

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abdelhamid Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie



Département des Sciences Infirmières

Mémoire de Master en Sciences Infirmières
Option « initiation à la recherche clinique et épidémiologique »

Présenté par : BOUZAR Manel

THEME

**La fréquence de cancer du sein chez les patients consultants au
niveau de service d'oncologie, EPH les sœurs Bedj (Chlef)**

Soutenu publiquement le : 27 septembre 2017
Commission d'examen :

NOM, Prénoms	Grade	Qualité	Structure de rattachement
Dr. BENABDESSADOK Ali	Maitre-assistant en anatomie humaine normale	Président	Faculté de médecine Mostaganem
Dr. BOUCHERDOUD Sabia	Epidémiologiste	Rapporteur	EPSP BOUKADIR
Dr. BENCHOHRA Fatima	Maitre assistante hospitalo- universitaire	Examinatrice	Faculté de médecine Mostaganem

Structure de stage : service d'oncologie l'EPH les sœurs Bedj, wilaya de Chlef

Septembre 2017



Remerciements :

D'abord et avant tout je rends grâce à Dieu qui m'a permis d'achever ce modeste travail
Je voudrais adresser mes remerciements à notre Chef de département de sciences infirmières

Pr. HALBOUCHE.

J'adresse mes remerciements à mon encadreur Dr. BOUCHERDOUD pour ses conseils ces
encouragements et surtout sa patience dans le suivi.

Je remercie également les membres du jury :

Dr BENABDSADOUK Ali pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury qui
jugera ce travail.

Dr BENCHOHRA Fatima pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'examiner ce travail.

Je tiens à remercier l'équipe de service d'oncologie pour le meilleur accueil qui m'a été
réservé pendant la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

L'expression de ma profonde reconnaissance et ma sincère gratitude s'adresse éventuellement
à tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé et encouragé tout au long de la formation et qui
sans eux ce travail n'aurait pas vu le jour.



Dédicace :

Je dédie ce mémoire à :

Ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, par son amour, son soutien, tous les sacrifices consentis et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie, reçois à travers ce travail aussi modeste soit-il, l'expression de mes sentiments et de mon éternelle gratitude.

Mon père, qui peut être fier et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privations pour m'aider à avancer dans la vie. Puisse Dieu faire en sorte que ce travail porte son fruit ; Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de toi, que DIEU vous procure bonne santé et longue vie.

A la joie de mes jours et la source de mes efforts, mon soutien moral mes sœurs, NOÛRA et LOUBNA.

A mon petit prince, mon frère LAITH, et ma cousine FARAH que Dieu vous protège.

A ma chère enseignante TAHRAOUI DOUMA FATIHA, mon exemple éternel symbole d'amour de fidélité d'amitié de joie de confiance et d'espoir.

A ma grande mère qu'est toujours gravé dans ma mémoire, que Allah le puissant l'accorde son paradis éternel.

Aux personnes qui m'ont toujours aidé et encouragé, qui étaient toujours à mes côtés, et qui m'ont accompagnaient durant mon chemin d'études, tous les membres de la famille SAIAH KOUCHIH sans oublier la famille BOUZAR,

A mes sœurs de cœur et collègues d'étude, mes meilleurs HOUDA et SIHEM.

Aux personnes dont j'ai bien aimé la présence dans ce jour mes aimables amies d'enfance: ma cousine ZOÛRA, et Imane.

Aux mes collègues d'étude : Aicha, Hadjer, Yasmine, Khadîdja, radia, et Kawther.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce travail soit possible, je vous dis merci.

Résumé :

Le cancer du sein occupe une place très importante parmi les cancers de la femme, il est l'un des cancers les plus rencontrés chez la femme algérienne et représente la première cause de mortalité chez la femme dans l'Algérie et le monde.

Les fréquences d'atteinte un cancer du sein varient selon plusieurs facteurs, tels que l'âge, les facteurs hormonaux, l'obésité, l'hérédité et d'autres facteurs connus.

Notre enquête a consisté en une étude descriptive transversale monocentrique de 93 cas à travers la consultation d'oncologie au niveau de service d'oncologie à la wilaya de Chlef au cours d'une période de 45 jours, entre Avril et Juin 2017. L'objectif principal de cette étude est de calculer la fréquence de cancer du sein chez les patients consultants au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj Chlef.

Il en ressort que la fréquence de cancer du sein chez les patients consultants est 45%, les patients les plus touchés sont âgées entre 36 ans et 45 ans, avec une moyenne d'âge de 53 ans, 46,2% des cas présentent une histoire familiale de cancer du sein, 45% des cas utilisent des contraceptifs hormonaux, le taux de femmes nullipares était de 26,2 % versus 73,8 %, et celui de l'allaitement était de 61 % versus 39 %. La durée moyenne d'allaitement est 27,9 mois. 11,87% de la population étudiée sont en surpoids, avec 40% des cas qui sont en ménopause. 40,5% des cas sont exposées à un tabagisme passif et uniquement 07% des cas de cette étude pratiquent la marche comme une activité physique avec une durée moyenne de 26,7 minutes avec une fréquence occasionnelle qu'est considérée comme un facteur protecteur.

Mots clés : cancer du sein, épidémiologie, fréquence, facteurs de risque, wilaya de Chlef,

Liste des tableaux

Tableau n°01	survie au cancer du sein selon les stades du cancer (société canadienne du cancer)	24
Tableau n°02	répartition des cas selon le sexe	32

Liste des figures

Figure n°01	Profil de mortalité par cancer en Algérie	07
Figure n°02	évaluation de la mortalité par cancer standardisée selon l'âge en Algérie	07
Figure n°03	l'incidence du cancer en Algérie	07
Figure n°04	répartition des différents types des cancers féminins, service d'oncologie l'EPH les sœurs Bedj Chlef	08
Figure n°05	la structure du sein	09
Figure n°06	les symptômes de cancer de sein.	11
Figure n°07	localisation de cancer du sein : lobulaire, canalaire invasif, canalaire non invasif	17
Figure n°08	progression d'une tumeur du carcinome in situ vers un carcinome invasif	17
Figure n°09	carcinome invasif : canalaire et lobulaire	18
Figure n°10	comparaison entre : tissu sein, cancer in situ et cancer invasif	18
Figure n°11	les types de cancers consultés dans le service d'oncologie	30
Figure n°12	répartition des cas consultés au niveau de service d'oncologie durant la période de stage selon le sexe et le type de cancer	31
Figure n°13	la répartition des cas de cancer du sein selon le type de cancer chez les femmes	31
Figure n°14	la répartition des cas de cancer du sein selon le type de cancer chez les femmes	31
Figure n°15	répartition des cas de cancer du sein selon le sexe	32
Figure n°16	répartition des cas de cancer du sein selon les tranches d'âge	32
Figure n°17	répartition des cas de cancer du sein selon l'état civil	33
Figure n°18	répartition géographique des cas de cancer du sein dans la wilaya de Chlef	33
Figure n°19	répartition des cas de cancer du sein selon la profession	34
Figure n°20	répartitions des cas selon le niveau intellectuel	34
Figure n°21	répartition des cas de cancer du sein selon le stade de la maladie	35
Figure n°22	répartition des cas de cancer du sein selon la localisation de la métastase	35
Figure n°23	répartition des cas selon la présence d'une maladie mammaire bénigne	36

Figure n°24	la répartition des cas de cancer du sein selon des antécédents familiaux	36
Figure n°25	la répartition des antécédents familiaux selon le type de cancer	37
Figure n°26	la répartition des cas de cancer du sein selon l'indice de la masse corporelle	37
Figure n°27	répartition des cas de cancer du sein selon la présence de la ménopause	38
Figure n°28	répartition des cas de cancer du sein selon la parité	38
Figure n°29	répartition des cas de cancer du sein selon l'âge à la première grossesse à terme	39
Figure n°30	répartition des cas de cancer du sein selon l'utilisation de contraception	39
Figure n°31	répartition des cas de cancer du sein selon les types de contraception utilisés	40
Figure n°32	répartition des cas de cancer du sein selon la durée d'utilisation de contraception	40
Figure n°33	représentation des types d'allaitements utilisés par les patientes	41
Figure n°34	la durée d'allaitement naturelle des patientes	41
Figure n°35	répartition des cas de cancer du sein selon les circonstances de découverte	42
Figure n°36	pourcentage des malades qui ont fait la biopsie	42
Figure n°37	répartition des cas de cancer du sein selon le délai de diagnostic	43
Figure n°38	répartition des cas de cancer du sein selon le type de la chirurgie	43
Figure n°39	répartition des cas de cancer du sein selon les traitements adjuvants	44
Figure n°40	répartition des cas de cancer du sein selon la survie de la maladie	44
Figure n°41	répartition des cas de cancer du sein selon la pratique d'activité physique	45
Figure n°42	répartition des cas de cancer du sein selon le tabagisme passif	45
Figure n°43	répartition des cas selon la fréquence de la consommation des viandes	46
Figure n°44	répartition des cas selon la fréquence de la consommation des fruits et légumes	46

Liste des abréviations :

AES L'auto-examen des seins

BRCA1 : Breast cancer 1 (cancer du sein 1).

BRC2 : Breast cancer 2 (cancer du sein 2).

CA : curage axillaire.

CHU : centre hospitalier universitaire

CTN : chimiothérapie néoadjuvante.

EPH : établissement public hospitalier

EPIC : european prospective investigation into cancer

GS : ganglion sentinelle.

HER² : human epidermal growth factor receptor 2 (récepteur au facteur de croissance épidermique humain 2)

IHC : Immunohistochimie.

IMC : indice de la masse corporelle

MPA : Medroxyprogesterone acetate

NOWAC Norwegian Women and Cancer

NSWLH Norvégian-Swedish womens' life style and health

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

pN1mi : micrométastases.

pNO (i+) : pas de métastase ganglionnaire à l'histologie, IHC positive.

pNO (mol+) : pas de métastase ganglionnaire à l'histologie, technique mol positive.

pTNM : Tumor Node Métastasis post-opératoire.

RE- : Récepteurs à l'œstrogène négatifs.

RR : risque relatif

SBR : Scarff Bloom et Richardson.

SPSS : statistical package for the social sciences

THS : traitement hormonal substitutif

TNM : Tumor Node Métastasis.

Table des matières

Résumé	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction.....	2
Revue bibliographique sur le cancer du sein	
A. Epidémiologie.....	5
1 Mondiale.....	5
2 En Algérie.....	6
3 Wilaya de Chlef.....	8
B. Généralité sur le cancer du sein.....	9
1 Anatomie du sein.....	9
2 La structure de la grande mammaire.....	10
3 Les signes d'appel.....	10
4 Diagnostic.....	11
4.1. Clinique.....	11
4.1.1. L'interrogatoire.....	11
4.1.2. L'examen clinique.....	11
4.2. Examen complémentaire.....	12
4.2.1. Radiologie.....	12
4.2.2. Cytoponction.....	13
5 Les facteurs de risque.....	13
5.1. L'âge.....	13
5.2. L'exposition à l'hormone œstrogène endogène.....	13
5.3. Les antécédents familiaux.....	14
5.4. Les mastopathies à risque.....	15
5.5. Les facteurs nutritionnels.....	15
6 L'anatomie pathologique.....	15
6.1. Type histologique.....	15

6.2.	Classification de l’OMS.....	16
6.2.1.	Carcinome non invasif.....	16
6.2.2.	Carcinome invasif.....	17
6.2.3.	La maladie de Paget du sein.....	19
6.2.4.	Les sarcomes.....	19
6.2.5.	Les tumeurs phyllodes malignes.....	19
6.2.6.	les hémato sarcomes et les mélanomes de la glande mammaire.....	19
6.2.7.	Les tumeurs secondaires.....	20
7	La classification du stade.....	20
8	Le traitement.....	21
8.1.	Traitement chirurgical.....	21
8.1.1.	Traitement conservateur.....	21
8.1.2.	La mastectomie.....	21
8.1.3.	Le curage ganglionnaire.....	22
8.2.	Les traitements adjuvants.....	22
8.2.1.	La radiothérapie adjuvant.....	22
8.2.2.	La chimiothérapie.....	22
8.2.3.	L’hormonothérapie.....	23
8.3.	Le traitement néoadjuvant.....	23
9	Survie.....	23
10	La prévention.....	24

Partie pratique : étude épidémiologique

1.	Objectifs.....	27
1.1.	Objectif principal.....	27
1.2.	Objectifs secondaires.....	27
2.	Matériels et méthodes	27
2.1.	Types et période d’enquête.....	27
2.2.	La population étudiée.....	28
2.2.1.	Critères d’inclusion.....	28
2.2.2.	Critères d’exclusion.....	28
2.3.	Collecte des données.....	28
2.4.	Plan d’analyse.....	29

3. Analyses des données.....	30
3.1. Caractéristique de la population étudiée.....	30
a. La répartition selon les différents types de cancer dans le service d'oncologie.....	30
b. La répartition des différents types de cancer selon le sexe.....	31
3.2. Cancer du sein et facteurs de risque.....	31
a. Répartition des types de cancer chez les femmes consultés.....	31
b. Le sexe.....	32
c. L'âge.....	32
d. L'état civil.....	33
e. L'adresse.....	33
f. Profession	34
g. Niveau intellectuel.....	34
h. Stade de la maladie.....	35
i. Les antécédents mammaires bénins.....	36
j. Antécédents tumoraux familiaux.....	36
k. L'indice de la masse corporelle.....	37
l. ménopause.....	38
m. Parité.....	38
n. L'âge à la première grossesse	39
o. Utilisation de contraception.....	39
p. L'allaitement.....	41
q. Traitement de la ménopause.....	42
.	
3.3. Prise en charge.....	42
a. Circonstance de découverte.....	42
b. Biopsie.....	42
c. Délai entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale.....	43

d. Traitement.....	43
e. La survie.....	44
f. Les habitudes de vie.....	45
4. Discussion.....	48
Conclusion et recommandations.....	57
Références.....	59
Annexes	

Introduction

Le cancer est un problème majeur de santé publique dans le monde qui touche tout le monde – jeunes et vieux, riches et pauvres, hommes, femmes et enfants – et constitue une charge énorme pour les malades, les familles et les sociétés. Il s'agit de l'une des premières causes de mortalité dans le monde.

Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du poumon (avec 1,8 million de cas, soit 13,0 % du total), du sein (1,7 million de cas, ou 11,9% du total) et le cancer colorectal (1,4 million de cas, ou 9,7% du total).

A l'échelle mondiale, en 2015 les cinq types de cancer les plus meurtriers chez la femme : cancer de sein, cancer de poumon, cancer de colorectal, cancer de col de l'utérus, et le cancer de l'estomac.¹

En 2012, le fardeau mondial du cancer s'élève à 14,1 millions de nouveaux cas et à 8,2 millions de décès par cancer. Selon GLOBOCAN 2012, on estime à 14,1 millions le nombre de nouveaux cas de cancer et à 8,2 millions le nombre de décès liés au cancer survenus en 2012, par rapport à 12,7 millions et 7,6 millions en 2008, respectivement.

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) et le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans 140 des 184 pays couverts par GLOBOCAN dans le monde. Il représente maintenant un cancer sur quatre chez les femmes.²

Les incidences actuelles de cancer soient plus élevées dans les pays développés, l'impact le plus important de cette augmentation se verra certainement dans les pays en voies de développement qui seront plus durement frappés du fait du contrôle des maladies transmissibles et de l'augmentation de l'espérance de vie. Malheureusement, cette augmentation dans les taux d'incidence risquera d'être parallèle à ceux de la mortalité. En effet, non seulement ces pays ont généralement des budgets assez limités pour les soins de santé, mais en plus, ils ne disposent que rarement des connaissances et des structures nécessaires à la mise en place de politiques efficaces de lutte contre le cancer. De plus, les traitements anticancéreux sont onéreux et donc ne seront pas universellement disponibles.³

¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

²https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf

³ Dominique (F) et Mawadzoue (S) : *Cancers du sein (féminin) et du foie en Afrique de l'Ouest : Évolution temporelle de l'incidence et évaluation des facteurs de risque en Gambie et au Mali, thèse de doctorat, l'université Claude Bernard Lyon 1, 2011, P.11.*

Introduction

L'augmentation rapide du fardeau du cancer représentera ainsi un facteur de crise pour la santé publique et les systèmes de santé dans les pays en voie de développement ceux de l'Afrique en particulier. Le problème majeur pour la plupart des pays (indépendamment de leur niveau de développement) sera de réunir suffisamment de ressources pour assurer la prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique mais aussi d'assumer le coût des soins palliatifs pour tous les malades atteints de cancer. L'identification et le contrôle (via des campagnes de prévention intensives) des facteurs de risques (modifiables) tels que le tabagisme, les infections chroniques, la consommation excessive d'alcool, la vie reproductive, le mode alimentaire (obésité), certaines expositions liées au travail, l'exposition prolongée aux rayons ultra-violet du soleil, le manque d'activité sportive, ayant été clairement établis comme ayant un impact sur l'incidence des cancers, jouera un rôle important dans le contrôle de cette maladie. D'autres expositions aux des facteurs environnement spécialement ceux liés au travail pourraient également augmenter le fardeau du cancer en Afrique.⁴

En 2015, moins de 30% des pays à revenu faible indiquaient qu'ils étaient équipés de services de traitement à disposition du plus grand nombre, contre 90% des pays à revenu élevé.⁵

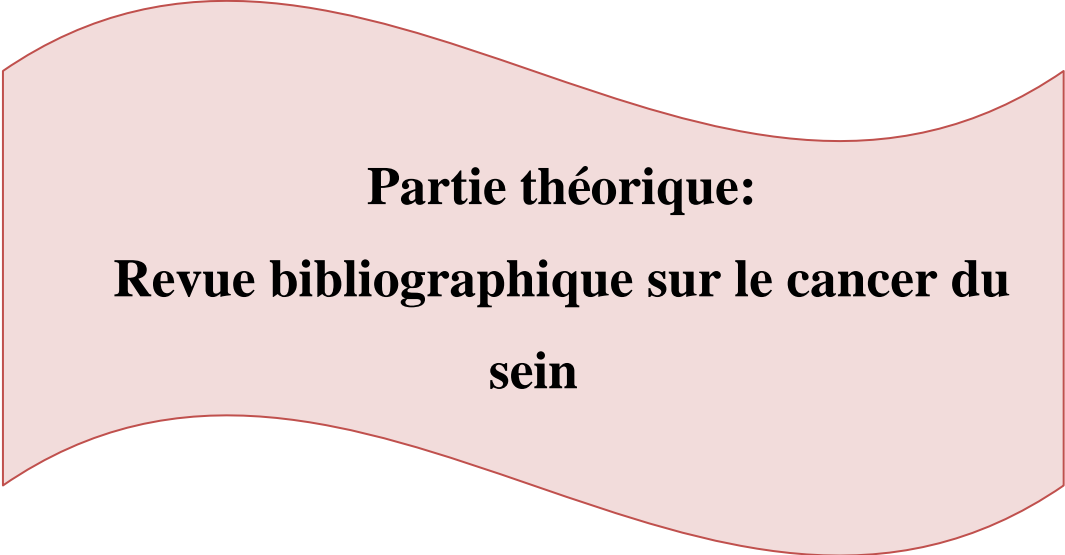
GLOBOCAN 2012 met au jour des tendances remarquables de cancer chez les femmes et montre que, au niveau mondial, la priorité doit être accordée aux mesures de prévention et de lutte contre les cancers du sein et du col utérin.⁶

⁴ Dominique (F) et Mawadzoue (S) : Cancers du sein (féminin) et du foie en Afrique de l'Ouest :

Évolution temporelle de l'incidence et évaluation des facteurs de risque en Gambie et au Mali, thèse de doctorat, l'université Claude Bernard Lyon 1, 2011, P.11.

⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

⁶ https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf



Partie théorique:
Revue bibliographique sur le cancer du
sein

A. **Epidémiologie**

1 **Mondiale**

Le cancer du sein est une préoccupation majeure de santé publique, il est le cancer le plus fréquent chez la femme et occupe le premier rang dans la plupart des pays. Chaque année, plus de 1 million de nouveaux cas apparaissent dans le monde, ce qui représente 30 % des nouveaux cas de cancers féminins dans les pays industrialisés – à l'exception du Japon – et environ 14 % dans les pays en développement. C'est aussi la première cause de mortalité par cancer chez les femmes dans le monde, avec 410 000 décès pour l'année 2002. Forte hausse des cancers du sein dans le monde entier 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein chaque année et en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Depuis les dernières estimations pour 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20%, et la mortalité de 14%.

Le cancer du sein est aussi l'une des principales causes de décès par cancer dans les pays les moins développés. C'est en partie parce que l'évolution des modes de vie est à l'origine d'une augmentation de l'incidence, mais aussi en partie parce que les progrès cliniques enregistrés contre la maladie ne profitent pas aux femmes vivant dans ces régions". Les tendances mondiales montrent plus généralement que dans les pays en développement en transition sociétale et économique rapide, la transition vers un mode de vie typique des pays industrialisés conduit à un fardeau croissant des cancers associés à des facteurs de risque génésiques, alimentaires et hormonaux. Bien que l'incidence soit en augmentation dans la plupart des régions du monde, il y a d'énormes inégalités entre les pays riches et les pays pauvres. Les taux d'incidence demeurent les plus élevés dans les régions les plus développées, mais la mortalité est beaucoup plus élevée relativement dans les pays pauvres, faute de détection précoce et d'accès aux traitements. En Europe occidentale, par exemple, l'incidence du cancer du sein est supérieure à 90 nouveaux cas pour 100 000 femmes par an, par rapport à 30 pour 100 000 en Afrique de l'Est.⁷

En revanche, les taux de mortalité dans ces deux régions sont presque identiques à environ 15 pour 100 000, ce qui pointe clairement le diagnostic tardif et une survie beaucoup moins bonne en Afrique de l'Est. Il est aujourd'hui urgent, pour mieux lutter contre le cancer, de développer des approches efficaces et abordables pour la détection précoce, le diagnostic et le traitement du cancer du sein chez les femmes vivant dans les pays les moins développés du

⁷ https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

monde, Il est primordial que les progrès réalisés ces dernières années dans les régions les plus développées du monde soient mis en œuvre pour faire reculer la morbidité et la mortalité⁸
En France, le cancer du sein est de loin le plus fréquent des cancers chez la femme. En 2008, il représente 35,7% des cancers féminins ; l'incidence est de 88,9 cas sur 100000 habitants; il est rare avant 25 ans une fréquence maximale entre 50 et 74 ans. Parallèlement, la mortalité ne s'est accrue que de 8% du fait des progrès des traitements et surtout du dépistage permettant un diagnostic à un stade plus précoce.⁹

2 En Algérie

Le cancer du sein occupe la première place chez la femme. Selon le professeur Bendib : sur une série de 683 cas, traités en 2003 au Centre Pierre et Marie Curie on a : 40,4% ont moins de 50 ans, 02% de femmes présentant un cancer du sein n'ont jamais eu d'enfant, 10% de l'ensemble des cancers sont familiaux. Selon le professeur Bouzid, Algérie a enregistré, en 2004, 30 000 nouveaux cas (sein féminin : 4 000 à 7 000 cas)¹⁰

En décembre 2009, le registre du cancer d'Oran enregistre un taux de cancer du sein de 47,8% de l'ensemble des tumeurs malignes de la femme, toutes localisations confondues. Il représente toujours le premier cancer féminin avec un taux d'incidence de 32,1% pour 100000. L'âge moyen de survenue est de 49,3±2,0 ans. Chez l'homme il est très rare et représente 0,7% avec une incidence de 0,5% POUR 100000. L'âge moyen de survenue est de 62,2ans ±1,6. Il occupe chez l'homme le 17 e rang.¹¹

Chaque année, 7500 cas de cancer du sein sont enregistrés avec environ 3500 décès enregistrés.¹²

En 2012, d'après l'OMS, le décès par le cancer de sein représente 25,8% de l'ensemble des autres cancers chez les femmes. (Figure n°01) avec une incidence de 8,177 cas et un taux de mortalité (standardisé selon l'âge) de 18 cas pour 100000 habitants (figure n°03 et 04)¹³

⁸ https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf

⁹ BRAHMI (KH), *Le cancer du sein*, TOME I, Alger, P.19.

¹⁰ MAHNANE (A) et HAMDI CHERIF (M), *épidémiologie de cancer du sein en Algérie, Sétif*, P. 14.

¹¹ BRAHMI (KH) : Op.cit. P.19

¹² MAHNANE (A) et HAMDI CHERIF (M) : Op.cit. P.13.

¹³ http://www.who.int/cancer/country-profiles/dza_fr.pdf?ua=1

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

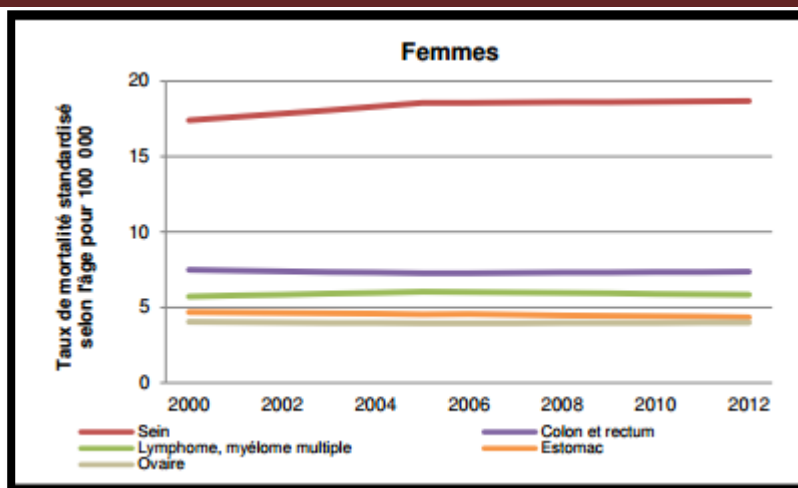


Figure n°01 : Profil de mortalité par cancer en algérie (source : OMS-profile des pays pour cancer 2014)

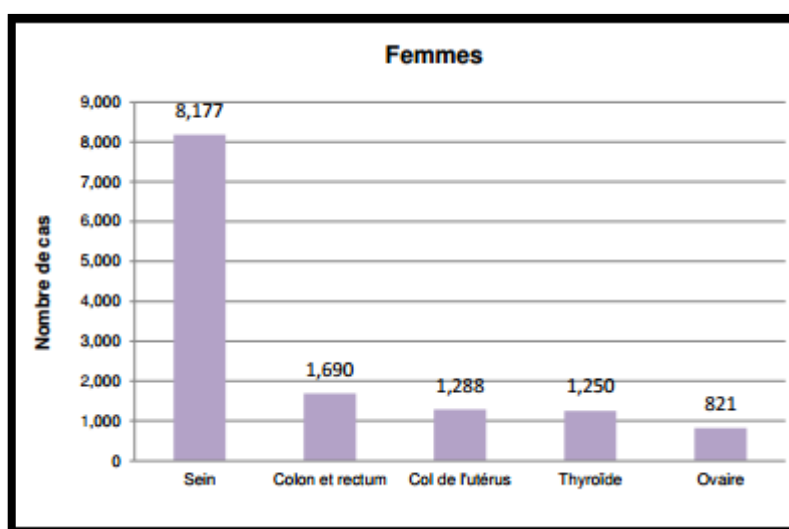


Figure n°02 : évaluation de la mortalité par cancer standardisée selon l'âge en algérie (source : OMS-profile des pays pour cancer 2014)

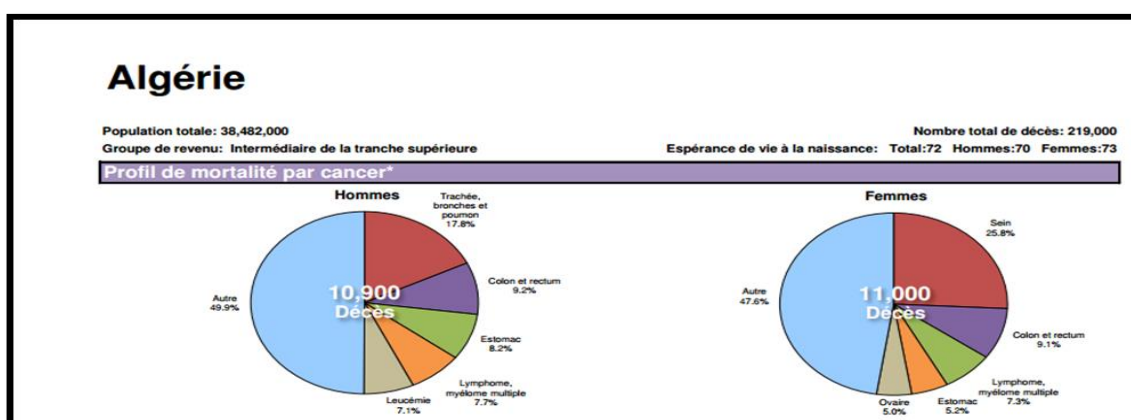


Figure n°03 : incidence du cancer en algérie (source : OMS-profile des pays pour cancer,2014)

3 Wilaya de Chlef :

en 2015, le cancer de sein représente 53% de l'ensemble des différents types de cancer chez la femme au service d'oncologie, l'EPH les sœurs Bedj, Chlef avec 167 cas et une mortalité de 12,5% par rapport aux autres types de cancer.¹⁴

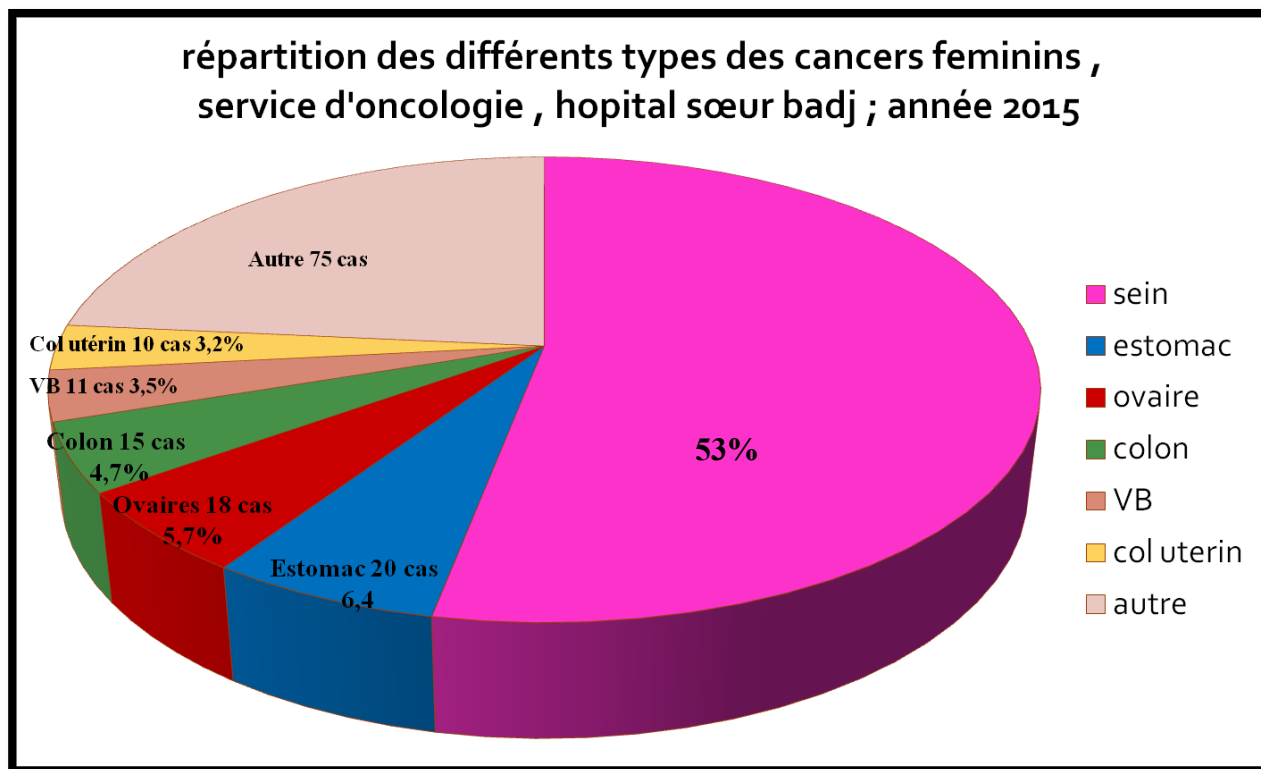


Figure n°04 : répartition des différents types des cancers féminins, service d'oncologie l'EPH les sœurs Bedj Chlef (BOUCHERDOUD (S), *Situation Epidémiologique Du Cancer Du Sein*, journée des sages-femmes 5mai, Chlef Mai 2016)

¹⁴ BOUCHERDOUD (S), *Situation Epidémiologique Du Cancer Du Sein*, journée des sages-femmes 5mai, Chlef Mai 2016.

B. Généralité sur le cancer du sein :

Cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases. Un cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Une femme sur onze développe un cancer du sein au cours de sa vie.¹⁵

1. anatomie du sein :

Chaque sein contient une glande mammaire et du tissu de soutien qui contient des vaisseaux, des fibres et de la graisse. Chacun des compartiments de la glande mammaire est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement. Les canaux transportent le lait vers le mamelon.

Le sein est parcouru de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques composent le système lymphatique qui aide notamment à combattre les infections.¹⁶

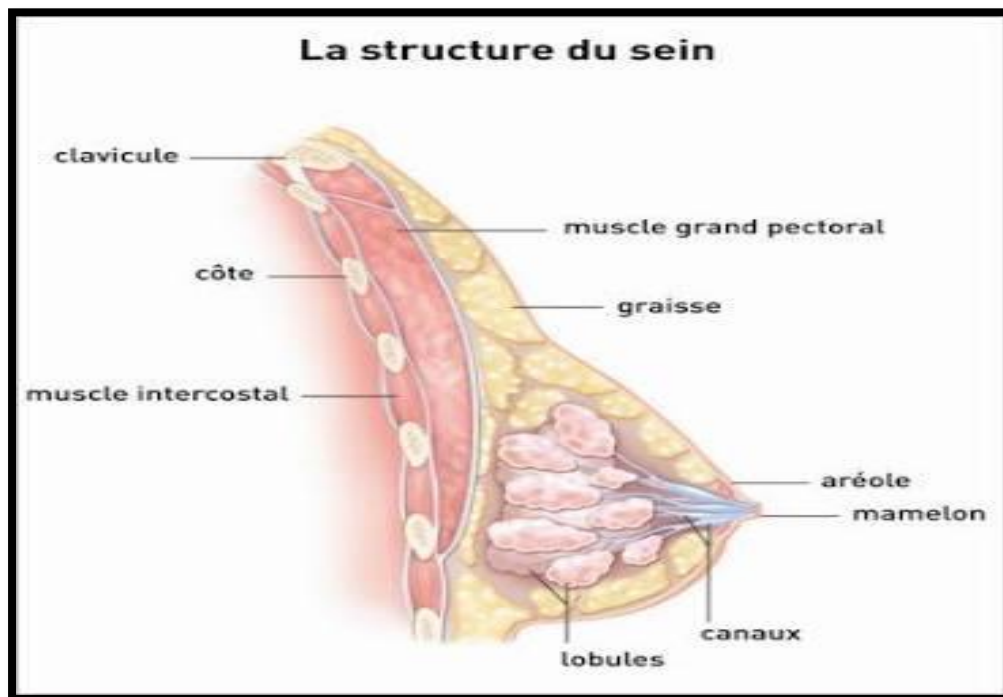


Figure n°05 : la structure du sein (Source : Institut national du cancer)

¹⁵ <http://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-cancer-sein-9270/>

¹⁶ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>

2. La structure de la glande mammaire :

L'arbre galactophorique comporte cinq à dix canaux principaux s'ouvrant par un orifice distinct au niveau du mamelon. Chacun de ces canaux se divise jusqu'à l'unité terminale ductulobulaire. Les canaux et les lobules sont tapissés d'une double couche cellulaire, l'une interne constituée des cellules épithéliales cylindriques, l'autre externe faite de cellules myoépithéliales.¹⁷

3. Les signes d'appel :

Il est caractérisé par plusieurs signes on cite :

- Une boule dans un sein : une boule ou une masse dans un sein est le signe le plus couramment observé. Cette masse, en général non douloureuse, est le plus souvent de consistance dure et présente des contours irréguliers. Elle apparaît par ailleurs comme fixée dans le sein.
- Des ganglions durs au niveau de l'aisselle : une ou plusieurs masse(s) dures à l'aisselle signifient parfois qu'un cancer du sein s'est propagé aux ganglions restant toute indolores.
- Des modifications de la peau du sein et du mamelon :
La peau du sein peut devenir capitonnée (et prendre l'aspect d'une peau d'orange) ou plissée. Le mamelon peut pointer vers l'intérieur, alors qu'habituellement, il est dirigé vers l'extérieur. Le sein peut se déformer et perdre de son galbe, des rides peuvent apparaître. La peau du sein peut être rouge, écorchée (ulcérée), recouverte de croûtes et celle du mamelon peut se mettre à peler.
Un écoulement d'un seul mamelon peut être le signe de cancer du sein, en particulier s'il se manifeste sans qu'il n'y ait de compression du mamelon et s'il contient du sang ou s'il est verdâtre.
- Un changement de la taille ou de la forme du sein : une rougeur, un œdème et une chaleur importante au niveau du sein inflammatoire.¹⁸

¹⁷ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.67.

¹⁸ <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/symptomes>

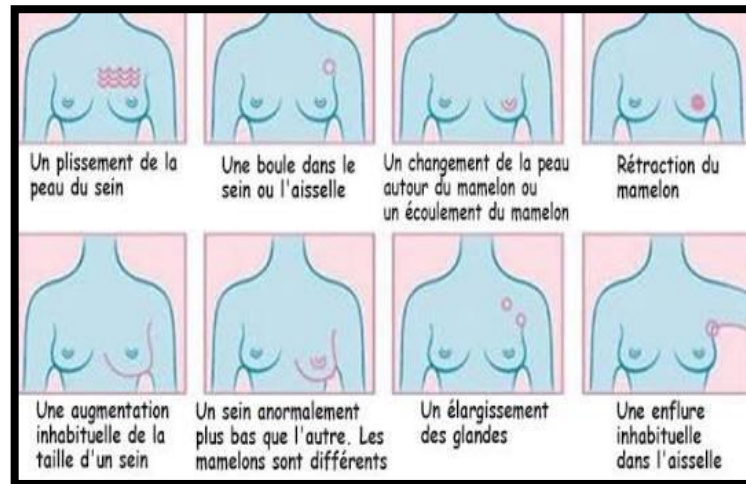


Figure n°06 : les symptômes de cancer du sein¹⁹

4. Diagnostic :

4.1. Clinique :

4.1.1. L'interrogatoire :

- Permet de préciser les signes d'appel qui sont variables :
- Grosse tumeur, ulcère.
- Déformation de sein.
- Ecoulement mamelonnaires sanglant.
- Rétraction du mamelon.
- Grosseur découverte fortuitement au niveau du sein. L'interrogatoire précisera les facteurs de risque et appréciera son évolutivité.²⁰

4.1.2. L'examen clinique :

Se fait sur une patiente torse nu, en bonne lumière en position assiste bras pendants de face puis bras levés.

A l'inspection :

On recherchera :

- Une asymétrie, une voussure mammaire, une fossette (méplat) d'attraction cutanée
- Une ulcération dans les cas avancés
- Des signes inflammatoires

¹⁹ http://www.buzzsenegal.com/Saviezvous/signes-visibles-et-caches-de-cancer-du-s_n_5694.html

²⁰ BENZIDANE (N), *Cancer du sein diagnostic et traitement*, Alger, P.09, 10.

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

- Rétraction du mamelon
- Un aspect eczématiforme du mamelon évoquant une maladie de Paget.

La palpation :

- A pour but de définir l'existence de formation tumorale dissociable du reste de la peau, au mamelon ou au plan profond et sa localisation.
- On examinera le creux axillaire homolatéral et le creux sus-claviculaire à la recherche d'adénopathies.
- Au terme de cet examen clinique nous dégagons des éléments de présentation en faveur de la bénignité ou bien de la malignité que nous renforçons par les examens complémentaires.²¹

4.2. Examens complémentaires :

4.2.1. Radiologie :

La mammographie est le meilleur des examens d'imagerie du sein, elle joue un rôle important dans le diagnostic et chaque étape du traitement locorégional et pour la surveillance.

a. Les opacités tumorales :

- Opacités stellaires : avec des prolongements en rameaux dans le parenchyme adjacent, parfois un seul prolongement peut réunir la zone stellaire au mamelon. Ce sont des tumeurs fibreuses de types squirreux.
- Opacité spéculée : nodulaire, de taille variable, dense à contours réguliers ou finement irrégulière et nettement définie. Ce type d'image peut être trouvé dans des tumeurs bénignes (kystes et adénofibromes) et des tumeurs malignes : carcinome médullaire, carcinome kystisé ou associé à un adénofibromes, sarcome, métastase et adénopathie intra-mammaire.

b. Les calcifications :

Les microcalcifications essentiellement siégeant souvent dans les lobules adjacents de la zone suspecte soit à l'intérieur d'un foyer carcinomateux. Les microcalcifications vermiculaires et les microcalcifications punctiformes irrégulières correspondant toujours à des épithéliomas.

La mise en évidence des microcalcifications groupées, punctiformes, régulières ou de microcalcifications trop ténues pour que l'on puisse apprécier leur morphologie, nécessite une exérèse. Le risque de malignité est de 2/3.²²

²¹ BENZIDANE (N), Cancer du sein diagnostic et traitement, Alger, P.10

²² Ibid. P.11

c. Autres signes :

Un halo clair d'œdème péri-tumoral, un épaississement localisé, une rétraction cutanée.

La mammographie précise l'étendue des lésions et ses dimensions. En agrandissement elle explore mieux les spicules, analyse mieux les microcalcifications et décèle des micro-foyers plus nombreux.

4.2.2. Cytoponction :

Trouve essentiellement son application dans deux types de matériels soit le produit des ponctions, soit les liquides d'écoulement mamelonnaire. Elle fait partie du triplet diagnostique associant l'examen clinique et la mammographie, permet d'identifier 99% des tumeurs malignes du sein.

Cette fiabilité diagnostique repose sur une parfaite connaissance de la ponction et sur une technique de la ponction et sure une interprétation rigoureuse des frottis par un observateur entraîné.²³

Il est nécessaire de faire un bilan d'extension qui comprend :

- Un telethorax, l'électrocardiographie
- Une scintigraphie osseuse
- Une échographie hépatique
- Avec, éventuellement, des radiographies centrées sur les zones hyperfixantes

Sur le plan biologique, un bilan dit "standard" (une formule de numération sanguine, l'urée et la créatinémie, la coagulation,) est réalisé en préopératoire.²⁴

5. Les facteurs de risque

5.1. L'âge :

Le cancer du sein est plus fréquent chez les personnes âgées. L'âge constitue un facteur de risque aussi bien pour les récurrences locales que pour l'évolution métastatique. Les femmes de moins de 35ans ont un risque quatre fois plus élevé de récurrence locale que les femmes de plus de 55ans.²⁵

5.2. L'exposition à l'hormone œstrogène endogène :

Les antécédents personnels de cancer de l'ovaire ou de l'endomètre, une puberté précoce et une ménopause tardive augmentent le risque de cancer du sein. En ce qui concerne la vie

²³ BENZIDANE (N), Cancer du sein diagnostic et traitement, Alger, P.11

²⁴ Ibid. P.14

²⁵ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.19

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

reproductive, une première grossesse tardive ou la nulparité, augmentent le risque de cancer du sein. Le risque de cancer du sein est réduit de 26% chez les femmes qui ont au moins un enfant par rapport aux nullipares ; il diminue d'environ 7% par enfant. Il est diminué de 40% chez les femmes ayant un enfant avant 30ans.

