

**République Algérienne Démocratique
et Populaire**
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴰⵏⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴰⵏⴰⵢⵜ
UNIVERSITE ABOUBEKR BEL
KAÏD FACULTE
DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر
بلفايد
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 :

Cancer du sein et qualité de vie chez la jeune femme

Présenté par :

- ✓ Belarbi Kamila Wissam
- ✓ Medjahdi Soumia
- ✓ Mokhtari Zahia
- ✓ Hadj Slimane Ghizlaine

Encadré par : DR Bouhmama Loubna

Année universitaire : 2022-2023

Remerciement

Nous adressons, particulièrement, nos sincères remerciements à Dr Bouhmama Loubna pour tout le soutien matériel et moral qu'elle nous a apporté. Merci pour tout.

Nous remercions l'ensemble du personnel du service de la chirurgie A (les professeurs, les assistants, les résidents et les infirmiers) avec qui on a passé de bons moments lors de notre stage.

DEDICACE

(1)

À ma très chère maman

À mon père

*Dont le mérite, les sacrifices et les qualités humaines
m'ont permis de*

vivre ce jour.

*À mon tendre mari qui m'a accompagné durant mon
cursus et qui a fait preuve de patience et d'amour.*

*À ma raison de vivre ; mon fils "Chakib" qui a illuminé
ma vie quand tout me paraît sombre.*

À ma moitié ; ma sœur qui malgré la

Distance ne cesse de m'encourager.

*À la mémoire de ma grand-mère que dieu accueille son
âme dans son vaste paradis.*

À tous ceux qui j'aime.

Kamila

DEDICACE

(2)

Je dédie ce modeste travail à : Mes parents. Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler. Que Dieu leur procure bonne santé et longue vie.

À mes chères sœurs, en témoignage de fraternité, pour leur soutien moral

À celui qui m'a soutenu durant mon cursus : mon mari Zakaria et bien sûr à mes deux anges : Nour et Yahia.

Soumia

DEDICACE

(3)

*Je dédie ce travail à ma mère pour son amour, ses
encouragements et ses sacrifices*

*À mon père pour son soutien, son affection et la confiance
qu'il m'a accordé*

À la mémoire de mon grand-père Missoum Mokhtari

Àu sens de ma vie, mes petites princesses: Meriem et Sirine

*À mes chères sœurs, mon chér frère pour tous leur soutien
durant mon cursus*

À tous qui m'aime.

Zahia

DEDICACE

(3)

je dédie ce travail de mémoire de fin d'études des sciences médicales en médecine générale à toutes les personnes qui me sont chers au cœur, qui, ont participé de près ou de loin ce que je suis et me permettre d'avancer dans cette noble voie.

Une attention particulière à mes parents, et ma petite famille que notre bon dieu me les garde.

Enfin, je tiens à témoigner une pensée à titre de reconnaissance pour le reste de mon équipe, qui j'avoue, a fait preuve d'une compréhension et de compassion

Ghizlaine

PLAN

Table des matières

Remerciement	Erreur ! Signet non défini.
PLAN	8
Liste des figures.....	12
Problématique.....	14
I. Introduction	15
II. CHAPITRE I :	17
II.1 Définition du cancer du sein :.....	18
II.2 Anatomie du sein :.....	18
II.3 physiopathologie du cancer du sein :.....	20
II.3.1 physiopathologie :	20
II.3.2 Récepteurs hormonaux :.....	21
II.3.3 Gènes du cancer du sein :.....	22
II.4 Epidémiologie et facteurs de risque :	23
II.4.1 Epidémiologie:	23
II.5 Histoire de la maladie :.....	26
III. CHAPITRE II :.....	28
III.1 Définition de la jeune femme :	29
III.2 Santé générale et jeunes femmes :.....	30
III.3 Le cancer du sein chez la femme jeune :.....	31
III.4 Le cancer du sein chez la femme jeune en Algérie :	32
III.5 Impact de l'âge sur le pronostic:	33
III.6 LES CARACTÉRISTIQUES DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME DE MOINS DE 30 ANS :.....	33
III.7 Discrimination et rejet:	35

III.8	Oncogénétique :.....	36
III.9	Préservation de la fertilité.....	36
III.10	Grossesse après un cancer du sein :.....	37
III.11	Prise en charge psychologique :	37
III.12	CANCER DU SEIN ET VIE DE FAMILLE :	38
IV.	: Diagnostique Du Cancer du sein.....	43
IV.1	Diagnostic :.....	44
IV.2	CIRCONSTANCES DE découverte DU CANCER DU SEIN	44
IV.2.1	Découverte des symptômes par la patiente elle-même.....	44
IV.2.2	1.2-Lors d'une consultation de dépistage	44
IV.2.3	1.3-C- Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein :.....	45
IV.3	DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	45
IV.3.1	Les symptômes du cancer du sein :	45
IV.3.2	Clinique	46
IV.3.3	3-DIAGNOSTIC PARACLINIQUE.....	49
IV.4	DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL :.....	60
IV.4.1	TUMEURS BÉNIGNES ET AUTRES AFFECTIONS BÉNIGNES	60
V.	Chapitre III : Classifications et stades	63
V.1	Classification ACR des images mammographiques :.....	63
V.2	Classification TNM :	65
V.3	Classification par stade UICC :	68
VI.	CHAPITRE IV : Prévention et dépistage.....	69
VI.1	Prévention :.....	70
VI.2	Dépistage :	71
VI.2.1	L'examen sénologique :	73
VI.2.2	Mammographie :	74
VI.2.3	l'échographie mammaire :	74
VII.	Chapitre IV: Traitement et Suivi	76
VII.1	Généralités sur les traitements des cancers du sein :	76
VII.2	Traitement des formes localisées :	77
VII.3	Prise en charge de formes cliniques particuliers :	84
VII.4	Traitement des formes métastatiques :	85
VII.5	La surveillance :	90
VIII.	Chapitre V : La qualité de vie.....	91
VIII.1	Préambule:.....	92
VIII.2	Définition de la qualité de vie :	92
VIII.3	Les domaines et les composantes de la qualité de vie :.....	94

VIII.3.1	Le domaine psychologique de la qualité de vie :.....	94
VIII.3.2	Le domaine physique de la qualité de vie :	94
VIII.3.3	Le domaine social de la qualité de vie :.....	95
VIII.4	Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :.....	95
VIII.5	Qualité de vie et Cancer du sein :.....	96
IX.	PARTIE PRATIQUE	97
IX.1	Préambule :.....	98
IX.2	Pré-enquête :.....	98
IX.3	Objectif :.....	98
IX.4	Matériels et méthodes :.....	99
IX.5	Critères d'inclusion :	100
IX.6	Taille de l'échantillon :.....	100
IX.7	Type d'étude :.....	101
IX.8	Période d'étude :.....	101
IX.9	Les paramètres de l'étude :.....	101
IX.10	Données Informatiques.....	101
X.	Résultats.....	102
X.1	Groupe de recherche et ses caractéristiques :	103
X.2	Age d'apparition du cancer	105
X.3	Contraception :	106
X.4	Répartition des patientes selon leur origine :	107
X.5	Analyse des résultats des scores du questionnaire MOS-SF36	108
X.6	Le sein atteint :	109
X.7	: Manualité :.....	110
X.8	Manualité et sein opéré :.....	111
X.9	Fonctionnement physique :.....	111
X.10	Limitation physique (RP) :	113
X.11	Douleur physique (BP) :.....	114
X.12	Santé perçue (general health) ou GH :.....	115
X.13	Santé psychique (mental health) ou MH :	116
X.14	Limitation émotionnelle (RE) :	117
X.15	Vitalité (vitality) ou VT :.....	119
	Relation avec les autres (social functioning) ou SF :.....	120
XI.	Discussion	125
XII.	Discussion:	126
XIII.	Conclusion :.....	131
XIV.	Liste des abréviations :	132

XV.	Annexes.....	133
XVI.	Bibliographie :.....	143

Liste des figures

Figure 1: schématisation d'un sein sain	19
Figure 2: schématisation des ganglions lymphatiques du sein.....	20
Figure 3: Récepteurs hormonaux	21
. Figure 4: Human Epidermal Growth Factor receptor	22
Figure 5 : Représentation schématique du gène BRCA1	23
Figure 6 : Age d'apparition du cancer.....	105
Figure7 : Durée de prise du contraception	106
Figure 8 :Répartition des malades selon leur origine.....	107
Figure 9scores de la population d'étude après l'analyse.....	109
Figure 10 :Pourcentage du sein atteint	109
Figure 11: la manualité chez les patientes opérées	110
Figure 12 :Relation entre manualité et sein opéré.....	111
Figure 13: Score du fonctionnement physique.....	112
Figure 14: Estimation du fonctionnement physique	112
Figure 15: Score de la Limitation physique	113
Figure 16: Score de la Limitation physique	113
Figure 17: Score de la Douleur physique	115
Figure 18: Estimation de la Douleur physique.....	115
Figure 19: Scores de la Santé perçue obtenus	116
Figure 20: Estimation de la la Santé perçue	116
Figure 21: Score de la Santé psychique	117
Figure 22: Estimation de la Santé psychique	117
Figure 23: Score de la Limitation émotionnelle.....	118
Figure 24: Estimation de la Limitation émotionnelle.....	118
Figure 25: Score de la vitalité	119
Figure 26: Estimation de la vitalité	120
Figure 27: Score de la relation avec les autres	120
Figure 28: Estimation de la relation avec les autres.....	121
Figure 29 :les différents scores obtenues pour la QDV physique, psychique et globale	122
Figure 30: Qualité de vie physique	123
Figure 31: Qualité de vie psychique.....	123
Figure 32: Qualité de vie globale de notre population	124

Problématique

On a noté au fil des cinq dernières années une élévation de consultations au niveau du service de la chirurgie générale (A) CHU Tlemcen concernant le cancer du sein . En effet, il nous a marqué le nombre de femmes jeunes consultant pour ce motif

Notre étude va donc cibler la qualité de vie chez les femmes jeunes opérées pour un cancer du sein.

I. Introduction

Le cancer du sein est un problème de santé publique : il représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme en Algérie. Celui-ci semble moins fréquent chez la femme jeune cependant 25 % des cancers surviennent avant l'âge de 50 ans. Le seul dépistage chez la femme jeune est l'examen sénologique réalisé lors du suivi gynécologique régulier qui peut être associé au dépistage individuel à partir de 40 ans.

PARTIE THEORIQUE

II. CHAPITRE I :

Généralités

Sur le

Cancer du sein

II.1 Définition du cancer du sein :

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme, il est la première cause de mortalité et il affectera schématiquement une femme sur dix. Les progrès les plus significatifs réalisés dans ce domaine portent sur la précocité du diagnostic, voire sur le diagnostic de lésion précancéreuse, et sur la multiplication des moyens thérapeutiques disponibles permettant des traitements de plus en plus adaptés à chaque cas.

Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il existe différents types de cancer du sein selon les cellules à partir desquelles ils se développent.

Les cancers du sein les plus fréquents (95 %) sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire qui se développent à partir des cellules épithéliales (carcinome) de la glande mammaire (adénome).

Figure n°1 : Schéma de la structure de l'hypophyse et ses principales hormones

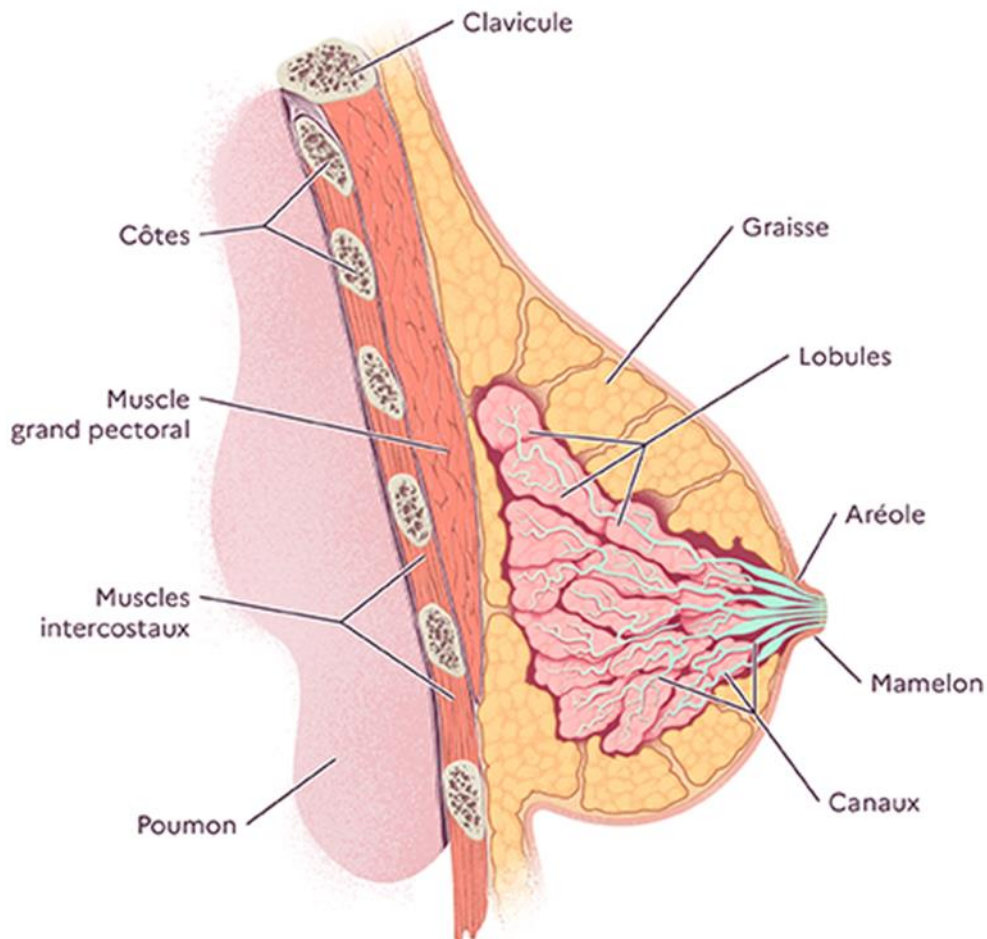
II.2 Anatomie du sein :

La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né.

Chaque sein contient une glande mammaire (elle-même composée de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux) et du tissu de soutien qui contient des vaisseaux, des fibres et de la graisse.

Chacun des compartiments de la glande mammaire est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement. Les canaux transportent le lait vers le mamelon.

LE SEIN - ANATOMIE



© Pierre Bourcier

Figure 1: schématisation d'un sein sain

La glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence des hormones sexuelles fabriquées par les ovaires. Ces hormones sont de deux types :

Les œstrogènes, qui permettent notamment le développement des seins au moment de la puberté et jouent un rôle important tout au long de la grossesse (assouplissement des tissus, augmentation du volume sanguin nécessaire à l'alimentation du bébé, etc.) ;

La progestérone qui joue notamment un rôle dans la différenciation des cellules du sein et sur le cycle menstruel, en préparant par exemple l'utérus à une éventuelle grossesse (densification et développement de la vascularisation la muqueuse de l'utérus).

Le sein est parcouru de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques composent le système lymphatique qui aide notamment à combattre les infections. Les ganglions lymphatiques du sein sont principalement situés :

- Au niveau de l'aisselle (ganglions axillaires);
- Au-dessus de la clavicule (ganglions sus-claviculaires); sous la clavicule (ganglions sous-claviculaires ou infra-claviculaires) ;
- A l'intérieur du thorax, autour du sternum (ganglions mammaires internes).

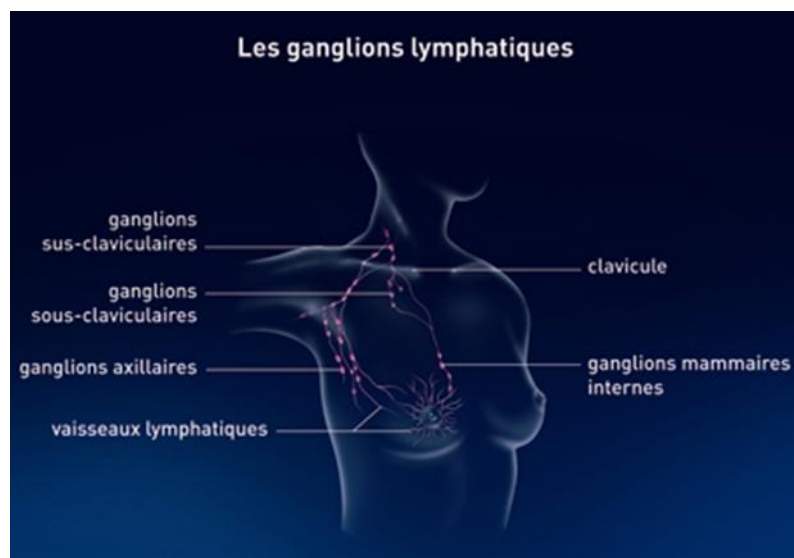


Figure 2: schématisation des ganglions lymphatiques du sein

II.3 physiopathologie du cancer du sein :

II.3.1 physiopathologie :

Le cancer du sein s'étend localement et se dissémine initialement aux ganglions lymphatiques régionaux et/ou par voie hématogène. Le cancer du sein métastatique peut affecter presque tous les organes du corps, le plus souvent, les poumons, le foie, les os, le cerveau et la peau. La plupart des métastases cutanées apparaissent dans la région de la chirurgie mammaire; les métastases du cuir chevelu sont fréquentes.

Certains cancers du sein peuvent récidiver plus tôt que d'autres; la récurrence peut souvent être prédite en fonction des marqueurs tumoraux. Par exemple, un cancer du sein métastatique peut se révéler dans les 3 ans chez les patientes qui ont des marqueurs tumoraux négatifs ou survenir > 10 ans après le diagnostic et le traitement initial chez les patientes qui ont une tumeur récepteurs œstrogènes positifs.

II.3.2 Récepteurs hormonaux :

Les récepteurs des œstrogènes et de la progestérone, présents dans certains cancers du sein, sont des récepteurs hormonaux nucléaires qui favorisent la réplication de l'ADN et la division cellulaire lorsque les hormones appropriées se lient à eux. Ainsi, les médicaments qui bloquent ces récepteurs peuvent être utiles dans le traitement des tumeurs possédant ces récepteurs. Environ 2/3 des patientes ménopausées atteintes d'un cancer ont des tumeurs à récepteurs des œstrogènes positifs (ER+). L'incidence des tumeurs ER+ est moins élevée avant la ménopause.

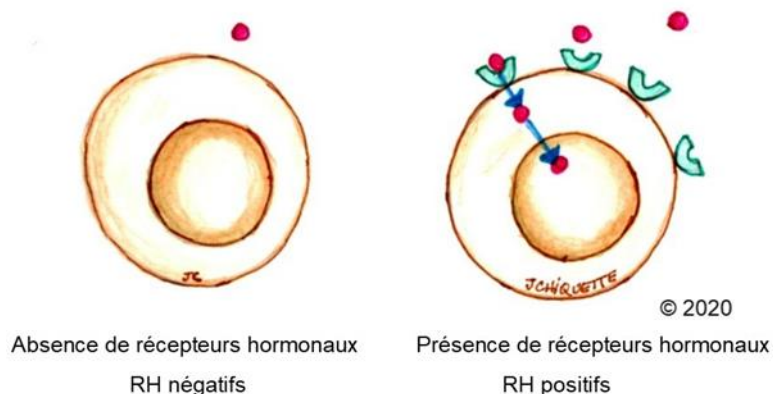
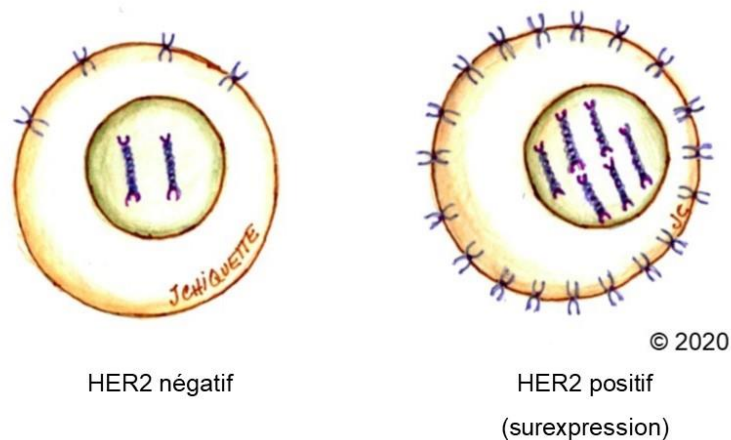


Figure 3: Récepteurs hormonaux

Un autre récepteur cellulaire est la protéine récepteur du facteur de croissance épidermique humain 2 (Human Epidermal Growth Factor receptor, HER2; également nommé HER2/neu ou ErbB2); sa présence est corrélée à un moins bon pronostic quel que soit le stade du cancer. Chez environ 20% des patientes atteintes d'un cancer du sein, les récepteurs HER2 sont surexprimés. Les médicaments qui bloquent ces récepteurs font partie du traitement standard pour ces patientes



. Figure 4: Human Epidermal Growth Factor receptor

II.3.3 Gènes du cancer du sein :

Les mutations génétiques de BRCA1 et de BRCA2 augmentent le risque jusqu'à 70% de développer un cancer du sein. La mastectomie prophylactique bilatérale réduit le risque de cancer du sein de 90% et doit être proposée aux femmes qui ont une mutation de BRCA. D'autres mutations génétiques qui augmentent le risque de développer un cancer du sein comprennent des mutations de CHEK2, PALB2, ATM, RAD51C, RAD51D, BARD1 et TP53, qui sont habituellement incluses dans les tests génétiques de panel.

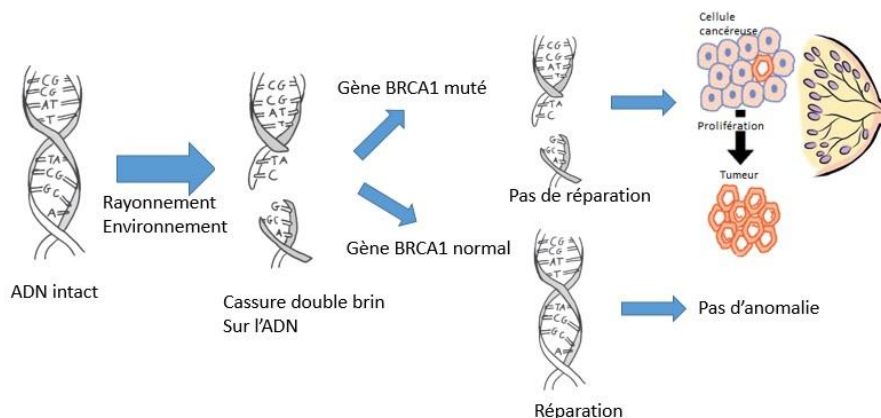


Figure 5 : Représentation schématique du gène BRCA1

II.4 Epidémiologie et facteurs de risque :

II.4.1 Epidémiologie:

Selon les statistiques du ministère de la santé, près de 47.050 nouveaux cas de cancer ont été enregistrés en 2022, à leur tête le cancer du sein pour les femmes, suivi du cancer colorectal, et les cancers des poumons suivis du le cancer colorectal et du cancer de la prostate pour les hommes.

En Algérie, le cancer du sein est un problème de santé majeur, avec une incidence croissante au fil des années. Voici quelques données épidémiologiques sur le cancer du sein en Algérie :

Incidence : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en Algérie. Selon les estimations, environ 10 000 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année.

Prévalence : Le cancer du sein représente également la principale cause de décès par cancer chez les femmes en Algérie. Il est responsable d'une proportion importante de la mortalité due au cancer dans le pays.

Tendance à la hausse : L'incidence du cancer du sein en Algérie est en augmentation. Cela peut être attribué à divers facteurs, tels que l'urbanisation, les changements de mode de vie, l'âge tardif de la maternité, l'obésité et l'absence de dépistage organisé.

Il convient de noter que ces données sont basées sur des estimations et peuvent varier en fonction des sources et des méthodologies de collecte de données. Il est essentiel de se référer aux organismes de santé officiels en Algérie pour obtenir les données les plus récentes et les plus fiables sur l'épidémiologie du cancer du sein dans le pays.

II.4.1.1 Facteurs de risque :

➤ Facteur liés aux antécédents, à l'âge et au mode de vie :

- L'âge : environ la moitié des cancers du sein survient entre 45 et 46 ans.
- Les antécédents familiaux, dont les prédispositions génétiques.
- Les personnels de cancer du sein, de carcinome in situ, d'hyperplasie atypique.
- Les antécédents personnels de radiothérapie thoracique par exemple: lymphome de Hodgkin).

➤ Facteurs liés aux hormones :

- La durée d'exposition aux hormones avec l'âge précoce de la puberté (<12 ans) et l'âge tardif de la ménopause (>55ans).
- L'âge tardif de la première grossesse (>30ans).

- L'absence d'allaitement.
- L'utilisation de traitements hormonaux.

□ **Traitement hormonaux et risque de cancers :**

- Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause majorent légèrement le risque de cancer du sein et de l'endomètre, surtout s'il s'agit d'une combinaison œstrogène + progestérone (versus œstrogène seul) ; cela dépend également du schéma d'administration (nombre de jours/mois avec progestérone) et de la durée totale du traitement.
- L'utilisation des contraceptifs œstro-progestatifs augmente légèrement le risque de cancers du sein, du col utérin, du foie et diminue le risque de cancer de l'endomètre et de l'ovaire.
- Le Tamoxifène majore le risque de cancer l'endomètre et diminue le risque de (récidive du) cancer du sein à titre individuel, le sur-risque reste très faible et ne contre indique pas ces traitements.

➤ **Facteurs génétiques :**

Les deux principaux gènes identifiés comme de risque de cancer du sein sont BRCA1 et BRCA2 (pour Breast Cancer).

Il existe également de multiples variantes génétiques décrits (94 publiés à ce jour) qui confèrent un petit sur-risque de cancer du sein et peuvent être additionnés en un score de risque.

□ **BRCA1 et BRCA2 :**

Ce sont des gènes suppresseurs de tumeurs impliqués dans la réparation de l'ADN. La mutation d'un allèle de ces deux gènes entraîne une prédisposition à développer des cancers du sein et de l'ovaire. En cas de suspicion de mutation (cancer du sein avant 35ans, cancer du sein bilatéral ou association cancers du sein et de l'ovaire, cancer du sein chez l'homme, antécédent familiaux évocateurs). La patiente sera orientée en consultation d'oncogénétique. Ces mutations sont présentes dans moins de 5% des cas.

Une patiente porteuse d'une mutation BRCA doit avoir une surveillance spécifique avec une proposition de mastectomie bilatérale prophylactique et d'annexectomie bilatérale.

□ **Attention !**

L'existence de lésions bénignes mammaires ne représente pas un facteur de risque (sauf pour les hyperplasies atues).

II.4.1.2 Facteurs de risque en Algérie :

Les facteurs de risque du cancer du sein en Algérie sont similaires à ceux observés dans d'autres pays. Il s'agit notamment de l'âge avancé, des antécédents familiaux de cancer du sein, de la nulliparité ou de la maternité tardive, de l'obésité, de l'exposition à des hormones exogènes et de certains facteurs environnementaux.

II.5 Histoire de la maladie :

Contrairement à d'autres pathologies, il n'existe pas d'histoire naturelle univoque. C'est plutôt l'hétérogénéité qui semble prévaloir avec des formes à développement majoritairement ou exclusivement local et des formes à développement systémique précoce.

En dépit de l'étude de nombreuses séries de patientes, et malgré des progrès dans la connaissance des processus d'oncogenèse et de métastagenèse, il reste difficile de préciser parfaitement pour chaque lésion son risque évolutif et sa réponse aux thérapeutiques mises en œuvre.

On a toutefois, grâce aux grandes séries prospectives, des arguments pour distinguer une lésion à risque quasi exclusivement local (exemple des cancers in situ de faible grade) d'une lésion à risque métastatique important.

Une fois le diagnostic établi. Le clinicien doit évaluer le risque d'évolution vers une maladie systémique, qui le conduira à proposer un traitement général en complément du traitement local.

L'amélioration de nos connaissances dans ce domaine devrait permettre de personnaliser les traitements et de proposer des traitements systémiques (dont la morbidité est loin d'être nulle) qu'aux patientes qui sont susceptibles d'en bénéficier.

III. CHAPITRE II :
Cancer du sein et jeune
femme

III.1 Définition de la jeune femme :

Le terme "jeune femme" est généralement utilisé pour désigner une femme qui est dans la tranche d'âge généralement associée à la période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Cependant, il n'y a pas de définition précise ou d'âge spécifique qui détermine quand une femme passe de l'adolescence à la jeunesse adulte, car cela peut varier d'une culture à l'autre et dépendre de divers facteurs socioculturels.

En général, on pourrait considérer qu'une jeune femme se situe dans la vingtaine ou au début de la trentaine, mais cela peut varier. La jeunesse adulte est souvent caractérisée par des transitions importantes telles que la poursuite de l'éducation, le début d'une carrière, la formation de relations amoureuses et la prise de responsabilités financières et personnelles. C'est une période de croissance et de développement personnel où les individus continuent à se découvrir et à se définir en tant qu'adultes.

Il est important de noter que la perception de ce qui constitue une "jeune femme" peut varier d'une personne à l'autre en fonction de ses propres expériences et de ses perspectives. En fin de compte, le terme "jeune femme" est relatif et dépend du contexte et de la culture dans lesquels il est utilisé.

III.2 Santé générale et jeunes femmes :

- Santé reproductive : Les jeunes femmes peuvent être concernées par des questions liées à la santé reproductive, telles que la contraception, les règles irrégulières, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la grossesse. Il est important de consulter un professionnel de la santé pour discuter de ces questions et recevoir des conseils appropriés.
- Nutrition : Une alimentation équilibrée est essentielle pour maintenir une bonne santé chez les jeunes femmes. Il est important de consommer une variété d'aliments nutritifs, de surveiller son apport en nutriments essentiels tels que le calcium et le fer, et de maintenir un poids corporel sain.
- Activité physique : L'exercice régulier contribue à maintenir une bonne santé physique et mentale. Les jeunes femmes devraient viser à intégrer de l'activité physique dans leur routine quotidienne pour renforcer leur endurance, leur force et leur bien-être général.
- Santé mentale : Les problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression peuvent affecter les jeunes femmes. Il est important de rechercher de l'aide si vous ressentez des symptômes de détresse émotionnelle, et il existe de nombreuses ressources et professionnels de la santé mentale disponibles pour offrir du soutien.
- Santé cardiaque : Les maladies cardiaques peuvent affecter les femmes de tous âges. Il est important de maintenir une pression artérielle et un taux de cholestérol sains, de mener un mode de vie actif et de limiter la consommation de tabac et d'alcool pour réduire les risques de maladies cardiaques.
- Prévention : Les jeunes femmes devraient envisager de se faire vacciner contre certaines maladies, comme le papillomavirus humain (HPV) pour prévenir le cancer du col de l'utérus, et de participer aux dépistages recommandés tels que les frottis cervicaux et les mammographies à un âge approprié.

- Éducation en matière de santé : Il est essentiel que les jeunes femmes s'informent sur leur santé et sachent comment prendre soin d'elles-mêmes. Il est recommandé de

consulter régulièrement un médecin pour des bilans de santé et de poser des questions sur les préoccupations de santé spécifiques.

- Chaque personne est unique, et il est important de prendre en compte les besoins de santé individuels. Consultez un professionnel de la santé pour des conseils et des recommandations spécifiques à votre situation personnelle.

III.3 Le cancer du sein chez la femme jeune :

Le cancer du sein est un cancer de bon pronostic quel que soit l'âge. Chez les femmes jeunes, avant 45 ans, la survie est élevée (90% à 5 ans) soit quasiment identique à celle des autres femmes (92% à 5 ans entre 45 et 75 ans).

Le cancer du sein chez la femme jeune peut avoir un lien avec une prédisposition génétique, mais dans plus de 50% des cas celui-ci se développe chez des femmes n'ayant aucuns antécédents familiaux. Cependant toutes les femmes ayant eu un cancer du sein avant 40 ans sont fortement encouragées à réaliser une consultation d'oncogénétique afin de savoir si elles ont une mutation génétique. Les plus fréquentes sont BRCA1, BRCA2, PALB2. Si la patiente est porteuse d'une de ces mutations, son entourage sera orienté vers un onco-généticien. Cette consultation d'oncogénétique est confidentielle et c'est à la patiente d'indiquer à quels spécialistes elles souhaitent rendre ses résultats accessibles.

L'une des particularités du cancer du sein chez la femme jeune est la question de la grossesse. Si une femme est dépistée de son cancer du sein tout en étant enceinte, il est important de noter que dans la plupart des cas la conservation de sa grossesse sera possible, même avec une chimiothérapie mais après le premier trimestre. La radiothérapie et les thérapies ciblées si elles doivent avoir lieu seront réalisées après l'accouchement.

Pour ces patientes il est important d'aborder la préservation de leur fertilité. En effet une grossesse après cancer du sein est tout à fait envisageable. Cependant il est conseillé d'attendre en moyenne 3 ans. Ce délai est discuté entre la patiente et les médecins participant

à sa prise en charge. Il est important avant le début de la grossesse, d'effectuer un bilan d'imagerie complet (mammographie, échographie, IRM et TEP SCAN) afin de s'assurer de l'absence de récurrence.

En ce qui concerne la contraception après un cancer du sein chez la femme non-ménopausée, quel que soit le type de cancer même non hormonosensible, une contraception hormonale (pilule, stérilet hormonal et implant) est contre indiquée. Un stérilet en cuivre ou toutes les autres contraceptions mécaniques comme le préservatif sont envisageables. Finalement, il peut être également proposé d'effectuer une ligature tubaire s'il n'existe plus de projets de grossesse pour la patiente ou le couple.

Pour les femmes ménopausées, tout traitement hormonal substitutif est également contre indiqué. Les points importants à retenir est qu'un cancer du sein peut apparaître à tout âge et qu'une imagerie doit être réalisée en cas de palpation d'une masse ou d'apparition d'une déformation du sein. Dans le cadre du dépistage, la palpation annuelle par le gynécologue fait partie intégrante de la consultation et cela même pendant la grossesse.

III.4 Le cancer du sein chez la femme jeune en Algérie :

Le nombre de nouveaux cas est en progression. Quelque 14.000 cancers de sein sont diagnostiqués chaque année en Algérie, contre 12.000 il y a encore cinq ans. Selon les données du registre national, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent sur le sol algérien. Responsable d'environ 3.500 décès par an, ce cancer touche des femmes de plus en plus en jeunes. Une situation dramatique dans un pays où les malades doivent faire face à la rupture fréquente de certains médicaments contre le cancer.

Le cancer du sein apparaît chez de nombreuses Algériennes avant l'âge de 40 ans, alors qu'il se développe le plus souvent autour de 60 ans chez les femmes occidentales. Une situation qui exige "une attention particulière et des enquêtes nationales approfondies", selon les spécialistes en cancérologie.

III.5 Impact de l'âge sur le pronostic:

L'âge jeune est habituellement considéré comme un facteur aggravant le pronostic des cancers du sein. Mais plusieurs facteurs viennent influencer la notion pronostique: la rareté de la maladie, le retard au diagnostic fréquent sur ce terrain, et les particularités biologiques spécifiques de ces tumeurs.

Le risque relatif de décès est majoré de 39 % chez les femmes de moins de 40 ans comparées aux femmes plus âgées (RR = 1,39 [1,34–1,35]). Ce risque augmente de 5 % pour chaque année de moins au diagnostic jusqu'à l'âge de 35 ans. Néanmoins, beaucoup des études ayant étudié l'impact de l'âge sur le pronostic sont anciennes et donc difficiles à transposer dans la pratique actuelle. En effet, le traitement proposé à ces femmes n'était pas nécessairement le traitement standard actuel, notamment en termes d'indication du traitement anti-hormonal.

III.6 LES CARACTÉRISTIQUES DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME DE MOINS DE 30 ANS :

A.UN DÉPISTAGE DIFFICILE

La difficulté pour cette tranche d'âge sensible réside dans son dépistage. Il n'existe pas de dépistage systématique organisé chez les femmes jeunes, hormis dans le cas où la patiente présente des prédispositions génétiques. C'est souvent suite à une autopalpation que la patiente découvre une masse dans son sein, ce qui l'incite à consulter un médecin. À ce moment-là, la maladie a déjà progressé et le diagnostic peut se faire plus tardivement que lors des dépistages systématiques. Par ailleurs, suite à la découverte d'un nodule dans le sein, le corps médical ne suspecte pas systématiquement une tumeur maligne au vu du jeune âge de la patiente.

La mammographie peut être également difficile à interpréter chez ces jeunes femmes qui ont des seins plus denses, notamment en phase prémenstruelle du cycle ou en période d'allaitement. Une échographie mammaire complémentaire doit être réalisée systématiquement.

B.UN CANCER AGRESSIF :

Une des principales spécificités du cancer du sein chez la femme âgée de moins de 30 ans est sa forme particulièrement agressive. Les cellules tumorales se propagent plus rapidement chez les personnes actives, et influent directement sur l'évolutivité de la maladie.

Le type de tumeur le plus souvent diagnostiqué chez ces jeunes femmes est le carcinome canalaire infiltrant, souvent de haut grade. Les récepteurs hormonaux ne sont présents que dans la moitié des cas environ. Le taux de survie à 5 ans est ainsi plus faible que pour un cancer hormono-dépendant. Cette forme agressive augmente aussi le risque de récurrence locale.

C.LES ORIGINES :

Se pose la question d'une origine génétique ou hormonale pour ces cancers chez les très jeunes femmes. Plusieurs facteurs pourraient influencer sa survenue, comme des prédispositions génétiques dans certains cas (porteuse de la mutation BRCA1 ou BRCA 2).

La contraception orale n'aurait pas d'incidence sur la survenue de ce type de cancer, mais pourrait avoir une influence sur une tumeur préexistante.

D. Des spécificités diagnostiques, histologiques, pronostiques:

Le tissu mammaire est dense chez la femme jeune, et il est parfois difficile cliniquement surtout en phase pré menstruelle, d'affirmer le syndrome tumoral. Les mammographies sont aussi parfois difficiles à lire. C'est dire l'importance de l'échographie mammaire réalisée par un radiologue entraîné, complément indispensable de la mammographie.

Doit-on pour autant proposer un dépistage systématique chez la femme de moins de 40 ans ?

Le sujet suscite des controverses et la tendance s'oriente vers un dépistage individuel. Compte tenu de la faible incidence avant 40 ans, ce dépistage concerne essentiellement les populations « à risque ». Sur le plan histologique (4), la variété canalaire infiltrante est prédominante, aux alentours de 80 % avec 10 % de formes lobulaires. Le grade

histologique est généralement élevé : grade 2 chez 30 % des patientes, grade 3 chez 60 % des patientes. Les récepteurs hormonaux ne sont présents que dans 57 % des cas. On retrouve une

augmentation du taux d'expression de la protéine p53. Il existe donc une tendance propre à la femme jeune de présenter des facteurs de mauvais pronostic.

De fait, la survie à 5 ans semble inférieure d'au moins 10 % (5) à celle de la forme habituelle, probablement parce que les stades 0 et 1 sont plus rares et les formes de haut grade histopronostic plus fréquents, de même que la faible hormono sensibilité des tumeurs, la réaction stromale lymphocytaire plus prononcée et la fréquente surexpression de l'HER2.

Paradoxalement, le pronostic des cancers ayant une prédisposition génétique ne diffère pas des autres. La probabilité de survie sans récurrence est de 60 %

III.7 Discrimination et rejet:

En Algérie, la femme qui souffre d'un cancer du sein est discriminée, rejetée par les siens. Chaque année, des centaines de malades sont répudiées par leur mari à cause d'un cancer et éventuellement, une ablation du sein. Résultat, bon nombre de femmes touchées par ce cancer n'osent pas se faire dépister. Une erreur regrettable vu que le cancer du sein peut être guéri, s'il est détecté tôt. Et quand ces malades apprennent le diagnostic, elles refusent d'en parler avec leurs maris, de peur d'être abandonnée.

Alors que beaucoup de personnes pensent - à tort - que le cancer du sein est contagieux, la société n'arrange pas les choses. Les malades sont considérées comme des "demi-femmes", alors que la plupart d'entre elles ne peuvent même pas se permettre des opérations de chirurgie reconstructive à cause d'une longue liste d'attente dans le secteur public, ou des coûts très élevés dans le secteur privé. Comme quoi, il reste encore beaucoup à faire

III.8 Oncogénétique :

Une analyse génétique chez une femme jeune peut être demandée :

- Devant une histoire familiale de cancer du sein ou de l'ovaire
- En dehors d'une histoire familiale :
- chez une femme de moins de 35 ans ;
- en cas de tumeur triple-négative (< 50 ans) ;
- en cas de forte présomption de mutation BRCA pour discuter des options chirurgicales (traitement conservateur ou radical, mastectomie prophylactique controlatérale, reconstruction) ;

III.9 Préservation de la fertilité

La fertilité peut être gravement affectée lors de la prise en charge. D'une part du fait de la toxicité ovarienne des chimiothérapies pouvant entraîner une ménopause très précoce, mais aussi lorsqu'un traitement hormonal est prescrit car il impose de retarder la grossesse à un âge où la fertilité peut décroître rapidement.

Le risque d'infertilité après chimiothérapie est âge-, dose- et type de chimiothérapie-dépendant. L'âge est le facteur prédictif le plus important d'aménorrhée chimio-induite, les femmes de plus de 40 ans ayant un risque jusqu'à cinq fois plus important que les femmes plus jeunes. L'incidence de l'aménorrhée chimio-induite est très variable dans la littérature (29 à 93 % avec une chimiothérapie à base d'anthracyclines sans taxanes ; 17 à 93 % avec association anthracyclines et taxanes).

Toute femme jeune doit être informée avant chimiothérapie sur :

- les effets des traitements sur la fertilité ;
- le report éventuel de projet de grossesse ;
- les possibilités de prise en charge en médecine de la reproduction ;

Il est recommandé de mettre en place un circuit avec un centre réfèrent en médecine de la reproduction. Selon les situations, une préservation de la fertilité peut être envisagée avant les traitements adjuvants.

III.10 Grossesse après un cancer du sein :

Il a été démontré l'absence d'effet délétère de la grossesse sur la maladie en termes de décès ou de récurrence.

Le délai pour autoriser d'une grossesse se base essentiellement sur le risque de récurrence. En cas de tumeur avec des récepteurs hormonaux négatifs, le risque de récurrence est plus élevé les deux à trois premières années. Pour les patientes RH positifs, l'idéal est d'attendre la fin des 5 ans de traitement antihormonal. Néanmoins il est possible de l'interrompre après deux ans de traitement après accord médical afin de programmer une grossesse. Dans ce cas le traitement sera repris après la grossesse.

En cas de grossesse envisagée, il est préférable de réaliser, un bilan d'extension complet, afin de s'assurer de la rémission. La grossesse après cancer du sein ne présente aucune particularité comparée aux grossesses normales.

III.11 Prise en charge psychologique :

L'accompagnement psychologique est primordial chez ces jeunes patientes du fait notamment de l'importance et de la diversité des « besoins ». La nécessité de sauvegarder la vie familiale et la volonté de préserver les enfants souvent en bas âge seront une préoccupation majeure. Les symptômes si habituels, bouffées de chaleur, insomnie, fatigue, affectent gravement la qualité de vie de ces patientes et entretiennent le désarroi psychologique. Les préoccupations à propos des répercussions sur la santé sexuelle ainsi que sur la fertilité ultérieure vont être extrêmement présentes. Enfin, des problèmes liés à la formation ou l'activité professionnelle sont souvent présents également.

III.12 CANCER DU SEIN ET VIE DE FAMILLE :

Le cancer du sein est une épreuve extrêmement difficile pour la patiente. Elle s'avère offensante mentalement et physiquement, il peut avoir de plus de lourdes retentissements sur la vie familiale.

Si la patiente demeure au centre de la prise en charge du cancer du sein, son entourage peut aussi demander certains soins. Il risque, en effet, d'être très affecté par l'annonce de la maladie, les impacts des traitements sur une personne qu'il aime et le pronostic annoncé.

Le dialogue et la communication s'affirment habituellement comme la pierre angulaire du maintien d'une vie de famille convenable, mais, dans une situation aussi difficile, il n'est pas rare que les mots viennent à manquer et que le dialogue coince.

Dans ce cas, il est souvent plus simple de parler chacun de son côté à un spécialiste, plutôt que d'échanger tous ensemble. Le soutien psychologique du patient et de ses proches fait partie intégrante de la lutte contre le cancer du sein, et est pris en charge par l'Assurance-Maladie.

A/PARLER DU CANCER DU SEIN AVEC SES ENFANTS :

Pour bien des patientes, il est difficile d'évoquer sa maladie avec ses proches, et en particulier avec ses enfants, qu'elles peuvent craindre de peiner et/ou de traumatiser. Bien qu'il existe de nombreux conseils génériques sur la façon d'aborder la question du cancer avec ses enfants, c'est souvent chaque patiente qui sait le mieux trouver les meilleurs mots pour parler à sa famille.

En cas de difficultés, chaque patiente peut bénéficier de soins de supports intégrant un soutien psychologique qui peut l'aider à mettre les mots sur son ressenti et à déterminer comment aborder la question avec ses enfants

Un soutien psychologique peut également être offert aux enfants des patientes pour les aider à surmonter cette épreuve.

De fait, l'enfant peut, lui aussi, avoir besoin d'aide pour exprimer ses inquiétudes, mettre les mots sur ce qu'il ressent et gérer les émotions bouleversantes qui accompagnent l'annonce de la maladie.

B/ PARLER DU CANCER DU SEIN AVEC SON CONJOINT:

Le cancer du sein est une maladie particulièrement susceptible d'impacter la vie de couple, la vie sexuelle et la vie intime des patientes.

Pour cause, outre les émotions intenses accompagnant l'annonce et la crainte de la maladie, les traitements mis en œuvre pour lutter contre le cancer sont souvent très lourds, et peuvent provoquer des séquelles physiques et mentales significatives et durables. Typiquement, la mastectomie (ablation du sein entier) modifie profondément l'aspect corporel de la patiente, bien qu'il soit souvent possible de recourir à une reconstruction mammaire pour en atténuer les impacts.

La radiothérapie peut, elle aussi, modifier l'aspect, la texture et les sensations du sein, ainsi que de la peau de la zone traitée. L'hormonothérapie peut provoquer une ménopause soudaine et précoce qui s'accompagne de changements physiques significatifs, notamment d'une modification de la répartition des graisses qui transforme la silhouette.

D'autres effets secondaires des traitements (perte de cheveux, amaigrissement, sécheresse vaginale, etc.) sont à même de bouleverser l'intimité de chaque patiente, de nuire à leur estime d'elles-mêmes et, en conséquence, d'altérer leur relation aux autres, et en particulier à leur conjoint.

Le soutien psychologique prend alors une dimension centrale pour aider les patientes à surmonter leur perte d'estime d'elles-mêmes, leur traumatisme face à la transformation

brutale d'un corps qu'elles ne reconnaissent plus toujours, et leur crainte de voir le regard de leur conjoint changer.

Lorsque la parole est brisée et que la communication ne passe plus, il peut être salvateur de consulter un psychologue professionnel, ensemble ou chacun de son côté. La participation à des groupes de paroles, pour la patiente ou pour son conjoint, est également une alternative qui s'avère parfois très libératrice.

C/ CANCER DU SEIN ET VIE DE FAMILLE:

Un bon nombre de patientes redoutent les effets du cancer du sein sur leur vie de famille, et si les psychologues sont unanimes sur un point, c'est qu'il est essentiel de déculpabiliser pour ne pas porter le poids des conflits et des crises qui peuvent traverser une famille durant cette épreuve.

Une annonce aussi bouleversante que celle d'un cancer du sein est à même de provoquer une crise familiale, et cela n'est ni du fait de la patiente ni du fait de ses proches.

Pour autant, la crise familiale n'est pas une fatalité qui doit être subie. Au contraire, un accompagnement adéquat peut permettre de sortir le plus sereinement possible d'une période difficile et de retrouver une vie de famille harmonieuse, bénéfique au bien-être et à la guérison des patientes.

Lorsque vous recevez un diagnostic de cancer du sein, n'hésitez pas à évoquer vos craintes quant aux impacts de la maladie sur votre vie familiale auprès de votre équipe médicale, afin qu'elle vous renseigne sur les soins de support dont vous pourriez bénéficier.

Il existe une vaste palette de soins de support, allant des séances de kinésithérapie aux consultations diététiques, qui incluent diverses solutions de soutien psychologique tant à destination de la patiente qu'à celle de ses proches.

IV. : Diagnostic Du Cancer du sein

IV.1 Diagnostic :

IV.2 CIRCONSTANCES DE découverte DU CANCER DU SEIN

Un cancer du sein est le plus souvent diagnostiqué à plusieurs occasions :

IV.2.1 Découverte des symptômes par la patiente elle-même

- Lorsqu'une femme découvre 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.
- Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de Guérison.
- Le délai entre la découverte de quelque chose d'anormal et le début d'un traitement peut parfois sembler très long.
- Ce temps est nécessaire pour réaliser les examens, établir le diagnostic et définir le traitement le mieux adapté à chaque situation.
- « Mon médecin m'a expliqué les raisons de l'attente pour démarrer le traitement: il fallait attendre d'être sûr du diagnostic ».

IV.2.2 1.2-Lors d'une consultation de dépistage

- Lors d'une consultation ou d'un bilan de santé, 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. III.1.3 Lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue
- Lors d'une visite de contrôle, le médecin peut trouver une anomalie au niveau des seins.

IV.2.3 1.3-C- 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.

IV.3 DIAGNOSTIC CLINIQUE

IV.3.1 Les symptômes du cancer du sein :

Au stade O (de la classification FIGO), le cancer du sein ne présente aucun symptôme. [9]

La manifestation clinique essentielle est l'apparition d'un nodule dans le sein.

Il peut aussi se manifester par :

- un écoulement du mamelon en particulier s'il est sanglant ou noirâtre
- une déformation du sein
- une augmentation du volume du sein
- une rétraction du mamelon
- un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé
- l'apparition d'une fossette ou ride { la surface du sein.

Une douleur du sein constitue rarement le point d'appel d'un cancer du sein. Ces symptômes ne sont pas toujours synonymes de cancer car ils peuvent correspondre à une pathologie bénigne. Néanmoins leur présence justifie un avis spécialisé.

IV.3.2 Clinique

.a)-Interrogatoire :

- Pour rechercher les facteurs de risques
- ATCD familiaux et gynécologique (ménopause, TSH)
- Date d'apparition de l'anomalie au niveau du sein

b)-Examen clinique : bilatéral et comparatif :

- Patiente assise puis couchée torse nu et noté sur un schéma daté le :
- Siège et le cadran du sein
- Taille de la tumeur
- Mobilité de la tumeur
- Présence ou non d'ADP

b- 1-Inspection :

- A la recherche d'une ride ou d'une rétraction du mamelon

Technique:

- Inspection de face ou de $\frac{3}{4}$ au repos et à l'élévation lente des bras.

Résultats :

- Maladie de Paget: zone rouge et sèche qui débute sur le mamelon et poursuit sur l'aréole puis la peau adjacente.
- Ride ou pli cutané qui apparaît, soit sur la malade dont les bras sont le long du corps soit seulement à l'élévation des bras, lorsque ce signe est associé à une tumeur il peut n'apparaître que lors de la mobilisation de la tumeur.
- Rétraction du mamelon ou simple ombilication. Les caractères unilatéral et récent ont une grande valeur séméiologique.
- Ulcération cutanée en regard d'une tumeur ou nodule de permutation à distance.
- Voussure en regard d'une tumeur.

Rougeur et oedème donnant un aspect de peau d'orange soit limité soit étendu à tout le sein.

Ecoulement spontané au niveau du mamelon.

Il n'y a souvent aucun signe d'inspection.

b- 2-Palpation des seins :

Principe :

à la recherche d'un nodule dur, irrégulier, indolore avec recherche d'une adhérence cutanée ou adhérence au muscle grand pectoral

L'examen des seins doit toujours être bilatéral et comparatif.

Ne pas oublier l'examen du sein différent à un cancer du sein parfois on peut avoir un cancer du sein bilatéral.

L'exploration systématique des aires ganglionnaires par la palpation des creux axillaires à la recherche de ganglions suspect petit dur indolore

La palpation sus claviculaire.

Méthode:

le sein doit être palpé la main bien à plat et non du bout des doigts. Toute la glande doit être explorée en pensant particulièrement:

1. Au sillon sous mammaire plus facile à explorer sur une patiente couchée en cas de sein volumineux et/ou ptôse.

2. Au prolongement axillaire.

3. A la zone rétro aréolaire.

Résultats :

La forme nodulaire est la plus fréquente.

Classiquement ce nodule est dur, mal limité dans la glande.

En pratique il peut être trompeur: arrondi, ferme et mobile dans la glande (cancer « pseudo bénin »).

On recherche:

la rétraction cutanée (pli, ride) à distinguer de l'atteinte cutanée (fixation de la tumeur à la peau ou ulcération).

La fixation au plan du muscle pectoral par la manœuvre de l'adduction contrariée du bras. La succession de contractions et de relâchements de ce muscle permet d'identifier cette fixation.

Le nodule est mesuré au mètre ruban ou au pied à coulisse.

Le placard étendu est un signe trompeur. Il s'agit soit d'une simple asymétrie aléatoire entre les deux seins ou d'une induration mal limitée et parfois très peu marquée. Elle peut correspondre à un cancer plus étendu (et plus grave) que la forme nodulaire.

Le sein peut être cliniquement normal et porter un cancer infra clinique. La sensibilité d'un médecin même entraîné ne permet de déceler que des tumeurs qui en moyenne vont mesurer 2 centimètres. L'examen clinique est donc insuffisant pour le dépistage.

L'écoulement mamelonnaire peut être soit spontané soit recherché au cours de l'examen. On presse le sein du doigt de manière radiaire et centripète, en direction du mamelon pour rechercher le secteur d'où provient l'écoulement. Dans le cancer l'écoulement, lorsqu'il existe, est sanglant. Il est parfois séreux.

On examine systématiquement l'autre sein.

b- 3-Palpation des aires ganglionnaires

Méthode:

le médecin se place latéralement et remonte ses doigts le long du grill costal en demandant à la patiente de bien relâcher les muscles de son membre supérieur.

Pour le creux sus-claviculaire il est recommandé de se placer derrière la patiente.

Résultats :

Les ganglions pourront être:

Non palpés.

Petits, mobiles fermes

Augmentés de volume, durs.

Fixés.

L'absence de ganglion palpable ou même suspect ne préjuge pas de l'absence d'envahissement ganglionnaire histologique.

c. Examen gynécologique :

Complet et général évoluant le terrain et recherchant les métastases par la palpation hépatique et douleurs osseuses.

IV.3.3 3-DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

1.Mammographie :

La mammographie est une technique d'imagerie médicale utilisée pour détecter les anomalies et les maladies du sein, en particulier le cancer du sein. Elle consiste en une radiographie spécifique à faible dose du tissu mammaire à l'aide de rayons X donc il n'y a donc pas de risque de développer un cancer du sein à cause des rayons X reçus, même si des mammographies de dépistage sont répétées.

Une mammographie est pratiquée dans deux circonstances : dans le cadre d'un dépistage ou d'un diagnostic.

Quelles que soient les circonstances, deux clichés par sein sont réalisés, un cliché de face et un en oblique, ce qui permet de comparer les deux côtés de chaque sein.

Lors d'une mammographie, le sein est comprimé entre deux plaques, afin d'étaler le tissu mammaire et d'obtenir des images claires. Les radiographies sont prises sous différents angles pour permettre une visualisation complète du sein. Les images obtenues sont ensuite examinées par un radiologue spécialisé dans l'interprétation des mammographies.

La mammographie est une méthode de dépistage courante pour le cancer du sein, en particulier chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Elle peut détecter des anomalies telles que des masses, des calcifications ou des microcalcifications qui pourraient indiquer la présence d'une tumeur.

Il est important de noter que la mammographie peut présenter certaines limites. Parfois, il peut être difficile de distinguer entre des tissus normaux et des tumeurs potentielles, en particulier chez les femmes ayant des seins denses. Dans certains cas, des examens complémentaires, tels que l'échographie mammaire ou l'IRM, peuvent être nécessaires pour obtenir une évaluation plus précise.

Tous les deux ans, la caisse d'assurance maladie adresse à la patiente un document de prise en charge pour réaliser gratuitement une mammographie.

Figure n°10 : patiente lors d'un examen mammographique

□ Mammographie de dépistage : auquel on a recours pour les femmes qui ne présentent aucun symptôme du cancer du sein ou de troubles du sein. Lors de cette mammographie, on examine les deux seins. Ce test peut aider à déceler des bosses (masses) ou des régions de

tissu mammaire anormales qui pourraient être trop petites pour être détectées par palpation. La mammographie de dépistage permet de surveiller les changements qui surviennent dans le sein au fil du temps et facilite la détection d'un cancer du sein à un stade précoce

La mammographie diagnostique : vise à diagnostiquer un trouble du sein, comme une masse ou une région suspecte. Elle dure un peu plus longtemps que la mammographie de dépistage. Elle permet d'obtenir des images plus détaillées et des clichés du sein qui sont pris sous différents angles, pour qu'on puisse examiner plus précisément une région du sein.

Le médecin radiologue peut ensuite compléter la mammographie par une échographie* et/ou un prélèvement.

Avant l'examen :

Prendre un rendez-vous.

Une mammographie est réalisée en première partie du cycle menstruel (idéalement entre le 8ème et le 12ème jour après le début des règles). Les seins sont à ce moment-là plus faciles à examiner et moins douloureux.

Aucune préparation n'est nécessaire avant une mammographie.

Le jour de l'examen, il est demandé de ne pas appliquer de produits cosmétiques sur la peau (crème, lait de toilette, parfum, talc) et de ne pas mettre de bijoux.

Ces précautions permettent d'obtenir des images mammographiques de qualité.

Il n'est pas utile d'être à jeun ni de suivre un régime particulier. Si vous prenez des médicaments, il n'est pas nécessaire de les interrompre, mais il peut être utile de les signaler au radiologue.

Apportez toutes vos mammographies et vos autres documents radiologiques mammaires (échographie*, IRM*) ainsi que les résultats d'exams concernant vos seins (prélèvements*, biopsies*, comptes rendus de chirurgie).

Ces documents permettent de suivre l'évolution de l'aspect du sein qui est propre à chaque femme.

- Si le radiologue repère une anomalie sur les nouvelles mammographies, l'analyse de ces documents peut l'expliquer et éviter ainsi d'autres examens.
- Signalez au radiologue les opérations chirurgicales réalisées au niveau des seins. En effet, même si les cicatrices ne sont pas toujours visibles sur la peau, l'image radiologique peut être modifiée par les interventions.

Le déroulement de l'examen

La mammographie est effectuée au service de radiologie d'un hôpital ou d'une clinique.

Vous vous tenez debout devant l'appareil de mammographie et on place votre sein entre 2 plaques de compression en plastique. On referme ensuite les plaques l'une contre l'autre de façon à aplatir, ou comprimer, le sein.

Le fait de comprimer les tissus du sein permet de rendre les clichés mammaires plus clairs et ainsi de mieux voir les tissus internes du sein. La compression du sein permet aussi d'émettre moins de radiations.

Si vous ressentez beaucoup d'inconfort durant la radiographie, mentionnez-le au technologue qui vous fait passer le test. Il essaiera d'ajuster la compression pour que ce soit plus confortable pour vous.

Les clichés radiographiques de chaque sein sont pris sous des angles différents. La mammographie diagnostique nécessite plus de clichés que la mammographie de dépistage.

Avant que vous remettiez vos vêtements, le technologue vérifiera la qualité des films mammographiques (clichés mammaires) obtenus afin de s'assurer qu'ils sont suffisamment clairs pour que le radiologiste (médecin spécialisé en techniques d'imagerie) puisse les interpréter adéquatement. Vous pourriez devoir refaire l'examen si les clichés mammaires ne sont pas clairs.

Figure n° 11: Le déroulement de l'examen

Résultat de l'examen

Après la mammographie, le radiologue analyse les clichés, vous interroge et réalise un examen clinique.

Il examine l'aspect de la peau et du mamelon. Il palpe les seins et recherche des ganglions anormaux.

on a recours à la classification du Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), qui a été conçu par l'American College of Radiology, pour consigner les résultats de la mammographie. Ce système donne des recommandations sur les tests de suivi nécessaires après une mammographie et indique le risque qu'une anomalie soit un cancer (maligne).

Dans certains cas, le radiologue demande des clichés supplémentaires pour analyser une zone difficile.

Il n'est pas toujours possible de donner d'emblée un diagnostic définitif : la mammographie permet de voir s'il existe une anomalie dans le sein, mais elle ne permet pas de déterminer avec certitude s'il s'agit ou non d'un cancer.

□ D'autres examens complémentaires sont nécessaires pour établir le diagnostic :
échographie* mammaire, prélèvement* ou IRM mammaire.

Le rapport de mammographie peut indiquer que le tissu mammaire est dense. Les seins denses contiennent plus de tissu conjonctif, de glandes et de canaux galactophores que de tissu graisseux. La densité du sein est un caractère héréditaire. D'après certaines études, les femmes dont au moins 75 % de leur tissu mammaire est dense risquent de 4 à 6 fois plus d'être atteintes d'un cancer du sein que les femmes dont le tissu mammaire est peu ou pas du tout dense.

La densité du sein ne peut être observée qu'à la mammographie, mais des seins denses rendent plus difficile la lecture du cliché (image obtenue). Le tissu adipeux apparaît foncé alors que le tissu dense apparaît blanc, tout comme les tumeurs, pouvant ainsi masquer un cancer

2- L'échographie mammaire

L'échographie mammaire est une autre technique d'imagerie médicale utilisée pour examiner les seins. Elle utilise des ondes sonores à haute fréquence pour créer des images détaillées des tissus mammaires. Contrairement à la mammographie, qui utilise des rayons X, l'échographie ne produit pas de radiations ionisantes et est considérée comme une méthode d'imagerie sûre.

L'échographie mammaire peut être utilisée à différents stades du processus de diagnostic du cancer du sein, notamment pour :

Évaluer des anomalies détectées lors d'un examen clinique ou d'une mammographie.

CT.LO0aractériser une masse ou une lésion identifiée sur une mammographie.

Guider la réalisation de biopsies mammaires.

Surveiller les réponses au traitement du cancer du sein.

L'échographie mammaire peut être particulièrement utile dans les cas suivants :

Les femmes ayant des seins denses : Les seins denses peuvent rendre la détection des tumeurs plus difficile sur une mammographie, car les tissus normaux et les tumeurs peuvent apparaître de manière similaire. L'échographie peut aider à fournir des informations supplémentaires dans ces cas.

Les femmes jeunes : Chez les femmes plus jeunes, en particulier avant l'âge de 30 ans, les seins ont tendance à être plus denses, rendant la mammographie moins efficace.

L'échographie peut être utilisée comme alternative ou complément à la mammographie.

Les femmes enceintes ou qui allaitent : Comme l'échographie n'utilise pas de rayons X, elle est sans danger pendant la grossesse et l'allaitement.

Il est important de noter que l'échographie mammaire est souvent utilisée en complément d'autres examens, tels que la mammographie, pour obtenir une évaluation plus complète du sein. Votre médecin pourra déterminer si une échographie mammaire est nécessaire dans votre cas et vous expliquer les avantages et les limites de cet examen.

Figure n° 12 : Ecographie mamaire

Figure n° 13 : échographie mammaire

□ **Résultat de l'échographie mammaire :**

L'échographie mammaire permet de voir s'il existe certaines anomalies dans le sein, mais elle ne permet pas toujours de déterminer avec certitude s'il s'agit ou non d'un cancer. Pour cela, il faut réaliser d'autres examens complémentaires.

- Le radiologue vous explique le résultat de l'examen clinique et de l'échographie. Dans certains cas, il n'est pas possible de donner d'emblée un diagnostic définitif.
- Le radiologue réalise ou conseille d'autres examens (IRM* des seins ou prélèvements*) pour établir le diagnostic

3-IRM mammaire :

L'IRM mammaire, également connue sous le nom d'imagerie par résonance magnétique mammaire, est une technique d'imagerie médicale avancée utilisée pour évaluer les seins. Elle utilise un champ magnétique puissant et des ondes radio pour créer des images détaillées des tissus mammaires.

L'IRM mammaire est souvent utilisée dans les cas suivants :

- Détection et caractérisation des lésions : L'IRM peut détecter des lésions qui pourraient ne pas être visibles à la mammographie ou à l'échographie. Elle peut également aider à différencier les lésions bénignes des lésions malignes.
- Dépistage chez les femmes à haut risque : Les femmes présentant un risque élevé de cancer du sein en raison de facteurs génétiques ou familiaux peuvent bénéficier de l'IRM mammaire en complément de la mammographie de dépistage. L'IRM peut être plus sensible pour détecter les tumeurs chez ces femmes.
- Planification du traitement : L'IRM mammaire peut fournir des informations précieuses pour la planification du traitement, notamment pour évaluer l'extension de la tumeur et détecter d'éventuelles tumeurs supplémentaires.
- Surveillance après un traitement : L'IRM mammaire peut être utilisée pour évaluer l'efficacité du traitement du cancer du sein et surveiller la réponse tumorale.

L'IRM mammaire est un examen plus long et plus coûteux que la mammographie ou l'échographie mammaire. Elle nécessite également l'injection d'un agent de contraste par voie intraveineuse pour améliorer la visualisation des tissus. Cependant, elle offre une meilleure

résolution d'image et peut être particulièrement utile dans certains cas spécifiques, comme ceux mentionnés ci-dessus.

Bonnes indications d'IRM mammaire :

- Cancers lobulaires invasifs
- Patiente à haut-risque familial (>20 %)
- Chimiothérapie néo adjuvante
- Adénopathie
- Âge < 60 ans et discordance de taille; femmes jeunes (< 40 ans) ou seins denses, cancers cliniques mammographie normale; écoulement mammaire, recherche d'une récurrence locale dans un sein traité, bilan après tumorectomie incomplète.

4-Arguments cytohistologiques

• 4.1-Cytologie mammaire :

a- Aspiration ou ponction cytologique

Cette technique consiste à introduire dans le sein une fine aiguille sous contrôle échographique pour aspirer du liquide ou des cellules, dont l'analyse microscopique apportera des premiers éléments relatifs à la nature de la tumeur.

Cet examen permet de faire un diagnostic lésionnel (kyste, fibroadénome, ganglion ou cancer).

Il peut être réalisée dans de nombreuses circonstances:

- Devant un nodule par ponction à l'aiguille 20 G.
- Devant un écoulement.

- Par grattage devant une maladie de Paget.
- En s'aidant d'un repérage échographique ou stéréotaxique en cas d'image infra-clinique.

Une cytologie n'est interprétable que si :

- Le matériel est bien conservé et analysable.
- Les cellules sont nombreuses.
- Le préleveur était certain de sa technique, en particulier de la position de son aiguille dans la tumeur.

b- La biopsie

La biopsie est le seul examen qui permet de confirmer un diagnostic de cancer.

- Elle est réalisée sous anesthésie locale. Lors de l'examen, le médecin utilise une aiguille fine avec laquelle il pique la peau au niveau du sein atteint. En se guidant grâce à une sonde d'échographie ou sous scanner, il prélève un échantillon du tissu anormal
- Cet échantillon est ensuite analysé sous microscope et confirme ou non la nature cancéreuse de la lésion et son degré d'extension local (in situ ou infiltrant).

Contrairement aux cytoponctions (ou ponction cytologique) qui permettent de prélever des liquides, les biopsies enlèvent des fragments de tissu mammaire.

Les techniques actuellement utilisées :

Les micro-biopsies :

- Réalisées grâce à un pistolet automatique et une aiguille, cet examen permet de prélever des "échantillons" de la tumeur.
- Le prélèvement peut entraîner un hématome que de la glace ou un pansement compressif peut atténuer.

- L'examen dure moins d'une heure. Attention, il convient d'informer le médecin des traitements en cours. Certains favorisant les saignements pourront être suspendus.
- les macro-biopsies :
 - Sans hospitalisation, rapide, les macros biopsies permettent aujourd'hui de retirer une petite anomalie non palpable du sein sans anesthésie générale.
 - Certaines interventions chirurgicales pourraient être évitées grâce à cet examen.
 - Réalisée en même temps qu'une mammographie, cette technique associe aspiration et mécanisme de prélèvement (aiguille creuse qui protège un petit couteau cylindrique rotatif).
 - L'examen dure moins d'une heure.
 - Cet examen permet plusieurs prélèvements par rotation sans nouvelle piqûre.
 - Il permet également de disposer d'un échantillon beaucoup plus important que pour une micro biopsie.
 - Cette technique est essentiellement commercialisée sous le terme de mammectomie.

□ **Les biopsies chirurgicales stéréotaxiques :**

- Cette technique largement diffusée Outre-Atlantique a pour but d'éviter une chirurgie du sein pour lésion bénigne.
- Cette technique est essentiellement commercialisée sous le terme de Site Select®.
- Elle s'adresse aux patientes ayant une lésion visible en mammographie, inférieure à 10 mm pour laquelle le médecin souhaiterait une analyse microscopique plutôt qu'une surveillance.
- L'intervention a lieu sous contrôle mammographique.
- Après une anesthésie locale, la cible (anomalie) est précisée à l'aide d'un système informatique.
- Une biopsie de 15 mm de diamètre est effectuée par le chirurgien emportant la zone suspecte.

- Une fermeture chirurgicale est ensuite effectuée.
- La procédure dure au total 20 minutes. Si l'examen au microscope confirme la nature bénigne de la lésion, la patiente aura évité une intervention chirurgicale et des journées d'hospitalisation.

- **5.La galactographie :**

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

IV.4 DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL :

IV.4.1 TUMEURS BÉNIGNES ET AUTRES AFFECTIONS BÉNIGNES

IV.4.1.1 LES TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes ont des contours bien délimités. Elles ont une croissance lente et restent localisées dans le tissu ou l'organe dans lequel elles sont apparues. Elles n'entraînent pas de métastases dans d'autres endroits du corps.

Les tumeurs bénignes sont composées de cellules qui ressemblent aux cellules normales du tissu concerné. On dit qu'elles sont bien différenciées.

La tumeur bénigne qui se développe le plus souvent dans le sein est le fibroadénome.

IV.4.1.1.1 Les autres affections bénignes du sein sont :

les kystes, les changements fibrokystiques, l'hyperplasie, l'écoulement du mamelon, la gynécomastie.

La plupart des masses du sein ne sont pas synonymes de cancer, mais seul l'examen anatomopathologique réalisé après une biopsie permet de vérifier qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

IV.4.1.2 LES TUMEURS MALIGNES :

Les tumeurs malignes ont des contours le plus souvent mal délimités. Certaines sont toutefois bien limitées et peuvent alors être considérées un temps comme bénignes ; ceci pouvant retarder le diagnostic de cancer.

Les cellules cancéreuses qui composent les tumeurs malignes présentent diverses anomalies par rapport à des cellules normales : forme et taille différentes, contours irréguliers... On parle de cellules indifférenciées car elles ont perdu leurs caractéristiques d'origine.

Les tumeurs malignes ont tendance à envahir les tissus voisins. Elles peuvent entraîner des métastases : des cellules cancéreuses s'échappent de la tumeur primitive et vont coloniser une autre région du corps, pour y former une nouvelle tumeur qu'on appelle tumeur secondaire ou métastase.

On distingue les cancers in situ (confinés dans les canaux ou les lobules) et les cancers invasifs ou infiltrants.

C'est grâce à l'examen anatomopathologique d'un échantillon de tumeur que l'on peut déterminer si elle est cancéreuse ou non.

N.B : Le diagnostic tardif :

Un défi majeur en Algérie est le diagnostic tardif du cancer du sein. De nombreux cas sont détectés à un stade avancé, ce qui limite les options de traitement et réduit les chances de survie.

V. Chapitre III : Classifications et stades

V.1 Classification ACR des images mammographiques :

Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (en dehors des images construites et des variantes du normal) correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR).

ACR 0 : des investigations complémentaires sont nécessaires

Comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc. C'est une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'il permet une classification définitive.

ACR 1 : mammographie normale

ACR 2 : il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :

- opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) ;
- ganglion intramammaire ;

- opacité(s) ronde(s) correspondant à un (des) kyste(s) typique(s) en échographie ;
- image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux) ;
- cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture ;
- macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.) ;
- microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques
- calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses.

ACR 3 : il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :

- microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé ;
- petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome ;
- opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidienne(s) en échographie ;
- asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse.

ACR 4 : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :

- microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales ;
- microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses ;
- microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses ;
- image(s) spiculée(s) sans centre dense ;
- opacité(s) non liquidienne(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume ;
- distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable ;
- asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s).

ACR 5 : il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :

- microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées ;
- groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique ;
- microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité ;
- microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes ;
- opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers ;
- opacité spiculée à centre dense.

La classification tiendra compte du contexte clinique et des facteurs de risque. La comparaison avec des documents anciens ou le résultat d'investigations complémentaires peuvent modifier la classification d'une image : une opacité ovale régulière classée ACR 3 mais présente sur des documents anciens peut être reclassée ACR 2, quelques calcifications résiduelles après prélèvement percutané contributif bénin d'un amas classé ACR 4 peuvent être reclassées ACR 2, etc.

V.2 Classification TNM :

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté « cTNM » et le stade anatomopathologique postchirurgical noté « pTNM ».

Tumeur Primaire T

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable

- Tis : carcinome in situ

- Tis (DCIS) : carcinome canalaire in situ
- Tis (CLIS) : carcinome lobulaire in situ
- Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente
- NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur

T1 : tumeur \leq 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mic : micro-invasion \leq 1 mm dans sa plus grande dimension

- T1a : 1 mm < tumeur \leq 5 mm dans sa plus grande dimension
- T1b : 5 mm < tumeur \leq 1 cm dans sa plus grande dimension
- T1c : 1 cm < tumeur \leq 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : 2 cm < tumeur \leq 5 cm dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- T4c : T4a + T4b
- T4d : cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux pN

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

- N0(i-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)

- N0(i+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires $\leq 0,2$ mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)

- N0(mol-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RTPCR : reverse transcriptase polymerase chain reaction)

- N0(mol+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RTPCR)

N1mi : micrométastases $> 0,2$ mm et ≤ 2 mm

N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N1a : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires

- N1b : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N1c : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)

N2 : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

- N2a : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm

- N2b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

N3 : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

- N3a : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires

- N3b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)

- Mx : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

- M0 : absence de métastases à distance

- M1 : présence de métastase(s) à distance

V.3 Classification par stade UICC :

0-Tis N0 M0

I -T1 N0 M0

IIA : T0 N1 M0 ; T1 N1 M0 ; T2 N0 M0 ;

IIIB : T2 N1 M0 ; T3 N0 M0

IIIA : T0 N2 M0 ; T1 N2 M0 ; T2 N2 M0 ;T3 N1 M0 ; T3 N2 M0

IIIB : T4 N0 M0 ; T4 N1 M0 ; T4 N2 M0

IIIC : Tous T N3 M0

IV : Tous T Tous N M1

VI. CHAPITRE IV : Prévention et dépistage

VI.1 Prévention :

Dans la mesure où la cause précise du que les cancers du sein reste inconnue, la prévention est quelque peu aléatoire.

Les constatations statistiques internationales montrent les femmes qui ont plus de 40 ans, ont fait des études supérieures, ont une stérilité ou une grossesse tardive.

Mais ce n'est pas pour autant qu'on leur demande de changer de mode de vie, ce qui d'ailleurs ne les mettrait pas à l'abri de ce risque.

En matière de régime alimentaire, il est probable que l'alimentation peut jouer un rôle dans la genèse du cancer du sein, mais ce rôle est encore mal connu.

Certains conseils de bon sens seront répétés comme : consommer beaucoup de légumes, éviter les graisses saturées et l'alcool, combattre l'obésité post ménopausique.

Mais, en aucun cas et à coup sur, ils ne feront éviter la survenue du cancer du sein.

Par ailleurs, ces femmes ont souvent des ascendants ou des collatéraux qui ont présenté un cancer du sein. Le facteur génétique représente donc une voie de recherche quant à possibilité d'intervenir sur les mutations des gènes BRCA1 et BRCA2 pour en diminuer les effets néfastes.

Autre champs de recherche, la possibilité d'un vaccin.

Enfin, peut-on prendre des médicaments pour prévenir le cancer du sein (faire de la chimio prévention). On a soupçonné les œstrogènes comme éléments favorisant. Aussi, les anti-œstrogènes tels que le Tamoxifène utilisé dans le traitement du cancer du sein ou le Tamoxifène utilisé dans la prévention de l'ostéoporose, ont fait l'objet d'essais thérapeutiques. Ils diminueraient, sans l'annuler, le risque du cancer du sein. Malgré des résultats intéressants, l'administration du Tamoxifène ou du Tamoxifène n'est pas recommandée à cause du risque de thrombophlébite et d'embolie pulmonaire ainsi que du risque de cancer de l'utérus pour le Tamoxifène.

Certains ont préconisé, à titre préventif, chez les femmes à haut risque génétique, l'ablation des deux seins, ce qui est impensable et qu'aucune femme n'accepterait. Elles feraient plutôt l'objet d'une surveillance particulière.

VI.2 Dépistage :

La prévention n'étant pas possible, il n'a que le dépistage qui soit intéressant. Le dépistage du cancer du sein est l'un des plus faciles à faire et dont l'intérêt est de poser le diagnostic le plus tôt possible pour réaliser le traitement le moins agressif avec les résultats les plus satisfaisants.

Tous ces objectifs ne peuvent être atteints que grâce à la vigilance du médecin et de la femme elle-même à qui on doit apprendre l'auto-examen. Et si la meilleure prévention contre une telle affection est représentée par le dépistage, c'est que des études sérieuses l'ont montré. En effet, chez les femmes de plus de 50 ans soumises, tous les 18 mois ou 20 mois, à un

examen mammographique systématique, la découverte états précancéreux n'est pas rare (Cancer in situ).

A ce stade précoce de la maladie, le traitement réduit nettement la mortalité.

Par ailleurs, les chances de conservation du sein sont plus grandes sans nuire à la sécurité.

Le dépistage que l'on exercera s'adressera à une population qui n'est pas malade, qui est sans risques et qui ne se plaint de rien.

Certains pays, notamment les pays occidentaux, ont organisé ce dépistage à grande échelle. Il s'agit d'examen mammographique systématique tous les deux ans chez toutes les femmes de 50 ans à 74 ans. La mammographie peut révéler des anomalies de quelques millimètres non décelables à la palpation. Mais elle nécessite un matériel de qualité et surtout des radiologues rompus à la lecture de ces clichés. En règle générale, dans le cadre du dépistage, une deuxième lecture est exigée, car l'inconvénient de celle-ci réside dans le fait que l'interprétation est moins facile à cause de la grande densité des seins. Aussi, les faux négatifs faux prendre toute sa valeur au dépistage.

Un grand sujet de discorde est représenté par les lésions <<frontières>> dont la plupart ne transforment pas en cancer invasif (notamment le cancer intra lobulaire) : la mammographie ne pouvant pas faire de prédiction absolue.

Enfin, si la santé n'a pas de pris, elle a un cout. Il est donc plus sage, notamment dans nos pays, de nous contenter d'un dépistage chez les femmes à risques.

Toute anomalie mammaire bénigne doit soumettre la femme à une mammographie systématique et répéter si nécessaire

Toute femme recevant un traitement hormonal substitutif de la ménopause doit être surveillée avec des mammographies à un rythme déterminé selon le cas.

Toute femme présentant des antécédents familiaux du cancer du sein aura sa première mammographie cinq ans avant l'âge ou est apparu le cancer chez cette parente

Toute femme chez qui on a la notion d'une transmission génétique fera l'objet d'un dépistage beaucoup plutôt.

Enfin les faux négatifs sont rassurants à tort et entraînent un retard de diagnostic et donc de traitement.

Les faux positifs vont inquiéter la femme inutilement.

a- Auto Examen :

L'auto palpation des seins se pratique par la femme elle-même

Sa technique est simple et il doit se pratiquer juste après les règles .

Il commence par une inspection devant une glace, les deux bras le long du corps à la recherche de la moindre modification :

- Asymétrie au niveau de l'un des deux seins.
- Modification au niveau de l'aréole ou du mamelon.
- Méplat (fossette cutanée).

Ensuite, l'inspection continue, les deux mains relevées derrière la tête.

La palpation se fera en position assise, debout puis couchée.

La main bien à plat, les trois ou quatre de la main opposée cherchant une éventuelle tuméfaction.

L'examen se terminera par l'exploration du mamelon en essayant, par une pression entre les deux doigts, pouce et index, de faire sourdre une goutte de sérosité ou de sang et il explorera l'aisselle en cherchant une adénopathie axillaire homolatérale ou le fameux ganglion « sentinelle ». L'auto-examen est générateur d'angoisse et malheureusement la tumeur qu'il découvre est déjà de taille importante, supérieure le plus souvent à 2 centimètres.

Figure n° 14: Auto palpation de la tumeur du sein (Predlife)

VI.2.1 L'examen sénologique :

L'examen sénologique est un examen effectué par un médecin. Il se réalise sur une patiente torse nu, de préférence sur une table semi-oblique.

L'examen débute par une inspection à la recherche :

- d'une asymétrie entre les seins
- d'une tuméfaction voire une ulcération
- d'une rétraction cutanée localisée
- d'une inflammation.

La palpation est ensuite réalisée de manière méthodique, quadrant par quadrant.

La glande mammaire est roulée sur le muscle grand pectoral. L'examen est bilatéral et les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires sont également explorées.

VI.2.2 Mammographie :

Elle permet de détecter des lésions à partir de 3 mm, encore impalpables et aide au diagnostic de nodules palpés. Elle permet de faire la différence entre les cancers et les tumeurs bénignes comme les kystes et les adénofibromes. Dans un certain nombre de cas seront découverts, avant même l'apparition d'une tumeur, des micros calcifications. Selon leurs caractéristiques, elles pourront laisser suspecter un cancer débutant. Chez les femmes jeunes, les seins contiennent plus de glande et moins de graisse. Or, la glande mammaire est mal étudiée par les rayons X. En conséquence, les mammographies sont peu adaptées et/ou insuffisantes { l'exploration des seins dans cette population. D'autre part, les mammographies sont parfois difficiles à interpréter lorsque les seins sont mastosiques. Dans ces cas, la mammographie est souvent complétée par une échographie mammaire. Malgré sa pratique courante, la mammographie reste un examen de technique difficile, nécessitant un appareillage de pointe et une grande habitude de lecture des clichés.

VI.2.3 l'échographie mammaire :

Elle est l'examen de référence lorsque les seins sont denses comme chez les femmes jeunes ou lorsque les seins sont mastosiques (tissus fibreux et kystiques). Elle est indispensable pour préciser un diagnostic

L'échographie n'est pas un examen de dépistage du cancer du sein de première intention. Cependant, elle aide au diagnostic par la mise en évidence de signes suspects indirects et elle s'avère le plus souvent un élément utile en complément de la mammographie. [24]

N.B - Sensibilisation et dépistage :

La sensibilisation au dépistage précoce du cancer du sein est un enjeu majeur en Algérie. Des efforts sont déployés pour promouvoir l'éducation sur l'importance de l'auto-examen des seins et des programmes de dépistage mammographique chez les femmes.

VII. Chapitre IV: Traitement et Suivi

VII.1 Généralités sur les traitements des cancers du sein :

Objectifs des traitements :

Dans les formes localisées, le traitement est réalisé dans un but curatif et comprend toujours une chirurgie mammaire et une chirurgie des ganglions axillaires homolatéraux, La chirurgie conservatrice est systématiquement suivie d'une radiothérapie mammaire. En fonction des différents facteurs pronostiques et prédictifs, peuvent être réalisés en situation néoadjuvante, une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie et/ou traitement par trastuzumab et/ou une radiothérapie post-mastectomie complémentaire.

*Dans le cas des cancers du sein métastatiques, le traitement ne peut être curatif et essentiellement basé sur les traitements systémiques (chimiothérapie, hormonothérapie

thérapie ciblée). L'objectif des traitements est d'augmenter et d'améliorer la survie des patients et d'améliorer leur qualité de vie.

Ne pas oublier les mesures associées :

*Discussion de la stratégie thérapeutique en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire(RCP) pour définir le traitement optimal pour la patiente.

*Consultation d'annonce, explication du plan personnalisé de soin(PPS).

*Demande d'exonération du ticket modérateur (ALD 30).

*Prise en charge globale, notamment psychologique, social, diététique.

*Les soins de support prennent en charge les conséquences de la maladie et de ses traitements et peuvent inclure, entre autre : prise en charge de la douleur, nutrition, fatigue, fertilité/sexualité, séance d'activité physique adaptée, art-thérapie, conseils socio-esthétique.

Pré requis avant de décider d'un traitement :

Pour connaître les indications thérapeutiques dans les cancers du sein, il faut à l'issue du diagnostic :

1. Savoir s'il s'agit d'une forme localisée (M0 dans la classification TNM) ou métastatique(M1) ;
2. Savoir s'il s'agit d'un cancer HER2 positif ou triple-négatif ou hormono-sensible /luminal (sous type de cancer) ;
3. Avoir défini les facteurs pronostiques.

VII.2 Traitement des formes localisées :

Stratégie thérapeutique et indications :

Le traitement du cancer du sein inclut des traitements locorégionaux et des traitements systémiques :

Traitement loco- régionaux et traitement systémiques dans le cancer du sein localisé :

La chirurgie (du sein et des ganglions axillaires) est indiquée dans tous les cas. La radiothérapie est systématique en cas de traitement chirurgical conservateur, en cas de mastectomie,

*Elle sera indiquée selon les facteurs de récurrence locorégionale. Les traitements systémiques seront indiqués en fonction des facteurs pronostiques de dissémination métastatique et prédictifs de réponse à un traitement.

*Dans ce cas, les indications ne sont pas consensuelles, mais en cas d'envahissement ganglionnaire ou de grade3, la chimiothérapie est proposée.

*Si une tumeur présente l'ensemble des facteurs de bon pronostic chez une patiente ménopausée, on peut passer d'hormonothérapie adjuvante.

Les indications thérapeutiques dans le cancer du sein localisé :

chirurgie radiothérapie Chimiothérapie adjuvante Hormonothérapie adjuvante
trastuzumab

Cancer HER2-positif

Chirurgie mammaire et axillaire homolatérale

Après chirurgie conservatrice :

Systematique Après mastectomie : Indication de radiothérapie très fréquente (tient compte des facteurs de mauvais pronostic)

Toujours

Cancer triple-négatifs

Toujours

Cancer hormono-sensibles

Si facteur

Traitement locorégional chirurgical :

Le traitement chirurgical est le premier temps thérapeutique, permettant le recueil des éléments pronostiques issus de l'examen anatomo-pathologique de la tumeur ainsi que l'étude des ganglions axillaires.

Traitement chirurgical conservateur :

- Il consiste en l'exérèse de la tumeur et d'une marge de sécurité.
- Il s'agit d'une tumorectomie (tumeur palpable) ou d'une mastectomie partielle

(exérèse de la zone repérée par imagerie avec mise en place d'un clip dans le cas des tumeurs non palpable, aussi appelée zonectomie).

En raison de dépistage organisé permettant de diagnostiquer des cancers du sein de petite taille, le traitement conservateur est possible dans 60-65% des cas.

En revanche, l'indication de conservation mammaire n'est pas possible en cas d'atteinte multifocale ou de taille > 3-5 cm en fonction du volume mammaire.

Traitement chirurgical radical (mastectomie) :

Il consiste en l'ablation du sein et de son revêtement cutané ainsi que du mamelon.

Les indications de mastectomie sont les suivants : après chimiothérapie néo-adjuvante dans les cancers du sein inflammatoires, en cas de non réduction insuffisante du volume tumoral après chimiothérapie néo-adjuvante, lorsque le traitement conservateur n'est pas réalisable (exemple : cancer du sein multifocal, extension diffuse de lésion de carcinome in situ...)

Curage ganglionnaire axillaire-technique du ganglion sentinelle :

Le curage ganglionnaire homolatéral est essentiel dans le bilan d'extension, effectué dans le même temps chirurgical que le sein. L'examen anatomo-pathologique de tous les ganglions prélevés sera systématique.

Le curage axillaire est la principale cause de morbidité du geste chirurgical par les douleurs résiduelles, le risque de périarthrite scapulo-humérale, de lymphoedème avec les contraintes de ces complications, en l'absence de signes cliniques d'infiltration axillaire, une stratégie de prélèvement des ganglions sentinelles est la règle.

L'étude du ganglion sentinelle a pour but de prélever les premiers relais ganglionnaires de drainage afin d'épargner un curage extensif et de limiter les effets secondaires. En cas d'absence d'atteinte ganglionnaire significative, le curage pourra être évité. La technique la plus fiable comporte une injection la veille de l'intervention d'un traceur radioactif à proximité de la tumeur, puis le jour de l'intervention d'un colorant vital seul(s) le(s) ganglion(s) coloré(s) et/ou radioactif(s) et/ou suspect(s) cliniquement est (sont) prélevé(s) et

examiné(s). En cas d'atteinte histologique, le curage ganglionnaire sera complété de façon à préciser l'importance de celle-ci.

Radiothérapie loco-régionale :

L'intérêt de la radiothérapie dans le cancer du sein est de diminuer le risque de récurrence loco-régionale, et d'augmenter ainsi la survie globale des patients.

La radiothérapie mammaire est systématique après une chirurgie conservatrice. Elle associe une radiothérapie externe de l'ensemble du sein et un complément d'irradiation sur le lit opératoire (boost) par les photons ou des électrons ou une curiethérapie interstitielle. La radiothérapie pariétale (après mastectomie) associée à un complément de dose dans le lit opératoire est indiquée en présence de plusieurs facteurs de mauvais pronostic : T3-T4, atteinte ganglionnaire (pN+), âge jeune (<35 ans), grade 3, présence d'embolie tumorales.

Les effets aigus de la radiothérapie externe comprennent essentiellement un érythème cutané, pouvant aller jusqu'à une épidermite exsudative en fin de radiothérapie. Parmi les effets secondaires tardifs (survenant au-delà de 6 mois après la radiothérapie).

L'hyperpigmentation, la fibrose mammaire et des douleurs post-thérapeutiques sont les plus fréquentes.

La radiothérapie des aires ganglionnaires est justifiée en cas d'atteinte ganglionnaire axillaire. Elle comporte une irradiation du creux sus-claviculaire et de la chaîne mammaire interne.

Traitement adjuvant systémique :

Le traitement adjuvant systémique vise à détruire des micro-métastases qui ne sont pas décelées par le bilan d'extension mais dont la probabilité peut être définie en fonction des caractéristiques de la tumeur.

Pour que le risque de dissémination sous forme de micro-métastases soit faible (<1%) et ne justifie pas la proposition d'un traitement adjuvant, il faut que toutes les caractéristiques suivantes soient observées : tumeur infra centimétrique, sans envahissement ganglionnaire, tumeur de grade 1, récepteurs hormonaux présents, chez une patiente âgée de plus de 35 ans.

Dans tous les autres cas, un traitement adjuvant est proposé et l'efficacité par éradication précoce des micro-métastases en termes de réduction des rechutes et de la mortalité par cancer du sein est établie.

Ces traitements adjuvants incluent trois familles d'agents qui seront proposées, et quelques fois associées, en fonction des caractéristiques tumorales et des facteurs pronostiques et prédictifs.

Traitements adjuvants anti-hormonaux :

Un traitement anti-hormonal (paradoxalement appelé hormonothérapie) est indiqué en cas d'expression des récepteurs hormonaux par la tumeur primitive.

La durée est de 5ans, même si une prolongation peut être discutée.

Les options possibles incluent :

1) anti-œstrogène : Tamoxifène

Il s'agit par liaison compétitive aux récepteurs aux œstrogènes au niveau des cellules mammaires, tout en possédant des effets estrogéniques sur d'autres tissus (os, endomètre...).

Le tamoxifène est indiqué chez les patients ménopausées en cas de contre indications ou de mauvaise tolérance des inhibiteurs de l'aromatase.

Les effets indésirables sont dominés par une majoration des bouffées de chaleurs, une prise de poids, des leucorrhées, des accidents thromboemboliques et une augmentation du risque de cancer de l'endomètre.

2) Inhibiteurs de l'aromatase : anastrozol, letrozol, exemestane

Ils inhibent la conversion des stéroïdes surrénaliens en estrogènes dans les tissus périphériques.

Ils n'ont pas d'effets sur la production d'œstrogènes par ovaires et leur administration est donc réservée à la femme ménopausée.

Les principaux effets secondaire sont des bouffées de chaleur, des arthralgies une dyslipidémie et une ostéoporose.

Chimiothérapie (néo) adjuvante :

La chimiothérapie adjuvante est administrée sous forme d'association de médicaments cytotoxiques combinant de manière concomitante ou séquentielle le cyclophosphamide, une anthracycline et/ou un taxane.

Le nombre de cycles varie entre 4 et 8 sur une durée de 3 à 6 mois.

La chimiothérapie peut être réalisée après la chirurgie : elle est dite adjuvante.

Elle peut être réalisée avant la chirurgie en cas de tumeur volumineuse par rapport au volume mammaire ou en cas de cancer du sein localement avancé (T3-T4, notamment les cancers du sein inflammatoires) : elle sera alors néo- adjuvante.

Les objectifs des traitements adjuvants et néo-adjuvants

Les objectifs des traitements adjuvants et néo-adjuvants

Traitement adjuvant Traitement néo-adjuvant

Guérir la maladie= augmenter la survie des patients (survie globale et survie sans récurrence de la maladie)

Eradiquer les micrométastases à distance

Permettre une chirurgie conservatrice (si non possible d'emblée)

Evaluer la sensibilité des cellules tumorales au traitement

Les effets secondaires principaux sont :

Toxicité veineuse justifiant la mise en place d'un site d'accès veineux central.

Toxicité hématologique (leucopénie et neutropénie)

Avec un risque d'infection.

Toxicité cutanée, muqueuse et sur les phanères(alopécie quasiment constante)

- Nausées et vomissement dont la prévention est assurée selon les chimiothérapies prescrites, par l'emploi de sétrons, de corticoïdes et d'un inhibiteur NK1.
- Ménopause induite dépendant de l'âge au moment du traitement et altération de la fertilité.
- Neurotoxicité pour les taxanes.
- Syndrome d'hyperperméabilité capillaire pour le docetaxel.
- Les anthracyclines ont une cardiotoxicité de la dose cumulative.
- Risque de leucémie secondaire dépendant des types de chimiothérapies et des doses utilisées.

- Trastuzumab en situation adjuvante :

Il s'agit d'un anticorps humanisé reconnaissant un récepteur des facteurs de croissance épithéliaux HER2 par environ 15% des cancers du sein.

- Dans les formes l'exprimant, cet anticorps est proposé en administration intraveineuse ou sous-cutané pendant un an en débutant ce traitement de manière concomitante à la chimiothérapie adjuvante ou de manière séquentielle après la fin de la chimiothérapie adjuvante.

VII.3 Prise en charge de formes cliniques particuliers :

- Cancer du sein inflammatoire :**

Le diagnostic repose sur la clinique : inflammation cutanée (rougeur, chaleur, œdème), peau d'organe, augmentation du volume mammaire et parfois douleur.

Au niveau histologique, une lymphangite diffuse est observée. Dans ce cas, la chirurgie n'est pas indiquée, une chimiothérapie première qualifiée de néo-adjuvante est toujours administrée, suivi d'une chirurgie radical avec curage axillaire et radiothérapie de la paroi et des aires ganglionnaires sus/sous-claviculaire et de la chaîne mammaire interne.

En cas de sur-expression humorale de HER2, le trastuzumab est proposé en néo-adjuvant avec la chimiothérapie puis continué en adjuvant pour obtenir une année d'exposition au total.

□ **Cancer du sein volumineux :**

Quand le rapport entre la taille tumorale et la taille du sein n'autorise pas à envisager une conservation mammaire, la réalisation de la chimiothérapie peut être indiquée en induction avant le traitement local, et il faut parler alors de chimiothérapie néo-adjuvante.

Cette chimiothérapie a pour objectif principal de permettre un traitement local conservateur. Elle conserve cependant le même objectif d'éradication des micro-métastases.

□ **Carcinome in situ :**

Il s'agit d'une lésion cancéreuse dans laquelle les cellules tumorales n'ont pas franchi la membrane basale.

Le risque métastatique est nul, il n'a pas lieu de faire de bilan d'extension.

Le traitement consiste le plus souvent en une chirurgie conservatrice du sein suivi d'une radiothérapie mammaire.

Les formes révélées par des micros calcifications diffuses (extensive) peuvent justifier d'une chirurgie radicale par mastectomie totale +/- une reconstruction immédiate sans radiothérapie.

VII.4 Traitement des formes métastatiques :

Stratégie thérapeutique et indication :

Dans 1% à 35% des cas selon les cohortes, le diagnostic de maladie métastatique est synchrone du diagnostic de tumeur mammaire primitive.

Le délai entre le diagnostic initial et l'apparition des métastases est variable, mais le risque est plus important lors des 5 premières années, voire dans les 2-3 premières années pour certains cancers triple-négatifs par exemple.

Les suspicions de métastase peuvent parfois justifier une confirmation histologique, Les sites métastatiques par ordre de fréquence sont : os, peau, ganglion, foie, plèvre/poumon. Les métastases cérébrales peuvent être fréquentes dans certain sous-types comme les HER2-positifs.

La réalisation d'un bilan d'extension complet par scanner thoraco-abdomino- pelvien et scintigraphie osseuse (ou par TEP-TDM) en cas de détection d'une lésion métastatiques s'impose, de même que la recherche d'un deuxième cancer du sein primitif ou d'une récurrence locale (examen clinique, mammographie, échographie mammaire). Le bilan biologique comportera : numération formule sanguine et plaquettaire, bilan de coagulation, calcémie corrigée, bilan hépatique, créatinémie +/- CA15.3.

La stratégie utilise les mêmes armes systémiques que celle décrites dans la stratégie adjuvante. Le traitement loco-régional est actuellement conservé car le pronostic repose sur le contrôle de l'évolutivité des lésions métastatiques. Dans cette situation, la stratégie thérapeutique a un objectif non curatif, mais certains patientes peuvent obtenir de longues survies.

Les indications thérapeutiques dans le cancer du sein métastatique :

	Chimio-thérapie	Hormono-thérapie	Anti-HER2	Autre
Thérapie				
ciblées				
Bisphos-				
Phonate ou Denosumab				
Cancer				
HER2-positifs				
Toujours				

Possible en relai de la chimiothérapie si récepteurs hormonaux positifs

Toujours (trastuzumab et/ou autres thérapie
anti-HER2)

Jamais

Systematique si métastases osseuses

Cancer triple-négatifs

Toujours

Jamais

Jamais

Cancer hormono-sensibles Possible si maladie progressant sous hormonothérapie ou
agressive(crise viscérale) Traitement préférentiel

Jamais Possibilité de thérapie +hormonothérapie

Systematique si métastases osseuses

Traitement anti hormonal :

Il est indiqué qu'en cas d'expression des récepteurs hormonaux par la tumeur primitive ou de manière plus prédictive par un site métastatique.

Les possibilités reposent sur :

- La suppression de l'activité ovarienne chirurgicale ou par analogue de la LHRH.
- Les anti-œstrogènes : tamoxifène et fulvestrant
- Les antiaromatases : letrozole, anastrozole et exemestane.

Chimiothérapie :

Il utilise souvent une mono-chimiothérapie. Les molécules suivantes peuvent être utilisées : anthracycline, taxanes, capecitabine (prodrogue orale du 5-fluorouracile), vinorelbine, éribuline ...

Inhibiteurs de HER2 :

Dans les formes tumorales qui exprime HER2, l'anticorps trastuzumab associé à la chimiothérapie (en général des taxanes) est proposé et démontré une amélioration considérable du pronostic de ces tumeurs.

D'autres traitements anti-HER2 ont été développés et contribuent à l'efficacité de la prise en charge des patients métastatiques :

- Le pertuzumab (anticorps anti-HER2, qui se fixe sur un site distinct de celui de trastuzumab).
- Le TDM-1 (trastuzumab combiné par un liant biologique avec une molécule de chimiothérapie) ;
- Le lapatinib (inhibiteur de tyrosine Kinase intracellulaire du récepteur HER2).

Autre thérapie ciblées :

- Des thérapies ont ciblées l'autorisation de mise sur le marché dans le cancer du sein métastatiques HER2 négatif :

- Un anticorps monoclonal anti-VEGFR (Vascular Endothelial Growth Factor), récepteur impliqué dans l'angiogénèse (le bevacizumab) .
- Des molécules qui agissent sur des enzymes impliquées dans le cycle cellulaire, les CDK, cyclines dependent Kinases.

Bisphosphonates et denosumab :

- Bisphosphonates ou denosumab sont systématiquement indiqués en cas de métastases osseuses et ont pour objectif de diminuer les induites par ces métastases (fractures, compressions médullaires, douleur...).
- d'hypocalcémie.
- Un bilan bucco-dentaire est systématique avant toute prescription.
- Les biphosphonates (clodronate, pamidronate, zoledronate) inhibe l'activation des ostéoclastes, cellules qui participent physiologiquement à la résorption osseuse et dans des conditions.
- Le denosumab, un anticorps anti-RANK ligand agit également en diminuant la résorption osseuse.

Suivi des patients présentant un cancer du sein :

Cancer du sein localisé traité :

La surveillance à deux objectifs : détecter une récurrence locale ou distance, un deuxième cancer du sein et prendre en charge les effets secondaires des traitements. Ses modalités et ses bénéfices doivent être expliqués à la patiente.

Le rythme recommandé est une consultation tous les 6 mois pendant 5 ans pour un examen clinique complet (incluant examen mammaire et des aires ganglionnaires). Une évaluation de la tolérance des traitements doit être réalisée à chaque consultation post-chirurgie : abduction de l'épaule, lympho œdème ; post-radiothérapie : troubles trophiques cutanées ; post-chimiothérapie : correction de l'alopecie, signes d'insuffisance cardiaque ; hormonothérapie : bouffées de chaleur, libido, dyspareunie, sécheresse vaginale...) .

Seule une mammographie annuelle couplée à une échographie mammaire à vie est recommandée comme examen d'imagerie...

Cancer du sein métastatique :

La surveillance est variable et elle est adaptée aux traitements proposés, à l'évolution tumorale, aux sites métastatiques.

VII.5 La surveillance :

Elle a pour but :

- De dépister au plus vite une récurrence locale.
- De dépister une métastase, une tumeur controlatérale.
- De rechercher les éventuelles complications post- thérapeutiques

Elle s'exerce sur deux plans, loco-régional et général.

Examen clinique : tous les quatre ans moins la première année, six mois jusqu'à la cinquième année puis tous les ans.

Mammographie du sein traité (si traitement conservateur) tous les

ans, bilatérale tous les deux ans.

Autres examens à la demande en fonction de la symptomatologie.

VIII. Chapitre V : La qualité de vie

VIII.1 Préambule:

Le concept de la qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politiques, etc. Il ressort que le concept de la qualité de vie paraît simple, par ce que son emploi est banalisé. Cependant, il faut rester vigilant par rapport à son utilisation, car selon le cadre dans lequel il est employé, son sens peut varier.

VIII.2 Définition de la qualité de vie :

Définir clairement la qualité de vie n'est pas aisé :

Elle pourrait se rapprocher de la définition de la santé, donnée par l'OMS en 1946, et qui correspond non pas à l'absence de maladie, mais à « étant complet de bien-être physique, psychologique et social ». En ce sens, l'objectif des traitements carcinologique n'est plus seulement de guérir ou de prolonger la vie, mais aussi de préserver ou d'améliorer la qualité de vie dans ses différentes composantes, en réduisant les répercussions fonctionnelles négatives de la maladie et des traitements .La qualité de vie englobe quatre dimensions : physique, psychologique, somatique et sociale.

La qualité de vie est un concept complexe car chaque individu possède sa propre définition de sa qualité de vie en fonction de ses désirs, de ses attentes, et de sa satisfaction.

La qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

Bonne qualité de vie (+)

- Bien-être physique et psychique.
- Evaluation des capacités fonctionnelles.
- Sensation du bonheur.
- Bonne relations familial, social et amical.
- Ardeur
- Joie.

Mauvaise qualité de vie (-)

- Souffrance physique et psychique.
- Manque de capacités fonctionnelles.
- Sensation de malaise.
- Peu de relations avec les autres.
- Fatigue.
- Stress.

Remarque : ces signes ne sont pas tous présent chez le même cas, mais c'est dans l'ensemble des cas constituent notre population d'étude.

VIII.3 Les domaines et les composantes de la qualité de vie :

3.1 Les domaines : La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, psychologique et social.

VIII.3.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et des états affectifs. Pour d'autres, elle inclure en outre, une absence d'affect négatif (par exemple, dans la SF-36 de Ware, 1987) On est ici proche des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité, sens donné à la vie, moral, vie spirituelle, compréhension du monde). (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 18).

VIII.3.2 Le domaine physique de la qualité de vie :

A l'intérieur de ce domaine les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique (ou états physiques, ou états fonctionnels) et les capacités fonctionnelles. Ainsi, la santé physique comprendelle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et divers indicateurs biologique. Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et sa relative autonomie (ou sa dépendance). On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelle) selon deux points de vue : un point de vue « externe » (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles, et un pointe de vue « interne »

seulement accessible par autoévaluation pour atteindre les représentations, les perceptions et le vécu subjectif de santé, par le patient lui même . ¹

VIII.3.3 Le domaine social de la qualité de vie :

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en terme de disponibilité et de satisfaction). Pour certains auteurs (Griffin, 1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. Pour des auteurs comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi « social », sentiment de réalisation de soi, sociale est évaluée, en général, par des outils génériques. ²

VIII.4 Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :

Comme le soulignent Schraub, Mercier et Aveux (1996), le terme « qualité de vie » est largement employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. cependant, son évaluation est problématique car les méthodes utilisées sans tenir compte des aspects multidimensionnels du concept et se limitaient, par exemple, à l'absence de toxicité médicamenteuse. D'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la dure de survie sans toxicité thérapeutique ou sans récurrence de la maladie cancéreuse. Ensuite apparues des échelles issues de la psychiatrie, évaluant l'anxiété ou la dépression, associées ou non à des index de santé ou atteintes de différentes affection

¹ (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 18).

² (EVA TAZOPOULOU.2008, P. 19).

VIII.5 Qualité de vie et Cancer du sein :

Les effets secondaires immédiats et les séquelles des traitements des patientes atteintes de cancer du sein sont nombreux et ont été décrits à l'aide des échelles de toxicité. Il s'agit de séquelles physiques (lymphoedème, limitation des mouvements de l'épaule, prise de poids, ménopause, toxicité cardiaque). Les séquelles psychologiques (anxiété, dépression, image corporelle, fatigue) et, surtout, sociales sont plus difficiles à appréhender. Les entretiens

Psychologiques et les questionnaires génériques ou spécifiques vont permettre

de mieux évaluer les répercussions sur la qualité de vie liée à la santé de ces séquelles.

Pendant longtemps en oncologie, l'efficacité d'un traitement a été appréciée en termes de taux de réponse et de prolongation de survie. Nous savons que la plupart des traitements du cancer en général et du cancer du sein en particulier, sont pour le moins agressifs et responsables de conséquences physiques, psychologiques et sociales.

Parmi les objectifs du traitement du cancer du sein, l'amélioration durable de la qualité de vie des femmes qui en sont atteints et devenu un enjeu prioritaire. Et pour réaliser cet objectif il faut pouvoir dans un contexte pluridisciplinaire, disposer des moyens humains et techniques les plus performants pour guérir ou diminuer les conséquences.

En résumé, bien que le cancer du sein soit moins fréquent chez les jeunes femmes que chez les femmes plus âgées, il est important de rester consciente de la possibilité de développer cette maladie. La sensibilisation, la surveillance et la discussion avec un professionnel de la santé sont essentielles pour une détection précoce et une prise en charge appropriée

IX. PARTIE PRATIQUE

IX.1 Préambule :

Ce chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche ainsi que les outils d'investigations, la population sur laquelle a porté notre enquête et le lieu de recherche.

IX.2 Pré-enquête :

Notre pré-enquête a été effectuée au niveau du service de la chirurgie générale au CHU «

Tlemcen, cela pour bien saisir notre thème de recherche. On a choisi une patiente, la première fois on a effectué un entretien semi-directif qui a duré 30 mn et autre fois on a fait la passation du test. Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs et de cerner notre population d'étude .

IX.3 Objectif :

- Déterminer la qualité de vie physique (Activité physique ; Limitation de l'état physique ; Douleurs physiques ; Santé perçue) et psychique (Santé psychique ; Vitalité ; Relation avec les autres; Limitation dues à l'état psychique) chez les femmes jeunes atteintes du cancer du sein.

IX.4 Matériels et méthodes :

Etude épidémiologique transversale du cancer du sein réalisée chez les femmes jeunes explorées et/ou opérées dans le service de la chirurgie générale A du CHU Tlemcen durant les 5 (cinq) dernières années (2017-2023)

5. Les méthodes utilisées :

Etude du cas :

Entretien clinique :

Entretien semi directif : on s'est servi d'un guide d'entretien pré structuré.

- Notre guide d'entretien est composé de quatre axes, chaque axe est composé des questions principales en relation directe avec notre thème de recherche qui sont les suivants :

- Axe 1 : Identification personnelles.

- Axe 2 : Les informations concernant le cancer du sein.

- Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial.

- Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie

Questionnaire MOS-SF36 : Le questionnaire MOS-SF36 est un auto-questionnaire, issu d'une étude d'observation débutée en 1986, la « Médical Outcome Study » (MOS), menée pendant quatre années consécutives chez 2546 patient

• Le MOS-SF36, également connu sous le nom de SF-36, est un questionnaire standardisé utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé d'une personne. Il a été développé par le Medical Outcomes Study (MOS) et est l'un des outils les plus largement utilisés pour mesurer la qualité de vie liée à la santé dans les études cliniques et de recherche en santé.

• Le SF-36 se compose de 36 questions qui couvrent huit domaines différents de la santé physique et mentale, regroupés en deux composantes principales : la composante physique et la composante mentale. Voici les huit domaines évalués par le SF-36 :

- Activité physique (physical functioning) ou PF.

- Limitation de l'état physique (role physical) ou RP.
- Douleurs physiques (bodily pain) ou BP.
- Santé perçue (general health) ou GH.
- Santé psychique (mental health) ou MH.
- Vitalité (vitality) ou VT.
- Relation avec les autres (social functioning) ou SF.
- Limitation dues à l'état psychique (role emotional) ou RE.

Le SF-36 est largement utilisé dans la recherche clinique, les études épidémiologiques et d'autres domaines de la santé pour évaluer l'impact des maladies, des traitements et des interventions sur la qualité de vie des patients. Il peut également être utilisé pour comparer la qualité de vie entre différents groupes de patients ou de populations, ainsi que pour suivre les changements au fil du temps.

IX.5 Critères d'inclusion :

- Les femmes admises au niveau du service de la chirurgie A pour cancer du sein ne dépassant pas l'âge de 40 ans.

7. Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenus dans notre étude :

- Les femmes admises au niveau du service de la chirurgie A pour autre pathologie cancéreuse et les femmes d'âge > 40 ans ayant un cancer du sein.

IX.6 Taille de l'échantillon :

Nous avons fait un échantillonnage de toutes les admissions au service de la chirurgie A répondant aux critères d'inclusion durant la période (2017-2023). Notre population était de 44 patientes dont 22 patientes ont accepté de participer à notre recherche.

IX.7 Type d'étude :

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

IX.8 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 01 aout 2022 au 30 octobre 2022 et du 1er Avril au 30 Juin 2023 dans le service de la chirurgie A CHU Tlemcen

IX.9 Les paramètres de l'étude :

- Age d'apparition du cancer
- Répartition des malades selon leur origine
- Contraception
- Les huit domaines évalués par le SF-36

IX.10 Données Informatiques

- collecte des dossiers de l'archive informatisé du service de notre recherche logiciel
- Le traitement informatiques des donnée a été réalisé par : le logiciel Microsoft Excel.

X. Résultats

X.1 Groupe de recherche et ses caractéristiques :

Nous avons constitué une population composée de 22 cas qui ont subi une intervention chirurgicale du sein (cancer du sein opéré). Dans le tableau suivant nous avons présenté les caractéristiques des sujets retenus dans cette recherche.

Concernant leurs prénoms, nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité qui est exigée dans la déontologie de la recherche.

Cas	Prénom	Age	Situation matrimoniale	Groupe sanguin	Situation professionnelle	Intervention subie	Année d'intervention	Nombre de séances de chimiothérapie
1	Djamila	26	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein droit	2018	06 cures
2	Karima	36	Mariée	B+	Femme au foyer	Sein gauche	2023	06 cures
3	Rabha	37	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein gauche	2018	06 cures

4	Nadera	37	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein gauche	2020	06 cures
5	Hasnaa	33	Mariée	O-	Biologiste	Sein gauche	2019	06 cures
6	Atika	33	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein gauche	2019	06 cures
7	Rachida	37	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein gauche	2019	
8	Malika	34	célibataire	B+	employée	Sein droit	2019	06 cures
9	Djahida	34	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein droit	2019	06 cures
10	Yamina	28	Mariée	B+	Femme au foyer			03 cures
11	Souhila	38	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein gauche	2023	Pas encore
12	Sara	30	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein droit	2019	06 cures
13	Samira	38	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein droit	2019	13 cures
14	Zahra	37	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein droit	2017	06 cures
15	Aicha	40	Mariée	A+	Femme au foyer	Sein gauche	2017	imprécis
16	Asma	36	Celibataire	O+	Employée	Sein gauche	2021	06 cures
17	Karima	40	Mariée	A+	Employée	Sein gauche	2019	06 cures
18	Amel	33	Mariée	O+	Employée	Sein droit	2021	06 cures
19	Hanane	38	Mariée	AB+	Femme au foyer	Sein droit	2022	06 cures
20	Leila	35	Divorcée	O+	Femme au foyer	Sein gauche	2017	imprécis
21	Karima	39	Mariée /décédée	A+	Femme au foyer	Sein droit	2018	imprécis
22	Attouia	40	Mariée	O+	Femme au foyer	Sein gauche	2019	08 cures

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons exposé notre problématique dans un cadre clinique en utilisant une méthode de recherche et des techniques appropriées pour atteindre les objectifs fixés et par la suite assurer une meilleure organisation et planification pour mener à bon port notre

Travail

X.2 Age d'apparition du cancer

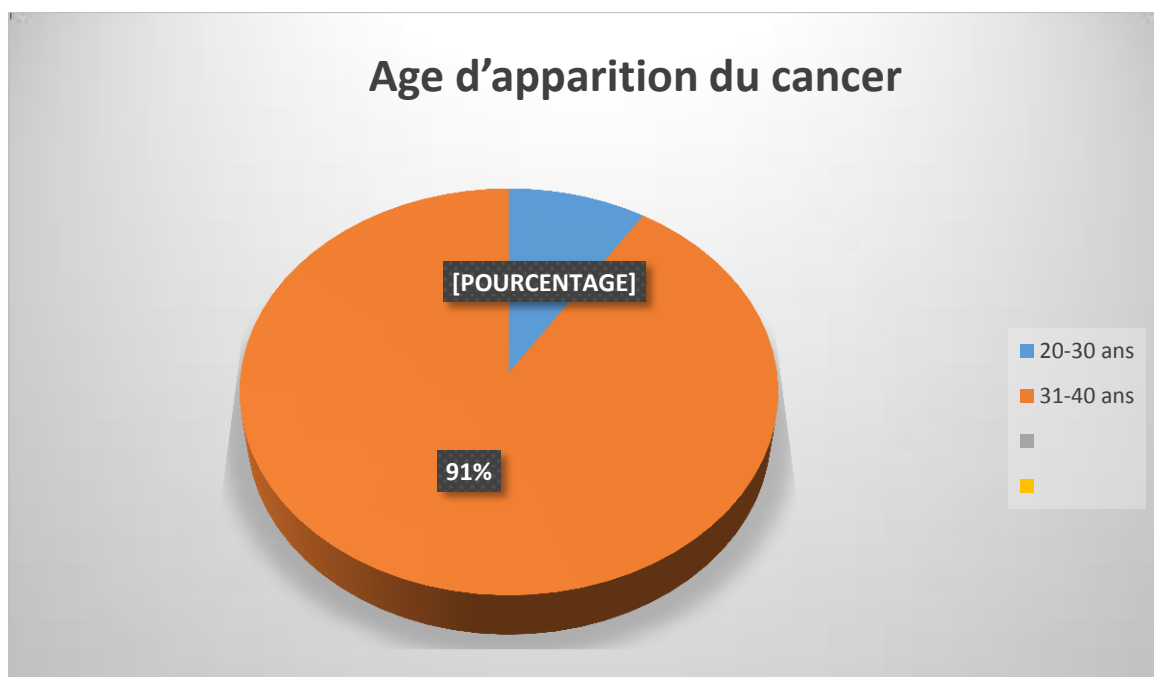


Figure 6 : Age d'apparition du cancer

- On note la présence de 02 cas confirmé avant 30 ans contre 20 cas dans la population des patientes âgées de 31 - 40 ans.

X.3 Contraception :

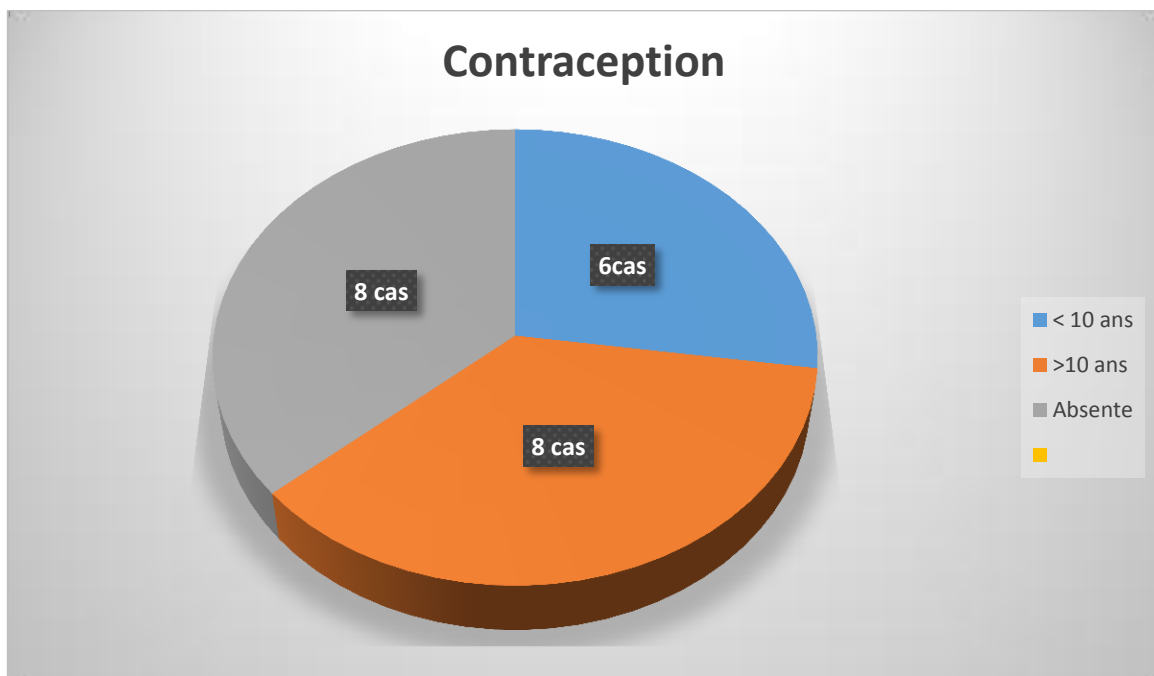


Figure7 : Durée de prise du contraception

- Ce graphe étudie la notion de prise de contraceptifs oraux sur une période longue (< 10 ans _ et _ > 10 ans) chez notre population
- On note que le nombre des cas augmente par un chiffre de 2 cas dans le cas où les contraceptifs oraux ont été pris sur une période plus de 10 ans par rapport à l'autre population ou les contraceptifs oraux ont été pris sur une période moindre que la première.

X.4 Répartition des patientes selon leur origine :

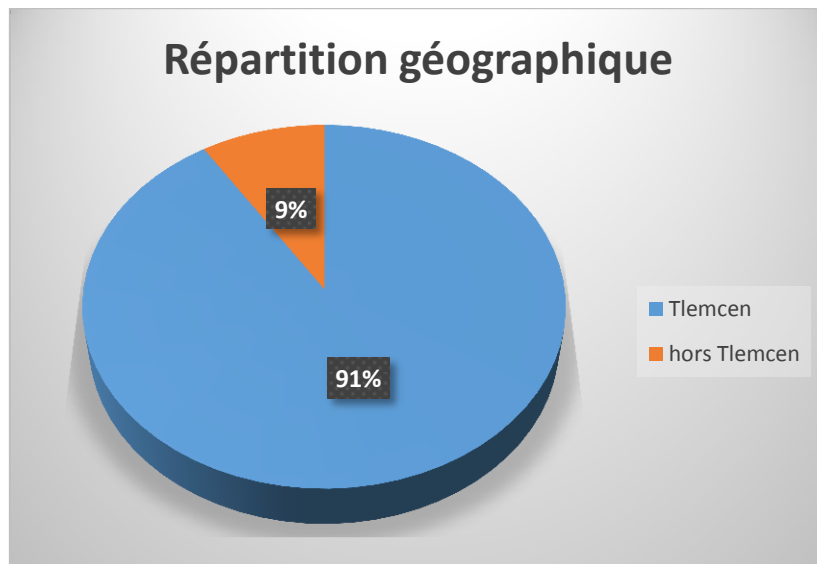


Figure 8 : Répartition des malades selon leur origine.

□ Sur cette représentation graphique on remarque un pic de fréquence de patientes venant de la wilaya de Tlemcen (19 cas) par rapport (3 cas) demeurant à ADRAR, Mechria.

X.5 Analyse des résultats des scores du questionnaire MOS-SF36

Patiente	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
Djamila	75	75	100	37.5	48	33.33	50	47.5	58.29
Karima	75	25	100	25	40	33.33	45	62.5	50.72
Rabha	60	50	87.5	25	48	00	60	67.5	49.75
Nadera	75	25	90	54.16	48	00	50	67.5	50.97
Hasnaa	75	75	90	54.16	48	00	50	67.5	57.45
Atika	80	25	100	37.5	36.66	33.33	50	67.5	53.75
Rachida	70	75	87.5	37.5	32	00	45	62.5	51.18
Malika	80	25	87.5	41.66	40	33.33	55	62.5	53.18
Djahida	75	50	87.5	37.5	36	00	60	47.5	49.18
Yamina	75	25	87.5	29.16	40	00	60	57.5	46.77
Souhila	75	50	75	50	36	33.33	70	67.5	57.18
Sara	75	50	100	33.33	48	00	50	50	50.79
Samira	80	75	87.5	25	40	00	40	75	52.18
Zahra	60	25	100	45.83	44	33.33	55	47.5	51.33
Aicha	80	50	100	41.66	52	00	60	47.5	53.89
Asma	60	50	100	25	48	33.33	40	57.5	51.87
Karima	80	50	62.5	25	40	00	55	77.5	48.75
Amel	65	50	77.5	37.5	44	33.33	50	57.2	51.81
Hanane	70	50	100	41.66	36	00	59	50	50.33
Leila	70	25	65	45.83	60	33.33	60	67.5	53.33
Karima	60	25	90	45.83	48	00	50	55	46.72

Attouia	70	50	100	41.66	44	33.33	45	75	57.37
MOS-SF36	70,61	52,92	70,38	78,77	70,38	65,78	52,15	78,77	64,30

Figure 9 scores de la population d'étude après l'analyse

Sur ce tableau, on a calculé le score de chaque patiente de notre population en se basant sur le questionnaire SF-36. Une dégradation entre les Item est décelable. La meilleur score était à 58.29 tandis l'inferieur était à 46.72.

X.6 Le sein atteint :

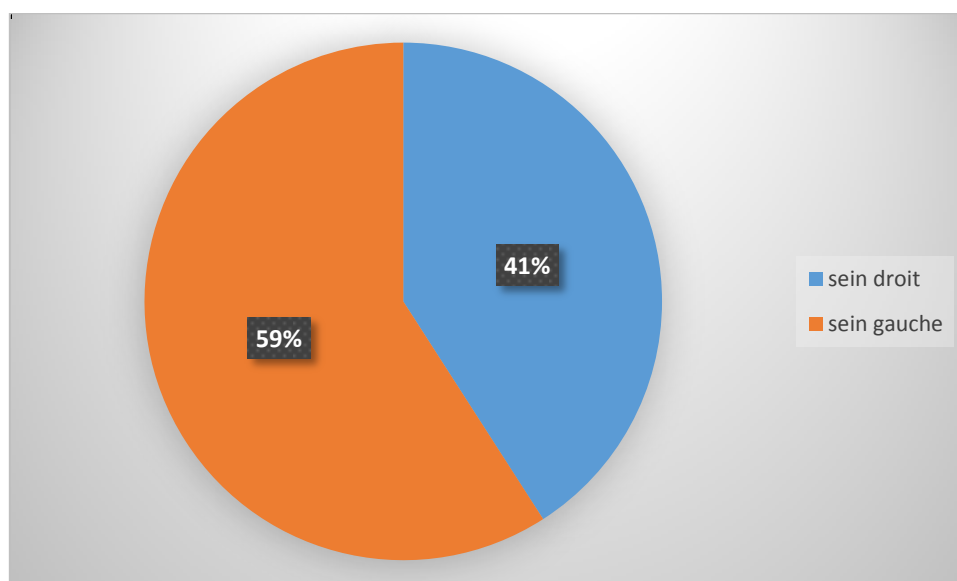


Figure 10 :Pourcentage du sein atteint

□ 59% des patiente ont été opéré d'un sein gauche . Un pourcentage élevé faiblement pour les opérées pour un sein droit.

X.7 : Manualité :

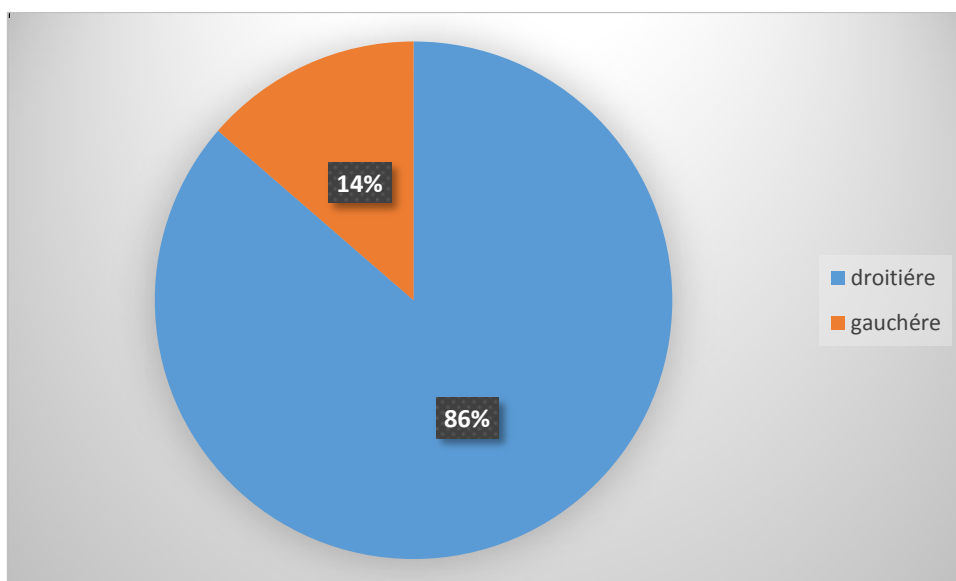


Figure 11: la manualité chez les patientes opérées

- Notre population était droitrière à 86% pour un pourcentage de 14% de gauchères.

X.8 Manualité et sein opéré :

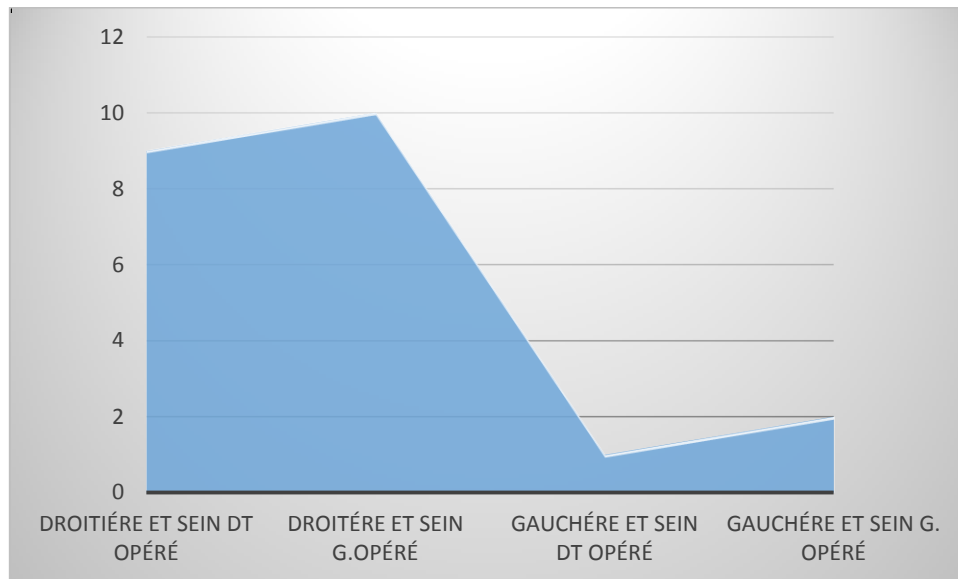


Figure 12 :Relation entre manualité et sein opéré

- Ce graph nous récapitule le nombre de patientes en rapport à leur manualité et sein opéré. Les droitères de sein droit opérées pour un sein gauche étaient à 10 patientes pour 09 droitères opérées pour le sein homolatéral. Les gauchères étaient au nombre de 03 dont 01 opérée pour le sein controlatéral.

X.9 Fonctionnement physique :

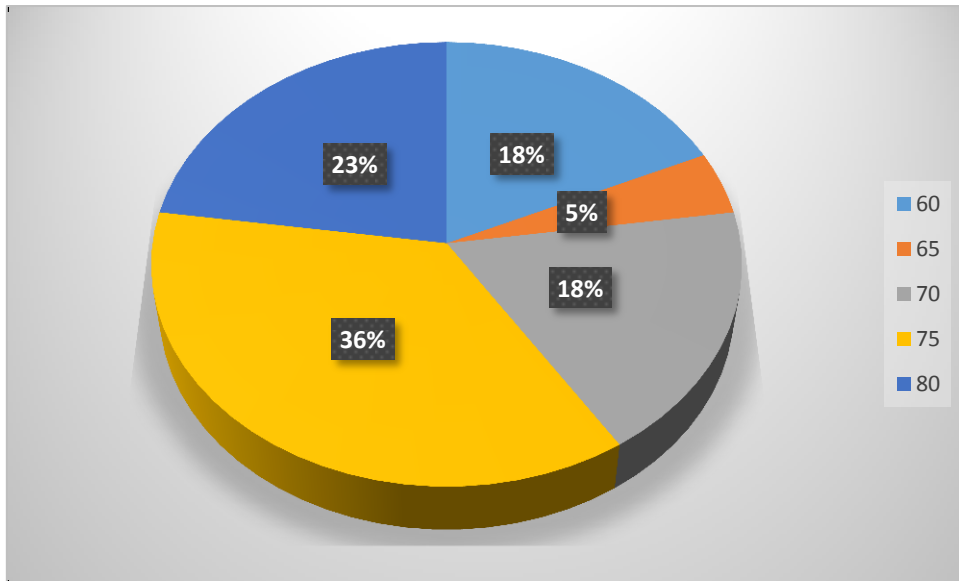


Figure 13: Score du fonctionnement physique

- Les scores du fonctionnement physique de nos patientes se varient de 60/100 à 80/100 dont le plus élevé était à 75% et le plus bas à 65%.

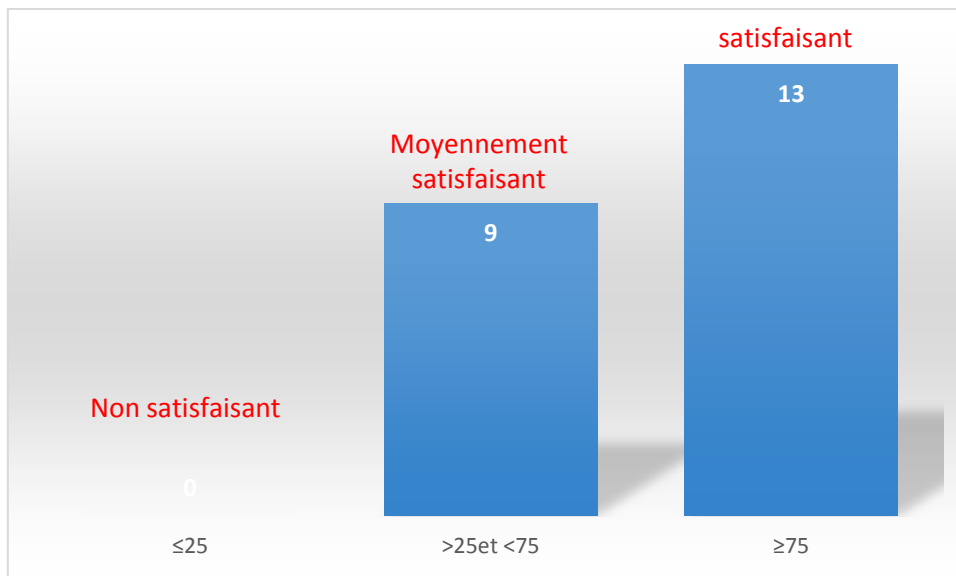


Figure 14: Estimation du fonctionnement physique

- 13 patientes ont eu un fonctionnement physique satisfaisant pour 09 patientes avec un score moyen. Aucune patiente a eu un score inférieur à 25/100 jugé de non satisfaisant

X.10 Limitation physique (RP) :

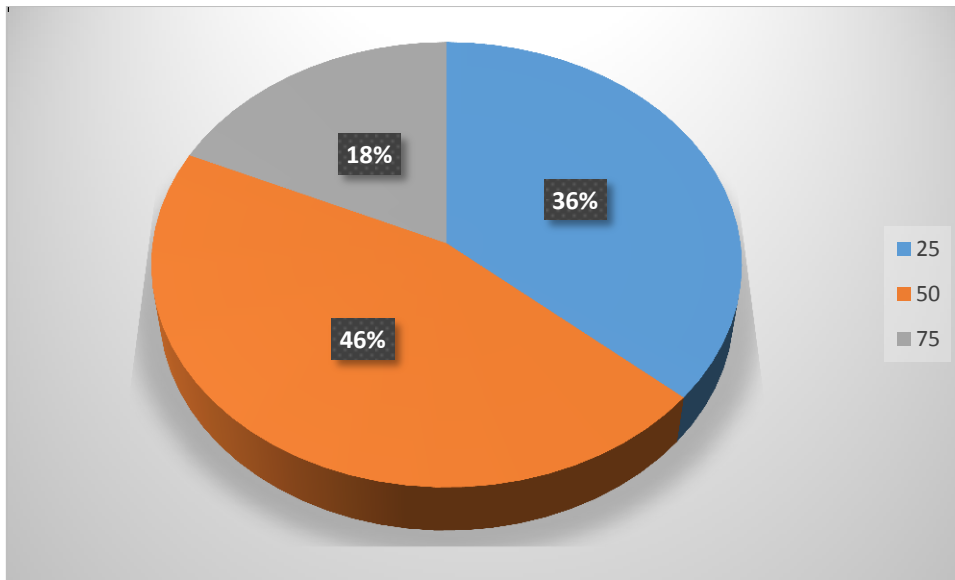


Figure 15: Score de la Limitation physique

- La Limitation physique était scoré à 25 – 50 -75% dont la plupart des patientes (10 cas) ont obtenu un score moyen de 50/100 contre 18% avec le plus élevé score de 75%.

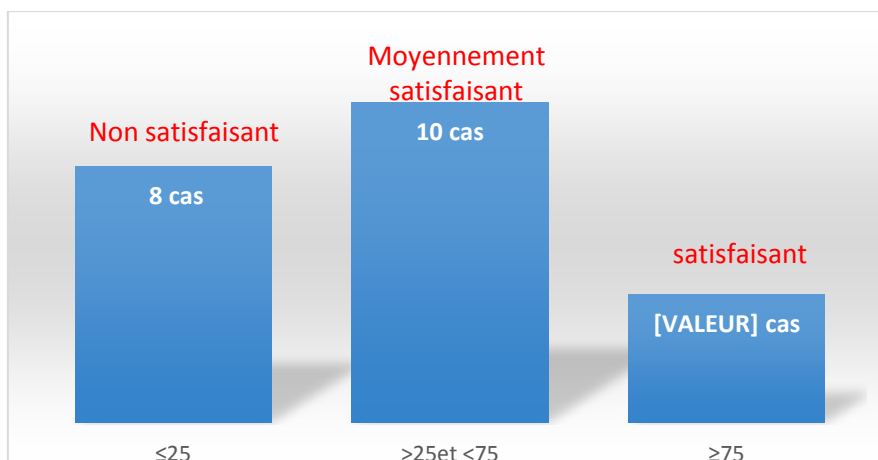


Figure 16: Score de la Limitation physique

- La majorité de notre population était de limitation physique moyenne.
- 04 cas obtenant un bon score opposant que 08 cas de mauvais score.

X.11 Douleur physique (BP) :

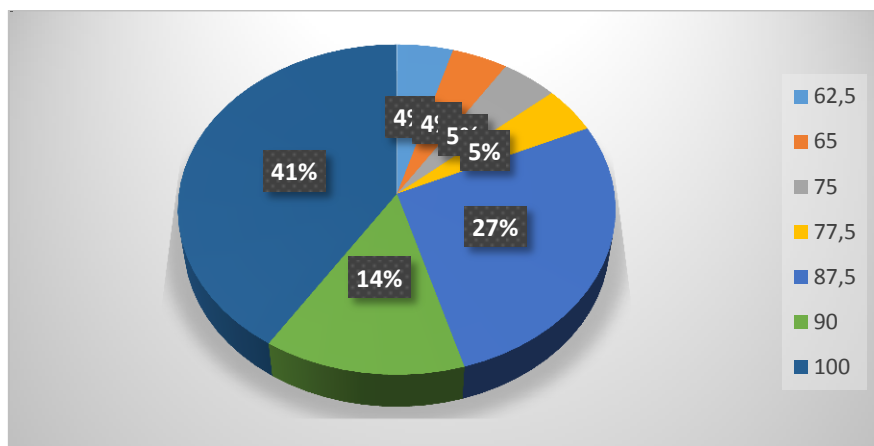


Figure 17: Score de la Douleur physique

- Ce graph présente les scores de la douleur physique estimé par nos patientes. 41% des patientes ont obtenu un score complet à 100/100 suivi de 27% avec un score de 87.5/100.
- Les scores 62.5 , 65 , 75 et 77.5/100 ont eu des pourcentages de 4% et 5%.

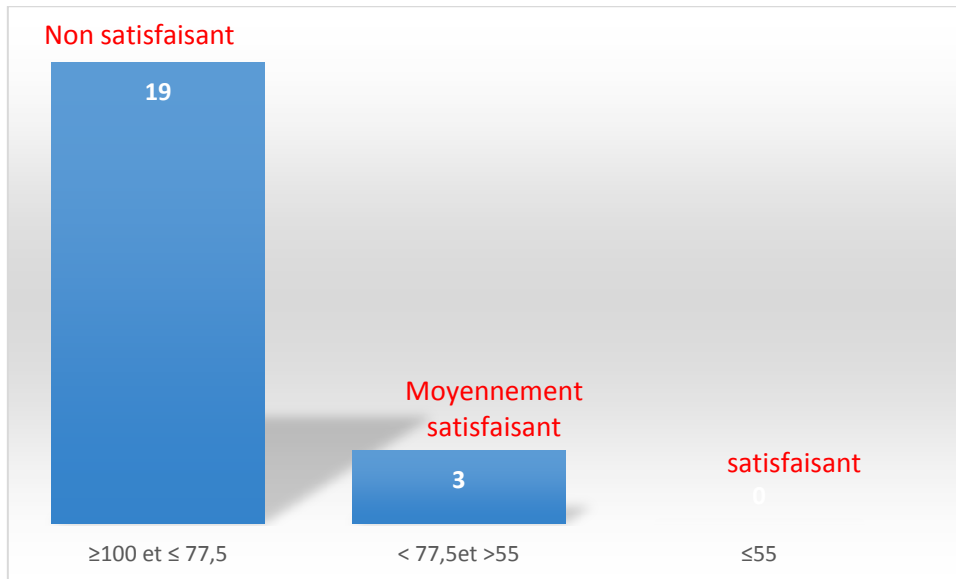


Figure 18: Estimation de la Douleur physique

- ✓ Selon les résultats obtenus des scores de la douleur physique. 19 patientes ressentent une douleur gênant leurs activités quotidiennes.

X.12 Santé perçue (general health) ou GH :

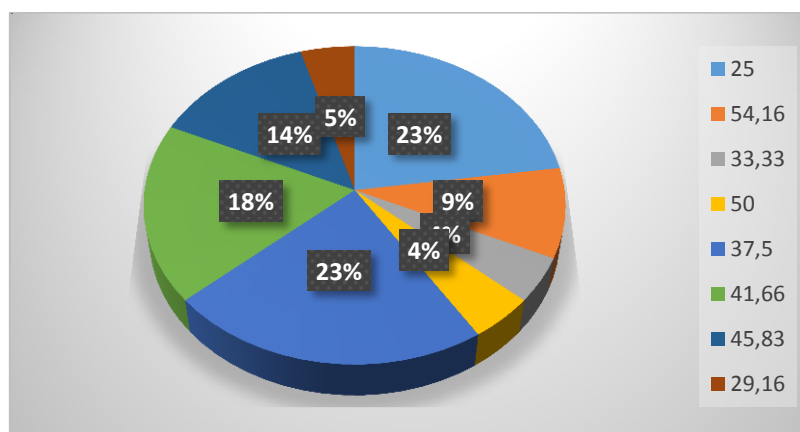


Figure 19: Scores de la Santé perçue obtenus

- ✓ On constate que la santé perçue par l'ensemble de nos patientes varie d'un score de 25/100 à 54.16%. Cependant, le plus élevé était pour 25 et 37.5/100

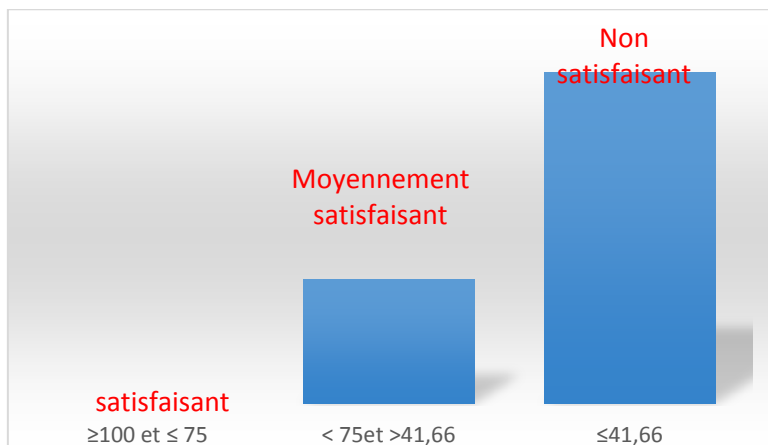


Figure 20: Estimation de la la Santé perçue

- ✓ Sur ce graph, On peut nettement observer que 16 cas estiment avoir une santé non satisfaisante. Les 06 autres cas ont obtenu des scores moyennement satisfaisants entre 41.66 et 75/100.

X.13 Santé psychique (mental health) ou MH :

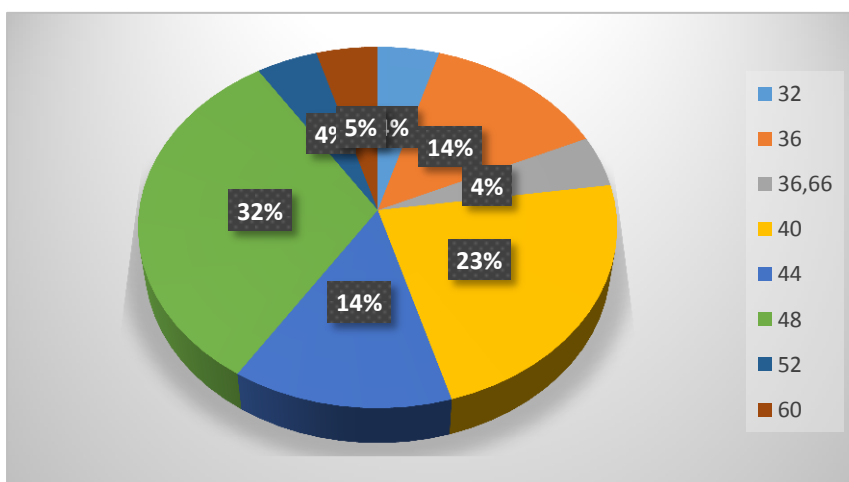


Figure 21: Score de la Santé psychique

- ✓ Notre graph en secteur présente les différents pourcentages (32%-23%-14%-14%-5%-4%-4%-4%) obtenus pour les scores suivants de la santé psychique de notre population scores (48-40-44-36-60-52-36.66-32).

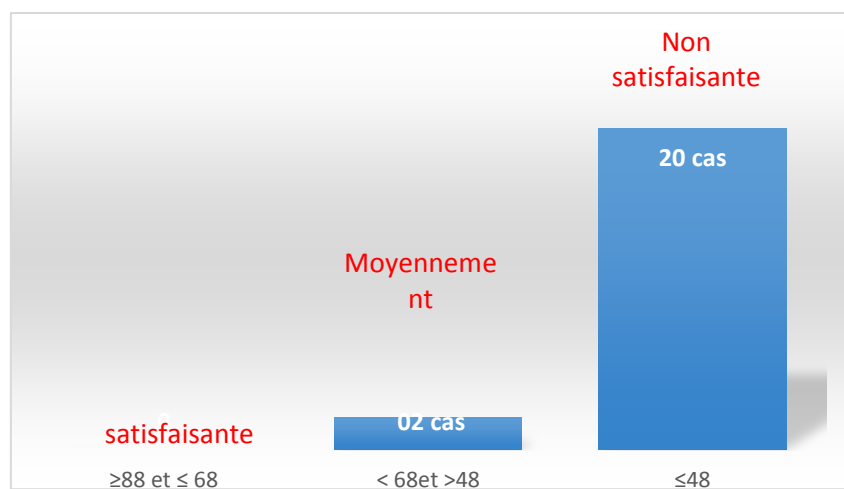


Figure 22: Estimation de la Santé psychique

- ✓ On constate sur le graphe que presque la totalité de notre échantillon a santé psychiques non satisfaisante.

X.14 Limitation émotionnelle (RE) :

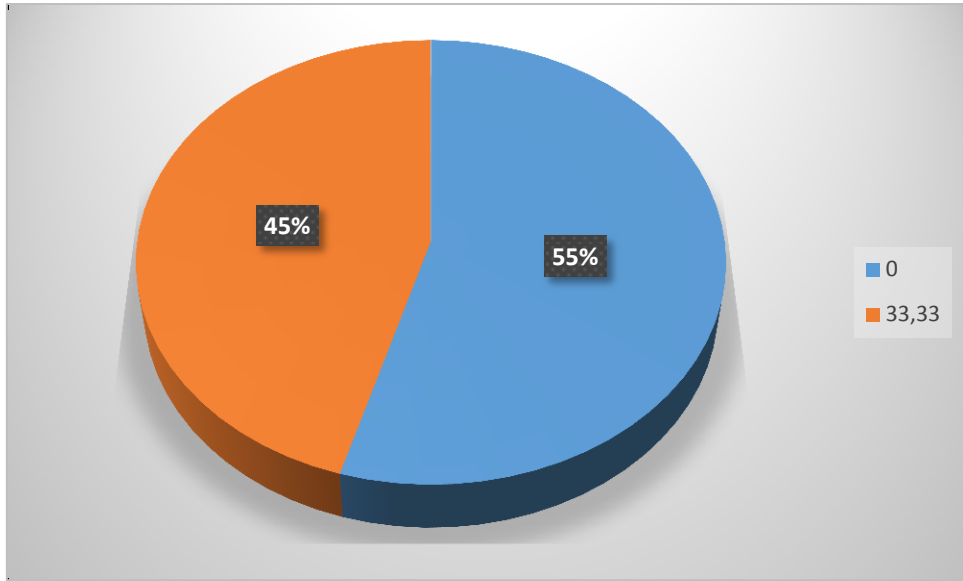


Figure 23: Score de la Limitation émotionnelle

- Sur ce graphe on remarque que 55% des cas présente une limitation émotionnelle scoré à 0 opposé de 45% scoré à un score bon de 33/100.

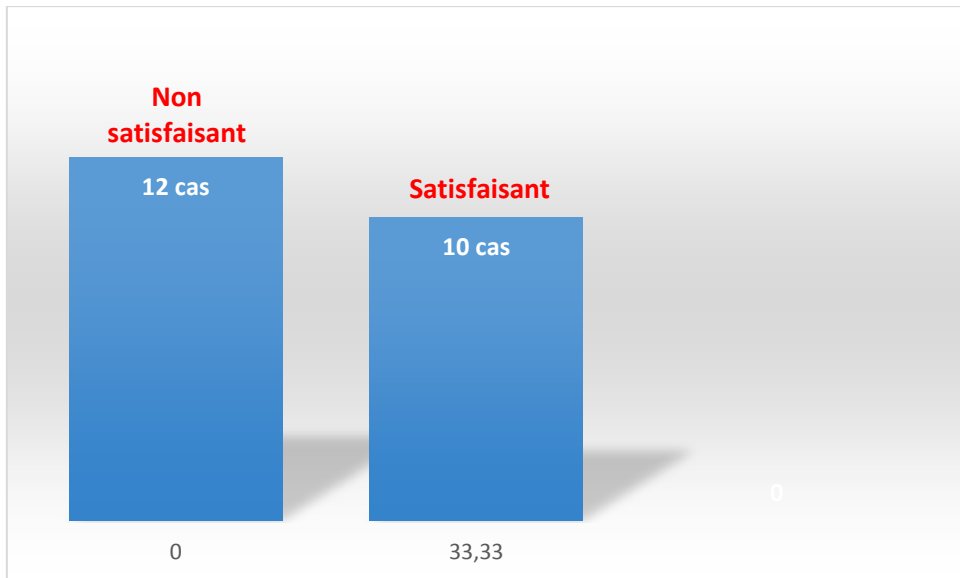


Figure 24: Estimation de la Limitation émotionnelle

- Sur ce graphe on note qu'une augmentation de 02 chiffres était entre les deux scores extrêmes de la limitation émotionnelle ,12cas/22 ont eu des scores non satisfaisants pour 10cas/22 de bons scores.

X.15 Vitalité (vitality) ou VT :

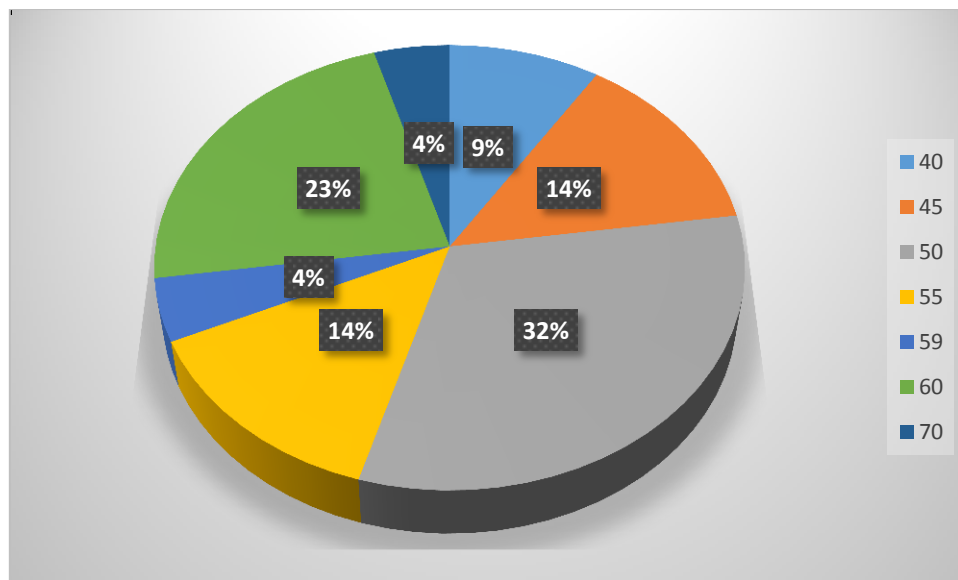


Figure 25: Score de la vitalité

- On remarque sur le graphe que près 32% de la population était scoré de 50/100 et suivi d'un score de 60/100 pour 23% des patientes .
- Le plus bas pourcentage était de 4% pour 02 scores : 70/100 et 59/100.

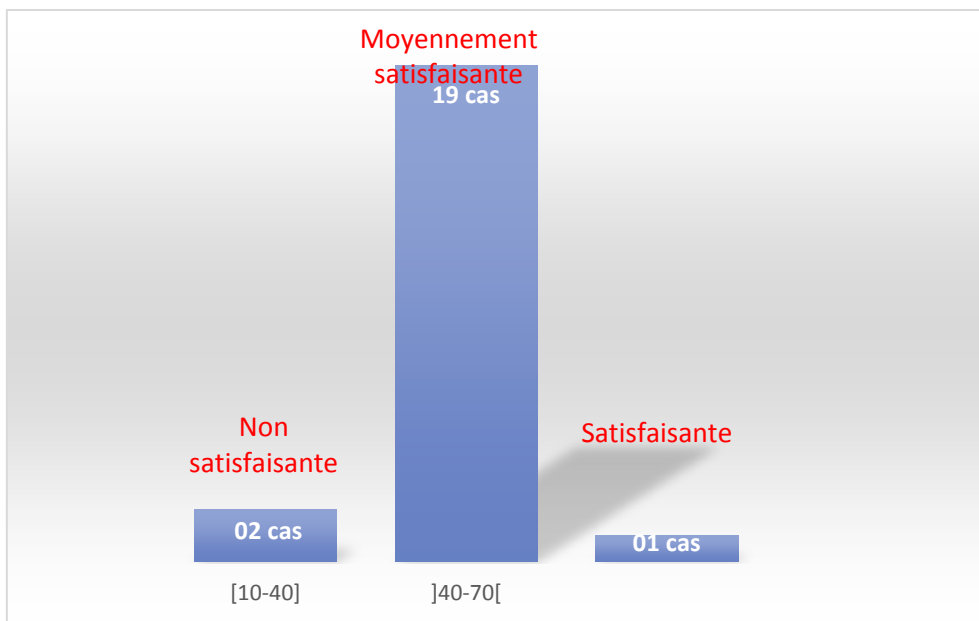


Figure 26: Estimation de la vitalité

- Le graphe laisse apparaitre que 19 cas ont une vitalité moyennement satisfaisante pour 02 cas classes de vitalité non satisfaisante et seulement 01 cas d'un score satisfaisant.

Relation avec les autres (social functioning) ou SF :

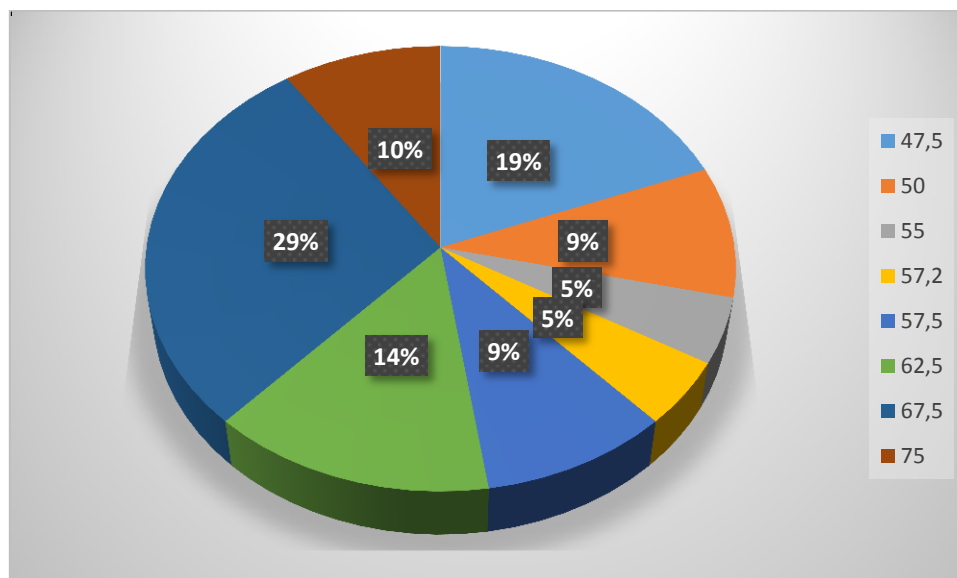


Figure 27: Score de la relation avec les autres

- ✓ En analysant ce graphe on observe que les pourcentages obtenus pour les score de la relation des patientes avec les autres sont de 5% à 29% pour des scores de 47.5/100 à 75% dont le plus grand pourcentage était pour le score de 67.5/100.

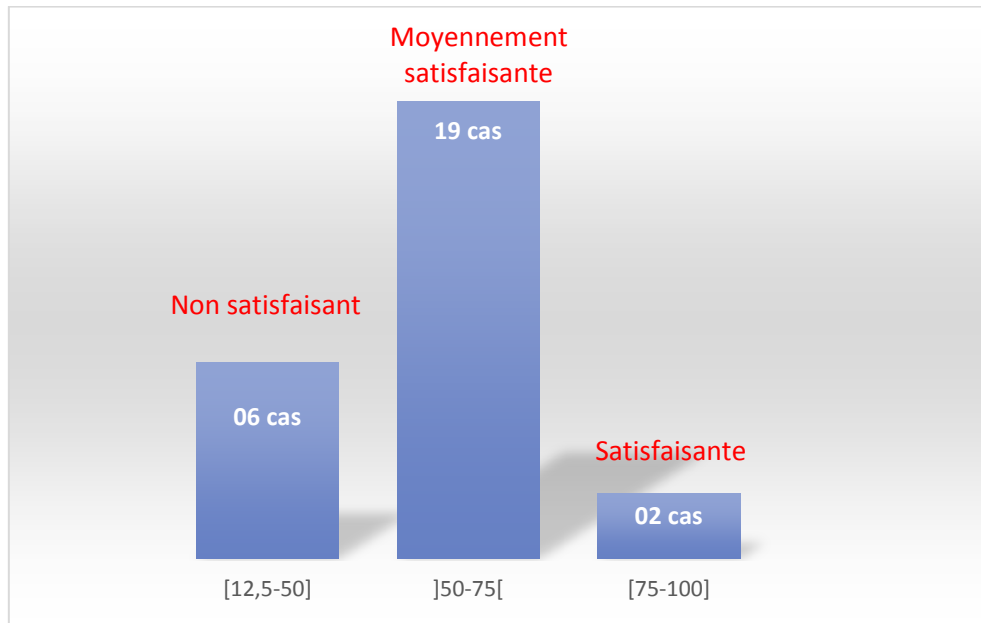


Figure 28: Estimation de la relation avec les autres

- En observant cette présentation; on Remarque que la majorité des patients (19 cas) ont été score de 50-75/100 des scores moyennement satisfaisants.
- Seulement 02 cas ont eu des scores satisfaisants.

Nom	Qualité de vie physique	Qualité de vie psychique	Qualité de vie globale	L'estimation de la qualité
Djamila	71.875	44.70	58.29	Mauvaise
Karima	56.25	45.20	50.72	Mauvaise
Rabha	55.62	43.87	49.75	Mauvaise
Nadera	59.58	42.37	50.97	Mauvaise
Hasnaa	73.54	41.37	57.45	Mauvaise
Atika	60.62	46.87	53.75	Mauvaise
Rachida	67.5	34.87	51.18	Mauvaise
Malika	58.54	47.70	53.12	Mauvaise
Djahida	62.5	35.87	49.18	Mauvaise
Yamina	54.16	39.37	46.77	Mauvaise
Souhila	62.5	51.70	57.10	Mauvaise
Sara	64.58	37	50.79	Mauvaise
Samira	66.87	38.75	52.81	Mauvaise
Zahra	57.70	44.95	51.33	Mauvaise
Aicha	67.92	39.87	53.89	Mauvaise
Asma	58.75	44.71	51.73	Mauvaise
Karima	54.38	43.12	48.75	Mauvaise
Amel	57.5	46.13	51.81	Mauvaise
Hanane	65.41	36.25	50.33	Mauvaise
Leila	51.46	47.70	53.33	Mauvaise
Karima	55.20	38.25	46.72	Mauvaise
Attouia	65.42	49.33	57.37	Mauvaise
MOS-SF36	68.17	66.77	64.33	/

Figure 29 : les différents scores obtenues pour la QDV physique, psychique et globale

- Ce tableau présente les différents scores obtenues pour la QDV physique, psychique et globale de notre population étudiée.
- La QDV était jugée : Mauvaise pour l'ensemble de notre échantillon.

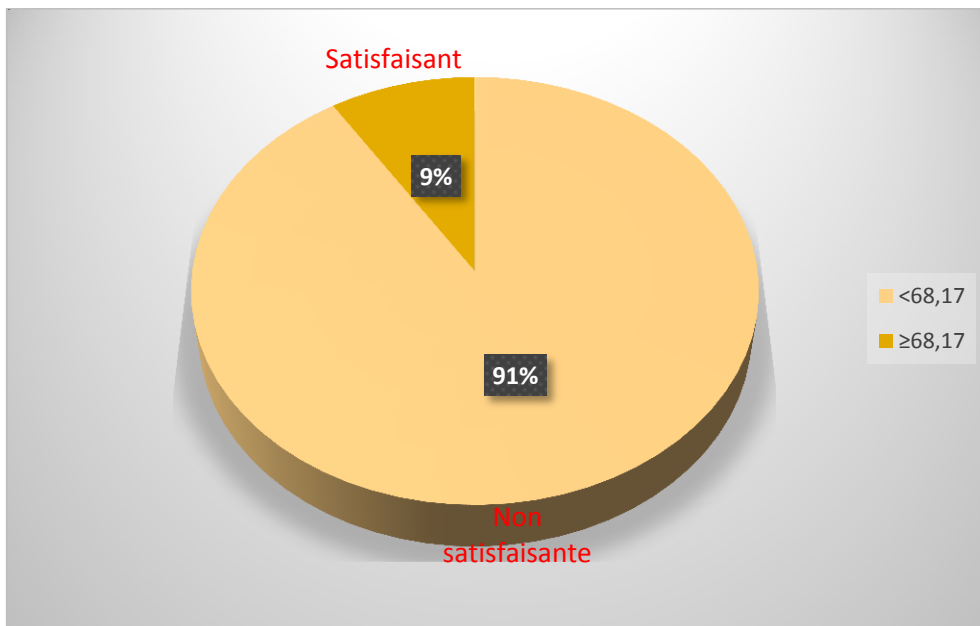


Figure 30: Qualité de vie physique

- ✓ En observant se graph, on observe que le qualité de vie physique était non satisfaisante pour 91% des patients.

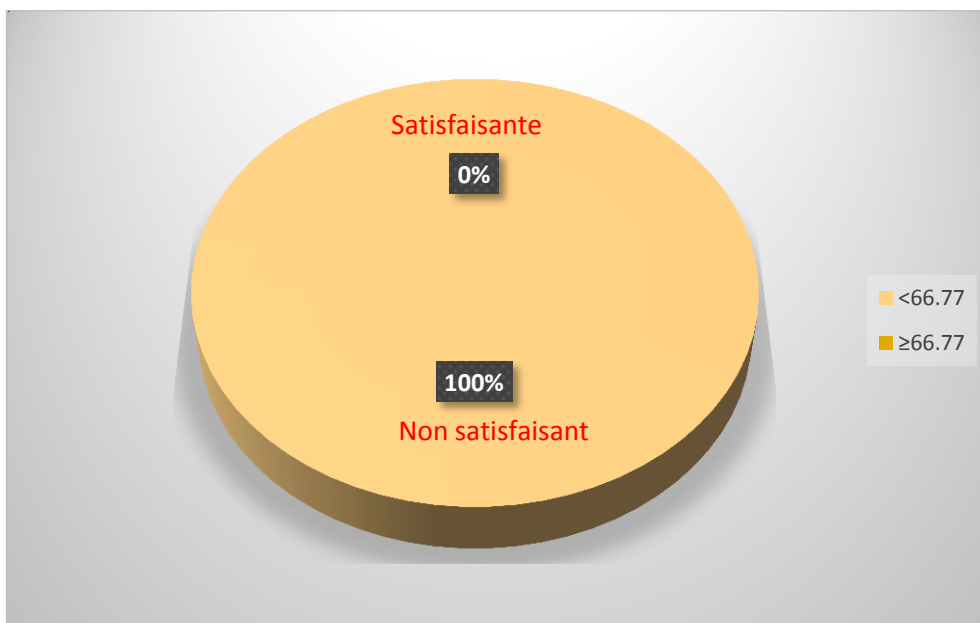


Figure 31: Qualité de vie psychique

- Sur ce graph, on remarque nettement que la totalité de la population était de QDV psychique non satisfaisante.

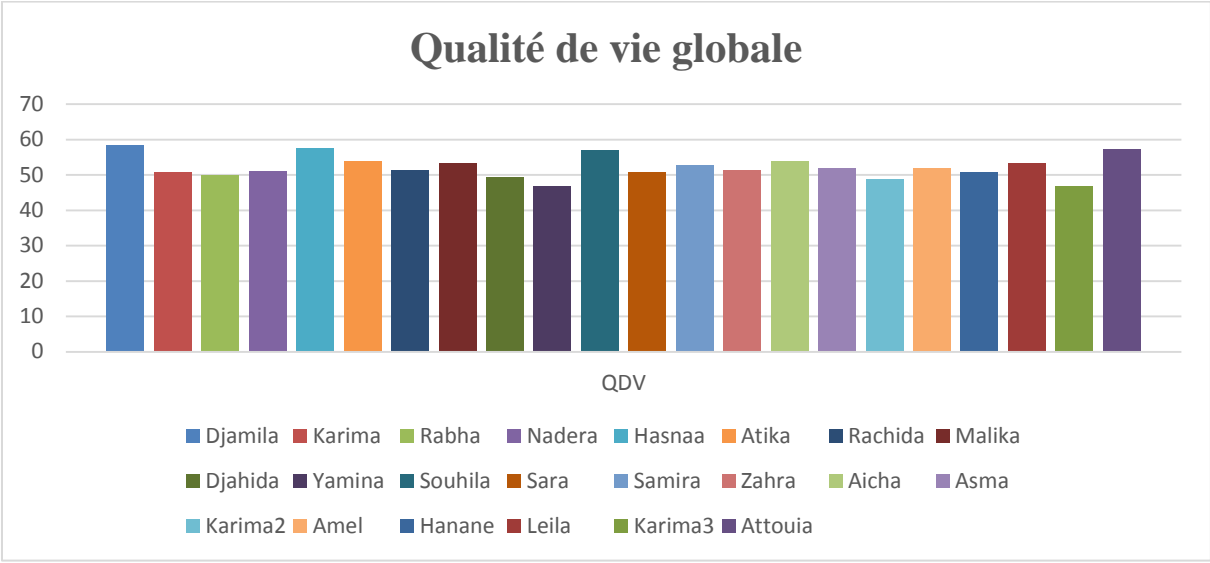


Figure 32: Qualité de vie globale de notre population

XI. Discussion

XII. Discussion:

L'objectif de notre étude était de déterminer la qualité de vie chez la jeune femme atteinte du cancer du sein tout en utilisant le questionnaire de qualité de vie liée à la santé SF-36 sur un groupe de 22 femmes qu'elles ont accepté de contribuer à la réalisation de notre recherche sur 40 jeunes femmes (- de 40 ans) opérées pour un cancer du sein au cours de ces 05 dernières années au niveau du service de la chirurgie A CHU Tlemcen,

et l'objectif secondaire était de déterminer l'item altéré de la qualité de vie en commun chez nos patientes.

Dans ce qui suit, on va comparer notre étude a une autre similaire effectuée au service d'oncologie à l'hôpital « BEN MERAD EL MEKKI » d'Amizour en 2016-2017

Sur l'ensemble des patientes consultant pour un cancer du sein à opérer (276 patientes) 15% étaient d'age egale ou inférieur de 40 ans dont 8% ont participé à notre recherche.

Cette faible fréquence de participation est en rapport à la perte de vue de la patiente changement de numéro de téléphone, le refus du mari de nous faire passer sa femme lors du premier appel téléphonique, décès de la patiente.

Ce faible nombre notre population étudiée est en accord avec l'étude algérienne effectuée au service d'oncologie à l'hôpital « BEN MERAD EL MEKKI » où l'étude a été faite sur 8 patientes.

□ Le nombre des patientes inclus dans l'étude était 22 patientes de 15% de patientes jeunes opérées au service de notre recherche pour un cancer du sein.

□ On a noté dans notre étude une nette prédominance de survenue du cancer du sein entre l'âge de 31 et 40 ans par 20 cas de notre population contre 02 cas confirmé avant 30 ans.

o Ces résultats confirment la loi qui dit « Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge »

□ Ppatientes jeunes grâce aux compagnes de sensibilisation qui leurs poussent à adopter certaines règles de vie qui sont proposées dans les études qui s'intéressent à la prévention primaire contre le cancer.

□ On note que le nombre des cas augmente par un chiffre de 2 cas dans le cas où les contraceptifs oraux ont été pris sur une période plus de 10 ans par rapport à l'autre population ou les contraceptifs oraux ont été pris sur une période moindre que la première.

Cette étude vient de confirmer que la prise chronique de contraceptifs oraux (> 10ans) augmente faiblement le risque de survenue du cancer du sein.

□ A propos de l'origine des patientes : 91% d'entre eux sont originaires de Tlemcen. 9% viennent des environs sur un périmètre important vu l'absence de CHU aux alentours. Il sera plus accessible à plus de patientes de faire le dépistage précoce suivre leur pathologie avec la présence de CHU ou centre de dépistages et suivi à leurs alentours.

□ Concernant le rapport entre sein atteint et la manualité :

o Aucune relation, dans notre étude n'était prouvée entre la main dominante et le sein homolatéral touché par le cancer.

o Aucune répercussion du coté opéré sur le fonctionnement physique. La plupart des patientes droitières et gauchères opérées pour le sein homolatéral ont un fonctionnement physique satisfaisant.

o Cela écarte contrindique notre hypothèse d' : avoir une répercussion de la manualité sur le côté atteint et le fonctionnement physique.

□ Pour le fonctionnement physique chez notre population de 22 patientes opérées au niveau du service de la chirurgie générale A CHU Tlemcen qu'elles ont accepté de participer à cette recherche dont le plus grand score était de 75% pour un pourcentage de 36% suivi par le score de 80% pour 5 patientes . Par ailleurs, 01 seule patiente a obtenu un score de 65% considéré comme le plus bas dans notre échantillon

o Donc, la plupart de nos patientes présentent un bon fonctionnement physique (satisfaisant à moyennement satisfaisant). Par contre, aucun cas n'a révélé un fonctionnement physique non satisfaisant.

- o Comparant nos scores à ceux de la thèse de référence, on a obtenu des scores élevés par rapport à ceux estimés dans la population étudié à Ammizour.
- Evaluant la Limitation physique de notre population, on a noté que 45% ont étaient estimées d'un score moyennement satisfaisant.
- o Nos résultats sont identiques à ceux de nos références. les 02 études ont ressorti des scores inférieurs au score référentiel du SF-36.
- Pour ce qui est douleur physique, 86% des patientes jugées d'un mauvais score.
- o Pour un pourcentage de 62.5% obtenu dans l'étude d'Ammizour. Un pourcentage inférieur à celui constaté sur notre population
- o Ce que peut confirmer la subjectivité des items de la qualité de vie et que chaque cas est un cas particulier.
- Pour le côté de la santé générale, 72% de notre population estime avoir une amélioration de leur santé perçue.
- o Des résultats inférieurs à 100% au score référentiel du SF-36 semblablement à ce qui a été présenté à l'étude d'Ammizour pour des scores plus bas à cette dernière.
- o Ce que met en valeur la théorie disant de subjectivité de la qualité de vie
- o Ces scores plus bas peuvent être expliqués par la présence au non d'antécédentes médico-chirurgicales personnelles différences de gastronomie entre les deux lieux géographique et mode de vie des patientes
- Un score élevé de 91% de notre échantillon révéla une mauvaise santé psychique.
- o Des scores inférieurs au score référentiel du SF-36 ont été observés dans les 02 études pour des scores un peu plus bas à notre population
- o Mode de vie, Stress de vie familiale, être femme au foyer étaient des causes plus remarquées durant notre interrogatoire avec nos patientes.
- o Cela rejoint la théorie << Le stress, l'anxiété et/ou la dépression pourraient augmenter le risque de cancer par le fait qu'ils s'accompagnent de certains comportements exposant à des agents cancérigènes et/ou préjudiciables à la santé >>

- La moitié de notre population présente une limitation des activités de la vie quotidienne.
 - o Des résultats identiques aux résultats référents.
 - o Cette gêne ne signifie pas l'abondement des activités et efforts physique que sont recommandées pour réduire la fatigue et améliorer la qualité de vie, quel que soit le cancer.
 - o Pratiquer un sport. Contrairement aux idées reçues, la sédentarité est l'ennemi n°1 de cette fatigue liée à une maladie. Elle aggrave cet état. Il est désormais reconnu que pratiquer une activité physique est un traitement anti-fatigue à part entière.

- La vitalité et le relationnel de nos patientes étaient moyennement bon avec un pourcentage avoisinant les 87%.
 - o Des scores de vitalité et de relationnel un peu plus inférieurs du bas score de notre population ont été trouvés à Ammizour.
 - o Donc pour retrouver sa vitalité après un cancer, 03 solutions sont proposées :
 - Pratiquer un sport ; "L'activité physique est propice à un bon repos, elle limite la production de cytokine, des molécules sécrétées par les cellules cancéreuses qui provoquent troubles du sommeil et fatigue"
 - Méditer. La méditation est aussi une piste à explorer pour parvenir à une détente physique et mentale, les deux étant souvent liées notamment dans un contexte de maladie. Une étude américaine a montré qu'une pratique quotidienne redonne de l'entrain et améliore le sommeil des femmes en post-cancer du sein.
 - Faire le plein de fer. Enfin, les traitements contre le cancer pouvant provoquer une carence en fer responsable d'importants "coups de pompe", il est judicieux de faire le plein de ce minéral en inscrivant à vos menus une portion de viande rouge (canard, boudin noir, rognon de veau...), de poisson (moules, palourdes...) ainsi que des légumineuses (lentilles, flageolets...). À savoir: le fer d'origine végétale est deux fois mieux absorbé par l'organisme lorsqu'il est accompagné d'un aliment riche en vitamine C tel que du brocoli, une orange ou un kiwi.

□ Comparant la qualité de vie physique et psychique, nos patientes révèlent une qualité de vie psychique très altérée (90% inférieur au score moyen)

o Contrairement à l'étude d'Ammizour où la qualité de vie physique était altérée par rapport à la psychique.

o Ce qui rend la subjectivité de la qualité de vie évoquant et que chaque individu à ces propres définitions des dimensions de la qualité de vie

o Intérêt d'élargir le spectre d'étude sur ce thème dans les différentes wilayas d'Algérie et élargir les échantillons pour avoir une conclusion d'appui sur ce sujet et rechercher des solutions à appliquer sur le terrain pour améliorer la QDV dans son volet physique et psychique des patientes jeunes qui ont un rôle primordial dans la société .

□ A partir des données situées dans le tableau global ci-dessus, toutes les moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle (64,30%). Mais il y a eu une dégradation dans les niveaux obtenus ce qui signifie chaque cas est un cas particulier. 20cas / 22 cas présentent une qualité de vie physique inférieure à la référentielle alors que la totalité des patientes ont présenté une mauvaise qualité de vie psychique altérée essentiellement dans la santé psychique suivie par une limitation des activités quotidiennes à 50% des cas. . De ce fait nous avons la totalité de notre échantillon qui présente une qualité de vie psychique altérée par rapport à la physique.

o Par contre l'étude faite à Ammizour , il a été constaté que les femmes de leur groupe d'étude ont une bonne qualité de vie psychique par rapport à la qualité de vie physique.

Synthèse :

Après avoir présenté et analysé nos cas, nous avons constaté que les femmes de notre groupe d'étude ont une mauvaise qualité de vie psychique altérée essentiellement dans la santé psychique par rapport à la qualité de vie physique. En finale, nous sommes arrivées à un résultat opposant à celui obtenu à l'étude du service d'oncologie de l'établissement hospitalier d'Amizour où ils ont constaté une bonne qualité de vie psychique par rapport à la physique.

XIII. Conclusion :

Dans notre thèse intitulée de (cancer du sein et qualité de vie chez la jeune femme), on a souligné une hypothèse et pour la vérifier ; on a limité notre travail à 22 patientes opérées au sein du service de la chirurgie générale au CHU Tlemcen au cours des 5 dernières années. Et pour ce on a eu recours à la méthode clinique ; un entretien clinique pour rassembler les données nécessaires, et le questionnaire généraliste MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie des sujets atteints.

Nous avons conclu que la qualité de vie reste très subjective, multidimensionnelle et dépend des valeurs socioculturelles des individus car chaque personne, bien portante ou malade, a une notion individuelle de la qualité de vie avec ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre. Et que chaque cas est un cas particulier.

Tout en retenant que la qualité de vie liée à l'état de santé évalue les répercussions de la maladie et de son traitement chez le patient dans les différentes dimensions de sa vie.

En espérant que notre modeste étude permettra à d'autres étudiants d'aborder le même contexte sous un autre angle tel que : la qualité de vie et profession des femmes atteintes d'un cancer du sein ; la qualité de vie et reconstruction mammaire chez les femmes jeunes atteintes d'un cancer du sein.

XIV. Liste des abréviations :

1. BP : Douleur Physique (Bodily Pain).
2. GH: Santé Perçue (General Heath).
3. MH : Santé Psychique (Mental Heath).
4. VT : Vitalité (Vitalité).
5. PF : Activité Physique (Physical Functioning).
6. QdV : Qualité de Vie.
7. RE : Limitation dues à l'état physique (Rôle Emotional).
8. RP : Limitation dues a l'état physique (Rôle Physical).
9. SF : Vie et Relations avec les autres (Social Functioning).

XV. Annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien

Axe 1 : identification personnelles :

1. Nom :.....
2. Age :.....
3. Situation familial : Marie Divorcée Célibataire
4. Nombre d'enfants :.....
5. Niveau d'instruction :.....
6. Niveau professionnelle :.....
7. Niveau socio- économique :.....

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du sein :

1. Avez-vous rencontre d'autre maladie que celle dont vous souffrir actuellement ?
2. Comment avez-vous appris que vous avez le cancer du sein ?
3. Et quel est votre réaction ?
4. Avez- vous d'autre personne dans votre famille qui a cette maladie ?
5. Que représente pour vous cette maladie avant votre atteinte ?
6. Quel est votre traitement suivre actuellement ?
7. Est-ce que vous pouvez me raconter comment vous le vivez cette période de traitement ? et quel est votre réaction suite à effets ?
8. Pouvez- vous me dire qui vous accompagne pendant la période de Traitement ?
9. Quel sont les complications qui ont accompagné votre maladie aujourd'hui ?

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial :

1. Comment votre famille réagit elle face à votre maladie ?
2. Est-ce que vous avez obtenu de l'aide oui / non si c'est oui de la part de qui ?
3. Quel type d'aide vous avez reçu de leur part ?
4. En quoi le soutien peut t'il aide à faire face à la maladie ?
5. Est-ce que vous avez ressentir un changement dans vos comportement relation avec autrui ?
6. Est-ce que vous voyez que votre comportement est changé commentez ?

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie :

1. Est-ce que vous pensez que vous êtres besoin d'autres personnes pour accomplir vos taches quotidiennes ?
2. Est-ce que cette maladie influence sur votre sommeil ?
3. Est-ce que vous recentre un changement après votre atteinte ? si c'est oui alors dans quel coté ?
4. Est ce que cette maladie provoque des obstacles pour vous ?

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE GENERALISTE

MOS SF-36 (QUALITE DE VIE)

1. En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé Aujourd'hui ? Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___ A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___ Pire qu'il y a un an ___

3. Vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

b. Activités modérées :

déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ _____ _____ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

4. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (Réponse : oui ou non à chaque ligne).

Oui -Non

limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort ?

5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne). Oui Non

limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous n'espérez ?

Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

_____ _____ _____ _____

Pas du tout

très peu

assez fortement

énormément

7. Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ _____ _____ _____

Pas du tout

très peu

assez fortement

énormément

8. Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ _____ _____ _____ _____

_ Pas du tout

un peu

modérément

assez fortement

énormément

9. Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti.

Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10. Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental

a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

_____ _____ _____ _____ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11. Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai je ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai je ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____ _____ _____ _____ _____

Tout à fait vrai assez vrai je ne sais pas plutôt faux faux

Annexe III: Questionnaire MOS-SF36

□ Questionnaire MOS-SF36 : Le questionnaire MOS-SF36 est un auto-questionnaire, issu d'une étude d'observation débutée en 1986, la « Medical Outcome Study » (MOS), menée pendant quatre années consécutives chez 2546 patient

- Le MOS-SF36, également connu sous le nom de SF-36, est un questionnaire standardisé utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé d'une personne. Il a été développé par le Medical Outcomes Study (MOS) et est l'un des outils les plus largement utilisés pour mesurer la qualité de vie liée à la santé dans les études cliniques et de recherche en santé.

- Le SF-36 se compose de 36 questions qui couvrent huit domaines différents de la santé physique et mentale, regroupés en deux composantes principales : la composante physique et la composante mentale. Voici les huit domaines évalués par le SF-36 :

- Activité physique (physical functioning) ou PF.
- Limitation de l'état physique (role physical) ou RP.
- Douleurs physiques (bodily pain) ou BP.
- Santé perçue (general health) ou GH.
- □ Santé psychique (mental health) ou MH.
- Vitalité (vitality) ou VT.
- Relation avec les autres (social functioning) ou SF.
- Limitation dues à l'état psychique (role emotional) ou RE.

Le SF-36 est largement utilisé dans la recherche clinique, les études épidémiologiques et d'autres domaines de la santé pour évaluer l'impact des maladies, des traitements et des interventions sur la qualité de vie des patients. Il peut également être utilisé pour comparer la

qualité de vie entre différents groupes de patients ou de populations, ainsi que pour suivre les changements au fil du temps.

Calcul des scores du questionnaire MOS-SF36

Le questionnaire MOS-SF36, se constitue de plusieurs sous-échelles et chacune d'elle contient un nombre différents de réponses et une différente cotation, comme on la mentionnée déjà. Le tableau suivant illustre le nombre d'items et la cotation de chaque réponse

XVI. Bibliographie :

Bibliographie :

- Prise en charge du cancer du sein infiltrant de la femme âgée de 40 ans ou moins - Oncologie (2011) 13: 703–726
- La femme jeune face au cancer du sein 32es Journées de la SFSPM, Strasbourg, novembre 2010
- Guide ALD 30 « Cancer du sein » 2010
- American College of Radiology . ACR BI-RADS Atlas - Mammography II: Reporting System . 5th ed. 2013 .
- Canadian Association of Radiologists. CAR Practice Guidelines and Technical Standards for Breast Imaging and Intervention. 2012:
<https://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/breastscreening/mammograms/>.
- Cancer Care Ontario. Mammograms. Toronto, ON: Cancer Care Ontario; 2015:
<https://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/breastscreening/mammograms/>.
- Radiological Society of North America. Mammography. 2013:
<http://www.radiologyinfo.org/en/info.cfm?pg=mammo>.
- Équipe de rédaction Santélog <https://www.santelog.com/actualites/echographie-et-cancer-du-sein-ia-vs-faux-positifs>
- -Institut national de cancer :
- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
- -gynécologie générale par R.Contamin P.Bernard J.Ferrieux

- -<https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%20cologie-et-obst%20trique/troubles-du-sein/cancer-du-sein#:~:text=Physiopathologie%20du%20cancer%20du%20sein,le%20cerveau%20et%20la%20peau.>
- - Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al: Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *JAMA* 317 (23):2402–2416, 2017. doi: 10.1001/jama.2017.7112
- - Breast Cancer Association Consortium; Dorling L, Carvalho S, Allen J, et al: Breast cancer risk genes — Association analysis in more than 113,000 women. *N Engl J Med* 4;384 (5):428–439, 2021. doi: 10.1056/NEJMoa1913948 Epub 2021 Jan 20.
- -Guide ALD 30 « Cancer du sein » :
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf