



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE

Année universitaire : 2023-2024

n°...../

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN CHIRURGIE GENERALE

THEME

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DANS LE TRAITEMENT DU
CANCER DU SEIN DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B DU
CHU DU POINT G

Présenté et soutenu le 27/12/ 2024 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie par :

Dr OULALE Oussen

JURY

Président : M. TOGO Adégné Professeur

Membre : M. BENGALY Brehima Maître de conférence agrégé

Directeur : M.TRAORE Drissa Professeur

Table des matières

1. Introduction :	2
2. Objectifs :	4
2.1. Objectif général :	4
2.2. Objectifs spécifiques :	4
3. Méthodologie :	5
3.1. Cadre d'étude :	5
3.2. Type et période d'étude :	5
3.3. Population d'étude :	5
3.4. Echantillonnage :	5
3.5.3 Variables étudiées :	6
3.6. Recueil des données :	7
3.7. Traitement et analyse statistiques des données :	7
3.8. Aspects éthiques :	8
4. Résultats :	9
Commentaires et discussion	23
Conclusion :	27
Recommandations :	28
Référence :	30
Annexes :	35

1. INTRODUCTION :

Le cancer du sein est le premier cancer féminin et le 2^{ème} de tous les cancers dans la grande majorité des pays du monde, avec une incidence estimée à 11,7% pour un taux de mortalité de 6,9% selon les données de Globocan 2020[1].

Durant des décennies, la mastectomie chirurgicale était le seul traitement efficace reconnu des cancers du sein [2].

En 1952, Keynes a suscité l'espoir de traitements non mutilants du sein, en associant tumorectomie et radiothérapie externe et interstitielle par radium [3].

C'est au début des années 1980 que la notion de traitement conservateur a pris une place incontournable avec des protocoles proposant la conservation du sein associée à une irradiation mammaire adjuvante avec des résultats extrêmement encourageants [4, 5, 6]

La chirurgie conservatrice du sein correspond à l'exérèse glandulaire en zones saines, associée à un remodelage glandulaire qui permet d'éviter les séquelles esthétiques [7]. Elle assure les mêmes chances de survie et de contrôle local que le traitement radical tout en préservant l'intégrité de la glande mammaire. Elle doit permettre de répondre à trois conditions:

- une survie identique à celle obtenue par la mastectomie;
- un risque de récurrence locale faible ;
- un résultat esthétique satisfaisant [8].

Les indications du traitement conservateur concernent les tumeurs diagnostiquées à un stade précoce notamment, les tumeurs mammaires infiltrantes T1 et T2, de moins de 5 cm non inflammatoires [9].

Au Mali, il n'existe pas de programme de dépistage systématique du cancer du sein ; les formes avancées restent fréquentes estimées à 44,9% pour les tumeurs stade III et 11,2% pour celles classées stade IV [10]

Existe-t-il des patientes éligibles à un traitement conservateur dans ce contexte ?

Le développement de nouvelles techniques chirurgicales vers la fin des années 1990 associant deux spécialités : la chirurgie oncologique et la chirurgie

plastique pour donner naissance à l'oncoplastique plus l'apport des traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie) ont permis d'étendre les indications de la chirurgie conservatrice même à des tumeurs de plus de 5 cm [11 ,12].

De nos jours, le traitement conservateur du sein, c'est-à-dire tumorectomie avec ou sans geste chirurgical ganglionnaire, suivi d'une radiothérapie post-opératoire est devenu le standard de traitement.

Mais ces moyens thérapeutiques ne sont pas toujours accessibles pour de nombreuses patientes notamment dans les pays à ressources limitées.

Selon une étude réalisée dans le service de chirurgie B en 2017 le cancer à représenter 0,77% des consultations ; et de 2017 à 2022 la plastie mammaire a été réalisée chez 2,7% des patiente opérée pour cancer du sein [23].

La chirurgie conservatrice est-elle praticable dans ce contexte ?

C'est pour tenter de répondre à ces questions que nous avons initié ce travail dans le but était de rapporter notre expérience de la chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du sein.

Questions de recherche :

1. Quelle place occupe la chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du sein dans le service de chirurgie B du CHU du Point G ?
2. Quelles sont les indications de la chirurgie conservatrice?
3. Quelles sont les techniques utilisées dans la chirurgie conservatrice ?

Hypothèses de recherche :

1. La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du sein est pratiquée à une faible proportion dans le service de chirurgie B du CHU du Point G.
2. Les indications sont les tumeurs de stade précoce et de petite taille
3. Les techniques utilisées sont variées et fonction du siège.

2. Objectifs :

2.1. Objectif général :

- Analyser les résultats de la chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du sein effectué dans le service de chirurgie B.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la chirurgie conservatrice
- Identifier les indications du traitement conservateur
- Décrire les techniques employées dans la chirurgie conservatrice
- Apprécier les résultats esthétiques du traitement conservateur.

3. Méthodologie :

3.1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Service de chirurgie "B" du CHU du Point "G" à Bamako. Ce service est reconnu pour son expertise dans la prise en charge des pathologies chirurgicales viscérale, vasculaire, thoracique, endocrinienne, oncologique, pédiatrique, et plastique. Le service dispose de deux unités d'hospitalisation avec une capacité totale de 29 lits et de plusieurs salles d'opération.

3.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale à collecte rétrospective (Janvier 2016 – décembre 2023) et prospective (Janvier 2024- Juin 2024), sur 102mois dans le service de chirurgie B au CHU du Point G.

3.3. Population d'étude :

Toutes les femmes prises en charge pour cancer du sein dans le service pendant la période d'étude.

3.3.1. Critères d'inclusion :

Toutes patientes ayant eu la chirurgie conservatrice pour le traitement du cancer du sein dans le service pendant la période d'étude.

3.3.2. Critères de non inclusion :

- plasties mammaires pour pathologie non cancéreuse du sein,
- les tumorectomie à but diagnostique en cas de difficulté diagnostique
- Dossiers non exploitables, incomplets,
- Les cancers du sein chez les hommes.

3.4. Echantillonnage :

L'échantillonnage était non probabiliste par la prise en compte de toutes les femmes atteintes de cancer du sein traitées par la chirurgie conservatrice dans la période d'étude.