Chez les femmes pré ménopausées, l'œstrogène endogène est produit à 60% par les ovaires (sous forme d'estradiol).et à 40% par les glandes surrénales (sous forme d'estrone). Après la ménopause et l'atrophie des ovaires, l'hormone œstrogène continue à être produite au niveau du tissu graisseux sous l'action des glandes surrénales.

Les contraceptifs oraux entraînent une augmentation du risque de cancer du sein de 24% chez les femmes de 15 à 45ans. Le traitement substitutif de la ménopause augmente le risque de cancer du sein. Ce risque augmente avec la durée du traitement, diminue à l'arrêt du traitement et disparaît quelques années après son arrêt.²⁶

5.3. Les antécédents familiaux :

Dans une proportion de 1 à 2% de ces cancers, il existe un gène de prédisposition BRCA1 et BRCA2. Les femmes qui portent le gène BRCA1 ou BRCA2 sont prédisposées à des cancers de haut grade, avec des traits histologiques médullaires atypiques et ont des récepteurs à estrogènes négatifs (RE-). Les informations sur le risque de cancer chez les femmes porteuses de mutations génétiques sont actuellement basées sur des données limitées obtenues à partir d'analyses rétrospectives de familles.

En ce qui concerne l'histoire familiale, les situations qui sont retenues sont celles dont la probabilité de prédisposition génétique est d'au moins 25%. Ces situations représentent les cas suivants : au moins 3 cas de cancer du sein et/ou un cancer de l'ovaire unis par un lien de premier degré, au moins 2 cas de cancer du sein de premier degré dont un diagnostiqué avant 40ans et l'autre avant 70ans, au moins 1 cas de cancer du sein et un cas de cancer de l'ovaire chez deux femmes apparentées de premier degré.²⁷

Dans la littérature, on rencontre plusieurs types de classification des risques. Celle utilisée dans cet article fait référence au document publié par le National Institute for Health and Clinical Excellence NICE8. Le niveau de risque est fonction du degré de parenté, de l'âge au moment du diagnostic, du nombre de personnes atteintes ainsi que du type de cancer.

²⁶ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.20

²⁷ Ibid. P.20

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

- Risque normal. Nonante quatre pourcent (94%) des femmes se situent dans ce niveau de risque : absence d'antécédent de cancer du sein dans la famille ou un seul membre de la famille du premier ou du deuxième degré atteint d'un cancer du sein après l'âge de 40 ans.²⁸
- Risque accru. Cinq pourcent (5%) des femmes se situent dans ce niveau de risque : si un membre de la famille, du premier degré, a eu un cancer du sein avant l'âge de 40 ans ou si plusieurs membres de la famille ont été atteints d'un cancer du sein après 50 ans.
- Risque fortement accru. Un pourcent (1%) des femmes se situent dans ce niveau de risque : si plusieurs membres de la famille ont été atteints d'un cancer du sein et/ou d'autres cancers, en particulier dans le jeune âge.²⁹

5.4. Les mastopathies à risque :

Les mastopathies à risque sont les mastopathies hyperplasiques proliférantes avec une atypie cellulaire. Les lésions bénignes élémentaires du sein constituent un ensemble hétérogène de lésions comprenant :

La mastose sclérokystique, les papillomes intracanaux, les lésions inflammatoires et les autres tumeurs bénignes du sein. Ces lésions sont très souvent intriquées pour former des combinaisons variées. L'identification de chaque lésion élémentaire sur un prélèvement mammaire constitue une des difficultés de la pathologie mammaire. Cette identification est importante car le risque de survenue de carcinome infiltrant varie d'un élément à un autre.³⁰

5.5. Les facteurs nutritionnels :

L'obésité, une alimentation calorique importante, une consommation élevée de graisses (totales ou saturées) et de protéines animales sont les principaux facteurs de risque évoqués, en rapport avec des taux élevés d'œstrogènes. En revanche, une consommation élevée de vitamines, de légumes verts et de fruits diminuerait le risque. Ces facteurs nutritionnels expliqueraient que le cancer du sein est beaucoup plus fréquent dans les pays industrialisés (Amérique du nord, Europe) que dans ceux en voie de développement.³¹

6. L'anatomie pathologique :

6.1. Type histologique :

C'est l'un des facteurs importants pour déterminer le pronostic de la maladie.

²⁸ https://www.ccref.org/old/pdf/RMG306_12_19.pdf

²⁹ https://www.ccref.org/old/pdf/RMG306_12_19.pdf

³⁰ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.20

³¹ Ibid. P.21

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

La grande majorité des épithéliomas mammaires sont d'origine glandulaire (les adénocarcinomes). Le rôle du grade histopronostique est maintenant largement admis pour les tumeurs carcinomateuses infiltrantes, le système le plus utilisé étant le grade de Scarff Bloom et Richardson (SBR). C'est un élément important qui permet une stadification pronostique nette des cancers du sein.³²

6.2. La classification

Selon l'extension de la tumeur, on doit d'emblée distinguer deux aspects, l'adénocarcinome infiltrant et l'adénocarcinome « in situ »

- Aspects macroscopiques :

On distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirrheuse et la forme encéphaloïde.

- Aspects microscopique :

6.2.1. Carcinome non invasif (in situ)^{33 34}

C'est une prolifération carcinomateuse qui se développe dans la lumière des canaux et des lobules, sans franchir la membrane basale, et qui ne donnent pas de métastases ganglionnaires. Ils représentent 4% des cancers du sein.

Selon leur origine au niveau de l'arbre galactophorique on distingue :

- les carcinomes lobulaires in situ, nés à partir de lobules
- les carcinomes canaux in situ (ou intracanaux) nés à partir des canaux galactophoriques.

Ce sont des tumeurs de pronostic très favorable, mais leur caractère multicentrique (70% pour les carcinomes lobulaires in situ et 75% pour les carcinomes canaux in situ) pose surtout des problèmes thérapeutiques.³⁵ (Fig. n°07, 08)

³² Ibid. P.67

³³ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.67

³⁴ Ibid. P.68

³⁵ BENZIDANE (N), Cancer du sein diagnostic et traitement, Alger, P.14

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

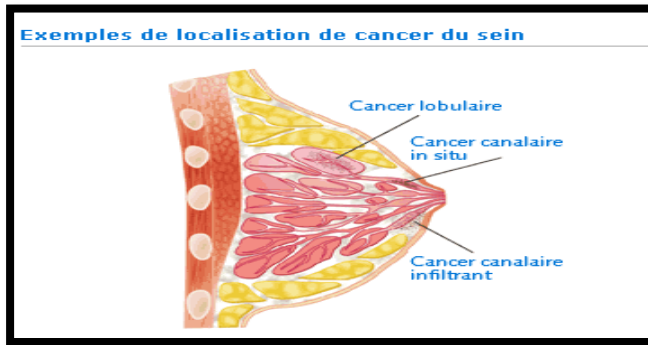


Figure n°07 : localisation de cancer du sein : lobulaire, canalaire invasif, canalaire non invasif

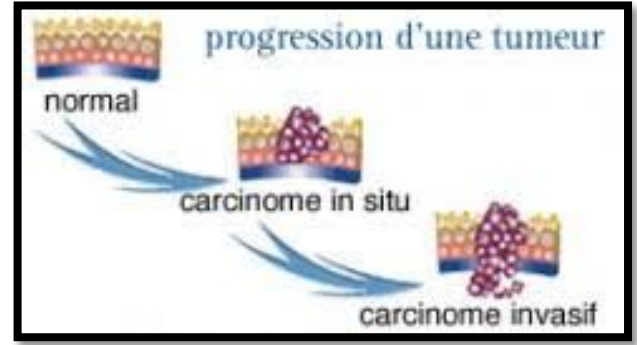


Figure n°08 : progression d'une tumeur du carcinome in situ vers un carcinome invasif

6.2.2. Carcinome invasif :

Dans le carcinome invasif, les cellules tumorales envahissent le tissu conjonctif et peuvent donner des métastases. Le cancer infiltrant, quelle que soit sa structure anatomopathologique, présente une tendance extensive vis-à-vis du tissu conjonctif. L'invasion lymphatique et ganglionnaire est prévisible et, en conséquence, le pronostic est réservé, (Fig.n°09, 10).

- Le carcinome canalaire infiltrant : est le cancer le plus fréquent, il représente 70 à 80% des cancers du sein. Il a le plus mauvais pronostic avec des métastases fréquentes aux ganglions ainsi qu'aux os, aux poumons, au foie et au cerveau.
- Le carcinome lobulaire infiltrant : est fréquent dans 5 à 10% des cancers du sein. Il n'y a pas de masse palpable mais un vague épaissement du tissu mammaire. Il donne des métastases fréquentes aux ganglions, aux méninges du cerveau et aux surfaces sereuses³⁶

³⁶ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.69

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

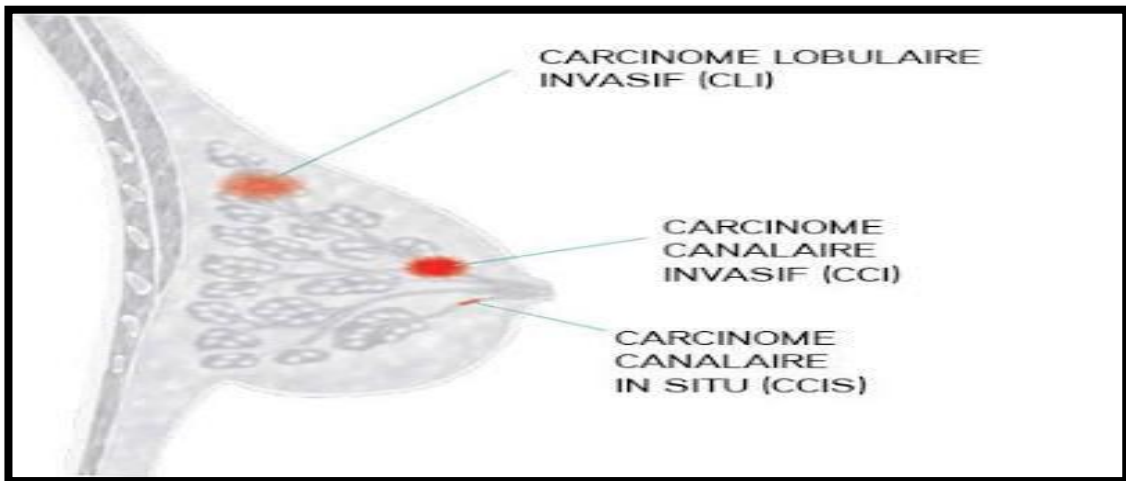


Figure n°09 : carcinome invasif : lobulaire et canalaire³⁷

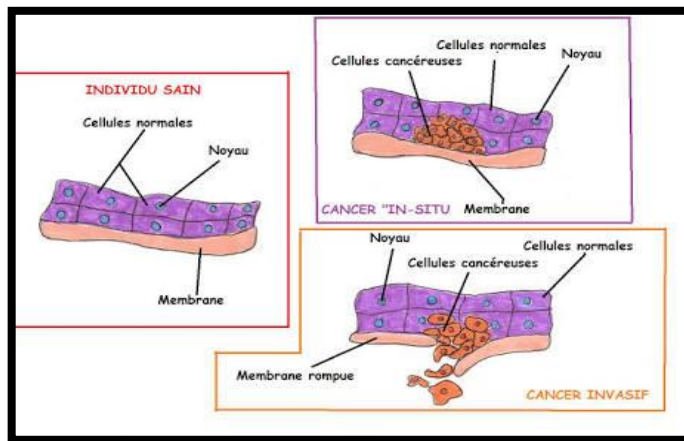


Figure n°10 : comparaison entre : tissu sein, cancer in situ et cancer invasif³⁸

- Les formes particulières :

Le carcinome colloïde ou mucineux est fréquent dans 2 à 4% des cancers du sein. Il rencontre chez les femmes poste-ménopausées. Son pronostic est meilleur que le carcinome canalaire infiltrant. Il s'agit d'une tumeur bien limitée, translucide et filant sous le bistouri.

Le carcinome tubulaire est fréquent dans 1 à 2% des cancers du sein. Il est souvent multicentrique, bilatéral avec une histoire familiale de cancer du sein. Les métastases

³⁷<http://www.montraitement-cancerdusein.fr/fr-FR/Personnalisation-de-votre-traitement/Diagnostic-de-votre-cancer-du-sein>

³⁸ <http://lecancerdusein-tpe.blogspot.com/>

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

ganglionnaires axillaires sont rares et le pronostic est meilleur que celui du carcinome canalaire infiltrant.

Le carcinome médullaire infiltrant est fréquent dans 5 à 8% des cancers du sein. Il survient plus fréquemment chez des femmes plus jeunes et pré-ménopausées. Son pronostic est souvent meilleur que celui du carcinome canalaire infiltrant. Son stroma est à prédominance lymphoplasmocytaire.

Les cylindromes ne présentent pas de spécificités cliniques particulières par rapport aux carcinomes habituels. Leur évolution serait plus favorable que celle des cylindromes qui sont situés ailleurs que dans le sein. Histologiquement, les lésions sont semblables à celles observées dans les cylindromes des glandes salivaires.³⁹

6.2.3. La maladie de Paget du sein :

La maladie de Paget est fréquente dans 1 à 4% des cancers du sein. Elle se présente cliniquement comme un eczéma chronique du mamelon avec une rougeur, une croûte et un écoulement mamelonnaire. Ces changements mamelonnaires cachent parfois un cancer canalaire sous-jacent qui peut être un carcinome in situ ou invasif. Une masse est palpable dans 50 à 75% des cas.

6.2.4. Les sarcomes :

Ils constituent une seconde variété de tumeur maligne du sein. Ils peuvent naître soit directement du tissu conjonctif de la glande mammaire soit indirectement à partir du contingent mésenchymateux d'une tumeur bénigne préexistante.⁴⁰

6.2.5. Les tumeurs phyllodes malignes :

Ce sont des sarcomes mésenchymateux développés à partir d'une tumeur phyllode bénigne. Elles peuvent être de type fibro sarcomateux le plus souvent ou exceptionnellement liposarcomateux ou angiosarcomateux. Par rapport à la tumeur d'origine, la composante mésenchymateuse prend le pas sur la composante épithéliale qui s'efface, laissant parfois subsister seulement quelques tubes témoins en périphérie.

6.2.6. les hémato sarcomes et les mélanomes de la glande mammaire :

Ils sont très rares et ne diffèrent pas de ceux apparus dans d'autres localisation.

³⁹ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.72

⁴⁰ Ibid. P.73

6.2.7. Les tumeurs secondaires :

Elles sont exceptionnelles. En dehors des localisations secondaires d'hémato sarcomes, on peut retenir quelques exceptions : le carcinome rénal, le carcinome vulvaire, le carcinome gastrique et l'ostéosarcome.⁴¹

7. La classification du stade :

La classification du stade ou l'extension de la tumeur suit un code standard international, représenté par la classification TNM (Tumor Node Métastasis). Les trois lettres symbolisent la propagation de la maladie sur le site de la tumeur primitive (T), dans les ganglions lymphatiques régionaux (N) ainsi qu'à distance pour d'éventuelles métastases(M). Chaque lettre est affectée d'un coefficient.

La technique du ganglion sentinelle (GS) a induit la mise en évidence d'éléments du stade ganglionnaire, que l'étude conventionnelle du curage axillaire complet n'aurait pas permis, grâce à l'analyse histologique approfondie des GS sur coupes sériées, couplée à des méthodes d'IHC, voire de biologie moléculaire. Ainsi, la classification TNM a été améliorée avec des nouvelles données post-opératoires concernant l'analyse des GS et nommée pTNM, le préfixe « p » signifiant que la classification est post-opératoire.

La classification pTNM est identique à la classification TNM en ce qui concerne les données sur la tumeur primaire (T) et les métastases à distance (M) mais des données supplémentaires ont été rajoutées dans la section des adénopathies régionales (N).

La détection de cellules tumorales isolées est maintenant classée dans une nouvelle catégorie pN0 (i+), définie comme des amas cellulaires tumoraux de moins de 0,2mm de diamètre, marqués en IHC mais non détectés en HES.⁴²

La classification TNM actuelle ne reconnaît pas la possibilité de détecter des cellules isolées ou micro-amas tumoraux de moins de 0,2mm en coloration standards, bien que cette circonstance soit régulièrement rencontrée en pratique courante.

Par extension, pour standardiser la classification, toute métastase dont la taille est inférieure à 0,2mm, détectée en IHC et/ou en HES, est actuellement classée dans la catégorie pN0 (i+). Les métastases découvertes en biologie moléculaire sont classées pN0 (mol+).⁴³

⁴¹ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.73

⁴² Ibid. P.89

⁴³ Ibid. P.90

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

Les micrométastases sont définies comme des métastases de plus de 0,2mm et inférieures ou égales à 2mm. Elles sont classées pN1mi : N1 car elles sont considérées comme des métastases à part entière et le suffixe <mi> est utilisé pour micrométastases.

Concernant le cancer du sein, cette classification ne s'applique qu'aux carcinomes. Une confirmation histologique est donc nécessaire. En cas de tumeurs multiples dans le même sein, la tumeur ayant la classification T la plus élevée sera retenue.

Les cancers bilatéraux simultanés seront classés séparément pour permettre une codification par type histologique.⁴⁴

8. Le traitement :

Le traitement correct du cancer du sein a deux buts :

- D'une part il faut contrôler la tumeur primitive et les territoires ganglionnaires de drainage, c'est le traitement locorégional.
- D'autre part il faut traiter une éventuelle dissémination infra-clinique à distance, il s'agit alors du traitement adjuvant.

8.1. Le traitement chirurgical :

La chirurgie est essentielle au traitement des cancers du sein. Elle permet le contrôle local de la maladie, mais aussi d'établir des facteurs pronostiques. Le traitement chirurgical comprend le traitement de la tumeur (une mastectomie totale ou un traitement conservateur) et le traitement de l'aisselle (le prélèvement du ganglion sentinelle et/ou le curage ganglionnaire axillaire).⁴⁵

8.1.1. Le traitement conservateur :

Il est proposé devant une tumeur uni focale, non inflammatoire, de taille cohérente avec le volume mammaire dans la perspective d'un résultat esthétique satisfaisant en tenant compte des marges d'exérèse, chez une patiente sans contre-indication à la radiothérapie postopératoire.

8.1.2. La mastectomie :

Les mastectomies totales s'adressent aux tumeurs multicentriques, avec des lésions dans des quadrants différents, les lésions de carcinome canalaire in situ étendu, les cancers inflammatoires préalablement traités par chimiothérapie néoadjuvante, en cas de contre-

⁴⁴ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.90

⁴⁵ Ibid. P.97

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

indication à une radiothérapie (antécédents de radiothérapie thoracique, atteinte cardiovasculaire, insuffisance respiratoire).

8.1.3. Le curage axillaire :

Le curage axillaire (CA) est réalisé après le traitement mammaire. Les éléments vasculo-nerveux sont préservés et gardés sous contrôle de la vue. La dissection minutieuse de la pièce d'évidement axillaire a pour objectifs l'isolement du plus grand nombre de ganglions lymphatiques. Tous les ganglions d'un curage axillaire font l'objet d'une étude histologique comme fiable.⁴⁶

8.2. Les traitements adjuvants :

8.2.1. La radiothérapie adjuvant :

- La radiothérapie après une chirurgie conservatrice : Elle est considérée comme une arme thérapeutique majeure dans le cancer du sein. Après une chirurgie conservatrice, la radiothérapie adjuvant de la totalité de la glande mammaire est devenue un standard thérapeutique. Elle permet de réduire le taux de récurrences locales de plus de deux tiers.
- La radiothérapie après une chirurgie radicale : L'irradiation locorégionale post mastectomie est indiquée après la chirurgie à titre préventif afin de diminuer le risque de rechute locale et/ou régionale du cancer du sein.

La radiothérapie adjuvant est prescrite à raison de 4 à 5 séances par semaine pour une durée de 5 à 7 semaines selon la dose nécessaire pour chaque patiente.⁴⁷

8.2.2. La chimiothérapie adjuvant :

Une chimiothérapie adjuvant n'est pas proposée de façon systématique à toutes les patientes mais lorsque le cancer présente un risque de récurrence.

Le risque de récurrence dépend des caractéristiques du cancer et de l'âge de la patiente. On parle alors de facteurs pronostiques. Ces facteurs permettent l'indication d'un traitement médical adjuvant ou non. Il existe sept facteurs pronostiques, le nombre de ganglions axillaires envahis, le grade histopronostique de la tumeur, la taille de la tumeur, l'expression ou non des récepteurs hormonaux et de l'ongène HER2, la présence d'embolies vasculaires et l'âge inférieur à 35 ans qui est un facteur défavorable.⁴⁸

8.2.3. L'hormonothérapie :

⁴⁶ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.100

⁴⁷ Ibid. P. 107

⁴⁸ Ibid. P.108

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

Les cellules cancéreuses présentent des récepteurs hormonaux en excès. La tumeur est alors dite hormonosensible car les œstrogènes stimulent la prolifération cancéreuse par l'intermédiaire de ces récepteurs.

L'hormonothérapie est capable de prévenir une rechute du cancer du sein traité et de prévenir l'apparition d'un nouveau cancer de sein. Les traitements hormonaux agiront en diminuant le taux d'œstrogènes dans le sang, soit par les anti-aromatase qui empêchent la synthèse périphérique des œstrogènes soit en bloquant les récepteurs hormonaux d'œstradiol.

