



Cas Clinique

Carcinome du Sein Associé à une Lymphadénite Tuberculeuse Axillaire : À Propos d'un Cas

Breast carcinoma associated to axillary lymph node tuberculosis: a case report

Nadim Abdelhak Soualili¹, Meriem El Batoul Bourouba², Yacine Nacereddine¹, Sihem Boussafsaf¹, Naouel Lemdaoui¹.

Affiliations

¹ Service de chirurgie carcinologique, Centre de Lutte Contre le Cancer Sétif, Algérie

² Service de chirurgie, établissement public hospitalier de Ras El Oued, Bordj Bou Arreridj, Algérie.

Auteur correspondant :

Nadim Abdelhak Soualili
Service de chirurgie carcinologique, Centre de Lutte Contre le Cancer Sétif, Algérie
nadimsoualili@gmail.com
Tel : 00213552607480

Mots Clés : Cancer du sein, Lymphadénite tuberculeuse, Tuberculose.

Keywords: Breast cancer, Tuberculosis, Tuberculous lymphadenitis.

RÉSUMÉ

La coexistence d'une lymphadénite tuberculeuse axillaire avec métastases ganglionnaires d'un carcinome mammaire est rare mais aussi un facteur important dans la stadification de la maladie. Cette association peut entraîner des difficultés d'interprétation et une prise en charge inappropriée de la tuberculose ainsi que de la tumeur mammaire. Nous rapportons un cas de carcinome infiltrant du sein chez une femme âgée de 39 ans, où s'est associée une lymphadénite tuberculeuse axillaire aux métastases ganglionnaires du carcinome. La survenue possible et simultanée d'un carcinome mammaire et d'une tuberculose est à évoquer afin d'éviter les difficultés d'interprétation lors d'une prise en charge des formes associant une lymphadénite tuberculeuse axillaire à un carcinome mammaire.

Abstract

The coexistence of tuberculosis with axillary lymph node metastases in breast carcinoma is rare. Axillary lymph node metastasis is the most important factor in the staging of breast carcinoma, this can mimic or complicate the staging of a malignant disease. Dual organ pathology can lead to interpretation difficulties and inappropriate treatment of tuberculosis as well as breast carcinoma. We report an observation of infiltrating carcinoma of the non specific type of the breast in woman aged 39 where tuberculosis was found in the axillary lymph nodes in addition to metastases. **Conclusion.** The possible and simultaneous occurrence of breast carcinoma and tuberculosis should be mentioned in order to avoid difficulties of interpretation and allow adequate management of axillary tuberculous lymphadenitis and breast carcinoma.

INTRODUCTION

La coexistence de la tuberculose avec des métastases ganglionnaires au cours d'un carcinome mammaire est rare (1).

L'atteinte ganglionnaire au cours des carcinome mammaire est un facteur important dans la stadification de la maladie (2,3).

L'association d'un carcinome mammaire a la tuberculose peut entraîner des difficultés d'interprétation et une prise en charge inapproprié de la tuberculose ainsi que de la tumeur mammaire.

Nous rapportons un cas de carcinome infiltrant de type non spécifique du sein chez une femme âgée de 39 ans où s'est associée une lymphadénite tuberculeuse axillaire aux

métastases ganglionnaires du carcinome sans tuberculose mammaire primitive.

PRÉSENTATION DU CAS

B.A, femme de 39 ans, enseignante sans antécédent particulier, s'est présentée à notre consultation suite à la découverte d'une masse du sein droit.

L'examen clinique a décrit une masse de 4 cm au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit, de consistance dure et non adhérente aux tissus profonds avec des adénopathies axillaires mobiles d'un cm. Le reste de l'examen était négatif.

Une première évaluation par mammographie et échographie a décrit une masse irrégulière dans le quadrant supéro-externe, mesurant 39 x 24 x 15 mm, avec

distorsion architecturale, associée à des calcifications pléomorphes régionales de type 5 selon la classification Breast Imaging-Reporting And Data System.

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne injectée et la scintigraphie osseuse étaient négatives pour la maladie métastatique.

Les résultats de la micro-biopsie étaient en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant non spécifique SBR11, avec un immun phénotype luminal B (RH+, HER2+, Ki67 à 35%).

Au terme des explorations, la maladie a été classé initialement CT2N1M0 selon la classification internationale TNM. Après concertation pluridisciplinaire, une chimiothérapie néoadjuvante a été instaurée. Après huit cures, la réévaluation était en faveur d'une réponse partielle, comportant une diminution de la taille initiale de 40% avec persistance d'adénopathies infracentimétriques. À l'issue de la seconde réunion de concertation, il a été réalisé une mastectomie totale avec curage axillaire. Les suites opératoires ont été simples et la sortie a eu lieu au deuxième jour.

L'étude de la pièce opératoire qui mesurait 20 x 13 x 3 cm, retrouva à la section une masse solide blanche avec des bords infiltrants mesurant 2,0 x 1,0 x 0,7 cm sur la ligne médiane du quadrant supérieur. Le reste du parenchyme était sans particularité. De nombreux ganglions lymphatiques ont été identifiés.

L'analyse histologique a trouvé un carcinome canalaire infiltrant non spécifique.

Sur 21 ganglions lymphatiques analysés, des métastases du carcinome ont été trouvées dans sept d'entre eux. Par ailleurs, une lymphadénite granulomateuse avec coloration de Ziehl Neelsen positive a été observée dans cinq ganglions lymphatiques.

