DEPISTAGE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DES CANCERS DU SEIN DANS LE DISTRIST SANITAIRE DE DJENNE DE JANVIER A SEPTEMBRE 2021

Présenté par BOURAMA LASSINA DEMBELE

NIVEAU D'ETUDE : DIPLOME UNIVERSITAIRE

Président du jury : Pr Soumaila KEITA

Membres :

Pr Bakary KAMATE

Pr Adégné TOGO

Pr Alhassane TRAORE

Année Universitaire 2020-2021

Dédicaces

Je dédie ce travail a tous ceux qui ont contribué de près ou de loin a
Son aboutissement en occurrence :

Le Médecin Chef du District sanitaire de Djenné et tout le personnel socio sanitaire pour son choix et sa confiance portés à ma personne de bénéficier cette formation combien capitale au nom du district.

Au partenaire technique et financier USAID KSW et MSF-France pour leur accompagnement sans faille aussi bien technique et financier pendant toute la durée de la formation.

Hommage aux corps professoral de CAPA SENO 2021

Chers Maitres

Votre disponibilité, votre clairvoyance ont été sans nul doute la clé de réussite de cette formation. Je vous promets de faire bon usage de l'enseignement reçu et surtout de partager les connaissances acquises avec les autres agents socio sanitaires du district afin d'améliorer la qualité de soins en matière de sénologie dans le district.

SIGLES ET ABREVIATIONS

-ADN : Acide désoxyribonucléique

-ATCD : Antécédents

-CHU : Centre Hospitalier Universitaire

USAID : Agence de développement des Etats Unis d'Amérique

KSW : Keneya Sinsi Walé

Table des matières

Introduction 4

Généralités sur le cancer du sein 4

Résultats 33

Quelques observations cliniques 40

Commentaires et discussions 41

Référence bibliographiques 45

Annexes 45

PLAN

I. Introduction

II. Généralités sur le cancer du sein

III. Méthodologie

IV. Résultats

V. Commentaires et discussions

VI. Recommandations

VII. Conclusion

VIII. Références bibliographiques

IX. Annexes

I. Introduction

- Le cancer du sein est un problème de santé publique dans le monde ;
- IL représente le premier cancer de la femme à l'échelle mondiale et la première cause de décès par cancer chez la femme dans le monde mais aussi l'une des principales causes de décès dans les pays en développement ;
- La mammographie contribue à une réduction du taux de décès du fait du diagnostic précoce [1] ;
- De nos jours, nous assistons à un âge de survenue précoce de ce cancer chez la jeune femme avec des caractéristiques qui lui sont propres en terme épidemio-clinique et pronostic ;
- Le retard diagnostique explique une faible survie avec des taux de récidive supérieurs à ceux des femmes âgées [2] ;

Au regard de toutes ces considérations, nous avons initié ce travail dans le district sanitaires de Djenné pour apprécier les caractéristiques épidemio-cliniques.

1. Objectifs de l'étude :

a) Objectif général :

Etudier le cancer du sein dans le district.

a) Objectifs spécifiques :

- Déterminer les lésions suspectes du cancer.
- Décrire les méthodes de dépistage clinique;
- Analyser le taux de dépistage.

II. Généralités sur le cancer du sein

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 : [1]

   La forme lobulaire développée aux dépens des canaux galactophores intra lobulaires : c'est la forme la moins fréquente.

La forme canalaire développée aux dépens du reste de la structure galactophorique : c'est la forme la plus commune.

2. Rappels :

2.1. Rappel anatomique : [1]

Les seins sont des organes glandes pairs destinés à sécréter du lait adapté à la nutrition des nouveau-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.

2.1.1. Situation :

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

2.1.2. Forme et dimensions :

La forme générale du sein féminin est variable, le plus souvent conique,

Arrondie, insignifiante avant la puberté ; chez la jeune fille les seins présentent une forme semi ovoïde.

A l'âge adulte, les seins acquièrent leur maturité et leur forme est

Grossièrement hémisphérique à conique. Sous l'influence de leur propre poids (dans la station debout) ils tendent à tomber légèrement.

Avec le vieillissement, les grossesses et l'allaitement, les seins auront 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 4ème ou le 5ème 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.

.2.1.3. 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 nulligeste, les seins sont fermes et élastiques.

Sous l'influence des gestations et de l'âge, les seins deviennent mous et flasques.

2.1.4. Rapports et moyens de fixité :

a. Rapports :

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

b. Moyens de fixités :

Les moyens de fixités du sein sont essentiellement le ligament suspenseur du sein et la peau.

2.1.5. Configuration externe :

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

- ✓ Zone périphérique : Elle est lisse, souple et douce au toucher.
- ✓ Zone moyenne : C'est l'aréole, elle est pigmentée, circulaire de 35 à 50mm de diamètre. Son aspect est rendu granuleux par des volumineuses glandes sébacées

(tubercules de MORGAGNI). Les glandes deviennent plus volumineuses au cours de la grossesse et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY.

- ✓ 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).

2.1.6. Configuration interne :

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

Enveloppe cutanée: On reconnaît 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.

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 superficiel thoracique
3. Lame rétro mammaire du f.s.t.
4. Ligament suspenseur du sein
5. Lame pré mammaire du f.s.t
6. Conduits 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
18. Poumon

Figure 1: Coupe sagittale de la mamelle [1]

2.1.7. Vascularisation et innervation :

Vascularisation artérielle :

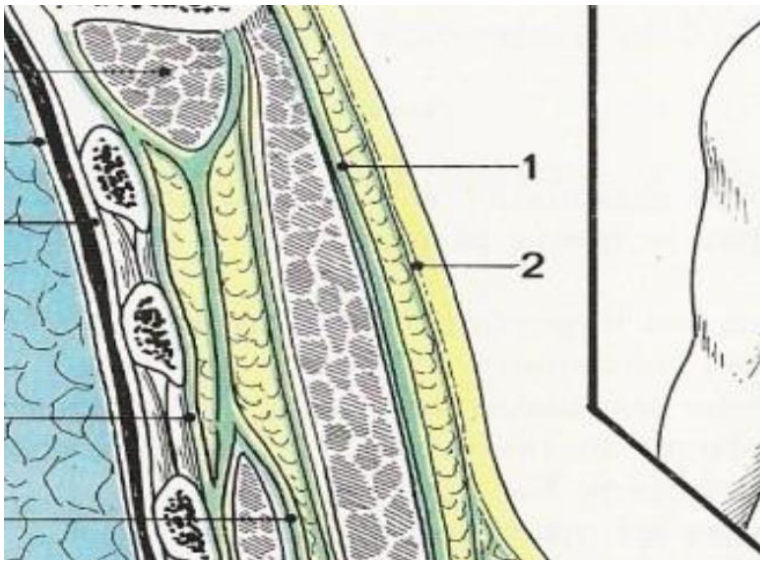
- ✓ La partie interne de la mamelle est irriguée par les branches perforantes de la glande mammaire, qui traversent les six premiers espaces intercostaux.
- ✓ Les parties externes et inférieures reçoivent leur sang de la mammaire externe, de la capsule inférieure de l'acromio-thoracique et de la thoracique 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 aborde la glande mammaire surtout par sa face superficielle. Les artères rétro glandulaires sont peu nombreuses.

Vascularisation veineuse :

Il existe un réseau veineux superficiel surtout visible pendant la grossesse et la lactation dans lequel on reconnaît parfois autour de l'aréole un anneau anastomotique appelé cercle veineux de HALER. 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.



Les voies lymphatiques :

Leur importance dans la dissémination des tumeurs mammaires est bien connue. Selon leur siège on distingue plusieurs chaînes :

Ils siègent au-dessous du bord latéral du grand pectoral, au milieu du creux axillaire suivant aussi la course de l'artère thoracique latérale.

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. 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.

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 2ème ; 3ème, 4ème, 5ème et 6ème 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.

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

2.2. Rappel physiologique :

2.2.1. Action des hormones gonadiques sur le sein :

sécrétion. La stimulation entraîne une contraction des alvéoles et une dilatation des canaux galactophores. Elle favorise aussi le vidange des acini.

c. **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.

d. **La LH** (lutéinique hormone) **:**

Elle provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et la sécrétion de progestérone.

e. La glande surrénale et la thyroïde :

Elles semblent intervenir dans le développement des glandes mammaires.

2.3. Rappel histologique :

2.3.1. 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 pédiculés se réunissant en un 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.

2.2.3.2. Structure : [4]

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 Böll) : ce sont des cellules plates, étoilées à noyau petit et sombre; à cytoplasme parcouru de myofibrilles;

Les canaux excréteurs présentent du dehors en dedans :

- ✓ Une membrane vitrée qui se renforce progressivement d'une gaine conjonctivale élastique;
- ✓ Les cellules myoépithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux, présentent une couche de cellules épithéliales cubiques disposées en deux couches au niveau des conduits intra et inter lobulaires. Ces cellules forment 3 ou 4 couches au niveau des conduits lactifères;

La lumière des conduits lactifères présente une dilatation appelée sinus lactifère.

b. **Le tissu conjonctif interstitiel** est assez dense dans la région inter lobulaire où cheminent les vaisseaux et les nerfs mais il devient délicat dans les lobules au contact des alvéoles, dans lesquels les fibrilles collagènes sont fines.

c. **La substance fondamentale** est abondante et les histiocytes sont nombreux : c'est le « manteau » alvéolaire dont l'évolution semble être également sous commande hormonale.

2.4. Généralités sur le cancer du sein :

2.4.1. Epidémiologie :

2.4.1.1. 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 montre les données

Suivantes **[3]**:

- 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 taux les plus bas sont observés en Asie et en Afrique.

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 de cancers chez la femme **[2]**.

Aux Etats-Unis, on compte environ 186 000 nouveaux cas par an **[1]**. Toutefois si les femmes d'Amérique du Nord et celles d'Europe occidentale sont plus touchées, celles d'Afrique semblent être moins touchées, mais un grand risque demeure.

2.4.1.2. 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, la mortalité a augmenté dans tous les pays **[2].** En 1995, le cancer du sein représentait 17% des décès féminins par cancer **[2],** 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 **[2]** ; par contre en Afrique le taux de mortalité ne cesse de croître.

2.4.2. Etiopathogénie : [1]

L'étiologie des cancers du sein n'est pas bien connue. Les facteurs de risques 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.

2.4.2.1. Les principaux facteurs favorisants :

a. Les antécédents familiaux : Ils sont faciles à repérer pour le généraliste.

- ✓ Si la mère ou la sœur d'une patiente a été atteinte d'un cancer du sein, le 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 **[4].**

b. **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 **[1].**

c. **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 **[1].**

d. **Une longue vie génitale** : Elle expose à un risque accru (les pubertés précoces et les ménopauses tardives).

1.4.3.2 Les facteurs favorisants secondaires :

a. **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 à celui des multipares.

Les œstrogènes auraient un rôle promoteur, la progestérone au contraire a un rôle protecteur **[1].** 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 **[3].**

b. **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.

c. 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 protides, de boissons alcoolisées et de tabac.

d. 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 [1].

Nature du risque	**Risque multiplié par**
Premier cancer du sein et deuxième sein	5 à 6
Prédisposition familiale	3
Mère ou soeur avec cancer du sein	5
Parité : nulliparité-pauciparité, première grossesse après 35 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
Autres cancers ; endomètre, colon…	3

2.4.2. Etude clinique et para clinique

2.4.2.1 Examen clinique

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

A. Signes fonctionnels

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

Tous ces signes peuvent être isoles ou associes. Il est important de préciser la date

d'apparition du symptôme, ses modifications depuis le début, son évolution au cours du cycle menstruel, et son ancienneté, pour apprécier sans culpabiliser la patiente, la durée et la cause d'un éventuel retard à consulter.

 Tumeur

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

L'interrogatoire doit essayer de préciser la nature de la tumeur (nodule, placard, épaississement, granulation), ses variations au cours du cycle et ses circonstances de découverte. Environ 90 % des tumeurs sont découvertes par la patiente. Seules 10 % des tumeurs sont décelées par le médecin **[4]**.

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

 Douleur

Classiquement, les cancers du sein ne sont pas douloureux, mais il faut toujours se méfier d'une douleur persistante après les règles. Même si la douleur est isolée, sans autres signes physiques, il faut en tenir compte et prescrire les examens complémentaires nécessaires. En effet, 1 % à 15 % **[4]** des cancers mammaires sont révélés par une douleur du sein.

Modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires

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

Ecoulement mamelonaire

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

Hématome, ecchymose spontanée

Etude épidemio – clinique et prise en charge du cancer du sein au chyme

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

 Adénopathies axillaires isolées

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

Gros bras

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

B. Examen physique

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

Inspection

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

Cette inspection doit se faire de face et de profil et être complétée en modifiant l'éclairage pour obtenir une lumière a jour frisant **[3]**. L'exploration sera tout d'abord globale. On apprécie le volume des seins, leur symétrie, Il faut noter les anomalies des mamelons ou des aréoles, les lésions cutanées en les reportant sur un schéma pour les reconnaitre sur la mammographie.

Les signes inflammatoires

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

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

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

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

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

Les ulcérations : correspondent le plus souvent a un cancer évolue. On peut toutefois en observer en cas de comedomastite, de papillomes solitaires, de tuberculose mammaire...

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

 Palpation

Il faut toujours palper les seins et les aires ganglionnaires.

- Les seins

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

La palpation doit se faire sur la patiente assise, puis couchée ; une bonne palpation doit se faire, la main bien à plat, avec l'extrémité de l'index et du médius, en se plaçant toujours du cote à examiner. Il faut effectuer 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 centrale, en appréciant la mobilité du mamelon, son épaisseur, en se méfiant du rebord glandulaire au niveau de l'aréole, qui donne parfois une fausse impression de tumeur.

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

- La tumeur

Le diagnostic de tumeur n'est pas toujours aise, en particulier si le sein est nodulaire.

Une tumeur étant reconnue, il faut préciser son siège, sa taille, ses limites, sa consistance, sa forme, sa mobilite, sa focalise, et l'existence d'une poussée inflammatoire.

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

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

Les limites : une tumeur maligne a typiquement des contours irréguliers. Cet aspect typique n'est pas constant, certains cancers de haut grade et les carcinomes colloides, 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 fibroadenome ;

Le caractère rénitent est en faveur d'un kyste ;

Un kyste sous tension est ferme ;

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

une tumeur dure, saillante, anguleuse évoque un cancer ou une lésion bénigne calcifiée ;

Un cancer colloide ou médullaire est souvent de consistance molle.

La forme : une tumeur maligne est souvent anguleuse, mais il existe des carcinomes de forme arrondie ou ovalaire (cancers colloides, medullaires, intra kystiques, galactophoriques de croissance rapide). Des tumeurs rares peuvent egalement se traduire par une tuméfaction ronde : sarcomes du sein, localisations intra mammaires des lymphomes ou localisations métastatiques, en particulier des mélanomes malins.

La mobilité : est un bon signe de nature lésionnelle.

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

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

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

L'écoulement mamelonaire : 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 est une indication de galactographie avec cytologie du liquide d'écoulement. Ce liquide peut etre sereux, sanglant ou sero sanglant ; il peut traduire un cancer dans 20 a 25 % des cas **[1].**

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

Les aires ganglionnaires : L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires doit être systématique, quels que soient les résultats de l'exploration du sein. Autant le diagnostic clinique de métastase ganglionnaire est fiable en présence d'adénopathies sus-claviculaires dures, autant ce diagnostic est incertain pour les ganglions axillaires avec un taux d'erreur important allant jusqu'à 30 % de faux négatifs **[1]**.

Les creux axillaires : Ils doivent être palpes en position relâchée, les mains de la patiente reposant sur les épaules de l'examinateur. La main droite explore le creux axillaire gauche et la main gauche explore le creux axillaire droit. La palpation peut être difficile si les ganglions sont haut situes ou si le creux est adipeux. Il faut apprécier le nombre, la consistance, la taille, la mobilité et la situation des adénopathies perçues. Les ganglions palpables ne sont pas forcément néoplasiques.

L'étude du creux axillaire doit être comparative par rapport au creux controlatéral. En cas d'adénopathies bilatérales, il faut explorer les autres aires ganglionnaires.

Les creux sus et sous claviculaires : Ils doivent être examiné cou tendu et relache, tête penchée du cote palpe, la femme étant en position assise. L'examinateur se place en général derrière la patiente.

2.4.2.2 Examens para cliniques

A) <u>La mammographie</u>

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

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

- Opacités stellaires

C'est la traduction mammographique la plus classique du cancer du sein. Elle est constituée d'un centre dense associe a une collerette de spicules plus ou moins longs.

Il peut s'y associer des micro- calcifications, un halo clair peri lesionnel, un epaississement et (ou) une rétraction cutanée en regard de la lésion, une desorganisation architecturale, des adénopathies axillaires a centre dense.

- Micro-calcifications

Elles peuvent entre associées a une opacité tumorale ou, a l'inverse, entré isolees. Elles sont alors le seul marqueur radiologique d'un cancer infra clinique.

Les aspects possibles des micro-calcifications sont très polymorphes. Il faut rechercher des critères de malignité parmi les suivantes : forme vermiculaire, irrégulière, polymorphisme, taille et densités différentes, nombre important, regroupement en foyer, foyer en forme triangulaire a sommet mamelonaire.

B) <u>Echographie mammaire</u>

Elle peut préciser les caractères de la tumeur et détecter les lésions associées. Elle permet également de mieux préciser le siège de la tumeur, elle est intéressante dans l'exploration des seins denses et permet un prélèvement echoguide a vise Diagnostique.

L'image échographique maligne typique est une masse hypoechogene, solide, non compressible, d'aspect lacunaire, a contenu irrégulier avec zone d'ombre postérieur ou ayant des dimensions antéro-postérieures supérieures à ses dimensions transversales.

C) <u>Cytologie après cytoponction</u>

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

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

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

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

ou non.

En cas de tumeur palpable, de nodule mammographique, elle est réalisée parponction a l'aiguille fine en plein dans la masse **[2].**

Pour les tumeurs non palpables, la cytoponction se fera sous échographie guidée **[2]**. La cytologie constitue parfois un geste thérapeutique en cas de kyste par ponction aspiration.

Sa fiabilité représente une spécificité supérieure a 95% et une valeur prédictive positive de cancer de 99% **[3].**

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

D) Histologie

C'est l'examen indispensable pour porter le **diagnostic de certitude du cancer du sein.**

Elle se fera soit à partir d'une ponction biopsie au trocart (drill – biopsie), soit à partir d'une biopsie d'exérèse.

E) Galactographie

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

F) Kystographie

Elle est indiquée quand il existe de gros kystes**.**

G) **Autres examens**

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

Le C.A. 15.3 est un antigène exprime dans les membranes des vésicules graisseuses produit par la cellule mammaire. Le dosage du taux sérique de cet antigène a peu de valeur diagnostique mais il permet de suivre l'évolution du cancer du sein lorsqu'il est effectué de façon répète **[3].** 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 a risque métastatique élevé, lorsque le dosage est effectué de façon séquentielle **[3].**

L'IRM

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

3.4. Evolution – pronostic

3.4.1. Evolution

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

Extension

- Extension locorégionale

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

- Extension générale

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

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

3.4.2. Pronostic

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

Facteurs de risque métastatique clinique [4]

- taille anatomique de la tumeur (supérieur a 3cm) ;
- caractère multifocal ou bilatéral ;
- Age inferieur a 40 ans ;
- envahissement cutané ou pariétal ;
- présence d'emboles lymphatiques ou vasculaires ;
- dissémination au mamelon si mastectomie.

Facteurs de risque métastatique histologique

Grade histologique(SBR) cote a III.

Classification TNM

Tableau VI : classification TNM

T : Tumeur primitive N : Adénopathies M : Métastases à distance

Tis : Carcinome in situ ou Maladie

de Paget du mamelon sans tumeur décelable

Tx : Détermination de la tumeur impossible

Nx : Appréciation impossible Mx : Appréciation impossible

To : pas de tumeur primitive No : pas de ganglions axillaires palpables

Mo : pas de métastases à distance

T1 : Tumeur < 2cm N1 : Ganglions axillaires homolatéraux mobiles

M 1 : Métastases à distance (y compris ganglions sus claviculaire)

T2 : Tumeur> 2 cm et < 5 cm N2 : Ganglions axillaires homolatéraux fixes

T3 : Tumeur > 5cm N3 : Ganglions mammaires homolatéraux fixes

T4 : Extension directe à la paroi thoracique ou a la peau

3.5. Anatomie pathologique

Elle confirme le diagnostic et précise le type histologique.

L'examen histologique pourra se faire sur :

. Du matériel recueilli par biopsie (microbiopsie ou macrobiopsie)

. Une biopsie exérèse

. Une mastectomie.

A. Aspects macroscopiques

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

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

B. Aspects microscopiques

1. Les carcinomes non infiltrants ou carcinomes in situ

Le carcinome canalaire in situ

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

cribriformes.

C'est une forme rare : 4 % des cancers **[1].**

Habituellement il n'ya pas de foyer invasif et on ne note pas de métastases ganglionnaires **[1].**

Le carcinome lobulaire in situ

Carcinome intéressant les canalicules intra lobulaires comblées et distendues par une prolifération de cellules peu jointives sans envahissement du tissu conjonctif voisin.

Il représente 2,5 % des cancers **[1]** et se caractérise par son caractère multicentrique et sa tendance à la bilaterisation.

2. Les carcinomes infiltrants

- **Le carcinome canalaire infiltrant**

C'est la forme la plus fréquente : 70 % des cancers du sein **[1].** Il peut présenter trois types d'architectures : bien différencie avec des structures tubulaires prédominantes, moyennement différencie et indifférencie avec une absence de structures glandulaires.