L'hormonothérapie permet d'obtenir des régressions tumorales et durables au prix d'effets secondaires mineurs (des bouffées de chaleur, la prise de poids et le risque de thrombose).⁴⁹

8.3. Le traitement néoadjuvant

- La chimiothérapie néoadjuvante : Dans les cancers du sein inflammatoires et localement avancés, non opérables d'emblée, la CTN représente un traitement de référence. Pour ces formes, le traitement locorégional exclusif est insuffisant du fait de la maladie micro métastatique occulte présente dès le diagnostic. Une CTN permet d'obtenir des réponses objectives élevées entre 65 et 100%, avec des taux de survie globale à 5 ans entre 40 et 50%. Dans les cancers du sein opérables, la CTN ne modifie pas la survie. Son seul intérêt est d'obtenir une diminution de la taille tumorale permettant une chirurgie conservatrice évitant la mastectomie totale, sans affecter les taux de rechutes à distance.

La CTN représente uniquement une alternative thérapeutique pour les patients opérables mais nécessitant une réduction tumorale pour traiter précocement la maladie micro métastatique, réaliser une chirurgie conservatrice, observer une réponse tumorale permettant de mieux anticiper l'impact thérapeutique.⁵⁰

9. Survie

Les statistiques de survie au cancer du sein sont des estimations très générales qui doivent être interprétées avec prudence. Puisqu'elles sont fondées sur l'expérience de groupes de personnes, elles ne permettent pas de prévoir les chances de survie d'une personne en particulier.⁵¹

⁴⁹ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.110

⁵⁰ Ibid. P.111

⁵¹ <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on>

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

Survie nette : elle représente la probabilité de survivre au cancer en l'absence d'autres causes de décès. Elle permet d'estimer le pourcentage de personnes qui survivront à leur cancer.

Au Canada, la survie nette après 5 ans pour le cancer de sein est de 87%, ce qui signifie qu'en moyenne, environ 87% des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein survivront au moins 5 ans.

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

Survie selon le stade : elle varie selon le stade du cancer du sein. En général, plus on diagnostique et on traite le cancer du sein à un stade précoce, meilleur est le pronostic. On ne dispose que de très peu de statistiques canadiennes spécifiques sur les différents stades du cancer du sein. Les renseignements suivants sont tirés de diverses sources et peuvent comprendre des statistiques provenant d'autres pays susceptibles de présenter des résultats similaires au Canada.⁵²

Tableau n°01 : survie au cancer du sein selon les stades du cancer (société canadienne du cancer)

stade	Survie relative après 5ans
0	100%
1	100%
2	93%
3	72%
4	22%

10. La prévention :

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 micrométastases. 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.⁵³

⁵² <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on>

⁵³ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.21

Revue bibliographique : généralité et épidémiologie de cancer du sein

On entend par dépistage l'identification, par un test de réalisation facile et peu coûteuse, de sujets atteints d'une affection donnée et qui sont apparemment en bonne santé. 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.

L'histoire naturelle du cancer du sein montre que pour chaque tumeur il existe une taille critique à partir de laquelle survient la dissémination métastatique. Si la patiente est traitée avant cette taille tumorale critique, elle n'aura pas de métastase ; en revanche, si le traitement est débuté au-delà de cette taille critique, des métastases se déclareront cliniquement après un délai plus ou moins long. Les calculs mathématiques montrent qu'une avance de douze mois au moment du traitement diminue de 30% le nombre de patientes qui auront des métastases.

Les moyens du dépistage se résument à :

- Deux méthodes cliniques : l'auto-examen des seins et l'examen médical
- Un seul moyen paraclinique, la mammographie.
 - a. L'auto-examen des seins (AES) est une méthode qui 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.
 - b. L'examen médical a une efficacité sur la réduction de la mortalité par cancer du sein 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.
 - c. La mammographie est actuellement le test de dépistage de choix. Deux clichés sont préférables pour le premier examen de dépistage.

L'efficacité du dépistage par mammographie à partir de 50ans a été démontrée par nombreux essais randomisés.⁵⁴

⁵⁴ BRAHMI (KH), Le cancer du sein, TOME I, Alger, P.22



Partie pratique:

Etude épidémiologique

1. Objectif

Le but de ce travail est de déterminer l'importance de cancer du sein parmi l'ensemble des patients consultants dans le service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.

1.1. Objectifs principaux

- Calculer la fréquence de cancer du sein chez les patients consultants au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.
- Identifier les facteurs de risques chez les patients qui présentent un cancer du sein au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.

1.2. Objectifs secondaires :

- Calculer la fréquence des différents cancers chez les patients consultants au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.
- Déterminer la tranche d'âge la plus touchée chez les patients qui présentent un cancer du sein au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.
- Identifier la région géographique la plus reconnue par le cancer du sein chez les patients consultants au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.

2. Matériels et méthode

2.1. Types et période d'enquête

C'est une étude épidémiologique descriptive transversale et monocentrique réalisée au niveau du service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF, s'étalant sur une période de 45 jours allant du 24 avril 2017 au 10 juin 2017. Cette étude comporte 93 patients interrogés avec un questionnaire rempli par l'enquêtrice à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF.

2.2. La population étudiée

La population choisie pour ce travail comporte tous les patients consultants pour un processus tumoral au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF dans une période allant du 24 avril 2017 au 10 juin 2017.

2.2.1. Critères d'inclusion :

Tout patient présente un cancer quel que soit le sexe, l'âge, ou moment du diagnostic et qui consulte au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF dans une période allant du 24 avril 2017 au 10 juin 2017

2.2.2. Critères d'exclusion :

- Les patients qui consultent pour des maladies bénignes.
- Les malades qui refusent de répondre au questionnaire.
- Les malades qui ont un rendez-vous dans cette période et qui ne se présentent pas.

2.3. Collecte des données:

Le recueil des données s'effectue par un questionnaire rempli par l'enquêtrice (voir annexe n° 02 et 03), certaines informations sont complétées à partir des dossiers des malades.

Pour la réalisation de ce travail, on a élaboré un questionnaire composé de deux fichiers:

- **le premier fichier** : intégrant tous les patients qui présentent des différents types de cancer et qui consultaient au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF dans une période allant du 24 avril 2017 au 10 juin 2017 pour un contrôle, avis médical ou programmation de la chimiothérapie.
- **Le seconde fichier** ne concernait que les malades pour lesquels le diagnostic de cancer du sein était posé à l'issue de la consultation au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj wilaya de CHLEF dans une période allant du 24 avril 2017 au 10 juin 2017.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Rédaction de questionnaire :

Le premier fichier contient deux parties :

- partie personnelle : nom, prénom, âge, adresse, niveau intellectuel, profession.
- Partie pathologie : antécédents familiaux, type de cancer, stade de la maladie, acte chirurgical. (Annexe n°02)

Le deuxième fichier relève les données suivantes :

- Antécédents médicaux.
- Facteurs de risque : IMC, antécédents familiaux, l'âge de mariage, contraception, l'allaitement, ménopause.
- La prise en charge
- Les habitudes de vie. (Annexe n°03).

2.4. Plan d'analyse :

Les différentes données recueillies étaient relatives aux :

- L'identification du patient : nom et prénom, le sexe, l'âge, l'adresse, niveau intellectuel, la profession, le poids et la taille.
- Les antécédents personnels et les antécédents familiaux.
- L'âge de mariage, l'utilisation la durée et le type de la contraception, ménopause, type et durée d'allaitement, l'âge de premier enfant.
- Circonstance de susception
- Les gestes chirurgicaux, la date d'intervention
- différents traitements néo-adjuvants,
- La chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, la date et l'établissement de chaque traitement.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

- Les habitudes alimentaires, tabagisme et l'activité physique.

La saisie des données des patients a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 24.

3. Analyses des données

3.1. Caractéristique de la population étudiée

Concernant la répartition selon l'âge et le sexe des cas de notre étude réalisée au niveau de service d'oncologie à l'EPH les sœurs Bedj Chlef, l'âge moyen des patients est de 57ans avec une médiane de 59 ans et des extrêmes de 17-90 ans, notre série est composée de 74% des femmes et 26% des hommes avec un sex-ratio de 0,34, soit une prédominance féminine.

a. La répartition selon les différents types de cancer dans le service d'oncologie

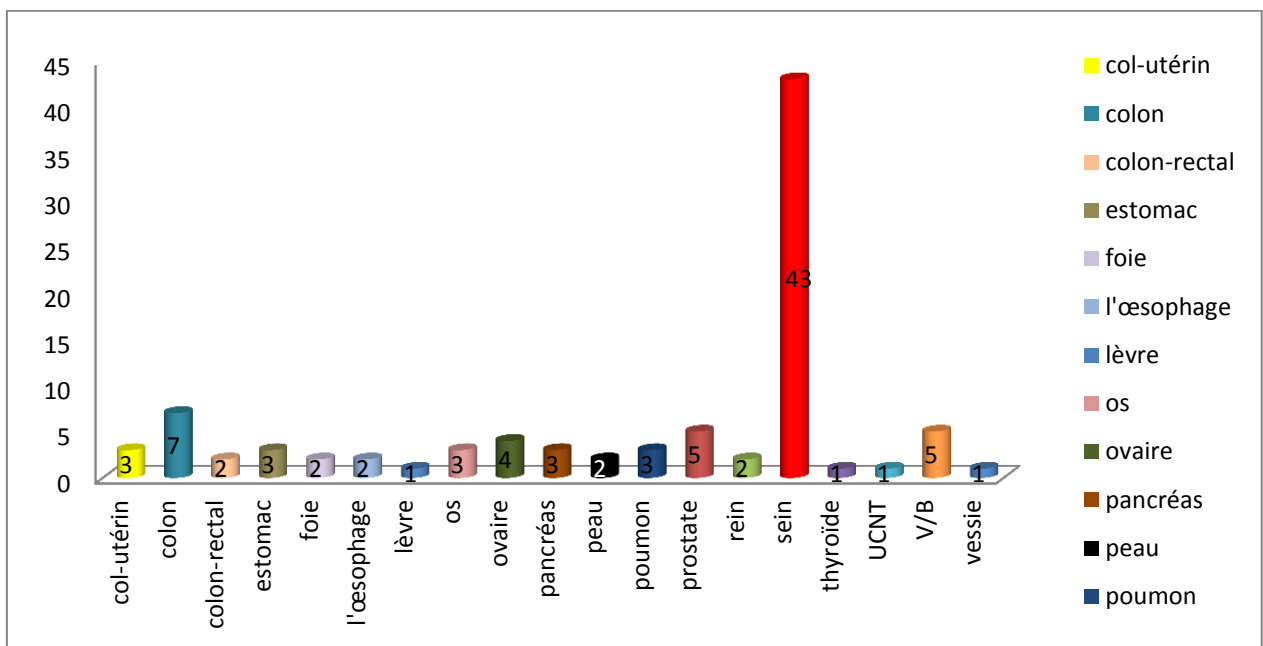


Figure n°11 : les types de cancers consultés dans le service d'oncologie

Dans la période allant de 24 avril au 10 Juin 2017, le service d'oncologie a reçu 93 malades pour la consultation dont 43 avaient cancer du sein.

b. la répartition des différents types de cancer selon le sexe

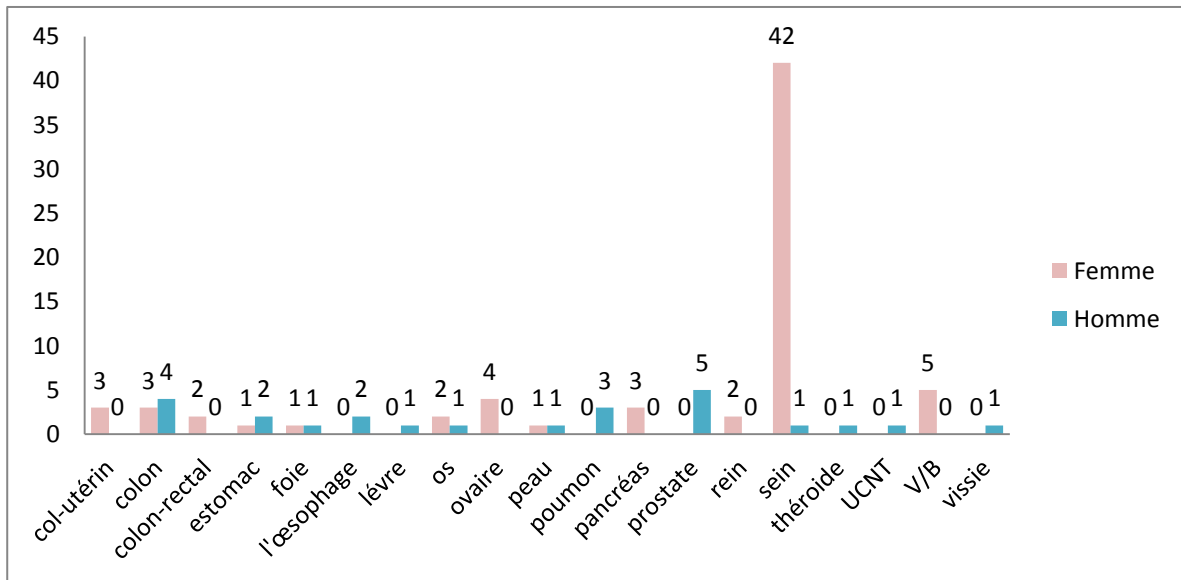


Figure n°12 : répartition des cas consultés au niveau de service d'oncologie durant la période de stage selon le sexe et le type de cancer

3.2. Cancer du sein et facteurs de risque

a. Répartition des types de cancer chez les femmes consultés :

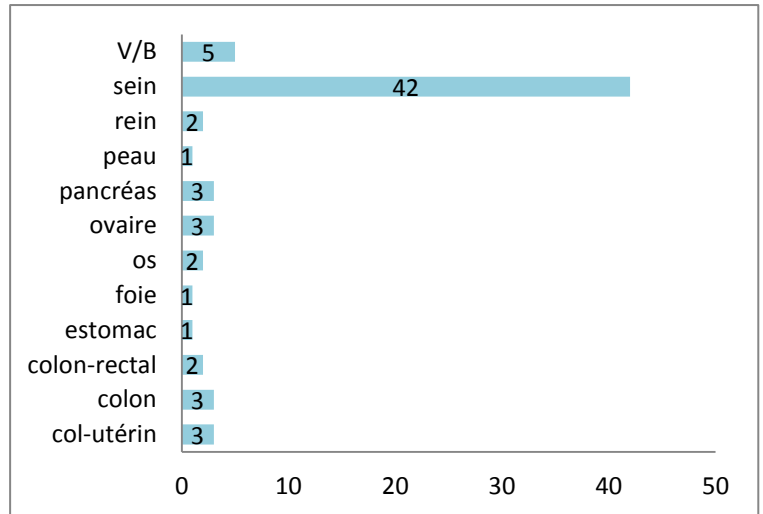
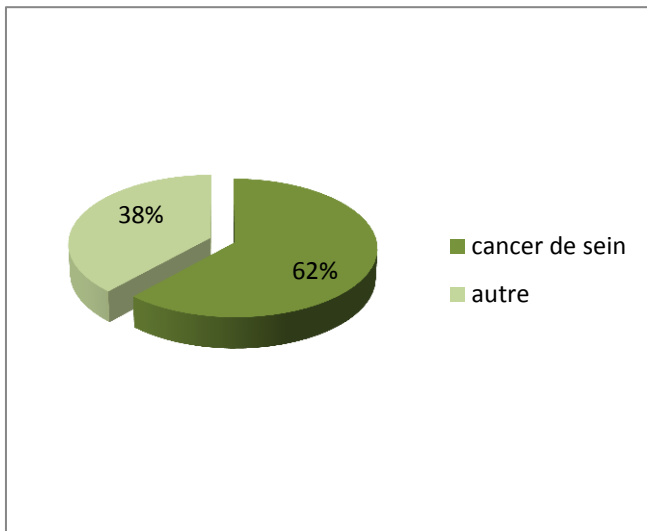


Figure n°13, 14 : la répartition des patientes selon le type de cancer

Dans notre étude, le cancer du sein représente 62% de l'ensemble des cancers chez les patientes consultées (42 patientes parmi 68 femmes).

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

b. Le sexe :

Tableau n°02 : répartition des cas selon le sexe

		Nombre de cas	Pourcentage
Valide	F	42	97,7
	H	1	2,3
	Total	43	100,0

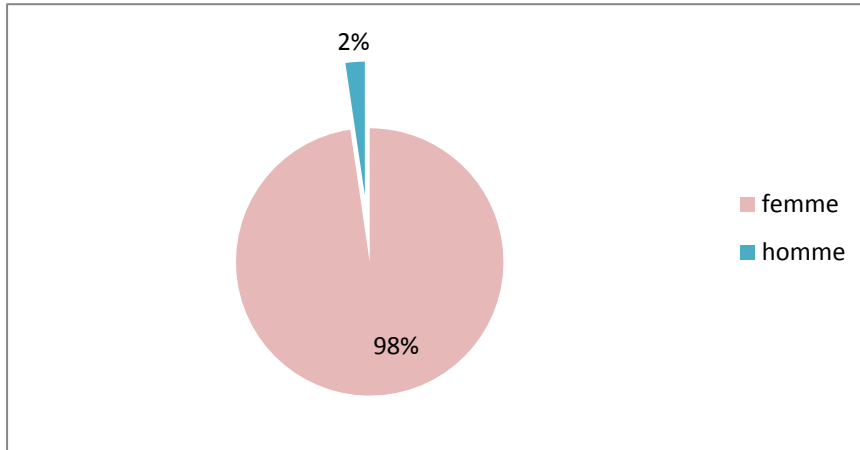


Figure n°15 : répartition des cas de cancer du sein selon le sexe

Le graphe représente la répartition des cas de cancer du sein selon le sexe où les femmes sont les plus touchées 98%, le sex-ratio est de 1homme/42femmes, soit une nette prédominance féminine.

c. L'âge :

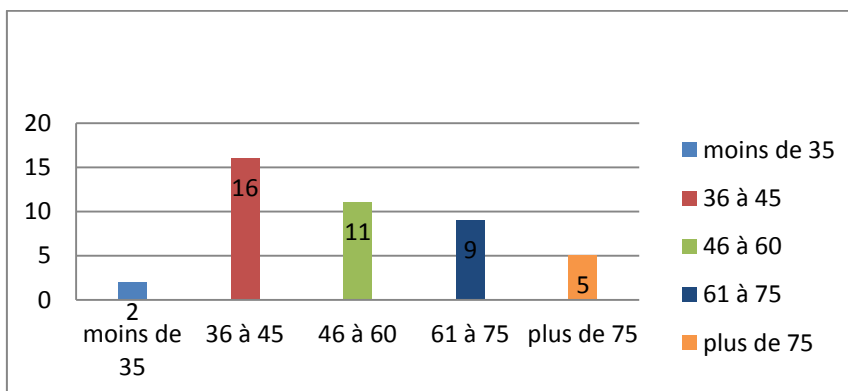


Figure n°16 : répartition des cas de cancer du sein selon les tranches d'âge

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Dans notre étude, le cancer du sein touche la tranche d'âge de 36-45 ans, avec un âge moyen de 53 ans \pm 14,1 avec des extrêmes de 31 ans et 86 ans (figure n°16).

d. L'état civil :

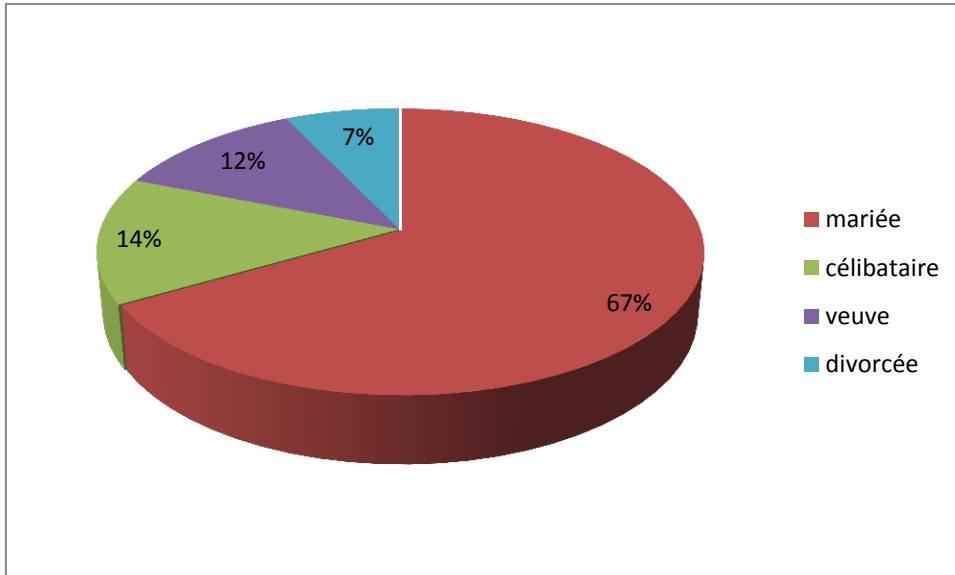


Figure n°17 : répartition des cas de cancer du sein selon l'état civil

Cette série était composée de 67% femmes mariées (n=28), 14% femmes célibataires (n=06), 12% des femmes veuves (n=05) et 07% des femmes divorcées (n=03).

e. L'adresse :

