

Case report

Rechute métastatique inhabituelle amygdalienne d'un cancer du sein



An unusual case of breast cancer metastasized to the tonsils

Ilias Benchafai^{1,&}, Marouane Balouki¹, Mohamed Jawad Fassi Fihri², Mohamed Zalagh¹, Fouad Benariba¹, Leila Afani³

¹Service D'ORL et CCF, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc, ²Service de Chirurgie Générale, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc, ³Service d'Oncologie Médicale, Institut National d'Oncologie, Rabat, Maroc

[&]Auteur correspondant: Ilias Benchafai, Service D'ORL et CCF, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

Received: 21 Oct 2019 - Accepted: 05 Nov 2019 - Published: 09 Dec 2019

Domain: Otolaryngology (ENT)

Mots clés: Cancer du sein, métastase, amygdales palatines

Résumé

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme dans le monde. Les principaux sites métastatiques sont l'os, le poumon, le foie, le cerveau et les ganglions. Les métastases amygdaliennes sont extrêmement rares. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 48 ans suivie pour un carcinome canalaire infiltrant du sein type luminal A depuis 2011. Le traitement initial a consisté en une chirurgie, une chimiothérapie et une hormonothérapie adjuvante. Après un intervalle libre de 5 ans, la patiente a présenté une rechute métastatique isolée au niveau de l'amygdale gauche. Une résection chirurgicale puis une chimiothérapie a été proposée. À travers ce travail nous proposons une revue de littérature sur les métastases amygdaliennes.

Case report | Volume 1, Article 47, 09 Dec 2019 | 10.11604/pamj-cm.2019.1.47.20758

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/1/47/full>

© Ilias Benchafai et al PAMJ - Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Breast cancer is the leading cause of cancer death among women in the world. The most common sites of metastases are the bones, the lungs, the liver, the brain and the lymph nodes. Tonsillar metastases are extremely rare. We report the case of a 48-year old female patient who had been treated for infiltrating ductal breast cancer (luminal A) since 2011. Initial treatment was based on surgery, chemotherapy and adjuvant hormone therapy. After 5-year relapse-free interval the patient developed metastasis in the left tonsil. Surgical resection and then a chemotherapy were proposed. The purpose of this study was to conduct a literature review on tonsillar metastases.

Key words: Breast cancer, metastases, palatine tonsils

Introduction

Les tumeurs secondaires de l'amygdale sont extrêmement rares, elles sont estimées à environ 0,8% de toutes les tumeurs amygdaliennes [1]. Les tumeurs primitives les plus incriminées sont le mélanome malin, l'ADK gastrique et l'hypernéphrome. Le cancer du sein est l'une des tumeurs primitives les plus rares à métastaser à l'amygdale. Les métastases amygdaliennes sont de diagnostic facile et se manifestent souvent par des maux de gorge, des dysphagies, ou bien des hémorragies et dans les cas avancés par un trismus. Parfois elles sont asymptomatiques découvertes lors d'un examen oral de routine. Les métastases amygdaliennes sont de mauvais pronostic avec une survie moyenne de 9 mois après leurs découvertes, quel que soit la nature de la tumeur primitive [2]. Nous rapportons un cas rare d'une rechute métastatique amygdalienne isolée d'un cancer du sein.

Patient and observation

Il s'agit d'une patiente de 48 ans suivie pour cancer du sein depuis 2011. La patiente avait bénéficié d'une mastectomie gauche avec curage ganglionnaire. L'examen histologique était en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant du sein type luminal A. Le traitement adjuvant a consisté en six cycles de chimiothérapie à base d'anthracyclines et taxanes puis une

hormonothérapie pendant 5 ans. Au cours de son suivi qui a duré cinq ans, la patiente s'est plainte d'une odynophagie. L'examen ORL a objectivé une masse nécrosée blanchâtre de l'amygdale palatine gauche, très douloureuse et friable à la biopsie (Figure 1) et dont le résultat de la biopsie a révélé une localisation secondaire du carcinome canalaire du sein avec expression de l'anticorps anti-Mammaglobin par les cellules tumorales (Figure 2, Figure 3, Figure 4). Le profil moléculaire était toujours de type luminal A. Un bilan d'extension fait d'IRM cervicale, de TDM thoraco-abdomino-pelvienne et de scintigraphie osseuse, n'a pas retrouvé d'autres localisations secondaires. La patiente a subi une large amygdalectomie et une chimiothérapie lui a été proposée.

Discussion

Première cause de mortalité par cancer chez la femme, le carcinome du sein est le plus fréquent cancer féminin au monde avec 1,4 million de nouveaux cas par an [3]. Au moment de son diagnostic, il est dans 46% des cas associé à des métastases régionales ou à distance. L'os, le poumon, le foie, le cerveau et les ganglions sont les sites métastatiques les plus fréquents [4]. Les métastases amygdaliennes sont très rares et représentent moins de 1% de toutes les tumeurs amygdaliennes [2]. Les tumeurs primitives les plus incriminées sont le mélanome malin [5] et le carcinome bronchique à petites cellules [6]. D'autres localisations primaires ont été

décris tel que l'adénocarcinome gastrique, le carcinome anaplasique de la thyroïde, l'adénocarcinome du côlon et de la prostate mais à moindre fréquence [2]. Pour les tumeurs du sein, les métastases amygdaliennes sont rares et à notre connaissance moins de dix cas ont été rapportés dans la littérature avec 3 cas décrits avant 1910 [2,7-9]. Le type histologique retrouvé est le carcinome [8-10], les tumeurs phyllodes malignes [11,12] et les angiosarcomes [7,13]. La rareté de ces métastases amygdaliennes s'explique d'une part que les amygdales n'ont pas de vaisseaux lymphatiques afférents. D'autre part, le tissu amygdalien est riche en cellules réticulo-endothéliales capables d'éliminer les cellules tumorales [12]. Les métastases amygdaliennes peuvent être bilatérales ou unilatérales avec une prédisposition pour le côté gauche [2,7].

Les rechutes métastatiques isolées du cancer du sein après intervalle libre sont rares [2,10]. Ces rechutes isolées pourraient s'expliquer par la présence de cellules dormantes qui échappent aux traitements cytotoxiques [14]. Cela laisse à penser que l'on peut être « cliniquement guéri », sans pour autant être « biologiquement libre » du cancer. Le cas ci présent illustre la nécessité de suivi à long terme dans le carcinome du sein. Concernant le profil moléculaire, il a été décrit un changement du statut des récepteurs hormonaux et de l'HER2 entre la tumeur primitive et la métastase allant jusqu'à 20%, d'où l'intérêt de la biopsie [15]. Pour notre cas, il s'agissait du même profil moléculaire. L'apparition de métastase amygdalienne est souvent symptomatique allant d'une sensation de corps étranger, de mal de gorge, d'otalgie, d'odynophagie jusqu'à une dysphagie ou une dyspnée et elle est parfois révélée par une hémorragie amygdalienne. La métastase amygdalienne d'un cancer du sein est souvent associée à un taux élevé du CA 15-3 (1245.3 mU/ml chez notre patiente). L'amygdalectomie chirurgicale fournit un diagnostic histologique et permet de soulager la douleur et de tarir un saignement s'il existe. En outre la chimiothérapie conventionnelle, certaines thérapies ciblées tels que le

trastuzumab, le lapatinib ou le neratinib peuvent être utiles à ce stade de la maladie. Les métastases amygdaliennes même isolées restent de mauvais pronostic quel que soit la nature de la tumeur primitive et le type de traitement entrepris, avec une durée moyenne de survie estimée à 9 mois après le diagnostic [2].

Conclusion

Les métastases amygdaliennes isolées du cancer du sein sont rares mais peuvent exister. Un suivi régulier à long terme des patientes avec biopsie de toute anomalie amygdalienne reste nécessaire. Bien que le présent cas ne soit qu'un évènement rare, il confirme que la patiente atteinte de cancer du sein peut être considérée comme cliniquement guérie mais pas biologiquement libre de cancer, d'où la nécessité d'un suivi à long terme.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de cet article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de ce manuscrit.

Figures

Figure 1: aspect clinique de l'amygdale palatine gauche

Figure 2: muqueuse pharyngée ulcérée en surface et infiltrée par une prolifération tumorale d'allure carcinomateuse

Figure 3: cette prolifération est faite d'amas et de boyaux de cellules au cytoplasme abondant et au noyau arrondi anisocaryotique hyperchromatique

Figure 4: expression de l'anticorps anti-mammaglobin par les cellules tumorales

Références

1. Crawford BE, Callihan MD, Corio RL. Oral pathology. Otolaryngol Clin North Am. 1979; 12(1): 29–43. [PubMed](#)
2. Tueche SG, Nguyen H, Larsimont D, Andry G. Late onset of tonsillar metastasis from breast cancer. Eur J Surg Onco. 1999; 25(4): 439-40. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer. 2010; 127(12): 2893-917. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Al-Benna S, Tzakas E. Submental lymph node metastasis from invasive ductal breast carcinoma. Arch Gynecol Obstet. 2012; 285(4): 1153-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Aydogan LB, Meyers JN, Meyers EN, Kirkwood J. Malignant melanoma metastatic to the tonsil. Laryngoscope. 1996; 106(3 Pt 1): 313–6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Seddon DI. Tonsillar metastasis at presentation of small cell carcinoma of the lung. J Roy Soc Med. 1989; 82(11): 688. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Bar R, Netzer A, Ostrovsky D, Daitchman M, Golz A. Abrupt tonsillar hemorrhage from a metastatic hemangiosarcoma of the breast: case report and literature review. Ear Nose Throat J. 2011 Mar; 90(3): 116-20. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Barton TK, Kesterson GH, Wellman D, McCarty KS Jr. Tonsillar metastasis from carcinoma of the breast with ultrastructural and steroid receptor analyses. Laryngoscope. 1980; 90(3): 477-85. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Lee KJ, Fischer DS, Fappiano AP. Breast carcinoma metastatic to the palatine tonsils. Conn Med. 1987 Feb; 51(2): 76-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
10. Maruzzo M, Giorgi CA, Marioni G, Bottin R, Zanon S, Marino F, Koussis H. Late onset (22 years) of simultaneous tonsillar and cervical lymph node metastases from breast ductal carcinoma. American Journal of Otolaryngology: Head and Neck Medicine and Surgery. 2012 Sep-Oct; 33(5): 627-30. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
11. Rui Sano, Eisuke Sato, Tetsuya Watanabe, Hisakazu Oshima, Atsushi Ando, Michihiro Masaki **et al.** Phyllodes tumor metastasis to the tonsil with synchronous undifferentiated carcinoma. Int J Surg Case Rep. 2014; 5(6): 290–293. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
12. Tomohiro Sera, Shinichiro Kashiwagi, Tsutomu Takashima, Yuka Asano, Wataru Goto, Nozomi Iimori. Multiple metastatic malignant phyllodes tumor of the breast with tonsillar metastasis: a case report. BMC Res Notes. 2017 Jan 19; 10(1): 55. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

13. Baum JK, Levine AJ, Ingold JA. Angiosarcoma of the breast with report of unusual site of first metastasis. *J Surg Oncol.* 1990; 43(2): 125-30. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
14. Goss PE, Chambers AF. Does tumour dormancy offer a therapeutic target? *Nat Rev Cancer.* 2010 Dec; 10(12): 871-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
15. Guarneri V, Giovannelli S, Ficarra G, Bettelli S, Maiorana A, Piacentini F *et al.* Comparison of HER-2 and hormone receptor expression in primary breast cancers and asynchronous paired metastases: impact on patient management. *Oncologist* 2008 Aug; 13(8): 838-44. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 1: aspect clinique de l'amygdale palatine gauche

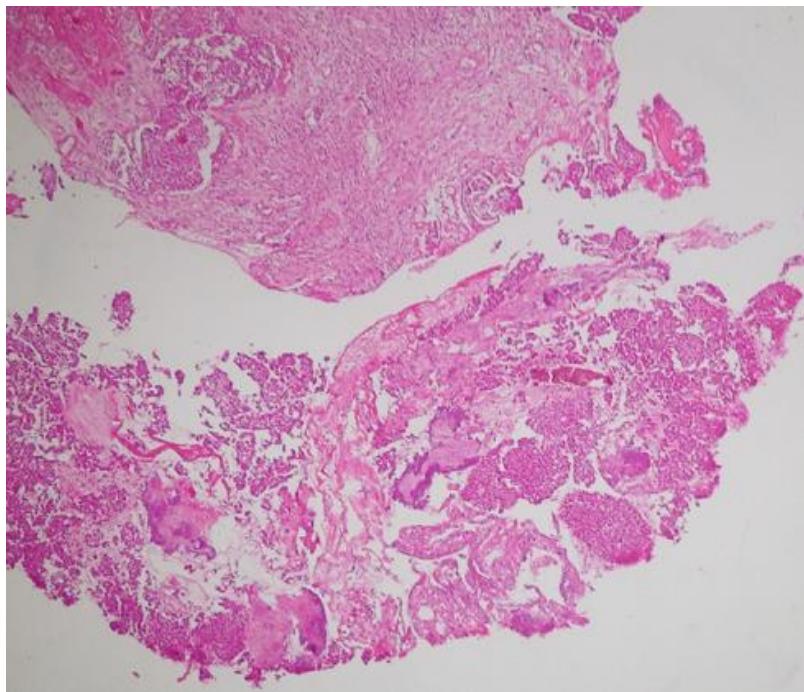


Figure 2: muqueuse pharyngée ulcérée en surface et infiltrée par une prolifération tumorale d'allure carcinomateuse

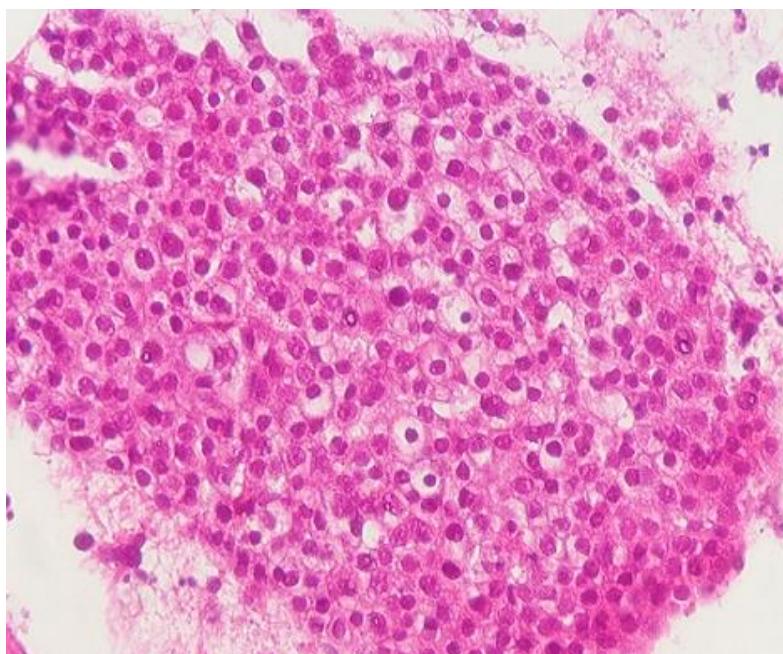


Figure 3: cette prolifération est faite d'amas et de boyaux de cellules au cytoplasme abondant et au noyau arrondi anisocaryotique hyperchromatique

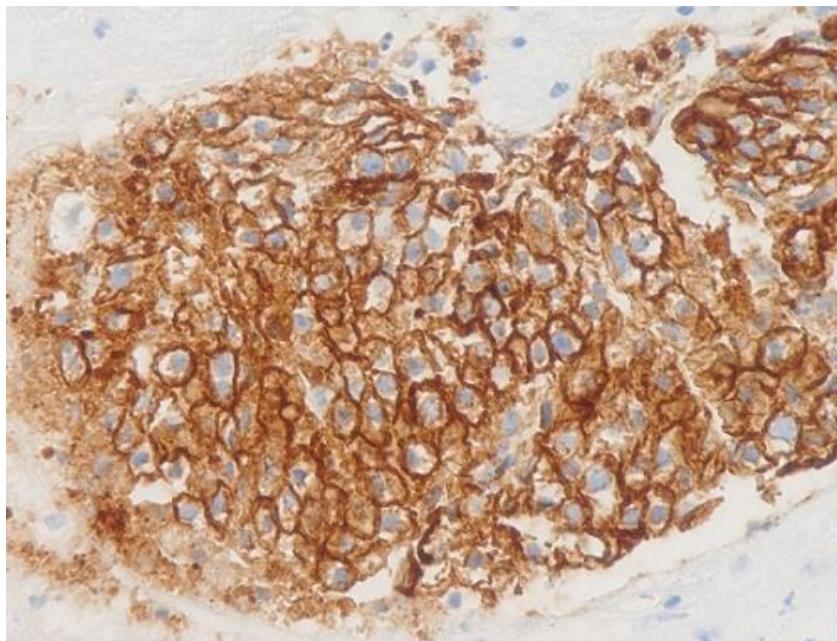


Figure 4: expression de l'anticorps anti-mammaglobin par les cellules tumorales