

Ministère de l'enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un peuple-Un But-Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

MEMOIRE

**CONNAISSANCES, ATTITUDES, ET
PRATIQUES DES FEMMES EN AGE
DE PROCREER SUR LE CANCER DU
SEIN AU CS Réf COMMUNE II**

Année universitaire 2021-2022

N°.....

Présenté et soutenu publiquement le 10/03/2022 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Dr Amose KODIO

Pour obtenir le diplôme universitaire de sénologie

(CAPA SENO)

JURY

Président : Pr Bakary T DEMBELE

Membres : Pr Ibrahima TEGUETE

Pr Alhassane TRAORE

Pr Moussa A OUATTARA

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail :

❖ Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.

❖ A Toutes les personnes, singulièrement à celles qui ont été victime ou qui se battent encore contre le cancer du sein.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens également à remercier toute l'équipe de « CAPA-SENO ».

Au Professeur Ibrahima TEGUETE pour ses conseils dans la rédaction de mon mémoire, ainsi que toute l'équipe pédagogique pour leur volonté et la qualité de leurs enseignements.

Ma reconnaissance au Coordinateur du D.E.S de Gynécologie Obstétrique de la Faculté de médecine de Bamako, le Professeur Niani MOUNKORO, de m'avoir permis de participer à cette formation combien importante pour moi.

Mes remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes de la 1^{ère} promotion de ce Diplôme Universitaire de Sénologie.

Un grand merci à mes parents ainsi qu'à mes frères et sœurs pour leurs soutiens, leur amour tout au long de mes études.

Je remercie Dr DAO Seydou Z pour son aide à l'élaboration de mes questionnaires et entretiens.

Ma reconnaissance va également envers mon collègue et ami, Dr Soumaila SANOGO qui a su m'aider pendant les moments les plus critiques dans l'élaboration de ce document.

Enfin, j'adresse mes derniers remerciements à toutes ces femmes qui ont accepté de répondre à mes questions, et sans qui ce mémoire n'aurait pas été possible.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

Table des matières

OBJECTIFS	4
I-GENERALITES	6
1-Le sein	6
1.1-Anatomie descriptive :	6
1.1.1- Situation :	6
1.1.2-Configuration externe :	7
1.1.3-Configuration interne :	8
1.1.4-Structure :	10
1.2-Rappels physiologiques	11
1.2.1- Action des hormones gonadiques sur le sein	11
1.2.2-Action des hormones extra gonadiques	11
1.2.3- Variations physiologiques	12
2-Les principaux facteurs favorisants :	14
2.1-Les antécédents familiaux :	14
2.2-Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein :	15
2.3- Les antécédents personnels de maladie du sein :	16
2.4- Une longue vie génitale :	16
3- Les facteurs favorisants secondaires :	16
3.1- Les facteurs liés à la reproduction :	16
3.2- Les traitements substitutifs de la ménopause :	16
3.3- Le niveau socio-économique :	17
3.4- L'existence d'un cancer du côlon, de l'endomètre :	17
4-Clinique :	17
4.1-Circonstances de découverte :	17
4.2-Examen clinique :	17
4.2.1-Dépistage du cancer du sein :	17
4.2.2-Examen clinique du sein :	18
5-Auto examen des seins :	20
6-Comment pratiquer l'auto- examen des seins :	20
7-Les tumeurs mammaires	21
7.1-Tumeurs bénignes du sein	21

7.1.1- Les adéno-fibromes ou fibroadénomes.....	21
7.1.2- Les kystes	22
7.1.3-Tumeur phyllode.....	22
7.1.4-Adenome	23
7.1.5- Lipome.....	23
7.1.6-Papillome intracanalairé :	23
7.1.7- Calcifications	24
7.1.7.1-Formes dont la bénignité est à peu près sûre :	25
7.1.7.2-Formes qui sont le plus souvent associées à des lésions bénignes, avec des réserves : ..	25
7.1.7.3-Formes suspectes de malignité :	25
7.2- Cancers in situ	26
7.2.1- CCIS de haut grade nucléaire (grade III).....	27
7.2.2- CCIS de bas grade nucléaire (grade I).....	27
7.2.3- CCIS de grade nucléaire intermédiaire (grade II).....	27
7.3- les cancers infiltrants	28
II-METHODOLOGIE	31
1-Cadre d'étude :	31
2-Type d'étude :	31
3-Periode d'étude :	32
4-Population d'étude :	32
5- Echantillonnage :	32
6- Collecte des données :	33
7- Déroulement de l'enquête :	33
III-RESULTATS	35
IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	45
V-RECOMMANDATIONS.....	53
VI-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau N°1 : Facteurs influençant le niveau de connaissance du cancer du sein

Tableau N°2 : Répartitions des femmes selon leurs connaissance sur les facteurs de risque du cancer du sein

Tableau N°3 : Influence du niveau d'étude sur la connaissance des femmes des signes clinique du cancer du sein

Tableau N°4 : Répartition des femmes selon leurs attitude devant une tumeur mammaire

Tableau N°5 : Répartition des femmes selon les moyens de dépistage utilisé

Tableau N°6 : Répartition des femmes selon leurs pratique du dépistage du cancer du sein

Tableau N°7 : Répartition des femmes selon la fréquence de réalisation de l'autopalpation

Tableau N°8 : Répartition des femmes selon leurs perception du cancer du sein par les femmes

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure N°1 : Situation de la glande mammaire

Figure N°2 : Coupe para sagittale schématique passant par le mamelon de la glande mammaire

Figure N°3 : Coupe para sagittale schématique du sein

Figure N°4 : Répartitions selon leurs connaissance sur les moyens de dépistage

Figure N°5 : Attitude des femmes devant une douleur mammaire

Figure N°6 : Attitude des femmes devant un écoulement mammaire

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N°1 : Répartitions selon leurs sources d'information sur le cancer du sein

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CII : Commune II

LH : Luteinizing Hormone

FSH : Follicle Stimulating Hormone

PRL : Prolactine

BRCA : Breast Cancer Gene (1 et 2)

ADN : Acide Désoxyribonucléique

CCIS : Carcinome Canalaire in situ

CLIS : Carcinome Lobulaire in situ

NLIS : Néoplasie Lobulaire in situ

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Lors de la Journée mondiale contre le cancer du 4 février 2020, l’OMS avait rappelé que le cancer est responsable d’un décès sur six dans le monde, mais que l’on pouvait prévenir jusqu’à 50 % de tous les cancers [1]. Le cancer du sein représente le cancer le plus fréquent chez la femme. Son taux d’incidence augmente avec l’âge, survenant essentiellement entre l’âge de 50 et 60 ans. On note une augmentation constante de l’espérance de vie, plus marquée chez la femme, et de ce fait une augmentation parallèle du nombre de cas de cancer du sein; ce qui fait de cette pathologie un problème de santé publique [2]. Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France, avec une incidence de 53000 nouveaux cas par an [3, 4]. Le cancer du sein naît bien avant son émergence clinique et son diagnostic [5]. C’est une maladie progressive qui peut devenir systémique à un stade avancé lorsqu’elle n’est pas détectée et prise en charge précocement. En effet, la découverte précoce du cancer du sein grâce au dépistage et l’instauration d’un traitement lorsque le cancer est à un stade localisé, améliorent de manière significative le pronostic de la maladie et contribuent également à une baisse de la mortalité liée à la maladie [6]. Les efforts pour réduire la mortalité liée au cancer du sein se focalisent sur la détection précoce et le traitement. En effet, le dépistage permet de détecter les cancers à un stade précoce, permettant un traitement plus efficace et « moins lourd » [7]. Les facteurs de risques et les moyens de prévention sont peu connus, leur maîtrise par la population contribuerait à diminuer sa fréquence. Un

dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre la maladie. Il permet d'améliorer les chances de survie ainsi que l'issue du cancer du sein [8].

Au Mali, il n'y a pas eu d'étude pour évaluer le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du sein.

Nous avons initiés ce travail dans le but d'évaluer le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du Sein.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif Générale

Evaluer le niveau de connaissance, les attitudes et les pratiques des femmes en âge de procréer sur le cancer du sein.

Objectifs spécifique

1. Déterminer le niveau de connaissance des femmes en âge de procréer sur le cancer du sein au CS Réf CII.
2. Déterminer les facteurs influençant le niveau de connaissance et la pratique des femmes en âge de procréer sur le cancer du sein au CS Réf CII.
3. Evaluer la perception qu'ont ces femmes sur le cancer du sein.

GENERALITES

I-GENERALITES

1-Le sein

Le sein est une glande superficielle située contre le thorax, entre la peau et le muscle grand pectoral. Il est également appelé glande mammaire. Il joue un rôle important chez la femme afin de permettre de nourrir le nouveau-né sans oublier le rôle majeur de l'image du corps et de la sexualité.

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau des cellules de la glande. Une cellule normale devient tumorale après de nombreuses modifications, progressives et irréversibles. En temps normal, les modifications cellulaires sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsqu'une cellule devient cancéreuse, elle perd sa capacité de réparation. A ce moment-là, elle se multiplie et finit par former une masse appelée tumeur maligne [9].

1.1-Anatomie descriptive :

1.1.1- Situation :

La glande mammaire est une glande exocrine, paire et lobulée, de morphologie très variable selon le sexe et la phase de la vie génitale. Elle se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antéro-latérale du thorax [10].

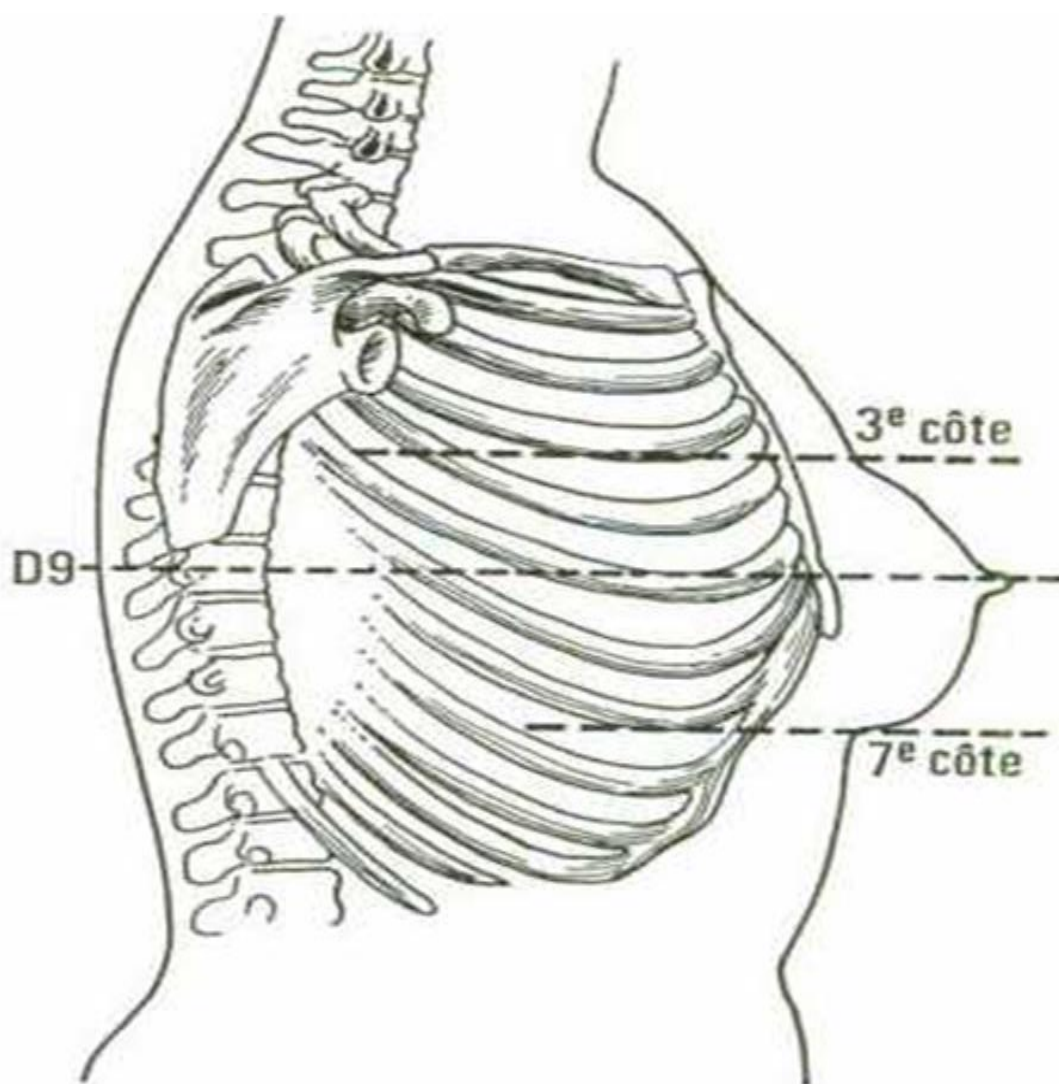


Figure N°1 : Situation de la glande mammaire [10].

1.1.2-Configuration externe :

Elle comporte trois zones : [11]

- **La zone périphérique** : La peau est dans son ensemble lisse et souple ; glabre chez la femme et l'enfant, elle est revêtue d'un système pileux plus ou moins abondant chez l'homme, surtout près de la ligne médiane. Elle se différencie au niveau de l'extrémité antérieure de la glande mammaire, approximativement en regard du troisième espace

intercostal, pour former l'aréole et le mamelon. Sous ce plan cutané existe un pannicule adipeux plus ou moins développé.

- **L'aréole** : C'est un disque assez régulier de 40 à 50 mm de diamètre entourant la base du mamelon avec lequel elle se continue. Doublée à sa face profonde par le muscle de l'aréole, elle renferme des glandes sudoripares et des glandes sébacées qui font saillie à sa face extérieure constituant les tubercules de Morgagni.

- **Le mamelon** : Il est placé au centre de l'aréole et forme une surélévation cylindrique de 10 à 12 mm de long et de 9 à 10 mm de large. De même coloration brunâtre que l'aréole, il présente à son extrémité une série de petits orifices correspondant à la terminaison des canaux galactophores.

1.1.3-Configuration interne :

Chez la femme, la glande mammaire se développe dès le début de la puberté et constitue une masse de tissu glandulaire de coloration blanc bleuâtre, de forme grossièrement circulaire située à la face antérieure de la partie externe du muscle grand pectoral.

Elle présente :

- une face postérieure sensiblement plane,
- une face antérieure convexe, irrégulière, présentant une série de crêtes plus ou moins marquées : les crêtes fibro-glandulaires de Duret

qui donnent attache à des lamelles conjonctives du tissu cellulaire sous-cutané constituant les ligaments de Cooper.

- une circonférence, très irrégulière, émettant des prolongements dont un seul est constant : le prolongement axillaire qui contourne le bord inférieur du muscle grand pectoral et empiète plus ou moins sur les plans superficiels du creux axillaire. [12]

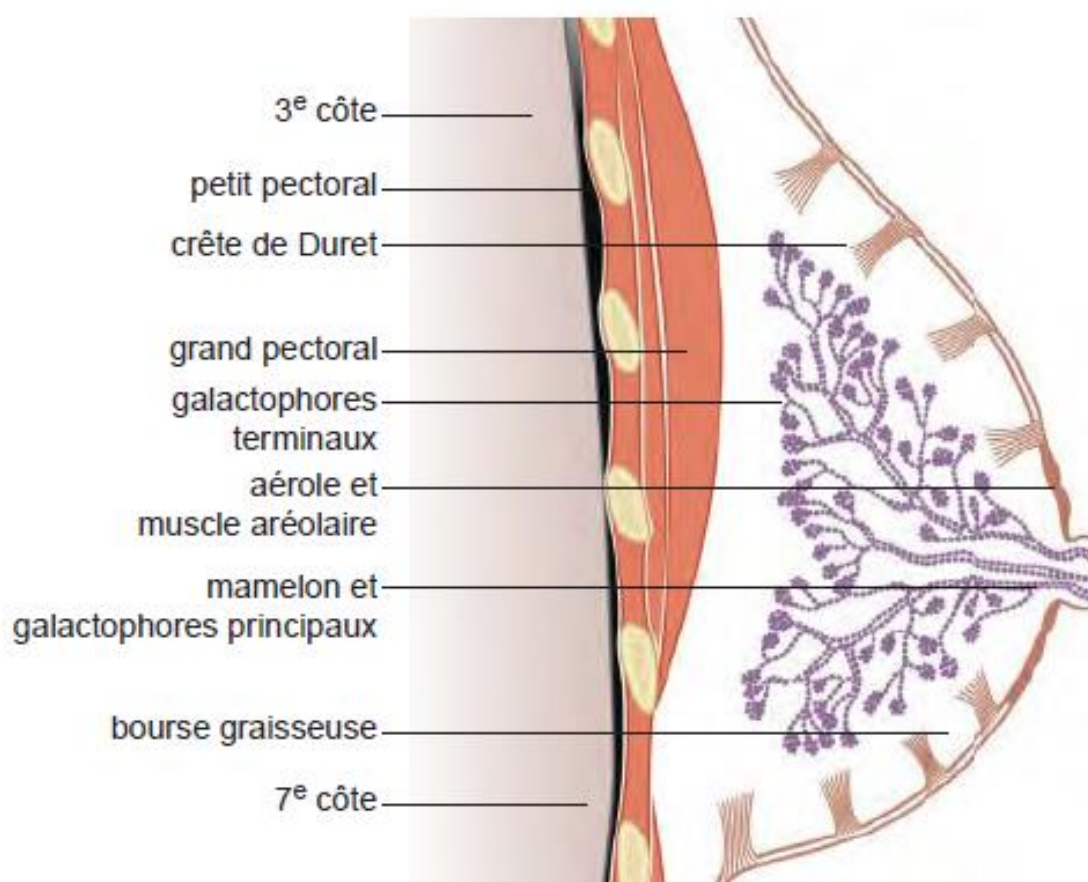


Figure N° 2 : Coupe sagittale du sein [29]

1.1.4-Structure :

Du point de vue structural, la glande mammaire est une glande en grappe, formée de douze à vingt lobes groupant eux-mêmes un certain nombre de lobules, possédant chacun leur canal excréteur ou canal galactophore, qui vient s'ouvrir au sommet du mamelon. Les lobes sont séparés entre eux par des cloisons de tissu conjonctif dense et l'individualisation d'un lobe est chirurgicalement impossible. Le volume et la consistance de la glande sont extrêmement variables suivant les sujets et suivant les différentes phases de la vie génitale [11].

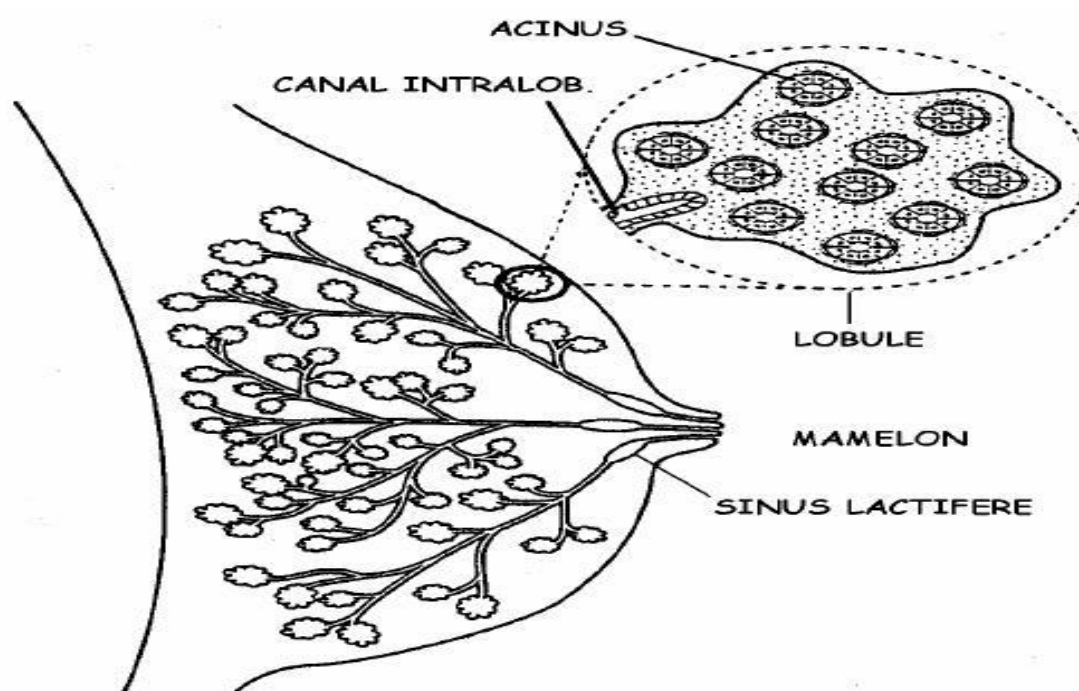


Figure N° 3 : Coupe para sagittale schématique du sein [10].

1.2-Rappels physiologiques

1.2.1- Action des hormones gonadiques sur le sein

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

- **Progestérone** : l'action directe de la progestérone sur la glande mammaire ne semble pouvoir s'exercer que si celle-ci a été préalablement préparée par les Œstrogènes. Elle entraîne une prolifération alvéo-acineuse, son action complète celle des œstrogènes pour qu'elle limite la croissance des canaux galactophoriques. Elle permet le développement des acini. L'ovaire est responsable de la croissance pubertaire, du maintien avec modulation périodique de la glande durant la reproduction. L'ovariectomie totale chez la petite fille supprime le développement des seins au moment de la puberté, par contre à l'âge adulte elle entraîne une faible modification du volume.

1.2.2-Action des hormones extra gonadiques

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

- **La LH** : provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et sécrétion de progestérone.

- **La prolactine** : c'est l'hormone lactogène : après l'accouchement, la sécrétion intense de PRL provoque la montée laiteuse. Elle a un rôle dans la mammogénèse, elle contribue à la différenciation des alvéoles au cours de la grossesse ; elle potentialise l'action de l'œstradiol sur les cellules épithéliales et possède in vivo un effet prolifératif.
- **La glande surrénale et la thyroïde** : elles semblent intervenir dans le développement des glandes mammaires.
- **Les androgènes** : ils s'opposent à la croissance et à la différenciation cellulaire, chez le fœtus male ils provoquent la nécrose de l'ébauche mammaire.

1.2.3- Variations physiologiques

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

- Cycle menstruel

La première moitié du cycle sous l'effet des œstrogènes (la phase proliférative) est marquée par une multiplication des cellules épithéliales, une réduction de la lumière des acini et un afflux des lymphocytes dans le tissu conjonctif. La seconde moitié du cycle quant à elle, sous l'effet de progestérone (la phase lutéale) est caractérisée par une dilatation de la lumière des acini centrée parfois

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

- Grossesse

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

- Lactation

Après l'accouchement, la disparition des effets inhibiteurs de l'œstrogène et de la progestérone sur la prolactine, induit la lactation. Les acini sont distendus par un matériel de sécrétions à la fois dans les cellules et dans la lumière des unités ductulo-lobulaires. Une fois produit au niveau des unités, le lait est conduit au mamelon par les canaux galactophores. La production du lait cesse dans les sept à dix jours, s'il n'y a pas de stimulation par succion du mamelon. Cependant, il faut trois à quatre mois au parenchyme mammaire pour retrouver son état de base [13].

- Ménopause

La ménopause se caractérise par une raréfaction des acini suite à une chute des taux d'œstrogène et de progestérone [14]. Les cellules épithéliales et myoépithéliales s'atrophient alors que la membrane basale s'épaissit. Le tissu conjonctif subit aussi une évolution avec altération des fibres élastiques et collagènes aboutissant à une ptose mammaire. Le sein de la femme ménopausée devient essentiellement constitué de tissus adipeux.

2-Les principaux facteurs favorisants :

2.1-Les antécédents familiaux :

La preuve de la prédisposition génétique au cancer du sein provient originalement des observations de regroupement du cancer dans les familles et le risque accru de cancer du sein chez des individus ayant des syndromes génétiques déterminés [15]. La ségrégation familiale peut être attribué à la fois à des gènes communs et à des mêmes environnements physiques et mode de vie. La plupart des études sur l'histoire familiale au cancer du sein ont trouvé un risque relatif d'environ deux fois plus élevé pour les relatives au premier degré (mère, sœur et fille) des patientes affectées. Le risque est moins élevé dans le cas des relatives au deuxième degré (grand-mère, tante et petites filles) [16].

2.2-Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein :

Les mutations des gènes BRCA1/BRCA2 représentent le facteur génétique de cancer du sein le plus connu. Une mutation de délétion dans les deux gènes correspond à un risque relatif de 10 fois accru de développer un cancer du sein.

Les formes familiales des cancers qui ne représentent que 5 à 10 % de l'ensemble des cancers mammaires sont de bon exemple de ce modèle. Par exemple le BRCA1 (Breast Cancer Antigène 1) est responsable des cancers du sein survenant à un âge jeune (40 ans), souvent bilatéraux pouvant être associés à un cancer de l'ovaire. On observe une mutation germinale de BRCA1 dans 45% des familles avec des cancers du sein multiple et dans 90 % des familles avec des cancers du sein et de l'ovaire. BRCA1 est une protéine nucléaire qui régule le cycle cellulaire en permettant la réparation de l'ADN endommagé. Une mutation germinale de BRCA1 fonctionnelle associée à une délétion de l'autre allèle implique l'absence de protéine BRCA1 fonctionnelle donc un défaut de réparation de l'ADN et une accumulation d'anomalies génétiques. Les mécanismes de cancérogenèse dans les formes sporadiques des cancers du sein sont pour l'instant inconnus [17,18].

2.3- Les antécédents personnels de maladie du sein :

Le risque le plus élevé semble correspondre aux maladies fibrokystiques 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 [19].

2.4- Une longue vie génitale :

Elle expose à un risque accru (les pubertés précoces et les ménopauses tardives). Le statut hormonal et les antécédents familiaux de cancer du sein au Mali.

3- Les facteurs favorisants secondaires :

3.1- 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 [20]. 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 oestroprogestative sont débattus [21].

3.2- 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.

3.3- 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.

3.4- L'existence d'un cancer du côlon, de l'endomètre :

Constitue également un facteur de risque.

4-Clinique :

4.1-Circonstances de découverte :

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur dure, mal limitée, indolore généralement située au niveau du quadrant supéro externe avec parfois à l'examen de l'aisselle un nodule dur, mobile. Plus rarement c'est un écoulement sanglant ou séreux, une métastase douloureuse.

Une découverte lors d'une consultation de dépistage ou une découverte fortuite.

4.2-Examen clinique :

4.2.1-Dépistage du cancer du sein :

Le dépistage se définit comme l'application d'un test à des sujets qui ne se perçoivent pas comme atteints de la maladie recherchée. Son but est de détecter le cancer du sein à un stade le plus précoce possible,

souvent (mais pas toujours infra clinique). Ce test de dépistage doit être suivi d'examens de diagnostic pour confirmer ou infirmer la détection faite par le test.

Le cancer du sein peut être dépisté pendant une phase de latence clinique grâce à la mammographie. Il est possible de bien sélectionner les sujets à qui proposer le dépistage, en tenant compte de la fréquence du cancer et de l'efficacité du dépistage en fonction de l'âge.

La mammographie est le seul examen dont on a montré qu'il pouvait réduire la mortalité par cancer du sein. L'auto examen est insuffisant de même que l'examen clinique. L'intervalle entre deux mammographies est de deux ans. L'âge de début du dépistage est de plus de 50 ans.

4.2.2-Examen clinique du sein :

Il doit être systématiquement conduit sur une malade nue jusqu'à la ceinture, en faisant une exploration minutieuse, bilatérale et comparative.

· L'inspection

Pratiquée en bonne lumière, sur une patiente assise puis couchée, en faisant mobiliser les bras, l'inspection notera :

- Une symétrie ou une asymétrie des glandes,
- Une tumeur parfois visible à jour frisant,
- Les modifications éventuelles de la peau en regard :

Aspect en « peau d'orange » témoignant déjà de l'adhérence à la peau. Au maximum, aspect franchement inflammatoire de la peau en regard d'une tumeur voire ulcération cutanée cratériforme.

· Les modifications du mamelon au niveau duquel on peut retrouver un écoulement, un aspect dyskératosique, une rétraction ou une déviation.

· La palpation.

Elle sera faite sur patiente couchée, avec la main à plat en refoulant doucement la glande vers le gril costal et en examinant soigneusement le prolongement axillaire du sein.

Les deux seins sont ainsi palpés, quadrant par quadrant, et l'on précise:

- Les caractères de la tumeur :

+ Son siège

+ Son volume

+ Ses limites précises ou floues

+ Sa consistance et sa sensibilité

+ Son caractère unique ou multiple, unilatéral ou bilatéral. Les adhérences de cette tumeur aux plans voisins

+ Adhérences aux plans profonds : au grand pectoral (par la manœuvre de l'adduction contrariée) ; et au gril costal.

+ Adhérence à la peau qui, se mobilisant mal sur la tumeur, donne le signe du capiton,

+ Adhérence au mamelon qui est attiré lors de la mobilisation de la tumeur.

- L'état des aires ganglionnaires sera apprécié des 2 côtés :

+ Creux axillaires : ils doivent être palpés en position relâchée, les mains de la patiente reposant sur les épaules de l'examineur.

+ Creux axillaires sus et sous claviculaires : ils doivent être examinés cou tendu et relâché, tête penchée du côté palpé, la femme étant en position assise, l'examineur se place en général derrière la patiente. On note précisément l'aspect clinique de ces adénopathies : volume, consistance sensibilité, nombre, mobilité.

- Ecoulement mamelonnaire :

La recherche d'un écoulement galactophorique se fait par pression du sein, puis du mamelon.

5-Auto examen des seins :

Pour déceler à temps une anomalie, il est important de répéter l'examen chaque mois avant la ménopause, une semaine après le début des règles. Après la ménopause : un jour fixe de chaque mois.

6-Comment pratiquer l'auto- examen des seins :

L'auto-examen des seins peut se faire en position couchée ou debout.

+ Devant le miroir :

Dans chacune de ces deux positions, observez s'il y a des changements sur chaque sein : taille, forme, contour, changement de texture, rougeur rétraction de mamelon ou de la peau palpez votre sein sur toutes les heures (en visualisant votre sein comme une horloge).

+ Dans la douche :

Levez le bras situé du côté du sein examiné. A l'aide de l'autre main palpez toutes les parties du sein pour vérifier s'il y a apparition de bosse (s) ou changement de texture.

+ Debout :

Tendez le bras situé du même côté que le sein examinez à 180° avec l'autre main faites un mouvement circulaire sous l'aisselle et sur le côté de votre sein au niveau de la cage thoracique.

+ Couchée sur le dos :

Placez sous l'omoplate une serviette pliée et mettez la derrière la tête.

A l'aide de l'autre main, faites l'examen de votre sein.

7-Les tumeurs mammaires

7.1-Tumeurs bénignes du sein

Les tumeurs bénignes du sein se développent au détriment des structures épithéliales (canaux et lobules), conjonctives (tissu fibreux et adipeux) et parfois des deux. La généralisation du dépistage du cancer du sein, que ce soit le dépistage individuel ou un dépistage de masse organisé, amène à découvrir beaucoup de lésions ou tumeurs bénignes uniquement détectable par la radiologie notamment à cause des microcalcifications qui les accompagnent.

7.1.1- Les adéno-fibromes ou fibroadénomes

Ce sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes. Elles apparaissent préférentiellement chez la femme jeune entre 15 et 30 ans et est découverte le plus souvent avant 30 ans. Ce sont des tumeurs nodulaires d'origine mixte, épithéliale glandulaire (adéno) et conjonctive (fibrome) de tailles diverses, uniques ou multiples. Il n'y a généralement pas de récurrence après exérèse chirurgicale. Le risque de dégénérescence ultérieure ou l'association à un cancer est rare (0,1%

des fibroadénomes). Certains régresseraient spontanément, d'autres pourraient se transformer en tumeur phyllode.

7.1.2- Les kystes

Les kystes sont les lésions mammaires parmi les plus fréquentes. Ils se présentent comme solitaires de grande taille ou comme kystes multiples. Ils sont remplis de liquide sécrété par les cellules d'un ou plusieurs canaux galactophores fermés.

Le traitement le plus simple est l'évacuation du liquide par ponction. Ils se constituent entre 25 et 45 ans avec une prédominance autour de la quarantaine. Leur transformation maligne est rare. Ils disparaissent classiquement au moment de la ménopause.

7.1.3-Tumeur phyllode

La tumeur phyllode représente 0,3 à 4% des tumeurs du sein chez la femme.

Il existe 4 :

Stades : du bénin (stade I) au malin (stade IV sarcome). Il s'agit le plus souvent d'une masse bénigne molle, bosselée ou polylobée, mobile. Elle refoule les tissus avoisinants et est parfois responsable d'anomalies inquiétantes de la peau, quand elle est de grande taille. Il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire, mais les ganglions peuvent être augmentés de taille dans 20% des cas à cause de l'inflammation. Les 3/4 des cas surviennent entre 40 et 50 ans, mais, il n'y a pas d'âge

préférentiel. Elle est exceptionnelle chez la jeune fille avant 20 ans contrairement au fibroadénome, lésion strictement bénigne appartenant à la même famille des tumeurs fibro-épithéliales. Le traitement est chirurgical, le taux de récurrence étant inversement proportionnel à la taille de la marge de sécurité enlevée autour de la tumeur.

7.1.4-Adénome

L'adénome est une prolifération épithéliale pure (adénome lacté chez la femme jeune avant 40 ans enceinte ou allaitante, ou adénome tubuleux). Le diagnostic est fait par l'histologie au cours d'une intervention chirurgicale. Il ne présente pas de risque de dégénérescence cancéreuse.

7.1.5- Lipome

Le lipome est une prolifération bénigne, assez rare, du tissu conjonctif graisseux; elle est entourée d'une capsule qui la limite du tissu adipeux ou fibreux normal. Il s'agit d'une masse molle et mobile ne nécessitant aucun traitement. Il ne présente pas de risque de dégénérescence cancéreuse. L'âge typique d'apparition est aux alentours de 45 ans.

7.1.6-Papillome intracanalalaire :

Le papillome intracanalalaire est une tumeur bénigne développée à partir du canal galactophore et qui croît dans la lumière du canal à la manière d'un bourgeon ou d'une végétation. La tumeur est soit unique

et souvent rétromamelonnaire (papillome solitaire) soit multiple et périphérique au niveau des lobules. Le papillome solitaire apparaît généralement après 50 ans alors que le papillomes multiples périphériques apparaissent plus tôt (40 ans). Ces derniers sont reconnus par certains auteurs comme un facteur de risque de développer un cancer du sein.

7.1.7- Calcifications

Les calcifications sont composées par un dépôt de sels de calcium dans les tissus (phosphate ou oxalate de calcium). Ces calcifications peuvent apparaître en cas de modification des sécrétions au niveau cellulaire avec une concentration plus élevée en sels calciques qui précipitent par exemple dans la lumière d'un canal ou d'un kyste. Un autre mécanisme dans la genèse des calcifications est basé sur la mort cellulaire par suite, par exemple d'une hyperplasie (prolifération cellulaire non cancéreuse). La cellule voit augmenter sa teneur en calcium, qui est fixé au niveau des mitochondries et de la membrane cellulaire. Cette dernière peut même émettre des "vésicules" chargées de calcium qui contribuent à la genèse des microcalcifications (au sens histologique, c'est-à dire non visibles sur les clichés de mammographie). Il s'ensuit souvent la mort cellulaire et les débris de cellules amassées, chargées de sels calciques, peuvent constituer alors les calcifications irrégulières visibles à la mammographie. Dans ce cas les microcalcifications seront significatives d'une mort cellulaire quelle qu'en soit la cause: lésions bénignes ou malignes sous-jacentes.

La taille, le nombre, la forme, la distribution et la répartition des calcifications sont très variables; il en résulte de multiples aspects radiologiques. Par exemple, par rapport à leur taille on parle de macrocalcifications quand elles mesurent 1mm ou plus, et de microcalcifications quand elles mesurent entre 0,1 - 0,2 à 1mm. Les constatations radiologiques [22 ; 23] ne permettent pas d'établir avec une absolue certitude la nature maligne ou bénigne des lésions tissulaires associées aux calcifications; on peut toutefois distinguer dans la grande variété des calcifications, 3 catégories2 :

7.1.7.1-Formes dont la bénignité est à peu près sûre :

(Calcifications rondes, punctiformes, annulaires, multiples, ou en cupules correspondent le plus souvent à des kystes, microkystes, adénofibromes, etc.).

7.1.7.2-Formes qui sont le plus souvent associées à des lésions bénignes, avec des réserves :

(Calcifications fines, très étendues, poussiéreuses correspondent souvent à des phénomènes hyperplasiques, à des modifications microscopiques fibrokystiques mais parfois à un carcinome canalaire in situ de bas grade)

7.1.7.3-Formes suspectes de malignité :

(Groupes de microcalcifications, plus irrégulières, grossières, branchées souvent significative d'un carcinome canalaire in situ de grade intermédiaire ou élevé).

7.2- Cancers in situ

On reconnaît deux formes de cancer in situ : le carcinome canalaire in situ (CCIS) et le carcinome lobulaire in situ (CLIS) actuellement dénommé néoplasie lobulaire in situ (NLIS) [24]. Le CCIS est le plus fréquent parmi les formes de carcinomes non infiltrant ; il représente 3-4% des cancers asymptomatiques et 17% des cancers détectés à la mammographie [25]. Il s'agit d'une lésion précancéreuse dont les cellules néoplasiques restent confinées à l'intérieur du galactophore. Le CCIS se distingue du carcinome infiltrant par l'absence d'effraction de la membrane basale sur laquelle il repose et qui le sépare du tissu conjonctif et des vaisseaux lymphatiques et sanguins. Il n'y a donc pas d'envahissement du tissu conjonctif raison pour laquelle on parle de lésion précancéreuse. Cependant un cancer in situ présente un risque élevé de devenir infiltrant ; ses cellules risquent en effet à tout moment de rompre et de traverser la membrane basale. Il n'évolue pas toujours vers une forme infiltrante et parfois stagne ou éventuellement régresse. Plusieurs études ont déterminé le risque d'évolution d'un CCIS vers un cancer invasif en l'absence de traitement [25]: à peu près un tiers des femmes ont développé un cancer du sein invasif dans le même sein durant un suivi de 10-18 ans. Plusieurs classifications histologiques du CCIS existent et sont basées sur le grade le grade nucléaire, la présence de nécrose et la polarisation cellulaire. La plus couramment utilisée est celle décrite par Van Nuys [26] selon laquelle 3 catégories sont définies :

7.2.1- CCIS de haut grade nucléaire (grade III)

Cellules à noyaux irréguliers, pléomorphes avec ou sans nécrose cellulaire

7.2.2- CCIS de bas grade nucléaire (grade I)

Cellules à noyaux monotones réguliers ou légèrement pléomorphes sans nécrose.

7.2.3- CCIS de grade nucléaire intermédiaire (grade II)

Cellules à noyaux monotones réguliers ou légèrement pléomorphes avec nécrose, en général focal, non étendue.

D'autres approches de classification comme celle de Holland et coll. [27] et de l'European Community Working Group for Breast Pathology [28] se distinguent par l'importance attribuée à certains critères. Il est apparu récemment que les lésions constituées de cellules de grade nucléaire⁴ élevé étaient plus agressives.

Il n'y a pas actuellement de vrai consensus entre les anatomopathologistes pour différencier une hyperplasie⁵ atypique et un CCIS de bas grade. Certains auteurs estiment qu'une lésion qui ne mesure pas plus de 2-3 mm devrait être considérée comme une hyperplasie atypique et non pas comme un carcinome in situ de bas grade [25].

La néoplasie lobulaire in situ (NLIS) est beaucoup moins fréquent que le CCIS; il représente 0,5% des cancers asymptomatiques et 1% des cancers détectés à la mammographie.

Cette lésion est souvent une découverte microscopique fortuite dans un fragment de tissu mammaire réséqué pour une autre raison.

Le CLIS évolue plus souvent vers une forme invasive.

Seulement 15 à 20% des femmes avec un diagnostic de NLIS développent un cancer invasif dans le même sein ou dans le sein controlatéral (cancer dans l'autre sein) [26], raison pour laquelle elle est plutôt considérée comme un facteur de risque bilatéral.

7.3- les cancers infiltrants

Les cancers infiltrants sont composés par des cellules qui rappellent celles des canaux galactophores ou des lobules et sont alors définis respectivement comme canaux (forme la plus fréquente) et lobulaires. L'invasion est le principal signe de malignité d'une tumeur: celle-ci déborde son siège d'origine (la forme in situ) pour s'étendre dans les tissus voisins et éventuellement à distance (métastase). Ce caractère infiltrant traduit la perte des propriétés habituelles d'une cellule. Normalement les cellules épithéliales adhèrent les unes aux autres ainsi qu'à la membrane basale du canal galactophore. Les cellules cancéreuses perdent ces propriétés normales pour en acquérir de nouvelles. Les liens entre elles se relâchent et les cellules se libèrent les unes des autres. Elles acquièrent une mobilité qui leur

permet de se détacher du canal d'origine et de s'insinuer (d'infiltrer) dans les tissus voisins. Au-delà elles pénètrent dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins pour suivre la circulation, migrer dans tout le corps et fonder à distance des colonies secondaires ou métastases. Pour les épithéliums normalement bordés par une membrane basale et pour les carcinomes qui en dérivent, cette membrane est le premier obstacle à franchir avant de devenir invasifs.

METHODOLOGIE

II-METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre de Référence de la Commune II du District de Bamako. Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et des événements survenus lors des gardes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, de 2 médecins généralistes, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne et ou d'une aide-soignante, d'un chauffeur, d'un anesthésiste et deux manœuvres. La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective des données.

3-Periode d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Juillet au 31 Août 2021 dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de référence de la commune II de Bamako.

4-Population d'étude :

Notre population d'étude était les femmes ayant l'âge de procréer admises en consultation dans l'unité de gynéco-obstétrique du CSREF de la CII.

5- Echantillonnage :

5.1-Critère d'inclusion :

Toutes les femmes ayant consulté dans le service durant la période de notre étude ayant l'âge de procréer et qui ont accepté de participer à l'étude.

5.2-Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenues dans notre étude :

-Les femmes admises aux urgences gynécologie-obstétrique et les n'ayant pas l'âge de procréer.

5.3-Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de toutes les admissions au service de gynécologie répondant aux critères d'inclusion.

6- Collecte des données :

Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi directifs réalisés auprès des femmes. Un guide d'entretien standard a été rédigé dès le départ avec des questions portant sur les thèmes les plus significatifs liés à la connaissance, attitude et pratique des femmes face au cancer du sein.

7- Déroulement de l'enquête :

Nous avons au préalable présente une lettre d'introduction au médecin chef du centre avant qu'il nous autorise officiellement à mener l'enquête. Quant aux femmes qui ont participé à l'enquête, elles ont été sélectionnées au hasard des rencontres. La conformité aux critères d'inclusion et l'accord préalable de la femme étaient les conditions nécessaires pour cibler la participante.

Toutes les données ont fait l'objet d'une saisie dans le logiciel SPSS version 20.0 pour assurer une fiabilité des données.

8- Aspect éthique :

Les aspects éthiques ont été respectés

RESULTATS

III-RESULTATS

Des 400 femmes interrogées dans le cadre de cette enquête, 390 ont accepté de participer à l'étude soit un taux de réponse des femmes de 97,5%.

1-Characteristiques sociodémographiques de la population d'étude

Tableau N°1 : Facteurs influençant le niveau de connaissance du cancer du sein

	Connaissance du cancer Sein			<i>p</i>
	Oui (%)	Non (%)	Total	
Age				
11-19	17 (94,4)	1 (5,6)	18	
20-29	77 (49,1)	80 (50,9)	157	
30-39	72 (40,7)	105 (59,3)	177	<0,001
40-49	0	33 (100)	33	
50 et Plus	0	5 (100)	5	
Niveau d'étude				
Non scolarisée	33 (18,1)	150 (81,9)	183	
Niveau secondaire	85 (59,5)	58 (40,5)	143	<0,001
Niveau supérieur	48 (75,0)	16 (25)	64	
Profession				
Femme au foyer	98 (48,5)	104 (51,5)	202	<0,001
Fonctionnaire	16 (40)	24 (60)	40	
Etudiante/Elève	52 (100)	0	52	
Commerçante/Vendeuse	0	80 (100)	80	
Coiffeuse	0	16 (100)	16	
Religion				
Musulmane	154 (41,8)	214 (58,2)	368	
Chrétienne	12 (54,5)	10 (45,5)	22	<0,001
Animiste	0	0	0	
Statut matrimonial				
Mariée	149 (40,5)	219 (59,5)	368	
Célibataire	14 (87,5)	2 (12,5)	16	<0,001
Divorcé	3 (100)	0	3	
Veuve	0	3 (100)	3	

2-Connaisances des femmes sur le cancer du sein

Graphique N°1 : Répartitions des femmes selon les sources d'information sur le cancer du sein

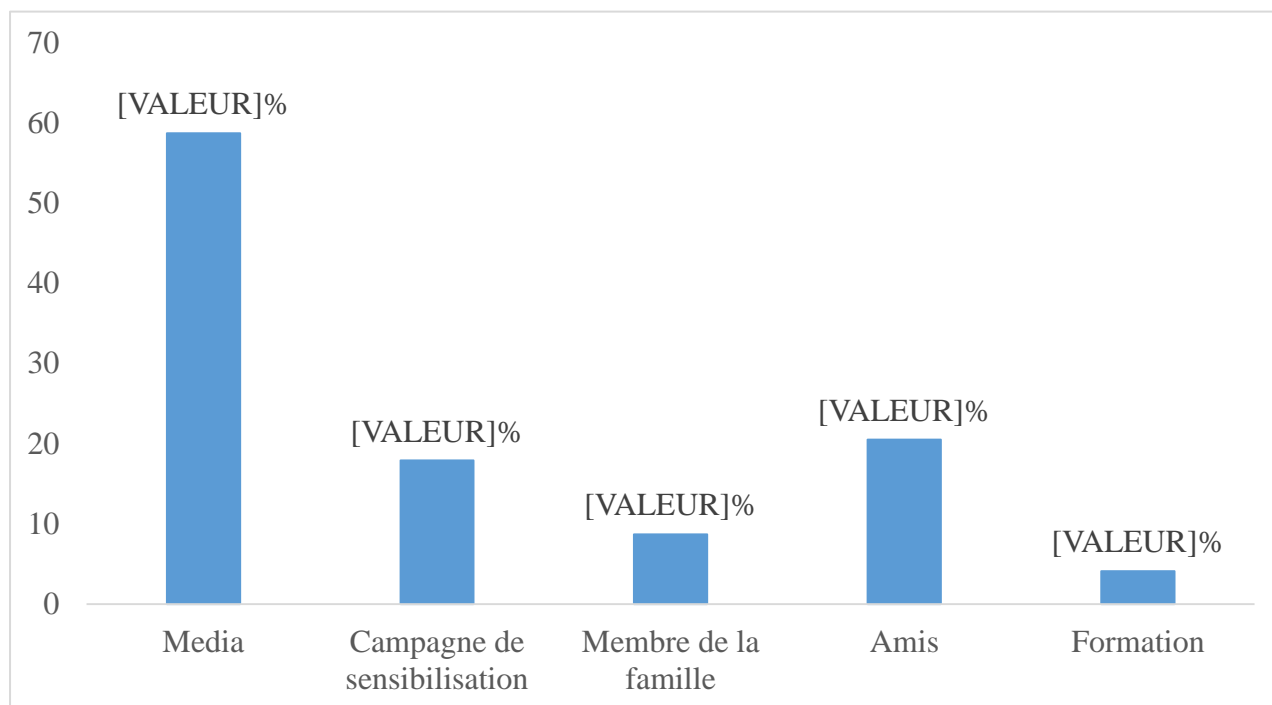


Tableau N°2 : Répartitions des femmes selon leurs connaissance des facteurs de risque du cancer du sein

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentage
Génétique	77	19,7
Familial	76	19,5
Facteur alimentaire	8	2,1
Hormonal	29	7,4
Tabagisme	4	1,0
Nulligestité	3	0,8
Absence d'allaitement	3	0,8
Ne connais aucun facteur de risque	190	48,7
Total	390	100

Figure N°1 : Répartitions selon leurs connaissance sur les moyens de dépistage

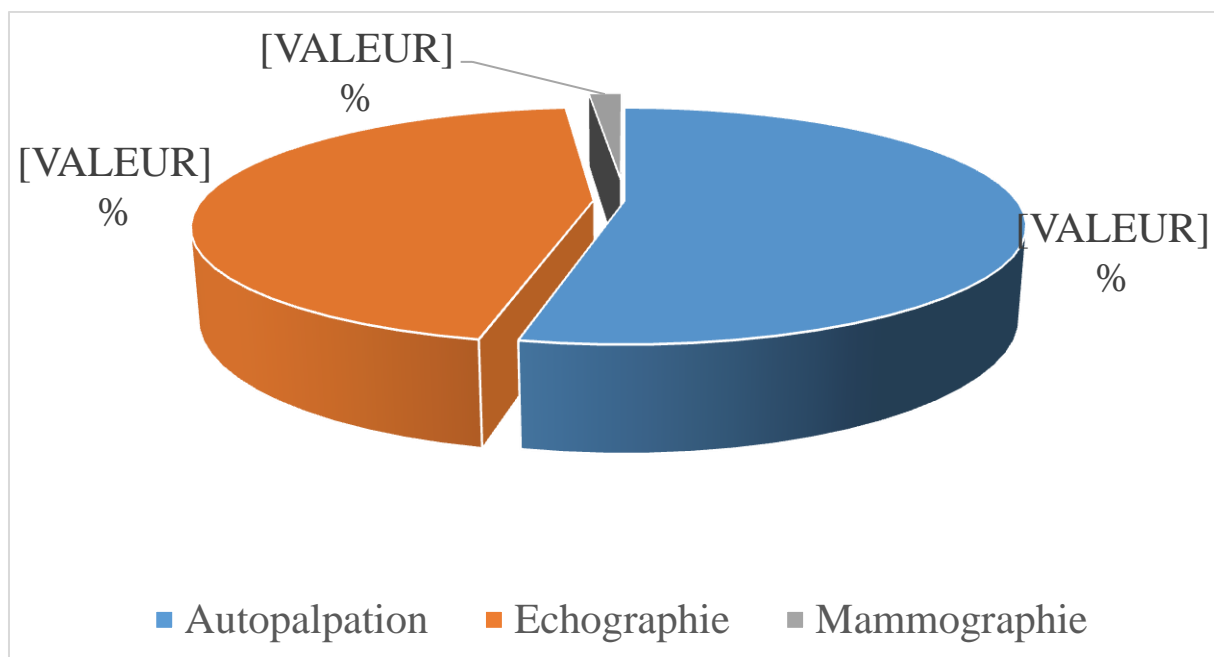


Tableau N°3 : Influence du niveau d'étude sur la connaissance des femmes des signes cliniques du cancer du sein

Signes cliniques	Niveau d'étude				<i>p</i>
	Non scolarisée	Secondaire	Supérieur	Total	
Masse mammaire	50(27,3)	40(28,0)	0	90(23,1)	
Douleur mammaire	30(16,4)	0	0	30(7,7)	
Ecoulement mammaire	24(13,1)	0	0	24(6,2)	
Chaleur locale du sein	27(14,8)	0	0	27(6,9)	
Modification de l'aspect de la peau du sein	0	18(12,6)	0	18(4,6)	
Adénopathie axillaire	0	6(4,2)	0	6(1,5)	
Plaie sur le sein	0	20	0	20(5,1)	
Douleur + Masse mammaire	33(18,0)	0	0	33(8,5)	<0,001
Masse+ Ecoulement mammaire	4(2,2)	0	0	4(1,0)	
Masse + Douleur + Plaie + Modification de la peau	0	51(35,7)	52(81,2)	103(26,4)	
Masse + Douleur + Ecoulement + Rougeur + Plaie + Modification de la peau	0	0	12(18,8)	12(3,1)	
Ne connais aucun signe	15(8,2)	8(5,6)	0	23(5,9)	
Total	183(46,9)	143(36,7)	64(14,4)	390(100)	

3-Itineraire thérapeutique

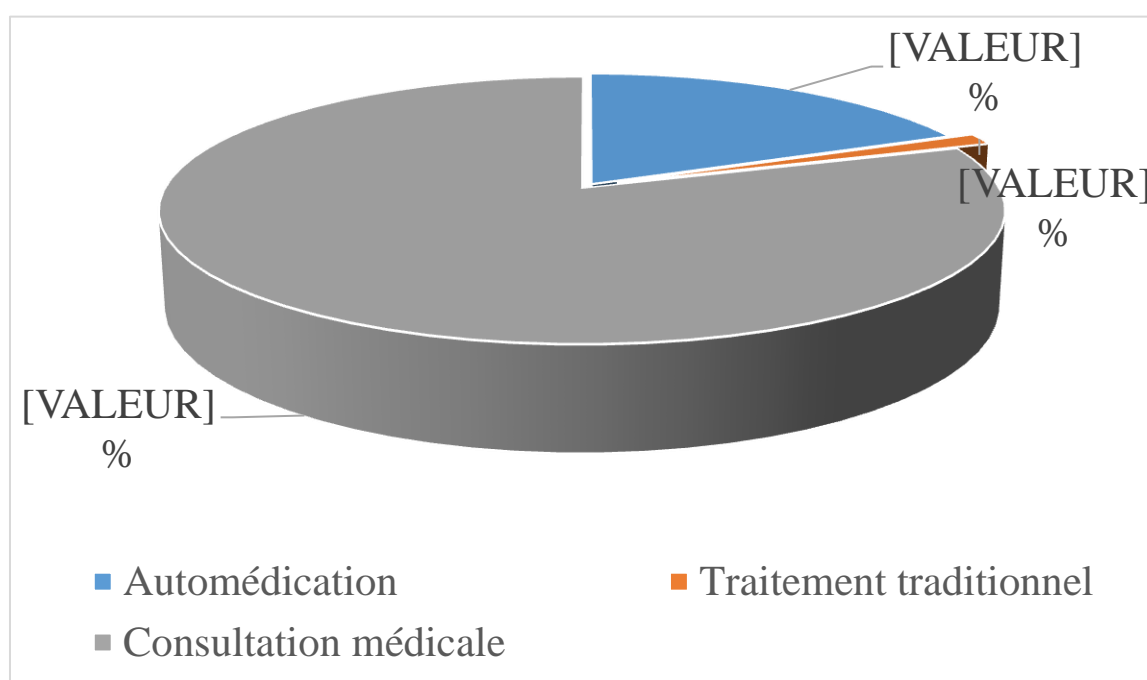
3.1-Attitude des femmes devant une douleur mammaire

Tableau N°4 : Répartition des femmes selon les attitudes devant une douleur mammaire

Attitudes	Effectifs	Pourcentage
Automédication	135	34,6
Consultation médicale	53	13,6
Traitement traditionnel	138	35,4
Autres	16	4,1
Aucun traitement	48	12,3
Total	390	100

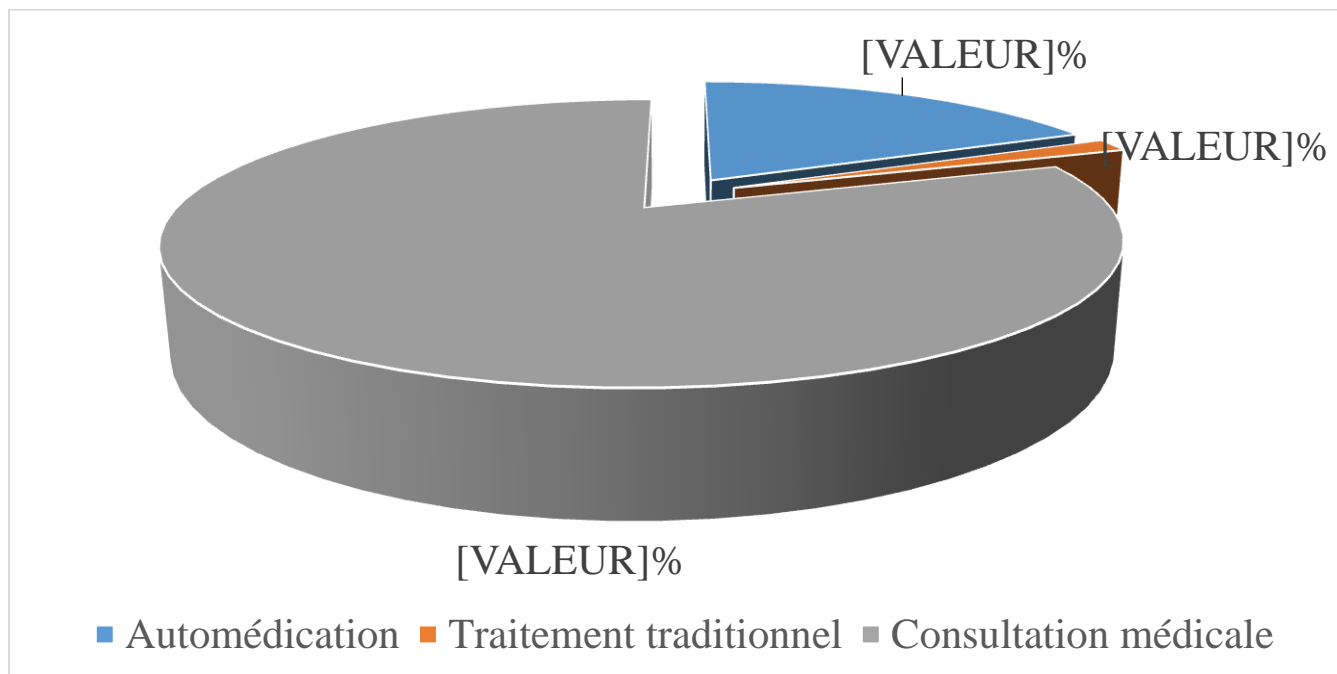
3.2-Attitude des femmes devant un écoulement mammaire

Figure N°2 : Répartition selon les attitudes des femmes devant un écoulement mammaire



3.2-Attitude des femmes devant une tumeur mammaire

Figure N°3 : Répartition des femmes selon les attitudes devant une tumeur mammaire



4-Connaissance des femmes par rapport au dépistage du cancer du sein

Tableau N°5 : Répartition des femmes selon les connaissances des moyens de dépistage du cancer du sein

Moyen utilisé	Effectifs	Pourcentage
Auto palpation	290	74,6
Echographie	46	11,8
Mammographie	37	9,5
Consultation médicale	16	4,1
Total	390	100

Tableau N°6 : Répartition des femmes selon les pratiques du dépistage du cancer du sein

Pratique	Effectifs	Pourcentage
Autopalpation	291	74,6
Echographie	46	11,8
Mammographie	16	4,1
Jamais de dépistage	37	9,5
Total	390	100

Tableau N°7 : Répartition des femmes selon la fréquence de réalisation de l'autopalpation

Fréquence	Effectifs	Pourcentage
Chaque mois	19	4,9
Tous deux mois	1	0,3
En cas de douleur	16	4,1
De temps en temps	311	79,7
Jamais	43	11
Total	390	100

5-Perception du cancer du sein par les femmes

Tableau N°8 : Répartition des femmes selon les perceptions du cancer du sein par les femmes

Perception	Effectifs	Pourcentage
Maladie spirituelle	17	4,4
Maladie de la civilisation	22	5,6
Maladie des riches	21	5,4
Mauvais sort	129	33,1
Maladie comme les autres	64	16,4
Maladie médicale grave	137	35,1
Total	390	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre travail est une étude transversale descriptive et analytique avec collecte prospective des données sur une fiche d'enquête. Il s'agissait de toutes les femmes en âge de procréer admises au cours de la période de notre étude.

Comme tout travail, nous avons rencontré des difficultés parmi lesquelles nous retenons le refus de participation de quelques femmes, la méconnaissance de certaines information, notation le terme cancer. Malgré ces difficultés et insuffisances, notre travail à l'avantage d'être représentatif sur le plan statistique de l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréer sur le cancer du sein au CS Réf CII.

Ces insuffisances n'ont pas eu d'influence sur la qualité de nos données.

Notre étude est une première dans notre milieu sur l'évaluation de la connaissance, attitude et pratique des femmes sur le cancer du sein avec un échantillon de 390 personnes.

L'analyse des données permet de ressortir les principaux constats suivant :

1-Caractéristiques sociodémographiques de la population

d'étude :

L'âge médian des femmes était de 30 ans avec des extrêmes de 17 et 62 ans, près de la moitié des femmes enquêtées avaient un âge compris entre 20 – 29 ans soit 40,3%.

La large participation des femmes de 20-29 ans s'explique par le fait que cet âge correspond dans notre société à l'âge de l'enfantement et elles représentant une large partie de la population.

Dans notre étude, 94,4% des femmes étaient des femmes mariées, 4,1% des célibataires et seulement moins d'un pourcent étaient des veuve et divorcé.

Les femmes au foyer représentaient plus de la moitié de l'effectif de notre étude, soit 51,8%. Ce résultant est similaire à celui de BOUSLAH S et Coll qui avaient trouvés dans leur étude un taux de femmes sans profession de 53% [29].

A. CONNAISSANCE

1-Connaissance sur le cancer du sein :

La source d'information des femmes était médiatique dans 48,7%, 20,5% des femmes avaient les informations sur le cancer à travers leurs amies, 17,9% avaient reçus des informations à travers des campagnes de santé. Les connaissances avaient pour source principale les médias dans 44,3 % des cas pour le cancer du sein dans l'étude de BOUSLAH S et Coll [29]. Ceci démontre le rôle majeur des medias dans le domaine de l'information surtout avec l'émergence des medias sociaux.

Près de la moitié des femmes, 48,7% n'avaient aucune connaissance des facteurs de risque du cancer du sein. Environ 20% (19,7%) des femmes enquêter ont mentionné le facteur de risque génétique au

cancer du sein et 19,5% de facteur de risque familial, 7,4% de facteur hormonal.

Le niveau de connaissance sur le cancer du sein est considéré comme insuffisant dans notre étude, car 66,6% des femmes colligées avaient une faible connaissance du cancer du sein. Le niveau de connaissance était largement corrélé à l'âge, au niveau d'étude, à la profession, à la religion et au statut matrimonial.

Le niveau de connaissance du cancer du sein était plus élevé chez les femmes de moins de 30 ans.

Par contre, la couche des femmes considérer comme à risque (femme de plus de quarante ans) du cancer du sein n'avaient pratiquement pas de connaissance sur le cancer du sein. Les femmes ayant un niveau d'étude élevé avaient une connaissance plus élevé du cancer du sein, de même, les femmes célibataires avaient une connaissance plus élevé que les autres femmes. C'est ainsi que dans notre étude, nous avons trouvé que les plus de plus de quarante an non scolarisée n'avaient pratiquement aucune connaissance du cancer du sein.

L'influence de ces facteurs (l'âge, au niveau d'étude, à la profession, à la religion et au statut matrimonial) était statistiquement significative avec $p < 0,001$.

Dans l'étude de BOUSLAH S et Coll [29] le niveau de connaissance des facteurs de risque du cancer du sein était plus bas, car 79,5% avaient une connaissance insuffisante.

Connaissance des moyens de dépistage, 74,6% ont mentionné l'auto palpation comme étant le moyen de dépistage du cancer du sein,

11,8% ont mentionné l'échographie comme moyen de dépistage et seulement 9,5% ont mentionné la mammographie comme moyen de dépistage.

La connaissance des signes du cancer du sein était fortement liée au niveau d'étude. Les femmes qui avaient un niveau de connaissance élevé sur les signes du cancer du sein étaient tous des femmes qui avaient un niveau d'étude élevé. 81,2% des femmes ayant un niveau d'étude supérieur avaient une bonne connaissance des signes clinique du cancer du sein, seulement un tiers (35,7%) des femmes ayant un niveau secondaire avaient une bonne connaissance des signes clinique et la quasi-totalité des femmes non scolarisée avaient une connaissance très limité des signes du cancer du sein.

Ce résultat était statistiquement significative avec un $p < 0,001$.

Dr Collie Small a écrit en avril 1952 : « La levée du tabou par rapport au cancer du sein est le premier pas pour faire face à ce fléau. Il n'est plus concevable, et ceci depuis le siècle dernier, d'assister à des suicides par ce cancer à cause de la crainte ou d'une fausse pudeur » [30].

B. ATTITUDE

L'itinéraire thérapeutique des patientes est non rationnel, les femmes ont recours à l'automédication (34,6%) et aux traitements traditionnels (35,4%) avant de consulter dans un centre de santé en cas de douleur mammaire.

Par contre, elles consultent dans un centre de santé devant un écoulement mammaire chez 80,2% des femmes et devant une masse mammaire (tumeur mammaire) dans 80,3%.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre le cancer. Il permet d'améliorer les chances de survie du cancer du sein [13].

Le pronostic du cancer du sein dépend en grande partie du diagnostic précoce et du type histologique.

L'insuffisance des connaissances de tous ces facteurs est responsable du retard de diagnostic mais aussi du retard de la prise en charge.

C. PRATIQUE

Les femmes pratiquent l'autopalpation des seins comme moyen de dépistage 74,6% des femmes, 11,8% ont recours à l'échographie, 4,1% à la mammographie et 9,5% n'ont jamais réalisé le dépistage du cancer du sein. Le recours au dépistage du cancer du sein par auto examen des seins était relativement faible dans l'étude de BOUSLAH S et Coll [14] qui avait trouvé un taux d'autopalpation des seins comme moyen de dépistage du cancer du sein chez 36,2 %.

Par contre la mammographie avec double lecture considérée comme une référence en matière de dépistage du cancer du sein n'est pratiqué que chez 9,5% des femmes.

La majorité des femmes font recours à l'automédication et aux traitements traditionnels avant de consulter dans un centre de santé.

CONCLUSION

CONCLUSION

Le cancer du sein est un problème de santé publique. C'est une affection féminine, mais, elle peut s'observer quelque rare de fois chez l'homme.

La connaissance du cancer du sein est insuffisante chez les femmes de plus de quarante ans, la tranche d'âge considéré comme le plus à risque du cancer.

L'itinéraire thérapeutique est non rationnel sources de retard de diagnostic et de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

V-RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires :

Adopter une politique nationale de lutte contre le cancer du sein ;

Organiser des larges campagnes de sensibilisation, d'éducation et de dépistage sur le cancer du sein.

Equiper les hôpitaux en matériels innovants ;

Aux personnels de santé :

Enseigner l'auto-examen des seins aux patients (à la fin des règles chez les femmes) ;

Rechercher systématiquement une anomalie du sein lors des examens cliniques de routine ;

Recommander aux patientes une surveillance clinique annuelle.

A la population :

Effectuer régulièrement l'autopalpation des seins de façon périodique après les règles dès la puberté ;

Consulter devant le moindre signe d'alerte (douleur, apparition de masse, déformation du sein ou écoulement non laiteux).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VI-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Aubry P, Bernard-Alex Gauzere.** Les cancers dans les pays en développement. Actualités 2019. Mise à jour le 5/02/2020
www.medecin-tropicale.com
2. **Iham Housni Alaoui :** cancer du sein chez la femme âgée, Thèse médecine Marrakech, 2011
3. **Binder-Foucard, F., et al,** Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. 2013, Partie.
4. **Organisation, I.A.f.r.o.C.W.H., GLOBOCAN 2012:** Estimated Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012
5. **Cabarrot E.** Histoire naturelle des cancers du sein. EMC - Gynécologie 2000;865-A-10:1-17.
6. **Tabar L, Dean PB.** A new era in the diagnosis and treatment of breast cancer. Breast J 2010 Sep;16 Suppl 1: 2-4.
7. **Bosetti C, Bertuccio P, Levi F, et al.** Cancer mortality in the European Union, 1970-2003, with a joinpoint analysis. Ann Oncol 2008 Apr;19(4):631-40.
8. **GARBAY JR.** Anatomie du sein et de la région axillaire. In : Cancer du sein : chirurgie diagnostique curatrice et reconstructrice. Paris : Mc Graw-Hill, 1991 : 6-24
9. **Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al.** Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. Cancer 2008; 113: 2221-43.)
10. **Dilhuydy J-M, Bussieres E, Romestaing P.** La radiothérapie du sein et de la paroi thoracique : les volumes à traiter Cancer/Radiother 2001;5:550-9

11. **American College of Radiology.** Breast imaging reporting and data system (BI-RADS). Reston V, editor. 3rd. 1998. American College of Radiology.
12. **Feig SA, D'Orsi CJ, Hendrick RE, B et al.** American College of Radiology guidelines for breast cancer screening. *AJR Am J Roentgenol* 1998;
13. **Anderson BO, Yip CH, Smith RA, et al :** Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer* 2008; 113: 2221-43.)
14. **Bouslah. S, M.S. Soltani · A. Ben Salah · et al :** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes tunisiennes en matière de dépistage du cancer du sein et de celui du col de l'utérus
15. **Larra F.** Manuel de cancérologie. Doin éditeur Paris 1984 ; P239
16. **Gaetan Mac G.** Les néoplasies mammaires non invasives et invasives (le rôle du pathologiste). VIIe journées franco-africaines de pathologie. Niamey février 2003.
17. **Bayo S, Koumaré AK, Ba T, et al.** Registre du cancer du Mali, 87-89. C Scientific Pub 1992; VI (120).
18. **Diel IJ, Solomayer EF, Costa SD et al.** Reduction in new metastases in breast cancer with adjuvant clodronate treatment. *N Engl J Méd* 1998; 339: 357-363.
19. **Keïta M.** Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali. Thèse: Med; UB 05-M-102; 66p
20. **Tavassoli FA.** Normal development and anomalies. In: Tavassoli FA, ed. *Pathology of the Breast*, 2nd edition. Hong Kong: Appleton&Lange; 1999, pp. 1-74.
21. **Diarra Y:** Correlation radio clinique et anatomopathologique des nodules du sein. These de medecine, Bamako, 2002, 57p10, N°02M10.
22. Pathology & genetics of tumors of the breast and female genital organs. WHO Classification of Tumors. IARC Press, 2003. 171(1):29-33.
23. **Page DL, Steel CM, Dixon JM.** ABC of breast diseases. Carcinoma in situ and patients at high risk of breast cancer. *BMJ* 1995; 310(6971):39-42.

24. Ductal carcinoma in situ of the breast. 2nd edition ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
25. **Holland R, Peterse JL, Millis RR, et al.** Ductal carcinoma in situ: a proposal for a new classification. *Semin Diagn Pathol* 1994; 11(3):16-18 ;
26. European guidelines for quality assurance in mammography screening. forth. 2005. Office for official publication of the European Commission.
27. **Timothy JK, Pia KV and Emily B.** Epidemiology of breast cancer. University of Oxford, UK *The lancet oncology Review* 2001 ; 2 : 133-140
28. **Pharaoh PDP, Day NE, Duffy S et al.** Family history and the risk of breast cancer : a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997 ; 71 : 800-809.
29. **Darmon P (1986) :** Le cancer : prise de conscience collective et genèse d'une grande peur. *Histoire, économie et société* 4:591–609
30. **Pons J.Y** Abrégé de sénologie. *Paris : Masson, 1985*