

**REPUBLIQUE DU MALI**

**PEUPLE – UN BUT – UNE FOI**

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

**ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**



**U.S.T.T-B**

**Université des Sciences,  
des Techniques et des Technologies  
de Bamako (USTTB)**



**Faculté de Médecine et d'Odonto-  
Stomatologie (FMOS)**

**MEMOIRE**

**N ° .....**

**Année universitaire : 2020 – 2021**

**Pour l'obtention du**

**DIPLOME UNIVERSITAIRE (D.U) DE SENOLOGIE**

**Profil épidémiologique des pathologies  
mammaires sur une série de 75 cas au  
centre de santé de référence de San.**

**Présenté et soutenu**

**Par**

**Docteur TRAORE Birama**

**RESPONSABLE DU D.U**

**Professeur TEGUETE Ibrahima**

**DIRECTEUR DE MEMOIRE**

**Professeur KAMATE Bakarou**



# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICACES.....</b>	<b>V</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>X</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. GENERALITES.....</b>	<b>3</b>
1.1. EPIDEMIOLOGIE.....	4
1.2. CLASSIFICATION.....	5
1.3. RAPPEL ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	6
1.4. RAPPEL DIAGNOSTIC.....	12
1.5. TRAITEMENT.....	16
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>20</b>
<b>2. METHODOLOGIE.....</b>	<b>22</b>
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>51</b>

**Profil épidémiologique des pathologies mammaires sur une série de 75 cas au centre de santé de référence de San.**

# ABREVIATIONS

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**BRCA 1:** Breast Cancer 1

**BRCA 2:** Breast Cancer 2

**CCIS :** Carcinome canalaire in situ

**CLIS :** Carcinome lobulaire in situ

**CHL : Colpo hystérectomie élargie**

**HER :** Human Epidermal Receptor

**IRM :** Imagerie par Résonance Magnétique

**RE :** Récepteur Œstrogène

**RH :** Récepteur Hormonaux

**RP :** Récepteur Progestérone

# DEDICACES

## DEDICACES

**A DIEU Tout Puissant,**

*Toi qui est au début et à la fin de toute chose.*

A mon père TRAORE CHEICK MOHAMED et ma mère TRAORE DJINEBA

*Beaucoup d'estime envers eux pour leur soutien.*

A ma femme TRAORE DJENEBA ZOU et mes deux enfants CHEICK MOHAMED  
et DRISSA

*Vous êtes tous pour moi.*

A mes frères et Soeurs TRAORE Sinaly, TRAORE Fousseni, TRAORE Drissa,  
TRAORE Oumar, Dr Saran TRAORE et Assétou NIMAGA

*Merci pour votre soutien.*

A mon médecin chef

*Un grand merci pour son accompagnement.*

A mes amis Dr Bathio TRAORE, Dr Moussa SAMAKE, Dr Oumar TRAORE, Dr  
Moussa DJIMDE, Dr Mama DIASSANA, Dr Nouhoum SAMAKE

Merci de m'avoir beaucoup encouragé.

**A tous nos Maitres :**

- Pr SIDIBE Siaka
- Pr SANOGO Zimogo
- Pr MOUNKORO Niani
- Pr TEGUETE Ibrahima
- Pr TRAORE Youssouf
- Pr THERA Tionkani Augustin
- Pr KAMATE Bakarou
- Pr TRAORE Cheick Bougadari
- Pr TOGO Adegné Pierre
- Pr TRAORE Drissa
- Pr OUATTARA Moussa Abdoulaye
- Pr KEITA Soumaila
- Pr DEMBELE Bakary Tientigui
- Pr TRAORE Alhassane
- Pr KANTE Lassana
- Pr SADIO Yena
- Pr SANOGO Rokia
- Pr BAMBARA Augustin T
- Pr BA Sekou

*Chers maitres, nous sommes très fières de l'enseignement reçu de cette formation. Maitres de mes maitres, vous serez ceux qui incarneront toujours la sénologie à mes yeux. Recevez chers "Grand Maitres" ma profonde gratitude et ma disponibilité à vous servir aussi longtemps que nécessaire.*

**Dr SIDIBE Fatoumata Matokma, Dr KONE Afou Sallé**

*Chères maîtres, merci d'avoir accepté de diriger ce travail sans aucune hésitation.*

*Nous marchons sur vos traces.*

# REMERCIEMENTS

## REMERCIEMENTS

### A nos Maîtres

- Dr CAMARA Mody
- Dr Thu Ha Dao
- Dr Charlotte N'GO
- Dr Elizabeth AUBERGER
- Mme Anne SIEGISMUND
- Mme Morgane TOUBON
- Dr Davis VULPIAN
- Dr SAYE Zakari
- Dr KASSOGUE Yaya
- Dr DIAKITE Bréhima
- Dr SAMASSEKOU Oumar
- Dr COULIBALY Mahamadou
- Dr LY Madani
- Dr ATENGUENA Etienne
- Dr TOURE M
- Dr BATHILY Moussa
- Dr DOUMBIA Amidou
- Dr KONE Abdrahamane

Vous nous aviez offert un enseignement de qualité et nous vous serons très reconnaissant.

### A nos partenaires Médecin Sans Frontière France (M S F) et Keneya Sinsi Walé / USAID / Paladium

Merci infiniment pour votre accompagnement pédagogique et financier. Nous vous serons très reconnaissant.



# INTRODUCTION

## **INTRODUCTION**

Les maladies du sein chez la femme englobent un éventail de troubles bénins et malins, qui se manifestent le plus souvent par des douleurs mammaires, des écoulements du mamelon ou une masse palpable. Les causes spécifiques de ces symptômes varient en fonction de l'âge de la patiente. Les troubles bénins prédominent chez les jeunes femmes pré ménopausées, tandis que le taux de malignité augmente avec l'âge [1,2,3,4,14,15].

En occurrence les cancers du sein constituent un véritable problème de santé publique dans les pays en voie de développement ainsi que dans les pays industrialisés [3,4,5].

La problématique des pathologies mammaires bénignes est l'évolution vers la malignité de certaines formes en absence de prise en charge adéquate [1,2].

Cependant selon Globocan 2020, le cancer du sein est le premier cancer de la femme avec un taux de mortalité à 6,9% [5].

Au Mali le cancer du sein est le deuxième cancer de la femme [8].

Ainsi, en absence d'étude réalisée sur les pathologies mammaires dans notre service que nous sommes proposé de documenter notre pratique dans la recherche systématique des pathologies mammaires.

# 1. GENERALITES

## **1-GENERALITES**

### **1.1. EPIDEMIOLOGIE**

#### **1.1.1-Epidémiologie analytique**

##### **1.1.1.1-Les facteurs de risque**

##### **1.1.1.2- Age**

C'est le facteur étiologique le plus important du cancer du sein ; le risque de survenue est d'autant plus important que le sujet est âgé [7, 9,10,34].

