

# Dermatomyosite révélatrice d'une rechute d'un cancer du sein

*Dermatomyositis revealing a breast cancer recurrence*

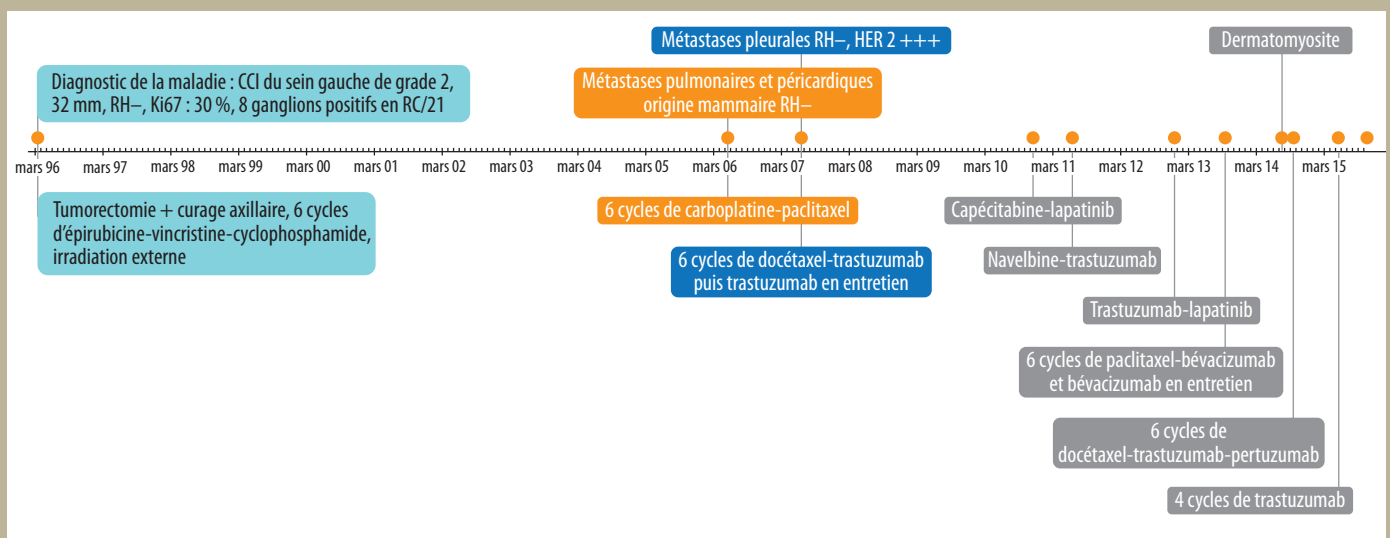
M. Michalet<sup>1</sup>, F. Lai-Tiong<sup>2</sup>, N. Houédé<sup>2</sup>, P. Martinez<sup>3</sup>

**M**me V., âgée de 66 ans, est prise en charge en 1996 pour un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche de 32 mm, de grade SBR 2, récepteurs hormonaux négatifs (RH-), Ki67 à 30 % par tumorectomie et curage axillaire (8 ganglions positifs sur 21 avec rupture capsulaire), chimiothérapie et radiothérapie adjuvante. En 2006, elle fait une rechute pulmonaire avec anatomopathologie en faveur d'un adénocarcinome mammaire RH-, récepteur HER2 non amplifié. Depuis 2007, Mme V. a fait plusieurs rechutes métastatiques révélatrices d'un adénocarcinome mammaire RH-, cette fois récepteur HER2 amplifié avec une bonne réponse aux différentes chimiothérapies (figure 1).

## Examen

En juillet 2014, la patiente consulte pour un érythème liliacé des paupières, avec lésions érythémato-squameuses des coudes et des genoux, érythème du dos et aspect purpurique avec signes de la manucure, mégacapillaires et hyperkératose péri-unguéale (figures 2A-2D).

La biopsie cutanée révèle une dermatomyosite, avec infiltrat lymphocytaire du derme superficiel. Le traitement par corticothérapie intraveineuse (i.v.) et perfusions d'immunoglobulines n'empêche pas l'aggravation clinique avec apparition d'œdèmes des membres et troubles de la déglutition. L'évaluation tumorale



▲ Figure 1. Histoire de la maladie avec les dates des différentes biopsies diagnostiques et d'instauration des traitements.

<sup>1</sup> Service de radiothérapie, Institut du cancer de Montpellier.

<sup>2</sup> Service de dermatologie, CHU Carêmeau, Nîmes.

<sup>3</sup> Service de dermatologie, CHU de Nîmes.



▲ **Figure 2.** Photographies des lésions de dermatomyosite : érythème lilacé des paupières (A), lésions érythémato-squameuses des coudes (B), des genoux (C) et du dos (D).

par TEP-TDM retrouve une évolution. La dermatomyosite sera régressive après l'instauration d'une nouvelle ligne de chimiothérapie.

## Discussion

Ce cas permet de rediscuter l'intérêt de biopsier des lésions métastatiques au cours de l'évolution d'un cancer du sein pour réévaluer les statuts des récepteurs hormonaux et de HER2, parfois discordants entre la tumeur primitive et les lésions secondaires (1).

La dermatomyosite révèle plus fréquemment l'apparition d'une néoplasie que sa rechute, mais sa découverte doit systématiquement faire rechercher un cancer. Les cancers du sein font partie des cancers pourvoyeurs de dermatomyosite (2). Son traitement doit être précoce et repose sur l'administration de corticoïdes et d'immunoglobulines, mais surtout sur la prise en charge de la pathologie cancéreuse.

La modification du statut des RH et du récepteur HER2 au cours de l'évolution métastatique des cancers du sein est fréquente et peut être essentielle pour optimiser la réponse aux traitements, notamment sur les symptômes de dermatomyosite lorsque celle-ci est d'origine paranéoplasique. ■

*M. Michalet déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.*

*Les autres auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.*

## Références bibliographiques

1. Foukakis T, Åström G, Lindström L et al. When to order a biopsy to characterize a metastatic relapse in breast cancer. *Ann Oncol* 2012; 23(Suppl. 10):349-53.
2. Di Rollo D, Abeni D, Tracanna M et al. Cancer risk in dermatomyositis: a systematic review of the literature. *G Ital Dermatol Venereol* 2014;149(5):525-37.



Toute  
l'équipe Edimark  
vous souhaite  
une belle rentrée 2016  
en pleine forme