

**MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRES, SUPÉRIEURS ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**      **REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**Année universitaire : 2010-2011**

**N°.....**



**ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE - CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DU CANCER  
DU SEIN AU CENTRE HOSPITALIER MÈRE-ENFANT  
<<LUXEMBOURG>>**

**Thèse**

Présentée et soutenue publiquement le \_\_ / \_\_ / 2011

Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie

Et d'Odontostomatologie

Par Mlle. Kadiatou BANE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président : Pr. Dapa ALY DIALLO**

**Membre : Dr. Cheick B TRAORE**

**CO -Directeur: Dr. El Hadj Seydou DIARRA**

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

**Directeur :** Pr. Adama D KEITA

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011**

**ADMINISTRATION**

**Doyen :** Anatole TOUNKARA – Professeur

**1<sup>er</sup> Assesseur :** Boubacar TRAORE – Maître de conférences

**2<sup>ème</sup> Assesseur :** Ibrahim I MAIGA – Maître de conférences

**Secrétaire principal :** Idrissa Ahmadou CISSE – Maître de conférences

**Agent comptable :** Mme COULIBALY Fatoumata TALL – Contrôleur des finances

**Les professeurs honoraires**

M. Alou BA	Ophtalmologie
M. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie
M. Yaya FOFANA	Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
M. Siné BAYO	Anatomie Pathologie
M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
M. Abdoullaye Ag Rhaly	Médecine Interne
M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
M. Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
M. Massa SANOGO	Chimie Analytique
M. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
M. Sanoussi KONATE	Santé Publique

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHU

M. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie
M. Daouda DIALLO	Chimie Générale et Minérale
M. Issa TRAORE	Radiologie
M. Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique

### **Liste du personnel enseignant par D.E.R. et par Grade**

#### **D.E.R. Chirurgie et spécialités chirurgicales**

##### **1. Professeurs**

M. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
M. Kalilou OUATTARA	Urologie
M. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	ORL
M. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale, <b>Chef de D E R</b>
M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie

##### **2. Maîtres de Conférences**

M. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
M. Mamadou TRAORE	Gynéco-obstétrique
M. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
M. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie –Réanimation
M. Tiéman COULIBALY	Orthopédie – Traumatologie
M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
M. Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
M. Mohamed KEITA	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Mady MACALOU	Orthopédie –Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	Oto- Rhino- Laryngologie
M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie –Traumatologie
M. Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
M. Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie –réanimation
M. Bouraima MAIGA	Gynéco- Obstétrique
M. Niani MOUNKORO	Gynéco- Obstétrique
M. Zanafon OUATTARA	Urologie
M. Adama SANGARE	Orthopédie –Traumatologie
M. Aly TEMBELY	Urologie
M. Samba Karim TIMBO	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Souleymane TOGORA	Odontologie
M. Lamine TRAORE	Ophthalmologie

### 3. Maîtres assistants

M. Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
M. Youssouf SOW	Gynéco- Obstétrique
M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Reanimation
M. Moustapha TOURE	Gynécologie
M. Mamadou DIARRA	Ophthalmologie
M. Boubacary GUINDO	ORL

Etude épidémio – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

M. Moussa A OUATTARA	Chirurgie Générale
M. Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
M. Bréhima Coulibaly	Chirurgie Générale
M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
M. Adegné TOGO	Chirurgie Générale
M. Lassana KANTE	Chirurgie Générale
M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
M. Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
M. Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Reanimation
M. Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Reanimation
M. Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
M. Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
M. Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy Tall	Anesthésie Réanimation
M. Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
M. Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et cardio- Vasculaire
M. Tioukany THERA	Gynécologie
M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
M. Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
M. Seydou BAKAYAKO	Ophtalmologie

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

M. Sidi Mohamed COULIBAL	Ophthalmologie
M. Adama GUINDO	Ophthalmologie
Mme Fatoumata KONANDJI	Ophthalmologie
M. Hamidou Baba SACKO	ORL
M. Siaka SOUMAORO	ORL
M. Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
M. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
M. Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
M. Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
M. Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

### **D.E.R. de sciences fondamentales**

#### **1. Professeurs**

M. Amadou DIALLO	Biologie
M. Moussa HARAMA	Chimie Organique
M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
M. Bakary M. CISSE	Biochimie
M. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
M. Adama DIARRA	Physiologie
M. Mamadou KONE	Physiologie
M. Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale

#### **2. Maîtres de conférences**

M. Amadou TOURE	Histo-embryologie
-----------------	-------------------

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

M. Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie- Virologie
M. Amagana DOLO	Parasitologie, <b>Chef de D E R</b>
M. Mahamadou CISSE	Biologie
M. Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie Virologie
M. Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
M. Moussa Issa DIARRA	Biophysique
M. Moctar DIALLO	Biologie Parasitologie
M. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
M. Mounirou BABY	Hématologie
M. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Kaourou DOUCOURE	Biologie
M. Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
M. Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
M. Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
M. Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie

### 3. Maîtres assistants

M. Bouréma KOURIBA	Immunologie
M. Mahamadou DIAKITE	Immunologie-Genétique
M. Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
M. Bakary MAIGA	Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	Biochimie



**D.E.R. de Médecine et de spécialités médicales**

**1. Professeurs**

M. Mahamane MAIGA	Néphrologie
M. Baba KOUMARE	Psychiatrie,
M. Moussa TRAORE	Neurologie
M. Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie Hépatologie
M. Somita KEITA	Dermato-Leprologie
M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	Pédiatrie
M. Mamady KANE	Radiologie

**2. Maîtres de conférences**

M. Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
M. Siaka SIDIBE	Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
M. Saharé FONGORO	Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	Radiologie <b>Chef de D.E.R.</b>
M. Soungalo DAO	Maladies Infectieuses
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
M. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses

## Etude épidémio – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
M. Seydou DIAKITE	Cardiologie
M. Mahamadou TOURE	Radiologie
M. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie /Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
M. Moussa T. DIARRA	Hépto Gastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
M. Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
M. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
M. Boubacar TOGO	Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
M. Souleymane COULIBALY	Psychologie

### 3. Maîtres assistants

Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
M.Mahamadoun GUINDO	Radiologie
M.Ousmane FAYE	Dermatologie
M.Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
M. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
M. Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
M. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
M. Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
M. Mahamadou DIALLO	Radiologie
M. Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
M. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

M. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
M. Salia COULIBALY	Radiologie
M. Ichaka MENTA	Cardiologie
M. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
M. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

## **D.E.R. des sciences pharmaceutiques**

### **1. Professeurs**

M. Gaoussou KANOUE	Chimie analytique,
M. Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
M. Elimane MARIKO	Pharmacologie <b>Chef de D.E.R</b>

### **2. Maîtres de conférences**

M. Drissa DIALLO	Matières Médicales
M. Alou KEITA	Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
M. Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
M. Saïbou MAIGA	Législation

### **3. Maîtres assistants**

M. Yaya KANE	Galénique
M. Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
M. Yaya COULIBALY	Législation
M. Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie /Immunologie
M. Sékou BAH	Pharmacologie
M. Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

## **D.E.R. de santé publique**

### **1. Maîtres de conférences**

M. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, <b>Chef de D.E.R.</b>
M. Jean TESTA	Santé Publique
M. Massambou SACKO	Santé Publique
M. Alassane A. DICKO	Santé Publique
M. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
M. Samba DIOP	Anthropologie Médicale
M. Hamadoun SANGHO	Santé Publique

### **2. Maîtres assistants**

M. Adama DIAWARA	Santé Publique
M. Hammadoun Aly SANGHO	Santé Publique
M. Akory AG IKNANE	Santé Publique
M. Ousmane LY	Santé Publique
wwM. Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

### **3. Assistants**

M. Oumar THIERO	Biostatistique
M. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
M. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie- Bibliographie

### **Chargés de cours et enseignants vacataires**

M. N’Golo DIARRA	Botanique
M. Bouba DIARRA	Bactériologie
M. Zoubeirou MAIGA	Physique

## Etude épidémio – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

M. Boubacar KANTE	Galénique
M. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
M. Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	Génétique
M. Lassine SIDIBE	Chimie Organique
M. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
M. Ousmane MAGASSY	Biostatistique

### **Enseignants en mission**

Pr Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Je dédie ce travail à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de mes études :

- ✓ A mon père : Mamadou Chérif BANE

Voici le moment tant attendu pour moi de te remercier pour l'éducation que tu m'as donnée, et l'affection que tu n'as eu de cesse à me porter. Tu as guidé mes premiers pas dans le sens de la réussite basée sur les principes fondamentaux de notre société <<courage, dignité, détermination dans le travail>>.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Tes sages conseils et bénédictions ont contribué à la finalité de ce travail. Trouves ici, cher Père, l'expression de ma profonde gratitude et toute ma reconnaissance.

✓ A ma mère : Oumou DIARRA

Je voudrais te dire merci pour tes prières, tes bénédictions, tes encouragements, ton amour inconditionnel, ton assistance. Tu incarnes pour moi, l'affection pure, naturelle de mère dévouée, courageuse et tolérante.

Saches que l'honneur de ce travail te revient. Je prie le Tout Puissant de nous donner une longue vie et de me donner les moyens nécessaires pour combler toutes tes attentes.

✓ A mes grands parents : Feu Chérif BANE, feu Karamoko Diarra, feu Bintou BAH, Kadiatou COULIBALY, Mathiny KONARE.

J'espère que ce travail sera pour eux un motif de légitime fierté.

✓ A mes oncles et tantes : merci à tous.

Plus particulièrement à Oumar BANE : ce travail ne saurait être apprécié à sa juste valeur sans toi. Du fait d'avoir bénéficié de ton éducation, j'ai compris et confirme que l'enfant n'appartient pas à une personne mais à toute une famille ; tu as été et resteras présente dans ma vie.

Tu nous as appris beaucoup de choses à mes sœurs et moi ; tu nous as démontré que quelque soit la difficulté dans la vie que tout est surmontable.

Quelle chance de t'avoir. Accepte ma reconnaissance, pour ta présence, ton soutien, ton écoute, tes conseils, ta générosité.

Que le seigneur dans sa grande miséricorde te bénisse au-delà de tes attentes.

Dr Sidy BANE : Sans toi, ce travail n'aurait pas vu le jour.

✓ A mes sœurs : Bintou et Aïssata BANE.

Ce travail est aussi le votre, merci pour tout le soutien que vous m'avez apporté. Puisse Dieu continuer à cultiver cet amour si grand qui nous unit.

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

- ✓ A mes amis et collaborateurs : Dr CISSE Sada, Dr SISOUMA Fatoumata, Dr SISOUMA Assétou, Dr GORO Maïmouna, Dr BANE Kalidou, Dr COULIBALY Adissa, COULIBALY Safiatou, DIARRA Ami, DIABATE Mahamadou, CAMARA Fatoumata ; merci pour votre soutien. Je souhaite à tous bon vent dans la vie professionnelle.

### Remerciements :

- A la famille DIARRA : merci pour tout !
  
- A Dr TRAORE Soumana : à qui je voudrais rendre un hommage respectueux. j'admire en vous le praticien compétent et averti et l'intellectuel préoccupé de l'avenir des étudiants dont il a la charge.

Je formule le vœu de vous voir continuer longtemps encore.

- Au personnel de l'hôpital Mère et Enfant le Luxembourg de Bamako : merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à vos côtés.



# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et président du jury,**

**Pr. DIALLO Dapa Aly**

- ✓ Professeur agrégé en hématologie-oncologie ;
- ✓ Chef du service d'hématologie-oncologie de l'Hôpital du point G ;
- ✓ Chef du laboratoire de biologie clinique de la FMPOS ;
- ✓ Chef de service du centre de lutte contre la drépanocytose.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse malgré vos multiples occupations.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Mali

Votre rigueur scientifique, votre discrétion et votre simplicité font de vous un grand maître et un exemple à suivre.

Vous incarnez les vertus d'un travailleur infatigable et sérieux au sens du devoir élevé.

Permettez nous de vous en remercier, et de vous dire combien nous vous en sommes reconnaissantes.

**A notre Maître et juge,**

**Dr. TRAORE Cheick Bougadari**

- ✓ Spécialiste en anatomie pathologique ;
- ✓ Maître assistant, chargé de cours d'anatomie pathologique à la FMPOS ;
- ✓ Collaborateur au registre national du cancer du col de l'utérus au Mali.

Cher maître,

C'est un grand honneur et un grand plaisir pour nous de vous compter parmi nos juges.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Nous admirons en vous le maître dévoué et méthodique.

Votre simplicité et votre modestie nous ont beaucoup marquée.

Soyez rassuré, cher maître de notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et Co-directeur,**

**Dr. DIARRA El Hadj Seydou**

- ✓ Spécialiste en gynéco-obstétrique ;
- ✓ Chef du service de gynéco-obstétrique au centre hospitalier Mère –Enfant le Luxembourg de Bamako.

Cher maître,

Nous ne saurions dissimuler le plaisir et l'intérêt que nous avons eu à être votre élève et à travailler à vos côtés.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHU

Nous nous réjouissons de la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant comme élève. Vous êtes un maître juste et intègre ; vous constituez pour nous un modèle de simplicité, de courtoisie et de cordialité.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre profonde admiration et de nos sincères remerciements.

**A notre Maître et Directeur de thèse,**

**Pr. KEITA Adama. D.**

- ✓ Maître de conférences en radiologie et imagerie médicale au CHU du Point G ;
- ✓ Spécialiste en imagerie médico-légale ;
- ✓ Chargé de cours de radiologie à la FMPOS.

Cher maître,

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Votre énergie, votre ténacité et votre constante disponibilité en dépit de vos multiples engagements resteront pour nous d'incalculables sources d'inspiration. Homme de science, vous n'avez ménagé aucun effort pour que ce travail soit.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond attachement.

### **Abréviations**

% : Pourcentage

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire

ACR : American College of Radiology

BRCA : Breast Cancer

CHME : Centre Hospitalier Mère Enfant

Cm : Centimètre

Coll: Collaborateurs

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHU

FSH: Follicule Stimulating Hormone

G: Gramme

INRS: Institut National de Recherche en Santé Publique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LH : Lutéinique Hormone

LMNH : Lymphome Malin Non Hodgkinien

PDV : Perdues De Vue

PEC : Prise En Charge

PEV : Poussée Evolutive

PRL : Prolactine

QSE : Quadrant Supéro-Externe

QSI : Quadrant Supéro-Interne

QIE : Quadrant Inféro-Externe

QII : Quadrant Inféro-Interne

SBR : Scarff-Bloom-Richardson

## Sommaire

I.	Introduction.....	1
II.	Objectifs.....	3
III.	Généralités.....	4
1.	Définition.....	4
2.	Rappels.....	5
3.	Revue de la littérature.....	16
3.1.	Epidémiologie.....	16

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

3.2. Etio-pathogénie.....	18
3.3. Etude clinique et paraclinique.....	22
3.4. Evolution- Pronostic.....	36
3.5. Anatomie pathologique.....	40
3.6. Diagnostic différentiel.....	45
3.7. Traitement.....	45
IV. Méthodologie.....	52
V. Résultats.....	54
VI. Commentaires & discussion.....	78
VII. Conclusion & recommandations.....	86
VIII. Références bibliographiques.....	89
IX. Annexes .....	95

## I. Introduction

Le cancer du sein est de loin le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers chez la femme. On le retrouve autant dans les pays développés que dans les pays en développement. Sur 100 femmes qui meurent d'un cancer, 25 ont un cancer du sein [1] sur le plan mondial. Sa répartition est inégale d'un pays à un autre pays. Les femmes d'Amérique du nord et d'Europe semblent être les plus exposées ; celles des pays Asiatiques et Africains ont les risques les plus faibles. Au niveau mondial, les taux d'incidence les plus élevés sont observés aux USA et au Canada avec 85/100.000/an. En Europe, ces taux se situent entre 50 et 70/100.000/an dans les différents registres et, au Japon, ils atteignent à peine 16/100.000 /an [2]. Une femme sur huit est actuellement touchée par le cancer du sein et chaque année dans le monde, 1.000.000 de cas de cancers du sein sont découverts et 400.000 femmes en meurent [3].

Le risque de survenue du cancer du sein est d'environ 10% avant l'âge de 40 ans, 25 % avant 50 ans et 50 % avant 65 ans.

S'il représente de part le monde le premier cancer féminin, au Mali il passe cependant au deuxième rang après celui du col de l'utérus [4] et le quatrième cancer après celui du foie, de l'estomac et du col.

Au Mali à l'INRSP, le cancer du sein a représenté 5,7% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2000 et ce taux était de 7,6 % en 2001 [5].

De 2002 à 2005, ce cancer a représenté le 1<sup>er</sup> rang des cancers gynécologiques dans le service de chirurgie A du CHU du Point G [6].

En raison de sa fréquence, sa mortalité, sa morbidité et du pronostic lié au stade de découverte, le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique, justifiant la mise en place et la poursuite des actions de prévention et de dépistage. Le taux de survie des cancers diagnostiqués de façon précoce en est donc grandement amélioré : plus de 80 % des cancers du sein détectés précocement sont curables. Ce qui est loin d'être le cas dans notre pays.



Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Ainsi, il nous a paru utile de réaliser ce travail pour donner une idée sur l'épidémiologie des cancers mammaires rencontrés au service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Mère Enfant « le Luxembourg ».

## **II. Objectifs**

### **Objectifs généraux**

- Etudier les aspects histopathologiques des cancers du sein diagnostiqués au Centre Hospitalier Mère Enfant le Luxembourg de Bamako ;

- Evaluer la prise en charge et le pronostic des cancers du sein diagnostiqués au Centre Hospitalier Mère Enfant le Luxembourg de Bamako.

### **Objectifs spécifiques**

- ❖ Déterminer la fréquence du cancer du sein diagnostiqué ;
- ❖ Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients suivis au Centre Hospitalier Mère Enfant le Luxembourg de Bamako et ayant un cancer du sein ;
- ❖ Déterminer l'âge de découverte des lésions cancéreuses ;
- ❖ Déterminer les différents stades au moment du diagnostic ;
- ❖ Déterminer les aspects cliniques des lésions cancéreuses ;
- ❖ Décrire et évaluer la prise en charge et la survie des patients ayant un cancer du sein.

## **III. Généralités**

### **1. Définition**

Le cancer du sein correspond à une croissance relativement autonome de tissu néoformé au niveau de la glande mammaire [7].

Les cellules malignes se multiplient de manière anarchique et forment la tumeur. De manière générale, on admet que le cancer évolue par étapes successives, espacées par des intervalles de temps variables, chaque étape étant caractérisé par des modifications génétiques. La cellule cancéreuse est une « cellule transformée » qui se dote d'un phénotype cancéreux par divisions successives, il se constitue un clone cancéreux dont toutes les cellules ont au début le même phénotype, ultérieurement, tout se passe comme s'il existait une instabilité génétique. Les mutations s'accumulent, expliquant l'hétérogénéité des cancers du sein et la variabilité de leur évolution [8].

Il peut s'agir d'un carcinome développé au dépend de l'épithélium des canaux galactophores et des lobules.

Les sarcomes sont développés aux dépens du tissu conjonctif.

Il existe deux formes typiques de cancer du sein :

- la forme lobulaire développée au dépend des canaux galactophores intra lobulaires : c'est la forme la moins fréquente ;
- la forme canalaire développée au dépend du reste de la structure galactophorique : c'est la forme la plus commune.

## **2. Rappels**

### **2.1. Rappels embryologiques [9]**

Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique qui se développent de chaque côté du corps, le long des crêtes mammaires vers la quatrième semaine de la gestation.

### **2.2. Rappels anatomiques [10]**

#### **2.2.1. Morphologie**

Le sein est un cône à base thoracique dont le sommet est le mamelon entouré de l'aréole. Il est constitué de 10 à 15 canaux galactophores s'abouchant par un port mamelonnaire après une dilatation appelée sinus lactifère. Ces canaux se ramifient en canaux secondaires jusqu'à l'unité terminale. Cette unité terminale est constituée d'un canalicule extra lobaire se continuant par un canalicule intra lobulaire dans lequel se jette plusieurs canalicules terminaux ou acini. La paroi des acini est constituée par une couche de cellules épithéliales sécrétantes reposant sur des cellules myo épithéliales à activité contractile, l'ensemble se disposant sur une membrane basale. Ces acini sont entourés d'un tissu conjonctif (tissu de soutien) lâche tandis que le tissu conjonctif extra lobaire est dense et peu cellularisé. Un tissu adipeux (graisseux en proportion variable) entoure tous ces constituants.

### **2.2.2. Situation**

Au nombre de deux, les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax de chaque côté du sternum, en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3<sup>ème</sup> et la 7<sup>ème</sup> côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

### **2.2.3. Forme et dimension**

La forme générale du sein féminin est variable, le plus souvent conique arrondi. Insignifiants avant la puberté, les seins présentent chez la jeune fille une forme ovoïde.

A l'âge adulte, les seins acquièrent leur maturité, où leur forme est grossièrement hémisphérique à conique.

Avec le vieillissement, les grossesses et l'allaitement, les seins ont tendance à la ptose et ils deviennent plus flasques.

Chez l'adulte, en dehors de la grossesse, les seins mesurent en moyenne 10 à 11 cm de hauteur sur 12 à 13 cm de largeur.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Sous l'influence de la grossesse les seins augmentent de volume peu de temps après la nidation, mais le gonflement des seins s'arrête souvent vers le 4<sup>ème</sup> ou le 5<sup>ème</sup> mois, pour reprendre à la fin de la gestation.

Durant l'allaitement, les seins peuvent doubler de volume, alors qu'à la ménopause le volume de la glande se réduit progressivement.

#### **2.2.4. Poids et consistance**

Chez la jeune fille, il peut atteindre 150 à 250 g ; chez la nourrice, il est de 400 à 500 g pouvant atteindre 800 à 900 g.

Chez la fille nulligeste, les seins sont fermes et élastiques.

#### **2.2.5. Rapports et moyens de fixité**

##### **Rapports**

Les seins sont en rapport en avant avec le plan cutané et en arrière avec le plan musculo-fascial et thoracique.

##### **Moyens de fixités**

Le sein est fixé par :

Les ligaments suspenseurs : la glande mammaire est encapsulée par les fascias pré et rétro mammaires solidarisés par de nombreux septa qui pénètrent et cloisonnent la glande. Les septa fibreux, plus développés dans la partie supérieure et postérieure de la glande, constituent les ligaments suspenseurs du sein (ligaments de Cooper).

La peau : elle présente des connexions avec le fascia pré mammaire qui la double. Cette solidarité est si étroite que les mouvements de la peau et la glande sont inséparables.

#### **2.2.6. Configuration externe**

Le revêtement cutané du sein n'est pas homogène, on en décrit trois zones :

- la zone périphérique : Elle est lisse, souple et douce au toucher.

- la zone moyenne : c'est l'aréole, elle est pigmentée, circulaire de 35 à 50 mm de diamètre. La coloration varie selon la race et cette coloration s'intensifie et s'élargit pendant la grossesse. Son aspect est rendu granuleux par de volumineuses glandes sébacées (tubercules de MORGANI). Les glandes deviennent plus volumineuses au cours de la grossesse et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY.

- la zone centrale : c'est le mamelon, il occupe le centre de l'aréole, sa pigmentation est identique à celle de l'aréole. Les canaux galactophores y débouchent par des orifices (2-20 orifices).

### 2.2.7. Configuration interne

Une coupe sagittale passant par le mamelon permet de reconnaître de la superficie vers la profondeur : l'enveloppe cutanée, le corps mammaire, la couche cellulo - adipeuse dite rétro mammaire.

➤ Enveloppe cutanée : on reconnaît les trois zones sus citées

- zone périphérique : le tissu cellulo-graisseux pré mammaire occupe ce plan ;

- zone moyenne : la peau de l'aréole est fine et mobile, doublée du muscle aréolaire (muscle peaucier) ;

- zone centrale ou mamelon : son axe est occupé par les canaux galactophores entourés de fibres conjonctives élastiques et de fibres musculaires lisses.

➤ Corps mammaire ou glande mammaire :

Il est enveloppé par une mince lame de tissu

Il est composé de plusieurs lobes indépendants

➤ Couche cellulo-adipeuse rétro-mammaire :

elle est séparée de la paroi thoracique par la lame pré mammaire du fascia

la lame contient un réseau artériel et de nombreux vaisseaux lymphatiques

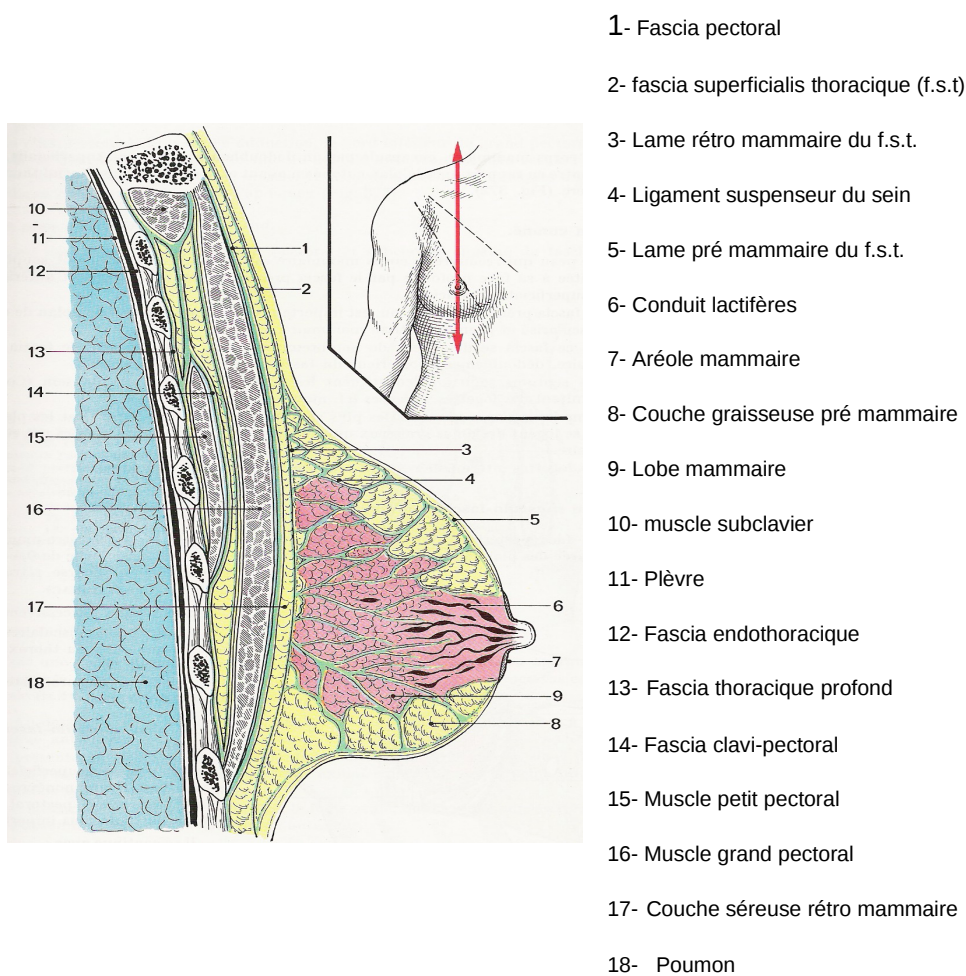


Figure 1 : Coupe sagittale de la mamelle [10].

## 2.2.8 Vascularisations et innervations

### ➤ Vascularisation artérielle

La partie interne de la mamelle est irriguée par les branches perforantes de la mammaire qui traversent les six premiers espaces intercostaux.

Les parties externes et inférieures reçoivent leur sang de la mammaire externe, de la capsule inférieure, de l'acromio - thoracique et de la thoracique supérieure. L'une d'entre elles est plus importante que les autres : c'est l'artère principale externe.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

La glande mammaire reçoit quelques rameaux des intercostales. La plupart des artères abordent la glande mammaire surtout par sa face superficielle.

Les artères retro glandulaires sont peu nombreuses.

#### ➤ **Vascularisation veineuse**

Il existe un réseau veineux superficiel surtout visible pendant la grossesse et la lactation dans lequel on reconnaît parfois autour de l'aréole un anneau anastomotique appelé cercle veineux de Haller. Ce réseau superficiel se déverse dans les régions voisines. Les veines profondes sont drainées vers les veines mammaires externes en dehors, la veine mammaire interne en dedans et vers les veines intercostales en arrière.

#### ➤ **Voies lymphatiques**

Leur importance dans la dissémination des tumeurs mammaires est bien connue.

Selon leur siège on distingue plusieurs chaînes :

- Les ganglions mammaires externes : ils siègent au dessous du bord latéral du grand pectoral, au milieu du creux axillaire suivant aussi la course de l'artère thoracique latérale.
- Les ganglions mammaires internes : ils suivent le trajet des vaisseaux mammaires internes au sein d'un tissu conjonctivo-graisseux abondant. Ils se situent au dessus du fascia endothoracique dans les espaces intercostaux. Les troncs lymphatiques mammaires internes se jettent à gauche dans le canal thoracique, à droite dans le canal lymphatique.
- Les lymphatiques croisés des glandes mammaires : la présence des ganglions dans le sein opposé de celui atteint par le carcinome n'est probablement que le résultat d'un blocage par métastases des voies lymphatiques habituelles et de l'infiltration des ganglions du sein opposé par voie rétrograde.

#### ➤ **Innervations**

On distingue les nerfs profonds et les nerfs superficiels :



- Les nerfs profonds sont des filets sympathiques qui se rendent à la glande avec des vaisseaux.
- Les nerfs superficiels sont des filets sensitifs qui proviennent de la branche supra-claviculaire du plexus cervical, des branches thoraciques du plexus brachial, des rameaux perforants des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> nerfs intercostaux.

Tous ces nerfs envoient de nombreux filets à l'aréole et au mamelon qui sont de ce fait parmi les régions les plus sensibles de l'organisme.

### **Schéma classique de la voie de dissémination (Gourin A) :**

Tumeur du sein → veines de retour (jugulo sous Clavière) → cœur droit → poumons → cœur gauche → organes de la grande circulation (os, vertèbres, ceinture scapulaire et pelvienne, foie, cerveau).

## **2.3. Rappels physiologiques**

### **➤ Action des hormones gonadiques sur le sein**

- Œstrogènes : ils favorisent la croissance des canaux galactophores, élèvent l'index mitotique à l'extrémité du canal, entraînent la pigmentation de l'aréole. Ils stimulent la différenciation et le développement de l'épithélium galactophorique.

- Progestérone : l'action directe de la progestérone sur la glande mammaire ne semble pouvoir s'exercer que si celle-ci a été préalablement préparée par les œstrogènes. Elle entraîne une prolifération alvéolo-acineuse, son action complète celle des œstrogènes pour qu'elle limite la croissance des canaux galactophoriques. Elle permet le développement des acini.

L'ovaire est responsable de la croissance pubertaire, du maintien avec modulation périodique de la glande durant la reproduction.

L'ovariectomie totale chez la petite fille supprime le développement des seins au moment de la puberté, par contre à l'âge adulte elle entraîne une faible modification du volume.

### **➤ Action des hormones extra gonadiques**

- La FSH: provoque le développement des follicules et la sécrétion d'œstrogène (folliculine). En plus elle développe et maintient les caractères sexuels secondaires.
- La LH: provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et sécrétion de progestérone.
- La prolactine: c'est l'hormone lactogène : après l'accouchement, la sécrétion intense de PRL provoque la montée laiteuse.

