

Ministère des enseignements secondaire,
Supérieur et de la Recherche scientifique

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie
Et
D'odontostomatologie

République du Mali

Un peuple- Un but- Une foi

Thèse N° / 2008

Année universitaire 2007-2008

TITRE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE,
CLINIQUE ET MORPHOLOGIQUE
DES TUMEURS DU SEIN
AU MALI**

THESE

Présentée et soutenue le 2008 devant la faculté de médecine, de
pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Par Mlle Safi LUTULA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'état)

JURY

Présidente :

Pr. SY Aïda SOW

Membre :

Dr. Cheick Bougadari TRAORE

Codirecteur :

Dr. Bakarou KAMATE

Directeur :

Pr. Amadou TOURE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

A L'ÉTERNEL, MON DIEU

L'Eternel est mon berger je ne manquerai de rien, Il me fait reposer dans des vers pâturage, Il me dirige près des eaux paisibles.
Il restaure mon âme, Il me conduit dans les sentiers de la justice, à cause de son nom.
Quand je marche dans la vallée de l'ombre de la mort, je ne crains aucun mal, car tu es avec moi ; ta houlette et ton bâton me rassurent.
Tu dresses devant moi une table, en face de mes adversaires,
Tu oins d'huile ma tête et ma coupe déborde.
Oui le bonheur et la grâce m'accompagneront tous les de ma vie, et j'habiterai dans la maison de l'Eternel jusqu'à la fin de mes jours.

*A mon feu Papa, Papa Joseph Bonaventure L'UTULA LA PUKU PUKU
PENE OMASUMBU :*

C'est avec les yeux débordants de larmes d'amour et de reconnaissance que je rédige ces mots.
J'aurai aimé par ce travail te signifié toute ma gratitude ma fierté d'avoir un papa aussi merveilleux mais je suis embarrassée ne sachant comment l'exprimer avec exactitude, parce que tu n'es plus : alors je pleure...
Tu as de tout temps fait de moi un enfant comblé. Mon éducation était pour toi une priorité, en aucun moment près de toi, je ne me suis sentie seule ni dans le besoin, seule ta présence me suffisait.
Quand j'avais mal tu me soulageais, quand je pleurais tu me consolais, quand j'étais abattue tu me rappelais notre slogan fétiche et je retrouvais toute mon énergie, quand les forces m'abandonnaient tu m'en donnais, quand j'étais malade tu ne quittais pas le chevet de mon lit.
Oh Pa, toutes ces choses faisaient mon immense bonheur, comment ne pas en être fière, comment ne pas être triste que tu ne sois pas là pour que je vois l'expression de ton visage en ce jour.
Le plus grand héritage que tu m'aies laissé est l'éducation.
Mon papa chéri, de là où tu es, je te crois fier et heureux de voir naître en ce jour, l'aboutissement d'un travail de plusieurs années.
Papa, tu me manques !



A ma maman, maman Isabelle ALIBASI

Fruit de tes entrailles je suis, je te dédie ce travail que j'espère fera ta fierté et ta joie.
Maman, je voudrais te dire merci pour tes prières, tes encouragements, tes bénédictions, ton amour inconditionnel, ton assistance, ta patience.
Les mots me manquent pour te dire à quel point je te suis reconnaissante pour tes sacrifices, je n'oublie pas toutes les fois où tu restais au chevet de mon lit pour veiller à ce que je ne pleure pas à mon réveil, tu ne t'es jamais lassé ni plainte des mes

faiblesses, tu m'as toujours traité comme une princesse quoi que j'en abusais un peu, mais tu étais toujours là.

Reste toujours aussi battante et perseverante dans chacune de tes entreprises.

Puisse le Seigneur t'assister en toute chose.

A ma maman, maman Christine Shami MASUDI

Maman Néné comme nous t'appelons tous affectueusement, tu es la mère de toute une famille et ce travail ne saurait être remercié à sa juste valeur.

Du fait d'avoir bénéficié de ton éducation, j'ai compris et confirme que l'enfant n'appartient pas à une personne mais à une famille, tu as été et resteras présente dans ma vie, car tu es celle qui m'as appris beaucoup des choses. Ton amour m'a toujours porté et tes conseils m'ont toujours guidés, tu es pour beaucoup dans le résultat de ce que je suis aujourd'hui.

Je n'oublie pas tous les sacrifices faites pour moi, pour mon bien être, pour mon éducation... Tu es quelqu'un de bien et veille jalousement à garder toutes ces vertus. Accepte donc ce modeste témoignage de reconnaissance et considère le comme le fruit de ton travail.

A mon grand frère, Papa Joe YONE LUTULA

C'est la langue française qui veut que je t'appelle grand frère mais pour moi, tu es mon papa.

Tu t'es soucié à chaque fois de mon succès pendant toutes ces années, me témoignant ton affection, ton soutien, merci pour ta grande disponibilité, ta bonté de cœur.

Tu n'as ménagé aucun effort pour que je sois une fille correcte, comblée tant dans la vie spirituelle que dans la vie sociale.

Papa Joe, tu as toujours su jouer plusieurs rôles dans ma vie, quand j'avais besoin de papa tu étais là pour combler comme tu le pouvais ce vide, quand j'avais besoin d'un guide pour quoi que ce soit tu étais là pour moi, quand j'avais besoin d'un confident tu étais là, quelque soit la difficulté que j'ai dans ma vie, tu trouves toujours le moyen de me démontrer que tout est surmontable.

Tu es mon papa, mon grand frère, mon super confident. Et j'ai l'assurance absolue que tu seras toujours là. Quelle chance de t'avoir !

Accepte ma reconnaissance pour ta présence, ton soutien, ton écoute, ta générosité, tes conseils. Que le Seigneur dans sa grande miséricorde te bénisse au delà de tes attentes.

A ma belle soeur Dr. MOUTONGO Evelyne LUTULA

Tu es celle qui facilité mon intégration non seulement au sein de la faculté mais également au sein de l'association des étudiants camerounais au Mali.

Je n'oublie pas toutes les fois où je t'ai demandé de me faire un bon emploi du temps et aussi les fois où j'ai sollicité ton aide pour les résumés, tu as toujours été là, tu m'as toujours motivé à donner le meilleur de moi même comme tu me le disais si souvent « l'homme n'est rien sans son bord » qu'est ce qu'elle était stimulante cette phrase.

Alors en cette fin de cycle où je rédige cette thèse, je tiens à te la dédier en reconnaissance de tout cela, quoi qu'il soit passé entre nous, je t'ai toujours



respecté entant que grande sœur, épouse de mon grand frère et médecin ; encore une fois merci pour toute chose, pour toute prière, pour tout soutien.
Que le Seigneur te bénisse !

A mes sœurs chéries, vous êtes chacune différente mais de vous toutes, j'ai pu puiser quelque chose
ya Rosalie: en toi j'ai apprécié la patience
ya Bernadette: ta foi et ton attachement à Dieu m'a énormément fasciné
ya Rose monde: ta force, ta capacité de transmettre de l'énergie font de toi une femme admirable
ya Marie germaine : en toi j'ai décelé le sens de la douceur
ya Marie claire : tu as été celle qui m'a offert le premier jeans de ma vie, je ne l'oublierai jamais, tu es si généreuse *yaya*
ya Mado: en toi, j'ai tiré le sens de la détermination, tu es une vraie lionne *yaya*
ya Marie José: par toi j'ai compris que pour garder sa bonne humeur et sa sereineté, il est bon de rire
ya Brigitte: de toi, j'ai apprécié ton dévouement et ton respect pour l'autre
FEUE ya Lily : en toi, j'ai apprécié ta capacité de défendre les tiens, que ton âme repose en paix
ya Marie France: tu es celle qui au plus comprit la politique de la tolérance
y' Anita: j'ai toujours été fasciné par ton courage dans toutes tes entreprises
ya Bébé: tu es dynamique *yaya*
Ya Zézé: ton sens de l'humour, fait de toi une *yaya cool*
ya Feza: que dire de plus, tu es celle avec qui j'ai partagé les plus de moments à Bamako et j'ai toujours apprécié tout comme plusieurs ta force, ton attachement et ton dévouement pour les autres.
Francisca : ma petite sœur, tu es l'une de mes motivations, j'ai apprécié le respect que tu as pour les autres
Sakina : ma dernière sur la liste, reste comme tu es, toujours souriante et respectueuse.

A mon petit frère, Freddy LUTULA,

Puise en ce travail le courage d'aller toujours de l'avant, tu es l'une des raisons pour laquelle je me bats ne l'oublie jamais.

A mes neveux et nièces :

C'est à travers vous je vois à quel point la famille est grande et je suis fière d'être la tante d'une soixantaine de neveux et nièces.
Par le biais de ce travail, je voudrais vous dire combien tout autant que vous êtes, je vous aime et vous porte très affectueusement dans mon cœur.

A mes tantes et tontons :

Par ce travail, recevez l'expression de ma gratitude pour votre amour, vos encouragements, votre soutien dans la prière.

A ya Kelly OMASUMBU:

Merci pour tes encouragements, tes prières et bénédictions qui n'ont cessé de m'accompagner durant toutes ces années.

Tu as témoigné de beaucoup d'affection à mon égard montrant que mon succès et mon bonheur sont aussi les tiens.

A maman Uzany TSHOMBE

Que cela m'est pénible de dire avec précision tout ce que j'aimerais te faire savoir, pas parce qu'il n'y a rien à dire mais bien au contraire, il y a tant à dire...

Je n'oublie pas tout ce que tu as fait et continues à faire pour moi, comme ta propre fille tu me faisais réviser mes cours chaque soir, tu vérifiais mes devoirs, l'évolution des mes notes et même quand je rentrais à la maison pendant la pause, je n'avais aucun souci à me faire, tu t'arrangeais toujours à me faire un bon repas et très souvent avant tous les autres. Les moments passés ensemble sont souvent courts mais maman, sache une chose, tu fais partie des femmes que j'admire pour tant des choses mais la plus grande reste ton témoignage pour Dieu, tu es une femme forte ! Ce travail est le fruit d'une bonne semence, la tienne, merci pour tes prières, tes conseils, tes encouragements, ton assistance tant moral que matériel.

Puisse l'Eternel dans sa fidélité te bénisse et à travers tous ceux qui te sont chers !

A ya Roland LUMUMBA

Les mots me manquent pour te dire merci, alors puisque je ne peux pas le crier haut et fort, alors je l'écris, merci pour ton assistance tant morale qu'affectueuse et aussi matériel ; pour cela le seul cadeau que je puisse te présenter pour le moment c'est ce travail en signe de ma profonde gratitude.

A mon bien aimé, Sammy Idir AOUCHE

Amour d'aujourd'hui, amour de demain, amour pour toujours...

Quelles expressions formulées pour extérioriser tout ce que j'aimerais te dire. A travers ce travail, j'aimerais te dire une fois de plus merci, merci d'être là pour moi, merci pour ton assistance morale, affectueuse et matérielle, pour tes encouragements, tes conseils.

A chacune de mes prières, je rend grâce au Seigneur d'avoir permis notre rencontre, pour moi, tu es unique car Dieu ne fait pas de photocopies et qui dit unique, dit rare et donc précieux. Tu m'es précieux et en moi ta place demeurera tienne.

Puisse l'Eternel dans sa grâce, nous donne longue vie afin que nous ayons encore et encore des moments aussi forts que tous les autres et pourquoi pas plus ?

Que je t'aime...



A la famille SHAY: merci pour votre hospitalité, votre disponibilité. Les mots me manquent vraiment pour vous dire combien je vous aime, restez comme vous êtes parce que nous vous aimons ainsi. Que le Seigneur ordonne à la bénédiction d'être avec vous tous les jours !

A la famille DIAKA : merci pour vos encouragements, votre hospitalité , vos prières, pour cette ambiance si chaleureuse que vous nous offrez, je vous dis également merci. Puisse Dieu vous bénisse au delà des vos attentes.

A la famille KANE : merci pour votre soutien tant dans les prières, les encouragements et aussi matériel que le Seigneur bénisse les fruits de vos mains et qu'à jamais il ne manque de la farine et de l'huile dans vos greniers

A Rosine KWISSU et à Yannick Emmanuel MODI :

Loin de mes frères et sœurs, je ne me suis jamais sentie seule, vous avez toujours été là pour moi quelque soit l'heure quand j'appelais vous répondiez sans hésiter, ensemble nous avons partagé des moments de rire, dans vos bras j'ai pleuré, il ne s'est jamais rien passé dans ma vie ni dans les vôtres sans que l'on en parle, nos galères nous les avons surmonté ensemble, trouvé en ce travail la reconnaissance de mon cœur, je vous aime.

A Angèle et Bibiche ;

Nous avons passé des très beaux moments ensemble, j'en garde de nombreux souvenirs.

Ces quelques lignes ne sauraient être suffisantes pour vous dire toute mon affection.

Vous êtes de petites soeurs comme on souhaiterait en avoir

Pour vous les consultations seront gratuites !

A Sandrine BIYOGO et Annick PLAKA

Je condenserai les mots en disant que les histoires d'amitié commencent toujours de façon inattendue et la joie est immense quand cela dure encore plus longtemps, considérez cette dédicace comme un témoignage de ma profonde gratitude pour tout ce que vous m'apporté tant en conseil qu'en affection.

A la cité BAKASI : Yannick MODI, Christian NAOUSSI, Rosine KWISSU, Christella IROUME, Rodrigue TCHOKEN, Cedrick MBASSI, Thierno , Taré, Amidou, Ramata, Bibiche Alix YUMBI, Momo, Gaëlle et Prudence.

Partager la même cour n'est pas toujours chose facile mais avec vous ,j'ai découvert une famille et une vraie, où que je sois ,je n'oublierai jamais l'ambiance de la cité, nos plaisanterie, nos galères, nos peines, nos angoisses mais surtout cette légendaire solidarité qui est en fait une réalité .

A travers ce mémoire, je vous signifie toute mon affection, tout mon amour.

Merci pour tout !

A mes aînés :Dr Papy KABA, Dr Tchely MBOLA, Dr Elisé, Dr Namissa, Dr Stanislas, Dr Niaboula KONE, Dr FOTSTO Laure, Dr MOYO Laure, Dr FOUNIAPTE Nadine, Dr Daniela, Dr DJOKO Sylvianne, Dr MODI Priscille, Dr Cheick DIOUF , Dr LAMARE Thierry FOUAPON, Dr OUAKAM Jacques, Dr Sylvain : merci pour vos conseils et votre disponibilité.

A mes amis de Bamako : Arabia TOURE, Jemima AJAWANCHUKU, Fatma DICKO, Dada NOUMANSANA, Pape GUEYE, Moussa IBRAHIM, Evelyne KOUE, où que je sois sachez qu'à jamais vous êtes gravés dans mon cœur et que je serai toujours là pour vous tout autant que vous l'avez été pour moi !

A toute l'église de Béthanie : ces quelques lignes pour vous témoigner ma gratitude et tout mon amour pour les prières et toutes sortes de soutien, nous sommes réellement une famille. Puisse le Seigneur nous garde ferme.

A toutes les mamans Anne : je ne saurai cité chacune des mamans Anne mais sachez que je vous aime tout autant que le Seigneur nous recommande de le faire, merci pour tout.

A la communauté Congolaise au Mali : merci pour cette ambiance du pays que vous nous faites vivre si loin de chez nous !

A la communauté Camerounaise au Mali : des aînés aux cadets, vous m'avez toujours témoigner votre amour, votre affection et votre soutien, je ne saurai vous remercier chacun de façon individuelle mais sachez que je vous porte très affectueusement dans mon cœur !

Au service d'anatomie pathologique de l'INRSP de Bamako : un service pas comme les autres où règne l'esprit de solidarité, je suis fière de vous avoir côtoyer pendant si longtemps et vous dit tout simplement merci.

Au corps professoral de la FMPOS pour la disponibilité et la qualité de la formation.

A mes amis de l'association des élèves étudiants et stagiaires camerounais au Mali : Denise, Olive, Yannick, Lolita, Patrick Joël, Patrick Lionel, Xavier, Guy, Patrick TAYEM

A mes cadets et cadettes Hervé, Brice, Richard, Willy, Jean Pierre, Gilles, Sinclair, Hermann, Armelle F., Dorvalle, Linda, Francine, Marcelle, Angéle, Line, Delor, Rosine M. Natacha, Laurel, Aicha, Maggy, Christelle, Chancelline, Paulette, Milly et Scott, Sonia, Emma, Danielle.

A la promotion ASTRA : Francine, Yannick, Stéphane, Blaise, Léopold, Henri, Panta, Myrienne, Judith, Stéphanie, Victorine, Anne, Didier, Lydienne, Dominique, Lawrence, merci pour tout !

Une pensée particulière au Dr Pamela SONFACK : j'ai toujours tant attendu ce moment et maintenant qu'il est là, je ne sais plus par où commencer, mais le plus important est un si petit mot mais tellement significatif « merci », oui merci d'être toujours là pour les autres. Reste comme tu es, nous t'aimons ainsi.

Il m'arrive de plus en plus souvent à me demander si c'est réel que le séjour à Bamako touche à sa fin mais j'espère que l'on se reverra même après plusieurs années.

A ma terre natale, la République Démocratique du Congo

Terre de mes aïeux, ma patrie, mon cher Congo, que dis je mon cher grand Congo Sous ton soleil, je suis née, sur ton sol j'ai vécu la plus belle partie de ma vie, qui est certes la plus belle. Où que j'aïlles, j'emporterai en moi ton souvenir et porterai toujours ton étendard plus haut en chantant « Debout congolais ».

A ma terre d'adoption le Mali

Ma deuxième patrie, ma terre d'adoption, terre d'accueil; Le MALI emblème d'hospitalité africaine nous a reçus les bras ouverts, grâce à vous l'intégration africaine est devenue une réalité.

Les fruits de mon séjour sur cette terre demeureront à jamais graver en moi, *Ani tché kossôbé !*

**Hommage
aux
membres du jury**



A Notre Maître et Présidente du jury

Professeur SY Aida SOW

- **-Professeur Titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine Pharmacie et D'odonto Stomatologie de L'université de Bamako**
- **-Chef du service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune II**

Cher maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité, et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés. La qualité de vos enseignement, votre connaissance large font de vous un maître aimé et apprécié par les étudiants.

Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.



A notre maître et juge

Docteur Cheick Bougadari TRAORE

- *Maître Assistant en Anatomie Pathologique.*
- *Pathologiste et chercheur à l'Institut National de Recherche en Santé Publique.*
- *Coordinateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.*

Cher maître,

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi, nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes.

Rigoureux, simple, aimable et travailleur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple.

Veillez trouver ici cher Maître, l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.



A Notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Bakarou KAMATE

- *Maître assistant en anatomie pathologique*
- *Spécialiste en Anatomie Pathologique au Laboratoire d'Anatomie Cytopathologie de l'INRSP*

Cher maître,

L'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard.

Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail.

Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous servirons de modèle dans notre carrière.

Soyez rassurés cher maître de notre sincère reconnaissance.



*A notre Maître et Directeur de thèse
Professeur Amadou TOURE*

- *Professeur Agrégé d'Histo-embryologie.*
- *Chef de service de cytogénétique et de reproduction humaine à INRSP*
- *Directeur Général Adjoint de l'Institut National de Recherche en Santé Publique.*

*Cher maître,
Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail.
Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines forcent
l'admiration de tous.
Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous avez faites en
acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.
Permettez nous de vous exprimer ici, cher Maître, le témoignage de
notre profonde reconnaissance.*

SOMMAIRE

I.	Introduction et objectifs.....	1
II.	Généralités.....	5
A.	Rappels	6
	Embryologie et développement du sein.....	6
	Anatomie.....	6
	Physiologie et endocrinologie.....	12
	Histologie.....	15
	Examen clinique.....	17
B.	Tumeur bénigne.....	20
	Epidémiologie.....	28
	Clinique.....	21
	Anatomie Pathologie.....	22
C.	Tumeur maligne.....	28
	Epidémiologie.....	28
	Clinique.....	30
	Anatomie Pathologie.....	32
III.	Méthodologie.....	48
IV.	Résultats.....	49
V.	Commentaires et discussions.....	71
VI.	Conclusion et recommandations.....	81
VII.	Références bibliographiques.....	85
VIII.	Annexes.....	95

ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

AES : Auto examen des seins

BRCA : Breast Cancer

CCC : Columbia Clinical Classification

CIRC : Comité International de Recherche sur le Cancer

Coll. : Collaborateurs

CS.Ref : Centre de Référence

Cm : Centimètre

FSH : Hormone de Stimulation Folliculaire

Gr : Gramme

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

IGF 1 : Insulin-like Growth Factor

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

LH : Hormone Lutheïsante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV: Potentiel Evolutif

SBR: Scarff-Bloom-Richardson

UICC : Unité International Contre le Cancer

INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

Les tumeurs du sein sont fréquentes. On les retrouve autant en Occident qu'en Afrique (62).

Les tumeurs bénignes sont assez fréquentes avec un taux variant de 57 à 70 % (21,22).

Au Mali, une étude faite de mai 2001 à juin 2002 sur 91 nodules du sein rapporte comme résultats, 36 cas de tumeurs bénignes soit 39,56% ,18 pour les malignes soit 19,78% et 37 pour les lésions dystrophiques et inflammatoires soit 43,66% (23).

L'examen anatomopathologique est fondamental pour affirmer le diagnostic et préciser les facteurs du pronostic ; la taille de la tumeur et l'état des ganglions axillaires en sont les plus importants.

Le cancer du sein est la néoplasie la plus fréquente de la femme.

Il existe une variabilité géographique d'incidence : Plus d'un million de cas de cancer du sein surviennent chaque année, avec quelque 580 000 cas dans les pays développés (> 300/100 000 habitants par an) et le reste dans les pays en développement (en général < 1500/100 000 habitants par an), malgré des populations plus nombreuses et plus jeunes en moyenne(9).

En Europe, avec plus de 360 000 nouveaux cas par an, il représente 26,5% des cancers de la femme. L'homme est exceptionnellement atteint : l'incidence est de l'ordre de 1 pour 100 000 par an en Europe(2)

A Madagascar, une fréquence de 22,4% était retrouvée en 2001 de l'ensemble de tous les cancers(4)

Au Niger, la fréquence était de 19,28% de l'ensemble des cancers gynécologiques en 1999 et était le deuxième cancer après celui du col utérin(5).

Au Mali, le cancer du sein constitue le deuxième cancer de la femme et le quatrième après celui du foie, de l'estomac et du col utérin (6)

A l'INRSP, le cancer du sein a représenté 5,7% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2000 et ce taux était de 7,6% en 2001 (7).

En raison de sa fréquence, sa mortalité et sa morbidité, il représente un problème majeur de santé publique tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement(1) .

Devant une tumeur du sein, la question fondamentale qui se pose est de savoir si elle est une tumeur bénigne ou maligne

La démarche diagnostique doit être la même devant tout nodule du sein :

- Faire l'examen clinique,
- Demander des examens complémentaires : mammographie, échographie, cytoponction.

Le diagnostic à des stades précoces, grâce à des mesures de dépistage, est l'élément le plus important dans l'amélioration du pronostic.

Le cancer du sein non invasif, avec preuve histologique, est une maladie locale du sein. A l'inverse, les formes invasives doivent être considérées comme des maladies générales.

Nous étudierons l'aspect épidémiologique des tumeurs du sein, l'examen clinique devant une tumeur du sein, les tumeurs bénignes puis les tumeurs malignes du sein, leurs aspects clinique, macroscopique et histo pathologique et nous définirons les types histologiques des tumeurs du sein les plus fréquents au MALI.

OBJECTIFS

Objectif général :

Déterminer les aspects épidémiologique, cliniques, morphologique des tumeurs du sein.

Objectifs spécifiques :

Déterminer les aspects épidémiologiques des tumeurs du sein.

Décrire les aspects cliniques des tumeurs du sein.

Déterminer les aspects macroscopiques des tumeurs du sein.

Décrire les aspects histo-pathologiques des tumeurs du sein.

Déterminer les types histologiques les plus fréquemment rencontrés au MALI.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. RAPPELS

1.1. Rappels embryologiques (13)

Le développement du sein est très lent : ébauché dans la vie foetale, il ne s'achève qu'à la première lactation.

Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique. Le tissu mammaire subit des variations durant les différents stades de la vie in utero et post natal.

Au cours de la 4^{ème} semaine, une paire d'épaississement épidermique, les crête mammaires se développent de chaque côté du corps depuis la région de la future aisselles à la future région inguinale et la partie médiale de la cuisse. Ces crêtes disparaissent habituellement sauf au niveau des seins, la portion persistante de la crête produit le bourgeon primaire de la glande mammaire au cours de la 5^{ème} semaine. Ce bourgeon se développe en profondeur dans le derme sous jacent dès la 12^{ème} semaine. La première ébauche du mamelon apparaît au 4^{ème} mois sous la forme d'un soulèvement du champs aréolaire. Chez le fœtus de 5 – 6 mois, le mamelon primitif est visible à l'œil nu.

1.2. Rappels anatomiques (11,13)

1.2.1. Situation :

Le sein est un organe pair et globuleux situé à la partie antéropostérieur du thorax, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux, se développant à la puberté et contenant de la glande mammaire et du tissu adipeux. Ils s'étendent de la 3^{ème} à la 7^{ème} côte. Cette variation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

1.2.2. Forme :

Le sein a une forme ovoïde ou semi ovoïde, essentiellement chez la jeune fille européenne et asiatique, tandis que la forme conique est essentiellement observée chez la jeune fille africaine. Néanmoins, notons que sous l'influence du poids, de la grossesse, de l'allaitement, et du vieillissement, s'observent des modifications de l'aspect morphologique des seins.

1.2.3. Volume-dimensions :

Les seins mesurent en moyenne 10 à 11 cm de hauteur sur 12 à 13 cm de largeur, chez l'adulte et en dehors de la grossesse.

Au cours de la grossesse, les seins augmentent de volume surtout au début et à la fin de la gestation.

1.2.4. Poids :

Le poids du sein varie d'environ 150 à 200 g chez la jeune fille et d'environ 400 à 500 chez la nourrice, pouvant atteindre 800 à 900g.

1.2.5. Configuration externe :

Le revêtement cutané du sein n'étant pas homogène, on lui décrit trois zones à savoir :

- **.Zone périphérique** : cette zone est lisse, souple et douce au toucher.
- **.Zone moyenne** : il s'agit de l'aréole (ou l'auréole), annulaire et pigmentée, son diamètre vari de 4 à 5cm et entoure le mamelon, sa pigmentation varie du rose chez les blondes et les rousses, au noir mat chez les noirs, au cours de la grossesse cette zone s'élargit et se pigmente d'avantage. Sur l'aréole on note la présence de certaines saillies : il s'agit des tubercules de **MORGANI**, ce sont des glandes sébacées, qui, pendant la grossesse, augmentent de volume et prennent le nom de tubercules de **MONTGOMERY**.
- **.Zone centrale** : occupée par une saillie de forme cylindrique ou conique : c'est le mamelon, il se dresse au centre de l'aréole ; parfois irrégulier, rugueux ou crevassé, sa pigmentation est semblable à celle de l'aréole.

1.2.6. Configuration interne : Une coupe sagittale passant par le mamelon permet d'observer de la superficie à la profondeur : l'enveloppe cutanée, le corps mammaire et la couche cellulo-adipeuse dite rétro mammaire.

■ **Enveloppe cutanée** : on y reconnaît les trois zones sus citées à savoir :

zone périphérique : le tissu cellulo-graisseux pré mammaire occupe ce plan, ce tissu est cloisonné par les lamelles conjonctives.

zone moyenne aréolaire : ce plan est caractérisé par une peau fine et mobile, doublée du muscle aréolaire, il s'agit du muscle peaucier.

zone centrale ou mamelon : l'axe de ce plan est occupé par les canaux galactophores entourés de fibres conjonctives et musculaires lisses.

- **Corps mammaire ou glande mammaire** : il est enveloppé par une capsule fibreuse et est composé de plusieurs lobes indépendants les uns des autres.
- **Couche cellulo-adipeuse retro-mammaire** : elle est séparée du corps mammaire par la lame pré mammaire du fascia superficialis thoracique. Cette lame contient un réseau artériel et de nombreuses veines.

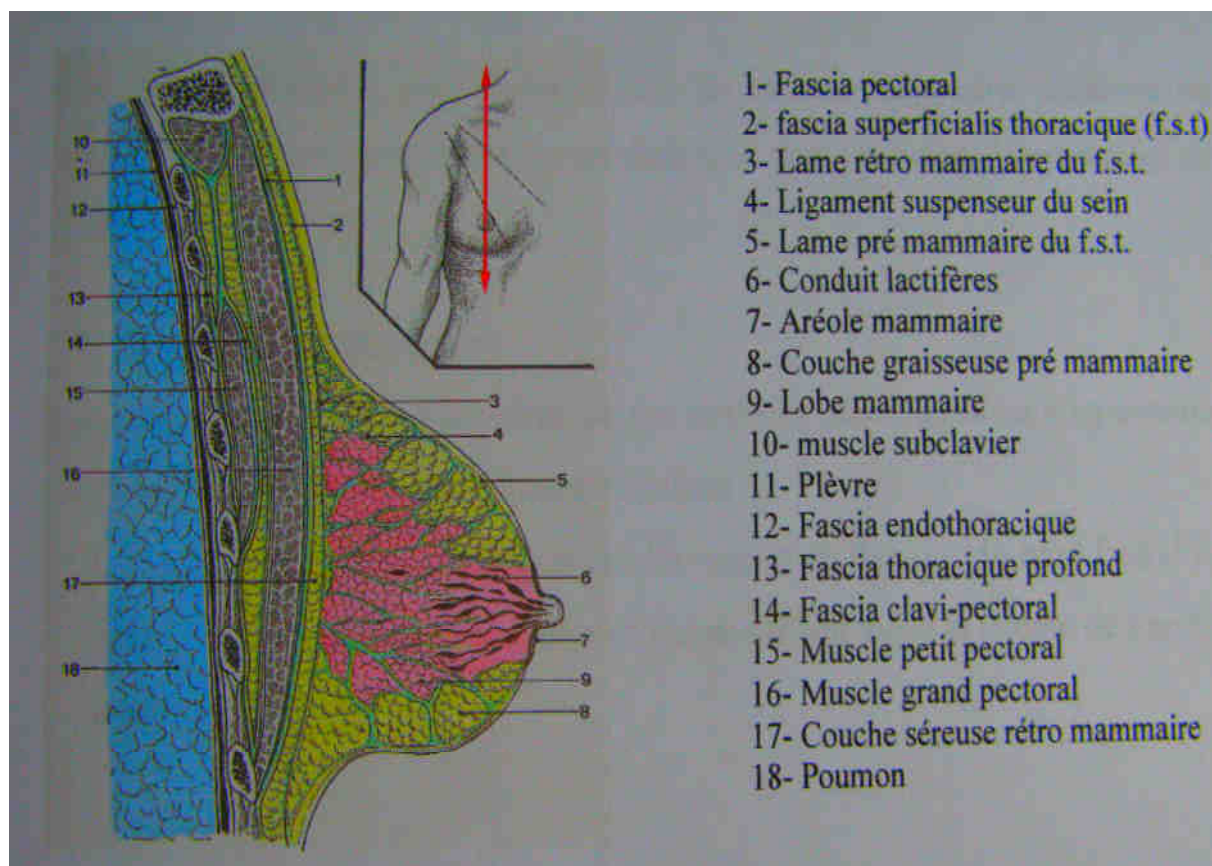
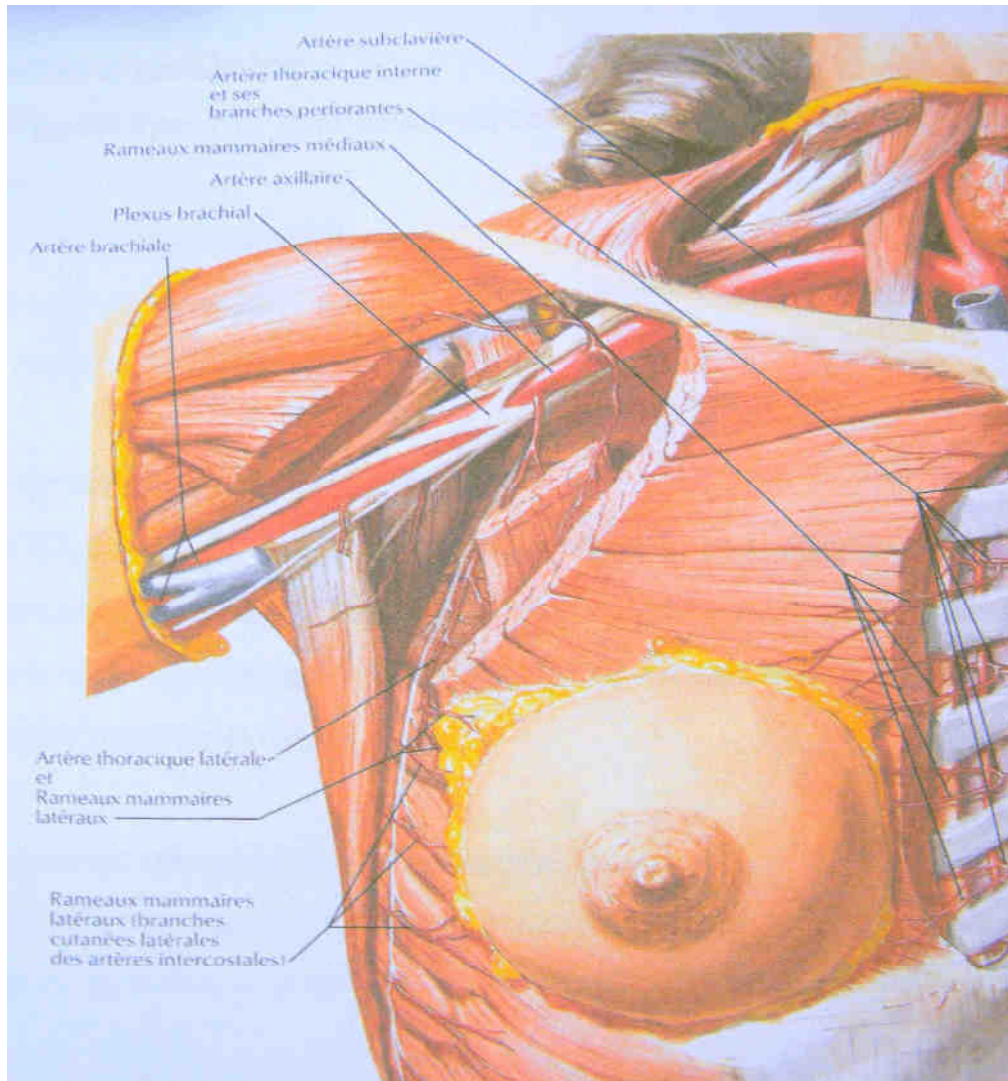


Fig 01: Coupe sagittale de la mamelle (11)

1.2.7. Vascularisation et innervation :

Le sein est un organe très vascularisé, riche en nerfs et en ganglions lymphatiques ;

■ Vascularisation artérielle (11,13)



Crânial



Droite

Fig 02 : Vascularisation artérielle - tiré de l'atlas d'anatomie 2^{ème} édition MASSON

Les artères du sein proviennent de trois sources dont :

- **.L'artère thoracique interne** :Artère principale du sein, elle naît de la face inférieure de la sub clavière, elle descend le long de la face postérieure des cartilages costaux jusqu'aux 6ème espace intercostal où elle donne plusieurs branches terminales dont l'artère épigastrique.
- **.L'artère axillaire** :Elle participe à la vascularisation de la glande par l'intermédiaire de plusieurs collatérales à savoir

-L'artère thoracique latérale

-L'artère sub scapulaire

-L'artère acromio-thoracique

- **.Les artères intercostales** Elles donnent de grêles rameaux, nées des perforantes externes, elles sont plaquées contre le grand pectoral et, après un trajet sinueux, gagne sa face postérieure.

➤ **Vascularisation veineuse**

Le circuit veineux est indispensable à connaître car il représente la voie rapide des métastases par embolie carcinomateuse.

- **Le réseau veineux superficiel** :Les veines sous cutanées sont situées au-dessus du fascia pré mammaire.
- **Le réseau veineux profond** :Abouché au précédent, il se dégage de la face postérieure de la glande vers trois directions de drainage dont :

Le drainage médial.

Le drainage latéral.

Le drainage postérieur.

➤ **Les voies lymphatiques**

Leur portée dans la dissémination des tumeurs est bien décisive. Selon leur siège, on distingue plusieurs chaînes :

- **Les ganglions mammaires externes** : ils siègent au dessous du bord latéral du grand pectoral au milieu du creux axillaire suivant aussi la course de l'artère thoracique latérale.
- **Les ganglions mammaires internes** : ils suivent le trajet des vaisseaux mammaires internes au sein d'un tissu conjonctif grasseux abondant. Ils se situent au dessus du fascia endothoracique dans les espaces intercostaux. Les troncs lymphatiques mammaires internes se jettent à gauche dans le canal thoracique, à droite dans le canal lymphatique.
- **Les lymphatiques croisés des glandes mammaires.**

➤ **Innervation**

On distingue les nerfs superficiels et les nerfs profonds :

- **Les nerfs superficiels** : Ce sont des filets sensitifs natifs de la branches supra claviculaire du plexus cervical, des branches thoraciques du plexus brachial, des rameaux perforantes des 2ème, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème nerfs intercostaux.
- **Les nerfs profonds** : Ce sont des filets sympathiques qui se rendent à la glande avec des vaisseaux, ces nerfs envoient de nombreux filets à l'aréole et au mamelon qui sont de ce fait parmi les plus sensibles de l'organisme .

1.3. PHYSIOLOGIE ET ENDOCRINOLOGIE DU SEIN

Le développement de la glande mammaire dépend de trois facteurs interdépendants : l'âge, la composition du tissu mammaire et l'environnement hormonal.

1.3.1. Evolution de la glande mammaire au cours de la vie

De la naissance à la puberté

A la naissance, les structures mammaires sont rudimentaires. Le sein reste quiescent pendant l'enfance et la croissance se limite à quelques canaux qui se terminent par des bourgeons constitués de cellules épithéliales.

La puberté

La croissance du sein est en général le premier signe de la puberté ; elle précède d'environ 2 ans la survenue des premières règles. C'est essentiellement l'estradiol sécrété par l'ovaire qui en est responsable.

Au cours du cycle

Le sein subit les modifications hormonales du cycle : en phase folliculaire, ils sont de petit volume, souples ; en phase lutéale, on observe un gonflement mammaire avec augmentation du volume et de la température.

Grossesse et lactation

Le sein se prépare à la lactation dès le début de la grossesse : c'est une phase de croissance et de prolifération intense caractérisée par un rythme rapide des mitoses mais aussi des phénomènes d'apoptose (mort cellulaire).

A la fin de la grossesse, les cellules alvéolaires se polarisent (captation des précurseurs du lait au pôle basal, excrétion du lait dans la lumière des canaux au pôle apical) et deviennent ainsi fonctionnelles. Cependant, la progestérone inhibe la lactation jusqu'à l'accouchement.

Après la délivrance, le taux des hormones stéroïdiennes chute et la glande peut commencer à sécréter le lait, sous l'influence de la prolactine. A ce stade, on assiste

à une hypertrophie des cellules alvéolaires. La prolactine stimule la synthèse et la sécrétion du lait tandis que l'ocytocine stimule la contraction des cellules myoépithéliales permettant l'éjection du lait dans les canaux galactophores.

Au moment du sevrage ou en l'absence d'allaitement, la glande mammaire involue : l'activité sécrétoire cesse, la glande retourne à un état moins différencié et reste au repos (ne subissant plus que de légères modifications liées au cycle) jusqu'à la grossesse suivante.

Après la ménopause

L'arrêt des sécrétions ovariennes provoquent l'involution progressive de la glande mammaire. Les lobules disparaissent et sont remplacés par du tissu fibreux et adipeux. Chez la femme âgée, les structures glandulaires sont réduites à quelques reliquats. Ceci explique la radio transparence du sein et l'intérêt de la mammographie chez la femme ménopausée.

1.3.2. Rôle des hormones

Le sein est sensible à de nombreuses hormones :

Stéroïdiennes : estradiol, progestérone, androgènes, cortisol

Peptidiques : prolactine, hormone de croissance, insuline

Elles agissent sur les cellules cibles par l'intermédiaire de récepteurs spécifiques.

Facteurs hormonaux

La FSH : Provoque le développement des follicules et la sécrétion d'œstrogène (folliculine). En plus elle développe et maintient les caractères sexuels secondaires.

La LH : Elle provoque l'ovulation avec formation du corps jaune et sécrétion de progestérone.

Les estrogènes : Ils ont un rôle essentiel dans le développement mammaire. De nombreuses études *in vitro* ont montré qu'ils stimulaient la prolifération des

cellules épithéliales. Le mode d'action des estrogènes sur le sein est beaucoup moins clair qu'il ne l'est au niveau de l'endomètre.

L'action stimulante des estrogènes pourrait comporter son propre frein en permettant la synthèse d'éléments (collagène IV) inhibant avec retard la multiplication cellulaire.

. La progestérone : Elle est nécessaire à la différenciation lobulo-alvéolaire du sein. Ses effets sur la prolifération épithéliale restent controversés : pour certains elle inhibe la prolifération cellulaire, pour d'autres elle est plutôt mitogène. En fait, l'action de la progestérone n'est probablement pas univoque.

Quoiqu'il en soit, les deux hormones, estradiol et progestérone, agissent en synergie et sont nécessaires au développement d'une glande apte à la lactation.

. Les androgènes : Ils s'opposent à la croissance et à la différenciation cellulaire. Chez le fœtus mâle, ils provoquent la nécrose de l'ébauche mammaire.

. La prolactine : C'est l'hormone lactogène : après l'accouchement, la sécrétion intense de PRL provoque la montée laiteuse.

Elle a aussi un rôle dans la mammogénèse, elle contribue à la différenciation des alvéoles au cours de la grossesse ; elle potentialise l'action de l'estradiol sur les cellules épithéliales et possède *in vivo* un effet prolifératif..

Les facteurs de croissance

Ces facteurs produits localement par les cellules épithéliales et celles du stroma participent à de nombreux systèmes de régulation autocrine et paracrine de la croissance cellulaire.

Certains, comme l'IGF1 et le TGF [[alpha]] sont des stimulants généraux de la croissance cellulaire.

D'autres comme le MDGF1 (Mammary Derived Growth Factor I), produit par les cellules épithéliales, sont plus spécifiques du tissu mammaire ; les estrogènes augmentent la sensibilité des cellules épithéliales au MDGF1 mais en retour le MDGF1 stimule la production du collagène IV qui a un rôle inhibiteur sur la

prolifération cellulaire. D'autres facteurs comme le TGF $[\beta]$, le MDGFI (Mammary Derived Growth Inhibitor Factor), la mammostatine sont des inhibiteurs de la prolifération épithéliale.

1.4. HISTOLOGIE

1.4.1. Histologie topographique

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires, qui ont la valeur des lobes.

Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédiculés se réunissant en un canal inter lobulaire et cette réunion constitue un conduit lactifère. L'ensemble des lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe, on en compte environ 15 à 20 par corps mammaire.

1.4.2. Structure des éléments lobulaires (66)

■ **L'Acinus** : il comporte une cavité bordée de dedans en dehors par :

Une couche de cellules cubiques à noyau volumineux riche en chromatine.

Une couche de cellules myoépithéliales (cellule en panier de Boll) ce sont des cellules plates étoilées à noyau petit et sombre à cytoplasme parcouru de myofibrilles.

Une membrane basale ou vitrée.

■ **Canaux excréteurs** : ils présentent de dehors en dedans :

-Une vitrée qui se renforce progressivement d'une gaine conjonctivale élastique.

-Les cellules myoépithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux.

-Une couche de cellules épithéliales cubiques disposées en deux couches au niveau des conduits intra et inter lobulaires, et en trois ou quatre couches au niveau des conduits lactifères.

- **Le tissu conjonctif interstitiel** : disposé de façon dense dans la région inter lobulaire où cheminent les vaisseaux et nerfs mais peut devenir délicate dans les lobules au contact des alvéoles, à ce niveau les fibrilles collagènes sont fines, la substance fondamentale est abondante et les histiocytes nombreux : c'est le « manteau » alvéolaire dont l'évolution semble être également sous commande hormonale.

EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE TUMEUR DU SEIN

EXAMEN CLINIQUE

Il est systématique à chaque consultation.

Tout médecin doit pratiquer un examen mammaire, même simple.

A - INTERROGATOIRE

- Demander la date de découverte de la tumeur.
- Rechercher les modifications depuis les 6 derniers mois.
- Rechercher les facteurs de risque .
- Investiguer sur la durée et régularité des cycles ou date de la ménopause.

B - EXAMEN PHYSIQUE

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

1. Inspection

Avec un bon éclairage, de face, de profil puis à jour frisant.

Rechercher :

- Une ride, un plissement, une rougeur, un aspect en peau d'orange ou une dépression de peau lors de la mobilisation,
- Une modification de la circulation sous-cutanée,
- Sur le mamelon : une rétraction, un écoulement spontané, un aspect framboisé eczématiforme d'une maladie de Paget (associée à un cancer sous-jacent).

2. Palpation

-Se fait doigts à plat quadrant par quadrant, y compris la région para mammaire et le prolongement axillaire.

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

-S'il palpe un nodule, il précise son caractère : ferme ou dur, régulier ou non, bien ou mal limité,

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

Rechercher une adhérence :

- A la peau : dépression provoquée par la mobilisation de la tumeur ou de la peau en regard,

- Un mamelon : attiré ou déformé lors de la mobilisation de la tumeur ou mobilisation de la tumeur lors de celle du mamelon,

- Au grand pectoral : en le faisant se contracter par une adduction contrariée (manoeuvre de Thillaux). La tumeur ne suit pas normalement les mouvements du muscle sauf si elle lui est adhérente, à la paroi thoracique : la tumeur est fixée en profondeur, même quand le muscle est relâché.

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

- Palper les creux axillaires :

- Racler le grill costal en dedans,

- L'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis termine par la face externe,

- Rechercher une ou plusieurs adénopathies dont on précisera le caractère (banales, dures et régulières = suspectes, mobiles ou fixées entre elles ou aux autres éléments du creux axillaire).

- Palper les creux sus claviculaires.

3. Poursuivre le reste de l'examen général.

LES GENERALITES SUR LES TUMEURS DU SEIN.

TUMEURS BENIGNES DU SEIN.

1 .Epidémiologie

La tumeur bénigne est une prolifération de cellules qui construit une masse sans infiltrer les structures avoisinantes et sans créer des métastases.

Les tumeurs bénignes sont assez fréquentes avec un taux variant de 57 à 70 % (21,22).

Au Mali, une étude faite de mai 2001 à juin 2002 sur 91 nodules du sein rapporte comme résultats, 36 cas de tumeurs bénignes soit 39,56% ,18 pour les malignes soit 19,78% et 37 pour les lésions dystrophiques et inflammatoires soit 43,66% (23).

Ces tumeurs concernent en grande partie la population féminine jeune d'âge variant entre 20 et 45 ans (58).

Le motif de consultation le plus fréquemment rencontré est la présence d'une masse dans le sein (23,24), celle ci peut progressivement augmenter de volume et atteindre un diamètre suffisamment grand soit 10 cm voire plus ce qui devient gênant et inesthétique ou peut aussi rester relativement petite.

De pronostic meilleur que celui des tumeurs malignes, quelques auteurs cependant notent la possibilité d'évolution de certaines tumeurs bénignes histologiquement diagnostiquées vers de véritables cancers (25, 26, 27).

Malgré leur fréquence, peu de données sur les tumeurs bénignes du sein en Afrique sont disponibles dans la littérature (28).

2. Etiopathogénie

On est connaît pas d'étiologie aux tumeurs bénignes du sein tout comme d'ailleurs le cancer du sein, bien que pour ce dernier, quelques facteurs de risque lui est attribués (29, 24).

BRINTON dans une étude pense que l'obésité protège contre l'adénofibrome quant à l'âge, la parité et l'allaitement, ils ne jouent aucun rôle véritable (30).

3. Circonstance de découverte

Il s'agit le plus souvent de :

Une tumeur : c'est le motif le plus fréquent de consultation, elle s'observe chez 60 à 80% des patientes (31).

Un écoulement sanglant par un pore mamelonnaire est rare.

Une découverte lors d'une consultation de dépistage.

Une découverte fortuite.

Par ailleurs signalons que 90 % des tumeurs sont découvertes par les patientes et seulement 10% par le médecin.

4. Examen clinique

Il est identique que celui réaliser pour le diagnostic des cancers du sein.

5. Examens para cliniques

La mammographie : elle doit être systématique, on note l'aspect de l'opacité tumorale, ses contours, les signes cutanés. Elle ne donne aucune information sur la nature solide ou liquide de la tumeur (40).

L'échographie : elle permet de préciser les caractères de la tumeur et de détecter les lésions associées.

La cytologie : élément très utile, elle intervient dans le bilan diagnostique et peut orienter le clinicien dans les cas incertains ; elle doit être de rigueur devant tout nodule (41).

Le galactographie : elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pauciorifficiel séreux ou non sanglant.

L'histopathologie : elle permet de préciser le type histologique, elle se fera à partir d'une ponction biopsique ou d'une biopsie d'exérèse.

6. Traitement

Il peut être médical ou chirurgical : médical par utilisation de progestérone. On obtient dans 50% des cas une diminution d'un adénofibrome au stade initial (32, 33) et chirurgical par exérèse.

7. Classification des tumeurs bénignes du sein

La classification OMS 1981 (34)

■ Tumeurs épithéliales

Papillome

Variantes du papillome

Adénome papillaire du mamelon ou papillomatose Floride

Adénome syringomateux du mamelon

Adénome (tubuleux, lactant, apocrine)

■ Tumeurs mixtes fibro épithéliales

Adénofibrome

Tumeur phyllode bénigne

■ Tumeurs mésenchymateuses

Hémangiome, angiome

Fibromatose

Myofibromatose

Neurofibrome

Léiomyome

Lipome

Chondrome

Tumeurs à cellules granuleuses

8. Aspects anatomopathologiques

8.1. Tumeurs épithéliales

➤ **Le papillome**

Lésion proliférative de l'épithélium canalaire, son architecture est papillaire en totalité ou partiellement. On note la présence d'un axe fibro-vasculaire tapissé par un revêtement épithélial.

➤ **Les variantes de papillome**

Le papillome intracanaire solitaire : il se voit à tout âge, siège au niveau des galactophores de la région sous aréolaire et sinus lactifères (35, 36), il est responsable écoulement mamelonnaire dans sanglant ou séreux dans 70% des cas.

Microscopique : l'architecture papillaire est dominante mais peut être aussi adénomateuse ou massive, on peut y noter des remaniements tels que : fibrose, calcification, métaplasie apocrine, infarctus et hémorragie.

Le papillome multiple : il est plus précoce avec un âge moyen de 40 ans, il est responsable écoulement mamelonnaire dans 20% des cas et est souvent bilatéral et récidivant, de siège distal et multifocal (37, 36) ; des évolutions vers la malignité ont été décrites par certains auteurs (38, 39).

Microscopie : l'architecture est mixte on peut y noter des remaniements tels que la sclérose et la métaplasie malpighienne, une association intracanalair est possible.

A ce papillome multiple est associée un sous groupe qui est le papillome multiple juvénile, il se rencontre chez des jeunes et a un caractère localisé et unilatéral.

L'aspect histologique essentiellement kystique et apocrine papillaire avec des zones d'hyperplasie épithéliale atypique et des foyers nécrose (42,33)

➤ **L'adénome papillaire du mamelon**

Il se voit à tout âge, il est pris souvent pour la maladie de PAGET.

Deux stades évolutifs sont possible : le stade pré érosif (épaississement du mamelon, petit bombement, rougeur) et le stade érosif (lésion pseudo granulomateuse extériorisée à la surface du mamelon)

Microscopie : il s'agit d'une lésion mixte adénomateuse et papillaire dépassant les paroi du canal et infiltrant le stroma mamelonnaire (48, 33, 44)

➤ **L'adénome syringomateux du mamelon**

Sa genèse est discutée : entre une tumeur des glandes sudorales du mamelon ou une forme fibrosée d'adénome papillaire du mamelon (45, 24, 47)

➤ **Les adénomes**

Sont rares, ils ont été décrits par plusieurs auteurs tels que **GANDER** (48) et **HERTEL** (49) :

Adénome tubuleux : il se voit entre 15 et 40 ans, l'âge moyen étant 23 ans, on note ici l'absence d'hémorragie et de nécrose mais parfois la présence des écoulements. Son diamètre varie de 1 à 4 Cm, bien limité, il est de couleur jaunâtre sur les tranches de section. De consistance ferme, il n'est pas encapsulé.

Microscopie : la lésion est constituée de nombreux tubules réguliers ressemblant aux canalicules d'un lobule quiescent (non sécrétant).

- **Adénome lactant** : de macroscopie identique à celle des adénomes tubuleux.

Microscopie : il présente un ensemble de formations tubuloacineuses comportant d'importants signes sécrétoires tels qu'on les observe pendant la grossesse et la lactation (49).

Pour certains auteurs, les adénomes tubuleux et lactant sont toujours liés à la grossesse ou la lactation et peuvent naître d'un adénofibrome pré existant (50, 45, 51, 43)

Généralement leur évolution est strictement bénigne, néanmoins des cas d'évolution vers la malignité ont été observés (49)

- **Adénome apocrine**

8.2. Tumeurs mixtes fibroépithéliales

- **Adénofibrome ou fibroadénome** : C'est la plus fréquente des tumeurs bénignes. Elle se voit entre 15 et 45 ans et est rare après la ménopause. ESPIE estime qu'une femme sur cinq (1/5) ferait un adénofibrome au cours de sa vie (52)

CHEATLE et **CUTLER** les rencontrent dans 25% des seins anormaux et **FRANZ** dans 9%. Dans 13 à 20% des cas ils sont multiples soit dans un sein ou dans les deux (53)

Macroscopie : de taille variant entre 1 à 10 cm, l'adénofibrome peut atteindre 20 à 22 Cm quand il est de type juvénile (45, 54) il est bien limité par une pseudo capsule fibreuse. De consistance élastique plus ou moins dure surtout s'il se calcifie, il est indolore et mobile sur le reste du tissu mammaire.

Microscopie : il existe deux variétés :

le fibroadénome péri canalaire : la prolifération des canaux conserve une lumière circulaire, on y note également une hyperplasie du tissu conjonctif.

Le fibroadénome intracanalair : la tumeur présente des canaux collabés étirés offrant des contours arciformes : ceci est le résultat de l'hyperplasie conjonctive qui va repousser les canaux.



Fig 03: Aspect microscopique d'un fibroadénome du sein

- **Tumeur phyllode bénigne** :Elles rare moins de 1% des tumeurs du sein et 2 à 3% des tumeurs fibroépithéliales, elle apparaît aux extrémités de la vie sexuelle : période pré pubertaire et ménopausique. Sa bilatéralité est exceptionnelle. Les récives locales sont fréquentes jusqu'à 25% des cas de même type histologique que la tumeur initiale, mais elle peut évoluer vers une tumeur maligne (55).

Macroscopie : la tumeur apparaît pseudo encapsulée. Sur les tranches de section on note un aspect blanc nacré avec des plages d'aspect mucoïde , des kystes à contenu gélatineux et des foyers hémorragiques, la pression sur les tranches de section fait jaillir de nombreuses formations en languette à l'intérieur des fentes galactophoriques réalisant ainsi l'aspect de fougères. C'est à cet aspect que cette tumeur doit son nom de tumeur phyllode.

Microscopie : il s'agit d'une double prolifération mésenchymateuse et épithéliale mais la composante mésenchymateuse est très dense et très cellulaire par rapport à

l'adénofibrome banal. Les structures épithéliales sont rares par rapport à la composante mésenchymateuse.

➤ **Maladie fibrokystique**

C'est la plus fréquente des mastopathies bénignes, elle est également appelée dystrophie fibrokystique ou maladie de Reclus.

. Anatomopathologie

Elle associe de façon variable deux types de lésions dystrophiques :

-Hyperplasie simple de l'épithélium galactophorique (composante glandulaire), sans anomalie nucléaire ou mitose anormale,

-Sclérose conjonctive : elle est responsable des douleurs et de la compression des canaux galactophores, à l'origine de formations kystiques de tailles variables. Elle est responsable d'un tissu glandulaire dense avec des petits kystes et parfois des kystes plus importants.

- **Adénose sclérosante** :C'est la multiplication des terminaisons canalaires avec leurs bases épithéliales.
- **Hyperplasie adénomateuse** : C'est la confluence de plusieurs foyers d'adénose. Survient préférentiellement chez la femme jeune ou en post-partum. Donne une formation nodulaire bombante ou en verre de montre, à limites imprécises.
- **Lipome** :C'est "du sein dans le sein" : c'est une tumeur de tissus mammaire normal dans le sein. Elle donne un nodule arrondi, régulier et bien limité, ferme, mobile plus ou moins douloureux.
- **Cytostéatonécrose** :C'est une nécrose de tissus adipeux normal. Elle survient le plus souvent chez la femme ménopausée.Elle peut être spontanée ou post-traumatique.

TUMEUR MALIGNE DU SEIN

2.1.Epidémiologie

Le cancer du sein est la néoplasie la plus fréquente de la femme.

En raison de sa fréquence, sa mortalité et sa morbidité, il représente un problème majeur de santé publique tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement(1) .

Il existe une variabilité géographique d'incidence : Plus d'un million de cas de cancer du sein surviennent chaque année, avec quelque 580 000 cas dans les pays développés (> 300/100 000 habitants par an) et le reste dans les pays en développement (en général < 1500/100 000 habitants par an), malgré des populations plus nombreuses et plus jeunes en moyenne(9).

En Europe, avec plus de 360 000 nouveaux cas par an, il représente 26,5% des cancers de la femme. L'homme est exceptionnellement atteint : l'incidence est de l'ordre de 1 pour 100 000 par an en Europe(2)

L'incidence du cancer du sein a fortement augmenté au cours des 20 dernières années : ainsi, en France, le nombre de cancers du sein est passé de 21211 nouveaux cas en 1980 à 35000 en 1995 puis de 41.845 cas en 2000(2) à 42000 en 2001(3)

Au Royaume-Uni, l'incidence corrélée à l'âge du cancer du sein est passée de 75 pour 100 000 femmes en 1979 à 116 en 2002(2)

En Pologne on enregistre un taux de 14.358/an de nouveaux cas avec une incidence de 72,7 /100.000 habitants(2)

En Italie on enregistre un taux de 36.634/an de nouveaux cas avec une incidence de 124,2/100.000 habitants(2).

Aux Etats- Unis, on enregistre un taux de 209.995/an de nouveaux cas avec une incidence de 143,8/100.000 habitants (2)

En Inde on enregistre un taux de 82.951/an de nouveaux cas avec une incidence de 16,5/100.000 habitants(2).

En Indonésie, on enregistre un taux de 25.208/an de nouveaux cas avec une incidence de 23,3/100.000 habitants (2).

A Madagascar, une fréquence de 22,4% était retrouvée en 2001 de l'ensemble de tous les cancers(4)

Au Niger, la fréquence était de 19,28% de l'ensemble des cancers gynécologiques en 1999 et était le deuxième cancer après celui du col utérin(5).

Au Mali, le cancer du sein constitue le deuxième cancer de la femme et le quatrième après celui du foie, de l'estomac et du col utérin (6)

A l'INRSP, le cancer du sein a représenté 5,7% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en 2000 et ce taux était de 7,6% en 2001 (7).

L'incidence des cancers du sein augmente en moyenne de 1,5% par an dans le monde, cette augmentation est variable d'un pays à un autre mais aussi parfois dans un même pays : ainsi aux Etats unis, l'augmentation est plus importante chez les femmes de race noire que chez celles de race blanche (10)

Malgré les progrès des méthodes de diagnostic en particulier de la mammographie et des avancées thérapeutiques, le taux de mortalité s'élève également mais de manière plus faible soit environ 0,5% par an et concerne surtout les femmes entre 60ans et 74 ans, alors qu'il reste stable en dessous de 44 ans(8) .

En dépit de la multitude des enquêtes entreprises pour tenter de découvrir des facteurs de risque susceptibles de jouer un rôle dans la genèse de cette pathologie, des nombreux points restent à éclaircir : sexe féminin, âge, durée de vie génitale, nulliparité et première grossesse après 30ans antécédents familiaux et/ou personnels, mastopathies(hyperplasie avec ou sans atypie), carcinome in situ, facteurs d'hormonaux et environnementaux (9)

Les moyens du dépistage se résument à deux méthodes cliniques, l'autopalpation des seins et l'examen médical et à un seul moyen para clinique, la mammographie.

L'étape de diagnostic est essentielle puisque la précocité du diagnostic améliore le pronostic de ces cancers ; le diagnostic de certitude se fera par l'étude anatomopathologique de l'échantillon prélevé.

La prise en charge comme pour tous les cancers, repose idéalement sur l'ablation chirurgicale de la tumeur, néanmoins il existe d'autres méthodes de prise en charge comme la chimiothérapie, la radiothérapie, et l'hormonothérapie qui dans certains cas, peuvent être utilisés pour obtenir une diminution de la tumeur en préalable d'une opération chirurgicale.

2.1.Etiopathogenie (14)

Elle reste méconnue, cependant un certain nombre de facteurs de risques ont été identifiés dans l'apparition du cancer du sein. La présence d'un facteur de risque n'implique pas forcément l'existence d'un cancer du sein, mais elle aide à apprécier un sujet qui peut faire l'objet d'une surveillance accrue.

2.1.1. Facteurs hormonaux

Il est actuellement bien établi que l'âge des premières règles, de la ménopause, la parité et l'âge à la première grossesse ont une influence sur l'apparition d'un cancer du sein. Les femmes ayant une vie génitale supérieure à 30 ans présentent des facteurs de risque plus importants que lorsque celle-ci soit inférieure à 30 ans.

Parmi les femmes ayant eu une ménopause naturelle, le risque encouru par celles ayant été ménopausées après 55 ans est le double de celui encouru par les femmes ménopausées avant 44 ans. Le nombre de grossesses est important mais le facteur majeur est l'âge à la première grossesse. Ainsi une femme ayant mené une grossesse à terme avant 19 ans voit son risque diminuer de 50 % par rapport à une nullipare. Ces observations ont conduit au développement de plusieurs hypothèses étiopathogéniques regroupées sous le terme de "hypothèse de la fenêtre oestrogénique". Toutefois, ce risque est apparu légèrement mais significativement

augmenté (risque relatif : 1,72) chez les femmes qui avaient utilisé la contraception orale pendant au moins quatre ans avant la première grossesse à terme.

2.1.2. Facteurs familiaux et génétiques (14)

Il est maintenant couramment admis qu'un antécédent de cancer du sein dans une famille augmente le risque de chaque apparenté de développer un cancer du sein au cours de sa vie.

La fréquence des formes familiales de cancer du sein, leur apparition chez des patientes jeunes, les formes pluri focales ou bilatérales conduisent à évoquer le caractère héréditaire de ce cancer. Récemment ont été identifiés deux gènes liés aux cancers du sein familiaux : BRCA1 (pour BRest CAnCer 1) sur le chromosome 17 (pour les familles où l'on observe des cancers du sein et des cancers de l'ovaire) et BRCA2 sur le chromosome 13 (pour les familles où l'on observe des cancers du sein dans les deux sexes) ; de plus, les femmes ayant une hétérozygotie pour le gène de l'ataxie télangiectasie seraient particulièrement prédisposées au cancer du sein. Une forme particulière de cancer du sein est connue pour être associée à la perte ou la mutation du gène suppresseur de tumeur p53 sur le chromosome 17.

2.1.3. Alimentation (14)

Une alimentation riche en graisses favoriserait l'apparition d'un cancer du sein. Les études cas contrôle effectuées sur ce sujet ont montré des résultats contradictoires. Certaines ont montré une augmentation de l'incidence des cancers du sein chez les femmes ayant un régime riche en graisses et d'autres aucune différence.

La consommation d'alcool est une des plus fortes associations montrées avec le cancer du sein. Une méta analyse de 4 études de cohortes a montré une forte corrélation entre le risque de cancer du sein et la consommation quotidienne d'alcool.

2.1.4. Mastopathies bénignes

Un grand nombre d'études ont montré que les femmes ayant eu une ou plusieurs biopsies du sein pour mastographie sont plus à risque de développer un cancer.

Une étude effectuée par l'American Cancer Society, par l'intermédiaire d'un questionnaire, a montré que seulement 21 % des cancers du sein diagnostiqués entre 30 et 54 ans et 29 % de ceux diagnostiqués entre 55 et 84 ans pourraient être attribués à un ou plusieurs facteurs de risque.

2.2. Anatomopathologie

La classification des cancers du sein repose sur une étude du type histologique de ces cancers.

L'O.M.S. a proposé en 1981 une classification des tumeurs malignes du sein qui a été adoptée par la plupart des équipes dans le monde. Le pathologiste a à sa disposition plusieurs types de prélèvement. Il peut s'agir d'une biopsie par "truc ut" effectuée, en général, dans les tumeurs non opérables d'emblée ou d'une ponction cytologique. L'exérèse chirurgicale d'une tumeur comporte un examen extemporané sur tissu frais qui permet un diagnostic immédiat dans 99 % des cas. La pièce opératoire est par la suite fixée et examinée ainsi que l'évidement ganglionnaire axillaire.

2.2.1. Classification des cancers selon l'O.M.S. (15)

La classification utilisée est celle de l'O.M.S. (1981) (tableau 2)

- **Carcinomes** ; ils représentent 98 % des tumeurs malignes du sein. Il s'agit essentiellement d'adénocarcinomes.

On distingue :

*** Les carcinomes non infiltrants**

il en existe deux types :

Le carcinome intracanauxaire ou canauxaire in situ : Il se définit comme un carcinome se développant dans le canal, n'infiltrant pas le tissu conjonctif.

Il représente environ 4 % des cancers et se caractérise par sa découverte fréquente sur des micro calcifications mammographiques et par sa multicentricité.

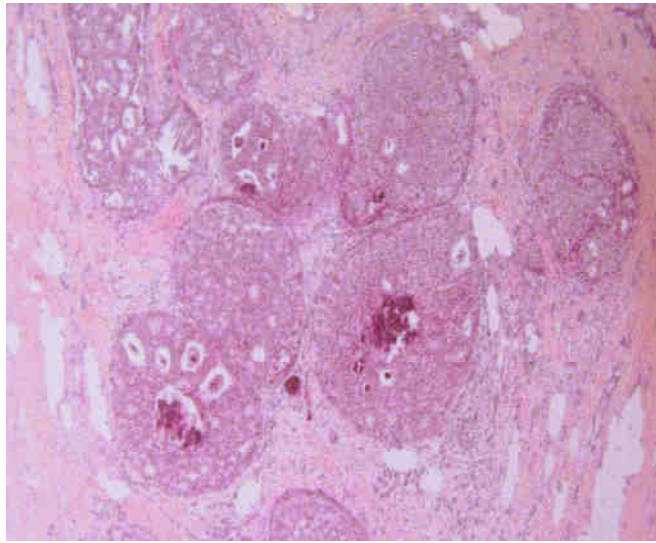


Fig 04 : Carcinome canalaire in situ (73)

Le carcinome lobulaire in situ : Il se définit comme un carcinome intéressant les canalicules intra lobulaires comblées et distendues par une prolifération de cellules de petite taille sans envahissement du tissu conjonctif voisin. Il représente environ 2,5 % des cancers et se caractérise par son caractère multicentrique et sa tendance à la bi latéralisation.

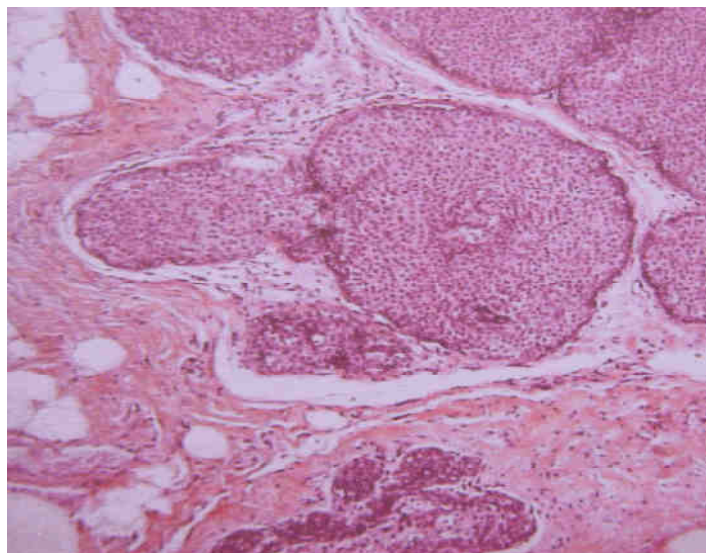


Fig 05 : Carcinome lobulaire in situ (73)

** Les carcinomes infiltrants*

- **Le carcinome canalaire infiltrant** : C'est la forme la plus fréquente : 70 % des cancers. Il peut présenter trois types d'architecture : bien différencié avec des structures tubulaires prédominantes, moyennement différencié et indifférencié avec une absence de structures glandulaires.

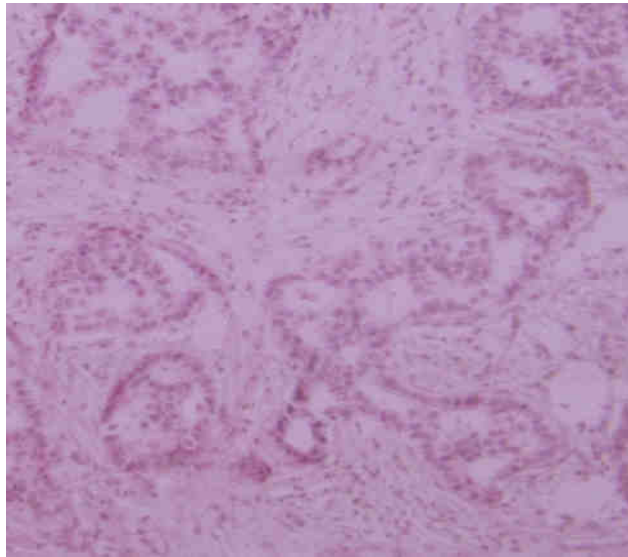


Fig 06 : Carcinome infiltrant (OMS)(73)

- **Le carcinome lobulaire infiltrant** : Il représente 5 à 15 % des cancers. Il se caractérise par sa tendance à la bilatéralité et à la multicentricité.
- **Le carcinome mucineux ou colloïde** : Il s'agit d'un carcinome riche en mucus extracellulaire. Histologiquement, cette tumeur est constituée de nappes de mucus ponctuées de petits îlots épithéliomateux avec ou sans différenciation glandulaire.
- **le carcinome médullaire** : constitué de cellules peu différenciées , atypiques, dans un stroma peu abondant avec intense infiltration lymphoïde. Les limites de cette tumeur apparaissent cependant bien circonscrites avec fréquemment présence de foyers de nécrose.

- **le carcinome tubulaire** : représente une variété de carcinome très différencié, dont les cellules sont régulières et disposées en tubules. Le pronostic est habituellement favorable ,
- **le carcinome cylindromateux ou adénoïde kystique** : se présente histologiquement comme les cylindromes des glandes salivaires . L'évolution de ces formes est lente et leur pronostic assez favorable ,
- **le carcinome apocrine** est formé de cellules à abondant cytoplasme éosinophile analogue à celui des cellules apocrines métaplasiques ,
- **les carcinomes métaplasiques** : forme spinocellulaire ou épidermoïde : il s'agit le plus souvent de formes induites par des remaniements nécrotyques .
- **le carcinome riche en lipides** est rare mais d'un pronostic particulièrement péjoratif .
- **le carcinome papillaire** est un carcinome rare dont l'architecture infiltrante est surtout faite de structures papillaires. Il est de pronostic favorable.
- **Maladie de Paget** : Il s'agit de l'extension intra-épidermique mamelonnaire d'un adénocarcinome galactophorique sous-jacent invasif ou non. La prolifération est constituée de cellules isolées, claires au sein de l'épiderme.

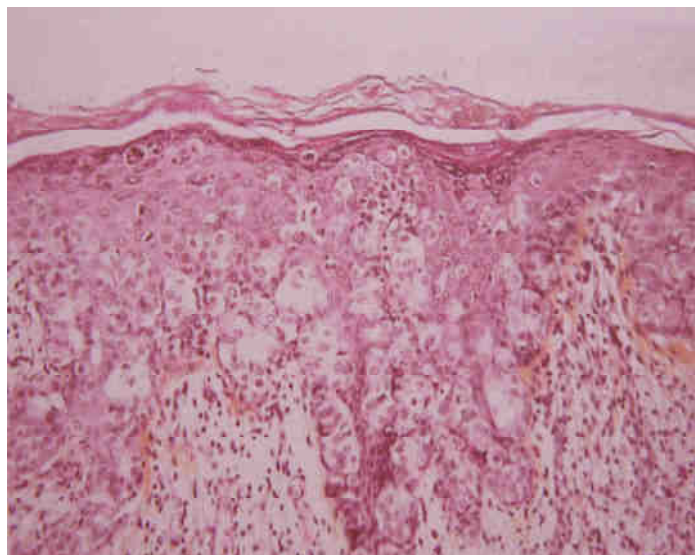


Fig 07 : Maladie de Paget (73).

Autres tumeurs

* *Tumeur phyllode* : Son architecture est celle d'un fibroadénome dont le contingent conjonctif prolifère. On en distingue 3 catégories : bénigne, de malignité intermédiaire et maligne, selon la limitation de la tumeur, la quantité de structures épithéliales, le nombre de mitoses et la présence d'atypies nucléaires.

* *Sarcomes* : Ils sont identiques à ceux d'autres localisations. L'angiosarcome est le plus fréquent.

2.2.2. Autres classifications

Il existe différentes possibilités de classification des tumeurs : selon l'organe, selon le tissu dont elles sont issues (anatomopathologique), selon leur aspect macroscopique, et selon leur extension.

Enfin, même après avoir défini ce type de critère, il n'y a pas une classification, mais des classifications, variables selon les organes, et parfois même peut-on trouver différentes classifications pour un même organe. Le système le plus connu est celui du TNM

La classification TNM (14)

.Généralités

Pierre DENOIX a eu le mérite de proposer une classification (dite TNM) pouvant répondre à ces exigences. Son travail a débuté en 1943, pour être finalement retenu comme base de classification par le comité de nomenclature et de statistiques de l'UICC (Union Internationale Contre le Cancer) en 1953. Le principe retenu par DENOIX est de se fonder sur *l'extension anatomique* déterminée par la clinique et l'histopathologie.

En revanche, l'idée de coder l'extension *locale, régionale* ou *générale* est toujours à la base du système T (tumor), N (nodes), M (metastasis)

D'une façon générale, on associe à ces 3 lettres des chiffres (dont la valeur augmente quand augmente la gravité) qui varie de 0 à 4 pour le T, de 0 à 3 pour le N, et sont soit 0 soit 1 pour le M.

La juxtaposition de ces 3 lettres chiffrées donne une description abrégée de l'extension de la tumeur maligne.

Cela conduit pour un organe donné à un grand nombre de possibilités TNM . On effectue alors un regroupement en stades que l'on définit pour qu'ils soient homogènes en durée de survie. Les cancers in situ sont toujours de stade O, les métastatiques de stade IV.

Classification TNM du cancer du sein

TUMEUR T	
	in situ ou maladie de Paget
	<= 2 cm
Tis	> 2 et <= 5 cm
T1	> 5 cm
T2	<i>a : sans fixation au fascia pectoral sous-jacent et/ou au muscle</i>
T3	<i>b : avec fixation au fascia pectoral sous-jacent et/ou au muscle</i>
T4	tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau <i>a : fixation à la paroi thoracique</i> <i>b : extension cutanée</i>

ADÉNOPATHIE N	
N0	pas de ganglion axillaire
N1	ganglions axillaires homo latéraux mobiles <i>a : considérés comme non envahis</i> <i>b : considérés comme envahis</i>
N2	ganglions axillaires homo latéraux fixés entre eux ou à d'autres organes
N3	ganglions mammaires internes
MÉTASTASE M	
M0	absence de métastase
M1	présence de métastase

Autres classifications

.La croissance évolutive clinique

Cette notion de poussée évolutive (PEV) n'est pas reconnue par tous les auteurs (en outre anglo-saxons), et n'appartient pas à la classification TNM (qui ne définit que le T4d). Elle a été proposée initialement par l'IGR.

La PEV 1 se définit par le doublement du volume tumoral en moins de 6 mois. Son affirmation n'est pas toujours simple : interrogatoire fiable, examen clinique régulier, mammographies, patient ayant différé son traitement.

La PEV 2 correspond à une inflammation d'une partie du sein.

La PEV 3 correspond à une inflammation de tout le sein (mastite carcinomateuse).

Les signes inflammatoires se définissent cliniquement : érythème cutané, oedème, augmentation de la chaleur locale, douleur. L'inflammation est généralement d'apparition et de progression rapides. Elle peut apparaître d'emblée ou sur une tumeur négligée.

.Classification CCC (Columbia Clinical Classification)

Elle est très peu utilisée, à l'heure actuelle. Elle repose sur le même principe : tumeur, lymphatiques régionaux, métastases.

Diagnostic différentiel

Certaines affections bénignes peuvent simuler un cancer du sein mais la fréquence des tumeurs malignes doit inciter à avoir recours à l'histologie au moindre doute.

* Diagnostic différentiel d'une tumeur mammaire

- . le placard de mastose parfois de contours imprécis;
- . l'adénofibrome souvent ferme et lobulé;
- . le granulome inflammatoire chronique : l'origine la plus fréquente est l'ectasie canalaire sécrétante. Il s'agit d'une tumeur riche en plasmocytes;
- . la cytotéatonécrose post-traumatique : il s'agit d'un granulome lipophagique sur stéatonécrose d'origine traumatique.

* Diagnostic d'un sein inflammatoire

- . les mastites aiguës bénignes : le plus souvent d'origine infectieuse : mastite puerpérale, surinfection de kyste, de galactocèle, d'ectasie canalaire sécrétante.

* Diagnostic d'une rétraction cutanée

- . la maladie de Mondor : phlébite superficielle de la paroi thoracique qui se présente, lorsque le cordon phlébitique n'est plus perçu, sous la forme d'une dépression cutanée linéaire.
- . l'ombilication congénitale du mamelon souvent bilatérale. Le mamelon est rétracté plat ou fendu horizontalement.

* Diagnostic d'un écoulement mamelonnaire

- . l'ectasie canalaire sécrétante : écoulement uni-orificiel spontané et récidivant parfois hématique;
- . les papillomes intracanaux.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic sénologique est actuellement basé sur un trépied diagnostique associant examen clinique, mammographie et cytologie. L'échographie a, actuellement, une place privilégiée dans cet arsenal. D'autres techniques (Doppler couleur, IRM) doivent trouver leur place dans la stratégie diagnostique.

a) Mammographie

Elle doit toujours être bilatérale. Le sein est exploré par trois incidences fondamentales : de face ou crânio-podale, de profil, et en oblique dégageant le quadrant supéro-externe et le prolongement axillaire. En fonction des besoins cliniques, des incidences complémentaires pourront être centrées sur une masse. Il n'est pas possible de définir radiologiquement un sein normal. La lecture comparative des clichés des deux seins est donc indispensable.

b) Échographie

L'échographie est une exploration complémentaire souvent indispensable en sénologie. Elle complète les renseignements fournis par la mammographie. L'expression échographique typique d'un cancer du sein est celle d'une lésion solide, hypoéchogène, plus ou moins hétérogène, à contours irréguliers et dont le grand axe est, en général, vertical par rapport à la peau. Une ombre postérieure est présente dans environ un tiers des cancers.

c) IRM

Les micro calcifications sont invisibles. La lésion elle-même est souvent de contours irréguliers à limites imprécises, polycycliques, spiculées.

d)Galactographie

C'est l'opacification du galactophore par un produit iodé. Elle est indiquée devant tout écoulement uni-orificiel spontané ou provoqué. L'intérêt essentiel de la galactographie est le repérage pré chirurgical du secteur drainé par le galactophore dans sa topographie et son étendue.

.e) Cytologie mammaire

L'examen histologique ou cytologique est indispensable pour confirmer le diagnostic. La ponction aspiration d'une tumeur mammaire peut être réalisée de façon simple et rapide. La fiabilité globale varie de 77 à 93 %. Le taux de faux positifs varie entre 3 et 12 % et celui de faux négatifs de 2 à 10 %. Une adénopathie axillaire peut également être ponctionnée. De même un écoulement mammaire doit être prélevé et étalé sur lame.

BILAN D'EXTENSION

Il est effectué à la recherche d'une localisation secondaire du cancer du sein il associe :

-une échographie abdomino-pelvienne : à la recherche des adénopathies profondes, des atteintes d'autres organes (rein, foie, rate, utérus et annexe), d'une ascite.

-une radiographie pulmonaire de face : à la recherche de métastase pulmonaire.

-une radiographie du rachis lombaire : pas systématique sauf si la malade présente un signe clinique qui la nécessite (douleur lombaire, paraplégie).

-une scintigraphie osseuse.

2.4. DÉPISTAGE (16)

Il est classique de considérer le cancer du sein comme une maladie générale et ce dès le diagnostic. Ceci est dû à la fréquence et à la précocité des micro métastases. On estime que la moitié des patientes est porteuse de métastases occultes au moment où le diagnostic est établi. On conçoit donc l'importance du gain de temps obtenu par le dépistage précoce des tumeurs du sein. On entend par dépistage la recherche systématique, chez un sujet ou au sein d'une collectivité, d'une affection latente aux moyens de techniques simples mais suffisamment fiables.

Le dépistage n'a pas pour but de poser un diagnostic. Il se différencie en cela du diagnostic précoce. Les sujets qui présentent un test de dépistage positif doivent subir des examens à visée diagnostique.

Moyens du dépistage

Ils se résument à deux méthodes cliniques, l'auto examen des seins et l'examen médical, et à un seul moyen para clinique, la mammographie.

*** Auto examen des seins (AES)**

Cette méthode consiste à apprendre aux femmes l'auto-inspection et l'autopalpation des seins et, ce, de manière mensuelle. Les femmes apprennent ainsi à connaître parfaitement leurs seins afin d'y détecter ultérieurement une anomalie. Cette méthode est simple, peu coûteuse et atraumatique. L'AES entraîne une réduction de 10 % du taux des cancers évolués, une augmentation de 20 % du taux de petits cancers et une réduction de 7 à 15 % de l'envahissement ganglionnaire sur des séries rétrospectives.

*** Examen médical**

Son efficacité sur la réduction de la mortalité par cancer du sein est de l'ordre de 25 %. Cet examen peut s'intégrer dans le cadre d'une visite médicale annuelle. Cependant l'examen médical des seins est souvent mal accepté lors d'une consultation pour un autre motif. L'acceptabilité de l'examen médical dépend, en fait, essentiellement de la valeur de l'information donnée par le médecin.

*** La mammographie**

Actuellement, la mammographie est le test de dépistage de choix. Deux clichés sont préférables pour le premier examen de dépistage. Les données actuelles indiquent qu'un intervalle de deux à trois ans est raisonnable. La mammographie est actuellement la seule méthode efficace de dépistage du cancer du sein. Sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à 90 %.

2.6. Pronostic

Histopronostic (19)

La classification S.B.R. est préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M .S.) et est fondée sur l'analyse de trois paramètres :

- l'architecture de la tumeur.
- l'anisonucléose.
- l'activité mitotique.

Chacun de ces trois paramètres a une côte de 1 à 3

Le degré de différenciation correspond en partie à la classification morphologique :

Côte 1 sera attribuée aux formes qui présentent partout un aspect tubuloforme ou papillaire.

Côte 2 sera attribuée à la forme intermédiaire.

Côte 3 sera attribuée à la forme qui ne possède nul part le tube.

Le degré d'anisonucléose

Côte 1 sera attribuée à celle où les noyaux sont très réguliers entre eux ou proche de ceux d'un épithélium normal.

Côte 2 forme intermédiaire.

Côte 3 sera attribuée aux formes qui présentent de nombreuses monstruosité nucléaires.

L'activité mitotique elle est jugée après avoir parcouru au moins une vingtaine de champs en périphérie de la tumeur au grossissement 400 et en appréciant le nombre maximum de mitoses trouvées en un seul champ.

Côte 1 sera attribuée si au maximum une mitose est retrouvée.

Côte 2 sera attribuée à la forme intermédiaire.

Côte 3 sera attribuée s'il on trouve au moins trois mitoses en un champ.

La somme de ces trois côtes permet d'obtenir un total allant de 3 à 9, ainsi on parvient à déterminer trois zones correspondant à des grades histologiques de pronostic différent, notons que le pronostic de la tumeur du sein est d'autant plus sévère que le chiffre se rapproche de 9.

- **Le grade 1** correspond aux tumeurs dont la somme de trois côtes est égale à 3, 4 ou 5. Ce grade correspond donc aux tumeurs de pronostic favorable.
- **Le grade 2** réalise un total de 6 ou 7.
- **Le grade 3** correspond aux tumeurs de pronostic plus sombre, il est réalisé par les tumeurs où la somme des côtes est égale à 8 ou 9.

Facteurs cliniques du pronostic (20)

- l'âge du malade
- le délai de consultation
- l'allure évolutive du cancer

2.6. Méthodes thérapeutiques

Le traitement du cancer du sein a deux buts : d'une part contrôler la tumeur primitive et les territoires ganglionnaires de drainage, c'est le traitement locorégional, d'autre part traiter une éventuelle dissémination infra clinique à distance, c'est le traitement adjuvant.

CHIRURGIE

La chirurgie d'exérèse a longtemps représenté l'unique recours thérapeutique pour les femmes atteintes d'une tumeur du sein. Une meilleure appréciation de ses limites, de ses objectifs a conduit à mieux codifier ses indications et ses modalités radicales.

Mastectomie simple :Elle se résume à la simple ablation de la glande et de son enveloppe cutanéograsseuse sans résection musculaire pectorale ni curage ganglionnaire axillaire.

Tumorectomie :Elle consiste à une ablation large d'une masse tumorale mammaire, elle est limitée lorsque la preuve de malignité de la masse mammaire tumorale est établie.

Mastectomie sous cutanée :Elle enlève tout le parenchyme glandulaire, respecte ou non le tissu cellulo-grassex sous dermique tout en conservant par contre la peau, l'aréole et son mamelon.

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie tient une place importante dans le traitement locorégional des cancers infiltrants du sein, soit associée à la chirurgie à titre pré ou post-opératoire, soit seule. Elle est indispensable après traitement chirurgical conservateur.

CHIMIOTHÉRAPIE

Le cancer du sein fut très vite reconnu comme une des localisations néoplasiques les plus sensibles aux produits cytotoxiques. Les produits utilisés les plus fréquemment sont les anthracyclines (Doxorubicine, Epirubicine), le cyclophosphamide, le 5 fluoro-uracile et, plus récemment, la vinorelbine et les Taxanes.

HORMONOTHÉRAPIE

La première hormonothérapie est apparue en 1896, date à laquelle, Beatson a proposé de réaliser une ovariectomie à des patientes.

**MATERIELS
ET
METHODES**

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale des tumeurs du sein.

2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au laboratoire d'anatomie pathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP). Il est le seul au Mali, il est dirigé par un professeur titulaire, deux spécialistes en anatomopathologie trois techniciens de laboratoire et un manœuvre.

3. Période d'étude

Il s'agit d'une étude allant de septembre 2006 à décembre 2007 soit une période de 15 mois.

4. Critères d'inclusion :

Dans notre étude, nous avons retenu :

-Tous les cas des tumeurs du sein (bénigne ou maligne) confirmée par l'histologie durant la période d'étude.

5. Critères de non inclusion

-Les patientes dont la date de diagnostic anatomopathologique est en dehors de la période d'étude.

6. Collecte des données

La collecte des données est faite à partir :

-des fiches d'enquête individuelles remplies par nous mêmes et dont un modèle est porté en annexe.

-des comptes rendus de l'anatomo-pathologie.

7. Gestion des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 12.0 et la réalisation de graphes sont faites sur le logiciel Excel, une saisie simple des textes et des tableaux sur le logiciel Word XP.

Les tests statistiques utilisés étaient : la moyenne, l'écart type et le khi-2.

8. Considération éthique et déontologique

Les patientes n'étaient incluses qu'après leur consentement.

La confidentialité des données recueillies à la suite d'examens cliniques et complémentaires a été observée.

Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

RESULTATS

Résultats

Au total, 118 cas ont été recensés dont 54 tumeurs bénignes et 64 cancers du sein.

I. Données socio-démographiques

I. L'âge

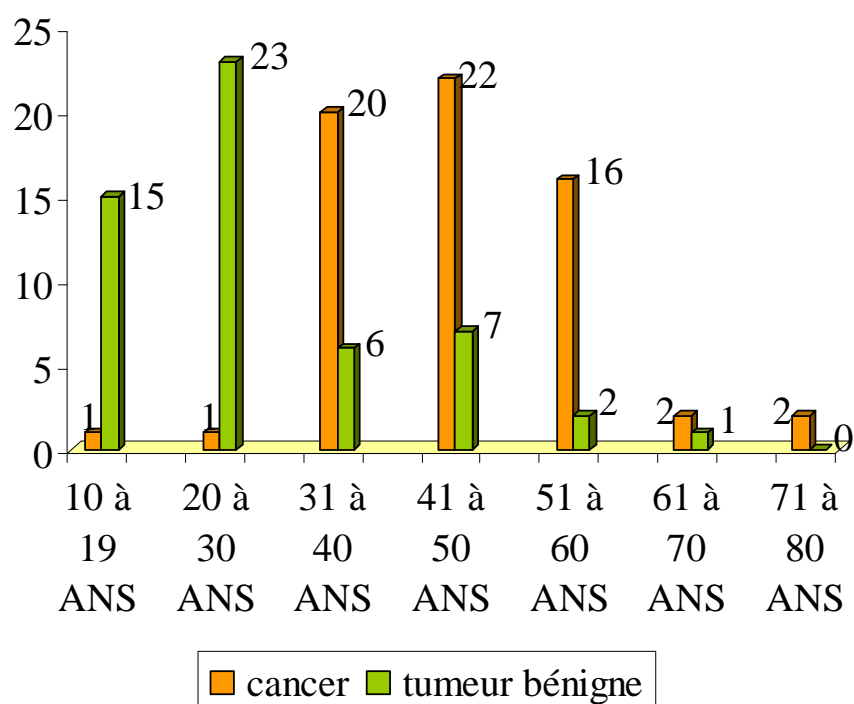


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Pour les cancers, l'âge moyen était de $46,19 \pm 10,48$ ans avec une classe modale de 41-50 ans.

Pour les tumeurs bénignes, l'âge moyen était de $29,02 \pm 11,84$ ans avec une classe modale de 21-30 ans.

2. Profession

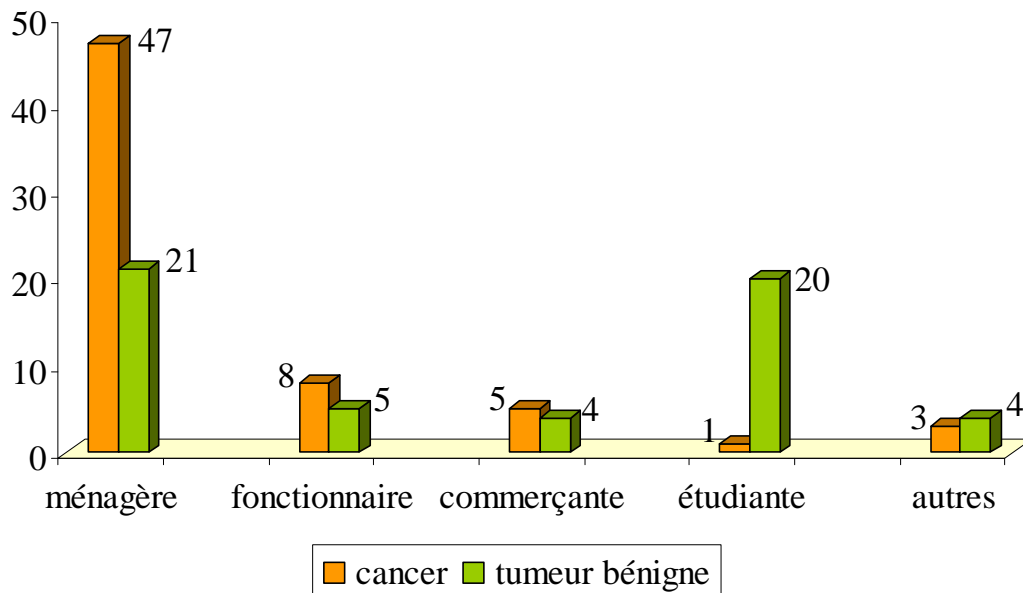


Figure 2 : Répartition des tumeurs selon l'occupation principale.

***Autres**=concierge,informaticienne.

Les ménagères ont été les plus représentées sur l'ensemble de l'échantillon.

3. Ethnie

Tableau I : Répartition des tumeurs selon l'ethnie

Ethnie	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Sarakolé	13	6	19
	68,4%	31,6%	100%
Malinké	8	8	16
	50%	50%	100%
Kassonké	1	1	2
	50%	50%	100%
Bambara	15	14	29
	51,7%	48,3%	100%
Minianka/sénoufo	2	2	4
	50%	50%	100%
Sonrhaï	7	2	9
	77,8%	22,2%	100%
Bobo	0	2	2
	0%	100%	100%
Dogon	2	1	3
	66,7%	33,3%	100%
Peulh	11	11	22
	50,0%	50%	100%
Autres	5	7	12
	41,7%	58,3%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

***Autres**=sômono, dafing, griotte, toucouleur, mossi, koroko, chérif.
Avec respectivement 51,7% des cancers et 48,3% des tumeurs bénignes ; les bambaras ont constitué l'éthnie majoritaire de notre étude.

L'ethnie ne semble pas influencer la survenue de la tumeur du sein ($X^2=7,26$
 $P=0,61$)

4. Provenance

Tableau II : Répartition des tumeurs selon la région de provenance

Provenance	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Kayes	15	14	29
	51,7%	48,3%	100%
Koulikoro	8	5	13
	61,5%	38,5%	100%
Sikasso	13	9	22
	59,1%	40,9%	100%
Segou	6	11	17
	35,3%	64,7%	100%
Mopti	3	3	6
	50%	50%	100%
Tombouctou	4	3	7
	57,1%	42,9%	100%
Gao	3	3	6
	50,0%	50%	100%
Bamako	10	4	14
	71,4%	28,6%	100%
Autres	2	2	4
	50%	50%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

*Autres=Abidjan, Cameroun.

La majorité de nos cas résidaient à Kayes pour les cancers et pour les tumeurs bénignes.

La région de provenance ne semble pas influencer la survenue de la tumeur du sein ($X^2=4,82$ $P=0,77$).

5. Nationalité

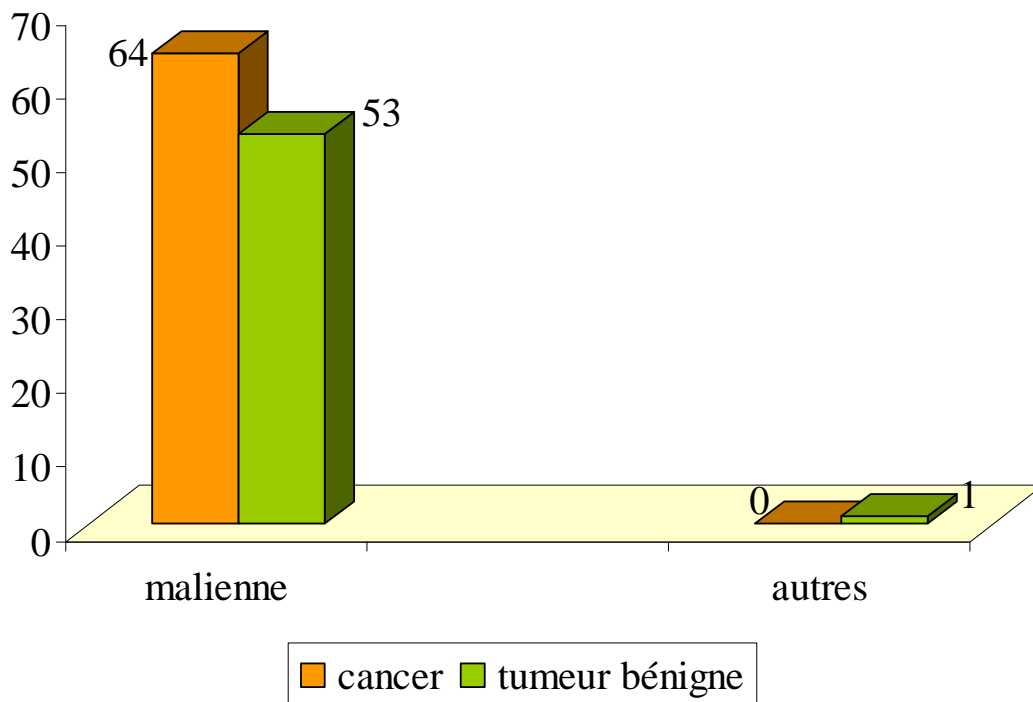


Figure 3 : Répartition des tumeurs selon la nationalité.

*Autre=Cameroun

La majorité de nos cas était de nationalité malienne

6. Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des tumeurs selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Mariée	45	24	69
	65,2%	34,8%	100%
Célibataire	4	26	30
	13,3%	86,7%	100%
Divorcée	8	2	10
	80%	20%	100%
Veuve	7	2	9
	77,8%	22,2%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

Les femmes mariées étaient majoritaires avec respectivement 65,2% des cancers contre 34,8% des tumeurs bénignes.

Le statut matrimonial semble être significativement lié à la survenue de la tumeur du sein ($\chi^2=28,25$ $P=0,00$).

II. Données cliniques

1.Type de patient

Les différents prélèvements relatifs au sein reçus au service d'anatomie pathologique pendant notre période d'étude était de 118, soit 64 cas des cancers contre 54 des tumeurs bénignes.

2. Service demandeur

Tableau v : Répartition des tumeurs selon le service demandeur

Centre de consultation	Cancer	Tumeur bénigne	Total
HGT	21	19	40
	52,5%	47,5%	100%
HPG	30	13	43
	69,8%	30,2%	100%
H.Kati	0	1	1
	0%	100%	100%
CSRéf CI	0	1	1
	0%	100%	100%
CSRéf CIV	1	0	1
	100%	0%	100%
CSRéf CV	1	3	4
	25%	75%	100%
CSRéf CVI	0	1	1
	0%	100%	100%
Privé	3	8	11
	27,3%	72,7%	100%
H. Régionaux	1	1	2
	50%	50%	100%
Hôpital mère – enfant	7	7	14
	50%	50%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

L'HPG est le plus représenté avec 69,8% des cancers et 30,2% des tumeurs bénignes

3.Motif de consultation

Tableau VI : Répartition des tumeurs selon le motif de consultation

Motif de consultation	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Nodule ou tuméfaction du sein	40	34	74
	54,1%	45,9%	100%
Déformation de la peau ou du mamelon	0	1	1
	0%	100%	100%
Ecoulement mamelonnaire	1	3	4
	25%	75%	100%
Douleur mammaire	5	2	7
	71,4%	28,6%	100%
Nodule axillaire	1	0	1
	100%	0%	100%
Ulcération végétante	1	0	1
	100%	0%	100%
Association	14	13	27
	51,9%	48,1%	100%
Néo récidivé	0	1	1
	0%	100%	100%
Autre	2	0	2
	100%	0%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

*Autre= Nodule ou tuméfaction du sein associée à une douleur mammaire

La présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein était le motif de consultation le plus fréquent avec 54,1% des cancers et 45,9% des tumeurs bénignes.

Le motif de consultation ne paraît pas significativement être lié à la survenue de la tumeur du sein ($X^2=8,01$ $P=0,43$).

4. Délai de consultation

Tableau VII : Répartition des tumeurs selon le délai de consultation

Délai de consultation	Cancer	Tumeur bénigne	Total
< 12 mois	46	37	83
	55,4%	44,6%	100%
12 - 23 mois	7	4	11
	63,6%	36,4%	100%
24 -35 mois	5	4	9
	55,6%	44,4%	100%
36 - 47 mois	0	3	3
	0%	100%	100%
> 47 mois	5	6	11
	45,5%	54,5%	100%
Indéterminé	1	0	1
	100%	0%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

La majorité de nos cas a consulté dans un délai inférieur à 1 an après l'apparition des premiers signes dont 55,4% pour les cancers et 44,6% pour les tumeurs bénignes.

Le délai de consultation ne semble pas être significativement lié à la survenue de la tumeur du sein ($X^2=5,18$ $P=0,39$).

5. Etat général

Tableau VIII : Répartition des tumeurs selon l'état général

Etat général	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Bon	43	46	89
	48,3%	51,7%	100%
Altéré	3	0	3
	100%	0%	100%
Passable	18	7	25
	72%	28%	100%
Indéterminé	0	1	1
	0%	100%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

La plupart de nos patientes présentait un bon état général 48,3% des cancers et 51,7 % des tumeurs bénignes.

L'état général ne semble pas être significativement lié à la survenue de la tumeur du sein ($\chi^2=8,15$ $P=0,43$).

6. Signes cutanés

Tableau IX : Répartition des tumeurs selon les signes cutanés

Signe cutané	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Pas de signes	15	47	62
	24,2%	75,8%	100%
Tuméfaction	9	2	11
	81,8%	18,2%	100%
Peau d'orange	13	1	14
	92,9%	7,1%	100%
Ulcération	3	0	3
	100%	0%	100%
Rétraction	3	0	3
	100%	0%	100%
Peau d'orange et ulcération	1	0	1
	100%	0%	100%
Tuméfaction et rétraction	4	0	4
	100%	0%	100%
Tuméfaction et ulcération	2	0	2
	100%	0%	100%
Ulcération et rétraction	1	0	1
	100%	0%	100%
Indéterminé	14	3	17
	82,4%	17,6%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

L'absence de signe cutané a été observé dans 24,2 % des cancers et 75,8 % des tumeurs bénignes. Les signes cutanés semblent être significativement liés à la survenue de la tumeur du sein ($X^2=48,87$ $P=0,000$).

7. Sein atteint

Des différentes pièces relatives au sein reçues au service d'anatomie pathologique durant notre période d'étude étaient de 118 cas dont 64 cas des cancers et 54 cas des tumeurs bénignes touchant essentiellement le sein gauche.

Avec pour les cancers, 53,13% des cas touchant le sein gauche contre 46,87% touchant le sein droit et pour les tumeurs bénignes 68,51% touchant le sein gauche contre 31,49% touchant le sein droit.

8. Localisation de la tumeur

Tableau XII : Répartition des tumeurs selon leur localisation.

Localisation de la tumeur	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Quadrant supéro-externe	41	28	69
	59,4%	40,6%	100%
Quadrant supéro-interne	12	12	24
	50%	50%	100%
Quadrant infero-interne	5	9	14
	35,7%	64,3%	100%
Quadrant inféro-externe	6	5	11
	54,5%	45,5%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

Le quadrant supéro-externe avec 59,4% des cancers et 40,6 % des tumeurs bénignes, est la localisation la plus fréquente.

La localisation ne semble pas influencer la survenue de la tumeur du sein ($X^2=2,28$ $P=0,80$).

III. Données anatomopathologiques

III.A. Données macroscopiques

1. Médecin demandeur de l'examen anatomopathologique

Tableau XIII : Répartition des tumeurs selon le demandeur d'examen anatomopathologique

Médecin demandeur	Cancer	Tumeur bénigne	Total
La patiente elle même	1	1	2
	50%	50%	100%
Médecin généraliste	3	5	8
	37,5%	62,5%	100%
Chirurgien	38	27	65
	58,5%	41,5%	100%
Gynéco obstétricien	21	19	40
	52,5%	47,5%	100%
Autres	1	2	3
	33,3%	66,7%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

Dans 58,5 % des cancers contre 41,5 % des tumeurs bénignes, l'examen anatomopathologique était demandé par un chirurgien.

2.Nature de la pièce envoyée

Tableau XIV :Répartition des tumeurs selon la nature de la pièce envoyée

Nature de la pièce	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Biopsie du sein	4	5	9
	44,4%	55,6%	100%
Tumorectomie	24	48	72
	33,3%	66,7%	100%
Mastectomie	18	0	18
	100%	0%	100%
Curage	0	1	1
	0%	100%	100%
Mastectomie + curage	9	0	9
	100%	0%	100%
Tumorectomie + curage	9	0	9
	100%	0%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

La pièce de la tumorectomie était la plus envoyée dont 33,3 % des cancers et 66,7 % des tumeurs bénignes.

3. Taille de la tumeur

Tableau XV : Répartition des tumeurs selon leur taille

Taille de la tumeur	Cancer	Tumeur bénigne	Total
TO (pas de tumeur palpable)	0	6	6
	0%	100%	100%
T1 (tumeur de taille inférieure à 2cm de diamètre)	13	18	31
	41,9%	58,1%	100%
T2 (tumeur de taille comprise entre 2 et 5 cm de diamètre)	25	22	47
	53,2%	46,8%	100%
T3 (tumeur de taille supérieure à 5cm de diamètre)	25	8	33
	75,8%	24,2%	100%
T4 (tumeur avec extension à la paroi et ou à la peau)	1	0	1
	100%	0%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

Dans notre étude 25 cas de cancers et 22 cas de tumeurs bénignes au stade T2 ont été diagnostiqués au stade T2.

4.Consistance de la tumeur

Tableau XVI :Répartition des tumeurs selon la consistance

Consistance de la tumeur	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Dure	8	1	9
	88,9%	11,1%	100%
Ferme	47	36	83
	56,6%	43,4%	100%
Molle	0	7	7
	0%	100%	100%
Rénitente	1	0	1
	100%	0%	100%
Indéterminé	8	10	18
	44,4%	55,6%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

La consistance ferme était la plus fréquente avec 56,6 % des cancers et 43,4 % des tumeurs bénignes.

5. Atteintes ganglionnaires

Tableau XVII : Répartition des tumeurs selon l'atteinte ganglionnaire

Atteinte ganglionnaire	Cancer	Tumeur bénigne	Total
NO (pas de ganglion palpable)	16	43	59
	27,1%	72,9%	100%
N1 (ganglion axillaire homo latéral mobile)	47	11	58
	81%	19%	100%
N3 (adénopathie sus claviculaire ou oedème du bras)	1	0	1
	100%	0%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

L'absence d'adénopathie était observé dans 72,9 %des tumeurs bénignes, tandis que 81% des cas de cancers présentaient une atteinte ganglionnaire au stade N1.

L'atteinte ganglionnaire semble significativement être liée à la survenue de la tumeur du sein ($X^2=35,10$ $P=0,000$).

B. Données histologiques

Tableau XVIII : Répartition des cancers selon le type histologique

Type histologique	Cancer	
	Effectif	Fréquence
Carcinome canalaire in situ	17	26,56 %
Carcinome lobulaire in situ	3	4,69 %
Carcinome canalaire infiltrant	41	64,06
Carcinome médullaire	2	3,13 %
Léiomyosarcome de grade III	1	100 %
Total	64	100 %

Le carcinome canalaire infiltrant était prédominant avec un effectif de 41 sur 64 cas de cancers observés soit 64,06%.

Tableau XIX : Répartition des tumeurs bénignes selon le type histologique

Type histologique	Tumeur bénigne	
	Effectif	Fréquence
Adénofibrome du sein	18	33,33 %
Maladie fibro kystique	15	27,78 %
Adénome tubuleux	4	7,41 %
Lipome du sein	2	3,70 %
Papillome intra canalaire	1	1,85 %
Dermato fibrosarcome de Darier Ferrand récidive du sein gauche	3	5,56 %
Adénofibrome avec mastite subaigue	3	5,56 %
Adénofibrome intra et péri canalaire	1	1,85 %
Tumeur phyllode bénigne	1	1,85 %
Hyperplasie lobulaire	2	3,70 %
Total	54	100 %

L'adénofibrome du sein était prédominant avec un effectif de 18 sur 54 cas des tumeurs bénignes observés suivi de la maladie fibro kystique.

1.Histologie ganglionnaire

Tableau XXI : Répartition des tumeurs selon l'histologie ganglionnaire

Histologie ganglionnaire	Cancer	Tumeur bénigne	Total
Non faite	17	48	65
	26,2%	73,8%	100%
Envahissement	39	1	40
	97,5%	2,5%	100%
Pas d'envahissement	8	5	13
	61,5%	38,5%	100%
Total	64	54	118
	54,2%	45,8%	100%

L'histologie ganglionnaire n'a pas été réalisée chez 48 cas sur 54 soit 73,8% des tumeurs bénignes.

L'envahissement ganglionnaire a été observé chez 39 cas sur 40 soit 97,5% des cancers.

L'histologie ganglionnaire semble significativement être liée à la survenue de la tumeur du sein ($X^2=51,09$ $P=0,000$).

2. Classification SBR

Tableau XXII: Répartition des cancers selon la classification SBR

Classification SBR	Cancer	
	Effectif	Fréquence
Grade I	26	40,63 %
Grade II	31	48,44 %
Grade III	7	10,83 %
Total	64	100 %

Le grade II de la classification SBR a été observé chez 31 patientes sur 64 soit 48,4% des cancers.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie

Notre travail est une étude qui a intéressée l'aspect épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au MALI ; c'est une étude transversale.

Elle a été effectuée sur une période de 15 mois durant laquelle nous avons réuni 118 cas.

Notre but était d'étudier les aspects épidémiologique, clinique et morphologique celui-ci englobant la macroscopie et l'histologie.

Considérant les difficultés que nous avons rencontrées, la taille est faible et les résultats ne sont pas généralisables à la population malienne.

2. Limites et difficultés

Elles ont été particulièrement :

- La pauvreté et la perte de certains dossiers dans les services cliniques.
- La perte de vue de certaines patientes faute de contact fixe.
- La mauvaise fixation de certains prélèvements

3. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

■ Les tumeurs malignes

Fréquence

Durant notre période d'étude (15 mois), nous avons reçu dans notre service 118 cas des prélèvements du sein ; parmi lesquels 64 étaient des tumeurs malignes et 54 des tumeurs bénignes.

Notre étude montre que 54,2 % des sujets présentent une tumeur maligne du sein. DARBOUX et Coll. Trouve un résultat différent du nôtre (57).

Age

Concernant les tumeurs malignes, l'âge moyen était de $46,19 \pm 10,48$ ans avec comme classe modale 41-50 ans.

DIALLO S. dans son étude a noté que la tranche d'âge la plus représentée était de 40 à 49 ans avec l'âge moyen de $47,25 \pm 11,52$ ans (66) cette moyenne se rapprochait de celles de KEITA 48,8 ans (60) et WELE 48 ans (61) ; mais supérieure à celle de CAMARA K. (62) qui trouve dans son étude 46,6 ans.

Le cancer du sein est très rare avant 30 ans (63, 64, 65) nous avons noté un cas chez une femme de moins de 21 ans.

De ce fait, 58 % de nos cas étaient âgés de 41 à 50 ans, ceci nous permet de noter que le cancer du sein est une maladie de la femme « mûre ».

■ Les tumeurs bénignes

Fréquence

Par ailleurs 45,8 % de nos patientes présentent une tumeur bénigne du sein
Cependant, nos résultats sont différents de ceux de ANYANWU SN. Au Nigeria (56) et de DARBOUX et Coll. au BENIN (57).

Age

Parmi les tumeurs bénignes, l'âge moyen était de $29,02 \pm 11,84$ ans avec comme classe modale 21-30 ans.

DARBOUX et Coll. Dans une étude faite au BENIN notent de même une plus grande fréquence des tumeurs bénignes chez les femmes âgées de 10 à 29 ans soit dans 71% de cas. Les âges limites étant de 12 à 82 ans (57).

DIARRA, ZAFRANI et VINCENT-SALOMON arrivent à la conclusion que l'âge moyen est de 30 ans.

Sur ce, on peut relater que les tumeurs bénignes du sein sont l'apanage des adolescentes et des femmes en période pré ménopausiques et beaucoup d'autres auteurs s'accordent sur ce fait.

4. DONNEES CLINIQUES

■ Les tumeurs malignes

Motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein avec 54,1 %, ce résultat est superposable à celui trouvé par DIALLO S. qui dans son étude y avait noté 58,5 % de cas ; certains auteurs (68-71) ont trouvé une fréquence allant de 66% à 79% ; WELE A. (61) dans son étude a obtenu 60, 7% ; THIAM (24) et KEITA M. (60) 70, 3%.

La douleur, l'écoulement et l'ulcération étaient également présents dans les tumeurs malignes.

.Délai de consultation

Le programme de dépistage de masse instauré dans des pays développés a favorisé la consultation précoce et la prise en charge réduisant ainsi la mortalité par le cancer sein (72).

Dans notre série 55,4% de patientes ont consulté en moins d'un an pour les tumeurs malignes contre 71,7% observé par DIALLO S. (66)

Signes cutanés

Dans notre étude, il n'y avait pas de signes cutanés dans 24,2% de cas des cancers, l'aspect en peau d'orange en seconde position suivi de la tuméfaction.

DIALLO S. a noté l'absence de signe cutané dans 26,4% de cas suivi de l'aspect en peau d'orange (66).

KEITA M. a noté les signes cutanés suivants : ulcération, l'aspect en peau d'orange et la tuméfaction (60).

■ **Les tumeurs bénignes**

Motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent était la présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein noté chez 34 patientes sur 54 présentant une tumeur du sein soit 45,9 %. Ce résultat est assez éloigné de celui noté par FOKO I. qui a observé 91,9% ceci peut s'expliquer par son nombre élevé des cas.

Délai de consultation

Dans notre étude 44,6 % des patientes ont consulté dans un délai de moins d'un an pour les tumeurs bénignes contrairement à FOKO I. qui noté un délai de plus d'un dans 62,5 % des cas.

Signe cutané

Dans notre étude, l'absence des signes cutanés a été considérablement observée à 75,8 % des cas.

5. DONNEES MORPHOLOGIQUES

5.1. DONNEES MACROSCOPIQUES

■ Les tumeurs malignes

Localisation de la tumeur

Dans notre étude 53,13 % des tumeurs malignes ont intéressé le sein gauche contre 46,87% pour le sein droit, DIALLO S. dans son étude a obtenu 60,4% des tumeurs intéressant le sein gauche.

La localisation dans le sein gauche a été décrite par d'autres auteurs : WELE A. 64,9% (61), KEITA M 52% (60).

Néanmoins à Tananarive, RADESAF a eu plus de localisation droite que de localisation gauche.

Cette prédominance du cancer au niveau d'un sein par rapport à l'autre s'expliquerait par les habitudes d'allaitement (76).

Siège de la tumeur

Le siège fréquent des tumeurs malignes du sein est le quadrant supéro-externe, dans notre série nous avons noté 59,4 % de cas intéressant le quadrant supéro-externe, ces résultats se rapprochent de ceux obtenu par COULIBALY A. qui avait noté 41,4% (73), LAWAL OO. au Nigeria avait noté 40% (77) .

Cette topographie s'explique par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présent dans la partie centrale et supéro-externe (67).

Comparativement au quadrant supéro-interne, le quadrant supéro-externe a été fréquemment le siège de la tumeurs dans plusieurs autres séries (74 - 78), avec des proportions allant de 34, 5 à 46%.

Taille de la tumeur

Dans notre série et celles de Wélé(61), de Kéita(60) et de Diallo, il n'y a pas eu de malade qui soit vue au stade T0.

Dans la série européenne, Marty(79) il y existe des malades vues au stade T0.

Cette différence s'expliquerait par l'ignorance de nos patientes, le retard de consultation et l'absence de consultation de dépistage.

Dans notre série et celles de Kéita (60) et de Diallo S., la majorité des patientes a été vue au stade T3 avec respectivement 75,8%, 60,9% et 48%.

Consistance de la tumeur

En ce qui intéresse la consistance de la tumeur dans notre série, on note à 56,6% la consistance ferme des tumeurs malignes.

Ce résultat se rapproche de celui de Diallo qui, dans sa série a noté à 43,4% la consistance ferme des tumeurs malignes.

Atteinte ganglionnaire

Pour ce qui touche l'atteinte ganglionnaire, 81% des patientes sont au stade N1 contre 27,1% au stade N0. Ces résultats se rapprochent de ceux de Diallo qui note 72% des patientes au stade N1 et 20% au stade N0.

En France, selon Marty et coll.62,8% des patientes sont vues en consultation sans adénopathie (79)

■ **Les tumeurs bénignes**

Localisation de la tumeur

Dans notre série, 68,51% des tumeurs bénignes ont concerné le sein gauche contre 31,49% touchant le sein droit.

FOKO I.(59), dans son étude a noté 50,8% des tumeurs bénignes touchant le sein droit contre 44,2% touchant le gauche.

Le siège de la tumeur

Le quadrant supéro-externe est le plus fréquent , dans notre série on y note 40,6%des tumeurs bénignes. Dans sa série, FOKO I. a également noté une prédominance des tumeurs siégeant dans le quadrant supero externe (59)

La taille de la tumeur

La taille de la tumeur se classe entre 58,1% au stade T1 et 46,8% au stade T2. FOKO I., dans sa série a enregistré 72,1% des cas au stade T1.

Beaucoup de femmes ne pratiquant pas d'autopalpation des seins se rendent compte de la présence d'une masse que lorsque celle a déjà atteint une certaine proportion(59)

La consistance de la tumeur

En ce qui concerne la consistance, la majorité des tumeurs bénignes présentent une consistance ferme.

Dans notre série nous avons enregistré 43,4% des tumeurs bénignes de consistance ferme.

Ce résultat est relativement faible par rapport à celui noté par FOKO I . qui dans son étude a enregistré 79% des tumeurs bénignes de consistance ferme(59)

5.2.DONNEES HISTOLOGIQUES

■ Les tumeurs malignes

Le type histologique

Le carcinome canalaire infiltrant à lui seul constitue le type histologique le plus fréquemment identifié avec 64,1 %.

Ce résultat se concorde de celui de Diallo qui enregistre 90,9% de carcinome canalaire infiltrant(66) vue l'effectif des cas collecté.

L'histologie ganglionnaire

Sur les 47 patientes chez qui l'histologie ganglionnaire a été réalisée, on a obtenu 39cas présentant un envahissement ganglionnaire soit 82,97%.

Diallo dans sa série sur 17 patientes, 12 cas soit 70,6% présentait un envahissement ganglionnaire(66).

La classification SBR

En ce qui concerne la classification SBR. Dans notre série, le grade II a représenté 48,44% de nos cas.

■ Les tumeurs bénignes

Le type histologique

En ce qui intéresse l'aspect histologique, sur 54 patientes retenues pour tumeur bénigne du sein, nous avons dans notre série enregistré 18cas d'adénofibrome du sein soit 33,33%.

Nous pouvons ainsi dire que l'adénofibrome du sein est la pathologie mammaire tumorale bénigne la plus dominante de toutes.

Ce qui rejoint les résultats d'autres auteurs (58, 57, 21) suivi de la maladie fibrokystique observée dans 27,77% de nos cas.

Dans la série de R. DARBOUX, L. ZEVOUNOU, D. SOTON, la maladie fibrokystique du sein est la 2ème tumeur et représente 23,10% des tumeurs bénignes (57).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur 118 cas de tumeurs du sein, nous retenons les faits suivants :

1. Les tumeurs bénignes du sein représentent 45,8% des cas:

- Le fibroadénome est le type histologique le plus fréquent avec une fréquence de 33,33% et touche les femmes de moins de 30 ans.
- Les patientes les plus affectées sont âgées de moins de 30ans.
- Le sein gauche est le plus atteint et représente 68,51%

2. Les cancers du sein représentent 54,2% des tumeurs :

- Le carcinome canalaire infiltrant, vient en tête avec une fréquence de 64,06% des cas.
- Les patientes les plus concernées sont âgées de 41 à 50 ans.
- Le sein gauche est le plus atteint avec 53,13% des cas

Les tumeurs du sein sont une affection qui surviennent relativement à tout âge avec une nette prédominance entre 41 et 50 ans pour les cancers et à moins de 30 ans pour les tumeurs bénignes.

Le motif de consultation fréquemment rencontré est la présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein.

Vu la fréquence des tumeurs du sein, on doit toujours y penser devant toute anomalie mammaire et demander un bilan afin de poser un diagnostic précoce, car seul un diagnostic précoce est gage d'un pronostic favorable.

La prévention par le dépistage est le moyen le plus efficace pour avoir des bons résultats.

Face à une telle situation, cette pathologie nécessite une information, une éducation des femmes et un soutien aux malades.

RECOMMANDATIONS

Au dénouement de cette étude, quelques recommandations méritent d'être formulées :

■ **Aux autorités politico-administratives**

- Appréhender la nécessité de l'organisation d'une campagne de dépistage du cancer du sein par les résultats de cette étude.
- Mettre en place avec les Ministères concernés, ce programme national de dépistage du cancer du sein, qui précisera les activités à mener, les ressources nécessaires et le financement.
- Organiser un séminaire national d'information et sensibilisation de tous les praticiens du pays, sur la pratique de la technique de l'auto-palpation des seins.
- Recycler le personnel à l'examen des seins

Le support de ce programme sera la vulgarisation du dépistage par voie de presse (Télévision, radio, journaux) non seulement en français, mais surtout dans les langues nationales, la réalisation des affiches, des posters, des autocollants à distribuer dans tous les hameaux du pays. Les agents de santé, notamment les sages-femmes et les matrones organiseront des causeries dans le cadre de l'éducation pour la santé.

■ **Aux médecins:**

- Enseigner l'auto-examen des seins aux patientes
- Rechercher systématiquement d'un nodule du sein lors des examens cliniques de routine.
- Demander systématiquement un examen anatomopathologique pour toute masse du sein.

- Surveiller attentivement toute tumeur bénigne.
- Contrôler histologiquement toute tumeur enlevée.
- Déterminer des groupes à haut risque de cancer du sein et prescrire des examens para cliniques de dépistage.
- Recommander aux patientes une surveillance clinique et mammographique annuelle.

■ **Aux femmes**

- Effectuer régulièrement la technique de l'auto palpation des seins
- Consulter au moindre signe d'alerte.
- Consulter régulièrement un gynécologue en cas d'antécédent personnel ou familial de pathologie du sein.
- Faire un dépistage à partir de 40 ans.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. FERRO JM, NAMER M .

Epidémiologie du cancer du sein, Archive d'anatomie et de cytologie pathologique 1994, 42.

2. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC, 2002).

3.MAC GROGAN G.

Les néoplasies mammaires non invasives et invasives VII émet journée franco-africaine de pathologie de Niamey 2003.

4.RAHARARISOLO VOLONATENAINA C., PECARRERE J.L., ROUX J.E.

Les cancers à Madagascar de 1990-2001, Archives Institut Pasteur de Madagascar 2002 ; 68 : 104-108.

5.NAFIA I., HASSANE H., GARBA M., MADI N.

Abstracts du VII ème congrès de la SAGO, SANOGO II, Cancer du sein /Communications libres.

Bamako 2003 :p 93.

6.INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE

Info Registre du cancer 2002.

7.TRAORE C.B., KAMATE B., BAYO S.

Aspects épidémiologique et histologique des cancers du sein à l'INRSP de Bamako à propos de 110 cas .

Livres des abstracts, Bamako, 2003 :p 85.

8.GRUMBACH Y.

Imagerie du sein, journées françaises de radiologie, Paris 1996, p 8.

9.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Site internet de l'OMS, www.who.int/fr/

10.J.M.ANDRIEU ET P. COLLONA

Cancers :évaluation, traitement et surveillance
Edition ESTEM, Paris 1997.

11.KAMINA P.

Anatomie gynécologique et obstétricale
Maloine Paris 1984 ;p 513 .

12.ROUVIERE H.

Anatomie humaine descriptive et topographique
Edition Masson, 10 ème édition, Révisée Paris 1967 ;p 2616.

13.LARSEN William J. , DHEM A.

Embryologie humaine
Editeur de Boeck université et Larcin Sarne minime : 2003 ; p 474.

14.MILLER A.B.,BULBROOKR.D.

UICC multidisciplinary project on breast cancer: the epidemiology, etiology
And prevention of breast cancer.
Cancer 1986 ; 37 : 173-177.

15.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Classification des tumeurs du sein 1ère édition GENEVE 1981.

16.RENAUD R., GAIRAD B., SCHAFFER P., HACHNEL P., DALE G.

Définition et principes du dépistage du cancer sein In :
Dépistage des cancers du sein et conséquences thérapeutiques 1989.
Paris : Masson : p 1-14.

17.RADESA F. , DIOC R., ZAFY A.(Madagascar)

Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observés dans notre
Service à propos de 117 cas Afr.Méd. 1979.

18.PHILLIP P.

Immunolymphoscintigraphie dans le cancer du sein
La lettre du gynécologue n°96 Déc.1998, p 71.

19.RICHARDSON M.L.

Histological grading and pronostic in breast cancer on study 1409 case of
Wich 359 have been followed 15 years
Br.J. Cancer 1957, 11, 77, 359.

20.MORERE JF ET COLL

Thérapeutique du cancer
Château Gontier France
Springer 2001, Tumeur du sein, 289-319.

21.DIALLO MS., DIALLO SB., CAMARA MD., DIALLO FB., DIENG DIALLO Y. , DIAW ST.

Les tumeurs du sein: épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et Pronostic. Med d'Afrique Noire : 1996, 43.

22.DANGOU JM., NDIAYE-BA N., NDIAYE PD.

Valeur diagnostique de la cytologie mammaire en pathologie tumorale
Rev Afr. Pathologie 2002 : 42, 10.

23.DIARRA Y.

Corrélation radio clinique et anatomopathologique des nodules du sein
Thèse de médecine : Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako (MALI), 2002 ;32.

24.THIAM D.

Cancer du sein : Etude clinique dans le service de Gynéco Obstétrique
De l'HNPG à propos de 43 cas.
Thèse de médecine : Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie De Bamako (MALI),2002 ;32.

25.GOLDMAN RL. ET FRIEDMAN NB.

Carcinoma of the breast arising in fibroadenoma with emphasis on lobular Carcinoma
Cancer 1989; 23: 544-550.

26.HENDRICK JW.

Intraductal papilloma of the breast
Surg.Gynec.Obstet.,1987, 105, 215.

27.MC DIVITT RW.,STEWART FW. Et FARROW JH.

Breast carcinoma arising in solitary fibroadenoma
Surg.Gynec.Obstet., 1987; 125: 572-576.

28.BURNET SJ. NGYY, PERRY NM. ET AL.

Benign biopsies in the prevalent round of breast screening ;Revue of 137 Cases.
Clin.Radiol.1995; 50;254 .

29.LANSAC J., LECOMTE P.

Gynécologie pour le praticien:Masson éditeur,4ème édition, Paris 1994; p 554.

30. BRINTON LA., VESSEY MP., FLAYEL R ET YEATES

Risk factors for benign proliferate disease Am.J.Epidemiol.,1981 ;
113:203-240.

31. MATHELIN C, GAIRARD B., BRETTE JP., RENAUD R.

Examen clinique du cancer du sein
Encycl.Med.Chir.Gynécologie, 865-C-10,1997, p 11.

32. MAUVAIS-JARVIS P.

Le traitement hormonal des mastopathies bénignes
Bull cancer, 1991, 78, 365-371.

33. SITRUK-WARE, KUTTEN F., CONTESSO G. ET AL.

Aspects thérapeutiques des mastopathies bénignes
Contref. Fertile Sex , 1987 ;15 :435-438.

34. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Types histologiques des tumeurs du sein, 2 éme Ed, GENEVE, 1981.

35. OHUCHI N. ET AL.

Three dimensional atypical structures in intraductal carcinoma differentiating
From papilloma and papillomatosis of the breast. Breast cancer Res.
Treat 1985,5, 57.

36. OHUCHI N. ET AL.

Possible cancerous change of intraductal papilloma of the breast. A. 3-D
Reconstruction studie of 25 cases cancer 1984,54, 605.

37. FLINT A ET AL.

Infraction and squamous metapalsia of intraductal papilloma.
Hum.Pathol.1984, 15, 764.

**38. BODIAN CA., PERZIN KH., LATTES R., HOFFMANN P. AND
ABERNATHI TG.**

Pronostic significance of benigne proliferative breast disease, cancer, 1993;71:
3896-390.

39. PAGE DL., SALHANY KE., JENSEN RA.

Subsequent breast cancer risk after biopsy with atypia in a breast papilloma
Cancer, 1996 ; 78: 258-266.

40. BONAFOS M., LE CANELIER

Les cancers génitaux et mammaires de la femme algérienne
Rev. Afr. Noire 1971 ; 18 :235-240.

41. VILCOQ JR., CALLER.

Le point sur le cancer du sein. Temp Med, 1984;49 : 6-15.

42. SILBERNAGL S., DESPOPOULOS A.

Atlas de poche de physiologie médecine sciences Flammarion, 2001 :p 436
303.

43. ROSEN PP

Rosen's breast pathology. Philadelphia. Lippincotttraven, 1997.

44. TAVASSOLI FADE

Pathology of the breast. Second ed. Norwalk, Connecticut: Appleton Lange
1999.

45. MONES WJ., NORRIS HJ., SNYDER R.

Infiltrating Syringomatous adenoma of the nipple. A clinical and
Pathological study of 11 cases.
Am J Surg Pathol. 1989;13:197-201.

46. ROSEN PP.

Syringomatous adenoma of the nipple
Am J Surg. Pathol. 1983; 7:739.

47. TROJANI M.

Atlas en couleur d'histopathologie mammaire. Adhérence papillaire du
Mamelon 1988, p 62.

48. BAZZOCHI F. ET AL.

Juvenile papillomatosis (epitheliosis) of the breast
Am. J. Clin. Pathol. 1986; 86: 745.

49.HERTEL BF., ZALOUDEK C., KEMPSON R.

Breast adenomas, cancer, 1976, 37, 2891-2905

Adenomas of the breast: relationship of the breast: relationship of Adenofibromas to pregnancy and lactation.

50.KAMES BRIDGER J., ANTHONY P.

Breast tumor of pregnancy (“lactating adenoma”)

J.Pathol.1988;156:37-45.

51.O’HARA MF., PAGE DL.

Adenoma of the breast and ectopic breast under lactational influences

Hum.Pathol. 1985;15.

52.ESPIE M., ROQUANCOURT ADE., TOURNANT B., PERRET F.

Mastopathies bénignes et risques de cancers du sein. Cancer 2002. 78 :258-266.

53.BRUX J.

Histopathologie du sein : les tumeurs mixtes

Masson 1979 Paris, p72.

54.ZAFRANI B., VINCENT-SALOMON A.

Lésions et tumeurs bénignes du sein.

Ann.Pathol.2000, 20, n°6, p 570-587.

55.DUPONT WD.,PAGE DL., PARL FF. ET AL.

Long term risk of the breast cancer in women with fibroadenoma

N Engl J.Med 1994; 331:10-15.

56.ANYANWU SN.

Breast cancer in Eastern Nigeria: a ten years review.

West Afr.J.Med 2000; 19: 120-5.

57.DARBOUX R., ZEVOUNOU L., SOTTON D.

Aspects cyto-anatomopathologiques des tumeurs du sein au Bénin

J.Soc.Biol. Bénin, N° 1 pp 64-73.

58.COLLECTIF D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GYNECOLOGIQUE

Office des publications universitaires Alger 1994, p 111.

59.FOKO I.

Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes du sein au Mali.

Thèse Méd. Bamako 2003.

60.KEITA M.

Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali.

Thèse Méd. Bamako 2005 ; p. 66.

61.ALI dit Agali WELE

Etude clinique du cancer du sein en chirurgie B à l'HP.G à propos de 94 cas.

Thèse Méd. Bamako 1998 ; p.103 ; N°65.

62.CAMARA K.

Contribution à l'étude de 12 cas observés chez 11 malades dans le service de chirurgie A de l'hôpital national du point G (étude prospective sur 1an)

Thèse Méd. Bamako 1989, 21.

63.AMIEL JL., ROUESSE J., MACHOVER D .

Abrégé de cancérologie. Paris : Masson, 1976 p 281.

64.LARRA F.

Manuel de cancerologie.

Doin éditeur Paris 1984;p239.

65.UZAN S., GARET R.

Cancers du sein, épidémiologie, anatomie pathologie, évolution, principes de traitement.

La revue du praticien(Paris) 1998 ; 48, 787-796.

66.DIALLO S.

Etude épidémiologique, clinique et histopathologique des cancers du sein diagnostiqués dans les hôpitaux de Bamako ;

Thèse Méd. Bamako 2007.

67.GEST J. et Coll.

Cancer du sein étiologie et histoire naturelle.

EMC Paris. Gynéco. 4, 1975 ; 865.

68.ANONNIER C.

Exploration des seins de la femme.
Paris, Vigot.1983.

69.DONEGAN WL.

Diagnosis in Donegan WL. Spratt JS eds.Cancer of breast.
WB Saunders Philadelphia, 1988; 125-166.

70.GROS CM.

Les maladies du sein.
Paris. Masson ;1963.

71.HAAGENSEN CD.

Diseases of the breast.
WB Saunders Philadelphia;1971.

72.DOMINIQUE L., OLIVIER S.

Gynécologie obstétrique: tumeur du sein
Ellipses/ éd marketing S.A. 1997; 143-145.

73.COULIBALY AISSATA C.

Cancer du sein dans les services de chirurgie générale de l'hôpital Gabriel
TOURE et du centre hospitalier MERE ENFANT DE Luxembourg
Thèse Méd. Bamako 2006.

74.GHARBI O., LANDOISI A., BEN FL.

Le cancer du sein chez la femme âgée en Tunisie étude rétrospective à propos de
106 patientes de plus de 65 ans.
Tunisie Médicale 2003 vol 81, N°9 : 696-701.

**75.BAKKALI H., MARCHAL C., LESUR SCHWANDER A.,
VERHAEGHE JL.**

Le cancer du sein chez la femme de 30 ans
Cancer / Radiothérapie 7 (2003) : 153-159.

76.SANCHEZ LC., LOPEZ AP., ESQUIVEL EL.

Hormon risk factors during breast tumoral promotion, progression and
prognosis.
Ginecol.Obstet Mex. 2004 Nov, 72: 545.

77.LAWAL OO., DUROSIMI MA., ADESUNKANMI, D'ADELUSOLA K.

La sévérité, les résultats et les défis du cancer du sein au Nigeria.

Département de la chirurgie, Université des sciences de santé, complexe d'hôpital d'enseignement d'université d'Obafemi Awolowo

University/Obafemi Awolowo, Ile-Ife, 2005.

78.TSAN-PAI L., CHI-YUAN T., WEI-HONG C., SHIH-PING C., TSEN-LONG Y., KUO-SHYANG J., CHIEN-LIANG L.

Surgical treatment of phyllodes tumors of breast : retrospective review of 172 cases.

Journal of surgical Oncology 2005, volume 91: 185-194.

79.MARTY M., ROSSIGNOL C., SRYS G., PETRISSANS JL., BAILLET F., NETTER PINON G., ROMIEUX G., SAEZ S.

Le cancer du sein au moment de diagnostic, étude nationale de la CANAM : analyse de 3007 cas. Presse Méd, 1992 ;21-22.

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE



NOM : LUTULA

PRENOM : SAFI

TITRE : Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : République Démocratique du Congo

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

SECTEURS D'INTERET : Anatomie pathologique, Gynéco-Obstétrique, Oncologie et Santé Publique,

RESUME

Le nombre des cas de plus en plus élevé de tumeur du sein dans le monde fait que cette affection constitue un réel problème de santé publique.

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer les aspects épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein.

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est réalisé de septembre 2006 à décembre 2007 dans le service d'anatomie pathologique de l'INRSP.

Les patientes ont bénéficié d'un questionnaire, qui au cours de notre étude, a permis la détermination des aspects épidémiologique, cliniques et morphologique des tumeurs du sein.

Durant cette étude nous avons colligé 118 patientes dont 64 présentant un cancer et 54 autres, une tumeur bénigne confirmée par l'histologie.

La moyenne d'âge pour les tumeurs bénignes était de $29,02 \pm 11,84$ ans avec comme classe modale 21-30 ans.

Concernant les tumeurs malignes, l'âge moyen était de $46,19 \pm 10,48$ ans avec comme classe modale 41-50 ans.

La présence d'un nodule ou d'une tuméfaction était le motif de consultation le plus fréquent.

La pièce de tumorectomie était la plus représentative des toutes et ceci dans les deux figures des cas.

Le carcinome canalaire infiltrant et le fibroadénome du sein ont été les types histologiques les plus fréquents respectivement dans les cancers et tumeurs bénignes.

MOTS CLES : *Tumeur du sein, épidémiologie, clinique, macroscopie, histopathologie, Mali.*

FICHE D'ENQUÊTE

Q1. N° fiche d'enquête : _____/

Q2. N° du dossier : _____/

Q3. Noms et Prénoms : _____/

Q4. Age (ans) : _____/

Q5. Poids (Kg) : _____/

Q6. Sexe : _____/

1= Masculin 2= Féminin

Q7. Profession : _____/

1= Ménagère 4= Etudiante
2= Fonctionnaire 5= Autres (à préciser)
3= Commerçante 77= Indéterminée

Q8. Ethnie : _____/

1= sarakolé 5= Bambara 9= Dogon
2= Malinké 6= Minianka/Sénoufo 10= Peulh
3= Kassonké 7= Sonrhäï 11= Autres (à préciser)
4= Touareg 8= Bobo 77= Indéterminée

Q9. Adresse habituelle : _____/

Q10. Région de provenance : _____/

1= Kayes 5= Mopti 9= Bamako
2= Koulikoro 6= Tombouctou 10= Autres (à préciser)
3= Sikasso 7= Gao 77= Indéterminée
4= Ségou 8= Kidal

Q11. Nationalité : _____/

1= Malienne 2= Autres (à préciser) 77= Indéterminée

Q12. Etat civil : _____/

1= Mariée 3= Divorcée 5= Autres (à préciser)
2= Célibataire 4= Veuve 77= Indéterminée

Q13. Centre de Santé de consultation : _____/

1= HGT 5= CS. Réf CII 9= CS. Réf CVI
2= HPG 6= CS. Réf CIII 10= Privé 77=
Indéterminée
3= H. Kati 7= CS. Réf CIV 11= H. Régionaux
4= CS.Réf CI 8= CS. Réf CV 12= Autres (à préciser)

Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au MALI

Q14. Motif de consultation : _____/

1= Nodule ou tuméfaction du sein

2= Déformation de la peau ou du mamelon

3= Ecoulement mamelonnaire

4= Douleur mammaire

5= Nodule axillaire

6= Ulcération végétante

7= Association à préciser

8= Néo récidivée

9= Autres (à préciser)

77= Indéterminée

Q15. Délai de consultation : _____/

1= < à 12 mois

2= 12 – 23 mois

3= 24 – 35 mois

4= 36 – 47 mois

5= + de 47 mois

77= Indéterminée

Q16. Age des premières règles : _____/

1= âge < à 12 ans

2= 12 – 14 ans

3= âge < 14 ans

77= Indéterminée

Q17. Age de la première grossesse : _____/

Q18. Parité (nombre de grossesse) : _____/

Q19. Contraception : _____/

1= Oui

2= Non

Q20. Si oui ; Méthode utilisée : _____/

1= Orale

2= Injectable

3= autres (à préciser)

Q21. Durée de la prise : _____/

1= < à 1 an

2= 1 – 5 ans

3= 6 – 10 ans

4= > à 10 ans

Q22. La ménopause : _____/

1= Oui

2= Non

77= Indéterminée

Q23. Age de la ménopause : _____/

Q24. Mode d'allaitement : _____/

1= Maternel

2= Mixte

3= Artificiel

Q25. Durée de l'allaitement : _____/

0= Pas d'allaitement

1= < à 1 an

2= 1 – 2 ans

3= > à 2 ans

Q26. Antécédent personnel de cancer : _____/

1= Sein

2= Autres (à préciser)

Q27. Antécédents familiaux de cancer du sein : _____/

1= Grands parents

3= Sœurs

5= Autres (à

préciser)

2= Mère

4= Tante

Q28. Antécédents familiaux d'autres cancers : _____/

1= Grands parents
préciser)

3= Sœurs

5= Autres (à

2= Mère

4= Tante

Q29. Signes généraux :

Etat général : _____/

1= Bon

3= Passable

2= Altéré

77= Indéterminée

Conjonctives : _____/

1= Colorées

3= Ictère

2= Pâles

77= Indéterminée

Température (°C) : _____/

Q30. Signes cutanés : _____/

1= Pas de signes
préciser)

4= Ulcération

7= Association (à

2= Tuméfaction

5= Rétraction

77= Indéterminée

3= Peau d'orange

6= Autres (à préciser)

Q31. Seins atteints : _____/

1= Sein gauche

2= Sein droit

3= 1 + 2

Q32. Localisation de la tumeur :

_____/
1= Quadrant supéro-externe
Indéterminée

4= Quadrant inféro-externe

77=

2= Quadrant supéro-interne

5= Autres (à préciser)

3= Quadrant inféro-interne

6= Associations (à préciser)

Q33. Examen anapath demandé par : _____/

1= La patiente elle-même
préciser)

3= Chirurgien

5= Autres (à

2= Médecin généraliste

4= Gynécologue

77= Indéterminée

Q34. Taille de la tumeur : _____/

1= T0 (pas de tumeur palpable)
Φ)

4= T3 (tumeur de taille > 5 cm de

2= T1 (tumeur de taille < 2 cm de diamètre)
paroi

5= T4 (tumeur avec extension à la

3= T2 (2 cm < Φ de la tumeur < 5 cm)
peau)

et ou à la

Q49. Type histologique : _____/

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1= carcinome canalaire in situ | 10= carcinome métaplasique |
| 2= carcinome lobulaire in situ | 11= carcinome apocrine |
| 3= carcinome canalaire infiltrant | 12= carcinome adénoïde kystique |
| 4= carcinome lobulaire infiltrant | 13= carcinome mucoépidermoïde |
| 5= carcinome tubuleux | 14= carcinome sécrétant |
| 6= carcinome médullaire infiltrant | 15= carcinome micropapillaire |
| 7= carcinome mucineux | 16= tumeur phyllode maligne |
| 8= carcinome cribriforme infiltrant | 17= carcinome squirrheux |
| 9= carcinome endocrine du sein | 18= adénocarcinome colloïdal |

Q50. Histologie Ganglionnaire : _____/

- | | | |
|--------------|------------------|--------|
| 1= Non faite | 2= envahissement | 3= Pas |
|--------------|------------------|--------|
- d'envahissement

Q51. Classification SBR : _____/

- | | | |
|------------|-------------|--------------|
| 1= Grade I | 2= Grade II | 3= Grade III |
|------------|-------------|--------------|

Q52. Traitement : _____/

- | | | |
|-------------------|--------------------|------------------|
| 1= Chimiothérapie | 4= Hormonothérapie | 7= 2 + 3 |
| 2= chirurgie | 5= 1 + 2 | 77= Indéterminée |

Q53. Evolution : _____/

- | | | |
|------------------|-----------------|------------------|
| 1= Guérison | 3= Perdu de vue | 77= Indéterminée |
| 2= Complications | 4= Décès | |

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples,
devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'ÊTRE
SUPRÊME d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de
la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire
au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin
d'honoraires.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y
passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que de considération de religion, de nation, de
race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et
mon patient.*

Je garderai le secret absolu de la vie humaine dès la conception.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs Père.*

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE