

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But–Une Foi



**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année Universitaire 2020 – 2021  
N° \_\_\_\_\_ / Med

Mémoire

TITRE

La survie du cancer du sein dans le service  
de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère  
Enfant Le Luxembourg

# MEMOIRE

Présentée et soutenue, le 11/03/ 2022  
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

**Dr Abdoulaye SISSOKO**

Pour l'obtention du Diplôme Universitaire (DU) en Senologie

# JURY

**Membres du jury :**

Pr Ibrahima TEGUETE

Pr Bakarou KAMATE

Pr Soumaila KEITA

Pr Moussa OUATTARA

# REMERCIEMENTS

## **A nos Maîtres et juges :**

Chers Maîtres ce travail est le fruit de vos conseils et de vos soutiens moraux et matériels. Nous tenons à vous exprimer notre entière reconnaissance pour avoir été des excellents enseignants. C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Vous êtes des modèles pour le Mali, l'Afrique et le monde entier. Veuillez Accepter ici chers Maîtres notre sincère remerciement.

## **Aux Maîtres assistants, encadreurs et collaborateurs :**

Vous avez été des guides et des conseillers attentifs. Votre disponibilité, votre rigueur et votre courage ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de ma part et demeurent pour moi sources d'inspiration.

## **Aux participants du D U de Sénologie de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie :**

Chers collègues ces moments passés ensemble ont été dans la joie et la bonne humeur.

## **A toute ma famille :**

Ce travail vous est le fruit de votre soutien de tous les jours, modeste gage de ma profonde affection.

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	1
TABLE DES MATIERES .....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES FIGURES.....	4
1. Introduction .....	5-6
2. Objectif.....	7
3. Généralités.....	8-15
4. Méthodologie.....	16-21
5. Résultats.....	22-33
6. Discussion .....	34-37
7. Conclusion.....	38
8. Recommandations.....	39-40
9. Références.....	41-42

# Liste des tableaux

**Tableau N°I : Définition des variables étudiées.....20-21**

**Tableau N°II : Fréquence annuelle des cancers du sein..... 23**

**Tableau N°III : Profil des cancers du sein..... 24**

**Tableau N°IV : Les paramètres de l'examen clinique et  
complémentaires.....27**

## Liste des figures

<b>Figure N°1 : Evolution annuelle des cas de cancer du sein.....</b>	<b>22</b>
<b>Figure N°2 : Survie globale en mois du cancer du sein.....</b>	<b>28</b>
<b>Figure N°3 : survie du cancer du sein selon la chimiothérapi.....</b>	<b>29</b>
<b>Figure N°4 : Survie du cancer du sein selon chirurgie.....</b>	<b>30</b>
<b>Figure N°5 : Survie du cancer du sein selon la radiothérapie.....</b>	<b>31</b>
<b>Figure N°6 : Survie du cancer du sein selon l'hormonothérapie.....</b>	<b>32</b>
<b>Figure N°7 : Survie selon le traitement palliatif.....</b>	<b>33</b>

## **1. Introduction :**

Le cancer du sein chez la femme est un problème majeur de santé publique dans le monde, c'est l'un des cancers les plus fréquemment diagnostiqués et la principale cause de décès par cancer chez les femmes [1 ; 2 ; 3]. Il a dépassé le cancer du poumon en tant que première cause d'incidence mondiale du cancer en 2020, c'est la cinquième cause de mortalité par cancer dans le monde. Parmi les femmes, le cancer du sein représente 1 cas de cancer sur 4 et 1 décès par cancer sur 6, se classant au premier rang pour l'incidence dans la grande majorité des pays et pour la mortalité [4].

Au Mali, où le nombre de cancers du sein est largement sous-évalué (il était estimé à 2450 en 2020 de nouveaux cas soit 17,3% avec 1425 cas de décès soit 13,9% de décès [4] [5]. Le cancer figure parmi les principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique et au Mali. Le diagnostic est fait tardivement, ce qui impose le développement de nouvelles approches pour un diagnostic et une prise en charge précoce [6 ; 7]. Le pronostic du cancer du sein est grave au Mali [7].

La durée de survie ajustée sur la qualité de vie est un résultat complémentaire qui est de plus en plus utilisé dans la recherche clinique sur le cancer. Il représente le temps de survie d'un patient pondéré par la qualité de vie vécue, où les pondérations sont basées sur des valeurs d'utilité [8].

Cependant, des études ont montré que les variations du cancer du sein la survie dépend en partie de plusieurs facteurs étiologiques [2]. Les femmes atteintes de cancers détectés par dépistage ont plus de délai avant récurrence à distance et vie plus longue que les femmes atteintes de cancer détecté autrement [9]. Les cancers du sein à un stade précoce d'évolution présentent un taux de survie de plus de 90%. Lors de la survenue de métastases, le pronostic des femmes atteintes d'un cancer du sein devient moins bon : le taux de survie à 5 ans chute

de 80-90 % à environ 20 % [10]. En France Le taux de survie pour un cancer du sein métastatique n'est que de 23% à 5 ans alors qu'il est d'environ 90% si le cancer est diagnostiqué tôt [4]. Cependant, il est important de rappeler que les taux de survie à 5 ans ne sont que des données statistiques basées sur la population générale, chaque cas est unique et la survie est variable en fonction de nombreuses caractéristiques propres à chacun : type de tumeur, localisations des métastases, antécédents médicaux...[11]. De plus, malgré des améliorations en survie pour les patientes atteintes d'un cancer du sein dans de nombreux pays il semble que la survie au cancer du sein au Mali soit encore très faible et a été l'objet de très peu d'étude, il s'agit d'une première au Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant (CHU ME) Le Luxembourg de Bamako. Nous avons initié cette étude pour déterminer la survie chez les patientes atteintes du cancer du sein et aider à découvrir les facteurs qui contribuent au pronostic de la maladie dans notre service. Ainsi nous formulons comme objectif ce qui suit :

## **2. Objectifs**

### **2.1. Objectif général :**

Etudier la survie du cancer du sein dans le service de gynécologie du CHU ME  
Le Luxembourg de Bamako.

### **2.2. Spécifiques :**

1. Déterminer son taux de survie globale
2. Déterminer son taux de survie spécifique selon le type de traitement.



### **3. Généralités :**

#### **3.1. Définition :**

La survie nette représente la probabilité de survivre au cancer en l'absence d'autres causes de décès. Elle permet d'estimer le pourcentage de personnes qui survivront à leur cancer [8].

La durée de survie ajustée sur la qualité de vie est un résultat complémentaire qui est de plus en plus utilisé dans la recherche clinique sur le cancer. Il représente le temps de survie d'un patient pondéré par la qualité de vie vécue, où les pondérations sont basées sur des valeurs d'utilité [8].

La survie relative sert à déterminer quelle est la probabilité qu'une personne atteinte de cancer soit encore en vie après son diagnostic comparativement à des personnes qui font partie de la population générale et qui n'ont pas le cancer, mais qui présentent des caractéristiques semblables, comme l'âge et le sexe.

#### **3.2. Incidence du cancer du sein :**

Selon les données de Globocan 2020 [4] le cancer du sein féminin a maintenant dépassé le cancer du poumon en tant que première cause d'incidence mondiale du cancer en 2020, avec une incidence estimée à 2,3 millions de nouveaux cas, soit 11,7% de tous les cas de cancer. C'est la cinquième cause de mortalité par cancer dans le monde, avec 685 000 décès. Parmi les femmes, le cancer du sein représente 1 cas de cancer sur 4 et pour 1 décès par cancer sur 6, se classant au premier rang pour l'incidence dans la grande majorité des pays (159 des 185 pays) et pour la mortalité dans 110 pays. Il y a des exceptions, notamment en termes de décès, la maladie précédée d'un cancer du poumon en Australie/Nouvelle-Zélande, Europe du Nord, Amérique du Nord et Chine (partie d'Asie de l'Est) et par le cancer du col de l'utérus dans de nombreux pays Afrique sub-saharienne.

Les taux d'incidence sont 88 % plus élevés dans les pays en développement

que dans les pays développés (55,9 et 29,7 pour 100 000) respectivement avec les taux d'incidence les plus élevés (> 80 pour 100 000) en Australie/Nouvelle-Zélande, Europe occidentale (La Belgique a l'incidence la plus élevée au monde), Amérique et Europe du Nord et les taux les plus bas (<40 pour 100 000) en Amérique centrale, orientale et centrale Afrique et Asie centrale du Sud. Cependant, les femmes vivant dans les pays en développement ont une mortalité 17% plus élevée taux par rapport aux femmes dans les pays développés (15,0 et 12,8 pour 100 000, respectivement avec les taux de mortalité les plus élevés trouvés en Mélanésie, en Afrique de l'Ouest, en Micronésie/Polynésie et les Caraïbes (la Barbade a le taux de mortalité le plus élevé au monde).

Les taux d'incidence élevé dans les pays à niveau de vie élevée reflètent une prévalence plus élevée de longue date de la reproduction et les facteurs de risque hormonaux (âge précoce à la ménarche, âge plus avancé à la ménopause, âge avancé à la première naissance, moins d'enfants, moins d'allaitement, l'hormonothérapie de la ménopause, les contraceptifs oraux) et les facteurs de risque liés au mode de vie (consommation d'alcool, excès de poids corporel, sédentarité), ainsi qu'une augmentation détection par mammographie organisée ou opportuniste par le dépistage. Une prévalence exceptionnellement élevée de mutations dans les gènes à haute pénétrance, tels que BRCA1 et BRCA2 chez les femmes d'origine juive ashkénaze (gamme, 1%-2,5%), explique en partie l'incidence élevée en Israël et dans certaines sous-populations européennes.

