

Métastase parotidienne d'un cancer du sein: à propos d'un cas et revue de la littérature.



Raivoherivony ZI¹, Nomenjanahary L¹,
Rakotondrainibe FN^{2*}, Randrianjafisamindrakotroka NS¹

¹Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar

²Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Anosiala, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Les tumeurs malignes des glandes salivaires sont peu fréquentes, représentant approximativement 0,5 à 1% de tous les cancers. Les lésions secondaires sont rares. Nous rapportons le cas d'une femme de 47 ans présentant une tuméfaction non douloureuse de la région parotidienne droite, avec antécédent de carcinome lobulaire infiltrant du sein droit 13 mois auparavant. Le scanner objectivait un nodule mal limité de 3cm, au-dépend de la glande parotide droite qui a fait l'objet d'une exérèse. Il s'agissait d'une localisation secondaire d'un carcinome lobulaire à l'examen anatomopathologique avec un aspect caractéristique fait de cellules de petite taille, aux atypies cytonucléaires modérées, monomorphes, disposées en cordons et en file indienne, au sein d'un stroma fibreux.

Mots clés: Cancer du sein; Carcinome lobulaire; Madagascar; Métastase; Parotide

Titre en Anglais: Parotid metastasis of breast cancer: a case report with literature review.

Abstract

Malignant salivary gland tumours are uncommon, accounting for approximately 0.5 - 1% of all cancers. Secondary lesions are uncommon. We report the case of a 47-year-old woman presenting a painless lump of the right parotid region, with a history of infiltrating lobular carcinoma of the right breast 13 months earlier. CT scan showed a poorly limited nodule of 3cm of the right parotid gland which was excised. It was a secondary localization of a lobular carcinoma on histological examination with a characteristic pattern of small cells, with moderate cytonuclear atypia, monomorphic, with cord-like arrangement or in indian file disposition and within a fibrous stroma.

Key words: Breast cancer; Lobular carcinoma; Madagascar; Metastasis; Parotid gland

Introduction

Les tumeurs malignes des glandes salivaires sont peu fréquentes. Elles représentent approximativement 0,5 à 1% de tous les cancers [1]. Les cancers primitifs sont de loin les plus observés, les métastases le sont moins (10%) [1]. Il s'agit d'une tumeur de mauvais pronostic, avec une survie à 5 ans de 10% [2]. Les tumeurs primitives des métastases parotidiennes correspondent le plus souvent au carcinome épidermoïde de la tête et du cou (37%) ou au mélanome du visage (45%). Les métastases secondaires à une tumeur à distance comme celle d'origine mammaire sont rares [3]. Peu de cas sont publiés dans la littérature, et ce ne sont que des rapports de cas. Dans cette étude, nous rapportons le cas d'une métastase parotidienne d'un cancer mammaire, avec les profils histo-épidémiologiques et une revue de la littérature.

Observation

Il s'agissait d'une femme de 47 ans, admise en chirurgie pour une tuméfaction non douloureuse de la région parotidienne droite. L'interrogatoire révélait un antécédent de tumeur du sein droit 13 mois auparavant. Le résultat anatomopathologique était un carcinome lobulaire infiltrant, grade 2 selon la classification d'Ellis et Elston, stade IIB (pT3N0) selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2017. Elle avait bénéficié d'un traitement chirurgical à type de mastectomie totale droite avec curage ganglionnaire axillaire homolatéral ainsi que de cures de chimiothérapie adjuvante. L'examen physique montrait une tuméfaction palpable de la région parotidienne droite, indolore. Il n'y avait pas de signes de paralysie faciale. L'examen endobuccal était normal. Le reste de l'examen physique était sans particularité, notamment absence d'adénopathies au niveau des aires ganglion-

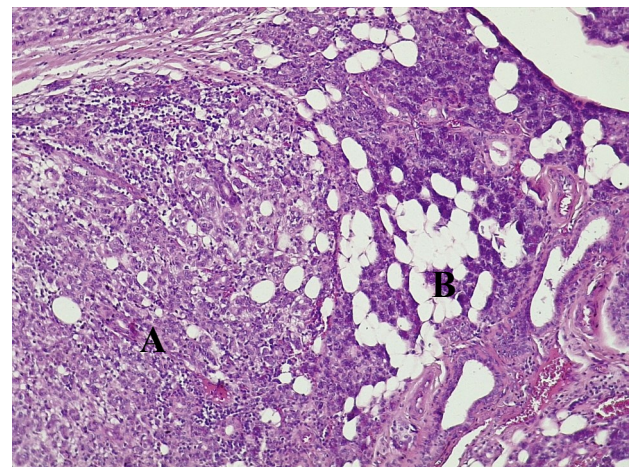


Fig.1: Localisation parotidienne d'un carcinome lobulaire. Prolifération de cellules de petite taille, aux atypies cytonucléaires modérées présentant des noyaux monomorphes et organisées en cordons et en file indienne au sein d'un parenchyme parotidien (Hémaroxyline Eosine x200)