##### **1.1.1.3- Antécédents de pathologies gynécologiques et mammaires**

###### **✓ Antécédents personnels :**

Il s'agit de cancer du sein, de mastopathie bénigne hyperplasique avec ou sans atypie [1,2,3,4,12].

###### **✓ Antécédents familiaux**

Il existe deux types de risques familiaux [7 ,13]

###### **❖ Le risque familial non héréditaire**

Ce risque est augmenté lorsqu'une parente du premier degré (mère ou sœur) est atteinte de cancer du sein. Ce risque est encore plus important si plusieurs parentes sont touchées et ce d'autant plus qu'elles sont jeunes et que le degré de parenté est proche (mère – sœur – fille) [7].

###### **❖ Le risque génétique**

Les cancers héréditaires représentent 5 à 10% de l'ensemble des cancers du sein. Ils sont liés à la présence de gènes de prédisposition tels que le BRCA 1 et le BRCA 2 (BREast CANcer). Il existe des familles qui présentent une multitude de cancer, dans lesquelles ces gènes respectivement situés sur les chromosomes 17 et 12 sont transmis d'une génération à l'autre. On parle de syndromes familiaux cancéreux comme le syndrome sein-ovaire, le syndrome de LI FRAUMENI, le syndrome de MUIR et le syndrome de COWDEN [7 ,14,15,22].

#### **1.1.1.4-Vie génitale**

Elle concerne la puberté précoce, la ménopause tardive, la première grossesse et allaitement tardifs, la multiparité, les traitements hormonaux contraceptifs (en continu pendant plus de 10 à 20 ans débutés avant une première grossesse) et le traitement hormonal Substitutif de la ménopause suivie pendant au moins cinq années de suite et à de fortes doses [7, 23].

#### **1.1.1.5-Facteurs environnementaux et mode de vie**

Il s'agit d'un régime alimentaire avec excès de graisses saturées, les régimes riches en protéines animales, l'obésité et l'intoxication alcool-tabagique [7].

### **1.2. CLASSIFICATION [8]**

#### **1.2.1-Pathologies bénignes sans risque carcinologique**

- Fibroadénome simple
- Adénomatoses érosives du mamelon ou adénome papillaire
- Mastite inflammatoire
- Lipome
- Hamartome
- Cytostéatonecrose
- Maladie de Mondor ou thrombophlébite superficielle thoraco épigastrique
- Pathologies bénignes avec risque carcinologique faible
- Centre prolifératif d'Aschoff ou cicatrice radiaire
- Papillome solitaire

#### **1.2.2-Pathologies bénignes avec risque carcinologique élevé**

- Tumeurs phyllodes
- Papillomes multiples
- Maladie fibrokystique
- Adénose simple, floride ou fibreuse
- Kystes

- Hyperplasie épithéliale

### **1.2.3-Tumeurs malignes du sein**

## **1.3-RAPPEL ANATOMIE PATHOLOGIQUE [7,9,34]**

### **1.3.1-Cytologie**

L'examen cytologique intéresse les écoulements mamelonnaires. La goutte d'humeur recueillie est étalée sur une lame pour examen microscopique à la recherche de cellules malignes. Une cytologie négative n'élimine pas le diagnostic mais sa positivité la rend quasi certaine.

### **1.3.2-Histologie**

C'est l'examen de certitude qui permet de faire le diagnostic de malignité ; les techniques de prélèvement percutanées sont la micro biopsie au pistolet (18 à 14 G) et la macro biopsie assistée par aspiration (11 à 7 G). Elle précise :

- Type histopathologique (selon la classification OMS 2012) ;
- Grade histo pronostic (score ELSTON-ELLIS) ;
- Evaluation du statut des récepteurs hormonaux et la surexpression de HER

#### **1.3.2.1-Type histologique**

Le cancer du sein a la particularité d'être polymorphe. Il existe deux types histologiques de tumeurs malignes du sein : les tumeurs épithéliales, les plus fréquentes et les tumeurs non-épithéliales plus rares.

##### **1.3.2.1.1- Les cancers épithéliaux**

- Les carcinomes *in situ* : ils représentent 15 à 20 % des cancers du sein. Il s'agit d'une prolifération maligne de cellules glandulaires, sans franchissement de la membrane basale.
  - Le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) représente 85 à 90 % des carcinomes *in situ*.

- Le carcinome lobulaire *in situ* (CLIS) est une lésion rare, représentant 0,5 à 3,8 % des cancers du sein. Il est souvent multifocal voire bilatéral.
- Les carcinomes *infiltrants* ou *invasifs*, dont les cellules tumorales envahissent le tissu conjonctif. (Voir classification OMS 2012)

Cette classification répertorie 22 entités avec individualisation du carcinome infiltrant non spécifique par rapport aux types histologiques «spéciaux».

On note de nouvelles entités telles les carcinomes de types glandes salivaires et glande annexielle de la peau. Elle prend en compte les données morphologiques, immuno-phénotypiques et moléculaires.

#### **1.3.2.1.2-Cancers non épithéliaux**

En dehors des carcinomes primitifs du sein, les tumeurs malignes sont rares, représentant moins de 1% de toutes les tumeurs malignes du sein. On peut citer entre autres les sarcomes phyllodes, les sarcomes mésenchymateux ou sarcome du stroma, les angiosarcomes, les lymphomes malins non hodgkiniens primitifs du sein.

**Tableau I : Classification OMS histologique des cancers mammaires [7]**

<b>Classification OMS 2012</b>	<b>Classification OMS 2003</b>
Carcinome infiltrant de type non spécifique	Carcinome canalaire infiltrant
Carcinome infiltrant type spécifique	
Carcinome lobulaire	Carcinome lobulaire
Carcinome tubuleux	Carcinome tubuleux
Carcinome cribiforme	Carcinome cribiforme
Carcinome mucineux	Carcinome mucineux
Carcinome micropapillaire	Carcinome micropapillaire
Carcinome métaplasique	Carcinome métaplasique
Maladie de Paget	Maladie de Paget
Cancer du sein inflammatoire	Cancer du sein inflammatoire
.....	.....
Types rares	
Carcinome sécrétant	
Tumeurs des glandes salivaires	

### 1.3.2.2- Grade histopronostic (score ELSTON-ELLIS) [7]

**Tableau II :** Grade histopronostic (score ELSTON-ELLIS)

Paramètres	Grades
Différenciation (1-3)	Grade I : score 3 à 5
Pléiomorphisme nucléaire (1-3)	Grade II : score 6 à 7
Mitoses: compte sur 10 champs consécutifs (1-3)	Grade III : score 8 à 9

**Grade I :** bon pronostic **Grade II :** pronostic intermédiaire **Grade III :** pronostic mauvais

### 1.3.2.3- Classification selon le profil moléculaire et génomique [7,20,21]

**Tableau III** : Classification des cancers mammaires en fonction du profil moléculaire et génomique

<b>TYPES</b>	<b>PROFIL MOLECULAIRE</b>
Luminal A	RE+ et/ou RP+, Her2-
Luminal B Her 2 +	RE+ et/ou RP+, Her2+
Luminal B Her 2 -	RE+ et/ou RP+, Her2-
Her 2 + non luminal	RE- et RP- et Her2+
Triple Négatif ou Carcinome Basal-like	RE- et RP- et Her2-

