

Type of the Paper (Article)

## LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME : PARTICULARITES CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

Djilat Karima <sup>a,\*</sup>, Bouzidi Djallel <sup>b</sup>

Service d'oncologie médicale CLCC Sétif – Faculté de médecine de Sétif- Laboratoire de Santé et Environnement des Hauts Plateaux Sétifiens.

\* correspondant auteur: Djilat karima; Bouzidi djalel

Email: [djilatkarima@yahoo.fr](mailto:djilatkarima@yahoo.fr); [djalel.bouzidi@gmail.com](mailto:djalel.bouzidi@gmail.com)

### Résumé

Le cancer du sein chez l'homme est une affection rare, représentant moins de 1 % des cancers mammaires. Le diagnostic est souvent retardé, affectant ainsi le pronostic. La détection précoce reste le facteur principal de survie. L'objectif principal est de décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques du cancer du sein chez l'homme à travers un cas observé au service d'oncologie médicale de Sétif.

**Mots clés :** Cancer, homme, pronostic, sein, thérapeutiques.

**Citation:** To be added by editorial staff during production.

Academic Editor: First name Last name

Received: date : 16/09/2025

Revised: date: 09/10/2025

Accepted: date: 21/12/2025

Published: date: 29/12/2026

**Copyright:** © 2024 by the authors. Submitted publication under the terms and conditions of the Creative Commons

### 1. Introduction :

Le cancer du sein chez l'homme est une tumeur maligne relativement rare comparée au cancer du sein chez la femme, avec un ratio connu de 1 cas chez l'homme pour 100 chez la femme, et il représente environ 1 % de tous les cancers du sein [1]. C'est une pathologie méconnue du grand public dont le diagnostic est souvent tardif rendant le pronostic plus réservé [2]. Bien que des données récentes suggèrent une lente augmentation de son incidence, les données épidémiologiques sur le cancer du sein masculin restent limitées par rapport à celles concernant le cancer du sein féminin, du fait de sa rareté. Les données probantes concernant le diagnostic et le traitement du cancer du sein chez l'homme sont limitées. Actuellement, le cancer du sein masculin est traité de la même manière que le cancer du sein féminin [3].

### 2. Observation

**Patient :** Homme jeune de 30 ans, sans antécédents médicaux notables.

**Motif de consultation :** Masse mammaire gauche découverte plusieurs mois auparavant, initialement négligée, associée à des douleurs dorsales persistantes.

**Examen clinique :**

- **Sein droit :** Masse rétro-aréolaire ferme, mal limitée, non adhérente aux plans profonds. (figure 1).
- ✓ **Peau et mamelon :** Rétraction mamelonnaire et ulcération péri-mamelonnaire, sans écoulement purulent.
- ✓ **Adénopathies :** Adénopathie axillaire homolatérale (du même côté que la masse mammaire), ferme et mobile.

- *Système musculosquelettique* : Douleurs rachidiennes dorsales intenses, exacerbées par la mobilisation, sans déficit neurologique initial.
- *Autres systèmes* : Pas de signes de défaillance viscérale à l'examen physique.



**Figure 1. Néoplasie du sein chez un homme**

**Présentation clinique** : Masse rétro-aréolaire ferme, Mal limitée, non adhérente aux plans profonds.

**Examens complémentaires :**

- **Imagerie mammaire Echo-mammographie** : Masse mammaire droite retromammelonnaire dense hétérogène avec contours spiculés, à l'échographie, masse hypo-échogène hétérogène, fortement suspecte de malignité, avec des adénopathies axillaires homolatérales classées ACR5.
- **Biopsie mammaire** : Confirme la malignité, Carcinome non spécifique du sein grade SBR III, type biomoléculaire : luminal B : ER+, PR+, surexpression du HER2, Ki-67 élevé.
- **Bilan d'extension** : Scanner thoraco-abdomino-pelvien (TDM TAP) : Pas d'atteinte viscérale initiale, lésions osseuses isolées notamment du rachis vertébrale du rachis dorso lombaire. La scintigraphie osseuse a objectivé de multiples foyers d'hyperfixation compatibles avec des métastases osseuses.
- **L'imagerie par résonance magnétique du rachis dorso lombaire IRM** : retrouve une destruction complète d'une vertèbre thoracique T6, sans signes de compression médullaire.

**Prise en charge** : le malade a été mis sous antalgiques selon les trois paliers de l'OMS et décision de mettre en route un traitement spécifique systémique type :

- *Palbociclib* : inhibiteur CDK4/6, thérapie ciblée.
- *Fulvestrant* : hormonothérapie ciblée, type modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERD).
- *Denosumab* : anti-résorptif osseux, inhibiteur RANK/RANKL, prévention des complications osseuses liées aux métastases osseuses.

**Avant l'instauration du traitement systémique spécifique**, on notait une aggravation des douleurs rachidiennes, associée à l'apparition d'une impotence fonctionnelle. L'exploration radiologique a mis en évidence une épидурite, justifiant la mise en route en urgence d'une corticothérapie à forte dose, associée à une radiothérapie ciblée sur la lésion vertébrale.

**Une cimentoplastie vertébrale** a été discutée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'orthopédie à l'hôpital militaire d'Alger. Il a été décidé de débiter le traitement systémique oncologique, avec réévaluation ultérieure de l'indication de la cimentoplastie en cas de stabilisation clinique et radiologique.

**Après la radiothérapie**, un traitement systémique spécifique associant palbociclib, fulvestrant et denosumab a été instauré. Dès les premières cures, une amélioration clinique nette a été observée, marquée par une diminution significative des douleurs, une réduction du recours aux antalgiques et une disparition de l'impotence fonctionnelle. À l'examen clinique, on notait une régression de la masse mammaire ainsi qu'une disparition de l'adénopathie axillaire. L'évaluation radiologique mettait en évidence une réponse partielle au niveau de la masse mammaire et des lésions osseuses. Devant cette évolution favorable, la décision a été prise de poursuivre le même schéma thérapeutique. Le patient est resté en réponse partielle pendant 30 mois, soit deux ans et demi.

**Secondairement**, le patient a présenté des douleurs de l'hypochondre droit, associées à une accentuation des douleurs osseuses. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne (TDM TAP) a mis en évidence l'apparition de métastases viscérales ainsi qu'une progression osseuse.

**Devant la progression de la maladie**, un changement de ligne thérapeutique a été décidé, avec instauration d'une chimiothérapie à base de taxanes associée au bevacizumab, tout en maintenant le denosumab pour la prise en charge des métastases osseuses. À l'évaluation clinique, une amélioration nette a été observée, marquée par une diminution significative des douleurs, avec une stabilisation clinique et radiologique transitoire.

**Secondairement**, le patient a présenté des signes neurologiques. L'IRM cérébrale a mis en évidence une lésion cérébrale sous-corticale. Par ailleurs, le bilan biologique a révélé une thrombopénie sévère, secondaire à une infiltration médullaire, confirmée par les explorations complémentaires. Devant l'évolution défavorable, la décision a été prise d'arrêter les traitements spécifiques et de mettre en place une prise en charge palliative, comprenant des antalgiques adaptés et des transfusions selon les besoins. La survie globale du patient a été de 36 mois.

### 3. Discussion

**Le cancer du sein chez l'homme** constitue une entité rare, représentant moins de 1 % de l'ensemble des cancers du sein. Cette rareté explique qu'il demeure largement méconnu, non seulement par les patients mais également par de nombreux professionnels de santé. Cette méconnaissance est à l'origine d'un retard diagnostique fréquent, ce qui constitue un facteur majeur de mauvais pronostic [4].

**Malgré les progrès considérables** réalisés ces dernières années en matière de diagnostic radiologique, de traitements systémiques innovants en oncologie médicale, ainsi que d'optimisation des techniques chirurgicales et de radiothérapie, le diagnostic précoce reste à ce jour la meilleure stratégie pour améliorer le pronostic et éviter les formes métastatiques ou localement évoluées.

**L'objectif principal** de notre travail est avant tout pédagogique. Il vise à sensibiliser les professionnels de santé à la nécessité de : penser à une origine maligne devant toute masse mammaire chez l'homme, adapter les investigations diagnostiques en fonction du contexte clinique et de la symptomatologie, connaître les examens complémentaires appropriés (imagerie et biopsie), et enfin, maîtriser les principes de la prise en charge thérapeutique après confirmation histologique.

**Cliniquement**, la maladie se manifeste le plus souvent par une masse mammaire indolore, souvent rétro- ou sous-aréolaire, associée dans certains cas à une rétraction du mamelon, un écoulement mamelonnaire, une ulcération cutanée ou une adénopathie axillaire. Du fait du faible volume du tissu mammaire chez l'homme, l'atteinte du mamelon survient précocement, favorisant des formes localement avancées au moment du diagnostic, comme illustré dans notre observation [5].

**Le diagnostic** du cancer du sein chez l'homme repose essentiellement sur la triple évaluation, similaire à celle utilisée chez la femme, comprenant : l'examen clinique, l'imagerie mammaire (mammographie et/ou échographie), et la biopsie pour confirmation histologique.

**L'examen clinique** consiste à palper la masse mammaire et à rechercher une atteinte ganglionnaire axillaire. Les caractéristiques de la tumeur à évaluer incluent sa taille, sa consistance, ses limites et sa mobilité. Le cancer du sein masculin se présente le plus souvent comme une masse dure, à contours mal définis, de faible mobilité, souvent fixée aux tissus mammaires.

**L'échographie mammaire**, associée à la biopsie au pistolet (trucut), constitue un examen de première intention. Elle met généralement en évidence une masse aux contours irréguliers, à capsule incomplète, avec une vascularisation abondante [6].

**La mammographie** est plus difficile à réaliser chez l'homme en raison de la faible quantité de tissu mammaire et nécessite une expertise technique. Elle montre typiquement une masse dense, aux contours flous ou spiculés [7]. L'IRM mammaire, moins accessible en pratique courante en raison de son coût et de sa disponibilité limitée, peut révéler une lésion de forme irrégulière avec rehaussement pathologique.

**Le diagnostic définitif** repose toujours sur l'examen histopathologique.

**La prise en charge** du cancer du sein chez l'homme repose sur les mêmes principes que chez la femme : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie et thérapies ciblées, selon le stade et le profil biologique de la tumeur.

**Chirurgie : La mastectomie** est la technique la plus fréquente en raison du faible volume mammaire, bien que la chirurgie conservatrice soit possible pour de petites tumeurs [8].

**Hormonothérapie** : La majorité des cancers du sein masculins sont hormonodépendants, rendant le tamoxifène essentiel [9].

**Chimiothérapie et radiothérapie** : Utilisées selon les mêmes indications que chez la femme.

**Thérapie ciblée** : Les anti-HER2 sont indiqués si la tumeur est HER2-positive [10].

**Le dépistage systématique** n'est pas recommandé chez l'homme, mais la vigilance personnelle est cruciale : tout nodule, changement cutané ou anomalie du mamelon doit être signalé.

**Tests génétiques** Le dépistage génétique est conseillé chez tout homme diagnostiqué afin d'évaluer le risque familial et d'adapter la surveillance des apparentés [11].

## Conclusion

Le cancer du sein masculin est rare et souvent méconnu, conduisant à un diagnostic tardif. La détection précoce, grâce à l'examen clinique, à la mammographie et à l'échographie, reste essentielle pour un bon pronostic. La prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire adaptée au stade et au profil biologique de la tumeur. Cet article souligne l'importance de sensibiliser les professionnels de santé afin d'améliorer la reconnaissance, le diagnostic et le traitement de cette pathologie.

## Déclaration de liens d'intérêt :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Références

- [1] Ferzoco RM, Ruddy KJ. The Epidemiology of Male Breast Cancer. *Curr Oncol Rep*. 2016 Jan ; 18(1) :1.
- [2] Elbachiri M, et al. Cancer du sein chez l'homme : à propos de 40 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2017 ; 28:287. doi:10.11604/pamj.2017.28.287.13527
- [3] Liu N, Johnson KJ, Ma CX. Male Breast Cancer : An Updated Surveillance, Epidemiology, and End Results Data Analysis. *Clin Breast Cancer*. 2018 Oct ; 18(5) :e997–e1002. doi:10.1016/j.clbc.2018.06.013
- [4] Ambareen S, et al. Male Breast Cancer : A Retrospective Analysis of Clinical and Pathological Features. *Asian Pacific J Cancer Care*. 2018 ; 9(1).
- [5] Li C, Li X. Case Series Analysis of Male Breast Cancer. *Indian J Surg*. 2022 Sep 6. doi : 10.1007/s12262-022-03559-1
- [6] Sanguinetti A, Polistena A, Lucchini R, Monacelli M, Galasse S, Avenia S, Triola R, Bugiantella W, Cirocchi R, Rondelli F, Avenia N. Male breast cancer, clinical presentation, diagnosis and treatment: Twenty years of experience in our Breast Unit. *Int J Surg Case Rep*. 2016 ; 20S(Suppl) :8–11. doi:10.1016/j.ijscr.2016.02.004 PubMed
- [7] Sosnovskikh I, Naninato P, Gatti G, Caldarella P, Masullo M, De Brito LL, Luini A. Synchronous bilateral breast cancer in men : a case report and review of the literature. *Tumori*. 2007 ; 93(2) :225–227. Doi : 10.1177/030089160709300224
- [8] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer, Version 3.2025. National Comprehensive Cancer Network ; 2025.
- [9] ASCO Management of Male Breast Cancer Guideline. Mise à jour par les données de l'essai ETHAN présentées au congrès ESMO 2025.
- [10] ESMO Clinical Practice Guideline : Early Breast Cancer. Mise à jour 2024/2025 ; FDA Approval Database for CDK4/6 in Men.
- [11] NCCN Guidelines : Genetic/Familial High-Risk Assessment, Version 1.2025. National Comprehensive Cancer Network ; 2025.