

Cancer du sein chez l'homme : à propos de trois observations à l'Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) (Gabon)

Breast cancer in men: about 3 cases at the l'Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) (Gabon)

D. MOUNGUENGUI · J.P. OWONO-MBOUENGOU · G.L. GAUDONG-MBETE · L.D. IBINGA · C. ENGOHAN · U.D. KOMBILA · J.B. BOGUIKOUA

Reçu le 11 avril 2014 ; accepté le 2 juin 2015
© Société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2015

Résumé Nous rapportons trois cas de cancer du sein chez l'homme, observés à l'Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba entre janvier 2008 et décembre 2009, dans des circonstances variables, ayant tous une évolution défavorable.

Mots clés Cancer · Homme · Sein · HIAOBO · Hôpital · Gabon · Afrique intertropicale

Abstract We report three cases of breast cancer in men observed at Military Teaching Hospital Omar Bongo Ondimba between January 2008 and December 2009, under varying circumstances, with all unfavorable evolution

Keywords Cancer · Male · Breast · HIAOBO · Hospital · Gabon · Sub-Saharan Africa

Introduction

Le cancer du sein chez l'homme (CSH) est une affection rare, car il représente entre 0,2 à 1 % de tous les cancers. La clinique est dominée par l'augmentation du volume mammaire associée ou non à des adénopathies axillaires. Les formes histologiques sont variées et sont les mêmes que chez la femme. C'est un cancer de mauvais pronostic, car le diagnostic est tardif et l'envahissement locorégional, voire à distance, est rapide en raison du volume réduit de la glande mammaire chez l'homme. Nous rapportons trois cas de cancer du sein chez des hommes d'âge mûr, reçus en hospitalisation à l'Hô-

pital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba entre janvier 2008 et décembre 2009, dans des circonstances variables, ayant tous une évolution défavorable.

Première observation

Il s'agit d'un homme de 65 ans, sans antécédents notables, qui présentait en mars 2004, une tuméfaction douloureuse du sein gauche sans fièvre, ni altération de l'état général. Cette masse était accompagnée d'une adénopathie axillaire gauche de 3 cm non douloureuse, dure, fixée aux deux plans. La biopsie de cette adénopathie avait mis en évidence sur le plan histologique, un carcinome canalaire infiltrant envahissant les structures ganglionnaires. Le patient avait, par la suite, bénéficié d'une mastectomie gauche avec curage ganglionnaire homolatéral. Une chimiothérapie adjuvante et une radiothérapie avaient complété le traitement. L'évolution s'est faite au bout de 4 ans, vers l'apparition des localisations secondaires pleuro-pulmonaires associant une lymphangite carcinomateuse et une pleurésie gauche de grande abondance récidivante, pour laquelle il était hospitalisé dans le service en mars 2008. Le patient a bénéficié de plusieurs ponctions pleurales et d'une corticothérapie par voie générale à raison de 1 mg/kg avant de décéder un mois plus tard d'une insuffisance respiratoire aiguë secondaire à la lymphangite carcinomateuse. Le talcage n'avait pu être réalisé par manque de produit. On notait sur le plan biologique, une cytolysse à 6XN et des CA15-3 à 8XN.

Deuxième observation

Il s'agit d'un homme de 64 ans, hospitalisé dans le service de médecine en avril 2009 pour céphalées frontales droites évoluant depuis un mois et hémiparésie gauche flasque et

D. MOUNGUENGUI (✉) · J.P. OWONO-MBOUENGOU · G.L. GAUDONG-MBETE · L.D. IBINGA · C. ENGOHAN · U.D. KOMBILA · J.B. BOGUIKOUA
Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO), BP 20404, Libreville, Gabon
e-mail : Diosdado2002@yahoo.fr

proportionnelle d'installation rapidement progressive en cinq jours. Le reste de l'examen somatique était sans particularité. Le Glasgow à 15/15. La tension artérielle était à 140/80 mmHg. L'interrogatoire de ce patient nous apprenait qu'il était suivi pour un cancer du sein droit pour lequel il avait bénéficié d'une mastectomie droite avec curage ganglionnaire, suivie de 6 cures de chimiothérapie selon le protocole FEC en 2007. Sur le plan histologique, il s'agissait d'un carcinome canalaire infiltrant. Il n'était pas hypertendu ni diabétique. Le scanner cérébral mettait en évidence une opacité ronde spontanément hyperdense fronto-temporale droite de 3 cm de diamètre. La biopsie stéréotaxique de cette masse pour analyse anatomo-pathologique, concluait à une métastase du cancer. La biologie retrouvait une hypercalcémie à 120 mg/l et un CA15-3 à 10XN. La prise en charge a consisté en une nouvelle chimiothérapie selon le protocole TAC. La radiothérapie n'était pas disponible. La réponse était partielle après trois cures puis l'évolution s'est faite vers l'aggravation de l'hypertension intracrânienne aboutissant au décès du patient dans un tableau de défaillance neurologique.

Troisième observation

il s'agit d'un homme de 52 ans, hospitalisé dans le service de médecine en décembre 2009 pour douleurs sacro-iliaques bilatérales et humérales gauches d'allure inflammatoire dans un contexte apyrétique. L'examen clinique retrouvait un patient conscient, bien orienté, cachectique pesant 45 kg pour 1,70 m. On notait des douleurs réveillées à la pression de la tête humérale gauche et des épines iliaques antéro-supérieures. La tension artérielle était normale à 130/70 mmHg. Dans son histoire, on apprenait qu'il avait bénéficié en octobre 2008 d'une mastectomie gauche avec curage ganglionnaire pour masse tumorale du sein gauche dont l'analyse anatomo-pathologique mettait en évidence un carcinome mucineux de grade II. Cette intervention n'était suivie ni de chimiothérapie, ni de radiothérapie. Sur le plan morphologique, les radiographies humérales et sacro-iliaques, montraient des localisations secondaires lytiques. La biologie retrouvait une hypercalcémie à 115 mg/l et des CA15-3 à 25XN. La prise en charge a consisté en des soins palliatifs, avec surtout contrôle de la douleur par dérivés morphiniques, correction de l'hypercalcémie par hyperhydratation et corticothérapie. L'évolution était inéluctablement fatale. Le patient est décédé suite à un trouble de rythme cardiaque de type ACFA.

Discussion

Le cancer du sein chez l'homme est une affection rare représentant moins de 1% de tous de tous les cancers du sein

(13). L'étiopathogénie reste obscure. Un déséquilibre hormonal entre estrogène et androgène serait peut-être à l'origine de ce cancer comme dans certaines gynécomasties (6,9). Cependant, toutes les gynécomasties n'évoluent pas vers le cancer (5). Pour certains auteurs, l'obésité augmenterait le risque du cancer du CSH, tout comme les hyperestrogénismes secondaires à une atteinte hépatique. Le traitement au long cours par certains médicaments tels que la digitaline, l'isoniazide, la cimétidine ou la spironolactone, serait aussi un facteur de risque associé au cancer du sein (1). Dans la cirrhose et l'insuffisance rénale (12), on note aussi un hypo-androgénisme et une fréquence élevée de cancer du sein. Le syndrome de Klinefelter est associé à un risque accru de CSH. Enfin, des antécédents familiaux de cancer et l'exposition aux radiations ionisantes représentent un facteur de risque de cancer du sein (7).

Aucun de nos patients n'était obèse, ni exposé aux radiations ionisantes. Les 3 patients n'avaient pas d'antécédents familiaux de cancer et ne prenaient pas de traitement au long cours. Le dosage d'estrogènes et d'androgènes n'avait pas été effectué en raison du coût élevé de ces examens. Tous nos patients sont des adultes dont l'âge moyen est de 60 ans. Ils avaient une histoire naturelle de cancer classique et des complications aussi habituelles mais différentes. Le CSH est une pathologie rare comme le montre la plupart des travaux de la littérature. Mayi et al (8) au Gabon et Sano et al (11) au Burkina rapportent respectivement 5 cas sur 177 et 2 cas sur 37 patients présentant un cancer de sein. Au Niger, sur une période de 18 ans, seuls 37 cas de CSH ont été enregistrés (3,2 %) sur 1 161 cancers de sein colligés par Zaki et al (14). Le type histologique dominant dans notre échantillon est le carcinome canalaire invasif, ce qui corrobore les données de la littérature (3,4). Le carcinome mucineux est rare (2).

Conclusion

L'évolution péjorative de patients était attendue à ce stade de la maladie et montre les limites de prise en charge du cancer en général dans notre pays comparativement aux pays développés (10).

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Abboud B, Chalouhi G, Khabaz Z, et al (2005) Male breast cancer. Report of eight cases. *Leb Med J* 53(3):156-61
2. Aggarwal R, Rajni, Khanna G, et al (2011) Mucinous carcinoma in a male breast. *J Cytol* 28(2):84-6
3. Benchellal Z, Wagner A, Harchaoui Y, et al (2002) Cancer du sein chez l'homme : à propos de 19 cas. *Ann Chir* 127(8):619-23

4. Bourhfour M, Belbaraka R, Souadka A, et al (2011) Male breast cancer: a report of 127 cases at a Moroccan institution. *BMC Res Notes* 4:219
5. El Alami Y, Benamr A, Mouslik R et al (2013) Gynécomastie et cancer du sein chez l'homme. *Médecine du Maghreb* 208:19–22.
6. Giordano SH (2005) A review of the diagnosis and management of male breast cancer. *Oncologist* 10(7):471–9
7. Johansen Taber KA, Morisy LR, Osbahr AJ 3rd, Dickinson BD (2010) Male breast cancer: risk factors, diagnosis, and management (Review). *Oncol Rep* 24(5):1115–20
8. Mayi-Tsonga S, Belembaogo E, Meyé.JF, et al (2009) Les cancers du sein au Gabon : aspect épidémiologique, diagnostique et thérapeutique. *J Afr Cancer* 1(1):11–15
9. Nirmul D, Pegoraro RJ, Jialal I, et al (1983) The sex hormone profile of male patients with breast cancer. *Br J Cancer* 48(3):423–7
10. Oger AS, Boukerrou M, Cutuli B, et al (2015) Le cancer du sein chez l'homme : approche épidémiologique, diagnostique et thérapeutique : étude multicentrique rétrospective à propos de 95 cas. *Gynecol Obs Fertil* 43(4):290–6
11. Sano D, Cisse R, Dao B, et al (1998) Le cancer du sein, problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou. *Méd Afr noire* 45(5):297–301
12. Sørensen HT, Friis S, Olsen JH, et al (1998) Risk of breast cancer in men with liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 93(2):231–3
13. Weiss JR, Moysich KB, Swede H (2005) Epidemiology of male breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 14(1):20–6
14. Zaki HM, Garba-Bouda O, Garba SM, et al (2013) Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer du sein au Niger. *J Afr Cancer* 5(4):185–91