Elle a un rôle dans la mammogénèse, elle contribue à la différenciation des alvéoles au cours de la grossesse ; elle potentialise l'action de l'œstradiol sur les cellules épithéliales et possède in vivo un effet prolifératif.

- La glande surrénale et la thyroïde: elles semblent intervenir dans le développement des glandes mammaires.
- Les androgènes: ils s'opposent à la croissance et à la différenciation cellulaire, chez le fœtus mâle ils provoquent la nécrose de l'ébauche mammaire.

#### ➤ Variations physiologiques

Les seins sont très sensibles aux variations hormonales. Les œstrogènes d'origine ovarienne entraînent une croissance des canaux. La progestérone également d'origine ovarienne stimule le développement des acini. Pendant la puberté, les seins se développent sous l'effet de ces hormones ovariennes.

#### - Cycle menstruel

La première moitié du cycle sous l'effet des œstrogènes (la phase proliférative) est marquée par une multiplication des cellules épithéliales, une réduction de la lumière des acini et un afflux des lymphocytes dans le tissu conjonctif.

La seconde moitié du cycle quand à elle, sous l'effet de progestérone (la phase lutéale) est caractérisée par une dilatation de la lumière des acini centrée parfois

sur un matériel de sécrétions intra lymbales, un épithélium quiescent, une vascularisation des cellules myoépithéliales et un œdème du tissu conjonctif. Ces modifications entraînent une modification du volume du sein qui apparaît généralement plus tendu voire sensible ou douloureux.

#### **- Grossesse**

La grossesse s'accompagne d'une importante sécrétion d'œstrogène et de progestérone associée à celle de l'hormone placentaire lactogène et de l'hormone chorionique somatotrope. Dès le second trimestre de grossesse, on observe une augmentation en nombre et en taille des acini.

#### **- Lactation**

Après l'accouchement, la disparition des effets inhibiteurs de l'œstrogène et de la progestérone sur la prolactine, induit la lactation. Les acini sont distendus par un matériel de sécrétions à la fois dans les cellules et dans la lumière des unités ductulo-lobulaires. Une fois produit au niveau des unités, le lait est conduit au mamelon par les canaux galactophores. La production du lait cesse dans les sept à dix jours, s'il n'y a pas de stimulation par succion du mamelon. Cependant, il faut trois à quatre mois au parenchyme mammaire pour trouver son état de base [11].

#### **- Ménopause**

La ménopause se caractérise par une raréfaction des acini suite à une chute des taux d'œstrogène et de progestérone [12]. Les cellules épithéliales et myoépithéliales s'atrophient alors que la membrane basale s'épaissit. Le tissu conjonctif subit aussi une évolution avec altération des fibres élastiques et collagènes aboutissant à une ptose mammaire. Le sein de la femme ménopausée devient essentiellement constitué de tissus adipeux.

## **2.4. Rappels histologiques**

### **2.4.1. Histologie topographique**

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires qui ont la valeur des lobes.

Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédiculés se réunissant en un canal inter lobulaire et cette réunion constitue un conduit lactifère. L'ensemble des lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe, on en compte 15 à 20 par corps mammaire.

#### 2.4.2. Structure [13]

L'acinus : il comporte une cavité bordée de dedans en dehors par :

- une couche de cellules cubiques à noyau volumineux riche en chromatine ;
- une couche de cellules myo épithéliales (cellule en panier de Boll) : ce sont des cellules plates étoilées à noyau petit et sombre à cytoplasme parcouru de myofibrilles ;
- une membrane basale ou vitrée.

Canaux excréteurs : ils présentent de dehors en dedans :

- Une vitrée qui se renforce progressivement d'une gaine conjonctivale élastique ;
- Les cellules myo épithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux ;
- une couche de cellules épithéliales cubiques disposées en deux couches au niveau des conduits intra et inter lobulaires ; et en trois ou quatre couches au niveau des conduits lactifères.

Le tissu conjonctif interstitiel : disposé de façon dense dans la région inter lobulaire où cheminent les vaisseaux et les nerfs mais peut devenir délicat dans les lobules au contact des alvéoles, à ce niveau les fibrilles collagènes sont fines, la substance fondamentale est abondante et les histiocytes nombreux : c'est le <<manteau>> alvéolaire dont l'évolution semble être également sous commande hormonale.

### 3. Revue de la littérature

#### 3.1 Epidémiologie

##### Répartition géographique

Le cancer du sein est un cancer fréquent, sa répartition est très inégale d'un pays à l'autre et d'un continent à un autre comme le montrent les données suivantes :

- 27% des cancers féminins en Amérique du Nord
- 26% en Europe de l'Ouest
- 20% en Europe de l'Est
- 17% en Afrique du Sud Est
- 15% en Afrique de l'Ouest
- 12% au Japon

Les taux annuels les plus élevés sont observés dans les pays industrialisés (Amérique du Nord et Europe) sauf le Japon ; les plus bas en Asie et Afrique [14].

En France, son incidence est de 25000 à 30 000 nouveaux cas par an ; ce qui représente 32,2 % de l'ensemble des nouveaux cancers chez la femme [15].

Aux Etats- Unis, on compte environ 186 000 nouveaux cas par an [2].

Toute fois si les femmes d'Amérique du Nord et celles d'Europe occidentale sont plus touchées [15, 2, 16], celles d'Afrique semblent être moins touchées, mais l'incidence y croît également. [16].

**Tableau I : répartition du cancer du sein selon certains pays**

Continent	Pays	Cancer du sein : incidence /100000
Amérique du Nord	Population noire	89,2
	Population blanche	69
Europe	Danemark	68,6
	Hollande	72,7
	France	58,20
	Norvège	54,82
	Espagne	39,5
	Suède	62,5
	Angleterre	63,4
Asie	Japon	21,9

### 3.2. Etio-pathogénie [1]

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

L'étiologie du cancer du sein reste inconnue. Il n'y a pas un facteur cancérigène principal, mais la coopération de plusieurs co-oncogènes.

La présence d'un facteur de risque n'implique pas forcément l'existence d'un cancer du sein, mais elle aide à apprécier un sujet qui peut faire l'objet d'une surveillance accrue.

### **3.2.1. Facteurs favorisants**

#### **➤ Facteurs hormonaux**

L'agent principal est le taux d'œstrogènes circulants. Les œstrogènes ont un pouvoir mutagène pour l'épithélium normal du sein.

Les enquêtes épidémiologiques ont montré que plus la puberté est précoce et la ménopause est tardive, plus le risque de cancer est grand. Cette durée d'exposition à la sécrétion des œstrogènes ou fenêtre œstrogénique montre le rôle de la durée d'exposition de la glande mammaire. Ainsi, une ovariectomie effectuée avant 40 ans réduit de moitié la fréquence des cancers du sein. Les œstrogènes auraient un rôle promoteur et la progestérone au contraire un rôle protecteur.

Les femmes qui ont eu leur premier enfant après 35 ans ont un risque de cancer du sein 4 fois supérieur à celui des multipares. Le célibat et l'allaitement sont liés en fait à la nulliparité ou à la grossesse tardive.

Les femmes stériles par anovulation ont un taux de cancer du sein 5 fois plus élevé que les femmes ayant une stérilité tubaire.

Les effets de la contraception œstroprogestative sont débattus. Près de 20 enquêtes ont été conduites dans le monde. La grande majorité ne met pas en évidence une liaison significative entre la prise d'œstroprogestative, sa durée et l'apparition d'un cancer du sein [1].

Les traitements substitutifs de la ménopause : ce risque augmente avec la durée du traitement. La progestérone ajoutée aux œstrogènes ne protège pas contre le cancer.

#### **➤ Facteurs familiaux et génétiques**

Ils sont faciles à repérer si la mère ou la sœur d'une patiente a un cancer du sein, ce risque est multiplié par deux ou trois. Des gènes prédisposant ont été trouvés :

- BRCA1 (gène Brest cancer1) : localisé sur le bras long du chromosome 17. Il appartient à la famille des gènes suppresseurs de cancer. Il est impliqué dans la majorité des familles ayant un cancer familial du sein ou un syndrome associant cancer du sein et de l'ovaire [17]. Le risque pour les femmes de ces familles d'avoir un cancer est très élevé et à un âge plus jeune que le cancer sporadique [18]. On recommande de débiter le dépistage par mammographie 10 ans avant l'âge du cancer le plus précoce de la famille. Les personnes porteuses du gène muté sont aussi exposées à un risque accru de cancer du colon, de la prostate et de l'ovaire.

- BRCA2 (gène Brest cancer2) : situé sur le chromosome 13, il est impliqué dans 50% des cancers familiaux du sein.

#### ➤ **Alimentation**

Une alimentation riche en calories et la surcharge pondérale, ainsi que la consommation de boissons alcoolisées et du tabac expliquent la prédominance des cancers du sein dans les pays occidentaux les plus développés. De nombreuses études suggèrent l'accroissement de la fréquence des cancers du sein chez les femmes dont l'alimentation est riche en matière grasse d'origine animale ou dont le poids est supérieur à la normale.

#### ➤ **Mastopathies bénignes**

Le risque le plus élevé semble correspondre aux maladies fibro-kystiques associées à une hyperplasie proliférante avec atypie cellulaire élevée, surtout si la femme est jeune. Ce qui n'est pas le cas pour l'adénofibrome ou la dysplasie kystique simple.

#### ➤ **Niveau socio-économique**

Les femmes qui ont un niveau de vie élevé ont un risque multiplié par deux. Il pourrait s'agir du stress entraînant une dys - ovulation et de la carence en progestérone. Il pourrait s'agir aussi de la dys - alimentation (riche en graisse).



➤ **L'existence d'un cancer du colon, de l'endomètre**

Constitue également un facteur de risque.

**Tableau II :** Détermination des facteurs de risque du cancer du sein par rapport à une population témoin.

<b>Nature du risque</b>	<b>Risque multiplié par</b>
Premier cancer du sein et deuxième sein	5 à 6
Prédisposition familiale	3
Mère ou sœur avec cancer du sein	5
Parité : nulliparité, pauciparité, primipare âgée	3
Absence d'allaitement	2
Mastopathies avec hyperplasie atypique	3 à 5
Haut niveau socio-économique : vie en	2

famille stress fréquent, obésité	
Menarche précoce, ménopause tardive	1,5
Autres cancers : endomètre, colon	3

### 3.3. Etude clinique et para clinique

#### 3.3.1. Examen clinique

Un examen clinique de qualité commence par un interrogatoire précis orienté sur la recherche de facteurs de risque d'apparition d'un cancer du sein et l'analyse des motifs de la consultation.

##### A. Signes fonctionnels

Les symptômes amenant une patiente à consulter sont variables. Il peut s'agir d'une douleur, d'une tumeur, d'une modification de la peau ou des contours du sein, d'un écoulement mamelonnaire, d'une anomalie du mamelon ou de l'aréole, d'une adénopathie axillaire isolée, d'un gros bras, d'un hématome ou d'une ecchymose spontanée.

Tous ces signes peuvent être isolés ou associés. Il est important de préciser la date d'apparition du symptôme, ses modifications depuis le début, son évolution au cours du cycle menstruel, et son ancienneté, pour apprécier sans culpabiliser la patiente, la durée et la cause d'un éventuel retard à consulter.

##### ➤ Tumeur

La tumeur est le motif de révélation le plus fréquent des cancers mammaires cliniques. Elle s'observe chez 65 à 80 % des patientes.

L'interrogatoire doit essayer de préciser la nature de la tumeur (nodule, placard, épaissement, granulation), ses variations au cours du cycle et ses circonstances de découverte. Environ 90 % des tumeurs sont découvertes par la patiente. Seules 10 % des tumeurs sont décelées par le médecin [19].

La date de début et la taille de la tumeur permettent d'apprécier la vitesse de croissance tumorale.

#### ➤ **Douleur**

Classiquement, les cancers du sein ne sont pas douloureux, mais il faut toujours se méfier d'une douleur persistante après les règles. Même si la douleur est isolée, sans autres signes physiques, il faut en tenir compte et prescrire les examens complémentaires nécessaires. En effet, 1 % [20 ; 21] à 15 % [22] des cancers mammaires sont révélés par une douleur du sein.

#### ➤ **Modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires**

Elles sont très variables. On a la modification globale de la taille du sein, l'œdème généralisé ou localisé réalisant l'aspect de peau d'orange, la rougeur, l'ulcération, les nodules dermoépidermiques, la rétraction cutanée ou mamelonnaire, l'érythème ou le prurit du mamelon, le pseudo-eczéma.

#### ➤ **Écoulement mamelonnaire**

Un écoulement mamelonnaire est retrouvé chez 2 à 10 % des patientes traitées pour un cancer du sein. L'interrogatoire doit préciser les circonstances d'apparition de cet écoulement (spontané, provoqué, après prise médicamenteuse), sa latéralité, son caractère uni- ou multiporique, la couleur du liquide et l'existence d'un prurit du mamelon. Les signes associés doivent être pris en compte.

#### ➤ **Hématome, ecchymose spontanée**

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Par leur situation et leur morphologie, les seins sont facilement exposés aux traumatismes. L'apparition d'un hématome spontané, même sans traumatisme, doit faire penser au cancer et le rechercher.

➤ **Adénopathies axillaires isolées**

Rarement, les patientes consultent pour une ou plusieurs adénopathies axillaires isolées. Celles-ci traduisent un cancer du sein dans de rares cas.

➤ **Gros bras**

L'apparition d'un gros bras, difficile à dissimuler, parfois douloureux et accompagné d'une impotence fonctionnelle, incite alors à la consultation. Ce mode tardif de révélation du cancer mammaire ne s'observe que chez 1 % des patientes.

## **B. Examen physique**

L'examen clinique des seins est plus performant quand il est réalisé en première phase du cycle lorsque la femme est encore réglée. En effet, avant les règles, les seins sont souvent congestifs, douloureux, et difficiles à examiner.

❖ **Inspection**

C'est le premier temps de l'examen. La femme est dévêtue jusqu'à la ceinture, assise face à l'examineur sous un bon éclairage, les bras le long du corps, puis les bras levés.

Cette inspection doit se faire de face et de profil et être complétée en modifiant l'éclairage pour obtenir une lumière à jour frisant [23]. L'exploration sera tout d'abord globale. On apprécie le volume des seins, leur symétrie, Il faut noter les anomalies des mamelons ou des aréoles, les lésions cutanées en les reportant sur un schéma pour les reconnaître sur la mammographie.

### **Les signes inflammatoires**

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

**La rougeur :** peut être localisée à une partie du sein ou s'étendre sur l'ensemble du sein.

**L'œdème :** il est dû à un engorgement des lymphatiques du derme, Il se traduit cliniquement par une peau d'orange. Lorsque l'œdème est très localisé, son diagnostic peut être difficile. Il faut alors le rechercher au niveau de l'aréole qui est une zone privilégiée.

**La tumeur :** elle est visible lorsqu'elle est superficielle. On observe alors une saillie ou une modification des contours du sein.

**Les modifications du mamelon et de l'aréole :** La présence d'une nappe érythémateuse et prurigineuse bien limitée, infiltrée, centrée par le mamelon doit faire suspecter la maladie de Paget et nécessite une biopsie diagnostique.

**L'ombilication du mamelon :** doit évoquer en premier lieu un cancer lorsqu'elle est récente.

**Les ulcérations :** correspondent le plus souvent à un cancer évolué. On peut toutefois en observer en cas de comédomastite, de papillomes solitaires, de tuberculose mammaire...

**Les autres signes :** l'inspection peut mettre en évidence d'autres signes comme des ecchymoses, une modification de la circulation veineuse superficielle avec apparition d'une circulation veineuse collatérale, la saillie de volumineuses adénopathies axillaires ou sus-claviculaires, un pli cutané évoquant une rétraction sur tumeur sous jacente.

### ❖ Palpation

Il faut toujours palper les seins et les aires ganglionnaires.