Le cas a été de nouveau discuté à un comité multidisciplinaire en présence d'un phthisiologue. La conclusion convenue avec le consentement de la patiente, a été d'initier un traitement antituberculeux de trois mois, associant rifampicine, isoniazide et éthambutol, suivi d'une phase d'entretien de trois mois. Le principal risque à évaluer était la toxicité hépatique, ainsi que le risque d'aggravation de la tuberculose du fait de l'immunosuppression induite par la chimiothérapie.

La malade a été suivie en consultation tous les trois mois. Au bout de deux ans, la malade n'avait présenté aucun signe de récurrence.

DISCUSSION

La tuberculose est une affection endémique en Algérie. Bien que la lymphodénopathie tuberculeuse soit la forme la plus fréquente de tuberculose extrapulmonaire, l'adénite tuberculeuse axillaire primitive est extrêmement rare chez l'adulte. L'apparition synchrone du cancer du sein et de la tuberculose axillaire est un événement important, quoique rare, qui peut semer la confusion et compliquer le diagnostic, la stadification et le traitement de la maladie (4). L'établissement d'un diagnostic de tuberculose mammaire et/ou axillaire chez les patientes atteintes d'une tumeur du sein pendant la période préopératoire présente certains avantages (5).

- Premièrement, éviter certaines complications possibles secondaires à la tuberculose, y compris une fistule sinusale ou des infections chroniques des plaies, peuvent être minimisées grâce à un traitement antituberculeux administré en préopératoire.
- Deuxièmement, la dissection axillaire peut être réalisée facilement lorsqu'un traitement antituberculeux est administré en préopératoire.
- Troisièmement, la sur stadification des ganglions lymphatiques est évitée lors de la stadification de la maladie, étant donné que les ganglions lymphatiques palpables dans l'aisselle sont secondaires à la tuberculose.

La coexistence du cancer du sein et de la tuberculose pose une double problématique, diagnostique et thérapeutique et nécessite la coopération totale du patient (6). Aucun consensus n'est clair ni sur le timing d'administration d'antituberculeux ni sur la durée voire l'association avec la chimiothérapie (7). Alzarraa et col recommandent la réalisation d'une mastectomie en cas de cancer du sein opérable suivie d'un traitement antituberculeux de 18 mois (8). Cependant, Broughton et col recommandent une chimiothérapie après 4 semaines de traitement antituberculeux en raison des effets immunosuppresseurs de la chimiothérapie (9). Dans notre cas où la tuberculose est diagnostiquée en post-opératoire, le traitement antituberculeux s'impose et le protocole d'antituberculeuse adopté par notre équipe était basé sur les recommandations du programme de lutte contre la tuberculose où une phase d'attaque de trois mois de rifampicine, d'isoniazide et d'éthambutol et suivi d'une seconde phase d'entretien de trois mois. Il est à noter que certains auteurs recommandent un supplément de chimiothérapie au traitement, une fois la cicatrisation terminée (9). Mais cela n'a pas été le cas de notre patiente.

CONCLUSION

Si le cancer du sein demeure le cancer le plus fréquent, son incidence ne cesse d'augmenter en Algérie et la tuberculose demeure endémique, la survenue possible et simultanée d'un carcinome mammaire et d'une tuberculose est à évoquer voire même à retenir dans certains cas, en vue d'éviter nombreux problèmes d'interprétation lors de prise en charge ces formes associant une lymphadénite tuberculeuse axillaire à un carcinome mammaire et découvertes en post-opératoire et après chimiothérapie néoadjuvante.

REMERCIEMENTS

Aux docteurs Soualili Fayçal et Soualili Zinedine pour leurs aides à la rédaction.

RÉFÉRENCES

1. Moustahfir Elidrissi, A., Benjelloun, H., Zaghba, N. and Yassine, N. (2016) Peripheral Lymph Node Tuberculosis. Elsevier Masson SAS, Casablanca.
2. Bromberg, S.E. and Amaral, P.G.T. (2015) Tuberculosis Axillary Lymph Node Coexist Breast Cancer in Adjuvant Treatment: Case Report. Einstein (Sao Paulo),13, 423-425.
3. Zouhal, A., Outifa, M., Filali, A., El Amrani, N., Bensaid, F., Fehri, S. and Alaoui, M.T. (2000) Pseudoneoplastic Tumors of the Breast: Breast Tuberculosis about 2 Cases. Maghreb Medicine, No. 82, 1-14.

4. Warthin, A.S. (1899) The Coexistence of Tuberculosis and Carcinoma of the Mammary Gland. *The American Journal of the Medical Sciences* , 118, 25.
5. Akbulut, S., Sogutcu, N., & Yagmur, Y. (2011). Coexistence of breast cancer and tuberculosis in axillary lymph nodes: a case report and literature review. *Breast cancer research and treatment*, 130(3), 1037–1042.
6. Bouhout, T., Serji, B., Egyir, E.U., Elamri, B., Bouhout, I., Soufi, M., et al . (2017) Breast Tuberculosis: A Case Report. *Pan African Medical Journal* , 28, Article No.183.
7. Tritar-Cherif, F. and Daghfous, H. (2014) Management of Lymph Node Tuberculosis. *Medical Tunisia, Flight 92* (No. 01).
8. Alzaraa A, Dalal N (2008) Coexistence of carcinoma and tuberculosis in one breast. *World J Surg Oncol* 6:29 8. Wani BN, Jajoo SN (2008) Ipsilateral axillary tubercular lymphadenopathy, contralateral osseous tuberculosis in a case of ductal carcinoma of breast. *Indian J Cancer* 45:182–184.
9. Broughton A, Galant C, Hainaut P (2008) Simultaneous occurrence of metastatic breast cancer, Hodgkin's disease and tuberculous lymphadenitis in homolateral axillary lymph nodes—a case report. *Acta Clin Belg* 63(6):391–393.