

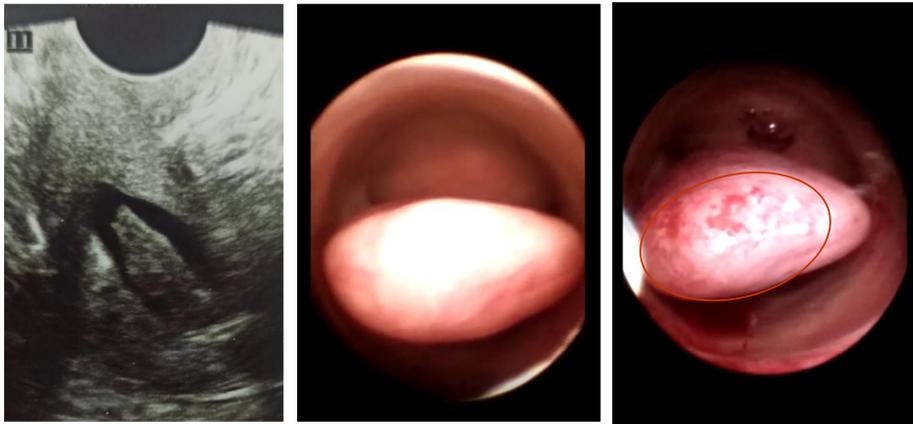
## INTRODUCTION

Les métastases génitales des tumeurs malignes sont rares, les métastases utérines constituent 4 % de ces atteintes génitales de toutes les tumeurs gynécologiques et extra gynécologiques. Ce sont des lésions souvent asymptomatiques découvertes fortuitement ou lors d'autopsies réalisées chez des patientes déjà suivies pour cancer du sein. Il est de ce fait exceptionnel que de telles métastases soient révélatrices de la maladie

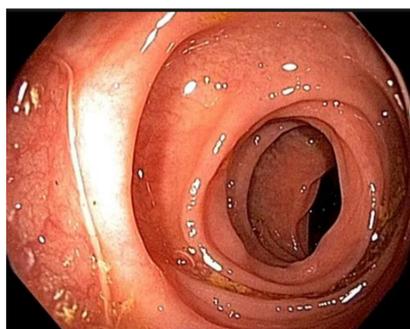
## CAS CLINIQUE

C'est notre patiente âgée de 52ans, G4 P3 C1, Ménopausée depuis 05 ans qui consulte suite à la découverte **FORTUITE** d'une hypertrophie endométriale lors d'une consultation de routine

- **ATCDs personnels** : ménarche à 12 ans, mariage à 27 ans, contraception mécanique, ménopause à 47ans pas de MTR post ménopausiques
- **ATCDs familiaux** : Néo du sein : nièce à 47 ans, mastectomie bilatérale, méta 02 ans après, décédée .
- Néo du sein : nièce à 45 ans, mastectomie + radiothérapie, en rémission
- Néo de la prostate : Père à 70 ans, décédé 03 ans après
- **Examen Clinique** : sans anomalies
- **Echographie**: utérus de position intermédiaire de taille normale, Endomètre, polype endométrial de 18 /09 mm
- **Geste effectué** : Hystérectomie ramenant le polype en totalité et en monobloc, avec description d'une zone blanchâtre ulcérée sur son pôle inférieur, avec biopsies endométriales



- **Résultat Anapath** (histologie + IHC: CD10 CKAE1/AE3 CK7 CK20 Mammaglobine GATA 3 CDX2) :localisation endométriale secondaire d'un carcinome peu différencié dont l'origine mammaire est probable
- **Exploration** : 05 mammographies : 2008 - 2012 – 2015 – 2021 – 2022 classée Birads 2, IRM abdomino pelvienne sans anomalies
- FCV : sans anomalie
- Fibroscopie ;, coloscopie : sans anomalies
- Exploration thyroïdienne : sans anomalies



- **Decision RCP** : HYSTERECTOMIE TOTALE AVEC ANNEXECTOMIE BILATERALE

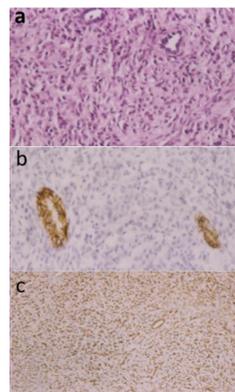


- **Anapath finale** (histologie + IHC : CKAE1/AE3 CK7 Mammaglobine, E-cadhérine RO RP Her2 KI67) : Localisation ovarienne gauche et utérine d'un carcinome d'origine mammaire probable
- Echo-mammographie post op sans anomalies

- **Décision RCP** : IRM mammaire qui a objectivé une asymétrie de densité focale de l'UQE droit classé ACR 6
- **BX** : carcinome lobulaire -> Mastectomie droite avec curage ganglionnaire
- **Anapath finale** : carcinome **lobulaire** du sein droit de 13.2 cm microscopiquement classé **pT3 N3a M1 oth** avec **18 gg infiltré**, composante in situ, emboles vasculaire présents, BDR infiltrée
- **IHC** : Luminal B
- orientée en radio-chimiothérapie et traitement hormonal

## DISCUSSION

- La dissémination tumorale du cancer du sein se fait par voie hématogène et par voie lymphatique, elle intéresse en premier lieu le squelette (31 %), le poumon (19 %), la plèvre (12 %), le foie (9 %), le cerveau (4 %), les ganglions lymphatiques (24 %), la peau locale (22 %) et la peau à distance (7 %).
- Cependant, d'autres localisations moins habituelles ont été rapportées dans la littérature. L'étude de Caskey et al. qui comprend les résultats de cinq séries d'autopsies, portant sur 1552 cas, a permis de relever la fréquence d'autres localisations métastatiques abdominales rares sur le péritoine, le tube digestif, l'appareil urinaire, le rétropéritoine et le tractus génital.
- L'atteinte de l'utérus est retrouvée dans 1 à 15 % des cas, les métastases sont localisées préférentiellement sur le myomètre, le col utérin ou plus rarement au niveau de l'endomètre. Il peut s'agir de localisation isolée ou entrer dans le cadre d'un cancer multimétastatique.
- L'atteinte ovarienne est souvent microscopique, ce qui rend le diagnostic radiologique difficile et sous-estime sa fréquence
- Les métastases génitales du cancer du sein sont l'apanage du carcinome lobulaire infiltrant surtout à récepteurs hormonaux positifs, ainsi que les métastases digestives, péritonéales, et rétropéritonéales .
- Le diagnostic est évoqué lorsque la femme a un antécédent de cancer du sein, mais peut être évoqué également en son absence. En effet, dans de rares situations, les métastases génitales sont révélatrices du cancer du sein, et le cas présent en est un.
- L'immuno-histochimie assoit le diagnostic dans les cas douteux en mettant en évidence une immunoréaction positive à la cytokératine AE1/AE3.



- **images anatomopath de la biopsie**
- \*a : coloration hématéine-éosine (G 40) : l'examen histologique montre une infiltration tumorale massive par des cellules non cohésives ;
- \*b : l'immuno-histochimie montre l'absence d'expression de l'E-cadhérine par les cellules tumorales
- \*c : l'immuno-histochimie montre une expression des cytokératines AE1 et AE2.

## CONCLUSION

Les métastases génitales des carcinomes mammaires bien que rares peuvent être révélatrices, ces cas nécessitent une attention particulière et une discussion pluridisciplinaire

## BIBLIOGRAPHIE

- 1)-Métrorragie révélatrice d'un cancer du sein bilatéral synchronique : à propos d'un cas Z. Benkerroum et al. / Gynécologie Obstétrique & Fertilité 42 (2014) 360–364
- 2)-Binstock A, Smith AL, Olawaiye AB. Recurrent breast carcinoma presenting as postmenopausal vaginal bleeding: a case report. GynecolOncol Rep 20134