A: prolifération tumorale

B: parenchyme parotidien

naires. Le scanner objectivait un nodule mal limité de 3cm, au-dépend de la glande parotide droite. Le bilan d'extension ne montrait pas d'autre localisation à distance. Le diagnostic suspecté était un nodule bénin, du type adénome pléomorphe. La patiente avait bénéficié par la suite d'une exérèse du nodule et la pièce avait été envoyée au Service d'Anatomie Pathologique. A l'examen macroscopique, il s'agissait d'un fragment ferme, d'aspect lobulé, mesurant 5,5cm de grand axe. La tranche de section présentait un nodule mal limité, blanchâtre, de 1,5cm de diamètre. A l'examen histologique, la pièce intéressait la glande parotide avec des acini séreux et des canaux excréteurs de structure normale, bordés par des cellules dépourvues d'atypies cytonucléaires. Le nodule correspondait à

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: fenoherynalisoa@gmail.com

Adresse actuelle: Laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, CHU Anosiala, Antananarivo, Madagascar

une prolifération tumorale non encapsulée, sans limite nette, composée par des cellules de petite taille, aux atypies cytonucléaires modérées. Elles présentaient des noyaux monomorphes et étaient organisées en cordons et en file indienne, au sein d'un stroma fibreux, rappelant l'aspect morphologique d'un carcinome lobulaire du sein. Compte tenu de l'aspect histologique, des antécédents de la patiente et de l'absence d'autre foyer tumoral lors du bilan d'extension, le diagnostic retenu était une localisation secondaire parotidienne d'un carcinome lobulaire infiltrant de primitif mammaire. L'examen immunohisto-chimique (récepteurs oestrogéniques et progéstérone, HER2, CK7) demandé n'avait pu être réalisé faute de moyen financier. La patiente était par la suite référée en oncologie et elle avait bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante avec un protocole associant cyclophosphamide, méthotrexate et 5-fluorouracile.

Discussion

Le cancer du sein fait partie des cancers les plus fréquents chez la femme. Le retard de diagnostic et/ou de prise en charge engendre une évolution métastatique. Les métastases se font souvent par voie lymphatique. La dissémination par voie hématogène peut se faire tardivement et donne des métastases aux poumons, au foie, aux os, aux surrénales et au cerveau [4]. Les métastases intéressant les glandes salivaires sont extrêmement rares [3]. Dans la littérature anglaise, seuls 21 cas sont rapportés entre 1982 et 2017 [5]. Abrams n'a rapporté qu'un seul cas de métastase parotidienne dans sa série de 167 cas de cancers du sein étudiés sur pièces d'autopsie [6]. A notre connaissance, notre cas serait le premier cas décrit à Madagascar. Dans 80% des cas, la localisation des métastases au niveau des glandes salivaires intéresse la glande parotide [2-5, 7-9]. Cette glande est la plus volumineuse des glandes salivaires, et c'est la seule qui contient des ganglions intraglandulaires [10]. Certains auteurs ont rapporté des cas de métastase intéressant la glande sous maxillaire [11] mais ne représentant que 10 à 20% des cas [7]. Notre patiente était âgée de 47 ans. Selon la littérature, l'âge peut varier de 36 ans [5] à 74 ans [12]. Le délai entre le diagnostic du cancer du sein et l'apparition de la métastase parotidienne est variable, 13 mois pour notre patiente, 11 mois [9] à 7 ans [7] dans la littérature. La présentation clinique habituelle est celle d'une tuméfaction indolore de la glande comme pour notre cas. L'atteinte du nerf facial est évocatrice d'une tumeur maligne et la paralysie faciale est rencontrée dans 30% à 40% des cas de cancers parotidiens [2,5,6,13]. Concernant la latéralité de la lésion, Kmeid [2], Xiao-Shan [5] et Ando [9] ont rapportés des cas de métastase parotidienne et de tumeur primitive mammaire homolatérale. Fatimazahra [8] a rapporté un cas de tumeur primitive du sein gauche avec métastase parotidienne contralatérale. Ce qui suggère la dissémination tumorale probable par voie hématogène. Concernant le type histologique de la tumeur, dans notre cas, il s'agissait d'un carcinome lobulaire infiltrant, ce qui a été aussi retrouvé par Ando [9]. D'autres auteurs [2-5,8] ont rapporté un carcinome de type non spécifique qui constitue le type histologique le plus fréquent des cancers du sein, le carcinome lobulaire venant en seconde position. L'examen immunohisto-chimique est utile pour trancher entre l'origine primitive ou métastatique de la prolifération tumorale (récepteurs oestrogéniques et progéstérone, HER2, CK7, ACE). Pour les tumeurs qui n'expriment pas les ré-

cepteurs hormonaux et expriment l'ACE, le diagnostic de métastase de cancer mammaire reste peu probable [14]. Comme pour notre patiente, le cas rapporté par Dangore-Khasbage [4] n'a pas bénéficié d'une étude immunohisto-chimique mais l'auteur a retenu le diagnostic d'une localisation parotidienne d'un carcinome canalaire infiltrant devant l'aspect morphologique de la lésion, la notion de carcinome mammaire et l'absence d'autre foyer tumoral identifié. Sur le plan thérapeutique, le traitement des métastases parotidiennes de cancer du sein est encore un sujet de controverse. Dans tous les cas, une parotidectomie totale ou exérèse tumorale avec marge saine est pratiquée. La radiothérapie adjuvante est recommandée par certains auteurs. Toutefois, d'autres auteurs préconisent la chimiothérapie adjuvante car il y a la possibilité de coexistence d'autres métastases microscopiques occultes [15].

Conclusion

Les métastases parotidiennes des cancers du sein sont rares. Elles ne sont pas souvent suspectées, car la symptomatologie clinique et les données de l'imagerie ne sont pas spécifiques. L'interrogatoire permet d'orienter le diagnostic devant un antécédent de tumeur du sein. L'anamnèse, l'étude histologique et l'immunohisto-chimie sont d'un grand intérêt pour poser le diagnostic. Notre cas et ceux décrits par d'autres auteurs devraient interpeller les médecins sur la possibilité d'une métastase de cancer de sein en cas de tumeur parotidienne.

Références

- 1- PDQ® Adult Treatment Editorial Board. PDQ Salivary Gland Cancer Treatment (Adult). Bethesda, MD: National Cancer Institute. Consultable à l'URL: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/hp/adult/salivary-gland-treatment-pdq>.
- 2- Kmeid M, Kamar FG, Nasser S, Moukarzel N. Metachronous, single metastasis to the parotid, from primary breast cancer: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol Med* 2016; 2016: 3965283.
- 3- Franzen A, Buchali A, Lieder A. The rising incidence of parotid metastases: our experience from four decades of parotid gland surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2017;37: 264-9.
- 4- Dangore-Khasbage SB, Degwekar SS, Bhowate RR, Bhake A. Metastatic involvement of parotid from carcinoma of the breast: a case report. *Oral Maxillofac Surg* 2009; 13: 49-53.
- 5- Xiao-Shan C, Bin-Bin C, Zhi-Yong Y. Parotid gland metastasis from carcinoma of the breast detected by PET/CT. *Medicine* 2018; 97: e10616.
- 6- Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma. *Cancer* 1950; 3: 74-85.
- 7- Seifert G, Hennings K, Caselitz J. Metastatic tumors to the parotid and submandibular glands. Analysis and differential diagnosis of 108 cases. *Pathol Res Pract* 1986; 181: 684-92.
- 8- El M'rabet F, Kanab R, Ameuraoui T, Sidibe F, Azegrare M, Arifi S, et al. Métastase parotidienne d'un cancer du sein: à propos d'un cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J* 2017; 27: 79.
- 9- Ando K, Masumoto N, Sakamoto M, Teraoka K, Suzuki T, Kurihara T, et al. Parotid Gland Metastasis of Breast Cancer: Case Report and Review of the Literature. *Breast Care* 2011; 6: 471-3.
- 10- Holsinger FC, Bui DT. Anatomy, function, and evaluation of the salivary glands. In: Myers EN, Ferris RL ed. *Salivary Gland Disorders*. Berlin: Springer; 2007. 1-16.
- 11- Escaith C, Lombardi T. Métastase d'un cancer du sein dans la glande submandibulaire: un nouveau cas. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale* 2013; 19: 267-72.
- 12- Wiesel JM, Weshler Z, Sherman Y, Gay I. Parotid gland metastatic carcinoma of breast origin. *J Surg Oncol* 1982; 20: 227-30.
- 13- Sellinger M, Neubauer K, William M, Hemmerlein B, Friedrich M, Salehin D. Contralateral metastasis of parotid gland in advanced breast cancer with peripheral facial paralysis. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284: 1557-60.
- 14- Rawet T, Jegannathan A, Soumian S. Parotid gland: an unusual site of breast cancer metastasis. *BMJ Case Rep* 2017; 2017:bcr2017221842.
- 15- Laforga JB, Gasent JM. Mammary invasive duct carcinoma metastatic to parotid gland: report of a case diagnosed by fine-needle aspiration. *Diag Cytopathol* 2009; 37: 154-8.