



Cancer et grossesse à propos de 03 cas

Dr BOUZINA .H

Dr RAMDANI .N

Dr YAICI. M

Pr. F. MADACI

Service de Gynécologie-Obstétrique, Clinique Ibrahim Gharafa CHU BEO



INTRODUCTION

- Cancer et grossesse situation **rare** mais grave, et tout oppose en apparence ces deux situations.
- Moins de 1 % des cancers touchent des femmes en âge de procréer.
- **définition**: tout cancer diagnostiqué pendant la grossesse ainsi que dans l'année qui suit celle-ci.

Cas Cliniques

Cas cliniques discutés et à la RCP et pris en charge au sein de notre service gynéco-obstétrique Clinique Ibrahim Gharafa CHU BEO Sur une période de 05 ans → 03 cas de cancer et grossesse

Sarcom utérin et grossesse :

T.H âgée de 34 ans g3p1 sans antécédents de néoplasie dans la famille ayant bénéficié d'une myomectomie d'un myome accouché par le col dont l'anapath revient en faveur d'un sarcome du stroma de bas grade.

Patient est perdue de vue ; elle a reconsulté à 13 SA

•**Echographie** :utérus gravidé porteur d'un sac gestationnel AC+ 02 images contigues antéro-fundiques intramurales grossièrement arrondies échogènes hétérogènes mal limitées mesurant 46*47 mm et 35*40 mm prenant fortement le doppler

Mur de sécurité à 7.5 mm; pas d'épanchement

• **IRM pelvienne à 9 SA** : pseudomasses aux limites imprécises de 42*45 mm intramurale antérieure bombant dans la cavité endométriale

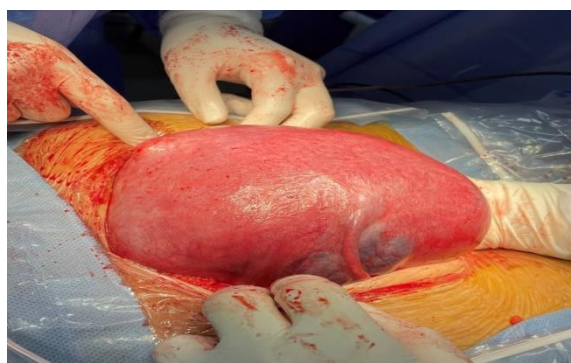
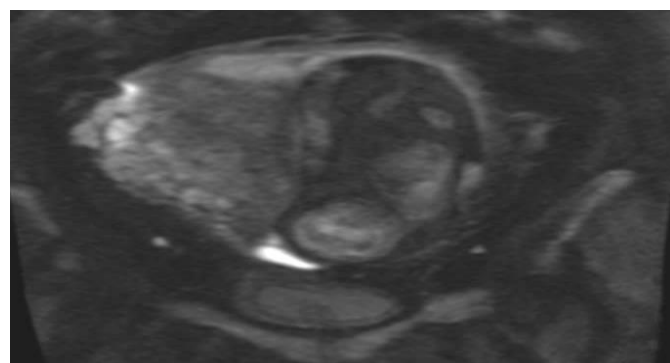
•**IRM pelvienne à 17 SA avec injection** (décision de la RCP): volumineuse formation myométriale mesurant 70*100mm mal limitée arrivant au contact de l'ovaire.ADC des portions tissulaires de 0.8mm2/S avec doute sur l'effraction de la séreuse

•**TDM TAP** : pas de nodules de carcinose ;absence de localisation secondaire

▪**Rediscutée à la RCP** : le diagnostic de **sarcome utérin sur grossesse évolutive** à été retenu devant les éléments anamnésique (ATCD de sarcome) ; clinique (augmentation rapide de la taille de la masse) et radiologique

•**Décision** : **hystérectomie totale inter-ovarienne**

• **Anapath post op** : aspect morphologique et profil immuno-histochimique d'un sarcome du stroma endométrial de bas grade stade IIA de la FIGO .paroi tubaire infiltrée ; paramètres infiltrés;présence d'embolies vasculaires



Cancer du sein et grossesse :

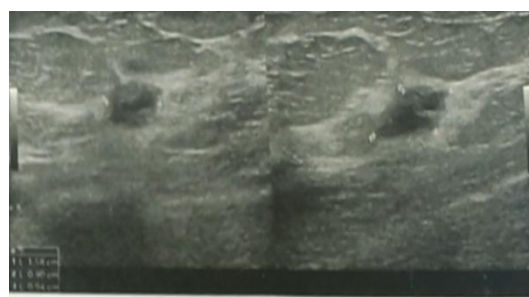
Patiente âgée de 46 ans g5p3 qui consulte pour une masse mammaire droite sur une grossesse de 30 SA

•**Examen clinique** : **sein droit** porteur d'une dure à UQIS de 30mm mobile indolore non adhérente au deux plans. Aires ganglionnaires libres

•**Echographie mammaire** : multiples foyers hypo-échogènes spéculés irréguliers du QSI droit mesurant 5*17mm, 15mm,14mm et 9mm l'une des lésions présente un aspect branché évoquant une origine canalaire → **BIRADS 5** à droite et BIRADS 1 à gauche.

