

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S.)

SECTION MEDECINE

Année Universitaire 1991 - 1992

THESE N° 3

**Aspects Epidémiolo-Cliniques et Anato-mo-pathologiques
du cancer du sein chez la femme au Burkina Faso.**

Etude rétrospective portant sur huit ans.

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juillet 1992

Pour obtenir le
**GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

*Par : OUEDRAOGO Hamidou
Né en 1961 à Kaya*

Jury :

Président	:	Professeur Agrégé	Amadou SANOU
Membres	:	Docteur	Jean LANKOANDE
		Docteur	O. TRAORE
Directeur de Thèse	:		Professeur Agrégé Robert B. SOUDRE

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
(F.S.S.)

PERSONNEL ADMINISTRATIF DE LA F.S.S :

DOYEN :

Pr. Ag. R. Moumouni OUMINGA

VICE DOYEN CHARGE DES AFFAIRES ACADEMIQUES :

Pr. Ag; SOUDRE B. Robert

VICE DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE

Pr. Ag. GUISSOU I. Pierre

DIRECTEUR DE STAGE:

Dr. OUEDRAOGO K. Raphaël

SECRETAIRE PRINCIPAL :

BANHORO Gustave

C S A F C :

SAVADOGO Moussa

CONSERVATEUR :

KARANTAO Mamadou

RESPONSABLE DE LA SCOLARITE :

GNEGNE Seydou

LISTES DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA
Hilaire TIENDREBEOGO

Anatomie organogenèse et chirurgie
Sémiologie et Pathologie médicale

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH

Santé Publique
Neuro -chirurgie

Maîtres de Conférences Agrégés

Amadou SANOU
Bobilwendé Robert SOUDRE
Tinga Robert GUIGEMDE
Julien Y. ILBOUDO
Bibiane KONE
Alphonse SAWADOGO
Innocent Pierre GUISSOU

Chirurgie
Anatomie pathologique
Parasitologie
Orthopédie-Traumatologie
Gynécologie-Obstétrique
Pédiatrie
Pharmacologie-Toxicologie

Maître de Conférences associé

Jean TETSTA

Epidémiologie - Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Ould MOHAMMEDI
Rachid BOUAKAZ

Dermatologie
Maladies infectieuses

Maîtres -Assistants

Kongoré Raphaël OUEDRAOGO
François René TALL
Lady Kadidiatou TRAORE
Mamadou SAWADOGO

Chirurgie
Pédiatrie
Parasitologie
Biochimie

Assistants Chefs de clinique

Pascal BONKOUNGOU
Boukari Joseph OUANDAOGO
Tanguet OUATTARA
R. Joseph KABORE
Mamadou Patrice ZEI
Luc SAWADOGO
Philippe ZOURE
Saïdou Bernard OUEDRAOGO
Issa SANOU
Toungo Christian SANOU (in memoriam)
Raphaël DAKOURE
K. Ludovic KAM
Piga Daniel ILBOUDO
Doro SERME
Virginie TAPSOBA
Adama LENGANI
Sophar HIEN
Jean LANKOANDE
Hamadé OUEDRAOGO
Arouna OUEDRAOGO
Oumar TRAORE
Joseph Y. DRABO
Blaise SONDO
Abdoulaye TRAORE
Jochin SANOU
Madi KABRE
Kampadilemba OUOBA
Salifo SAWADOGO
Gana Jean Gabriel OUANGO
Alexis ROUAMBA
Daman SANO
Si Simon TRAORE

Assistant Chef de Clinique associé

Gérard MITELBERG

Assistant associé

Akpa Raphaël GBARY

Chargés de cours

Annette SCHWEICH
Jean LANDOIS
Daniel TRANCHANT
Maurice GALIN

Gastro-Entérologie
Cardiologie
Chirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Gynécologie-Obstétrique
Radiologie
Pédiatrie
Oto Rhino Laryngologie
Anatomie-Chirurgie
Pédiatrie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Néphrologie
Chirurgie
Gynécologie-Obstétrique
Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Psychiatrie
Chirurgie
Endocrinologie
Santé publique
Santé publique
Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Oto Rhino Laryngologie
Oto Rhino Laryngologie
Hématologie
Psychiatrie
Anesthésie-Réanimation-Physiologie
Chirurgie
Chirurgie

Psychiatrie

Epidémiologie

Physiologie
Chirurgie
Endocrinologie
Oto Rhino Laryngologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

TRAORE S. Alfred

Akry COULIBALY

Immunologie

Mathématiques

Maîtres de Conférences

Sita GUINKO

Biologie cellulaire-Botanique B.V.

Laya SAWADOGO

Physiologie-Biologie cellulaire

Boukary LEGMA

Chimie Générale

Laou Bernard KAM

Chimie

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Maîtres Assistants

W. GUINDA

Zoologie

Léonide TRAORE

Biologie cellulaire

Adama SABA

Chimie organique

François ZOUGMORE

Physique

Longin SOME

Mathématiques-statistiques

Gomtibo Jean Baptiste OUEDRAOGO

Physique

Aboubakary SEYNOU

Statistiques

Assistants

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Appolinaire BAYALA (in memorium)

Physiologie

Jeanne MILLOGO

T.P. Biologie cellulaire

Raymond BELEMTOUGOURI

T.P. Biologie cellulaire

Institut du Développement Rural

Maître-Assistant

Didier ZONGO

Génétique

Faculté des Sciences Economiques et Gestion (FASEG)

Maître Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie-Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

TAHITA

Législation Pharmaceutique (Droit)

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY

Physiologie

Dr Jean Zézouma SANOU

Psychiatrie

Dr. Bruno ELOLA

Anesthésie-Réanimation

Dr. Jean KABORE

Neurologie

Dr. Michel SOMBIE

Planification

Mr. Abdoulaye KEITA

Administration

Mr. René DALLA

Statistiques

Mlle Rasmata TRAORE

T.P. Bactériologie

Mr. Casimir KADEBA

T.P. Biochimie

Dr. Madi KABRE

Oto Rhino Laryngologie

Dr. Nicole PARQUET

Dermatologie

Dr. Nazinigouba OUEDRAOGO

Physiologie

Dr. Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr. THIOMBIANO Adama

Législation Pharmaceutique

Dr. Sidiki TRAORE

Galénique

Dr. Badioré OUATTARA

Galénique

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE
Pr. Abibou SAMB
Pr. José Marie AFOUTOU
Mr. Makhtar WADE
Pr. M.K.A. EDEE
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE -NIANG

Hématologie (DAKAR)
Bactériologie-Virologie (Dakar)
Histologie-Embryologie (Dakar)
Bibliographie (Dakar)
Biophysique (Lomé)
Physiologie (Dakar)

Pr. Ag. R. DARBOUX

Histologie - Embryologie (Bénin)

O.M.S.

Dr. Jean Jacques BERJON
Dr. Frédéric GALLEY
Dr. Moussa TRAORE
Pr. Auguste KADIO
(Abidjan)
Pr. Jean Marie KANGA
Pr. Arthur N'GOLET

Histologie-Embryologie (Créteil)
Anatomie pathologique (Lille)
Neurologie (Bamako)
Pathologies infectieuses et parasitaires

Dermatologie (Abidjan)
Anatomie pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. J.C. KOUYOUMDJIAN
Pr. Daniel LAURENT
Pr. Michel DUSSARDIER
Pr. Michel JAN
Pr. Etienne FROGE

Biochimie (Créteil)
Physiologie (Créteil)
Physiologie (Marseille)
Neuro-Anatomie (Tours)
Médecine Légale
Médecine de travail (Tours)
Biochimie (Tours)
Ophtalmologie (Marseille)
Biophysique (Créteil)
Histologie-Embryologie (Paris)
Histologie-Embryologie (Paris)
Endocrinologie (Reims)
Endocrinologie (Reims)
Pharmacie Galénique (Paris XI)

Pr. Henri MOURAY
Pr. P. QUEGUINER
Mlle Evelyne WIRQUIN
Mr. P. JOUANNET
Mr. THEPOT
Dr. Claire SCHWARTZ
Dr. Brigitte DELEMER
Pr. Denis OUESSIDJEWÉ

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc VAN DAMME
Pr. MOES

Chimie Analytique-Biophysique
Galénique

DEDICACE

JE DEDIE CETTE THESE A :

A mon père (IN MEMORIUM)

Les sages conseils et l'éducation que j'ai reçue de toi continuent à guider mes pas. Que la terre te soit légère.

A ma mère

Trouve ici l'expression de mon indéfectible amour filial.

A marâtre

A mes frères et soeurs

Seul le travail console.

Expression d'un amour fraternel

A Olivier et Aïcha

Merci pour vos conseils

A mes amis

Kouka, Désiré, Lambert, Issaka, Jean, Hamado, Alidou.

A mon groupe de stage

Elie, François et Kadi pour la franche collaboration.

A Marcelle

L'amour ne périt jamais

A ma fille Djamila

Malgré ton âge tu as su quand même m'obéir.

A toutes les femmes qui souffrent ou qui ont souffert de cancer de sein.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du Jury

Professeur Agrégé Amadou SANOU
Maître de Conférence en Chirurgie

Nous sommes très émus par l'honneur que vous nous faites en acceptant de Présider notre Jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre dynamisme, votre rigueur dans le travail, ainsi que vos compétences nous restent gravés dans l'esprit.

Profonde gratitude et profond respect.

A Notre Maître et Juge

Docteur Jean LANKOANDE
Assistant chef de clinique en Gynéco-Obstétrique

Accepter de juger ce travail malgré vos occupations est un honneur que vous nous faites.

Votre constante disponibilité, votre dynamisme dans le travail, votre encadrement sans faille forcent le respect et l'admiration.

Profonde Reconnaissance

A notre Maître et Juge

Docteur Oumar TRAORE
Assistant chef de clinique en chirurgie

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de vous déplacer pour juger ce travail.

Profonde Reconnaissance

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Agrégé Robert SOUDRE

Maître de Conférence Agrégé en Anatomie pathologique.

Vous avez accepté de nous guider tout le long de notre travail.

Nous avons apprécié votre modestie, votre rigueur scientifique, votre souci du travail bien fait, ainsi que vos qualités humaines et d'homme de sciences.

Puisse ce travail que vous avez dirigé satisfaire à vos attentes.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

Nous avons reçu du soutien logistique et moral de la part de plusieurs personnes et elles méritent d'être citées. Pour cela nos remerciements vont :

- A tout le personnel du Centre hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO où nous avons eu à travailler dans le cadre de notre thèse.
- A tout le personnel du Pavillon C femme du service de chirurgie du centre hospitalier National Sanou Sourou, pour la facilitation quant à l'accès aux dossiers.
- A Seydou GNEGNE pour tout ce qu'il a fait.
- A Madame SIMPORE de l'ASECNA pour son aide inoubliable et Salvatrice.
- A Marcel, Aïcha et Alice de SYSAFRICA pour leur constante disponibilité.
- A tous mes amis qui ont oeuvré matériellement pour la réalisation de ce travail.

“La Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni improbation”.

SOMMAIRE

	Pages
I) ENONCE DU PROBLEME _____	17
II) OBJECTIFS _____	20
OBJECTIF GENERAL _____	20
OBJECTIFS SPECIFIQUES _____	20
III- DONNEES GENERALES _____	22
III- 1- HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN _____	22
III- 1- 1- NAISSANCE D'UN CANCER DU SEIN _____	22
III- 1- 2- EVOLUTION CLINIQUE ET CROISSANCE TUMORALE _____	22
III- 2- ANATOMIE DE LA GLANDE MAMMAIRE _____	23
III-3- HISTOLOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE _____	24
III- 4- ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CANCERS MAMMAIRES _____	24
A) Les formes non infiltrantes _____	24
1) Carcinome intracanalair _____	24
2) Carcinome lobulaire in situ _____	25
B) Formes infiltrantes _____	25
III- 5- EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE _____	27
A) Détermination d'une population à haut risque _____	27
B) clinique _____	27
1) Début _____	28
2) Etat _____	28
C) Evolution _____	29
D) formes cliniques _____	30
1) Les formes Topographiques _____	30
2) Les formes symptomatiques _____	30
3) Les Formes anatomiques spéciales _____	31
4) Formes selon le terrain. _____	32
5) Quelques problèmes particuliers _____	32
E) classification tnm du cancer du sein _____	33

F) traitement	34
1) Les méthodes chirurgicales	34
2) La radiothérapie	35
3) L'hormonothérapie	35
4) chimiothérapie	36
5) L'immunostimulation	36
G) INDICATIONS DU TRAITEMENT	36
IV) METHODOLOGIE	40
V) RESULTATS ET ANALYSE	43
1) DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	43
A) Fréquence	43
B) Age	47
C) L'Ethnie	49
D) Profession	49
E) statut Matrimonial	50
F) Ménopause	50
G) Parité	50
H) Antécédent de pathologie Mammaire	52
2) DONNEES CLINIQUES	53
A) Motif de consultation	53
B) Délai de consultation	55
C) Stade clinique du cancer	57
c1. taille de la tumeur	57
c2. Localisation des ganglions	57
c3. Les métastases	58
c4. Stade du cancer	60
D) Siège de la Tumeur	62
1- siège par rapport au sein	62
2- Siège par rapport au quadrant	62
3) DONNEES HISTOLOGIQUES	63
VI) COMMENTAIRES DISCUSSION	68
1) Limites et contraintes de l'Etude	68
2) Les données Epidémiologiques	68
2. 1 : La fréquence	68
2. 2 : L'âge	69

2.3 : La profession	69
2.4 : L'ethnie	69
2.5 : Le Statut Matrimonial	70
2.6 : La ménopause	70
2.7 : La Parité	70
2.8 : Les antécédents de Mastopathies	71
3 : Les données cliniques	71
3.1 : Le motif de consultation	71
3.2 : Le délai de consultation	71
3.3 : Stade du cancer	72
3.4 : Le siège de la tumeur	72
4 : Données histologiques	72
4.1 : Le type histologique	72
4.2 : Le grade Histopronostic de Bloom, Scarff et Richardson	73
VII) CONCLUSION PROPOSITIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	78
Anatomie pathologique du sein	78

I) ENONCE DU PROBLEME

Le cancer est une prolifération anarchique d'un ou de plusieurs clones cellulaires qui sont exclus des lois de l'homéostasie. Le cancer du sein regroupant toutes les tumeurs épithéliales et conjonctives malignes de la glande mammaire, vient au 1° rang des cancers gynécologiques de la femme dans les pays développés, et prend la 2° place après les cancers du col utérin en Afrique (4).

La première cause de mortalité par cancer féminin dans les pays développés est encore représentée par ce cancer.

Aux ETATS UNIS il représente la tumeur la plus fréquente et la plus meurtrière chez la femme blanche et compte pour 22% de tous les cancers (32). Le taux de mortalité n'a cessé de croître au cours des années. De 1920 à 1958 le taux de mortalité est passé de 6 à 18 pour 100.000 personnes aux ETATS UNIS (32).

Longtemps considéré comme rare en Afrique, ce cancer prend une courbe ascendante de plus en plus inquiétante [32]. Cela n'est-il pas dû à des facteurs de risques mal connus ? Laounidou Mouzaka n'aurait-il pas raison de croire qu'il est utile de réévaluer tous les facteurs connus de risque d'un cancer du sein, également sous l'angle d'influence de facteurs psychotraumatisants ? (décès d'une personne bien aimée, vie sexuelle insatisfaisante, comportement négatif du mari, difficultés financières etc..) (26).

Aussi, le manque d'information sur ce qu'est le cancer du sein, et les longs délais que mettent les femmes pour la consultation font que ce cancer est découvert à un stade tardif, ce qui diminue du même coup la survie après traitement (25). Tout cela fait que le cancer du sein demeure une maladie sociale du fait de son impact familial, psychologique et socio-économique. Dans la littérature le maximum de fréquence se situe entre 35 et 60 ans, mais de nos jours, il est aussi diagnostiqué en grand nombre à un âge plus bas (36).

De part et d'autre en Afrique, il a un taux élevé, 16,25% à Dakar en 1980, 12,8% à Brazzaville, 16,44% au Burkina Faso en 1976. (32,4)

Le Burkina Faso est un pays en voie de développement situé dans la zone soudano sahélienne avec une couverture sanitaire insuffisante. Le taux de survie du cancer du sein ne peut connaître une amélioration que par un diagnostic précoce, et l'examen systématique des femmes

exposées. La prévalence que nous offrent alors les statistiques hospitalières est loin de la réalité. Pour cela nous nous sommes proposés de faire une étude sur ce cancer, qui jusque là n'a pas fait l'objet d'étude récente. Nous pensons que notre étude contribuera à mettre en place des stratégies pour une éducation sanitaire de la population et surtout des femmes exposées, à faire connaître ce qu'est le cancer du sein, et enfin à mettre l'accent sur le diagnostic précoce afin que nos chères mères et soeurs retrouvent espoir.

OBJECTIFS

II) OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Situer la place du cancer du sein parmi les cancers gynécologiques en général et étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques au Burkina Faso.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Déterminer la fréquence du cancer du sein parmi les cancers gynécologiques.
- 2) Dégager les principales caractéristiques épidémiologiques des patientes.
- 3) Déterminer la forme anatomopathologique la plus fréquente dans les cancers du sein au Burkina Faso.
- 4) Déterminer l'importance du cancer dans la pathologie mammaire tumorale.
- 5) Proposer une stratégie réaliste de lutte.

D O N N E E S
G E N E R A L E S

III- DONNEES GENERALES

III- 1- HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN

III- 1- 1- NAISSANCE D'UN CANCER DU SEIN

Le cancer du sein naît au niveau des cellules de la partie terminale des canalicules. Une série de lésions bénignes a été décrite ; celles-ci constituent vraisemblablement les étapes successives de l'évolution des lésions précancéreuses : hyperplasie simple, c'est à dire une augmentation modérée du nombre d'assises cellulaires ; hyperplasie atypique où, à l'augmentation nette de l'épaisseur des lésions, s'ajoutent des anomalies cytologiques, enfin cancer in situ, c'est à dire prolifération anarchique avec respect de la membrane basale. L'étape finale est celle du passage du cancer in situ au cancer invasif. Chacun des passages d'une étape à une autre est peu fréquent, ce qui explique que seule une petite proportion des lésions progresse jusqu'au stade de cancer invasif.

La séquence des étapes successives lorsque les lésions progressent jusqu'au cancer invasif, s'étale sur plusieurs années ou décennies.

III- 1- 2- EVOLUTION CLINIQUE ET CROISSANCE TUMORALE

Il est peu de cancers humains dont l'évolution soit aussi variable et apparemment aussi imprévisible que celle du cancer mammaire. Parfois la maladie est foudroyante. En quelques mois, ou même quelques semaines, un nodule à peine perceptible à la palpation atteint un volume notable ; malgré un traitement chirurgical précoce et radical, la tumeur récidive localement, résistant à toutes les thérapeutiques ; dès métastases à distance apparaissent et la malade meurt en quelques mois. Inversement, tous les médecins ont connu de ces malades qui pour des raisons diverses refusent longtemps toute intervention. La tumeur grossit lentement, paraît même parfois rester stable pendant plusieurs années. Quand la malade, enfin se décide à faire l'exérèse d'une masse devenue gênante par son énorme volume. A la surprise générale la tumeur peut ne pas récidiver et la malade vit sans métastases. Classer les premières en formes bénignes avec poussés évolutives, les secondes en formes malignes ont le mérite de poser le problème mais n'apporte aucune réponse. Faut-il expliquer ces différences par les caractéristiques de la relation

haute tumeur ? Ces discussions ne restent pas académiques, car en médecine toute théorie à des implications cliniques.

Quand à la croissance tumorale, vers les années soixante, deux types de recherches attirèrent l'attention des cliniciens.

En mesurant sur des radiographies successives la taille des métastases pulmonaires, Colins montra qu'en l'absence de traitement leur volume croissait avec une vitesse constante depuis leur apparition sur les clichés jusqu'à la mort des malades. Cette croissance exponentielle peut être caractérisée par le temps de doublement du volume tumoral.

De plus en extrapolant vers l'origine la courbe de croissance tumorale on s'aperçut que la naissance d'un cancer précédait d'une décennie ou plus le moment de son émergence clinique (38).

III- 2- ANATOMIE DE LA GLANDE MAMMAIRE

Les glandes mammaires sont des glandes cutanées situées sur la paroi antérieure du thorax, en avant du grand pectoral dans l'épaisseur du pannicule adipeux qui double la peau.

De forme hémisphérique, elles mesurent environ 10 centimètres de hauteur sur 12 centimètres de largeur.

Elles se projettent sur la cage thoracique de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte entre le bord latéral du sternum et la ligne axillaire. La glande mammaire est formée par la réunion de plusieurs glandes indépendantes les unes des autres, au nombre de 15 à 20 appelées lobes.

Chaque lobe correspond à une glande en grappe, et possède un canal excréteur ou canal galactophore (ductus lactiferi) qui s'ouvre au niveau du mamelon (papilla mammae) par un pore galactophore.

L'aréole entoure le mamelon : elle a la forme d'un disque coloré de 3 à 5 centimètres de diamètre.

Au niveau de l'aréole et du mamelon, les téguments contiennent des glandes sébacées (glandula aréolaires) qui terminent les petites éleveures : Les tubercules de Morgagni ; des fibres

musculaires lisses forment le muscle aréolaire. L'ensemble constitué par la glande mammaire, la peau qui la recouvre et la couche cellulo adipeuse intermédiaire, forme le sein (mamma).

Après l'accouchement, sous l'action d'une hormone appelée prolactine, les glandes mammaires sécrètent du lait pendant une durée variable.

III-3- HISTOLOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE

La glande mammaire est une glande exocrine, tubuloalvéolaire composée, faite de 15 à 20 lobes, eux mêmes subdivisés en lobules. Son architecture est schématiquement superposable à celle des autres glandes exocrines composées. On y trouve un système ramifié de canaux excréteurs successivement intralobulaires puis interlobulaires (canaux galactophores de premier ordre s'ouvrant au niveau pores galactophores du mamelon), des portions sécrétrices tubuloalvéolaires entourées de cellules myoépithéliales, appendues à l'extrémité des canaux interlobulaires et du tissu conjonctif d'emballage (successivement intralobulaire, et interlobulaire) contenant des vaisseaux sanguins et des lymphatiques.

III- 4- ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CANCERS MAMMAIRES

Il y a plusieurs types histologiques de cancer du sein ; les formes non infiltrantes et les formes infiltrantes.

A) Les formes non infiltrantes

1) Carcinome intracanalair

Il se développe à partir de tout territoire excréteur de la glande mammaire. Les canaux sont dilatés et comblés par des cellules épithéliales polyédriques assez volumineuses, au cytoplasme légèrement acidophile clair, les noyaux arrondis présentent quelques irrégularités. Le diagnostic est purement histologique.

2) *Carcinome lobulaire in situ*

Il se développe au moins au début de son évolution, dans la partie terminale des canaux galactophores, c'est à dire à la jonction canaliculo-acineuse. Dans 30% des cas elle se transforme en carcinome infiltrant dans les décennies suivantes, le cancer apparaissant souvent dans le sein opposé à celui où un diagnostic de carcinome lobulaire in situ a été porté antérieurement.

B) Formes infiltrantes

1) Carcinome canalaire infiltrant

C'est la forme histologique la plus fréquente dite encore carcinome canaliculaire ou carcinome simplexe. Le néoplasme est fait en principe d'une infinité de cavités glanduliformes plus ou moins individualisées.

De ce type histologique de carcinome mammaire, il est bon d'individualiser une forme dite carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaulaire prédominante, le pronostic étant possiblement modifié par le rapport foyers non infiltrants/foyers infiltrants (6).

L'épithélioma canaliculaire infiltrant représente plus de 75% des cancers du sein.

2) Carcinome lobulaire infiltrant

Les cellules carcinomateuses, généralement dissociées les unes des autres, se distribuent à travers un stroma fibreux abondant, en fines travées dites en file indienne. Les cellules tumorales se disposent également concentriquement autour des canaux mammaires qui persistent.

3) Carcinome mucineux ou colloïde

Le cancer est constitué de cellules claires, disposées en amas ou en cordons baignant dans un abondant mucus.

Parfois le mucus s'accumule dans le cytoplasme pour donner aux cellules un aspect typique en bague à châton.

4) Carcinome médullaire

Il s'agit d'un épithélioma canalaire tout à fait indifférencié, à stroma lymphoïde. La lésion est composée de cellules épithéliomateuses volumineuses plus ou moins polymorphes souvent en mitose qui se regroupent en travées ou en lobules de taille variable.

5) Carcinome papillaire

Il est encore appelé épithélioma dendritique. Il peut être remarquablement différencié et difficile à distinguer de l'adénome papillaire qui est souvent pluricentrique.

6) Carcinome tubuleux

Il se présente comme un carcinome infiltrant, bien différencié fait de tubes revêtus d'une seule assise épithéliale, repartis dans un stroma fibreux, parfois très cellulaire.

Macroscopiquement le cancer est petit dépassant rarement 1 cm de diamètre.

7) Carcinome adénoïde kystique

Cette tumeur, décrite également sous le terme de cylindrome a un aspect histologique sensiblement superposable à celui du cylindrome des glandes salivaires.

8) Carcinome sécrétant (juvénile)

Il s'agit d'une tumeur plutôt rare qui peut se développer dans le jeune âge ; d'où le terme parfois de carcinome juvénile.

9) Carcinome apocrine

Certains carcinomes canaux infiltrants peuvent être formés de tubes ou canaux, faits de cellules à cytoplasme très abondant, éosinophile, parfois finement granuleux de type apocrine.

10) Carcinome métaplasique

On regroupe sous ce terme, différents types de carcinome canalaire infiltrant qui présentent des remaniements métaplasiques importants allant de la différenciation malpighienne à un aspect pseudosarcomateux.

11) Carcinome argyrophile

Des cellules argyrophiles sont décrites dans la glande mammaire gravidique et en lactation.

C) Maladie de Paget du mamelon

Il s'agit d'un épithélioma canaliculaire qui se propage à l'épithélium, mamelonnaire de revêtement. Les couches de cet épithélium malpighien du mamelon renferment des cellules volumineuses au cytoplasme clair appelées cellules de Paget.

III- 5- EPIDEMIOLOGIE ET CLINIQUE

A) Détermination d'une population à haut risque

Une femme sur 15 développera dans sa vie un cancer du sein. Le pic fréquence se situe entre 45 et 60 ans. Toutes les études statistiques et étiologiques mettent en évidence des facteurs de risque :

- Antécédents familiaux de cancer du sein : le risque est multiplié par 5 si c'est la mère qui avait le cancer, il sera multiplié par 3 si c'était la soeur.
- Premières règles précoces et ménopause tardive, une primiparité tardive après 35 ans multiplient le risque par 2 tout comme la nulliparité.
- Antécédents de mastopathie bénigne surtout mastopathie fibrokystique, multiplient la fréquence du cancer du sein de 2 à 7.
- Le rôle de la pilule eostroprogestative n'est pas prouvé dans le risque du cancer du sein.

B) clinique

On prendra pour type de description un cancer habituel à forme d'épithélioma atypique infiltré chez une femme d'âge moyen

1) *Début*

Il arrive heureusement que l'on rencontre un cancer du sein à un stade précoce de son évolution . Tout se résume à un noyau du sein découvert fortuitement par la malade car ce nodule est indolore.

L'examen est conduit suivant des règles habituelles la malade nue jusqu'à la ceinture.

L'inspection ne montre rien . La palpation elle même délicate et c'est bien souvent avec l'aide du malade que l'on découvre en faisant rouler la glande qu'on applique sur la paroi thoracique, un nodule petit comme une amande, ferme paraissant bien limité, n'adhérant nullement à la paroi, à la peau, au mamelon.

L'exploration des chaînes ganglionnaires ne découvre aucun ganglion. On explore soigneusement le creux de l'aisselle, la chaîne mammaire externe en raclant la paroi interne en partant du sommet du creux, le groupe axillaire en descendant contre la paroi externe de l'aisselle juste derrière le grand pectoral.

On explore également l'aisselle opposée et le creux sus claviculaire en faisant tousser la malade.

On achève de se renseigner sur le passé génital et mammaire de la malade sans découvrir aucun fait pathologique .

2) *Etat*

Beaucoup plus souvent le cancer est reconnu à un stade où il est déjà évident sur ses seuls signes cliniques. La malade connaît l'existence d'un noyau depuis plusieurs mois et l'avait négligé mais s'inquiète parce qu'il grossit progressivement .

L'inspection peut déjà noter l'existence à jour frisant d'une tuméfaction si le sein est maigre parfois elle montre une rétraction en cupule de la peau ou une attraction du mamelon .

La mobilisation de la peau en regard de la tumeur peut extérioriser une adhérence cutanée qui se traduit par une ride cutanée plus épaisse que normalement, parfois par un capitonnage en peau d'orange .

Le diagnostic ne fait alors pratiquement aucun doute, néanmoins pour éviter toute cause d'erreur, il faut là encore pratiquer un examen histologique extemporané .

C) *Evolution*

En l'absence de traitement, l'évolution du cancer du sein se fait inexorablement vers la mort.

- 1) Localement l'extension de la tumeur à la peau finie par aboutir à l'ulcération . Cette ulcération est atone, à bords éversés mais non décollés, à fond sanieux, saignant .
- 2) L'évolution est souvent hâtée par des métastases à distance.

- Les métastases osseuses

Elles sont très fréquentes, le cancer du sein étant particulièrement ostéophile. Elles intéressent les os longs, révélées par des douleurs ou une fracture spontanée et surtout le rachis . Ces métastases rachidiennes entraînent douleurs et compressions radiculaires.

- Les Métastases thoraciques

Il peut s'agir d'adénopathies médiastinales se traduisant par des opacités étagées polycycliques débordant les contours de la silhouette médiastinale.

Il peut s'agir de métastases pulmonaires.

- Les autres métastases sont plus rares .

On peut voir des métastases hépatiques, cérébrales . Les métastases ovariennes ont parfois un volume suffisant pour être perceptible par l'examen génital .

D) formes cliniques

Les aspects cliniques du cancer du sein sont très nombreux

1) Les formes Topographiques

La forme du quadrant supéro-externe est la plus habituelle ; c'est elle qu'on a surtout eue encore comme type de description .

La forme des quadrants internes est caractérisée par une extension ganglionnaire précoce et massive des chaînes mammaires internes .

De plus la forme du quadrant supéro interne a une extension rapide vers les ganglions sus-claviculaire, celle du quadrant infero-interne se caractérise par une extension à la fois pariétale et lymphatique vers les grands droits de l'abdomen .

Il existe des cancers du prolongement axillaire de la glande qui ont pu être pris pour des adénopathies primitives du creux axillaire, la biopsie rectifiant le diagnostic .

Il existe des cancers sur glandes mammaires aberrantes. Les cancers bilatéraux peuvent être simultanés ou successifs, de formules histologiques distinctes, ce qui les oppose à l'extension ou aux métastases mammaires d'un seul cancer du sein. La forme du sillon sous mammaire est une forme grave, théoriquement à différencier de l'épithélioma sudoripare.

2) Les formes symptomatiques

a- Le cancer à forme kystique

Un cancer du sein peut se présenter sous la forme d'un adénome Kystique chez une femme jeune . C'est pourquoi le traitement des kystes par simple ponction n'est acceptable que s'il entraîne la disparition immédiate et complète du kyste , et surtout c'est pour cela que la majorité des chirurgiens sont partisans de l'exérèse chirurgicale avec un examen histologique extemporané .

b- Le cancer du sein en poussée évolutive

C'est une forme capitale à connaître car on sait que la chirurgie d'emblée y est formellement contre indiquée . Elle se traduit par :

Les troubles fonctionnels à type de picotements, de fourmillements, parfois à recrudescence prémenstruelle, des signes pseudo inflammatoires avec sensibilité à la pression, ; oedème pré tumoral donnant une impression de succulence, adénopathies, souvent sensibles et élastiques. Ces poussées évolutives peuvent se voir dans toutes les formes de cancer du sein . Elles sont un élément de mauvais pronostic .

3) Les Formes anatomiques spéciales

a- Le cancer encéphaloïde

C'est une forme rare mais très grave atteignant la femme jeune. Il réalise une tumeur molle, de consistance inégale, parfois fluctuante en certains points. L'ulcération est précoce et extensive , donnant issue à une matière grisâtre .

b- La Mastite carcinomateuse

C'est un cancer aigu, véritablement explosif, atteignant la femme jeune au cours de la lactation . Les signes locaux en sont très inflammatoires .

La mort survient rapidement avec une dissémination massive :

c- Le squirrhe pustuleux disséminé

Il est caractérisé par l'existence à distance et autour de la tumeur principale de petits nodules enchâssés dans le derme. C'est une forme grave, c'est souvent un aspect de récurrence.

d- Le squirrhe en cuirasse

C'est une forme très maligne caractérisée par une atteinte étendue sous forme de larges plaques superficielles rouges et indurées.

L'atteinte pleuro-pulmonaire y est précoce et par la même les phénomènes dyspneiques et aphysiques importants.

e- Le squirrhe atrophique

A l'opposé des précédentes, c'est une forme d'évolution lente qui se voit chez la femme âgée . Il se traduit par une tumeur de petit volume qui rétracte complètement le sein et dont l'ulcération est très tardive.

4) Formes selon le terrain.

Il faut insister à nouveau sur la gravité du cancer :

chez la femme jeune,
chez la femme enceinte,
au cours de la lactation .

5) Quelques problèmes particuliers

a- L'épithélioma dendritique intracanalair

Révélees par un écoulement sanglant par le mamelon, ces tumeurs de la région sous aréolaire sont des végétations intracanaliculaires le plus souvent bénignes en générale , des papillomes. L'exérèse avec examen histologique extemporané s'impose car il peut s'agir d'un papillome malin.

b- La Maladie de Paget du mamelon

Cette affection se voit chez la femme de la cinquantaine et se traduit par une ulcération très superficielle au sein d'une zone eczématiforme . Cette lésion ne régresse pas et au bout d'un certain temps .

Tantôt l'ulcération cutanée devient franchement épithéliomateuse, tantôt apparaît sous la lésion superficielle un cancer profond banal .

Bien que la pathogénie de la maladie de Paget reste discutée, on admet qu'elle doit toujours être considérée comme la manifestation superficielle d'un cancer du sein ou l'histologie retrouve dans la plupart des cas un cancer profond .

c- La dégénérescence des dystrophies du sein

Les Dystrophies uniques peuvent dégénérer, bien que rarement.
Le problème est ici simple puis qu'on sait que le cancer peut simuler une dystrophie et que, pour cette raison, la règle de l'exérèse avec examen histologique extemporané est formelle .

Par contre la dégénérescence des dystrophies multiples pose des difficultés plus grandes .
Au cours de la surveillance d'une dystrophie multiple du sein , toute modification de volume ou de consistance d'un noyau doit faire cesser absolument toute thérapeutique endocrinienne et faire recourir à la biopsie extemporanée .

E) classification tnm du cancer du sein

Au terme de tout examen sur un cancer du sein, on peut établir une classification T N M et juger de l'évolutivité de la tumeur.

T : volume de la Tumeur

T0 : Pas de tumeur palpable

T1 : Tumeur inférieure à 2cm

T2 : Tumeur de 2 à 5 cm

T3 : Tumeur supérieure à 5 cm

Pour les T1 T2 T3

a : sans fixation à l'aponévrose ni au muscle pectoral

b : avec fixation à l'aponévrose et/ou muscle pectoral.

T4 : quelque soit la taille de la tumeur avec extension directe à la peau et/ou à la paroi thoracique.

N : Les ganglions

N : pas d'adénopathie axillaire homolatérale palpable

N1 : Adénopathie axillaire homolatérale mobile

N1 a : considérée cliniquement non envahie



N2 b : considérée cliniquement envahie

N2 : adénopathie axillaire homolatérale fixée

N3 : adénopathie sus claviculaire homolatérale ou oedème du bras.

M : Les métastases

M0 : pas de métastases décelables

M1 : métastases à distance , y compris une adénopathie controlatérale.

Pev : poussée évolutive

Pev 0 : absence de poussée évolutive

Pev 1 : accroissement rapide récent

Pev 2 : signes inflammatoires limités à une partie du sein

Pev 3 : signes inflammatoires intéressant la totalité du sein (mastite carcinomateuse)

F) traitement

Il y a la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunostimulation .

1) Les méthodes chirurgicales

La chirurgie constitue l'essentiel du traitement du cancer du sein.

a- L'intervention à visée curative est l'amputation large avec curage ganglionnaire de l'aisselle ou opération de Halsted.

C'est l'extirpation large en un bloc de la glande mammaire et de la tumeur qu'elle contient, de son revêtement cutané, des 2 pectoraux et des aponévroses des parois de l'aisselle, de tous les ganglions et du tissu cellulo graisseux du creux de l'aisselle qui doit être soigneusement disséqué sans oublier les ganglions accessoires étagés le long du grand dentelé , sous l'aponévrose du grand dorsal . Pour ce faire il faut parfois sacrifier le nerf de Charles Bell le nerf du grand dorsal, celui du grand rond et mordre sur l'aponévrose du grand droit de l'abdomen . A la fin de (l'intervention, il ne doit plus y avoir dans l'aisselle que le pédicule vasculo nerveux du

membre supérieur débarrassé de toute graisse ; On peut même être amené à sacrifier la veine axillaire.

b- la chirurgie peut être encore plus élargie.

A cette amputation large avec curage ganglionnaire de l'aisselle, on peut adjoindre dans le même temps opératoire.

Un curage sus claviculaire .

Un curage des ganglions de la chaîne mammaire interne, qui comporte, après résection de la chaîne mammaire interne du 2^{ème} au 4^{ème} espace .

c- Il existe des interventions chirurgicales plus limitées l'amputation simple du sein ou mammectomie simple est le plus souvent proposée dans un but palliatif comme opération de propreté .

2) *La radiothérapie*

Ils ne sont en règle que complémentaires de la chirurgie

3) *L'hormonothérapie*

Elle est utilisée dans les cancers hormono dépendants .

- La castration : la période d'activité génitale représente le meilleur moyen de suppression des hormones femelles, elle peut être chirurgicale ou radiothérapique.
- la surrénalectomie bilatérale
- l'hypophysectomie
- la cortisone : les effets secondaires rendent son emploi difficile .

4) *chimiothérapie*

Chimiothérapie Elle a pour but la destruction des cellules tumorales à l'aide de produits divers cytotoxiques . Ils sont soit des antimétaboliques, soit antimétaboliques . Il y a :

- La vincristine, le cyclophosphamide, le 5 fluoro-uracile et le melphalan . Certains préconisent l'adriamycine .

5) *L'immunostimulation*

Les essais en cours sont encourageants . On sait que maintenant toute baisse des défenses générales facilite le développement et la croissance tumorale .

G) INDICATIONS DU TRAITEMENT

Bien qu'elles ne soient pas encore strictement codifiées, certaines règles générales sont maintenant bien admises.

1) Dans le cas habituel d'un cancer qui semble présenter les meilleures chances de guérison, c'est le cancer du quadrant externe, sans adénopathie perceptible et sans métastases :

L'opération de Halsted est la base du traitement .

La Roentgentherapie post opératoire doit être systématique si l'examen de la pièce, qui doit être fait ganglion par ganglion, a montré leur envahissement histologique .

La castration de préférence chirurgicale, est recommandée chez la femme jeune . Certains points restent discutés .

La radiothérapie pré-opératoire est faite par certains, de principe, d'autre considéré qu'elle n'est pas utile, voire qu'elle est dangereuse . Lorsque l'examen histologique montre que les ganglions sont indemnes, certains se passent de radiothérapie post opératoire, d'autres la font faire de principe.

2) **Dans les cancers centraux ou internes**

Il semble logique d'adjoindre le curage de la chaîne mammaire interne

3) Dans les cancers avec adénopathies cliniquement perceptibles . La conduite est la même .

L'indication de la radiothérapie pré-opératoire est généralement admise.

4) Dans les cancers en poussée évolutive

L'indication est formelle : Il faut arrêter la poussée par la radiothérapie pré-opératoire a laquelle on peut parfois joindre la castration et l'hormonothérapie pré-opératoire. En tout cas, jamais de chirurgie d'emblée qui peut entraîner de véritables flambées .

5) En cas de cancers ulcérés

La radiothérapie est formellement indiquée .

Elle sera suivie d'une mammectomie de propreté, soit même, dans certains cas ayant réagi favorablement a la radiothérapie, d'une opération de Halsted.

Dans ces formes apparemment catastrophiques, des survies appréciables sont parfois obtenues.

6) Les cancers très évolués avec envahissement cutané et pariétal et adénopathies volumineuses.

On commencera par le traitement radiothérapique . S'il est efficace on pourra envisager une opération de Halsted .

7) En cas de métastases

Soit d'emblée, soit après traitement de la lésion mammaire, le traitement n'est peut être que symptomatique :

Radiothérapie sur la lésion osseuse .

Castration chez la femme jeune

Hormonothérapie à fortes doses.

8) En cas de cancer du sillon sous-mammaire

On envisagera le traitement par les agents physiques seuls ou combinés à une mammectomie de propreté.

9) En cas de squirrhe atrophique

L'attitude classique en raison de sa lente évolution et de sa survenue chez une femme âgée était l'abstention . Il existe cependant qu'il y ait intérêt à associer la radiothérapie à une mammectomie simple.

METHODOLOGIE

IV) METHODOLOGIE

Pour atteindre nos objectifs précédemment annoncés, nous avons procédé à une étude rétrospective couvrant la période de 1984 à 1991. Le choix de cette période est simplement fait parce que le laboratoire d'anatomie pathologique était devenu plus fonctionnel.

CADRE DE L'ETUDE

La collecte de nos données à été faite à l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO à Ouagadougou et à l'hôpital SANO Sourou à Bobo-Dioulasso. A Ouagadougou, nous avons relevé tous les résultats histologiques concernant les cancers du sein et leur origine. Nous avons recherché les dossiers correspondants dans le service de chirurgie B et la maternité. A Bobo-Dioulasso, nous avons fait de même mais les dossiers ont été recherchés au pavillon C femmes en chirurgie.

LA TECHNIQUE

Notre étude est rétrospective et porte sur huit ans. Elle a consisté à une étude de données déjà existantes dans les différents services sus-cités.

CHOIX DES VARIABLES

Le support de collecte des données est une fiche contenant différentes variables choisies pour répondre à l'aspect épidémiologique clinique et anatomopathologique du sujet. Ce sont : âge, ethnie, profession, situation matrimoniale, parité, ménopause, antécédents de pathologie mammaire, le motif de consultation, le délai de consultation, le stade clinique du cancer, le type histologique. (voir fiche d'enquête en annexe)

LIMITES ET BIAIS

Le long de notre étude a été jalonné de difficultés de plusieurs ordres.

La collecte des données a été difficile à cause de la mauvaise tenue de certains dossiers, et aussi certains dossiers sont restés introuvables.

Avec le type histologique du cancer relevé au laboratoire d'anatomie pathologique nous n'avons pas retrouvé tous les dossiers correspondants et vice versa.

Nous avons retrouvé 53 dossiers complets sur 124 malades. La méthode rétrospective permet une collecte rapide de données certes, mais l'inconvénient de cette méthode est que certains dossiers ne se retrouvent pas à cause du mauvais archivage, et aussi certains dossiers retrouvés ne contiennent pas toutes les variables recherchées.

RESULTATS ET ANALYSE

V) RESULTATS ET ANALYSE

1) DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

A) Fréquence

tableau I : Place du cancer de sein parmi les cancers gynécologiques.

cancers gynécologiques	fréquence	Pourcentage
cancer du sein	124	45,7%
cancer du col	70	25,8%
cancer de l'ovaire	26	9,5%
cancer de l'utérus	30	11%
cancer de la vulve	5	1,8%
cancer du vagin	8	2,9%
chorio carcinome	9	3,3%
Total	271	100%

Le cancer du sein tient une place très importante parmi les cancers gynécologiques avec 45,7%. Viennent ensuite respectivement le cancer du col 25,8%. Le choricarcinome 3,3%, Le cancer du vagin 2,9% et enfin le cancer de la vulve 1,8%. Le cancer du sein est 1,7 fois plus fréquent que le cancer du col utérin.

Figure N° 1 : PLACE DU CANCER DU SEIN PARMIS LES CANCERS GYNECOLOGIQUES

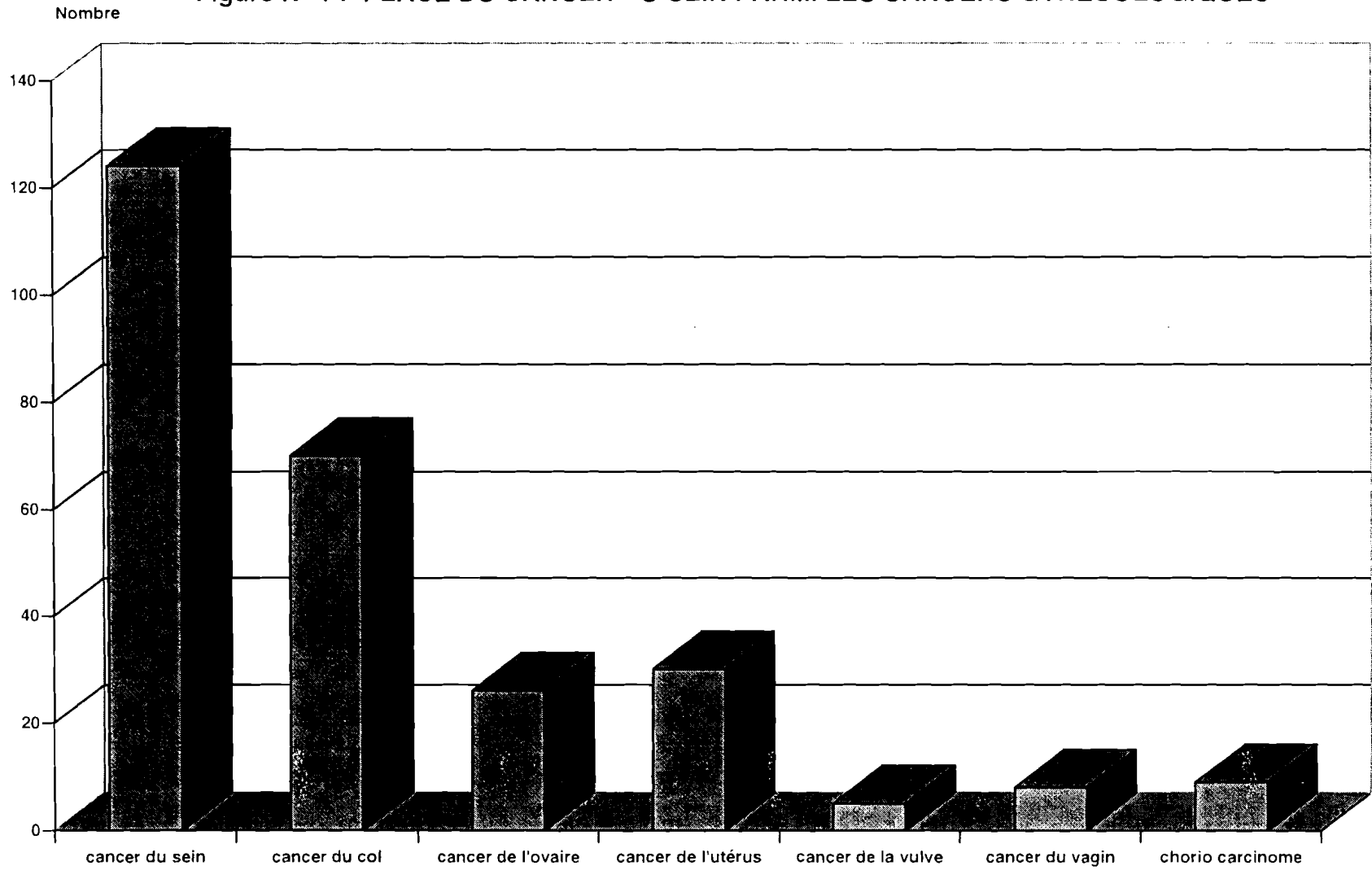


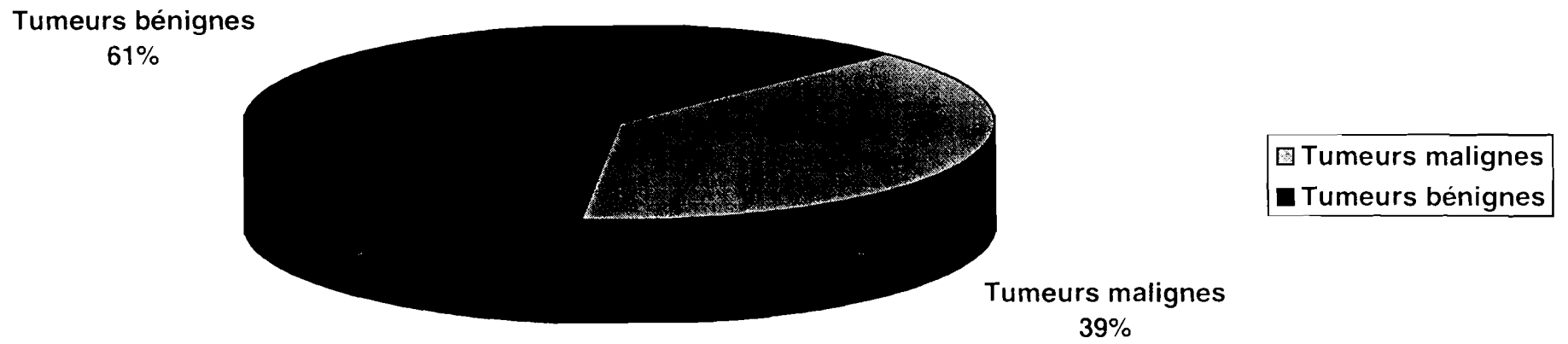
Tableau N° II : Place du cancer du sein dans la pathologie mammaire tumorale.

Pathologie Mammaire	fréquence	Pourcentage
Tumeurs malignes	124	39,2%
Tumeurs bénignes	192	60,8%
Total	316	100%

Les Tumeurs bénignes sont 1,5 fois plus fréquentes que les tumeurs malignes avec respectivement 60,8% et 39,2% , ce qui prouve quand même que le cancer du sein à une place très importante au sein de la pathologie Mammaire.

Tumeurs bénignes : correspond à Adenofibrome, Dystrophie fibrokystique, hyperplasie lobulaire atyque, Eléphantiasis, mastite, lipome, papillome, cystostéatonecrose, tumeurs à cellules granuleuses, tumeurs phyllodes, hypodermite.

FIGURE 2 : PLACE DU CANCER DU SEIN DANS LA PATHOLOGIE MAMMAIRE TUMORALE



B) Age

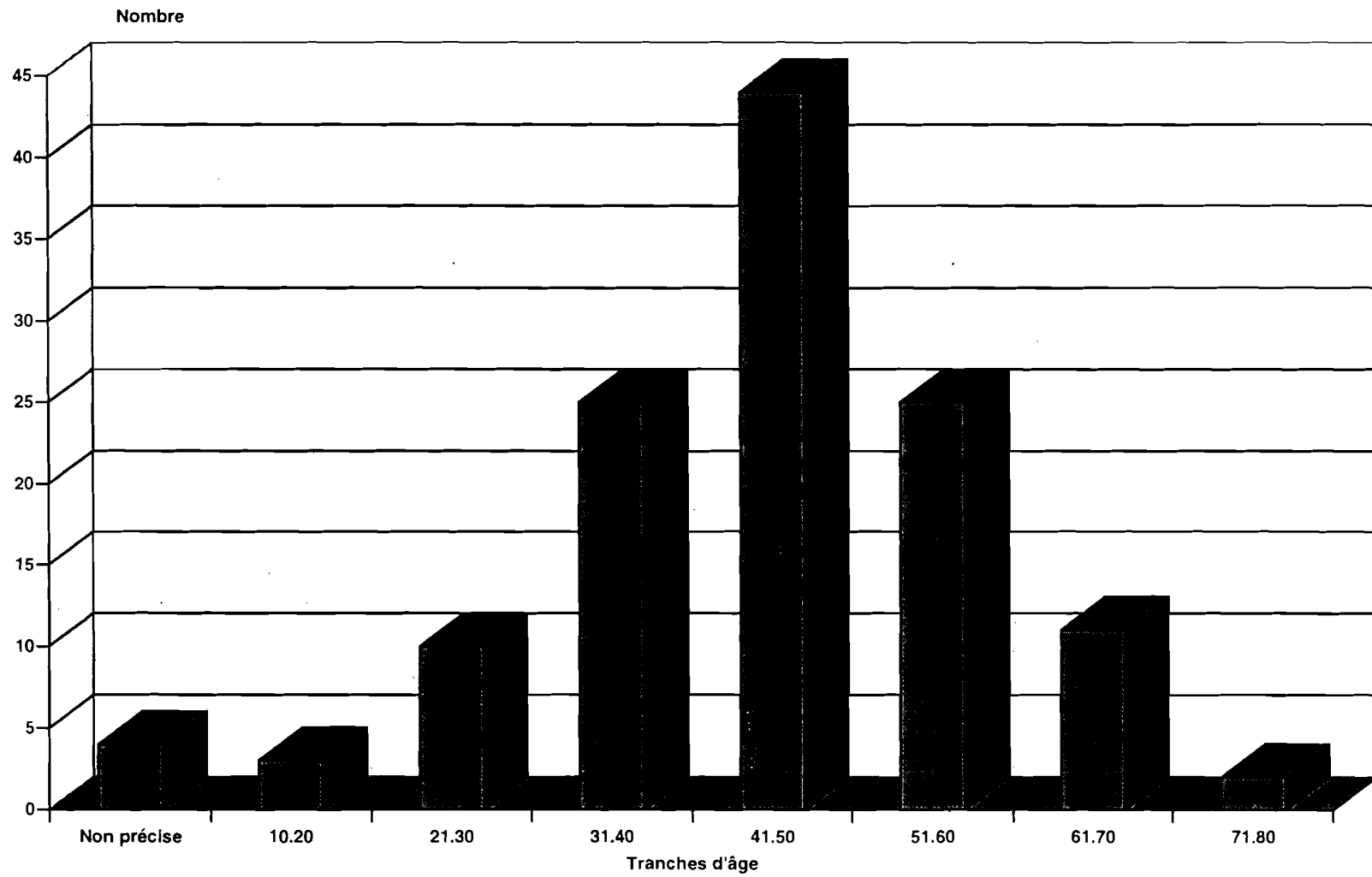
Tableau N° III : Distribution du cancer du sein selon des tranches d'âge de 10 ans.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
Non précise	4	3,2%
10.20	3	2,4%
21.30	10	8,1%
31.40	25	20,2%
41.50	44	35,5%
51.60	25	20,2%
61.70	11	8,9%
71.80	2	1,6%
Total	124	100%

L'incidence du cancer croit entre 40 et 50 ans puis de façon moindre après 60 ans. Il est rare avant 20 ans.

La malade la plus jeune a 14 ans, la plus âgée a 75 ans. Le plus grand nombre de cancer est recruté entre 40 et 50 ans.

DISTRIBUTION DU CANCER DU SEIN SELON DES TRANCHES D'AGE DE 10 ANS



C) L'Ethnie

Tableau N° IV : Distribution du sein selon l'appartenance ethnique.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bissa	2	3,7%
Bobo	5	9,4%
Dagara	3	5,7%
Gouin	1	1,9%
Gourmantchéma	5	9,4%
Lobi	1	1,9%
Mossi	30	56,6%
Peulh	3	5,7%
Sénoufo	3	5,7%
Total	53	100%

Dans notre tableau le cancer est beaucoup plus recruté dans la population mossi (56,6%). Viennent ensuite les bobo et les gourmantchés. Les principales ethnies du pays sont concernées.

D) Profession

Tableau N° V : Distribution du cancer du sein selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Non précise	2	3,8%
Commerçante	2	3,8%
Matronne	1	1,9%
Ménagère	48	90,5%
Total	53	100%

Notre étude montre 48 ménagères soit 90,5%, une matrone (1,9%), 2 commerçantes soit 3,8%. Ce tableau montre que le cancer du sein est l'apanage des milieux Socio-économique bas.

E) statut Matrimonial

Tableau N° VI : Distribution du cancer du sein selon le statut matrimonial.

statut Matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Non précisée	1	1,9%
Célibataires	3	5,6%
Mariées	49	92,5%
Total	53	100%

La distribution selon le statut matrimonial a montré 92,5% de mariées et 5,6% de célibataires. Le cancer touche beaucoup plus les femmes mariées que les femmes célibataires.

F) Ménopause

Tableau N° VII : Distribution du cancer du sein selon statut hormonal (ménopause).

Statut hormonal	Fréquence	Pourcentage
Ménopause	29	54,7%
Non ménopausée	24	45,3%
Total	53	100%

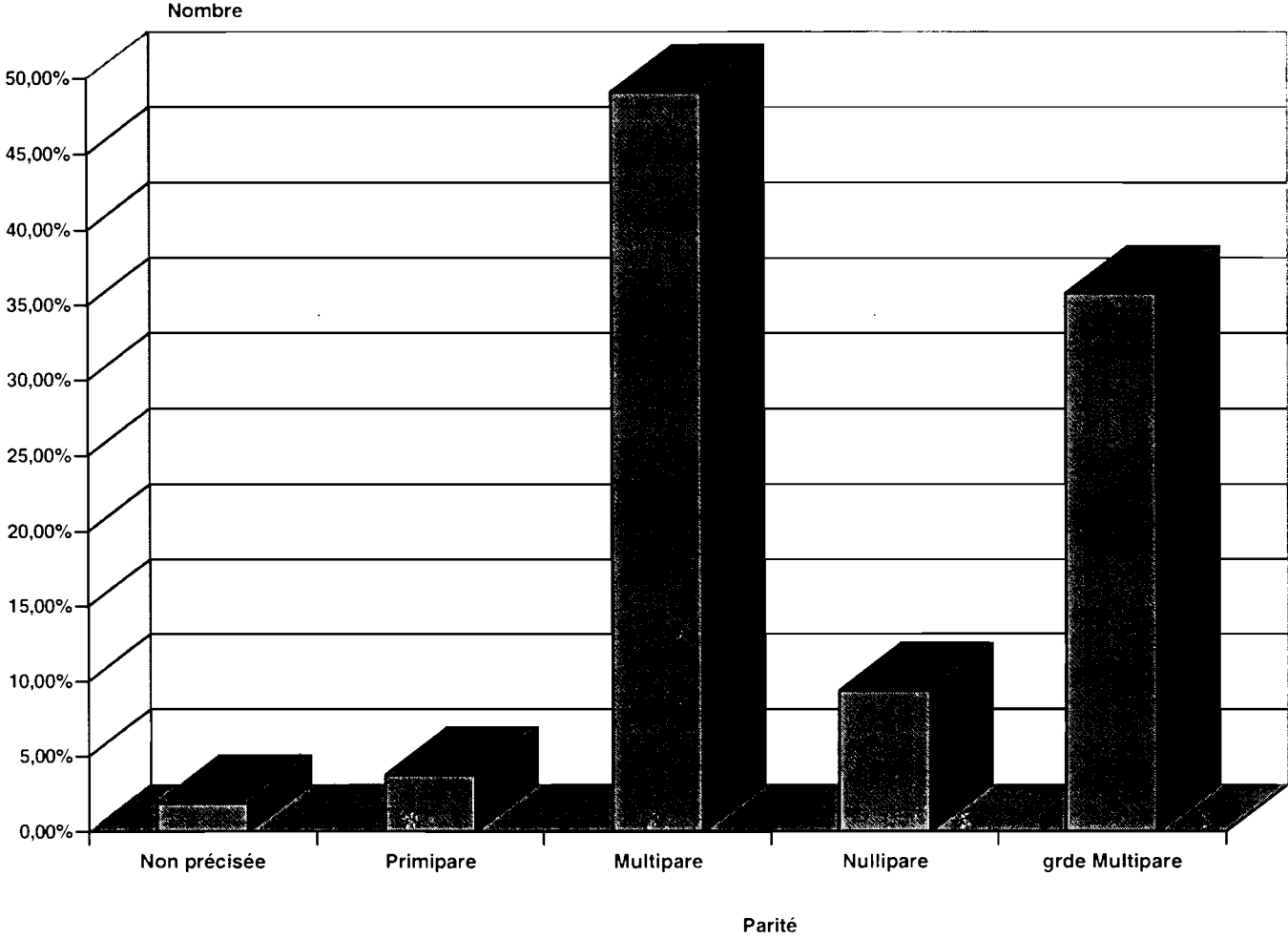
Le tableau nous montre 45,3% de femmes non ménopausées et 54,7% de femme ménopausées. La répartition selon le statut hormonal est sensiblement la même.

G) Parité

tableau N° VIII : Distribution du cancer du sein selon la parité.

Parité	fréquence	Pourcentage
Non précisée	1	1,9%
Primipare	2	3,8%
Multipare	26	49,1%
Nullipare	5	9,4%
grde Multipare	19	35,8%
Total	53	100%

FIGURE N° 4 : DISTRIBUTION DU CANCER DU SEIN SELON LA PARITE



Nous avons considéré comme multipare dans notre étude toutes les femmes ayant entre 2 et 5 enfants et comme grande multipare toutes les femmes ayant 6 enfants et plus. De notre étude il ressort que les multipares sont les plus nombreuses 49,1% suivies par les grandes multipares 35,8% et enfin respectivement les multipares 9,4% et les primipares 3,8%.

H) Antécédent de pathologie Mammaire

Tableau N° IX : Distribution du cancer du sein selon les antécédents de pathologie mammaire.

Antécédent Pathologie mammaire	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	25	47,2%
Oui	9	17,0%
Non	19	35,8%
Total	53	100%

Les antécédents de mastopathies multiplient le risque du cancer du sein de 2 à 7 [36] le tableau ci-dessus montre , 17,0% de malades ayant eu des antécédents de pathologie mammaire, 47,2% n'avaient pas de précision sur leurs antécédents et 35,8% n'avaient pas eu de mastopathie bénigne. C'est dire que avoir eu une mastopathie bénigne est un facteur à prendre en compte dans le risque du cancer du sein.

Tableau N° X : Distribution du cancer du sein selon la nature histologique de la pathologie mammaire.

Nature de l'antécédent de pathologie mammaire	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	6	66,7%
Adenofibrome	1	11,1%
dystrophie fibrokystique	2	22,2%
Total	9	100%

Chez les femmes ayant des antécédents de pathologie mammaire, seulement 33,3% ont une précision de la nature histologique de la pathologie. Nous avons 11,1% d'adenofibrome, 22,2% de dystrophie fibrokystique.

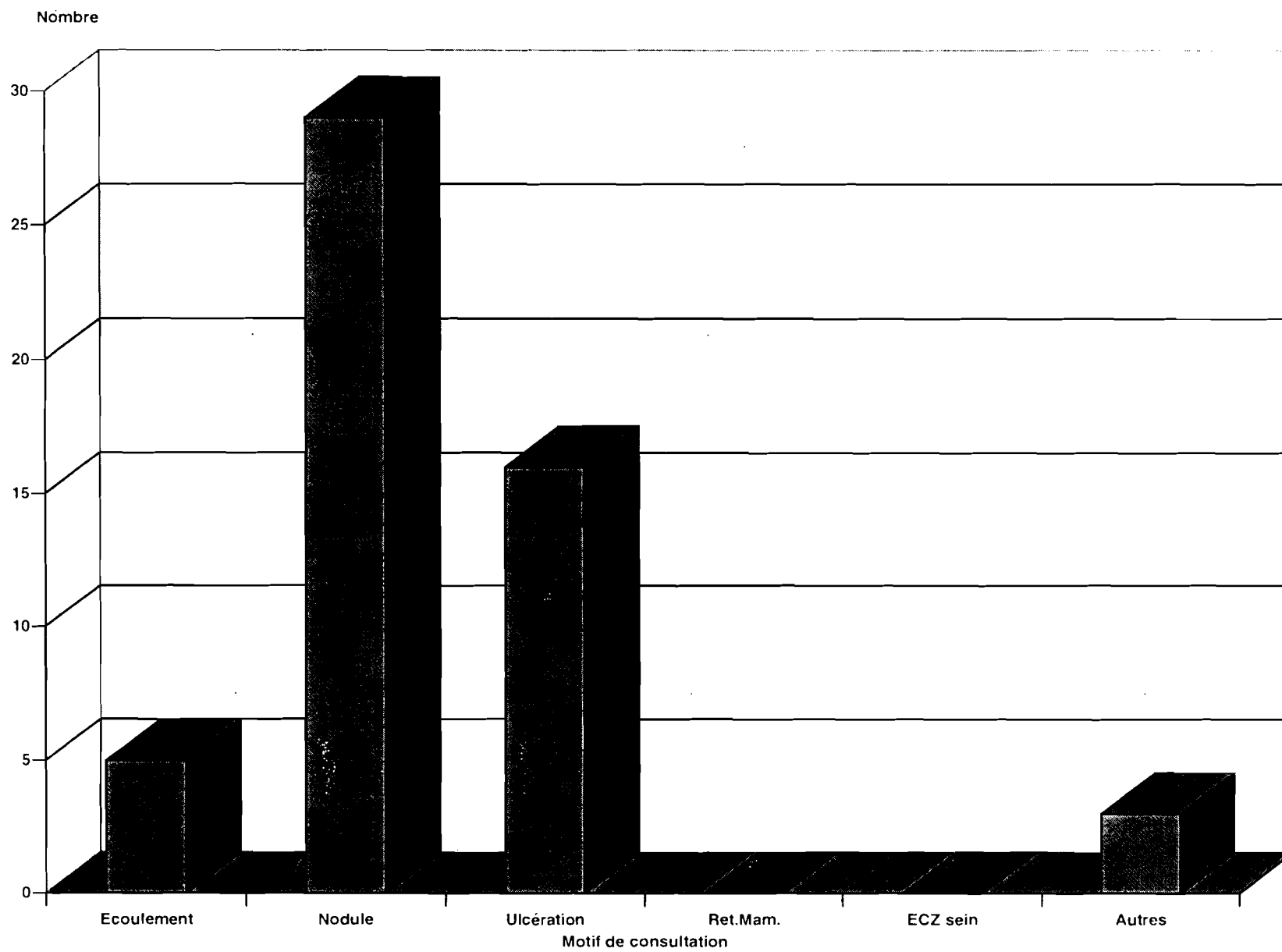
2) **DONNEES CLINIQUES**

A) **Motif de consultation**

Tableau N° XI : Distribution du cancer du sein selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Ecoulement	5	9,4%
Nodule	29	54,7%
Ulcération mammaire	16	30,2%
Rétraction d'un mamelon	0	0%
Eczéma du sein	0	0%
Autres	3	5,7%
Total	53	100%

Figure N° 5 : DISTRIBUTION DU CANCER DU SEIN SELON LE MOTIF DE CONSULTATION



le motif de consultation, le plus fréquent est représenté par le nodule avec 54,7% viennent respectivement, l'ulcération mammaire avec 30,2%, l'écoulement avec 9,4% et enfin la rétraction du mamelon et l'eczéma du sein n'ont pas été retrouvés.

Autres sur le tableau correspond à adénopathies axillaires, pesanteur du sein...

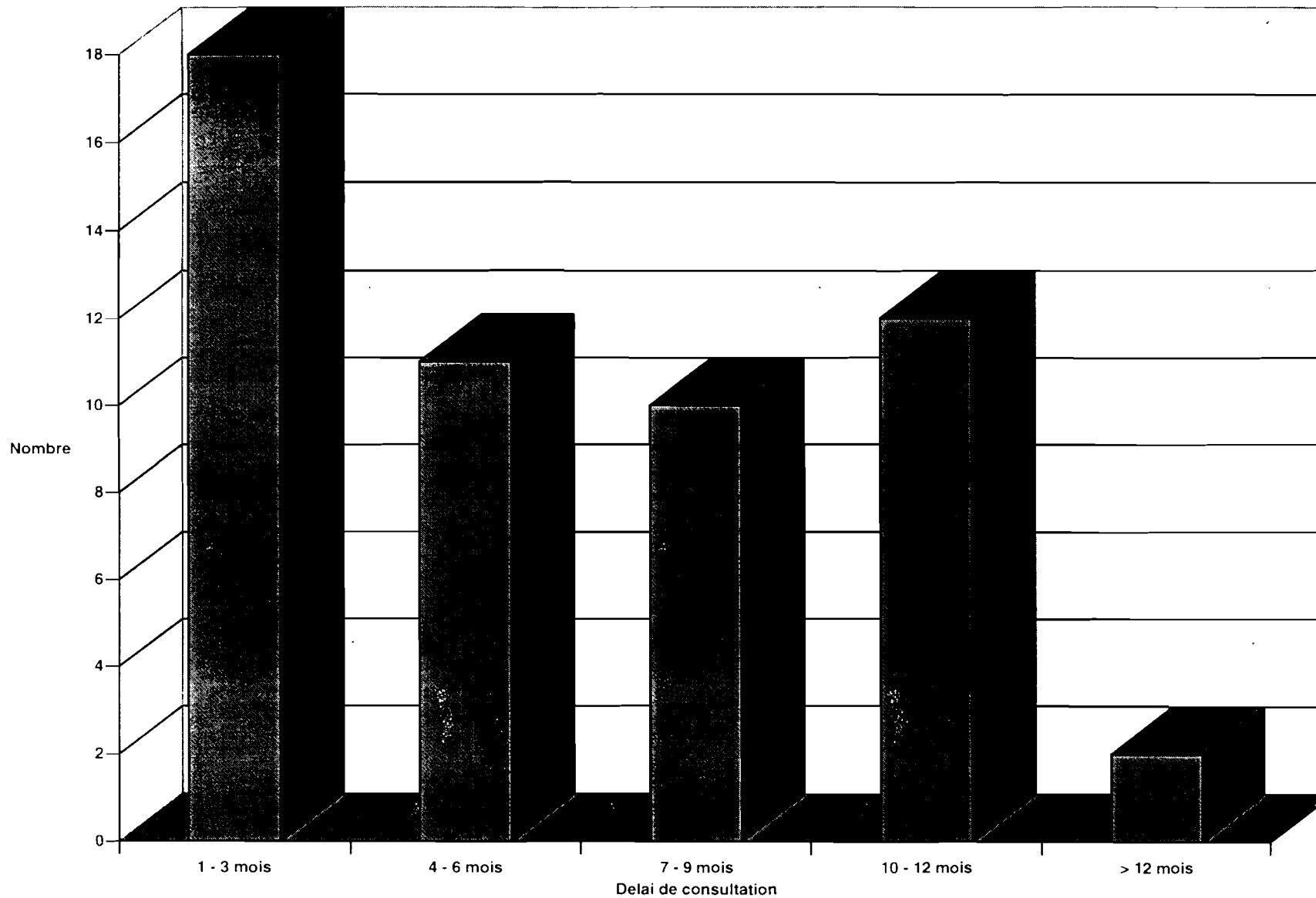
B) Délai de consultation

Tableau N° XII : Répartition du cancer du sein selon le délai de consultation.

Délai de consultation en mois	Fréquence	Pourcentage
1 mois	6	11,3%
2 mois	9	17,0%
3 mois	3	5,7%
4 mois	3	5,7%
5 mois	1	1,9%
6 mois	7	13,2%
7 mois	4	7,5%
8 mois	4	7,5%
9 mois	2	3,8%
12 mois	12	22,6%
24 mois	2	3,8%
Total	53	100%

Les femmes consultent tard en Afrique [27]. Dans notre tableau nous constatons la même chose. Les délais de consultation vont de 1 mois à 24 mois. 11,3% des femmes ont consulté à 1 mois et les plus tardives représentent 22,6% à 12 mois et 3,8% à 24 mois.

FIGURE N° 6 : REPARTITION DU CANCER DU SEIN SELON LE DELAI DE CONSULTATION



C) Stade clinique du cancer

c1. taille de la tumeur

Tableau N° XIII : Distribution du cancer du sein selon la taille de la tumeur.

Taille de la Tumeur	Fréquence	Pourcentage
T1	2	3,8%
T2	15	28,3%
T3	27	50,9%
T4	9	17,0%
Total	53	100%

Beaucoup de cancers sont découverts avec une taille déjà grande, c'est ce qu'atteste le tableau N° XIII 50,3% des cancers sont découverts à T3, 28,3% à T2, 17,0% à T4 et 3,8% à T1.

T1 correspond aux tumeurs inférieures à 2 cm, T2 les tumeurs comprises entre 2 et 5 cm, T3 les tumeurs de plus de 5 cm. T4 quelque soit la taille de la Tumeur avec extension à la peau et/ou à la paroi thoracique.

c2. Localisation des ganglions

Tableau N° XIV : Distribution du cancer du sein selon la localisation ganglions.

Localisation des ganglions	Fréquence	Pourcentage
N0	6	11,3%
N1	30	56,6%
N2	6	11,3%
N3	11	20,8%
Total	53	100%

Le tableau montre que les ganglions du type N1 sont les plus nombreux avec 56,6% ensuite viennent les N3 avec 20,8%, les N2 et les N1 représentent 11,3% chacun. Dans les classifications TNN : N représente les ganglions

N0 : pas d'adénopathie axillaire homolatérale palpable

N1 : adénopathie axillaire homolatérale mobile

N1 a : considéré comme cliniquement non envahie

N1 b : considéré cliniquement envahie

N2 : adénopathie axillaire homolatérale fixée

N3 ; adénopathie sus claviculaire homolatérale ou oedème du bras.

c3. Les métastases

Tableau N° XV : Distribution du cancer sein selon la présence ou non de métastases

Métastases	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	3	5,6%
M0	41	77,4%
M1	9	17,0%
Total	53	100%

Dans le tableau 77,4% des malades ne présentent pas de métastases, 17,0% présentent des métastases.

Tableau N° XVI : répartition des métastases par rapport à l'âge.

Métastases Age	Non précisé	M0	M1	Total
Non précisé	4	0	0	4
14	1	0	0	1
19	1	0	0	1
20	1	0	0	1
25	2	0	0	2
26	1	0	0	1
27	2	0	0	2
29	1	0	1	2
30	2	1	0	3
31	0	1	0	1
32	1	4	0	5
35	1	5	0	6
36	1	2	0	3
37	1	0	1	2
39	0	1	0	1

40	5	1	1	7
41	1	0	0	1
42	0	1	0	1
43	1	1	0	2
45	5	5	0	10
46	4	1	0	5
47	5	4	0	9
48	1	2	0	3
50	9	2	2	13
51	2	0	1	3
52	2	0	0	2
53	1	1	0	1
54	1	1	0	2
55	1	2	1	4
56	0	1	0	1
57	1	0	0	1
58	1	0	0	1
59	0	1	1	2
60	4	3	1	8
62	1	0	0	1
64	1	0	0	1
65	2	0	0	2
66	1	0	0	1
70	4	2	0	6
75	2	0	0	2
Total	74	41	9	124

Dans le tableau N° XVII, nous remarquons que les métastases sont distribuées tant chez les jeunes femmes que chez les vieilles femmes.

c4. Stade du cancer

Tableau N° XVII : Distribution du cancer par stade

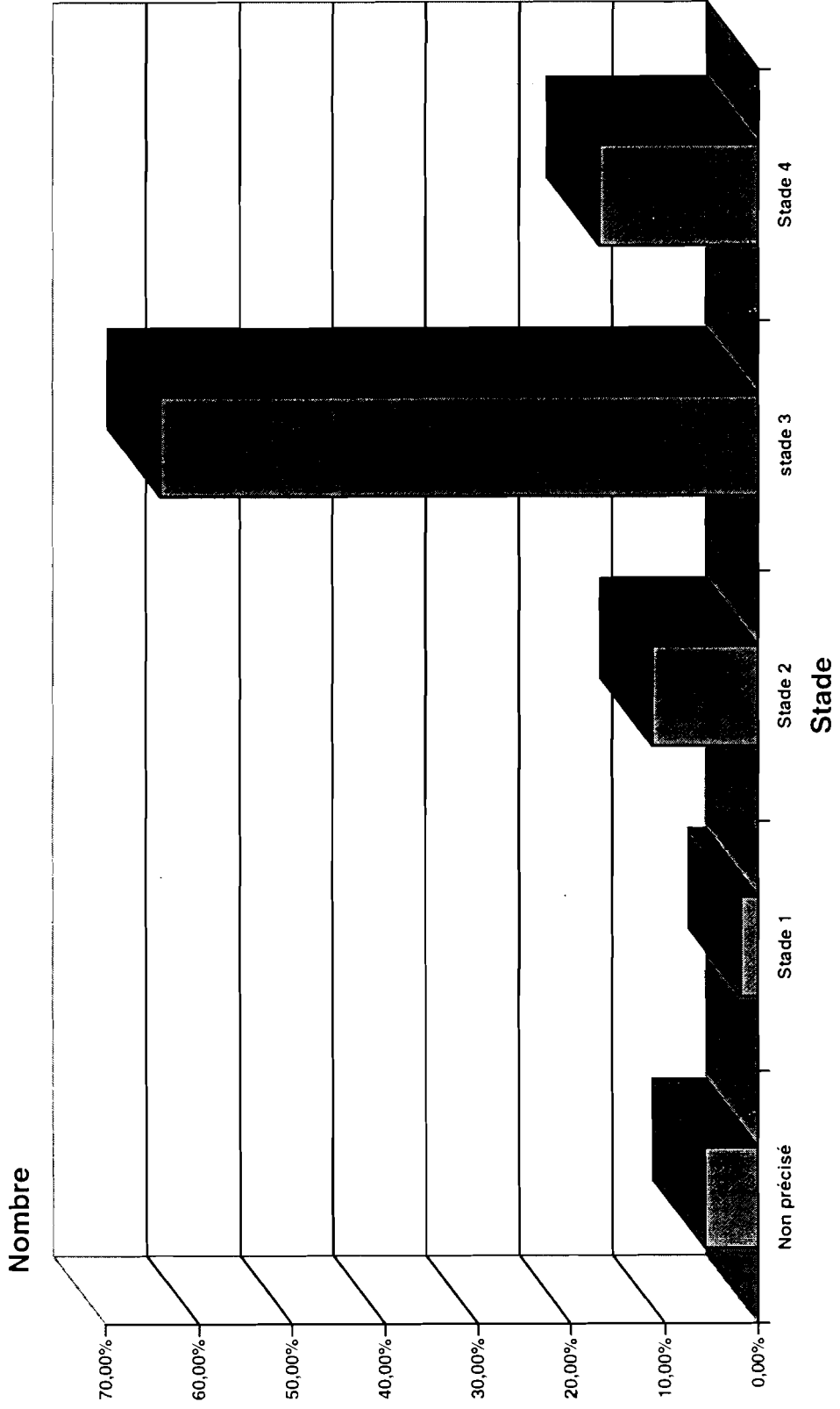
Stade du cancer	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	3	5,7%
Stade 1	1	1,9%
Stade 2	6	11,3%
stade 3	34	64,1%
Stade 4	9	17,0%
Total	53	100%

Les cancers découverts au stade 3 sont plus nombreux avec 64,1% viennent ensuite le stade 4 avec 17,0% le stade 2 avec 11,3% et enfin le stade 1 avec 1,9%. La majorité des cancers est découverte tardivement.

Classification T N M et par Stade

- I Tumeur de moins de 2 cm fixée ou non (T₁ No - 1a Mo)
- II Tumeur de moins de 5 cm fixée ou non au muscle avec ou sans adéno-pathie axillaire homolatérale mobile (To-1-2 No-1 Mo)
- III Tumeur de plus de 5 cm ou fixée à la peau et / ou à la paroi thoracique et / par ou avec adéno-pathie sus ou sous claviculaire ou oedème du bras (T₃₋₄ No-1-2-3 Mo et To-1-2-3 N2-3 Mo)
- IV Métastases (M1)

FIGURE N° 7 : DISTRIBUTION DU CANCER DU SEIN PAR STADE



D) Siège de la Tumeur

1- *siège par rapport au sein*

Tableau N° XVIII : Localisation du cancer par rapport au sein.

Localisation	Fréquence	Pourcentage
Sein droit	56	53,3%
Sein gauche	45	42,9%
Bilatéralité	4	3,8%
Total	105	100%

On note sur notre tableau une légère prédominance du cancer par rapport au sein droit avec 53,3%. Le sein gauche vient en 2^{ème} position avec 42,9% et enfin la localisation bilatérale avec 3,8%.

2- *Siège par rapport au quadrant*

Tableau N° XIX : Localisation du cancer par rapport au quadrant du sein.

Localisation	Fréquence	Pourcentage
Quadrant supéro externe	28	80,0%
Quadrant inféro interne	7	20,0%
Total	35	100%

La localisation du quadrant supéro externe vient en tête avec 80,0% suivi du quadrant inféro interne. Ces pourcentages sont proportionnels au nombre de dossiers contenant ces variables.

3) *DONNEES HISTOLOGIQUES*

Tableau N° XX : Distribution du cancer du sein selon le type histologique.

Types histologiques	Fréquence	Pourcentage
Carcinome intracanalair	0	0%
Carc Lobulaire in situ	0	0%
Carc canalaire infiltrant	91	73,4%
Carc canalaire infiltrant avec composante intracanalair	3	2,4%
Carc lobulaire infiltrant	6	4,8%
Carcinome mucineux	1	0,8%
Carcinome médullaire	9	7,3%
Carcinome tubuleux	5	4,0%
Carcinome papillaire	5	4,0%
Autres	4	3,2%
Total	124	100%

Le carcinome canalaire infiltrant est le cancer le plus fréquent dans notre étude avec un pourcentage de 73,4% viennent ensuite respectivement, le carcinome médullaire avec 4,8%, le carcinome tubulaire et le carcinome papillaire au même pourcentage 4%, le carcinome canalaire infiltrant avec composante intra-canalair dominante à 2,4%, Le carcinome mucineux à 0,8%, enfin les carcinomes non infiltrants qui n'ont pas été retrouvés dans notre étude. Le cancer du sein ne connaît pas encore de dépistage précoce.

Autres : fibrosascome (2), Tumeur phyllode maligne (2).

FIGURE N° 8 : DISTRIBUTION DU CANCER DU SEIN SELON TYPE HISTOLOGIQUE

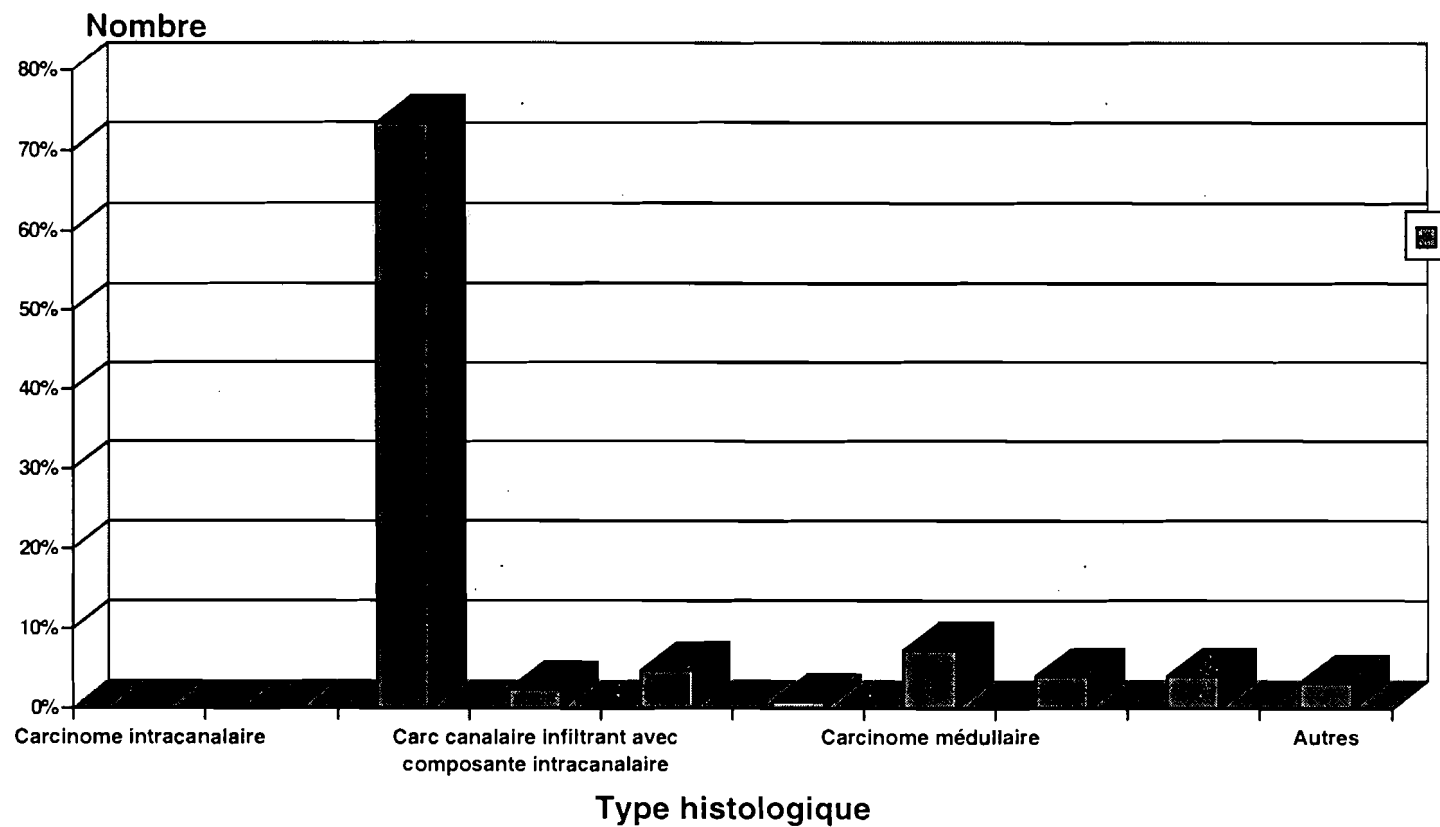


Tableau N° XXI : Distribution du carcinome canalaire infiltrant selon le grade Histoponostic de Bloom et scarff Richardson.

Grade Histologique de Bloom et scarff R	Fréquence	Pourcentage
Grade I	3	3,3%
Grade II	65	71,4%
Grade III	16	17,6%
Grade non précisé	7	7,7%
Total	91	100%

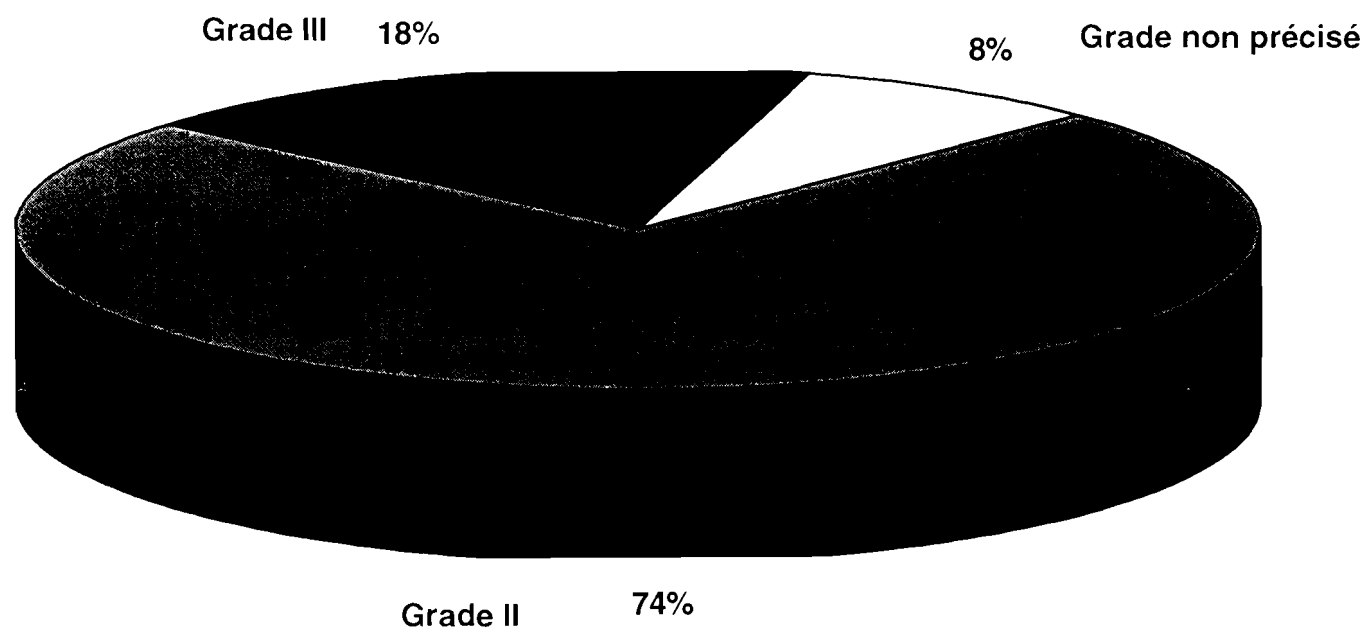
L'indice de scarff, Bloom et richardson étudie le degré de différenciation du cancer, le pleimorphisme des noyaux et l'activité mitotique afin de donner un pronostic.

Il est gradé de 1 à 3 en fonction de degré de différenciation. Plus le degré s'élève, moins le cancer est différencié.

Dans notre tableau N° XXI de même que sur notre figure N°9

Nous constatons que le grade II représente 71,4% ensuite le grade III avec 17,6% et enfin le grade I avec 3,3%. Le pic le plus important concerne les cancers du grade II.

FIGURE N° 9 : DISTRIBUTION DU CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT SELON LE GRADE HISTOPRONOSTIC DE BLOOM ET SCARFF R.



DISCUSSION - COMMENTAIRE

VI) COMMENTAIRES DISCUSSION

1) *Limites et contraintes de l'Etude*

Notre étude est rétrospective et porte sur 124 cancers du sein. Nous avons retrouvés 53 dossiers complets lors de notre collecte de données soit 42,7% de l'ensemble des dossiers. Certains dossiers retrouvés ne comportent en tout que le nom et le diagnostic, d'autre sont restés introuvables à cause du mauvais archivage.

Certains dossiers rédigés au stylo à encre, et restés longtemps au fond des cartons, ont été illisibles parce que tout est devenu une tache d'encre.

De même, certains dossiers ont été retrouvés, mais sans confirmation histologique au laboratoire d'anatomie Pathologique.

Notre étude s'est heurtée à différents problèmes si bien que nous avons été obligés à certains moments de donner des pourcentages proportionnels sur nos tableaux afin que nos résultats reflètent la réalité. Tout cela est fonction des imprécisions constatées sur plusieurs dossiers. Nous aurions bien voulu présenter des résultats plus clairs. L'étude rétrospective a ses inconvénients il est vrai, mais reconnaissons qu'un grand problème d'archivage reste à résoudre, ainsi qu'une prise de conscience des agents de santé sur l'importance de la recherche qui est le pilier du progrès scientifique.

2) *Les données Epidémiologiques*

2.1 : La fréquence

Le cancer du sein est une maladie fréquente. Comme l'indique notre tableau N° I, le cancer du sein vient en tête dans la classification des cancers gynécologiques avec 45,7% suivi directement par le cancer du col utérin qui représente 25,8% . Selon le professeur Guilloteau [17] le cancer du sein représente un quart de tous les cancers féminins et il touche une femme sur douze en France.

Sellami [36] trouve en même temps que 25000 nouveaux cas sont dépistés chaque année en France.

Dans notre tableau N° II nous constatons que le cancer du sein représente 39,2% et les tumeurs bénignes 60,8% .

Les tumeurs bénignes sont seulement de 1,5 fois plus fréquentes que le cancer du sein. C'est la preuve que le cancer du sein tient une place très importante au sein de la pathologie mammaire tumorale.

Dans la littérature, le cancer du sein tiendrait la première place dans les pays développés, et la deuxième place dans les pays en voie de développement après le cancer du col utérin. Certains auteurs tels que N'GUIE Ludovic au Congo [27], KEKEH au Togo [22] ont trouvé que le cancer du sein tenait la 2^{ème} place parmi les cancers gynécologiques.

2.2 : L'âge

L'incidence du cancer croit entre 40 et 50 ans. Il est rare avant 20 ans, et sa fréquence est aussi basse à partir de 60 ans. Entre 70 et 80 ans il représente 1,6%. Notre plus jeune malade a 14 ans et la plus vieille a 75 ans. L'histogramme N° 3 montre que le plus grand nombre de cancer est recruté entre 40 et 50 ans. Notre étude est semblable à celle de Touré au Sénégal [39], KPODZRO au Togo [24] qui trouvent aussi un maximum de fréquence de cancer du sein entre 40 et 50 ans.

Entre 10 et 40 ans nous avons 33,9% de cancer du sein, ce qui confirme d'avantage les déclarations du Docteur Hayward [32] qui disait que le cancer du sein n'est pas une maladie d'âge avancé en Afrique, contrairement aux pays Européens. Il explique cela par la jeunesse de la population Africaine. Cela alourdit davantage le pronostic chez l'Africaine car le jeune âge a un pronostic péjoratif [40].

2.3 : La profession

Le tableau N° V montre que notre échantillon est constitué à 90,5% de ménagères, 3,8% de commerçantes, 1,9% de fonctionnaire. Je ne puis affirmer que le cancer du sein est l'apanage des milieux socio-économiques bas car le revenu d'une famille Africaine dépend surtout du revenu du mari. mais rappelons que OHIN [32] avait remarqué lors d'une étude au Togo, en Ouganda et en Tanzanie que le facteur socio économique jouait un rôle insignifiant dans l'incidence du cancer du sein.

Bohoussou [4] lui avait trouvé que le cancer du sein était l'apanage des couches socio-économiques modeste en Côte d'Ivoire.

En Russie comme aux Etats unies, l'incidence du cancer du sein est plus élevée dans les classes socio-économiques fortunées [32].

2.4 : L'ethnie

Dans ce tableau N° IV, le cancer du sein est beaucoup plus fréquent parmi les mossis avec un pourcentage de recrutement de 56,6%, viennent ensuite les Bobo et les Gourmantchés avec un même pourcentage de 9,4% . Les Goins, les bissas, les Lobis, les Dagaras, les Sénoufos, les peulhs sont faiblement recrutés avec respectivement 1,9%, 3,7%, 1,9%, 5,7%, 5,7%, 5,7% . Ce recrutement peut avoir plusieurs explications.

- Le recrutement chez les mossis ne signifie pas qu'ils sont plus réceptifs mais s'explique par le faite que c'est l'ethnie dominante au sein de la population Burkinabè (48%).
- Le faible recrutement dans les autres ethnies s'explique aussi par leur faible représentativité au sein de la population.

A partir de là, nous pensons que le cancer du sein se recrute à chance égale dans nos populations. KPODZRO et collaborateurs avaient trouvé une prédominance du cancer du sein chez les Ewé et les Minas du Togo mais cela s'expliquait par les possibilités de consultations offertes à ces populations [24].

2. 5 : Le Statut Matrimonial

La distribution du cancer du sein selon le statut matrimonial montre 39,5 % de femmes mariées et 2,4 % de femmes célibataires sur notre tableau n° VI. Le cancer de sein toucherait beaucoup plus les femmes mariées ? Répondre par l'affirmative contredirait les travaux de Jean de Brux [20] qui trouvait que les femmes célibataires et infertiles avait un risque de 1,35 à 2,3 fois plus grand que les femmes mariées. Rappelons que Ludovic N'Guié avait trouvé de même dans son étude que les femmes mariées représentaient un pourcentage considérable à Brazzaville [27].

Nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'y ait un rapport entre le cancer de sein et le statut matrimonial, mais peut-être par rapport à la parité car presque toutes les femmes mariées avaient des enfants.

2. 6 : La ménopause

Sellami et Collaborateurs [26] disaient que les premières règles précoces et une ménopause tardive exposaient au cancer du sein. Les recherches de Doisy et Allen [28] révélèrent en 1932 que la folliculine pouvait provoquer des cancers mammaires. Mac Mahon [28] emboita le pas en affirmant que la précocité de l'activité ovarienne et sa poursuite tardive sont des facteurs de risque car les oestrogènes seuls sont sécrétés intensément à ces 2 époques extrêmes de l'activité génitale.

La distribution du cancer du sein selon la ménopause sur notre tableau n° VII, bien que la différence de pourcentage entre les femmes ménopausées (54,7%) et les femmes non ménopausées (45,3%) ne soit pas très grande, cette légère prédominance des premières par rapport aux secondes peut trouver son explication lorsqu'on s'appuie sur les dires des auteurs sus-cités. Nous n'avons pas pu avoir l'âge de la puberté de nos patientes ni le début de la ménopause de celles-ci, mais répétons que lorsque la glande mammaire est exposée pendant longtemps à la sécrétion d'oestrogènes, la femme est exposée [11,20,38].

2.7 : La Parité

Dans notre étude il ressort que les multipares sont les plus touchées par le cancer du sein avec 49,1% suivies respectivement par les grandes multipares 35,8% les nullipares 9,4%, les primipares 3,8% (cf tableau N° VIII). On constate en Europe et aux Etats Unies que la fréquence des allaitements maternels est inversement proportionnelle à celle des cancers mammaires, alors qu'en Afrique il apparaît que la fréquence des allaitements au sein soit directement proportionnelle à celle des cancers mammaires [39].

Nos résultats rejoignent les travaux de Ludovic N'GUIE (27), de Kekeh (22) et de N'GALA [29] qui ont trouvé aussi que le cancer du sein est l'apanage des multipares en Afrique. Certains auteurs tel que Denoix pense que l'allaitement semble protéger du cancer du sein. Par contre Mac Mahon et collaborateurs concluent que l'allaitement même prolongé, n'a aucune influence sur le risque de cancer du sein chez la femme [28]. Signalons qu'en Afrique près de 90% des femme nourrissent leurs enfants au sein si bien que parler de relation entre la parité et le cancer du sein revient à parler du cancer du sein et l'allaitement. Le rôle de l'allaitement dans le cancer du sein est l'objet de polémique, mais aux vues de nos résultats nous souscrivons volontiers à l'assertion selon la quelle l'allaitement ne semble pas protégé contre le cancer en Afrique.

Si en Europe et dans les pays hautement médicalisés la nulliparité et le primiparité sont reconnues comme facteurs de risque du cancer du sein, tel n'est pas le cas dans nos régions,

car les multipares sont les plus touchées.

2. 8 : Les antécédents de Mastopathies

Dans notre étude il ressort que 17% des malades avaient des mastopathies bénignes préexistantes. Les antécédents de mastopathies bénigne multiplient le risque du cancer du sein par 7 [26]. Ce faible pourcentage est dû au 47,2% de non précisés. Loin d'être les seuls facteurs de risque, ils sont à prendre en compte dans le risque du cancer du sein.

3 : Les données cliniques

3. 1 : Le motif de consultation

La distribution du cancer selon le motif de consultation sur notre tableau N° XI montre que le premier motif de consultation revient au nodule mammaire avec 54,7% suivie par l'ulcération mammaire avec 30,2% et enfin l'écoulement avec 9,4% . Pourquoi le nodule fait l'objet de consultation fréquente cela pourrait s'expliquer par la peur de la mammectomie. On est souvent amené à croire que devant un nodule et une ulcération, le premier ne peut pas faire l'objet d'une mammectomie.

L'écoulement mamelonnaire est aussi souvent banalisé pour être pris en considération par la patiente.

Certains auteurs tels que Bohoussou [4] ont trouvé aussi que le nodule était le motif de consultation le plus fréquent en Côte d'Ivoire.

3. 2 : Le délai de consultation

Dans notre tableau N° XII comme sur notre figure N° 6 nous constatons que les délais de consultation vont de 1 mois à 24 mois. Ces longs délais de consultation favorisent une progression de la tumeur et du même coup alourdissent le pronostic vital [27,35]. Ces longs délais font qu'on n'arrive pas à savoir s'il s'agissait d'un cancer au début ou d'une tumeur bénigne dégénérée. Les retards que mettent les femmes peuvent avoir plusieurs explications :

- Il y a l'absence parfois de douleurs qui fait que les femmes minimisent la maladie.
- Il y a l'ignorance sur ce qu'est le cancer du sein.
- Il y a comme dans toute maladie des raisons économiques qui

font que certaines femmes se rendent chez les tradipraticiens.

Ludovic N'GUIE [27] avait trouvé des délais allant de 1 mois à plus de 10 ans à Brazzaville.

Goudote [15] trouve que 60% des femmes béninoises consultent entre 1 à 2 ans après le début du processus tumoral.

3.3 : Stade du cancer

Dans le tableau N° XVII comme la figure N° 7 les cancers découverts au stade 3 sont les plus nombreux avec 64,1% viennent ensuite le stade 4 avec 17,0%, le stade 2 avec 11,3%, le stade 1 avec 1,9% . Les stades avancés, c'est à dire le stade 3 et 4 représente 81,1% . Ce qui nous fait dire que le cancer du sein est découvert tard au Burkina Faso.

Les pourcentages de suivie à 5 ans des cancer du sein sans métastases sont respectivement de l'ordre de 90, 80, 60, 38, 25, pour cent pour les stades I, II, IIIa, IIIb, IV, [35]. Nous pouvons expliquer l'avancement des stades par les longs délais de consultation.

Ajekigbe expliquait l'avancement des cancers du sein en Afrique par le fait que les malades se rendaient chez les tradipraticiens, les maisons de prière pour se faire guérir, et arrivaient tard dans les structures sanitaires [1].

Selon Kekeh [22] l'incidence des métastases est plus élevée lorsque le stade du cancer est élevé.

3.4 : Le siège de la tumeur

Sur notre tableau N° XVII nous constatons que le quadrant supéro externe représente 80% des malades suivi du quadrant infero externe 20%. Nous ne pouvons affirmer avec certitude que c'est le

quadrant supéro externe qui est le plus atteint à cause de la faiblesse de l'échantillon. Néanmoins la littérature reconnaît le quadrant supéro externe comme le plus atteint [18].

Ludovic N'GUIE [27] avait trouvé dans son étude que le même quadrant était le plus atteint.

Quant à la localisation par rapport au sein, le sein droit vient en tête avec 53,3% suivi du sein gauche 42,9% et enfin la bilatéralité avec 3,8% . Nos données contredisent celles de la littérature qui trouvent une légère prédominance au sein gauche.

Gombe [14] avait trouvé également une prédominance du sein droit mais dans une population de droitrière.

Quant à l'explication sur la prédominance d'un sein par rapport à l'autre, le pourquoi reste posé.

4 : Données histologiques

4.1 : Le type histologique

Le carcinome canalaire infiltrant est le type le plus rencontré dans notre étude avec 73,4% (cf figure N° 8), viennent ensuite respectivement le carcinome médullaire avec 7,3%, le

carcinome lobulaire infiltrant 4,8%, le carcinome tubuleux et le carcinome papillaire au même pourcentage 4%, le carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaculaire prédominante 2,4%, le carcinome mucineux à 0,8% .

Les carcinomes non infiltrants n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

Notre étude rejoint les données de la littérature qui trouvent que le carcinome canalaire est le plus fréquent [10,6]. Nos résultats rejoignent ceux de KPODZRO qui trouvait 73,9% .

Otu, Ketiku et N'Gala Kenda [31, 23, 29] diront aussi que le carcinome canalaire infiltrant est le plus fréquemment retrouvé.

L'absence de carcinome non infiltrant dans notre étude s'explique par l'absence de dépistage précoce, tous les cancers arrivent au stade tardif.

4. 2 : Le grade Histopronostic de Bloom, Scarff et Richardson

Le tableau N° XXI montre une prédominance des cancers du grade II avec 71,4% suivi directement par le grade III qui a 17,6% et enfin le grade I avec 3,3% .

Plus le grade est élevé plus le pronostic est défavorable c'est à dire que la malignité est plus forte.

Selon Contesso [10] le pronostic est d'autant plus défavorable que le grade histopronostic est plus péjoratif et la survie à 5 ans au grade I équivaut à 100%, grade II à 77%, grade III à 64% .

Echimane [13] avait trouvé également une forte malignité chez 33% de ces malades à Abidjan.

Les cancers mammaires de la femme Burkinabè sont en majorité moyennement différenciés (grade II) ou indifférenciés (grade III), il s'agit donc des cancers de mauvais pronostic.

CONCLUSION PROPOSITIONS

VII) CONCLUSION PROPOSITIONS

Le cancer du sein est fréquent au Burkina - Faso. Il vient en tête parmi les cancers gynécologiques suivi par le cancer du col du col utérin.

Il touche les jeunes femmes avec un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans, la moyenne d'âge étant de 45,15 ans. Ces données concordent avec celles de la littérature ainsi que des travaux d'autres auteurs africains. Le cancer du sein chez nous n'est donc pas différent de celui trouvé dans les autres pays.

Contrairement aux pays européens où la nulliparité et la primiparité sont reconnues comme facteurs de risque, au Burkina Faso le cancer du sein touche fréquemment les multipares et les grandes multipares. Il touche les niveaux socio économiques les plus modestes, et se recrute à chance égale au sein des différentes ethnies du pays.

Beaucoup de femmes consultent pour nodule mammaire, mais les délais de consultation sont tellement longs que la plus grande majorité des femmes se présentent à un stade avancé de la maladie. Ajoutons qu'au Burkina Faso comme partout en Afrique de l'ouest, les cancers mammaires sont dans la majorité moyennement différenciés (grade II) ou indifférenciés (grade III), ce qui contribue à assombrir un pronostic déjà incertain.

La lutte contre le cancer en général suscite peu d'intérêt en Afrique, car ces affections sont considérées comme appartenant au monde développé.

Les cancers féminins en général restent une source de traumatisme parce qu'au delà de la mort ils atteignent les femmes dans leur corps et leur sexualité. Pour les femmes plus jeunes, l'ablation d'un sein reste une mutilation qui porte atteinte à leur

féminité et pose d'énormes problèmes conjugaux.

L'importante mortalité imputable au cancer du sein, le diagnostic presque toujours tardif, nous imposent à tous les stratégies élaborées de lutte.

Le cancer, ce n'est pas seulement l'affaire des autres.

Tous ces problèmes rencontrés nous appellent à formuler les propositions suivantes :

- A l'endroit des décideurs en matière de santé

1 : Une éducation sanitaire de la population en matière de cancer du sein par les mass - médias.

2 : Assurer un enseignement sur l'autopalpation des seins aux femmes par les mass - médias.

3 : Mise en place d'un programme permettant le recensement des femmes exposées et leur suivie afin mettre l'accent sur le dépistage précoce.

4 : Mise en place d'infrastructures adéquates permettant un bon archivage des dossiers hospitaliers afin d'éviter toute entrave à la recherche scientifique.

- A l'endroit des agents de santé (praticiens)

1 : Un bon examen de tous les foyers mammaires suspects et les adresser dans un service spécialisé en cas de doute.

2 : Palpation systématique des seins des femmes qui viennent en consultation aussi bien en Gyneco- obstétrique que dans les services de consultation médicale.

- A l'endroit de la population

La considération de toute pathologie mammaire si minime soit- elle comme grave d'emblée et se rendre dans une structure sanitaire.

- A l'endroit des chercheurs

Nous proposons qu'une étude prospective soit faite sur le cancer du sein afin de cerner tous les contours épidémiologiques qui contribueront à éclairer d'avantage sur cette pathologie qui fait aujourd'hui l'objet de polémique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1 : Ajekigbe . AT

Fear of mastectomy : the most common factor responsible for late présentation of carinoma of the breast in Nigeria.

Lagos university traching hospital 1991.

2 : Albert AS, FALKSON. G, VAN-DER. MERVE-R

Metastatic breast cancer : age has a significant effect on survival.

Departement of medical oncology, university of pretoria 1991.

3 : ANGATE Y A ET COLLABORATEURS

Le cancer du sein en Côte d'Ivoire, à propos de 150 cas colligés au CHU de Treichville.
Revue médicale de Côte d'Ivoire 1986 - 75 - 119 - 129.

4 : BOHOUSSOU K.M, ANONGBA D.S

Les cancers du sein vie et santé

Trimestriel N° 11 Avril 1992. P. 10. 11

5 : BRACHET. J, DESARMENIENS. J, PIWNICA. A

Les cancers du sein.

Pathologie chirurgicale. Tête, cou, thorax, rachis internat (oral et écrit) P. 215

6 : CABANNE ET BONENFANT

Anatomie pathologique du sein

Anatomie pathologique spéciale P. 1222.

7 : CALITCHI. E, FEUILHADE F, OFMEZ GUINE Y, BRUN. B

peut-t- on être conservateur pour les tumeurs du sein supérieures à 3 centimètres ?

Département interhospitalier de cancérologie, hôpital Henri Mondor, 51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94010 creteil.

8 : CHAPLAIN G, CUISENIER J, LE DORZE. C

Le cancer du sein dans le département de la côte d'or (1982 -1987).

Centre GF leclerc, 1, rue du P2 - Marion, 21034 Dijon cedex.

9 : CHEVEL. JP, GUERAUD. JP.

Anatomie du sein.

Anatomie générale.

10 : CONTESSO G, BERTIN F, MATHIEU MC, TERRIER P.

Anatomie pathologique des cancers mammaires.

Encyclopédie médico - chirurgicale (Paris) 865 B10.

11 : DARGENTM

Hormones et cancer : Le cancer en Afrique. Médecine d'Afrique noire. Tome XVIII Avril 1971.

12 : DILHUYDY J.M, DILHUYDY - M - H, TARIS - M

Réactions psychologiques des patientes à l'annonce du plan de traitement d'un cancer du sein : à propos de 6 observations exemplaires.

Gynécologie obstétrique Biologie Reproduction 1989 - 1017 - 1023.

13 : ECHIMANE. A, KOFFI. B, ANHOUX. A, COULIBALY. A.

Les cancers du sein : résultats thérapeutiques et pronostic en collaboration avec l'institut pasteur.

14 : GOMBE MBALAWA CH, EKOUNDZOLA J.R.

Pathologie tumorale mammaire avant l'âge de 30 ans à Brazzaville.

Revue française de gynécologie obstétrique 1987,82,2,85-88.

15 : GOUDOTE. E, ODOULAMIH, KINIFFO. HG, DJIVOH C.

Le cancer du sein en république populaire du Bénin. Revue des sciences médicales et biologiques du Togo.

16 : GUILLET P, BRANDONE JM, FAVRE R, BRANDONE H.

Valeur de l'examen clinique dans le diagnostic du cancer du sein : à propos de l'étude de 2626 observations. Bulletin cancer

(1990) 77, 1073 - 1086.

17 : GUILLOTEAU D

Cancer du sein.

Fondamental : magazine d'information de l'association pour la recherche sur le cancer N° 50. 1990.

18 : HENDERSON. B.E.

AN Epidemiological Study of breast cancer 1974.

19 : HERY M, GRANON. C, DELORIER T.

Détermination du risque de métastases dans les cancers du sein selon le statut hormonal.

Centre Antoine - Lacassagne, 36, avenue de la voie Romaine, 06054 Nice cedex, France.

20 : JEAN DE BRUX

hormones et cancer du sein (histopathologie du sein) P. 267.

21 : KANGA M, LOUBIERE R, YANGNI ANGATE A.

Cancer du sein et grossesse à Abidjan.

Revue des sciences Biologiques et médicales du Togo.

22 : KEKEH. K, HOMAHOO. K MANING. G, KAFANDO C

Aspects épidémiologiques des cancers du sein au Togo.
Revue des sciences médicales et biologiques du Togo.

23 : KETITU. K.K

The pattern of métastases in Nigeria breast cancer patients. Department of Radiation Biology and Radiotherapy, college of medicine, university of Lagos clinical Radiology (1986) 37,563 - 565.

24 : KPOZRO. K, MENING - G

Aspects histologiques des cancers du sein au Togo à propos de 115 cas. Revue des sciences biologiques et médicales du Togo.

25 : LAURENT JC, MEURETTE J, LAMBIER. L, LEBLANC. P

Les cancers infracliniques du sein.
Gynécologie obstétrique biologie de la reproduction 1985.

26 : LOANIDOU - MOUZAKA L, MANTONAKIS-J, TOUFEXI. H

Le surmenage psychique prolongé est-il un facteur étiologique du cancer mammaire ?
Gynécologie obstétrique Biologie de la reproduction 1986-1049-1053.

27 : LUDOVIC ZEPHIRIN N'GUIE

Physiologie générale des cancers du sein.
Thèse de médecine. Décembre 1989. République du Congo.

28 : MAC MAHON B, COLE.P

Age at first birth and breast cancer risk.

Bulletin world health organisation 1970.

29 : N'GALA. J.F, CHIRIMWAMI. B

Clinicopathologic Analysis of carcinoma of the breast in an African population.
Department of surgery and pathology, kinshasa university. PO.BOX.123. August 1988.

30 : OTU A.A, EKANEM - IO, KHALIL. MI

Characterization of breast cancer subgroups in an African population. University of calabar, Nigeria.

Surgery 1988 volume 76 February 182 - 184.

31 : OTU A.A.

Benign Breast Tumours in an African population.

Department of surgery, university of calabar.

32 : OHIN - A.J

Le cancer du sein.

Séminaire atelier sur le cancer du sein en Afrique. Revue des sciences biologiques et médicales du Togo.

33 : PANGUI. E, CHEVRANT - BRETON. O, BERRADA. A

Les circonstances de découverte des carcinomes in situ du sein à propos de 12 cas. Gynécologie obstétrique. 1988 - 17 - 491 - 494.

34 : POIRIER J, RIBADEAU DUMAS

Histologie P.

35 : ROUSSE J, BERLIE. J, HACENE K, BRUNEST M

Facteurs épidémiologiques et pronostiques du cancer du sein. Revue du praticien (Paris) 1990. 885 - 9.

36 : SELLAMI M, AUCLERC G

Epidémiologie et diagnostic clinique du sein.

Impact. Le praticien N° 89/cancer du sein.

37 : SELLAMI M, AUCLERC. MF, WEIL. M

Anatomopathologie et facteurs pronostic.
Impact. Le praticien N° 89/cancer du sein.

38 : TUBIANA M

Histoire naturelle du cancer du sein.
Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris) 865 A 10.

39 : TOURE. P. FAU. B, NDAO. D

Le cancer du sein au Sénégal.
(Considérations épidémiologiques à propos de 445 cas).
Revue des sciences médicales et biologiques du Togo.

40 : ZYLBERBERG B, RAVINA. J.H, SALAT. BARSUX. J

Pronostic du cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans. A propos de 55 cas.
Gynéco obstétrique 1985. 14. 889 - 898.