gaupp N, Rautenberg B, Stickeler E, Prompeler H. Case Report on Treatment of Metastatic Breast Cancer with Trastuzumab during Pregnancy. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220(2):81–3.
15. C. Cuvier, F. Ledoux, F. Coussy, M. Espié. Breast cancer management in pregnancy/La Lettre du Sénologue n° 55 - janvier-février-mars 2012)
16. van Calsteren K, Heyns L, De Smet F et al. Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. *J Clin Oncol* 2010;28:683-9
17. Cardonick E, Usmani A, Ghaffar S. Perinatal outcomes of a pregnancy complicated by cancer, including neonatal follow-up after in utero exposure to chemotherapy: results of an international registry. *Am J Clin Oncol* 2010;33:221-8.
18. Amant F, Vandenbroucke T, Verheeecke M, et al. Pediatric outcome after maternal cancer diagnosed during pregnancy. *N Engl J Med* 2015;373:1824–34
19. Vandenbroucke T, Verheeecke M, van Gerwen M, et al. Child development at 6 years after maternal cancer diagnosis and treatment during pregnancy. *Eur J Cancer* 2020;138]
20. Carrie M. Cottreau, Inna Dashevsky, Susan E. Andrade, De-Kun Li, Larissa Nekhlyudov, Marsha A. Raebel, Debra P. Ritzwoller, Ann H. Partridge, Pamala A. Pawloski, and Sengwee Toh. Pregnancy-Associated Cancer: A U.S. Population-Based Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019; 28(2): 250–25.