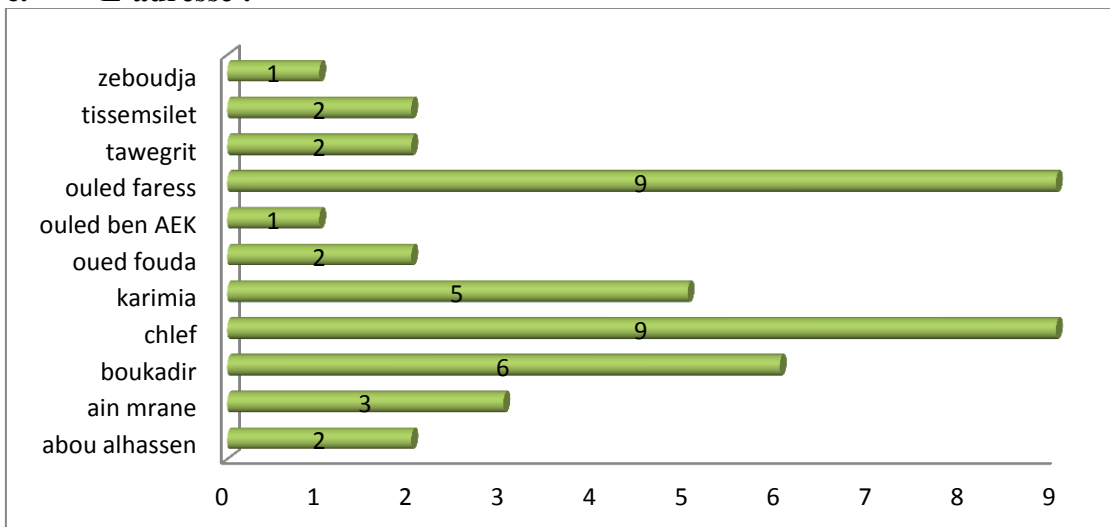


Figure n°18 : répartition géographique des cas de cancer du sein dans la wilaya de Chlef.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Les cas sont beaucoup plus dans la daïra de Chlef et Ouled faress avec 09 cas pour chacune, Boukadir avec 06 cas, Karimia avec 05 cas, ensuite Ain mrane avec 03 cas, Abou el Hassen, oued fouda, tawegrit et tissemilet avec 02 cas pour chacune, et Ouled ben AEK et Zeboudja avec 01 cas pour chacune (figure n°18).

f. Profession

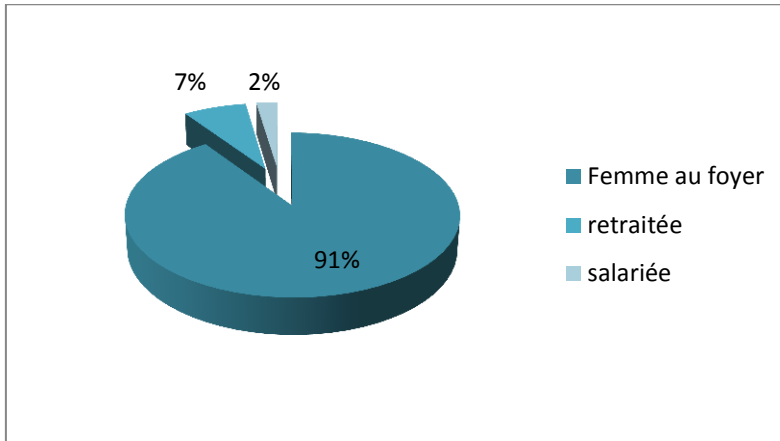


Figure n°19 : répartition des cas de cancer du sein selon la profession

Les patientes consultant dans le service d'oncologies pour un cancer de sein sont composées de 91% des femmes au foyer (n=38), 07% des femmes retraitée (n=03) et 2% des femmes salariées (n=01).

g. Niveau intellectuel :

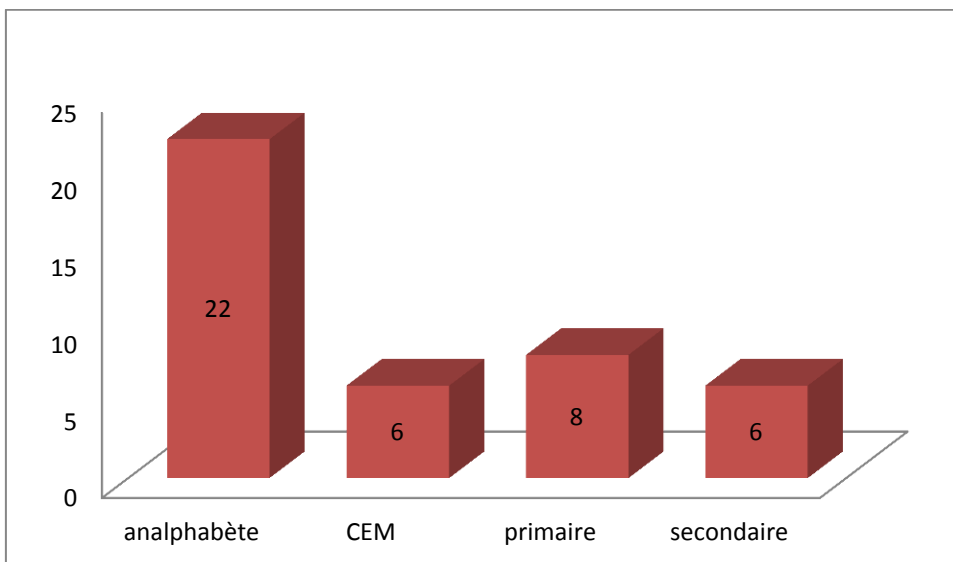


Figure n°20 : répartitions des cas selon le niveau intellectuel.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Dans cette série, la répartition des cas selon le niveau intellectuel est beaucoup plus concentrée sur les analphabètes avec 20 cas, 8 cas dans le primaire, et le CEM et le secondaire avec 06 cas pour chacune (figure n°20).

h. Stade de la maladie

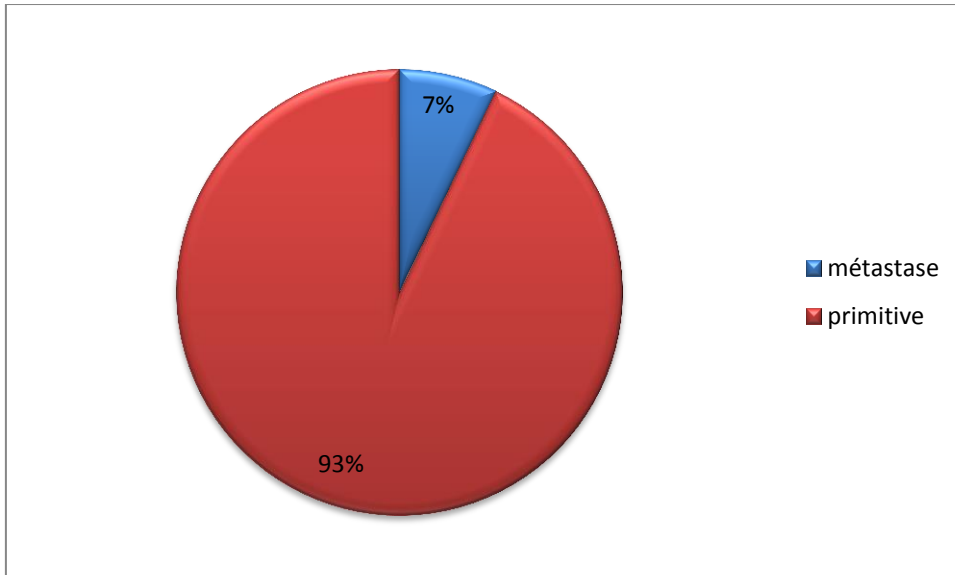


Figure n°21 : répartition des cas de cancer du sein selon le stade de la maladie.

Le stade primitif de cancer de sein représente 93% (n=39) des cas consultés contre 07% des cas avec le stade métastatique (n=03).

➤ Localisation de métastase :

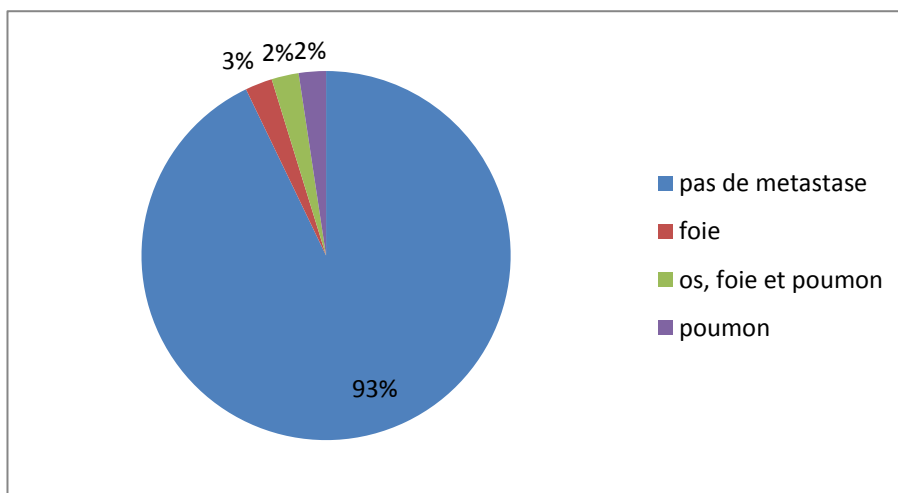


Figure n°22 : répartition des cas de cancer du sein selon la localisation de la métastase.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Dans cette étude, 93% des cas ne représentent pas des stades métastatiques, mais les 07% restés sont divisés sur les métastases de foie avec 03%, poumon avec 02%, et 02% pour la localisation dans l'os, le foie et le poumon à la fois (figure n°22).

i. Les antécédents mammaires bénins

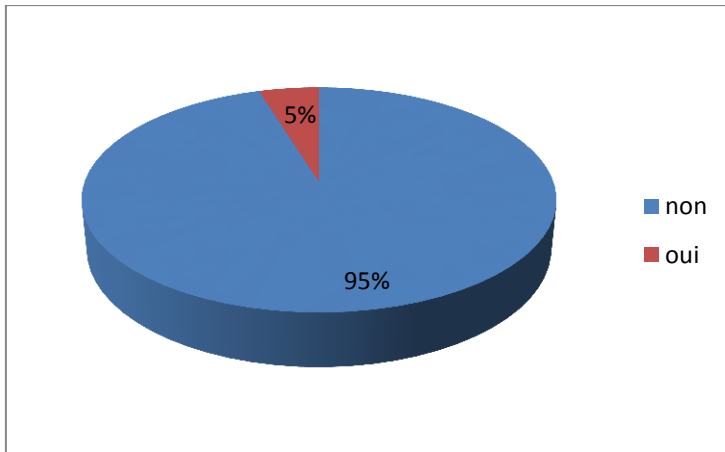


Figure n°23 : répartition des cas selon la présence d'une maladie mammaire bénigne.

Dans notre étude, 5% des cas présentent un passé médical des maladies mammaires bénignes.

j. Antécédents tumoraux familiaux

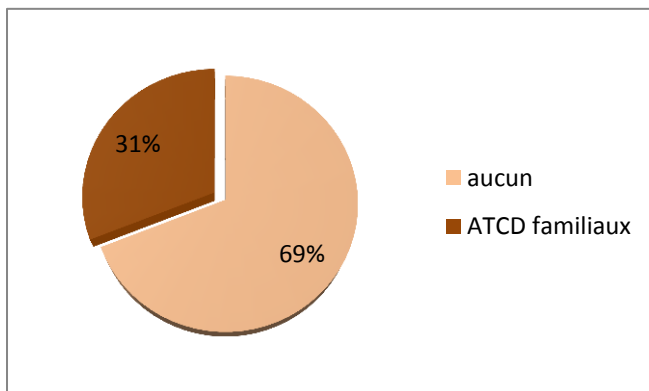


Figure 24: la répartition des cas de cancer du sein selon des antécédents familiaux

31% des cas ont des antécédents tumoraux familiaux, parmi les 31% le cancer du sein représente 46,2% de l'ensemble des types de cancer dans les antécédents familiaux (figure n° 25)

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

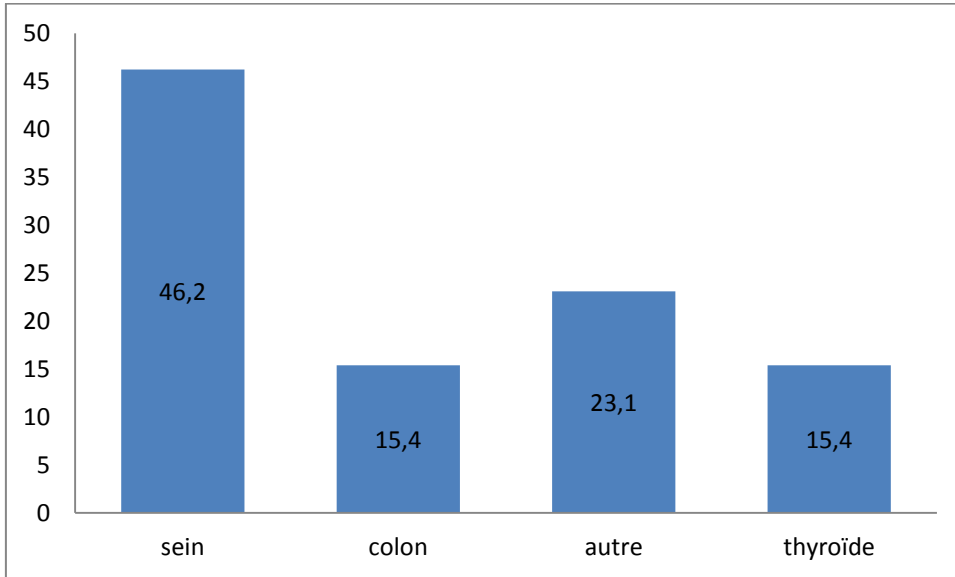


Figure 25: la répartition des antécédents familiaux selon le type de cancer.

k. L'indice de la masse corporelle :

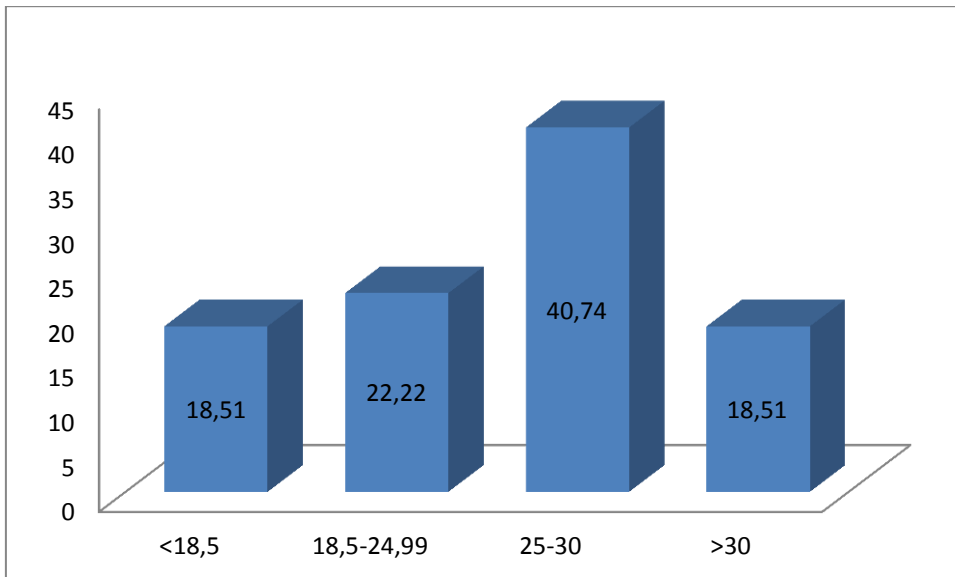


Figure n°26 : la répartition des cas de cancer du sein selon l'indice de la masse corporelle

La population de notre série avait un indice de masse corporelle situé dans la catégorie de ≥ 25 dans 40,74% (n=11) avec une moyenne de 25,43 et des extrêmes de 15 à 34.

l. ménopause

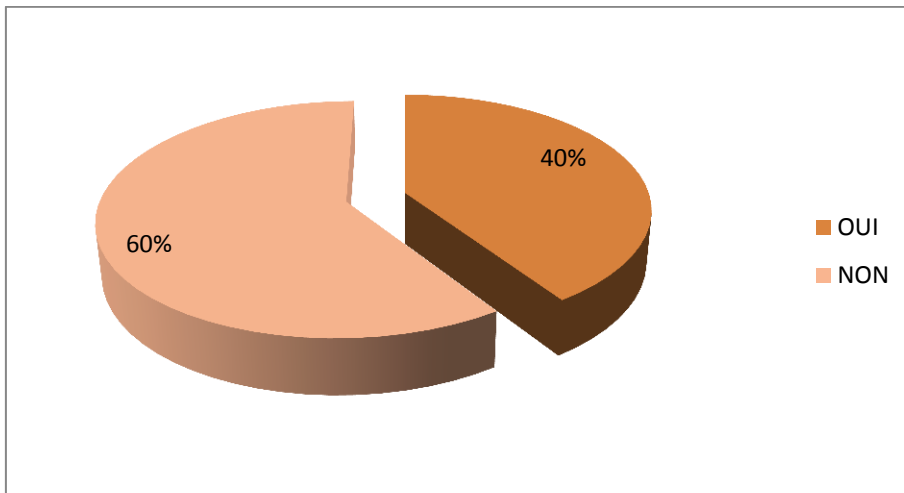


Figure n°27 : répartition des cas de cancer du sein selon la présence de la ménopause

Dans cette série la présence de cycle est présente chez 60% des cas contre 40% des cas qui présentent la ménopause.

m. Parité :

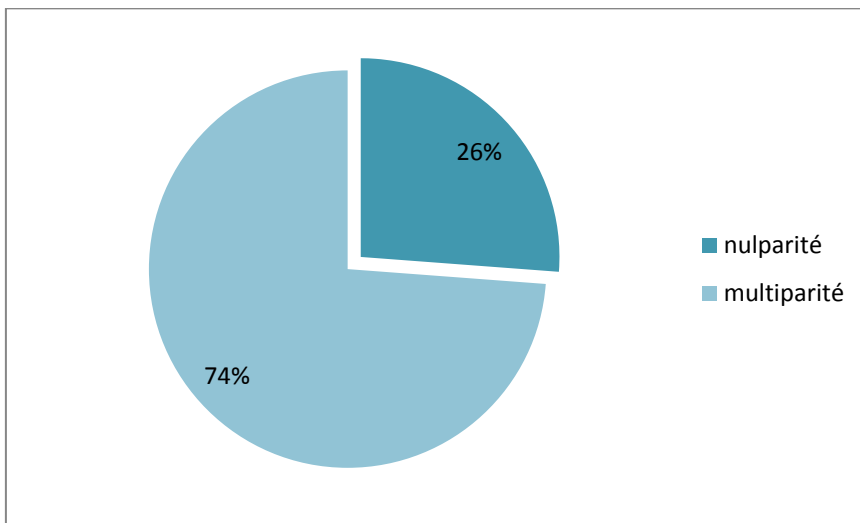


Figure n°28 : répartition des cas de cancer du sein selon la parité

Les femmes qui ont avoir des enfants représente 74% des cas de cette étude versus 26% des cas qui sont des nullipares.

n. L'âge à la première grossesse à terme :

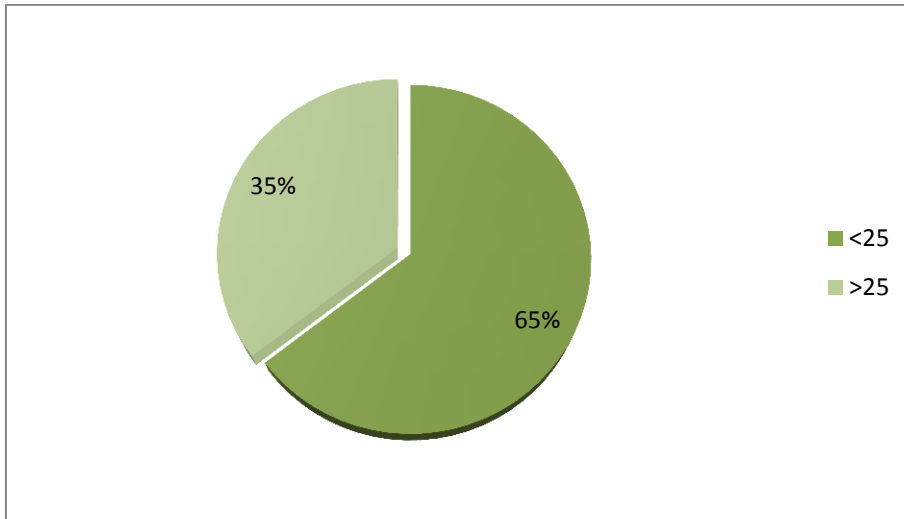


Figure n°29 : répartition des cas de cancer du sein selon l'âge à la première grossesse à terme
Dans notre étude, l'âge de la première grossesse avant 25ans représente 65% des cas versus 35% après le 25ans avec un âge moyenne de 24,6 ans.

o. Utilisation de contraception

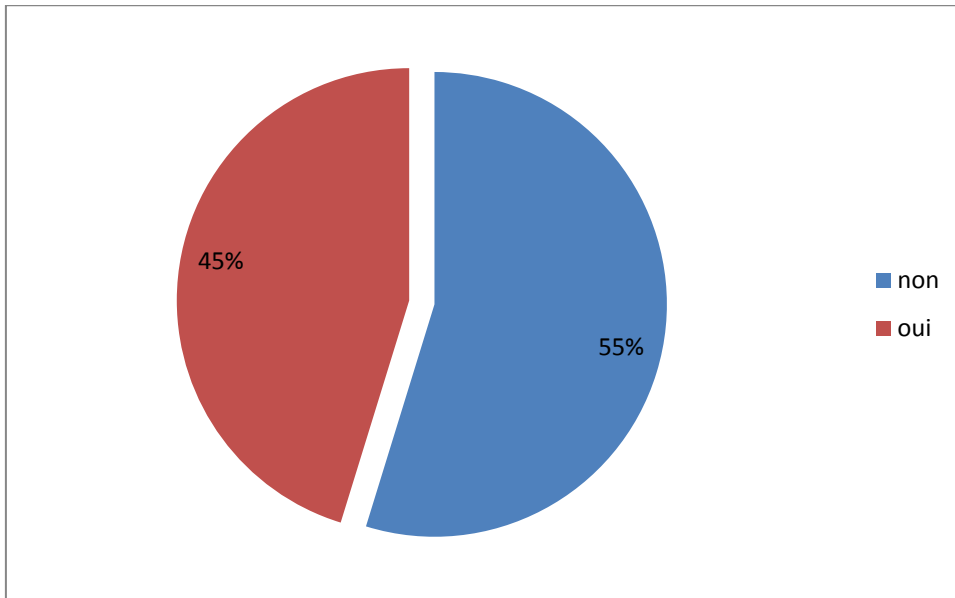


Figure n°30 : répartition des cas de cancer du sein selon l'utilisation de contraception
45% des cas de cette série utilisent des contraceptions contre 55%.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

➤ Type de contraception :

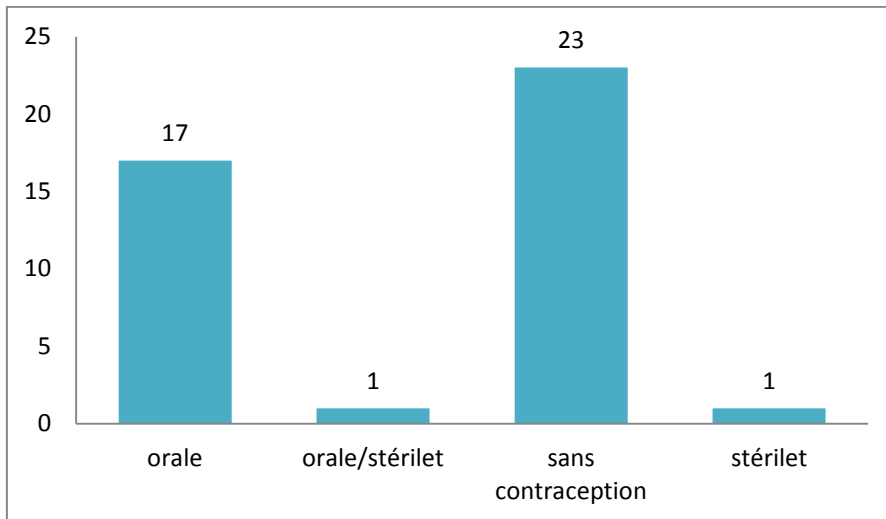


Figure n°31 : répartition des cas de cancer du selon les types de contraception utilisés

55% des patientes consultés n'utilisent pas des contraceptions (n=23), 40,5% des patientes utilisent des contraceptifs oraux (hormonaux), 2,4% des cas utilisent le stérilet et 2,4% utilisent les deux types à la fois.

➤ La durée d'utilisation de contraception

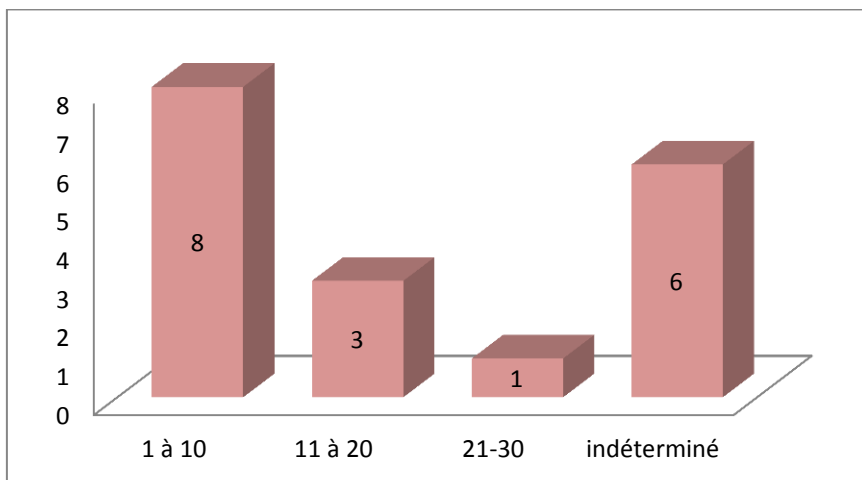


Figure n°32 : répartition des cas de cancer du sein selon la durée d'utilisation de contraception.

44% des cas utilisent des contraceptions dans la durée entre 1 an et 10 ans, 33% des cas sont classées dans une durée indéterminée parce qu'elles ne rappellent pas exactement combien de

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

temps elles l'utilisent, 17% des cas entre 11ans et 20ans, et 06% des cas l'utilisent dans la période entre 21 ans et 30 ans

p. L'allaitement

➤ Type

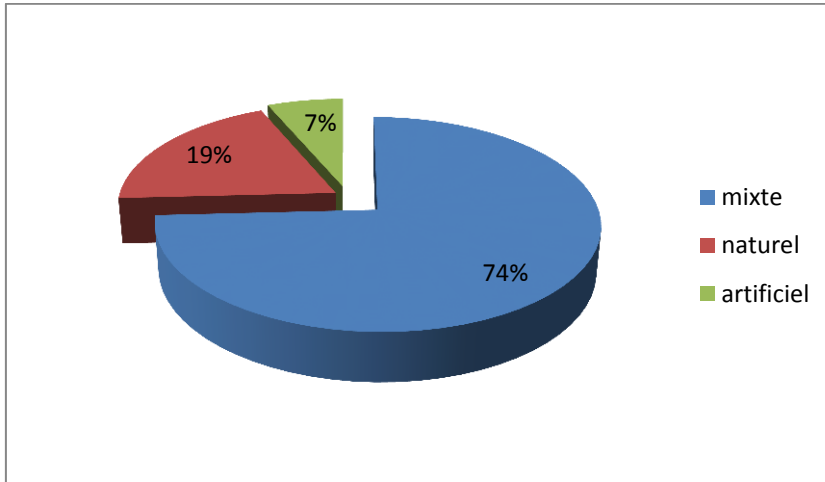


Figure n°33 : représentation des types d'allaitements utilisés par les patientes.

74% des cas de cette étude utilisent l'allaitement mixte pour leurs enfants, 19% utilisent l'allaitement naturel et 07% utilisent un allaitement artificiel pour leurs enfants

➤ Durée

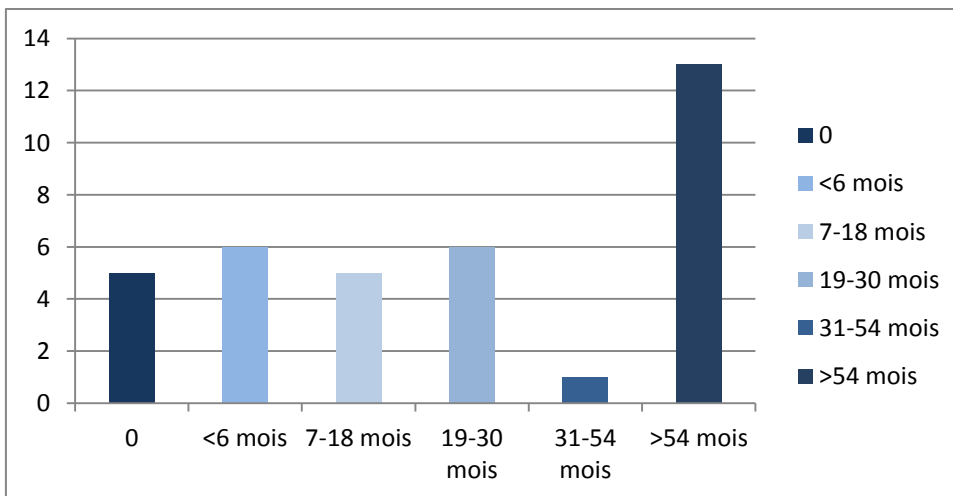


Figure n°34 : la durée d'allaitement naturelle des patientes.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Le taux des femmes allaitées naturellement était de 61 % versus 39 %. La durée moyenne d'allaitement est 27,9mois \pm 23,3 avec des extrémités de 0mois et plus de 10ans (figure n°34)

q. **Traitement de la ménopause**

100% des cas de patientes dans cette série n'utilisent pas un traitement de la ménopause.

3.3. **Prise en charge:**

a. **Circonstance de découverte**

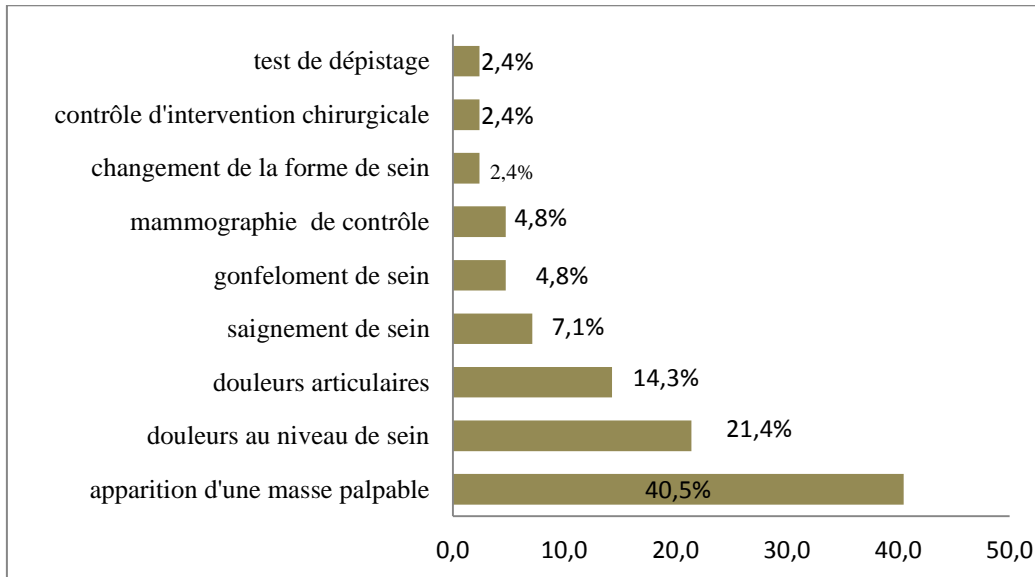


Figure n°35 : répartition des cas de cancer du sein selon les circonstances de découverte

40,5% des cas sont diagnostiqués suite à une apparition d'une masse palpable, 21,4% présentent des douleurs au niveau de sein, 14,3% des douleurs articulaires, 7,1% présentent un saignement du sein, 4,8% des gonflements du sein (tous les patientes sont orientées soit par un médecin généraliste, orthopédiste ou une gynécologue)

b. Biopsie

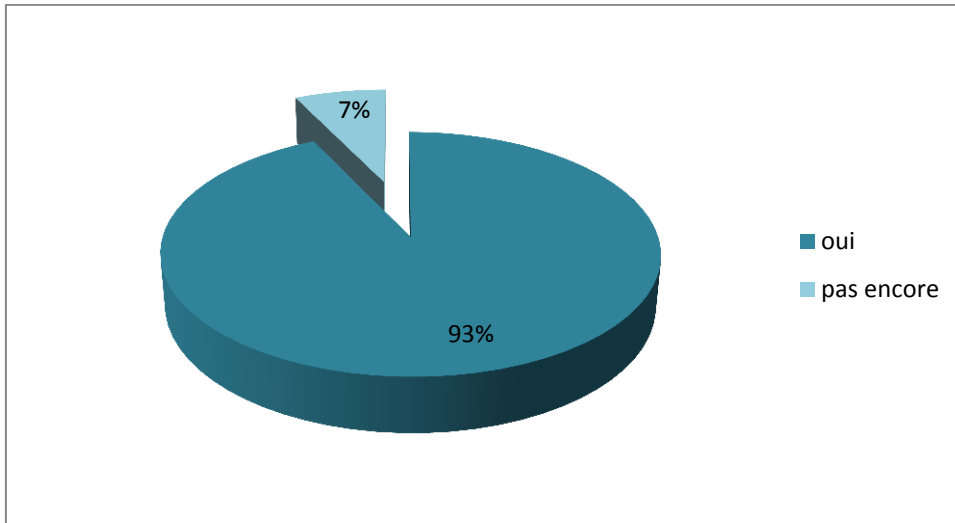


Figure n°36 : pourcentage des malades qui ont fait la biopsie
93% des cas font des biopsies macroscopiques pour confirmer le diagnostic.

c. Délai entre le diagnostic et l'intervention chirurgicale :

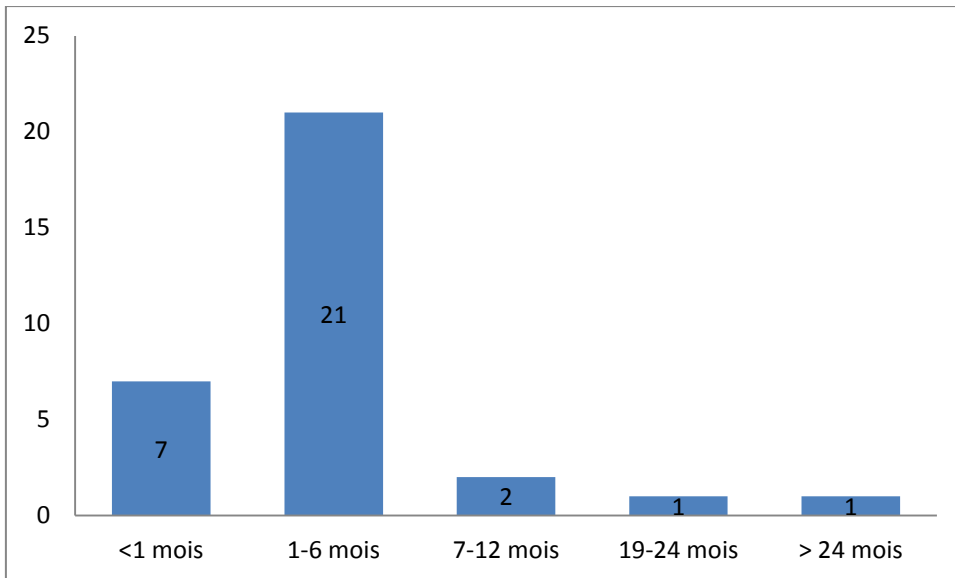


Figure n°37 : répartition des cas de cancer du sein selon le délai de diagnostic
21 cas opéraient dans un délai de 1 – 6 mois, 07 cas dans moins d'un mois, 2 cas entre 7 et 12 mois, et 1 cas entre 19-24 mois et plus de 24 mois. Les délais sont entre 1 semaine et 4 ans.

d. Traitement

➤ traitement chirurgical

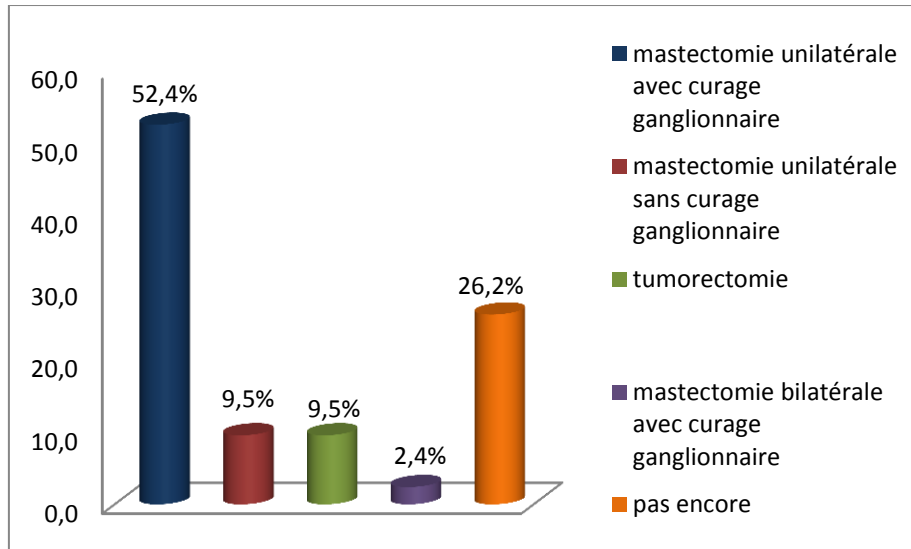


Figure n°38 : répartition des cas de cancer du sein selon le type de la chirurgie.

La mastectomie unilatérale avec le curage ganglionnaire représente 52,4% des cas étudiés.

➤ Traitement adjuvant :

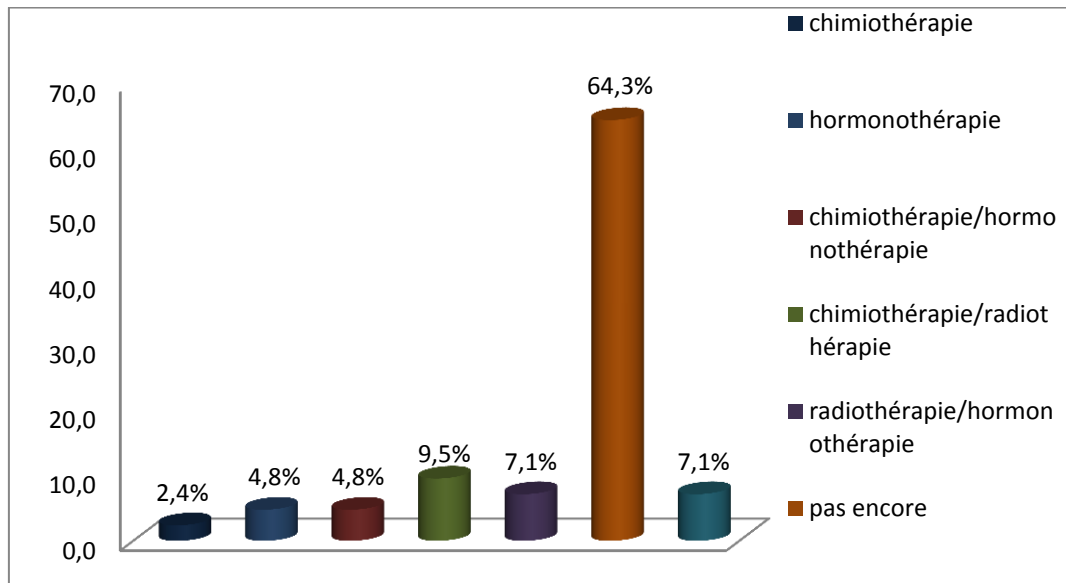


Figure n°39 : répartition des cas de cancer du sein selon les traitements adjuvants.

35,7 % des malades bénéficient d'un traitement adjuvant : 9,5 % réunion de la chimiothérapie et radiothérapie, 7,1% pour une réunion de la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, et une combinaison de la radiothérapie avec l'hormonothérapie respectivement, 4,8% pour

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

l'hormonothérapie et une réunion de la chimiothérapie/hormonothérapie, et 2,4% pour la chimiothérapie.

e. La survie

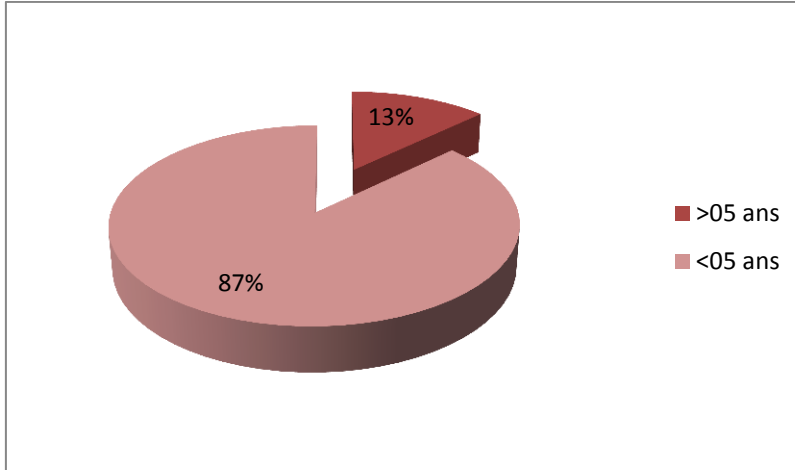


Figure n°40 : répartition des cas de cancer du sein selon la survie de la maladie

La survie de la maladie de moins de 05 ans est représentée par 87% des cas versus 13% des cas.

f. Les habitudes de vie

➤ Activité physique

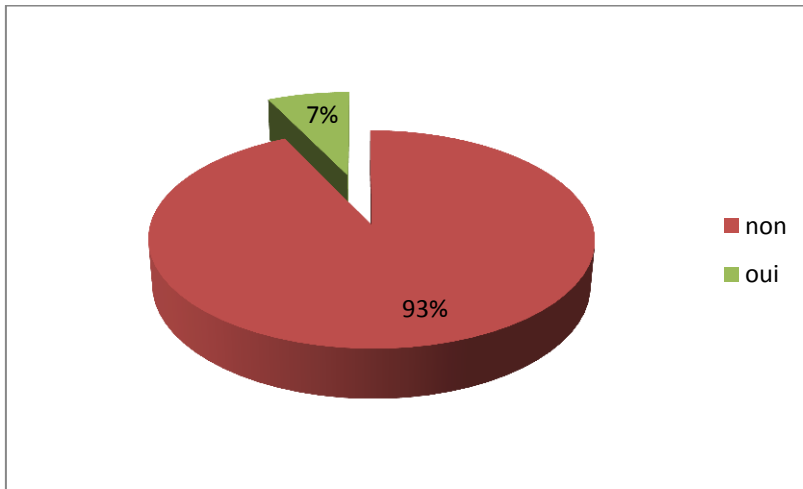


Figure n°41 : répartition des cas de cancer du sein selon la pratique d'activité physique.

