

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

FACULTE DE MEDECINE

B.P.1825



**Le cancer du sein chez la femme à Lubumbashi : prévalence, profil
épidémiologique et facteurs associés**

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
grade de bachelier en médecine humaine

ANNEE ACADEMIQUE 2023-2024

I EPIGRAPHE

DEDICACE

Il nous arrive de nous dire que tout va comme sur des roulettes, de savoir qu'on n'a pas à s'inquiéter du lendemain ou d'hier, de se dire qu'on a fait de son mieux; tout ça a un sens.

Seul le mot amour est celui que je ressens en cet instant au travers de ces lignes : Mes hommages vont tout droit vers toi mon dieu l'artisan de mon bonheur et de la vie qui demeure, en qui j'espère un avenir meilleur.

Au meilleur des pères TSHIMANGA KANKONDE Félicien dont le mérite, les sacrifices, et les qualités humaines m'ont permis de vivre ce jour.

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour l'estime le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien-être.

Ce travail est le fruit des sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et ma formation.

A ma très chère mère Kamba TSHITAMBA ESPÉRANCE tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Aucune dédicace n'est assez éloquente Pour exprimer ce que tu mérites pour les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance, et même à l'âge adulte

Je te dédie Ce travail en témoignage de mon profond amour puisse Dieu te préserve et t'accorde santé longue vie et bonheur que ce travail soit votre réconfort moral

REMERCIEMENTS

Avant toute chose nous tenons premièrement à rendre multiples actions de grâce À l'éternelle notre dieu le maître de temps et des circonstances lui qui rend toute chose possible par la main duquel nous avons pu achever notre cursus universitaire.

Nos remerciements ça dresse au corps professoral de l'université de Lubumbashi et en particulier à ceux de la faculté de médecine pour la bonne formation que nous avons reçue tout au long de notre cursus académique

Plus particulièrement le professeur Arthur Munkana Ndundula Qui a accepté avec enthousiasme de diriger ce travail. Ses remarques et suggestions nous ont rendu la tâche facile dans la rédaction de ce travail, qu'il veuille agréer ces hommages de notre sincère admiration.

A mes chers parents FELICIEN TSHIMANGA ET ESPÉRANCE TSHITAMBA, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études,

A mes chères sœurs et frères CHRISTINA NGALULA, MELISSA MUJINGA, DORCAS TUESELELA, REGINE TSHITAMBA, SAMUEL TSHIMANGA, DANIEL KAMBA ET STELLA KAYEMBE, DANIEL MWELE, DEBORAH KAMBA pour vos encouragements permanents, et votre soutien moral,

Pour votre appui et vos encouragements, Les mots ne suffisent guère pour exprimer l'attachement l'amour et l'affection que je porte pour vous

A mes beaux-frères KAYIJ FREDDY, MASAKA MASKIN, MBAYA JOSEPH, Par la grandeur d'un acte de profit dans ce que vous ne cessé de poser sur nous nous vous témoignons à jamais notre profonde gratitude

À vous mes ami (e)s LUBWE DORCAS, KASONGA YOLLANDE, NDOMBA PAQUELINE, OTEMA MARIE GRADIE, TSHILANDA TREXCELLE, TSHIPAMA ELISEE, KIWAYA EBEN, KITUNGWA JOEL, KATSHAYI ISRAEL, SITA DAVID, TSHIMBALANGA SYMPHORIEN, KAMASENDWE FRANCIS, MUKANYA DANIEL, ALLEGRESSE KALOMBO, UMBA DORCAS, TAMU DIVINE, pour votre soutien moral, intellectuel et physique dans les bons et mauvais jours,

Trouvez ici l'expression de mon amour profond.

A mon pasteur VICTOR KAKESE pour toutes ses prières et intercessions faites en ma faveur !

Nous ne pouvons clôturer cette page sans rendre honneur au DR ABEL BANZA pour ses merveilleuses idées, son assistance et pour la bonne présentation de ce mémoire.

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infailible,

Merci d'être toujours là pour moi.

SOMMAIRE

EPIGRAPHE

DEDICACES

INTRODUCTION

CHAPITRE 1. GENERALITES SUR LA GLANDE MAMMAIRE

CHAPITRE 2 GENERALITES SUR LE CANCER DE SEIN

CHAPITRE 3 METHODES CHAPITRE 4

RESULTATS

CHAPITRE 5 DISCUSSION

CONCLUSION

RECOMMANDATION

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des patientes selon l'âge	24
Tableau 2. Répartition des patientes selon la période d'hospitalisation.....	24
Tableau 3. Répartition de patientes selon l'état civil	25
Tableau 4. Répartition des patientes selon la profession	25
Tableau 5. Répartition des patientes selon l'antécédent de myomectomie	27
Tableau 6. Répartition des patientes selon l'antécédent d'ovariectomie	27
Tableau 7. Répartition des patientes selon l'antécédent de nodulectomie	28
Tableau 8. Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical d'un cancer	28
Tableau 9. Répartition des cas selon les antécédents médicaux.....	29
Tableau 10. Répartition des patientes selon l'antécédent du cancer chez la mère	30
Tableau 11. Répartition des patientes l'antécédent de cancer chez la tante	30
Tableau 12. Répartition des patientes selon la circonstance de découverte	31
Tableau 13. Répartition des patientes selon le motif de consultation	31
Tableau 14. Répartition des patientes selon l'aspect des seins	32
Tableau 15. Répartition des patientes d'après la palpation des seins	33
Tableau 16. Répartition des patientes selon le stade TNM du cancer	33
Tableau 17. Répartition des patientes selon le résultat de la mammographie	34
Tableau 18. Répartition des patientes selon l'évolution	34
Tableau 19. Répartition des patientes selon l'analyse immunohistochimique	35
Tableau 20. Répartition des cas selon le type histologique du cancer	35
Tableau 21. Répartition des patientes selon les types de complications	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale du sein [29]	7
Figure 2 : Tumeur maligne du sein	14
Figure 3 : Type de cancer de sein	16
Figure 4 : Stade TNM du cancer de sein	17
Figure 5. Répartition des patientes selon la résidence	26
Figure 6. Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	26
Figure 7. Répartition des cas selon les antécédents familiaux de cancer des seins.	29

Figure 8. Répartition des patientes selon l'état général.....	32
---	----

LISTE DES ABBREVIATIONS

1. Cs : cancer de sein
2. ATCD: antécédent
3. BCRA: breast cancer antigene
4. HTA: Hypertension arterielle
5. ACR: American college of radiology
6. HER: human epidermal growth factor receptor
7. TNM: Tumeur Nodule Metastase
8. HGR : Hopital general de référence

RESUME

INTRODUCTION

1. ETAT DE LA QUESTION

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe dans les cellules du sein, provoquant la destruction et l'envahissement des tissus. Cette tumeur peut potentiellement se propager aux tissus voisins, et parfois envahir d'autres parties du corps humain. Il peut s'agir d'un carcinome développé à partir de l'épithélium des canaux galactophores et des lobules [1]

La complication la plus grave du CS est la formation de métastases. Elles apparaissent lorsque certaines des cellules d'une tumeur se détachent et se déplacent vers d'autres parties du corps, en passant par les vaisseaux sanguins ou les vaisseaux lymphatiques, pour envahir les tissus à des endroits parfois éloignés (poumons, foie, os, cerveau et peau). Une fois ces sites atteints, de nouveaux symptômes liés au cancer peuvent apparaître, comme des douleurs osseuses ou des maux de tête. [2]

En 2022, on a recensé 2,3 millions de cas féminins et 670 000 décès dus au CS dans le monde [3]. De plus, selon les estimations, le nombre de nouveaux cas et de décès de CS aux États-Unis était respectivement de 0,28 million et 0,04 million [4]. À titre d'estimation, une femme sur 4 a un CS et une femme sur 8 est décédée des suites d'un CS [5]. Selon l'American Cancer Society, le fardeau mondial du cancer serait de 28,4 millions de cas d'ici 2040, soit une augmentation d'environ 47 % par rapport au fardeau du cancer de 2020 [6].

En Afrique l'incidence du cancer de sein augmente d'année en année et elle devient une préoccupation de plus en plus urgente dans cette partie du monde. Ceci est particulièrement alarmant compte tenu du manque de promotion de la santé, de soins de santé et de ressources qui contribuent à d'importantes disparités entre les pays développés et les pays en développement, d'autant plus que la plupart des femmes des pays en développement qui développent le cancer de seins ne recherchent un traitement que lorsque le cancer est à un stade avancé. À titre d'exemple spécifique à un pays, les données de GLOBOCAN 2020 montrent qu'au Kenya, le taux d'incidence du CS avoisine les 40,3 par 100 000 femmes, avec un taux de mortalité à 17,8 par 100 000 personnes. Au Kenya, le CS représente environ 12 % des nouveaux cas de cancer diagnostiqués annuellement, et environ 7,7 % du nombre total de décès liés au cancer [7]

En République démocratique du Congo, le CS est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme congolaise après celui du col de l'utérus. Le constat de l'OMS dans cette partie du monde est alarmant « les cancers font de plus en plus de victimes. Un malade sur 3 meurt du cancer de sein au centre NGANDA

à KINSHASA, mais ce centre ne tient de registre de cancers. C'est ce qui explique l'absence de statistiques nationales » [8]

A Lubumbashi, une étude faite par Mudimbi et ses collaborateurs en 2020 à l'hôpital général de référence provincial Jason Sendwe a révélé un taux de 9,3% d'un cancer de sein ; kibangula S et coll. ont trouvé un taux de 3,34 % en 2022 aux cliniques universitaires de Lubumbashi [9]

Plusieurs études sur le CS ont déjà été étudiées en RDC et plusieurs aspects ont déjà été abordés, mais à ce jour le résultat reste encore une bonne marche de progrès à faire à cause du manque de registre national de cancer constituant ainsi un handicap sérieux, un défi et une difficulté qui rend la situation du CS d'avantage difficile à Lubumbashi dans l'intérêt de cette étude.

2. PROBLEMATIQUE

Dans les pays en voie développement tel que la RDC particulière à Lubumbashi, Le manque des stratégies de prévention, l'ignorance des femmes sur la pathologie mammaire, l'insuffisance du personnel qualifié ainsi que les conceptions culturelles contribuent à l'arrivée tardive des patientes en consultation dans 57-95,4 % La découverte tardive (75%) des cancers du sein expose la patiente à un traitement plus mutilant, plus long, plus couteux, avec des chances de guérison réduites. [10]

Les maladies chroniques non transmissibles, parmi lesquelles les cancers du sein constituent un poids de morbidité de plus en plus important en RDC constituant ainsi un problème majeur de santé publique, Lubumbashi n'en n'est pas épargné.

