



HAL
open science

31. Carcinomes de primitif inconnu de localisation axillaire (CAPIax) : expérience du CHRU de Tours

M. Cayrol, Lobna Ouldamer, F. Arbion, H. Marret, G. Body

► To cite this version:

M. Cayrol, Lobna Ouldamer, F. Arbion, H. Marret, G. Body. 31. Carcinomes de primitif inconnu de localisation axillaire (CAPIax) : expérience du CHRU de Tours. 35° Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Montpellier, 2013. Traitement personnalisé des cancers du sein : impact sur la prise en charge loco-régionale, Nov 2013, Montpellier, France. pp.329. hal-03580388

HAL Id: hal-03580388

<https://hal.science/hal-03580388v1>

Submitted on 18 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

31

Carcinomes de primitif inconnu de localisation axillaire (CAPIax) : expérience du CHRU de Tours

M. Cayrol¹, L. Ouldamer¹, F. Arbion², H. Marret¹ et G. Body¹

Objectif

Clarifier la prise en charge des carcinomes de primitif inconnu de localisation axillaire (CAPIax) en reprenant toutes les patientes prises en charge pour CAPIax dans notre centre et en faisant une revue de la littérature.

Matériel et méthodes

Nous avons recherché les patientes ayant subi une biopsie/exérèse ganglionnaire axillaire entre le 01/01/1988 et le 31/12/2011, pour lesquelles l'anatomo-pathologie était en faveur d'une métastase ganglionnaire d'un adénocarcinome, d'existence inconnue. Aucune tumeur ne devait avoir été identifiée par les examens d'imagerie effectués (mammographie, échographie mammaire, IRM mammaire). Nous avons repris la prise en charge des patientes et vérifié leurs devenir.

Résultats

- 920 dossiers ont pu être étudiés et au final, seulement 9 dossiers répondaient à nos critères d'inclusion. L'âge moyen des patientes était de 61 ± 9 ans et aucune prédisposition génétique n'a pu être établie. 8 patientes étaient ménopausées, et 4 d'entre elles avaient reçu un traitement hormonal substitutif. La taille moyenne de l'adénopathie lors de sa découverte était de $3 \pm 0,41$ cm. Aucune tumeur mammaire n'avait pu être mise en évidence par les examens d'imagerie réalisés. Ont été identifiées deux métastases d'adénocarcinome métaplasique, une

1 Service gynécologie-obstétrique

2 Service anatomie et cytologie pathologique, CHU Bretonneau, 37000 Tours

métastase d'adénocarcinome papillaire, et six métastases d'adénocarcinome peu ou moyennement indifférencié. En ce qui concerne la prise en charge initiale, aucune tumorectomie ni mastectomie n'a été réalisée. Six patientes ont bénéficié en premier lieu d'un curage axillaire. Trois patientes ont quant à elles été traitées par une chimiothérapie première; il s'agit des patientes présentant une tumeur triple négative. La radiothérapie a été réalisée en traitement adjuvant chez huit patientes, au niveau ganglionnaire, mammaire, et sur les aires osseuses métastatiques. Deux patientes ont pu bénéficier d'un traitement par trastuzumab, et deux patientes ont pu recevoir une hormonothérapie. Trois patientes étaient d'emblée métastatiques lors du diagnostic, et trois patientes sont décédées en cours de traitement. Trois patientes ont développé pendant la maladie une mastite carcinomateuse homolatérale à l'adénopathie. Enfin, le suivi maximal moyen des patientes était de 43 mois.

Discussion

Dans les cas de CAPIax, le bilan d'imagerie doit être exhaustif ; du fait de sa faible sensibilité (Se 29 à 35 %), la mammographie ne peut être suffisante et doit être complétée par une IRM mammaire (Se 72 %) ± un TEP scanner (Se 96 %). La mastectomie homolatérale prophylactique proposée par Halsted [1] en 1907 n'a plus sa place aujourd'hui, et comme le recommandent les SOR, l'abstention chirurgicale mammaire doit être privilégiée [2]. Le curage axillaire est assez consensuel dans la littérature. La radiothérapie centrée sur les aires ganglionnaires sus claviculaires voire axillaire homolatérale, et le sur le sein homolatéral à l'adénopathie a montré son intérêt sur la survie globale sans récurrence et sur l'absence de récurrence locorégionale [3]. Enfin, les traitements systémiques adjuvants doivent être adaptés selon la nature immunohistochimique de la tumeur.

Conclusion

Les CAPIax représentent une entité rare et peu connue, pour laquelle il faut suspecter en premier lieu une tumeur primitive mammaire. Le traitement doit comporter curage axillaire, radiothérapie, et traitement adjuvant, avec une prise en charge similaire aux cancers du sein de stade II.

Références

1. Halsted W (1907) The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. *Ann Surg* 46: 1-19
2. Standards, options, et recommandations (2002) Pour la prise en charge des patients atteints de carcinome de primitif inconnu. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. 1st ed. Paris : Arnette Blackwell
3. Shannon C, Walsh G, Sapunar F, A'Hern R, Smith I (2002) Occult primary breast carcinoma presenting as axillary lymphadenopathy. *Breast* 11: 414-8