07% des cas de cette étude pratiquent la marche comme une activité physique avec une durée moyenne de 26,7minutes avec une fréquence occasionnelle.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

➤ Tabagique passif

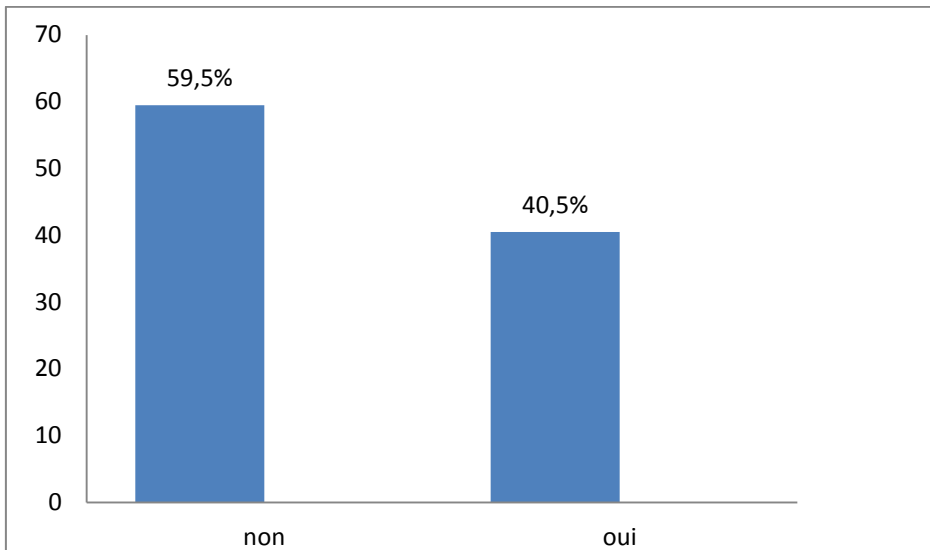


Figure n°42 : répartition des cas de cancer du sein selon le tabagique passif
40,5% des cas sont soumis à un tabagique passif.

➤ Consommation des viandes

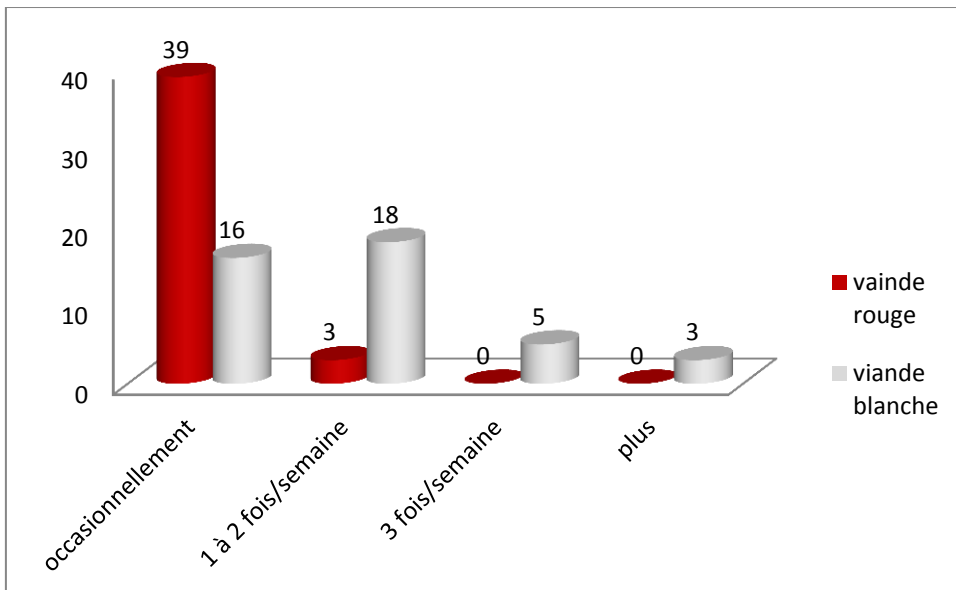


Figure n°43: répartition des cas selon la fréquence de la consommation des viandes.

Dans cette étude, 39 des cas consomment les viandes rouges occasionnellement, 18 des cas consomment les viandes blanches de 1 à 2 fois par semaine.

➤ Consommation des fruits et légumes

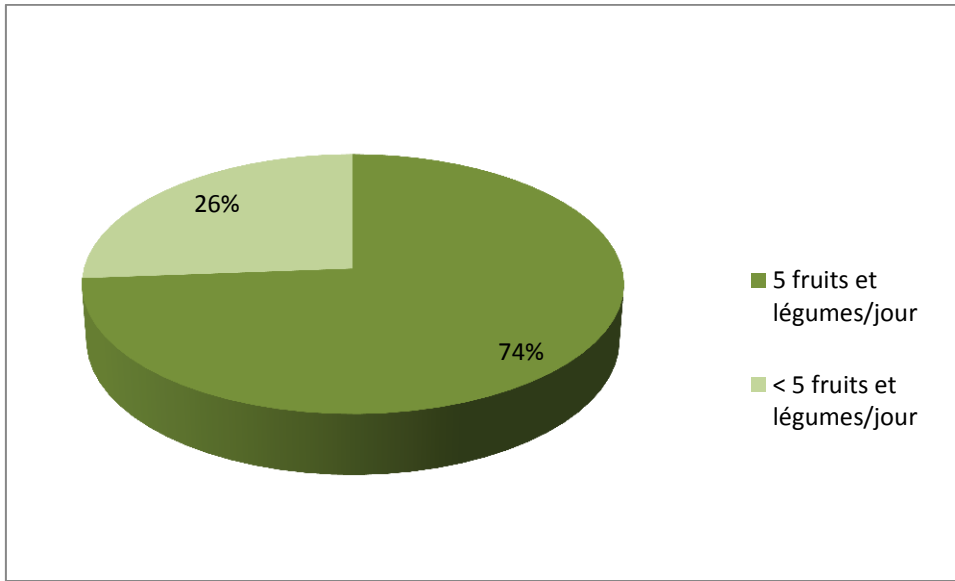


Figure n°44: répartition des cas selon la fréquence de la consommation des fruits et légumes.

74% des cas de cette série consomment cinq fruits et légumes par jour.

4. Discussion :

L'âge :

Dans la littérature, l'âge est le facteur de risque le plus important vis-à-vis du cancer du sein⁵⁴. La maladie est rare chez les femmes de moins de 30 ans. Le risque augmente entre 50 et 75 ans (près des deux tiers des cancers du sein).⁵⁵

dans une étude rétrospective de 40 cas à travers la consultation d'oncogénétique et les explorations moléculaires des gènes BRCA1 et BRCA2 au niveau du laboratoire génétique médicale CHU Hassan II Fès (MAROC), durant une période de 5ans, les résultats montrent que L'âge moyen de patientes est de 39,4 ans , avec des extrêmes allant de 19 ans à 54 ans.⁵⁶

Une étude statistique sur 100 patientes de tumeur mammaire, colligées au sein de service de chirurgie et d'oncologie au CHU de Constantine durant 3 mois entre Février et Mai 2016. Les résultats de l'étude statistique montrent que le cancer du sein semble toucher la population féminine à tout âge avec un pic de fréquence entre 44-50 ans.⁵⁷

En France, on note une augmentation des cancers du sein dans les 30-39 ans avec une hausse des cas d'environ 60%.

En Gambie, le cancer de sein est présente chez les femmes pré-ménopausées dans la tranche d'âge 40-44 ans suivi d'une forte chute dans la tranche d'âge 50-54ans. Au total, 71% des cas de cancer du sein ont été détectés chez les femmes âgées de moins de 50 ans.⁵⁸

Dans notre étude, le cancer du sein est présent dans les tranches d'âge 36-45 ans, l'âge moyen des patients était de 53 ans \pm 14,1, avec des extrêmes de 31 ans et 86 ans.

⁵⁴ Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Publ Health* 1996 ; 17 : 47-67.

⁵⁵ NKONDJOCK (A) et GHADIRIAN (P), *Facteurs de risque du cancer du sein, MEDECINE/SCIENCES* 2005 ; 21 : 175-80

⁵⁶ RHOUIZI (N), *PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AU CANCER DU SEIN ET /OU DE L'OVAIRE* (à propos de 40 cas), thèse de doctorat en médecine, université de Fès II, P.102

⁵⁷ BOUDRAA (N) et ZEGHDOUD (K), *Obésité et cancer du sein*, université de Constantine, P.67.

⁵⁸ Dominique (F) et Mawadzoue (S) : *Cancers du sein (féminin) et du foie en Afrique de l'Ouest : Évolution temporelle de l'incidence et évaluation des facteurs de risque en Gambie et au Mali*, thèse de doctorat, l'université Claude Bernard Lyon 1, 2011, P.117.

Parité et l'allaitement :

En 2002, le Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer fait une méta-analyse regroupant 47 études épidémiologiques réalisées dans 30 pays, incluant 50 302 femmes atteintes de cancer du sein et 96 973 femmes indemnes, a été publiée dans le Lancet. Le but était de savoir si la parité, l'allaitement et la durée de l'allaitement constituaient un facteur protecteur de cancer du sein. Les 2 groupes étaient comparables avec une parité de 2,2 versus 2,6. Le taux de femmes nullipares était de 16 % versus 14 %, et celui de l'allaitement était de 71 % versus 79 %. Le taux de femmes allaitantes dans les pays développés est en moyenne de 50 % contre plus de 90 % dans les pays en voie de développement. La durée d'allaitement est plus courte (8,7 mois versus 29,2 mois) dans les pays développés. Il ressort de cette étude que, sans allaitement, chaque naissance vivante permettrait de baisser significativement le risque de cancer du sein de 7,0 % ($p < 0,0001$). Il apparaît que l'allaitement est un facteur protecteur de cancer du sein indépendant de la parité avec une diminution du risque de 3,8 % par enfant allaité plus de 12 mois ($p < 0,0001$).⁵⁹

Dans notre étude, le taux de femmes nullipares était de 26,2 % versus 73,8 %, et celui de l'allaitement naturel était de 61 % versus 39 %. La durée moyenne d'allaitement est 27,9 avec des extrémités de 0mois et plus de 10ans.

L'âge de première grossesse à terme :

Dans la littérature, Plus le temps d'attente de la première grossesse est long, plus le risque de cancer du sein en pré ménopause s'élève. Il existe cependant de nombreux facteurs confondants liés au mode de vie, à la parité ou à l'âge de la première grossesse.⁶⁰ Après ajustement surtout ces facteurs, la durée d'infertilité reste un facteur de risque. Les nullipares ont un risque de cancer du sein plus élevé que les femmes qui ont mené une grossesse à terme avant 25 ans.⁶¹

⁵⁹, RECOULES-ARCHE (A) et FOURCHOTTE (V), *Cancer du sein, parité et allaitement, La Lettre du Sénologue* n° 55 - janvier-février-mars 2012, P.08

⁶⁰ Tavani A, Gallus S, La Vecchia C et al. *Risk factors for breast cancer in women Under 40 years.* Eur J Cancer 1999;35:1361-7

⁶¹. JAMIN (C), *Effets des facteurs de reproduction sur le risque de cancer du sein : revoir les croyances,* La Lettre du Gynécologue • n° 363 - juin 2011

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Dans notre étude, l'âge de la première grossesse avant 25ans représente 65% des cas versus 35% après le 25ans avec un âge moyenne de 24,6 ans.

Contraception :⁶²

Depuis 1996, la méta-analyse de référence est celle du Collaborative Group and Hormonal Factors in Breast Cancer parue dans le Lancet .Cette méta-analyse regroupe 54 études conduites dans 25 pays, surtout en Europe et en Amérique du Nord, 10 de cohorte et 44 cas-témoins. Elle étudie un ensemble de 153 536 femmes dont 53 297 atteintes de cancer du sein. L'âge moyen au moment du diagnostic de cancer du sein était de 49 ans, 9 % des femmes avaient moins de 35 ans, 25 % étaient âgées de 35 à 44 ans, 33 % de 45 à 54 ans et 33 % avaient 55 ans et plus. Dans l'ensemble, le risque de cancer du sein des femmes ayant pris la pilule à un moment de leur vie par comparaison aux femmes ne l'ayant jamais prise était discrètement augmentée à 1,07. Pour les femmes en cours d'utilisation, le risque relatif était de 1,24 et cette augmentation apparaissait transitoire, décroissant après l'arrêt de la pilule et disparaissant après 10 ans : RR à 1,01.⁶³

L'étude de Kumle est une étude de cohorte prospective menée en Norvège et en Suède de 1991 à 1999 chez 13 027 femmes ayant rempli un questionnaire : 1 008 cancers infiltrant sont apparus. Le risque relatif en cours d'utilisation est de 1,6, comparable entre une contraception estroprogestative et une contraception purement progestative. Il y a dans cette étude un effet durée significatif avec $p = 0,005$.⁶⁴

Dans la cohorte NOWAC (Norwegian Women and Cancer Study), l'étude de 96 362 femmes dont 851 cancers après ajustement montre un RR de 1,14 avec des progestatifs purs.⁶⁵

⁶² J. LANSAC *et al*, *Contraception et cancers* Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Volume 2006, publié le 29.11.2006

⁶³ Collaborative Group of Hormonal, *Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: further results*. Contraception 1996; 54 (suppl.) I S-106 S.

⁶⁴ Kumle M., *et al*, *Use of oral contraceptives and breast cancer risk: the Norwegian-swedish women's life style and health cohort study*. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2002; 11: 1375-81.

⁶⁵ DUMEAUX V, Alsaker E, Luna E. *Breast cancer and specific types of oral contraceptives: a large Norwegian Cohort Study*. Int J Cancer 2003; 105: 844-50.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

Dans la cohorte NSWLH (Norwegian-Swedish womens' life style and health cohorte study), norvégienne et suédoise, 13 027 femmes de 30 à 49 ans chez lesquelles 1 008 cancers ont été observés. Le RR est identique pour les contraceptions estroprogestative : 1,5 et progestative RR 1,6.

Dans l'étude cas-témoins néo-zélandaise de Skegg l'observation a porté sur 891 femmes atteintes de cancer, âgées de 25 à 54 ans appariés à 1 864 témoins. Les progestatifs seuls (lévonorgestrel ou noréthistérone) sont utilisés par 6,9 % des cas de cancers du sein et 4,4 % des témoins. Le RR est de 1,1 mais il est plus élevé avant 34 ans : RR 2,30. Le risque est augmenté si l'utilisation d'une pilule progestative a eu lieu dans les 10 dernières années : RR = 1,6 et, à l'inverse, le risque est diminué si l'utilisation remonte à plus de 10 ans auparavant RR = 0,44.⁶⁶

Dans l'étude cas-témoins conduite en Afrique du Sud par Shapiro et comparant 419 femmes atteintes versus 1 625 témoins utilisant une contraception par MPA injectable versus des estroprogestatifs, le risque relatif est à 0,9 versus 1,2 sous estroprogestatifs.

Il n'y a pas d'effet durée ni en fonction du délai par rapport à la dernière utilisation. Par contre, en cours d'utilisation, le risque paraît majoré entre 35 et 44 ans, RR = 2,3.⁶⁷

Dans notre étude, 45% des cas utilisent des contraceptifs, de ces 45% des femmes, 44% utilisent des contraceptions dans la durée entre 1an et 10 ans, 33% sont classées dans une durée indéterminée parce qu'elles ne rappellent pas exactement combien de temps elles l'utilisent, 17% entre 11ans et 20ans, et 06% l'utilisent dans la période entre 21 ans et 30 ans.

⁶⁶ Skegg DCG *et al.* Progestogen-only oral contraceptives and risk of breast cancer in New Zealand. *Cancer Causes Control* 1996; 7: 513-9.

⁶⁷ Shapiro S, *et al.* Risk of breast cancer in relation to the use of injectable progestogen contraceptives and combined estrogen/progesterone contraceptives. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 396-403.

Obésité et la ménopause:

Pour caractériser la relation existante entre le surpoids et le cancer du sein, une étude statistique était réalisée sur 100 patientes de tumeur mammaire, colligées au sein de service de chirurgie et d'oncologie au CHU de Constantine durant 3 mois entre Février et Mai 2016. Les résultats de l'étude statistique montrent que le cancer du sein semble toucher la population féminine à tout âge avec un pic de fréquence entre 44-50 ans et que 25 % de la population étudiée sont en surpoids, avec une nette prédominance des femmes ménopausées qui représentent 60 % de la population étudiée. Ces résultats divulguent une association entre le surpoids et le cancer du sein dont l'incidence est augmentée chez les femmes post ménopausées, et révèlent que les œstrogènes synthétisés par le tissu adipeux des femmes post ménopausées favorisent le développement le cancer du sein par stimulation de la prolifération des cellules épithéliales de la glande mammaire.⁶⁸

Le World Cancer Research Fund a établi la relation dose dépendante entre adiposité et cancer du sein. C'est valable pour l'obésité (IMC supérieur à 30 kg/m²) mais aussi pour le gain de poids au cours de la vie. Une revue systématique avec méta analyse montre qu'après la ménopause, le risque naturel est augmenté de 9 % pour 5 unités d'IMC, quand on considère les études européennes et nord-américaines, un peu plus chez les femmes asiatiques. C'est-à-dire que pour les femmes européennes, passer d'un IMC de 25 à 30, augmente l'incidence de 9 %, de même que de passer de 30 à 35 kg/m². Ainsi, les obésités de classe 3 (IMC > 40) ont plus de 30 % de risque en plus. En ce qui concerne les femmes avant la ménopause, il reste un sur risque pour les femmes asiatiques, mais il y aurait une relative protection de 11 % par 5 unités d'IMC en Europe.⁶⁹

Dans l'étude EPIC⁷⁰, parmi les femmes n'ayant pas bénéficié d'un THS, celles dont la prise de poids à l'âge adulte était supérieure à 20 kg (entre 20 et 60 ans) présentaient une augmentation du

⁶⁸ BOUDRAA (N) et ZEGHDOUD (K), Obésité et cancer du sein, université de Constantine, P.69.

⁶⁹ World Cancer Research Fund. <http://www.wcrf.org/int/cancer-factsfigures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>

⁷⁰ Ferlay J *et al*, *Ann Oncol* 2007 ; 18:1423.

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

RR de cancer du sein de 52 % en comparaison avec celles dont le poids était stable à l'âge adulte .La prise de poids après diagnostic de cancer se complique également d'un excès de mortalité chez les patientes souffrant d'un cancer du sein.⁷¹

Dans notre étude, 11,87% de la population étudiée sont en surpoids, avec 40% des cas qui sont en ménopause.

Histoire familiale :

Dans une étude rétrospective de 40 cas à travers la consultation d'oncogénétique et les explorations moléculaires des gènes BRCA1 et BRCA2 au niveau du laboratoire génétique médicale CHU Hassan II Fès, durant une période de 5ans, les résultats montrent que 67,5% des patientes présentent une histoire familiale du cancer du sein.⁷²

Une méta-analyse ancienne⁷³ (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101986 women without the disease), toujours d'actualité, montrait que le risque de développer un cancer du sein et d'en mourir entre 20 et 80 ans augmentait en cas d'histoire familiale, mais surtout après 50 ans, quel que soit l'âge de survenue chez la parente, 8 femmes sur 9 ne développant alors jamais de cancer du sein elles-mêmes. La plupart des cas surviennent sans antécédents familiaux.⁷⁴

Dans notre étude, 31% des cas ont des antécédents tumoraux familiaux versus 69%, parmi les 31%, 46,2% des cas ont des antécédents familiaux de cancer du sein.

⁷¹LLORET LINARES (C), CACHEULE(W), *risque de cancer dans les maladies métaboliques : Cancers et obésité*, Médecine Clinique endocrinologie & diabète • Avril 2011. P.18

⁷² RHOUZI (N), *PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AU CANCER DU SEIN ET /OU DE L'OVAIRE (à propos de 40 cas)*, thèse de doctorat en médecine, université de Fès II, P.102

⁷³ Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Familial breast cancer

⁷⁴ BIBLIOMED, Les analyses du Centre de Documentation de l'UnaformeC, *Quels sont aujourd'hui les risques de mourir de cancer du sein ?*, Numéro 609 du 6 janvier 2011

Maladie mammaire bénigne :

Un grand nombre d'études rétrospectives et prospectives ont montré que le risque relatif global de cancer du sein était de 1,5 à 1,6 pour les femmes chez qui une biopsie a révélé une maladie mammaire bénigne par rapport aux femmes de la population générale. Parmi 9087 femmes atteintes d'une lésion histologique bénigne de tout type, suivies pendant une durée médiane de 15 ans à la Mayo Clinic, 707 ont développé un cancer du sein. Le risque accru de cancer a persisté pendant au moins 25 ans après la biopsie initiale. Parmi les trois grandes catégories histologiques, le risque relatif de développement d'un cancer était de 4,24 pour les atypies, 1,88 pour les modifications prolifératives sans atypie et 1,27 pour les lésions non prolifératives.⁷⁵

Dans notre étude, 4,7% des cas présentent un passé médical des maladies mammaires bénignes.

Tabagisme actif et passif :

L'Environmental Protection Agency de la Californie et le chef des services de santé des Etats-Unis ont publié (en 2005 et en 2006 respectivement) des méta-analyses selon lesquelles le risque de cancer du sein augmente de 60 à 70 % chez les femmes jeunes, principalement non ménopausées, qui n'avaient jamais fumé, mais qui avaient pendant longtemps été exposées régulièrement à de la fumée secondaire. D'après son évaluation de la majorité des données toxicologiques et épidémiologiques disponibles concernant la fumée secondaire et le tabagisme actif et sa compréhension des mécanismes biologiques, l'Environmental Protection Agency de la Californie est arrivée à la conclusion que le lien entre la fumée secondaire et le cancer du sein chez les femmes jeunes, principalement non ménopausées, correspondait à la causalité. Pour sa part, le chef des services de santé des États-Unis a conclu que les données étaient révélatrices, mais insuffisantes pour en déduire un lien causal, notamment en raison de l'absence d'un lien causal établi entre le tabagisme actif et le cancer du sein. Selon une méta-analyse de cinq études où l'on mesurait bien l'exposition durant toute une vie au tabagisme actif et à la fumée

⁷⁵ DAVIDSON (N), *Cancer du sein et maladies mammaires bénignes*, (Chapitre 204, extrait de l'ouvrage Gold man's Cecil Medicine, 24th édition), Cecil Medicine Cancérologie, le 5/8/2013

Partie pratique : Etude épidémiologique du cancer du sein

secondaire, le risque de cancer du sein avant la ménopause était presque multiplié par deux dans les deux cas.

La plupart des autres études, qui évaluaient seulement partiellement l'exposition tout au long de la vie à la fumée secondaire ou qui ne recueillaient aucune donnée à ce sujet (on comparait les fumeurs et les non-fumeurs sans tenir compte de l'exposition à la fumée secondaire), sous-estiment vraisemblablement le véritable risque que présentent le tabagisme actif et la fumée secondaire pour le cancer du sein

Des études récentes, en particulier un certain nombre d'études de cohorte, confirment la tendance des données disponibles, selon lesquelles le fait de commencer à fumer à un jeune âge augmente de 20 % le risque de cancer du sein. Ces études de cohorte renforcent en particulier les données qui donnent à penser qu'un nombre élevé de paquets-années et le fait de fumer sur une longue période sont des facteurs qui peuvent augmenter le risque de 10 à 30 %. Expert-Panel-Executive-Summary-FR (Groupe d'experts canadien sur la fumée du tabac et le risque de cancer du sein Avril 2009).⁷⁶

Dans notre étude, 40,5% des cas sont exposées à un tabagisme passif

Profession :

Certains métiers sont associés à un taux plus élevé de cancer du sein, c'est le cas des infirmières, des aides-soignantes, des travailleurs du secteur des solvants, des techniciens de santé, des pharmaciens, des femmes pompiers, des enseignants, des femmes agricultrices, travaillant dans le secteur des semi-conducteurs, dans l'application des pesticides, des coiffeuses, des esthéticiennes, des bibliothécaires, des peintres, des sculpteurs et des travailleurs de précision du secteur textile.⁷⁷

Dans notre étude, les femmes qui travaillent représentent 09% des cas, une employeuse dans l'APC, 03 femmes de ménage (retraités).

⁷⁶ Groupe d'experts canadien sur la fumée du tabac et le risque de cancer du sein Avril 2009

⁷⁷ Brophy, J. et al. Occupation and breast cancer: a Canadian case-control study. Ann N Y Acad Sci.2006. 1076: p.765-7

L'activité physique :⁷⁸

Dans la littérature, l'activité physique modérée (30 à 60 minutes au moins 4 fois par semaine) diminue le risque de cancer du sein d'environ 35 %, en particulier chez les femmes ménopausées.⁷⁹ Un bénéfice maximal est tiré d'une activité physique intense et soutenue tout au long de la vie.

Une activité physique intense augmente l'âge d'apparition des premières règles, l'anovulation et le nombre de cycles menstruels irréguliers. Par conséquent, elle diminue l'exposition générale aux œstrogènes endogènes. L'activité physique influence également le risque de cancer du sein en diminuant la prise de poids, en particulier après la ménopause. L'obésité après la ménopause est un facteur de risque bien circonscrit et indépendant du cancer du sein ; elle peut être évitée par l'activité physique, une composante majeure du maintien de l'équilibre énergétique.⁸⁰ Mais dans notre enquête, ce facteur protecteur est manqué, uniquement 07% des cas pratiquent la marche comme une activité physique avec une durée moyenne de 26,7minutes \pm 5,8 avec une fréquence occasionnelle.

⁷⁸ NKONDJOCK (A) et GHADIRIAN (P), *Facteurs de risque du cancer du sein*, MEDECINE/SCIENCES 2005 ; 21 : 175-80

⁷⁹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer : a global perspective. Washington, DC : American Institute for Cancer Research, 1997.

⁸⁰ Friedenreich CM et al. *Influence of physical activity in different age and life periods on the risk of breast cancer*. Epidemiology 2001 ; 12 : 604-12.

Conclusion et recommandations

Le cancer constitue la maladie incontestablement la plus redoutée et elle est assimilée à un véritable fléau moderne. Sa réputation de gravité et d'évolution rapide voire fatale déclenche à son annonce, un sentiment de panique chez le malade et un bouleversement de la vie familiale.

Le cancer représente surtout une charge particulièrement lourde parce qu'il entraîne plus de souffrances et de drames que n'importe quelle autre maladie sur le plan personnel et familial ; il est responsable aussi du plus grand nombre d'années de vies perdues. Enfin sa charge financière particulièrement élevée et en constante augmentation risque de déséquilibrer toute l'architecture financière du système de santé.

« Plan National Cancer 2015-2019 » : Ce plan a donc, comme principal objectif la réduction de la mortalité des patients par cancer et l'amélioration de la démarche préventive contre les facteurs de risque et de la qualité de vie pendant et après le traitement, dans le cadre de la sauvegarde de la stricte équité dans l'accès aux soins pour tous les Algériens.

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.

Attitude en fonction des niveaux de risque :

En cas de risque normal

- Entre 50 et 69 ans, une mammographie réalisée selon les recommandations européennes, tous les 2 ans.
- Avant 50 ans, la mammographie de dépistage n'est pas recommandée car les effets négatifs sont supérieurs aux bénéfiques.
- Après 70 ans, la mammographie n'est pas recommandée de façon systématique.
- L'état de santé global de la femme doit être pris en compte.

En cas de risque accru

- Entre 50 et 69 ans, une mammographie réalisée selon les recommandations européennes tous les 2 ans.
- Entre 40 et 49 ans, une mammographie réalisée selon les recommandations européennes, annuelle.

Conclusion et recommandations

- Après 70 ans, l'état de santé global de la femme doit être pris en compte.

En cas de risque fortement accru

Quoiqu'il n'y ait pas d'effet démontré de différentes stratégies de dépistage sur la mortalité liée au cancer du sein, une prise en charge spécifique doit être définie.

Si le risque est « fortement accru » sur base d'une anamnèse familiale, une consultation d'oncogénétique est indiquée et l'intérêt d'un test de mutation génétique doit être discuté. Celui-ci n'est opportun que pour une petite proportion de femmes qui ont des antécédents familiaux.

- La mammographie est actuellement le test de dépistage de choix. Deux clichés sont préférables pour le premier examen de dépistage.
- En cas de mutation génétique identifiée, la sensibilité du tissu mammaire aux rayons est accrue.
- Seule la mammographie permet de voir des microcalcifications, éventuel témoin de la présence d'un carcinome canalaire in situ.
- Le dépistage peut débuter à 30 ans, ou éventuellement 5 ans avant la date du diagnostic chez un parent proche.
- Il est recommandé de faire bénéficier les femmes à risque « accru » ou « fortement accru » d'une consultation spécialisée

Cependant, il est souhaitable d'encourager et de soutenir les femmes à faire un dépistage précoce, à avoir une alimentation équilibrée, une activité physique et les aider à perdre du poids en cas d'excès et ceci dans le cadre d'une promotion globale de la santé

Références

Livre :

- Nouredine benzidane ; Cancer du sein diagnostic et traitement; office des publications universitaires 11-2014, 1, place centrale ben aknoun Alger. page 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 /21 page
- brahmi Khadîdja ; Le cancer de sein TOME I office des publications universitaires 11-2014, 1, place centrale ben aknoun Alger 19 20 21 22 67 68 69 70 72 73 89 90 97 98 99 100 101 102 107 108 109 110 111 /125 page

Revue scientifique :

- . LANSAC et al, Contraception et cancers Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Volume 2006, publié le 29.11.2006
- BIBLIOMED, Les analyses du Centre de Documentation de l'UnaformeC, Quels sont aujourd'hui les risques de mourir de cancer du sein ?, Numéro 609 du 6 janvier 2011
- Brophy, J. et al. Occupation and breast cancer: a Canadian case-control study. Ann N Y Acad Sci.2006. 1076: p.765-7
- Collaborative Group of Hormonal, Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: further results. Contraception 1996; 54 (suppl.) I S-106 S.
- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Familial breast cancer
- DAVIDSON (N), Cancer du sein et maladies mammaires bénignes, (Chapitre 204, extrait de l'ouvrage Gold man's Cecil Medicine, 24th édition), Cecil Medicine Cancérologie, le 5/8/2013
- Dumeaux V, Alsaker E, Luna E. Breast cancer and specific types of oral contraceptives: a large Norwegian Cohort Study. Int J Cancer 2003; 105: 844-50.
- Ferlay J et al, Ann Oncol 2007 ; 18:1423.
- Groupe d'experts canadien sur la fumée du tabac et le risque de cancer du sein Avril 2009
- JAMIN (C), Effets des facteurs de reproduction sur le risque de cancer du sein : revoir les croyances, La Lettre du Gynécologue • n° 363 - juin 2011
- Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. Annu Rev Publ Health 1996 ; 17 : 47-67.

Références

- Kumle M., et al, Use of oral contraceptives and breast cancer risk: the Norwegian-swedish women's life style and health cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11: 1375-81.
- NKONDJOCK (A) et GHADIRIAN (P), Facteurs de risque du cancer du sein, *MEDECINE/SCIENCES* 2005 ; 21 : 175-80
- RECOULES-ARCHE (A) et FOURCHOTTE (V), Cancer du sein, parité et allaitement, *La Lettre du Sénologue* n° 55 - janvier-février-mars 2012, P.08
- Tavani A, Gallus S, La Vecchia C et al. Risk factors for breast cancer in women under 40 years. *Eur J Cancer* 1999;35:1361-7

Travaux universitaires :

- BOUDRAA (N) et ZEGHDOUD (K), Obésité et cancer du sein, université de Constantine, P.67.
- Dominique (F) et Mawadzoue (S) : Cancers du sein (féminin) et du foie en Afrique de l'Ouest : Évolution temporelle de l'incidence et évaluation des facteurs de risque en Gambie et au Mali, thèse de doctorat, l'université Claude Bernard Lyon 1, 2011, P.117.
- RHOUZI (N), PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE AU CANCER DU SEIN ET /OU DE L'OVAIRE (à propos de 40 cas), thèse de doctorat en médecine, université de Fès II, P.102

Web graphie :

- World Cancer Research Fund. <http://www.wcrf.org/int/cancer-factsfigures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>
- Dernières statistiques mondiales sur le cancer En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses, Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) : https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf (12 décembre 2013)
- Organisation mondiale de la Santé - profils des pays pour le cancer, 2014 : http://www.who.int/cancer/country-profiles/dza_fr.pdf?ua=1
- Risque cancer du sein http://www.inserm.fr/content/download/10174/75953/version/2/file/risque_cancer_sein.pdf
- Institut nationale de cancer : les symptômes. http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein_12_septembre_15h45
- http://www.buzzsenegal.com/Saviezvous/signes-visibles-et-caches-de-cancer-du-s_n_5694.html

Références

- Mon traitement cancer du sein.fr <http://www.montraitement-cancerdusein.fr/fr-FR/Personnalisation-de-votre-traitement/Diagnostic-de-votre-cancer-du-sein> Le 12 septembre 2017 à 15h50
- <http://lecancerdusein-tpe.blogspot.com/>
- <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-col-de-l-uterus/maladie/les-tumeurs-malignes.html> mise à jour 3 octobre 2016, consulté le 12 septembre à 16h00
- Futura science, Futura santé : <http://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-cancer-sein-9270/> consulté le 12 septembre à 16h05
- Société canadienne de cancer : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/prognosis-and-survival/survival-statistics/?region=on>
- OMS, Cancer : Aide-mémoire N°297, Principaux faits (Mars 2017) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

Conférences :

BOUCHERDOUD (S), *Situation Epidémiologique Du Cancer Du Sein*, journée des sages-femmes 5mai, Chlef Mai 2016.

MAHNANE (A) et HAMDI CHERIF (M), épidémiologie de cancer du sein en Algérie, Sétif, P. 14.

Annexes n°01 : Classification TNM du cancer du sein, 7^e édition 2010, et stade UICC

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté « cTNM » et le stade anatomopathologique post chirurgical noté « pTNM »

Tx	la tumeur primitive ne peut pas être évaluée	
T0	la tumeur primitive n'est pas palpable	
	Tis	carcinome in situ
	Tis (DCIS)	carcinome canalaire in situ
	Tis (CLIS)	carcinome lobulaire in situ
	Tis (Paget)	maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente
	NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la tumeur	
T1	tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension	
T1mic	micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension	
	T1a	1 mm < tumeur ≤ 5 mm dans sa plus grande dimension
	T1b	5 mm < tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
	T1c	1 cm < tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	2 cm < tumeur ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension	
T3	tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension	
T4	tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)	
	T4a	extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
	T4b	œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
	T4c	T4a+ T4b
	T4d	cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux pN

Nx	l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non dispensables pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)	
N0	absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées	
	N0 (i-)	absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)
	N0 (i+)	absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires $\leq 0,2$ mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)
	N0 (mol-)	absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique biologie moléculaire négative (RT-PCR : réserve transcriptase polymérase Chain réaction)
	N0 (mol+)	absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)
N1mi	micrométastases $> 0,2$ mm et ≤ 2 mm	
N1	envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecter sur ganglion sentinelle sans signe clinique	
	N1a	envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires

	N1b	envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
	N1c	envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)
N2		envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire
	N2a	envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm
	N2b	envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire
N3		envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec 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
	N3a	envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires
	N3b	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
	N3c	envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)	
Mx	renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	absence de métastases à distance
M1	présence de métastase(s) à distance

Classification par stade UICC :

Classification par stade UICC	
0	Tis N0 M0
I	N0 M0
IIA	T0 N1 M0 ; T1 N1 M0 ; T2 N0 M0
IIB	T2 N1 M0 ; T3 N0 M0
IIIA	T0 N2 M0 ; T1 N2 M0 ; T2 N2 M0 ; T3 N1 0 ; T3 N2 M0
IIIB	T4 N0 M0 ; T4 N1 M0 ; T4 N2 M0
IIIC	TOUS T N3 M0
IV	Tous T Tous N M1

Annexes n°02 : questionnaire

Fichier n°01 : pour tous les malades consultants

Bonjour Madame ! Nous réalisons actuellement une étude épidémiologique dans le cadre de notre formation universitaire (pour le mémoire de fin d'étude) sur la fréquence de cancer du sein chez les malades consultants dans le service d'oncologie EPH les sœurs Bedj. Pouvez-vous répondre à ces questions, SVP ?

• Nom : _____ Prénom : _____

• Profession : _____

• Age : _____

• adresse : _____

• état civile :

Célibataire marié

Divorcé(e) veuf(Ve)

• Niveau intellectuel:

Analphabète Primaire Secondaire

CEM

Étude supérieure

• Mesures physiques: (POUR LE CANCER SE SEIN)

Poids : _____ taille : _____ IMC : _____

• Type de cancer :

• Stade de la maladie: primitive métastase

Si Métastase:

Foie Os Foie et os

Autre

• Antécédents familiaux

Oui non

Si oui,

Lequel?.....

Type de cancer?.....

Avez-vous un acte chirurgical?

Oui non

Date : Consentement : écrit : orale :

Antécédents :

- Avez-vous une maladie mammaire bénigne ?
oui non
 - Un membre de ta famille souffre de cancer ?
Oui non
- Si oui :
- ✓ Qui est ce membre?.....
 - ✓ Quel type de cancer?.....
 - ✓ Est-ce qu'il est encore vivant?
- Oui non

Le diagnostic de cancer du sein

- Dans quelles circonstances le cancer du sein a-t-il été suspecté ?
 - ✚ Vous l'avez suspecté vous-même à la palpation de votre sein
 - ✚ Votre gynécologue l'a suspecté à la visite
 - ✚ Sur une mammographie de contrôle
 - ✚ apparition d'une malformation du sein
 - ✚ Test de dépistage
- Autre :
précise.....
- Avez-vous eu une biopsie du sein pour poser le diagnostic?
Oui Non
 - Avez-vous parlé de votre maladie à votre entourage ?
Oui Non

Questions générales :

- Présence des règles
Oui non
 - Avez-vous recevez un traitement du ménopause?
Oui non
- Si oui, la durée:.....
- (pour les femmes mariées)
- L'âge de mariage: /_/_/
 - Vous avez combien d'enfant ?.....
 - Quel type d'allaitement vous avez utilisée ?
Naturelle artificielle mixte
 - Si naturelle, combien de temps ?.....
 - L'âge de votre premier enfant:
 - Avez-vous déjà utilisée une contraception?
Oui non
 - Si oui, quel type?
✚ Orale la marque: / durée:
✚ Injectable
✚ Stérilet

Prise en charge et traitement:

- La première procédure thérapeutique effectuée:
✚ La chirurgie
✚ La chimiothérapie
✚ La radiothérapie
 - Si vous êtes opérée:
✓ A quelle date avez-vous été opérée du cancer ?
.....
 - ✓ Combien de temps s'est écoulé entre le moment où le cancer a été suspecté et l'opération chirurgicale ?
Précisez:.....
 - Quel traitement chirurgical avez-vous eu ?
✚ Tumorectomie
✚ Mastectomie unilatérale avec curage ganglionnaire
✚ Mastectomie unilatérale sans curage ganglionnaire
✚ Mastectomie bilatérale avec curage ganglionnaire
✚ Mastectomie bilatérale sans curage ganglionnaire
 - La durée entre:
✚ La chirurgie et la chimiothérapie
✚ La chirurgie et la radiothérapie
✚ La chimiothérapie et la radiothérapie
 - L'établissement ou vous avez fait:
✚ La chirurgie
✚ La chimiothérapie
✚ La radiothérapie
 - Avez-vous un traitement hormonal?
1 Oui 2 Non
- Duré.....

habitudes de vie:

Votre alimentation contient:

Viande:

Blanches		rouges	
Occasionnellement	<input type="checkbox"/>	occasionnellement	<input type="checkbox"/>
1 ou 2 fois/semaine	<input type="checkbox"/>	1 ou 2 fois/semaine	<input type="checkbox"/>
3 fois/semaine	<input type="checkbox"/>	3 fois/semaine	<input type="checkbox"/>
Plus	<input type="checkbox"/>	plus	<input type="checkbox"/>

Fruits et légumes:

5 fruits, légumes/jour Moins de 5 fruits, légumes /jour Aucun fruit Aucun légumes

Pratiquez-vous une activité physique?

Oui non

Si oui, laquelle?

La fréquence:

1 fois/semaine 2 fois/semaine 3 fois/semaine

Occasionnellement Rarement

Quelle est la durée moyenne d'une séance?

.....

Etes-vous soumis au tabagisme passif?

Oui non

الملخص

يعتبر سرطان الثدي واحد من أكثر الأمراض التي تصيب النساء, و الأكثر شيوعا عند النساء في الجزائر كما يعتبر من احد الاسباب الرئيسية للوفاة عند النساء في الجزائر و العالم.

معدلات الاصابة بسرطان الثدي تختلف تبعا لعدة عوامل, مثل العمر, العوامل الهرمونية, السمنة, الوراثة و غيرها من العوامل .

يتضمن بحثنا دراسة وصفية احادية المركز, مستعرضة ل 93 حالة من خلال الاستشارة على مستوى مصلحة طب الاورام في ولاية الشلف خلال 45 يوما بين ابريل و يونيو 2017. الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو العثور على تقدير لانتشار سرطان الثدي عند المرضى في مصلحة طب الاورام

من خلال دراستنا, وجدنا ان نسبة الاصابة بسرطان الثدي لدى المرضى بمصلحة طب الاورام خلال فترة التربص تبلغ 45%, حيث تتراوح اعمار النساء الاكثر تضررا بين 36 و 45 عاما, و يبلغ متوسط اعمارهن 53 سنة, بالمقابل 46.2% من الحالات لها تاريخ عائلي مع سرطان الثدي. 45% من الحالات تستخدم وسائل منع الحمل الهرمونية, بلغ معدل النساء التي لم تتجين 26.2% مقابل 73.8%, اما نسبة الرضاعة الطبيعية فكانت 61% مقابل 39%. و متوسط مدة الرضاعة الطبيعية 27.9 شهرا. 11.87% من الحالات يعانون من زيادة الوزن, مع 40% من الحالات بلغن سن الياس. 40.5% من الحالات تعرضت للتدخين السلبي و 07% فقط من الحالات في هذه الدراسة تمارس رياضة المشي كنشاط بدني بمعدل 26.7 دقيقة بالرغم من ان الرياضة تعتبر عامل وقائي.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي, علم الاوبئة, نسبة الانتشار, عوامل الخطر, شلف

Abstract :

Breast cancer occupies a very important place among women's cancer, it's one of the most frequent cancers among Algerian women and represents the first cause of woman's death by cancer in Algeria and the world.

The frequency of breast cancer vary among a lot of risk factors such as: age, hormonal factors, obesity, heredity and other factors.

Our work was a transversal study of 93 cases via the oncological consultations in the oncological service in Chlef, during 45 days, from April until June 2017. The main objective of this study is to find the prevalence of breast cancer for the consulates patients.

It shows that the breast cancer frequency is 45%, the most affected patients are aged in 36-45 years old with an age average of 53 years old, 46,2% has familial history with breast cancer, the rate of nulliparous's women is 26,2 % versus 73,8 %, the rate of natural feeding is 61 % versus 39 %. The average term of natural feeding is 27,9 months. 45% used hormonal contraceptives, 11, 87% of the population study are overweight with 40% of postmenopausal women. 40,5 % of the population was exposed to passive smoking and only 07% exercise walking as physical activity, occasionally with an average period of 26,7minutes.

Key words: breast cancer, epidemiology, frequency, risk factors, Chlef.