46ES JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE
PALAIS DES CONGRÈS I BORDEAUX
DU 19 AU 21 NOVEMBRE 2025
Organisatrices
Monica Arnedos (Bordeaux)
Christine Tunon de Lara (Bordeaux)
Prise en charge et traitement personnalisés : (R)Évolutions récentes
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

QUAND UN CARCINOME CACHE UN SARCOME : SARCOME MAMMAIRE GÉANT DE 12 KG (50 CM)
À PROPOS D'UN CAS RARE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

A.Krelil; B.Krelil
Service de Chirurgie Générale « B »pav10 CHU Oran

INTRODUTION

Les sarcomes mammaires sont des tumeurs rares, représentant moins de 1% des cancers du sein(1). Dérivés du tissu mésenchymateux, ils diffèrent fondamentalement des carcinomes épithéliaux par leur origine, leur biologie et leur comportement. Leur présentation clinique est souvent trompeuse, surtout lorsqu'ils miment un carcinome triple négatif. Les formes géantes, dépassant les10cm, sont exceptionnelles. Peu de cas dans la littérature dépassent les 30cm(1). Nous rapportons ici un cas rare, tant par sa taille que par son évolution atypique, posant un double défi diagnostique et thérapeutique

Objectifs:

Mettre en lumière un cas exceptionnel de sarcome mammaire de 50cm , initialement diagnostiqué comme un carcinome triple négatif, afin de :

- **souligner les limites du diagnostic initial,**
- **discuter l'intérêt d'une re-biopsie en cas de progression incohérente,**
- **partager les défis chirurgicaux rencontrés,**
- **replacer ce cas dans la littérature existante.**



Matériels et Méthodes :

Mme C.H,75ans, hypertendue, suivie en oncologie depuis mai2023 pour un carcinome mammaire droit cT4a N1 M1 triple négatif, avec Ki-67 à 15 %. Après 4 lignes de chimiothérapie, la masse mammaire progresse rapidement à 45cm, accompagnée d'un syndrome inflammatoire cutané.
Devant cette discordance clinique, une seconde biopsie est réalisée (décembre 2023), concluant à un sarcome à cellules fusiformes. La patiente reçoit 3 cures d'adriamycine–ifosfamide, sans réponse.
Une TDM montre une masse de 50 cm adhérente au plan musculaire et aux côtes.
Elle est référée à notre service pour prise en charge chirurgicale.
Résultats:Une mastectomie élargie est réalisée . La pièce opératoire mesure 50cm et pèse 12kg.
L'examen anatomopathologique a conclut à un sarcome polymorphe de haut grade, compatible avec un sarcome phyllode malin, avec marges d'exérèse saines.
La récupération post-opératoire est favorable. Néanmoins, une récidive locale à 8mois





Discussion:

Les sarcomes mammaires constituent des tumeurs exceptionnellement rares, représentant moins de 1 % des cancers du sein et environ 5 % des sarcomes des tissus mous [1]. Leur diagnostic peut être particulièrement difficile, plusieurs éléments pouvant les faire confondre avec un carcinome, notamment métaplasique ou triple négatif.
Comme dans notre cas, la présentation clinique est souvent trompeuse, dominée par une masse rapidement croissante, ulcérée et douloureuse.
L'imagerie est également peu spécifique, montrant une masse solide, hétérogène et mal limitée.
Sur le plan histologique, une première biopsie peut être incomplète et ne prélever qu'une zone épithéliale, conduisant à un diagnostic erroné de carcinome indifférencié. Cette confusion est renforcée par le profil immunohistochimique parfois chevauchant, certaines cellules sarcomateuses exprimant faiblement la cytokératine [2]. Dans notre observation, la progression rapide de la tumeur sous quatre lignes de chimiothérapie classique du carcinome a conduit à une re-biopsie, qui a révélé un sarcome à cellules fusiformes.
L'immunohistochimie a alors permis de trancher, montrant une négativité des marqueurs épithéliaux (CK, EMA) et une positivité pour les marqueurs mésenchymateux (vimentine, CD10, SMA) [3]. Le traitement repose principalement sur une exérèse chirurgicale complète à marges saines, comme réalisée dans notre cas. La radiothérapie adjuvante peut réduire le risque de récidive locale, tandis que la chimiothérapie apporte un bénéfice limité [4]. Le pronostic demeure réservé, avec un taux de récidive compris entre 30 et 50 % durant la première année, surtout pour les formes volumineuses et de haut grade [5].
Malgré une chirurgie large avec marges saines, notre patiente a présenté une récidive locale à huit mois, illustrant le potentiel agressif et la résistance thérapeutique de ces tumeurs. Ce cas exceptionnel, par sa taille (50 cm, 12 kg) et son évolution paradoxale, souligne la nécessité d'une re-biopsie en cas d'évolution incohérente, l'importance d'une concertation pluridisciplinaire et les défis chirurgicaux majeurs posés par les sarcomes géants du sein.

Conclusion:

Ce cas exceptionnel de sarcome mammaire géant souligne l'importance de reconsidérer le diagnostic devant toute masse mammaire à croissance rapide, atypique ou résistante aux protocoles de chimiothérapie standards.
Le sarcome mammaire doit être envisagé comme un diagnostic différentiel, en particulier lorsqu'une discordance clinico-thérapeutique persiste.
La prise en charge repose avant tout sur une chirurgie d'exérèse large, garantissant des marges saines
Cependant, la récidive locale reste fréquente, justifiant une surveillance rapprochée et prolongée.
Ce type de tumeur, rare et agressif, met en évidence la nécessité de protocoles thérapeutiques spécifiques et de recommandations internationales adaptées, afin d'optimiser la prise en charge et le pronostic de ces patientes.

Bibliographie

1.1. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, et al. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. Br J Cancer.2004;91(2):237–241.
2.2. WHO Classification of Breast Tumors. 5th Edition. IARC Press, Lyon, 2022.
3.3. Zelek L, Llombart-Cussac A, Terrier P, et al. Prognostic factors in primary breast sarcomas: A retrospective study of 103cases.Cancer. 2003;98(7):1534-1543