•**Microbiopsie** : carcinome métaplasique infiltrant de type épidermoïde du sein droit de grade II de la SBR ,

• **IHC** = - RO: + à 5 RP: + à 4 Her2: nég KI67: 50% luminal B



•**Discussion RCP** : Vu le terme de la grossesse et le stade de la maladie on décide de maintenir la grossesse jusqu'à 34 SA puis restadifier et discuter les différentes options thérapeutiques en RCP

•**Césarienne avec ligature des trompes faites** à 37 SA et 05 jours (indication obstétricale : RPM sur présentation transverse) NNé de sexe masculin PN:2800gr bon apgar , bonnes suites post op .

•**En post partum** :

Restadification et Bilan d'extension : carcinome mammaire infiltrant droit non spécifique grade II type luminal B classé: **T3N0M0**.

• **Mastectomie totale droite avec curage axillaire**

•**Anapath finale** : carcinome non spécifique bifocal grade I classé pT1N1M0 avec présence d'embolies vasculaires et d'une composante in situ ; IHC = luminal A

•Orientée en radio-chimiothérapie et hormonothérapie

DISCUSSION

•Selon une cohorte internationale de 1170 femmes diagnostiquées d'un cancer pendant la grossesse publiée dans Lancet Oncology (2018, 19: 337-346

•Pendant la grossesse,de l'avis des experts, le cancer peut être traité avec succès la plupart du temps pendant la grossesse, en collaboration avec une équipe multidisciplinaire, tout en garantissant la sécurité du fœtus. Pour augmenter les chances de succès chez la mère, le traitement du cancer pendant la grossesse doit suivre au maximum le protocole de traitement standard pour les patientes non enceintes, tout en évitant la prématurité induite.

•En post partum, le traitement peut suivre exactement les recommandations habituelles de prise en charge mis à part l'allaitement.

•les actes diagnostiques par imagerie non irradiante sont préférables, néanmoins l'IRM avec injection de Gadolinium peut être réalisée quelque soit le terme de la grossesse

•la chirurgie est la plupart du temps possible, quel que soit le terme de la grossesse.

•la plupart des protocoles standards de chimiothérapie peuvent être administrés à partir de 14 semaines d'aménorrhée.

•pas de la chimiothérapie après 35 semaines de grossesse (3 semaines avant l'accouchement) diminuer le nombre de vos cellules sanguines, ce qui est susceptible de causer des saignements et d'accroître le risque d'infection lors de l'accouchement.

Cesser la chimiothérapie pendant cette période peut vous permettre de récupérer de la moelle osseuse qui aurait pu être détruite pendant le traitement.

•l'hormonothérapie est contre indiquée pendant la grossesse.

•la radiothérapie est souvent reportée après la grossesse sauf lorsqu'elle est au niveau cérébral.

▪En Générale en cas de désir d'allaitement: Les agents Ch-Trt et d'autres médicaments peuvent être transférés au bébé, ce qui peut engendrer des effets nuisibles. ;Les substances radioactives qu'on prend (comme l'iode radioactif employé pour traiter le cancer de la glande thyroïde) peuvent aussi passer dans le lait maternel et nuire au bébé.;Il est donc possible qu'on vous demande d'arrêter l'allaitement pendant un certain temps ou bien de ne pas allaiter du tout si vous devez recevoir un traitement systémique, comme la chimiothérapie.

CONCLUSION

- La prise en charge d'un cancer découvert pendant la grossesse doit être assurée par une équipe pluridisciplinaire.

- Elle sera adaptée au cas par cas, tant pour les procédures diagnostiques (diagnostic positif, bilan d'extension) que thérapeutiques.

-globalement la grossesse en soi n'influe pas sur le pronostic du cancer mais elle est parfois incompatible avec une prise en charge optimale du cancer.

BIBLIOGRAPHIE

Prise en charge du cancer du sein pendant la grossesse : C.Cuvier, F.Ledoux, F. Coussy, M. Espié / La Lettre du Sénologue n° 55 - mars 2012; Ahmadaye I et Al. Cancer du sein bilatéral synchrone: expériences du centre Mohammed VI pour le traitement des cancers CHU Ibn Rochd Casablanca, Pan African Medical Journal. 2016; 25:121

Zongo N, Cancers du sein bilatéraux synchrones à l'Institut du Cancer Joliot Curie de Dakar, Carcinol Clin Afrique 2013 ; 12(1-2) : 48-56

Fisher B. The Evolution of Paradigms for the Management of Breast Cancer: A Personal Perspective. Cancer Research 1992;52:2371-83 ; -Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril 1981;36: 433-445 -Dover RW, Ferrier AJ, Torode HW. Sarcomas and the conservative management of uterine fibroids: a cause for concern? Aust N Z J Obstet Gynaecol 2000;40:308-312 -Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. Obstet Gynecol Surv 1996;51:125-134 -Aharoni A, Reiter