Les taux d'incidence du cancer du sein ont augmenté uniformément et rapidement au cours des années 1980 et 1990 dans de nombreux pays du Nord l'Amérique, l'Océanie et l'Europe, reflétant probablement des changements dans la prévalence des facteurs de risque associée à une détection accrue grâce à l'adoption généralisée du dépistage par mammographie. Puis, au début des

années 2000, l'incidence a baissé ou s'est stabilisée, qui a été largement attribué à une réduction de l'utilisation de l'hormonothérapie de la ménopause et aussi éventuellement une participation massive au dépistage. Depuis 2007, il y a eu un lente remontée des taux d'incidence aux États-Unis  $<0,5\%$  chaque année et des augmentations modérées mais significatives ont également été signalée dans de nombreux autres pays d'Europe et Océanie. Résultats d'études aux États-Unis, Danemark, Irlande et Écosse utilisant le registre du cancer et les données complétées par des informations sur la recherche sur les tumeurs ont constaté que l'augmentation de l'incidence est confinée aux récepteurs d'œstrogènes-cancer positif, et les taux baissent pour les œstrogènes cancers à récepteurs négatifs. Les explications incluent l'obésité épidémie, étant donné l'association plus forte et plus cohérente d'excès de poids corporel avec des récepteurs d'œstrogènes positifs, et l'impact du dépistage mammographique, qui détecte préférentiellement les récepteurs d'œstrogènes à croissance lente positifs. Les Pays des régions historiquement à haut risque ont le plus bénéficié des progrès car dans plusieurs pays 77% de tous les cas classés étaient au stade III/IV au moment du diagnostic. Parce que le dépistage mammographique organisé et basé sur la population et les programmes peuvent ne pas être rentable ou réalisables dans les pays à faibles ressources, les efforts visant à promouvoir la détection précoce par amélioration de la sensibilisation au cancer du sein et de l'examen clinique des seins par des prestataires de santé qualifiés, suivis par de traitement approprié, sont des éléments essentiels pour améliorer la survie. Une étude récente menée dans 5 pays, les pays africains ont estimé que 28 % à 37 % des cas de cancers du sein, les décès dans ces pays pourraient être évités grâce à un diagnostic de la maladie symptomatique et traitement adéquat, avec une contribution à peu près égale de chaque pays. The Breast Health Global Initiative a établi une série de lignes directrices stratifiées sur les ressources qui soutiennent la mise en œuvre par étapes dans la pratique du monde réel. Établir des programmes de prévention primaire pour le sein le cancer reste un défi.

Néanmoins, les efforts visant à réduire l'excès de poids corporel et la consommation d'alcool et à encourager l'activité physique et l'allaitement peuvent avoir un impact sur l'endiguement de l'incidence du cancer du sein dans le monde. Les programmes de dépistage du cancer du sein à l'échelle de la population visent à réduire la mortalité par cancer du sein grâce à une détection et un traitement efficace. L'OMS recommande le dépistage par mammographie dans la population tous les 2 ans pour les femmes à risque moyen de cancer du sein âgées de 50 à 69 ans dans des milieux dotés de ressources suffisantes. Les directives actuelles de l'American Cancer Society recommande aux femmes de 45 ans à 54 ans devraient être dépistées annuellement, les femmes de 40 à 44 ans devraient avoir la possibilité de commencer le dépistage annuel, les femmes âgées de  $\geq 55$  ans devraient passer au dépistage 2 fois par an ou avoir la possibilité de poursuivre le dépistage chaque année, et les femmes devraient continuer le dépistage aussi longtemps que leur santé est bonne et ils ont une espérance de vie de 10 ans.

Le dépistage mammographique a cependant des limites, telles que le sur diagnostic et le sur traitement. Il existe des possibilités pour améliorer le rapport coût-efficacité et le rapport avantages-inconvénients du ratio de dépistage en adoptant une stratégie de dépistage stratifiée en fonction des risques en utilisant des modèles de prévision des risques existants et en évolution. Des essais de dépistage en cours évaluent l'acceptabilité clinique et l'utilité des programmes de dépistage stratifiés en fonction des risques dans la population générale.

### **3.3. Pronostic et survie du cancer du sein :**

Le pronostic et la survie dépendent de nombreux facteurs. Pour en arriver à un pronostic il faut bien connaître les antécédents de santé, le type de cancer, le stade et les caractéristiques de la maladie, les traitements choisis et la réaction au traitement peuvent être examinés pour les statistiques de survie.

Un facteur pronostique est un aspect du cancer ou une caractéristique qu'on prend en considération pour faire un pronostic. Un facteur prédictif influence la façon dont le cancer répond à un certain traitement. On aborde souvent les facteurs pronostiques et les facteurs prédictifs ensemble et ils jouent tous les deux un rôle dans le choix du plan de traitement et dans l'établissement du pronostic. On a souvent recours à différents facteurs pronostiques et prédictifs pour les cancers du sein récemment diagnostiqués et les récurrences de cancer du sein.

Pour le cancer du sein récemment diagnostiqué les éléments suivants sont les facteurs pronostiques ou prédictifs du cancer du sein détecté et diagnostiqué la première fois :

#### **➤ Le stade :**

Le stade est le facteur pronostique principal du cancer du sein. Le risque qu'un cancer du sein de stade précoce réapparaisse (récurrence) est moins élevé, alors son pronostic est plus favorable. Un cancer du sein diagnostiqué à un stade plus avancé engendre un risque plus élevé de récurrence, alors son pronostic est moins favorable. Prendre en considération la propagation du cancer aux ganglions lymphatiques et la taille de la tumeur quand ils établissent un pronostic.

### ✓ *Propagation du cancer aux ganglions lymphatiques*

La propagation du cancer aux ganglions lymphatiques est le facteur pronostique le plus important du cancer du sein. Un cancer du sein qui s'est propagé aux ganglions lymphatiques engendre un risque de récurrence plus élevé et un pronostic moins favorable qu'un cancer du sein qui ne s'est pas propagé aux ganglions lymphatiques.

Le nombre de ganglions lymphatiques qui sont atteints par le cancer, qu'on appelle ganglions positifs, est également important. Plus le nombre de ganglions positifs est élevé, plus le risque de réapparition du cancer du sein l'est aussi. Un cancer du sein qui s'est propagé à au moins 4 ganglions lymphatiques engendre le plus grand risque de récurrence.

### ✓ *Taille de la tumeur*

*La taille de la tumeur est le 2<sup>ème</sup> plus important facteur pronostique du cancer du sein. La taille de la tumeur affecte le pronostic, peu importe le nombre de ganglions lymphatiques atteints par le cancer.*

Une tumeur au sein qui mesure 5 cm ou plus est plus susceptible de réapparaître après le traitement qu'une plus petite tumeur. Une tumeur au sein qui mesure moins de 1 cm et qui ne s'est pas propagée aux ganglions lymphatiques engendre un pronostic très favorable.

### ➤ **Grade de la tumeur**

Le grade du cancer du sein peut affecter le pronostic. La tumeur de bas grade engendre un meilleur pronostic puisqu'elle se développe lentement et est moins susceptible de se propager que la tumeur de haut grade.

### ✓ **Statut des récepteurs hormonaux**

Les tumeurs au sein dont les récepteurs hormonaux sont positifs engendrent habituellement un bon pronostic. Elles sont souvent moins agressives, sont de grade plus bas et risquent moins de se propager que les tumeurs dont les récepteurs hormonaux sont négatifs. Elles réagissent habituellement bien à l'hormonothérapie.

### ✓ **Statut HER2 :**

Le gène HER2 contrôle une protéine présente à la surface des cellules qui favorise leur croissance. Un cancer du sein est HER2 positif quand les cellules cancéreuses fabriquent trop de copies (surexpression) du gène HER2. Un cancer du sein HER2 positif est plus agressif et plus susceptible de se propager qu'un cancer du sein HER2 négatif. Il risque également plus de réapparaître après le traitement. Cela signifie qu'un cancer du sein HER2 positif engendre un pronostic moins favorable qu'un cancer du sein HER2 négatif.

### ➤ **Âge lors du diagnostic**

La femme âgée de moins de 35 ans a tendance à recevoir un diagnostic de tumeur au sein plus agressive et de plus haut grade. Le cancer du sein est souvent plus avancé lors du diagnostic. Cela signifie qu'une jeune femme risque davantage de voir son cancer du sein réapparaître et d'avoir un pronostic global plus sombre qu'une femme plus âgée et postménopausée.

### ➤ **Récidive de cancer du sein**

Les facteurs suivants peuvent affecter le pronostic d'un cancer du sein qui réapparaît après le traitement

### ✓ **Laps de temps avant la récurrence du cancer**

Plus le temps écoulé avant la réapparition du cancer du sein est long, meilleur est le pronostic. Les femmes dont le cancer du sein réapparaît plus de 5 ans après le diagnostic ont habituellement une meilleure issue que celles dont la récurrence se produit moins de 2 ans après le diagnostic.