Au vue de tout ce qui précède il nous est donc paru judicieux d'étudier dans ce travail la prévalence les aspects épidémiologiques, ainsi que les facteurs associés du CS à Lubumbashi.

3. QUESTION DE RECHERCHE

Afin de bien réaliser la présente investigation scientifique, nous nous sommes donc focalisés sur des questions de recherches pertinentes : Quelle est la prévalence du CS chez la femme à Lubumbashi ? Quel est le profil épidémiologique de ce fléau et Quels sont donc les facteurs y associés.

4. Choix et intérêt du sujet

Le CS est une pathologie fréquente dans notre milieu de vie qui malheureusement à une incidence de mortalité trop élevée pour notre pays la RDC

Le poids d'intérêt motivant ce présent travail réside dans le souci d'acquérir d'amples connaissances sur le CS afin d'élaborer des bonnes stratégies contre cette maladie et diminuer ainsi son incidence en RDC et particulièrement à Lubumbashi

5. Objectif général et spécifique

➤ Objectif général

Améliorer la prise en charge du cancer de sein à Lubumbashi par une meilleure connaissance de sa prévalence, du profil épidémiologique ainsi que des facteurs y associés.

➤ Objectif spécifique

- Déterminer la prévalence du CS dans 3 HGR de Lubumbashi ; - Établir le profil épidémiologique du CS dans 3 HGR de Lubumbashi ;
- Déterminer les facteurs associés du CS dans lesdits HGR.

6. DÉLIMITATION DU TRAVAIL

Hormis l'introduction, notre présent travail sera divisé en 2 grandes parties: une partie théorique qui nous donnera des connaissances sur le sein et le CS et une partie pratique présentant les résultats obtenus après nos investigations.

CHAPITRE 1. LA GLANDE MAMMAIRE

La glande mammaire est une glande exocrine, paire et lobulée, de morphologie très variable selon le sexe et la phase de la vie génitale. Elle se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi antéro-latérale du thorax [11].

1.1. Rappels embryologiques [12 nahoum]

Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique qui se développent de chaque côté du corps, le long des crêtes mammaires vers la quatrième semaine de la gestation. Vers le 30 jour de la vie intra-utérine (embryon de 4 à 8 mm) apparaît latéralement un

épaississement de l'ectoderme se présentant sous la forme d'une traînée blanchâtre légèrement saillante: la bande mammaire ou ligne lactée. Il existe une bande mammaire de chaque côté s'étendant entre les racines du membre du même côté. Par la suite, la région médiane des bandes mammaires s'élève pour former la crête mammaire. A la 5^{ème} semaine ; la crête disparaît sauf au un point où se forme un nodule qui s'enfonce dans le mésenchyme sous-jacent pour former bourgeon primaire BP.

- A la 10^{ème} Semaine le BP se déprime en surface réalisant la cupule mammaire future aréole, les BP se ramifient et se divisent donnant: les bourgeons secondaires. Qui se creusent ultérieurement constituant les futurs canaux galactophores.

Au cours de 8^{ème} mois, les cellules épithéliales des canaux se différencient en cellules sécrétrices et cellules myoépithéliales.

En profondeur, le bourgeon est représenté par un épaississement développé essentiellement au dépend des cellules cylindriques de la couche de Malpighi: plaque de Laugher. La première ébauche du mamelon apparaît au 4^{ème} mois sous forme d'un soulèvement du champ aréolaire. Les cordons épithéliaux se creusent de lumière centrale pour devenir vers le 6^{ème} mois des canaux galactophores. Durant cette période, les cordons épithéliaux émettent chacun un certain nombre de bourgeon secondaire. Ces bourgerons secondaires d'abord pleins se creusent à leur extrémité distale pour devenir les acini. Le mamelon primitif est visible à l'œil nu chez le fœtus de 5 à 6 mois

1.2. Rappel anatomique[12 nahoum]

1.2.1. Anatomie topographique

a) Situation :

Au nombre de deux, les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax de chaque côté du sternum, en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3^{ème} et la 7^{ème} côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type du thorax.

b) Forme et dimensions :

La forme générale du sein féminin est variable, le plus souvent conique, arrondie, insignifiante avant la puberté; chez la jeune fille les seins présentent une forme semi ovoïde. A l'âge adulte, les seins acquièrent leur maturité et leur forme est grossièrement hémisphérique à conique. Sous l'influence de leur propre poids (dans la station debout) ils tendent à tomber légèrement. Avec le vieillissement, les

grossesses et l'allaitement, les seins auront tendance à la ptose et ils deviennent plus flasques (plus ou moins pendants). Chez l'adulte en dehors de la grossesse, les seins mesurent en moyenne 10 à 11cm de hauteur sur 12 à 13cm de largeur. c) Poids et consistance Chez la jeune fille, il peut atteindre 150 à 200g. Alors que chez la nourrice, il est de 400 à 500g pouvant atteindre 800 à 900g.

1.2.2. Configuration externe

Elle comporte trois zones : [13]

- La zone périphérique : La peau est dans son ensemble lisse et souple ; glabre chez la femme et l'enfant, elle est revêtue d'un système pileux plus ou moins abondant chez l'homme, surtout près de la ligne médiane. Elle se différencie au niveau de l'extrémité antérieure de la glande mammaire, approximativement en regard du troisième espace intercostal, pour former l'aréole et le mamelon.

Sous ce plan cutané existe un pannicule adipeux plus ou moins développé.

- L'aréole : C'est un disque assez régulier de 40 à 50 mm de diamètre entourant la base du mamelon avec lequel elle se continue. Doublée à sa face profonde par le muscle de l'aréole, elle renferme des glandes sudoripares et des glandes sébacées qui font saillie à sa face extérieure constituant les tubercules de Morgagni.
- Le mamelon : Il est placé au centre de l'aréole et forme une surélévation cylindrique de 10 à 12 mm de long et de 9 à 10 mm de large. De même coloration brunâtre que l'aréole, il présente à son extrémité une série de petits orifices correspondant à la terminaison des canaux galactophores.

1.2.3. Configuration interne :

Chez la femme, la glande mammaire se développe dès le début de la puberté et constitue une masse de tissu glandulaire de coloration blanc bleuâtre, de forme grossièrement circulaire située à la face antérieure de la partie externe du muscle grand pectoral.

Elle présente :

- Une face postérieure sensiblement plane,
- Une face antérieure convexe, irrégulière, présentant une série de crêtes plus ou moins marquées : les crêtes fibro-glandulaires de Duret cutané constituant les ligaments de Cooper.

- Une circonférence, très irrégulière, émettant des prolongements dont un seul est constant : le prolongement axillaire qui contourne le bord inférieur du muscle grand pectoral et empiète plus ou moins sur les plans superficiels du creux axillaire. [14]

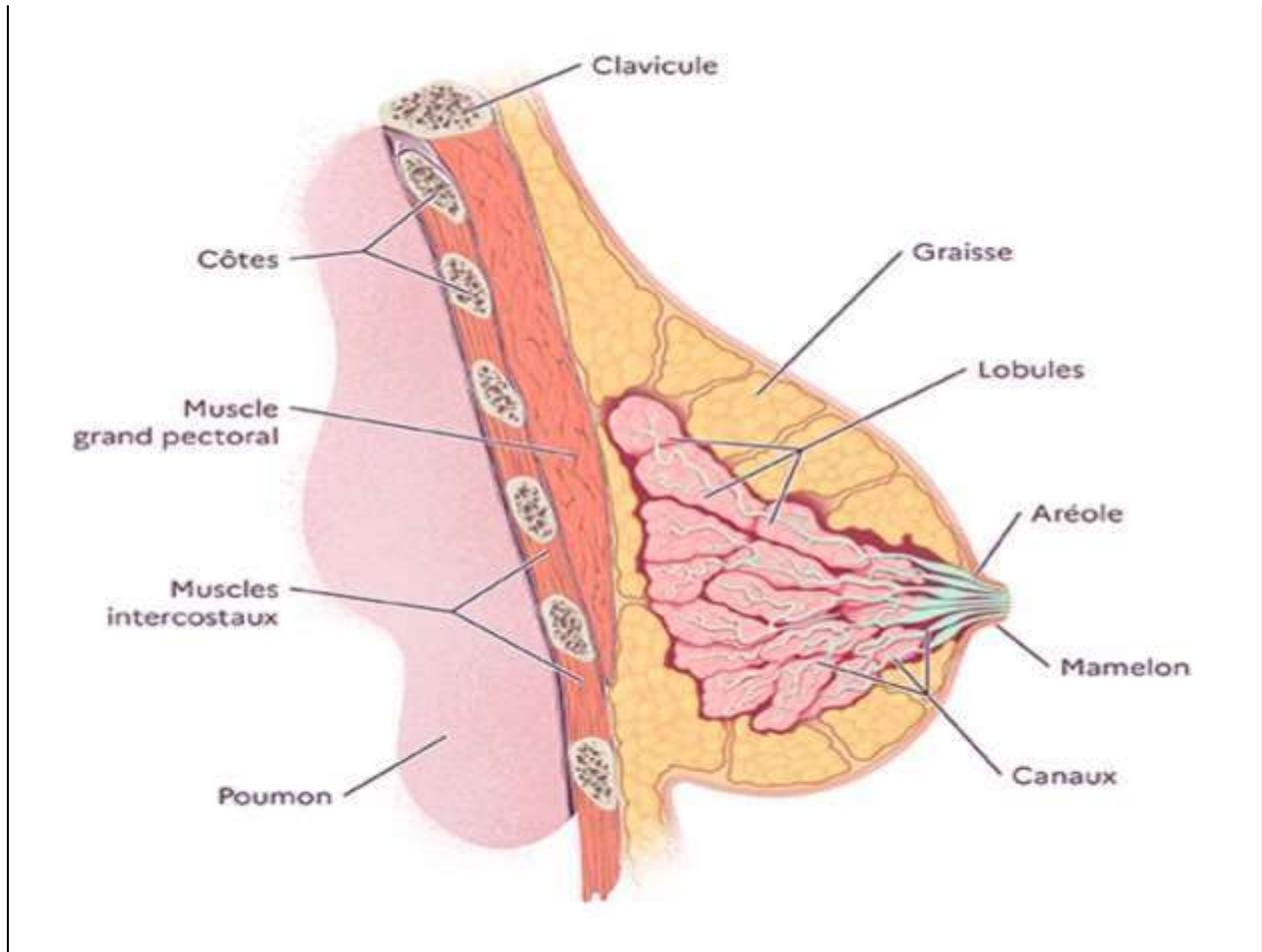


Figure 1 : Coupe sagittale du sein [29] .

1.2.4. Rapports et moyens de fixité

a. Rapports :

Les seins sont en rapport en avant avec le plan cutané et en arrière avec le plan musculo-facial et thoracique. On divise le sein arbitrairement en quatre quadrants avec une zone aréolaire: Le quadrant supéro-externe Le quadrant supéro-interne Le quadrant inféro-externe Le quadrant inférointerne

Le corps mammaire est encapsulé par un dédoublement du fascia superficialis thoracique avec le plan cutané en avant et le plan musculo-fascial en arrière. a) Le plan cutané: la peau qui recouvre le corps mammaire est particulièrement fine et souple. Elle est limitée à sa face profonde par le fascia pré mammaire, dédoublement antérieur du fascia superficialis thoracique. b) Le plan musculo-fascial: la face postérieure du corps mammaire, limitée par le fascia rétro mammaire, répond successivement à : Le plan musculo-fascial superficiel: Les muscles superficiels sont recouverts de leurs aponévroses dont le fascia du grand pectoral représente la partie la plus importante. Plan musculo-fascial profond: il est constitué par le muscle petit pectoral et le muscle subclavier, le tout engainé du fascia clavi-pectoro-axillaire. Au plan squelettique: dans son ensemble, le sein répond à la face antérieure des 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} espaces intercostaux et aux côtes qui les limitent. Au-delà du grill costal, c'est la plèvre et le poumon.

b. Moyens de fixité

Le sein est fixé essentiellement par les ligaments suspenseurs: a) Les ligaments suspenseurs la glande mammaire est encapsulée par les fascias pré et rétro-mammaires solidarisés par de nombreuses septa qui pénètrent et cloisonnent la glande. Les septas fibreuses, plus développés dans la partie supérieure et postérieure de la glande constituent les ligaments suspenseurs du sein (ligaments de Cooper) b) La peau: elle présente des connexions très solides avec le fascia pré mammaire qui la double. Cette solidarité est si étroite que les mouvements de la peau et de la glande sont inséparables.

1.2.5. La vascularisation du sein

Le sein est richement vascularisé par un réseau alimenté par les artères mammaires interne et externe et par des branches perforantes des artères intercostales.

Au niveau de l'aréole, on observe un réseau vasculaire superficiel circulaire et une vascularisation profonde aux dépens des différentes artères du sein.

a) Les artères : Trois réseaux se partagent inégalement la vascularisation du sein

Un réseau pré-glandulaire; Un réseau retro-glandulaire, réuni aux précédents par un système anastomotique intraglandulaire.

L'origine de ces réseaux provient : De l'artère acromio-thoracique (a. thoraco-acromialis)

Elle naît de l'artère axillaire au bord supérieur du muscle petit pectoral (m. pectoralis minor), perfore l'aponévrose clavi-pectorale (fascia clavi-pectoralis) et se divise en deux branches, acromiale et thoracique. La branche thoracique, médiale, est celle qui nous intéresse, puisqu'elle se distribue en se divisant très rapidement en deux branches, la branche musculaire profonde, est retro-pectorale. C'est elle qui est à l'origine des rameaux perforants cutanés qui émergent du bord inférieur du muscle grand pectoral, perpendiculairement à celui-ci, qui pénètrent donc la glande par sa face profonde. La branche superficielle sous cutané, est plus courte et se termine à hauteur

du 3ème espace intercostal où elle s'anastomose avec le rameau perforant cutané antérieur. □ De

l'artère mammaire externe. Elle naît de l'artère axillaire (a. axillaris) en arrière du muscle petit pectoral, descend en bas, en dedans et en avant en suivant le bord externe du muscle grand pectoral. Elle se termine en se divisant en trois branches : Une branche antérieure, à destinée cutanée, qui s'anastomose avec une branche venue de la mammaire interne par la 3ème perforante thoracique antérieure ;

Une branche musculaire postérieure, qui s'anastomose avec des rameaux scapulaires inférieurs et donne des rameaux destinés aux muscles pectoraux, au grand dentelé et aux intercostaux ; Enfin sa branche glandulaire (artère principale externe- rami mammarii latérales) pénètre la glande par son prolongement axillaire, et se divise en deux branches qui entrent dans la composition du cercle péri-aréolaire en s'anastomosant avec des branches homologues venues de l'artère mammaire interne.

De l'artère mammaire interne. Elle naît de la face inférieure de la sous clavière, se dirige en bas et en dedans sur le versant antérieur du dôme pleural, derrière la veine sousclavière et la clavicule, puis pénètre dans le thorax. Elle chemine en arrière du plastron sterno-costal, jusqu'au 6ème espace, où elle se divise en ses deux branches terminales, l'une latérale, l'artère musculophrénique, l'autre médiale, l'artère épigastrique supérieure. Elle donne au cours de son trajet des branches collatérales postérieures, destinée au médiastin (rami médiastinales et rami thymici), internes, pour le plastron sternale, antérieures, ou perforant thoracique antérieure, qui traversent les espaces intercostaux et se distribuent au grand pectoral et à la glande mammaire, et externe ou intercostale antérieure qui s'anastomosent avec les artères intercostales postérieures ou aortiques.

La 3^{ème} perforante thoracique, qui émerge à l'extrémité interne du 2ème espace intercostal est la plus importante : on les appelle également, avec celle du 3ème espace, lorsque celle-ci est de calibre important, les artères principales interne (rami mammarii). Elle chemine presque horizontalement dans

le tissu sous cutané, en émettant des perforantes antérieurs qui s'anastomosent avec le réseau sous dermique, et se termine en se divisant en deux branches qui s'anastomosent au niveau du cercle péri-aréolaire avec les branches homologues venues de l'artère principale externe. Les 5èmes et 6ème perforantes thoracique antérieures émergent plus à distance de la ligne médiane (environ à 9 cm pour la 5ème et à 13 cm pour la 6ème). Elles pénètrent dans la glande par sa face profonde et jouent un rôle beaucoup moins important dans la vascularisation glandulaire. La 5ème perforante est également appelée artère du mamelon.

Constitution des trois réseaux : Le réseau sous dermique Très étendu, il est constitué par un riche réseau anastomotique entre les branches cutanées de l'artère acromio-thoracique (branche acromiale, branche thoracique) et celles des artères voisines : sus-claviculaire scapulaire inférieure et rameaux perforantes thoraciques venues de la mammaire interne.

Le réseau pré-glandulaire Il est alimenté par les branches antérieure et glandulaire de l'artère mammaire externe (artère principale externe), la 3ème perforante thoracique de l'artère mammaire interne (artère principale interne), et les autres perforantes thoraciques antérieurs : les deux artères principales externe et interne s'anastomosent pour constituer le cercle péri-aréolaire

Le réseau pré-glandulaire est largement anastomosé avec le réseau sous-dermique. Il constitue un plexus à large mailles, qui recouvre toute la face antérieure de la glande, et envoie des branches en profondeur, perpendiculairement à la surface. Celles-ci cheminent dans les cloisons interlobaires et lobulaires et entourent les acini et les galactophores. Le réseau retro-glandulaire Il est constitué par les rameaux perforantes de la branche musculaire, profonde, de l'artère acromio-thoracique, moins important, est uni au système cutanéoglandulaire antérieur par un réseau anastomotique intra-glandulaire, à peu près perpendiculaire à la surface, qui suit les travées conjonctives interlobaires et péri-galactophorique. les branches perforantes des intercostales internes (2ème, 3ème, 4ème et 5ème) et externes ou aortiques (7ème, 8ème, 9ème).

b) Les veines : Le drainage veineux du sein ne présente pas de particularité.

On retrouve l'existence de deux réseaux, l'un superficiel et l'autre profond, anastomosés par le système intra-glandulaire et à leur périphérie. Comme pour la vascularisation artérielle, on retrouve l'existence d'un réseau sous-dermique qui constitue un important plexus péri-aréolaire et un plexus péri-mamelonnaire, anastomosé au réseau profond glandulaire péri-galactophorique.

Les veines sous-dermiques, très superficielles, vont continuer autour de l'aréole le cercle de Haller. De là part un réseau à très larges mailles, le réseau de Haller, sous-cutané, bien visible pendant la grossesse et l'allaitement qui se draine dans les veines superficielles de la région :

En haut dans le réseau cervical superficiel (jugulaire antérieur et externe) ; En dehors dans la veine céphalique par la veine acromio-thoracique ; En bas dans les veines superficielles de la paroi abdominale, notamment la veine thoraco épigastrique superficielle ; En dedans il communique avec le réseau du sein opposé

Les veines profondes sont satellites des rameaux artériels, cheminent dans les travées conjonctives et les cloisons qui séparent les lobes glandulaires et se drainent dans deux courants principaux : En dehors dans la veine mammaire externe puis l'axillaire ; En dedans dans la veine mammaire interne ; En arrière existe également un courant, moins important, vers le système des perforantes intercostales.

► Le réseau veineux superficiel: les veines sous cutanées sont situées au-dessus du fascia pré-mammaire. Le cercle péri-mamelonnaires est quasi constant, il se draine vers les veines jugulaires externes, céphaliques et sous cutanées de l'abdomen.

1.2.6. INNERVATION DU SEIN

L'innervation de la glande mammaire et de son enveloppe cutanée sont intimement liées, rappelant une fois de plus l'origine ectodermique de la glande.

En effet, s'il existe quelques nerfs uniquement cutanés, leur rôle est modeste par rapport ceux que l'on peut considérer comme cutanéoglandulaires, et qui proviennent tous des nerfs perforants intercostaux.

Les nerfs cutanés : Les filets de la branche sus-claviculaire du plexus cervical superficiel ne jouent qu'un petit rôle car ils ne descendent guère au-delà de la 2ème cote.

Les nerfs cutanéoglandulaires : Homologues du réseau artériel, ils proviennent des branches perforantes des nerfs intercostaux et constituent deux groupes :

1. Le groupe antéro-interne comprend les rameaux perforants antérieurs des 2ème, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème nerfs intercostaux (rami ventrales non intercostales) ; ils cheminent devant la glande et fournissent des filets à la glande et aux téguments.

2. Le groupe latéral est plus important. Il est formé par les rameaux mammaires externes (rami mammari laterales) des 3ème, 4ème, 5ème et 6ème rameaux perforants latéraux des intercostaux (rami cutanei lateralis pectoralis) qui pénètrent la glande par sa face profonde, près de sa limite externe, après avoir perforé le thorax à hauteur de la ligne axillaire moyenne.

1.3. Rappel physiologique[1]

1.3.1. Action des hormones gonadiques sur le sein

Estrogènes: Les œstrogènes agissent directement sur les canaux excréteurs de la glande mammaire, stimulant la croissance des canaux galactophores, entraînant l'épithélium galactophorique.

Progestérone: pigmentation de l'aréole. Ils stimulent la différenciation et le développement de d) Les nerfs ✓ Des rameaux perforants des 2ème, 3ème, 4ème, 5ème et 6ème nerfs intercostaux.

L'action directe de la progestérone sur la glande mammaire ne semble pouvoir y exercer que si celle-ci a été préalablement préparée par les œstrogènes. L'effet indirect de la progestérone semble résulter d'une production de la prolactine. Au niveau du sein la progestérone s'oppose à l'augmentation de la perméabilité capillaire provoquée par les estrogènes, elle diminue donc les phénomènes œdémateux.

1.3.2. Action des hormones extra gonadiques

La prolactine: c'est une hormone protéique pure constituée par une chaîne polypeptidique faite de 205 à 211 acides aminés. La prolactine agit au niveau de l'acinus en entraînant une sécrétion.

L'Ocytocine: est sécrétée par la post hypophyse qui assure le rôle de vidange alvéolaire, agit au niveau d'un récepteur précis, la cellule myoépithéliale de l'acinus mammaire et les canaux galactophores. La stimulation entraîne une contraction des alvéoles et une dilatation des canaux galactophores.

La FSH (follicle stimulating hormone): elle provoque le développement des follicules et la sécrétion d'œstrogène (folliculine). En plus elle développe et maintient les caractères sexuels secondaires. La LH (lutéinique hormone): elle provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et la sécrétion de progestérone. Glande surrénale et la thyroïde elles semblent intervenir dans le développement des glandes mammaires.

1.4. Rappel histologique[1]

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires, qui ont valeur de lobes. Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédiculés se réunissant en un canal inter lobulaire. La réunion de plusieurs canaux inter lobulaires forme un conduit lactifère.

Environ 15 à 20 par corps mammaire. L'ensemble des lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe.

En avant le sein est recouvert par la peau ou tégument et au milieu il existe une zone circulaire très pigmentée l'aréole avec en son centre le mamelon.

Le mamelon est une papille complexe dépourvue de poils ou s'ouvrent des orifices de 10 à 20 gros canaux appelés pores galactophores.

Ces galactophores proximaux s'enfoncent dans le tissu conjonctif sous-jacent et se ramifient par division dichotomique pour aboutir à l'alvéole unité fonctionnelle de la glande.

Il s'agit d'une formation en grappe constituée de 15 à 20 glandes élémentaires s'ouvrant à la peau par un canal galactophore.

L'organisation du tissu conjonctif et des ramifications glandulaires constituent le lobule mammaire.

Chaque canal est entouré par un épithélium cubique ou cylindrique et d'un tissu de soutien richement vascularisé

□ Une couche externe myoépithéliale permet la contraction et le véhicule du lait maternel □ Il est hormonodépendant

CHAPITRE 2 : LE CANCER DU SEIN

1. DÉFINITION

Le CS est une tumeur maligne qui se développe au niveau des cellules de la glande. Une cellule normale devient tumorale après de nombreuses modifications, progressives et irréversibles. En temps normal, les modifications cellulaires sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsqu'une cellule devient cancéreuse, elle perd sa capacité de réparation. À ce moment-là, elle se multiplie et finit par former une masse appelée tumeur maligne [15]

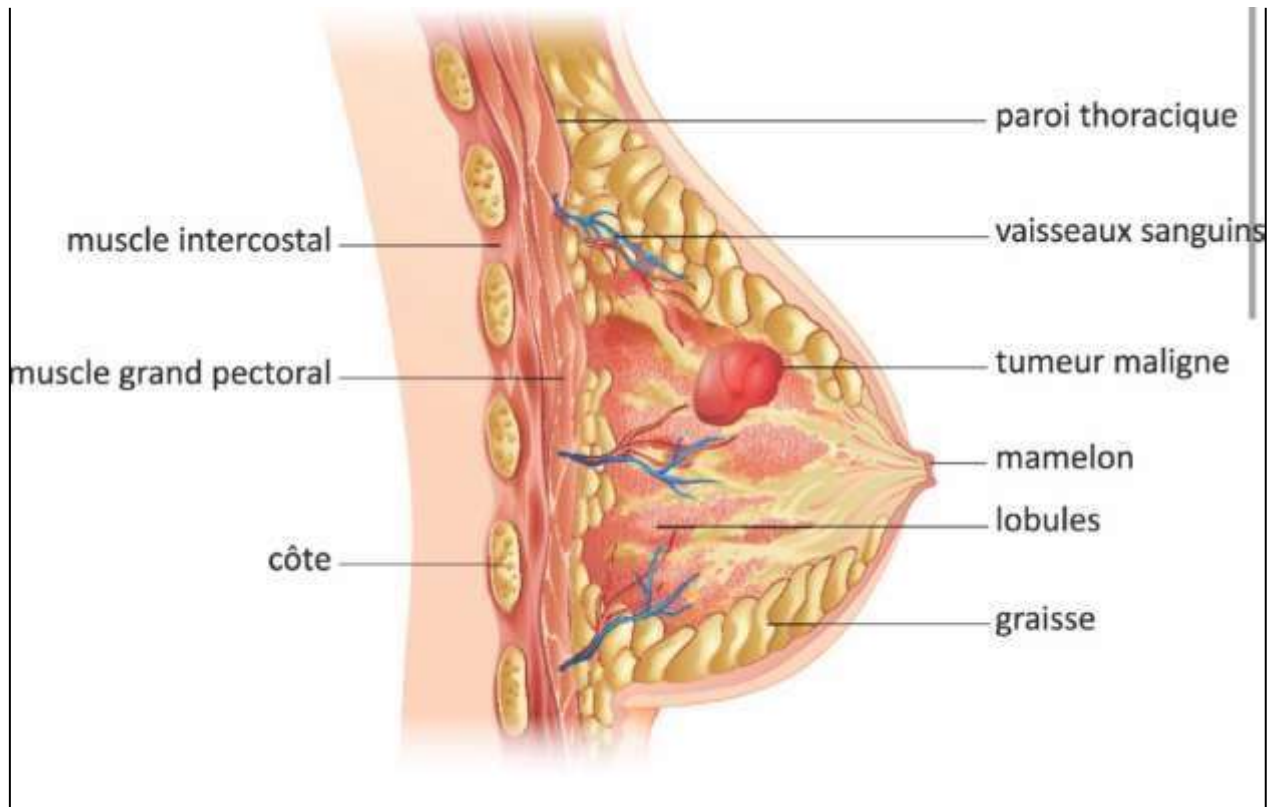


Figure 2 : Tumeur maligne du sein

2. TYPES DE CANCER DU SEIN[16]

On trouve différents types de cancer du sein, en fonction de la localisation des tumeurs ainsi qu'en fonction du type de tumeur :

- Les carcinomes in situ : les cellules cancéreuses siègent au niveau des lobules et des canaux, mais ne se développent pas hors du sein.
- Les carcinomes infiltrants qui peuvent diffuser hors du sein.

La plupart de ces tumeurs se développent à partir de cellules épithéliales et possèdent des récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone, on les appelle des cancers de type luminal A ou B.

Plus rarement, elles peuvent présenter le récepteur HER2 qui leur confère un développement plus important, on les appelle alors les cancers de type HER2+ ; les tumeurs peuvent être qualifiées de basal-like si elles ressemblent à des cellules basales.

Enfin on trouve des cancers du sein appelés cancers triple négatifs qui se caractérisent par des cellules qui ne possèdent pas de récepteurs aux estrogènes, ni à la progestérone, ni à la protéine HER2.

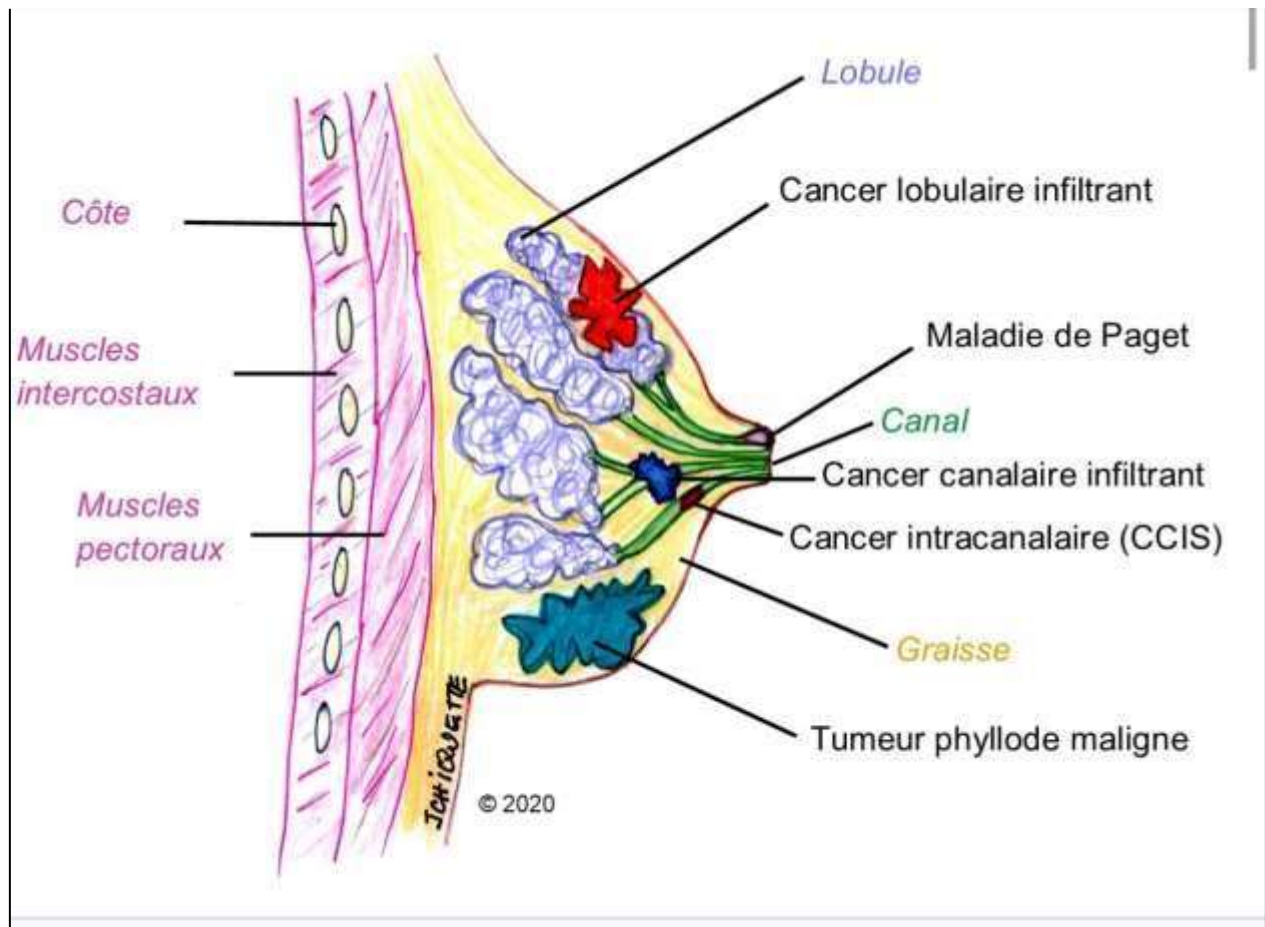


Figure 3 : Type de cancer de sein

3. STADE TNM du cancer[12]

Le stade du CS dépend de la taille de la tumeur, de l'éventuelle atteinte des ganglions, et/ou d'autres organes (poumons, foie, os).

- T1 représente une tumeur de 2 cm, T2 une tumeur de 2 à 5 cm, et T3 une tumeur de plus de 5 cm ;
- N0 si les ganglions ne sont pas atteints, N1 s'ils sont atteints.

- M0 s'il n'y a pas de métastases, M1 si d'autres organes sont atteints.

La classification ACR est utilisée en imagerie médicale et permet de classer de 1 à 5 les anomalies radiologiques.

L'agressivité des tumeurs est classée en grades (de 1 à 3).

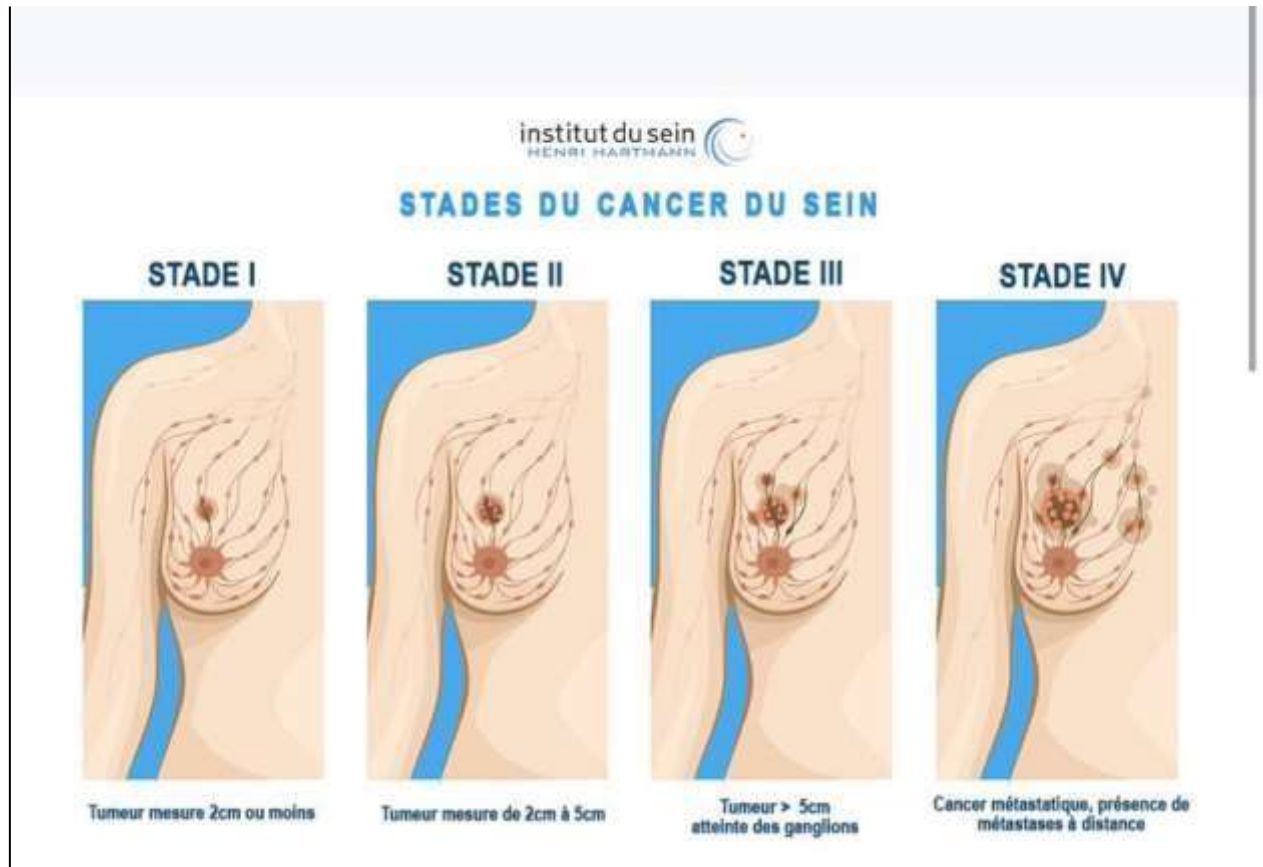


Figure 4 : Stade TNM du cancer de sein

4. FACTEURS DE RISQUES

4.1. Les principaux facteurs favorisants

4.1.1. Les antécédents familiaux :

La preuve de la prédisposition génétique au CS provient originalement des observations de regroupement du cancer dans les familles et le risque accru de CS chez des individus ayant des syndromes génétiques déterminés [18]. La ségrégation familiale peut être attribué à la fois à des gènes communs et à des mêmes environnements physiques et mode de vie. La plupart des études sur l'histoire familiale au CS ont trouvé un risque relatif d'environ deux fois plus élevé pour les relatives au premier

degré (mère, sœur et fille) des patientes affectées. Le risque est moins élevé dans le cas des relatives au deuxième degré (grand-mère, tante et petites filles) [19]

4.1.2. Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au CS

Les mutations des gènes BRCA1/BRCA2 représentent le facteur génétique de CS le plus connu. Une mutation de délétion dans les deux gènes correspond à un risque relatif de 10 fois accru de développer un cancer du sein.

Les formes familiales des cancers qui ne représentent que 5 à 10 % de l'ensemble des cancers mammaires sont de bon exemple de ce modèle. Par exemple le BRCA1 (Breast Cancer Antigène 1) est responsable des cancers du sein survenant à un âge jeune (40 ans), souvent bilatéraux pouvant être associés à un cancer de l'ovaire. On observe une mutation germinale de BRCA1 dans 45% des familles avec des cancers du sein multiple et dans 90 % des familles avec des cancers du sein et de l'ovaire. BRCA1 est une protéine nucléaire qui régule le cycle cellulaire en permettant la réparation de l'ADN endommagé. Une mutation germinale de BRCA1 fonctionnelle associée à une délétion de l'autre allèle implique l'absence de protéine BRCA1 fonctionnelle donc un défaut de réparation de l'ADN et une accumulation d'anomalies génétiques. Les mécanismes de cancérogenèse dans les formes sporadiques des cancers du sein sont pour l'instant inconnus [19,20].

4.1.3. Les antécédents personnels de maladie du sein :

Le risque le plus élevé semble correspondre aux maladies fibro-kystiques associées à une hyperplasie proliférante avec atypie cellulaire enlevée, surtout si la femme est jeune. Ce n'est pas le cas pour l'adénofibrome ou la dysplasie kystique simple [21].

4.1.4. Une longue vie génitale :

Elle expose à un risque accru (les pubertés précoces et les ménopauses tardives).

4.2 Les facteurs favorisants secondaires :

4.2.1. Les facteurs liés à la reproduction :

Ils sont les plus anciennement connus. Les nullipares et les femmes qui ont eu leur premier enfant après 35 ans ont un risque de CS quatre fois supérieur à celui des multipares. Les œstrogènes auraient un rôle

promoteur, la progestérone au contraire a un rôle protecteur [22]. Les femmes stériles par anovulation ont un taux de CS cinq fois plus élevé que les femmes ayant une stérilité tubaire. Par contre les femmes castrées ont un taux plus faible. Les effets de la contraception oestroprogestative sont débattus [23].

4.2.2 Les traitements substitutifs de la ménopause :

Ce risque augmente avec la durée du traitement.

5. Clinique

5.1. Circonstances de découverte :

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur dure, mal limitée, indolore généralement située au niveau du quadrant super externe avec parfois à l'examen de l'aisselle un nodule dur, mobile. Plus rarement c'est un écoulement sanglant ou séreux, une métastase douloureuse.

Une découverte lors d'une consultation de dépistage ou une découverte fortuite.

5.2. Examen clinique :

5.2.1. Dépistage du CS

Le dépistage se définit comme l'application d'un test à des sujets qui ne se perçoivent pas comme atteints de la maladie recherchée. Son but est de détecter le CS à un stade le plus précoce possible, souvent (mais pas toujours infra clinique). Ce test de dépistage doit être suivi d'examens de diagnostic pour confirmer ou infirmer la détection faite par le test.

Le CS peut être dépisté pendant une phase de latence clinique grâce à la mammographie. Il est possible de bien sélectionner les sujets à qui proposer le dépistage, en tenant compte de la fréquence du cancer et de l'efficacité du dépistage en fonction de l'âge.

La mammographie est le seul examen dont on a montré qu'il pouvait réduire la mortalité par cancer du sein. L'auto examen est insuffisant de même que l'examen clinique. L'intervalle entre deux mammographies est de deux ans. L'âge de début du dépistage est de plus de 50 ans.

5.2.2 Examen clinique du sein :

Il doit être systématiquement conduit sur une malade nue jusqu'à la ceinture, en faisant une exploration minutieuse, bilatérale et comparative.

- L'inspection

Pratiquée en bonne lumière, sur une patiente assise puis couchée, en faisant mobiliser les bras, l'inspection notera :

- Une symétrie ou une asymétrie des glandes,
- Une tumeur parfois visible à jour frisant,
- Les modifications éventuelles de la peau en regard :

Aspect en « peau d'orange » témoignant déjà de l'adhérence à la peau. Au maximum, aspect franchement inflammatoire de la peau en regard d'une tumeur voire ulcération cutanée cratériforme.

La plupart de ces tumeurs se développent à partir de cellules épithéliales et possèdent des récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone, on les appelle des cancers de type luminal A ou B.

Plus rarement, elles peuvent présenter le récepteur HER2 qui leur confère un développement plus important, on les appelle alors les cancers de type HER2+ ; les tumeurs peuvent être qualifiées de basal-like si elles ressemblent à des cellules basales.

Enfin on trouve des cancers du sein appelés cancers triple négatifs qui se caractérisent par des cellules qui ne possèdent pas de récepteurs aux estrogènes, ni à la progestérone, ni à la protéine HER2.

6. TRAITEMENT DU CANCER DE SEIN

Le traitement du cancer de sein est personnalisé, il dépend de la taille, de l'agressivité de la tumeur, du type de tumeur. Les principaux traitements sont :

- La chirurgie, qui reste le traitement de référence. Le chirurgien peut pratiquer une tumorectomie (appelée aussi chirurgie conservatrice) qui consiste à retirer uniquement les cellules tumorales et les cellules proches pour conserver le sein. Cette technique est celle qui est la plus privilégiée quand cela est possible. Si la tumeur est plus étendue, ou multifocale, une mastectomie (ablation du sein en entier) est réalisée. Une reconstruction mammaire est alors proposée, elle peut être immédiate ou différée après la fin des traitements.
- La chimiothérapie, qui peut se réaliser avant ou après une chirurgie et qui consiste à utiliser des produits cytotoxiques pour détruire les cellules tumorales.

- La radiothérapie, qui consiste à irradier la zone où se situait la tumeur, après la chirurgie, pour diminuer le risque de récurrence.
- L'hormonothérapie, qui consiste à priver la tumeur d'apport hormonal.
- La thérapie ciblée, qui consiste à utiliser des médicaments innovants, comme des anticorps, pour cibler un type de cellule cancéreuse particulière

CHAPITRE 3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude descriptive transversale avec collecte rétrospective des données allant du 1 janvier 2019 au 1 janvier 2023 soit une période de cinq ans dans les services de Gynécologie et Chirurgie Femme de l'HGR RUASHI, CAMP VANGU ET AKIKAH

3.2. Échantillonnage

Toutes les femmes qui ont consulté le service susmentionné durant la période d'étude.

3.3. Collecte des données

A. Mode de récolte de données

Par une fiche de récolte de données établies spécifiquement et les registres pour l'analyse des archives sur les dossiers des patientes atteintes de cancer de sein

B. Paramètres d'étude

Pour chacun de patients(e) hospitalisées pour cancer du sein, nous avons analysé les variables suivantes:

➤ Variables indépendants :

Le sexe

L'Age

L'année de consultation

La résidence

La profession

➤ Variables dépendants :

Motif de consultation

Antécédents chirurgicaux

Antécédents médicaux

Antécédents familiaux

Circonstances de découverte

Le stade TNM du cancer

L'examen mammographique

L'analyse immunohistochimique

C. Mode d'analyse des données

Les données de ce mémoire ont été traitées grâce à Épi info 7 et Excel

D. Conditions éthiques

Le principe d'éthique a été de mise dans ce travail ; par le respect du caractère privé des documents des patients liés au respect de la dignité de la personne humaine

CHAPITRE 4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus sont résumés dans les tableaux et graphiques ci-dessous.

Notre échantillon était de 30 cas de CS sur 760 hospitalisations dans les trois centres d'étude et nous avons eu une prévalence de 3.9% des cas ayant présentés des cancers des seins.

Tableau 1. Répartition des patientes selon l'âge

AGE	Effectif	Percent
18 à 35	9	30%
<18	1	3%
> 35	20	67%

Total	30	100%
-------	----	------

Ce tableau montre que 67% des cas avaient un âge supérieur à 35 ans avec une moyenne de $44 \pm 29,5$ ans et un âge minimum de 20 ans.

Tableau 2. Répartition des patientes selon la période d'hospitalisation

Date (année)	Effectif	Percent
2019	5	17%
2020	7	23%
2021	10	33%
2022	8	27%
Total	30	100%

La majorité de cas de CS a été enregistré au cours de l'année 2021.

Tableau**3. Répartition de patientes selon l'état civil**

État civil	Effectif	Percent
Célibataire	5	17%
Divorcée	1	3%
Mariée	17	57%
Veuve	7	23%
Total	30	100%

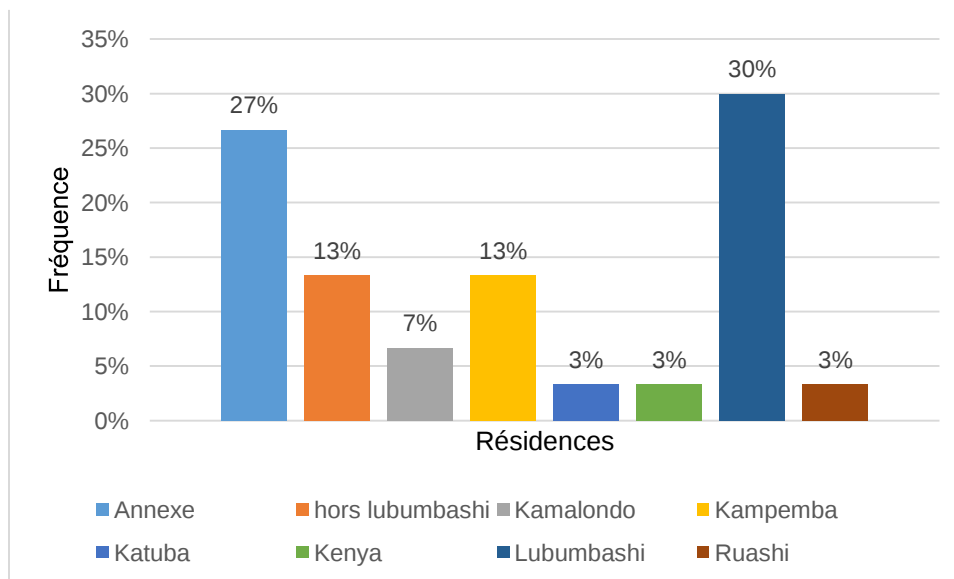
57% des patientes étaient mariée.

Tableau 4. Répartition des patientes selon la profession

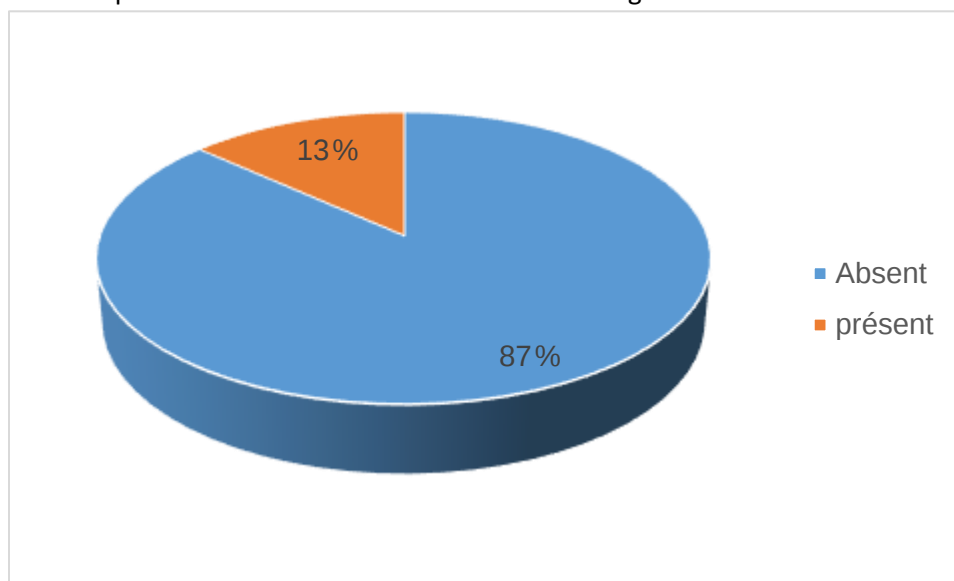
Profession	Effectif	Percent
Autres	4	13%
Commerçante	9	30%
Fonctionnaire	2	7%
Ménagère	15	50%
Total	30	100%

La profession ménagère était la plus représentée dans 50% des cas.

La majorité des cas provenaient de la commune de Lubumbashi.

Tableau**Figure 5. Répartition des patientes selon la résidence**

Cette figure montre que 87% des n'avaient d'antécédents chirurgicaux.

**Figure 6. Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux**

5. Répartition des patientes selon l'antécédent de myomectomie

Tableau

Myomectomie	Effectif	Percent
Non	19	63%
Non renseigné	7	23%
Oui	4	13%
Total	30	100%

13% des patientes avaient l'antécédent d'une myomectomie.

Tableau 6. Répartition des patientes selon l'antécédent d'ovariectomie

Ovariectomie	Effectif	Percent
Non	23	77%
Non renseigné	6	20%
Oui	1	3%
Total	30	100%

Il ressort de ce tableau que 3% soit 1 cas avait l'antécédent d'ovariectomie.

Tableau**7. Répartition des patientes selon l'antécédent de nodulectomie**

Nodulectomie	Effectif	Percent
Non	22	73%
Non renseigné	8	27%
Total	30	100%

Ce tableau nous montre que 73% des cas n'avaient d'antécédent de nodulectomie.

Tableau 8. Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical d'un cancer

ATCD chir Autres cancer	Effectif	Percent
Non	21	70%
Non renseigné	9	30%
Total	30	100%

L'absence d'antécédent chirurgical était représentée dans 70% des cas.

9. Répartition des cas selon les antécédents médicaux

ATCD MEDICAUX	Effectif	Percent
Absent	22	73%
Diabète	3	10%
HTA	4	13%
Tuberculose	1	3%
Total	30	100%

Tableau

Les antécédents médicaux étaient absents dans 73% des cas.

Les antécédents familiaux de cancer des seins étaient moins représentés dans 13% des cas.

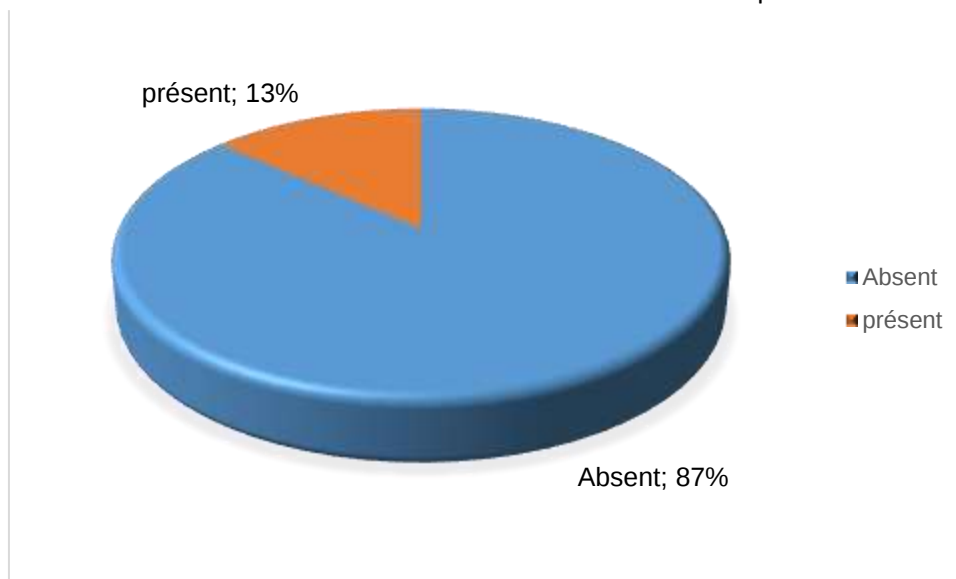


Figure 7. Répartition des cas selon les antécédents familiaux de cancer des seins.

10. Répartition des patientes selon l'antécédent du cancer chez la mère

cancer chez la mère	Effectif	Percent
Non	19	63%
Non renseigné	8	27%
Oui	3	10%
Total	30	100%

Tableau

L'antécédent de cancer chez la mère était absent dans 63% des cas.

Tableau 11. Répartition des patientes l'antécédent de cancer chez la tante

CS chez tante	Effectif	Percent
Non	20	67%
Non renseigné	9	30%
Oui	1	3%
Total	30	100%

L'antécédent du CS chez la tante était absent dans 67% des cas

12. Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

Circonstances de la découverte	Effectif	Percent
Auto palpation	4	13%
Douleur	5	17%
Écoulement anormal	6	20%
Non renseigné sur la fiche	2	7%
Tuméfaction	13	43%
Total	30	100%

Il ressort de ce tableau que la présence d'une tuméfaction de sein était la circonstance de découverte du sein dans 43% de cas

Tableau**Tableau 13. Répartition des patientes selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Percent
Adénopathie axillaire	4	13%
Autres	1	3%
douleur du sein	8	27%
Nodule	7	23%
Peau d'orange	10	33%
Total	30	100%

La peau d'orange était le motif de consultation le plus élevé dans 33% des cas

Il ressort de cette figure que 77% de patients avaient un état général conservé

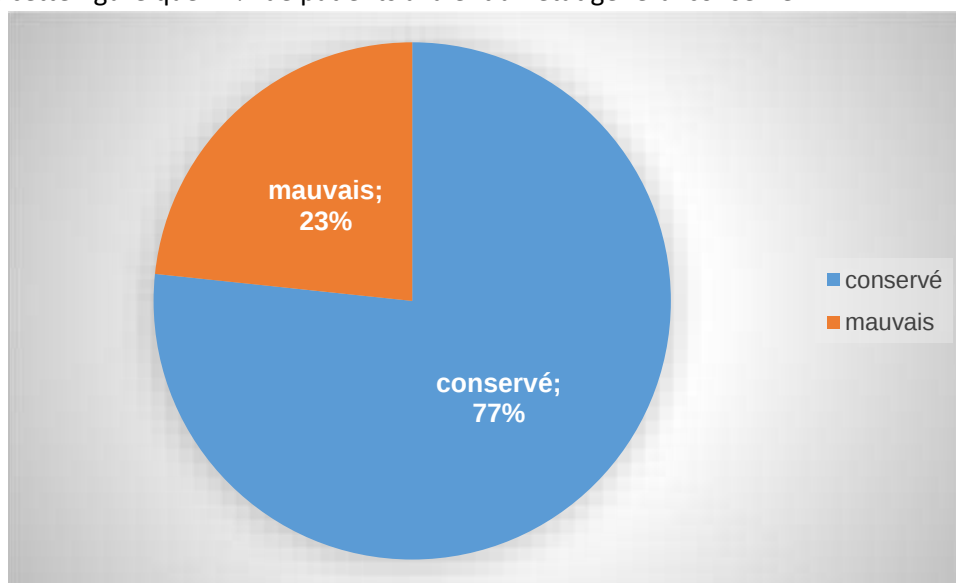


Figure 8. Répartition des patientes selon l'état général

Tableau 14. Répartition des patientes selon l'aspect des seins

Aspect des seins	Effectif	Percent
Tuméfié	13	43%
écoulement purulent	2	7%
peau d'orange	11	37%
Ulcération	4	13%
Total	30	100%

Il ressort de ce tableau que 43% des cas présentaient un aspect de sein tuméfié

15. Répartition des patientes d'après la palpation des seins

Palpation des seins	Effectif	Percent
Nodule douloureuse	9	30%
Tumeur bien limité	10	33%

Tableau

Tumeur bien limité	4	13%
Nodule induré	7	23%
Total	30	100%

Ce tableau nous montre que lors de la palpation des seins la tumeur était beaucoup plus représenté avec 33% des cas

Tableau 16. Répartition des patientes selon le stade TNM du cancer

stade TNM CANCER	Effectif	Percent
STADE 1	5	17%
STADE 2	8	27%
STADE 3	15	50%
STADE 4	2	7%
Total	30	100%

Ce tableau montre que 50% des cas était diagnostiqué au stade3 de cancer

17. Répartition des patientes selon le résultat de la mammographie

Résultat de la mammographie	Effectif	Percent
ARC 2 : anomalie bénigne	1	3%
ARC 5 : anomalie évocatrice d'un cancer	4	13%
non renseigné	25	83%
Total	30	100%

Ce tableau nous montre que le résultat de la mammographie n'était renseigné dans 83% des cas.

Tableau**Tableau 18. Répartition des patientes selon l'évolution**

EVOLUTION	Effectif	Percent
DECES	13	43%
GUERISONS	6	20%
SORTIE	11	37%
Total	30	100%

Il ressort de ce tableau que 43% des cas étaient décédés.

19. Répartition des patientes selon l'analyse immunohistochimique

Analyse immunohistochimique	Effectif	Percent
Non	7	23%
Non renseigné	22	73%
Oui	1	3%
Total	30	100%

Il ressort de ce tableau qu'un seul cas soit 3% a subi l'analyse histochimique.

Tableau**Tableau 20. Répartition des cas selon le type histologique du cancer**

type histologique du cancer	Effectif	Percent
Lobulaire	1	3%
Non renseigné	29	97%
Total	30	100%

Ce tableau révélé que les types de cancer ne sont pas souvent précisé avec un taux de 97%.

21. Répartition des patientes selon les types de complications

Types des complications	Effectif	Percent
Aucune	6	20%
Infection	11	37%
Métastase pulmonaire	2	7%
Non renseigné	9	30%
Anémie	2	7%
Total	30	100%

Ce tableau montre que 37% de cas présentaient des formes des complications infectieuses.

Tableau

CHAPITRE 5. DISCUSSION

1. Fréquence générale

Au cours de notre étude nous avons trouvé que le CS représentait 3,95 % de l'ensemble des consultations durant la période d'étude.

Ce résultat est presque similaire à celui de kibangula et coll qui ont eu une fréquence de 3,34 % des cas aux cliniques universitaires de Lubumbashi.

Il est par contre inférieur à celui trouvé par Mudimbi et all montrant une fréquence de 9,3% dans le service de gynécologie à l'hôpital Jason sendwe[8] et aussi à ceux trouvés par Keita et coll au Mali qui ont eu une fréquence de 14,10%.[1]

Ceci pourrait s'expliquer par le milieu ou cadre d'étude. Dans notre champ d'étude le diagnostic du cancer de sein est moins élevé.

2. Période d'hospitalisation

L'année 2021 a été la plus affectée dans 33% des cas.

Mudimbi quant à lui a trouvé que l'année 2020 était la plus touchée avec 14,4% à l'hôpital Jason sendwe.[8]

Les divergences de ces deux résultats peuvent s'expliquer par le fait que le diagnostic augmente au fur d'année selon les types d'étude et période d'étude.

3. ÉTAT CIVIL

Les femmes étaient mariées dans 57% des cas au cours de notre étude.

Cette étude rejoint mais avec un taux un peu plus faible à celle de Mudimbi et all

qui avaient trouvés que les femmes mariées étaient plus touchées par le cancer gynéco mammaire avec une fréquence de 63,7% des cas.[8]

Elle diffère largement de celle de Traoré et Thiam. qui avaient trouvé respectivement 66, 5% et 66, 1% des femmes mariées.[23, 24]

L'état civil n'a aucun rapport avec la survenue du cancer de sein.

4. Profession

Au cours de notre étude, la profession ménagère était la plus représentée dans 50% des cas

Ce résultat est largement inférieur à celui de Traoré qui avait trouvé 88,89% des ménagères

5. Résidence

Dans notre étude, nous avons découvert que 30% des cas de cancer de sein provenaient de la commune Lubumbashi

Ces résultats sont similaires à celle de kibangula et coll. qui ont trouvé que 39% des patientes provenaient de la commune Lubumbashi

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la ville de Lubumbashi regorge un facteur favorisant du développement du CS par proximité d'avec les formations sanitaires.

6. Circonstance de la découverte

Au cours de notre investigation, nous avons trouvé 43% des cas où la tuméfaction a révélé le CS.

Ce résultat est inférieur à ceux de Thiam et wélé ont trouvé respectivement 65,1% et 60,7% des cas présentant une tuméfaction du sein.[24, 25]

Ceci s'explique par le fait que la tuméfaction fait partie des premiers signes des pathologies mammaires qui poussent les femmes à consulter les services de santé.

7. Stade TNM du cancer

Au cours de notre étude nous avons découvert que 50% des cas étaient diagnostiqués au stade 3 de cancer.

Cette étude est presque similaire à celle de Diakité qui avait trouvé 58,75% des patientes[12] Par contre

Nday au cours de son étude a trouvé 74,4% des cas diagnostiquées au stade 3.

Ceci pourrait s'explique par le fait que la plupart des consultations étaient à des stades avancés.

8. Analyse immunohistochimique

Au cours de notre étude, nous avons trouvé que 3% des cas subissaient des analyses histochimiques.

Ce résultat est de loin inférieur à celui trouvé par Mbala.et al. en RDC, Guendouz et al. en Algérie qui ont trouvé une réalisant d'examen immunohistochimique dans respectivement 58,1% et 55,3% des cas.[13]

Ce résultat pourrait s'expliquer par le coût financier élevé de ce type d'examen ainsi qu'à l'insuffisance des laboratoires spécialisés.

CONCLUSION

La prévalence de cancer du sein est de 3,95%.

Le diagnostic du cancer du sein à la consultation était posé dans 50% au stade 3 dans nos HGR.

Les antécédents familiaux 13% et chirurgicaux 13% sont des facteurs majeurs associés à la survenue de cancer de sein.

Le décès était l'issu des patientes diagnostiquées cancer du sein chez 43% des cas.

Recommandations

Aux autorités sanitaires :

- Nous recommandons qu'il soit mis en œuvre une communication médiatique fréquente concernant le cancer de sein, et surtout ses signes pour permettre au femme de pouvoir le découvrir tôt et d'adopter des mesures drastiques face à cette maladie
- Nous recommandons aux autorités sanitaire d'organiser des campagnes bénévoles de dépistage contre le cancer de sein selon le nombre de jours qui couvrira un grand nombre de femmes en consultation.

Aux personnels soignants :

- Nous leur demandons de mieux remplir les fiches de malade afin de pouvoir donner des informations nécessaires et complète sur l'état du patient et ou son évolution
- Nous recommandons aux médecins de bien s'imprégner des méthodes de diagnostic de cancer et d'initier les femmes à l'auto palpation des seins afin de déceler toute forme de tumeur pouvant être révélatrice d'un cancer de sein

Aux femmes :

- Nous recommandons aux femmes de se présenter le plus vite que possible à un service médical après observation d'un signe évocateur de cancer de sein
- Nous leur demandons également de connaître les antécédents familiaux de cancer dans leur famille et bien déterminer les liens qui les unis (Mère, tante ...)

RÉFÉRENCES

1. Keita M. cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans : profil épidémiologique et histopathologique. [Bamako]: Université des sciences techniques et technologies de Bamako ;2018
2. World Health Organization WH. Breast Cancer. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> [Accessed on 10 Jun 2022]
3. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA : A Cancer Journal for Clinicians . 2021 ; 71 (1):7-33. [PubMed] [Google Scholar]
4. Sung H., Ferlay J., Siegel RL et al. Statistiques mondiales sur le cancer 2020 : estimations GLOBOCAN de l'incidence et de la mortalité dans le monde pour 36 cancers dans 185 pays. CA : un journal sur le cancer pour les cliniciens . 2021 ; 71 (3): 209-249. [PubMed] [Google Scholar]
5. American cancer socerty Le CSféminin dépasse le poumon en tant que cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans le monde. <http://pressroom.cancer.org/GlobalCancerStats2020>
6. World Health Organization WH. Breast Cancer. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> [Accessed on 10 Jun 2022]
7. Les cancers de sein dépistés trop tard en RDC [internet].centre NGANDA,Kinshasa;2014 [https :// toukimontréal.com](https://toukimontréal.com)

8. Mudimbi Kalonda Dominique Epidemiological profile of Gynécologic of breast cancer in Lubumbashi case of the general reference hospital Jason sendwe the journal of medical research.2020
9. MBALA KINGU .profil epidemio-clinique et moléculaire du CSdans les hôpitaux de la ville Kinshasa -R.D. Congo.KisMed[Internet].juin 2019;www. KisMed-Unikis.org
10. Mody GN, Nduaguba A, Ntirenganya F, Riviello R. Characteristics and presentation of patients with breast cancer in Rwanda. Am J Surg 2013; 205, 4: 409-13.
11. Ly M, Antoine M, Andre F, et al., Le CSchez la femme de l'Afrique sub- saharienne. Bull Cancer. 2011; 7, 98: 797- 806.
12. NOUHOUM DIAKITE . Cancer du sein : aspects cliniques et therapeutiques dans le service de chirurgie. [Bamako]: Université de bamako; 2011.
13. Mbala NI., Mbanzulu P., Profil clinique, histopathologique et moléculaire du cancer mammaire chez la femme congolaise de Kinshasa, 2010 .Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Unikin 2010.
14. Perou, C.M., Sorlie, T., Eisen, M.B., van de Rijn, M., Jeffrey, S.S., Rees, C.A., Pollack, J.R., Ross, D.T., Johnsen, H., Akslen, L.A., Fluge, O., Pergamenschikov, A., Williams, C., Zhu, S.X., Lonning, P.E., Borresen-Dale, A.L., Brown, P.O., Botstein, D., Molecular portraits of human breast tumours. Nature 2000,406 : 747–52.
15. Mbala NI., Mbanzulu P., Profil clinique, histopathologique et moléculaire du cancer mammaire chez la femme congolaise de Kinshasa, 2010 .Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Unikin 2010.
- 16.yertkin G and all. Breast cancer: A 10 year retrospective case serie in tertiary care hospital. Pak Med assoc.2019. The journa of the pakistan Medical Association [internet]. 1 Août 2019 ; Disponible sur: [https:// europepmc.org/article/ Med/ 31431782](https://europepmc.org/article/Med/31431782)
- 17.. Foulkes, W.D., M.J. Grainge, E.A. Rakha, et al., Tumor size is an unreliable predictor of prognosis in basal-like breast cancers and does not correlate closely with lymph node status. Breast Cancer Res Treat, 2009, 117,1: 199-204.
- 18.. Abbass F., Bennis S., Znati K., Akasbi Y., Amrani J.K., El Mesbahi O. et Amarti A., Le profil épidémiologique et biologique du CSà Fès-Boulemane, Estern Mediteranean Health Journal, 2011, 15,vol 10,2 :1234-50 .

19. Sando Z., Tsuala Fouogu J., Ymele Fouelifack F, Fouedjio J. H., Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé – Cameroun.

20. Lygia Vieira Lopes, António Tavares Frederico, Lúcio Lara Santos, CSen Angola : une étude préliminaire, Oarec nouvelles Juin 2012, 22 :2.

21. Mohammed S, Hamad K, Almobarak A et Elhoweris M, Conférence internationale sur le CSau Soudan, Purdue University Cancer Center for Research, West Lafayette IN, USA; 2 Radiation and Isotope Center, Khartoum; 3, 4 University of Medical Sciences and Technology, Sudan., oarec nouvelles 2012, 217-12.

22. Durbard-Gault M, Chirpaz E, Mathoulin-Pelissier S, CSchez la femme moins de 50 ans à la réunion entre 2005- 2010, Thèse de doctorat, Faculté de Médecine humaine et Pathologie, Université de Bordeaux 2, 2013.

23. Lamine I. Traoré : le cancer du sein dans le service de chirurgie « A » de l'hôpital national du point « G » : aspects cliniques et thérapeutiques. (05 M 189)

24. Thiam. D., CSétude clinique dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital national du point « G » : à propos de 43 cas, Thèse de doctorat, faculté de médecine, université de Bamako 2002.

25. Wélé, Ali dit Agali. Etude clinique du cancer du sein en chirurgie « B » à l'hôpital national du point « G ». : À propos de 94 cas (98M 55).

T. Kibangula et al. Epidemio clinical, anatomopathological profile and iconography of breast cancer in women at the university clinics of Lubumbashi

TABLE DES MATIÈRES

EPIGRAPHE	I
DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	III

SOMMAIRE	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ABBREVIATIONS	VIII
RESUME	VIII
INTRODUCTION	1
1. ETAT DE LA QUESTION	1
2. PROBLEMATIQUE	2
3. QUESTION DE RECHERCHE	3
4. Choix et intérêt du sujet	3
5. Objectif général et spécifique	3
➤ Objectif général	3
➤ Objectif spécifique	3
6. DÉLIMITATION DU TRAVAIL	3
CHAPITRE 1. LA GLANDE MAMMAIRE	4
1.1. Rappels embryologiques	4
1.2. Rappel anatomique	5
1.2.1. Anatomie topographique	5
1.2.2. Configuration externe	5
1.2.3. Configuration interne :	6
1.2.4. Rapports et moyens de fixité	7
1.2.5. La vascularisation du sein	8
1.2.6. INNERVATION DU SEIN	11
1.3. Rappel physiologique	12
1.3.1. Action des hormones gonadiques sur le sein	12

1.3.2. Action des hormones extra gonadiques	12
1.4. Rappel histologique	13
CHAPITRE 2 : LE CANCER DU SEIN	14
1. DÉFINITION	14
2. TYPES DE CANCER DU SEIN	15
3. STADE TNM du cancer	16
4. FACTEURS DE RISQUES	17
4.1. Les principaux facteurs favorisants	17
4.2. Les facteurs favorisants secondaires :	18
5. Clinique	19
5.1. Circonstances de découverte :	19
5.2. Examen clinique :	19
6. TRAITEMENT DU CANCER DE SEIN	20
CHAPITRE 3. MATERIELS ET METHODES	22
3.1. Type et période d'étude	22
3.2. Échantillonnage	22
3.3. Collecte des données	22
A. Mode de récolte de données	22
B. Paramètres d'étude	22
C. Mode d'analyse des données	23
D. Conditions éthiques	23
CHAPITRE 4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	24
CHAPITRE 5. DISCUSSION	37
CONCLUSION	40
Recommandations	41

RÉFÉRENCES	42
------------------	----