Les métastases ganglionnaires sont fréquentes 40 à 50 % **[1].**

- **Le carcinome lobulaire infiltrant**

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

- le carcinome mucineux ou colloïde

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

- Le carcinome médullaire

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

- Le carcinome tubulaire

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

- Le carcinome papillaire

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

- Le carcinome apocrine

Il est forme de cellules a abondant cytoplasme éosinophile analogue a celui des cellules apocrines métaphasiques.

- Les carcinomes métaplasiques

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

- Le carcinome riche en lipides

Il est rare mais d'un pronostic particulièrement péjoratif.

- La maladie de Paget

Cliniquement elle se présente comme étant un eczéma du mamelon. Cet << eczéma>> correspond histologiquement a des éléments carcinomateux isoles ou en amas, migres dans l'épaisseur de l'épiderme mamelonaire a partir d'un carcinome sous-jacent. C'est ce carcinome qu'il faudra toujours s'efforcer de retrouver en présence d'image de cellule de Paget

- Les tumeurs phylloides malignes

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

- Les tumeurs secondaires

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

- Les formes survenant sur terrain particulier

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

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

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

3..6 Diagnostics différentiels

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

Les infections de diverses origines : galactocele, comedomastites, tuberculose mammaire.

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

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

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

3.7. Traitement

- But

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

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

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

1. Tumorectomie : C'est l'ablation chirurgicale complète d'une lésion cliniquement limitée. Elle permet une étude histologique qui fournira des précisions diagnostiques et pronostiques.

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

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

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

La radiothérapie néo adjudante ou adjudante: elle vise à stériliserla tumeur, les sites ganglionnaires et à prévenir les récidivesLocorégionales.

La chimiothérapie: elle consiste en l'administration de produits anti tumoraux représentés par les **anthracyclines** (adriamycine) ; les **alkylants** (cyclophosphamide) ; les **anti-métabolites** (5 fluoroUracile et le methotrexate) ; les **vinca-alcaloïdes** (vincristine) ; les **sels de platine** (cisplatines) ; le **Taxotere** etc.

L'hormonothérapie

- Le Tamoxifene : il est recommandé chez les femmes âgées de 50 ans

ou plus et ménopausée et dans les tumeurs avec récepteurs aux œstrogènes positifs.

- Les Anti aromatases : se sont des inhibiteurs de l'aromatase, utilises dans le cadre du traitement complémentaire du cancer du sein. Ils sont réserves aux femmes ménopausées présentant un cancer du sein arécepteurs hormonaux positifs.
- **Les thérapies ciblées:** consistent à trouver ou à créer des molécules capables de bloquer les capteurs des cellules cancereuses : Trastuzumab, bloquer les vaisseaux sanguins pour empecher les cellules de senourrir : Bevacizumab,

-Indications thérapeutiques [3]

a. Traitement chirurgical

- La chirurgie conservatrice

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

-La mastectomie radicale associée au curage axillaire

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

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

b. Chimiothérapie

-La chimiothérapie adjudante

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

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

-La chimiothérapie néo-adjuvante

Elle s'adresse aux cas de tumeurs non opérables d'emblée. En cas d'atteinte ganglionnaire clinique quel que soit la taille de la tumeur initiale pour les tumeurs T2 a T4 sans atteinte ganglionnaire.

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

-La chimiothérapie palliative

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

c. Radiothérapie

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

La radiothérapie sera programmée des avant la fin des cures de chimiothérapie adjuvante de manière a pourvoir référer le ou la malade dans les délais raisonnable pour la pratique de ce traitement.

d. Hormonothérapie

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

- Le Tamoxifene est prescrit a la dose de 20 mg par jour par voie orale pendant cinq (5) ans. La malade doit etre examinée tous les ans par un gynecologue a la recherche d'une pathologie endometriale éventuelle induite par la thérapeutique.
- Les Anti aromatases: Aminoglutethimide 500 mg/jour associée a celle de 30 mg/jour d'hydrocortisone **[2].**

e. Les thérapies ciblées

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

Les cas particuliers [1].

- **Le cancer in situ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.8. Survie à 5ans [1]

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

Tableau VII : Le taux de survie a 5 ans en fonction de la taille tumorale et de l'envahissement ganglionnaire. Stade % Survie a 5 ans : In situ 100 %, T1 NN 92 %, T2 NN 87 %, T3 NN 77%,T4 N0 53%.

3.9. Prévention

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

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

- le pronostic d'une tumeur du sein dépend du stade auquel le diagnostic, et donc le traitement est fait.

Les moyens de dépistage :

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

-Examen clinique par le médecin : l'examen médical annuel des seins des femmes de plus de 35 ans permet de découvrir de 1,3 a 4,6 cancers pour 1000 femmes examinées.
Cet examen peut être fait par le médecin de famille ou le gynécologue, mais aussi par le médecin du travail.
Les tumeurs de taille inferieure a 0,5cm sont difficilement découvertes par cet examen.

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

III <u>Méthodologie</u>

1. <u>Type et période de l'étude</u> :

Il s'agit d'une étude analytique descriptive sur 9 mois allant du 1er janvier 2021 au 30 septembre 2021 soit 9 mois.

2. <u>Cadre et lieu de l'étude</u> :

Elle a été réalisée au sein de l'unité de maternité du CSRéf de Djenné et 3 aires de santé semi urbaines pour un total de 4 structures de santé.

3. Population de l'étude :

L'étude a concerné toutes les femmes en âge de procréation du district sanitaire de Djenné ayant été reçus en consultation pendant la période d'étude ou ayant consenti au dépistage de masse.

- **Echantillonnage :**

Il sera exhaustif et aléatoire comprenant toutes les femmes en âge de procréation reçues en consultation et au dépistage pendant la période d'étude.

- **Critères d'inclusion :**

Ont été incluses toutes les femmes de 14 ans ou plus en âge de procréation.

NB : L'échographie et la radiographie mammaires seront réalisées chez les patientes présentant de lésions suspectes de cancer de sein.

- ✓ **Critères d'exclusion :**

N'ont pas été incluses :

- Les femmes ménopausées ;
- Les jeunes filles jamais réglées.

- ✓ **Source de collecte des données :**

Les renseignements seront recueillis sur une fiche d'enquête établie à partir des notifications mensuelle de dépistage et de la consultation gynécologique. Le traitement des données sera fait sur le logiciel Word 2016.

- ✓ **Analyses statistiques :**

Les données seront analysées sur le logiciel Epi info 7 version française ; la comparaison des variables seront faites au test de chi 2 et ANOVA.

- ✓ **Considérations éthiques :**

Approbation du comité national d'éthique de recherche pour la santé au Mali ; autorisation des autorités de santé ; formulaire de consentement éclairé et confidentialité des données.

IV. Résultats

Au total **320** femmes toutes en période d'activité génitale ont été enregistrés pendant la période d'étude.

NB : Aucun homme n'a été enregistré dans notre étude malgré la sensibilisation communautaire sur les facteurs de risque des cancers du sein. La raison serait le manque d'information de ceux-ci sur la problématique de la maladie qui touche à la foi les femmes et les hommes.

A/Données administratives

Tableau 1 : Répartition des femmes selon le type de visite médicale

Type de visite médicale	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Dépistage de masse	185	57,8125
Devant un symptôme	135	42,1875
Total	320	100

Tableau 2 : Répartition des femmes selon l'âge

Age	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
14 à 20 ans	45	14,0625
20 à 30 ans	70	21,875
30 à 40 ans	85	26,5625
40 à 50 ans	70	21,875
55 ans	50	15,625
Total	320	100

Les âges extrêmes étaient de 14 ans et 55 ans ; la tranche d'âge la plus représentée était 30à 40 ans.

Tableau 3 : Répartition des femmes selon leur profession

Profession	Nombre de femmes	Pourcentage%()
Femmes au foyer	180	56,25
Cadre moyen	40	12,5
Cadre supérieur	30	9,375
Elève/Etudiante	55	17,1875
Autres	15	4,6875
Total	320	100

Les femmes au foyer ont été les représentées soit 56,25%

Tableau 4 : Répartition des femmes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Marié	270	84,375
Célibataire	37	11,5625
Veuve	5	1,5625
Divorcé	8	2,5
Total	320	100

Tableau 5 : Répartition des femmes selon leur ethnie

Ethnie	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Bambara	50	15,625
Peulh	**70**	**21,875**
Bozo	**65**	**20,3125**
Bobo	20	6,25
Dogon	15	4,6875
Mossi	5	1,5625
Soninké	20	6,25
Tamaseck	10	3,125
Mianka	7	2,1875
Sonrhai	40	12,5
Autres	9	2,8125
Total	320	100

Tableau 6 : Répartition des femmes selon leur provenance

Provenance	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Ville de Djenné	220	68,75
Aire santé de :	90	28,125
Hors district	10	3,125
Total	320	100

Tableau 7 : Répartition des femmes selon leur mode d'admission

Mode d'admission	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Venu d'elle-même	316	98,75
Adressé par un Cscom	3	0,9375
Adressé par la communauté	1	0,3125
Total	320	100

Tableau 8 : Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Primaire francophone	90	28,125
Secondaire francophone	40	12,5
Supérieur francophone	2	0,625
Primaire arabe	**110**	**34,375**
Analphabète	78	24,375
Total	320	100

Tableau 9: Répartition des femmes selon la présence d'antécédents familial de cancers de sein

ACTD familial de cancers de sein	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Oui	0	0
Non	230	100
Total	230	100

Tableau 10 : Répartition des femmes selon la présence d'un antécédent personnel de cancers de sein

ACTD personnel de cancers de sein	Nombre de femmes	Pourcentage(%)
Oui	0	0
Non	230	100
Total	230	100

Tableau 11: Répartition des femmes selon la parité

ATCD obstétricaux	**Nombre de femmes**	**Pourcentage(%)**
Nullipare	5	1,5625
Multipare	213	68,125
Grande multipare	102	31,875
Total	320	100

Tableau 12 : Répartition des femmes selon les habitudes alimentaires

Habitudes alimentaires	**Nombre de consommatrices**	**Pourcentage(%)**
Tabac	0	0
Alcool	0	0
Lipides	320	100
Protides	320	100
Total		100%

Tableau 13: Répartition des femmes selon l'IMC

IMC ou BMI (Poids/taille2)	**Nombre de femmes**	**Pourcentage(%)**
1=inférieur à 10/	0	0
2=10-12,9/	5	1,5625
3=13-15,9/	**175**	**54,6875**
4=16-16,9/	129	40,3125
5=17-18,4 /	8	2,5
6=18,5-24,9/	3	0,9375
7=25-29,9/	0	0
8=30-34,5 /	0	0
9=35-39,9 /	0	0
10= Superieur à 40	0	0
Total	320	100

Tableau 14 : Répartition des femmes selon la performance statut de l'OMS

Statut OMS	**Nombre de femmes**	**Pourcentage(%)**
0=0	305	95,3125
/ 1=1	15	4,6875
/ 2=2	0	0
/3=3	0	0
/ 4=4	0	0
Total	320	100

Tableau 15 : Répartition selon la fréquence des symptômes à l'examen clinique

Symptômes	**Nombre de patientes ayant présenté les Symptômes**	**Pourcentage(%)**
Aspect peau d'orange	1	0,3125
Nécrose mammaire	2	0,625
Présence masse (nodule)	2	0,625
Aspect peau d'orange associée à l'ulcération	0	0
Aspect peau normal anodulaire	304	95
Galactorrhée	7	2,1875
Sécrétions pathologiques (sang, pus)	0	0
Mastite	4	1,25
Total	320	100

Tableau 16 : Répartition patientes selon la présence d'une adénopathie axillaire à l'examen clinique

Adénopathie axillaire à la palpation	**Nombre patiente**	**Pourcentage(%)**
Non	319	99,68 %
1 adénopathie	1	0,32
2 adénopathies	0	0
3 Adénopathies et plus	0	0
Total	320	100 %

Tableau 18 : Répartition patientes présentant des lésions suspectes selon l'évolution pendant 9 mois de suivi

Evolution	**Effectif**	**Pourcentage**
Patientes vivantes	5	41,66
Perdues de vue	6	50
Décès	**1**	**8,33**
Total	12	100

Quelques observations cliniques

Cas 1 : Patiente 25 ans G3P3V3 admise pour mastodynie bilatérale, allaitante chez qui l'échographie mammaire conclue à une mastite à plasmocyte bilatérale

Cas 2 : Patiente de 31 ans G5P5V4 allaitante admise pour inflammation du sein gauche chez qui l'examen clinique conclu à un abcès **nécrosé** du **sein**

Cas 3 : Aspect peau d'orange du sein droit chez une patiente de 35 ans G6P6V3, hypertendue connue, douloureux avec absence de nodules à la palpation

V. Commentaires et discussions

A/Données administratives

Plus de la majorité des patientes reçus pendant notre étude ont été admise à l'occasion d'un dépistage de masse des cancers de sein avec un taux de **57, 81%.** Cela s'explique par l'importance que la population accorde à la pathologie cancéreuse.

La tranche d'âge la plus représenté dans notre étude a été celle de 30 à 40 ans avec **26,56 %** due à la forte fécondité celle –ci par rapport aux autres tranches d'âge dans le cercle de Djenné.

84,37 % de nos patientes étaient mariées dont **56,25 %** des femmes au foyer donc avec un niveau de vie socioéconomique précaire.

Notre étude n'a enregistré aucun homme, **100 %** des personnes dépistées étaient des femmes venues d'elles-mêmes accompagnées par un membre de la famille. Les Peulhs et les Bozos étaient les ethnies les plus représentées avec respectivement **21,87 %** et **20,31 %** du faite de leur forte densité dans la région.

Aucun ACTD familial et/ou personnel de cancer de sein n'a été trouvé à l'interrogatoire pendant notre étude.

Ces deux groupes femmes sont considérés comme les plus exposés aux cancers mammaires à cause de l'utilisation abusive et de longue durée des estroprogestatifs.

Les habitudes alimentaires des femmes reposent essentiellement sur la consommation des aliments énergétiques (lipides, protéines et glucides) ce qui les expose au surpoids et à l'obésité.

Plus la majorité des femmes avec un IMC compris n'entre 13-15,9 avec **54,69 %.**

La performance de l'OMS a été évaluée chez toutes les patientes à leur admission et **95,31 %** de celles-ci ont été classés au niveau 0=0 ; c'est à dire aptes à faire leurs activités quotidiennes en toutes libertés.

Douze(12) de nos patientes présentaient des lésions suspectes : Aspect peau d'orange, nodules mammaires, Galactorrhée, nécrose mammaire et mastite. Toutes ces patientes ont été traitées et orientées vers l'hôpital selon les cas pour des examens spécialisés.

NB : 1 cas des 2 cas de nécrose mammaire a rendu l'âme à domicile dans un tableau de septicémie après refus évacuation vers l'hôpital. Le traitement curatif administré à domicile était traditionnel selon l'entourage. 1 cas a été hospitalisé dans le service de chirurgie générale du CSRéf et traité comme abcès mammaire dont les suites ont été favorables sous triples antibiothérapies, antalgiques antipyrétiques et pansement antiseptiques (voir photo cas cliniques).

Nous avons retrouvé une adénopathie axillaire associée à un nodule mammaire d'environ 3 cm à la palpation chez une patiente qui a été à la suite référé à l'hôpital régional pour prise en charge.

L'échographie mammaire a été demandé pour tous les cas suspects (12 cas) dont trois réalisées pour faute de moyens financiers. Les résultats des trois cas étaient en faveur d'une mastite à plasmocyte.

NB : La mammographie a été demandée chez toutes les patientes au csref mais non réalisée pour faute de moyens. Aucune analyse anatomopathologique ou biochimique n'a été réalisée par absence de moyens adaptés dans le laboratoire.

Un cas de décès a été enregistré dans notre étude et s'agissait d'une patiente de 45 ans présentant une nécrose mammaire du sein gauche putréfié.

Recommandations : Au terme de notre étude, nous avons formulé certaines recommandations qui s'adressent :

1. Pérenniser les journées de dépistage gratuit du cancer en milieu rural (**Etat, PTF**);
2. Appuyer financièrement les activités de dépistage de masse du cancer du sein dans le district **(Etat, PTF**) ;
3. Systématiser le dépistage du cancer du sein lors des consultations curatives y compris les CPN et CPON (**Techniciens santé**).

Conclusion

Le cancer du sein a Mali :

- *Problème de santé publique majeur;*
- *1er cancer de la femme avec 23,9 %;*
- *70% découvert a un stade tardif localement avancé d'où la*
- *Nécessité d'un d**épistage précoce** :*

-Autopalpation des seins par les femmes;

-Examen clinique systématique des seins;

-Mammographie de dépistage.

Référence bibliographiques

1.1 M M. KEITA Cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans au Mali : Profils épidémiologiques histopathologiques au CHU point G Bamako, Mali 2018.

1.2 A D. Coulibaly : Cancer du sein : Aspect anatomopathologiques et pronostiques au CHU point G **Bamako, Mali** 2014-2015.

1.3 T S. STELVE : bilan de 6 (six) annees d'exploration du cancer du sein par l'examen cytologique dans le service d'hemato-oncologie medicale du CHU du point G, Bamako, Mali 2013-2014.

1.4 Etude épidemio-clinique et prise en charge du cancer du sein au CHU Mère-Enfant <<Luxembourg >> de 2010 à 2011.

Annexes

Questionnaire :

A. Données administratives :

1. Date : …….

2. N° D'anonymat : ……

3. Type de dépistage : /……/

a. Dépistage de masse

b. Devant un symptôme

4. **Age**:/……/

a. 13 à 20 ans

b. 20 à 30 ans

c. 30 à 40 ans

d. 40 à 50 ans

e. 50 ans et plus

5. **Sexe**:/……/
   a. Masculin
   b. Féminin
6. **Profession** : /……/
   a. Ménagère
   b. Cadre moyen
   c. Cadre supérieur
   d. Elève
   e. Autres
7. **Statut matrimonial** : /……/
   a. Marié
   b. Célibataire
   c. Veuve
   d. Divorcé
8. **Ethnie** : /……/
   a. Bambara
   b. Peulh
   c. Bozo
   d. Bobo
   e. Dogon
   f. Mossi
   g. Soninké
   h. Tamaseck
   i. Mianka
   j. Sonrhai
   k. Autres
9. **Provenance** : /……/
   a. Ville de Djenné
   b. Aire santé de :
   c. Hors district
10. **Mode d'admission** : /……/
   a. Venu d'elle-même

b. Adressé par un Cscom

c. Adressé par la communauté

11. **Niveau d'instruction** : /……/

a. Fondamental

b. Secondaire

c. Supérieur

d. Medersa

e. Analphabète

12. **Antécédents familiaux de cancer du sein** : 0=non 1= oui

Si oui : 1=coté du père 2=côté de la mère 3=coté enfant de la patiente
1. Du côté du père
-Grand-mère 0=non 1= oui
-Grand-père 0=non 1=oui
-Père 0=non 1= oui
-Tante 0=non 1=1 tante 2=2 tantes 3= 3 tantes ou plus
-Oncle 0=non 1=1 oncle 2=2 oncles 3=3 oncles ou plus
-Cousine 0=non 1=1 cousine 2= 2 cousines 3=3 cousines ou plus
-Nièce 0=non 1=1 nièce 2=2 nièces 3=3 nièces ou plus
2. Du côté de la mère
-Grand-mère 0=non 1= oui
-Grand-père 0=non 1=oui
-Père 0=non 1= oui
-Tante 0=non 1=1 tante 2=2 tantes 3= 3 tantes ou plus
-Oncle 0=non 1=1 oncle 2=2 oncles 3=3 oncles ou plus
-Cousine 0=non 1=1 cousine 2= 2 cousines 3=3 cousines ou plus
-Nièce 0=non 1=1 nièce 2=2 nièces 3=3 nièces ou plus
3. Du coté des enfants du (de la) patient(e)
-Fille : 0=non 1=1 fille 2=2 filles 3=3 filles ou plus
-Fils : 0=non 1=1 fils 2=2 fils 3=3 fils ou plus
4. Autres 0=non 1=oui
Si oui à préciser

13. Antécédent personnel de cancer du sein : 0=non 1= oui

14. **ATCD obstétricaux**: /……/

a. Nullipare

b. Multipare

c. Grande multipare

15. **Habitudes alimentaires** : /……/

a. Tabac

b. Alcool

C. Lipides

D. Protides

B. **Données cliniques**

- ✓ Poids : kg Taille cm SC en m2
- ✓ IMC ou BMI (Poids/taille2) :
  1=inférieur à 10/
  2=10-12,9/
  3=13-15,9/
  4=16-16,9/
  5=17-18,4 /
  6=18,5-24,9/
  7=25-29,9/
  8=30-34,5 /
  9=35-39,9 /
  10= Superieur à 40
- ✓ TA max…..mmHg TA min….. mmHg
- ✓ Statut OMS : 0=0/ 1=1/ 2=2 /3=3 / 4=4
- ✓ **Signes/Symptômes**

	Sein Droit	Sein Gauche
Taille de la lésion à la Palpation en cm		
Aspect de la peau à l'examen clinique : 1=normal 2=aspect de peau d'orange 3=ulcération 4=peau d'orange associée à l'ulcération 5=nécrose 6=masse 7=autres		
Adénopathies axillaires : 0=non,1=une adénopathie,2=deux adénopathies,3=trois Adénopathies et plus		

Classification TNM : T
Classification TNM : N
Classification TNM : M

Poussées inflammatoires

0=PEV0 1=PEV1 2=PEV2
3=PEV3

Sécrétions mamelonaire
Pathologique 0=non 1= oui
Galactorrhée 0=non 1= oui

B. Accompagnement social des cas suspects :

a) Etait-elle accompagnée lors des différents rendez-vous

- Oui
- Non

b) Se sentait-elle stigmatisé

- Oui
- Non