

Métastase gingivale d'un cancer du sein

Hanen Bouaziz¹, Maher Slimane,² Nada Hadj Yahia³, Hatem Bouzaiene⁴, Jamel Ben Hassouna⁵, Ilhem Bettaieb⁶, Monia Hechiche⁷, Amor Gamoudi⁸, Tarek Ben Dhiab⁹, Khaled Rahal¹⁰

^{1,2,3,4,5,7,9,10}Service de Chirurgie Carcinologique, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie.

^{6,8}Service d'anatomopathologie, Institut Salah Azaïz, Tunis, Tunisie.

Abstract : *les métastases buccales d'un cancer du sein sont très rares. Peu de cas ont été rapportés dans la littérature. A travers cet article nous rapportons un cas rare de cancer du sein multifocal soumis à une chirurgie type patey. Dix ans après la mammectomie, la patiente a consulté pour une métastase gingivale et mandibulaire homolatérale.*

Keywords : *carcinome, immunohistochimie, métastase gingivale, mammectomie.*

I. Introduction

Les métastases buccales sont considérées comme rares et représentent environ 1% de toutes les tumeurs malignes buccales. Le diagnostic de métastases gingivales et mandibulaires constitue un challenge vu qu'il n'y a pas de signes cliniques ou radiologiques spécifiques. L'originalité de cet article, c'est de rapporter un cas de métastase gingivale et mandibulaire d'un primitif mammaire chez une patiente qui était en rémission complète.

II. Observation

Nous rapportons le cas de Mme SZ âgée de 52 ans, suivie depuis 2005 pour un carcinome canalaire du sein gauche multifocal, classé T2 multiple N1 M0, pour lequel elle a eu une opération de Patey avec des suites opératoires simples. A l'examen anatomopathologique, c'était un carcinome canalaire infiltrant SBRII, 3 ganglions étaient métastatiques parmi 15 ganglions prélevés, les récepteurs hormonaux étaient positifs.

La patiente a eu une chimiothérapie adjuvante suivie d'une radiothérapie locorégionale à la dose de 50Gy avec une castration radique puis elle a été mise sous un anti oestrogène pendant 2 ans puis elle a eu une hormonothérapie à base d'anti aromatase pendant 3 ans avec une bonne tolérance. Notre patiente a été régulièrement contrôlée à notre consultation pendant 8 ans par des examens cliniques et radiologiques qui n'ont pas objectivé une récurrence locale ou à distance. Pour des raisons familiales, la patiente a été perdue de vue pendant 02 ans puis elle nous a consulté en 2015 pour des douleurs lancinantes intermittentes et une tuméfaction de la mâchoire gauche évoluant depuis un an associée à une halitose et une avulsion des molaires gauches. A l'examen il y avait une limitation de l'ouverture buccale avec apparition d'une masse mal limitée ulcérobougennante gingivale, fixée, qui saigne au toucher et qui s'étend à l'os mandibulaire inférieur avec une mobilité dentaire (Fig 1). La peau en regard était normale et la patiente avait une hyperesthésie du territoire V2 et V3 gauche. Un scanner thoracoabdominopelvien associé à un scanner du massif facial (Fig2) a montré une masse tissulaire gingivale gauche de 5 cm prenant le produit de contraste avec une localisation osseuse secondaire au niveau de la branche mandibulaire gauche et une localisation secondaire du lobe pulmonaire inférieur gauche et costale droite. La biopsie de la masse gingivale a confirmé l'origine mammaire avec des récepteurs hormonaux positifs. La patiente a eu un flash de radiothérapie sur la lésion gingivale et était mise sous un anti aromatase et une chimiothérapie de première ligne type taxotère. La patiente est en cours de traitement depuis 3 mois avec une bonne tolérance et stabilité de la lésion.

III. Discussion

Dans 70 % des cas, les métastases dans la cavité buccale sont détectées après le diagnostic de la tumeur primitive, mais, dans 30 % des cas, elles sont la première manifestation de cancers primitifs non diagnostiqués. Le maxillaire inférieur est le siège le plus fréquent des lésions métastatiques dans la cavité buccale (80 %), en particulier les régions molaires et rétromolaires [1]. L'atteinte plus fréquente de la mandibule est expliquée par certains auteurs du fait de la présence de l'os hématopoïétique où la vitesse du flux sanguin est réduite ce qui favorise le dépôt de cellules cancéreuses [2]. Les métastases buccales peuvent être asymptomatiques ou elles peuvent causer de la douleur, des ulcères, une paresthésie, des saignements, une parodontite, un trismus ou des fractures pathologiques. Elles peuvent aussi apparaître rapidement après l'installation du cancer primitif. La tuméfaction faciale, les troubles de la sensibilité de la région labio-mentonnaire, des douleurs et la mobilité dentaire représentent les signes cliniques les plus fréquents [3]. Chez

notre patiente, la tumeur gingivale était douloureuse avec des paresthésies du nerf V qui se sont installées 5 ans après la fin du traitement. Lorsqu'on pense qu'une lésion buccale pourrait être métastatique, il est important de pratiquer une biopsie. Les cas de métastase gingivale, dont le primitif est mammaire, rapportés dans la littérature étaient de très mauvais pronostic, la survie n'a pas dépassée les 2 mois. Le traitement chirurgical est inutile [4]. Un traitement palliatif est proposé dans le but de soulager les douleurs, éviter les fractures mandibulaires et les infections [5].

IV. Figures



Fig 1 : masse ulcérobourgeonnante gingivale avec mobilité dentaire

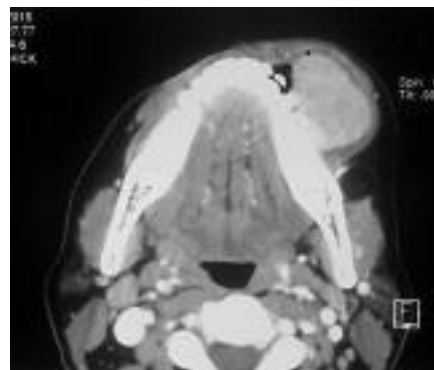


Fig 2 : Scanner du massif facial avec injection de produit de contraste en coupes axiales : Masse tissulaire gingivale gauche

V. Conclusion

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme. Différentes localisations métastatiques ont été rapportées mais la localisation gingivale est rarement décrite. Les explorations radiologiques montrent généralement une localisation secondaire mandibulaire et à distance. Le pronostic est sombre et le traitement est non curatif, il est basé sur la radiothérapie ou chimiothérapie.

References

- [1] Hirshberg A, Buchner A, Metastatic tumours to the oral region. An overview, Eur J Cancer B Oral Oncol.,31B(6), 1995, 355-60.
- [2] Amit Thorawat , Venkatesh G Naikmasur , Preeti Patil , Priya Perumal, Secondary Metastasis to the Mandible From Breast Carcinoma –A Rare Case Report, Journal of Clinical and Diagnostic Research, Vol-9(7), 2015 ZD25-ZD26.
- [3] Ryba F, Rice S, Hutchison IL, Numb chin syndrome: an ominous clinical sign, Br Dent J. 208, 2010, 283-85.
- [4] Sarra Bouslama, Monia Omezzine, Habib Khochtali, Métastases mandibulaires : présentation de 8 cas, Med Buccale Chir Buccale, 16,2010, 247-253
- [5] Stavropoulos MF, Ord RA, Lobular adenocarcinoma of breast metastatic to the mandibular condyle: report of a case and review of the literature, Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 75, 1993, 575-78.