

# L'hypercalcémie humorale maligne et cancer du sein : cas cliniques

Choukri Elm'hadi<sup>1</sup>, Lamiae Aalaoui<sup>1</sup>, Iliass Elalami<sup>1</sup>, Mehdi Toreis<sup>1</sup>, Fahd Bennani Smires<sup>1</sup>, Mohamed Anouar Mokhlis<sup>1</sup>, Mohamed Reda Khmamouche<sup>1</sup>, Hassan Errihani<sup>2</sup>, Mohamed Ichou<sup>1</sup>

1 : service d'oncologie médicale, hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat

2 : service d'oncologie médicale, institut national d'oncologie, Rabat.

## Introduction:

L'hypercalcémie est une situation fréquente et grave au cours de l'évolution des cancers puisqu'elle est souvent un facteur de mauvais pronostic(1). Elle n'est cependant pas toujours la conséquence d'une dissémination métastatique osseuse du cancer, mais parfois l'expression d'une hypersécrétion de *PTH-related peptide* (PTH-rp). L'hypercalcémie humorale maligne(HHM) est le plus souvent trouvée au cours des cancers épidermoïde des bronches et des voies aérodigestives supérieures. A travers deux observations nous illustrons la possibilité d'HHM au cours du cancer du sein.

## Observations:

Nous rapportons 2 cas d'HHM lors du cancer du sein.

Le premier cas concerne une femme âgée de 52 ans, ménopausée, admise pour une symptomatologie clinique faite d'asthénie, de crampes musculaires, vertiges, vomissements et hyperpigmentation cutanée. Le bilan biologique objectif une calcémie corrigée à 173mg/ml.

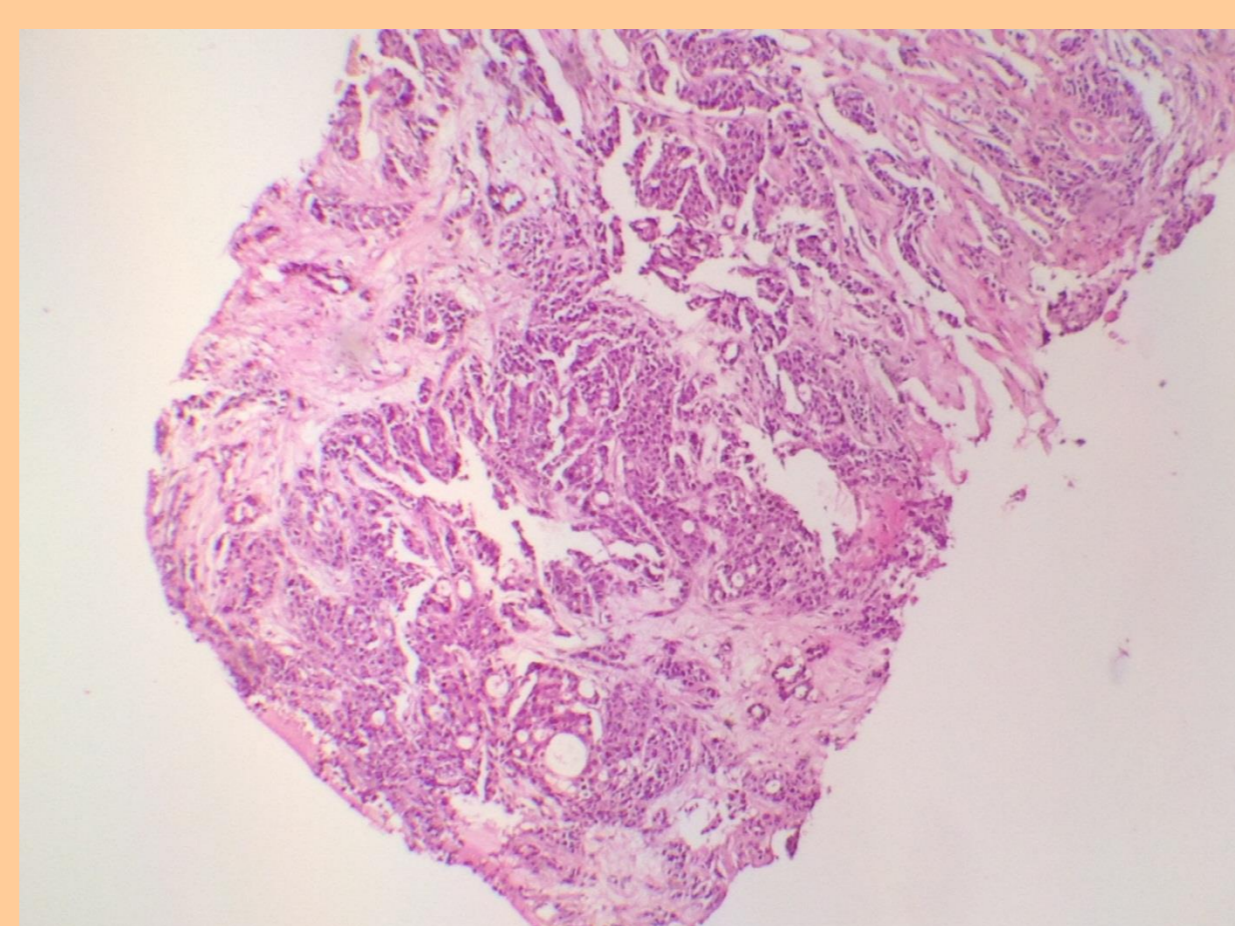


Figure n°1:aspect histologique d'un carcinome canalaire infiltrant du sein

Le deuxième cas concerne une femme âgée de 44 ans, toujours réglée, traitée pour carcinome canalaire infiltrant du sein droit pT3N3M0, luminal B traité par chirurgie et chimiothérapie adjuvante, et qui a présenté lors de la radiothérapie une asthénie, des rachialgies, une diarrhée et des signes neurosensoriels. La calcémie corrigée était de l'ordre de 120mg/ml. Le taux de PTH est effondré chez les deux patientes, le 1,25-(OH)<sub>2</sub> vitamine D3 est normal chez la première patiente et peu élevé chez la deuxième. Après une prise en charge urgente, l'examen clinique trouve un nodule mammaire droit chez la première patiente dont la biopsie est revenue en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant de type luminal B, et des nodules pariétaux au site de la mastectomie chez la deuxième patiente dont la biopsie a confirmé la poursuite évolutive du carcinome mammaire (figure1). Le CA15.3 était à 150U/L dans le premier cas, il était augmenté chez la deuxième patiente. La TDM TAP et la SO a montrée dans les deux cas des métastases hépatiques sans métastases osseuses (figure2).

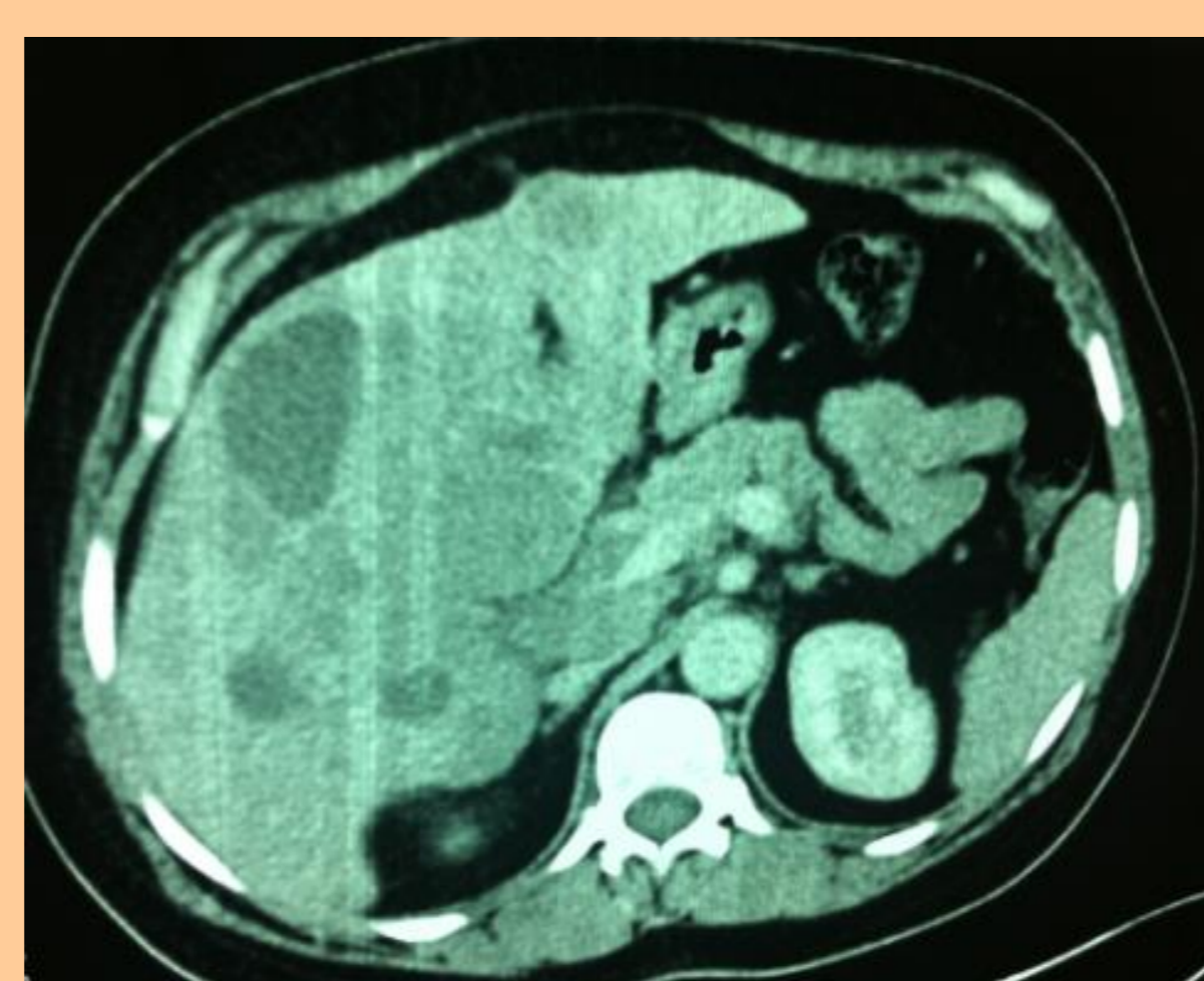


Figure n°2:coupe scannographique montrant des métastases hépatiques

Après réhydratation abondante et biphosphonates (zometa). La première patiente a reçu une chimiothérapie par docetaxel avec régression des signes cliniques et normalisation de la calcémie. La deuxième patiente a présenté une progression de sa maladie avec une hypercalcémie réfractaire malgré une bichimiothérapie par capecitabine et vinorelbine.

## Discussion:

L'hypercalcémie maligne paranéoplasique est souvent expliquée par une hyperproduction de PTH-rp par les cellules cancéreuses. Le terme d'hypercalcémie humorale maligne est habituellement retenu. La PTH-rp présente une analogie avec la PTH intacte et cette homologie explique leurs actions biologiques proches, ces deux polypeptides se liant au même récepteur.

Le principal diagnostic différentiel de l'hypercalcémie humorale maligne est celui de l'ostéolyse tumorale, il est suggéré par l'absence de douleurs et de signes radiologiques et scintigraphiques de métastases osseuses(2).

La survenue de l'HHM est rare au cours des néoplasies mammaires, elle peut être le premier signe annonciateur comme elle peut renoncer une rechute ou une poursuite évolutive. Le traitement de l'HHM, comme celui de l'hypercalcémie au cours des affections malignes en général, comporte toujours des mesures de réhydratation hydro-électrolytique, dont les indications dépendent de la vitesse de constitution de l'hypercalcémie, de son importance et de l'intensité des signes cliniques de déshydratation. L'utilisation des biphosphonates est devenue incontournable, permettant une normalisation de la calcémie dans 90 % des cas avec un effet rémanent de trois à quatre semaines(3). Au-delà de la prise en charge symptomatique le traitement spécifique s'impose. Le pronostic est défavorable avec une survie médiane de trois mois.

## Conclusion:

L'HHM est une urgence diagnostique et thérapeutique, le traitement étiologique est indispensable pour prévenir les récurrences.

## Références:

1. Ralston S.H., Gallacher S.J., Patel U., Campbell J., Boyle I.T. Cancer associated hypercalcemia: morbidity and mortality *Ann Intern Med* 1990 ; 112 : 499-504
2. Mundy G.R., Ibbotson K.J., D'Souza S.M., Simpson E.L., Jacobs J.W., Martin T.J. The hypercalcemia of cancer *N Engl J Med* 1984 ; 26 : 1718-1727
3. Stewart A.F. Hypercalcemia associated with cancer *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 373-379

Conflits d'intérêt: les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt