

CASE REPORT



Breast cancer in men. Report of 4 cases

Ndèye Marième DIAGNE¹, Marie Monique TINE¹, Mame Diarra NDAW², Rokhaya NIASSE³, Eugene Prosper DIEME⁴, Abdou Rajack NDIAYE¹

1. Service d'oncologie médicale –hématologie clinique, Hôpital Principal de Dakar 01 Avenue Nelson Mandela Dakar Sénégal
2. service d'imagerie médicale , Hôpital Principal de Dakar 01 Avenue Nelson Mandela Dakar Sénégal
3. Service d'anatomie pathologique, Hôpital Principal de Dakar 01 Avenue Nelson Mandela Dakar Sénégal
4. Service de chirurgie viscérale, Hôpital Principal de Dakar 01 Avenue Nelson Mandela Dakar Sénégal

ABSTRACT

Breast cancer is a rare condition in men. It represents approximately 1% of breast cancers worldwide. The objective of this study was to describe the epidemiological, clinical, therapeutic, and progressive aspects of male breast cancer. This is a report of 4 cases over 10 years. The average age of patients was 62 years. The average appointment time was 18 months. The reason for consultation was a breast mass in 3 patients and in 2 cases a budding ulcer mass. All patients were in good general condition. Pathological examination of the breast biopsy revealed infiltrating ductal carcinoma in all patients. It was cancer of the right breast in 2 cases, and of the left breast in one case; In one patient it was bilateral breast cancer. Ca 15-3 marker was elevated in all patients. All patients had a luminal A tumor. One patient had HIV1 retrovirosis under AntiRetroViral (ARV) treatment. All patients were metastatic at diagnosis. The treatment administered was hormonal therapy and palliative chemotherapy. Progression was noted in 2 patients and stability in one case. One patient died, one patient was lost to follow-up and the other two are being treated. Male breast cancer remains a rare disease. The treatment is roughly like female breast cancer; but it has a worse prognosis. Prospective studies would help refine treatment strategies.

ARTICLE HISTORY

Received 26 Mar 2024
Accepted 07 Apr 2024

KEYWORDS

Breast cancer, man, Dakar

CORRESPONDING AUTHOR

Ndèye Marième DIAGNE
yamaismael@yahoo.fr

1. INTRODUCTION

Le cancer du sein demeure une affection rare chez l'homme. Elle représente environ 1% des cancers du sein dans le monde. En Afrique, très peu d'études ont été réalisées. Au Sénégal, peu de cas ont été rapportés. Cependant l'incidence de la maladie augmente au fil des années. Le cancer du sein chez l'homme est de mauvais pronostic du fait d'un diagnostic le plus souvent tardif. La prise en charge est pluridisciplinaire, mais n'est pas encore standardisée, elle est basée sur le modèle féminin.

L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs du cancer du sein de l'homme à l'hôpital principal de Dakar.

2. OBSERVATION

L'ensemble des cancers du sein chez l'homme dans le service d'oncologie médicale et d'hématologie clinique de l'hôpital principal de Dakar sur 10 ans ont été recrutés. Le critère d'inclusion était tous les hommes atteints de cancer du sein dont le diagnostic était confirmé par l'examen anatomopathologique et l'immunohistochimie.

La participation à cette étude était libre et volontaire avec un consentement éclairé des participants. Aucun préjudice et aucun avantage n'a été tiré de la participation ou non à cette étude. Les données ont été collectées de manière anonyme et confidentielle.

Ainsi, 4 dossiers ont été colligés. L'âge moyen était de 62 ans avec des extrêmes de 45 ans et 67 ans. Le délai moyen de consultation était de 18 mois. Le motif de consultation était une masse mammaire chez 3 malades et dans 2 cas une masse ulcéro-bourgeonnante. Tous les patients avaient un bon état général OMS 1-2. L'examen anatomopathologique de la biopsie mammaire avait mis en évidence un carcinome canalaire infiltrant chez tous les patients. Il s'agissait d'un cancer du sein droit dans 2 cas, du sein gauche dans un cas et un cancer bilatéral des seins dans un cas (figure 1). Le marqueur CA 15-3 était élevé chez tous les malades. Tous les malades présentaient une tumeur luminale A. Un patient était porteur d'une rétrovirose à HIV1 sous traitement ARV. Tous les malades étaient métastatiques au diagnostic. Le traitement administré était une hormonothérapie et une chimiothérapie palliative. Une progression était notée chez 2 malades et une réponse partielle dans un cas (figure 2). Un malade est décédé, un patient était perdu de vue et les deux autres sont en cours de traitement.



