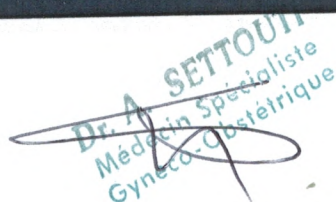


Cancer du Sein

Etude descriptive et retrospective
des cas enregistrés entre l'année
2008 et l'année 2011.

Sous la direction de :


Dr. A. SETTOUTI
Médecin Spécialiste
Gynécologie-Obstétrique

M. KHERBOUCHE
A. HASSAINE
Y. TOUIEB
H. BELHADEF
N. AMRANI
A. TAIBI

PARTIE THEORIQUE

A.Introduction

Le cancer du sein est un cancer qui ne concerne presque exclusivement que les femmes puisque seulement 1% des hommes présentent cette pathologie.

Le cancer du sein représente 32% des nouveaux cas de cancer, ce qui fait de lui un problème de santé par excellence. Il est rare avant 30 ans mais extrêmement fréquent entre 60 et 65 ans. Ce cancer est à l'origine de 20 % des décès féminins par cancer.

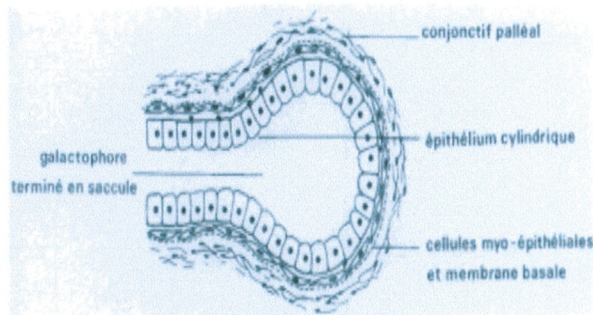
Ces quelques chiffres dressent un portrait rapide de cette pathologie qui justifie que l'on s'y intéresse de plus près. Comment évolue le nombre de nouveaux cas chaque année ? Les circonstances de découverte ? Quels sont les facteurs qui sont susceptibles de modifier l'incidence ? Tout le territoire de la wilaya est-il touché de la même façon par ce cancer ?.....

B. Rappel anatomo-histophysiological du sein

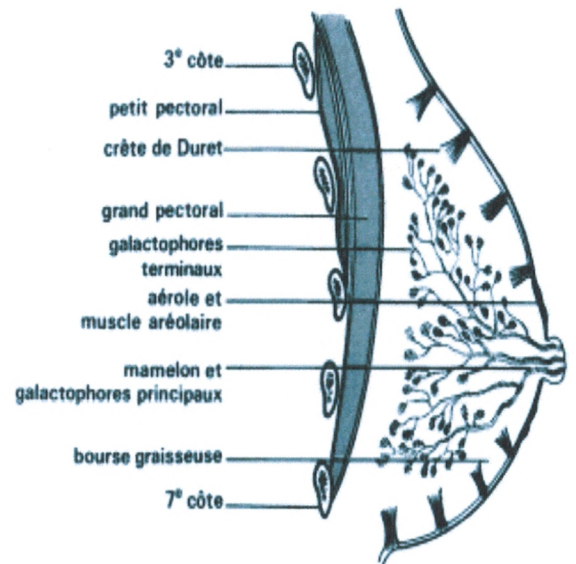
Le sein est un amas de tissus hétérogènes, il est fait de 15 à 20 galactophores entourés de cellules myoépithéliales, d'unités sécrétoires situées à leurs extrémités qui prolifèrent en acini lors de la lactation mais surtout de tissu conjonctif, en particulier le tissu palléal, richement vascularisé, et de tissu adipeux.

Les travées conjonctives sont responsables de l'aspect lobulé de la glande mammaire formée d'une vingtaine de lobules, chacun de ces lobules étant drainé par un galactophore qui aboutit à un pore s'ouvrant à l'extrémité du mamelon. Celui-ci est doté de fibres érectiles, de corpuscules sensoriels.

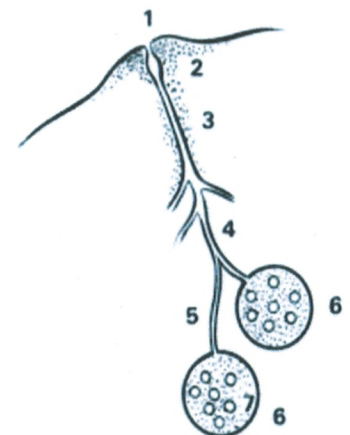
Par contre il faut y insister, cette glande intradermique a de très faibles moyens de suspension : quelques tractus fibreux seulement.



Structure histologique d'une terminaison galactophorique.



Coupe sagittale du sein.



Axe galactophorique.

1 : mamelon. 2 : sinus. 3 : canal principal (GI). 4 : canal interlobaire (GII). 5 : canal intra et prélobulaire (GIII). 6 : lobules. 7 : conjonctif palléal.

B.1. L'hormono-dépendance du sein :

Le sein comme l'endomètre est un récepteur hormonal pour les stéroïdes ovariens circulants estradiol^{17B} et progestérone dont l'équilibre précaire est responsable de l'eutrophie du sein.

L'œstradiol

Il fait proliférer les galactophores en longueur en augmentant l'activité mitotique de l'extrémité. De plus, il élève la perméabilité des capillaires et donc l'œdème du stroma conjonctif.

La progestérone

Elle a une action anti-estrogène :
action antimitotique et une action anti œdémateuse

La progestérone a une action à la fois synergique et antagoniste de l'œstradiol. Elle freine la croissance galactophorique par blocage du cycle mitotique induit par l'œstradiol. Cet effet n'est obtenu que s'il a été précédé par une stimulation oestrogénique suffisante. Elle diminue la vascularisation et la perméabilité capillaire induite par l'œstradiol. Elle s'oppose en synergie avec l'œstradiol à la lactogenèse.

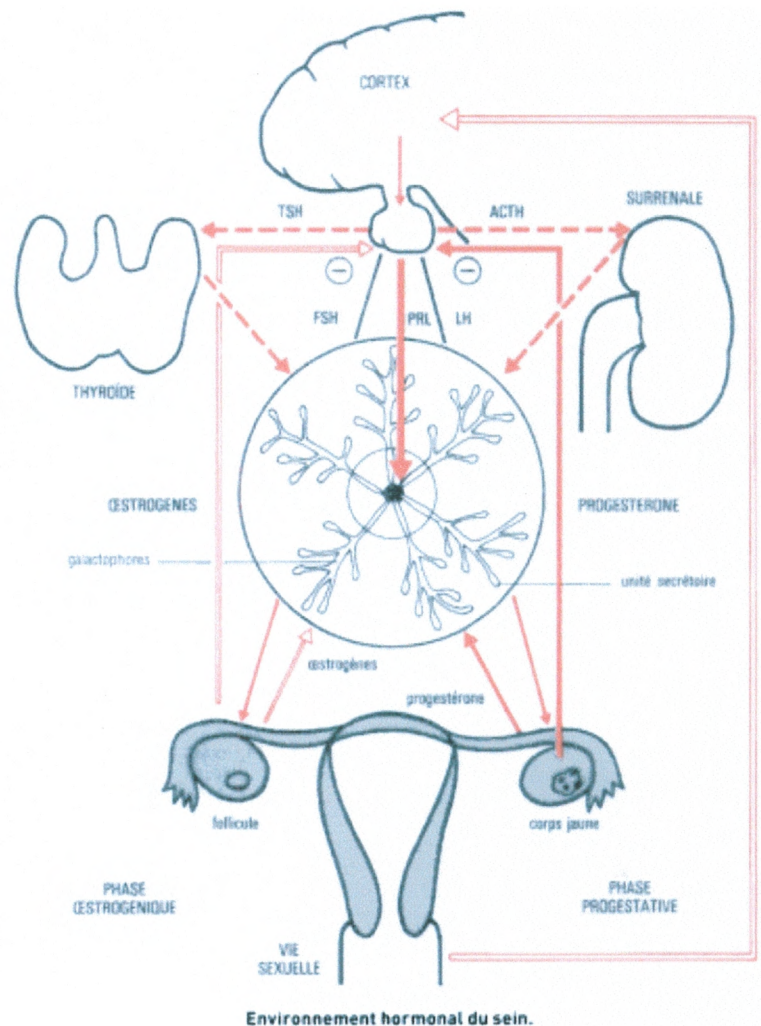
Enfin, la progestérone active la 17 β -hydroxystéroïdes déshydrogénase transformant l'œstradiol en estrone, ce qui diminue l'activité biologique.

Les androgènes

Ils peuvent par aromatisation en estrogène avoir des effets oestrogéniques. Le rapport œstradiol / testostérone conditionne la croissance et l'eutrophie du sein.

La prolactine

Elle a un rôle physiologique limité à la lactation, cependant sa présence semble indispensable à la différenciation acineuse. Elle stimule l'activité sécrétoire de l'épithélium glandulaire aussi bien que la croissance des cellules épithéliales des acini en présence d'œstradiol. Elle agit sur les récepteurs cellulaires spécifiques de membranes dont elle régule la synthèse en relation avec la présence d'œstradiol. Elle pourrait stimuler la synthèse des récepteurs cytoplasmiques d'œstradiol.



Les autres hormones

Les glucocorticoïdes interviennent dans la lactogénèse, l'hormone de croissance et les hormones thyroïdiennes stimulent la croissance des galactophores. L'aldostérone et l'insuline auraient un rôle facilitant sur la différenciation lobulaire en association avec la prolactine. Les gonadostimulines hypophysaires agiraient par contrôle du métabolisme des stéroïdes.

Il ressort de ces constatations un fait important : L'examen des seins doit avoir lieu en phase folliculaire précoce, avant le 10^{ème} j pour éviter les phénomènes congestifs estrogéniques.

C. Epidémiologie

C'est le cancer le plus fréquent de la femme : une femme sur dix risque de développer un Cancer du sein au cours de sa vie.

Il est responsable de 4 % de la mortalité féminine et de 18 % de la mortalité par cancer.

Le cancer du sein est un problème de santé publique par :

- sa grande fréquence.
- sa gravité.
- ses implications sociales et psychologiques.

C.1. Facteurs de risque

-Familiaux

- Un cancer du sein chez la mère ou la sœur de la patiente multiplie le risque de cancer par 2 à 3.
- Un cancer du sein chez la mère et la sœur multiplie le risque par 15 et fait suspecter une mutation BRCA1 ou BRCA2.
- Mais les formes familiales ne représentent que 5 à 10 % des cancers du sein.

- Personnels

- Antécédents de cancers du sein, de l'ovaire, de l'endomètre, du côlon ou du rectum.
- Les cancers du sein et de l'endomètre surviennent sur le même terrain.

- Vie génitale

- Puberté précoce.
- Ménopause tardive (> 55 ans).
- nulliparité ou pauci parité.
- Première grossesse tardive (> 35 ans).

- **Mastopathies bénignes**

- Hyperplasie atypique, qu'elle soit canalaire ou lobulaire.
- Les papillomes intracanaux multiples.
- Ne sont pas à risque :
 - les fibro-adénomes ;
 - les macrokystes ;
 - l'adénose ;
 - le papillome solitaire.

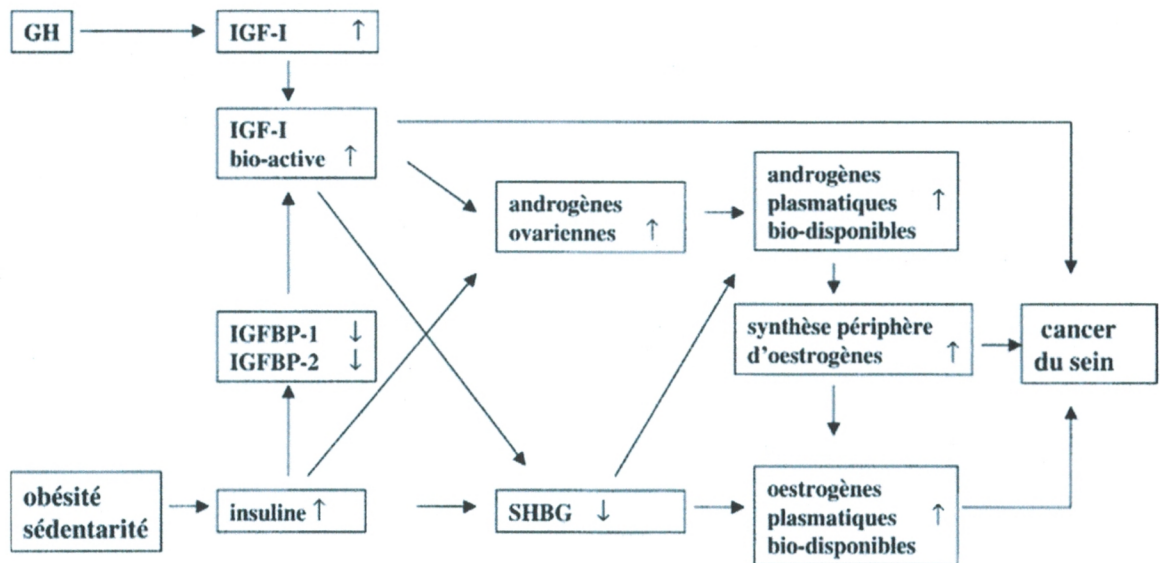
- **Contexte nutritionnel**

- Obésité chez les patientes ménopausées (conversion périphérique des androgènes en estrogène).
- Les régimes riches en graisses.

- **Niveau socioéconomique**

Les taux d'incidence du cancer du sein sont dix fois plus élevés chez les femmes vivant dans les pays occidentaux industrialisés qu'en Asie ou dans les zones rurales de l'Afrique.. Cette incidence s'est modifiée au cours du temps, elle a augmenté à la suite du développement industriel, ou de l'émigration des zones à faible risque vers les zones à haut risque. Ces données suggèrent que le cancer du sein est étroitement déterminé par des facteurs de l'environnement (c'est-à-dire non génétiques). Ces facteurs environnementaux semblent liés plus particulièrement au mode de vie occidental, caractérisé par une faible activité physique et par une alimentation riche en graisses totales et saturées, en protéines animales, en hydrates de carbone raffinés et pauvre en fibres . D'autres facteurs de risque potentiels sont liés aux maternités (nombre de grossesses menées à terme, âge à la première et à la dernière grossesse), ou à l'utilisation d'une contraception hormonale ou d'un traitement hormonal substitutif à la ménopause.

- **Hyperestrogénie relative ou absolue**



L'hyperestrogénie relative va entraîner des modifications du tissu mammaire.

- kystes simples (dilatation des canaux galactophores) ;
- hyperplasie des canaux; surtout si l'hyperplasie est atypique, augmente le risque de cancer du sein.
- fibrose (développement irrégulier du tissu conjonctif) ;

L'association de ces modifications forme la maladie fibrokystique du sein.

- Antécédents d'anovulation.
- Ovaires micropolykystiques.
- Traitement à base d'estrogènes seuls.
- Rares tumeurs à oestrogènes...

- Irradiation

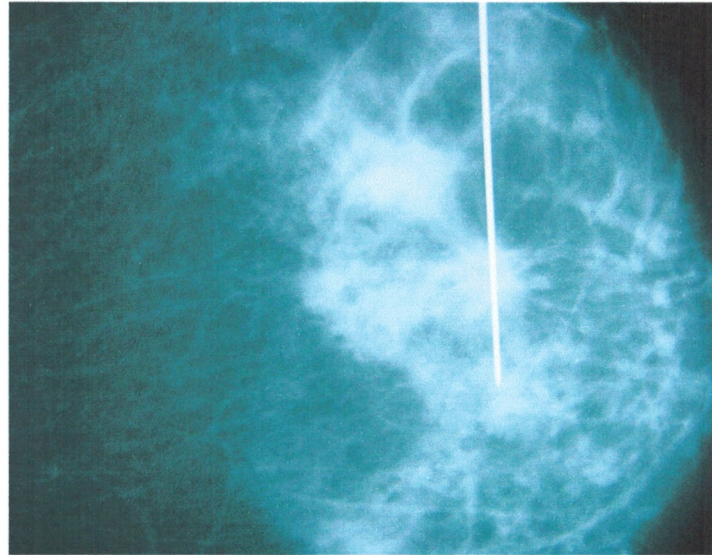
- L'exposition à de hautes doses de rayonnement.
- Les mammographies n'entraînent pas d'augmentation du risque de survenue de cancer du sein.

D. Anapath

D.1. Cytologie

Lors d'un écoulement mammaire, le matériel est étalé sur une lame : fixé puis coloré par la technique de Papanicolaou.

Lors de la découverte d'un nodule, ce dernier peut-être ponctionné par une aiguille sous contrôle échographique s'il est de petite taille. Les cellules sont ramenées grâce à une aspiration manuelle.



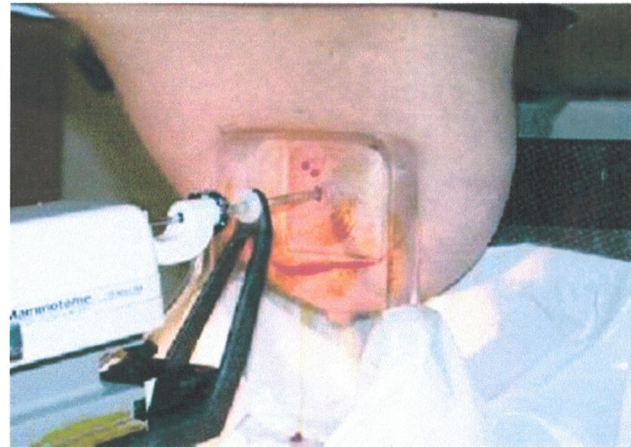
D.2. Histologie

a. Biopsie

Lors de la découverte d'un nodule du sein, une biopsie peut-être réalisée soit en consultation à l'aide d'un pistolet où l'on obtient des fragments de petite taille (carotte de 5 mm) soit au bloc opératoire, il s'agit alors d'une biopsie chirurgicale de plus grande taille.

Intérêt :

- diagnostic
- s'il s'agit d'un carcinome infiltrant, le grade histopronostique et les récepteurs hormonaux sont réalisés. Si la tumeur est inflammatoire (PEV) ou de grande taille, le diagnostic de malignité étant posé, une chimiothérapie première peut-être débutée.



b. Tumorectomie

Il s'agit d'un acte chirurgical, réalisé au bloc opératoire.

Indication :

- *microcalcifications*
Un repérage radiologique est réalisé en préopératoire, permettant de placer un hameçon au contact des microcalcifications (repérage orthogonal). L'hameçon guide le chirurgien au cours de l'intervention. Une tumorectomie pour microcalcifications doit être adressée au laboratoire d'une part orientée et d'autre part avec un examen radiologique de la pièce, mettant ainsi en évidence les microcalcifications.
- *nodule palpable*
Devant un nodule palpable, un examen extemporané est souvent demandé.
Le but de l'examen extemporané est de **modifier le déroulement d'une intervention**. Si le nodule correspond à une tumeur bénigne,

l'intervention est arrêtée. Si le nodule correspond à un carcinome, le curage axillaire est réalisé. Une reprise en périphérie de la tumorectomie est faite si les limites chirurgicales sont incomplètes. Une mammectomie peut être faite si le cancer est de grande taille ou bifocal.

Déroulement de l'examen extemporané : La pièce est adressée au moment de l'intervention. Elle doit toujours être orientée et accompagnée des renseignements cliniques et radiologiques.

Deux analyses sont faites :

- l'une macroscopique (étude à l'état frais de la pièce) : permettant de préciser la couleur, la taille, la consistance du nodule et les limites chirurgicales grâce à l'orientation de la pièce.
- l'autre histologique : au sein du nodule est prélevé un fragment de petite taille (5 mm), congelé rapidement et coupé au cryostat puis coloré au bleu de toluidine.

On ne réalise pas d'examen extemporané en l'absence de nodule palpable ou visible radiologiquement et si la taille du nodule est inférieure à 10 mm sauf si une microbiopsie faite au préalable est revenue positive.

c. Mastectomie

d. Curage axillaire

D.3. Types de cancer du sein

Cancer in situ : La prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique, il s'agit alors d'un carcinome intracanalair. Soit des acini situés dans les lobules, il s'agit alors d'un carcinome intra lobulaire . Mais la membrane basale est toujours respectée. ABSENCE D'INFILTRATION.

Cancer infiltrant est un cancer envahissant le tissu mammaire, évoluant localement puis métastasant (premier relais : ganglions axillaires).

D.3.1 Carcinome in situ

Carcinome intracanalair

Circonstance de découverte : microcalcifications à la mammographie, en augmentation croissante due au dépistage.

Prélèvement : le plus souvent il s'agit d'une tumorectomie sans nodule palpable. Le pathologiste doit encrer d'afin d'apprécier les limites chirurgicales et inclure la pièce en totalité afin d'évaluer la taille des lésions.

Quels critères histologiques doivent être mentionnés dans le compte rendu histologique ?

La taille histologique des lésions de carcinome intracanalair

Le grade nucléaire de Holland

Présence ou absence de nécrose au sein de la prolifération épithéliale intracanalair

Les limites d'exérèse chirurgicale

Définition du grade nucléaire de Holland :

Le grade est réalisé en fonction de l'aspect des noyaux des cellules carcinomateuses. Si les noyaux sont de petites tailles, réguliers entre eux, comportant une chromatine fine, le grade est coté en I. Si les noyaux sont de taille variable (pléomorphes), à la chromatine grumelée, le grade est de III. Ces différents critères histologiques permettent d'adapter le traitement. Le carcinome intracanalair peut évoluer vers un cancer infiltrant.

Carcinome intralobulaire

De plus souvent de découverte fortuite, la fréquence est d'environ de 5 %. Les acini des lobules renferment une prolifération épithéliale faite de cellules monomorphes, élargissant la lumière et réalisant ainsi l'image d'un sac de billes.

D.3.2 Carcinome infiltrant

Les prélèvements adressés aux pathologistes sont soit une tumorectomie-curage axillaire soit une mastectomie-curage axillaire.

Un examen extemporané est souvent demandé lors des tumorectomies avec nodule palpable, afin d'apprécier les limites d'exérèse chirurgicale et d'affirmer la malignité si en peropératoire le diagnostic n'a pu être posé.

L'examen extemporané est réalisable si la taille du nodule est d'au moins de 10 mm. Il peut enfin s'agir de l'examen d'un ganglion sentinelle.

Quels critères histologiques doivent être mentionnés dans un compte rendu ? :

Le type histologique

Le grade histopronostique de Scarff Bloom et Richardson (SBR)

La présence de carcinome intra canalaire

Le caractère Erb 2 (Epidermal Receptor 2

Les récepteurs hormonaux

La taille

La qualité des limites d'exérèse chirurgicale

Les embols carcinomateux

Le nombre de ganglions examinés et le nombre de ganglions envahis avec ou sans rupture capsulaire.

Type histologique

Différents types histologiques existent :

- adénocarcinome canalaire infiltrant
- adénocarcinome lobulaire infiltrant
- adénocarcinome tubuleux
- carcinome mucineux ou colloïde muqueux
- carcinome adénoïde kystique
- carcinome apocrine
- carcinome médullaire
- une particularité : la maladie de Paget

l'adénocarcinome canalaire infiltrant (75 %) : c'est le plus fréquent.

Macroscopiquement, la tumeur correspond à une lésion stellaire et mal limitée. A l'histologie, les cellules carcinomateuses s'agencent en travées, en massif et en formation glandulaire. L'anisocaryose et le nombre de mitoses sont variables.

Le **carcinome lobulaire** représente, selon les séries, 4 % à 11 %, des cancers infiltrants.

Macroscopiquement, la tumeur est indurée mal limitée. Les cellules

carcinomateuses sont agencées en file indienne, avec un aspect en cible autour des canaux galactophoriques. Les noyaux sont réguliers. Le nombre de mitoses est faible.

L'adénocarcinome tubuleux est de bon pronostic. Les cellules carcinomateuses s'agencent uniquement en formations glandulaires. Les noyaux sont réguliers et le nombre de mitoses est faible.

Le carcinome médullaire est une tumeur maligne de bon pronostic. Cinq critères histologiques doivent être présents afin de poser le diagnostic. La tumeur est limitée.

Le stroma est riche en lymphocytes ou « lymphoïde ». L'architecture est de type syncytiale (>75 %). Il n'existe pas de glandes ou de lésions de carcinome intracanalair.

La maladie de Paget du mamelon :

CDD : écoulement sanglant ou eczéma du mamelon. L'analyse histologique met en évidence des cellules carcinomateuses au sein du revêtement malpighien du mamelon. Les cellules sont de grandes tailles, polygonales, au cytoplasme abondant clair, au noyau irrégulier et d'architecture lentigineuse. La maladie de Paget du sein témoigne d'un cancer infiltrant ou d'un carcinome intracanalair du sein. Il s'agit d'une propagation de cellules carcinomateuses au mamelon.

Le grade histopronostique de Scarff Bloom et Richardson (SBR)

Le grade SBR comprend trois grades I II III, obtenu par l'addition de trois critères architecture, atypies cytonucléaires et nombre de mitoses. Les trois critères sont cotés en 1,2 et 3 :

- architecture :
 1. la tumeur comprend que des tubes
 2. partiellement tubulaires
 3. la tumeur ne comprend aucun tube
- atypies cytonucléaires :
 1. noyaux réguliers monomorphes
 2. atypies modérées
 3. noyaux pléomorphes avec atypies marquées
- nombre de mitoses : le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement en périphérie de la tumeur. Le nombre de mitose le plus important par grand champ est retenu.

Si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté en 1
Si le nombre est de 2 : le critère est coté en 2
Si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté en 3

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

Grade I : 3,4,5

Grade II : 6,7

Grade III : 8,9

Le grade SBR est réalisé sur tous les types histologiques de cancer infiltrant sauf le carcinome médullaire

La présence de carcinome intracanalalaire

On doit préciser :

- localisation du carcinome intracanalalaire : en périphérie ou au centre du foyer infiltrant
- évaluer le pourcentage du carcinome intracanalalaire par rapport au nodule
- le grade nucléaire
- la présence ou l'absence de nécrose au sein du carcinome intracanalalaire

Les récepteurs hormonaux

Réalisés par une étude immunohistochimique, à l'aide d'anticorps monoclonaux. Le marquage est nucléaire. Si plus de 10 % des cellules sont marquées, le récepteur est considéré positif. L'intensité est également évaluée mais n'est pas considérée comme un facteur pronostique.

La taille

entre la taille histologique et macroscopique : la plus grande est reportée.

La qualité des limites d'exérèse chirurgicale

Correspond à la distance en mm entre le cancer et la limite chirurgicale la plus proche

Les emboles carcinomateux

Présents ou absents

Le nombre de ganglions axillaires

Examinés et le nombre de ganglions envahis avec ou sans rupture capsulaire. Il en faut classiquement au minimum 10. En fait un nombre moins important

semble suffire (6 ganglions), au minimum on se contente d'un ganglion s'il s'agit du ganglion sentinelle et s'il est négatif.

Au total, ces critères sont des facteurs pronostiques anatomopathologiques. **Les plus importants sont l'envahissement ganglionnaire, la taille de la tumeur primitive, le grade SBR**

E. Diagnostic positif

Le diagnostic peut être suspecté par la clinique ou la mammographie et confirmé par l'examen anatomopathologique.

Circonstances de découvertes :

- Découverte par la patiente d'une masse lors de l'autopalpation.
- Découverte par le médecin sur les mammographies de dépistage ou à l'examen clinique.
- Découverte sur le bilan de métastases d'un adénocarcinome ou d'adénopathies axillaires ou sus-claviculaire.

Tout médecin doit savoir pratiquer un examen mammaire, même simple.

E.1.diagnostic clinique

E.1.1 Interrogatoire

- Date de découverte de la tumeur.
- Modifications depuis les six derniers mois.
- Recherche de facteurs de risque (*QS*).
- Durée et régularité des cycles ou date de la ménopause.

E.1.2 Examen physique

- Bilatéral et comparatif.
- La patiente est torse nu, assise, bras ballants, puis levés.
- L'examen est ensuite pratiqué sur la patiente debout, puis couchée.

1. Inspection

- Avec un bon éclairage, de face, de profil, puis à jour frisant.
- Recherche :
 - une ride, un plissement, une rougeur, un aspect en peau d'orange ou une dépression de la peau lors de la mobilisation ;
 - une modification de la circulation sous-cutanée ;

– sur le mamelon : une rétraction, un écoulement spontané, un aspect framboisé eczématiforme, d'une maladie de Paget (associée à un cancer sous-jacent).

2. Palpation

- Se fait doigts à plat.

- Quadrant par quadrant, y compris la région mamelonnaire, la région paramammaire et le prolongement axillaire.

- Il précise la consistance des glandes et leur caractère homogène ou non.

- S'il palpe un nodule, il précise son caractère :

- ferme ou dur ;

- régulier ou non ;

- bien ou mal limité ;

- on mesure sa taille dans son plus grand diamètre, et on note le siège précis dans le sein sur un schéma daté.

- Recherche une adhérence :

- à la peau : dépression provoquée par la mobilisation de la tumeur ou de la peau en regard ;

- au mamelon : attiré ou déformé lors de la mobilisation de la tumeur ou mobilisation de la tumeur lors de celle du mamelon ;

- au grand pectoral : en le faisant se contracter par une adduction contrariée (manoeuvre de Thillaux). La tumeur ne suit pas normalement les mouvements du muscle, sauf si elle lui est adhérente ;

- à la paroi thoracique : la tumeur est fixée en profondeur, même quand le muscle est relâché.

- Recherche d'un écoulement mamelonnaire provoqué par la pression du mamelon ou d'un des quadrants du sein.

- Palpation des creux axillaires :

- elle racle le grill costal en dedans ;

- l'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis termine par la face externe ;
- recherche d'une ou plusieurs adénopathies dont on précisera le caractère (banales ; dures et irrégulières = suspectes ; mobiles ou fixées entre elles ou aux autres éléments du creux axillaire).
- Palpation des creux sus-claviculaires.

3. Reste de l'examen général

A la recherche d'une métastase à distance .

E.2.diagnostic paraclinique

E.2.1.mammographie :

La technique :

Elle consiste à comprimer le sein puis l'exposé à une faible dose de rayons-X ;

- la compression est obtenue par une pelote de compression spécialement conçue pour ce type d'exploration et réglée par une manipulatrice spécialisée pour qu'elle soit indolore ou parfaitement tolérée par la patiente.

Cette compression permet l'étalement des tissus mammaires ce qui facilite la visualisation des structures du sein et permet de réduire la dose de rayons-X délivrée.

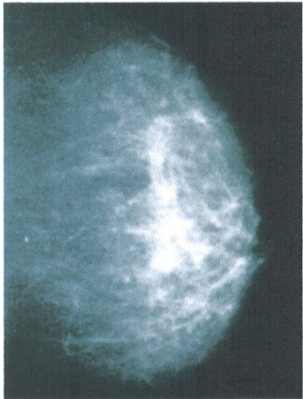
- la dose de rayons-X qui est diffusée lors de la mammographie est inférieur à celui auquel on s'expose si l'on passe une journée en plein soleil.

Ce rayonnement ne fait pas augmenter l'incidence du cancer du sein.

Intérêts, indications et rythme :

- La mammographie permet dépister une grande partie des affections du sein (anomalies bénignes ou malignes).
- Elle est réalisée
 - après la découverte d'une tuméfaction ou anomalies des tissus mammaires ;
 - systématiquement (sans anomalie visible ou palpable) :
 - chez une femme ayant des antécédents personnels ou familiaux prédisposant au risque du cancer du sein
 - chez toutes les femmes à partir de l'âge 50 ans.

- Selon l'ANAES (mars 1999), le dépistage systématique du cancer du sein par mammographie doit être réalisée :
 - chez toutes les femmes de 50 à 78 ans,
 - tous les deux ans avec :
 - au moins double incidence radiologique lors des deux premières vagues de dépistage ;
 - double lecture des clichés mammographiques.
 - Les traitements hormonaux substitutifs (THS) augmentent la densité radiologique des seins; cette densité est considérée comme étant un facteur haussant le risque du cancer du sein, d'où une augmentation des cancers du seins d'intervalle (c'est-à-dire les cancers qui surviennent après une mammographie négative) chez les femmes sous THS et ayant subi une mammographie de dépistage systématique, avec souvent une ou deux incidences, sans autres examens complémentaires comme l'échographie mammaire ; pour cette raison, certains auteurs recommandent le recours à l'association (mammographie et échographie mammaire) et/ou la réduction de l'intervalle entre deux mammographies successives systématiques de dépistage chez les femmes ménopausées pour lesquelles il a été administré un traitement hormonal substitutif.



La mammographie est actuellement le moyen le plus efficace du dépistage précoce des cancers du sein car il permet, même le dépistage des tumeurs asymptomatiques et non palpables manuellement.

Le diagnostic est exact dans 90 % des cas.

Elle peut être complétée par une échographie mammaire qui permet d'affirmer la nature de quelques structures mammaire comme les kystes mammaires et en cas de seins denses.

CLASSIFICATION ACR :

ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et Attitude
ACR 0	<ul style="list-style-type: none"> • C'est une classification d'attente qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie.
ACR 1	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune anomalie 	
ACR 2	<ul style="list-style-type: none"> • Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) • Opacités ovales à centre clair (ganglion intra mammaire) • Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie • Image de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome) • Cicatrices connues • Macrocalcifications isolées (adénofibrome, kyste, cytotéatonecrose, ectasie sécrétante) • Microcalcifications de type 1 d'après Le Gal • Calcifications vasculaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	<ul style="list-style-type: none"> • Microcalcifications de type 2 d'après Le Gal en foyer unique ou multiple ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard • Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie ou pour lesquelles l'échographie n'est pas réalisée • Asymétries focales de densité à limites concaves et/ou mélangées à de la graisse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée. • Dans certaines circonstances une biopsie peut être envisagée.

ACR 4	<ul style="list-style-type: none"> • Microcalcifications de type 3 d'après Le Gal groupée en amas, ou de type 4 peu nombreuses • Images spiculées sans centre dense • Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué • Distorsions architecturales • Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives ou à limites convexes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification histologique
ACR 5	<ul style="list-style-type: none"> • Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal ou de type 4 nombreuses et groupées • Amas de microcalcifications de topographie galactophorique • Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité • Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers • Opacités spiculées à centre dense. 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte probabilité de malignité

Risque	Classifications radiologiques des microcalcifications d'après		
	Moskowitz	Sigfusson	Legal **
Aucun	<ul style="list-style-type: none"> - Petites, irrégulières, semi-lunaires. - Suivi régulier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Circulaires, moulées, bénignes mais 6 % de CLIS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Annulaires ou arciformes. - (Type I). - 0 % de cancer du sein.
Minime	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses, irrégulières, en amas. - Biopsie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Irrégulières. - (18 % de cancer du sein). 	<ul style="list-style-type: none"> - Rondes, punctiformes, régulières. - (Type II) - 22 % de cancer du sein.
Modéré	<ul style="list-style-type: none"> - Punctiformes, incurvées, en zone large. - Biopsie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parfois irrégulières ou linéaires. - (37 % de cancer du sein). 	<ul style="list-style-type: none"> - Poussiéreuses, trop fines pour préciser leur forme. - (Type III) - 36 % de cancer du sein.
Elevé	<ul style="list-style-type: none"> - Linéaires, peu denses. - Biopsie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Très irrégulières, linéaires, branchées. - (96 % de cancer du sein). 	<ul style="list-style-type: none"> - Punctiformes, irrégulières, en "grain de sel". - (Type IV) ; 56 % de cancer. - Vermiculaires. - (Type V)- 91 % d cancer

E.2.2. Echographie

Elle peut donner des arguments en faveur du cancer devant certaines images mammographiques ambiguës. Elle permet dans tous les cas de repérer les kystes liquidiens.

E.2.3. L'IRM

L'IRM, compte tenu de sa relative rareté en France, n'est pas utilisée en routine pour le diagnostic de cancer du sein. Elle permet de particulièrement bien définir la tumeur et ses contours.

E.2.4. Arguments cyto-histologiques

La biopsie est l'élément de base du diagnostic. Elle est réalisée soit à l'aiguille (microbiopsies par aiguilles à biopsie) soit chirurgicalement en extemporané c'est-à-dire avec lecture immédiate et traitement chirurgical immédiat. Dans ce dernier cas un examen anatomopathologique plus approfondie est réalisé secondairement (technique prenant du temps) qui non seulement confirme le diagnostic extemporané, mais précise l'histopronostic (classification de Scarff, Bloom et Richardson) permet de doser les récepteurs hormonaux etc... Beaucoup plus rarement c'est *la cytologie*, faite par une personne entraînée qui réalise l'ensemble de la procédure (ponction, étalement, fixation, coloration, lecture) qui permet de porter le diagnostic, de donner un cytopronostic et de doser les récepteurs hormonaux. En cas de doute (éléments cytologiques douteux où caractères clinico-radiologiques très évocateurs de cancer avec une cytologie négative) on réalise systématiquement une biopsie.

En cas de très petit foyer les ponctions sont réalisées avec repérage stéréostaxique. Souvent dans ces cas seule l'exérèse permet de faire le diagnostic (exérèse avec repérage radiologique en préalable).

E.1. diagnostic différentiel

- Le *kyste mammaire* donne une image mammographique à contours réguliers (une image régulière peut quand même être un cancer). Mais l'opacité est liquidienne à l'échographie. La ponction trouve le liquide, l'évacue et permet une analyse cytologique qui confirme la bénignité.
- *L'adénofibrome* se rencontre chez la femme jeune. L'image est à contours réguliers. Elle est homogène en mammographie et en échographie.
- Les calcifications bénignes sont typiquement grosses, peu nombreuses, éparses. Elles ne sont pas groupées. Peu nombreuses mais relativement groupées et surtout si elles sont petites (presque des micro calcifications) elles peuvent engendrer le doute. Dans ce cas on peut réaliser l'exérèse de la zone suspecte

dans un but d'examen anatomopathologique ou bien on surveille avec des mammographies comparatives : si les images changent avec en particulier plus de petites calcifications, l'anomalie doit être considérée comme cancéreuse jusqu'à preuve anatomopathologique du contraire

F.Bilan préthérapeutique

F.1. Bilan d'extension

F.1.1. Sur le plan locorégional

- On précise le siège de la tumeur et ses dimensions en cm (pas uniquement la plus grande dimension). Un schéma et une photographie en position couchée (en position de traitement) avec repérage du centre de la tumeur par rapport au centre du mamelon (coordonnées géographiques).
- On recherche une éventuelle extension cutanée (peau d'orange, infiltration avec ulcération) et une éventuelle extension en profondeur (tumeur mobile avec les pectoraux à la manœuvre de Tillaux, ou fixée à la paroi thoracique).
- On précise s'il y a des adénopathies cliniques leur taille et leur siège. En cas de doute sur le caractère pathologique ou non d'une adénopathie axillaire (ganglion mou de moins de 1 cm), si un geste chirurgical n'est pas d'emblée envisagé on peut réaliser une ponction cytologique.
- On note des signes éventuels d'inflammation locale au niveau de la tumeur, ou régionale au niveau du sein dont la valeur pronostique est grande lorsqu'ils existent.
- Sur les mammographies on recherche un éventuel deuxième foyer dans le sein homolatéral et dans l'autre sein.

F.1.2 A distance

On recherche des métastases à distance pour les cancers infiltrants d'1 cm ou plus.

Au minimum, pour tous les cas, afin d'avoir un élément comparatif, on réalise des radiographies pulmonaires et une échographie abdomino pelvienne. Pour les tumeurs de plus de 3 cm, les tumeurs SBRII ou III ou avec cytopronostic 2 ou 3, les tumeurs avec adénopathie clinique ou à l'examen anatomopathologique (curage ou cytologie) et les tumeurs évolutives, on réalise un examen TDM thoracique et abdominal, une scintigraphie osseuse et, si on peut, un PET. En cas d'anomalie suspecte à la scintigraphie on la précise par TDM et éventuellement IRM.

F.1.3 Sur le plan biologique

On précise le SBR si cela n'a pas été fait, On précise également qu'elle est le taux de récepteurs hormonaux aux œstrogènes et à la progestérone. On note le taux de CA15-3, qui peut être élevé en cas de tumeur importante ou déjà métastasée.

A la fin du bilan d'extension on peut classer le cas selon la classification TNM (2002) :

T is : tumeur in-situ (non infiltrante)

T1 : tumeur de 2 cm ou moins

T1 mic : $\leq 0,1$ cm

T1a : de 0,5 cm ou moins et plus de 0,1 cm

T1b : de 1 cm ou moins et plus de 0,5 cm

T1c : de 2 cm ou moins et plus de 1 cm

T2 : tumeur de moins de 5 cm, >2 cm

T3 : tumeur de plus de 5 cm

T4 : tumeur avec extension à la paroi thoracique ou à la peau, ou tumeur inflammatoire

T4a : extension à la paroi thoracique

T4b : œdème (incluant peu d'orange), ulcération de la peau ou nodules cutanés satellites

T4c : T4a + T4b

T4d : cancer inflammatoire

N0 : pas d'adénopathie axillaire

N1 : adénopathie homolatérale axillaire mobile

N2a : adénopathie homolatérale axillaire fixée

N2b : adénopathie mammaire interne clinique

N3a : adénopathie infraclaviculaire

N3b : adénopathies cliniques axillaire et mammaire interne

- On précise les antécédents pathologiques et les affections associées éventuelles, en particulier celles qui peuvent gêner le traitement (anesthésie, chimiothérapie avec anthracycline etc...)

F.3. Sur le plan psychologique

- On s'informe de l'existence possible de cancers du sein dans la famille ou dans l'entourage de la malade pour savoir quelle représentation du cancer du sein elle peut avoir et pour conseiller éventuellement une consultation génétique.
- On explique à la malade le traitement, ses contraintes, les bénéfices qu'on peut en espérer, les complications éventuelles. On explique également la nécessité de la surveillance à long terme à cause du risque de rechute. On note enfin dans le dossier que ces informations ont été données.

F.4. Éléments pronostiques

Les principaux critères pronostiques pour les **cancers infiltrants** présentés en taux de survie à 5 ans sont les suivants.

Critères cliniques

T1	85-90 %	N0	80 %
T2	75-80 %	Np (adénopathie clinique)	65 %
T3	60-70 %	Pev0	75 %
T4	40-60 %	Pev 2 et Pev3	50 % (15 % avant la chimiothérapie)

Age inférieur à 35 ans = mauvais pronostic

Bonne réponse à la chimiothérapie première = bon pronostic

Critères anatomopathologiques

SBRI	90 %	N-	90 %
SBRII	80 %	N+	60-70 %
SBRIII	70 %		

Tous ces différents critères pronostiques sont liés : c'est dans la catégorie des T1 qu'il y a le plus de SBRI, de NO et de N-. Cependant chacun des critères pronostiques indiqué à une valeur pronostique en soi si tous les autres facteurs pronostiques sont égaux.

G. Moyens thérapeutiques

G.1. Chirurgie

G.1.1 La chirurgie radicale

La chirurgie radicale, non conservatrice, est représentée par la mastectomie simple type Patey. Associée à une exérèse des pectoraux l'intervention prend le nom de Halstedt, autrefois très pratiquée, qu'on ne réalise plus qu'en cas d'envahissement de ces muscles.

La mastectomie simple est maintenant souvent associée à une reconstruction mammaire. Cette reconstruction est réalisée en prenant du tissu au niveau des muscles du grand dorsal ou du grand droit de l'abdomen et avec parfois l'aide d'une prothèse incluse. Cette reconstruction est d'autant plus volontiers faite que la femme est jeune et désireuse d'avoir une compensation anatomique à la perte de son sein. Elle est faite en un temps si possible, sinon dans un deuxième temps (tissus ne permettant pas la reconstruction immédiate, qualité de l'exérèse douteuse demandant d'attendre le résultat de l'analyse histologique de la pièce opératoire, important risque de récurrence locale...)

G.1.2 La chirurgie conservatrice

Le terme habituellement utilisé est celui de tumorectomie pour signifier qu'on enlève la tumeur et pas le sein. Dans cette intervention on enlève en fait la tumeur plus une partie de tissus sains autour car les limites effectives de la tumeur ne coïncident pas avec les limites macroscopiques de la tumeur. D'autres noms sont parfois employés tels que « quadrantectomie » ou « segmentectomie ». Il s'agit de nuances concernant les tissus apparemment sains enlevés.

Elle n'est réalisée que si la tumeur n'est pas trop grande comparativement à la taille du sein afin que le résultat, en terme de conservation de la forme, soit satisfaisant. En France on considère que cette chirurgie est possible jusqu'à 3 cm.

G.1.3 Le curage axillaire

Il est associé à la mastectomie ou à la tumorectomie. Il est inutile en cas d'épithélioma in situ ou en cas de tumeur infiltrante $\leq 0,5$ cm. L'atteinte des relais ganglionnaires supérieurs sans atteinte des premiers relais inférieurs est exceptionnelle. Si les premiers relais ne sont manifestement pas envahis le curage s'arrête aux relais inférieurs et moyens réduisant ainsi le risque ultérieur de « gros bras » par lymphœdème. Pour les malades T1N0 est maintenant parfois utilisée la technique du ganglion sentinelle qui permet de repérer le 1^{er} ganglion de drainage du relais inférieur et d'en faire l'exérèse et l'examen anatomopathologique. S'il est négatif on ne pratique pas de curage.

G.1.4. Pour les métastases

La chirurgie orthopédique peut être nécessaire en cas de fracture et en cas de menace de fracture, la neuro-chirurgie en cas de compression médullaire ou de métastase cérébrale unique. Ces interventions sont pratiquement toujours complétées par une radiothérapie des régions opérée

G.2. Le traitement médical adjuvant

G.2.1 La chimiothérapie

Elle a progressivement pris une place considérable, puisque actuellement elle est indiquée chez la majorité des patientes. Ainsi une chimiothérapie adjuvante (anthracyclines, taxanes,...) doit bénéficier à toutes les patientes chez lesquelles ne se retrouvent pas associés plusieurs facteurs :

- tumeur < 1 cm ou in situ
- SBR 1
- N- (curage ganglionnaire négatif)
- RH+ (récepteurs hormonaux positifs)
- > 35 ans

Le traitement habituel classique est le protocole FEC100 (Farmorubicine à 100mg/m²) à raison d'une cure toutes les 3 semaines pour un total de 6.

Le bénéfice de la chimiothérapie est très significatif.

	Avant 50 ans	50 à 69 ans
Réduction du risque de rechute	35 %	20 %
Réduction du risque de mortalité	27 %	11 %

G.2.2 L'hormonothérapie

Elle s'adresse à toutes patientes avec récepteurs hormonaux positifs (RH+) et consiste en 5 ans de Tamoxifène à la dose de 20 mg par jour. Les comparaisons de durées : 2 ans versus 5 ans ont montré un bénéfice net en faveur de 5 ans ; par contre, la

comparaison 5 contre 10 ans n'a retrouvé aucun intérêt à 10 ans voire un léger effet délétère.

Les effets secondaires sont rares, ne nécessitant d'arrêter le Tamoxifène que dans moins de 3 % des cas. Il s'agit essentiellement de prise de poids (3-4 kg), thromboembolies, bouffées de chaleur, hyperplasie de l'endomètre avec petite augmentation du risque de cancer de l'endomètre. A l'inverse, le Tamoxifène exerce un effet bénéfique sur le capital osseux, voire cardiaque (par l'intermédiaire d'une action positive sur le cholestérol).

Le bénéfice de 5 ans de traitement, avec 15 ans de recul, existe de la même façon qu'il y ait ou non atteinte ganglionnaire, ménopause ou non avec une réduction du risque annuel de :

- rechute de 39 %
- décès de 24 %
- atteinte contralatérale de 53 %.

Ce bénéfice existe même en cas de chimiothérapie adjuvante associée (le Tamoxifène est habituellement donné après la chimiothérapie).

La castration (chirurgicale ou radiothérapique) s'adresse aux femmes préménopausées RH+.

La méta-analyse avec 15 ans de recul montre un bénéfice important en l'absence de chimiothérapie avec une réduction du risque annuel de :

- rechute de 25 %
- décès de 24 %

La castration médicale adjuvante par analogue de la LH-RH est en cours d'évaluation soit seule soit en association au Tamoxifène.

Le bénéfice de l'hormonothérapie persiste voire augmente avec le recul sur les courbes comparatives de survie.

L'Herceptine

Environ 30% des patientes atteintes d'un cancer du sein ont un gène déficient baptisé HER2/neu. En cas d'excès d'HER, les cellules du sein se reproduisent de façon anarchique et se répandent dans le corps: c'est le cancer.

L'Herceptine(trasuzumab) est un anticorps monoclonal expérimenté contre le cancer du sein qui s'attaque avec succès à cette protéine et provoque la mort des cellules cancéreuses.

L'herceptine est le premier traitement du cancer qui vise une altération génétique spécifique et soit donc capable de tuer les cellules malignes en épargnant les cellules saines",

Testé sur près de 500 femmes et comparé au traitement chimiothérapique standard, l'anticorps a permis d'obtenir une réduction de plus de 50 % de la tumeur, contre seulement 43 % avec le traitement classique. Combiné avec ce traitement chimiothérapique, l'herceptine s'est montré encore plus efficace.

Et les résultats obtenus face au taxol, un des meilleurs agents anti-cancéreux disponibles, ont été encore plus impressionnants : alors que seulement 16 % des malades voyaient leur tumeur réduire sous l'effet du taxol seul, elles ont été 42 % à réagir à la combinaison des deux traitements, soit une amélioration de 160 %.

L'herceptine présente en outre l'avantage de ne provoquer ni chute des cheveux, ni effondrement des globules sanguins. "Il peut parfois entraîner des troubles cardiaques mais ceux-ci peuvent être corrigés et le patient peut poursuivre son traitement"

G. 3. Les indications :

G.3.1. Indications thérapeutiques des formes non métastasées

G.3.1.1. Pour les tumeurs égales ou inférieures à 3 cm.

Tumorectomie + curage axillaire (mais pas de curage si la tumeur est peu infiltrante ou carcinome in situ) puis radiothérapie large : sein, aires ganglionnaires si N+ à l'exception du creux axillaire. La chaîne mammaire interne est irradiée en cas de tumeur située dans les quadrants internes même si le curage axillaire est N-. Puis radiothérapie de surdosage de la zone de tumorectomie

Si résection « insuffisante » ou « limite » : reprise chirurgicale conservatrice ou non et surdosage par curiethérapie si traitement conservateur après (ou éventuellement sans reprise chirurgicale). Idem si foyers multiples dans pièce opératoire.

G.3.1.2. Pour les tumeurs supérieures à 3 cm

- Si poussée évolutive ou tumeur de grande taille (supérieure à 7 cm) = chimiothérapie 1^{ère} plus ou moins hormonothérapie.
- En l'absence de poussée évolutive et en cas de tumeur égale ou inférieure à 7 cm = chimiothérapie 1^{ère} plus ou moins hormonothérapie ou radiothérapie 1^{ère} plus ou moins hormonothérapie.

- Que le traitement ait commencé par une chimiothérapie première seulement ou une radiothérapie première ou les deux, la décision pour le traitement ultérieur dépend de la réponse observée :
 - Si le reliquat est supérieur à 3 cm = mastectomie + curage,
 - Si le reliquat est égal ou inférieur à 3 cm = tumorectomie + curage,
 - S'il n'y a pas de reliquat clinique = on termine par une radiothérapie exclusive (avec si possible un surdosage par curiethérapie).
- Une autre attitude consiste à mener la radiothérapie à son terme (précédée éventuellement de chimiothérapie et si possible avec curiethérapie de surdosage).
S'il persiste à la fin un reliquat il peut être traité par tumorectomie ou mastectomie selon sa taille. C'est cette dernière façon de faire qui donne le plus haut taux de conservation mammaire. Pour les formes inflammatoires certains réalisent une mastectomie quel que soit le reliquat.
- On rappelle que l'attitude classique ancienne pour ces cas était la mastectomie + curage d'emblée (précédée de chimiothérapie, de radiothérapie ou des deux en cas de poussée évolutive ou de tumeur de grande taille) et suivie de radiothérapie en l'absence de radiothérapie pré opératoire. Les malades encore traitées de cette façon peuvent bénéficier éventuellement, secondairement, d'une reconstruction.

G.3.2. Indications thérapeutiques des formes métastasées

S'il s'agit d'un **cancer d'emblée métastasé** le traitement locorégional associé au traitement général est entrepris secondairement et fait appel en général toujours à une radiothérapie exclusive.

Le plus souvent **les métastases apparaissent secondairement** :

- **La radiothérapie** est indiquée en cas de métastases osseuses dans un but antalgique ou plastique.

Sur le plan antalgique l'indication est portée si la douleur résiste au traitement général spécifique et si elle est localisée. On ne traite que 1 ou 2 foyers en même temps. Des douleurs résiduelles de type mécanique peuvent persister après radiothérapie au niveau des vertèbres. Elles peuvent disparaître grâce à une vertébroplastie.

Sur le plan plastique la radiothérapie permet l'arrêt de l'évolution tumorale et une certaine recalcification se produit lorsqu'elle est irradiée avec les doses indiquées et une certaine recalcification se produit lorsqu'elle est irradiée avec les doses indiquées et une certaine recalcification se produit lorsqu'elle est irradiée avec les doses indiquées.

En cas de métastase d'un os long, et surtout d'un os porteur, l'effet plastique est insuffisant si la corticale est franchement atteinte. Plutôt que de courir le risque d'une fracture, il est alors préférable de commencer par un traitement orthopédique. Que le traitement orthopédique soit réalisé pour une fracture ou pour une menace de fracture, il est nécessairement suivi de radiothérapie.



Les métastases cérébrales sont traitées de l'encéphale en totalité sans attendre pour éviter l'apparition de déficits neurologiques ou l'évolution vers le décès d'origine neurologique. Exceptionnellement avec ce cancer on peut observer une métastase unique à traiter par chirurgie si son siège le permet ou par radiochirurgie (stéréoradiothérapie en séance unique) si la taille le permet.

I

Introduction:

I Introduction :

Le cancer du sein est un cancer qui ne concerne presque exclusivement que les femmes puisque seulement 1% des hommes présentent cette pathologie.

Le cancer du sein représente 32% des nouveaux cas de cancer, ce qui fait de lui un problème de santé par excellence. Il est rare avant 30 ans mais extrêmement fréquent entre 60 et 65 ans. Ce cancer est à l'origine de 20 % des décès féminins par cancer.

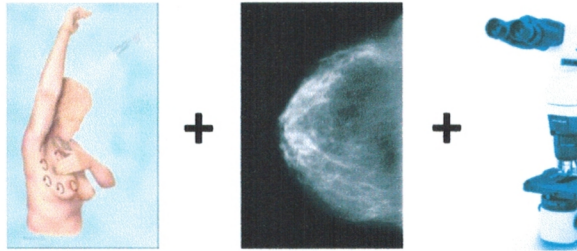
Ces quelques chiffres dressent un portrait rapide de cette pathologie qui justifie que l'on s'y intéresse de plus près. Comment évolue le nombre de nouveaux cas chaque année ? Les circonstances de découverte ? Quels sont les facteurs qui sont susceptibles de modifier l'incidence ? Tout le territoire de la wilaya est-il touché de la même façon par ce cancer ?.....

I Introduction :

Le diagnostique du cancer du sein repose sur le t

- La Clinique;
- L'Imagerie et
- L'anatomopathologie.

Ces dernières années, la prévention primaire par précoce des tumeurs mammaires représente un l'arsenal médical face au cancer du sein.



I Introduction :

Le traitement du cancer du sein repose sur :

- La chirurgie ;
- L'hormonothérapie ;
- La chimiothérapie et
- La radiothérapie.





L'étude qu'on a réalisé s'intéresse au cancer du sein avec un objectif principal qui est de mesurer les différents indicateurs épidémiologiques en rapport avec ce cancer chez les femmes hospitalisées au service de gynécologie obstétrique de Tlemcen de janvier 2008 à Aout 2011. L'enquête épidémiologique est de type descriptive rétrospective et s'est basée sur la récolte des données archivées du service de gynécologie obstétrique. (le service d'oncologie a refusé de coopérer à notre étude) Parmi les 377cas hospitalisées au sein du service de janvier 2008 à janvier 2011, 271 se sont révélés malins ce qui correspond a un pourcentage de + de **70% des cas.**



II

Matériel et Méthode :

II Méthodes et Matériels :



Le Modèle de présentation des données :

IMRAD

- Introduction
- Méthodes et Matériels
- Résultats
- Discussion

Le type d'étude :

- Descriptive ;
- Rétrospective.

La population cible :

- Les patientes hospitalisées au sein du service de gynécobstétrique, pour prise en charge de tumeurs malignes du sein entre l'année 2008 et 2011 (Aout)



II Méthodes et Matériels :



Les Paramètres de l'étude:

Nom	date d'entrée	Sein	circonstance de découverte	Age	ville / DAIRA	Cancer dans la famille	Ménarche	Ménopause	G P	Age à la première grossesse	Allaitement	TVS	Mastopaties bénignes	irradiation	Niveau socio-économique	Anapath	Mammographie	Echographie	Traitement :	Date de Sortie
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		
		G D																		

Fig.1: Le questionnaire type de notre étude



II Méthodes et Matériels :



Les paramètres de l'étude :

- **Date d'entrée**
- **Coté (droit- gauche-
billaéral)**
- **Circonstance de découverte**
- **Age**
- **Ville / DAIRA**
- **Cancer dans la famille**
- **Ménarchie**
- **Ménopause**
- **Grosse et parité**
- **Age A la première grossesse**
- **Allaitement**
- **THS**
- **Antécédents de
mastopathies bénignes**
- **Irradiation**
- **Niveau socio-economique**
- **Anatomopathologie**
- **Mammographie**
- **Echographie**
- **Traitement :**
- **Date de sortie**



II Méthodes et Matériels :



Le centre d'étude :

- Etude mono centrique réalisée au niveau du service de :
 - ✓ **Gynécologie-Obstétrique** de l'établissement hospitalier spécialisé Mère et Enfant.
 - ✓ **Oncologie Médicale** refus de coopération.



II Méthodes et Matériels :



Données Informatiques:

- Le traitement informatique des données a été réalisé par le logiciel Microsoft Excel.



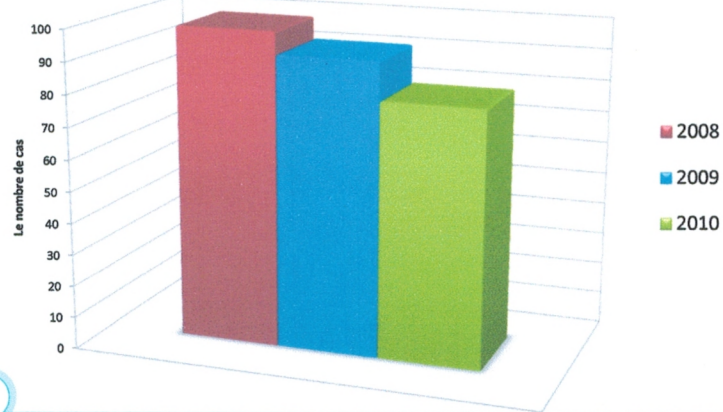
III

RESULTATS 2008-2010 :

III Résultats :

1- Répartition selon l'année de diagnostic :

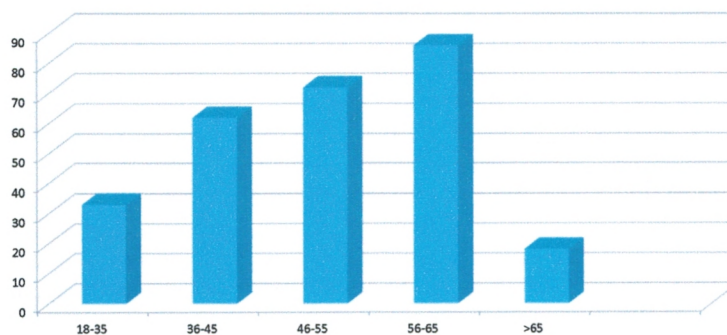
Années	2008	2009	2010	Nb total
Nombre de cas	99	92	80	271
Pourcentage %	36,5%	33,94%	29,52%	100



III Résultats :

2- Répartition selon l'âge :

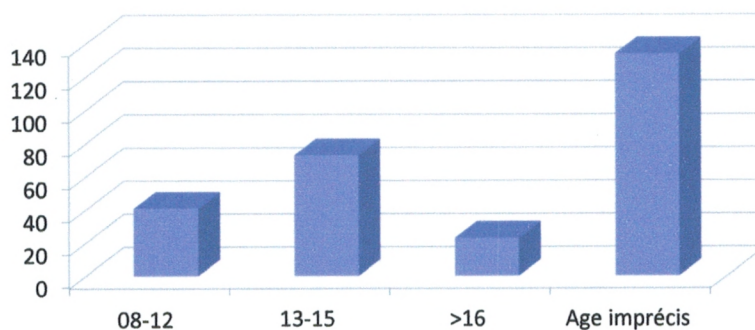
Age	18-35	36-45	46-55	56-65	>65	Total
Nombre de cas	33	62	72	86	18	271
%	12,17%	25,46%	26,56%	29,15%	6,64%	100 %



III Résultats :

3- Répartition selon la ménarchie :

Ménarchie	8-12	13-15	>16	Age imprécis	Total
Nb de cas	41	73	23	134	271
%	15%	27%	08%	49%	100

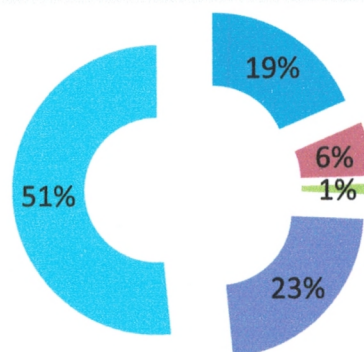


III Résultats :

4- Répartition selon la fréquence des facteurs de risques :

Facteurs de risque	Puberté précoce	Ménopause tardive plus de 52 ans	nulliparité	Absence d'allaitement	Tbs de plus de 5 ANS	Plusieurs facteurs de risque à la fois
Nb de cas	62	24	41	99	101	53
%	19%	07%	13%	30%	31%	16%

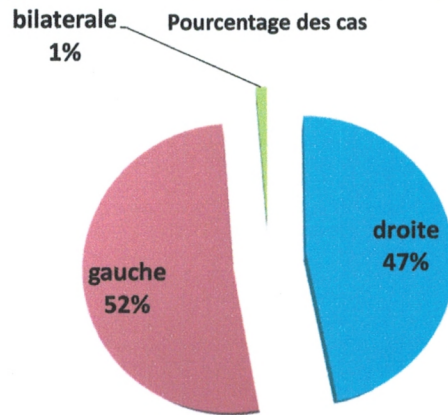
- Carcinome canalaire infiltrant
- Carcinome lobulaire infiltrant
- Carcinome in situ
- Indéterminé
- total



III Résultats :

5-Répartition selon la localisation :

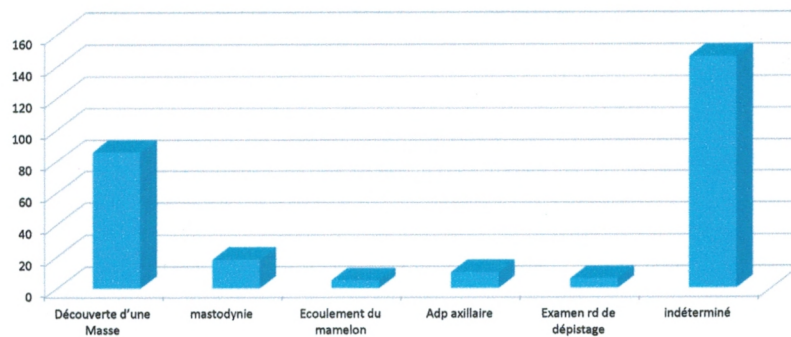
localisation	Droite	Gauche	Bilaterale	total
Nombre de cas	127	140	04	271
%	47%	52%	1%	100

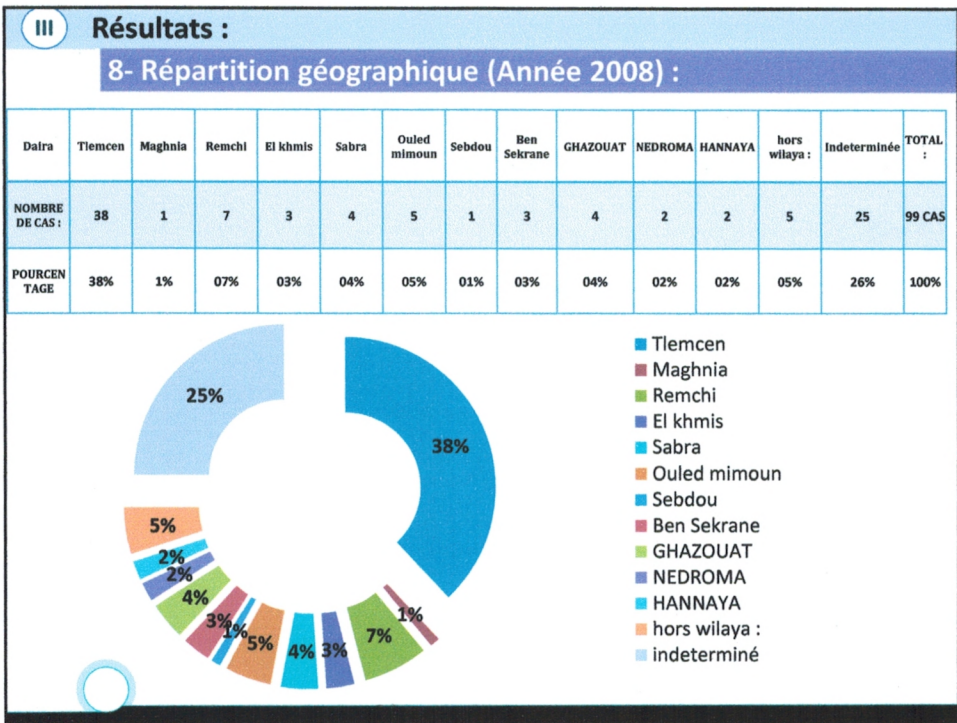
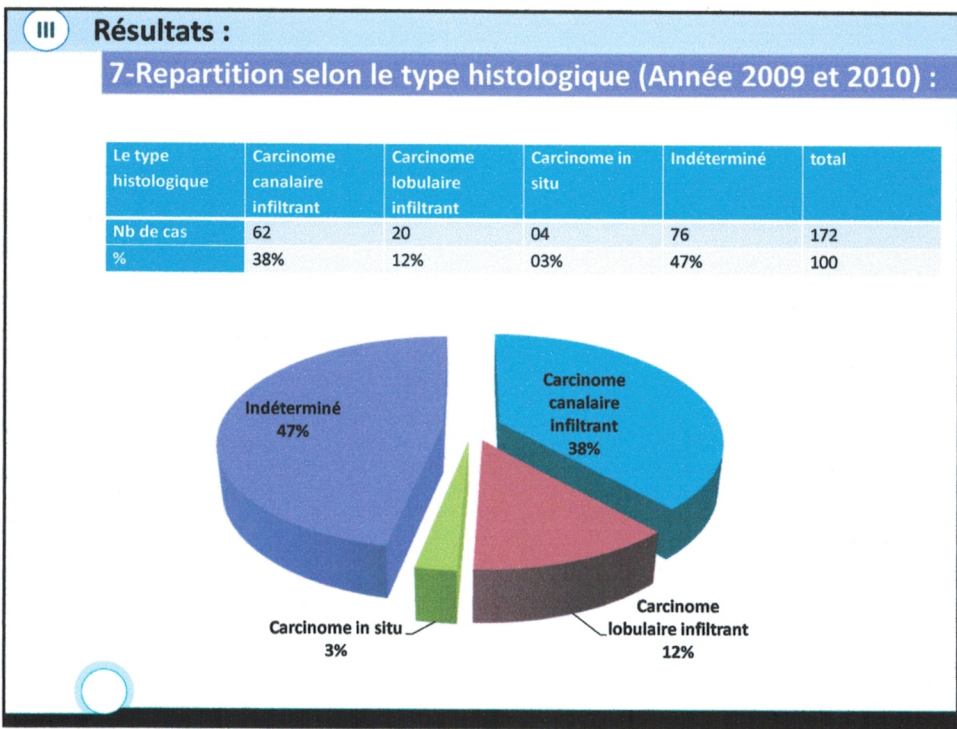


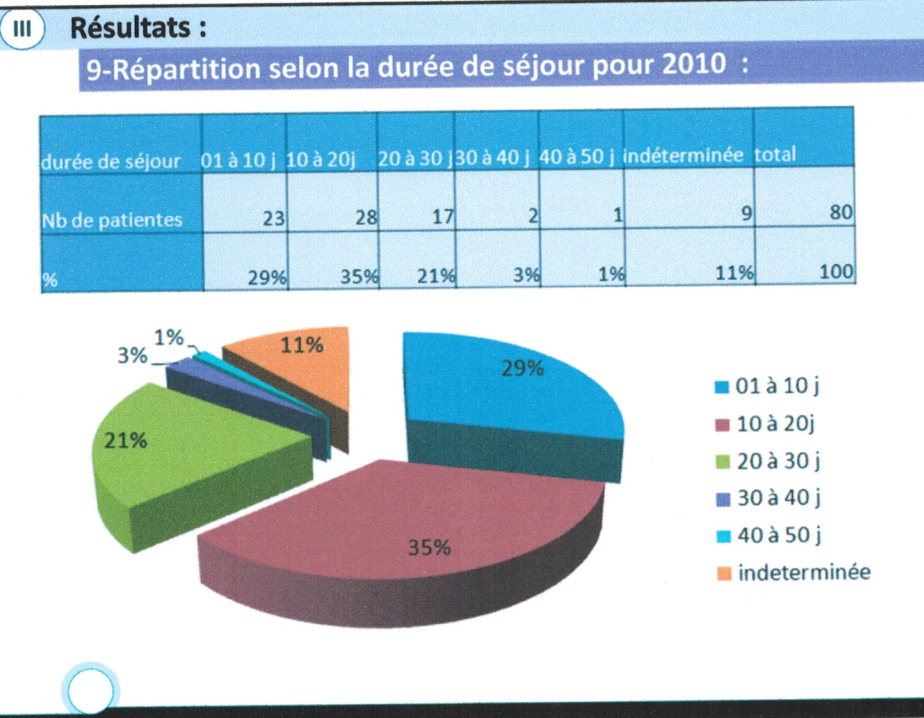
III Résultats :

6- Répartition selon les circonstances de découverte :

Mode de découverte	Découverte d'une Masse	mastodynie	Ecoulement du mamelon	Adp axillaire	Examen rd de dépistage	indéterminé	total
Nb de cas	86	18	05	10	06	146	271
%	31,7	6,6%	1,8%	3,7%	2,2%	53%	100







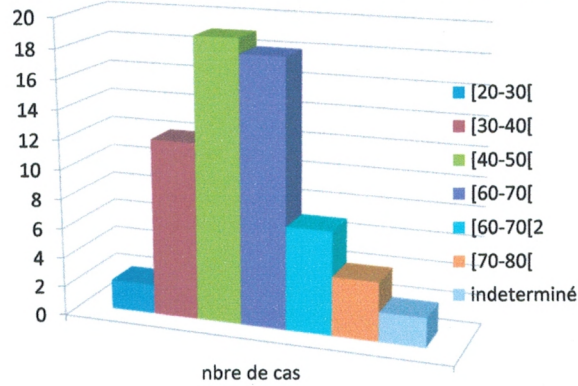
IV

RESULTATS 2011 (Janvier- Aout):

III Résultats :

Année 2011 : Répartition selon l'âge

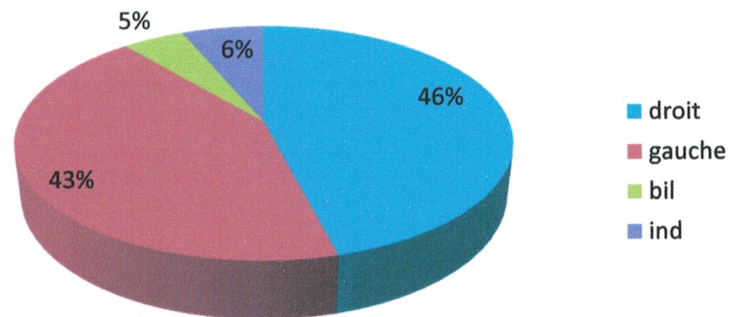
âge	[20-30[[30-40[[40-50[[60-70[[60-70[2	[70-80[indeterminé	total
Nb de cas	2	12	19	18	7	4	2	63

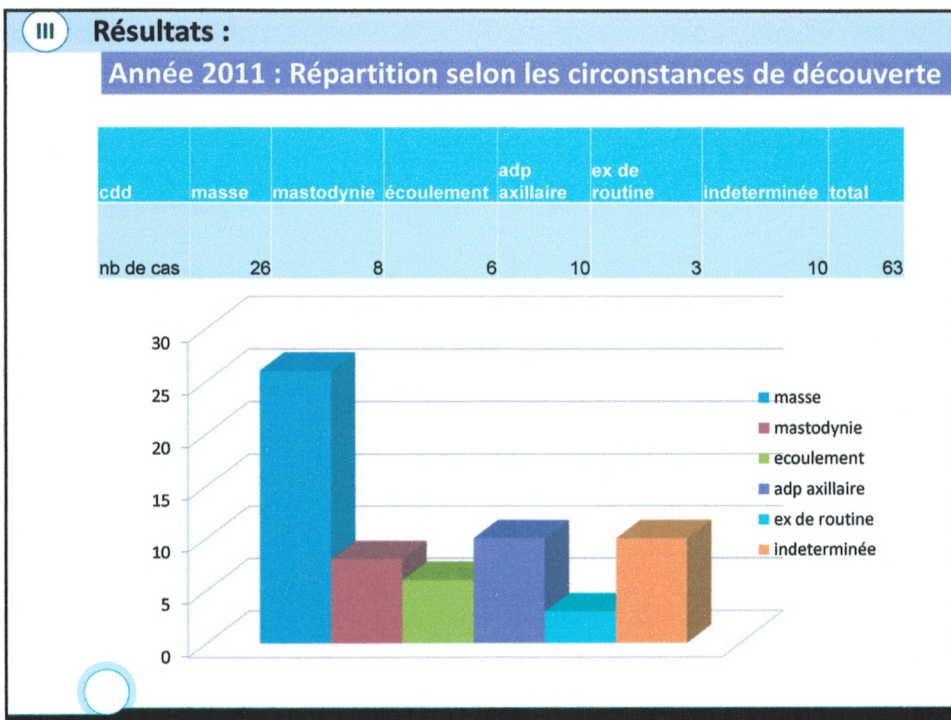
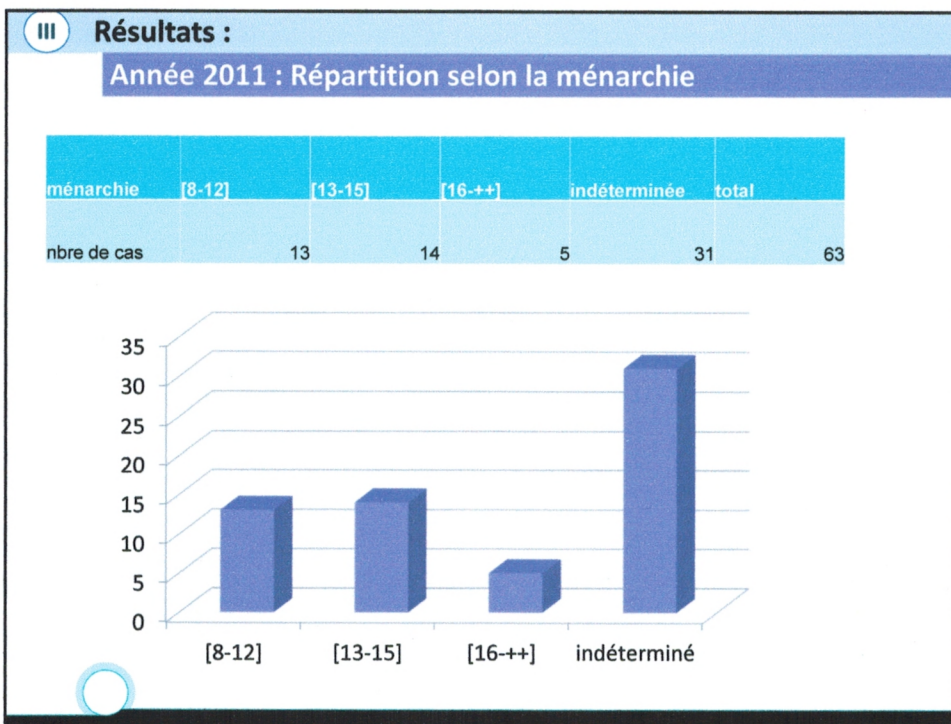


III Résultats :

Année 2011 : Répartition selon la localisation

coté	droit	gauche	bilatéral	indéterminé	Total
nombre de cas	29	27	3	4	63





V

DISCUSSION :

IV Discussion :

2-Graphe 1 : Répartition selon l'année de diagnostic :

Notre étude a conclu que l'année ou l'incidence du cancer du sein enregistré au niveau de notre service était la plus élevée correspond à l'année 2008, suivie d'une incidence plus faible en 2009 et en 2010. Or cette différence n'est du moins pas très significative et se résume en un nombre de cas différent ne dépassants pas les 15 cas entre 2008 et 2010.

- Incidence 2008 → 10/100 000 habitants.
- Incidence 2009 → 09/100 000 habitants.
- Incidence 2010 → 08/100 000 habitants.
- Incidence 2011 → 09/100 000 habitants.

Avec une incidence moyenne de 09/100 000 habitants

IV Discussion :

2-Graphe 2 : La Répartition selon l'âge 2008-2010 :

Le graphe de la répartition selon l'âge :
est explicite dans la mesure où le nombre de cas est en relation
avec l'âge, du moins concernant :18-65ans .

On note un pic de fréquence entre 56-65ans ; le fait que cela
n'apparaît pas au delà des 65ans pourrait être expliqué par la
population algérienne qui est jeune ou par une défaillance due à
un manque de culture sanitaire. En théorie :

3/4 des cas sont notés chez les femmes de plus de 50 ans
2 cancers sur 3 apparaissent après la ménopause.

IV Discussion :

3- Répartition selon la latéralisation et la ménarchie2008-2010 :

La latéralisation :

Le graphe laisse apparaître que le développement du cancer du
sein se situe au niveau droit et gauche respectivement avec une
légère prédominance gauche.

Selon la ménarchie :

Sur le graphe ,il y a un pic de fréquence du cancer du sein chez
les femmes ayant eu une ménarchie entre 13-15ans alors qu'en
théorie c'est la ménarchie précoce (c'est à dire avant 12ans) qui
est un facteur de risque, ce-ci peut être lié au nombre
considérable de cas ou l'âge de la ménarchie n'a pas été précisé.

IV Discussion :

3- Répartition selon les circonstance de découverte 2008-2010 :

Selon les circonstances de découverte :

cette représentation montre que dans 31.7% la découverte se fait lors de l'apparition d'une masse cependant on ne peut généraliser car le nombre de cas ou les circonstances de découverte n'ont pas été précisés est important (53%).

Ceci peut être rattaché au fait qu'il y ait un manque de dépistage précoce du cancer du sein et le retard d'instauration de la mammographie systématique après l'âge de 50 ans, dans notre pays (introduit qu'en 2010)

Selon la répartition géographique :

Sur cette représentation graphique on remarque un pic de fréquence à Tlemcen ville, ceci pouvant être expliqué par :

la proximité du centre hospitalo- universitaire donc la facilité d'accès au soin.

L'importance des campagnes de sensibilisation contre le cancer du sein.

La culture sanitaire et le niveau intellectuel des femmes touchées contribueraient aux résultats discutés.



IV Discussion :

3- Répartition selon les facteurs de risque 2008-2010 :

Dans notre étude, on a remarqué que l'absence d'allaitement représente le facteur de risque le plus important à raison de 30% , suivi par la contraception 25%.

La puberté précoce représente 19% et la ménopause tardive 07% et ceci peut être conforté les données théoriques relatives à l'hyperoestrogénie.

La nulliparité représente 13% de l'ensemble des facteurs de risque.

- Les nouvelles recommandation de l'académie de médecine pour prévenir le cancer du sein :

1-concevoir un bébé avant 25 ans .

2-diminuer les facteurs de risque surpoids sédentarité tabac.

3-éviter les THS qui aggravent les cancers du sein.

4-repérer les femmes à haut risque.



IV Discussion :

3- Répartition selon les facteurs de risque 2008-2010 :

L'année 2011 ne peut être étudiée avec les années précédentes par ce que le travail a été fait sur 08 mois d'où sa discussion à part.

-L'âge de découverte :

On constate une répartition plus ou moins équitable entre les 2 tranches d'âge 40-50 ans et 50-60 ans pour 19 et 18 cas respectivement de ce fait on peut conclure que le cancer du sein apparaît chez des femmes de plus en plus jeune. Ceci dit on ne peut confirmer cette constatation qu'après la fin 2011 c'est-à-dire recueil de toutes les données manquantes à la représentation graphique .

IV Discussion de l'année 2011 :

3- Répartition selon la localisation, Ménarchie et âge de découverte :

la localisation :

sur ce graphe on remarque que le développement de cancer du sein intéresse toujours les 2 cotés à savoir le droit et gauche avec une légère prédominance à droite.

Ménarchie et circonstances de découverte :

Les résultats se calquent sur ceux recueillis durant intervalle 2008-2010 .

IV Conclusion:

Les données de notre étude ont globalement étaient en parfaite corrélation avec les données théoriques, ce qui ramène à conclure que le profil épidémiologique des tumeurs du sein à Tlemcen tend de plus en plus à se calquer sur celui des pays industrialisés et cela pourrait être expliquer par le changement du mode de vie, la multiplication des facteurs de stress , l'implosion de l'utilisation des oestro-progestatifs par les femmes Algérienne et les sources d'irradiations (ondes des antennes relais, ondes wifi

V Rappel dépistage :

Le dépistage du cancer du sein :

Lorsque le cancer du sein est décelé à un stade précoce il se soigne beaucoup mieux et permet de diminuer la mortalité de 25 pour cent lorsque la taille de la tumeur est inférieure à 1 cm et qu'aucun envahissement ganglionnaire n'est constaté la chance de survie à 05 ns est à 90 pour cent.

En France ; pour répondre à ce problème un dépistage gratuit a été instauré depuis 2004 par mammographie.

Le taux de participation est de 70 pour cent des femmes entre 50 ns et 74 ans avec une diminution de 1/3 de mortalité

Prés de 3000 femmes pourraient être sauvées chaque année si 70 pour cent de femmes âgées entre 50 et 74 ans faisaient le dépistage tous les 2 ans en 2 lectures .

7 pour cent des cancers qui ne sont pas décelés lors de la 1ere lecture sont repérés à la 2eme lecture .

Il faut environ 5 ans pour qu'une tumeur atteigne 1 mm, 2 ans pour quelle atteigne 5 mm encore 2asn pour atteindre 2 cm taille suffisante pour la palpation.

EPIDEMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN A TLEMCCEN

Service I _____ I date I _ I _ I _ I N°dossier I _____ I

I. IDENTIFICATION DU MALADE

- Nom jeune fille :
- Nom du mari :
- Prénom :
- Date de naissance : I _ I _ I _ I
- Age : I _ I
- Lieu de naissance :
- Adresse :
- Sexe : Masculin Féminin
- Quel est votre groupe sanguin
O⁺ O⁻ A⁺ A⁻ B⁺ B⁻ AB⁺ AB⁻ ne sait pas

II. CARACTERISTIQUES SOCIO-CULTURELLES

- Situation matrimoniale :
 - Célibataire
 - Mariée
 - Divorcée
 - Veuve
- Consanguinité : Oui non
- Niveau d'étude :
 - Illettrée
 - Primaire
 - Moyen
 - Secondaire
 - Supérieur
- Avez-vous une activité professionnelle
Oui Non
Si arrêt depuis quand I _ I mois I _ I ans
Profession antérieur :
- Profession actuel :
- Retraite
- Niveau socio-économique : élevé moyen faible

➤ Notion de cancer dans la famille : oui non

	Cancer du sein	Autres cancers	Localisation
Père			
Mère			
Grand parent paternel			
Grand parent maternel			
Frère			
Sœur			
Oncle			
Tante			
Enfant			

V. CARACTERISTIQUES GYNECO-OBSTETRIQUES

- Age à la ménarchie I__I durée de cycle I__I jamais été réglée
- Ménopause : oui non Pré ménopause
- Si oui naturelle
- Artificielle par :
- Hystérectomie Ovariectomie Hormonothérapie radiothérapie Autre
- précisez :
- âge ménopause I__I
- Nombre de grossesse I__I
- Age première grossesse I__I
- Nombre d'accouchement à terme I__I autre I__I
- Préciser
- Nombre d'enfants nés vivant I__I Nombre d'enfants morts nés I__I
- Nombre de fausses couches I__I

VI. ALLAITEMENT MATERNEL

Allaitement : oui non les deux seins sein droit sein gauche

Nombres d'enfants allaités au sein I__I

Durée d'allaitement totalisée sur l'ensemble des enfants (en mois) I__I

III. ATCDTS TOXIQUES

- Poids I__I taille I__I IMC I__I
- Obésité : oui non
 - Tabagisme :
 oui non Nb pq/j I__I Nb.cig/j I__I non précisée
 - Exposition au tabac passif oui non
Dose :
 modéré moyenne augmentée non précisée
 - Alcoolisme :
 oui non durée de consommation I__I
type :.....
 - Contraception : oui non
Si oui la méthode contraceptive pilule stérilet préservatifs injectable
 spermicides autre
précisez :.....
 - Nom pilules :
 - Type de pilule : normo dosée minidosée micro dosée mixte non précise
 Age de début : I__I durée consommation I__I continue discontinue
 Durée de consommation avant la première grossesse I__I
 - Notion de TRT substitutif : oui non durée I__I
type.....

IV. ATCDTS PATHOLOGIQUES

- ATCDS médicaux :.....
- ATCDS chirurgicaux :.....
- Tumeur primitive : oui non
localisation :.....
- Notion traumatisme sein : oui non
Infections à répétitions : oui non
type :.....
- Intervention chirurgicale en gynécologie : oui non
type.....
- Notion d'infection HBV : oui non si oui
résultat :.....
- Tumeurs bénignes au niveau du sein : oui non
Type :.....
- Notion tumeurs bénignes du sein dans la famille : oui non
Type :.....
lien parente :.....

VII. DIAGNOSTIC

- Motif consultation :.....
.....
- Diagnostic : clinique cytoponction radiologique biopsie. autres
- Date de diagnostic I _ I _ I _ I
- Résultat cytoponction:.....
.....
.....
- Résultat mammographie :.....
.....
.....
- Résultats échographie :.....
.....
- Récepteurs hormonaux :.....
.....
- Localisation : sein droit sein gauche bilatérale
- Siège :
Sein droit : mamelon et aérole , central , quadrant supéro-interne , quadrant supéro-externe , quadrant inféro-interne , quadrant inféro-externe , prolongement axillaire , autre siège ectopique
- Sein gauche : mamelon et aérole , central , quadrant supéro-interne , quadrant supéro-externe , quadrant inféro-interne , quadrant inféro-externe , prolongement axillaire , autre siège ectopique
- Type histologique :.....
.....
.....
- Adénopathies : oui non
si oui siège :.....
- Métastases à distance : oui non si oui localisation :.....
- Classification : TNM.....
- Délai entre apparition des signes et traitement :.....

V. TRAITEMENT

- Chimiothérapie : oui non Nbre de cures I _ I
Néo adjuvante oui non
- Chirurgical : oui non date I _ I _ I _ I
Type intervention :.....
- Radiothérapie : oui non
- Suivi : oui non
- TRT hormonale oui non si oui type :.....
- Date des dernières nouvelles : I _ I _ I _ I
- TRT aux œstrogènes : oui non
Type de traitement.....

VI Références :

- Cours universitaire la faculté de Médecine de Rennes.
- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.
- Cours du cancer du sein de la faculté de Médecine de Tlemcen (Pr. BENHBIB).
- Gynécologie-Obstétrique, édition GREGO-VERNAZOBRES.
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale partie Gynécologie ELSEVIER.