### ✓ **Emplacement de la récurrence**

Un cancer qui réapparaît dans le sein, soit une récurrence locale, après une tumorectomie et une radiothérapie engendre un pronostic plus favorable qu'un cancer qui réapparaît dans d'autres organes, ce qu'on appelle récurrence ou métastases à distance.

Si le cancer réapparaît dans les muscles du thorax, le risque qu'il soit également réapparu dans une autre partie du corps (récurrence à distance) est plus élevé. Donc, un cancer qui récidive dans les muscles du thorax engendre un pronostic moins favorable.

Un cancer du sein qui réapparaît dans le foie, les poumons ou le cerveau engendre un pronostic plus sombre qu'un cancer qui récidive dans d'autres parties du sein, dans les muscles du thorax ou les ganglions lymphatiques à l'aisselle (ganglions axillaires).

Un cancer du sein qui réapparaît dans un os engendre un pronostic intermédiaire. Cela signifie qu'il engendre un meilleur pronostic qu'un cancer qui est réapparu dans le foie, les poumons ou le cerveau, mais un pronostic plus sombre qu'un cancer qui a récidivé dans la région du sein ou les muscles du thorax.



## **4. Matériels et méthodes :**

### **4.1. Cadre d'étude :**

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du centre hospitalier mère-enfant « Le Luxembourg » sise en commune IV du district de Bamako. Il s'agit d'une structure de 3<sup>ème</sup> référence de la pyramide sanitaire du pays recevant les malades venant du district mais aussi ceux de l'intérieur du pays.

Fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique

Les consultations prénatales sont assurées tous les jours ouvrables par les sages-femmes au niveau de l'unité CPN.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein est assuré tous les jours par les sages-femmes et les gynécologues.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au samedi par les gynécologues obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales et néonatales.

Les interventions chirurgicales programmées sont réalisées les lundis, les jeudis et les vendredis. Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient du mardi au jeudi à partir de huit heures et trente minutes pour discuter de la prise en charge des activités et des événements de la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service et les gynécologues-obstétriciens, accompagné par les D.E.S en gynécologie-obstétrique.

Les ambulances assurent la liaison entre le service et les CSCOM, les autres centres de santé de référence, les CHU du Gabriel Touré, du Point G, l'hôpital du Mali. La prise en charge a été pluridisciplinaire surtout par la présence et la collaboration d'un service d'oncologie médicale et de chirurgiens oncologues. Tous les dossiers de cancer du sein sont revus à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui se tient tous les mardis à partir 14heures dans le service d'oncologie avec tous les acteurs concernés (Gynécologues, Oncologues, Chirurgiens, du service d'imagerie, des Anatomies Pathologistes etc.....

#### **4.2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale.

**4.3. Période d'étude :** Notre étude a porté sur les patientes ayant été suspectées ou diagnostiquées atteintes de cancer du sein du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 octobre 2021, soit sur une période de 05 ans et 10 mois.

#### **4.4. Population d'étude :**

Il s'agit de toutes les femmes qui ont consulté dans le service, soit pour dépistage ou qui ont été hospitalisées pour cancer du sein durant la période de l'étude dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUME « le Luxembourg ».

#### **4.5. Echantillonnage :**

##### **4.5.1. Critère d'inclusion :**

Tous les cas de cancers du sein confirmés par l'histologie.

##### **4.5.2. Critère de non inclusion :**

Les cas de lésions précancéreuses du sein diagnostiquées par l'histologie,  
Les tumeurs bénignes (adénofibrome...).

#### 4.5.3. Technique d'échantillonnage:

Dans ce travail nous avons réalisé un échantillonnage systématique en incluant toutes les patientes ayant un cancer du sein. Au total nous avons enregistré 70 cas de cancer du sein.

#### 4.5.4. Taille minimum de l'échantillon:

Pour le calcul de la taille de l'échantillon nous avons utilisé la formule si dessous:

$$n = \frac{\varepsilon^2 \alpha pq}{i^2}$$

$n$  = taille minimum de l'échantillon, est la seule inconnue dans cette formule

$\varepsilon$  = écart réduit de la loi normale, = 1,96 pour  $\alpha = 5\%$

$\alpha$  = seuil de significativité

$p$  = fréquence relative d'un évènement mesurable sur la question

$q$  = complémentaire de la probabilité  $p = 1 - p$

$I$  = précision, varie entre 2% et 8% en générale dans les études médicale

La prévalence du cancer du sein au Mali est de 17,3% selon le registre des cancers [4] en représentant de façon statistiquement significative les cancers du sein; notre taille minimum de l'échantillon est de 68,70.

#### **4.5.6. Déroulement de l'étude**

Nous avons réalisé cette étude pour évaluer la survie du cancer du sein de la femme dans le service. En cas de cancer du sein confirmé les malades sont soumises à un protocole qui varie selon le stade évolutif.

Nous avons obtenu le soutien du personnel du service et en collaboration avec le service d'oncologie de l'hôpital. C'est ainsi que tous les supports ont été mis en notre disposition pour obtenir des informations fiables.

#### **4.6. Collecte des données :**

##### **4.6.1. Supports:**

- Les dossiers médicaux des patientes;
- Les dossiers de dépistage et de traitement remplis pour la cause ;
- Les registres d'admission en gynécologie
- Les registres d'hospitalisation
- Les registres de compte rendu opératoire
- Les registres de décès

##### **4.6.2. Technique de collecte:**

Elle a été faite par la lecture des documents suscités ensuite par consignation des informations dans le fichier électronique individuel.

Nous avons réalisé une interview et des appels téléphoniques de l'entourage des patientes concernant leur devenir et l'efficacité du traitement.

#### 4.7. Variables:

**Tableau N°I : Définition des variables étudiées**

Variable	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	
Type de visite	Qualitative nominative	1= Dépistage 2= Autres	
Adresse	Qualitative nominative	Exemple= plateau	
Gestité	Quantitative discontinue	Nombre total de grossesse	Lecture
Signes cutanés	Qualitative catégorielle	1= Pas de signes 2= Tuméfaction 3= Peau d'orange 4= Ulcération 5= Rétraction 6= Autres (à préciser 7= Association (à préciser) 77= Indéterminée	Examen physique
Contraception	Logique	1=oui 2=non	Lecture
Seins atteints:	Qualitative nominative	1= Sein gauche 2= Sein droit 3= 1 + 2	Lecture
Biopsies	Logique	1= oui 2= non	Examen
Localisation de la tumeur:	Qualitative nominative	1= Quadrant supéro-externe 2= Quadrant supéro-interne 3= Quadrant inféro-interne 4= Quadrant inféro-externe 5= Autres à préciser 6= Association (à préciser) 77= Indéterminée	
Taille de la tumeur:	Qualitative nominative	1= T0 (pas de tumeur palpable) 2= T1 (tumeur de taille <2 cm de $\Phi$ ) 3= T2 (2 cm < $\Phi$ de la tumeur <5 cm) 4= T3 (tumeur de taille >5 cm de $\Phi$ ) 5= T4 (tumeur avec extension à la paroi et ou à la peau)	Examen
Consistance de la tumeur	Qualitative nominative	1= Dure 3= Molle 2= Ferme 4= Autres (à préciser) 77= Indéterminée	Examen
.Atteintes ganglionnaires	Qualitative nominative	1= N0 (pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux) 2= N1 (Métastases unilatérales et/ou métastases uni/bilatérales rétro-pharyngées, <= 6 cm, au-dessus du rebord inférieur du cartilage cricoïde) 3= N2 (Métastases bilatérales,<= 6 cm, au-dessus du rebord inférieur du cartilage cricoïde) 4= N3 (Métastases> 6 cm et/ou extension jusqu'à la clavicule)	Examen
	Qualitative nominative		
Histologie	Qualitative nominative	1= carcinome canalaire in situ	Examen

La survie du cancer du sein dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère Enfant Le Luxembourg

		2= carcinome lobulaire in situ 3= carcinome canalaire infiltrant 4= carcinome lobulaire infiltrant 5= carcinome tubuleux 6= carcinome médullaire 7= carcinome mucineux 8= carcinome cribriforme infiltrant 9= carcinome endocrine du sein 10= carcinome métaplasique 11= carcinome apocrine 12= carcinome adénoïde kystique 13= carcinome mucoépidermoïde 14= carcinome sécrétant 15= carcinome micropapillaire infiltrant 16= tumeur phyllode maligne 17= carcinome squirrheux 18= adénocarcinome colloïdal	
Action effectuée	Qualitative nominative	1= Chimiothérapie 2= Chirurgie 3= Radiothérapie 4= ormonothérapie 5= 1+2 6= 1+2+3 7= 2+3 77= Indéterminée	Examen
Evolution	Qualitative nominative	1= Guérison 2= Complications 3= Perdue de vue 4= Décès	Examen

**4.8. Plan d'analyse et de traitement des données:**

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 12.fr. Le test statistique utilisé était celui de khi2 pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité p inférieure à 0,05 et l'odds ratio(OR).

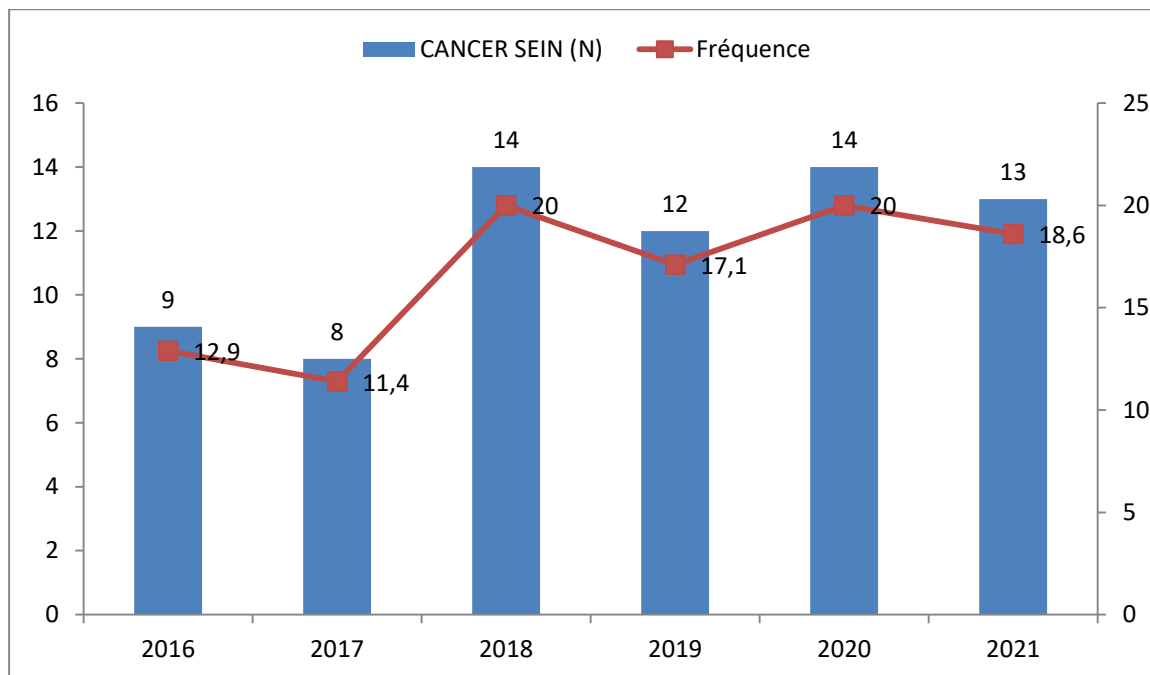
Nous avons procédé à une analyse multi variée des facteurs influençant la survie variée après régression logistique selon le modèle de Cox. La courbe de survie globale a été produite et les taux de survie calculés.

## 5. Résultats :

### 5.1. Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 70 cas de tumeurs malignes du sein parmi 41613 consultations gynécologiques soit 0,16% (70/41613 X100).

L'évolution annuelle des cas est représentée selon la figure n°1 ci-dessous



**Figure N°1 : Evolution annuelle des cas de cancer du sein**

La fréquence annuelle parmi l'ensemble des consultantes a varié entre 0,12% et 0,20% au fil du temps, elle est représentée selon le tableau N°II ci dessous

**Tableau N°II : Fréquence annuelle des cancers du sein**

<b>Année</b>	<b>Nombre consultantes</b>	<b>Nombre cancer sein</b>	<b>Fréquence cancer sein</b>
<b>2016</b>	<b>6623</b>	<b>9</b>	<b>0,13%</b>
<b>2017</b>	<b>6454</b>	<b>8</b>	<b>0,12%</b>
<b>2018</b>	<b>6697</b>	<b>14</b>	<b>0,20%</b>
<b>2019</b>	<b>6967</b>	<b>12</b>	<b>0,17%</b>
<b>2020</b>	<b>6990</b>	<b>14</b>	<b>0,20%</b>
<b>2021</b>	<b>7882</b>	<b>13</b>	<b>0,16%</b>
<b>Total</b>	<b>41613</b>	<b>70</b>	<b>0,16%</b>



## **5.2 Description générale de la population :**

### **5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques :**

Nous avons enregistré 70 cas de cancer du sein pendant notre période d'étude, l'âge moyen était de 44,83 ans avec des extrêmes de 16 à 83 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle des femmes relativement jeune entre 31 ans à 40 ans 34,3% des cas (24/70), les antécédents familiaux de cancer n'étaient retrouvés que dans 2,8% des cas, une fréquence de la contraception moderne chez 15,7%. Plus de deux patientes sur dix étaient ménopausées et il s'agissait pour la plupart des multigestes multipares ce qui est retrouvé dans le tableau N°III ci-dessous :

**Tableau N°III : Profil des cancers du sein**

<b>Profil</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Age</b>		
≤ 19 ans	2	2,9%
20-30 ans	5	7,1%
31-40 ans	24	34,3%
41-50 ans	16	22,9%
51-60 ans	16	22,9%
61-83 ans	7	10
<b>ATCD familiaux cancer sein</b>		
OUI	2	2,8%
NON	68	97,2%
<b>Contraception</b>		
Oui	11	15,7%
Non	59	84,3%
<b>Ménopause</b>		
Oui	20	28,6
Non	50	71,4%
<b>Gestité</b>		
Nulligeste	10	14,3%
Primigeste	2	2,9%
Multigeste	43	61,4%
Grande multigeste	15	21,4%
<b>Parité</b>		
Nullipare	11	15,7%
Primipare	2	2,9%
Multipare	46	65,7%
Grande multipare	11	15,7%

### **5.2.2. Les paramètres de l'examen clinique et complémentaires :**

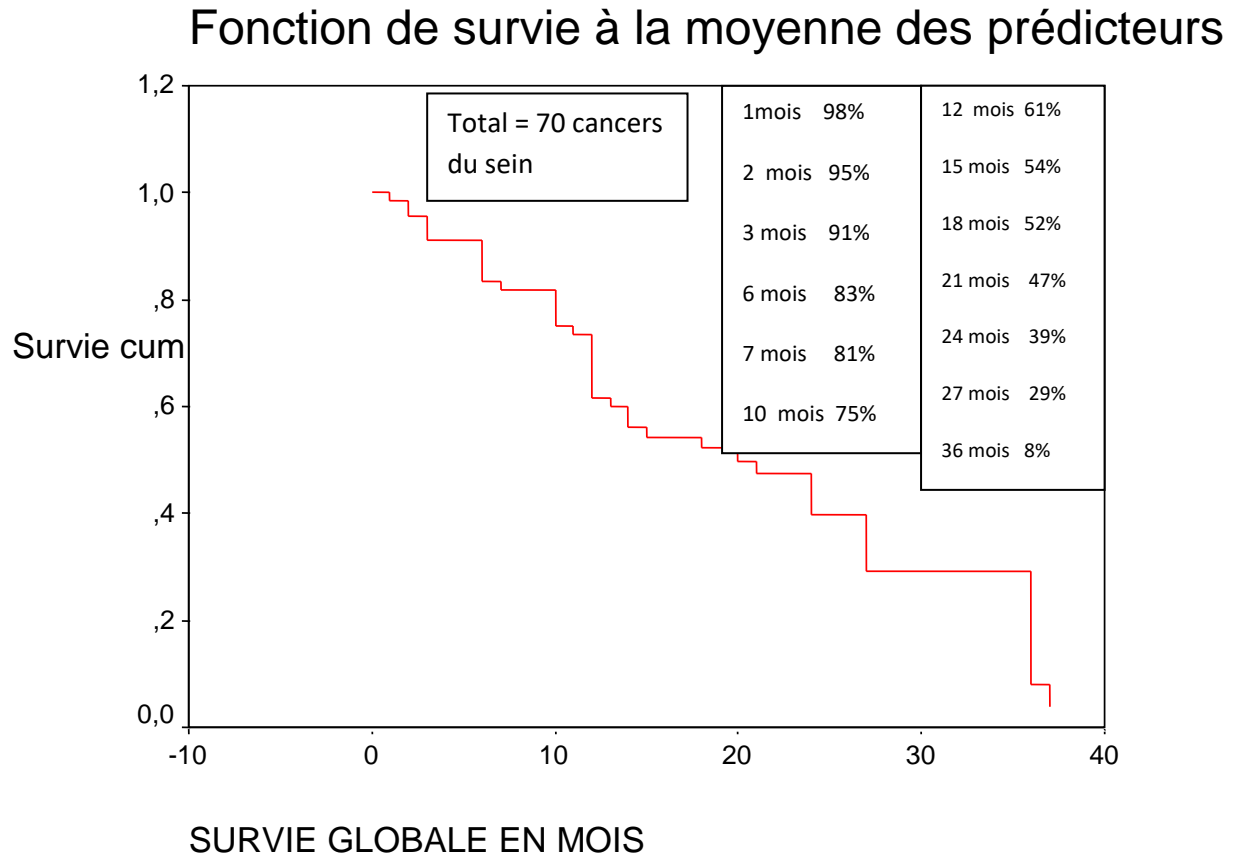
A l'admission 4,3% des patientes avaient un mauvais état général, le sur poids était retrouvé chez plus de quatre patientes sur dix, le sein gauche était le plus touché six cas sur dix, nous avons noté une association avec la grossesse dans deux cas. Presque huit patientes sur dix avaient une taille de la tumeur au stade 3 et 4 . Dans la grande majorité des cas le type histologique était un carcinome, un cas d'adénocarcinome colloïdal et 11,4% de tumeur phyllode maligne selon le tableau N°IV ci-dessous :

**Tableau N°IV : Les paramètres de l'examen clinique et complémentaires**

<b>Variables</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Etat général</b>		
Bon	62	88,6%
Passable	5	7,1%
Altéré	3	4,3%
<b>IMC</b>		
Insuffisance pondérale	2	2,9%
Poids normal	20	28,6%
Sur poids	33	47,1%
Obésité	15	21,4%
<b>Seins atteint</b>		
Gauche	42	60%
Droite	25	35,7%
Droite+gauche	3	4,3%
Grossesse	2	2,85%
<b>Taille tumeur</b>		
T0	3	4,3%
T1	6	8,6%
T2	5	7,1%
T3	22	31,4%
T4	34	48,6%
<b>Histologie</b>		
CCIS	8	11,4%
CLIS	3	4,3%
CCI	39	55,7%
CLI	5	7,5%
Carcinome Micropapillaire infiltrant	5	7,1%
Carcinome médullaire	1	1,4%
Phylloïde maligne	8	11,4%
Adénocarcinome Colloïdal	1	1,4%
<b>Classification SBR</b>		
Grade 1	3	4,3%
Grade 2	41	58,6%
Grade 3	26	37,1%

### 5.3. La survie :

#### 5.3.1 La survie globale :

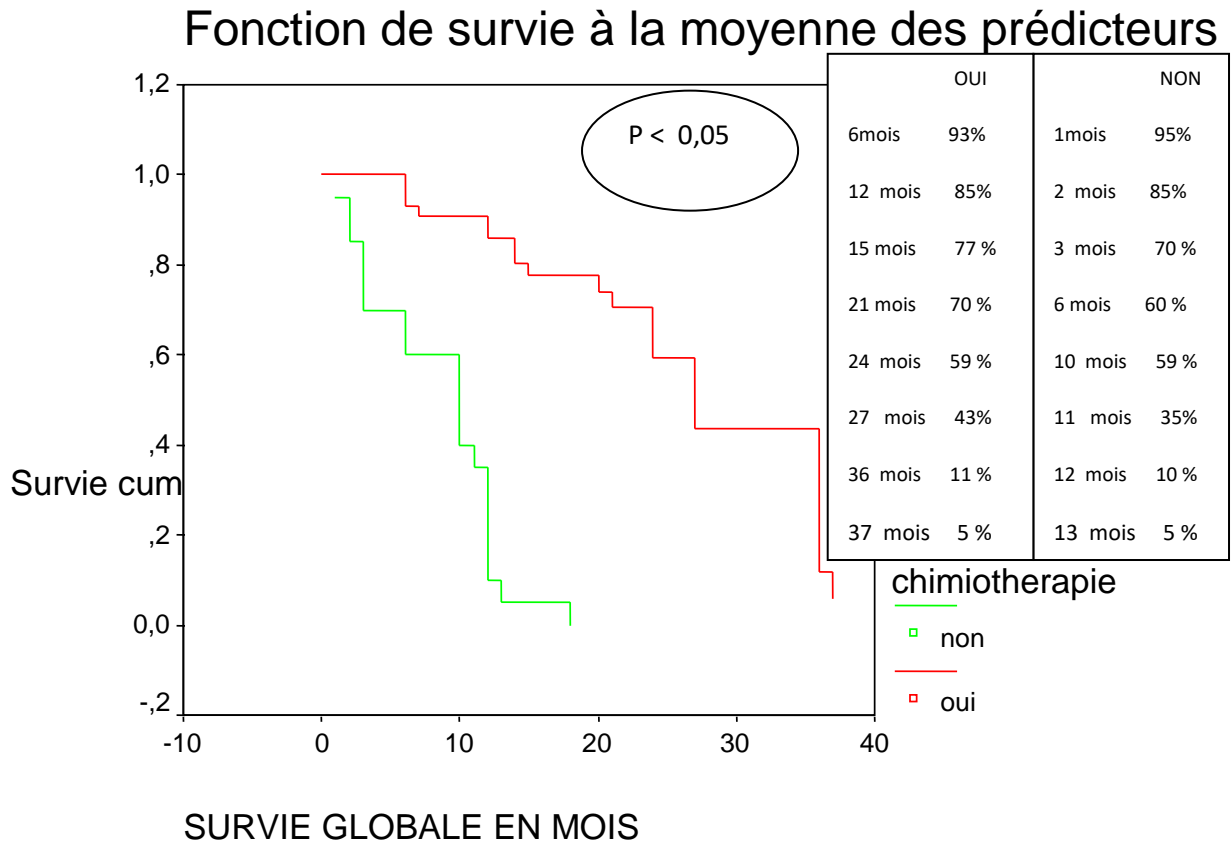


**Figure N°2 : Survie globale en mois du cancer du sein**

Après analyse multi variée selon le modèle de Cox, il ressort que la survie a varié de 98% à un mois, de 91% à 3 mois à 83% 6 mois, de 61% de 12 mois, 52% 18 mois, 39% 24 mois et de 8% à 36 mois chez les sujets. On constate qu'il y a une diminution très rapide de cette survie au fil des mois pendant la période selon la figure N°2 ci dessus.

### 5.3.2. La survie selon le Traitement :

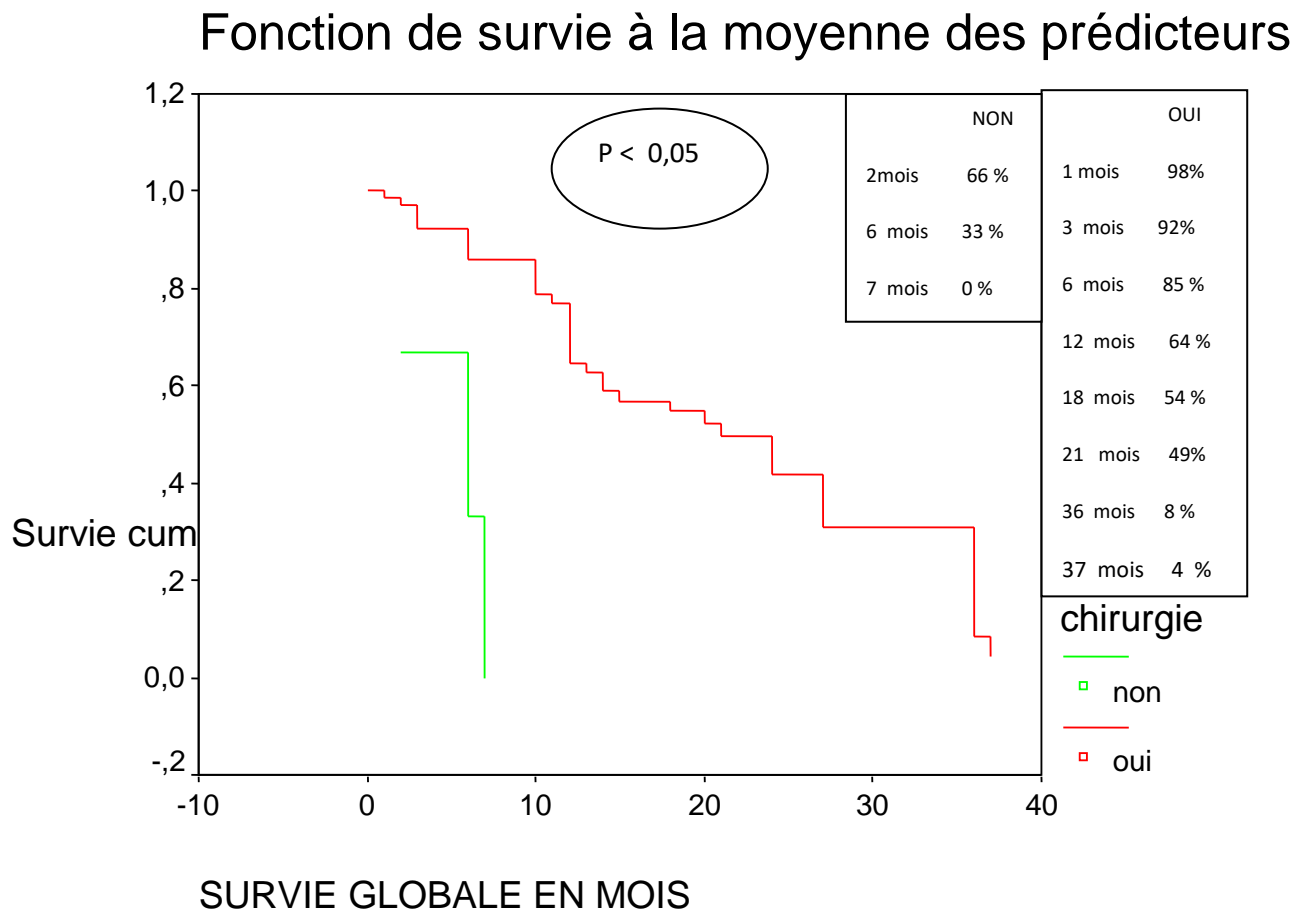
#### 5.3.2.1. La chimiothérapie :



**Figure N°3 : survie du cancer du sein selon la chimiothérapie**

Les courbes évolutives de chimiothérapie après analyse selon le modèle de Cox tendent à démontrer que plus elle est réalisée plus la survie est améliorée et longue. Dans le groupe de femmes qui n'avait pas reçu de chimiothérapie la survie passait de 95% à un mois à 70%, 60% et 10% respectivement de 3 mois, 6 mois et 12 mois. Cependant ces différences observées sont statistiquement significatives dans notre étude figure N°3 ci-dessus.

### 5.3.2.2. La chirurgie :

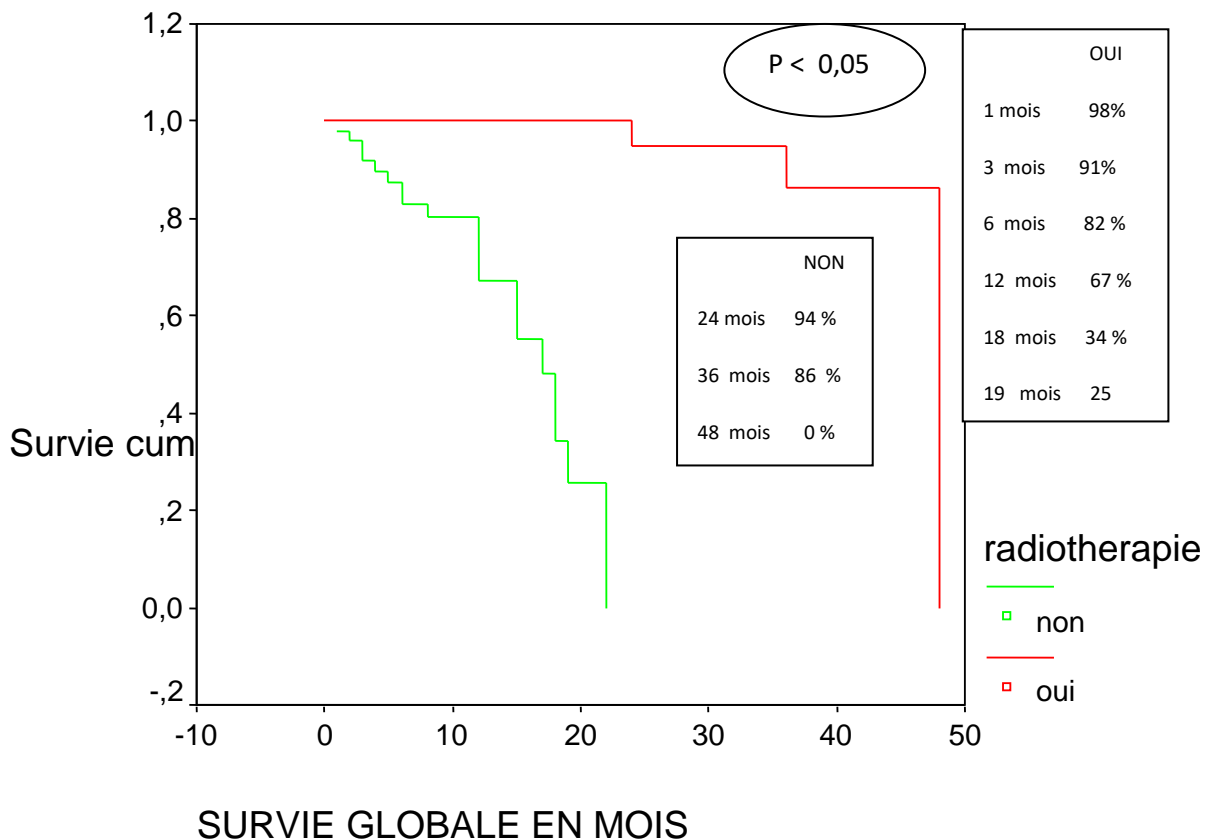


**Figure N°4 : Survie du cancer du sein selon chirurgie**

Après analyse multi variée par la méthode de régression de Cox en fonction de la réalisation de la chirurgie il ressort qu'elle contribue beaucoup à l'amélioration de la survie lorsqu'on les compare aux sujets non opérés  $P < 0,05$  figure N°4.

### 5.3.2.3. La radiothérapie :

#### Fonction de survie à la moyenne des prédicteurs

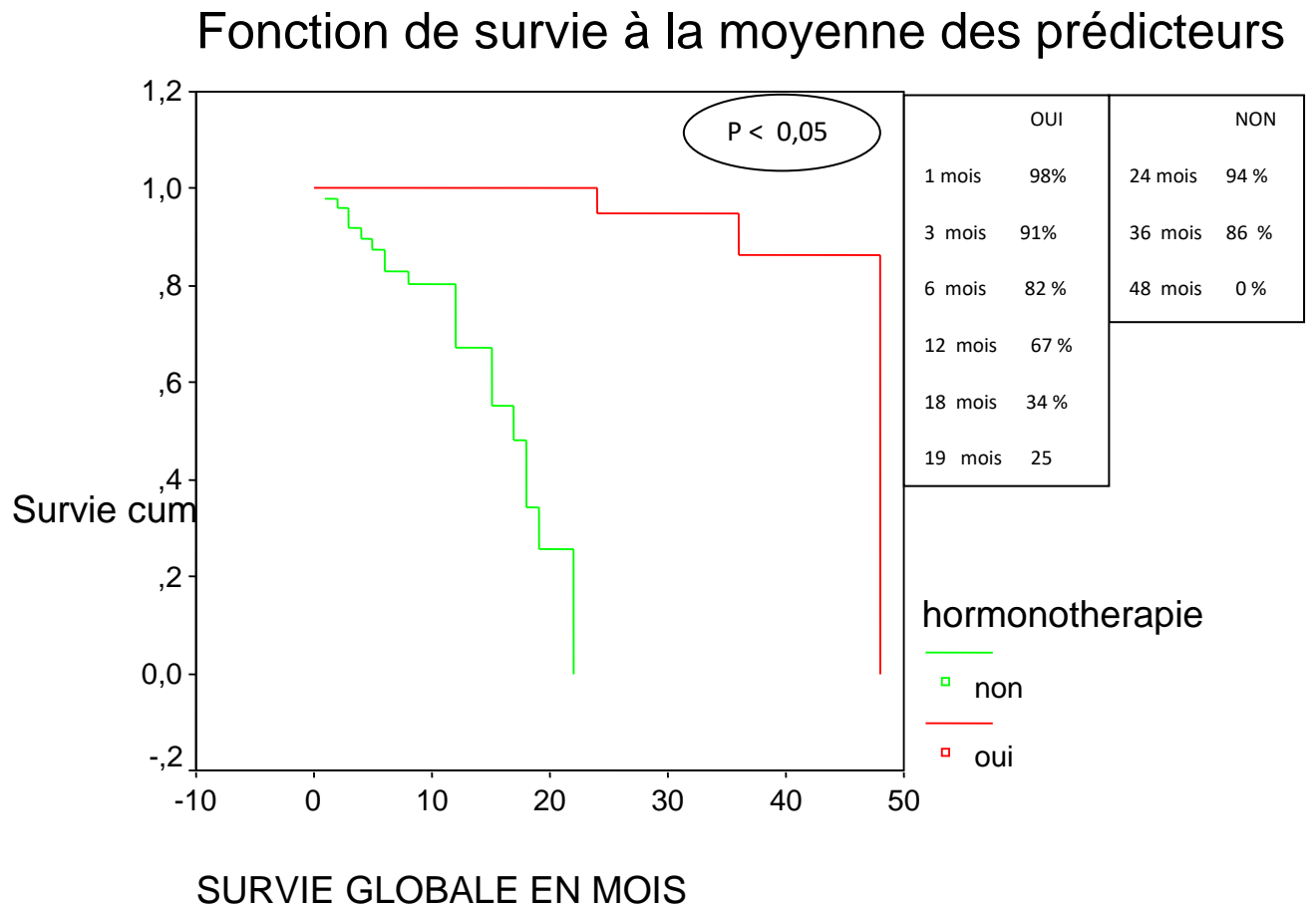


**Figure N°5 : Survie du cancer du sein selon la radiothérapie :**

Après analyse multi variée par la méthode de régression de Cox selon la réalisation de la radiothérapie, la survie est très nettement améliorée comparées à celles n'ayant pas bénéficié de radiothérapie avec une probabilité significative  $P < 0,05$  Figure N°5.



### 5.3.2.4. Hormonothérapie

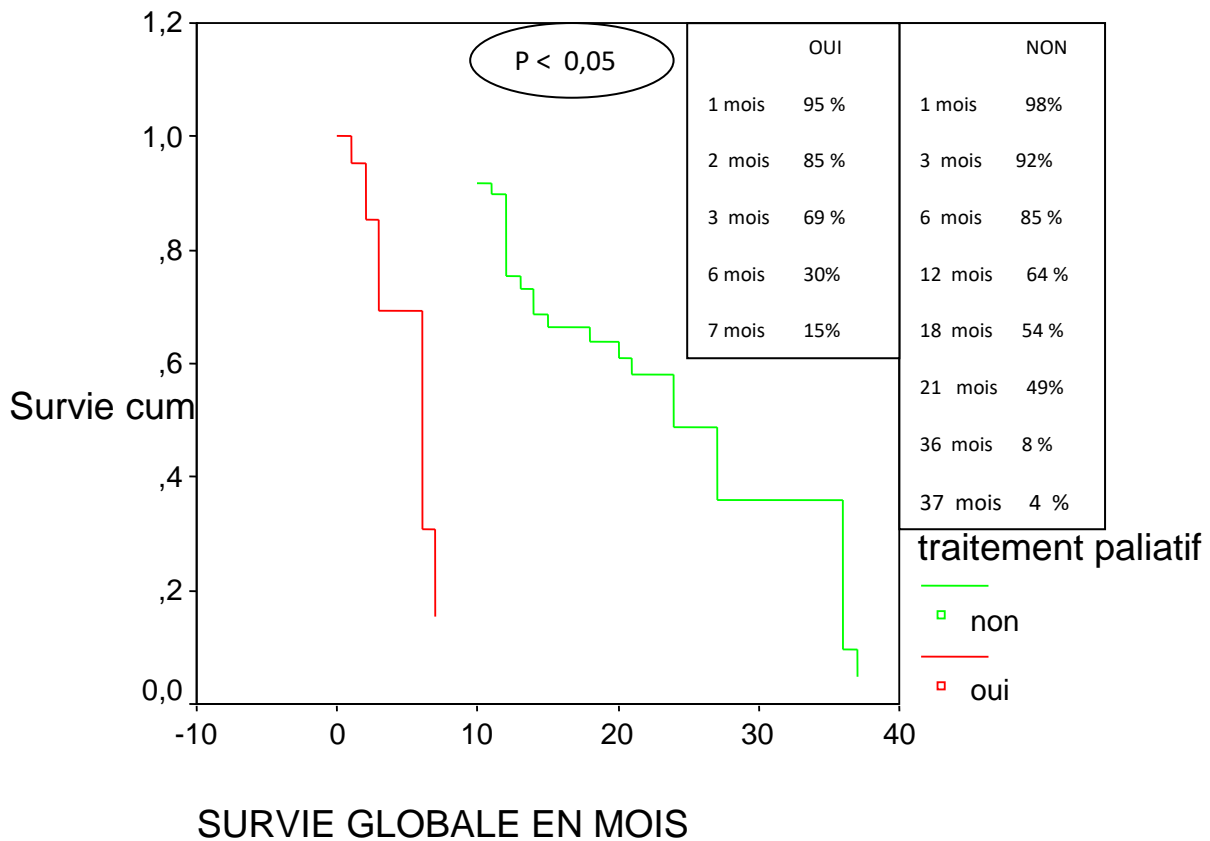


**Figure N°6 : Survie du cancer du sein selon l'hormonothérapie**

Après analyse multi variée par la méthode de régression de Cox en fonction de l'hormonothérapie nous renseigne qu'elle protège les sujets avec une probabilité statistiquement significative  $P < 0,05$  figure N°6.

### 5.3.2.5. Le traitement palliatif :

#### Fonction de survie à la moyenne des prédicteurs



**Figure N°7 : Survie selon le traitement palliatif**

Après analyse multi variée par la méthode de régression de Cox en fonction de la réalisation du traitement palliatif nous renseigne qu'il n'avait pas une grande influence sur la vie car il s'agissait pour la plupart des stades avancés c'est-à-dire en fin de vie avec une probabilité statistiquement significative  $P < 0,05$  figure N°7.

## 6. Discussion :

Nous avons réalisé une étude transversale du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 octobre 2021, soit sur une période de 05 ans et 10 mois. La technique de collecte était un échantillonnage systématique en incluant toutes les patientes ayant un cancer du sein. Comme tout travail nous avons rencontré un certain nombre de difficultés : la venue tardive en consultation, la plupart arrive à un stade avancé de la maladie d'où des pertes de temps énorme avant le premier contact médical c'est-à-dire le recours tardif aux centres de santé, les difficultés relatives à l'enregistrement et l'archivage des données, le parcours et le suivi des sujets, la collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge, le poids socioculturel, la stigmatisation, le recours à la médecine traditionnelle.

Aux regards de nos résultats les principaux constats qui se dégagent sont : l'âge relativement jeune de survenue de cancer du sein, un faible taux de survie, le diagnostic à un stade avancé de la maladie, une insuffisance voire une rareté d'infrastructure et de plateau technique pour une prise en adéquate et complète, une morbidité et mortalité très élevées.

Les taux d'incidence sont 88 % plus élevés dans les pays en développement que dans les pays développés [4]. Heureusement, avec les avancées constantes de la médecine et de la science, les statistiques s'avèrent encourageantes, décrivant une bonne survie à 5 et 10 ans et laissant entrevoir de réelles progressions dans la prise en charge de cette maladie [12]. Le pronostic du cancer du sein désigne l'évaluation réalisée par un ou plusieurs médecins du comportement d'une tumeur cancéreuse et de sa capacité à réagir aux traitements. Plusieurs facteurs aident à déterminer les chances de survie du

cancer du sein : son stade, ses caractéristiques, le type de prise en charge thérapeutique, les antécédents médicaux personnels et familiaux, ainsi que sa manière de réagir au traitement. On parle de facteurs pronostiques. Les facteurs prédictifs, quant à eux, expriment une estimation de la capacité de réponse à des traitements. Les deux catégories de facteurs influencent ensemble la décision du plan thérapeutique pour traiter le cancer du sein. Les différents facteurs pronostiques et prédictifs utilisés pour estimer les chances de survie du cancer du sein sont différents, en fonction du type de cancer. Les statistiques de guérison du cancer du sein varient donc en présence d'un premier cancer de diagnostic récent, ou d'une récurrence. On note qu'en comparaison avec d'autres cancers, le cancer du sein offre désormais de bons pronostics de survie à 5 ans et 10 ans, bien que ces pronostics soient relatifs au type de cancer diagnostiqué

L'incidence du cancer du sein, soit sa fréquence de survenue et le nombre de femmes concernées par cette maladie, varie significativement en fonction de l'âge des patientes: de fait, 20 % des cancers du sein sont diagnostiqués avant l'âge de 50 ans, et 10 % avant l'âge de 40 ans. La majorité des cancers se développe donc à partir de 50 ans. L'âge médian des femmes atteintes d'un cancer du sein au moment de leur diagnostic est de 63 ans en 2012, un recul de 2 ans par rapport à 2005 (61 ans). L'âge médian du décès des patientes des conséquences d'un cancer du sein est de 73 ans en 2012, un recule de 2 ans par rapport à 2007 (71 ans). Selon les récentes statistiques, 1 femme sur 10 développera un cancer du sein au cours de sa vie, et 1 femme sur 25 décèdera de cette maladie. Les statistiques révèlent également des inégalités entre les territoires. À l'apparition d'une première tumeur, les statistiques de guérison du cancer du sein dépendent de plusieurs facteurs pronostiques et prédictifs. Ainsi, les éléments suivants influent le pronostic et le taux de survie des patientes atteintes : le stade de la tumeur, la taille de la tumeur, le grade du cancer,

l'extension ganglionnaire des cellules cancéreuses, le statut des récepteurs hormonaux et de Her2, l'âge de la patiente au moment du diagnostic

En moyenne, le taux de survie à 10 ans est de 78 %, et monte à 88% à 5 ans. Chez les femmes encore en vie 1 an après le diagnostic, on observe un taux de survie de 94%. Les cancers du sein à un stade précoce d'évolution au moment du diagnostic (cancers in situ ou peu étendus) présentent un taux de survie de plus de 90%. Les cancers plus évolués, mais sans métastases, présentent un taux de survie de 80%. En cas de cancers métastatiques, le taux de survie descend à 25%. Au-delà du stade d'évolution du cancer, le type de maladie et son grade jouent un rôle considérable sur le pronostic des patientes. Ainsi, les cancers inflammatoires et ceux ayant envahi plusieurs ganglions axillaires présentent un faible taux de survie, inférieur à 30 %. A l'inverse, les cancers in situ et les tumeurs de petite taille (moins de 1 cm) sans atteintes des ganglions présentent un taux de survie de près de 95%. L'analyse statistique du taux de survie et de l'incidence des cancers du sein est un aspect essentiel de la recherche médicale et de la surveillance de l'évolution de cette pathologie. En présence de récurrence ou localisations secondaires (métastases), les statistiques de guérison du cancer du sein peuvent être influencées par d'autres facteurs comme le temps écoulé avant la réapparition du cancer. Le pronostic est meilleur si le laps de temps avant la récurrence du cancer du sein est long. Les chances de survie pour le cancer du sein sont plus favorables lorsque la récurrence survient plus de 5 ans après le diagnostic initial [12]. Lors de la survenue de métastases, le pronostic des femmes atteintes d'un cancer du sein devient moins bon : le taux de survie à 5 ans chute de 80-90 % à environ 20 % [10]. En France Le taux de survie pour un cancer du sein métastatique n'est que de 23% à 5 ans alors qu'il est d'environ 90% si le cancer est diagnostiqué tôt [4]. Cependant, il est important de rappeler que les taux de survie à 5 ans ne sont que des données statistiques basées sur la

population générale, chaque cas est unique et la survie est variable en fonction de nombreuses caractéristiques propres à chacun : type de tumeur, localisations des métastases, antécédents médicaux...[11]. En comparaison avec d'autres cancers, les chances de survivre à un cancer du sein sont élevées, bien que le pronostic dépende du stade d'évolution de la maladie au moment du diagnostic. De plus, malgré des améliorations en survie pour les patientes atteintes d'un cancer du sein dans de nombreux pays il semble que la survie au cancer du sein au Mali soit encore très faible. Il a été suggéré qu'un diagnostic plus précoce et les changements dans le traitement du cancer du sein ont contribué à une amélioration de la survie au cancer du sein. Cependant, des études ont montré que les variations du cancer du sein la survie dépend en partie de plusieurs facteurs étiologiques [2]. Selon D Gelber [13] une analyse globale portant sur 18 000 femmes atteintes d'un cancer du sein dans 47 essais randomisés a montré qu'une chimiothérapie prolongée réduit significativement le risque de rechute et de décès par rapport à l'absence de chimiothérapie. Ici, nous exprimons la taille de l'avantage en termes de temps de survie ajusté sur la qualité gagné. La survie est relativement faible et est associée au diagnostic de la maladie à un stade avancé. Nous émettons l'hypothèse que cela est dû au faible niveau de sensibilisation, manque de programmes de dépistage et accès tardif au traitement [14]. La survie varie selon le stade du cancer du sein. En général, plus on diagnostique et on traite le cancer du sein à un stade précoce, meilleur est le pronostic[15].. La survie selon le stade pour le cancer du sein est consignée sous forme de survie relative après 5 ans[15]..

## **7. Conclusion :**

Le cancer du sein demeure un véritable problème de santé publique et survient dans notre contexte chez des femmes relativement jeune et la survie demeure très faible d'où la nécessité des campagnes de dépistage bien organisé et la prise en charge précoce et multidisciplinaires des cas. Ainsi nous recommandons ce qui suit :

## **8. Recommandations :**

### **Aux autorités sanitaires et politiques :**

- ✓ La mise en place d'unité bien équipée pour le dépistage du cancer du sein dans les centres spécialisés pour la prise complète des patientes au niveau de leur service de soin.
- ✓ Renforcer le plateau technique des centres spécialisés
- ✓ Création d'un institut du cancer au Mali.
- ✓ Création d'autres unités de radiothérapie
- ✓ Renforcer et dynamiser la coopération avec les partenaires notamment Médecin sans frontière France MSF
- ✓ Assurer la formation continue du personnel soignant
- ✓ Information, Education pour le changement de comportement

### **Pour le personnel sanitaire**

- ✓ Examen systématique des seins
- ✓ Institution d'un dépistage du cancer du sein.
- ✓ Promotion de la communication pour le changement de comportement pour permettre une meilleure adhésion des femmes au dépistage du cancer sein
- ✓ Apprendre l'auto palpation des seins aux femmes

### **Pour les femmes**

- ✓ Fréquenter les centres de santé
- ✓ Consulter au moindre situation d'alerte
- ✓ Pratiquer l'autopalpation des seins chaque cycle menstruel



### **Pour la population**

- ✓ Encourager et soutenir les femmes a fréquenté les centres de santé
- ✓ Adhérer aux programmes de dépistage du cancer du sein
- ✓ Promotion de la communication pour le changement de comportement pour permettre une meilleure adhésion des femmes au dépistage du cancer sein

## 9. Référence :

1. **Ágnes Ósz, András Lániczky & Balázs Gyórfy.**Received: Survival analysis in breast cancer using proteomic data from four independent datasets Scientific Reports 26 February 2021; Accepted: 28 July 2021.
2. **Mariam Vahdaninia<sup>1</sup>, Ali Montazeri<sup>1</sup>.** IRAN Breast Cancer in Iran: a Survival Analysis *Asian Pacific J Cancer Vol 5, 2004.:*, 223-225*Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.,*
3. **Mohammad Movahedi , Shahpar Haghghat , Maryam Khayamzadeh, Afshin Moradi ,Ali Ghanbari-Motlagh , Hamidreza Mirzaei, Mohammad Esmail-Akbari .** Survival Rate of Breast Cancer Based on Geographical Variation in Iran, a National Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012;14(12).
4. **Hyuna Sung ; Jacques Ferlay; Rebecca L. Siegel; Mathieu Laversanne; Isabelle Soerjomataram; Ahmedin Jemal; Freddie Bray** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries *CA CANCER J CLIN* 2021;71:209–249.
5. **Registre des cancers du Mali 2020**
6. **A.S. Kone A. Diakite F.M. Sidibe K. Diabate I.M. Diarra M.A. Camara Y.L. Diallo S. Sidibe** Particularites epidemiologiques et cliniques des cancers au centre de radiotherapie de l’hospital du Mali *Journal de la recherche scientifique de l’université de Lomé Vol.20 n° 4 (2018)*  
<https://www.ajol.info/index.php/jrsul/index>
7. **A. Togo , A. Traoré ,C. Traore ,BT Dembélé ,L. Kanté , I. Diakité , A. Maïga , SO Traoré , AC Coulibaly & G. Diallo** Cancer du sein dans deux

centres hospitaliers de Bamako (Mali) : aspects diagnostiques et thérapeutiques *Journal Africain du Cancer / African Journal of Cancer* le volume 2 , pages88–91 ( 2010 ).

**8. M. Mesbah et al. (eds.),** ADJUSTED SURVIVAL ANALYSIS IN CANCER CLINICAL TRIALS *Statistical Methods for Quality ofLife Studies*, 287-300. 2002 *Kluwer Academic Publishers* QUALITY

**9. Joensuu et al Joensuu H, Lehtimaki T, Holli K, Elomaa L, Turpeenniemi-Hujanen T, Kataja V, et al.** Risk for distant recurrence of breast cancer detected by mammography screening or other methods. *JAMA* 2004 ; 292 : 1064 – 73.

**10. Adélaïde BRION, Nathalie COURTIAL** La survie globale des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique triple négatif améliorée grâce à l'immunothérapie [www.unicancer.fr](http://www.unicancer.fr)

**11. Mustapha Abubakar, Hyuna Sung, Devi BCR, Jennifer Guida, Tieng Swee Tang, Ruth M. Pfeiffer and Xiaohong R. Yang.** Breast cancer risk factors, survival and recurrence, and tumor molecular subtype: analysis of 3012 women from an indigenous Asian population . *Breast Cancer Research* (2018) 20:114

**12. Eric Sebban, Laurent Zerat.** Ganglion sentinelle et cancer du sein : doutes et certitudes. *Genesis* N°146-Fevrier 2010

**13. Bernard F Cole et col.** Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised clinical trials with quality-adjusted survival analysis. *The Lancet* volume 358, Issue 9278, 28 juillet 2001, pages 277-286.

**14. Abbas Rezaianzadeh, Janet Peacock, Daniel Reidpath, Abdolrasoul Talei, Seyed Vahid Hosseini and Davood Mehrabani.** Survival analysis of 1148 women diagnosed with breast cancer in Southern Iran. *BMC Cancer* 2009, 9:168

**15. Société Canadienne de cancer.** Statistiques de survie pour le cancer du sein. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/prognosis-and-surviva>.

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** SISSOKO

**Prénoms :** Abdoulaye

**Année universitaire :** 2020-2021

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Titre :** La survie du cancer du sein dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère Enfant Le Luxembourg

E-mail : [asissoko65@yahoo.fr](mailto:asissoko65@yahoo.fr)

**Resumé:**

**Objectif:** Etudier la survie du cancer du sein dans le service de gynécologie du CHU ME Le Luxembourg de Bamako.

**Methode et materiel :** Il s'agissait d'une étude transversale sur les cas de cancer du sein chez la femme du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 octobre 2021, soit sur une période de 05 ans et 10 mois.

**Resultat :**

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 70 cas de tumeurs malignes du sein parmi 41613 consultations gynécologiques soit 0,16% (70/41613 X100). L'âge moyen était de 44,83 ans [16-83] il s'agissait dans la grande majorité des cas des multigestes multipares et le type histologique était principalement des carcinomes. Selon le modèle de Cox, il ressort que la survie a varié de 98% à un mois, de 91% à 3 mois à 83% 6 mois, de 61% de 12 mois, 52% 18 mois, 39% 24 mois et de 8% à 36 mois chez les sujets. On constate qu'il y a une diminution très rapide de cette survie au fil des mois pendant la période. Les courbes évolutives de chimiothérapie après analyse selon le modèle de Cox tendent à démontrer que plus elle est réalisée plus la survie est améliorée et longue. Dans le groupe de femmes qui n'avait pas reçu de chimiothérapie la survie passait de 95% à un mois à 70%, 60% et 10% respectivement de 3 mois, 6 mois et 12 mois. Cependant ces différences observées sont statistiquement significatives dans notre étude. En fonction de la réalisation de la chirurgie il ressort qu'elle contribue beaucoup à l'amélioration de la survie lorsqu'on les compare aux sujets non opérés  $P < 0,05$  et selon la réalisation de la radiothérapie, la survie est très nettement améliorée comparées à celles n'ayant pas bénéficié de radiothérapie avec une probabilité significative  $P < 0,05$ .

Concernant l'hormonothérapie elle protège les sujets avec une probabilité statistiquement significative  $P < 0,05$ . La réalisation du traitement palliatif nous renseigne qu'il n'avait pas une grande influence sur la vie car il s'agissait pour la plupart des stades avancés c'est-à-dire en fin de vie avec une probabilité statistiquement significative  $P < 0,05$

**Conclusion :** la survie demeure très faible d'où la nécessité des campagnes de dépistage bien organisé et la prise en charge précoce et multidisciplinaires des cas.

**Mots clés:** Cancer du sein, Survie.