

**République Algérienne Démocratique et Populaire**

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏDFACULTE

DE MEDECINE

DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Thème :**

**PROFIL EPIDEMIOLOHIQUE ET PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN**

Présenté par :

Hamza nour el houda

Zenagui samah fatima zohra

Delbeze ibtissem

Dr Bentouaf.F

médecin spécialiste en gynécologie obstétrique

Année universitaire 2022-2023

# remerciement

Mes remerciements s'adressent d'abord à Dieu, créateur de toute chose, pour son souffle et tous ses innombrables bienfaits.

nous remercions notre encadreur et rapporteur de thèse DR BETTOUAF.F, pour l'intérêt que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail et aussi pour le dévouement manifesté malgré toutes vos nombreuses occupations.

Ce travail n'aurait pu être réalisé sans L'aide de nombreuses personnes à qui nous tenons à exprimer notre gratitude.

La cheffe de département de médecine DR BOUHMAMA, nos chers enseignants depuis la première année de médecine et toute l'équipe hospitalière et administrative pour La formation de qualité qui nous a été fournie, le goût de L'effort, et du travail bien fait.

# Table des matières :

<b>-Introduction</b> .....	4
<b>-Définition</b> .....	5
<b>-Epidémiologie</b> .....	6
<b>-Historique</b> .....	11
<b>-Anatomie du sein</b> .....	12
<b>-Histologie du sein</b> .....	13
<b>-Physiologie du sein</b> .....	14
<b>-Carcinogenèse</b> .....	15
<b>-Facteurs de risques</b> .....	18
<b>-Dépistage</b> .....	21
<b>-Diagnostic</b> .....	27
<b>-Investigations complémentaires</b> .....	36
<b>-Stratégie thérapeutique</b> .....	37
<b>- problématique et justification de l'étude</b> .....	45
<b>-Matériel et méthodes</b> .....	47
1-objectif de l'étude.....	49
2-type de l'étude.....	49
3-période de l'étude.....	49
4-population ciblée.....	50
<b>-Résultats</b> .....	51
-incidence du cancer du sein.....	53
-données socio-démographiques.....	53
-données anatomocliniques.....	55
<b>-discussion</b> .....	62
-Biais de l'étude .....	64
-force de l'étude.....	64
<b>-Conclusion</b> .....	65
<b>-abréviations</b> .....	67
<b>-Bibliographie</b> .....	69

# introduction:

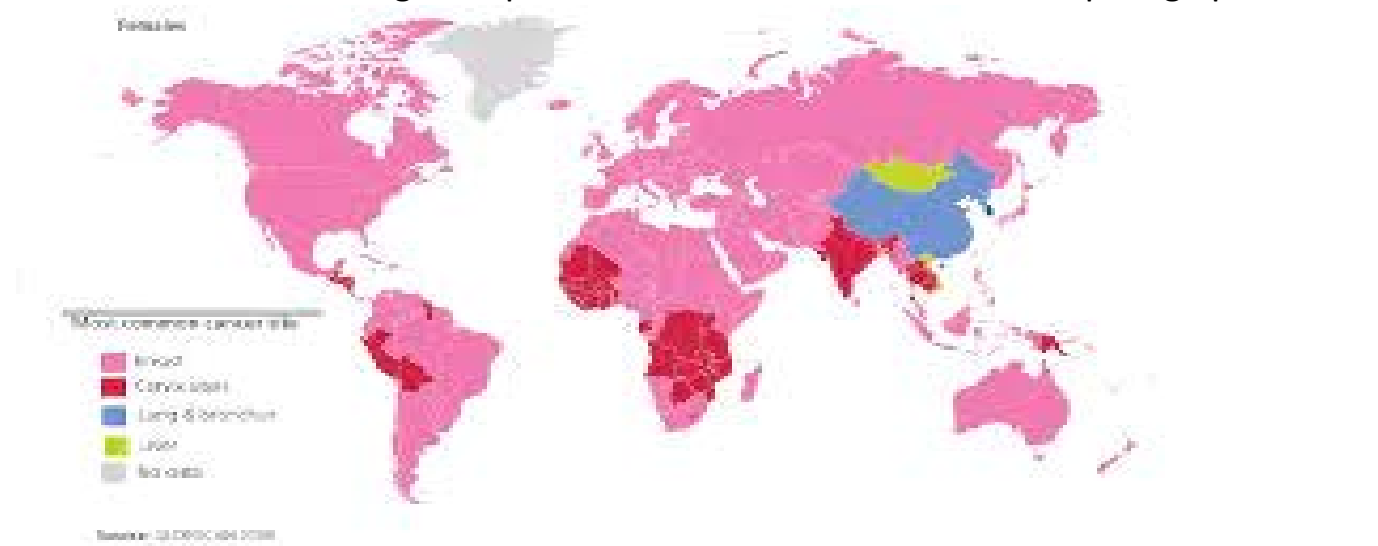
Le cancer figure parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde car il représente la deuxième cause de décès et il continue à s'alourdir à l'échelle mondiale.

Il est défini par OMS comme un vaste groupe de maladies qui peuvent apparaître dans presque tous les organes ou tissus du corps, lorsque des cellules anormales se développent de manière incontrôlée et se répandent au-delà de leurs limites habituelles pour envahir des régions voisines du corps et/ou se propager à d'autres organes, Le terme cancer est également connu sous le nom de néoplasme ou de tumeur maligne.

Les tumeurs mammaires sont des néoplasmes malins qui se développent aux dépens de la glande mammaire.

Plus de 2,2 millions de cas de cancer du sein ont été enregistré en 2020, OMS estime que le nombre de cas total peut atteindre 20 millions en 2030

ALGERIE n'est pas épargné, où il représente la première cause de décès par cancer chez les femmes car diagnostiqué tardivement d'où l'intérêt du dépistage précoce .



# Définition:

La notion " cancer du sein" désigne toute prolifération et transformation maligne et anarchique anormale et incontrôlée des glandes mammaires qui s'échappent aux lois de l'homéostasie. et c'est altération du génome des cellules cancéreuses qui entraîne ce comportement anarchique .

Le terme « cancer du sein » ne désigne que les tumeurs malignes potentiellement agressives du sein, tandis que le terme de « tumeur du sein » désigne à la fois les tumeurs malignes et bénignes et c'est l'examen anatomopathologique qui permet de différencier entre les deux.

Nomenclature : Selon le type de cellule à l'origine du cancer, et selon l'aspect de la

tumeur, on distingue différents cancers du sein. Par exemple, un cancer du sein qui touche les cellules épithéliales qui bordent les canaux s'appelle un carcinome « canalaire » et celui qui a comme origine les cellules des lobules est le carcinome « lobulaire »; aussi selon que la cellule cancéreuse exprime ou pas des récepteurs aux œstrogènes favorisant la multiplication, se sont les cancers du sein « hormonodépendants » ou « hormonosensibles », La majorité des cancers prennent naissance dans les canaux galactophoriques ; Si la Prolifération des cellules cancéreuses reste dans les canaux on parle de « cancer in situ » ou « intra canalaire » avec un comportement localement agressive.

En revanche si les cellules sortent de la paroi des canaux, on parle de « cancer infiltrant » avec un risque de propagation à distance générant des métastases surtout par envahissement tout d'abord des ganglions lymphatiques de la région sous le bras et au-dessous de la clavicule, puis dans d'autres organes (os, poumons surtout) par voie sanguine et les répercussions seront alors plus dramatiques. D'autres types tumoraux sont observés à fréquence moindre voir rares, dont on cite :

le carcinome mucineux ou colloïde : ce cancer du sein se développe plutôt chez les femmes de 60 à 70 ans.

Le carcinome papillaire : qui il touche surtout les femmes âgées, ce type de tumeurs n'est pas toujours invasif .

Le carcinome médullaire : ce cancer du sein invasif est plutôt diagnostiqué chez les femmes de moins de 50 ans. Chez les femmes jeunes, sa présence fait suspecter une prédisposition génétique aux syndromes incluant dans leurs tableaux le cancer du sein.

Le carcinome tubuleux : ce cancer du sein invasif à tendance à être de petite taille et diagnostiqué chez les femmes de 55 ans et plus. Malgré sa nature invasive, il ne se propage que rarement hors du sein atteint.

## EPIDEMIOLOGIE :

### Données épidémiologiques du cancer du sein dans le monde :

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent, L'amélioration des résultats découle d'une détection précoce suivie d'un traitement efficace reposant sur l'association de la chirurgie, chimiothérapie, de la radiothérapie et de traitements hormonaux, sinon c'est le cancer le plus meurtrier chez la femme dans le monde, La mortalité par cancer du sein a peu évolué des années 1930 à 1970. Le taux de survie a commencé à s'améliorer dans les années 1980 dans les pays mettant en œuvre une politique de dépistage et

une amélioration des modalités de prise en charge en vue d'améliorer le pronostic.

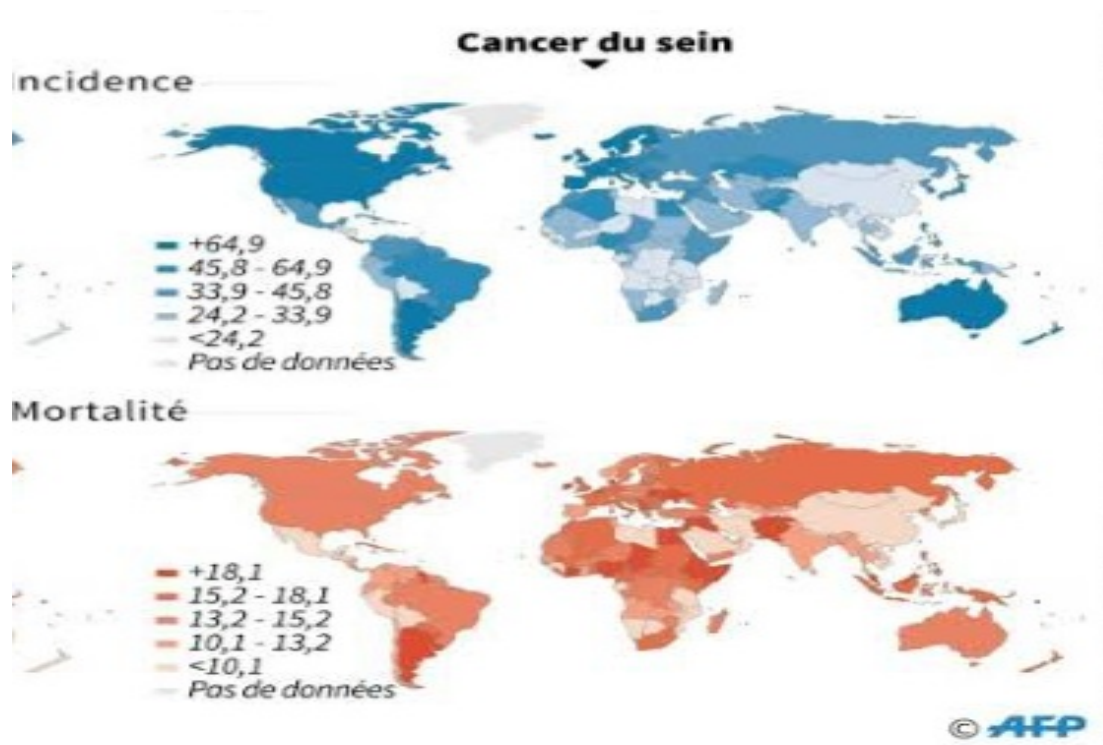
Plus de 2,2 millions de cas de cancer du sein ont été recensés en 2020, près d'une femme sur 12 le développe dans sa vie, Environ 685 000 femmes sont mortes du cancer du sein en 2020, dont la plupart des cas du cancer et des décès sont recensés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, En effet, le taux de survie à cinq ans s'élève à plus de 90 % dans les pays à revenu élevé, mais n'atteint que 66 % en Inde et 40 % en Afrique du Sud, C'est en Afrique et en Polynésie que l'on observe le taux le plus élevé de mortalité par cancer du sein, En Afrique subsaharienne, la moitié des femmes qui décèdent du cancer du sein ont moins de 50 ans.

Fin 2020, 7,8 millions de femmes en vie s'étaient vues diagnostiquer un cancer du sein au cours des cinq années passées, ce qui fait du cancer du sein le cancer le plus courant à l'échelle du globe. À l'échelle mondiale, les femmes perdent plus d'années de vie (espérance de vie corrigée de l'incapacité) en raison du cancer du sein que de n'importe quel autre type de cancer. Le cancer du sein est présent dans tous les pays du monde et touche des femmes de tous âges à partir de la puberté (le taux d'incidence s'accroît toutefois à mesure que l'âge avance).

Près de la moitié des cancers du sein naissent chez des femmes qui ne présentent pas de facteur de risque notable, si ce n'est leur sexe (féminin) et leur âge (plus de 40 ans) , même si on contrôlait tous les facteurs de risque qui peuvent l'être, on ne parviendrait à réduire le risque de cancer du sein que de 30 % tout au plus , Le sexe féminin est le facteur de risque de cancer du sein le plus élevé. Environ 0,5 à 1 % des cancers du sein se développent chez des hommes

Les pays qui sont parvenus à réduire la mortalité par cancer du sein ont réussi à atteindre une réduction de la mortalité annuelle par cancer du sein de 2 à 4 % par an. Si la mortalité annuelle baissait chaque année de 2,5 % dans le monde, on éviterait 2,5 millions de décès par cancer du sein entre 2020 et 2040.

## Répartition de l'incidence et mortalité par cancer du sein dans le monde (pour 100 000 habitants) :



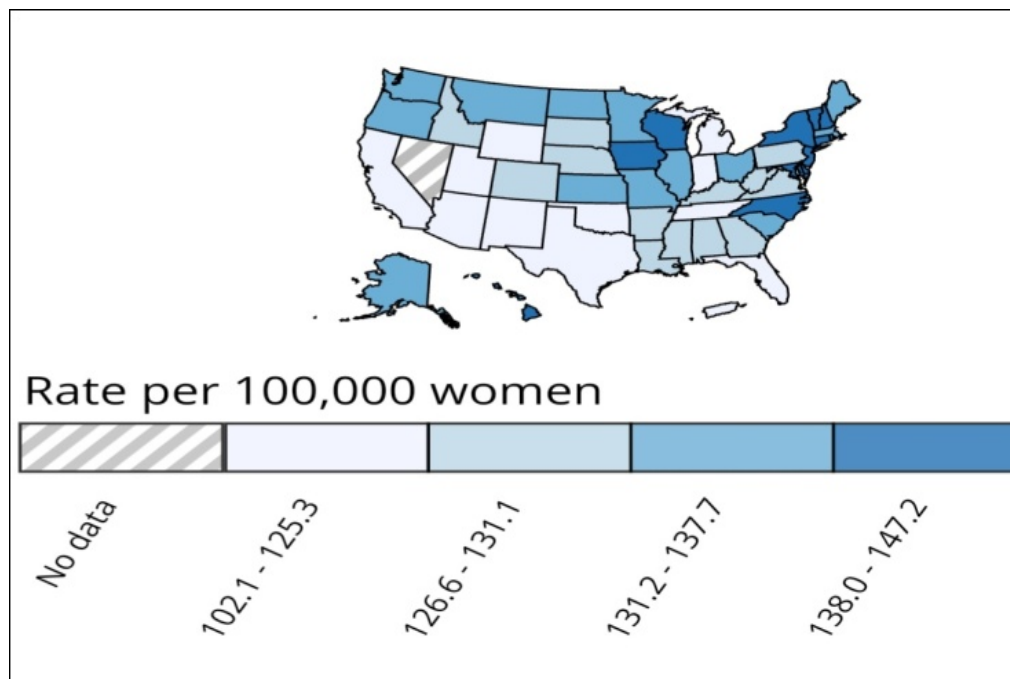
## Données épidémiologiques en Europe :

En Europe le cancer du sein représente 16% de l'ensemble des cancers, dont 21% ont moins de 50ans et 35% entre 50-64ans , avec une survie à 5 ans de 84% entre 2000-2007, En 2017, on a estimé que **59 000** nouveaux cas de cancer du sein ont été détectés, dont près de **12 000** décès ont été attribués à ce cancer selon l'[INCA](#) , et une incidence estimée à 74,4/100000 en 2018 , avec 157 100 cas de mortalité en 2020 , La France se situe au 8e rang selon l'incidence des pays de l'union européenne.

Country/Region	Incidence	
	Numbers	Age-standardised rate (W)
EU-27	355,457	—
WHO Europe region**	576,337	69.7
Albania	936	48.3
Armenia	1190	49.6
Austria	5918	69.5
Belarus	4745	52.0
Belgium	11,734	113.2
Bulgaria	4061	60.0
Croatia	2894	69.3
Cyprus	761	82.0
Czech Republic	7723	72.2
Denmark	5083	98.4
Estonia	835	63.0
Finland	5228	92.4
France	58,083	99.1
Georgia	1942	57.5
Germany	69,697	82.2
Greece	7772	71.9

## Données épidémiologiques des états unis :

264 000 cas sont diagnostiqués chaque année en états unis dont 2400 cas chez les hommes, avec 42000 cas de mortalité chez la femme et 500 cas de mortalité chez l'homme, le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes de race noire.

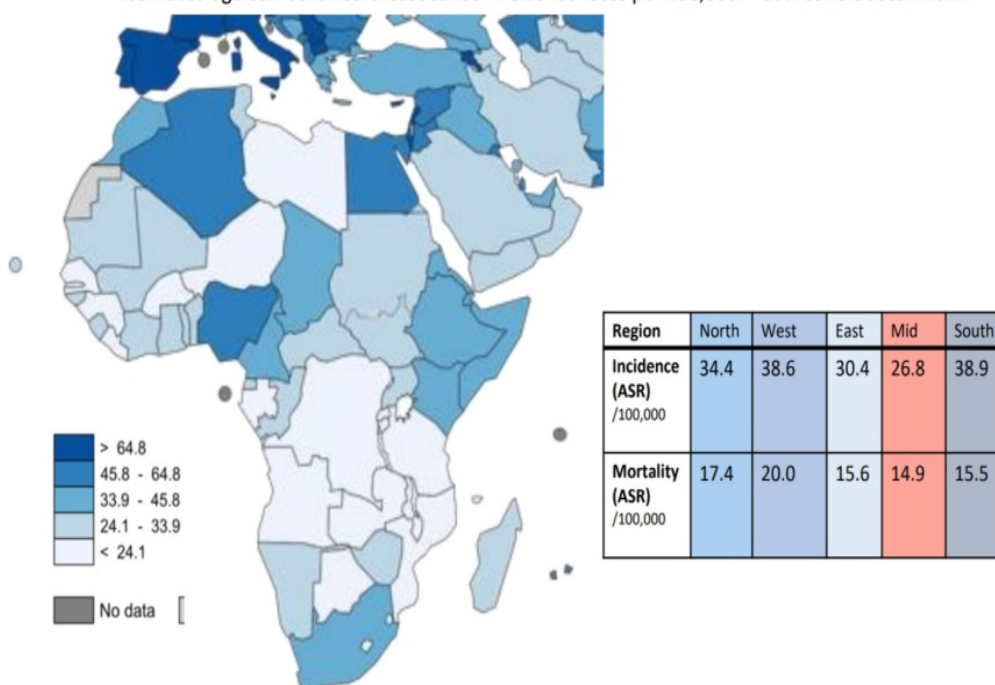




## Données épidémiologiques en Afrique :

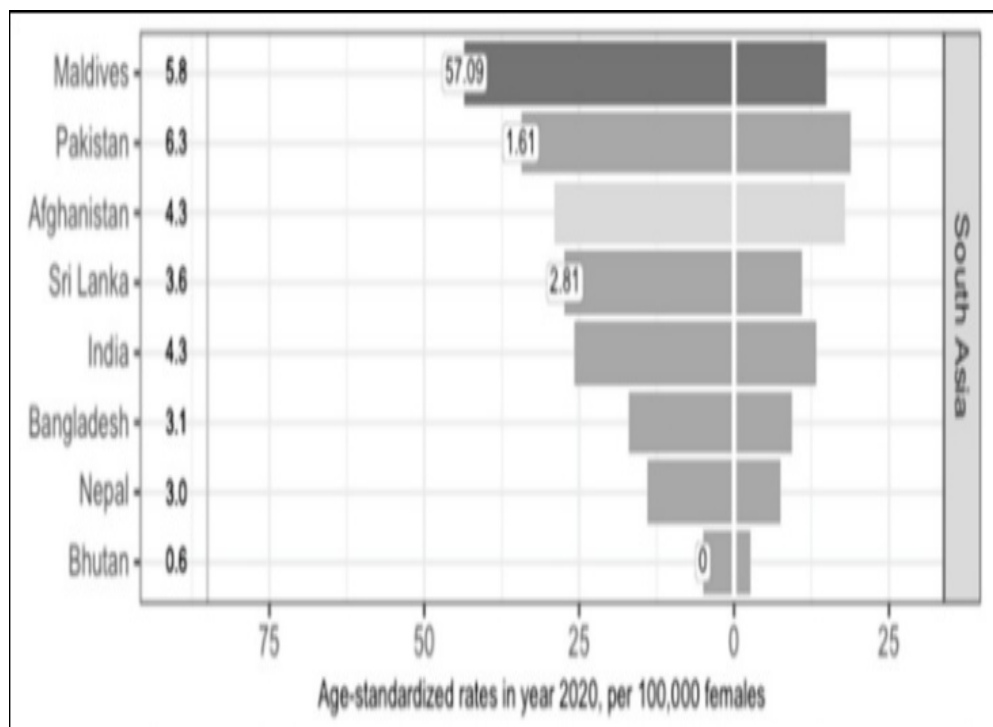
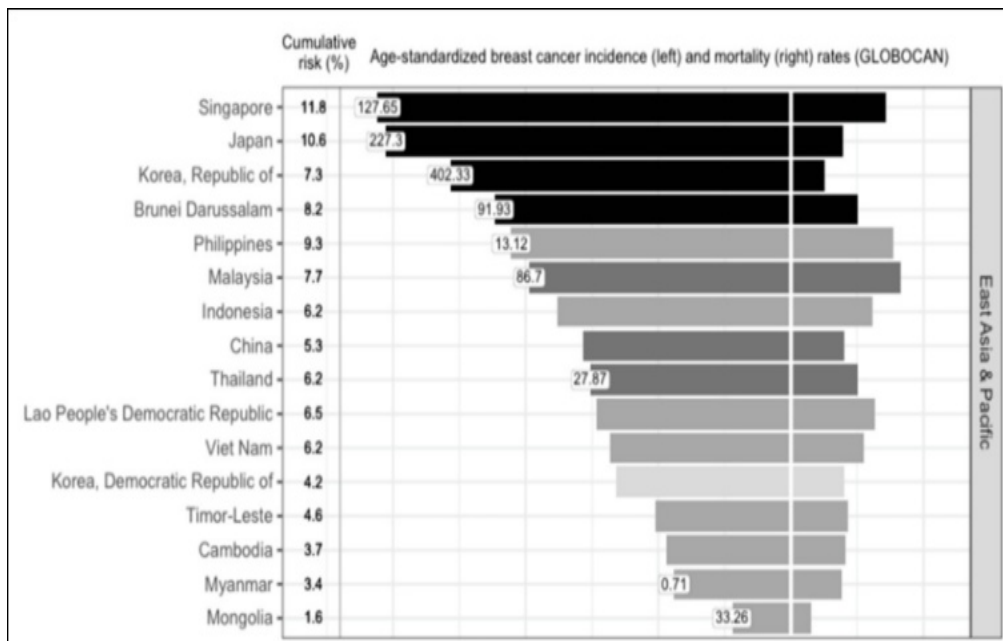
En Afrique le cancer du sein représente 28% des cancers et 20% de mortalité par cancer Avec 40% de survie avec un taux de mortalité le plus élevé par cancer du sein dans le monde, à cause du manque des données vue l'absence de registre de cancer du sein dans la plupart des pays africains les chiffres sont imprécis, on estime une incidence de 35/100 000 femmes.

Estimated age-standardized breast cancer incidence rates per 100,000. Source: Globocan 2012



## Données épidémiologiques en Asie :

Le cancer du sein touche les femmes asiatiques plus précocement, un pic entre 40-50 ans avec une prévalence de 735 000 cas en 2016.



## Données épidémiologiques du cancer du sein en Algérie :

Le nombre de patients atteints de cancer en Algérie continue à s'augmenter, de manière constante, cela s'explique par la modification significative et rapide du mode de vie des Algériens sur tout l'alimentation par acquisition d'habitudes modernes étrangères.

Le cancer du sein en Algérie représente l'affection maligne la plus fréquente et arrive en tête de liste des types de cancer prévalant en Algérie, avec plus de 14.000 nouveaux cas enregistrés chaque année. Selon ce taux, responsable d'environ 3.500 décès par an dont les deux tiers étaient observés après l'âge de 45 ans selon les données du registre national du cancer.

Plusieurs études ont montré que le taux d'incidence est plus élevé aux wilayas du nord par rapport au sud algérien dont l'âge moyen de diagnostic est presque identique dans le territoire national; avec un taux de mortalité et de stade métastatique plus élevé au sud algérien qui peut être expliqué par l'absence ou manque de stratégie de dépistage et de sensibilisation .

## Historique :

L'histoire de cancer du sein remonte au 1600 av. J.-C., par un papyrus égyptien qui a observé et décrit les tumeurs du sein, sachant que Théodora, impératrice de Byzance, a souffert d'un cancer du sein et aussi Anne d'Autriche, épouse de Louis XIII et mère de Louis XIV, donc ce cancer est connu depuis l'antiquité où le seul traitement existait est chirurgical sans anesthésie avec un taux de mortalités très élevé par complications hémorragiques et infectieuses.



# Anatomie du sein:

Les 2 seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax, de part et d'autre du sternum, plus ou moins symétrique, en avant des muscles pectoraux, en regard de l'espace compris entre les arcs antérieurs des 3<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes, le mamelon se projetant à la 9<sup>ème</sup> vertèbre dorsale.

Chaque sein est constitué par une glande mammaire qui est une glande exocrine, constituée par des canaux et des lobules dont le rôle de lobule est de produire le lait pendant l'allaitement, tandis que les canaux le transportent vers le mamelon, ces glandes sont de morphologie variable selon le sexe et la phase de la vie génitale. Le poids varie selon les critères sus-cités qui est de 200 g chez la jeune fille, il peut atteindre 500 g chez la femme allaitante.

**DIMENSIONS:** Hauteur: 12 cm, Largeur: 10 cm, Epaisseur : 5 à 6 cm.

La consistance varie aussi, ferme et irrégulière chez la femme jeune et prend un aspect polylobé au cours de la grossesse et l'allaitement.

Structure : Tissu glandulaire, Le tissu adipeux et conjonctif.

Cliniquement, le sein est divisé en quatre quadrants :

Supéro-externe

Supéro-interne

Inféro-externe

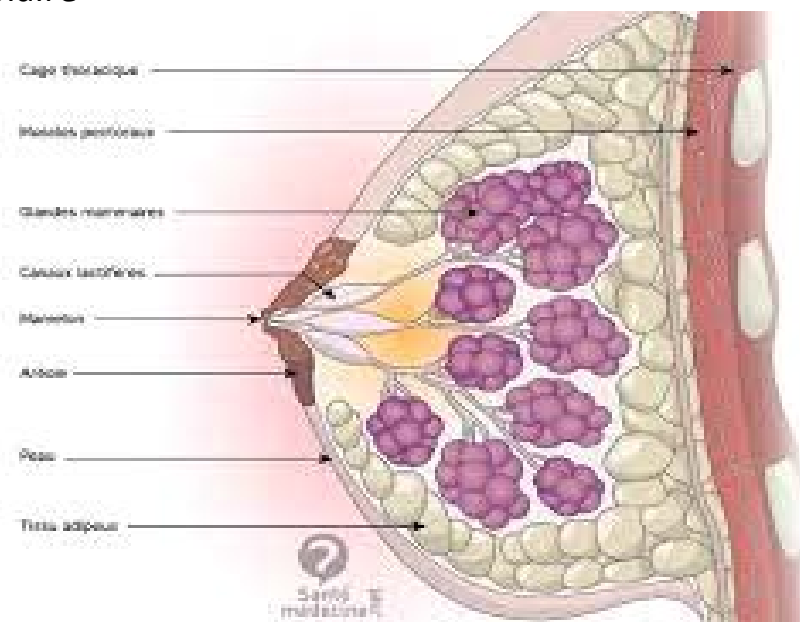
Inféro-interne

ça configuration externe est divisée en trois zones concentriques

➤ Le mamelon

➤ L'aréole

➤ Peau péri aréolaire

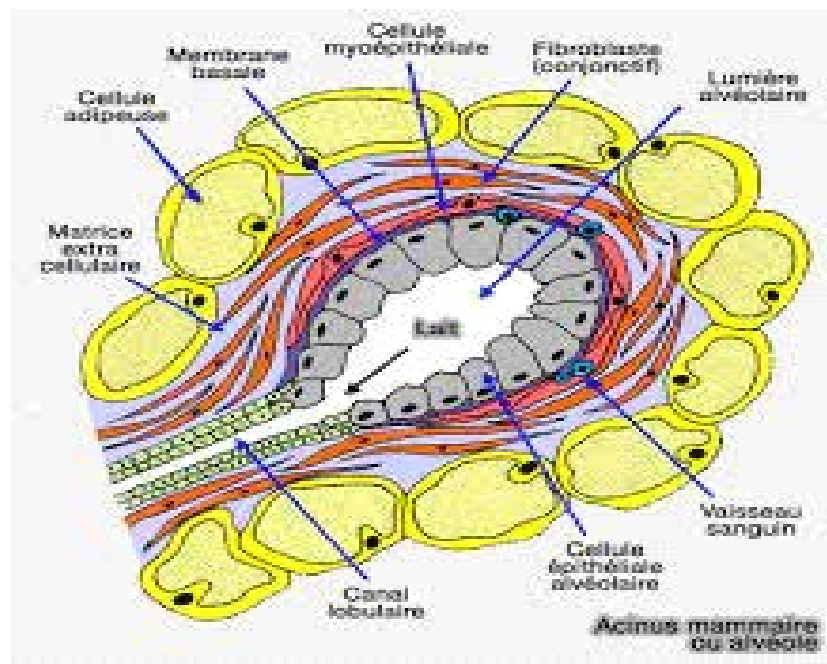


# Histologie:

Contient 15 à 25 lobes mammaires : chaque lobe est multilobulé (20 à 40 lobules), chaque lobule est constitué de tubulo-alvéoles (10 à 100 alvéoles) correspondant à la partie sécrétrice de la glande, Les lobes et les lobules sont séparés par un tissu conjonctif dense.

l'aréole constitue l'unité fonctionnelle du sein appelée aussi acinus qui a une forme de cul de sac, arrondie à son extrémité.

chaque groupe d'aréoles est drainé par un canal galactophorique qu'on appelle le canal intralobulaire qui est à son tour drainé par un canal inter-lobulaire, la réunion des lobules forme un lobe qui sera drainé par un canal galactophorique du 1er ordre convergeant vers le mamelon.



# physiologie :

les glandes mammaires sont sous stimulation hormonale permanente permettant leur développement et régulant son fonctionnement de la vie fœtale jusqu'au ménopause, tout ça pour accomplir la fonction principale des glandes mammaires qui est la production, stockage et sécrétion du lait maternel.

Ces hormones secrétées essentiellement par l'ovaire et en moindre quantité par les glandes surrénales, représentées par les œstrogènes et les progestérones, les œstrogènes agissent essentiellement à la puberté permettant leur croissance mais aussi au cours de la grossesse, tandis que les progestérones qui contrebalancent les effets des œstrogènes permettent la différenciation du tissu mammaire.

