

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE -UN BUT – UNE FOI**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



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



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°

THESE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET DIAGNOSTIC DU CANCER DU
SEIN DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE
DU CHU GABRIEL TOURE DE JANVIER 2020 A OCTOBRE 2022**

Présentée et soutenue publiquement le 04/01/2024 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. MOUTIAN RAPHAEL SANOU

**Pour obtenir le grade de Doctorat en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

Membre : M. Sékou Bréhima KOUMARE, Maître de conférences

Co-directeur : M. Sirama DIARRA, Gynécologue -Obstétricien

Directeur : M. Bakarou KAMATE, Professeur

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES :

Je dédie ce travail à :

L'Eternel mon Dieu

Créateur des cieux et de la terre toi qui a voulu et a permis que ce jour arrive Dieu d'amour, de grâce et de miséricorde tu m'as montré ton amour à travers Jésus Christ crucifié sur la croix. Cet acte qui constitue mon vrai espoir sur la terre a été renforcé par ta présence à mes côtés pendant les moments difficiles de mes études ma prière est d'être toujours fidèle à toi.

A mon père : JOSEPH SANOU

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve pour votre personne. Vous nous avez inculqué le sens de la responsabilité. Vous nous avez élevé dans la rigueur, dans l'esprit de la réussite. Vos conseils ne m'ont jamais fait défaut.

Vous avez appris à mes frères, mes sœurs et moi le sens de l'honneur, de la dignité, de la discipline, de la justice et le respect du prochain. Puisse ce travail vous apporte la plus grande satisfaction. Je suis fier de vous dédier ce travail qui est le vôtre.

A mes très chères mères Kanou COULIBALY, Kroukrou KONE.

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour vous. Vous m'avez comblé avec vos tendresses et affections tout au long de mon parcours. Vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, vous avez toujours été présentes à mes côtés pour me consoler quand il fallait. Vos prières.

A mes frères et mes sœurs : Bossouan, Sissi, Noussary, wanou, Papa, Tominian....

Merci pour vos bénédictions, vos actes, et vos conseils qui n'ont cessé de m'accompagner, qui m'ont ouvert beaucoup de portes et épargné bien de difficultés. Vous avez été, vous l'êtes et vous serez les meilleurs parents que je puisse avoir et je vous en serai éternellement reconnaissant. Il est un devoir pour nous dans l'honneur, la dignité, et le respect d'être à la hauteur de nos admirables parents. Que ce travail soit le gage de mon amour et de mon affection indéfectible, qu'il puisse vous encourager à vous entraider les uns les autres pour consolider l'unité familiale

Mes oncles et tantes :

De crainte d'en oublier, je n'en citerai pas ! Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance A et de tout mon respect. Merci à vous tous !

A mes cousins et cousines :

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que la grâce du Seigneur vous accompagne

A mes amis : Dr Mamadou KONE, Dr Amadou KEITA, Dr Moussa BENGALY, Dr Koni BAYA, Laye DIAKITE, Soumaila KEITA, Koniba DIARRA, Jean Joseph KAMATE, Makourou COULIBALY

Nous avons partagé tellement de moments ensemble, Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte. Je vous dédie ce travail en témoignage de notre amitié que j'espère durera toute la vie.

REMERCIEMENTS :

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Au professeur Bakarou KAMATE, tous nos sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse. Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail ; vous avez été comme un père pour moi, simple, gentil et aimable. Très cher Maître les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection.

Dr Saye Amaguiré, Dr Dessé DIARRA, Dr Sirama DIARRA, Dr DEMBELE Brahima.

Vous avez été pour moi des formateurs consciencieux engagés et ayant le souci du travail bien fait ; que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur !

A tous mes collègues internes et cadets du Centre de Santé de Référence de la commune IV du service de Gynécologie Obstétrique : Merci pour votre collaboration et pour votre soutien !

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la commune IV : Aux médecins, aux sage-femmes, aux infirmiers, aux infirmières et aux majors. Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses !

A mes aînés, camarades, compagnons, amis(es) et promotionnaires : Dr Abel KONARE, Dr Baye DIAWARA, DR Seko DEMBELE, Dr Malamine TRAORE, Dr Mamadou FOFANA, Dr Michel GOITA Dr Enoc DIALLO, Dr ALI KONATE, Dr Fatoumata KEITA Dr Fadiala SISSOK, Dr Aljalil DIALLO Bintou FOFANA, Oumar GUINDO, Lanfia KEITA, Hassana KAREMBE, Fanta SAMAKE, Kemeko DEMBELE, Mathieu SAYE, Ibrahim CISSE, Alou KONATE, Mamadou KEITA, Fatoumata SISSOKO, Mariam KONE, Tienike COULIBALY...

Permettez-moi, chers amis de vous dédier ce travail en mémoire aux glorieux temps passé ensemble à la Faculté et à l'hôpital de district de la commune IV qui nous a semblé infranchissable. Que le Seigneur nous accorde Sa grâce.

A tous le personnel du service de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel TOURE :

Merci pour votre franche collaboration et la qualité de vos relations humaines.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Cheick BOUGADARI TRAORE

✚ Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

✚ Chef du Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Fondamentales à la FMOS de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

✚ Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G

✚ Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G

✚ Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP)

✚ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre abord facile et votre rigueur scientifique sont des atouts qui nous ont séduits et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici toute notre reconnaissance et notre plus grand respect !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Sékou B. KOUMARE

- ✚ Maître de conférences agrégé à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;
- ✚ Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G ;
- ✚ Spécialiste en chirurgie générale ;
- ✚ Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA) ;
- ✚ Membre de l'association française de chirurgie ;
- ✚ Membre du collège Ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;
- ✚ Diplômé de chirurgie hépatobiliaire ;
- ✚ Diplômé de chirurgie laparoscopique avancée ;
- ✚ Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé(INFSS).

Cher Maître

Nous avons été impressionnés par la promptitude et la modestie avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Votre dévouement, votre rigueur scientifique et votre sens élevé de la personnalité humaine font de vous un exemple à suivre. Veuillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE.

Docteur Sirama DIARRA

- ✚ Gynécologue-Obstétricien à l'Hôpital du District de la commune IV de Bamako ;
- ✚ Titulaire du D.U d'échographie en Gynécologie-Obstétrique
- ✚ Titulaire du D.U de Capa-Seno
- ✚ Membre de la SOMAGO ;
- ✚ Praticien hospitalier.

Cher Maitre

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité. Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maitre admiré. Il y a peu de mots pour traduire l'expression de nos sentiments à votre égard et notre reconnaissance infinie.

Trouvez ici cher maitre ; l'expression de nos profonds respects.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Bakarou KAMATE

- ✚ Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).
- ✚ Chercheur et Praticien hospitalier au CHU-Point G.
- ✚ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.
- ✚ Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/DAF).
- ✚ Secrétaire général du collège Ouest Africain des Médecins (COAM).
- ✚ Ancien Secrétaire Général de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU Point G.

Cher Maître

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et cela, avec la plus grande amabilité qui soit. Soyez-en remercié. Votre simplicité, votre générosité, votre culture scientifique et votre ouverture envers les étudiants, font de vous un homme remarquable et un professeur exemplaire. Veuillez agréer honorable Maitre, l'assurance de notre profonde reconnaissance.

ABREVIATIONS

ACE : antigène carcinome embryonnaire.

BRCA1: Brea st cancer linkage consortium.

CCI : coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant.

CCIS : coupe histologique d'un carcinome canal aire in situ.

CHU : centre universitaire hospitalier.

CLIS : coupe histologique d'un carcinome lobulaire in situ.

CSCOM : centre de santé communautaire.

CSREF : centre de santé de référence.

F.S.T : la fascia superficialis thoracique.

IRM : Imagerie par résonnance magnétique.

LH: lutéinique hormone.

LSH: follicule stimulating hormone.

OMS : organisation mondiale de la santé.

SBR : Scarff bloom Richardson.

TNM : T=tumeur primitif N =adénopathie M= métastase à distance.

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire.

Liste des tableaux

Tableau I: Détermination des facteurs de risque du cancer du sein par rapport à une population témoin.....	16
Tableau II: Classification de Scarff Bloom et Richardson [22]	28
Tableau III : Classification cTNM (UICC)	28
Tableau IV : La répartition des patientes selon la tranche d'âge	35
Tableau V : La répartition des patientes selon la profession.....	35
Tableau VI : La répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	36
Tableau VII : Répartition des patientes selon l'ethnie.	36
Tableau VIII : Répartition des cas selon la parité.	37
Tableau IX: Répartition des patientes selon le nombre de grossesse.....	38
Tableau X : La répartition des cas selon la durée de la contraception	39
Tableau XI: Répartition des patientes selon la durée d'allaitement.....	40
Tableau XII: Répartition des cas selon antécédent personnel de pathologie mammaire bénigne	41
Tableau XIII: Répartition des patientes cas selon le motif de consultation	42
Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives	44
Tableau XV: Répartition des patientes selon les signes cutanés.....	44
Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'asymétrie des seins	44
Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'atteinte du sein controlatéral.....	45
Tableau XVIII: Répartition patientes selon la localisation de la tumeur	45
Tableau XIX: Répartition des patientes selon les Seins atteints	46
Tableau XX: Répartition des cas selon la rougeur du sein.....	46
Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'échographie mammaire.....	46
Tableau XXII: Répartition des patientes selon la réalisation d'une TDM.....	47
Tableau XXIII: Répartition des cas selon l'adhérence au plan musculaire	47
Tableau XXIV: Répartition des cas selon la taille de la tumeur	47
Tableau XXV: Répartition des cas selon la nature de la pièce envoyée pour examen Anapath	48
Tableau XXVI: Répartition des cas selon le nombre du site de métastase	49
Tableau XXVII: Répartition des cas selon l'atteinte Ganglionnaires	49
Tableau XXVIII: Répartition des cas selon Grade de Scarff-Bloom-Richardson et grade Elston-Ellis.....	50

Tableau XXIX: Répartition des cas selon l'évolution **Erreur ! Signet non défini.**

Liste des figures

Figure 1: Coupe sagittale de la mamelle [5].	9
Figure 2: Photo de la coupe sagittale d'un sein à la macroscopie.....	22
Figure 3: Coupe histologique d'un carcinome canalaire in situ (CCIS)	22
Figure 4: Coupe histologique d'un carcinome lobulaire in situ (CLIS).....	23
Figure 5 : Coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI).	23
Figure 6 : la répartition des cas selon l'âge à la ménarche.....	37
Figure 7 : la répartition selon l'utilisation de produits contraceptifs	38
Figure 8: Répartition des patientes selon le mode d'allaitement maternel.....	39
Figure 9 : Répartition des patientes selon l'antécédent familial de cancer du sein.....	40
Figure 10: Répartition des cas selon le statut d'activité physique	41
Figure 11 : La répartition des patientes selon le statut ménopausique.....	42
Figure 12 : Répartition des patientes selon l'état général	43
Figure 13 : Répartition des cas selon la présence de la douleur.....	43
Figure 14 : Répartition des cas selon la consistance de la tumeur	45
Figure 15: Répartition selon le type histologique	48

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	2
II.	OBJECTIFS	4
1.	Objectif général	4
2.	Objectifs Spécifiques :	4
III.	GENERALITES	6
1.	Définition :	6
2.	Rappels anatomiques.....	6
3-	Rappels physiologiques	11
4-	Histologies :.....	13
5-	Epidémiologie :.....	14
6-	Etude clinique	16
7-	Diagnostics différentiels :.....	26
8-	Evolution – classifications :.....	26
9-	Traitement :.....	29
IV-	METHODOLOGIE	32
1.	Cadre d'étude	32
2.	Période d'étude :.....	32
3.	Type d'étude :.....	32
4.	Population d'étude.....	32
5.	Echantillonnage.....	32
6.	Collecte des données	32
7.	Saisie et Analyse :	32
8.	Considération éthique et déontologique.....	33
V-	RESULTATS	35
VI-	COMMENTAIRE ET DISCUSSION	52
VII-	CONCLUSION	56

VIII-RECOMMANDATION	58
REFERENCES	59

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé dans le monde, c'est le cancer le plus fréquent dans les pays développés, avec une évolution croissante des taux dans les pays à faible incidence et notamment ceux adoptant un mode de vie « occidental ».

Selon le rapport de l'organisation mondiale de la santé, il y a plus de 2 261 419 nouveaux cas de cancers du sein par an soit 11,7% de tous les cancers et plus de 684,996 nouveaux cas de décès en 2020 soit 6,9 % (GLOBOCAN 2020) [1]. Il occupe le deuxième rang des cancers après le cancer du col chez la femme en Afrique sub-saharienne

Son incidence est évaluée entre 15 et 53 pour 100 000 femmes avec de grandes variations en fonction des régions ; les différentes évaluations sont en faveur d'une incidence moins élevée que celle observée chez les femmes européennes ou nord-américaines [2]. Cependant au Mali le cancer du sein demeure un réel problème de santé en l'absence de politique de santé adéquate et adaptée pour leur diagnostic précoce et leur prise en charge souvent tardive, voire inexistante

En 2020, au Mali selon les données du registre du cancer, le cancer du sein est le premier cancer ; à la même période il y a eu un début d'institutionnalisation du diagnostic précoce et de la prise en charge du cancer du sein à Bamako par la mise en place d'un réseau conformément à la pyramide sanitaire. Ce réseau est composé d'unité diagnostique des anomalies mammaires clinique et /ou radiologique suspectes au niveau des CSCOM et CSREF ; de services de référence dans la prise en charge des cancers du sein après le diagnostic histologique.

L'implémentation de la prise en charge en réseau des patients atteints de cancer du sein à Bamako non seulement le bénéficie d'améliorer l'accès aux soins adéquats, mais aussi elle permet d'établir une meilleure base de données sur la maladie du cancer du sein dans les services de référence de prise en charge de la maladie.

Eu égard à cette évidence pratique, malgré que dans notre pays des études ont été menées sur le cancer du sein au plan descriptif, et sur la détermination des facteurs de risque dans un contexte non institutionnalisé de la prise en charge, nous avons trouvé utile de continuer les études pour avoir une base de données conséquente dans l'unité de dépistage et de prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Toure en sa qualité de service de référence .

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général

➤ Etudier les aspects clinique, épidémiologique, histologique des cancers du sein dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré de janvier 2020 à octobre 2022

2. Objectifs Spécifiques :

- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints de cancer du sein
- D'écrire les aspects cliniques des patients atteints de cancer du sein
- D'écrire les formes anatomopathologiques et leurs grades pronostiques
- Evaluer les difficultés diagnostiques.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition :

Le cancer du sein correspond à une croissance relativement autonome de tissu néoformé au niveau de la glande mammaire [3]. Il peut s'agir d'un carcinome développé aux dépens 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 aux dépens des canaux galactophores intra lobulaires : c'est la forme là moins fréquente et la forme canalaire développée aux dépens du reste de la structure galactophorique : c'est la forme la plus commune.

2. Rappels anatomiques

2-1-Rappels embryologiques [4]

➤ 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.

➤ L'organogenèse peut comporter quelques anomalies :

2-1-1-Anomalies de nombre :

2-1-1-1-Par défaut : L'absence de mamelle est dite amastie ou amazie. L'amastie bilatérale est exceptionnelle seulement quelques cas d'amastie unilatérale ont été décrites.

2-1-1-2-Par excès : L'augmentation numérique du nombre de mamelle est dite polymastie. La majorité des mamelles surnuméraires est située dans l'aisselle, l'aîne ou la face interne de la cuisse. On les considère comme résultant de la persistance du segment de la crête mammaire. Ils sont difficilement reconnaissables cliniquement car ils s'accompagnent souvent d'une absence de mamelon ou d'aréole, et peuvent sécréter du lait pendant la période de lactation.

2-1-2-Anomalies de morphologie :

L'absence de mamelon : athélie, est assez fréquente ; les canaux galactophoriques viennent alors s'ouvrir dans une invagination. Les mamelons surnuméraires réalisent des polythélies.

2-1-3-Anomalies de volume :

Par excès elle est appelée macromastie et par défaut elle est dite micromastie.

2-2-ANATOMIE [5]

Les seins sont des organes glanduleux pairs destinés à sécréter un lait adapté à la nutrition des nouveaux nés, établissant des contacts intimes entre la mère et l'enfant.

En dehors de cette fonction principale, les seins tiennent chez la femme un rôle plastique très important (esthétique) mais encore un rôle érogène à cause de sa riche innervation.

2-2-1-Situation

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

2-2-2-Forme et dimensions

La forme générale du sein féminin est variable, le plus souvent conique arrondie. Insignifiants avant la puberté, les seins présentent chez la jeune fille une forme semi ovoïde. A l'âge adulte les seins acquièrent leur maturité, où leur forme est grossièrement hémisphérique à conique. Sous l'influence de son propre poids (dans la station debout) le sein tend à tomber légèrement. Avec le vieillissement, les grossesses et l'allaitement, les seins ont tendance à la ptose et ils deviennent plus flasques (plus ou moins pendants). Chez l'adulte en dehors de la grossesse, les seins mesurent en moyenne 10 à 11cm de hauteur sur 12 à 13cm de largeur. 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^{ème} ou le 5^{ème} mois, pour reprendre à la fin de la gestation durant l'allaitement, les seins peuvent doubler ou même tripler de volume. Alors qu'à la ménopause le volume de la glande se réduit progressivement.

2-2-3-Poids et consistance

Chez la jeune fille, il peut atteindre 150 à 200g. Alors que chez la nourrice ; il est de 400 à 500g pouvant atteindre 800 à 900g chez la jeune fille et nulligeste, les seins sont fermes et élastiques sous l'influence des gestations et de l'âge, les seins deviennent mous et flasques.

2-2-4- 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 :

2-2-4-1-Les ligaments suspenseurs :

La glande mammaire est encapsulée par les fascias pré et rétro mammaires solidarités 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).

2-2-4-2-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 de la glande sont inséparables.

2-2-5-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 50mm de diamètre.

La coloration varie selon la race (blanche ou noire) et cette coloration s'intensifie et s'élargit pendant la grossesse. Son aspect est rendu granuleux par de volumineuses glandes sébacées (tubercules de MORGAGNI). 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 à 20 orifices).

2-2-6-Configuration interne :

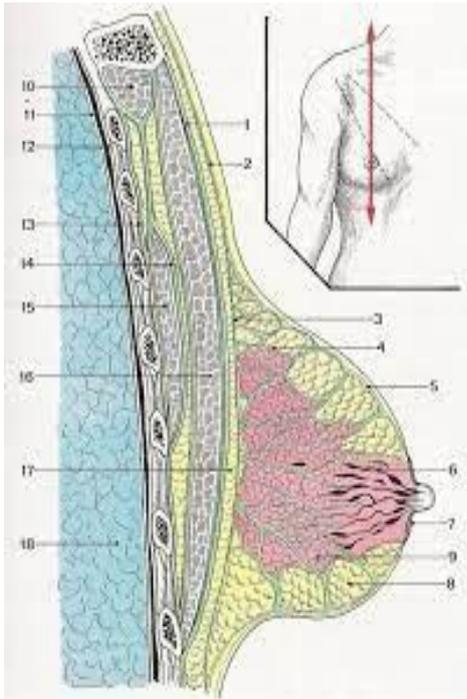
Une coupe sagittale passant par le mamelon permet de reconnaître de la superficie vers la profondeur : l'enveloppe cutanée, le corps mammaire, la couche cellulo adipeuse dite rétro mammaire.

2-2-6-1-Enveloppe cutanée : On reconnaît les trois zones sus citées.

- La zone périphérique : le tissu cellulo-graisseux pré mammaire occupe ce plan.
- La zone moyenne aréolaire : la peau de l'aréole est fine et mobile, doublée du muscle aréolaire (muscle peaucier).
- La zone centrale ou mamelon : son axe est occupé par les canaux galactophores entourés de fibres conjonctives élastiques et de fibres musculaires lisses.

2-2-6-2-Corps mammaire ou glande mammaire :

Il est enveloppé par une mince lame de tissu conjonctif : la capsule. Il est composé de plusieurs lobes indépendants les uns des autres.



En haut
 ↑
 En avant
 →

- 1-Fascia pectoral
- 2-fascia superficialis thoracique (f.s.t)
- 3- Lamé rétro mammaire du f.s.t.
- 4- Ligament suspenseur du sein
- 5- Lamé pré mammaire du f.s.t.
- 6- Conduit lactifères
- 7- Aréole mammaire
- 8-Couche graisseuse pré mammaire

- 9- Lobe mammaire
- 10- muscle subclavier
- 11- Plèvre
- 12- Fascia endothoracique
- 13- Fascia thoracique profond
- 14- Fascia clavi-pectoral
- 15- Muscle petit pectoral
- 16- Muscle grand pectoral
- 17-Couche séreuse rétro mammaire
- 18- Poumon

Figure 1: Coupe sagittale de la mamelle [5].

2-2-7-Vascularisation et innervation :

2-2-7-1-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 elle est plus importante que les autres : C'est l'artère principale externe. La glande mammaire reçoit quelques rameaux des intercostales. La plupart des artères abordent la glande mammaire surtout par sa face superficielle. Les artères rétro glandulaires sont peu nombreuses.

2-2-7-2-Vascularisation veineuse :

Il existe un réseau veineux superficiel surtout visible pendant la grossesse et la lactation dans le quel 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.

2-2-8-Les 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 de ganglions dans le sein opposé de celui atteint par le carcinome n'est probablement que le résultat d'un blocage par métastase des voies lymphatiques habituelles et de l'infiltration des ganglions du sein opposé par voie rétrograde.

2-2-9-L'innervation :

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 2èmes ; 3ème, 4ème, 5èmes et 6èmes 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 (d'après Gourin A).

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

3-Rappels physiologiques

3-1-Action des hormones gonadiques sur le sein

3-1-1-Œstrogène :

Les œstrogènes ont pour effet de stimuler la croissance des canaux galactophores, élèvent l'index mitotique à l'extrémité du canal, entraînant la pigmentation de l'aréole. Ils stimulent la différenciation et le développement de l'épithélium galactophorique.

3-1-2-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'effet indirect de la progestérone semble résulter d'une production de la prolactine. Au niveau du sein la progestérone s'oppose à l'augmentation de la perméabilité capillaire provoquée par les œstrogènes, elle diminue donc les phénomènes œdémateux [6]. 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 des seins.

3-2-Action des hormones extra gonadiques :

3-2-1-La prolactine :

C'est une hormone protéique pure constituée par une chaîne polypeptidique faite de 205 à 211 acides aminés. La prolactine agit au niveau de l'acinus en entraînant une sécrétion. Son effecteur est la cellule alvéolaire au niveau de laquelle ; elle entraîne la synthèse des ribonucléiques et du lactose. L'excès de prolactine diminue le fonctionnement cyclique du centre de LH, inhibe les effets des gonadotrophines sur l'ovaire. La prolactine agit au niveau

des acini mammaires lorsqu'elle parvient à surmonter l'inhibiteur périphérique entretenu par les œstrogènes et la progestérone [7].

3-2-2-L'Ocytocine :

L'ocytocine est sécrétée par le post hypophyse qui assure le rôle de vidange alvéolaire, agit au niveau d'un récepteur précis, la cellule myoépithéliale de l'acinus mammaire, et les canaux galactophores. Les cellules non innervées sont sensibles à l'ocytocine et à la stimulation mécanique ; ce qui explique le maintien de la sécrétion. La stimulation entraîne une contraction des alvéoles et une dilatation des galactophores. Elle favorise aussi la vidange des acini.

3-2-3-La FSH (follicule stimulating hormone) :

Elle provoque le développement des follicules et la sécrétion d'œstrogène (folliculine). En plus elle développe et maintient les caractères sexuels secondaires.

3-2-4-La LH (lutéinique hormone) :

Elle provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et sécrétion de progestérone. •La glande surrénale et la thyroïde elles semblent intervenir dans le développement des glandes mammaires.

3-3-Variations physiologiques :

- La période post natale : les acini, sont le siège d'une sécrétion colostrogène qui atteint son maximum vers le 8ème jour après la naissance. Les seins sont tuméfiés et laissent sourdre le colostrum ou le lait de « sorcière ».
- La période infantile : les canaux galactophores s'allongent, les conduits inter lobulaires se ramifient.
- La période pubertaire : il y'a un accroissement du stroma conjonctif et une multiplication des canaux excréteurs et des acini aboutissant à une augmentation du corps mammaire.
- Au cours du cycle menstruel :

La première moitié du cycle sous l'effet des œstrogènes (phase proliférative) est marquée par une multiplication des cellules épithéliales, une réduction de la lumière des acini et un afflux de lymphocytes dans le tissu conjonctif .La seconde moitié du cycle quant à elle, sous l'effet de la progestérone (phase lutéale) est caractérisée par une dilatation de la lumière des acini centrée parfois sur un matériel de sécrétions intraluminales , un épithélium quiescent, une vacuolisation des cellules myoépithéliales et un œdème du tissu conjonctif [8,9]. Ces variations entraînent une modification du volume des seins qui apparaissent généralement plus tendus voire sensibles ou douloureux.

- Au cours de la gestation :

La grossesse s'accompagne d'une importante sécrétion d'œstrogène et de progestérone associée à celle d'hormone placentaire lactogène et de l'hormone chorionique somatotrope. Pendant les cinq premiers mois, la glande se congestionne, le lit capillaire augmente, les veines se dilatent, les lymphatiques s'hypertrophient, il existe une prolifération des canaux et des acini. Les derniers mois sont marqués par une accumulation de graisse et de granulations basophiles au niveau du pôle apical des cellules acineuses.

- La 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 sécrétion à la fois dans les cellules et dans la lumière des unités ductulo-lobulaire. Une fois produit au niveau des unités, le lait est conduit au mamelon par les canaux galactophoriques. La production de lait cesse dans les 7 à 10 jours, s'il n'y a pas de stimulation par succion du mamelon. Cependant, il faut 3 à 4 mois au parenchyme mammaire pour retrouver son état de base [10]. Lors du sevrage, il y'a une régression des acini et reconstitution du tissu fibro-adipeux.

- La période ménopausique :

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 tissu adipeux.

4-Histologies :

4-1-Histologie topographique :

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires, qui ont valeur de lobes. Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédicules par canal inter lobulaire. La réunion de plusieurs canaux inter lobulaires forme un conduit lactifère, l'ensemble des lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe ; on compte environ 15 à 20 par corps mammaire.

4-2-Structure [11]

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

- Une couche de cellules cubiques à noyaux volumineux riches en chromatine
- Une couche de cellules myoépithéliales (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.
- Les canaux excréteurs présentent de dehors en dedans
- Une vitrée qui se renforce progressivement d'une gaine conjonctivale élastique.
- Les cellules myoépithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux, une couche de cellules épithéliales cubiques disposée en deux couches au niveau des conduits intra et inter lobulaire ; et en 3 ou 4 couches au niveau des conduits lactifères.
- La lumière des conduits lactifères présente une dilatation appelée, le sinus lactifère.
- Le tissu conjonctif interstitiel est assez dense dans la région inter lobulaire où cheminent les vaisseaux et nerfs mais devient délicat dans les lobules au contact des alvéoles, là 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.

5- Epidémiologie :

5-1-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, Europe) sauf le Japon ; les plus bas en Asie et en Afrique [12]. En France, son incidence est de 25 000 à 30 000 nouveaux cas par an ; ce qui représente 32,2% de l'ensemble des nouveaux cas cancers chez la femme [8]. Au Etats-Unis, on compte environ 186 000 nouveaux cas par an [13]. Toute fois si les femmes d'Amérique du Nord et celles d'Europe occidentale sont plus touchées [8, 13], celles d'Afrique semblent être moins touchées, mais le risque demeure [13].

5-2-Mortalité :

L'augmentation d'incidence contraste avec la stabilisation, voire la diminution de la mortalité par cancer du sein en Europe. En effet, des années 1950 jusqu'en 1990 environ, la mortalité a augmenté dans tous les pays [14]. En 1995, le cancer du sein représentait 17% des décès féminins par cancer en Afrique [6], ce qui est aussi le cas en 2004 à l'échelle européenne.

Cette stabilisation, voire cette diminution de la mortalité, a été observée dans les pays européens, mais également au Canada et aux Etats-Unis [15].

5-3- Etio-pathogénie :

L'étiologie des cancers du sein n'est pas bien connue.

Les facteurs de risque du cancer sont souvent à tort considérés comme des facteurs devant jouer un rôle dans le processus carcinogénétique. En réalité leur seule caractéristique est une liaison statistique significative avec la maladie ; leur identification a un double intérêt :

- servir de base à l'élaboration d'hypothèses explicatives qui sont à vérifier par des études expérimentales ;
- repérer un sujet qui peut faire l'objet d'une surveillance accrue : c'est ce qui doit intéresser le praticien.

5-3-1-Les principaux facteurs favorisants :

- Les antécédents familiaux : ils sont faciles à repérer pour le généraliste si la mère ou la sœur d'une patiente a un cancer du sein, ce risque est multiplié par deux ou trois cette augmentation de risque est d'origine génétique ou environnementale. De nombreux arguments sont en faveur de cette dernière hypothèse, par exemple l'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes japonaises vivant aux Etats-Unis.

- Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein : BRCA1 et 2 voire 3 (Breast Cancer Linkage Consortium), le risque relatif est de 10.

- Les antécédents personnels de maladie du sein :

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 n'est pas le cas pour l'adénofibrome ou la dysplasie kystique simple.

- Une longue vie génitale expose à un risque accru (les pubertés précoces et les ménopauses tardives).

5-3-2-Les facteurs favorisants secondaires :

- Les facteurs liés à la reproduction :

Ils sont les plus anciennement connus. Les nullipares et les femmes qui ont eu leur premier enfant après 35 ans ont un risque de cancer du sein quatre fois supérieur que les multipares les œstrogènes auraient un rôle promoteur, la progestérone au contraire a un rôle protecteur. Les femmes stériles par anovulation ont un taux de cancer du sein cinq fois plus élevé que les femmes ayant une stérilité tubaire. Par contre les femmes castrées ont un taux plus faible. Les effets de la contraception oestrogestative sont débattus [16].

• 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.

• Le 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 dysovulation et la carence en progestérone mais aussi le rôle des facteurs nutritionnels avec la consommation de lipides, de protéines, de boissons alcoolisées et de tabac.

• L'existence d'un cancer du côlon, de l'endomètre : constitue également un facteur de risque.

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

Nature du risque	Risque multiplié par
Premier cancer du sein et deuxième sein	5 à 6
Prédisposition familiale	3
Mère ou sœur avec cancer du sein	5
Parité : multiparité-pauciparité, première grossesse après 30 ans	3
Absence d'allaitement	2
Mastopathie avec hyperplasie atypique	3 à 5
Haut niveau socio-économique : vie en famille stress fréquent, obésité.	2
Premières règles précoces, ménopause tardive	1,5
Ethnie blanche	?
Autres cancers : endomètre, côlon...	3

6-Etude clinique

6-1-Examen clinique

6-1-1-Signes fonctionnels :

➤ La tumeur :

C'est le motif le plus fréquent de consultation. Elle s'observe chez 60 à 80 % des patients.

Environ 90 % des tumeurs sont découvertes par la patiente et seulement 10 % par le médecin [24]

➤ **La douleur :**

C'est le deuxième motif de consultation. Sa fréquence est de 5 à 10 % [18] En effet environ 1 [6] à 15 % [7] des cancers du sein sont révélés par une douleur du sein.

➤ **Les modifications cutanées et areolo-mamelonnaires :**

Elles sont très variables. On a la modification globale de la taille d'un sein, l'œdème généralisé ou localisé, la rougeur, l'ulcération des nodules dermo-épidermiques, l'érythème ou le prurit du mamelon.

➤ **Ecoulement mamelonnaire :**

Il représente 2,3% des motifs de consultation [19]. La nature de l'écoulement, les circonstances d'apparition et les signes associés doivent être pris en compte. Hématome, ecchymose spontanée : un hématome, d'apparition récente sans notion de traumatisme, associé ou non à d'autres signes, doit faire penser au cancer.

➤ **Gros bras :** il incite la patiente à la consultation.

6-1-2-Examen physique :

Si la patiente est encore réglée, il est préférable de faire l'examen physique pendant la première phase du cycle.

➤ **Inspection :** C'est le premier temps de l'examen.

Sous un bon éclairage, la femme est dévêtue jusqu'à la ceinture, assise face à l'examineur, les bras le long du corps puis les bras levés.

L'inspection se fait de face et de profil tout en modifiant l'éclairage pour obtenir une lumière à jour frisant. On apprécie le volume des seins et leur symétrie. Les anomalies des mamelons ou des aréoles et les lésions doivent être notées en les reportant sur un schéma pour les reconnaître sur la mammographie.

Les signes inflammatoires :

La rougeur : elle peut être localisée à un seul quadrant du sein ou occuper l'ensemble des quadrants.

L'œdème : dû à un engorgement des lymphatiques du derme, il se traduit cliniquement par une peau d'orange.

La tumeur : elle est visible lorsqu'elle est superficielle et se présente comme une saillie ou une modification des contours du sein.

Les modifications du mamelon et de l'aréole : l'aspect peau blanche eczématiforme du mamelon se voit dans la maladie de Paget du sein et nécessite une biopsie pour le diagnostic.

L'ombilication du mamelon : doit évoquer en premier lieu un cancer lorsqu'elle est récente, une comedomastite si elle est ancienne. Enfin il faut vérifier la symétrie de la hauteur des mamelons à l'élévation des bras.

Les modifications des contours du sein : les signes de rétraction peuvent être discrets (fossettes, rides) ou massifs (glande mammaire totalement fixée et rétractée sur le muscle pectoral).

Les ulcérations : elles peuvent correspondre à un cancer évolué, à une comedomastite ou plus rarement à l'extériorisation d'un papillome bénin. 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, l'existence d'un gros bras.

➤ **Palpation** :

Il faut toujours palper les seins et les aires ganglionnaires.

❖ **Les seins** :

La palpation des seins doit être douce, méthodique et comparative. Elle doit être éventuellement guidée par les données recueillies lors de l'interrogatoire et de l'inspection. La palpation doit se faire sur la patiente assise, puis couchée.

On effectue des petits mouvements circulaires de l'extrémité des doigts avec une légère pression de la glande sur le gril costal.

La totalité du sein est explorée avec méthode.

On débute par la région médiane, en appréciant la mobilité du mamelon, son épaisseur ; on se méfie 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, plusieurs centimètres en dessous du sillon sous mammaire et jusqu'aux régions latérales du sein.

❖ **La tumeur** :

Le diagnostic de tumeur n'est pas toujours aisé, en particulier si le sein est nodulaire. Lorsqu'une tumeur est 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 : il est noté avec précision dans l'observation et sur le schéma.

La taille : s'apprécie en centimètre à l'aide d'un ruban ou d'un pied à coulisse.

Les limites : sont typiquement irrégulières pour une tumeur maligne. 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 fibro adénome
- le caractère rénitent 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 : est souvent anguleuse, mais il existe des carcinomes de formes arrondies ou ovalaires (cancers colloïdes, médullaires, intra kystiques, galactophoriques de croissance rapide).

La mobilité : est un bon signe de nature lésionnelle :

Un cancer est peu mobile, voire fixe. On recherche la fixation au plan profond par la manœuvre de TILLAUX (adduction contrariée du bras)

La focalité : la découverte d'une lésion tumorale dans un quadrant ne doit pas faire négliger l'exploration des autres quadrants. 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 des tumeurs dans les quadrants différents. Les cancers bilatéraux synchrones (simultanés) sont rares.

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

L'écoulement mammaire : 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 multiporique de l'écoulement ainsi que la couleur du liquide et le siège des pores présentant l'écoulement. L'écoulement unilatéral et pauci orificiel sont une indication de galactographie avec cytologie du liquide d'écoulement. Ce liquide peut être séreux, sanglant ou séro-sanglant ; il peut traduire un cancer dans 20 à 25% des cas [17].

L'œdème : le pincement de la peau peut faire apparaître une peau d'orange témoignant un cancer.

Les aires ganglionnaires : l'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires doit être systématique, quel que soit les résultats de l'exploration du sein. Autant le diagnostic clinique de métastases ganglionnaires est fiable en présence d'adénopathies sus claviculaires, autant ce diagnostic est incertain pour les ganglions axillaires avec un taux d'erreur important allant jusqu'à 30% de fausse négativité.

Creux axillaires : ils doivent être palpés en position relâchée, les mains de la patiente sur les épaules de l'examineur. La main droite explore le creux axillaire gauche, et la main gauche le creux axillaire droit. Il faut apprécier le nombre, la consistance, la taille, la mobilité et la situation des adénopathies perçues. L'examen du creux axillaire doit être comparatif par rapport au creux controlatéral. En cas d'adénopathies bilatérales, il faut explorer les autres aires ganglionnaires. Les mains de la patiente sont posées sur l'épaule de l'examineur. On termine par l'examen clinique général, surtout pulmonaire et hépatique.

6-2- Examens para cliniques :

6-2-1-La mammographie :

Sa technique doit être parfaite avec des clichés des deux seins (face et profil) et des clichés centrés ou agrandis seront réalisés en cas de doute. Deux images mammographiques sont pathognomoniques du cancer quand elles sont associées et très évocateurs lorsqu'elles sont isolées. Ce sont :

- L'opacité stellaire maligne typique.
- Les micros calcifications malignes typiques.

6-2-2-L'échographie :

C'est un complément qui actuellement paraît très utile, surtout en cas de sein dense chez la jeune femme où la mammographie est peu sensible. Elle permet de différencier une tumeur pleine d'un kyste.

6-2-3-L'IRM :

Elle n'est indiquée qu'en cas de difficultés d'analyse des lésions par des explorations classiques ou dans l'exploration des seins préalablement traités par chirurgie conservatoire.

6-2-4- La galactographie :

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pauciorifical séreux ou sanglant à la recherche d'un refoulement, d'une lacune irrégulière ou d'une amputation d'un galactophore.

6-2-5-La Kystographie :

Elle est indiquée quand il existe des gros kystes.

6-2-6-La cytologie :

Elle est très utile et complète l'examen clinique, la mammographie et l'échographie. Elle fait partie du bilan diagnostique et peut orienter le clinicien dans les cas incertains. La cytoponction doit être réalisée sur tout nodule. Elle ne doit pas être faite en première intention avant le bilan sénographique, car elle peut perturber l'examen clinique et radiologique en créant un hématome. Elle est réalisée de deux manières différentes selon que les lésions sont 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 [20]. Pour les tumeurs non palpables, la cytologie se fera sous échographie guidée [20]. 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% [21].

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.

6-2-7-Les autres examens : le dosage du taux de CA 15.3 et d'ACE : le CA 15.3 est un antigène exprimé dans les membranes des vésicules graisseuses produites par la cellule mammaire. Le dosage 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. Il en est de même pour le taux d'antigène carcino-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 [23].

6-2-8-Anatomie Pathologique :

Elle confirme le diagnostic et précise le type histologique. L'examen histologique pourra se faire sur :

- . Du matériel recueilli par ponction tournante au trocart (drill biopsie)
- . Une biopsie exérèse
- . Une mastectomie.

6-2-8-1-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. Au cours de l'examen macroscopique, la pièce opératoire est pesée, mesurée et éventuellement photographiée. Des prélèvements numérotés, identifiant différentes zones, sont faits pour l'examen microscopique on distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirreuse et la forme encéphaloïde [22].



Figure 2: Photo de la coupe sagittale d'un sein à la macroscopie.

6-2-8-2-Aspects microscopiques :

a) Les carcinomes non infiltrants ou carcinomes in situ :

Le carcinome canalaire in situ :

C'est un carcinome des canaux galactophores n'infiltrant pas le tissu conjonctif voisin et caractérisé par quatre types architecturaux : massifs, comédons, papillaires, et cribriformes. L'aspect macroscopique du CCIS peut se traduire par une tumeur à contour irrégulier ou un placard tumoral mal individualisé. L'aspect très caractéristique est la présence de « comédon » c'est une forme rare : 4% des cancers [8] L'extension du carcinome canalaire in situ peut se faire dans tout un lobe, un quadrant et même aux différents quadrants. Habituellement il n'y a pas de foyer invasif et on ne note généralement pas de métastases ganglionnaires [24].

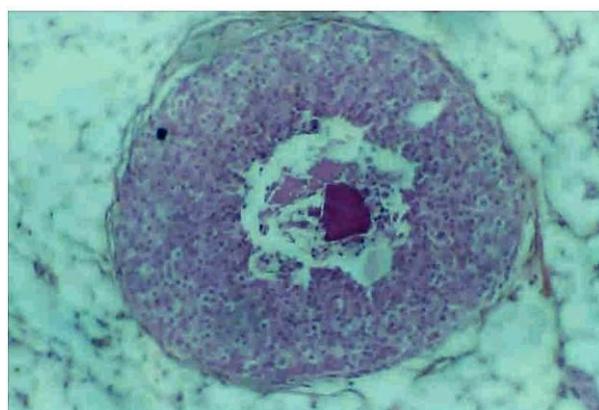


Figure 3: Coupe histologique d'un carcinome canalaire in situ (CCIS)

Le carcinome lobulaire in situ :

Carcinome intéressant les canalicules qui sont comblés et distendus par une prolifération de cellules peu jointives sans envahissement du tissu conjonctif voisin. A l'histologie il présente un aspect en « sac de billes ». Il est rare 2,5% des carcinomes [25] ; la découverte est fortuite à l'occasion d'un autre état pathologique. L'âge moyen de survenue est de 45 ans. Le

carcinome lobulaire in situ a une évolution multicentrique. Dans certains cas il est susceptible de bilatéralité.