#### - Les seins

La palpation doit être douce, précise, méthodique et comparative. Elle doit éventuellement être guidée par les données recueillies lors de l'interrogatoire ou de l'inspection.

La palpation doit se faire sur la patiente assise, puis couchée ; une bonne palpation doit se faire, la main bien à plat, avec l'extrémité de l'index et du médium, en se plaçant toujours du côté à examiner. Il faut effectuer des petits mouvements circulaires de l'extrémité des doigts avec une légère pression de la glande sur le thorax. La totalité du sein est explorée avec méthode.

On débute par la région centrale, en appréciant la mobilité du mamelon, son épaisseur, en se méfiant du rebord glandulaire au niveau de l'aréole, qui donne parfois une fausse impression de tumeur.

L'exploration se poursuit en rayon de soleil jusqu'au bord inférieur de la clavicule en haut, plusieurs centimètres en dessous du sillon sous-mammaire en bas et jusqu'aux régions latérales du sein. L'exploration de ces différentes régions est fondamentale, car elles ne sont pas toujours visibles sur une mammographie standard.

#### **- La tumeur**

Le diagnostic de tumeur n'est pas toujours aisé, en particulier si le sein est nodulaire. Une tumeur étant reconnue, il faut préciser son siège, sa taille, ses limites, sa consistance, sa forme, sa mobilité, sa focalité, et l'existence d'une poussée inflammatoire.

**Le siège :** est noté avec précision dans l'observation et sur le schéma.

**La taille :** s'apprécie en centimètres entre deux doigts à l'aide d'un mètre ruban ou d'un pied à coulisse.

**Les limites :** une tumeur maligne a typiquement des contours irréguliers. Cet aspect typique n'est pas constant, certains cancers de haut grade et les carcinomes colloïdes, médullaires ou papillaires peuvent avoir des limites très nettes.

**La consistance :** est le meilleur indicateur de la nature lésionnelle d'une tumeur

- le caractère élastique est en faveur d'un fibroadénome ;
- le caractère rénitent est en faveur d'un kyste ;
- un kyste sous tension est ferme ;

- une tumeur dure, saillante, anguleuse évoque un cancer ou une lésion bénigne calcifiée ;
- un cancer colloïde ou médullaire est souvent de consistance molle.

**La forme :** une tumeur maligne est souvent anguleuse, mais il existe des carcinomes de forme arrondie ou ovale (cancers colloïdes, médullaires, intracystiques, galactophoriques de croissance rapide). Des tumeurs rares peuvent également se traduire par une tuméfaction ronde : sarcomes du sein, localisations intramammaires des lymphomes ou localisations métastatiques, en particulier des mélanomes malins.

**La mobilité :** est un bon signe de nature lésionnelle.

Un cancer est généralement peu mobile, voire fixé. On recherche si cette fixation est superficielle ou profonde.

**La focalité :** La découverte d'une lésion tumorale dans un quadrant ne doit pas faire négliger l'exploration des autres quadrants et du sein controlatéral. Certaines tumeurs sont en effet multiples. On réserve le terme de multifocalité à l'existence de plusieurs tumeurs siégeant dans le même quadrant. La multicentricité désigne la présence de tumeurs dans des quadrants différents. Les cancers bilatéraux synchrones (c'est-à-dire simultanés) sont rares.

**La chaleur locale :** La palpation permet également d'apprécier avec le dos de la main une augmentation de la chaleur locale. Ceci s'observe dans les tumeurs à croissance rapide, les mastites carcinomateuses et dans certaines pathologies non cancéreuses (abcès, comédomastite, etc.).

**L'écoulement mamelonnaire :** La recherche d'un écoulement galactophorique se fait par pression du sein, puis expression du mamelon. On note le caractère uni- ou bilatéral ; uni-, pauci- ou multiporifique de l'écoulement ainsi que la couleur du liquide et le siège des pores présentant l'écoulement.

L'écoulement unilatéral et pauciorifique est une indication de galactographie avec cytologie du liquide d'écoulement. Ce liquide peut être séreux, sanglant ou séro-sanguinolent ; il peut traduire un cancer dans 20 à 25 % des cas [19].

**L'œdème cutané :** Le pincement de la peau peut faire apparaître ou majorer une peau d'orange témoignant d'un œdème.

**Les aires ganglionnaires :** L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires doit être systématique, quels que soient les résultats de l'exploration du sein. Autant le diagnostic clinique de métastase ganglionnaire est fiable en présence d'adénopathies sus-claviculaires dures, autant ce diagnostic est incertain pour les ganglions axillaires avec un taux d'erreur important allant jusqu'à 30 % de faux négatifs [19].

**Les creux axillaires :** Ils doivent être palpés en position relâchée, les mains de la patiente reposant sur les épaules de l'examineur. La main droite explore le creux axillaire gauche et la main gauche explore le creux axillaire droit. La palpation peut être difficile si les ganglions sont haut situés ou si le creux est adipeux. Il faut apprécier le nombre, la consistance, la taille, la mobilité et la situation des adénopathies perçues. Les ganglions palpables ne sont pas forcément néoplasiques. L'étude du creux axillaire doit être comparative par rapport au creux controlatéral. En cas d'adénopathies bilatérales, il faut explorer les autres aires ganglionnaires.

**Les creux sus et sous claviculaires :** Ils doivent être examinés cou tendu et relâché, tête penchée du côté palpé, la femme étant en position assise. L'examineur se place en général derrière la patiente.



### 3.3.2. Examens para cliniques

#### A) La mammographie

C'est un examen essentiel dans le dépistage du cancer du sein. Elle doit être réalisée dans les 10 premiers jours du cycle, afin de limiter les risques liés à une grossesse débutante, la douleur possible lors de la compression mammaire, et l'irradiation sur des seins plus radio-opaques en période d'imprégnation progestative plus forte. Elle est bilatérale et comparative.

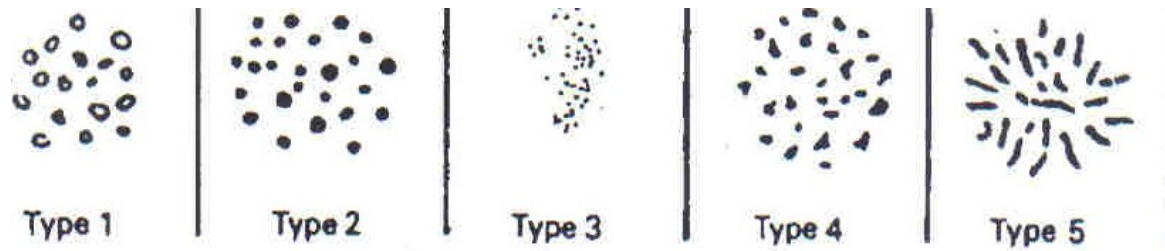
Deux types d'image mammographique sont pathognomoniques du cancer quand ils sont associés et très évocateurs lorsqu'ils sont isolés. Ce sont :

#### - Opacités stellaires

C'est la traduction mammographique la plus classique du cancer du sein. Elle est constituée d'un centre dense associé à une collerette de spicules plus ou moins longs. Il peut s'y associer des micro-calcifications, un halo clair péri lésionnel, un épaississement et (ou) une rétraction cutanée en regard de la lésion, une désorganisation architecturale, des adénopathies axillaires à centre dense.

#### - Micro-calcifications

Elles peuvent être associées à une opacité tumorale ou, à l'inverse, être isolées. Elles sont alors le seul marqueur radiologique d'un cancer infra clinique. Les aspects possibles des micro-calcifications sont très polymorphes. Il faut rechercher des critères de malignité parmi les suivantes : forme vermiculaire, irrégulière, polymorphisme, taille et densités différentes, nombre important, regroupement en foyer, foyer en forme triangulaire à sommet mamelonnaire.



**Figure 2** : Morphologie des micro- calcifications avec leur classement en 5 types, d'après **M Le Gal**, 1984 [24].

**Type 1** : annulaires

**2** : punctiformes régulières

**3** : trop fines pour pouvoir préciser leurs formes

**4** : punctiformes irrégulières

**5** : vermiculaires.

**TABLEAU III** : Classification des anomalies mammographiques adaptées d'après celle de l'ACR [25]

<b>TYPE D'IMAGE</b>	<b>DESCRIPTION MAMMOGRAPHIQUE</b>
<b>ACR 1</b>	Image normale.
<b>ACR 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opacités rondes avec micro calcifications (adénofibrome ou kyste).</li> <li>- Opacités ovalaires à centre claire (ganglion intra mammaire).</li> <li>- Image de densité grasseuse ou mixte.</li> <li>- Cicatrices connues.</li> <li>- Micro calcifications isolées.</li> <li>- Micro calcifications de type 1 d'après Le Gal.</li> <li>- Calcifications vasculaires.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Micro calcifications de type 2 d'après Le Gal, en foyer unique ou multiples.</li> </ul>
<b>ACR 3</b>	<p>ou nombreuses calcifications dispersées au hasard.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées bien circonscrites.</li> <li>- Asymétries focales de densité à la limite concave et/ou mélangées à de la graisse.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Micro calcifications de type 3 d'après Le Gal ou de type 4 peu nombreuses</li> </ul>
<b>ACR 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Images spiculées sans centre dense.</li> <li>- Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobé ou masqué.</li> <li>- Distorsions architecturales.</li> <li>- Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives à limite convexes.</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Micro calcifications de type 5 d'après Le Gal ou de type 4 nombreuses et groupées.</li> <li>- Amas de calcifications de topographie galactophorique.</li> <li>- Calcifications évolutives ou associés à des anomalies architecturales ou à une opacité.</li> </ul>
<b>ACR 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers.</li> <li>- Opacités spiculées à centre dense.</li> </ul>

**Tableau IV** : Hypothèses diagnostiques selon la classification de l'ACR [25]

<b>CLASSIFICATION ACR</b>	<b>DIAGNOSTIC MAMMOGRAPHIQUE</b>
<b>ACR 1</b>	Mammographie normale.
<b>ACR 2</b>	Aspect bénin.

<b>ACR 3</b>	Aspect probablement bénin.
<b>ACR 4</b>	Mammographie suspecte.
<b>ACR 5</b>	Image maligne.

## **B) Echographie mammaire**

Elle peut préciser les caractères de la tumeur et détecter les lésions associées. Elle permet également de mieux préciser le siège de la tumeur, elle est intéressante dans l'exploration des seins denses et permet un prélèvement échoguidé à visé diagnostique.

L'image échographique maligne typique est une masse hypoéchogène, solide, non compressible, d'aspect lacunaire, à contenu irrégulier avec cône d'ombre postérieur ou ayant des dimensions antéropostérieures supérieures à ses dimensions transversales.

## **C) Cytologie après cytoponction**

Les prélèvements effectués par cytoponction à l'aiguille fine permettent l'étude des cellules. Elle constitue un bon moyen de diagnostic des cancers du sein surtout quand elle est pratiquée par des mains expérimentées.

Il s'agit d'un geste simple, peu douloureux, ne nécessitant ni incision ni anesthésie préalable ; le seul inconvénient possible est celui d'un hématome qui sera spontanément réolutif. Le seul matériel nécessaire est le suivant :

- des aiguilles fines (0,6mm de diamètre) ;
- une seringue jetable stérile ;
- des lames portes objets.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

Elle est pratiquée de deux façons différentes selon que les lésions soient palpables ou non.

En cas de tumeur palpable, de nodule mammographique, elle est réalisée par ponction à l'aiguille fine en plein dans la masse [26].

Pour les tumeurs non palpables, la cytoponction se fera sous échographie guidée [26]. La cytologie constitue parfois un geste thérapeutique en cas de kyste par ponction aspiration.

Sa fiabilité représente une spécificité supérieure à 95% et une valeur prédictive positive de cancer de 99% [27].

Néanmoins sa négativité n'élimine pas le diagnostic (5 à 10% de faux négatifs). Sa performance est améliorée lorsqu'elle est pratiquée sous contrôle échographique.

#### **D) Histologie**

C'est l'examen indispensable pour porter le diagnostic de certitude du cancer du sein. Elle se fera soit à partir d'une ponction biopsie au trocart (drill – biopsie), soit à partir d'une biopsie d'exérèse.

#### **E) Galactographie**

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pauciorifluide séreux ou sanglant.

#### **F) Kystographie**

Elle est indiquée quand il existe de gros kystes.

#### **G) Autres examens**

##### **Le dosage du taux de CA 15.3 et d'ACE :**

Le C.A. 15.3 est un antigène exprimé dans les membranes des vésicules graisseuses produit par la cellule mammaire. Le dosage du taux sérique de cet antigène a peu de valeur diagnostique mais il permet de suivre l'évolution du cancer du sein lorsqu'il est effectué de façon répétée [28]. Il en est de même pour le taux d'antigène carcino-

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

embryonnaire (A.C.E) qui présente par ailleurs un intérêt dans la détection précoce du cancer du sein à risque métastatique élevé, lorsque le dosage est effectué de façon séquentielle [22].

## **L'IRM**

Elle recherche la multifocalité des tumeurs primitives ou le diagnostic de récurrences chez des femmes opérées et irradiées.

### **3.4. Evolution – pronostic**

#### **3.4.1. Evolution**

Le cancer du sein non traité évolue vers la mort avec des métastases thoraciques homolatérales, pulmonaires, hépatiques, spléniques et osseuses. A un stade précoce, ce cancer est curable, plusieurs traitements seront adaptés au stade évolutif.

#### **➤ Extension**

##### **- Extension locorégionale**

Elle est jugée sur l'examen clinique et les explorations radiologiques, permettant de classer la tumeur selon sa taille et l'existence ou non d'adénopathies satellites. Elle est complétée par l'exploration chirurgicale.

##### **- Extension générale**

La réalisation d'un examen clinique complet et de divers examens para cliniques permet d'orienter la recherche de métastases :

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

- hépatiques (bilan biologique avec dosage de la Gamma G T et des phosphatases alcalines, transaminases, bilirubine et échographie hépatique) ;
- osseuses (radiologies osseuses orientées par des signes fonctionnels) ;
- thoraciques (radiographie thoracique) ;
- cérébrales (examen neurologique complet et scanner sur signe d'appel) ;
- ovariennes (échographie pelvienne).

### **3.4.2. Pronostic**

Il dépend de la classification TNM, du grade histologique (SBR), des facteurs de risque métastatique et de la stratégie thérapeutique.

### **Facteurs de risque métastatique clinique [27]**

- taille anatomique de la tumeur (supérieure à 3cm) ;
- caractère multifocal ou bilatéral ;
- âge inférieur à 40 ans ;
- envahissement cutané ou pariétal ;
- présence d'embolies lymphatiques ou vasculaires ;
- dissémination au mamelon si mastectomie.

### Facteurs de risque métastatique histologique

Grade histologique(SBR) cote à III.

**Tableau V** : Classification de Scarff Bloom et Richardson

Paramètres	Score : 1	Score : 2	Score : 3
Différenciation glandulaire	Bien marquée	Modérée	Faible ou nulle
Noyau	Homogène Bien régulier	Inégalités nucléaires modérées	Polymorphisme marqué
Activité mitotique	1 mitose ou noyau hyper chromatique par champ	2 mitoses ou 2 noyaux hyper chromatiques par champ	3 ou plus

Le SBR est basé sur 3 paramètres affectés d'un score.

Le grade est déterminé par la somme des 3 scores :

Grade I : 3, 4, 5 (tumeur différenciée) ;

Grade II : 6, 7, (tumeur moyennement différenciée) ;



Grade III : 8,9 (tumeur indifférenciée).

### Classification TNM

**Tableau VI** : classification TNM

T : Tumeur primitive	N : Adénopathies	M : Métastases à distance
Tis : Carcinome in situ ou Maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable		
Tx : Détermination de la tumeur impossible	Nx : Appréciation impossible	Mx : Appréciation impossible
To : pas de tumeur primitive	No : pas de ganglions axillaires palpables	Mo : pas de métastases à distance
T1 : Tumeur < 2cm	N1 : Ganglions axillaires homolatéraux mobiles	M 1 : Métastases à distance (y compris ganglions sus claviculaire)
T2 : Tumeur > 2 cm et < 5 cm	N2 : Ganglions axillaires homolatéraux fixes	
T3 : Tumeur > 5cm	N3 :Ganglions mammaires homolatéraux fixes	
T4 : Extension directe à la paroi thoracique ou à la peau		

### **3.5. Anatomie pathologique**

Elle confirme le diagnostic et précise le type histologique.

L'examen histologique pourra se faire sur :

- . Du matériel recueilli par biopsie (microbiopsie ou macrobiopsie)
- . Une biopsie excisée
- . Une mastectomie.

#### **A. Aspects macroscopiques**

L'examen macroscopique des tumeurs est réalisé par le chirurgien, et surtout par l'anatomo-pathologiste. Il permet d'avoir une forte présomption sur la nature d'une tumeur ainsi que son extension.

On distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirreuse et la forme encéphaloïde.

#### **B. Aspects microscopiques**

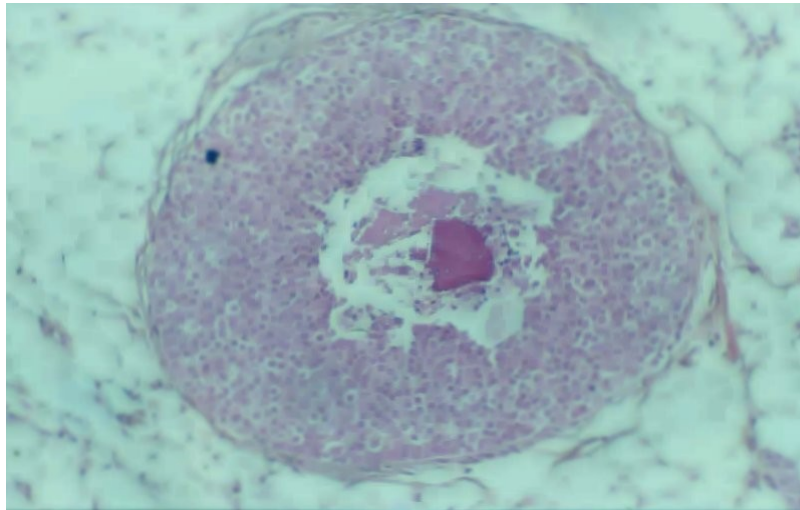
##### **1. Les carcinomes non infiltrants ou carcinomes in situ**

###### **❖ Le carcinome canalaire in situ**

Il se définit comme un carcinome se développant dans le canal galactophore, n'infiltrant pas le tissu conjonctif et caractérisé par quatre types architecturaux : massifs, comédons, papillaires, et cribriformes.

C'est une forme rare : 4 % des cancers [29].

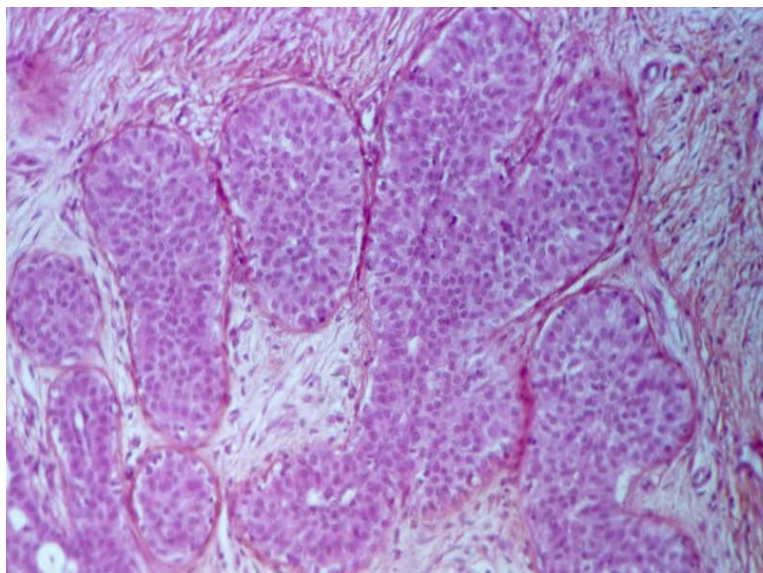
Habituellement il n'y a pas de foyer invasif et on ne note pas de métastases ganglionnaires [30].



**Figure 3 : Coupe histologique d'un carcinome canalaire in situ (CCIS).**

#### ❖ Le carcinome lobulaire in situ

Carcinome intéressant les canalicules intra lobulaires comblées et distendues par une prolifération de cellules peu jointives sans envahissement du tissu conjonctif voisin. Il représente 2,5 % des cancers [31] et se caractérise par son caractère multicentrique et sa tendance à la bilatéralisation.



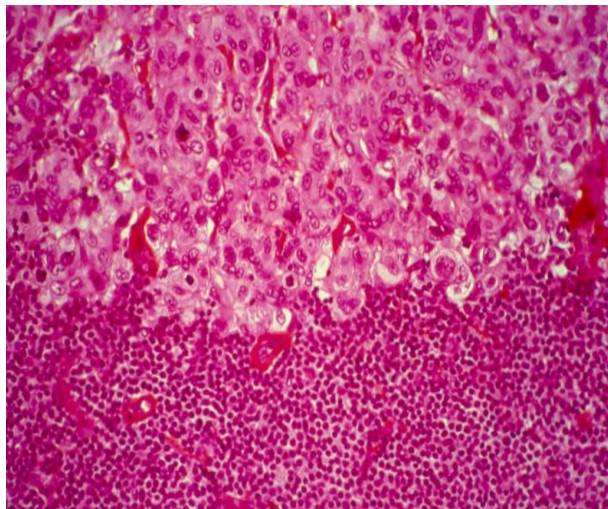
**Figure 4: Coupe histologique d'un carcinome lobulaire in situ (CLIS).**

## 2. Les carcinomes infiltrants

### **- Le carcinome canalaire infiltrant**

C'est la forme la plus fréquente : 70 % des cancers du sein [32]. Il peut présenter trois types d'architectures : bien différencié avec des structures tubulaires prédominantes, moyennement différencié et indifférencié avec une absence de structures glandulaires.

Les métastases ganglionnaires sont fréquentes 40 à 50 % [32].



**Figure 5 : Coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI).**

### **- Le carcinome lobulaire infiltrant**

Carcinome infiltrant formé de cellules régulières ressemblant à celles du carcinome lobulaire in situ et ayant en général un faible taux de mitoses. Il représente 5 à 15 % des cancers.

### **- le carcinome mucineux ou colloïde**

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Il s'agit d'un carcinome riche en mucus extra cellulaire. Histologiquement, cette tumeur est constituée de nappes de mucus ponctuées de petits îlots épithéliomateux avec ou sans différenciation glandulaire.

#### **- Le carcinome médullaire**

Constitué de cellules peu différenciées, atypiques dans un stroma peu abondant avec intense infiltration lymphoïde. Les limites de cette tumeur apparaissent cependant bien circonscrites avec fréquemment la présence de foyers de nécrose.

#### **- Le carcinome tubulaire**

Il représente une variété de carcinome très différencié, dont les cellules sont régulières et disposées en tubules. Le pronostic est habituellement favorable.

#### **- Le carcinome papillaire**

C'est un carcinome rare dont l'architecture infiltrante est surtout faite de structures papillaires. Il est de pronostic favorable.

#### **- Le carcinome apocrine**

Il est formé de cellules à abondant cytoplasme éosinophile analogue à celui des cellules apocrines métaplasiques.

#### **- Les carcinomes métaplasiques**

De forme spinocellulaire ou épidermoïde : Il s'agit le plus souvent de formes induites par des remaniements nécrotiques.

#### **- Le carcinome riche en lipides**

Il est rare mais d'un pronostic particulièrement péjoratif.

#### **- La maladie de Paget**

Cliniquement elle se présente comme étant un eczéma du mamelon. Cet « eczéma » correspond histologiquement à des éléments carcinomateux isolés ou en amas, migrés dans l'épaisseur de l'épiderme mamelonnaire à partir d'un carcinome sous

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

jaient. C'est ce carcinome qu'il faudra toujours s'efforcer de retrouver en présence d'image de cellule de Paget

#### **- Les tumeurs phyllodes malignes**

Ce sont des sarcomes développés à partir d'une tumeur phyllode bénigne. Elle peut être de type fibrosarcomateux le plus souvent ; ou exceptionnellement liposarcomateux ou angiosarcomateux. Par rapport à la tumeur d'origine, la composante mésenchymateuse prend le pas sur la composante épithéliale qui s'efface, laissant parfois seulement subsister quelques tubes témoins en périphérie.

#### **- Les tumeurs secondaires**

Elles sont exceptionnelles. En dehors des localisations secondaires d'hématosarcomes, on peut retenir quelques exceptions : le carcinome rénal, le carcinome vulvaire, le carcinome gastrique, l'ostéosarcome.

#### **- Les formes survenant sur terrain particulier**

☐ Chez l'enfant et l'adolescent, le carcinome est hautement différencié avec des images de sécrétions. On lui attribue le nom d'adénocarcinome juvénile.

☐ Chez la femme enceinte et au cours du post partum, il s'agit cliniquement de forme inflammatoire en phase évolutive. Histologiquement, on note un stroma abondant, œdémateux avec fréquemment des cellules géantes.

☐ Chez l'homme, il est rare, lorsqu'il s'observe, il est intra canalaire strict non infiltrant.

### **3.6 Diagnostics différentiels**

**La mastite aigue :** elle peut être diffuse ou localisée. Elle s'accompagne de signes classiques de l'inflammation (douleur, chaleur, rougeur, œdème).

**Les infections de diverses origines :** galactocèle, comedomastites, tuberculose mammaire.

**Le kyste solitaire du sein :** surtout dans la période pré ménopausique.

C'est une tumeur de croissance rapide, mobile, régulière, rénitente et spontanément douloureuse.

La maladie fibro kystique ou mastose complexe : elle se caractérise par des lésions avec un œdème prémenstruel du tissu conjonctif qui, en se sclérosant oblitère la lumière des galactophores formant ainsi des kystes.

### 3.7. Traitement

#### - But

Le traitement du cancer du sein vise à obtenir la plus grande probabilité de guérison ou la plus longue survie sans rechute, avec un faible préjudice fonctionnel esthétique, une qualité de vie, et à un coût financier le plus réduit possible.

- **Moyens** : le traitement est essentiellement basé sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, des thérapies ciblées existent aussi.

- **La chirurgie** : elle occupe une place importante dans le traitement du cancer du sein. Il existe plusieurs techniques qui sont entre autres :

1. **Tumorectomie** : C'est l'ablation chirurgicale complète d'une lésion cliniquement limitée.

Elle permet une étude histologique qui fournira des précisions diagnostiques et pronostiques.

2. **Mastectomie simple** : elle se résume à la simple ablation de la glande et de son enveloppe cutanéograsseuse sans résection musculaire pectorale ni curage ganglionnaire axillaire.

3. **L'intervention de PATEY** : elle consiste en une mastectomie totale sous cutanée avec curage ganglionnaire axillaire et conservation du grand pectoral.

4. **L'intervention de HALSTED** : elle associe à la mastectomie, l'ablation des muscles pectoraux et un curage lymphatique axillaire. Cette technique a été abandonnée.

- **La radiothérapie néo adjuvante ou adjuvante** : elle vise à stériliser la tumeur, les sites ganglionnaires et à prévenir les récurrences locorégionales.

- **La chimiothérapie** : elle consiste en l'administration de produits anti-tumoraux représentés par les **anthracyclines** (adriamycine) ; les **alkylants** (cyclophosphamide) ; les **anti-métabolites** (5 fluoro uracile et le méthotrexate) ; les **vinca-alcaloïdes** (vincristine) ; les **sels de platine** (cisplatines) ; le **Taxotere** etc.
  
- **L'hormonothérapie**
  - ❖ Le Tamoxifène : il est recommandé chez les femmes âgées de 50 ans ou plus et ménopausée et dans les tumeurs avec récepteurs aux œstrogènes positifs.
  
  - ❖ Les Anti aromatasases : se sont des inhibiteurs de l'aromatase, utilisés dans le cadre du traitement complémentaire du cancer du sein. Ils sont réservés aux femmes ménopausées présentant un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs.
  
- **Les thérapies ciblées** : consistent à trouver ou à créer des molécules capables de:
  - bloquer les capteurs des cellules cancéreuses : Trastuzumab,
  - bloquer les vaisseaux sanguins pour empêcher les cellules de se nourrir : Bévacizumab,

## **-Indications thérapeutiques [33]**

### **a. Traitement chirurgical**

#### **- La chirurgie conservatrice**

Elle est indiquée pour les tumeurs T1 sans atteinte ganglionnaire clinique. Le curage ganglionnaire sera systématique, enlevant au moins dix ganglions. La technique de chirurgie recommandée sera une tumorectomie large de 2 cm au tour de la tumeur ou une quadrantectomie en l'absence d'examen extemporané.

#### **-La mastectomie radicale associée au curage axillaire**

Elle est indiquée pour toutes les tumeurs T2 à T4. Elle sera toujours précédée d'une chimiothérapie néo-adjuvante pour permettre au chirurgien de réaliser un geste carcinologique.



La chirurgie sera faite dans les trois semaines qui suivent le dernier cycle de chimiothérapie.

## **b. Chimiothérapie**

### **-La chimiothérapie adjuvante**

Elle fait suite à la chirurgie (tumorectomie ou mastectomie, avec ou sans atteinte ganglionnaire)

Elle est indiquée en cas d'atteinte ganglionnaire ou d'embolie lymphatique quelque soit la taille initiale de la tumeur.

### **-La chimiothérapie néo-adjuvante**

Elle s'adresse aux cas de tumeurs non opérables d'emblée.

- en cas d'atteinte ganglionnaire clinique quelque soit la taille de la tumeur initiale
- pour les tumeurs T2 à T4 sans atteinte ganglionnaire

Le but de cette chimiothérapie néo-adjuvante est de permettre une chirurgie carcinologique qui sera toujours suivie d'une chimiothérapie adjuvante de 4 cycles (ou cures) puis dans la mesure du possible, d'une radiothérapie externe.

### **-La chimiothérapie palliative**

Elle est indiquée pour les situations métastatiques (M1), cérébrale, hépatique ou pulmonaire. Une chimiothérapie « néo-adjuvante par 3 ou 4 cycles » sera proposée puis une résection chirurgicale sera discutée en staff pluridisciplinaire.

## **c. Radiothérapie**

Les possibilités d'accès à la radiothérapie seront explorées dès le diagnostic du cancer du sein devant tous les cas non métastatiques.

La radiothérapie sera programmée dès avant la fin des cures de chimiothérapie adjuvante de manière à pouvoir référer le ou la malade dans les délais raisonnables pour la pratique de ce traitement.

## **d. Hormonothérapie**

L'hormonothérapie adjuvante n'apporte aucun bénéfice aux malades lorsque la tumeur n'exprime pas les récepteurs hormonaux (récepteurs à l'œstrogène et ou à la progestérone).

- Le Tamoxifène est prescrit à la dose de 20 mg par jour par voie orale pendant cinq (5) ans. La malade doit être examinée tous les ans par un gynécologue à la recherche d'une pathologie endométriale éventuelle induite par la thérapeutique.
- Les Anti aromatasés: Aminoglutéthimide 500 mg/jour associée à celle de 30 mg/jour d'hydrocortisone [2].

### **e. Les thérapies ciblées**

La surexpression de la protéine membranaire HER2 ou l'amplification du gène HER2 sont des facteurs prédictifs de réponse à un traitement par trastuzumab. Le trastuzumab est prescrit en adjuvant après les anthracyclines pour une durée de 6 mois à 12 mois. Il est administré toutes les trois semaines. En situation métastatique le trastuzumab est prescrit jusqu'à régression de la maladie.