Au cours de la grossesse et l'allaitement les glandes mammaires se développent d'avantage donc leur volume augmente, puis retrouvent leur taille normale en

fin de cette phase.

lors de la ménopause, les glandes et les canaux galactophoriques sont remplacés par du tissu fibreux à cause d'une diminution de la stimulation hormonale.

Le sein est drainé par un système lymphatique représenté par les ganglions axillaires, sus et sous claviculaires et par des ganglions mammaires internes autour du sternum en intra thoracique.

Il est davantage discuté que ces hormones interviennent dans les étapes initiales comme agents mutagènes initiateurs de tumeurs. L'influence initiale des estrogènes sur des cellules normales et un génome non muté reste débattue pour les estrogènes naturels.

## Carcinogenèse:

Correspond au processus qui aboutit à la transformation maligne d'une cellule normale

C'est un phénomène complexe faisant intervenir plusieurs étapes: initiation, promotion, progression.

la cellule tumorale se caractérise par:

- l'immortalité
- une division cellulaire excessive non contrôlée.
- l'invasion et la progression.

### initiation:

Elle aboutit à l'acquisition, par une cellule, d'un phénotype de cellule maligne. Il s'agit d'une étape acquise par action sur le génome de la cellule d'agents carcinogènes qui sont initiateurs, c'est-à-dire mutagènes et/ou des co-carcinogènes qui agissent comme des promoteurs mais qui ne sont pas, en tant que tels, mutagènes mais agissent comme des facteurs favorisant la croissance cellulaire.

Les agents cancérigènes comprennent de nombreuses substances chimiques, physique et biologique.

### Promotion:

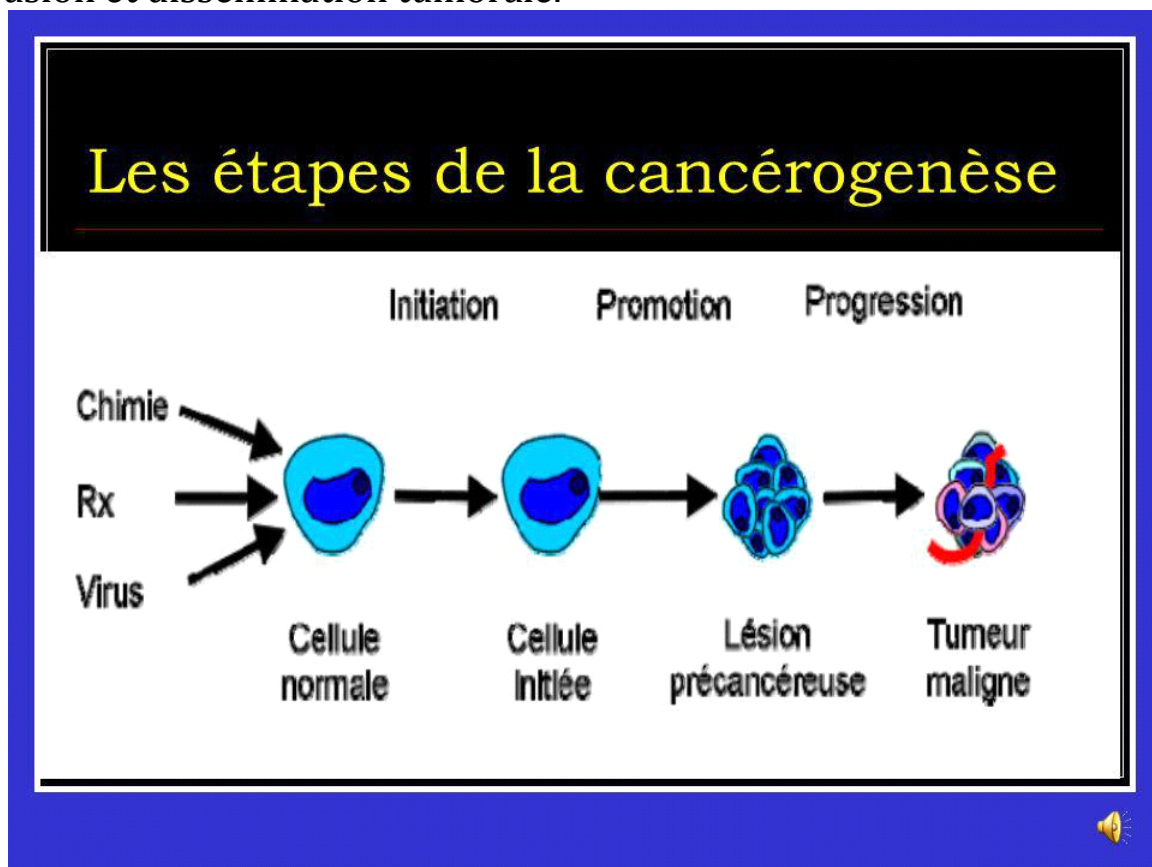
La seconde et dernière étape du développement d'une tumeur est la promotion. Les agents responsables, dits promoteurs, peuvent être des substances rencontrées dans le milieu extérieur ou certains médicaments comme les hormones sexuelles. Contrairement aux cancérigènes, les promoteurs ne sont pas, eux-mêmes, la cause directe du cancer. car ne modifient pas l'ADN mais aggravent et revelent les lésions cellulaires entraînant une hyperplasie sur les cellules initiées.

## Progression :

Un cancer peut se développer (envahir) directement dans le tissu environnant ou se propager dans des tissus ou organes adjacents ou éloignés. La maladie peut également se propager à travers le système lymphatique, ce qui est typique dans le cas des carcinomes. Par exemple, un cancer du sein se propage en général dans les ganglions axillaires, ce n'est que par la suite qu'il se propage dans des sites éloignés. La tumeur peut aussi se propager par voie hémato-gène, et très rarement par voie nerveuse.

\*2 principaux mécanismes observés au cours de cette phase:

- L'angiogénèse
- L'invasion et dissémination tumorale.



## facteurs de risque:

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle, dont plusieurs facteurs sont incriminés, certaines ont été identifiées comme des facteurs de risque et d'autres sont mal connus.

### Facteur génétique:

Les deux gènes responsables de l'augmentation des risques de développer cette maladie sont le gène « BRCA1 » et le gène « BRCA2 », on les appelle gènes suppresseurs de tumeurs parce qu'ils semblent jouer un rôle dans le contrôle de la croissance des cellules cancéreuses. La présence de mutations dans les gènes

BRCA1 et BRCA2 peut les rendre incapables de contrôler le développement du cancer.

Ces gènes sont également impliqués dans le cancer ovarien et d'autres types de cancers :

BRCA1 dans les cancers de l'estomac, du foie, des reins, des testicules et la leucémie.

BRCA2 dans les cancers de la prostate et du pancréas.

Néanmoins, toutes les femmes porteuses de ces mutations génétiques ne développeront pas systématiquement un cancer du sein, La transmission de ces gènes se fait selon un mode autosomique dominant .Le gène BRCA1 se localise sur le chromosome 17 et le gène BRCA2 sur le chromosome 13.

La présence du gène n'implique pas forcément l'apparition du cancer, il augmente fortement le risque. Chez la femme, le risque de développer un cancer du sein, est estimé selon les séries entre 60 et 85% avant 70 ans pour BRCA1 et BRCA2.

### **Facteurs hormonaux:**

Le développement du cancer du sein est influencé par l'imprégnation hormonale de la patiente, c'est-à-dire le taux d'œstrogène et de progestérone auquel elle a été soumise au cours de sa vie.

étant donné le rôle fondamental des œstrogènes dans le développement et la fonction de la glande mammaire ,cette hormone est impliquée à l'induction de la prolifération des tumeurs hormono-dépendantes car elle a un rôle similaire aux facteurs de croissance.

#### **Exogènes:**

##### **-Contraceptifs oraux :**

Le risque de cancer du sein est augmenté d'environ 25 % chez les femmes utilisant couramment les contraceptifs oraux, car ils bloquent les effets bénéfiques de la progestérone et de l'ovulation,

##### **-Traitement hormonal substitutif (THS):**

Le THS de la ménopause est prescrit pour pallier la diminution des hormones ovariennes circulantes pour prévenir l'ostéoporose et diminue le risque de maladies cardio-vasculaires, l'influence du THS sur le risque de cancer du sein réside dans le fait qu'il retarde les effets de la ménopause d'une part ; et d'autre part leTHS entraine la diminution de la sensibilité de la mammographie ce qui retarde le diagnostic et la prise en charge.

#### **Endogène:**

**-La puberté précoce:** plusieurs études montrent que la survenu précoce des règles augmente le risque de ce cancer ; cela s'explique par l'exposition précoce et prolongée à l'imprégnation hormonal; Cette exposition est considérable lorsque les cycles menstruels sont réguliers, car le taux d'œstrogène est élevé en fin des



menstruations.

-La Ménopause tardive : Les femmes qui ont leur ménopause après 50 ans présentent un risque accru de cancer du sein, en les comparant avec les femmes à ménopause plus précoce ; cela s'explique par une production prolongée des hormones ovariennes qui préparent à chaque fois les canaux galactophores à un éventuel allaitement, favorisant la prolifération cellulaire.

Ces modifications répétitives des cellules favorisent une éventuelle tumeur .

-L'âge tardif de la première grossesse : Les femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme avant l'âge de 30 ans présentent, en moyenne, un risque de cancer du sein diminué de 25 % par rapport aux femmes nullipares, la multiparité a pour avantage de protéger les femmes contre le cancer du sein.

-L'allaitement: Les femmes qui ont allaité pendant une durée totale d'au moins 25 mois présentent un risque réduit de 33 %; cela est expliqué par les changements hormonaux endogènes au cours de La lactation, en particulier une réduction d'œstrogène et une augmentation de la production de prolactine, ce qui diminue l'exposition cumulative aux œstrogènes chez la femme. Par conséquent, la lactation réprimerait l'apparition et le développement du cancer du sein, mais aussi Le pH du lait provenant des seins de femmes qui n'ont pas encore allaité est significativement élevé et Les cellules épithéliales, dans un environnement alcalin, subissent des altérations telles qu'une hyperplasie, une atypie, ainsi qu'une augmentation d'activité mitotique, donc le ph acide au cours de l'allaitement réduit le risque de survenu du cancer.

### Facteurs environnementaux :

-L'obésité: elle est associée à un profil hormonal soupçonné de favoriser le développement du cancer du sein. L'obésité augmente environ 50 % le risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées car l'œstrogène cesse d'être produit dans les ovaires, mais continue d'être produit dans les tissus adipeux par aromatisation des androgènes en œstrogènes. Par conséquent, les femmes ménopausées avec un IMC élevé ont une production accrue d'œstrogènes par rapport aux femmes avec un IMC normal, alors un IMC élevé a un effet protecteur avant la ménopause, mais il est positivement corrélé avec le risque de cancer du sein après la ménopause .

-L'activité physique : diminue le risque du cancer du sein par diminution de la production des œstrogènes; contrôle également le poids qui est un facteur de risque important après la ménopause.

- Le tabac : c'est une importante source de substances carcinogènes, mais il entraîne une diminution de concentration sanguine des œstrogènes , et il a aussi une action anti-ostrogénique .

-L'alcool : c'est le seul facteur nutritionnel établi de risque de cancer du sein car provoque une augmentation des hormones dans le sérum et une production accrue de facteurs de croissance IGF (insulin-like growth factor). Les IGF agissent comme

mitogènes, inhibent l'apoptose et interagissent avec les œstrogènes. Une production accrue d'IGF augmente le risque de cancer du sein, surtout avant la ménopause.



## Le dépistage :

### Définition:

Le dépistage est l'ensemble d'examens et de tests effectués au sein d'une population apparemment saine afin de dépister une affection latente à un stade précoce.

### Objectif:

Un dépistage consiste à détecter un cancer précocement avant qu'il ne soit découvert par toute symptomatologie. Plus le dépistage est précoce plus les chances de guérison augmentent. Le but du dépistage est de trouver des personnes à priori non malades, celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer afin de les traiter rapidement.

## Moyens de dépistage:

### 1-autopalpation:

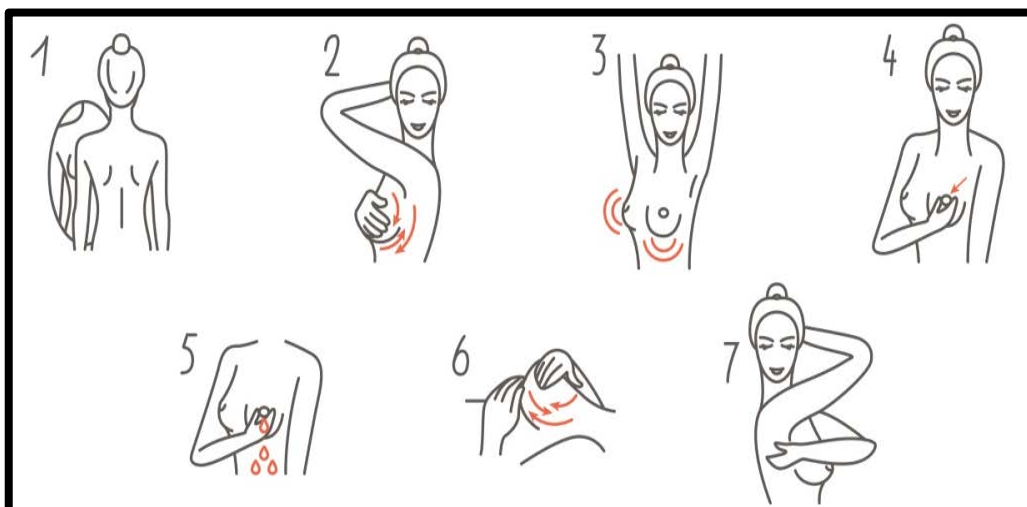
Il existe plusieurs méthodes et techniques d'auto-examen des seins. Les gestes de l'autopalpation se décomposent, de manière générale, en trois étapes :

**1ère étape : levez le bras droit, pour palper votre sein droit.** Pour cela, utilisez la pulpe des trois doigts du milieu de votre main gauche. Commencez la palpation par la partie externe du sein, en effectuant de petits mouvements rotatifs des bouts des doigts. Petit à petit, parcourez l'ensemble du sein en effectuant ces mouvements. Les gestes de palpation doivent être fermes, réalisés de manière attentive et complète. Au fur et à mesure des mouvements de palpation, trois niveaux de pression doivent être appliqués : une pression d'abord superficielle, puis moyenne, et enfin forte.

**2ème étape : examinez et palpez l'ensemble de la poitrine,** et notamment la partie située entre la courbe du sein et l'aisselle. Pensez également à palper le creux de votre aisselle (aussi appelé creux axillaire). L'objectif est de repérer, ou non, l'existence d'une éventuelle grosseur ou d'une masse anormale sous la peau. Cet auto-examen peut être réalisé en position debout, assise ou allongée. Ces gestes peuvent également être effectués dans un bain ou sous une douche. En effet, le savon a tendance à faciliter la palpation en améliorant la précision du toucher.

**3ème étape : procédez enfin à l'examen du mamelon.** Pressez-le délicatement et observez si cela provoque un écoulement (de liquide ou de sang). Si oui, rapprochez-vous immédiatement de votre médecin traitant ou de votre gynécologue.

Une fois le sein droit terminé, répétez les mêmes gestes sur le sein gauche. Pour cela, utilisez les trois doigts du milieu de la main droite. Cette méthode est appelée **méthode circulaire**.



## **2-examen clinique:**

l'autopalpation permet de détecter tôt parfois quelques lésions et donc participer dans la prise en charge précoce du cancer.

### **L'interrogatoire:**

Consiste à préciser les antécédents gynéco-obstétricaux et les facteurs de risque, antécédents familiaux du cancer des cancers et surtout gynécologiques à la recherche d'un terrain familial ( BRCA..).

### **L'inspection:**

A la recherche d'un aspect anormal du sein qu'on va le détailler dans le chapitre du diagnostic.

### **palpation:**

étape primordiale dans l'examen clinique qui doit respecter les points suivants:

- La patiente doit être dévêtue à partir de la taille.
- L'examen doit être expliquée à la patiente avant et à mesure que l'on procède.
- Il est recommandé qu'un examinateur de sexe masculin soit accompagné d'un témoin féminin.
- La palpation doit être ferme, mais sans causer de douleur à la patiente.
- L'examen doit initialement se faire en position assise (bras au repos puis bras élevés), puis couchée.

- Il faut palper le sein en plaçant une main en appui sous le sein et en plaçant l'autre main par-dessus, prenant ainsi le sein en étau et en rapprochant fermement (mais sans causer de douleur) les deux mains à la recherche d'une lésion profonde. Certains nodules sont plus apparents lors de cette manoeuvre.

- La palpation en position assise permet également de mieux sentir le prolongement axillaire aussi appelé queue du sein, qui est parfois difficile à évaluer en position couchée en présence de seins volumineux.

- La position assise facilite aussi l'examen des aires ganglionnaires axillaires et susclaviculaires.

On pose alors les mains de manière symétrique et on recherche des asymétries à l'aide de petits mouvements circulaires.

En cas de ganglion palpé, il est important de noter leur localisation, leur taille, leur forme, leur sensibilité, leur consistance, leurs limites et leur mobilité.

### **Palpation couchée**

La palpation peut se faire avec une main ou les deux mains. L'utilisation des deux mains lors de la palpation du sein en position couchée permet d'immobiliser certains petits nodules qui, autrement, pourraient échapper à la palpation avec une seule main.

Pour faire cette partie de l'examen clinique des seins, on utilise la face interne des doigts, à plat et parallèle au thorax, en exerçant une pression douce, comme si on voulait palper les côtes. Comme les cancers ne sont pas forcément juste sous la peau, il faut exercer une pression ferme s'adaptant à la tolérance de la patiente.

On peut se déplacer de façon linéaire de l'extérieur vers l'intérieur, ou de façon circulaire. Il est très important de ne pas oublier le mamelon, considérant qu'une proportion non-négligeable des cancers s'y développe. Il est également important de se rappeler que le sein s'étend jusqu'à la ligne infraclaviculaire et axillaire.

### **3-Mammographie:**

L'examen réalisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie (radiographie des seins). Une mammographie détecte des anomalies de petite taille(5mm), dont certaines seulement sont suspectées être un cancer.

On peut trouver parfois des anomalies malgré la normalité de l'examen clinique. Une fois la mammographie paraît anormale, le médecin passe aux examens complémentaires (Mammographie complémentaire, échographie, ponction et éventuellement biopsie) pour confirmer ou éliminer le diagnostic de cancer.

Près de 75 % des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 ans et 74

ans.

À partir de 40 ans, un examen médical des seins tous les ans et une mammographie tous les 2 ans sont conseillés. Dans le cadre du programme national de dépistage des cancers du sein.

Une mammographie permet un diagnostic plus précis que l'examen effectué par le médecin, Toutefois, une mammographie ne détecte pas toutes les tumeurs. Cela dépend de la taille de la tumeur et de l'aspect du sein.

Actuellement on propose le dépistage chez les femmes de moins de 40 ans à savoir un examen clinique régulier et une mammographie réalisée tous les 2 ans. Ce qui est complété par une échographie, lorsque les seins sont denses ou que les images sont difficilement interprétables, ce type de dépistage peut également être proposé à des patientes âgées de plus de 75 ans.

Les femmes qui ont un haut risque de développement de cancer du sein ou qui nécessitent un suivi spécifique ne sont pas concernées par le dépistage organisé et doivent bénéficier d'un dépistage chaque an (surveillance d'une image anormale, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, découverte d'un gène de prédisposition familiale, etc.)

## Le diagnostic :

### Circonstances de découverte :

- Lors de la découverte par la patiente elle-même d'une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle, il est important de consulter un médecin pour qu'il réalise les examens nécessaires.
- Lors d'une consultation de dépistage ; Lors d'une consultation ou d'un bilan systématique, le médecin généraliste ou le gynécologue proposent de

chercher une anomalie du sein après avoir expliqué les raisons et les conséquences éventuelles de ce dépistage .

- Lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue Lors d'une visite de contrôle, le médecin peut trouver une anomalie au niveau des seins.
- Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein, Lors de la surveillance d'un cancer du sein traité, le médecin vérifie qu'un second cancer du sein ne s'est pas développé.
- Lors d'un bilan de recherche d'origine d'une métastase osseuse ou autre.

**Anamnèse** : Doit être bien détaillée en précisant le motif de consultation et les signes associés, l'origine géographique et le mode de vie, les antécédents personnels et familiaux médico-chirurgicaux et gynécologiques,

### **Examen physique** :

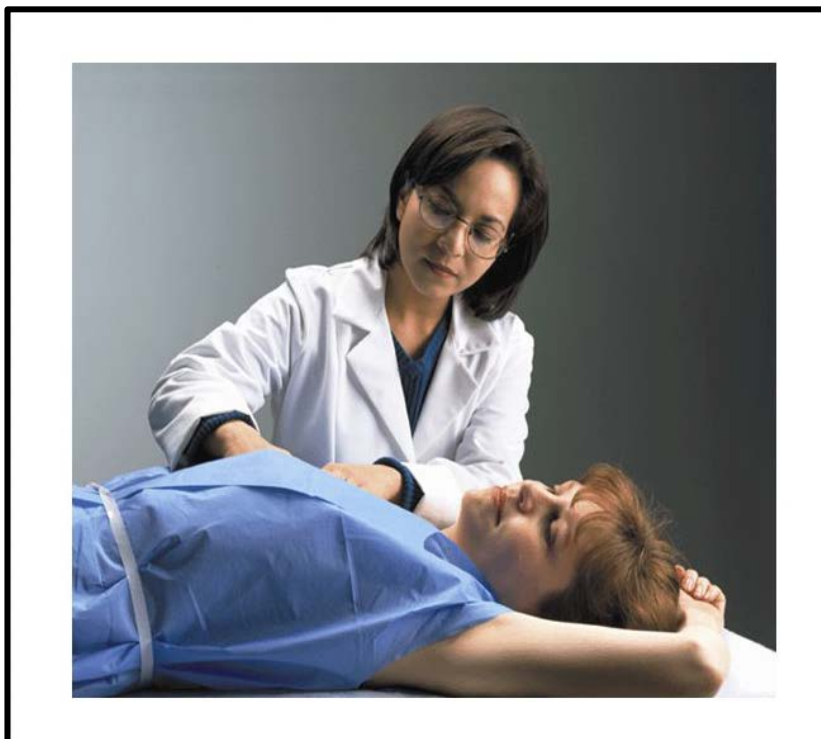
**L'Inspection** : avec une attention particulière aux modifications de forme et de couleur dans les seins de façon comparative et dans les creux axillaires, ainsi que dans la région claviculaire. On vérifie souvent Le volume des seins à la recherche d'une déformation de contours, asymétrie de volume, une anomalie du mamelon ou l'aréole, une anomalie de surface (signes inflammatoires, ride cutanée, peau d'orange, ulcération).

**La palpation** : elle renseigne sur la **nature** d'un nodule, la **taille** de la tumeur, présence d'un écoulement au pincement des mamelons, rétraction à la palpation .., Le médecin demande à la patiente de s'allonger sur le dos ; le bras est relevé du côté du sein malade. Dans cette position, les seins sont plus étalés et plus faciles à palper. Si l'anomalie est palpable, le médecin évalue sa taille, la **mobilité** de la tumeur. Le médecin regarde ensuite si la tumeur se bouge sous la peau ou si elle est fixée à la paroi thoracique ou à la peau. La **localisation** de la tumeur ; car Il est important de repérer l'endroit où la tumeur est localisée dans le sein, cette information est nécessaire pour le choix des traitements. **L'aspect de la peau**, on observe

parfois une modification de la peau autour de la tumeur. Cette modification est variable : la peau peut être rouge (érythème), écorchée (ulcérée), gonflée (œdème) ou encore être recouverte de petites boules dures (nodules). Elle peut également être plissée ou ridée. **La forme** du mamelon et de l'aréole. Le médecin recherche systématiquement s'il existe une déformation, une rétraction, une ulcération du mamelon ou de l'aréole. Ces modifications sont parfois accompagnées d'un écoulement au niveau du mamelon.

**L'augmentation de la taille de la tumeur**, le médecin demande à la patiente si elle a remarqué une augmentation de la taille de la tumeur.

**La palpation des ganglions** : Le cancer du sein s'accompagne aussi parfois d'une augmentation de la taille des ganglions au voisinage du sein (adénopathie). Le médecin cherche systématiquement les ganglions anormaux en palpant les différentes aires ganglionnaires (essentiellement axillaires).





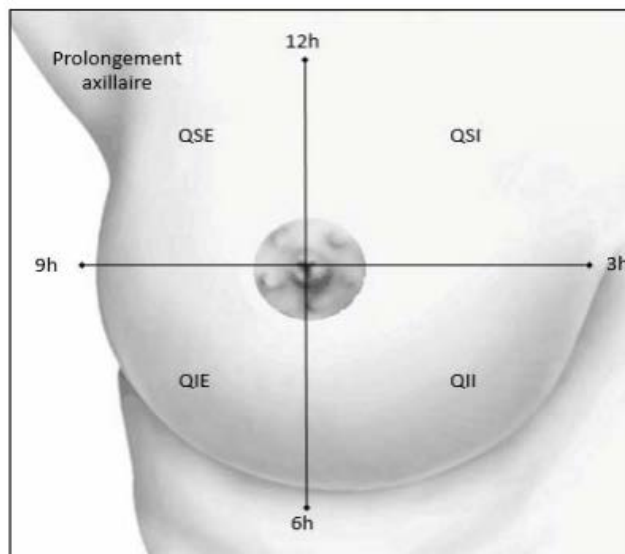
On distingue quatre quadrants différents :

QSE : quadrant supéro-externe

QSI : quadrant supéro-interne

QII : quadrant inféro-interne

QIE : quadrant inféro-externe



## Mammographie :

La mammographie consiste en une radiographie de chaque sein réalisée avec un appareil appelé « le mammographe ». Cet examen permet de visualiser les structures internes du sein et donc de détecter toute masse jugée anormale. En pratique, le sein est placé et comprimé entre deux plaques. La pression ressentie peut être inconfortable. Sans conséquence pour la poitrine, ce désagrément s'arrête dès que les plaques sont enlevées. Lors de l'examen, les seins sont soumis à une dose extrêmement faible de rayons X. Deux images ou clichés par sein sont réalisés sous différents angles et analysés par un radiologue.

La mammographie est un examen rapide qui dure généralement de 10 à 15 minutes ; néanmoins mieux vaut arriver au cabinet de radiologie en avance afin de remplir quelques formalités comme une fiche de renseignements pour indiquer de potentiels antécédents médicaux et les coordonnées du médecin traitant ou du gynécologue pour le suivi des résultats.

Il sera ensuite demandé de passer par une cabine individuelle communiquant avec la salle d'examen pour enlever les vêtements recouvrant le torse.

Un radiologue ou un manipulateur en radiologie s'occupe individuellement de chaque patiente. Il sera la personne responsable de l'installation face au mammographe et réalisera deux clichés par sein (un cliché de face et un cliché en oblique). L'examen se déroule en position debout.

Les clichés sont immédiatement interprétés par un médecin qui de plus réalisera un examen clinique de la poitrine par palpation. Dans certains cas, une échographie mammaire peut compléter l'examen ; c'est notamment le cas quand les seins sont denses, donnant des clichés de mammographie plus difficiles à interpréter.

Les clichés de mammographie sont classés selon 6 catégories dites ACR (pour American College of Radiology, institut américain qui a mis au point cette classification).

**A.C.R. 0** : Classe utilisée dans l'attente d'examens d'imagerie complémentaires, de relecture d'anciens clichés ou d'un avis.

**A.C.R. 1** : Mammographie normale.

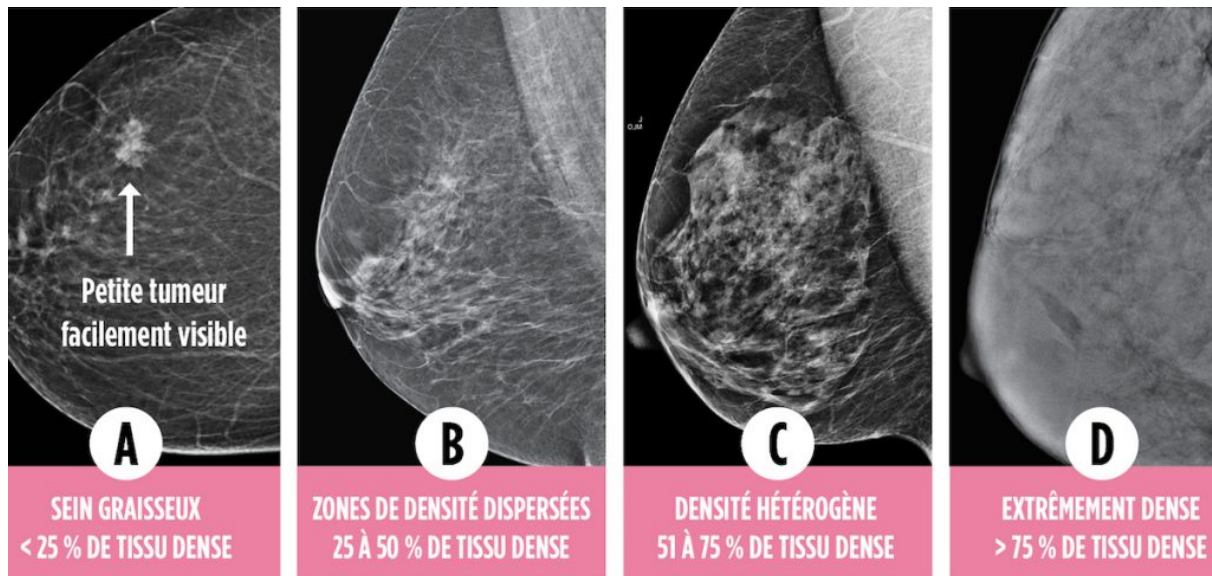
**A.C.R.2** : Présence d'anomalies très certainement bénignes ne nécessitant pas d'investigations cyto-histologiques complémentaires (adénofibrome, ganglion lymphatique dans le sein, grosses calcifications bénignes (macro calcifications)).

**A.C.R.3** : Présence d'une anomalie probablement bénigne nécessitant une surveillance à court terme (nouvelle mammographie après 3 à 6 mois pour apprécier l'évolutivité) ou un contrôle par ponction cytologique ou surtout une éventuelle biopsie.

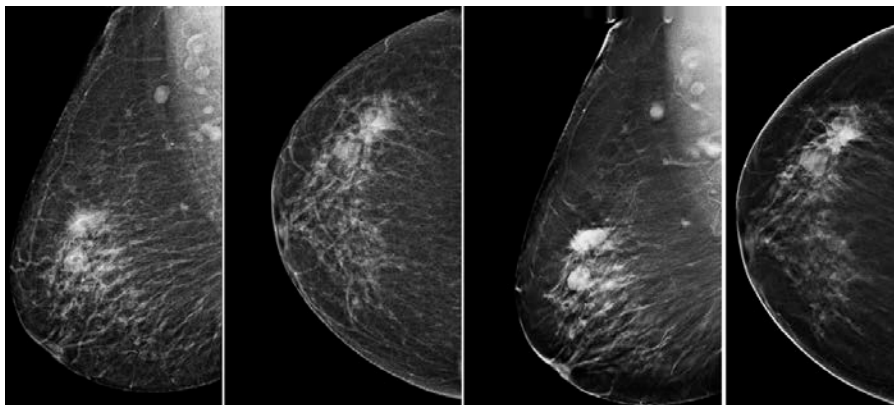
**A.C.R.4** : Présence d'une anomalie indéterminée (plus ou moins) suspecte, nécessitant une vérification histologique (biopsie), il existe d'ailleurs trois sous classes ACR 4 a, b & c en fonction de la probabilité croissante que l'image corresponde à un cancer.

**A.C.R.5** : Présence d'une anomalie évocatrice de cancer, il faut poursuivre les investigations avec entre autres un examen histologique (biopsie).

**A.C.R.6** : Catégorie utilisée en cas de preuve histologique de cancer, en attente d'une proposition thérapeutique. La mammographie reflète aussi la proposition du tissu glandulaire et canalaire par rapport au tissu graisseux du sein défini par la densité mammaire classée par 4 stades :



Les femmes dont la mammographie révèle une densité mammaire élevée à plus de 50% (seins plus glandulaires) ont plus de **risque** de développer un cancer du sein que les femmes dont le sein est moins dense (seins plus gras). Il faut avoir eu une mammographie pour connaître sa densité.



## L'échographie :

L'échographie est un examen par ultrasons. Elle est souvent utilisée en complément de la mammographie. Elle permet d'identifier plus clairement des nodules bénins (des kystes, par exemple), des ganglions lymphatiques suspects dans les creux axillaires ou des modifications indécélables à la palpation. Elle peut aussi servir à détecter d'éventuelles métastases dans le foie en présence d'un cancer du sein de stade avancé. Le médecin se repère également grâce à l'échographie pour guider l'aiguille vers la région suspecte lors d'une biopsie. L'échographie peut être répétée sans problème,

parce que les ultrasons ne provoquent pas d'irradiation. Ceci est important pour les femmes qui ont un risque élevé de cancer du sein.

### Diagnostic de certitude :

L'examen anatomopathologique donne des informations précises sur le type de cancer du sein et ses caractéristiques grâce à l'analyse au microscope des cellules et des tissus prélevés au niveau d'une anomalie du sein. C'est le seul examen qui permettant l'élimination ou l'affirmation de façon définitive le diagnostic de cancer dans la pièce prise.

### L'examen du tissu tumoral :

Après avoir évalué la tumeur, les ganglions et d'éventuelles métastases, il est possible de définir le stade du cancer du sein en chiffres romains :

0 : Tis (carcinome in situ) .

I : T1 (tumeur inférieure à 2 cm) .

IIA : N1 (adénopathie homolatérale mobile) ou T1N1 ou T2 (tumeur entre 2 et 5 cm) .

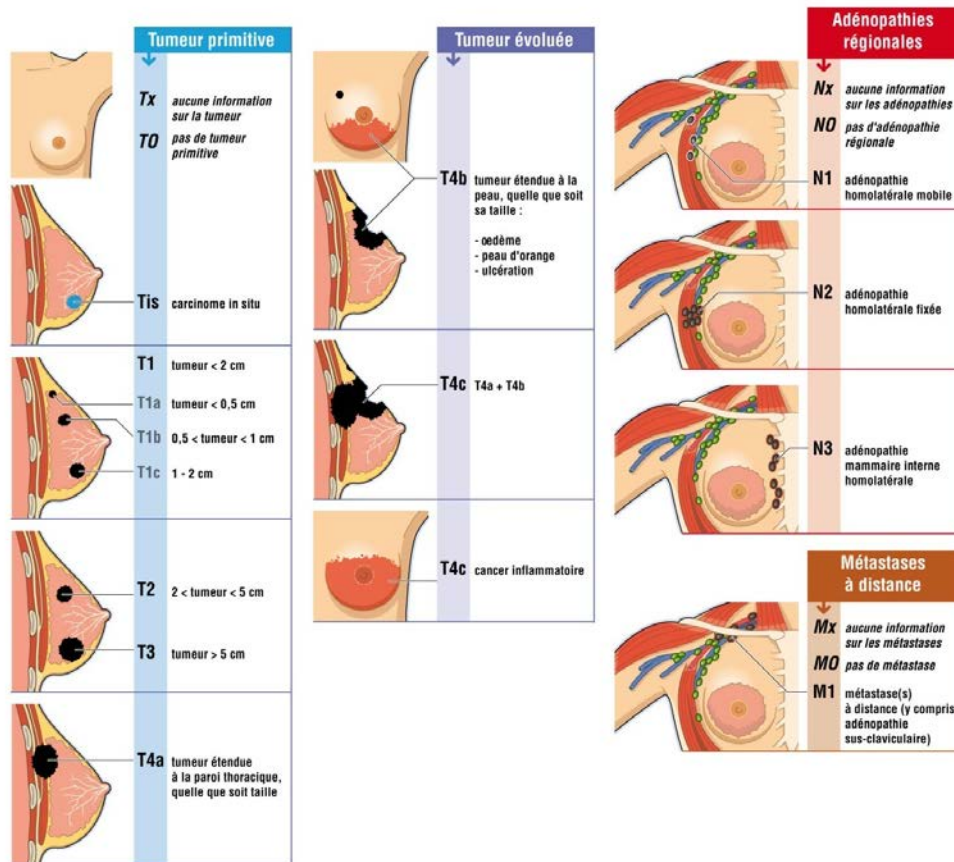
IIB : T2N1 ou T3 (tumeur supérieure à 5 cm) .

IIIA : N2 (adénopathie homolatérale fixée) ou T1N2 ou T2N2 ou T3N1 ou T3N2 .

IIIB : T4 (tumeur étendue au thorax et/ou à la peau) ou T4N1 ou T4N2 .

IIIC : tout T associé à N3 (adénopathie mammaire interne homolatérale) .

IV : tout T ainsi que tout N associé à M1 (métastases à distance).



## Les investigations complémentaires :

dans le but d'obtenir un bilan d'extension exhaustif on peut réaliser :

- une scintigraphie osseuse, TDM TAP, IRM, radiographie standard du thorax, voir PET scanner, à la recherche de métastases pulmonaires, hépatiques et osseuses.

- une galactographie est réalisée lors d'un écoulement anormal par le mamelon.

En première intention :

- o TDM TAP

- o Scintigraphie osseuse

selon les signes d'appel :

- o TDM ou IRM cérébrale

- o TDM abdomino-pelvienne

- o Pet-scanner

-Marqueurs tumoraux : Le dosage des marqueurs tumoraux présents dans le sang permet de vérifier la réaction aux traitements pour les cancers avancés ou qui présentent des métastases. Les marqueurs utilisés pour le cancer du sein sont l'antigène tumoral 15-3 (CA 15-3) et l'antigène

carcinoembryonnaire (CEA).

## Stratégie thérapeutique :

Pour traiter le cancer du sein, on fait essentiellement appel à des traitements loco-régionaux : chirurgie et radiothérapie. D'autres traitements dits généraux viennent parfois les compléter : ce sont les thérapeutiques anti-hormonales, la chimiothérapie et les traitements ciblés.

Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Il n'existe pas un cancer du sein mais des cancers du sein.

### Les traitements loco-régionaux :

> **La chirurgie** : Elle reste l'acte principal. Dans un grand nombre de cas, l'ablation du sein (mastectomie) peut être évitée et on enlève alors largement la tumeur en gardant le reste de la glande mammaire.

Mais dans certaines situations l'ablation du sein est nécessaire : il peut s'agir d'une tumeur trop volumineuse pour être retirée en conservant le sein, de tumeurs multiples ou encore d'un cancer ayant déjà diffusé à l'intérieur des petits canaux intramammaires. L'ablation du sein est devenue beaucoup moins mutilante car elle conserve les muscles pectoraux. Elle pourra être suivie, soit dans le même temps opératoire, soit le plus souvent de façon retardée, par une reconstruction.

Cette reconstruction doit faire l'objet d'un échange approfondi avec la patiente qui en prendra, ou non, la décision.

Dans tous les cas, un prélèvement sera réalisé au niveau des ganglions

axillaires pour permettre d'apprécier si la tumeur est strictement limitée à la glande mammaire ou si, au contraire, ce cancer a commencé à essaimer.

Le curage axillaire n'est pas dépourvu d'inconvénients postopératoires. Il entraîne fréquemment des problèmes de drainage lymphatique du bras du côté opéré, se traduisant par un gros bras.

Dans certaines conditions (petite tumeur, absence de ganglion palpable), on peut limiter cette complication et ses conséquences en utilisant la technique du ganglion sentinelle. Le chirurgien repère le premier ganglion lymphatique qui draine la région de la tumeur (ganglion sentinelle) par un examen préalable (marquage par colorant ou corps faiblement radioactif) et procède à l'ablation de ce seul ganglion.

Si l'examen histologique trouve des cellules cancéreuses dans ce ganglion, un curage ganglionnaire axillaire sera pratiqué. Si au contraire ce ganglion est indemne de cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas nécessaire.

La nécessité de la mastectomie n'est pas forcément en relation avec la gravité de la maladie mais le plus souvent avec la situation de la tumeur, son type histologique ou son étendue dans les différents canaux galactophores. Si la lésion n'a pas traversé la paroi de ces canaux et n'a donc pas envahi les autres tissus, on parle de cancer «in situ».

> **La radiothérapie** : C'est un traitement loco-régional utilisant les rayons à haute énergie pour détruire les cellules tumorales et les empêcher de se multiplier. On distingue deux types de radiothérapie :

*La radiothérapie externe* par un accélérateur linéaire générateur de rayons

pour détruire les cellules à travers la peau.

*La curiethérapie* utilisant des sources radioactives placées dans la tumeur et à son voisinage pour des tumeurs accessibles et de petit volume.

La radiothérapie est appliquée généralement après la chirurgie pour détruire d'éventuelles cellules tumorales résiduelles et pour diminuer le risque de récurrence locale.

Une nouvelle technique, en cours d'évaluation, consiste à pratiquer une irradiation tumorale unique en cours d'intervention, évitant ainsi les séquences de radiothérapie après chirurgie.

### Les traitements généraux :

Ils ont pour objet d'éviter d'éventuelles rechutes après la chirurgie. Lorsqu'ils sont associés à la radiothérapie, on parle de traitements adjuvants. Dans certains cas, ils peuvent être utilisés en première intention pour réduire le volume tumoral permettant éventuellement de conserver le sein : on parle alors de traitements néo-adjuvants.

> **L'hormonothérapie** : Elle est indiquée si le cancer du sein est hormonodépendant, c'est-à-dire que les cellules tumorales sont stimulées par les œstrogènes en gardant leurs récepteurs.

Cette action est vérifiée par l'analyse histochimique des cellules cancéreuses qui révèle les récepteurs hormonaux.

Plusieurs méthodes d'hormonothérapie sont possibles :

Soit par un médicament anti-œstrogène bloquant les récepteurs aux œstrogènes sur les cellules tumorales ; Soit par un médicament diminuant la synthèse des œstrogènes,

- en postménopause : traitement par anti-aromatase ;

- en préménopause : suppression de la production d'œstrogènes des ovaires



soit par ablation chirurgicale sous coelioscopie ou par radiothérapie, soit actuellement et le plus souvent par traitement chimique (agoniste de LH-RH).

> **La chimiothérapie** : Elle est maintenant largement proposée aux malades car elle réduit les risques de rechute et la mortalité.

Les principaux médicaments utilisés sont :

- *Les agents intercalants* (anthracyclines et anthracènodiones) obtenus à partir de souches de micro-organismes de type streptomyces. Ils nécessitent une surveillance de la fonction cardiaque en raison du risque de toxicité, si les doses cumulées ne correspondent pas à celles prescrites. Ils agissent en s'intercalant entre les bases de la chaîne d'ADN des noyaux des cellules tumorales en provoquant des coupures irréparables de cet ADN ;

- *Les poisons du fuseau* (vinca-alcaloïdes et taxanes issues de l'If) bloquent la division cellulaire en agissant sur le cytosquelette du noyau ;

- *Les alkylants* (moutardes azotées, organoplatines, nitroso-urées...) entraînent l'avortement de la division cellulaire ;

- *Les antimétabolites* (5-Fluorouracile, antagonistes puriques ou foliques) inhibent la synthèse des bases nécessaires à l'ADN.

Plusieurs médicaments sont associés le plus souvent pour augmenter l'efficacité du traitement et selon des protocoles de prescription rigoureux et validés.

La chimiothérapie est administrée en injections une à deux fois par mois pendant une durée moyenne de six mois. Son but est de détruire des cellules cancéreuses. Ses inconvénients (notamment fatigue, nausées, chute

transitoire des cheveux, qui repoussent après l'arrêt du traitement), dépendent de la nature des produits utilisés.

Tous les médicaments utilisés ne provoquent pas de chute des cheveux et il faut savoir que les effets secondaires tels que nausées ou vomissements sont de mieux en mieux contrôlés par des antiémétiques modernes (les sétrons et récemment, les antiNK1).

Grâce à la recherche pharmaceutique, d'autres produits apparaissent et font aussitôt l'objet d'études cliniques. Les progrès sont ainsi permanents sans pour autant être toujours spectaculaires d'une année sur l'autre.

### Les traitements ciblés :

> **Traitement du récepteur HER2** : Certains cancers du sein (1 sur 5 environ) sont plus agressifs, car les cellules de la tumeur ont à leur surface des récepteurs dénommés HER2. Ceux-ci agissent comme des interrupteurs régulant le caractère harmonieux de la croissance et de la division cellulaire. Par contre, si ces récepteurs sont en nombre trop important, la croissance cellulaire est perturbée et l'évolution de la maladie est aggravée (rechutes plus rapides, survenue de métastases et résistance aux traitements conventionnels).

La recherche de ces récepteurs HER2 est effectuée par le médecin anatomopathologiste sur le tissu tumoral prélevé lors du premier examen histologique ou sur les récidives.

Ce qui est contradictoire la présence de ces récepteurs rend la tumeur de plus bon pronostic puisqu'elle va être sensible au traitement ciblé, On dispose aujourd'hui de deux traitements ciblés sur ce récepteur HER2 : le trastuzumab et le lapatinib, qui sont capables de bloquer les récepteurs

HER2. Ces traitements sont le plus souvent associés à une chimiothérapie conventionnelle et ont permis d'améliorer de façon importante le pronostic de ces formes de cancer.

**Les traitements anti-angiogéniques :** La cellule tumorale secrète des facteurs stimulant la vascularisation de la tumeur et favorisant ainsi sa croissance. Le facteur principal est dénommé VEGF (Vascular Epithelial Growth Factor). Un médicament peut bloquer ce facteur et ainsi inhiber la vascularisation de la tumeur : il s'agit du Bevacizumab.

Des études récentes ont montré l'intérêt d'associer ce médicament à des chimiothérapies à base de taxanes.



# **Problématique et justification de l'étude**

Le cancer du sein en ALGERIE comme dans les autres pays du monde représente le cancer féminin le plus fréquent et en nette augmentation, faisant intervenir plusieurs facteurs de risques génétiques et environnementaux , c'est une maladie dont la prévention constitue le meilleur moyen de lutte par le dépistage organisé et les thérapeutiques ont nettement évolué et amélioré le pronostic de cette maladie , les facteurs de risques les plus incriminés en ALGERIE et l'histoire de maladie des patients restent mal étudiés ainsi que la sensibilisation et la participation au dépistage organisé , l'incidence du cancer du sein est mal définie et n'est pas correctement corrélée avec les antécédents du patient, son mode de vie et avec des différents autres facteurs de risques .

Nous avons réaliser cette étude afin de : évaluer l'incidence, le profil socio-démographique, les antécédents, le profil histologique et évolutif du cancer du sein des malades présentés au niveau du service de chirurgie générale EPH AIN TEMOUCHENT.

# **Matériels et** **méthodes**

La pathologie étudiée dans cette étude est le cancer du sein basée sur des données recueillies à partir des dossiers des malades ayant une maladie du sein et à partir du registre des maladies du sein de L'EPH d'AIN TEMOUCHENT au niveau du service de chirurgie générale.

### **1-L'objectif de l'étude :**

#### **Objectif principal :**

-déterminer l'incidence des patients atteints du cancer du sein présentés au niveau du service et établir une liaison entre les données socio-démographo-cliniques et cette incidence durant la période d'étude.

#### **Objectifs secondaires :**

-Déterminer la répartition selon les conditions socio-démographiques ( âge - sexe - lieu d'habitat)  
-Déterminer la répartition selon les critères anatomo-cliniques de la maladie (type histologique – stade de découverte - antécédents médicochirurgicaux et gynéco-obstétricaux du patient - récepteurs hormonaux - sein touché – récurrence)

### **2-type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive analytique rétrospective monocentrique effectuée au niveau du service de chirurgie générale EPH AIN TEMOUCHENT.

### **3-Période de l'étude :**

La période du recueil des données a été fixé : du 02 janvier 2018 au 17 avril 2022.

### **4-population de l'étude :**

la population concernée était l'ensemble des patients ayant un cancer du sein confirmé histologiquement et présentés au niveau du service (prises en charge au niveau du service ou non).

#### **Critères d'inclusion :**

- Tous les patients présentés au niveau du service.
- tous les stades.
- tout type histologique.
- sein gauche /droit /bilatérale.
- n'importe quel âge.
- femme, homme.
- avec ou sans comorbidités.

#### **Critères d'exclusion :**

- les patients mentionnés dans le registre du sein sans aucune information.
- les patients ayant une pathologie bénigne du sein confirmée.

## **5- Modalités du recueil des données :**

Le recueil des données été réalisé par la collecte des informations mentionnées dans les dossiers stockés des malades du sein et dans le registre des maladies du sein, et qui contiennent les informations suivantes :

-l'âge.

-le sexe.

-lieu d'habitat.

-type histologique.

-stade de la maladie.

-sein touché et récurrence.

-présence de récepteurs hormonaux.

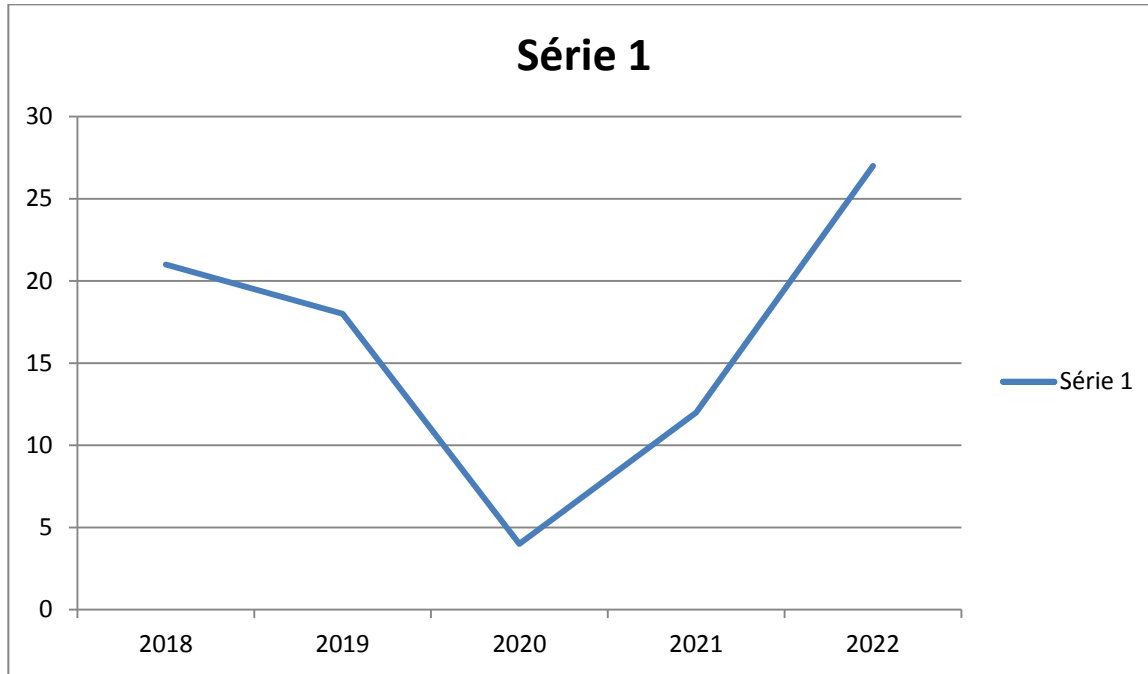
-présence d'antécédents médico-chirurgicaux, et gynéco-obstétricaux.



# **Résultats**

L'analyse statistique à été réalisée par le logiciel informatique **Excel 2007**,  
**1-Incidence du cancer du sein :**

Notre série comporte 91 patients identifiés par l'analyse des données sur dossiers.

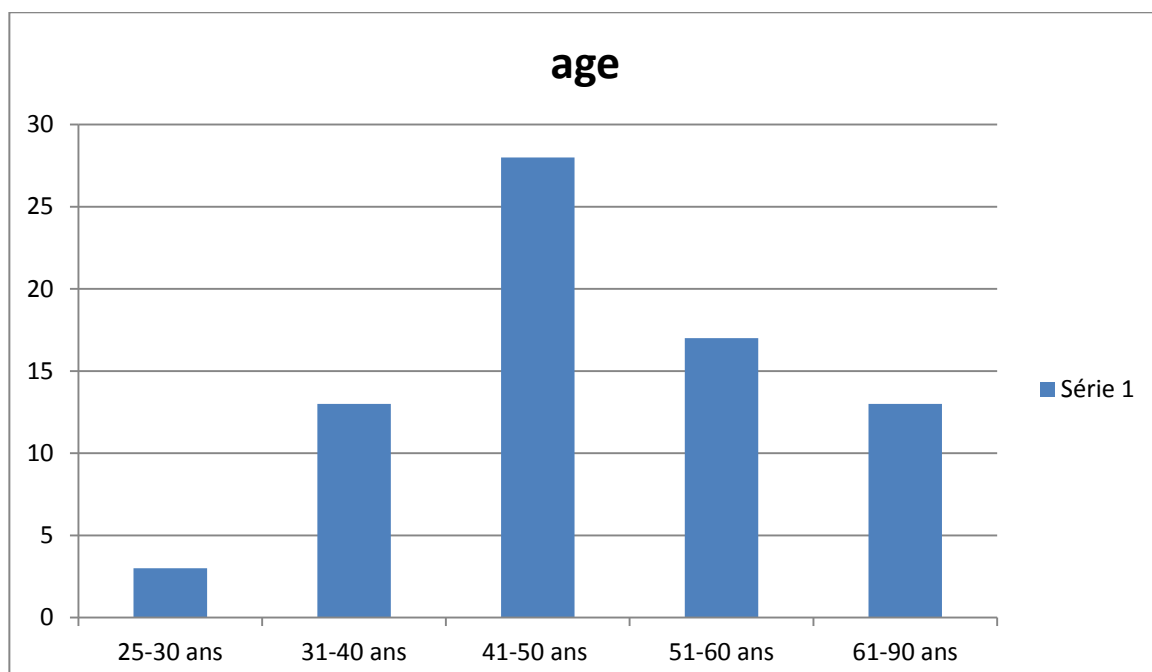


**ANALYSE :**

La moyenne de la série est 16 nouveaux cas/an avec les extrêmes d'incidence annuelle 4 nouveaux cas/an en 2020 et 27 nouveaux cas/an en 2022.

**2-données socio-démographiques :**

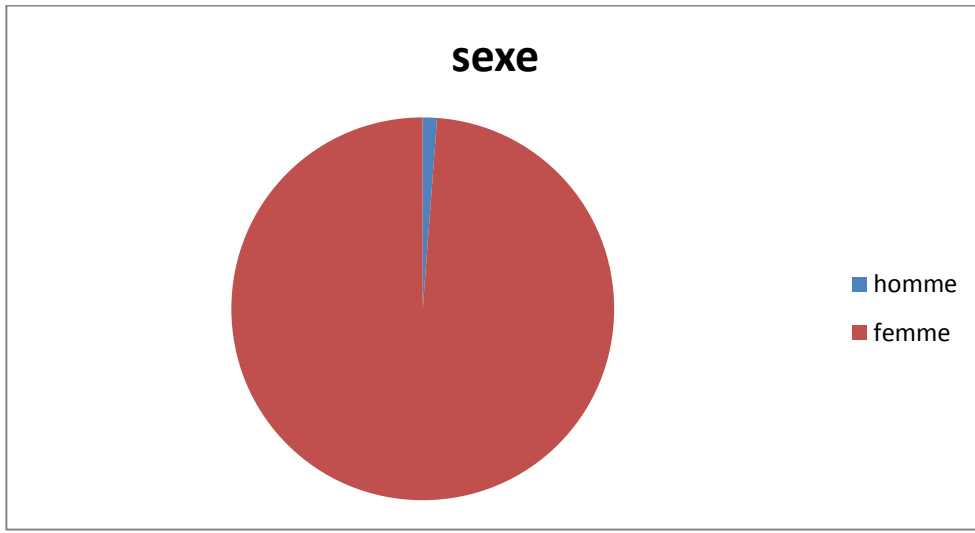
**a- Répartition des patients selon l'âge :**



## **ANALYSE :**

la moyenne de la série est 50 ans avec les extrêmes d'âge 28 ans (1 malade) et 86 ans (1 malade), la tranche d'âge 41-50 ans est la plus fréquente.

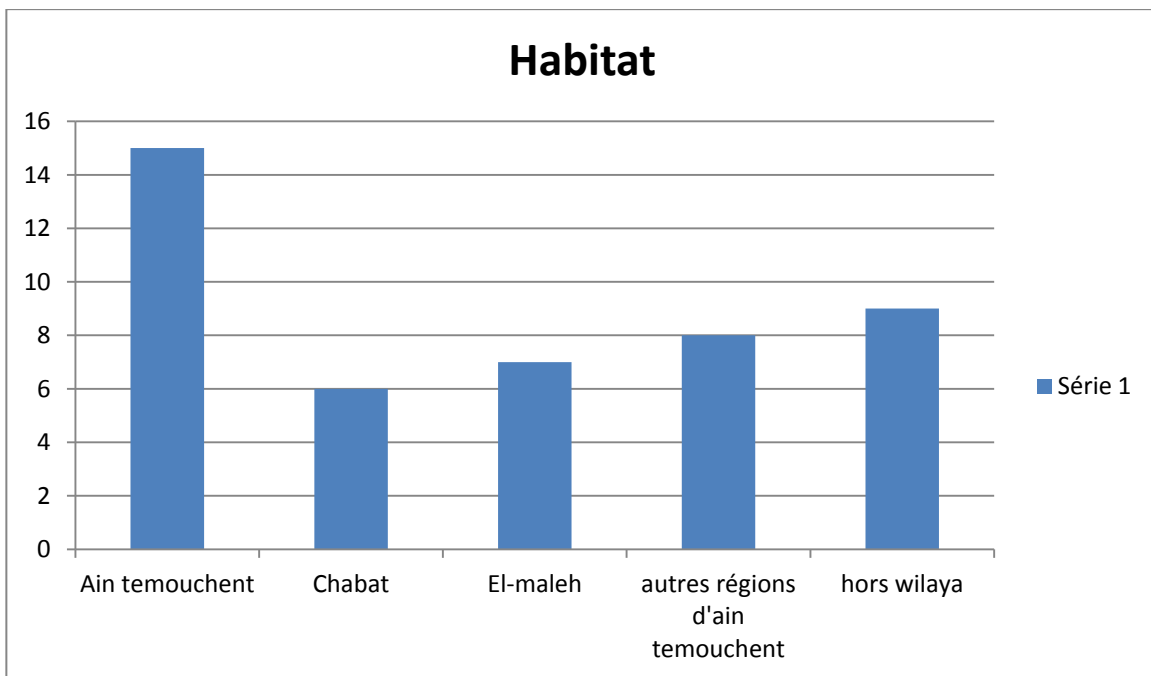
### **b- Répartition des patients selon le sexe :**



## **ANALYSE :**

Y'avait 1 homme (1% ) pour 82 femmes ( 99% ) avec un sexe ratio de 0,01.

### **c- Répartition des patients selon le lieu d'habitat :**

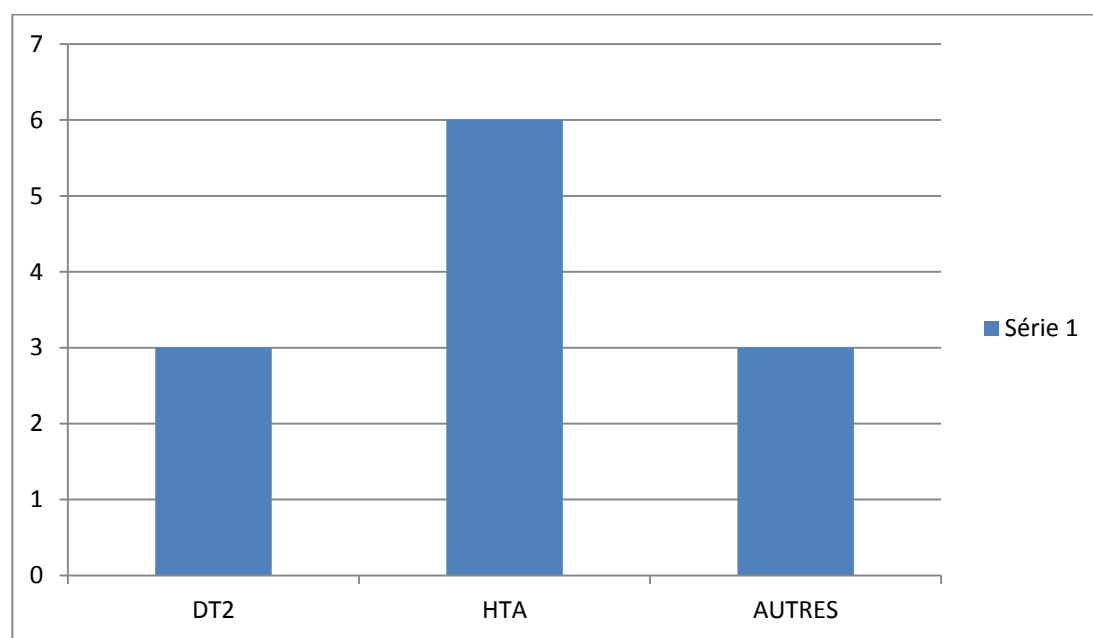


### **ANALYSE :**

La plupart des patients étaient originaires de Ain temouchent centre et la minorité étaient originaires de Oulhaça, on note 9 patients venus d'autres wilaya (Tlemcen, Sidi belabbas, Oran).

### **3-données anatomo-cliniques :**

#### **a- Répartition selon les antécédents médicaux :**

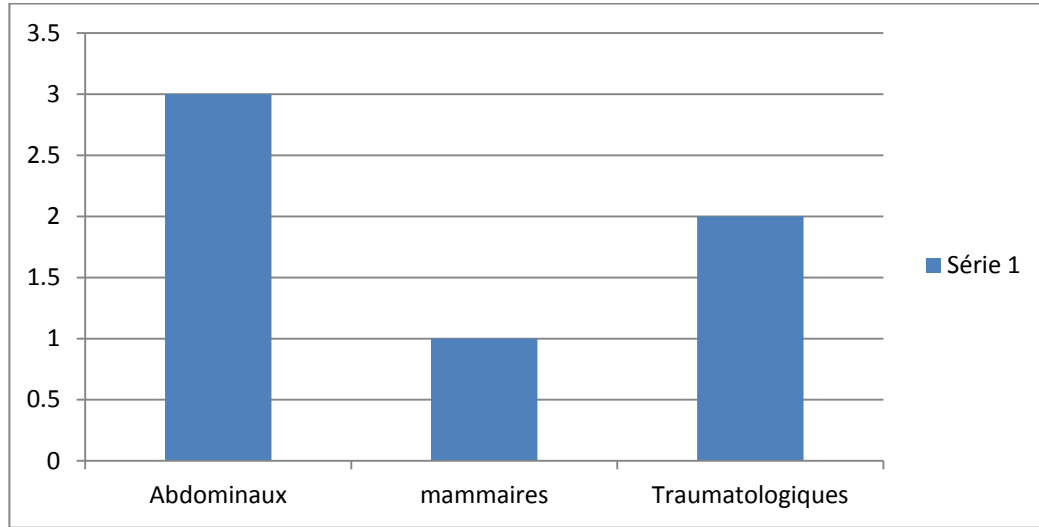


### **ANALYSE :**

3 des patients de notre série présentaient un diabète type 2, 6 avec HTA chronique, 3 patients présentaient autres affections médicales notamment l'hypothyroïdie, l'infection VIH, et l'asthme.

On note aussi la prise de psychotropes par 1 patiente.

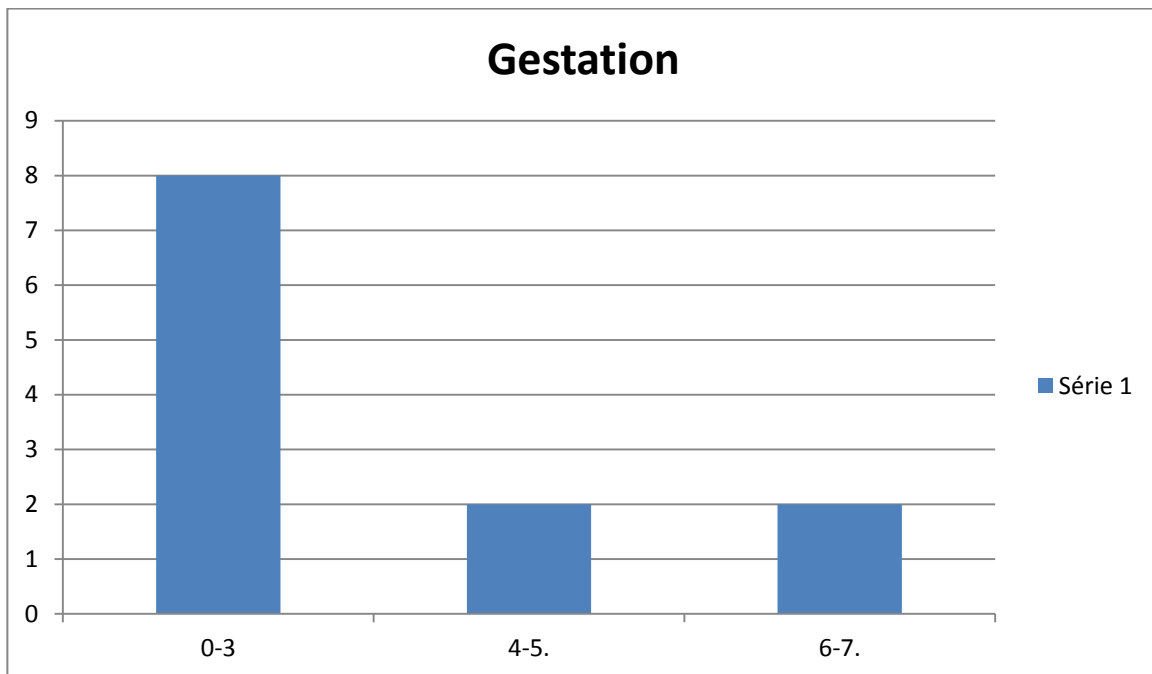
**b- Répartition selon les antécédents chirurgicaux :**



**ANALYSE :**

3 des patients présentaient des antécédents chirurgicaux abdominaux (1 hernie abdominale, 2 lithiases vésiculaires), 1 patient opéré pour un kyste de coude et 1 patient pour un canal carpien, 1 patiente a été opérée pour un abcès mammaire.

**c- Répartition des patientes selon la gestation :**

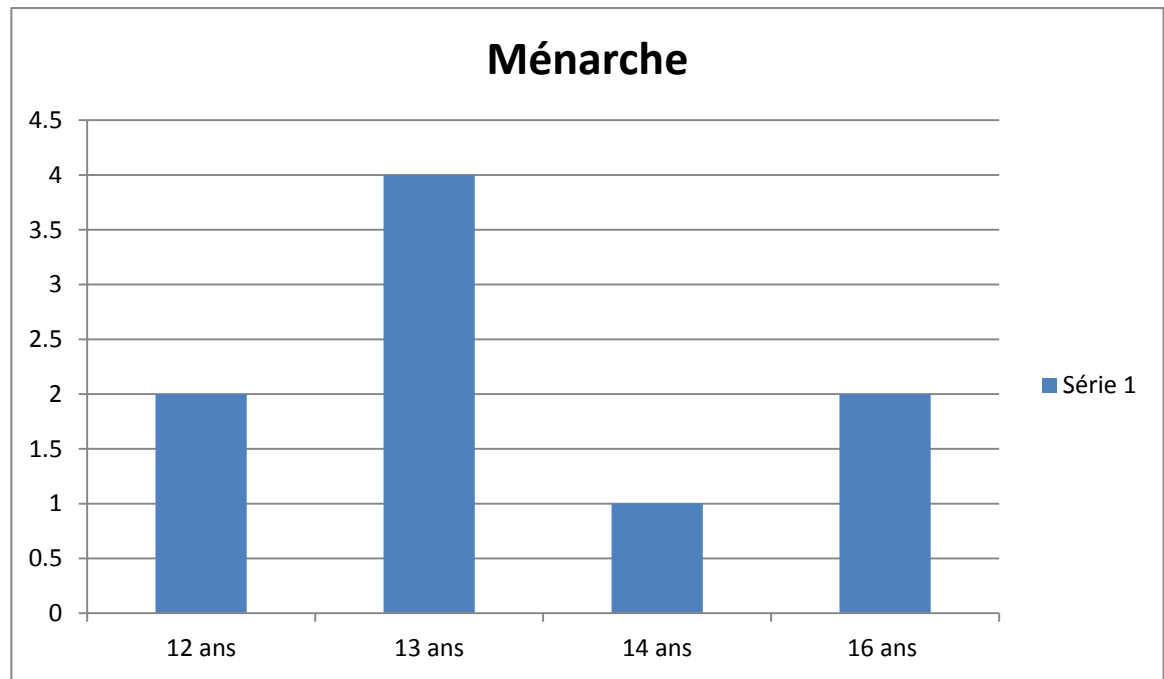


**ANALYSE :**

2 patientes de notre série n'avaient aucune grossesse, 2 avec 2 enfants, 4 avec 3 enfants, 2 avec 5 enfants, 1 avec 6 enfants, et 1 avec 7 enfants,

On note un avortement chez 2 patientes de notre série.

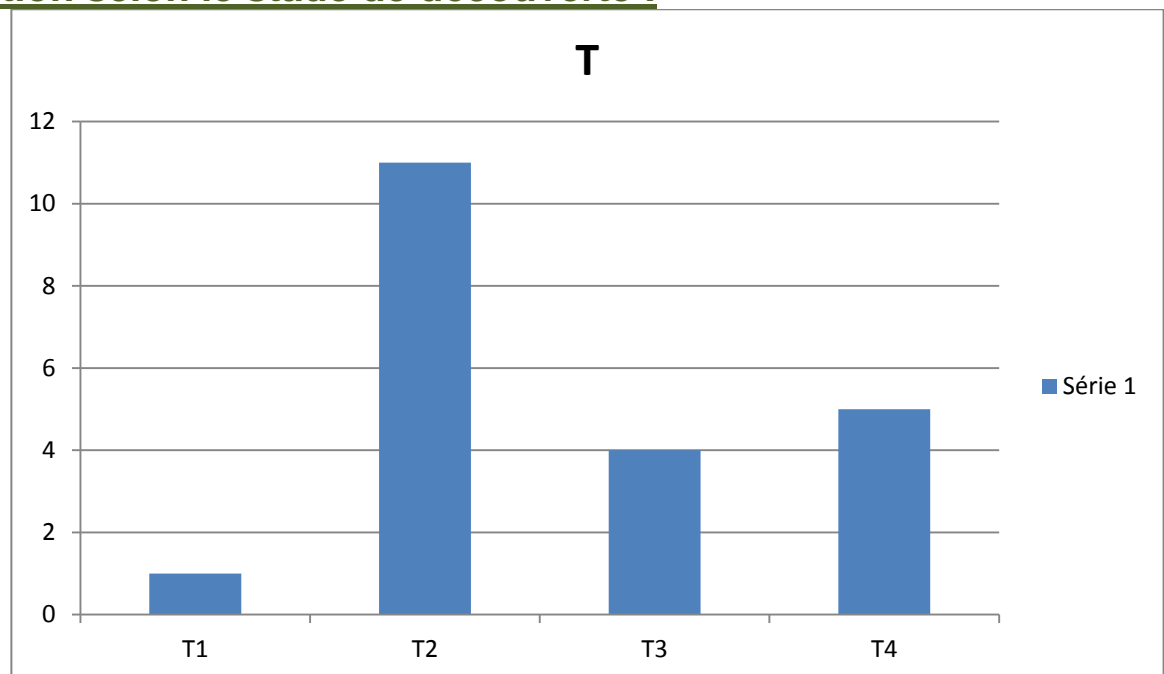
**d- Répartition des patientes selon la ménarche :**



**ANALYSE :**

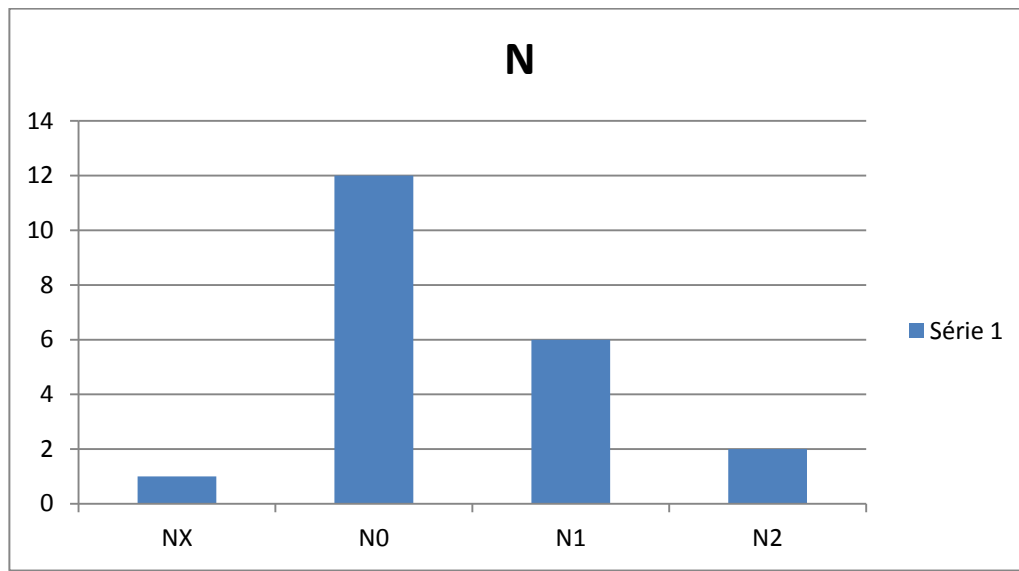
La plupart des patientes ont atteint leur puberté à l'âge de 13 ans seulement 1 patiente à l'âge de 14 ans, 2 à 16 ans et 2 à 12 ans.

**Répartition selon le stade de découverte :**



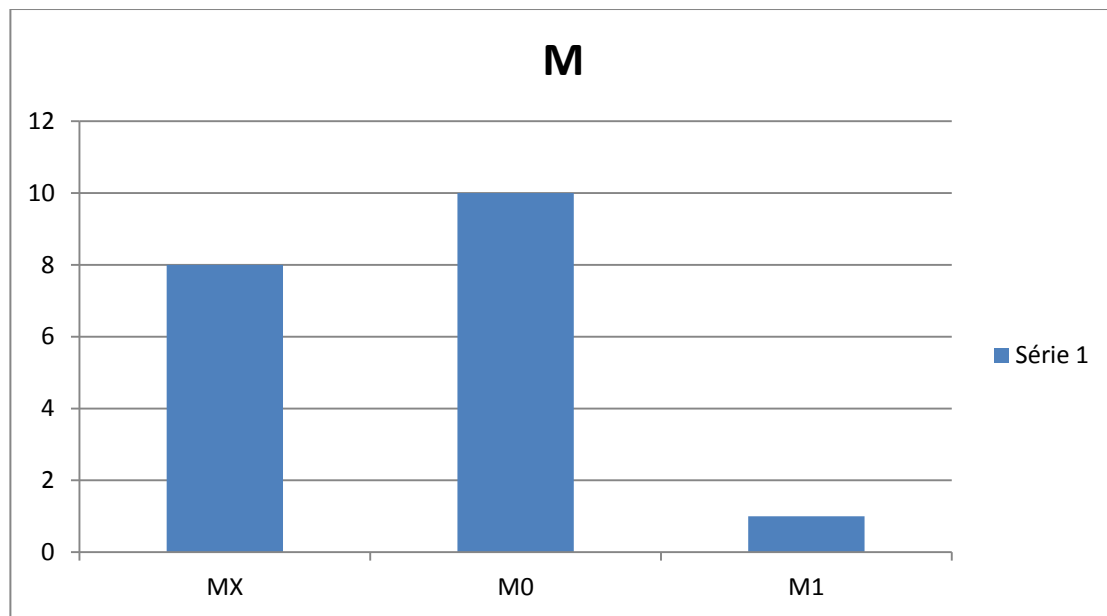
### ANALYSE :

La plupart des patients ont découvert leur maladie au stade T2, seulement 1 patiente de la série qui l'a découvert au stade T1.



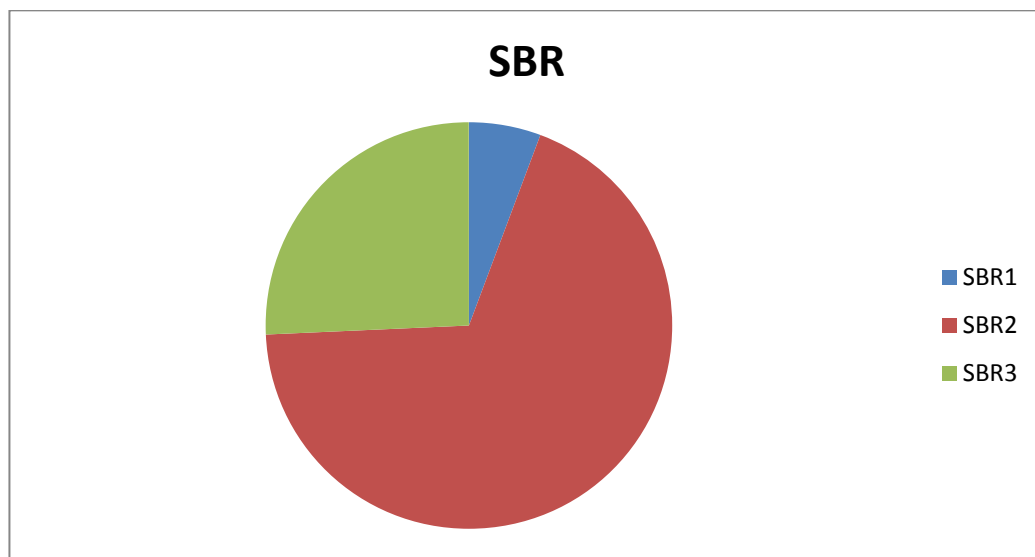
### ANALYSE :

La maladie été découverte avec absence d'extension ganglionnaires chez 12 malades, seulement 2 malades étaient diagnostiqués à un stade N2.



### ANALYSE :

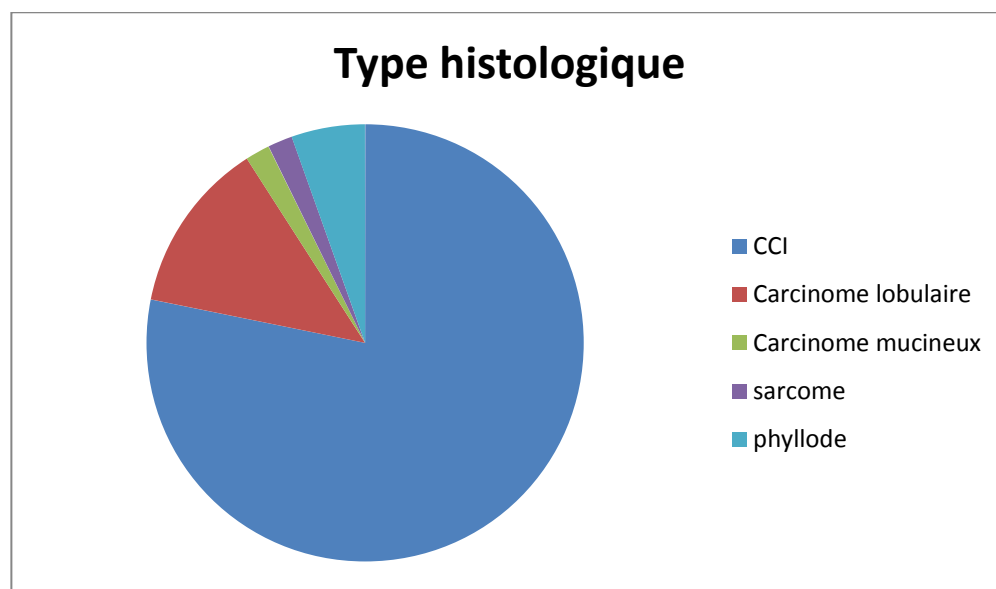
10 malades étaient diagnostiqués avec absence de métastase seulement 1 patiente qui a été diagnostiqué au stade de métastase .



**ANALYSE :**

69% des tumeur étaient découvertes au stade SBR2, 26% au SBR3 et 6% au SBR1.

**e- Répartition selon le type histologique :**

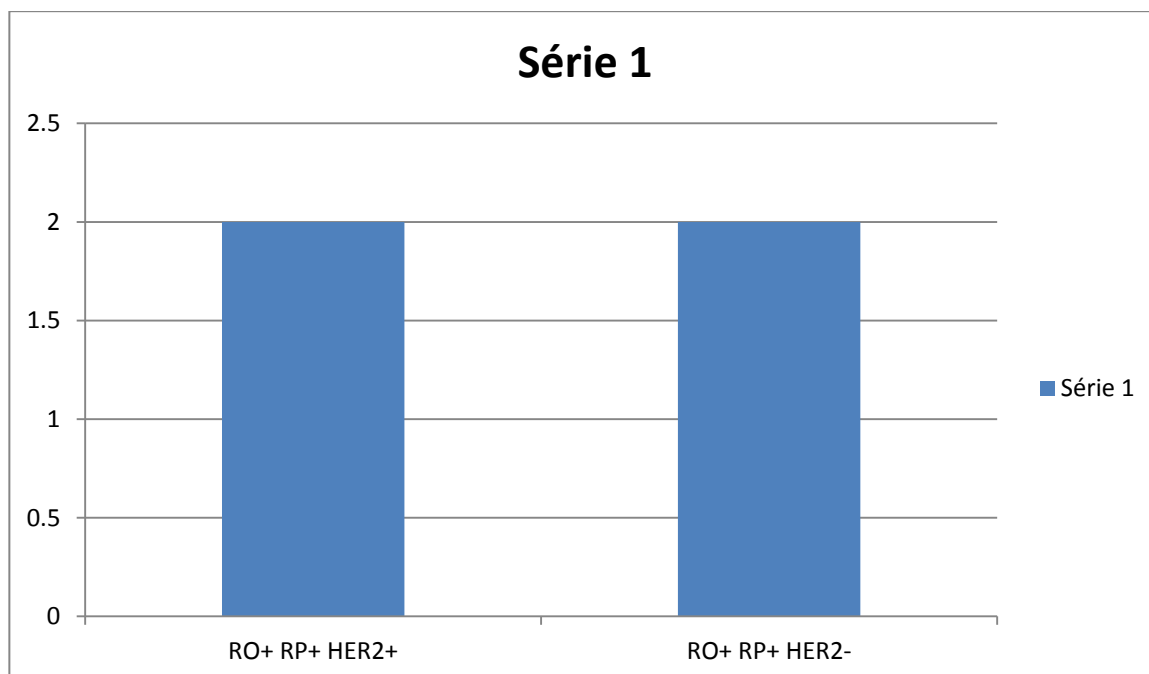


**ANALYSE :**

78% des tumeur étaient un carcinome canalaire infiltrant, 13% un carcinome lobulaire, 2% un carcinome mucineux et 2% pour le sarcome.



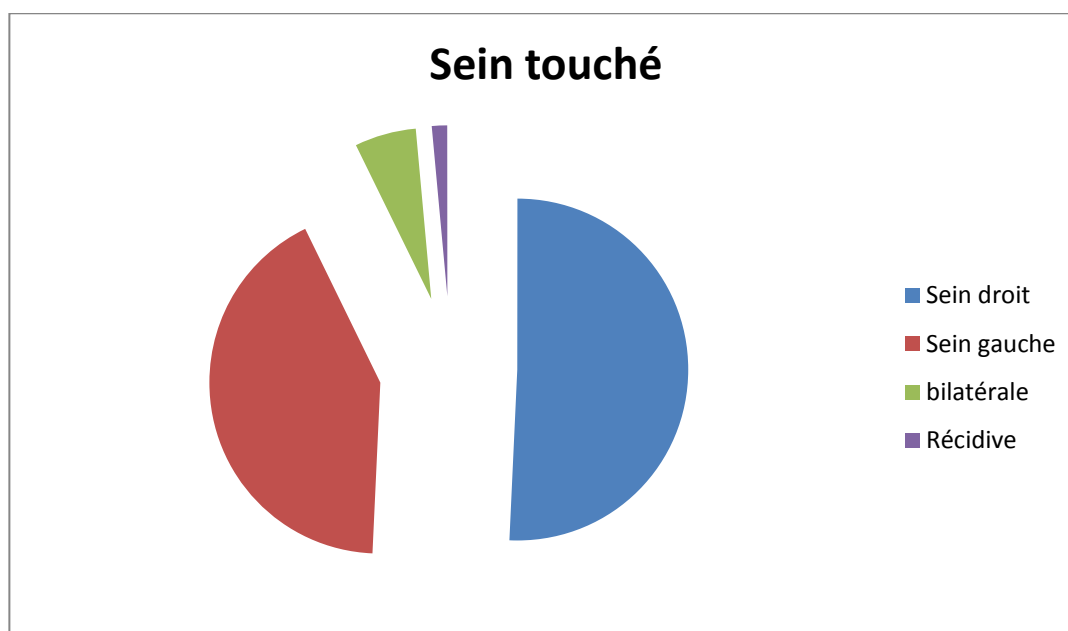
## f- Répartition selon Les récepteurs hormonaux :



### **ANALYSE :**

La plupart des patients n'avaient pas une évaluation des récepteurs hormonaux, 2 parmi eux ont présenté les 3 récepteurs (œstrogène, progestérone et HER2) et on a noté l'absence des récepteurs HER2 chez 2 autres.

### **Répartition selon le sein touché :**



**ANALYSE :**

51% des tumeurs étaient dans le sein droit, 42% dans le sein gauche, 6% dans les deux seins et on a noté la présence d'une récurrence homolatérale chez 1 patiente.

# **Discussion**

### **1-Biais de l'étude :**

Certaines difficultés ont limité notre étude et qui sont les suivantes :

Le caractère rétrospectif de l'étude.

Le manque d'informations personnelles et médicales sur le registre du sein chez certains patients.

Dossiers incomplets chez certains malades.

Le caractère monocentrique de l'étude dont l'effectif est faible.

### **2-Force de l'étude :**

Cette étude nous a permis d'évaluer le nombre des malades ayant un cancer du sein confirmé durant la période d'étude, les caractéristiques socio-démographiques de ces malades, les caractéristiques cliniques et histologiques de la maladie chez les malades de notre série.

### **-L'incidence du cancer du sein au niveau du service de chirurgie générale EPH AIN TEMOUCHENT :**

L'étude transversale d'un échantillon de 91 malades au niveau du service de chirurgie générale EPH Aint temouchent a permis d'atteindre les objectifs ciblés qu'on va discuter.

Nous avons marqué une incidence de 83 malades ayant un cancer du sein confirmé histologiquement et présentés au niveau du service durant la période du 02 janvier 2018 à 17 avril 2022.

### **-la répartition selon les données socio-démographiques :**

Comme c'était déjà montré dans la littérature notre étude a montré que le cancer du sein est un cancer essentiellement féminin avec une rareté masculine, 78% des patients ayant plus de 40ans dont la tranche d'âge la plus fréquente est 40-50 ans , la plupart des patients étaient originaires des régions urbaines d'où la possibilité d'incrimination des facteurs de risques environnementaux et du mode de vie.

### **-la répartition selon les données anatomo-cliniques :**

Notre étude a montré les mêmes résultats de la littérature sur le plan anatomo-clinique, la plupart des patientes ayant un nombre de grossesse inférieur à 3 et une minorité supérieur à 4 où le facteur protecteur de grossesse est incriminé, les antécédents médicaux les plus marqués sont le diabète type 2 et l'hypertension artérielle, les antécédents chirurgicaux les plus marqués ont un facteur de risque en commun qui est l'obésité, par contre la plupart des patientes ayant eu leur ménarche à un âge proche de l'âge médian normal qui est 13,1 ans , la plupart des patients ayant découvert leur maladie à un stade non métastatique avec absence d'extension ganglionnaire et à T2 (tumeur au de la de 2cm et inférieure à

5cm dans sa plus grande dimension ) chose qui nous amène de dire que la sensibilisation à Ain témouchent n'est pas male, la majorité des tumeur étaient classées SBR2(de pronostic moyen selon le degré de différenciation, le pléomorphisme, et l'index mitotique) .

Comme dans la littérature le type histologique le plus fréquent à Ain témouchent selon notre étude est le carcinome canalaire infiltrant avec un pourcentage de 78% est le type histologique le plus rare est le sarcome et le carcinome mucineux avec un pourcentage de 2% pour chacun, avec prédominance de l'atteinte sénologique droite, et une fréquence moindre de l'atteinte bilatérale (6%).

# **CONCLUSION**

Le cancer du sein est un problème de santé publique mondial par sa fréquence de plus en plus croissante représentant la deuxième cause de décès, ayant des répercussions graves sur plusieurs volets. Il touche les quatre coins du monde à tous les âges de la puberté à la ménopause. Le diagnostic se fait généralement à un stade avancé, ce qui fait la complexité de la prise en charge. Le défi principal à relever dans cette maladie est de la déceler à temps afin d'entreprendre un traitement optimal voire curatif. En effet, la survie dépend du stade de découverte, de la qualité et de la célérité du traitement.

La prise en charge est multidisciplinaire nécessitant des moyens humains et matériels considérables. La chirurgie est le traitement le plus utilisé, elle est le plus souvent associée à une chimiothérapie et une radiothérapie adjuvante. L'importance d'une bonne politique de santé axée sur le dépistage, la sensibilisation et la prise en charge précoce des cancers du sein est incontestable. Les intervenants de santé jouent un grand rôle dans l'exécution de cette politique, d'où la nécessité d'une formation élargie, constante et de qualité sur ce fléau ravageur.

# Liste des abréviations :

**ADN** : Acide désoxyribonucléique.  
**BRCA**: Breast Cancer.  
**CCIS**: Cancer canalaire in-situ.  
**CLIS** : Cancer lobulaire in-situ.  
**Cm** : Centimètre.  
**DT2** : diabète type 2  
**EGFR** : Récepteur du facteur épidermique.  
**FGF** : fibroblaste growth factor  
**HTA** : Hypertension artérielle.  
**IA** : Inhibiteurs de l'aromatase.  
**IHC** : Immunohistochimie.  
**Inca** : Institut National du Cancer.  
**IRM** : Imagerie par résonance magnétique.  
**PAM** : Plaque aréolo-mamelonnaire.  
**PDGF**: Platelet-Derived Growth Factor  
**PEV** : Potentiel évolutif.  
**QIE** : Quadrant inféro-externe.  
**QII** : Quadrant inféro-interne.  
**QSE** : Quadrant supéro-externe.  
**QSI** : Quadrant supéro-interne.  
**RA** : Rétro-aréolaire.  
**RCP** : Réunion de concertation pluridisciplinaire.  
**RE** : Récepteur à œstrogène.  
**RP** : Récepteur à progestérone.  
**RR** : Risque relatif.  
**SA** : Semaines d'aménorrhée.  
**SBR** : Scarff-Bloom et Richardson.  
**TDM** : Tomodensitométrie.  
**TGO**: Transaminase glutamique-oxaloacétique  
**TGP** : Le glutamate pyruvate transaminase  
**TNM**: Tumor, Nodes, Metastasis.  
**UICC** : Union Internationale Contre le Cancer.  
**VEGF**: vascular endothelial growth factor  
**HIV** : human immunodeficiency virus



# bibliographie

- Bénard J, Guinebretière JM. Et si BRCA1 régulate la réponse cellulaire aux œstrogènes ? Bull Cancer 1999 ; 86 : 608.
- Larsen CJ. Cyclin D1 and cancer du sein : la nouvelle de l'été 2001. Bull Cancer 2001 ; 88 : 717-8.
- Wang C. et al. Cyclin D1 antagonizes BRCA1 repression of estrogen receptor activity. Cancer Res 2005 ; 65 : 6557-67.
- Hilakivi-Clarke L. Estrogens, BRCA1, and breast cancer. Cancer Res 2000 ; 60 : 4993-5001.
- Fan S et al. Role of direct interaction in BRCA1 inhibition of estrogen receptor activity. Oncogene 2001 ; 20 : 77-87.
- [https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/risks#ci\\_hormone\\_replacement\\_therapy\\_10\\_185\\_14](https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/risks#ci_hormone_replacement_therapy_10_185_14)
- Unité de recherche épidémiologique, Centre de recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Hôtel-Dieu, Pavillon Masson, 3850, rue Saint-Urbain, Montréal, Québec, H2W 1T7, Canada
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer : a global perspective. Washington, DC : American Institute for Cancer Research, 1997
- organisation mondiale de la santé
- EUROPA DONNA
- faculté de médecine et chirurgie dentaire de GHANA
- CDC : centre de prévention et control des maladies
- MDPI : editeur des revues scientifiques en libre accès
- Réf. : LIGUE CONTRE LE CANCER ; cancer du sein BRK017 - Avril 2013 <http://www.ligue-cancer.net/>
- 2e édition, direction du projet et rédaction Nicole Bulliard, spécialiste Publications, Ligue suisse contre le cancer, Berne [info@liguecancer.ch](mailto:info@liguecancer.ch)
- l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER 52, avenue André Morizet 92 513 Boulogne Billancourt CEDEX  
<http://www.e-cancer.fr/>
- <http://www.e-cancer.fr/publications/55-recommandations-de-pratique-clinique/601-cancer-du-sein-in-situ-recommandations-argumentees>
- Dr Lucie BONIN SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE PR F. GOLFIER CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD actualités de prise en charge de cancer du sein
- les cancers du sein Dr Delphine HUDRY, Dr Marie Martine PADEANO, Dr

Catherine LOUSTALOT, Dr Sylvain CAUSERET, Dr Jean FRAISSE, Pr  
Charles COUTANT Département de Chirurgie Centre Georges-François  
Leclerc