### 1.3.2.4- Classification TNM [7]

#### Tableau IV : Classification clinique TNM 7ème édition 2010

❖ **Tumeur primitive (T) :**

**Tx :** Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

**T0 :** Pas de signe de tumeur primitive

**Tis :** Carcinome in situ

**T1 :** Tumeur  $\leq 2$  cm dans sa plus grande dimension

**T1mi :** micro-invasion [2]  $\leq 0,1$  cm dans sa plus grande dimension

**T1a :** tumeur  $>0,1$  cm et  $\leq 0,5$  cm dans sa plus grande dimension

**T1b :** tumeur  $>0,5$  cm et  $\leq 1$  cm dans sa plus grande dimension

**T1c :** tumeur  $>1$  cm et  $\leq 2$  cm dans sa plus grande dimension

**T2 :** Tumeur  $>2$  cm et  $\leq 5$  cm dans sa plus grande dimension

**T3 :** Tumeur  $>5$  cm dans sa plus grande dimension

**T4 :** Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique (a) et/ou à la peau (b) (ulcération ou nodules cutanés)

**T4a :** extension à la paroi thoracique (invasion du muscle pectoral exclue)

**T4b :** œdème cutané y compris la « peau d'orange », ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanées limités au même sein

**T4c :** à la fois 4a et 4b

**T4d :** carcinome inflammatoire

❖ **Adénopathies régionales (N) :**(Défectées à l'examen clinique ou radiologique)

**Nx :** L'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué

**N0 :** Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

**N1 :** Envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

**N2 :** Envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

**N3 :** Envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires, envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

❖ **METASTASES (M) :**

**Mx :** Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

**M0 :** Absence de métastases à distance

**M1 :** Présence de métastases à distance

#### 1.4. RAPPEL DIAGNOSTIC

Le diagnostic du cancer en général se fait en 2 étapes : une phase de présomption devant des signes cliniques ou para-cliniques (circonstances de découverte) et une phase de certitude apportée par l'examen anatomo-pathologique.

### **1.4.1-Examen Clinique**

#### **1.4.1.1-Les circonstances de découverte [7,16,17,18,19,21,26,27,28,29,34]**

- Auto Examen des Seins (AES).
- Examen gynécologique de routine
- Mammographie dans le cadre d'un dépistage de masse ou de surveillance
- Signes fonctionnels (Mastodynies, Nodules, Galactorrhée)
- Complications loco-regionales (nodule de perméation, adénopathie axillaires abcès..)
- Complications Générales (Métastases osseuses, pulmonaires, hépatiques...)

#### **1.4.1.2-L'interrogatoire**

Il précise : L'âge, les facteurs de risque liés au cancer du sein, le mode d'apparition, l'évolutivité et les caractères de la lésion.

#### **1.4.1.3-Examen physique**

Il se fait chez une patiente dévêtue jusqu'à la ceinture. Il est doux, minutieux bilatéral, comparatif, de face et de profil, bras pendants puis relevés, en position debout penchée en avant, puis en position assise et enfin en décubitus dorsal. Il comprend l'inspection, la palpation et la réalisation d'un schéma [7, 9, 34].

#### **1.4.1.4-Examens paracliniques**

##### **1.4.1.4.1- Imagerie [7,15,22, 24,25,34]**

###### **1.4.1.4.1.1-La mammographie**

Elle est indispensable et permet de dépister des lésions tumorales à partir d'une taille moyenne de 5 mm. Elle permet également de découvrir des lésions malignes non encore invasives (Carcinome in situ). Les images des seins sont classées en six catégories Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). Selon le degré de suspicion de malignité des images, en utilisant la classification de l'American College of Radiology.

**Tableau V :** Classification BI-RADS des anomalies mammographiques selon l'ACR (American Collège of Radiology)

<b>Catégories BI-RADS</b>	<b>Recommandation s</b>	<b>Exemples</b>	<b>VPP</b>	
<b>1</b>	<b>Absence d'anomalie</b>		<b>0%</b>	
<b>2</b>	<b>Anomalie bénigne</b>	Hémartome Fibroadénome calcifié Calcification sécrétoire Lipome Galactocèle Cytostéatonécrose Ganglion intra mammaire Implants	<b>0%</b>	
<b>3</b>	<b>Lésion probable ment bénigne</b>	Surveillance radio-clinique	Masse à contours réguliers bien délimité  Masse à contours mal délimité, de forme	<b>2%</b>  <b>34%</b>
<b>4</b>	<b>Anomalie suspecte</b>	Biopsie à conseiller	arrondie ou ovale Rupture architecturale Microcalcification punctiformes,	

			pléiomorphes, à distribution diffuse, en foyer arrondi	
<b>5</b>	<b>Anomalie évocatrice de malignité</b>	Prise en charge Diagnostique et thérapeutique appropriée	Lésion à limite spéculée, et à contour irrégulier Micro calcifications linéaires Foyer de micro calcification à distribution linéaire ou segmentaire	<b>80%</b>
<b>6</b>	<b>Malignité certaine</b>	Prise en charge thérapeutique	Confirmée à l'histologie	

---

#### **1.4.1.4.1.2-L'échographie mammaire**

C'est l'examen de seconde intention. Elle est indiquée en complément de la mammographie et surtout chez la jeune fille aux seins denses [7].

#### **1.4.1.4.1.3-Galactographie**

C'est un examen simple, indiqué en cas d'écoulement mammaire uni pore le plus souvent sanglant. Elle se fait après l'injection du produit de contraste [24,25].

#### **1.4.1.4.1.4-IRM**

L'IRM est un examen de 3 ième intention. Elle est beaucoup contributive, en particulier dans les cas de diagnostic difficile [7].

#### **1.4.2-Histologie [7,9,34]**

La confirmation histologique se fait à partir de l'examen anatomopathologique de soi par microbiopsie, macrobiopsie ou exérèse biopsique.

### **1.5. TRAITEMENT**

#### **1.5.1- Buts**

- ✓ Exérèse carcinologique de la tumeur ;
- ✓ Eviter l'évolution vers la malignité ;
- ✓ Améliorer la survie.

#### **1.5.2-Moyens**

##### **1.5.2.1-La chirurgie**

Elle peut être conservatrice ou radicale.

##### **❖ Chirurgie radicale ou mastectomie**

Elle est indiquée en cas de tumeur de moins de 5cm. Elle consiste en l'exérèse complète de la tumeur. La tumeur doit être entourée d'une « marges de sécurité » de tissu sain, de taille variable en fonction du type de cancer. Elle est complétée par un curage axillaire. Parfois l'on réalise la technique du ganglion sentinelle indiquée pour les tumeurs de taille inférieure ou égale à 2 cm, uni focales,

survenant sur un sein n'ayant jamais été opéré (plastie mammaire, chirurgie du creux axillaire) [7].

#### ❖ **Chirurgie conservatrice**

Elle est indiquée en cas de tumeur non métastatique. Elle consiste à une tumorectomie simple [7].

#### **1.5.2.2-Abstention thérapeutique**

L'indication est posée pour certaines tumeurs bénignes à savoir les changements fibrokystiques et les adénofibromes [2,19,20,21]

#### **1.5.2.3-Radiothérapie**

Elle consiste à diriger ces rayons sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants. Pour un cancer du sein, quatre zones du corps peuvent être traitées par radiothérapie : la glande mammaire, le lit tumoral, la paroi thoracique, les ganglions de la chaîne mammaire interne et ceux situés au-dessus de la clavicule (dits sus-claviculaires). La dose de radiations émise lors du traitement ainsi que la façon de l'administrer et les horaires suivis varient d'une femme à l'autre [3,7].

#### **1.5.2.4-L'hormonothérapie**

Ils existent plusieurs méthodes [7] :

- ❖ La castration ou hormonothérapie soustractive : Elle peut se faire selon trois méthodes : la castration chirurgicale ou ovariectomie bilatérale, la castration radicale par irradiation ovarienne bilatérale, la castration chimique liée à l'utilisation des analogues de la LH-RH.
- ❖ Les progestatifs ou hormonothérapie additive : Elle fait appel aux progestatifs de synthèse.
- ❖ Les anti-aromatases ou hormonothérapie inhibitrice : Ils suppriment la production surrénalienne d'œstrogènes.

- ❖ Les anti-estrogènes ou hormonothérapie compétitive : Ils bloquent l'action des œstrogènes en se fixant de façon compétitive sur leurs récepteurs.

#### **1.5.2.5-La chimiothérapie**

Le tableau ci-dessous détail les protocoles de chimiothérapie utilisés en Côte d'Ivoire [7].

#### **5.2.6-Les thérapies ciblées**

Les thérapies ciblées dans le cancer du sein utilisent trois drogues [7] :

- ❖ **Le Trastuzumab (HERCEPTIN®)**

Le trastuzumab est un anticorps monoclonal humanisé recombinant de classe IgG1 dirigé contre le récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2). Ce médicament est indiqué chez les patients atteints d'un cancer du sein précoce ou métastatique dont les tumeurs présentent une surexpression de HER2. Il peut être utilisé en monothérapie ou en association avec d'autres antimitotiques.

- ❖ **Le Bévacicumab (AVASTIN®)**

Il fait partie de la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs : antinéoplasiques - autres antinéoplasiques : anticorps monoclonaux. Il est indiqué dans les cancers du sein métastatiques en association avec d'autres médicaments.

- ❖ **Le Lapatinib (TYVERB®)**

Agent antinéoplasique, autres agents antinéoplasiques, inhibiteur de protéine kinase. Tyverb est indiqué chez l'adulte, dans le traitement du cancer du sein, avec surexpression des récepteurs HER2 (ErbB2). Il est utilisé en association avec le trastuzumab ou la capécitabine.

#### **1.5.2.7-Psychothérapie**

Est une pratique courante en cancérologie. Elle est toujours associée au traitement des cancers du sein [7].

**Tableau VI :** Protocoles de chimiothérapie couramment utilisés dans le cancer du sein [7]

Protocoles	Drogues	Doses	Voie	Administration
<b>FAC</b>	5-Fluoro-uracile	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Adriamycine	60mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Cyclophosphamide	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
<b>FEC</b>	5-Fluoro-uracile	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Epirubicine	50 à 100 mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Cyclophosphamide	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
<b>CMF</b>	Cyclophosphamide	600mg/m <sup>2</sup>	IV	J1 et J8/4 semaines
	Méthotrexate	40mg/m <sup>2</sup>	IV	J1 et J8/4 semaines
	5-Fluoro-uracile	600mg/m <sup>2</sup>	IV	J1 et J8/4 semaines
<b>AC</b>	Adriamycine	60mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Cyclophosphamide	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
<b>TA</b>	Taxotère	75mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Adriamycine	50mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
<b>TAC</b>	Taxotère	75mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Adriamycine	50mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines
	Cyclophosphamide	500mg/m <sup>2</sup>	IV	J1/3 semaines

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général :**

- ✓ Documenter les pathologies mammaires.

### **Objectifs spécifiques :**

- ✓ Déterminer la fréquence des pathologies mammaires
- ✓ Décrire les caractéristiques épidémio-cliniques ;
- ✓ Déterminer l'intérêt de l'examen sénologique systématique.

## 2.METHODOLOGIE

## **2.METHODOLOGIE :**

### **2.1- Caractéristiques de l'étude**

#### **2.1.1- 3.Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du centre de santé de référence de San.

Il comprend :

- Une de consultation gynécologique
- Une salle de CPN
- Une salle de Pré travail
- Une salle d'accouchement
- Un bloc opératoire avec deux tables opératoires
- Trois unités d'hospitalisation avec 24 lits dont une unité de grossesse pathologique, une unité de suites de couches simples et pathologiques et une unité de gynécologie
- Une unité de prise en charge des cas de violences basées sur le Genre (VBG) appelée ONE STOP CENTER ou Guichet unique

**2.1.2-Type d'étude :** Etude descriptive et transversale rétrospective et prospective.

**2.1.3- Période d'étude :** Juillet 2019 à Septembre 2021 soit une période de 24 mois.

**2.1.4- Population d'étude :** Toutes les patientes reçues en consultation gynécologique dont le diagnostic de pathologies mammaires est établi.

#### **2.2-Echantillon :**

##### **❖ Critères d'inclusion :**

- ✓ Toutes anomalies à l'examen des seins ;
- ✓ Patientes consentantes.

##### **❖ Critères de non inclusion :**

- ✓ Seins normaux ;
- ✓ Dossiers incomplets ;
- ✓ Refus d'examen des seins

## **2.2-Base de l'échantillonnage**

La base de notre échantillonnage était notre registre de consultation gynécologique. EN occurrence sur la base de nos critères de sélection et notre période d'étude nous avons colligés 75 cas de patientes atteintes de pathologies mammaires sur 2037 patientes vu en consultation gynécologique avec examen clinique systématique des seins tout âge confondu soit 3,68 %.

## **2.3-Collecte des données**

Les patientes ont été sélectionnées au cours de la période de notre enquête, à travers les dossiers des malades, registres de consultation. Les données ont été recueillies au moyen d'une fiche d'enquête (voir annexes).

## **2.4-Les paramètres étudiés**

### **2.4.1-Paramètres sociodémographiques :**

- ✓ Age
- ✓ Niveau d'instruction
- ✓ Scolaire
- ✓ Parité
- ✓ Gestité

### **2.4.2-Paramètres cliniques**

- ✓ Antécédents
- ✓ Motif de consultation
- ✓ Résultats de l'examen physique.

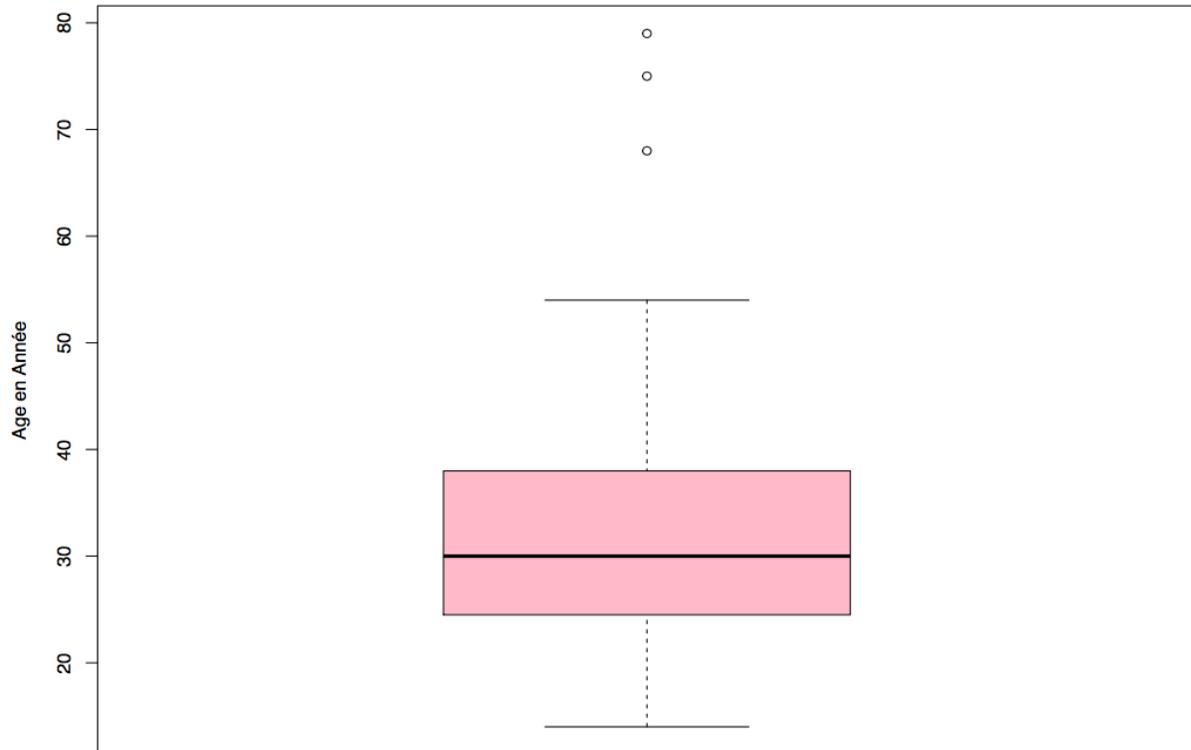
## **2.5-Analyse des données**

Une fois l'enquête terminée les données ont été traitées et analysées à partir du logiciel R

# 3.RESULTATS

## RESULTATS :

### Age :



**Figure 1 :** Distribution de l'âge des patientes

Min : 14.00 ; Médian : 30.00 ; Mean : 32.64 ; Max : 79.00

**Tableau IV :** Distribution du niveau d’instruction des patientes

<b>Niveau d’instruction</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aucun</b>	26	34,7
<b>Primaire</b>	26	34,7
<b>Secondaire</b>	21	28,0
<b>Universitaire</b>	2	2,7
<b>Total</b>	75	100

65, 4% de nos patientes étaient scolarisées.

**Tableau V :** Distribution du niveau socio-économique des patientes

<b>Niveau socio-économique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Élevé</b>	17	22,7
<b>Faible</b>	29	38,7
<b>Moyen</b>	29	38,7
<b>Total</b>	75	100

Le niveau socioéconomique était élevé chez seulement 22,7 % de nos patientes

**Tableau VI** : Distribution de la profession des patientes

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Cadre</b>	17	22,7
<b>Étudiante</b>	7	9,3
<b>Sans emploi</b>	41	54,7
<b>Secteur informel</b>	10	13,3
<b>Total</b>	75	100

54,7% de nos patientes n'avaient d'emploi

**Tableau VII** : Antécédents médicaux retrouvés chez les patientes

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Fréquence (N= 75)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Diabète</b>	1	1,3
<b>HTA</b>	6	8
<b>Angine</b>	1	1,3
<b>Asthme</b>	2	2,7
<b>AVC et gastrite</b>	1	1,3
<b>Constipation</b>	1	1,3
<b>Gastrite isolée</b>	1	1,3
<b>Hémorroïde</b>	1	1,3
<b>Polyarthralgie</b>	1	1,3
<b>Total</b>	15	20,0

20 % de nos patientes avaient des antécédents médicaux pathologiques

**Tableau VIII** : Antécédents chirurgicaux retrouvés chez les patientes

<b>Antécédents chirurgicaux</b>	<b>Fréquence (N= 75)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Hystérectomie</b>	1	1,3
<b>Myomectomie</b>	4	5,3
<b>Césarienne</b>	7	9,3
<b>Abcès du sein gauche</b>	1	1,3
<b>Nodulectomie gauche</b>	1	1,3
<b>Annexectomie</b>	1	1,3
<b>Ligature des trompes</b>	1	1,3
<b>Kystectomie</b>	1	1,3
<b>Hysteroscopie</b>	1	1,3
<b>Total</b>	18	24,0

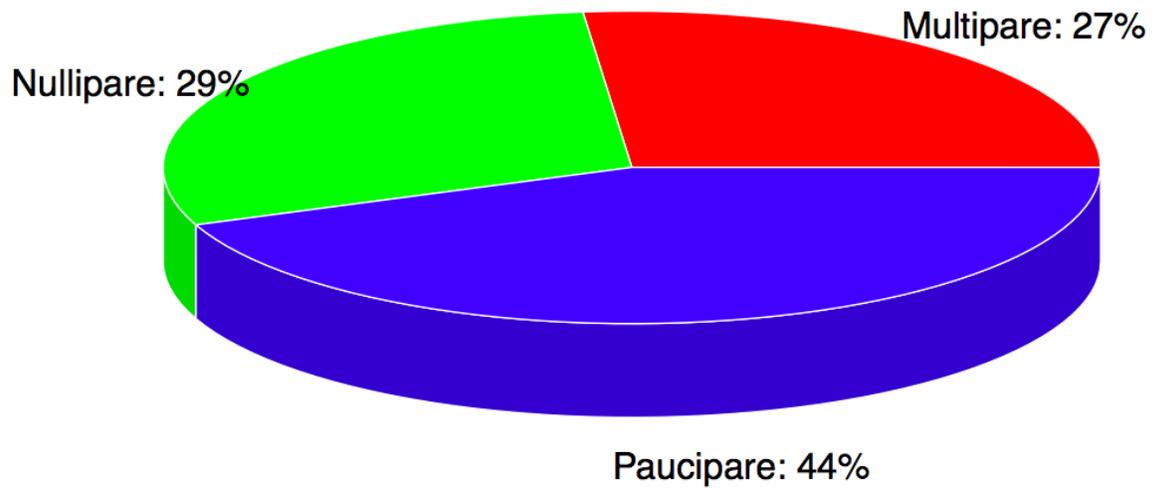
24% des patientes avaient un antécédent chirurgical

**Tableau IX** : Antécédents gynécologue des patientes

<b>Antécédents gynécologiques</b>	<b>Fréquence (N=75)</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Ménarche</b>	Avant 12 ans	0
	Après 12 ans	75
<b>Ménopause</b>	Non	73
	Oui	2
<b>Age de la première grossesse</b>	Avant 30 ans	74
	Après 30 ans	1
<b>Contraception</b>	Non	64
	Oui	11
<b>Allaitement</b>	Non	29
	Oui	46

98,7 % des de nos patientes avaient eu leur première grossesse avant 30 ans

## Parité



**Figure 2 :** Distribution des patientes selon la parité

71 % de nos patientes avaient une parité supérieure ou égale à 3

**Tableau X** : Motif de consultation

<b>Motif de consultation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Aménorrhée secondaire</b>	1	1,3
<b>Consultation post-natal</b>	1	1,3
<b>Consultation prénatale</b>	1	1,3
<b>Désir de grossesse</b>	30	40,0
<b>Douleur mammaire</b>	14	18,7
<b>Douleur pelvienne</b>	12	16,0
<b>Écoulement mammaire</b>	3	4,0
<b>Ulcère mammaire</b>	2	2,7
<b>Polyménorrhée</b>	1	1,3
<b>Règles douloureuses</b>	1	1,3
<b>Règles retardées</b>	2	2,7
<b>Tuméfaction mammaire</b>	7	9,3
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Seulement 34,7 % de nos patientes avaient un motif de consultation orientée vers une pathologie mammaire.

**Tableau XI** : Signes cliniques retrouvés à l'examen physique

Symptômes		Fréquence	Pourcentage
<b>Galactorrhée</b>	Non	27	36
	Oui	48	64
<b>Nodules du sein</b>	Non	59	78.7
	Oui	16	21.3
<b>Mastodynie</b>	Non	69	92
	Oui	6	8
<b>Suspicion de cancer de sein</b>	Non	71	94.7
	Oui	4	5.3

La galactorrhée était le signe clinique le plus fréquent à l'examen physique 64% contrairement aux nodules du sein 21,3%.

**Tableau XII** : Association entre la survenue d'une galactorrhée et la prise de contraceptif

		Contraception		
		Non	Oui	
Galactorrhée	Non	22	5	
	Oui	42	6	
Risque Relatif et Odds Ratio				
		Intervalle de confiance		p
RR = 0,93	0,76	1,15	0,5109	
OR = 0,64	0,17	2,29		

Le risque relatif (RR) entre la survenue de la galactorrhée et la prise de contraceptif était de 0,93

**Tableau XIII** : Association entre la survenue d'une galactorrhée et la présence de nodule dans le sein

		Nodule de sein		
		Non	Oui	
Galactorrhée	Non	12	15	
	Oui	47	1	
Risque Relatif et Odds Ratio				
		Intervalle de confiance		p
RR = 0,45	0,30	1,69	< 0,0001	
OR = 0,02	0,002	2,14		

Le risque relatif (RR) entre la survenue de galactorrhée et la présence de nodule de sein était de 0,45

# COMMENTAIRES & DISCUSSIONS

## COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

### AGE

L'âge est un facteur cité dans la survenue des maladies bénignes et malignes du sein [18]. Cependant l'âge moyen de nos patientes était proche de celui rapporté dans cette série Nigériane [28].

### AGE DE LA PREMIERE GROSSESSE

Les facteurs de risques des maladies bénignes et malignes du sein incluent une faible parité, un âge bas lors de la première grossesse et un âge élevé de la ménopause [18]. Dans notre étude, 98 % des de nos patientes avaient eu leur première grossesse avant 30 ans ce constat est similaire de celui rapporté par cet auteur [18].

### PARITE /ALLAITEMENT

Dans notre étude, les 71 % de nos patientes avaient une parité supérieure ou égale à 3 ce qui sous-entend que la parité est un facteur intervenant dans la survenue des pathologies mammaires.

Les données de la littérature consultées nous montrent que :

Les femmes nulli pares présentaient un risque plus faible de cancer du sein à récepteur RE+ contrairement aux femmes avec cancer de sein à récepteur RE -.

L'allaitement maternel était associé à un risque plus faible de maladie à RE - par rapport aux cancers à RE+

Les femmes nullipares, une parité plus élevée était inversement associée au cancer du sein luminal B, indépendamment de l'allaitement ( $\geq 3$  enfants).

La maladie luminale A, uniquement chez les femmes ayant allaité ( $\geq 3$  enfants). Le risque de cancer du sein de type basal était suggestivement plus élevé chez les

femmes ayant une plus grande parité plus élevée et qui n'ont jamais allaité ; les associations étaient nulles chez celles qui avaient déjà allaité [33].

## **CARACTERISTIQUES CLINIQUES**

Dans étude, seulement 34,7 % de nos patientes avaient un motif de consultation orientée vers une pathologie mammaire. En occurrence pour les autres cas où le motif de consultation n'était en rapport avec une atteinte mammaire, c'est notre attitude systématique dans la recherche des pathologies du sein qui nous permis d'avoir notre échantillon. Cette approche a été documenté par ces auteurs [28,29,30,31,32,33].

Les signes cliniques trouvés dans notre étude étaient similaires à ceux rapportés par ces auteurs [28, 29, 30,31, 32, 33].

A cet effet les séries consultées nous indiquent que :

Les affections bénignes du sein l'emportent largement sur les diagnostics de cancer. Alors que la sensibilisation au cancer du sein augmente dans les pays à ressources limitées, les établissements offrant des soins mammaires ont besoin d'une préparation administrative et clinique pour prendre en charge un éventail de pathologies non cancéreuses. Une série d'affections non liées au cancer [29].

Les maladies bénignes du sein sont courantes dans la population générale. Le cancer du sein continue à n'être diagnostiqué qu'à des stades plus avancés en raison d'un manque de sensibilisation et d'un programme de dépistage insuffisamment structuré. Le concept d'auto-examen des seins semble être mal compris [30].

L'examen clinique des seins (ECS) standardisé peut différencier de manière fiable les masses palpables bénignes et malignes. Ceci est particulièrement important pour les masses bénignes pour lesquelles une politique d'examen clinique de suivi peut

être utilisée, notamment lorsque les moyens d'investigation ne sont pas facilement disponibles [33].

Des preuves indirectes suggéraient qu'un examen clinique des seins (ECS) bien pratiqué bien réalisé a le même effet que la mammographie sur la mortalité, malgré sa sensibilité apparemment plus faible (40-69 % pour l'ECS contre 77-95 % pour la mammographie) [31].

La bosse mammaire est un trouble mammaire majeur chez les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales. L'examen clinique systématique des seins et le suivi des femmes enceintes présentant des troubles mammaires pourraient faciliter la détection précoce du cancer du sein lié à la grossesse dans les pays à faible revenu. La détection précoce du cancer du sein associé à la grossesse dans les régions à faibles ressources [28].

# CONCLUSION

## **CONCLUSION**

Les résultats obtenus de cette étude sont une preuve de notre approche examen clinique systématique des seins lors de nos consultations gynécologiques.

En occurrence cette pratique est à encourager chez tous les prestataires lors des examens gynécologiques de façon générale.

# RECOMMANDATIONS

## RECOMMANDATIONS

### Aux autorités administratives :

- Doter le centre d'un appareil de Mammographie et d'un laboratoire d'histologie.

### Aux personnels soignants :

- Faire un dépistage systématique des cancers du sein lors des consultations de routine ;
- Sensibiliser la population sur l'incidence et la gravité des cancers du sein dans cette tranche d'âge.

### A la population féminine :

- Faire l'autopalpation des seins
- Consulter immédiatement à l'hôpital devant toute anomalie des seins

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-P. anusha, B. mallayya to study incidence of benign breast diseases in females international journal of science and research (ijsr) issn: 2319-7064 research gate impact factor (2018): 0.28 | sjif (2018): 7.426 volume 9 issue 1, january 2020 www.ijsr.net

2-Parul Vaid Bhavuk Kapoor Mayank Kapoor Bharat B Kapoor Epidemiology of benign breast diseases in women Panacea Journal of Medical Sciences 2020;10 (3):222-22 DOI:10.18231/j.pjms.2020.047

3-A. S. Kone, A. Diakite, I. M. Diarra, K. Diabate, M. A. Camara, Y. L. Diallo, S. Sidibe Epidemiological and Clinical Profile of Breast Cancer at Bamako Radiotherapy Center Journal of Cancer Therapy, 2019, 10, 739-746 <https://www.scirp.org/journal/jct> DOI: 10.4236/jct.2019.109062 Sep. 11, 2019 739 Journal of Cancer Therapy

4-Stéphane Zingue, Etienne Okobalemba Atenguena, Laure Leka Zingue, Alain Brice Tueche, Dieudonné Njamen, Alexandre Benjamin Nkoum, Paul Ndom Epidemiological and clinical profile, and survival of patients followed for breast cancer between 2010 and 2015 at the Yaounde General Hospital, Cameroon PAMJ - 39(182). 07 Jul 2021

5-Breast : GLOBOCAN 2020

6-M.Espie, A-S.Hamy, S.Eskennazy, C. Cuvier, S.Giacchetti. Epidémiologie du cancer de sein. EMC Gynécol 840-A-15 2012 ; 7(2) : 1-17.

7-Aka. K.E. Cancer du sein chez les femmes de moins de 40 ans : Aspects épidémiologiques, histologiques et profil moléculaire d'une série de 76 cas à Abidjan. Mémoire D.E.S Gynecol Abidjan 2015 : 16-34

8-B. Lafarge-Bart a, E. Barranger b. Pathologie bénigne du sein.EMC [840-A-10] : 10.1016/S0246-1064(14)56430-4.

9-Mme Coulibaly Karidiatou B. Diallo Les tumeurs du sein au service d'anatomie pathologique de L'INRSP : Aspects cliniques et diagnostiques. Th de Med, Année universitaire 2010 - 2011: P 30 - 71

10- Kailash K. Jawade1\*, Vaishali Bande2. Study of spectrum and clinical profile of benign breast disease in the rural area: is there any change. *International Surgery Journal* Jawade KK et al. *Int Surg J.* 2020 Jul;7(7):2121-2128

11-OB Karki, D Kunwar, Abhijit De Benign breast diseases: profile at a teaching hospital *American Journal of Public Health Research*, 2015, Vol. 3, No. 4A, 83-86

12-Mikael Eriksson et al. Characterization of Benign Breast Diseases and Association With Age, Hormonal Factors, and Family History of Breast Cancer Among Women in Sweden. *JAMA Network Open.* 2021;4(6): e2114716. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.14716

13-Angrit Stachs, Johannes Stubert, Toralf Reimer, Steffi Hartmann Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S: Benign breast disease in women. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 565–74. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0565

14-Lynn C. Hartmann et al Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer From the Divisions *N Engl J Med* 2005; 353:229-37.

15-Nur Zeinomar1 et al Benign breast disease increases breast cancer risk independent of underlying familial risk profile: Findings from a Prospective Family Study Cohort  
form as: *Int J Cancer.* 2019 July 15; 145(2): 370–379. doi:10.1002/ijc.32112.

16-Merih Guray, Aysegul A. Sahin Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis, and Management *The Oncologist* 2006;11:435–449 [www.TheOncologist.com](http://www.TheOncologist.com)

17-Vaanika Kaira, Asha Aggarwal, Pankaj Kaira. Clinical Profile of Breast Lesions - A Hospital based Study ISSN (Online): 2393-915X; (Print): 2454-7379 | *ICV* (2015): 77.83 | Volume 4 | Issue 6 | June 2017

18- Abbas Rezaianzadeh et al Pathological Profile of Patients with Breast Diseases in Shiraz *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, Vol 15, 2014

19-Edgar Junji Ito1\*, Antonio Soares Safar Epidemiological profile of the mastology clinic in a university hospital in the northwest of paraná Perfil epidemiológico do ambulatório de mastologia em um hospital universitário no noroeste do Paraná *Mastology*, 2017;27(4):293-9

20-E Samoli et al The hormonal profile of benign breast disease British Journal of Cancer (2013) 108, 199–204 doi: 10.1038/bjc.2012.493

21- Unmesh Vidyadhar Takalkar et al Clinicopathological Profile of Breast Cancer Patients at a Tertiary Care Hospital in Marathwada Region of Western India *Asian Pac J Cancer Prev*, 17 (4), 2195-2198

22-Ramin Saadaat et al Age distribution and types of breast lesions among Afghan women diagnosed by fine needle aspiration cytology (FNAC) at a tertiary care centre in Afghanistan: a descriptive cross-sectional study *BMJ Open* 2020;10:e037513. doi:10.1136/bmjopen-2020-037513

23-Jesse A. Dorchak et al The Impact of Hormonal Contraceptives on Breast Cancer Pathology *Horm Cancer*. 2018 August ; 9(4): 240–253. doi:10.1007/s12672-018-0332-y.

24-Ngoumvengou J.P Mayi Tsonga s; Ezinah F; Meye J.F.Ecoulement mamelonnaire sanglant unilatéral et cancer du sein à Libreville, Gabon: analyse rétrospective sur 10 ans. *Clin mother child health* 2009; vol 6, n° 2: 1081-1086

25-S. KA, R. SOME, J. THIAM, M.M. DIENG, D. DIOUF, P.M. GAYE, A. DEM La pyramidectomie dans l'écoulement mamelonnaire pathologique à l'institut Joliot Curie de Dakar *Journal de la SAGO*, 2018, vol. 19, n°2

26-Clarisse De Courten Lausanne L. Merz C. De Courten Infection du sein *Rev Med Suisse* 2014 ; 10 : 925-30

27-Les tumeurs bénignes du sein Recommandations pour la pratique Clinique CNGOF 2015

28-Stella O.O dedina1 et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0647-4>

29-Sarah Rayne et al.Characterizing breast conditions at an open-access breast clinic in South Africa: a model that is more than cancer care for a resource-limited setting Rayne et al. *BMC Health Services Research* (2017) 17:63 DOI 10.1186/s12913-016-1959-4

30-KAVASSERI L JANAKI<sup>1</sup>, NARAYANASAMY SUBBARAJU KANNAN, M. PALANIAPPAN, PARTHA NANDI Profile of Breast Diseases in Post Pubertal Women Assessed by Clinical Breast Examination – A Community Based Study in Rural Pondicherry Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Feb, Vol-10(2): PC07-PC11.

31- Thu Ngan, Nga T. Q. Nguyen, Hoang Van Minh, Michael Donnelly and Ciaran O’Neill Effectiveness of clinical breast examination as a ‘stand-alone’ screening modality: an overview of systematic reviews. BMC Cancer (2020) 20:1070  
<https://doi.org/10.1186/s12885-020-07521-w>

32-Hafiz Muhammad Aslam , Shafaq Saleem, Hiba Arshad Shaikh, Nazish Shahid, Anum Mughal, Ribak Umah Profil clinico-pathologique des patients atteints de maladies du sein. Diagn Pathol. 2013. 9 ;8 :77. doi : 10.1186/1746-1596-8-77.

33-Renée T. Fortner et al Parity, breastfeeding, and breast cancer risk by hormone receptor status and molecular phenotype: results from the Nurses’ Health Studies Breast Cancer Research (2019) 21:40 <https://doi.org/10.1186/s13058-019-1119-y>

34-Gandonou M.K.M. Profil épidémio-clinique et évolutif du cancer du sein chez la femme âgée de plus de 65 ans à propos de 51ans colligés dans le service de cancérologie du CHU de Treichville Abidjan. Th de Med 2012-2013 : 4-58

# ANNEXES

**FICHE D'ENQUETE :**

Dossier :...../ \_\_\_\_\_ /

Nom :...../ \_\_\_\_\_ /

Prénoms...../ \_\_\_\_\_ /

Date de naissance :..... / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /

Nationalité :..... / \_\_\_\_\_ /

Résidence habituelle : ...../ \_\_\_\_\_ /

N° de téléphone : ..... / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Situation matrimoniale :..... / \_\_\_\_\_ /

Niveau socioéconomique : 1-Faible 2-moyen 3-élevé

Profession : 1-Cadre 2.- Etudiante/Elève 3. Sans emploi 4.-Secteur informel

Niveau d'instruction : 1. primaire 2. Secondaire 3. Universitaire 4. Aucun

**I)Antécédents :**

**I-1-Médicaux :**

1-HTA : oui  non

2-Diabète : oui  non

3-Asthme : oui  non

4-Drépanocytose : oui  non

5-Tuberculose : oui  non

6-VIH : oui  non

9-Autres :.....

**I-2-Chirurgicaux :**

**Sein :** 1. Tumorectomie 2. Mastectomie 9. Autres :.....

**Utérus :** 1. Myomectomie 2. Hystérectomie 3. Conisation 9. Autres :....

**Ovaires :** 1. Kystectomie 2. Ovariectomie 9. Autres :.....

**Trompes :** 1. Salpingectomie 2. Annexectomie 9. Autres :.....

**I-3-Gynéco-obstétricaux :**

1-Ménarche : > 12 ans   < 12 ans

2-Ménopause : oui   non

3-Age de la ménopause : > 50ans   < 50 ans

4-Parité : nullipare  pauci pare   multipare

5- Age 1<sup>ère</sup> grossesse : > 30 ans   < 30 ans

6-Contraception orale : oui   non

7-Allaitement au sein : oui   non

8-ATCD de cancer gynécologique oui   non

Si oui type sein  ovaire   col utérin

9-Maladie hyperplasie atypique du sein oui   non

10-Irradiation thoracique oui   non

99- Autres :.....

**I-4-Antécédents familiaux :**

1-Cancer sein 1<sup>er</sup> degré : oui  non

2-Cancer du sein 2<sup>ème</sup> degré : oui   non

**Profil épidémio-clinique des pathologies mammaires sur une série de 75 cas au centre de santé de référence de San.**

3- Cancer de l’ovaire :                    oui                      non

4-Cancer de l’endomètre :            oui                      non

5-Cancer du côlon :                    oui                      non

9-Autres :.....

**1-5-Mode de vie alimentaire :**

1- Tabac :            Oui                      Non

2-Alcool :            Oui                      Non

9-Autres :.....

**II-Motif de consultation :**.....

**III-Caractéristiques cliniques :**

1-Ecoulement mammaire sanglant oui                     non

2-Galactorrhée :                    oui                     non

3-Nodules du sein :                    oui                     non

4- Mastodynie :                    oui                     non

5-Abcès du sein :                    oui                     non

6-Suspicion de cancers du sein : oui                     non

9-Autres :.....

## RESUME

**Contexte et justification :** L'absence de données spécifiques sur l'ensemble des pathologies mammaires dans la plupart de nos centres de santé de référence est une réalité. C'est ainsi que nous nous sommes proposés de faire cette étude.

**Objectif général :** Documenter les pathologies mammaires.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive et transversale rétrospective et prospective qui s'est déroulée sur une période de 24 mois.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patientes était de 32,64 avec des extrêmes allant de 14 à 79 ans. La fréquence des pathologies mammaires représentait 3,68 %. Les 98,7% de nos patientes avaient eu leur première grossesse avant 30 ans. La parité supérieure ou égale à 3 était notée chez 71 % de nos patientes. Seulement 34,7 % de nos patientes avaient un motif de consultation orienté vers une pathologie mammaire. La galactorrhée était le signe clinique le plus fréquent à l'examen physique 64% contrairement aux nodules du sein 21,3%.

**Conclusion :** Les résultats obtenus de cette étude sont une preuve de notre approche examen clinique systématique des seins lors nos consultations gynécologiques. En occurrence cette pratique est à encourager chez tous les prestataires lors des examens gynécologiques de façon générale.

**Mots clés :** Profil épidémio clinique - Pathologie mammaires