#### **Les cas particuliers [1].**

##### **- Le cancer in situ**

Pour les carcinomes lobulaires "in situ", une surveillance simple est proposée avec mammographie de dépistage. Un essai de prévention par le tamoxifène est en cours.

Pour les cancers canaux in situ, le traitement local sera une tumorectomie. Si le score de VAN-NUYS est élevé on fera une mastectomie.

##### **- La maladie de Paget du sein.**

Si elle n'atteint que le mamelon et qu'on ne retrouve pas de lésion à la mammographie ou une lésion rétro-aréolaire inférieure à 3 cm, on peut faire un traitement conservateur avec exérèse de la tumeur sous jacente, curage axillaire et irradiation du sein laissé en place.

Si la tumeur est à distance du mamelon ou étendue, il vaut mieux faire une mastectomie.

##### **- Le cancer du sein chez la femme enceinte**

C'est le même traitement à stade égal qu'en dehors de la grossesse. L'interruption de la grossesse ne change rien au pronostic de la lésion mais parfois nécessaire pour pouvoir faire le traitement (chimio ou radiothérapie).

Au premier trimestre, on conseille en général l'interruption pour mettre en route le traitement.

Au deuxième ou troisième trimestre, on commencera si possible par le traitement chirurgical, la chimiothérapie en retardant la radiothérapie après la naissance qui sera provoquée si viabilité de l'enfant.

### 3.8. Survie à 5 ans [1]

Le taux de survie est fonction du stade, des facteurs histopronostiques, en particulier l'envahissement ganglionnaire.

**Tableau VII :** Le taux de survie à 5 ans en fonction de la taille tumorale et de l'envahissement ganglionnaire.

Stade	% Survie à 5 ans
In situ	100
T1 N-	92
N+	82
T2 N-	87
N+	72
T3 N-	77
N+	56
T4 N0	53
N+	28

### 3.9. Prévention

La nécessité du dépistage du cancer du sein repose sur plusieurs données :

- le taux de mortalité du cancer du sein, malgré les progrès thérapeutiques survenus augmente depuis plus de 35 ans.
- le pronostic d'une tumeur du sein dépend du stade auquel le diagnostic, et donc le traitement est fait.

#### Les moyens de dépistage :

-Auto examen du sein : c'est une méthode simple sans danger. La femme doit apprendre à examiner ses deux seins ainsi que les zones axillaires une fois par mois (après les règles, si elle est réglée). L'examen se fera debout puis couché. La peau étant éventuellement humide ou savonnée.

-Examen clinique par le médecin : l'examen médical annuel des seins des femmes de plus de 35 ans permet de découvrir de 1,3 à 4,6 cancers pour 1000 femmes examinées.

Cet examen peut être fait par le médecin de famille ou le gynécologue, mais aussi par le médecin du travail.

Les tumeurs de taille inférieure à 0,5cm sont difficilement découvertes par cet examen.

-La mammographie : elle est d'un apport indiscutable pour le dépistage du cancer du sein surtout entre 50 et 60 ans. Elle est la seule méthode qui permet le dépistage des cancers in situ et infra cliniques. Elle doit être parfois complétée par l'échographie mammaire, notamment dans les seins denses, ou cicatriciels où l'IRM peut également être la bienvenue.

## 1. Cadre d'étude

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique au centre hospitalier mère enfant le Luxembourg de Bamako.

## **2. Type d'étude**

Etude rétrospective et descriptive.

## **3. Période d'étude**

Il s'agit d'une étude allant de Décembre 2002 à Décembre 2009 soit une période de 7 ans.

## **4. Echantillon**

### **4.1 Critères d'inclusion**

Toutes les tumeurs malignes du sein confirmées par l'histologie.

### **4.2 Critères d'exclusion**

Toutes les pathologies mammaires bénignes confirmées par l'histologie, la clinique et la radiologie.

## **5. Recueil des données**

Nos supports de données sont constitués par les dossiers des malades ; les registres de consultations et de compte rendus opératoires.

Le nombre de dossiers retenus pour notre étude est de 42.

Une fiche d'enquête a été établie pour chaque malade dont un modèle est porté en annexe.

## **6. Analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info ; Excel et Word de Microsoft Office 2003.

## **7. Considération éthique**

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies à la suite d'examen  
cliniques et complémentaires ont été observés.

## **I. Données sociodémographiques**

### **1. L'âge**

**Tableau VIII : Répartition en fonction de l'âge**

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
≤19	1	2,4
20-39	9	21,4
<b>40 – 59</b>	<b>26</b>	<b>61,9</b>
60-79	6	14,3
Total	42	100

Moyenne d'âge : 46,92 ans Ecart type : 12,40

L'âge médian : 48 ans. Avec des extrêmes d'âge de 18 et 73 ans.

## 2. Le sexe

**Tableau IX : Répartition en fonction du sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	0	0
<b>Féminin</b>	<b>42</b>	<b>100</b>
Total	42	100

## 3. Profession

**Tableau X : Répartition des patientes selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
<b>Femme au foyer</b>	<b>29</b>	<b>69</b>
Elève ou Etudiante	1	2,4
Fonctionnaires	8	19

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Vendeuse	2	4,8
Commerçante	1	2,4
Couturière	1	2,4
Total	42	100

---

Fonctionnaires : Infirmière d'état : 1 Comptable : 2 Secrétaire : 3

Animatrice de radio : 1 Gestionnaire : 1

### 4. Résidence

**Tableau XI** : Répartition des patientes en fonction des résidences

Résidence (région)	Effectif	Pourcentage
<b>Bamako</b>	<b>35</b>	<b>83,3</b>
Kayes	2	4,8
Koulikoro	1	2,4
Sikasso	1	2,4



Ségou	2	4,8
Autre*	1	2,4
Total	42	100,1

Autre\* =guinée

## 5. Statut matrimonial

**Tableau XII :** Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
<b>Mariée</b>	<b>33</b>	<b>78,6</b>
Divorcée	1	2,4
Veuve	8	19
Total	42	100

## II. Facteurs de risques

### 1. Gestité

**Tableau XIII:** Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	6	14,3
Primigeste	4	9,5
<b>Paucigeste</b>	<b>16</b>	<b>38,1</b>
Multigeste	4	9,5
Grande multigeste	12	28,6
Total	42	100

### 2. Parité

**Tableau XIV** : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	6	14,3
Primipare	3	7,1
<b>Paucipare</b>	<b>16</b>	<b>38,1</b>
Multipare	6	14,3
Grande multipare	11	26,2
Total	42	100

### 3. Contraception

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon le mode de contraception

Contraception	Effectif	Pourcentage
<b>Pas de contraception</b>	<b>38</b>	<b>90,5</b>
Orale	3	7,1
Injectable	1	2,4
Autres	0	0
Total	42	100

### 4. Antécédents

**Tableau XVI** : Répartition des patientes en fonction des antécédents de cancer du sein

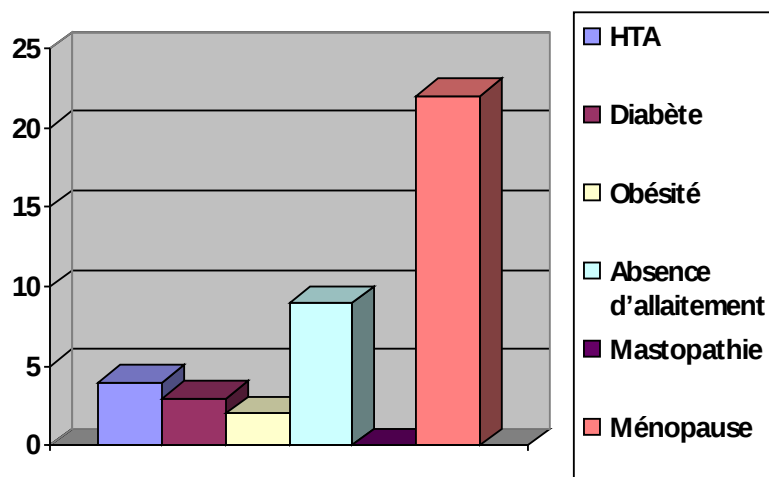
Antécédents de cancer du sein	Effectif	Pourcentage
<b>Sans antécédent</b>	<b>39</b>	<b>92,8</b>
Antécédents personnels	2	4,8
Antécédents familiaux	1	2,4

---

Total	42	100
-------	----	-----

---

**Figure 6 :** Répartition des patientes en fonction d'autres facteurs de risque :



Présence d'autres facteurs de risque.

HTA : 4 ; Diabète : 3 ; Obésité : 2 ;

Absence d'allaitement : 9 ; Mastopathie : 0 ; Ménopause : 22

### III. Données cliniques

#### 1. Motifs de consultation

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Mastodynie	14	33,3
Nodule du sein isolé	14	33,3
Mastodynie + Ulcération	3	7,1
Néo récidivé du sein	2	4,8
Mastodynie + Nodule	4	9,5
Nodule + Ulcération du Sein	1	2,4
Ulcération du sein	2	4,8
Ecoulement mamelonnaire sanguinolant + Nodule du sein	2	4,8
TOTAL	42	100

## 2. Localisation de la tumeur

**Tableau XVIII :** Répartition des patientes en fonction de la localisation de la tumeur.

Localisation de la tumeur	Effectif	Pourcentage
<b>QSE</b>	<b>18</b>	<b>42,9</b>
QSI	4	9,5
QIE	3	7,1
QII	4	9,5
Tout le sein	8	19
Rétro aréolaire	3	7,1
Union QSE + QSI	2	4,8
Total	42	100

## 3. Sein atteint

**Tableau XIX :** Répartition des patientes en fonction du sein atteint

Sein atteint	Effectif	Pourcentage
Sein droit	16	38,1
<b>Sein gauche</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>
Les deux seins	1	2,4
Total	42	100

## 4. Taille de la tumeur

**Tableau XX :** Répartition des patientes selon la taille de la tumeur

Taille de la tumeur (cm)	Effectif	Pourcentage
T 1	1	2,4
T 2	5	11,9
T 3	11	26,2
<b>T 4</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>
Total	42	100

### 5. Atteinte ganglionnaire

**Tableau XXI :** Répartition des patientes en fonction de l'atteinte ganglionnaire

Atteinte ganglionnaire	Effectif	Pourcentage
<b>N0</b>	<b>16</b>	<b>38,1</b>
N1	14	33,3
N2	9	21,4
N3	3	7,1
Total	42	100

### 6. Adhérence

**Tableau XXII :** Répartition des patientes en fonction du type d'adhérence

Adhérence	Effectif	Fréquence
Pas d'adhérence	13	31
<b>Plan cutané</b>	<b>20</b>	<b>47,6</b>
Plan musculaire	8	19

Plan musculaire + plan cutané	1	2,4
Total	42	100

### 7. Résultats mammographiques

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes en fonction des résultats mammographiques

Résultats mammographiques	Effectif	Pourcentage
ACR3	8	30,8
<b>ACR4</b>	<b>15</b>	<b>57,7</b>
ACR5	3	11,5
Total	26	100

### IV. Aspects anatomo- pathologiques

**Tableau XXIV :** Répartition des patientes selon le type histologique

#### 1. Type histologique

Données histologiques	Effectif	Pourcentage
<b>Carcinome canalaire infiltrant</b>	<b>36</b>	<b>85,7</b>
Carcinome lobulaire infiltrant	1	2,4
Tumeur phyllode maligne	2	4,8
Carcinome canalaire in situ	1	2,4

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

LMNH	1	2,4
Carcinome tubuleux	1	2,4
Total	42	100.1

---

**a- Répartition du type histologique en fonction des tranches d'âges**

Age (ans)	≤ 19	20-39	40-59	69-79	Total
Type Histologique					
Carcinome canalaire infiltrant	1	6	24	5	36
Carcinome lobulaire infiltrant	0	0	0	1	1
Tumeur phyllode maligne	0	1	1	0	2
Carcinome canalaire in situ	0	1	0	0	1
LMNH	0	1	0	0	1
Carcinome tubuleux	0	0	1	0	1



Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Total	1	9	26	6	42
-------	---	---	----	---	----

**b- Répartition du type histologique selon la taille de la tumeur**

Taille de la Tumeur (cm) Type Histologique	T1	T2	T3	T4	Total
Carcinome canalaire infiltrant	1	5	10	<b>20</b>	36
Carcinome lobulaire infiltrant	0	0	1	0	1
Tumeur phyllode maligne	0	0	0	2	2
Carcinome canalaire in situ	0	0	0	1	1
LMNH	0	0	0	1	1
Carcinome tubuleux	0	0	0	1	1
Total	1	5	11	25	42

**c- Distribution des types histologiques selon l'atteinte ganglionnaire**

Atteinte Ganglionnaire Type Histologique	N0	N1	N2	N3	Total
Carcinome canalaire infiltrant	<b>16</b>	13	5	2	36
Carcinome lobulaire infiltrant	0	0	1	0	1
Tumeur phyllode maligne	0	0	1	1	2
Carcinome canalaire in situ	0	1	0	0	1
LMNH	0	0	1	0	1
Carcinome tubuleux	0	0	1	0	1
Total	16	14	9	3	42

**2. Grade histologique**

**Tableau XXV : Répartition des patientes selon le grade histologique**

Grade histologique	Effectif	Pourcentage
--------------------	----------	-------------

SBR1	1	4,8
<b>SBR2</b>	<b>19</b>	<b>90,4</b>
SBR3	1	4,8
Total	21	100

## V. Traitement - Evolution

### 1. Traitement

**Tableau XXVI:** Répartition des patientes en fonction des traitements

Traitement	Effectif	Pourcentage
Chirurgie seule	10	23,8

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

Chirurgie + chimiothérapie + Hormonothérapie	5	11,9
<b>Chirurgie + chimiothérapie</b>	<b>13</b>	<b>31</b>
Chirurgie + chimiothérapie + radiothérapie	3	7,1
Chimiothérapie néo adjuvante + chirurgie	6	14,3
Traitement palliatif	5	11,9
Total	42	100

Traitement palliatif : antalgique, antibiothérapie, polyvitaminose, transfusion.

## 2. Evolution

**Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage
Patientes vivantes	8	19
Complication post opératoire	1	2,4
Décès	8	19
<b>Perdus de vue</b>	<b>25</b>	<b>59,5</b>
Total	42	100

Complication post opératoire tardive : lymphoedème du membre supérieur et métastases.

**a- Evolution selon le type histologique**

Type histologique	Carcinome canalaire infiltrant	Carcinome lobulaire infiltrant	Tumeur phyllode maligne	Carcinome canalaire in situ	LMNH	Carcinome tubuleux	Total
Evolution							
Patientes vivantes	8	0	0	0	0	0	8
Complication post opératoire (lymphoedème du membre supérieur)	1	0	0	0	0	0	1
Décès	7	0	0	0	1	0	8

Etude épidémi – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Perdues de vue	20	1	2	1	0	1	25
Total	36	1	2	1	1	1	42

**b- Evolution selon le grade SBR**

Grade SBR	SBR1	SBR2	SBR3	Total
Evolution				
Patientes vivantes	0	2	0	2
Complication post opératoire (lymphoedème du membre supérieur)	0	0	0	0
Décès	1	5	1	7
Perdues de vue	0	12	0	12
Total	1	19	1	21

**C- Evolution en fonction des tranches d'âges**

Age (ans)	≤19	20-39	40-59	69-79	Total
Evolution					
Patientes vivantes	0	1	7	0	8
Complication post opératoire (lymphoedème du membre supérieur)	0	0	1	0	1
Décès	0	1	6	1	8
Perdus de vue	1	7	12	5	25
Total	1	9	26	6	42

**VI) Survie à 5 ans**

**Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon la survie**

Survie à 5 ans	Effectif	Pourcentage
Non comptabilisables	35	Non comptabilisable
(PDV+PEC<5ans)		
Après traitement complet	5	71.4
Après traitement chirurgical uniquement	2	28.6
Total	7	100



## **Quelques observations cliniques**

### **Observation clinique N°1 :**

DD 24 ans, profession femme au foyer, est admise le 18 juin 2009 dans notre service.