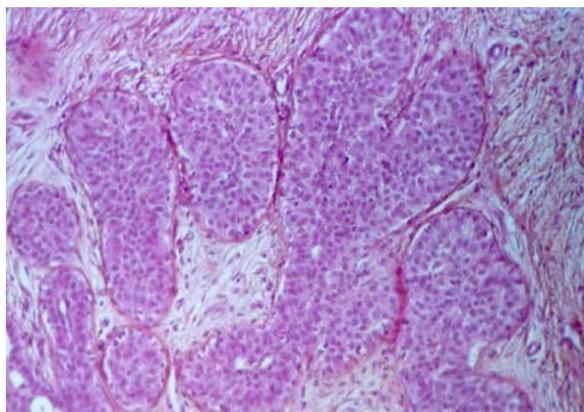


Figure 4: Coupe histologique d'un carcinome lobulaire in situ (CLIS)

b) Les carcinomes infiltrants :

Le carcinome canalaire infiltrant :

Carcinome infiltrant n'entrant dans aucune autre catégorie et pouvant comporter des foyers de carcinome intra-canalaire. C'est la forme la plus fréquente des cancers du sein 70% [19].

Il survient généralement en pré et post- ménopause. Le quadrant supéro-externe est la zone de prédilection. Les métastases ganglionnaires axillaires sont fréquentes 40 à 50% [19].

A la macroscopie la tumeur est étoilée ou irrégulière, circonscrite ou lobulée.

L'architecture peut être bien, moyennement différenciée ou indifférenciée. On distingue :

- Les carcinomes canauxaires infiltrants hautement différenciés qui comportent les formes tubuleuses et les formes papillaires infiltrantes.
- Les carcinomes polymorphes qui associent des plages glandulaires et des travées.
- Les carcinomes atypiques qui n'ont aucune structure glandulaire. Ils sont faits de massifs, de travées ou d'éléments isolés.

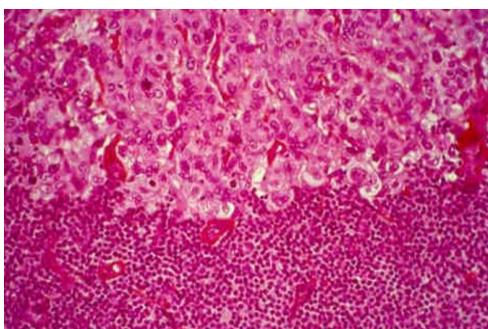


Figure 5 : Coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI).

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 est beaucoup moins fréquent que le carcinome canalaire infiltrant (5 à 15% des cancers du sein). Macroscopiquement, il est caractérisé par un placard de blindage très mal limité. A l'histologie, il est associé dans 70% des cas à un C.L.I.S. La forme typique est caractérisée par des cellules isolées en « fil indienne », groupées de façon concentrique au tour des canaux. Ces cellules sont régulières avec inclusions cytoplasmiques de mucus. Les formes histologiques sont représentées par les aspects en massifs, trabéculaire, tubulo-lobulaire de FISHER à cellules en « bague à chaton », histiocytoïde. Le carcinome lobulaire infiltrant est caractérisé aussi par un aspect très particulier des métastases ganglionnaires sous forme « pseudo réticulaire » rendant souvent difficile leur détection sur les coupes histologiques.

c) La maladie de Paget du mamelon :

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-jacent. C'est ce carcinome qu'il faudra toujours s'efforcer de retrouver en présence d'image de cellules de Paget.

d) Le sarcome papillaire : Il peut être remarquablement différencié et difficile à distinguer de l'adénome papillaire qui est souvent pluri centrique. Cependant dans ce carcinome, les arborisations conjonctives ont disparu et les cellules néoplasiques se disposent en amas pleins ; de plus le stroma est inflammatoire.

Le carcinome papillaire est en général sous mamelonnaire et s'accompagne souvent d'écoulement hémorragique par le mamelon.

e) Le carcinome cribriforme :

Il est constitué de boyaux épithéliomateux qui se creusent de lumière pour donner un aspect criblé ou poly adénoïde, par entassement des glandes les unes sur les autres sans stroma. Les lumières renferment une substance mucoïde dont l'aspect est superposable à celui que l'on rencontre dans certains cancers d'origine salivaire ou respiratoire.

f) Le carcinome muqueux ou cancer colloïde :

Il est constitué de cellules claires disposées en amas ou en cordon, baignant dans un abondant mucus. Parfois le mucus s'accumule dans le cytoplasme pour donner aux cellules un aspect en bague à chaton. Il représente 2% de tous les carcinomes du sein, son pronostic est assez bon.

g) Le carcinome tubuleux :

Il se présente sous forme de tubes bien différenciés revêtus d'une assise épithéliale et répartie dans un stroma fibreux modérément abondant. L'épithélium est de type galactophorique ou idrosadénoïde. Les métastases sont rares, le diagnostic différentiel est difficile avec l'adénome tubuleux.

h) Les carcinomes à cellules fusiformes :

C'est le carcinome pseudo sarcomateux dans lequel les cellules tumorales s'entassent les unes contre les autres ou s'isolent dans un tissu conjonctif abondant, à la façon d'un sarcome à cellules fusiformes.

i) Les sarcomes :

Ils constituent une seconde variété de tumeur maligne du sein. Ils peuvent naître soit directement du tissu conjonctif de la glande mammaire soit indirectement à partir du contingent mésenchymateux d'une tumeur bénigne préexistante.

j) Les tumeurs phyllodes malignes :

Ce sont des sarcomes développés à partir d'une tumeur phyllode bénigne. Elles peuvent être de type fibro-sarcomateux 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.

k) Les hémato sarcomes et les mélanomes de la glande mammaire :

Ils sont très rares et ne diffèrent pas de ceux apparus dans d'autres localisations.

l) 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.

m) Les formes particulières :

- La forme colloïde : elle est rare, 1% des cancers du sein. Elle est bien limitée, translucide et filant sous le bistouri.
- La forme médullaire : son stroma est à prédominance lymphoplasmocytaire.
- Les cylindromes : ils ne présentent pas de spécificités cliniques particulières par rapport aux carcinomes habituels. Leur évolution serait plus favorable que celle des cylindromes ailleurs situés. Histologiquement, les lésions sont semblables à celles observées dans les cylindromes des glandes salivaires [16].
- Les formes à cellules apocrines.

- Les formes à cellules riches en lipides : seraient d'un pronostic plus défavorable.
- Les formes métaplasiques : la cellule cancéreuse a la capacité de se transformer en prenant l'aspect d'une cellule d'une autre lignée. On en décrit deux types :
 - . Le carcinome mammaire métaphasique épidermoïde ou spinocellulaire : il est extrêmement rare.
 - . Les formes à métaplasie chondroïde ou ostéoïde : elles sont extrêmement rares dans la forme pure.

n) Les formes survenant sur terrain particulier :

- Chez l'enfant et l'adolescent, le carcinome est hautement différencié avec des images de sécrétion P.A.S +. 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. Le risque le plus élevé est observé chez les patients présentant un syndrome de KLINFELTER ou ayant un diagnostic d'orchite ou de gynécomastie [17].

7- Diagnostics différentiels :

- La mastite aiguë : elle peut être diffuse ou localisée. Elle s'accompagne de signes classiques de l'inflammation (douleur, chaleur, rougeur ; œdème).
- les infections de diverses origines : galactocèles, comedomastites, tuberculose mammaire.
- les infections passant par une phase inflammatoire : kyste épidermique, kyste sébacé.
- L'adénofibrome : il s'observe surtout chez la jeune femme. C'est un nodule unique, ferme, indolore, parfois sensible et mobile. A la mammographie, on découvre une opacité dense homogène avec parfois des macro- calcifications. L'échographie mammaire montre une image homogène et solide (hyper échogène).
- Le kyste solitaire du sein : surtout dans la période du pré ménopause. 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.

8-Evolution – classifications :

8-1-Evolution : [19]

➤ Formes évolutives :

- formes à évolution rapide : elles sont mises en évidence par la rapidité de l'évolution inexorablement fatale.

- Formes à évolution lente : schématiquement, elles peuvent suivre une évolution locorégionale ou passer à la généralisation.

➤ **Extension :**

- **Extension locorégionale :**

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

- **Extension générale :**

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

- Hépatiques (bilan biologique avec dosage du gamma GT 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)

➤ **Pronostic :**

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

❖ Facteurs de risque métastatique clinique [21]

Taille anatomique de la tumeur (supérieure à 3 cm)

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 histologiques Grade histologique (SBR) coté à III

Tableau II: Classification de Scarff Bloom et Richardson [22]

Paramètre	Score 1	Score2	Score 3
Formation glandulaire	Plus de 75% de la tumeur	Entre 10% et 75% de la tumeur	Moins de 10 % de la tumeur
Pléomorphisme nucléaire	Petit noyau régulier	Noyau légèrement augmenté de taille	Augmentation marquée, atypies marquées
Index mitotique	0-8 mitoses par champ	9-17 mitoses par champ	17 mitoses par champ

Le grade de Scarff Bloom et Richardson est basé sur 3 paramètres affectés d'un score.

Le grade est déterminé par la somme des 3 scores :

Grade I : 3 à 5 (tumeur différenciée)

Grade II : 6 et 7 (tumeur moyennement différenciée)

Grade III : 8 et 9 (tumeur indifférenciée)

8-2-Classifications :

•Classification OMS :

- Cancers non invasifs ;

- Cancers invasifs.

•Classification T.N.M :

Tableau III : Classification cTNM (UICC)

T: Tumeur primitive	N: Adénopathies régionales	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 ganglion Axillaire palpable	Mo: pas de métastase à distance
T1: Tumeur < 2cm	N1: Ganglions axillaires homolatéraux mobiles	M1: Métastases à distance (y compris ganglions sus claviculaires)
T2: Tumeur >2 cm et <5cm	N2: Ganglions axillaires homo latéraux fixes	
T3: Tumeur > 5cm	N3: Ganglions Mammaires homolatéraux fixes	
T4: Extension directe à la paroi thoracique ou à la peau		

9-Traitement :

9-1-Traitement Curatif :

9-1-1-But : Le traitement des cancers du sein vise à obtenir la plus grande probabilité de guérison ou la plus longue survie sans rechute, avec un préjudice fonctionnel esthétique, une qualité de vie ; et à un coût financier le plus réduit possibles. Au stade loco régional, deux types de thérapies s'imposent :

- **Traitement loco régional :** il est basé sur la chirurgie et la radiothérapie dont le but est de diminuer les rechutes loco régionales.
- **Traitement systématique :** il vise à éradiquer la maladie métastatique infra clinique de façon à augmenter la survie, en retardant l'apparition des métastases. Ce traitement ne sera appliqué qu'au groupe de patients à risque métastatique élevé [20]. Les traitements médicaux adjuvants comprennent l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

9-1-2-Moyens : le traitement est essentiellement basé sur la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

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

a- L'intervention de HALSTED : elle consiste en une exérèse en monobloc de la glande mammaire et des voies lymphatiques efférentes du sein jusqu'au sommet de la pyramide axillaire et un curage sus claviculaire.

b- L'intervention de PATEY : consiste en une mastectomie avec conservation du grand pectoral et un curage ganglionnaire axillaire.

c- L'intervention de KIRICUTA : est une mastectomie élargie au maximum et une épilonplastie avec greffe visant à combler la brèche cutanée qui résulte de cette mastectomie.

- La radiothérapie néo adjuvante ou adjuvante, elle vise la stérilisation de la tumeur, des sites ganglionnaires et la prévention des récidives locorégionales.
- La chimiothérapie, elle consiste en l'administration de produits antitumoraux, représentés par les **anthracyclines** (adriamycine), les **alkylants** (cyclophosphamide), les anti-métabolites (le 5 fluoro-uracile et le méthotrexate), les **vinca-alkaloïdes** (vincristine), les **sels de platine**, etc.

9-2-Prévention :

Nous parlerons essentiellement des moyens de dépistage.

9-2-1-But :

La nécessité du dépistage du cancer du sein repose sur les données suivantes :

- Le taux de mortalité du cancer du sein augmente depuis plus de 35 ans, malgré les progrès thérapeutiques.

- Le pronostic d'une tumeur dépend du stade auquel le diagnostic et le traitement sont faits. Le but du dépistage est donc de confier aux thérapeutes une tumeur de taille inférieure à 2 cm sans envahissement ganglionnaire, autorisant un traitement conservateur et ayant un bon pronostic. Faute d'un traitement plus efficace, on espère ainsi infléchir la courbe de mortalité. Son but c'est de détecter également des tumeurs ou lésions qui non traitées peuvent régénérer.

9-2-2-Les moyens de dépistage :

- Auto examen :

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 (juste après les règles, si elle est réglée). L'examen sera fait debout puis couché. L'apprentissage doit être fait par le médecin ou un personnel paramédical. L'information sera diffusée par les médias.

- Examen clinique du médecin :

L'examen médical annuel des seins des femmes de plus de 32 ans permet de découvrir de 1 à 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 ou un personnel non médical entraîné. Les tumeurs de taille inférieure à 0,5 cm sont difficilement découvertes par cet examen clinique.

- La mammographie :

Elle est d'un apport indiscutable pour le dépistage du cancer du sein surtout entre 50 et 65 ans. Elle est la seule méthode qui permet le dépistage des cancers in situ et infra cliniques. Il existe un risque de cancers induits par la mammographie.

- Autres moyens de prévention :

- Agir sur le mode de vie en favorisant l'alimentation à base de fruits et de légumes.

- Encourager les femmes à faire une activité physique de 4 heures par semaine.

- L'utilisation du Tamoxifène comme chimio-prévention chez les femmes à haut risque a prouvé son efficacité.

- Chez les femmes à très haut risque, la mastectomie bilatérale donne une réduction du risque de 90%, la prise d'anti-œstrogène de 40% et l'ovariectomie de 30%.

MATERIEL

ET

METHODES

IV-METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à l'unité de prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE

2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée de Janvier 2020 au 31 octobre 2022, soit une période de 34mois.

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive.

4. Population d'étude

Elle a été constituée par l'ensemble de patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué à l'histologie pendant notre période d'étude.

5. Echantillonnage

- Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'étude toutes les patientes ayant un cancer du sein confirmé par l'histologie pendant la période de l'étude.

- Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses les patientes qui n'ont pas fait d'analyse histologique, et celles qui n'étaient pas des cas de cancers.

6. Collecte des données

Les patientes ont été colligées en fonction des données sociodémographiques, cliniques et anatomopathologiques recueillies sur la base des dossiers médicaux

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle dont un modèle est porté en annexe.

7. Saisie et Analyse :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels SPSS 22, Excel et Word de Microsoft Office 2016.

Les tests statistiques utilisés étaient :

-Les Tests paramétriques : moyenne et écart type.

-Le Test non paramétrique : le test de Khi-2.

8. Considération éthique et déontologique

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été observés. Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

RESULTATS

V-RESULTATS

1-Fréquence

De Janvier 2020 à l'Octobre 2022, nous avons recensé 219 cas de cancer sur 418 patientes reçues en consultation des pathologies mammaires, soit une fréquence de 52,4% des cas

2-Caractères sociodémographiques des patientes

Tableau IV : La répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
Inf. à 35 ans	49	22,3
35-45 ans	79	36,1
46-65 ans	72	32,9
Sup à 65 ans	19	8,7
Total	219	100

La tranche d'âge la plus représentée était de 35-45 ans, soit 36,1% des cas.

L'âge moyen était de 45,55 ans avec des extrêmes de 16ans et 85ans.

Tableau V : La répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	203	92,7
Fonctionnaire	9	4,1
Autres	7	3,2
Total	219	100

Les ménagères ont été les plus représentées avec 92,7% des cas.

Tableau VI : La répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	206	94,1
Célibataire	4	1,8
Divorcée	2	0,9
Veuve	7	3,2
Total	219	100

La majorité de nos patientes étaient mariées avec 94,1% des cas.

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Soninké	58	26,4
Malinké	21	9,6
Bambara	68	31,1
Minianka/Senoufo	26	11,9
Bobo	3	1,4
Peulh	29	13,2
Dogon	7	3,2
Autres	7	3,2
Total	219	100

Les Bambaras étaient majoritairement représentés avec 31,1% des cas.

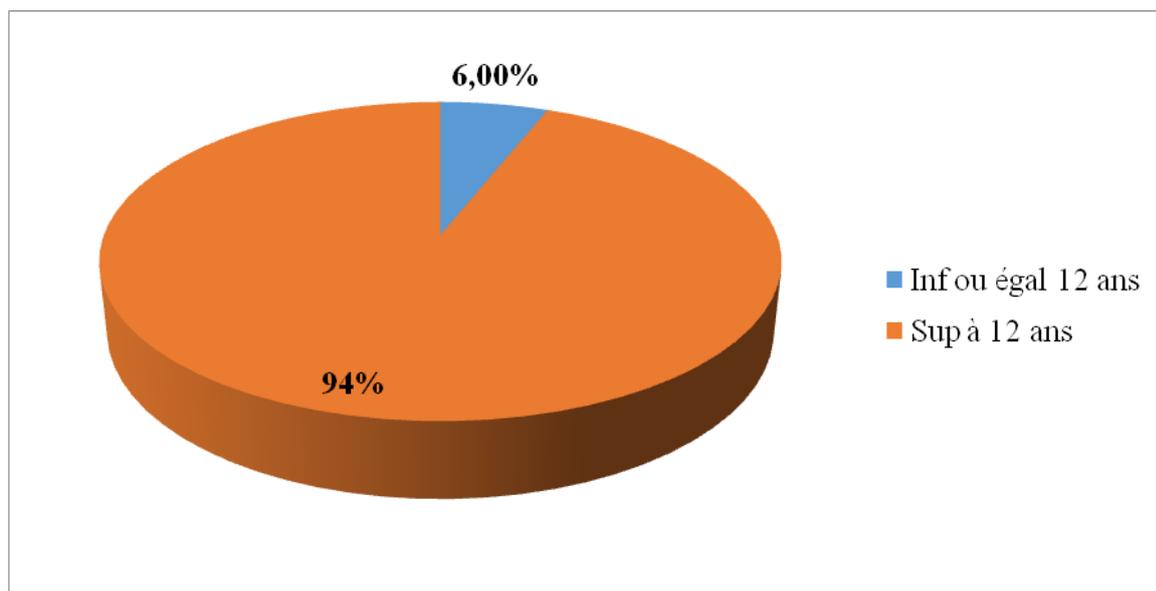


Figure 6 : la répartition des cas selon l'âge à la ménarche.

Patientes avaient un âge supérieur à 12 ans avec 94% des cas.

Tableau VIII : Répartition des cas selon la parité.

La parité	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare	16	7,3
Primipare	23	10,5
Pauci pare	54	24,7
Multipare	126	57,5
Total	219	100

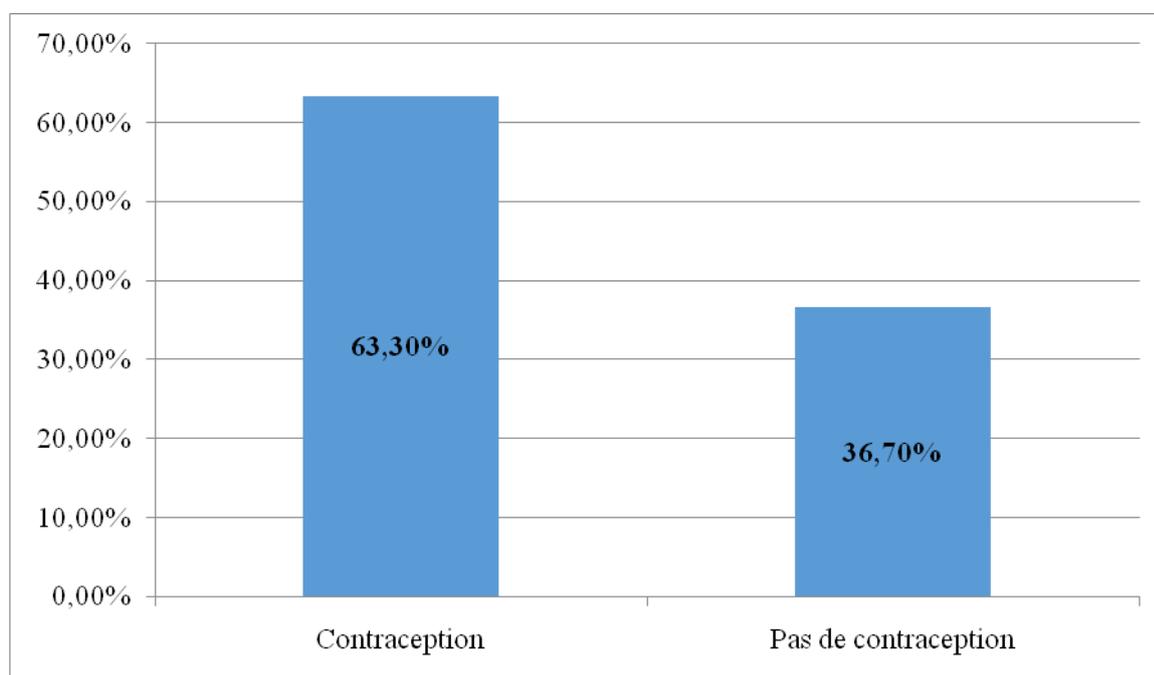
Les multipares étaient les plus représentées avec 57,5% des cas.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le nombre de grossesse

Grossesse	Effectif	Pourcentage (%)
Nulligeste	13	5,9
Primigeste	14	6,4
Paucigeste	44	20,1
Multigeste	148	67,6
Total	219	100

Les multi gestes étaient les plus représentées avec 67,6% des cas.

Figure 7 : la répartition selon l'utilisation de produits contraceptifs



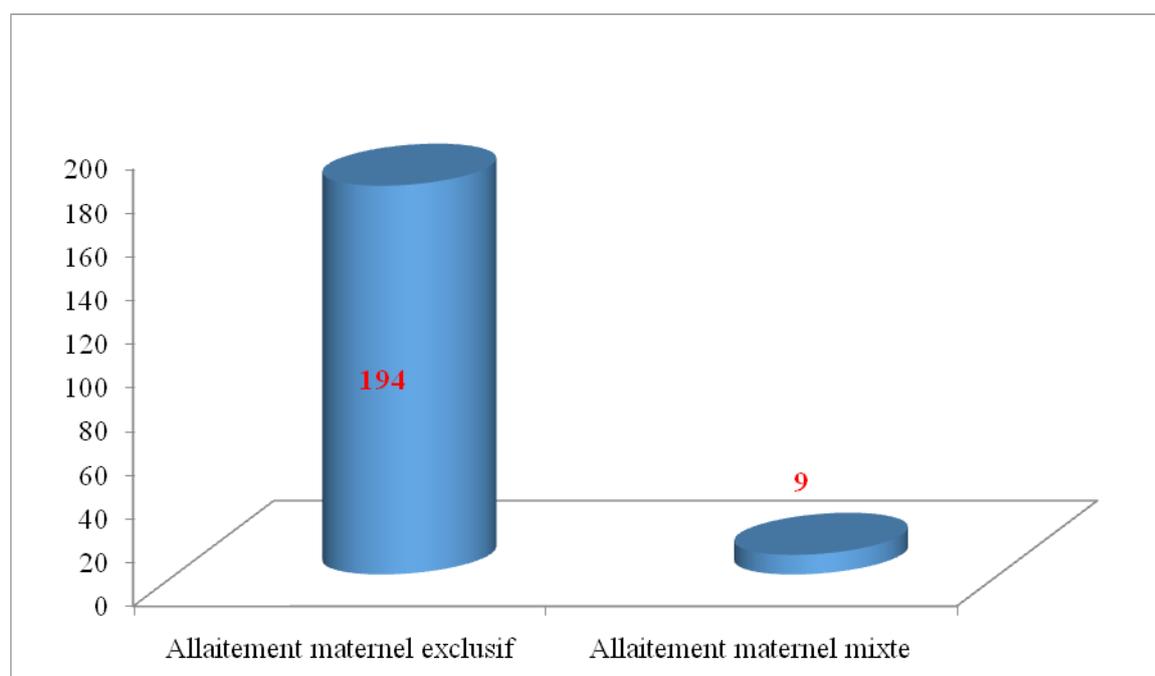
La notion de contraception a été retrouvée chez 63,30 % des patientes.

Tableau X : La répartition des cas selon la durée de la contraception

Durée de contraception	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 1 an	28	20
1-5 ans	93	67
Plus 5 ans	18	13
Total	139	100

La dure de contraception était 1à 5 ans dans 66,91 % des cas.

Figure 8: Répartition des patientes selon le mode d'allaitement maternel



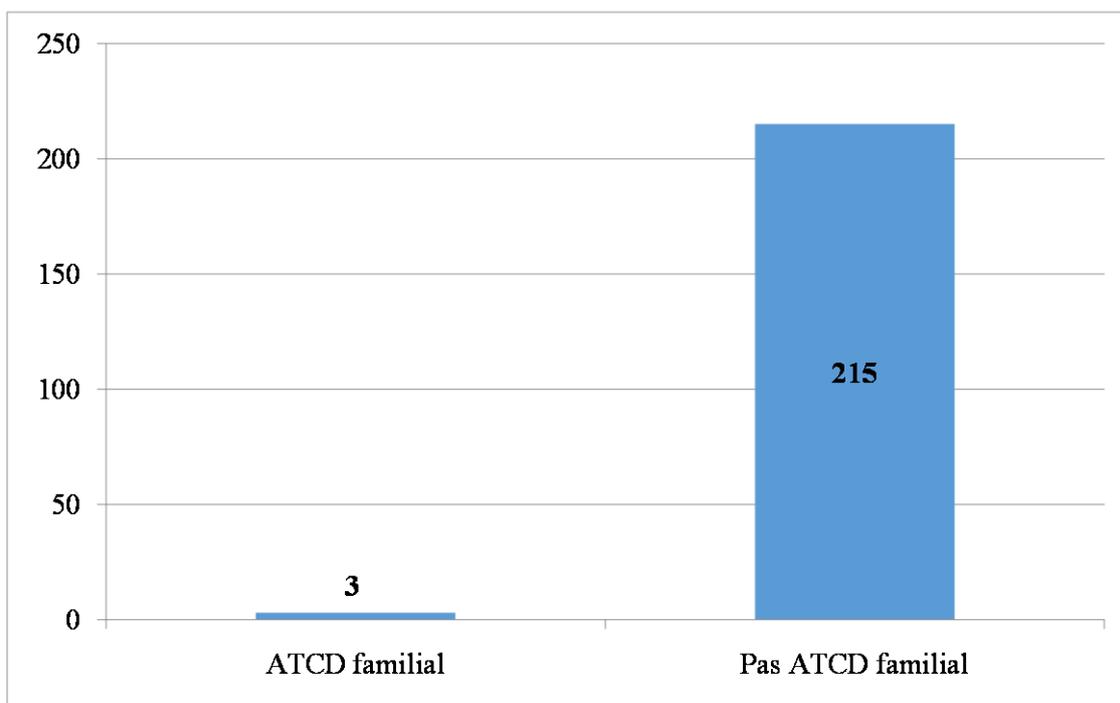
L'allaitement maternel exclusif était pratiqué chez 88,58% des patientes.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la durée d'allaitement

Durée d'allaitement	Effectif	Pourcentage (%)
Inférieur à 1 an	61	35,9
1-2ans	103	60,6
supérieur à 2 ans	6	3,5
Total	170	100

La majorité des patientes soit 60,6% des cas ont observé l'allaitement durant 1 à 2 ans.

Figure 9 : Répartition des patientes selon l'antécédent familial de cancer du sein



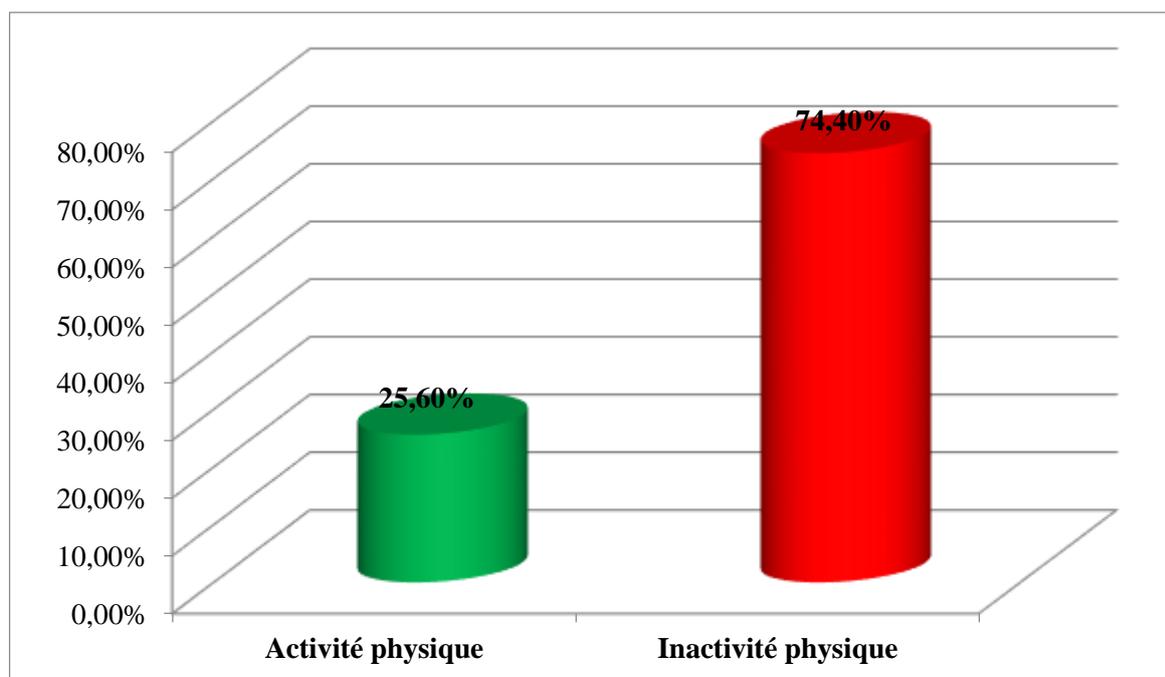
Aucun antécédent familial n'avait été noté chez 98,2% des patientes.

Tableau XII: Répartition des cas selon antécédent personnel de pathologie mammaire bénigne

ATCD personnel de pathologie mammaire	Effectif	Pourcentage (%)
Adénofibrome	18	17
Mastite	59	55,6
Maladie fibro-kystique	2	1,9
Autres	27	25,5
Total	106	100

Les patientes ayant un ATCD personnel de mastite étaient les représentés soit 55,6% des cas.

Figure 10: Répartition des cas selon le statut d'activité physique



. Patientes ne pratiquant pas une activité physique représentaient 74,4% des cas.

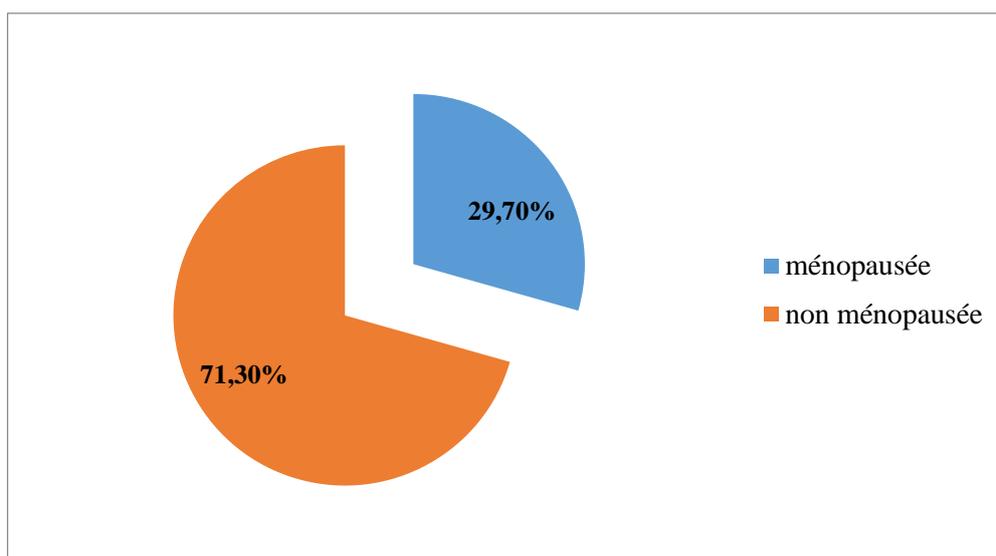


Figure 11 : La répartition des patientes selon le statut ménopausique

La majorité des patientes étaient en activité génital soit 71,30% des cas.

3-ASPECTS CLINIQUES

Tableau XIII: Répartition des patientes cas selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Nodule ou tuméfaction du sein	203	92,7
Ecoulement mamelonnaire	4	1,8
Douleur mammaire	8	3,7
Ulcération végétante	2	0,9
Autres	2	0,9
Total	219	100

Le nodule ou la tuméfaction du sein était le principal motif de consultation dans 92,7% des cas.

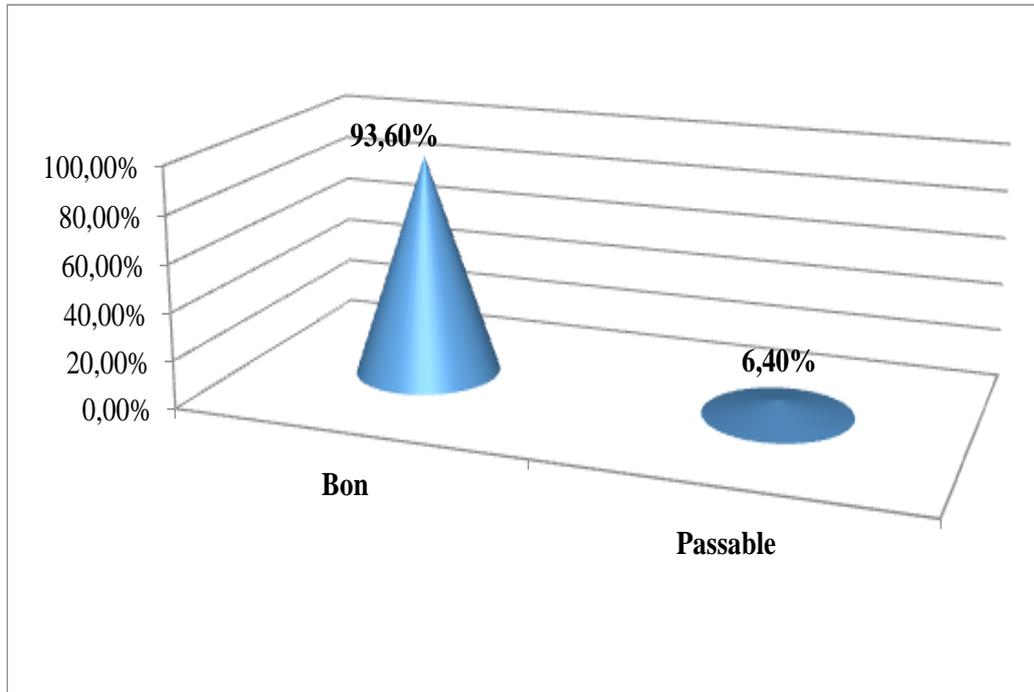


Figure 12 : Répartition des patientes selon l'état général

La majorité de nos patientes avaient un bon état général soit 93,6% des cas

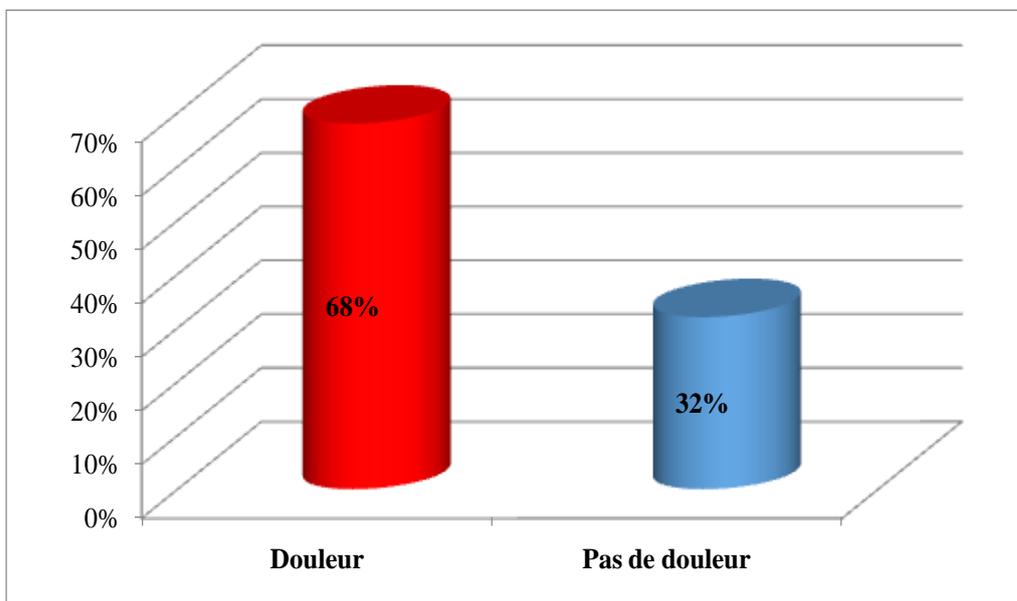


Figure 13 : Répartition des cas selon la présence de la douleur.

Les patientes présentant une douleur, étaient plus fréquentes soit 68% des cas.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

L'état des conjonctives	Effectifs	Pourcentage (%)
Colorée	214	97,7
Ictère	1	0,5
Pales	4	1,8
Total	214	100

Les conjonctives colorées étaient plus dominantes avec 97,7 % des cas.

Tableau XV: Répartition des patientes selon les signes cutanés

Signes cutanés	Effectifs	Pourcentage (%)
Pas de signes	5	2,3
Tuméfaction	50	22,8
Peau d'orange	133	60,7
Ulcération	11	5,0
Rétraction	5	2,3
Autres	1	0,5
Association	14	6,4
Total	219	100

L'aspect de peau d'orange était le signe cutané le plus fréquent avec 60,7% des cas.

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'asymétrie des seins

Asymétrie des seins	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	143	65,3
Non	76	34,7
Total	219	100

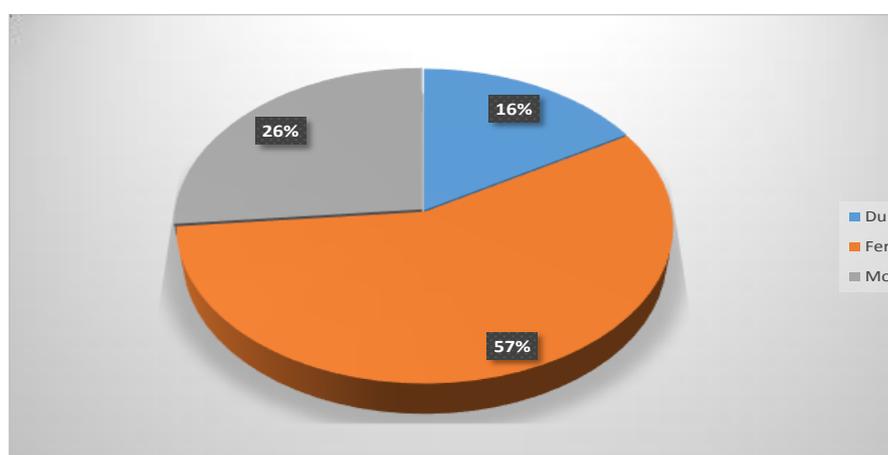
Les patientes avaient une asymétrie des seins plus élevée soit 65,3% des cas.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon l'atteinte du sein controlatéral

Atteinte du sein controlatéral	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	71	32,4
NON	148	67,6
Total	219	100

Le sein controlatéral n'était pas atteint dans 67,6% de cas.

Figure 14 : Répartition des cas selon la consistance de la tumeur



La tumeur avait une consistance ferme dans 57% des cas.

Tableau XVIII: Répartition patientes selon la localisation de la tumeur

Localisation de la tumeur	Effectifs	Pourcentage (%)
Quadrant supéro-externe	118	54
Quadrant supéro-interne	41	19
Quadrant inféro-interne	13	6
Quadrant inféro-externe	20	9
Association	27	12
Total	219	100

La tumeur était localisée dans le quadrant supéro-externe dans 54% des cas.

Tableau XIX: Répartition des patientes selon les Seins atteints

Sein atteints	Effectifs	Pourcentage (%)
Sein droit	96	43,8
Sein gauche	118	53,9
Bilatéral	5	2,3
Total	219	100

Le sein gauche était le plus fréquemment atteint par le cancer avec 53,9%.

Tableau XX: Répartition des cas selon la rougeur du sein

Rougeur du sein	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	141	64,4
Non	78	35,6
Total	219	100

La rougeur des seins à l'admission était plus fréquente soit 64,4% des cas

Tableau XXI: Répartition des patientes selon l'échographie mammaire

Echographie mammaire	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	212	96,8
NON	7	3,2
Total	219	100

L'échographie mammaire a été réalisée chez 96,8% des patientes.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon la réalisation d'une TDM

TDM cérébro-thoraco-abdomino-pelvienne	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	169	77,2
NON	50	22,8
TOTAL	219	100

La majorité des patientes avaient réalisé la TDM soit 77,2%

Tableau XXIII: Répartition des cas selon l'adhérence au plan musculaire

Adhérence au plan musculaire	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	36	16,4
NON	183	83,6
TOTAL	219	100

La majorité de nos patientes n'avaient pas d'adhérence au plan musculaire à 83,6 %des cas

Tableau XXIV: Répartition des cas selon la taille de la tumeur

Taille de la tumeur	Effectifs	Pourcentage (%)
T0	1	0,5
T2	3	1,4
T3	45	20,5
T4	170	77,6
Total	219	100

La tumeur classée T4 était la plus fréquente avec 77,6% des cas.

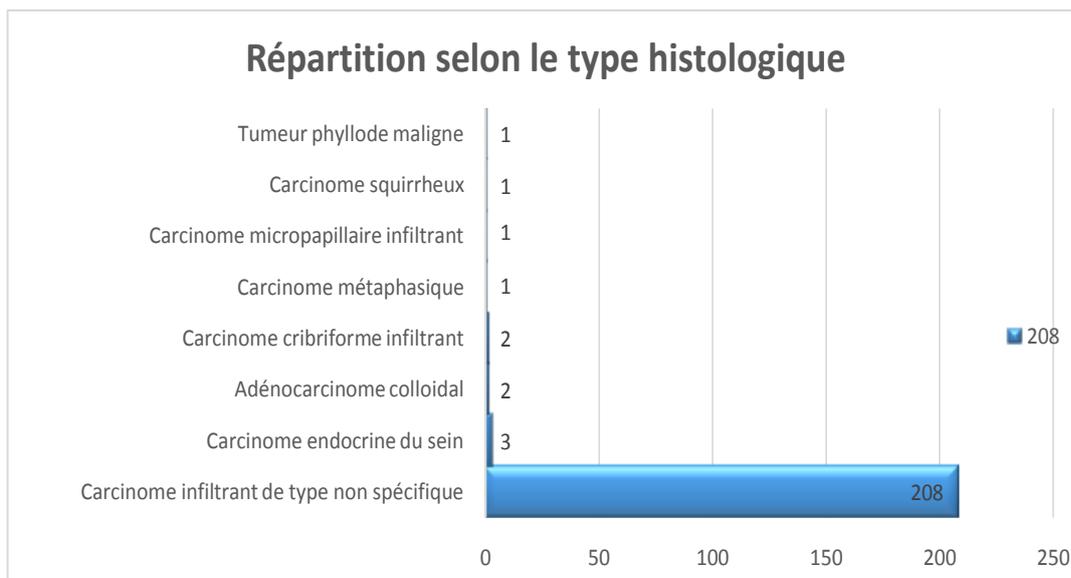


Figure 15: Répartition selon le type histologique

Le carcinome infiltrant de type non spécifique a été le plus représenté avec 94,97% des cas.

Tableau XXV: Répartition des cas selon la nature de la pièce envoyée pour examen Anapath

Nature de la pièce envoyée pour examen Anapath	Effectifs	Pourcentage (%)
Biopsie	216	98,6
Mastectomie	3	1,4
Total	219	100

La biopsie a contribué au diagnostic dans 98,6%.

Tableau XXVI: Répartition des cas selon le nombre du site de métastase

Nombre du site de métastase	Effectifs	Pourcentage (%)
0	9	4,11
1	178	81,28
2	29	13,24
3	3	1,37
Total	219	100

Nos patientes avaient un site 1 du foyer de métastase à 81,28% des cas.

Tableau XXVII: Répartition des cas selon l'atteinte Ganglionnaires

Atteintes Ganglionnaires	Effectifs	Pourcentage (%)
N0	16	7,3
N1	147	67,1
N2	53	24,2
N3	3	1,4
Total	219	100

L'atteinte ganglionnaire N1 a été observée chez 67,1% des cas.

Tableau XXVIII: Répartition des cas selon Grade de Scarff-Bloom-Richardson et grade Elston-Ellis

Grade de Scarff-Bloom-Richardson et grade Elston-Ellis	Effectifs	Pourcentage (%)
Grade 2	156	71,2
Grade 3	63	28,8
Total	219	100

La Grade 2 de la classification de SBR a représenté 71,2% des cas.

Tableau XXIX: Répartition des cas selon l'évolution

Evolution	Effectifs	Pourcentage (%)
Rémission	47	22
Complication	40	19
Perdu de vue	83	39
Décès	43	20
Total	213	100

Des patientes étaient perdues de vue dans 38,97

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI-COMMENTAIRE ET DISCUSSION

1-Limite de l'étude :

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés relatives aux données manquantes sur les dossiers médicaux des patientes, ce qui a été corrigé en recoupant les informations des différents supports. Les patientes dont dossiers étaient inexploitable ont été exclues de l'étude. Un examen anatomopathologique a été réalisé chez toutes les patientes soit dans un but de dépistage ou de diagnostic pour cancer du sein.

2-Fréquence :

Nous avons colligé au total 219 cas du cancer du sein, soit une fréquence de 52,39% qui est légèrement inférieur à celui de Traoré S qui a retrouvé 54,46% des cas. Mais proche à celle de Diallo KB qui a retrouvé 52,8% des cas [23 ; 24]

3-Données sociodémographiques :

Age : La classe de 35-45 ans était la plus représentée avec 36.1% des cas. Les extrêmes étaient 16 et 85 ans, avec comme âge moyen de 45,55 ans

Selon certains auteurs [25], le cancer du sein est très rare avant 30 ans

Profession : Les ménagères étaient les plus représentées avec 92,7% qui sont supérieur de Keita M qui a retrouvé 52.04% [26]

Statut matrimonial : Les femmes mariées étaient les plus nombreuses avec 94,1% de notre étude. Ce résultat est similaire de celui de Gueye et al (2015) à Dakar (Sénégal) 75,8% [27]. L'ethnie la plus représentée était le Bambara avec 31,1% des cas.

4-Données cliniques et paracliniques

Motif de consultation La présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein était le motif de consultation le plus fréquent dans 92.7% des cas. Ce résultat est supérieur à ceux trouvé par : Diallo KB [24], Coulibaly A [27], Traore ST [28] et Coulibaly AC [29] qui avaient obtenus respectivement 44,27% ; 46% ; 52,3% et 53,6% tandis que Thiam D [30] dans son étude a obtenu 60,7%, et Keita M [31] 70,3%.

Signes cutanés : Les signes cutanés étaient dominés par l'aspect peau d'orange 60.7% des cas. Ce résultat se rapproche de celui de Diallo KB. [24] qui est 33,99% des cas. Suivi des tuméfactions et des ulcérations 22.8% des cas.

Consistance de la tumeur Dans notre étude, la consistance de la tumeur était ferme dans 57% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Traore S-T. [28] qui, dans sa série avait noté 40% de consistance ferme des tumeurs malignes, ainsi que Diallo S. [32] qui avait noté également 43,4% des cas. Une fréquence supérieure a été rapportée par Diallo K-B. avec 74% de consistance ferme des tumeurs malignes [24].

Atteinte ganglionnaire L'atteinte ganglionnaire se répartissait comme suit : stade N1 (67.12%), stade N2 (24.2%), stade N0 (7.31%), N3 (1%). Ces résultats sont supérieurs à ceux de Coulibaly A. [27] qui notait 54,6% des patientes au stade N1 et 36,2% au stade N0 et de Diallo K-B qui observait 48,62% des patientes au stade N1, 40,32% au stade N0, 10% au stade N2 et 1% au stade N3. En France, selon Marthy et Coll. 62,8% des patientes sont vues en consultation sans adénopathie [33]. Dans 2.3% des cas on avait une atteinte des deux seins. La prédominance de l'atteinte du sein gauche a été décrite par d'autres auteurs. Certains auteurs ont trouvé une atteinte plus fréquente du sein droit : Radesa F. à Madagascar [34] et Coulibaly A-C. [29] au Mali. Cette prédominance du cancer au niveau du sein gauche par rapport au droit pourrait s'expliquer par le fait que le sein droit soit plus sollicité pendant l'allaitement selon la littérature.

Topographie de la tumeur

Le quadrant supéro-externe a été le siège de la majorité des cancers du sein dans 53.9% des cas. Ce taux est supérieur à celui rapporté par Lawal O au Nigeria qui avait noté 40% des cas [35]. Cette topographie pourrait s'expliquer par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présente dans la partie centrale et supéro-externe.

Taille de la tumeur La majorité de nos patientes (77.6%) a été vue au stade T4 soit une extension à la paroi thoracique ou à la peau, puis suit le stade T3 avec 20.5% des cas. Weigelt B [36] à Bamako a rapporté que 57,3% des malades étaient vus au stade T4, alors que dans la série de Diallo K-B. [26] T2 et T3 étaient respectivement de 35 % et 34%. Ces taux s'expliqueraient par le fait que la plupart des patientes sont vus tardivement, et par l'absence de dépistage systématique dans les pays en développement.

L'histologie La confirmation histologique a été faite chez l'ensemble des patientes. Nos résultats sont différents à ceux de Maïga L-B. qui a rapporté 86,2% des cas diagnostiqués à l'histologie contre 13,8% des cas à la cytologie. La prédominance de la cytoponction est rapportée dans d'autres séries : Yonga S., Coulibaly O-J. et Coulibaly A-D. qui trouvaient respectivement 78,8%, 76,2% et 74,4% de diagnostic cytologique [37– 39]. Ces situations pourraient s'expliquer d'une part par les choix de lieu d'étude et d'autre part par l'accessibilité de la cytoponction par rapports à l'histologie. Par ailleurs, on trouve des cas de faux diagnostics de bénignité à la cytoponction, comme rapporté par Lamrahi S. [40] qui est 21,5%. D'autres séries qui rapportaient des taux de faux positifs allant de 1% à 18%. L'histologie reste la méthode de confirmation diagnostique. L'usage de la cytoponction serait sans nul doute sujet à une insuffisance technique pendant les prélèvements ; elle est utilisée comme alternative en cas d'indisponibilité de l'histologie. Le carcinome infiltrant de type non

spécifique du sein a constitué le type histologique le plus fréquent de notre série avec 94.97%. Cette précellence du carcinome infiltrant est rapportée par d'autres auteurs. Coulibaly A. [27] a enregistré 91% de cas et Traoré S-T. notait 87,7% [28] de carcinome canalaire infiltrant. Ces résultats diffèrent un peu de celui de Coulibaly A-C. qui a trouvé 61% de carcinome infiltrant de type non spécifique [29] dans son service.

La classification SBR

Dans notre série, nous avons trouvé le grade II selon SBR dans 156 cas considérés avec un taux de 71.2% ; suivi du grade III dans 28.8% des cas. Le grade II est également le plus rapporté par Coulibaly A. [27] et Traoré S-T. [28] qui retrouvent respectivement dans leur étude 51% et 52% des cas.

CONCLUSION

VII-CONCLUSION

Le cancer du sein occupe le premier rang des cancers gynécologiques et mammaires au Mali, il se distingue par un retard diagnostique expliquant le stade avancé au moment du diagnostic.

Sur le plan histologique, il s'agit le plus souvent de carcinome infiltrant de type non spécifique de grade modéré.

Les défis majeurs de la lutte contre le cancer du sein au Mali demeurent une meilleure organisation du système pour un diagnostic précoce, par la mise en place d'un programme de dépistage et diagnostic précoce chez les femmes à partir de 40 ans et aussi une prise en charge adéquate. D'autres études seront nécessaires à la recherche des facteurs de risques chez les femmes jeunes sans antécédents familiaux.

RECOMMANDATION

VIII-RECOMMANDATION

Au terme de notre travail, nous formulons quelques recommandations :

Aux autorités politico-administratives et sanitaires

- Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du sein dans l'ensemble du pays et multiplier les campagnes de dépistage de masses ;
- Former des personnels médicaux et paramédicaux à l'examen mammaire ;
- Créer un centre de cancer.

Aux personnels sanitaires

- Eviter la prise en charge solitaire des malades atteints de cancer du sein ;
- Exiger le passage à la RCP de tous les dossiers des malades atteints de cancer ;
- Remplir correctement les dossiers des patientes.

Aux femmes

- Se faire dépister régulièrement pour le cancer du sein ;
- Observer le suivi correct du cancer du sein.

REFERENCES

1. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries .
2. **Ly M.** Le cancer du sein chez la femme de l'Afrique subsaharienne : état actuel des connaissances Doi :10.1684/bdc2011-1392.
3. **Larra F.** : Manuel de cancérologie. Doin éditeur Paris 1984 ; p239.
4. **Larsen WJ.** Embryologie humaine. Edition de Boeck université de Laricien Sarue minime : 100 Bruxelles. P 428-429.
5. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris ; Maloine ; 1984 ; P459 ; 469 ; 471-476 ; 513.
6. **Bishop HM, Blamer RW.** A suggested classification of breast pain. Post Prad Med J, 1979; 55 (5): 59-60.
7. **Precz PE, Baum M, Mansel RE, Webster DJ, Fortt RW, Gravelle IH, Hughes LE.** Importance of mastalgia in operable breast cancer. Rev Afr Noire 1971; 8 (3): 166-185.
8. **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.
9. **Vogel PM, Geogiade NG, Fetter BF.** The correlation of histologic changes in the human breast with the menstrual cycle. American journal of pathology 1981; 104: 3-34.
10. **Tavassoli FA.** Normal developpement and anomalies pathology of the breast. Appelton & Lange 1992 ; 1-24.
11. **Radesa F.** Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observé dans notre service à propos de 117 cas. Afr. Méd. 1979.
12. **Touré P.** Bilan de la prise en charge des cancers du sein chez la femme. Expériences annales de Pathologie. Masson Paris 2003 ; 23492-5.
13. **Rouësse J, Martin PM, ContessoG.** Incidence et mortalité des cancers du sein en Europe 1990. Le praticien face au cancer du sein, Paris : Arnette 1997.
14. **Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orechia R, Viale G.** Breast cancer.
15. **Peto R, Borcham J, Clarke M et Al.** UK & USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. Lancet 2000. 355: 1822.

16. **Sarré B, Ogoubèmy M, Dotou C, Lopy J, Ndionne P, Frank K, Drave K, Diouf MB.** Epidemiological, therapeutic and prognostic aspects of breast cancer: about 473 cases collected in Principal Hospital of Dakar. Bull Cancer. 1997 Feb ; 84(2) :1757.
17. **Mathelin C, Gairard B, Brette JP, Renaud R.** Examen clinique du cancer du sein. EncyclMédChir; Gynécologie;1997; 865 C10. 11p.
18. **Gilbert RD.** Adjuvant treatment of post-menopausal patients with breast cancer: Chemo-endocrine or endocrine therapy? Proc Am Soc Clin on Col, 1986 ; 6 :78.
19. **Contamin R, Vernard P, Ferrieu J.** Gynécologie générale, partie 2. Paris ; Vigot ; 1997. 736p.
20. **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.
21. **Uzan S, Garet R.** Cancers du sein, épidémiologie, anatomie pathologie, évolution, principes de traitement. La revue du praticien (Paris) 1998 ; 48 : 787-796.
22. **Camilo A, Thomas P.** Mémento de Pathologie. Ouvrage collectif. In : Camilo A et Thomas P, dir. La classification pTNM des cancers du sein. 3 ème éd. Paris : Vernazobres-grego ; 2010. 253-254.
23. **TRAORE S.** Thèse de Doctorat en Médecine. Cancer du sein au Mali : Anatomie clinique et suivi de 119 CAS au l'INRSP Bamako 2008. 99p.
24. **Diallo KB.** Les tumeurs du sein au service d'anatomie pathologique de l'INRSP : Aspects cliniques et diagnostiques [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2011, n°11M19 : 132. In.
25. **Camara K.** Contribution à l'étude de 12 cas observés chez 11 malades dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du point G : étude prospective sur 1 an [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 1989 : 21.
26. **Keita M.** Cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans au Mali : profils épidémiologiques et histopathologique Thèse de Médecine USTT – B 2018 KEITA M 2018. 45p.
27. **Coulibaly A.** Etude des facteurs de risque du cancer de sein au Mali [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2009. 88. Coulibaly AC. Cancer du sein dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel TOURE et du centre hospitalier " MERE ENFANT" le Luxembourg [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2006.
28. **Traore ST.** Cancer du sein au Mali : Anatomie clinique et suivi. [Thèse médecine] : FMOS. UB ; 2008, N°08M370 ; 126p.

29. **Coulibaly AC.** Cancer du sein dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel TOURE et du centre hospitalier " MERE ENFANT" le Luxembourg [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2006.
30. **Thiam D.** Cancer du sein : étude clinique dans le service de gynéco-obstétrique de l'HPG à propos de 43 cas [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2002 ; n°02M122 : 120.
31. **Keita M.** Etude des caractères anatomocliniques des cancers du sein au Mali [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2005 : 66.
32. **Diallo S.** Etude épidémiologique, clinique et histopathologique des cancers du sein diagnostiqués dans les hôpitaux de Bamako. [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2007.
33. **Marty M, Rossignol C, Srys G, Petrissans JI, Baillet F and al.** Le cancer du sein au moment de diagnostic, étude nationale de la CANAM: analyse de 3007 cas. Presse Méd. 1992 : 21.
34. **Radesa F, Dioc R, Zafy A.** Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observés dans notre service : à propos de 117 cas. Afr Méd. 1979 ; 18 (173) : 591- 9.
35. **Lawal O, Durosimi Ma, Adesunkanmi, D'adelusola K.** La sévérité, les résultats et les défis du cancer du sein au Nigeria. Département de la chirurgie, Université des sciences de santé, complexe d'hôpital d'enseignement d'université d'Obafemi Awolowo University/Obafemi Awolowo, Ile-Ife, 2005.
36. **Weigelt B, Horlings HM, Kreike B, Hayes MM, Hauptman M, Wessels LF.** Refinement of breast cancer classification by molecular characterization of histological special types. J Pathol, 2008. ; 216(2) : p. 141-50.
37. **Yonga SR.** Revue épidémiologique du cancer du sein de la femme au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Treichville à Abidjan : République de Côte d'Ivoire [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2008 ; n°08M159 : 118.
38. **Coulibaly OJ.** Problématique de la prise en charge des cancers du sein à propos de 255 cas colligés à Abidjan. [Thèse de médecine]. Abidjan, 2002 ; n°3065 : 107.
39. **Coulibaly AD.** Cancer du sein : aspects anatomopathologiques et pronostiques [Thèse de médecine]. Bamako, FMOS, 2015 ; n°15M122 : 109.
40. **Lamrahi S.** Confrontation clinico-radio-cyto-histologique des tumeurs mammaires à propos de 159 cas. [Thèse médecine] : Fès (Maroc) ; 2011, N°132/ 11 : 193.

FICHE D'ENQUÊTE

Q2. N° du dossier : _____/

Q3. Noms et Prénoms : _____/

Q4. Age (ans) : _____/

Q5. Poids (Kg) : _____/

Q6. Sexe : _____/

1= Masculin 2= Féminin

Q7. Profession : _____/

1= Ménagère 4= Etudiante

2= Fonctionnaire 5= Autres (à préciser)

3= Commerçante

Q8. Ethnie : _____/

1= sarakolé 5= Bambara 9= Dogon

2= Malinké 6= Minianka/Sénoufo 10= Peulh

3= Kassonké 7= Sonrhäi 11= Autres (à préciser)

4= Touareg 8= Bobo

Q9. Adresse habituelle : _____/

Q10. Région de provenance : _____/

1= Kayes 5= Mopti 9= Bamako

2= Koulikoro 6= Tombouctou 10= Autres (à préciser)

3= Sikasso 7= Gao

4= Ségou 8= Kidal

Q11. Nationalité : _____/

1= Malienne 2= Autres (à préciser)

Q12. Etat civil : _____/

1= Mariée 3= Divorcée 5= Autres (à préciser)

2= Célibataire 4= Veuve

Q13. Centre de Santé de consultation : _____/

1= HGT 5= CS. Réf CII 9= CS. Réf CVI

2= HPG 6= CS. Réf CIII 10= Privé

3= H. Kati 7= CS. Réf CIV 11= H. Régionaux

4= CS Réf CI 8= CS. Réf CV 12= Autres (à préciser)

Q14. Motif de consultation : _____/

1= Nodule ou tuméfaction du sein 6= Ulcération végétante

2= Déformation de la peau ou du mamelon 7= Association à préciser

3= Ecoulement mamelonnaire 8= Néo récidivée

4= Douleur mammaire 9= Autres (à préciser)

5= Nodule axillaire

Q15. Délai de consultation : _____/

1= < à 12 mois 4= 36 – 47 mois

2= 12 – 23 mois 5= + de 47 mois

3= 24 – 35 mois

Q16. Age des premières règles : _____/

1= âge < à 12 ans 3= âge < 14 ans

2= 12 – 14 ans

Q17. Age de la première grossesse : _____/

Q18. Parité (nombre de grossesse) : _____/

Q19. Contraception : _____/

1= Oui 2= Non

Q20. Si oui ; Méthode utilisée : _____/

1= Orale 2= Injectable 3= autres (à préciser)

Q21. Durée de la prise : _____/

1= < à 1 an 3= 6 – 10 ans

2= 1 – 5 ans 4= > à 10 ans

Q22. La ménopause : _____/

1= Oui 2= Non

Q23. Age de la ménopause : _____/

Q24. Mode d'allaitement : _____/

1= Maternel 2= Mixte 3= Artificiel

Q25. Durée de l'allaitement : _____/

0= Pas d'allaitement 2= 1 – 2 ans 1= < à 1 an 3= > à 2 ans

Q26. Antécédent personnel de cancer : _____/

1= Sein 2= Autres (à préciser)

Q27. Antécédents familiaux de cancer du sein : _____/

1= Grands parents 3= Sœurs 5= Autres (à préciser)

2= Mère 4= Tante

Q28. Antécédents familiaux d'autres cancers : _____/

1= Grands parents 3= Sœurs 5= Autres (à préciser)

2= Mère 4= Tante

Q29. Signes généraux : A. Etat général : _____/

1= Bon 3= Passable

2= Altéré

B. Conjonctives : _____/

1= Colorées 3= Ictère

2= Pâles

C. Température (°C) : _____/

Q30. Signes cutanés : _____/

1= Pas de signes 4= Ulcération 7= Association (à préciser)

2= Tuméfaction 5= Rétraction

3= Peau d'orange 6= Autres (à préciser)

Q31. Seins atteints : _____/

1= Sein gauche 2= Sein droit 3= 1 + 2

Q32. Localisation de la tumeur : _____/

1= Quadrant supéro-externe 4= Quadrant inféro-externe

2= Quadrant supéro-interne 5= Autres (à préciser)

3= Quadrant inféro-interne 6= Associations (à préciser)

Q33. Examen anapath demandé par : _____/

1= La patiente elle-même 3= Chirurgien 5= Autres (à préciser)

2= Médecin généraliste 4= Gynécologue

Q34. Taille de la tumeur : _____/

1= T0 (pas de tumeur palpable) 4= T3 (tumeur de taille > 5 cm de Φ)

2= T1 (tumeur de taille < 2 cm de diamètre) 5= T4 (tumeur avec extension à la paroi

3= T2 (2 cm < 5 cm) et ou à la peau)

Q35. Consistance de la tumeur : _____/

1= Dure 3= Molle

2= Ferme 4= Autres (à préciser)

Q36. Adhérence au plan musculaire : _____/

1= Oui 2= Non 77= Indéterminée

Q37. Adhérence au gril costal : _____/

1= Oui 2= Non

Q38. Atteintes ganglionnaires : _____/

1= N0 (pas de ganglion palpable) 3= N2 (Adénopathie axillaire fixe)

2= N1 (Ganglion axillaire homo latéral mobil) 4= N4 (ADP sus claviculaire ou œdème du bras)

Q39. Douleur mammaire : _____/

1= Oui 2= Non 77= Indéterminée

Q40. Ecoulement mammaire : _____/

1= Oui 2= Non

Q41. Atteinte du sein controlatéral : _____/

1= Oui 2= Non

Q42. Antécédents personnels de mastopathie : _____/

1= Adénofibrome 3= Mastite 5= Autres (à préciser)

2= Maladie fibro-kystique 4= Kyste 6= Pas d'ATCD

Q43. Autres Antécédents : _____/

Q44. Mammographie : _____/

1= Cancer 3= Normale 77= Indéterminée

2= Tumeur bénigne 4= Autres (à préciser)

Q45. Echographie : _____/ 1= Cancer 3= Normale 77= Indéterminée 2= Tumeur bénigne 4= Autres (à préciser)

Q46. Cytoponction : _____/ 1= Cancer 3= Normale 77= Indéterminée 2= Tumeur bénigne 4= Autres (à préciser)

Q47. Date du prélèvement : _____/

Q48. Nature de la pièce envoyée pour l'examen anapath : _____/

1= Biopsie du sein 3= Mastectomie 5= 3 + 4

2= Tumorectomie 4= Curage ganglionnaire

Q49. Type histologique : _____/

1= carcinome canalaire in situ 10= carcinome métaplasique

2= carcinome lobulaire in situ 11= carcinome apocrine

3= carcinome canalaire infiltrant 12= carcinome adenoïde kystique

4= carcinome lobulaire infiltrant 13= carcinome mucoépidermoïde

5= carcinome tubuleux 14= carcinome sécrétant

6= carcinome médullaire 15= carcinome micropapillaire infiltrant

7= carcinome mucineux 16= tumeur phyllode maligne

8= carcinome cribriforme infiltrant 17= carcinome squirrheux

9= carcinome endocrine du sein 18= adénocarcinome colloïdal

Q50. Histologie Ganglionnaire : _____/

1= Non faite 2= envahissement 3= Pas d'envahissement

Q51. Classification SBR : _____/

1= Grade I 2= Grade II 3= Grade III

Q52. Traitement : _____/ 1= Chimiothérapie 4=

Hormonothérapie 7= 2 + 3 2= chirurgie 5= 1 + 2 77= Indéterminée 3= Radiothérapie 6= 1 + 2 + 3

Q53. Evolution : _____/

1= Guérison 3= Perdu de vue

2= Complications 4= Décès

Fiche signalétique

Nom : SANOU

Prénom : Moutian Raphael

Email : moutianraphaelsanou@gmail.com

Titre : Aspects épidémiologie, diagnostic et thérapeutique du cancer du sein dans le service de gynécologie et obstétrique du chu Gabriel Touré de janvier 2020 à octobre 2022.

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS (Bamako-Mali).

Secteur d'intérêt : gynécologie, épidémiologie clinique, anatomie pathologie, sante publique.

Résumé :

Introduction : Notre étude avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques et diagnostic des cancers du sein dans le service dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Touré

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective portant sur 219 cas de cancer du sein allant de Janvier 2020 à octobre 2022.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 45,55 ans. Le motif de consultation était les nodules ou tuméfactions du sein (92,7%). Les patientes ménopausées ont représenté 29,7 %. L'aspect peau d'orange a été retrouvé dans 42 %. Le sein gauche était atteint chez 53 % des patientes. La tumeur était classée stade T4 dans 66 % des cas. L'atteinte ganglionnaire était classée N1 dans 67,1 % des cas. L'histologie a été réalisée chez toutes les patientes. Le carcinome infiltrant de type non spécifique représentait 95 % des types histologiques. Les patientes ont été classées grade II de SBR dans 70 % des cas. Elles ont bénéficié de la chimiothérapie et la chirurgie (10%).

Le cancer du sein occupe le premier rang des cancers gynécologiques et mammaires au Mali, il se distingue par un retard diagnostique expliquant le stade avance au moment du diagnostic.

Mots clés : Cancer du sein, cancer du sein, épidémiologie, histologie.

SUMMARY:

Introduction: Our study aimed to study the epidemiological and anatomopathological aspects of breast cancer in the obstetrics and gynecology department of the CHU Gabriel TOURE.

Material and methods: This was a descriptive, retrospective study of 219 cases of breast cancer from January, 2020 to October, 2022.

Result: The average age of the patients was 45,55 years. The reason for consultation was breast nodules or swellings (84%); Postmenopausal patients accounted for 29.7%. The orange peel appearance was found in 42%. The left breast was affected in 53% of patients. The tumor was classified as stage T4 in 66% of cases. Lymph node involvement was classified as N1 in 67.1% of cases. Histology was performed in all patients. Non specific invasive carcinoma accounted for 97% of histological types. Patients were classified as grade II SBR in 70% of cases. They benefited from chemotherapy and surgery (10%).

Breast cancer occupies the first rank of gynecological and breast cancers in Mali, it is distinguished by a diagnostic delay explaining the advanced stage at the time of diagnosis.

Keywords: Breast cancer, epidemiology, histology.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres 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.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce 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 considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe ou de classe sociale viennent 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 de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, 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 !