Figure 1. Tumeur ulcéro-bourgeonnante bilatérale des seins métastatique ganglionnaire et osseux sur terrain de gynécomastie bilatérale chez un homme de 67 ans.

3. DISCUSSION

Le cancer du sein chez l'homme, dont la première description clinique remonte au XIV^{ème} siècle par le chirurgien anglais John of Arderne, est une maladie rare. Elle représente moins de 1% des tumeurs malignes chez l'homme (1,2,3,6). Son incidence est croissante depuis les années 1970. L'incidence la plus élevée est enregistrée en Afrique particulièrement en Égypte et en Zambie. Une forte incidence est également notée en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne (9,10,17). Aux USA son incidence est plus élevée chez le sujet noir que chez le sujet blanc (7). L'étiopathogénie de ce cancer n'est pas clairement établie, les hypothèses sont un déséquilibre entre les androgènes et les œstrogènes comme dans certaines gynécomasties (6,13) ; il

existe également des facteurs génétiques, on trouve chez 10 à 20 % des hommes ayant un cancer du sein, des antécédents familiaux de cancers du sein ou des ovaires. Dans 4 à 16 % des cas il s'agit d'une mutation BRCA 2 qui est la plus clairement établie avec un mauvais pronostic (4,17). Les mutations BRCA1, P53, PTEN et SHEK2 sont moins fréquentes. D'autres facteurs de risque sont rapportés : l'âge avancé, l'hyperœstrogénie relative due à des anomalies testiculaires, l'exposition exogène aux œstrogènes, aux dysfonctionnements hépatiques et au syndrome de Klinefelter (6,11,12). L'âge moyen dans notre série est 62 ans ; il est corrélé à l'âge au diagnostic dans la littérature où il est entre 63 et 71 ans. Cet âge de survenue de la maladie chez l'homme est plus avancé que chez la femme de 8 à 10 ans plus tard (6,9,13). Le délai de consultation est long dans notre étude avec une moyenne de 18 mois. De nombreux auteurs rapportent un délai de consultation long du fait de la méconnaissance de la maladie dont le diagnostic différentiel le plus fréquent est la gynécomastie, dont l'existence entraîne une prédisposition de 3 à 6 % de développer un cancer du sein (16,5). Cette gynécomastie a été retrouvée chez un de nos malades qui présentaient une tumeur mammaire bilatérale (photo1). La bilatéralité (synchrone et/ou métachrone) semble moins fréquente que chez la femme représentant 1, 4%. Il existe une forte corrélation entre le cancer du sein et l'hyperœstrogénie, et l'obésité qui contribuent à la gynécomastie. Cependant peu d'études rapportent une corrélation entre la gynécomastie et le cancer du sein (18).



Figure 2. Cicatrisation de la lésion mammaire droite après 5 mois de traitement hormonal par Tamoxifène.

La circonstance de découverte la plus fréquente est une tuméfaction dure, rétro aréolaire, non douloureuse dans 68 à 85%. Cette tuméfaction est notée dans 3 cas dans notre série et

dans 2 cas on notait une ulcération mammaire (13,6). Il peut s'agir d'un écoulement mamelonnaire, d'un saignement ou de la rétraction du mamelo. Plus de 40 % des malades consultent pour des stades avancés T3 ou T4 (16,17). Dans notre série, tous les patients sont diagnostiqués à un stade avancé métastatique. Les métastases étaient osseuses et pulmonaires et ganglionnaires chez tous les malades. Dans la littérature 4 à 17% des hommes ayant un cancer du sein sont métastatiques au diagnostic ; 18 à 54 % des patients traités pour un cancer du sein localisé développeront des métastases au cours du suivi. Les métastases sont similaires à ceux de la femme ; elles sont osseuses, pulmonaires, cérébrales et hépatiques (17).

La mammographie peut mettre en évidence une masse polylobée, une opacité à contours irréguliers, spiculés ou des microcalcifications. L'échographie mammaire objectivé une masse solide hypoéchogène à contours irréguliers et à marges micro. La classification TNM permet de définir le stade de la maladie. Le bilan d'extension comprend les examens suivants qui seront fonction de la symptomatologie clinique : une tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne à la recherche de localisations secondaires, une scintigraphie osseuse et le dosage du marqueur Ca 15-3 (3,17).

L'examen anatomopathologique de la biopsie mammaire met en évidence un carcinome canalaire infiltrant qui est le type histologique le plus fréquent dans 85 à 95 % et retrouve dans notre série chez tous les malades (10,13,17). Le carcinome lobulaire du sein demeure rare chez l'homme, quelques cas ont été rapportés (18,5). Par rapport au cancer du sein chez la femme, le cancer du sein chez l'homme exprime le plus souvent les récepteurs hormonaux dans 80 à 90 % des cas. Dans 90 % des cas, il s'agit de tumeur de grade 1 (3, 10,13). Dans notre série, tous les malades exprimaient les récepteurs hormonaux avec une tumeur de grade 1 et n'exprimaient pas l'oncoprotéine HER2. Dans la littérature la surexpression de HER2 est notée dans environ 5 % chez l'homme (13,17). La taille tumorale, l'atteinte ganglionnaire, l'expression des récepteurs hormonaux et le grade SBR sont des facteurs pronostiques importants (3-6).

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge est à peu près identique à celle de la femme. Au stade précoce, la mastectomie radicale modifiée associée à un curage axillaire est la référence. La chirurgie conservatrice n'a pas d'indication dans le traitement du cancer du sein chez l'homme du fait du faible volume mammaire rendant difficile des marges de résections saines. L'hormonothérapie est largement utilisée en cas de positivité des récepteurs hormonaux. La molécule de référence est le Tamoxifène qui augmente le taux de survie. Ses principaux effets secondaires sont la thrombose veineuse profonde, la réduction de la libido, l'impuissance, les changements d'humeur et les bouffées de chaleur (5). Deux malades ont bénéficié d'une hormonothérapie avec à l'évaluation une stabilité des lésions métastatiques osseuses et ganglionnaires. L'hormonothérapie par les anti-aromatases induit peu de réponse objective

(6,15,13). Chez un malade une hormonothérapie par Létrozol a été prescrite après une progression sous Tamoxifène, avec une stabilité depuis 6 mois.

La chimiothérapie adjuvante séquentielle est proposée chez les sujets jeunes. Une chimiothérapie par Paclitaxel et Bevacizumab a été réalisée chez un sujet jeune présentant un carcinome du sein droit associé à des métastases vertébrales responsables de troubles de la marche. Après 6 cures de chimiothérapie, l'évolution était marquée par une baisse de la symptomatologie douloureuse. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne objectivait un aspect de réponse partielle.

La radiothérapie, quand elle est indiquée, améliore le contrôle local et la survie sans progression. Elle a été proposée chez un malade présentant une métastase vertébrale dorso-lombaire diffuse et une épидурite D8-D9 non compressive ce qui a entraîné un amendement de la symptomatologie douloureuse et une reprise de la marche. La radiothérapie adjuvante n'a pas de bénéfice en survie globale, il est rapporté une réduction du risque de rechute loco régionale. La survie globale pour le même stade est moins bonne chez l'homme que chez la femme. Le taux de survie à 5 ans est 63% pour les stades 1 et 19 % pour les stades 4 (10).

L'évolution dans notre série est marquée par un décès chez un malade par présence d'une miliaire carcinomateuse sur terrain d'une infection rétrovirale à VIH1 sous traitement anti viral. Un malade a été perdu de vue après l'annonce du diagnostic. Deux patients sont en vie, l'un est en réponse partielle sous hormonothérapie par Tamoxifène (photo2) et le second est stable sous hormonothérapie par Anti-aromatase.

4. CONCLUSION

Le cancer du sein chez l'homme est une maladie rare. Le diagnostic est posé à un stade avancé. Malgré le retard diagnostique, l'état général des malades est longtemps conservé. Il existe des facteurs de risque spécifiques au cancer du sein chez l'homme. La prise en charge est similaire au cancer du sein chez la femme. L'évolution est marquée par un taux de récurrence plus important que chez la femme en fonction du stade du diagnostic. Des études multicentriques sont nécessaires pour une prise en charge spécifique de cette affection chez l'homme.

Conflits d'intérêt : aucun en rapport avec cet article.

REFERENCES

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin. janv 2017;67(1):7-30.
2. Cottenet J, Dabakuyo-Yonli TS, Mariet A-S, Roussot A, Arveux P, Quantin C. Prevalence of patients hospitalized for male breast cancer in France using

- the French nationwide hospital administrative database. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Sept 2019 ;28(5) : e13117.
3. Elbachiri M, Safini F, Bouchbika Z, Benchekroun N, Jouhadi H, Tawfiq N, Sahraoui S, Benider A. Cancer du sein chez l'homme : à propos de 40 cas et revue de la littérature *Pan Afr Med J*. Dec 2017 ; 28:287
 4. Weiss Joli R , Moysich Kirsten B, Suédoise H Epidémiologie du cancer du sein chez l'homme. *Biomarqueurs épidémiologiques du cancer Prev janv*. 2005 ; 14(1) :20
 5. Bourhafour M , Belbaraka R , Souadka A, M'rabti H , Tijami F, Errihani H, Male breast cancer: a report of 127 cases at a Moroccan institution. *BMC Research Notes* Juin 2011 : 4 :219
 6. Sellal N, Haddad H, Bouchbika Z, Benchakroun N, Jouhadi H, Tawfiq N, Sahraoui S, Benider A Cancer du sein : l'homme est aussi concerné. *Étude de 21 cas Andrologie* 2011 21 :45-51
 7. Gucalpa A, Trainaa T A, Eisnerb J R, Parker J S, Selitsky S R, Parke B H, Eliasf A D, Baskin-Beyb E S, Cardosog F Male breast cancer: a disease distinct from female breast cancer *Breast Cancer Res Treat*. January 2019 ; 173(1) : 37–48.
 8. Darkeh M.H.S.E, Azavedo, E. Male Breast Cancer Clinical Features, Risk Factors, and Current Diagnostic and Therapeutic Approaches. *International Journal of Clinical Medicine*, 2014, 5, 1068-1086.
 9. Ravandi-Kashani F, Hayes TG. Male breast cancer: review of the literature. *Eur J Cancer* 1998, 34 :1341–7
 10. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Buzdar A U, Perkins G, Ortobagyi G N. Breast carcinoma in men : a population-based study. *Cancer* July 2004 1,101(1) :51–7
 11. Tajima N, Tsukuma H, Oshima A Descriptive epidemiology of male breast cancer in Osaka, Japan. *J Epidemiol* 2001 11 :1–7
 12. Gómez-Raposo C, Zambrana T F, Sereno Moyano M, Gomez M L, Casado E Male breast cancer. *Cancer Treat Rev* Oct 2010 ;36(6) :451–7
 13. Korde L A, Zujewski J A, Kamin L, Giordano S, Domchek S, Anderson W A, Bartlett J M S, Gelmon K, Nahleh Z, Bergh J, Cutuli, B Pruneri G, McCaskill-Stevens W, Gralow J, Hortobagyi G, Cardoso F Multidisciplinary Meeting on Male Breast Cancer: Summary and Research Recommendations *J clin oncol* April 2010 20 ;28 (12) 2114–2122
 14. Harlan LC, Zujewski JA, Goodman MT, Stevens JL. Breast cancer in men in the United States: a population-based study of diagnosis, treatment, and survival. *Cancer*. 1 août 2010 ;116(15):3558-68.
 15. Ribeiro G G, Swindell R, Harris M, Banerjee SS, Cramer A A review of the management of male breast carcinoma based on an analysis of 420 treated cases, *the Breast* June 1996 vol 5 issue 3 :141–6
 16. Zhu J, Davis CT, Silberman S, Spector N, Zhang T. A role for the androgen receptor in the treatment of male breast cancer. *Crit Rev Oncol Hematol*. Feb 2016 ; 98 :358-63
 17. Donegan W L, Redlich P N , Breast cancer in men *Surgical Clinics of North America* Vol 76, Issue 2, 1 April 1996, 343-363
 18. Mekheal E, Kania B E, Kumari P, Kumar V, Maroules M Gynecomastia and Malignancy: A Case of Male Invasive Ductal Breast Carcinoma Treated with Neoadjuvant Chemotherapy *Am J Case Rep*, 2022; 23: e937370