Motif de consultation : tuméfaction mammaire bilatérale.

Interrogatoire : maladie évoluant depuis 3 mois sur grossesse de 4 mois environ.

Examen physique : altération de l'état général + tuméfaction mammaire bilatérale prenant tous les 2 seins avec aspect en peau d'orange associé à des signes d'inflammation ; présence d'adénopathies axillaires bilatérales.

Anatomo pathologie après biopsie réalisée le 24 juin 2009 à L' INRSP montre : lymphome malin non Hodgkinien.

Biologie : anémie avec taux d'hémoglobine à 6g/dl.

Echo abdomino-pelvienne : normale, grossesse monofoétale de 13semaine.

Echo mammaire : lymphome bilatéral.

Radiographie du thorax : normale.

Traitement palliatif : antalgique, antibiothérapie, transfusion.

Non opérée elle est décédée au bout de 2 semaines d'hospitalisation.

Cas N°1



Observation clinique N°2 :

FD 51 ans, profession femme au foyer, consulte le 29 janvier 2009.

Motif de consultation : mastodynie+ tumeur ulcéro –nécrotique en chou fleur du sein droit.

Interrogatoire : maladie évoluant depuis une année ; consulte après échec d'un traitement traditionnel.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

Examen physique : état général passable ; adénopathie axillaire droite.

Anatomopathologie après biopsie réalisée le 10 février 2009 montre un carcinome canalaire infiltrant.

Biologie : normale.

Echo abdomino-pelvienne : normale.

Radiographie du thorax : normale.

Traitement : on pose l'indication de mastectomie type Patey + curage ganglionnaire droit qui sera faite le 16 février 2009.

Après l'intervention, elle effectue 6 cures de chimiothérapie. Elle est vivante.

Cas N°2



## **I. Limites et difficultés**

Du fait du caractère rétrospectif de l'étude, la totalité des informations n'a pas été retrouvée ; comme certains facteurs de risque décrits par la littérature tels que :

- Âge des premières règles, âge de la première grossesse ;
- Durée de la prise des contraceptifs, la notion de prise d'alcool ;
- Niveau d'instruction ;
- .La faible taille de l'échantillon ;

Les difficultés observées ont été entre autres :

- La pauvreté des dossiers, le mauvais archivage des dossiers ;
- La dispersion géographique des patientes ;
- La perte de vue de certaines patientes.

## **II. Fréquence**

De Décembre 2002 à Décembre 2009, il a été effectué au total 16 316 consultations gynécologiques parmi lesquelles 42 cas de cancers du sein qui remplissaient nos critères d'inclusion soit un taux de 0,25%.

## **III. Caractéristiques socio- démographiques**

### 1-L'âge

L'âge moyen était  $46,92 \pm 12,40$  ans avec des extrêmes de 18 et de 73 ans. L'âge médian était de 48 ans ; ce qui est légèrement supérieur à celui de S. T. Traoré [34] qui a trouvé dans son étude un âge moyen de 45 ans et des extrêmes de 17 et 76 ans.

Coulibaly [35], S. R. Yonga [36] et Konan [37], en Côte d'Ivoire, ont trouvé respectivement 42 ans, 43 ans et 44 ans.

Meye [38] au Gabon a rapporté un âge moyen de 48,5 ans.

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Mali

La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 40-59 ans avec 61,9 % des cas.

Sano D et Coll [39] au Burkina Faso, S.R. Yonga [36] en Côte d'Ivoire, Maïga [40] et S.T.Traoré [34] au Mali ont trouvé respectivement une tranche d'âge comprise entre 41-50 ans, 35-50ans, 40-49 ans et 35-54 ans.

En Afrique du sud, une étude réalisée sur des femmes blanches a mis en évidence un âge moyen de 60 ans, se rapprochant ainsi des séries occidentales où les 5èmes et 6èmes décades sont les plus touchées.

En effet, selon Giraud [41] la moyenne d'âge est de 50-55 ans et selon Schneider [42], elle est de 60 ans.

Nous constatons donc que le cancer du sein survient à un âge relativement jeune. La même remarque a également été faite par Angate [43] qui soutient que « le cancer du sein s'observe avec un décalage de 10 ans vers la gauche de la courbe des âges, dans la plupart des pays en développement ».

## 2-Sexe

Dans notre étude les malades étaient de sexe féminin.

Ce taux est identique à celui trouvé par Camara K [44], Thiam D [16], Sanogo Z Z [45], Wélé A [46], au Mali.

Cette pathologie est peu fréquente chez l'homme comme l'ont montré des auteurs comme Daman S [47] à Ouagadougou, BF Cutuli [48] à Remes.

## 3-Profession

Les femmes au foyer ont été plus représentées dans notre échantillon avec 69 % des cas ; ce taux est comparable à celui de Thiam [16] qui a trouvé 74,4 % des cas. Cette couche sociale a un revenu faible qui constitue un handicap dans la prise en charge. Quant aux fonctionnaires, elles n'ont constitué que 19 % des cas dans notre étude.

## 4-Résidence

La majorité des patientes résidaient à Bamako avec 83,3 % des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de S.T. Traoré [34] qui a rapporté que 20% des patientes venaient

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

de la région de Kayes ; et L. I. Traoré [6] a trouvé dans son étude que 51,85 % des patientes vivaient en milieu rural. Cela s'explique par le mode de recrutement.

#### 5- Statut matrimonial

Soixante dix huit virgule six pour cent (78,6 %) des patientes étaient mariées. Ce statut peut influencer la prise en charge thérapeutique et psycho affective des malades. Le mari étant un soutien important dans le traitement et le suivi de la patiente.

### **IV. Facteurs de risque**

Une stérilité primaire était notée chez 6 patientes (14,3 %), la plupart des patientes étaient des paucipares avec 38,1% des cas. Ce qui est similaire à celui de Thiam D [16] qui a rapporté 25,5 % des paucipares, par contre S.R. Yonga [36] en Côte d'Ivoire a trouvé dans son étude 40% de multipares.

La notion de contraception n'a pas été retrouvée chez 90,5 % des patientes, seulement 7,1 % des patientes avaient pris la pilule ; de même L.I.Traoré [6] a trouvé 88,89 % des cas qui n'ont jamais pris d'oestrogénostatifs.

La prise de contraceptif ne semble pas être liée à la survenue du cancer du sein. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre enquête nous n'avons pas tenu compte de la durée de la prise de ces contraceptifs et la taille de l'échantillon était petite.

Les antécédents familiaux ont représenté 2,4 % des cancers du sein et les antécédents personnels du cancer du sein étaient de 4,8 % des cas. Ceci diffère de celui de S.T.Traoré [34] qui n'a pas trouvé d'antécédent familial et/ou personnel de cancer du sein dans son étude.

L'absence d'allaitement maternel n'a concerné que seulement 9 patientes (21,4 %). Globalement l'effet protecteur de l'allaitement semblerait réel mais faible [49].

### **V. Aspects cliniques**

#### 1 -Motif de consultation

La mastodynie et la présence de nodule ont été le motif de consultation le plus fréquent avec 33,3 % des cas.

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Tchad

La notion de nodule ou de tuméfaction a été retrouvée chez la plupart des auteurs ; Thiam D [16] dans son étude a rapporté 65,1 % des cas et S.T.Traoré [34] quant à lui a trouvé 52,3 % des cas.

L.I.Traoré [6] dans sa série a trouvé 55,56 % des cas l'écoulement mamelonnaire associé à la douleur comme premier motif de consultation.

### 2 -Localisation de la tumeur :

Dans notre série ; 42,9 % des tumeurs siégeaient au niveau du quadrant supéro-externe. Tout le sein était atteint dans 19 % des cas.

Cinquante neuf virgule cinq pour cent (59,5%) des tumeurs ont intéressé le sein gauche ; le sein droit était atteint dans 38,1 % des cas. L'atteinte bilatérale était rare avec 2,4 % des cas.

Cependant, Radesa F [13] à Tananarive a eu plus de localisation droite que gauche.

### 3 -Taille de la tumeur

**Tableau XXII:** Répartition des malades en fonction de la taille de la tumeur selon les auteurs.

Auteurs	Marty [50] (France 1992)	Wélé [49] (Mali 1998)	S.T.Traoré [35] (Mali 2008)	Notre série
TX	1,7%	0%	0%	0%
T0	5,4%	0%	0%	0%
T1	30,2%	4,4%	9,2%	2,38%
T2	45,5%	10,3%	43,1%	11,90%
T3	9,1%	28%	43,1%	26,19%
T4	8,1%	57,3%	4,6%	59,52%

Total	100% (307 cas)	100% (68 cas)	100% (65 cas)	100% (42 cas)
-------	-------------------	------------------	------------------	------------------

Dans la présente série, comme dans celles de Wélé A [46] et de S.T.Traoré [34], il n'y a pas de malade qui ait été vu à T0.

Dans la série européenne de Marty [50], nous avons remarqué la présence de malades à T0. Cette différence s'expliquerait par le retard de consultation de nos malades et la faiblesse de dépistage systématique. Ce dernier doit d'ailleurs, pour nous, commencer 10 ans plus tôt compte tenu de l'âge jeune de survenu du cancer dans nos pays.

Dans notre série, la plupart des patientes a été diagnostiquée au stade T4 avec 59,5%. Ceci est dû à un retard de consultation. C'est donc à juste titre que Sano et Coll [39] ont révélé : « Les femmes passent la majorité du temps avec les tradipraticiens ; l'hôpital ne constitue que le dernier recours thérapeutique dans l'espoir de se débarrasser de cette tumeur généralement ulcérée, surinfectée et malodorante ».

#### 4 – Atteinte ganglionnaire

Trente huit virgule un pour cent (38,1%) des patientes n'ont pas présenté d'adénopathie ; l'atteinte ganglionnaire N1 a intéressé 33,3 % des cas alors que ce taux était de 22,22 % dans l'étude de L. I. Traoré [6] au Point G (Mali).

#### 5- Adhérence

L'adhérence au plan cutané était plus représentée dans notre étude avec 47,6% ; ce qui est supérieur à celui de Thiam [16] qui a trouvé 27,9% des cas.

#### 6- Mammographie

Cinquante sept virgule sept pour cent (57,7%) des patientes avaient une classification ACR4. Quant à Fomba. R. Sangaré [51] dans sa série a trouvé une classification ACR5 dans 66,6 % des cas.

#### 7- Aspects histologiques



Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

Le carcinome canalaire infiltrant représentait le type histologique le plus fréquent avec 85,7% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de S.R.Yonga [36], Konan [37] en Côte d'ivoire qui ont trouvé respectivement 76,4 % et 95 % des cas.

La tranche d'âge de 40-59 ans semble être la prédilection du carcinome canalaire infiltrant avec 57,1% des cas ; ce qui est similaire à celui de S.T.Traoré [34] qui a trouvé dans son étude 35,38% pour la tranche d'âge de 45-54 ans.

Le grade II de la classification SBR a représenté 90,4 % des cas dans notre série.

## **VI. Traitement-Evolution-Survie**

### **1 –Traitement**

Le type de traitement reçu était dominé par l'association chirurgie – chimiothérapie avec 31 % des cas ; ce qui est identique à celui de S. T. Traoré [34] qui a rapporté 39 % dans sa série.

Vingt trois virgule huit pour cent (23,8 %) des patientes ont eu recours à la chirurgie seule. Trois cas de cancer, soit seulement 7,1%, des patientes, avaient bénéficié d'une chirurgie-chimiothérapie-radiothérapie. A savoir que la radiothérapie a été faite en dehors du pays (2 au Maroc, 1 au Sénégal).

**B. Cutili [52]** a révélé dans son étude que l'irradiation pariétale diminue significativement le risque de rechute loco pariétale en cas de facteur de risque comme la présence d'un envahissement ganglionnaire axillaire histologique ; il ajoute également que l'irradiation loco régionale post mastectomie permet une importante amélioration de la survie sans récurrence.

### **2 -Evolution**

Cinquante neuf virgule cinq pour cent (59,5%) des patientes ont été perdues de vue ; le carcinome canalaire infiltrant a enregistré le plus grand taux de décès avec 16,7% des cas tandis que ce taux était de 23, 8 % pour le grade histologique SBR2.

### **3 -Survie à 5 ans**

En raison de l'insuffisance des renseignements contenus dans les dossiers et des cas de perdus de vue, nous n'avons pas pu faire une surveillance à distance des

## Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHM

patientes opérées ou non. Cet écueil nous a empêché de connaître le devenir de toutes nos patientes et d'estimer leur survie.

Dans notre série, 7 patientes avaient un recul de cinq ans ; la survie à cinq ans a été de 71,4 % des cas après traitement complet et 28,6 % des cas après traitement chirurgical uniquement.

## **Conclusion**

Notre étude a porté sur les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques et évolutifs du cancer du sein au service de gynéco-obstétrique du CHME. Elle nous a permis d'enregistrer 42 patientes chez lesquelles le diagnostic de cancer du sein a été confirmé par un examen histopathologique.

Il en ressort que le cancer du sein de la femme est un drame dans la vie d'une femme et qu'il touche le plus souvent la femme jeune en pleine activité génitale.

Le moyen de diagnostic le plus utilisé est le couple mammographie-cytoponction et le carcinome canalaire infiltrant est le type histologique le plus retrouvé. La prise en charge reste difficile du fait d'une part du retard de diagnostic (rareté de dépistage systématique et retard de consultation) et d'autre part par l'absence de radiothérapie (non encore disponible au Mali) ; quant à la chimiothérapie, elle n'est subventionnée que depuis moins de 2 ans. Tout ceci concourt à une survie à 5 ans encore faible et à une qualité de survie moins bonne, toutes choses qui pourraient évoluer positivement si certaines recommandations sont respectées.

## **Recommandations**

### Aux Personnels sanitaires

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Mali

- Examen systématique du sein quel que soit le motif de consultation ;
- Apprendre les techniques d'examen sénologique car bon nombre de médecins n'examinent pas le sein plus par ignorance que par négligence ;
- Apprendre à toutes les patientes les techniques d'autopalpation du sein ;
  - Vulgariser les campagnes de dépistage systématique dans le cadre d'une politique nationale de lutte contre le cancer du sein. En attendant dépistage individuel ;
  - Référer rapidement toute patiente présentant une pathologie mammaire dans les centres possédant les moyens de diagnostic et de traitement ;
  - Informer la population que le cancer du sein est une pathologie curable si elle est diagnostiquée au tout début.

#### Aux autorités politiques et sanitaires

- Inscrire le cancer du sein sur la liste des priorités de santé publique ;
- Mettre en œuvre une politique d'équipement des centres de santé en matériel de dépistage et de traitement du cancer du sein ;
- Organiser de larges campagnes d'information, d'éducation et de dépistage concernant le cancer du sein ;
- Assurer la gratuité de la prise en charge chez tout patient atteint d'un cancer ;
- Créer au moins une unité de radiothérapie au Mali ;
- Créer au moins un centre d'oncologie (recherche, diagnostic et traitement).

#### Aux Femmes

- Pratiquer régulièrement l'autopalpation des seins ;
- Consulter immédiatement devant toute anomalie ou modification du sein ;
- Faire régulièrement une mammographie de dépistage tous les 2 ans à partir de 30 ans ;

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

- Consulter régulièrement le gynécologue en cas d'antécédent personnel ou familial de cancer du sein.

1- **Lansac J, Lecompte P:** Gynécologie pour le praticien. *Paris, Masson, 6<sup>ème</sup> édition; 2002. 592 p.*

2- **Rouësse J, Martin PM, Contesso G.:** Incidence et mortalité des cancers du sein en Europe 1990. *Le praticien face au cancer du sein de la prévention au traitement : Edition arnette 340 P, paris 1997.*

3- **Pierrick Horde,** cancer du sein.

*[http://Santémédecine.commentcamarche.net/contents/cancer/13\\_le-cancer-du-sein](http://Santémédecine.commentcamarche.net/contents/cancer/13_le-cancer-du-sein).  
Php3, date de dernière consultation : 18 février 2011.*

4- **PARKIN D M, WHELAN S L, FERLAY J, TEPPA L, & THOMAS D B:** Cancer in 5 continents *Vol. VIII. IARC Scientific Publications, 2002 ; 155 : 87-101.*

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Mali

**5- Traoré CB, Kamate B, Bayo S.:** Aspects épidémiologiques et histologiques des cancers du sein à l'INRSP de Bamako à propos de 110 cas.

*Livres des abstracts VII ème congrès de la SAGO/SOMAGO II, Bamako, 2003, 85.*

**6- L. I. Traoré :** Le cancer de sein dans le service de chirurgie A de l'Hôpital National du Point G : Aspects cliniques et thérapeutiques. *Thèse de médecine .Bamako 2005; N°05M189.*

**7-Larra F. :** Manuel de cancérologie. *Doin éditeur Paris 1984 ; p239:24 N°4455*

**8-Molecular epidemiology** and the genetic environmental cancer. *JAMA 1991, 266:681-687.*

**9-Larsen :** Embryologie humaine. Edition de Boeck université de Larcién Sarue minime : 100 Bruxelles. P 428-429.

**10- Kamina P. :** Anatomie gynécologique et obstétricale. *Paris; Maloine; 1984; P 459; 469; 471-476; 513.*

**11- Tavassoli FA.** Normal development and anomalies. In: Tavassoli FA, ed. *Pathology of the Breast, 2nd edition. Hong Kong: Appleton&Lange; 1999, pp. 1-74.*

**12- Diarra Y:** Corrélation radio clinique et anatomopathologique des nodules du sein. *Thèse de médecine, Bamako, 2002, 57p10, N°02M10.*

**13-Radesa F :** Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observés dans notre service à propos de 117cas. *Afr. Méd.1979, 18: 591-596.*

**14- Touré P, Corre P, Diab A :** Le cancer du sein en milieu africain à Dakar. Etude rétrospective de 411 cas observés à l'institut du cancer. *Dakar médical 1981, 26 : 59-70.*

**15- Diel I J, Solomayer EF, Costa SD, Gollan G, Georner R, Wall Wiener D, Kauffman M, Baster G.:** Reduction in new metastases in breast cancer with adjuvant clodronate treatment. *N. Engl J Méd, 1998; 339: 357-63.*

**16- Thiam D. :** Cancer du sein : étude clinique dans le service de gynéco obstétrique de l'Hôpital du Point G à propos de 43 cas. *Thèse de médecine, Bamako, 2002. N°02M122.*

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au chme

**17-Hall J, Lee M, Newman B et Collaborateurs:** Linkage of early, onset familial breast cancer to chromosome 17. 1990 Vol 250, N°4988 P 1684 -1689.

**18-EastonD, BishopDT, Ford D et all:** Genetic linkage analysis in familial breast and ovarian cancer: results from 214 families. *Am J Hum Genet* 1993; 52: 678-701.

**19- Mathelin C, Gairard B, Brette JP, Renaud R :** Examen clinique du cancer du sein. *Encycl Méd Chir ; Gynécologie ; 1997 ; 865 C10. 11p.*

**20- Bishop HM, Blamer RW:** A suggested classification of breast pain. *Post Prad Med J, 1979; 55 (5): 59-60.*

**21- Haagensen CD.:** Diseases of the breast, 2<sup>nd</sup> ed, Philadelphia WB Saunders Co 1971 P576-844.

**22- Preecz PE, Baum M, Mansel RZ et Al:** Importance of mastalgia in operable breast cancer. *Rev Afr Noire* 1971; 8 (3): 166-185.

**23- Bendib A, Aoudia N. :** Cancer du sein, Bulletin du Cancer, Volume 90, Numéro 6, 489-491, Juin 2003, XXIIIe Forum de cancérologie.

**24-Travade A, Isnard A, Gimbergues H :** Séméiologie radiologique. In: Imagerie de la pathologie mammaire. Paris: Masson, 1995:59-99.

**25- Anaes :** Le cancer du sein, texte des recommandations. *Feuill Radiol* 2000; 40:312-31.

**26- Gouzien P, Bourhis T, Boyer B, Guenec, Brettes JP, Belet M.**

Le cancer du sein chez l'homme. *Rev Im Méd, 1994 ; 4 : 141-147.*

**27- Uzan S, Garet R.:** Cancers du sein, épidémiologie, anatomie pathologie, évolution, principes de traitement. *La revue du praticien (Paris)* 1998; 48: 787-796.

**28- C.H. GROS,** Maladies du sein, Masson Editeurs Paris 1963 ; 597-607.

**29- Diel I J, Solomayer EF, Costa SD, Gollan G, Georner R, Wall Wiener D, Kauffman M, Baster G.:** Reduction in new metastases in breast cancer with adjuvant clodronate treatment. *N. Engl J Méd, 1998; 339: 357-63.*

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au Mali

**30- Amalric, Brandone H, Ayme H, Robert F, Pollet JF, Dubau A, Hans D, Almaric H, Rouah Y, Bandone JM, Varette I, Henric A, Grallan B:**

Le traitement conservateur des cancers du sein infraclinique (T0N0) : à propos de 231 cas de carcinomes canauxaires infiltrants. *Bull cancer Radiother*, 1993; **80**: 234-240.

**31- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer :** Le cancer du sein métastatique. *Standards options & recommandations*, 2001, **13**, 103-9.

**32- Contamin R, Vernard P, Ferrieu J:** Gynécologie générale, partie 2. Paris ; Vigot ; 1997. 736p.

**33- Harold J. Burstein, Ann Alexis Prestrud, Jerome Seidenfeld and coll,** American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline: Update on Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer, *Journal of clinical oncology volume 28, N°23 August 2010*.

**34-S.T.Traoré :** Cancer du sein au Mali : Anatomie-clinique et suivi. Thèse de médecine. Bamako, 2008. N°08M370.

**35- Coulibaly OJ :** Problématique de la prise en charge des cancers du sein à propos de 255 cas colligés à Abidjan. Thèse Méd : Abidjan 2002, N°3065.

**36-S.R.Yonga :** Revue épidémiologique du cancer du sein de la femme au service de Gynéco-obstétrique du CHU de Treichville à Abidjan. Thèse de médecine. Bamako, 2008, N°08M159.

**37- Konan P :** Cancer primitif du sein chez la femme en Côte d’Ivoire: confrontation radio-clinique et anatomopathologique. Thèse Méd. Abidjan. 2004, N°3738.

**38 : Meye J, Ngomo M, Diallo I :** Le cancer du sein au centre hospitalier de Libreville. Méd. Afr. Noire 2004 ; 51 :479-482.

**39- Sano D, Lankoande J, Dao B, Cisse R, Traoré S, Sanou A :** Le cancer du sein : les problèmes diagnostics et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou. Méd. Afr. Noire 1997 44(1) :578-581.

**40- Maïga LB :** Etude épidémiologique et anatomopathologique des cancers gynéco mammaires à propos de 647 cas. Thèse Méd. Bamako, 2006;82 p329 N°06M329.

**41-Giraud JR, Rotten D :** Gynécologie, Paris. Edition Masson 1993 :156-168.



**42- Schneider M, Abbatuzzi J, Adenis L :** Manuel de cancérologie. DOIN 1989 ; 2 :155-165.

**43- Angate AY, Kebe M, Leguyader A, Diarra S, Kanga M, Turquin H, Echimane A et al :** Les cancers du sein en Côte d'Ivoire à propos de 155 cas au CHU de Treichville. Rev. Med. Côte d'Ivoire 1986; 75:119-129.

**44- Camara K :** Contribution à l'étude du cancer du sein à propos de 11 cas dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point G. Thèse de médecine. Bamako 1989 N°89-M-21.

**45- Sanogo Z. Z :** Cancer du sein en chirurgie A de l'hôpital du point G : aspects thérapeutiques. Article présenté en 2002 au congrès de gynécologie de Bamako Mali, 7ème congrès de la S.A.G.O, SOMAGO II, cancer du sein communication libre.

**46- Ali dit A. Wélé :** Etude clinique du cancer du sein en chirurgie « B » à l'Hôpital du Point G à propos de 94 cas. *Thèse de médecine, Bamako 1998, 55 P102. N°98M55.*

**47- Daman Sano, Blamy Dao, Jean Lankoandé et Collaborateurs :** Cancer du sein de l'homme en milieu africain à propos de 5 cas observés au centre hospitalo-universitaire de Ouagadougou (Burkina Faso) 1996 Université de Ouagadougou Faculté des sciences de la santé. Bulletin du cancer, Vol 84, N°2 février 1997 P175-7.

**48- B. F Cutuli, M Larcoze, J M Dilhuydy, P. Florentz:** Cancer du sein chez l'homme: fréquence et type de cancer associé. Bulletin du cancer 1992 vol79/no 7, 689-696.

**49- C. Freund, L. Mirabel, K. Annane and C. Mathelin:** Breastfeeding and breast cancer.

Received 5 May 2005; accepted 15 July 2005. Available online 31 August 2005.

Accès: <http://www.emconsulte.com/article/36840>.

Date de dernière consultation : 18 février 2011.

**50-Marty M, Rossignol C, Srrys G, Petrissans JL, Baillet F, Netter-Pinon G, Romieux G, Saez S :** Le cancer du sein au moment du diagnostic, étude nationale de la CANAM : analyse de 3007 cas. *Presse Méd, 1992 ; 21, N°22, P 1017-1021.*

Etude épidémiologique – clinique et prise en charge du cancer du sein au CHME

**51- Fomba Ramata Sangaré :** Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au centre de santé de référence commune V. Thèse de médecine : Bamako 2003, N°03M36.

**52- B. Cutili :** Cancer du sein : intérêt de l'irradiation loco-régionale postopératoire après mastectomie. *EM* Presse Med 2000 ; 29 (8) 439.

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** BANE

**Prénoms :** KADIATOU

**Nationalité :** Malienne

**Titre de la thèse :** Etude Epidémiologique-Clinique et prise en charge du cancer du sein au Centre Hospitalier Mère Enfant.

**Année Académique :** 2010-2011.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie Obstétrique.

**Ville /pays de soutenance :** Bamako /Mali.

**Résumé :** Notre travail était une étude rétrospective et descriptive sur 7 ans (Décembre 2002 à Décembre 2009) au Centre Hospitalier Mère- Enfant le Luxembourg de Bamako, Mali.

Au terme de notre étude, nous avons colligé 42 patientes ; l'examen histologique a été effectué chez toutes les patientes. La fréquence du cancer du sein était de 0,25%. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 40-59 ans ; l'âge moyen était de  $46,92 \pm 12,40$  ans.

Nous avons retrouvé 4,8% d'antécédents personnels de cancer du sein et 2,4% d'antécédents familiaux.

L'examen histologique a révélé un carcinome canalaire infiltrant chez 36 patientes (85,7%) et un carcinome lobulaire infiltrant chez une patiente (2,4%). Cinquante neuf virgule cinq pour cent (59,5%) des patientes étaient au stade T4. L'association chirurgie- chimiothérapie était le type de traitement le plus utilisé avec 31 % des cas.

Le cancer du sein est de plus en plus fréquent dans notre pays. Ces cancers ont les caractéristiques des cancers des pays en développement. La survie aux cancers du sein, quelque soit le type histologique dépend de son stade de découverte et de la qualité du traitement.

**Mots clés :** cancer du sein, histopathologie, prise en charge.

**Fiche de requête des données**

Q1 N° Fiche

Q2 Noms

Prénoms

Q3 Age

Q4 Sexe

Q5 **Profession**

Femme au foyer :

Elève/Étudiante :

Fonctionnaire :

Autres : .....

**Q6 Résidence**

Région territoriale :

Bamako

Kayes	
Koulikoro	<input type="checkbox"/>
Sikasso	<input type="checkbox"/>
Ségou	<input type="checkbox"/>
Mopti	<input type="checkbox"/>
Tombouctou	<input type="checkbox"/>
Gao	<input type="checkbox"/>
Kidal	<input type="checkbox"/>

**Q7) Statut matrimonial**

Mariée  Divorcée  Célibat  Veuve

**Q8) Gestité  té**

**Q9) Contraception :** Orale  Intra-utérine

Autre .....

**Q10) Antécédents de cancer :** personnel  familial

Autres antécédents personnels :

1) HTA	<input type="checkbox"/>
2) Diabète	<input type="checkbox"/>
3) Obésité	<input type="checkbox"/>
4) Absence d'allaitement	<input type="checkbox"/>
5) Mastopathie familiale	<input type="checkbox"/>

Q11) Ménopause OUI  NON

Q12) Motif de consultation

1- Mastodynie

2- Nodule du sein

3- Galactorrhée ou Ecoulement mamelonnaire sanguinolant

4- Abscesses du sein

5- Ulcération du sein

6- Néo récidivé du sein

7 -Associations (à préciser)

Q13) Localisation de la tumeur

QSE  QSI

QIE  QII

Associations (à préciser)

Q14) Sein atteint :

a) Sein droit  b) sein gauche

Q15) Taille de la tumeur :

Tis  T1  T2

T3  T4

**Q16) Atteintes ganglionnaires**

N0	<input type="checkbox"/>	N2	N2	<input type="checkbox"/>
N3	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Q17) Adhérence**

Au plan cutané	<input type="checkbox"/>
Au plan musculaire	<input type="checkbox"/>
Au grill costal	<input type="checkbox"/>
Pas d'adhérence	<input type="checkbox"/>
Autres.....	

**Q18) Données radiologiques :**

Résultat de la mammographie :

ACR1:	<input type="checkbox"/>	ACR2:	<input type="checkbox"/>	CR3:	<input type="checkbox"/>
ACR4:	<input type="checkbox"/>	ACR5:	<input type="checkbox"/>		

**Q19) Données histologiques :**

- a) Carcinome canalaire infiltrant
- b) Carcinome canalaire in situ :
- c) Carcinome lobulaire in situ

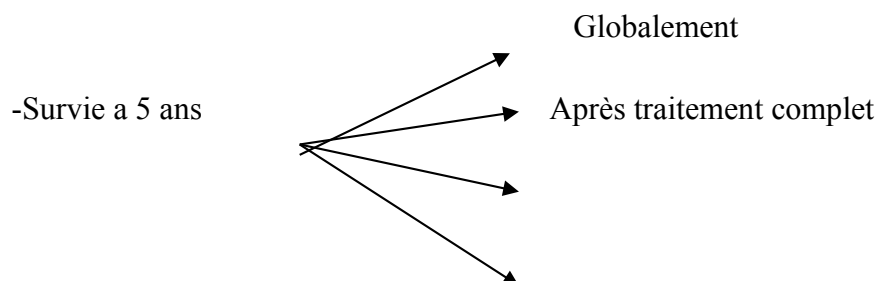
- d) Carcinome lobulaire infiltrant
- e) tumeur phylloïde maligne
- f) Carcinome médullaire
- g) Autres.....

**Q20) Traitement :**

- 1- chirurgie
- 2- Chimiothérapie
- 3- Radiothérapie
- 4- Hormothérapie
- 5- 1+2
- 6- 1+2+3
- 7- 1+3
- 8- 2+1
- 9- 1+2+4
- 10- Traitement palliatif.

**Q21) Evolution**

- Guérison
- Complications
- Décédé
- Perdus de vue





Après traitement chirurgical uniquement

Selon le stade de diagnostic

### SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE !**