

## **CANCER DU SEIN ECTOPIQUE A CONAKRY (GUINEE)**

### **ECTOPIC BREAST CANCER IN CONAKRY (GUINEA)**

**TRAORE B, KOKOUAKA V, BAH M, DIANE S**

Unité de chirurgie oncologique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé

**Auteur correspondant : Bangaly Traore, Maître de Conférences Agrégé, Unité de chirurgie oncologique de l'hôpital national Donka, CHU de Conakry, Faculté des Sciences et Techniques de la Santé. Email : ucodonka@gmail.com**

---

#### **RESUME**

**Objectif :** Discuter la prise en charge des trois cas de cancer sur sein ectopique axillaire à l'unité de chirurgie oncologique de Donka, CHU de Conakry. **Observations :** La première était une dame de 34 ans, multipare, qui a présenté un nodule récidivant après deux interventions sur sein ectopique axillaire (SEA) droit depuis 2 ans. L'histologie de la deuxième intervention évoquait un adénofibrome. Il s'agissait d'une tumeur dure, mal limitée, mobile sur SEA. La mammographie bilatérale était normale. Une exérèse large avec curage ganglionnaire axillaire a été réalisée. L'histologie a confirmé un carcinome canalaire infiltrant (CCI). La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie adjuvante. Elle est en vie sans récurrence après un recul de 26 mois. La deuxième patiente de 34 ans avait présenté une tumeur sur SEA dont l'histologie a confirmé un CCI. Elle a eu une seule cure de chimiothérapie et elle est décédée avec une poursuite évolutive un an plus tard. La troisième patiente de 59 ans avait présenté un CCI sur SEA un an après traitement radical de cancer du sein. Elle est décédée 3 mois plus tard après une chirurgie d'exérèse compliquée de poursuite évolutive métastatique. **Conclusion :** le cancer sur sein ectopique existe et son traitement ne diffère pas de celui du sein normal.

**Mots-clés :** ectopique, cancer du sein, prise en charge

#### **SUMMARY**

**Aim:** We aimed to discuss the management of three cases of axillary ectopic breast cancer at Surgery Oncology Unit of Donka, Conakry University Hospital. **Case presentation:** The first was a 34-year-old multiparous woman who presented with a recurrent nodule after two excisions on axillary ectopic breast (AEB) right for 2 years. It was a hard tumor, poorly limited, mobile on AEB. Biopsy confirmed invasive ductal carcinoma (IDC). A large excision with axillary lymph node dissection performed. Histology confirmed invasive ductal carcinoma (IDC). The patient refused chemotherapy but received adjuvant radiotherapy. After 31 months, she had a relapse on the ipsilateral breast, currently under chemotherapy. The second patient, 34 years old, presented a tumor on the left AEB, whose histology confirmed IDC. She had only one chemotherapy treatment and died with progressive spread a year later. The third 59-year-old patient presented IDC on left AEB one year after radical treatment of ipsilateral breast cancer. We performed wide resection and she died two weeks later due to toxic hepatocellular failure. **Conclusion:** Ectopic breast cancer exists and its treatment does not differ from that of normal breast.

**Key words:** Ectopic, breast cancer, management

---

#### **INTRODUCTION**

Le sein ectopique est l'absence de régression des bourgeons mammaires lors de l'embryogenèse. Il est localisé dans 2/3 des cas dans la zone axillaire. Le tissu mammaire

ectopique peut être le siège de changements pathologiques bénins et malins. Le cancer du sein ectopique axillaire est rare, mais représente 60 à 70% de tous les cancers du sein

ectopiques [1]. Les données antérieures suggèrent un pronostic pire pour le cancer du sein ectopique par rapport au cancer du sein dans la population générale [2]. L'objectif était de discuter de la prise en charge des trois premiers cas de cancer du sein ectopique axillaire (SEA) à l'unité de chirurgie oncologique de Donka, CHU de Conakry.

## **OBSERVATION**

### **Cas N° 1**

Une multipare de 34 ans s'est présentée avec un nodule récurrent après deux exérèses sur le SEA gauche au cours des 2 dernières années. Il y avait une cicatrice opératoire en regard d'une tumeur dure, mal limitée, mobile sur le SEA droit. Les seins gauche et droit étaient indemnes. La mammographie bilatérale était normale. L'échographie axillaire a montré un nodule hypoéchogène avec adénopathies. L'histologie a confirmé le carcinome canalaire invasif (CCI). La radiographie thoracique et l'échographie abdomino-pelvienne n'ont pas montré de métastases à distance. Le marqueur CA15.3 était inférieur à 30 UI / ml. Nous avons effectué une exérèse large avec curage des ganglions lymphatiques axillaires avec conservation du sein homolatéral. L'histologie a confirmé le CCI avec envahissement des ganglions axillaires (pT3N1). Elle a refusé la chimiothérapie adjuvante mais a bénéficié de la radiothérapie délivrant 50Gy sur le sein droit et 46 Gy sur la zone axillaire et sous-claviculaire. Après 31 mois, elle a présenté une rechute sur le sein homolatéral, actuellement sous chimiothérapie.

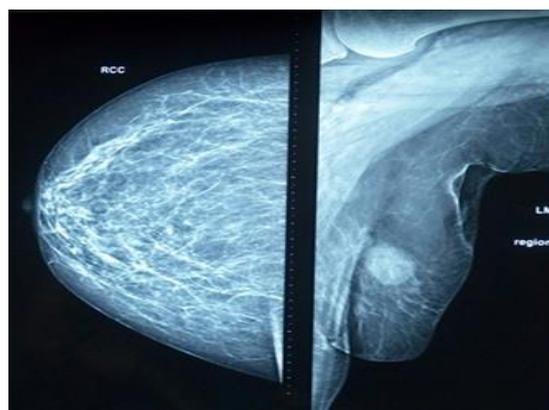
### **Cas n° 2**

Une femme de 34 ans a présenté en juillet 2017 une tumeur sur le SEA 6 mois avant la consultation dans notre unité. Le sein était symétrique sans masse palpable. Il y avait une tumeur du SEA gauche dure, fixe, indolore et mal limitée mesurant 15 x 12 cm. Il n'y avait pas de ganglion lymphatique palpable axillaire sous-claviculaire ou controlatéral homolatéral. L'échographie mammaire et axillaire bilatérale a montré une masse hyper et hypo échogène hétérogène. Il n'y avait aucune lésion mammaire homo et / ou controlatérale. La

biopsie a confirmé un CCI. La radiographie thoracique et l'échographie abdomino-pelvienne n'ont pas montré de métastases à distance. Le CA15.3 était inférieur à 30 UI / ml. Le diagnostic de cancer du SEA gauche, stade IIIB (cT4bN1M0) a été établi. Cette dame est décédée par poursuite évolutive 4 mois plus tard, après avoir reçu une seule cure de chimiothérapie à base de cyclophosphamide + adriamycine.

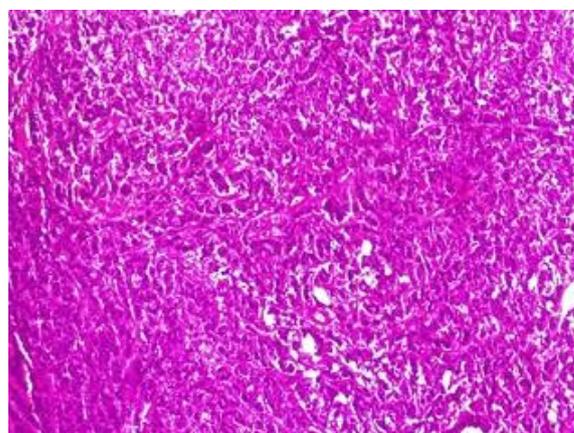
### **Cas n°3**

Il s'agissait d'une patiente de 59 ans avec SEA, initialement traitée par chimiothérapie néoadjuvante suivie de mastectomie radicale pour une CCI localement avancée du sein gauche. Un an plus tard, elle a présenté une masse au SEA gauche avec une opacité à contours flous (figure 1).



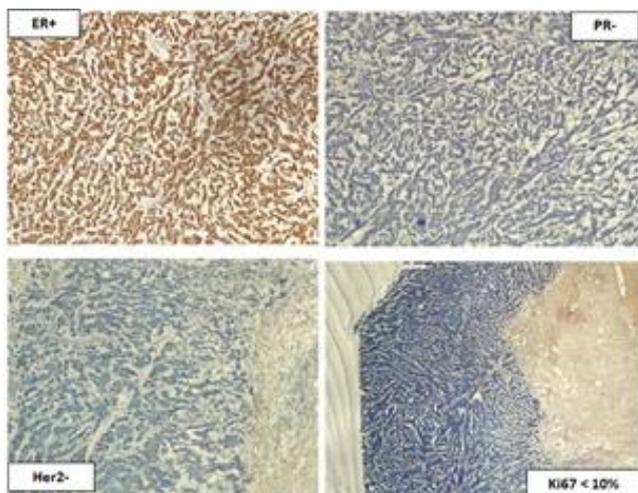
**Figure 1 : Mammographie du sein droit (A) et axillaire (B) montrant l'opacité du sein ectopique axillaire gauche**

L'histologie a confirmé un CCI Scarf Bloom Richardson III (figure 2).

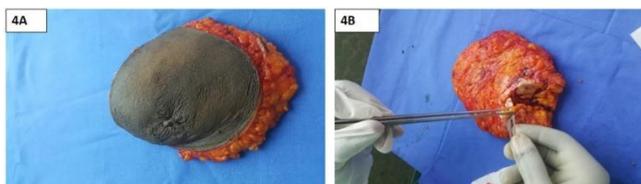


**Figure 2 : HE x 40 : Prolifération tumorale des tubes et des travées avec atypie**

A l'immunochimie, on notait : récepteurs à œstrogènes positifs, récepteur à la progestérone négatif, oncogène Her 2 négatif et Ki67 < 10% (figure 3). Il n'y avait pas de métastases à distance. Nous avons effectué une exérèse large du SEA gauche (figure 4). Elle est décédée deux semaines plus tard en raison d'une insuffisance hépatocellulaire toxique.



**Figure 3 : Cancer du sein ectopique axillaire avec récepteurs d'œstrogènes positifs, récepteurs de progestérone négatifs, Her2 négatifs et Ki67 (sous-type luminal A).**



**Figure 4 : Vue de surface (4A) et de la marge profonde (4B) de la pièce d'exérèse large d'un cancer du sein ectopique axillaire.**

## **DISCUSSION**

Dans cette étude, nous avons discuté de la prise en charge de 3 cas de cancer du SEA, représentant 0,4% des 750 cancers du sein diagnostiqués de 2007 à 2018 dans notre unité. Le cancer du SEA est très rare et représente 0,3 à 0,6% des cancers du sein [3,4]. La prédominance féminine observée s'explique par la fréquence plus élevée des seins ectopiques (2 - 6%) chez les femmes que chez les hommes (1-3%) [5]. Deux patientes étaient

âgées de 34 ans contre une qui était ménopausée de 59 ans. L'âge d'apparition du cancer du sein ectopique est variable, mais la médiane est d'environ 38 ans [6].

Les deux premiers cas étaient un cancer primaire alors que dans le dernier cas, le cancer s'est produit sur le sein ectopique après un traitement radical du cancer du sein homolatéral. Il n'y avait aucun antécédent familial de cancer dans les trois cas. En revanche, le cas n° 3 avait été traité avec un cancer du sein homolatéral un an avant la découverte du cancer du sein ectopique.

Le diagnostic était très tôt erroné dans le premier cas avec deux excisions itératives avant l'admission dans notre unité. Le diagnostic de cancer du sein ectopique suit la même stratégie de diagnostic que le cancer du sein ordinaire. Dans notre étude, toutes les patientes ont effectué une échographie avec ou sans mammographie. Cependant, la mammographie peut présenter des difficultés techniques en fonction de l'emplacement du tissu mammaire ectopique. Tout nodule sous-cutané axillaire dont le diagnostic est incertain doit être soumis à une échographie et à une microbiopsie. Le diagnostic peut être difficile cliniquement, surtout lorsqu'il est unilatéral et en l'absence de mamelon. Le diagnostic différentiel est une adénopathie axillaire, un kyste sous-cutané ou un lipome. Il existe également des tumeurs bénignes du sein ectopique telles que les fibroadénomes, les hyperplasies canalaire atypiques, les tumeurs phyllodes, les mammites et les abcès [3]. Les trois cas étaient des carcinomes canalaire. D'autres types tels que les carcinomes médullaires, papillaires et lobulaires ont également pu être décrits. Les 3 cas étaient localement avancés à cause du retard du diagnostic et de la consultation.

Le traitement du cancer du sein ectopique est controversé. Marshall et al [6] recommandent d'appliquer la même approche de prise en charge au cancer du sein et au sein ectopique. Le cas n° 3 aurait dû bénéficier d'une mastectomie radicale élargie gauche pour prévenir la récurrence du SEA. La chimiothérapie n'a pas pu être réalisée pour des raisons de refus et d'accessibilité pour deux patientes. Une seule patiente avait

bénéficié d'une radiothérapie qui pouvait améliorer le pronostic.

A notre avis, le pronostic est mauvais en raison du diagnostic tardif et de l'infiltration rapide de la peau et de la paroi thoracique de la petite glande. En outre, le carcinome du tissu mammaire ectopique axillaire peut métastaser aux ganglions lymphatiques plus tôt et plus fréquemment que celui du sein normo-inséré [7,8]. Deux patientes sont décédées ; l'un par évolution métastatique et l'autre par insuffisance hépatocellulaire. Une seule est en vie mais actuellement sous chimiothérapie

pour récurrence sur le sein homolatéral après un suivi de 3 ans.

### **CONCLUSION**

Le cancer du sein ectopique est rare et le diagnostic est difficile à cause de la localisation inhabituelle. Les caractères primitifs et les cas de récurrence observés dans cette étude soulèvent les problèmes de traitement des cancers du sein ectopique axillaire avec un sein normo-inséré normal ou du cancer du sein normo-inséré avec un sein ectopique normal.

---

### **REFERENCES**

- 1- Sally H, Ajay A, Dominica P.** Primary ectopic breast carcinoma in a supernumerary breast arising in the anterior chest wall. *Jr SCR.*2013; 12: p.107
- 2- Brooke RD, Blackwell K.** Ectopic breast cancer: rare, treatable, and potentially curable. *Commun Oncol* 2005; 2: 120-122.
- 3- Famá F, Cicciú M, Sindoni A, Scarfó P, Pollicino A, Giacobbe G, et al.** Prevalence of Ectopic Breast Tissue and Tumor: A 20-Year Single Center Experience. *Clin Breast Cancer* 2016; 16(4):107-112.
- 4- Zhang S., Yu Y-H, Qu W, Zhang Y, & Li J.** Diagnosis and treatment of accessory breast cancer in 11 patients. *Oncology Letters* 2015; 10(3), 1783–1788.
- 5- Caceres M, Shih J.** Metaplastic carcinoma in an ectopic breast. *South Med J* 2002; 95:462–466.
- 6- Marshall M, Moynihan J.** Ectopic breast cancer: a case report and literature review. *Surg Oncol* 1994; 3:295–304.
- 7- Yerra L, Karnad AB, Votaw ML.** Primary breast cancer in aberrant breast tissue in the axilla. *South Med J.* 1997; 90:661–662.
- 8- Routiot T, Marchal C, Verhaeghe J.L, Depardieu C, Netter E, Weber B, et al.** Breast carcinoma located in ectopic breast tissue: a case report and review of the literature. *Oncology reports* 1998 ; 5: 413-417.