Taille de l'échantillon :

Sur la base de la prévalence des cancers du sein dans le service de chirurgie B du CHU Point G qui était

La taille de l'échantillon est la suivante : $n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{i^2}$

n= taille échantillon

$Z\alpha$ =écart réduit (1,96)

P= prévalence de la chirurgie conservatrice du sein

Q= 1-P

i= précision (5%)

n= 489 /12=40,75

3.5.3 Variables étudiées :

Les variables étudiées incluent :

- **Caractéristiques épidémiologiques et Sociodémographiques** : Âge, sexe, antécédents familiaux, facteurs de risque, Niveau socio-économique, profession, lieu de résidence.
- **Données diagnostiques** : Symptômes initiaux, durée des symptômes avant diagnostic, taille de la tumeur(T de TNM); type histologique.
- **Données thérapeutiques** : moyen thérapeutique, Indication, technique utilisée, geste chirurgical
- **Suites opératoires** : complications post-opératoires, durée d'hospitalisation, récurrence, survie, aspect esthétique, satisfaction,

Aspects opérationnels de certaines variables :

- Aspect esthétique : basée sur l'appréciation des séquelles esthétiques postopératoires l'échelle de CLOUGH et BARUCH comme suit :
 - **Type I** : le sein traité est en apparence normale sans déformation, mais il y a une asymétrie dans le volume ou la forme entre les deux seins, le sein non opérée est plus large et plus ptose.
 - **Type II** : le sein traité est déformé. Cette déformation peut être traitée par reconstruction partielle du sein et traitement conservateur en utilisant le tissu irradié pour la reconstruction

- **Type III** : le sein traite présente une déformation majeure avec une fibrose diffuse. Les séquelles sont tellement sévères que seule une mastectomie avec reconstruction immédiate est envisageable.
- Satisfaction des patientes : basée sur l'opinion des patientes selon l'échelle de Licker comme suit :
 - Très satisfait
 - satisfait
 - peu satisfait
 - non satisfait

3.6. Recueil des données :

- La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche individuelle d'enquête élaborée, pré-testée puis validée. Les sources de données étaient : les dossiers de malades, les registres de consultation, d'hospitalisation, et de compte rendu opératoire, les anciens programmes opératoires
- La survie, les résultats esthétiques et la satisfaction des patientes ont été évalués par appels téléphoniques et/ou examen physique
- Le délai moyen de suivi était de 6 mois à partir de la date de prise en charge

3.7. Traitement et analyse statistiques des données :

Une fois la collecte terminée, les données ont été saisies sur Excel, en plaçant les patients en ligne et chaque variable placée en colonne. Une vérification s'en était suivie afin de les purger de toute erreur. La base de données Excel était ensuite transposée sur SPSS 20.0 pour analyse. Celle-ci consistait dans un premier temps en une analyse descriptive consistant pour les variables qualitatives en la réalisation de tables de fréquence qui reprenait pour chaque variable, le nombre de sujets ainsi que le pourcentage correspondant et pour les variables quantitatives au calcul de moyennes, de déviations standards, de médianes, de valeurs minimales et maximales, suivie d'une réorganisation en classe.

3.8. Aspects éthiques :

S'agissant d'une recherche observationnelle rétro prospective sur des données récupérées dans le cadre des soins, celle-ci n'entre pas dans le cadre de la loi de protection des données personnelles et il n'a pas été nécessaire d'obtenir d'autorisation spécifique de la part d'un comité d'éthique ou d'une autorité compétente.

Cependant, afin de respecter au mieux la protection des données personnelles, les échanges entre les différents interlocuteurs ont été réalisés dans le respect de la confidentialité.

4. Résultats :

4.1. Caractéristiques épidémiologiques et sociaux démographiques :

4.1.1. Fréquence:

Pendant la période d'étude, nous avons colligé 73 dossiers de chirurgie conservatrice du sein sur :

6831 consultations soit 1,06 %

3178 interventions chirurgicales soit 2,29 %

398 cancers du sein opérés soit 18,34%

4.1.2. Age :

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage%
16-26	13	17,8
27-38	14	19,2
39-50	23	31,5
50-61	14	19,2
62-73	9	12,3
Total	73	100,0

L'âge moyen était de 39,6ans, écart type 12,3, extrêmes 16ans et 63 ans.

4.1.3. Provenance :**Tableau II : La répartition des patientes selon la provenance**

Région	Fréquence	Pourcentage %
Arabie saoudite	1	1,4
Bamako	61	83,6
Ségou	1	1,4
Kankan Guinée	2	2,7
Koulikoro	8	11,0
Total	73	100,0

La majorité des patientes provenait de la ville Bamako Soit **83,6%**

4.1.4. Profession :**Tableau III : Répartition selon la profession ou principale occupation**

Effectif	Fréquence	Pourcentage%
Femmes intellectuelles	36	49,31
Commerçante	9	12,32
Coutrière	1	1,4
Femme au foyer	27	36,98
Total	73	100,0

Les **Femmes intellectuelles** représentaient 49,31% des patientes.

4.1.5. Statut Matrimonial :

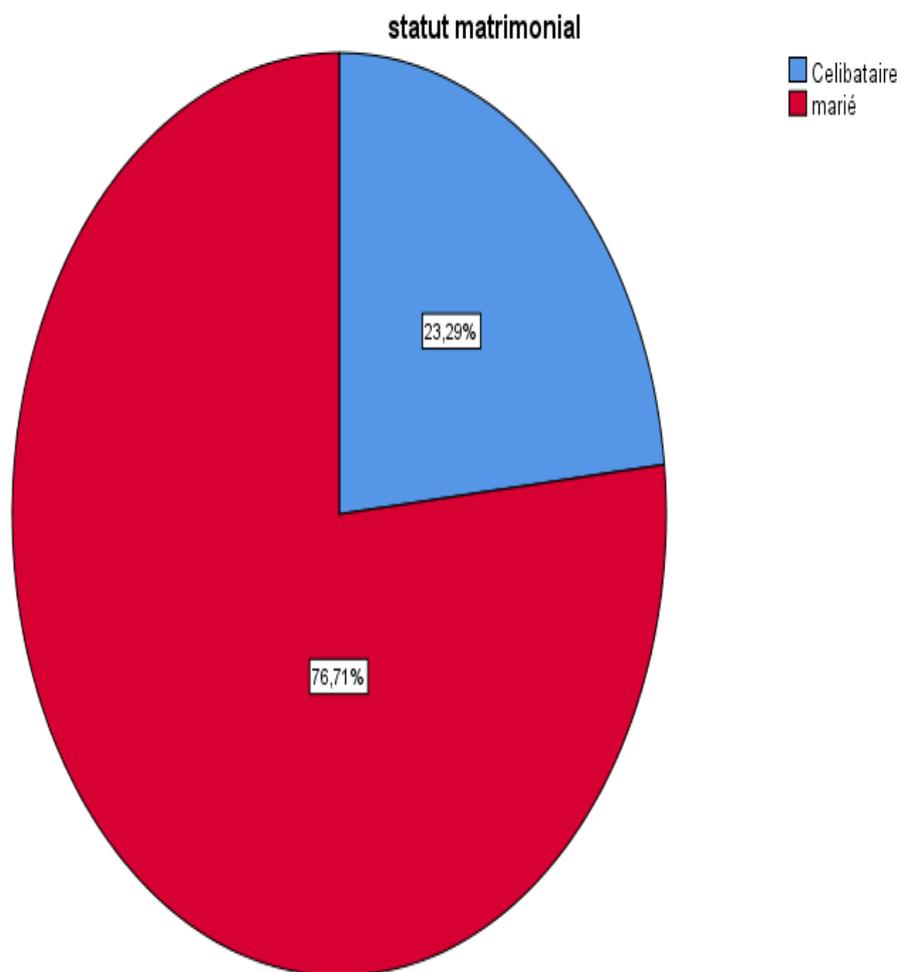


Figure 1 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

76,71% des patientes étaient mariées soit le tiers des patientes

4.1.6. Parité :

Tableau : IV Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage %
Nullipare	12	16,4
Multiparité	61	83,6
Total	73	100,0

La majorité des patientes étaient mariée

4.1.7. Période d'activité génitale :

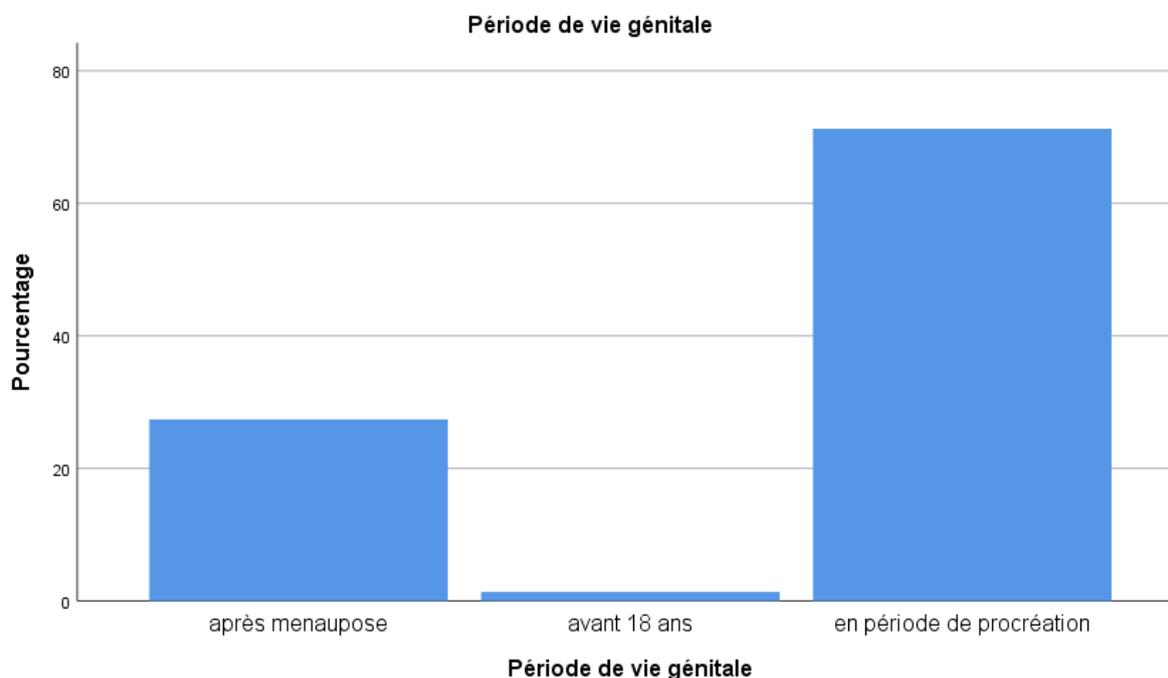


Figure 2 : selon la période de vie génitale

La majorité des patientes étaient en période d'activité génitale active soit 71,2%.

4.2. Aspects cliniques :

4.2.1. Localisation des lésions:

Tableau V: Répartition des patientes selon le sein atteint

Localisation tumeur	Fréquence	%
Sein atteint		
Sein gauche	41	56,2
Sein droit	29	39,7
Bilatéral	3	4,1
Quadrant atteint		
QSE	41	56,2
QII	13	17,8
QSI	9	12,4
QIE	8	11
Retro aréolaire	2	2,7
Total	73	100

Les principales localisations mammaires des tumeurs étaient le sein gauche les quadrants supéro-externes (56,2%) et quadrants inféro-internes (17,8%)

4.2.2. Stade de la tumeur:**Tableau VI : Répartition des patientes selon le stade clinique de la tumeur**

Stade clinique	Fréquence	%
Taille tumorale (T)		
T1	22	30,1
T2	29	39,7
T3	16	21,9
T4	6	8,2
Total	73	100
Atteint ganglionnaire(N)		
N0	39	53,4
N1	34	46,6
N2	00	00
N3	00	00
Métastase(M)		
M0	73	100
M1	00	00
Stade		
I	33	45,2
II	38	52
III	2	2,7
Total	73	100

97,2% des tumeurs ont été diagnostiquées au stade I et II

27,4% des patientes avaient une taille tumorale au moment du diagnostic à T2N0M0

4.2.3. Type histologique :

Tableau VII : Répartition des patientes selon le type histologique

Type histologique	Fréquence	Pourcentage%
carcinome infiltrant de type non spécifique	66	90,5
maladie de Paget	2	2,8
tumeur phyloïde de haut grade	5	6,8
Total	73	100,0

Le carcinome infiltrant de type non spécifique était le type histologique le plus fréquent à **83,7%**

4.2.4. Grade histopronostique SBR :

Tableau VIII : La répartition des patientes selon le grade histologique(SBR)

Grade SBR	Fréquence	Pourcentage%
SBR I	8	10,0
SBR II	52	71,2
SBR III	7	9,6
NF	6	8,2
Total	73	100,0

Les cancers étaient de grade(SBRII) 71,2% des patientes.

4.2.5. Statut immunohistochimique :

Tableau IX : Répartition des patientes selon la réalisation d'immunohistochimie

Immunohistochimie :	Fréquence	Pourcentage%
Non	61	83,6
Oui	12	16,4
Total	73	100,0

L'immunohistochimie a été réalisée seulement chez 16,4% des patientes

4.3.6. Type moléculaire :

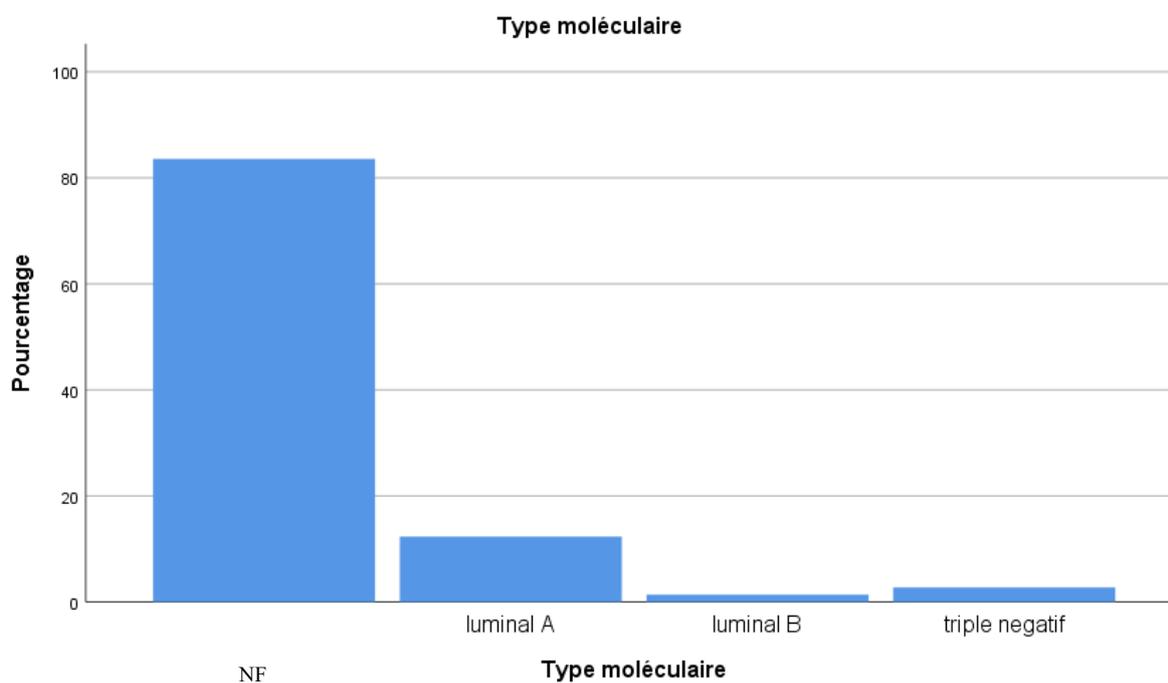


Figure 3: Repartition des patientes selon le type moléculaire

Liminal A a été le type moléculaire le plus représenté selon l'immunohistochimie

4.3. Aspects thérapeutiques :

4.3.1. Indications de la chirurgie conservatrice :

Tableau X : Répartition selon l'indication

Indication	Fréquence	Pourcentage
régression tumorale après chimiothérapie néoadjuvante et le choix de la patiente	29	39,7%
stades précoces (Tx, T1, T2)	44	60,3
Total	73	100,00%

La chirurgie conservatrice était indiquée dans 60,3% pour les stades précoces (Tx, T1, T2)

4.3.2. Moyens thérapeutiques :

Tableau XI : Répartition des patientes selon les moyens thérapeutiques déployés

Moyens thérapeutiques	Fréquence	Pourcentage
Chimiothérapie	36	49,3
Radiothérapie	41	56,2
Chirurgie	73	100
Total	73	100

Seulement 56, 2% des patientes ont réalisées la radiothérapie

4.3.3. Etude du geste thérapeutique

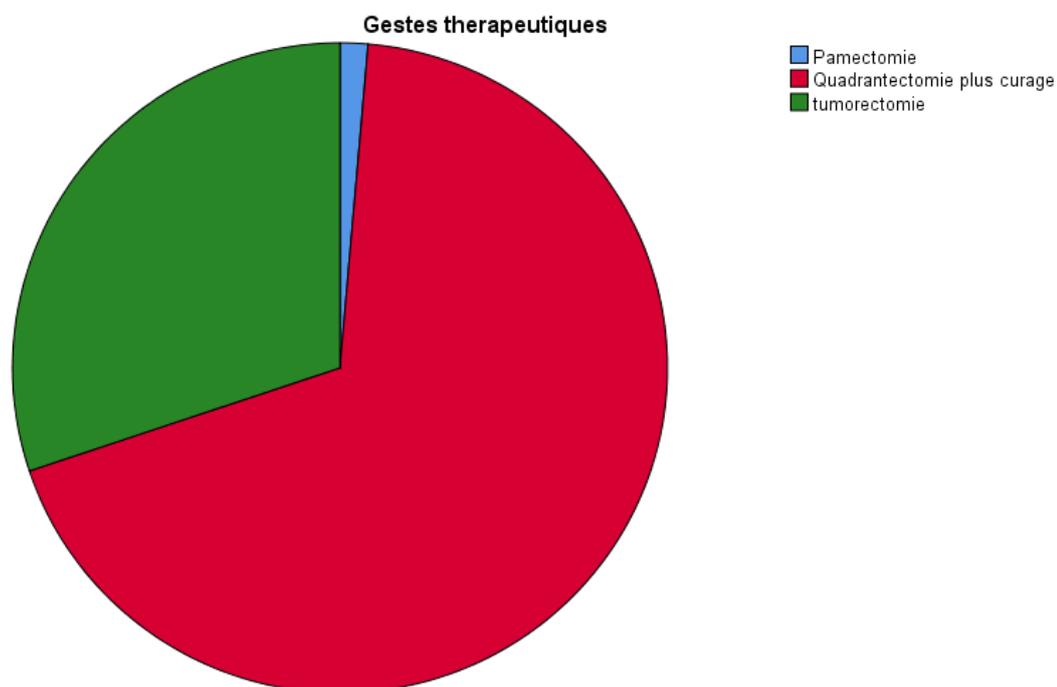


Figure 4 : Répartition des patientes selon le geste chirurgical

Le geste chirurgical le plus fréquent a été la quadrantectomie plus curage dans 69,9% des cas

4.3.4. Curage ganglionnaire

Tableau XII : Répartition des patientes selon le curage axillaire

Curage ganglionnaire	Fréquence	%
Pas de curage	19	26
Curage réalisé	47	65,4
Ganglion sentinelle	7	9,6
Picking axillaire	00	00
Curage niveau II Berg	47	65,4
Total	73	100

Le curage axillaire a été réalisé chez 65,4% des patientes

4.3.5. Symétrisations

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la symétrisations (geste associé)

Symétrisations	Fréquence	Pourcentage%
NON	45	61,7
OUI	28	38,3
Total	73	100,0

38,3% des patientes ont bénéficié une symétrisations controlatérale

4.3.6. Technique doncoplastie

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la technique de remodelage utilisée

Techniques opératoires	fréquence	%
Cicatrice en T inverse a pédicule inf	01	1,4
Cicatrice en T inverse a pédicule sup	00	00
Cicatrice en T inverse bi pédiculaire (Mac Kissock)	27	37
Cicatrice Externe (Dufourmentel Mouly)	20	27,4
Radiaire externe	4	5,5
Cicatrice en Omega(BaWing)	8	10,9
Cicatrice circulaire (Rond Blook)	11	15
Pamectomie	2	2,8
Total	73	100

Mackissock a été la technique d oncoplastie la plus pratiquée dans 37% des patientes suivie de Dufourmentel et Mouley dans 27,4% des cas

4.3.7. Les indications opératoires :

Tableau XV: Répartition selon la technique oncoplastique par rapport au siège de la lésion de la conservation mammaire

Technique Oncoplastique	Quadrant						Total
	QSE	QII	QSI	QIE	retro aréolaire	central	
Batwin	2	3	2	2	0	0	9
Dufourmentel	16	1	1	1	0	1	20
Mackissock	11	5	6	5	0	0	27
Pamectomie	0	0	0	0	1	0	1
Radiaire externe	10	2	0	0	0	0	12
Round block	2	0	1	0	1	0	4
TOTAL	41	11	10	8	2	1	73

Mackissock et Dufourmentel ont permis de traiter des tumeurs dans des localisations complexes tout en maintenant un bon résultat esthétique

4.3.8. Les suites opératoires

Tableau XVI : Répartition des patientes selon les suites opératoires

Type complication	Fréquence	Pourcentage
Simple	61	83,6
Complicue	12	16,4
Lymphocèle	1	1,4
récidive locale	5	6,8
Suppuration	6	8,2
Total	73	100,0

Les suites opératoires ont été simples dans 83,6% des cas,

Le type de complication le plus fréquent été la suppuration pariétale dans 8,2% des cas

4.3.9. Pronostique

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la survie à 5 ans

Devenir	Fréquence	Pourcentage%
perdu de vue	8	10,9
DCD	1	1,4
vivante avec mastectomie	5	6,8
vivante sans récurrence	64	60,3
Total	73	100,0

La majorité des patientes sont vivantes sans récurrence avec un taux de 60,3%, 10,9% sont perdues de vue,

6,8% sont vivantes sans mastectomie,

Et seulement une patiente est décédée.

Le taux de survie à 5 ans sans récurrence pour les patientes retrouvées était de 58,8%

4.3.10. Satisfaction :

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la satisfaction des patientes

Satisfaction	Fréquence	Pourcentage
Très satisfaites	54	74,0
Satisfaites	17	23,2
Peu satisfaites	9	12,3
Total	73	100,0

Les résultats très satisfaisants ont été le plus fréquemment retrouvés chez 54 patientes soit 74%,

4.3.11. Les séquelles:**Tableau XIX : Répartition des patientes selon le type de séquelle**

Type de séquelle	Fréquence	Pourcentage
NA	56	76,7
Type I	16	21,9
Type II	1	1,4
Total	73	100,0

Nous avons évalué les résultats esthétiques selon la classification de Clough et Baruch il a été apprécié chez 17 patientes le type 1 a été le plus retrouve avec un taux 21,9% et le type 2 chez une seule patiente

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les caractéristiques sociodémographiques :

L'âge :

Avec 39,8 ans comme moyenne d'âge, nous avons une population majoritairement jeune. Ce profil pourrait refléter des différences génétiques, environnementales ou liées à l'accès aux soins,

Notre résultat comparable à ceux de M. Coulibaly à Dakar qui a trouvé une moyenne d'âge de 41 ans [17] ; et de Wail. B du Maroc qui a trouvé un moyen de 50.5 [18].

Aspects diagnostiques :

Le siège de la tumeur :

Selon la littérature, le siège habituel des cancers du sein est le quadrant supéro - externe dans environ 40 % des cas, suivi de la région centrale [11,12].

Les autres quadrants sont moins souvent atteints. Les lésions étaient localisées sur le sein gauche dans 56,2 % des cas, le sein droit dans 39,6 %, et bilatérales dans le reste des cas, les principales localisations mammaires des tumeurs étaient les quadrants supéro-externes (56,2%), quadrants inféro-internes (17,8%)

Ce résultat est comparable à celui de M. Coulibaly de Dakar qui avait trouvé 54,5% [17]; et de Wail. B du Maroc avec un taux de 68,76% [18].

Taille de la tumeur :

La mesure de la taille tumorale cliniquement constitue un important élément pronostic nécessaire à la prise en charge thérapeutique, cette taille de la tumeur au moment du diagnostic est variable selon les auteurs [6, 7,8].

Dans notre série, la taille tumorale moyenne était inférieure à 5cm dans 27,4% ce taux est proche de celui de M. Coulibaly à Dakar qui avait une de taille de 4 cm au diagnostic [17] et du Wail. B du Maroc avec une taille moyenne de (de 20 à 40 mm) [18]. Cette différence pourrait s'explique par le retard de diagnostic ou l'absence de dépistage systématique dans notre contexte.

Classification TNM :

La 8ème édition de la classification TNM de 2018 a été utilisée pour classer les différentes tumeurs. Les tumeurs étaient de taille inférieure à T3 dans 68,49%, les T3 et T4 représentaient 31,51%. ce résultats est similaire à celui de Wail. B du Maroc qui a trouvé 75% de T2 [18].

Les types histologiques :

Le carcinome infiltrant de type non spécifique est le type histologique le plus fréquent du cancer du sein 70-80% dans la littérature [6,7].

Les types histologiques incluait principalement le carcinome infiltrant non spécifique (90,5 %), suivi des tumeurs phyllodes de haut grade (6,8 %) et de la maladie de Paget du mamelon (2,8 %).

Ce résultat est comparable à celui de M Coulibaly qui avait trouvé 91% [17] et 100% par Wail. B au Maroc [18].

Les aspects Thérapeutiques :

Fréquence:

En France en 2008 60 à 75% des patientes avaient un traitement conservateur en cas de cancer du sein. [1].

La fréquence du traitement conservateur ne représentait que 6,5% des traitements des cancrs du sein à l'institut du cancer de Dakar entre 2000 à 2009 [17]. Selon une étude réalisée dans le service de chirurgie B par D. Traore entre 2015 à 2019 seulement 22 oncoplasties ont été réalisé pendant la période d'étude [23]. Ces résultats montrent que le traitement conservateur est peut pratiquer en Afrique.

L'étude a révélé un profil particulier des patientes prises en charge dans le contexte malien. Les résultats de l'étude montrent une fréquence de 18,34 % pour les chirurgies conservatrices. Cette proportion, bien que significative, reste en deçà de celles rapportées dans des contextes mieux dotés en ressources, où les programmes de dépistage permettent un diagnostic précoce plus fréquent [8,10].

Indications de conservation du sein :

Les indications de la conservation incluaient le choix de la patiente devant disparition de la tumeur après chimiothérapie néoadjuvante (39,7%), les stades précoces (60,3%). Ceci est conforme aux recommandations internationales qui mettent en évidence le rôle clé de la chimiothérapie néoadjuvante pour rendre éligibles à la conservation des patientes initialement jugées non opérables de manière conservatrice, ainsi que le choix de la patiente [20 , 21].

Techniques oncoplastiques et protocoles suivis

Les techniques oncoplastiques ont été largement utilisées (82,2 %), ce qui reflète une adaptation réussie des pratiques aux contraintes locales. Les méthodes telles que celles de Mackissock et Dufourmentel ont permis de traiter des tumeurs dans des localisations complexes tout en maintenant un bon résultat esthétique [23]

Cependant, le recours limité à la radiothérapie adjuvante dans cette étude (43,8 %) constitue une lacune majeure, probablement liée au manque d'équipements, qui pourrait compromettre le contrôle locorégional des tumeurs.

L'utilisation fréquente de la chimiothérapie néoadjuvante (49,3 %) dans cette série souligne son importance pour améliorer l'opérabilité et élargir les indications de la chirurgie conservatrice.

Les facteurs décisionnels influant sur le type d'incision sont :

- la proximité de la tumeur par rapport à la peau ;
- la localisation tumorale : quadrant supéro-externe, quadrant interne, sillon sous-mammaire, union des quadrants inférieurs, proximité de la plaque aréolo-mammellaire ;
- le volume du sein ;
- la possible conversion en mammectomie après résultat histologique définitif, avec possibilité de reconstruction immédiate, et ceci est bien souvent prévisible lors de la prise en charge initiale de la patiente ; [20].

Résultats oncologiques

Les taux de récurrence locale dans cette étude (6,8 %) corroborent les données internationales, où les récurrences après chirurgie conservatrice varient entre 5 % et 10 % en fonction des techniques utilisées et de la qualité de la prise en charge adjuvante [20]. Cela suggère que, malgré les limitations contextuelles, les protocoles chirurgicaux adoptés sont efficaces dans ce domaine [21], d'où l'importance de protocoles standardisés et de la radiothérapie adjuvante, utilisée ici dans 43,8% des cas seulement

Toutefois, le faible taux de survie globale à cinq ans (58,8 %) est préoccupant et reflète les défis du suivi à long terme, du traitement des formes avancées et des pertes de vue fréquentes (10,9 %).

Ces résultats soulignent l'urgence de renforcer les capacités locales en radiothérapie et de standardiser les protocoles de traitement pour améliorer les résultats à long terme.

Résultats esthétiques

La taille tumorale : une résection tumorale importante, pour certains plus de 20 % du volume mammaire et la localisation tumorale notamment les tumeurs localisées au niveau des quadrants inférieurs, internes, centrales, au niveau du sillon sous-mammaire sont les facteurs de risque majeur de résultat esthétique déplorable [21].

L'évaluation esthétique de notre série a révélé une satisfaction élevée chez les patientes, avec 76,7 % des cas classés comme de type I selon Clough et Baruch (seins d'apparence normale) et 90,4 % des patientes exprimant une satisfaction générale. Ces résultats témoignent de l'efficacité des techniques oncoplastiques utilisées et de l'importance de considérer l'aspect esthétique comme un facteur clé dans la prise en charge du cancer du sein [20,21].

Conclusion :

Cette étude confirme que la chirurgie conservatrice, bien que limitée par des contraintes locales, est une option viable pour le traitement du cancer du sein au Mali. Elle souligne également la nécessité d'un renforcement des capacités locales pour surmonter les défis spécifiques à ce contexte.

Recommandations :

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

➤ Aux professionnels de la sante :

- Organiser des campagnes de sensibilisation sur intérêts du dépistage précoce du cancer du sein et intérêts d'un traitement conservateur
- Toujours discuter les dossiers des malades a la RCP pour une stratégie thérapeutique
- La tenue correcte des dossiers
- Sensibiliser les patientes sur la nécessité de surveillance post thérapeutique pour le diagnostic précoce des récives
- Informer les patientes sur les modalités techniques de reconstruction mammaire en cas

➤ Aux autorités sanitaires :

- Mise en place d'un programme de dépistage national du cancer du sein
- Renforcer les plateaux techniques des structures hospitalières
- Rendre fonctionnel et renforcement des capacités technique du centre de radiothérapie
- Promouvoir la formation des médecins en chirurgie cancérologie, chimiothérapie et en radiothérapie pour comble les besoins.
- Améliorer le cout de la prise en charge du cancer du sein pour la population.

➤ Aux populations :

- Encourager les femmes à pratique l'autopalpation régulière des seins,
- Consulter régulièrement en cas antécédent ou facteur de risque du cancer du sein

- Consulter précocement devant toute modifications cutanée aéro-mamelonnaire, axillaire et devant toutes anomalies du sein

Référence :

1. Hyuna Sung; Jacques Ferlay, ME; 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
2. Krishna B. Clough. La Lettre du Sénologue - n° 12 - avril/mai/juin 2001
3. KEYNES G.L. Carcinoma of the breast. St-B art. Hosp. Rep., 1952, 56: 462-466.
4. FISHER B., COSTANTINO J., REDMOND C., FISHER MARGOLESE R., DIMITROV N. et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N. Engl. J.M., 1993, 328: 1581-158.
5. MARTI WR., ZUBER M., OERTLI D.,WEBER WP., MULLER D., KOCHLI OR., ET AL. Advanced breast biopsy instrumentation for the evaluation of impalpable lesions: a reliable diagnostic tool with little therapeutic potential. Eur J Surg 2001; 167: 15-8.
6. VERONESI U., SACCOZZI R., DEL VECCUJO M., BANFI., CLEMENTE C., BE LENA M. et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. J. EngL J. M, 1981; 305, 1: 6-11.
7. Anaes. Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention. Octobre 2002.
8. P.L. GIACALONE, N.EL GAREH Traitement locorégional du cancer du sein : jusqu'où peut-on être conservateur ? 27es journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005

9. B.FISHER, S. ANDERSON, CK.REDMOND Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *Nejm* 1995; 333: 1456-61
- 10.HC, InVS, INCa, et al ,(2010) Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril2010
- 11.Dembélé SB, Diakité I, Samaké M, Coulibaly B, Saye Z, Bah A, Konaté S, Togo E, Sidibé BY, Coulibaly Z, Kanté L, Togo A. CANCER DU SEIN : IMMUNOHISTOCHIMIE ET PRONOSTICAU CHU GABRIEL TOURE DE BAMAKO-MALI.MALI MEDICAL 2019 TOME XXXIV N°2
- 12.Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of data from 52 epidemiologic studies of 58,209 Women with breast cancer and 101,986 without the disease. *Lancet* 2001; 358:1389-99.
- 13.BUISSERET L., DESMET A., POP F., PHILIPPSON C., VEYS I. et DE AZAMBUJA E. L'évolution de la prise en charge du cancer du sein : nouveautés en 2022. *Rev Med Brux* 2022 ; 43 : 298-30
- 14.Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.* 17 oct 2002;347(16):123341 ;
- 15.van Dongen JA, Voogd AC, Fentiman IS, Legrand C, Sylvester RJ, Tong D, et al. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial. *J Natl Cancer Inst.* 19 juill 2000;92(14):114350;

16. Poggi MM, Danforth DN, Sciuto LC, Smith SL, Steinberg SM, Liewehr DJ, et al. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy: the National Cancer Institute Randomized Trial. *Cancer*. 15 août 2003;98(4):697702
17. Mahamadou Coulibaly :
Chirurgie conservatrice du cancer du sein a propos de 22 cas, collègues a l'institut Joliot curie de Dakar de janvier 2009 à décembre 2016. 110-116.
18. Wail Bouzoubaa1, &, Meryam Laadioui1, Sofia Jayi1, Fatime Zahra Fdili Alaoui1 et al : Oncoplastie avec conservation mammaire dans le traitement du cancer du sein: à propos de 16 cas Service de Gynécologie Obstétrique II, CHU Hassan II, Fès, Maroc- Published: 27/02/2015
19. Nabil Benachenhou:
Elargissement et amélioration des résultats du traitement conservateur dans le cancer du sein par les techniques d'oncoplastie. Université d'Alger faculté de médecine département de médecine, thèse de doctorat en sciences médicales le 24 juillet 2012
20. J. HERANNEY. Indications chirurgicales pour le traitement du cancer du sein. réalités en Chirurgie Plastique – n° 45_ Janvier 2022
21. MC Missana. Chirurgie oncoplastique mammaire. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2010, 9 (3) : 22-26
22. AROUNA BOLOZOGOLA :
Plasties mammaires dans le service de chirurgie B du CHU du Point G. thèse médecine 2023 .02 (5) 30- 36;
23. Traore Drissa, B Bengaly, D Ouattara, S. Sanogo S Diallo et al
Plastie mammaires dans le service de chirurgie B du Point G 2015- 2019

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : OULALE

PRENOM: OUSSENI

ADRESSE EMAIL:

TITRE DU MEMOIRE: LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B AU CHU DU POINT G

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2023-2024

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE SOUTENANCE: Bamako (MALI)

LIEU DE DEPOT: Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.OS.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B)

SECTEUR D'INTERET: Chirurgie, Oncologie, Anatomie et Cytologie Pathologiques.

Résumé :

Introduction:

La chirurgie conservatrice du sein correspond à l'exérèse glandulaire en zones saines, associée à un remodelage glandulaire qui permet d'éviter les séquelles esthétiques.

But: Analyser les résultats du traitement conservateur du cancer du sein effectué dans le service de chirurgie B.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude à collecte rétrospective et prospective, descriptive transversale allant du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2024 dans le service de chirurgie B au CHU du Point G.

Résultats: Nous avons colligé les dossiers de 73 d'oncoplasties mammaires ce qui représentait 2,97 % des patientes opérées et 18,34% des cancers du sein, La moyenne d'âge était de 39, 8 ans \pm 12, 7; La taille tumorale moyenne était inférieure à 5cm.

Le geste thérapeutique le plus fréquent a été la quadrantectomie plus curage axillaire dans 69,9% des cas et seulement 38,3% des patientes ont bénéficié une symétrisations. Mackissock a été la technique d'oncoplastie la plus pratiquée dans 37% des cas. L'inaccessibilité temporaire de la radiothérapie à influence nos résultats, seulement 43,8% des patientes ont réalisé la radiothérapie; les suites opératoires étaient simples dans 83,6% des cas

Le taux de récurrence était de 6, 8%, la mastectomie de rattrapage a été réalisée chez ces patientes. L'évaluation esthétique de notre série a révélé une satisfaction élevée chez les patientes, avec 76,7 % des cas classés comme de type I selon Clough et Baruch (seins d'apparence normale) et 90,4 % des patientes exprimant une satisfaction générale.

Conclusion: Cette étude confirme que la chirurgie conservatrice, bien que limitée par des contraintes locales, est une option viable pour le traitement du cancer du sein au Mali. Elle souligne également la nécessité d'un renforcement des capacités locales pour surmonter les défis spécifiques à ce contexte.

Mots clés: cancer- sein -chirurgie- chirurgie - oncoplastie

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE:

1. ETAT CIVIL

N° d'enquête : .../.../...

N° du dossier : .../.../...

A. Identification du malade :

Q1 : Nom et Prénom du malade :

Q2 : Âge (en années) : / __ /

Q3 : Sexe :

0=Masculin 1=Féminin

Q4 : Ethnie :

1=Bambara 2=Soninké 3=Peulh 4=Mianka 5=Songhrai 6=Malinké 7=Bozo

8=Maure 9=Bobo 10=Kassonké 11=Senoufo 12=Dogon 13=Samogo

14=Kakolo 15=Autres 99=Préférez ne pas dire

Q5 : Statut matrimonial :

1=Marié(e) 2=Célibataire 3=Veuf(ve) 4=Divorcé(e) 99=Préférez ne pas dire

Consanguinité entre les deux parents : 1=Oui 2=Non 99=Indéterminé

Q7 : Région de provenance :

1=Kayes 2=Koulikoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti 6=Tombouctou 7=Gao

8=Kidal 9=Bamako 10=L'Étranger 11=Taoudéni 12=Ménaka

99=Indéterminé

Q8 : Ville ou Quartier de résidence :

Q9 : Nationalité :

1=Maliennne 2=Autres nationalités 99=Indéterminé

Q10 : Profession :

1=Cadre 2=Cadre supérieur 3=Commerçant 4=Cultivateur 5=Éleveur

6=Ouvrier 7=Femme au foyer 8=Retraité(e) 9=Chauffeur 10=Tailleur

11=Autres 99=Indéterminé

Q11 : Niveau socioéconomique :

1=Faible 2=Moyen 3=Élevé

B. ANTECEDANTS

1. Médicaux :

1=HTA : 2=Diabète : 3=Tabac :

4=Hypercholestérolémie : 5=Prise Médicamenteuse :

2. Gynéco-obstétricaux :

Ménarche :

1=avant 13 ans

2=après 13 ans

Ménopause :

1=oui

0= non

3. Facteurs de risque :

1=Traitement hormonal 2= Cancer familial 3= Ménarche précoce 4= Nullipare

C. LA CLINIQUE :

Les caractères du nodule :

Sein :

1=Droite

2=Gauche

3= les deux

Siège :

1=QSE

2=QSI

3=QII

4=QIE

5=rétro-

mamelonnaire 6=autre

Taille=.....cm

Mobilité :

1=fixe au plan profond

2=fixe au plan superficiel

ADP :

1=axillaire

2=sous claviculaire

3=sus claviculaire 4=absent

D. BILAN PARA CLINIQUE

Diagnostic anatomo-pathologique

Cytologie :

Type histologique :.....

Grade SBR :

Récepteurs hormonaux :

RE :

1=oui 0=non

RP :

1= oui 0=non

Oncoprotéine HER :

1=oui 0=non

Bilan d'extension :

1=Radiographie pulmonaire

2=Echographie abdominale

3=Scintigraphie osseuse

4=Scanner thoracique + abdominal

Stade : T, N....., M.....

E. TRAITEMENT :

Chirurgie

Date :/...../.....

Type :

Technique Chirurgie :

1=sein droit 2=sein gauche

Choix :

1=Tumorectomie

2=Quadrectomie

3=Oncoplastie simple

4=Oncoplastie +symétrisation

Curage ganglionnaire :

1=oui 0=non

Technique oncoplastie utilisée : 1= oui 0= non

1. Remodelage simple

2. Batwing

3. Dufourmental /Mouly
4. Round Block
5. T inversé (Mc Kisson)
6. Radiaire externe

Chimiothérapie : 1= oui 0= non

Néo adjuvante :

Protocole :/Nb de cures :

Adjuvante :

Protocole :/Nb de cures :

Hormonothérapie : 1= oui 0= non

Tamoxifène :

Anti-aromatase

RESULTATS:

Complication post-opératoire immédiates :

Suite simple=1 Suppuration=2 Hématomes =3

Abcès =4 Nécrose aréolaire=5 Nécrose cutanée =6

Résultat anatomopathologique de la pièce opératoire :

1= oui 0=non

Taille : mm

Type histologique :

Grade :

SBR I=1 SBR II=2 SBR III=3

Ganglions du produit de curage

Nombre =.....

Nombre envahis/Nombre prélevés :/.....

Emboles vasculaires péri tumoraux :

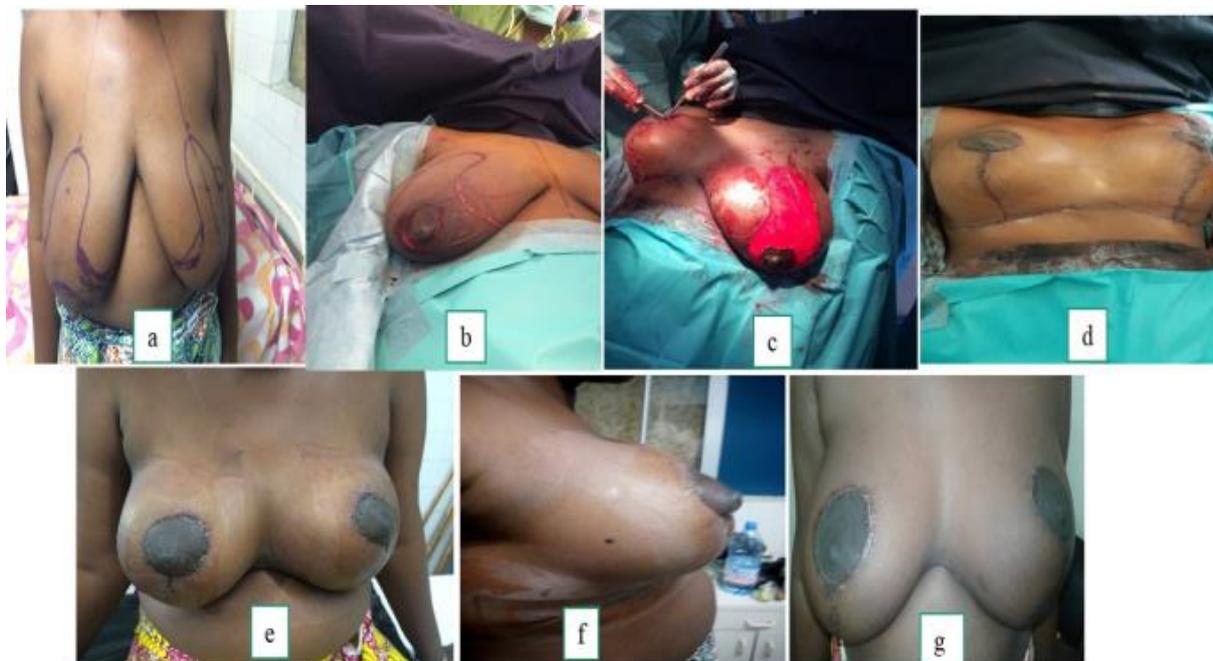
1=oui 2=Non

Récepteurs tumoraux : Positif Négatif

Récepteurs HER2 : positif Négatif

Iconographie :

Quelques images doncoplastie réalisée au cours de notre étude



Oncoplastie selon Mac Kissok (sein hypertrophique)



Oncoplastie selon Doufourmentel et Mouly



Oncoplastie selon ROUND BLOCK

