

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

UNIVERSITE DE LUBUMBASHI

FACULTE DE MEDECINE

B.P.1825

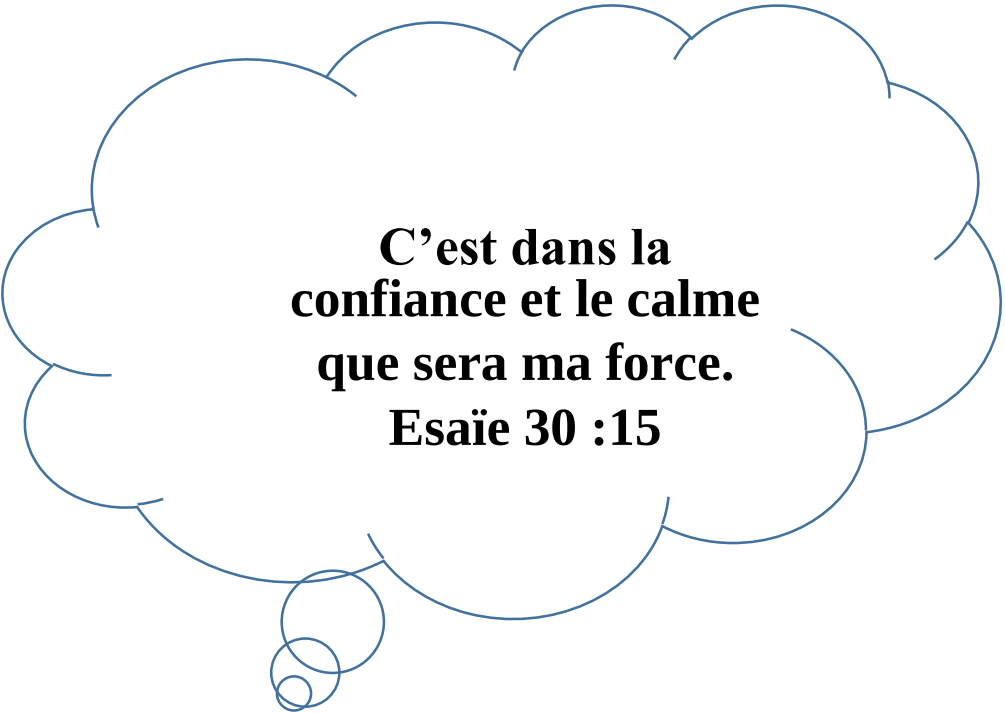


**Le cancer du sein chez la femme à likasi : prévalence, profil
épidémiologique et facteurs associé**

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

ANNEE ACADEMIQUE 2023-2024

EPIGRAPHE



**C'est dans la
confiance et le calme
que sera ma force.
Esaïe 30 :15**



DÉDICACE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut ; Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance. Aussi c'est tout simplement que je dédie ce mémoire.

À mes très chers parents : Dr désiré KAVUMU MBOMBO et MASENGO MBUYI Melanie

Qui ont toujours été là pour moi et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Ce travail est le fruit de la rigueur de leur éducation et J'espère qu'ils y trouveront toute ma reconnaissance et tout mon amour.

De celui qui reste, quelque part en eux et quelque part en elle, leur garçon, merci tout simplement d'être... mes parents.

À mes très chers frères, KAMOTE daniel et MWANZA Aarron ; Merci d'être toujours à mes côtés par votre présence et votre amour pour donner du goût et du sens à notre vie de famille En souvenir de vos conseils, éducation, amour, trouvez ici ma gratitude chers grands-parents feu katshiyi pierre et tshibuabua suzanne.

À mes amis

En souvenir de tous les bons moments passés ensemble,

DANIELLA KABIILA, a LUSAMBA tresca, EMONGO Clarisse, KISELA agathe;

NOWA ben, PANI sammuel, TUKUBANE jenovic, MULOL MWIN MAYAL mike, MUSALA Bruno, LIONDJE Klaus, NKINDA Gabriel, KAPEND Galvin, BAMBIS zuma, et NSIMBA Cephas,

À la bijouterie « FLOWER ACCESS »

En reconnaissance de l'union de prières, les mêmes pensées et même sentiment de demeurer toujours ensemble en Christ-Jésus ;

Au PROTOCOLAT JUNIOR REGINA MUNDI.

À vous tous, je dédie ce travail.

KATSHAYI Israël

REMERCIEMENTS

En premier ressort, nous remercions, l'Eternel Dieu Tout Puissant, pour le souffle de vie, le mouvement et l'être qu'il ne cesse de nous accorder. Gloire à Dieu de notre salut tant nous comptons sur Lui : il renouvelle sa bonté à notre égard.

A l'intercession de la sainte vierge Marie pour son assistance auprès du Christ

Nous remercions aussi le Professeur Ordinaire Docteur MUNKANA Arthur ; Qui, malgré ses multiples occupations, a accepté d'assurer la direction de ce travail.

Nous tenons à remercier tous les Professeurs, Chefs des Travaux et Assistants de la faculté de médecine pour leur contribution louable et appréciable à notre formation universitaire.

Nous ne pouvons pas oublier nos collègues de promotion avec qui nous avons partagé de moment tantôt agréables tantôt difficiles.

Nous nous faisons aussi l'agréable devoir d'exprimer nos vifs remerciements à tous ceux dont les noms ne figurent pas dans ce mémoire mais dont le concours (moral intellectuel ou matériel) nous a été précieux pour l'élaboration de ce travail.

KATSHAYI Israël.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

.....

7

INTRODUCTION

..... 8

CHAPITRE I : LE SEIN

.....	11
I. 1. Rappels embryologiques	
.....	11
I.2. Rappels anatomiques	
.....	11
I.3. Examen clinique devant une tumeur du sein	
.....	15

CHAPITRE.II : LE CANCER DU SEIN

.....	17
II.1. Tumeur maligne du sein	17
II.2. Examens complémentaires	
.....	22
II.3. Bilan d'extension	
.....	23
II.4. Dépistage	
.....	24
II.5. Méthodes thérapeutiques	
.....	25

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

.....	27
III.1 Type et période d'étude	27
III.2. Population d'étude	
.....	27
III.3. Échantillonnage	
.....	27
III.4. Gestion et analyse des données	
.....	28
III.5. Considérations éthiques	
.....	28

CHAPITRE IV : RÉSULTATS

.....	29
IV.1. Prévalence	
.....	29

CHAPITRE V : DISCUSSION

.....	36 CONCLUSION
.....	39
SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	
.....	40
ANNEXES	
.....	41
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.	
.....	42
Figure 2 : Vascularisation artérielle - tiré de l'atlas d'anatomie 2ème édition MASSON	14
Figure 3 : Carcinome canalaire in situ (33)	20
Figure 4 : Carcinome lobulaire in situ (34).....	20
Figure 5 : Carcinome infiltrant (OMS)(35)	20
Figure 6 : Autopalpation mammaire (37)	24
Figure 7 : type d'anomalie	30
Figure 8 : Antécédents familial néoplasique.....	31
Figure 9 : Circonstance de découverte.....	31
Figure 10 : Personne ayant découverte l'anomalie	32
Figure 11 : Réalisation de l'autopalpation	32
Figure 12 : Résultat de la mammographie	34
Figure 13 : Type de complication	35

Figure 14 : Antecedent medicaux	
.....	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Age de découverte	
.....	29
Tableau 2 : Stade de découverte	
.....	30
Tableau 3 : Etat matrimonial	
.....	33

Tableau 4 : Résidence	
.....	33

Tableau 5 : Profession	
.....	34

LISTE DES ABREVIATIONS

%	:	Pourcentage
AES	:	Auto examen des seins
CCC	:	Columbian clinical classification
CS	:	Cancer du sein
COLL	:	Collaborateur
FSH	:	Hormone de stimulation olliculaire
IDH	:	Développement inter humain
LH	:	Hormone luteisante
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
RDC	:	République démocratique du congo
UICC	:	Unité international contre le cancer

RÉSUMÉ

Le cancer du sein qui est le plus fréquent chez la femme constitue la première cause des décès par cancers gynécologiques dans le monde et la RDC n'est pas

épargnée. Ce travail s'est assigné comme objectifs de déterminer la prévalence de cancer du sein et de décrire ses aspects épidémiologiques ainsi que les facteurs y associe dans la ville de Likasi.

Nous avons conduit une étude descriptive transversale menée du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2023 au Service de Gynécologie de l'Hôpital DACO ET GECAMINES à Likasi.

L'échantillonnage était exhaustif et le nombre de cas enregistrés était de 26 cas.

L'enquête a montré une prévalence des cancers du sein de l'ordre de 5,68 %.

L'âge moyen a été de 37 ans, et il a été observé que les patientes avec antécédent familial néoplasie du sein (8 %). Le nodule était le type d'anomalie le plus observé (43,24%). Le sein gauche a été le plus atteint (60 %) et le cancer du sein pour les 26 patientes enquêtées sur 454 (soit 57 %) était découvert à un stade avancé et Rare sont les patientes ayant bénéficié des mesures d'accompagnement et d'hormonothérapie.

Le profil épidémiologique du cancer sein affiché par les patientes enquêtées indique nettement que le diagnostic de ce cancer est très tardif à Likasi. Ce qui rend complexe sa prise en charge.

Mots-clés : Prévalence, cancer du sein, femme, épidémiologie, clinique, Lubumbashi.

INTRODUCTION

1. Etat de la question

Le cancer du sein(cs) est une maladie caractérisée par la présence incontrôlée de cellules mammaires anormales qui forment alors des tumeurs. Les cellules mammaires cancéreuses ont leurs origines dans les canaux galactophores qui produisent le lait, et la forme précoce n'engage pas de pronostic vital et peut être détecté à ce stade. (1)

En 2022, le CS à provoquer environs 670000 décès dans le monde, et 157 pays sur 185, Le cancer du sein était la première cause du cancer chez les femmes. Bien que rare, il peut également survenir chez les hommes, représentant environs 1% de tous les cas. Les estimations mondiales révèlent des inégalités frappantes en matière de charge du cancer des seins en fonction du développement humain(IDH), par exemple, dans les pays ou l'IDH est très élevé, 1 femme sur 12 reçoit un diagnostic de cancer du sein au cours de sa vie et 1 femme sur 71 en meurt. En revanche, dans les pays à faible IDH, si seule 1 femme sur 27 reçoit un diagnostic au cours de sa vie, 1 femme sur 48 en meurt. (2)

En Afrique, le CS représente le 2iem cancer après celui du col de l'utérus. Ainsi donc, les taux du cancer du sein en Afrique sont : 2.30% au Mozambique, 9.5% en Ouganda, 0.44 % en guinée, et 11.8% au senegal.au mali en 2010 le cancer du sein à représenter des cancers diagnostiques a l'institut nationale de recherche de sante publique au taux de 7.6% (3)

En République démocratique du Congo (RDC), le cancer du sein est deuxième cancer le plus fréquent chez la femme après celui du col de l'utérus diagnostique a une moyenne d'âge de 49ans. Environs la moitié des cancers du sein apparaissent chez les femmes qui ne présentent aucun facteur de risque spécifique autre que l'âge et le sexe, cependant, aujourd'hui, même les plus jeunes filles sont également exposées au risque du cancer de sein. (4)

A Lubumbashi, le CS est le cancer du sein représente également un réel problème de santé publique notamment due à la fréquence des cas enregistrés au cours de ces dernières années. Il est le deuxième cancer le plus fréquent après celui du col de l'utérus et environs 70% des femmes atteintes se présentent des symptômes à un stade déjà avance (5)

2. Problématiques

En RDC, faute de dépistage précoce et des moyens appropriés pour les soins, de nombreuses femmes meurent du CS, et selon le constat en fait en 2022, les cancers font de plus en plus de victimes car un malade sur trois meurt du CS. Selon plusieurs études faites en 2021, celle-ci révèle que la fréquence de cancers du sein était de 24% et faute de dépistage précoce, l'incidence du cancer des seins a accru sensiblement, et dont l'âge moyen des femmes à risque est de 49 ans environs. La majorité des patientes allant en consultation au stade avance de la maladie perdent le plus fréquemment la vie à cause du manque de dépistage précoce mais également par faute de connaissance d'ignorance de ces dernières.

Au sein de la ville de Likasi principalement, le manque suffisants d'appareils appropriés et accès aux examens cliniques tel que l'échographie, mammographie, cytoponction etc..., est

l'un des principaux défis et lacunes rencontrés pour un diagnostic précoce ainsi qu'à la bonne prise en charge du cancer de sein.

3. Choix et intérêt du sujet

Le CS étant une pathologie requête dans nos milieux et principalement à Likasi dans le cadre de cette étude, mais malheureusement elle est souvent découverte tardivement faute de dépistage, il présente un problème majeur de santé publique et engendre des enjeux importants.

Le manque de données suffisantes à ce fléau, l'absence importante d'une structure de prévention de cette maladie sont autant de facteurs qui entravent non seulement sa prévention mais également sa prise en charge correcte. Autour de cette problématique au sein de la ville de Likasi, seront les motivations de cette étude sur le cancer du sein dans la ville de Likasi.

Objectifs de l'étude

- ✓ Objectif général : améliorer la prise en charge du cancer de sein à Likasi par une meilleure connaissance de sa prévalence, et des facteurs y associés.
- ✓ Objectifs spécifiques :
 1. Déterminer la prévalence du cancer du sein
 2. Déterminer le profil épidémiologique et clinique du cancer du sein
 3. Déterminer les acteurs associés au cancer du sein
 4. Ainsi que proposer des recommandations

5. Délimitation du travail

Cette étude se délimite dans le temps et dans l'espace et la cadre qui nous a servi de la recherche est L'Hôpital DACO ainsi que L'Hôpital GECAMINE dans la ville de LIKASI.

La période d'étude établie du 1^{er} JANVIER 2019 au 31 DECEMBRE 2023.

6. Plan du travail

En dehors de l'introduction, de la conclusion, et des références bibliographiques, ce travail est subdivisé en deux parties : la première partie portera sur les aspects théoriques et la deuxième partie s'intéressera plus sur les aspects de terrains.

CHAPITRE I : LE SEIN

I. 1. Rappels embryologiques

Le développement du sein est très lent : ébauché dans la vie fœtale, il ne s'achève qu'à la première lactation. Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique. Le tissu mammaire subit des variations durant les différents stades de la vie in utero et post natal.

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

I.2. Rappels anatomiques (12,13)

I.2.1 Situation :

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

Cette variation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

1. Forme :

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

2. Volume-dimensions :

Les seins mesurent en moyenne 10 à 11 cm de hauteur sur 12 à 13 cm de largeur, chez l'adulte et en dehors de la grossesse. Au cours de la grossesse, les seins augmentent de volume surtout au début et à la fin de la gestation.

3. Poids :

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

4. Configuration externe :

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

- **Zone périphérique** : cette zone est lisse, souple et douce au toucher.
- **Zone moyenne** : il s'agit de l'aréole (ou l'auréole), annulaire et pigmentée, son diamètre varie de 4 à 5cm et entoure le mamelon, sa pigmentation varie du rose chez les blondes et les rousses, au noir mat chez les noirs, au cours de la grossesse cette zone s'élargit et se pigmente davantage.

Sur l'aréole on note la présence de certaines saillies : il s'agit des tubercules de **MORGANI**, ce sont des glandes sébacées, qui, pendant la grossesse, augmentent de volume et prennent le nom de tubercules de **MONTGOMERY**. (18)

- **Zone centrale** : occupée par une saillie de forme cylindrique ou conique : c'est le mamelon, il se dresse au centre de l'aréole ; parfois irrégulier, rugueux ou crevassé, sa pigmentation est semblable à celle de l'aréole.

5. Configuration interne :

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

- **Enveloppe cutanée** : on y reconnaît les trois zones sus citées à savoir : - *zone périphérique* : le tissu cellulo-grasieux pré mammaire occupe ce plan, ce tissu est cloisonné par les lamelles conjonctives. *Zone moyenne aréolaire* : ce plan est caractérisé par une peau fine et mobile, doublée du muscle aréolaire, il s'agit du muscle peaucier.

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

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

Cette lame contient un réseau artériel et de nombreuses veines.

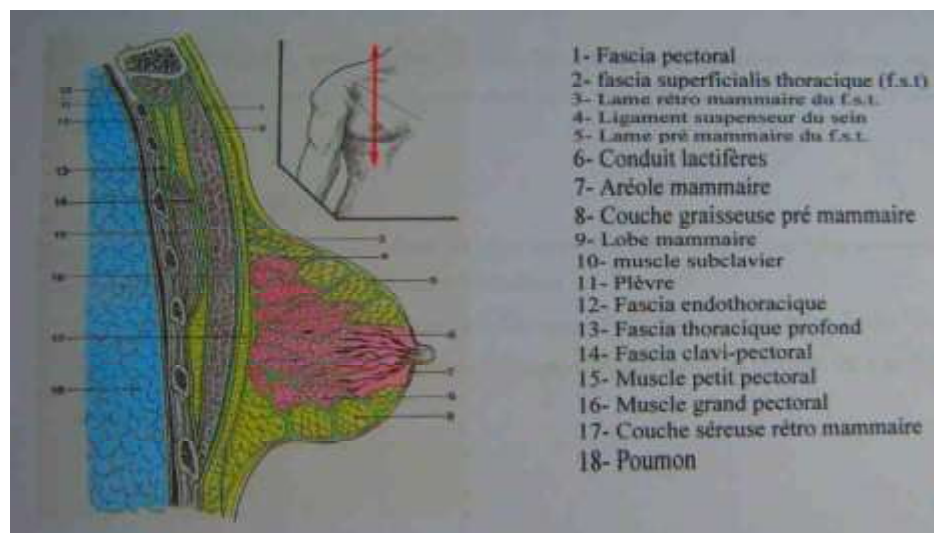


Figure 1: coupe sagittale de la mamelle

6. Vascularisation et innervation : (19)

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

lymphatiques ➤ **Vascularisation artérielle Crânial Droite**

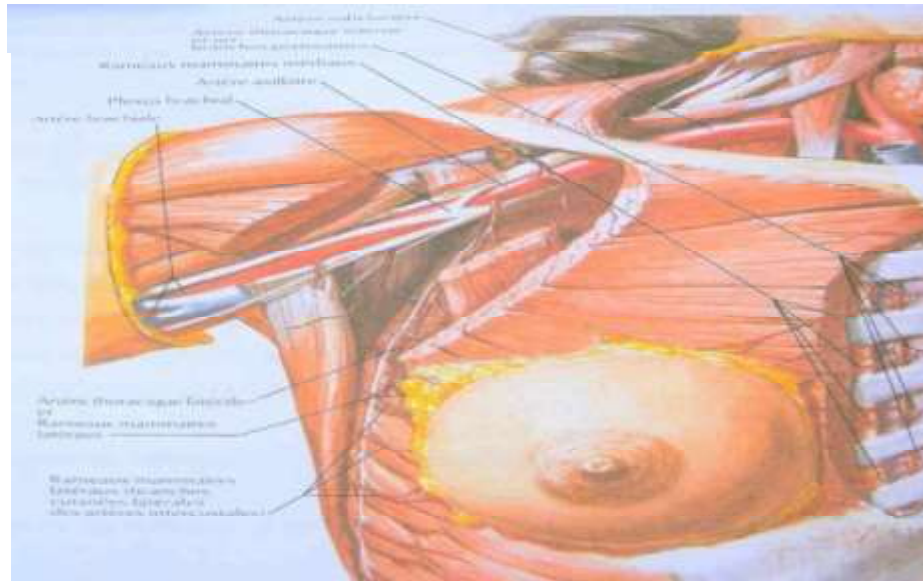


Figure 2 : Vascularisation artérielle - tiré de l'atlas d'anatomie 2ème édition MASSON

Les artères du sein proviennent de trois sources dont :

- **L'artère thoracique interne :**

Artère principale du sein, elle naît de la face inférieure de la subclavière, elle descend le long de la face postérieure des cartilages costaux jusqu'aux 6ème espace intercostal où elle donne plusieurs branches terminales dont l'artère épigastrique.

- **L'artère axillaire :** Elle participe à la vascularisation de la glande par l'intermédiaire de plusieurs collatérales à savoir

- *L'artère thoracique latérale*
- *L'artère sub scapulaire*
- *L'artère acromio-thoracique*

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

Vascularisation veineuse

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

Le réseau veineux superficiel : Les veines sous cutanées sont situées au-dessus du fascia pré mammaire.

Le réseau veineux profond

Abouché au précédent, il se dégage de la face postérieure de la glande vers trois directions de drainage dont :

- *Le drainage médial.*
- *Le drainage latéral.*
- *Le drainage postérieur*

Les voies lymphatiques

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

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

Innervation

On distingue les nerfs superficiels et les nerfs profonds :

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

I.3. Examen clinique devant une tumeur du sein

I.3.1. Examen clinique (20)

Il est systématique à chaque consultation.

Tout médecin doit pratiquer un examen mammaire, même simple.

A. Interrogatoire

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

A . Examen physique

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

C. Inspection

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

Rechercher :

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

D. Palpation

- Se fait doigts à plat quadrant par quadrant, y compris la région para mammaire et le prolongement axillaire.
- Il précise la consistance des glandes et leur caractère homogène ou non. -S'il palpe un nodule, il précise son caractère : ferme ou dur, régulier ou non, bien ou mal limité,
- On mesure sa taille dans son plus grand diamètre, et on note le siège précis dans le sein sur un schéma daté. Rechercher une adhérence :
- A la peau : dépression provoquée par la mobilisation de la tumeur ou de la peau en regard,
- Un mamelon : attiré ou déformé lors de la mobilisation de la tumeur ou mobilisation de la tumeur lors de celle du mamelon,
- Au grand pectoral : en le faisant se contracter par une adduction contrariée

(Manœuvre de Thillaux). La tumeur ne suit pas normalement les mouvements du muscle sauf si elle lui est adhérente, à la paroi thoracique : la tumeur est fixée en profondeur, même quand le muscle est relâché.

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

- Palper les creux axillaires :
- Racler le grill costal en dedans,
- L'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis termine par la face externe,
- Rechercher une ou plusieurs adénopathies dont on précisera le caractère (banales, dures et régulières = suspectes, mobiles ou fixées entre elles ou aux autres éléments du creux axillaire).
- Palper les creux sus claviculaires. (23)

CHAPITRE.II : LE CANCER DU SEIN

II.1. Tumeur maligne du sein

II.1.1. Epidémiologie

Le cancer du sein est le néoplasie la plus fréquente de la femme. En raison de sa fréquence, sa mortalité et sa morbidité, il représente un problème majeur de santé publique tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Il existe une variabilité géographique d'incidence :

Plus d'un million de cas de cancer du sein surviennent chaque année, avec quelque 580 000 cas dans les pays développés (> 300/100 000 habitants par an) et le reste dans les pays en développement (en général < 1500/100 000 habitants par an), malgré des populations plus nombreuses et plus jeunes en moyenne (25). L'homme est exceptionnellement atteint : l'incidence est de l'ordre de 1 pour 100 000 par an dans le monde.

Malgré les progrès des méthodes de diagnostic en particulier de la mammographie et des avancées thérapeutiques, le taux de mortalité s'élève également mais de manière plus faible soit environ 0,5% par an et concerne surtout les femmes entre

60ans et 74 ans, alors qu'il reste stable en dessous de 44 ans (26).

En dépit de la multitude des enquêtes entreprises pour tenter de découvrir des facteurs de risque susceptibles de jouer un rôle dans la genèse de cette pathologie, des nombreux points restent à éclaircir : sexe féminin, âge, durée de vie génitale, nulliparité et première grossesse après 30ans antécédents familiaux et/ou personnels, mastopathies (hyperplasie avec ou sans atypie), carcinome in situ, facteurs d'hormonaux et environnementaux (5). Les moyens du dépistage se résument à deux méthodes cliniques, l'autopalpation des seins et l'examen médical et à un seul moyen para clinique, la mammographie.

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

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

Préalable d'une opération chirurgicale.

II.1.2. Etiopathogenie (29)

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

- Facteurs hormonaux

Il est actuellement bien établi que l'âge des premières règles, de la ménopause, la parité et l'âge à la première grossesse ont une influence sur l'apparition d'un cancer du sein. Les femmes ayant une vie génitale supérieure à 30 ans présentent des facteurs de risque plus importants que lorsque celle-ci soit inférieure à 30 ans. Parmi les femmes ayant eu une ménopause naturelle, le risque encouru par celles ayant été ménopausées après 55 ans est le double de celui encouru par les femmes ménopausées avant 44 ans. Le nombre de grossesses est important mais le facteur majeur est l'âge à la première grossesse. Ainsi une femme ayant mené une grossesse à terme avant 19 ans voit son risque diminuer de 50 % par rapport à une nullipare. Ces observations ont conduit au développement de plusieurs hypothèses étiopathogéniques regroupées sous le terme de "hypothèse de la fenêtre oestrogénique". Toutefois, ce risque est apparu légèrement mais significativement augmenté (risque relatif : 1,72) chez les femmes qui avaient utilisé la contraception orale pendant au moins quatre ans avant la première grossesse à terme. (30)

- Facteurs familiaux et génétique

Il est maintenant couramment admis qu'un antécédent de cancer du sein dans une famille augmente le risque de chaque apparenté de développer un cancer du sein au cours de sa vie. La fréquence des formes familiales de cancer du sein, leur apparition chez des patientes jeunes, les formes pluri focales ou bilatérales conduisent à évoquer le caractère héréditaire de ce cancer. Récemment ont été identifiés deux gènes liés aux cancers du sein familial : BRCA1 (pour Brest CANcer 1) sur le chromosome 17(pour les

familles où l'on observe des cancers du sein et des cancers de l'ovaire) et BRCA2 sur le chromosome 13 (pour les familles où l'on observe des cancers du sein dans les deux sexes) ; de plus, les femmes ayant une hétérozygotie pour le gène de l'ataxie télangiectasie seraient particulièrement prédisposées au cancer du sein. Une forme particulière de cancer du sein est connue pour être associée à la perte ou la mutation du gène suppresseur de tumeur sur le chromosome 17. (31)

- Alimentation

Une alimentation riche en graisses favoriserait l'apparition d'un cancer du sein. Les études cas contrôle effectuées sur ce sujet ont montré des résultats contradictoires.

Certaines ont montré une augmentation de l'incidence des cancers du sein chez les femmes ayant un régime riche en graisses et d'autres aucune différence.

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

II.1.3. Anatomopathologie

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

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

1) Classification des cancers selon l'O.M.S. (32) :

La classification utilisée est celle de l'O.M.S.

Carcinomes ; ils représentent 98 % des tumeurs malignes du sein. Il s'agit essentiellement d'adénocarcinomes. On distingue :

Les carcinomes non infiltrant, Il en existe deux types :

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

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

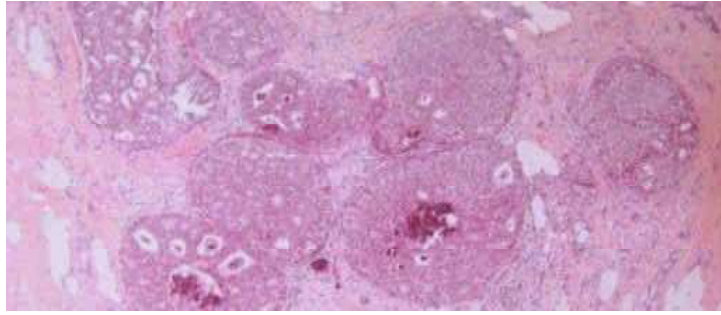


Figure 3 : Carcinome canalaire in situ (33)

- **Le carcinome lobulaire :**

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

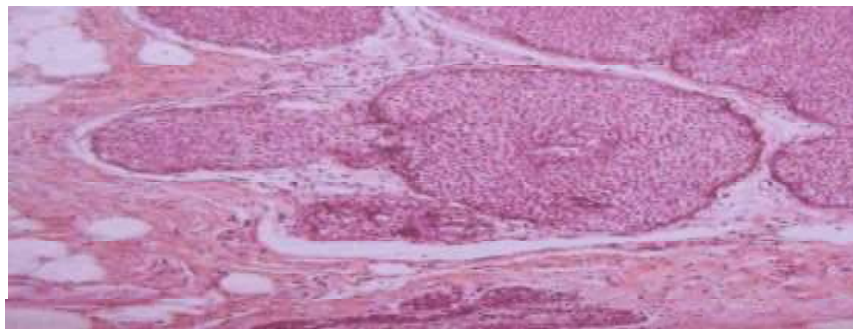


Figure 4 : Carcinome lobulaire in situ (34)

Les carcinomes infiltrant

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

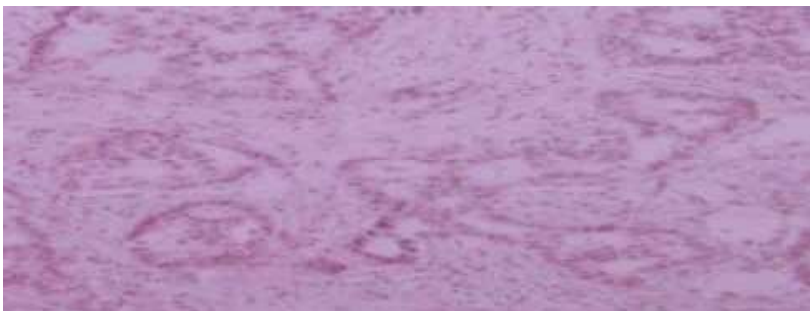


Figure 5 : Carcinome infiltrant (OMS)(35)

- **Le carcinome lobulaire infiltrant :** Il représente 5 à 15 % des cancers. Il se caractérise par sa tendance à la bilatéralité et à la multicentricité.

➤ Autres classifications

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

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

▪ La classification TNM (36)

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

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

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

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

Cela conduit pour un organe donné à un grand nombre de possibilités TNM. On effectue alors un regroupement en stades que l'on définit pour qu'ils soient homogènes en durée de survie.

Les cancers in situ sont toujours de stade O, les métastatiques de stade IV.

II.1.4. Diagnostic différentiel

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

✓ *Diagnostic différentiel d'une tumeur mammaire*

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

Diagnostic d'un sein inflammatoire

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

Diagnostic d'une rétraction cutanée

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

Diagnostic d'un écoulement mamelonnaire

- L'ectasie canalaire sécrétante : écoulement uni-orificiel spontané et récidivant parfois hématurique;
- Les papillomes intracanaux. **II.2.**

Examens

complémentaires

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

a) Mammographie

Elle doit toujours être bilatérale. Le sein est exploré par trois incidences fondamentales :

de face ou crânio-podale, de profil, et en oblique dégageant le quadrant supéro-externe et le prolongement axillaire. En fonction des besoins cliniques, des incidences complémentaires pourront être centrées sur une masse. Il n'est pas possible de définir radiologiquement un sein normal. La lecture comparative des clichés des deux seins est donc indispensable. **b) Échographie**

L'échographie est une exploration complémentaire souvent indispensable en sénologie. Elle complète les renseignements fournis par la mammographie.

L'expression échographique typique d'un cancer du sein est celle d'une lésion solide, hypoéchogène, plus ou moins hétérogène, à contours irréguliers et dont le

grand axe est, en général, vertical par rapport à la peau. Une ombre postérieure est présente dans environ un tiers des cancers.

c) IRM

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

d) Galactographie

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

e) Cytologie mammaire

L'examen histologique ou cytologique est indispensable pour confirmer le diagnostic. La ponction aspiration d'une tumeur mammaire peut être réalisée de façon simple et rapide. La fiabilité globale varie de 77 à 93 %. Le taux de faux positifs varie entre 3 et

12 % et celui de faux négatifs de 2 à 10 %. Une adénopathie axillaire peut également être ponctionnée. De même un écoulement mammaire doit être prélevé et étalé sur lame. **f) Immunohistochimie :**

L'immunohistochimie avec des anticorps mono-ou polyclonaux est fréquemment utilisée en pathologie tumorale. L'utilisation de combinaisons d'anticorps dont le choix est orienté par l'étude histologique permet de préciser dans la plupart des cas la nature des tumeurs peu différenciées et l'origine primitive des métastases.

II.3. Bilan d'extension

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

associe : - Une échographie abdomino-pelvienne : à la recherche des adénopathies

profondes, des atteintes d'autres organes (rein, foie, rate, utérus et annexe), d'une ascite.

- Une radiographie pulmonaire de face : à la recherche de métastase pulmonaire. une radiographie du rachis lombaire : pas systématique sauf si la malade présente un signe clinique qui la nécessite (douleur lombaire, paraplégie).

- une scintigraphie osseuse.

II.4. Dépistage

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 micros métastases.

On estime que la moitié des patientes est porteuse de métastases occultes au moment où le diagnostic est établi. On conçoit donc l'importance du gain de temps obtenu par le dépistage précoce des tumeurs du sein. On entend par dépistage la recherche systématique, chez un sujet ou au sein d'une collectivité, d'une affection latente aux moyens de techniques simples mais suffisamment fiables.

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

II.4.1. Moyens du dépistage

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

A. Auto examen des seins (AES)

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

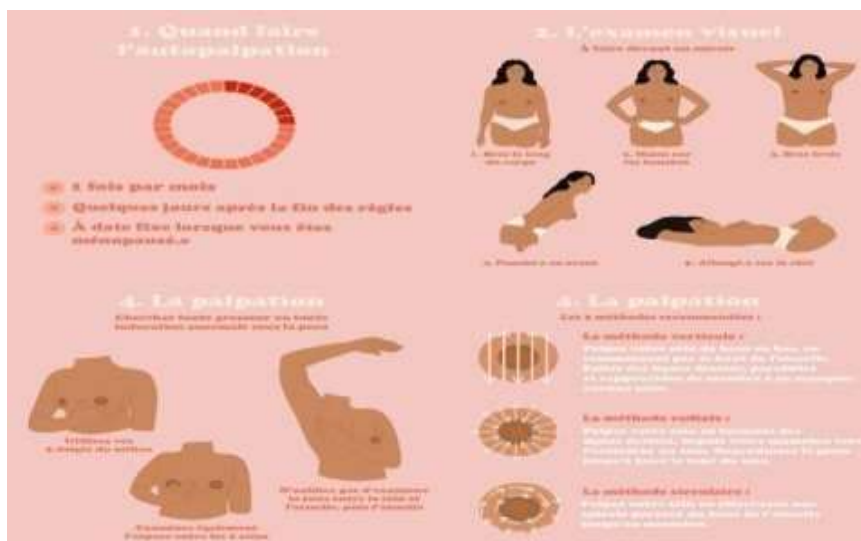


Figure 6 : Autopalpation mammaire (37)

Examen médical

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

B. La mammographie

Actuellement, la mammographie est le test de dépistage de choix. Deux clichés sont préférables pour le premier examen de dépistage. Les données actuelles indiquent qu'un intervalle de deux à trois ans est raisonnable. La mammographie est actuellement la seule méthode efficace de dépistage du cancer du sein. Sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à 90 %. La classification BI-RADS (Breast Imaging-Reporting And Data System) est utilisée par les radiologistes lors de la mammographie, de l'échographie et de l'IRM pour définir les anomalies vues et permettre de savoir ce qui doit être fait par la suite, soit retour au dépistage, suivi rapproché ou biopsie.

II.5. Méthodes thérapeutiques

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

II.5.1. Chirurgie

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

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

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

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

II.5.2 Radiothérapie

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

II.5.3. Chimiothérapie

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

II.5.4. Hormonothérapie

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

On administre une hormonothérapie seulement quand les récepteurs hormonaux du cancer du sein sont positifs. Cela signifie que les cellules cancéreuses ont des récepteurs pour l'œstrogène (ER+), la progestérone (PR+) ou les deux. Quand les cellules cancéreuses ont ces récepteurs, les hormones peuvent s'y fixer et aider ces cellules à croître. La recherche a démontré que l'administration d'une hormonothérapie après une chirurgie et une radiothérapie réduit le risque de réapparition du cancer du sein et améliore la survie.

II.5.5. Thérapie ciblée

Dans le cas des **cancers du sein**, la principale classe de médicaments de thérapie ciblée est celle des anti-HER2. Ces médicaments **bloquent l'activité d'une protéine présente en grande quantité à la surface des cellules de certains cancers du sein**, le récepteur HER2/neu.

Ce blocage **a pour effet d'inhiber la croissance tumorale**. Les anti-HER2 ne sont efficace que chez les patientes dont la tumeur présente une quantité importante de récepteurs

HER2/neu. Ils sont généralement prescrits **à l'issue d'une chirurgie**, pour limiter le risque de récurrence.

D'autres traitements ciblés agissent sur les cellules des vaisseaux qui irriguent les tumeurs. Les vaisseaux en question sont nécessaires à l'approvisionnement des cellules tumorales en oxygène et en nutriments. Ces médicaments asphyxient et affament les tumeurs.

Ils sont utilisés **en association avec des chimiothérapies classiques**.

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

III.1 lieu et type d'étude

Notre étude S'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital DACO ainsi que GECAMINE dans la ville de Likasi.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique d'observation descriptive transversale, couvrant la période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023.

III.2. Population d'étude

La population source a été constituée de l'ensemble des patientes suivies pour le CS au Service de Gynécologie de l'Hôpital DACO ainsi que L'Hôpital GECAMINE de Likasi.

III.3. Échantillonnage

III.3.1. Type d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif.

III.3.2. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les cas de CS suivis au Service de Gynécologie à l'hôpital DACO et GECAMINE durant la période d'étude s'étendant du 1e/01/2019 au 31/12/2023.

III.3.3. Critères d'exclusion

N'ont pas fait partie de la présente enquête tous les cas de cancers du sein suivis au Service de Gynécologie à l'hôpital DACO et GECAMINE durant la période d'étude susmentionnée plus ceux dont les données étaient incomplètes

III.3.4. Taille de l'échantillon

L'ensemble des patientes ayant consulté durant la période d'étude était de l'ordre de 454 dont 26 patientes atteintes du CS.

III.3.5. Matériels et technique de collecte des données

Nous avons élaboré une fiche de récolte des données et nous nous sommes rendu ensuite au bureau des archives de L'Hôpital DACO et GECAMINE pour procéder à la fouille des fiches de consultations.

Tout d'abord, nous avons ressorti tous les dossiers des patientes suivies au Service de Gynécologie durant la période d'étude : 454 dossiers comptés. Par la suite, nous avons sélectionné 128 pathologies gynécologiques dont 26 cancers du sein.

III.3.6. Technique

Pour la récolte des données, nous avons utilisé les fiches de consultation.

III.3.7. Variables d'étude

Les principales variables étudiées ont été les suivantes :

- Âge de découverte du cancer du sein ;

- Type d'anomalie découvert ;
- Stades de découverte du cancer ;
- Antécédent familial néoplasique ;
- Gestité;
- Parité ;
- Circonstances de découverte du cancer ;
- Personne n'ayant découvert l'anomalie ;
- Réalisation de l'autopalpation ;
- État matrimonial ;
- Résidence ;
- Profession ;

III.4. Gestion et analyse des données

Les données récoltées étaient encodées puis analysé à travers les logiciels ÉPI Info version 7.2, Microsoft Excel version 2016. Cependant le Microsoft Word version 2016 nous a permis d'élaborer ce travail.

III.5. Considérations éthiques

Cette étude n'a pas porté atteinte aux patientes ni à l'environnement. Elle était anonyme, dans le strict respect de la dignité humaine et l'observance de la confidentialité des données recueillies.

CHAPITRE IV : RÉSULTATS

IV.1. Prévalence

Pendant notre période d'étude, l'effectif total était de 454 femmes dont 26 cancers mammaires, ayant consulté le Service de Gynécologie entre 2019 et 2023, soit une prévalence des cancers du sein de l'ordre de 5,68 %.

AGE DE DECOUVERTE DU CS

Ce tableau indique que 30,76% des cas avait un âge supérieur à 51 ans, soit une moyenne d'âge de 37 ans, avec un âge minimal de 25 ans et 55 maximal.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
22-29	3	11,53%
30-37	5	19,23%

38-44	3	11,53%
45-51	7	26,92%
51-58	8	30,76%
TOTAL	26	100,00%

Tableau 1 : Age de découverte

TYPE D'ANOMALIE

Il se dégage de cette figure que la majorité des patientes enquêtées se présentaient avec comme type d'anomalie la présence de nodule.

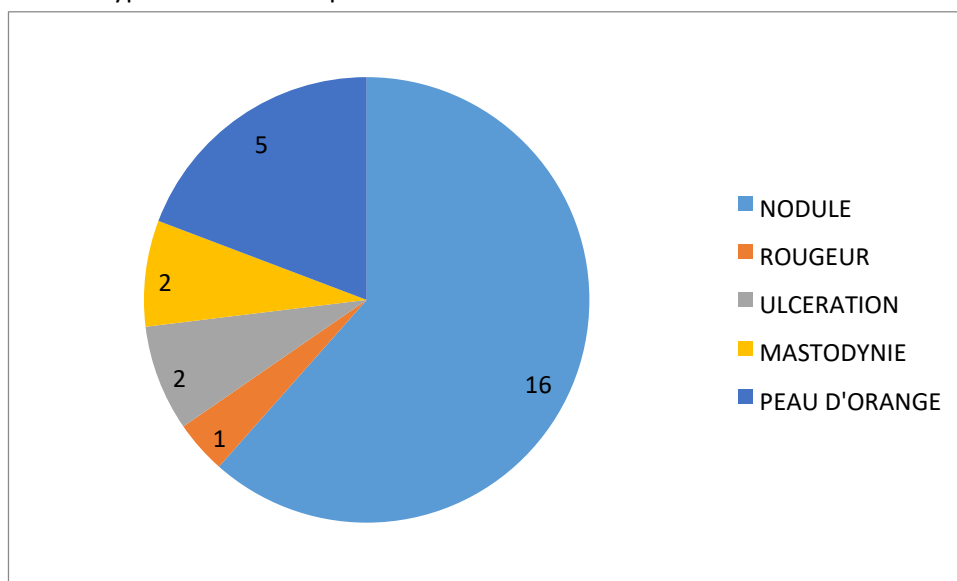


Figure 7 : type d'anomalie

STADE DE DECOUVERTE DU CS

Ce tableau montre que la majorité des patientes se présentaient à un stade avancé soit un pourcentage de 53,84% en stade 3

STADE	EFFECTIFS	POURCENTAGE
STADE 1	4	13,38%
STADE 2	6	23,07%
STADE 3	14	53,84%
STADE 4	2	7,69%
TOTAL	26	100,00%

Tableau 2. Stade de découverte

ANTECEDENTS FAMILIAUX NEOPLASIQUE

Cette figure présenter ci-dessous près des huit femmes enquêtées sur dix soit (92%) sans antécédent familial du cancer du sein

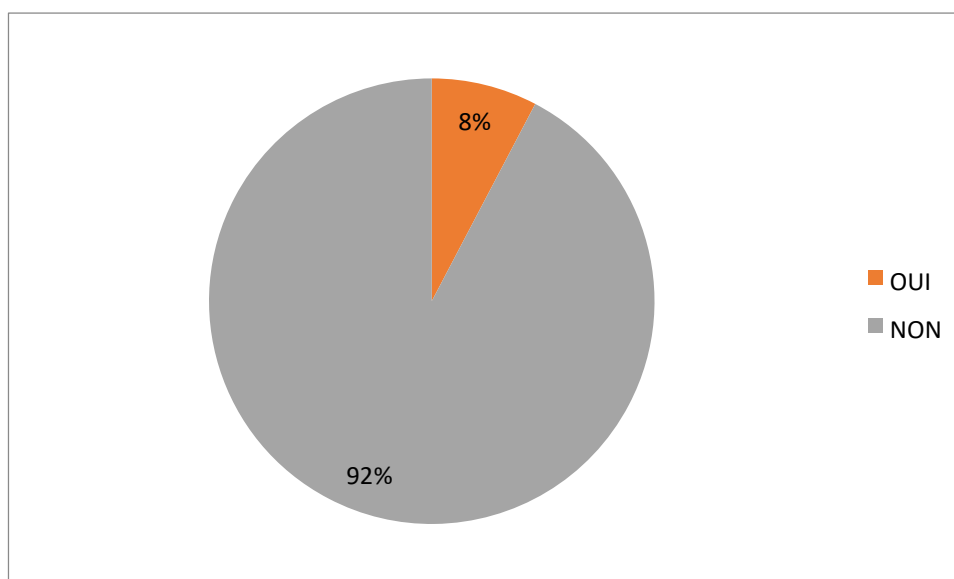


Figure 8 : Antécédents familial néoplasique

CIRCOSTANCE DE DECOUVERTE D'UNE ANOMALIE DU SEIN

Il ressort de la figure suivante que la circonstance de découverte la plus prononcée était la présence de la tuméfaction soit un taux 42,30%

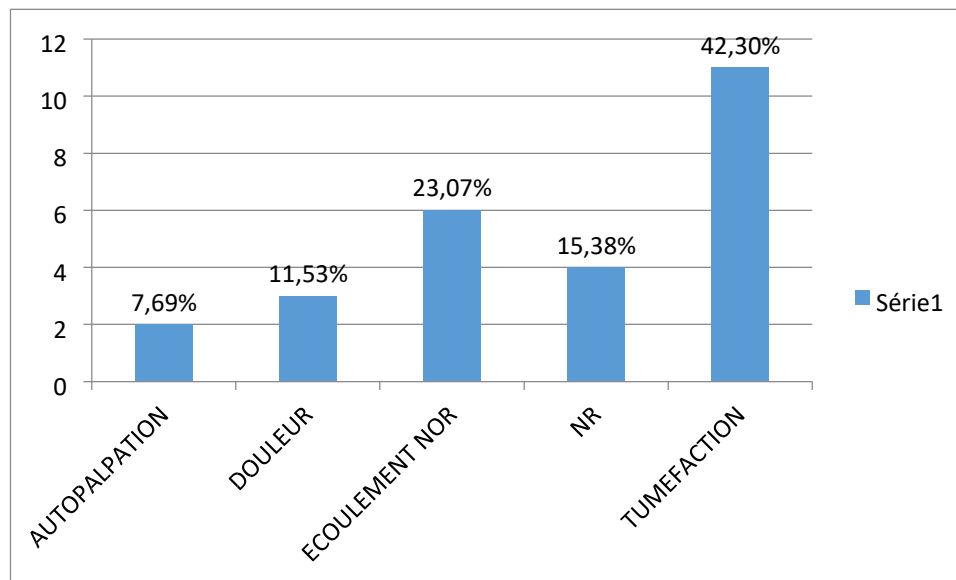


Figure 9 : Circonstance de découverte

PERSONNE AYANT DECOUVERTE L'ANOMALIE DU SEIN

Il se dégage de la figure ci-dessous que 69% de la personne ayant découvert l'anomalie était la patiente elle-même.

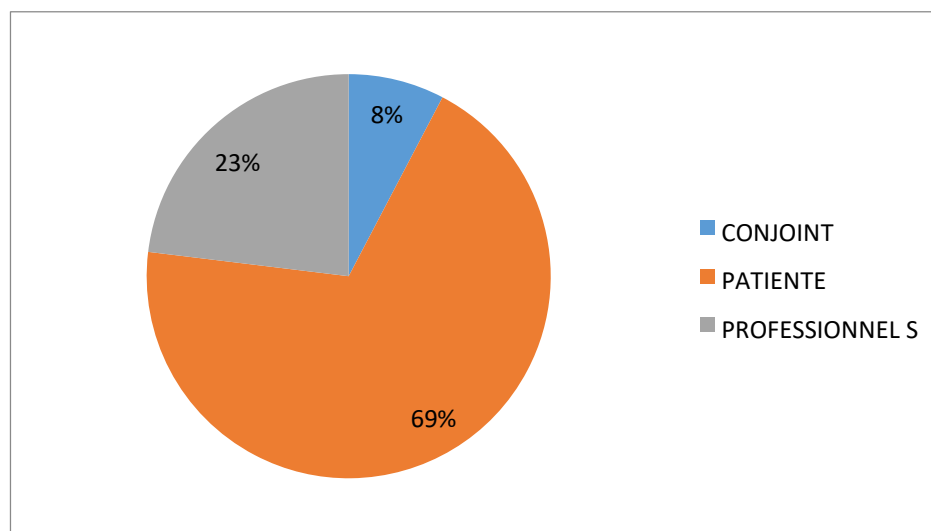


Figure 10 : Personne ayant découverte l'anomalie

REALISATION DE L'AUTOPALPATION MAMMAIRE

Il se dégage de cette figure que la réalisation de palpation avait découvert plus la présence d'un module douloureuse soit 54% contrairement à une tumeur bien limité qui représentait 15% seulement.

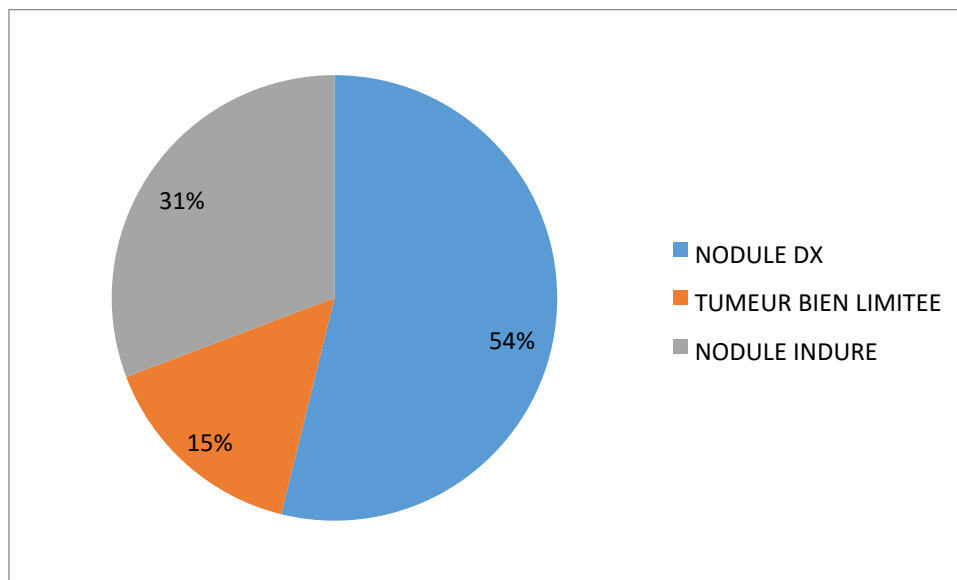


Figure 11 : Réalisation de l'autopalpation

ETAT MATRIMONIAL DES PATIENTES ENQUETEES

Il se dégage de ce tableau que la majorité des patientes enquêter était marié soit 69% tandis que les divorcés on constituer la plus faible proportion (3 ,84%)

ETAT MATRIMONIAL	EFFECTIFS	POURCENTAGE
MARIE	18	69%
CELIBATAIRE	4	15,38%

DIVORCE	1	3,84%
VEUVE	3	11,53%
TOTAL	26	100,00%

Tableau 3 : Etat matrimonial

RESIDENCE

La commune kikula a été la plus présentée dans cette série avec 17 cas sur 26 soit 65,38%

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
KIKULA	17	65,38%
LIKASI	4	15,38%
PANDA	3	11,53%
SHITURU	2	7,69%
TOTAL	26	100,00%

Tableau 4 : Résidence

PROFESSION

La tableau ci-dessous indique que la majorité de patients étaient ménagère contrairement aux commerçantes et aux fonctionnaires étaient en minorité.

PROFESSION	EFFECTIFS	POURCENTAGE
MENAGERE	17	65,38%
COMMERCANTE	5	19,23%

FONCTIONNAIRE	2	7,69%
NON RENSEIGNER	2	7,69%
TOTAL	26	100,00 %

Tableau 5 : Profession

RESULTAT DE LA MAMMOGRAPHIE

La figure ci-dessous indique que les résultats de la mammographie n'étaient pas renseignés néanmoins observons l'AR5 : anomalie évocatrice d'un cancer montre une représentation de 12%

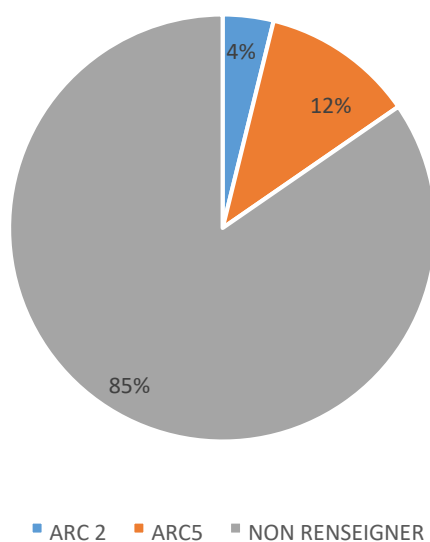


Figure 12 : Résultat de la mammographie

TYPE DE COMPLICATION LIEE AU CS

Cette figure montre que la complication la plus prononcée était la présence d'une infection

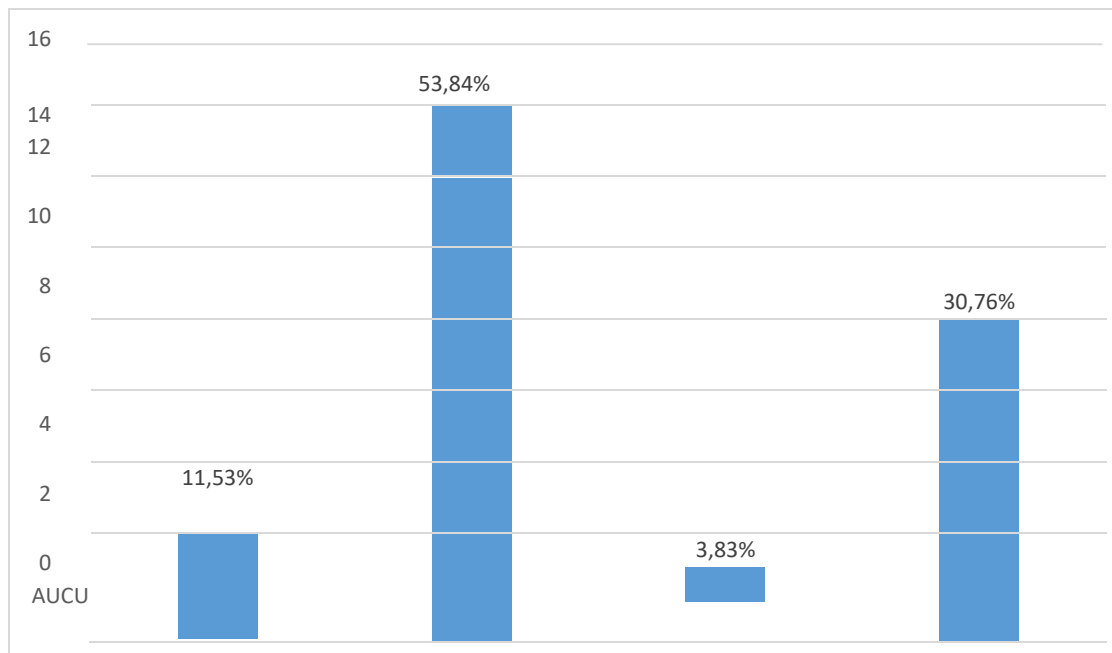


Figure 13 : Type de complication

ANTECEDENT MEDICAUX

La figure ci-dessous montre que les patientes ayant l'hypertension artérielle comme antécédent médicaux représenté 15% un peu plus proche à celui de la tuberculose qui lui représentait 12%

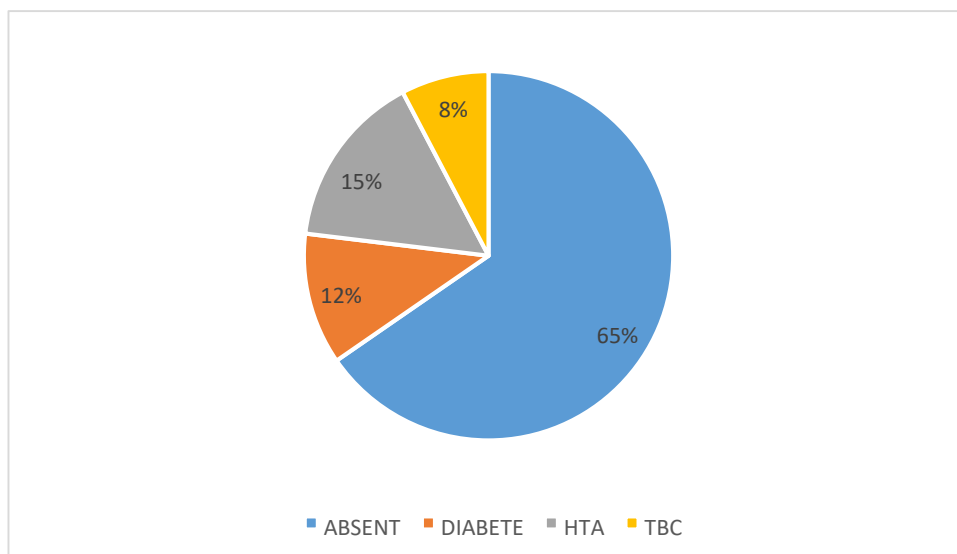


Figure 14 : Antécédent médicaux

CHAPITRE V : DISCUSSION

La prévalence des cancers du sein chez les femmes à likasi (cas de l'hôpital daco et gecamine) sur l'ensemble des patientes ayant consulté le Service de Gynécologie dudit hôpital a été de 5,68 %. Elle est largement inférieure à celles de l'équipe de Mbala Kingu à Kinshasa (24 %), de Mohammed Medjdoub à Alger (11 %). De Marie Mariam Keita à Bamako (14,1 %) et 22,6 % pour Gueye et collaborateurs à Dakar [9,21-23]. Cette différence serait liée à la différence de taille d'échantillon et à la durée d'étude de chaque travail étudié différemment.

V.2. Caractéristiques sociodémographiques

V.2.1. Âge au moment du diagnostic

Il se dégageait de notre étude que l'âge moyen a été de 37ans, avec un minimum de 25 ans et un maximum de 55ans. Cette moyenne d'âge n'est pas similaire à celles retrouvées par les études de Gueye à Dakar et Ayyad à Fès (au Maroc) avec respectivement 29,7 ans et 29,5 ans [23,24]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que ces études se sont effectuées chez les femmes moins de 35ans.

V.2.2. Statut matrimonial

Nous avons observé de ce travail que la majorité des patientes enquêtées ont des mariées (51,35 %). Ce résultat est similaire à ceux de Marie à Bamako et de l'équipe de Gueye à Dakar avec des proportions différentes de l'ordre de 81,25 % et 75,8 % [22,23].

Nous pensons que les patientes mariées bénéficiant d'une assistance psychologique et financière venant de leur époux, consultent donc plus facilement.

Par contre, les études faites par Omar Kant à Dakar, démontrent que la couche des femmes considérées comme à risque (femme de plus de quarante ans) du cancer du sein n'avaient pratiquement pas de connaissance sur le cancer du sein. Les femmes ayant un niveau d'étude élevé avaient une connaissance plus élevée du cancer du sein, de même, les femmes célibataires avaient une connaissance plus élevée que les autres femmes.

L'influence de ces facteurs (l'âge, au niveau d'étude, à la profession, et au statut matrimonial) était statistiquement significative avec un pourcentage supérieur à la moyenne.

Dans l'étude de BOUSLAH S et Coll, le niveau de connaissance des facteurs de risque du cancer du sein était plus bas, car 79,5% avaient une connaissance insuffisante.

Connaissance des moyens de dépistage, 74,6% ont mentionné l'auto palpation comme étant le moyen de dépistage du cancer du sein, 11,8% ont mentionné l'échographie comme

moyen de dépistage et seulement 9,5% ont mentionné la mammographie comme moyen de dépistage.

La connaissance des signes du cancer du sein était fortement liée au niveau d'étude. Les femmes qui avaient un niveau de connaissance élevé sur les signes du cancer du sein étaient tous des femmes qui avaient un niveau d'étude élevé. 81.2% des femmes ayant un niveau d'étude supérieur avaient une bonne connaissance des signes cliniques du cancer du sein, seulement un tiers (35,7%) des femmes ayant un niveau secondaire avaient une bonne connaissance des signes cliniques et la quasi-totalité des femmes non scolarisées avaient une connaissance très limitée des signes du cancer du sein.

Ce résultat était statistiquement significatif.

Dr Collie Small a écrit en avril 1952 : « La levée du tabou par rapport au cancer du sein est le premier pas pour faire face à ce fléau. Il n'est plus concevable, et ceci depuis le siècle dernier, d'assister à des suicides par ce cancer à cause de la crainte ou d'une fausse pudeur »

V.2.3. Attitudes posées

L'itinéraire thérapeutique des patientes est non rationnel, les femmes ont recours à l'automédication (34,6%) et aux traitements traditionnels (35,4%) avant de consulter dans un centre de santé en cas de douleur mammaire. Par contre, elles consultent dans un centre de santé devant un écoulement mammaire chez 80,2% des femmes et devant une masse mammaire (tumeur mammaire) dans 80,3%.

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre le cancer. Il permet d'améliorer les chances de survie du cancer du sein. Le pronostic du cancer du sein dépend en grande partie du diagnostic précoce et du type histologique.

L'insuffisance des connaissances de tous ces facteurs est responsable du retard de diagnostic mais aussi du retard de la prise en charge.

V.2.4. Pratiques

Les femmes pratiquent l'autopalpation des seins comme moyen de dépistage 74,6% des femmes, 11,8% ont recours à l'échographie, 4,1% à la mammographie et 9,5% n'ont jamais réalisé le dépistage du cancer du sein. Le recours au dépistage du cancer du sein par auto examen des seins était relativement faible dans l'étude de Bouslah et Coll qui avait trouvé un taux d'autopalpation des seins comme moyen de dépistage du cancer du sein chez 36,2 %.

Par contre la mammographie avec double lecture considérée comme une référence en matière de dépistage du cancer du sein n'est pratiquée que chez 9,5% des femmes.

La majorité des femmes font recours à l'automédication et aux traitements traditionnels avant de consulter dans un centre de santé.

CONCLUSION

Cette étude a eu comme objectifs de déterminer la prévalence et de décrire les aspects épidémio-cliniques des cancers du sein chez les femmes Dans la ville de Likasi (cas de l'hôpital daco ainsi que l'hôpital Gécamines). L'enquête a montré une prévalence des cancers du sein de l'ordre de 5,68 %.

L'âge moyen a été de 37 ans et l'âge modal de 52ans. Il a été observé que des patientes avec antécédent familial de néoplasie du sein (8,5%). Le nodule était le type d'anomalie le plus observé (43,24%). Le sein gauche a été le plus atteint (60 %) et le cancer du sein pour les 26 patientes enquêtées sur 454 (soit 57 %) était découvert à un stade avancé. Rare sont Les patientes ayant bénéficié des mesures d'accompagnement.

Le défi principal à relever dans les cancers mammaires gynécologiques est de les déceler à temps afin d'entreprendre un traitement optimal voire curatif car la survie dépend du stade de découverte, de la qualité et de la célérité du traitement. La prise en charge est multidisciplinaire, nécessitant des moyens humains et matériels considérables.

SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Nous avons formulé les principales suggestions ci-après :

1. Aux Autorités Politiques et Sanitaires :

- De créer des centres de dépistage et de diagnostic précoce des cancers du sein ; □ De subventionner la prise en charge des cancers du sein.

2. Au Corps Médical :

- D'informer les femmes sur l'autopalpation des seins pour le dépistage précoce du cancer ;
- De rechercher systématiquement une anomalie du sein lors des consultations cliniques de routine ;
- De faire un bilan complet pour toute masse mammaire pour un diagnostic précoce ; □ D'administrer le traitement optimal du cancer mammaire.

3. A la Population :

- De pratiquer l'autopalpation des seins de façon périodique après les règles dès la puberté;
- De consulter un médecin de l'apparition d'une anomalie au niveau du sein.

ANNEXES

Fiche de récolte des données

Sujet : Cancer du sein chez la femme à Likasi: Prévalence, Facteurs associés et Profil épidémiologique

N°Fiche / ____ / Initiales noms / ____ / Date de consultation / ____ / ____ / ____ /

Service de consultation : Médecine Interne ☐ Gynécologie-Obstétrique ☐

Mode de consultation : Directe ☐ Référence ☐

Date de naissance : / ____ / ____ / ____ / Age / ____ /

Etat-civil : Célibataire ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐

Commune de résidence : Kikula ☐ Likasi ☐ Panda ☐ Shituru ☐

Quartier de résidence :

Occupation/Profession :

Antécédents et autres éléments anamnésiques : Tabagisme ☐ Prise d'alcool ☐ Obésité ☐
Hormonothérapie ☐ Contraception oestroprogestative ☐ Antécédent familial de cancer ☐
Alimentation riche en sucres ☐ Alimentation riche en graisses ☐
Age à la ménopause Age à l'apparition des premières règles
Age à la première grossesse

Formule obstétricale : Parité Gestité Avortement Décès

Motifs de consultation : Peau d'orange ☐ Ulcération ☐ Nodule ☐ Adénopathie axillaire ☐
Mastodynie (douleur au sein) ☐ écoulement mamelonnaire ☐
Autres (préciser) :

Signes vitaux : Température Tension artérielle / Pulsation Respiration

Inspection du sein : rougeur ☐ ombilication mamelonnaire ☐ ulcérations ☐ ecchymoses ☐
circulation collatérale ☐ autres (préciser)

Palpation :

Résultat de la mammographie :

Résultat d'examen anatomopathologique : adénocarcinome ☐ carcinome épidermoïde ☐
carcinome lobulaire ☐ carcinome médullaire ☐ carcinome invasif ☐
tumeur phyllode ☐ Autre

Résultat de l'échographie mammaire :

Stade TNM du cancer : T.....N.....M.....

Latéralité et localisation de la tumeur :

Prise en charge : Chirurgie ☐ Radiothérapie ☐ Chimiothérapie ☐ Hormonothérapie ☐

Evolution : Décès ☐ Guérison ☐ Complications ☐

Types de complications :

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Le cancer que nous pouvons éliminer : l'OMS_europe exhorte les états membre a reléguer le cancer du sein 13 mai 2024
2. CAPOTE MZGRIM LG . epidemiology of cervical cancer in latin america. 2015.9:577
3. DENNY L ANORLU R CERVICALE cancer in Africa:cancer epidemiolol biomark prev public,sept 2012;21:1434
4. EIDZ ML debaue cancer . ann patol.2juin 2016 ;12 :1454/6
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE Site internet de l'OMS, www.who.int/fr/
6. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER .(IARC, 2002).iki
7. RAHARARISOLO VOLONATENAINA C., PECARRERE J.L., ROUX
8. J.E.Les cancers à Madagascar de 1990-2001, Archives Institut Pasteur de Madagascar 2002 ; 68 : 104-108.
9. NAFIA I., HASSANE H., GARBA M., MADI N. Abstracts du VII ème congrès de la SAGO, SANOGO II, Cancer du sein /Communications libres.
10. INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE.InfRegistre du cancer 2002.
11. TRAORE C.B.,KAMATE B.,BAYO S.Aspects épidémiologique et histologique des cancers du sein à l'INRSP de à propos de 110 cas.
12. Livres des abstracts, Bamako, 2003 :p 85.
13. FERRO JM, NAMER M.Epidémiologie du cancer du sein, Archive d'anatomie et de cytologie pathologique 1994, 42.
14. KAMINA P.Anatomie gynécologique et obstétricale Maloine Paris 1984 :p 513 .
15. LARSEN William J. , DHEM A. Embryologie humaine
16. Editeur de Boeck université et Larcin Sarne minime : 2003 ; p 474.
17. COLLECTIF D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GYNECOLOGIQUE Office des publications universitaires Alger 1994, p 111.
18. THIAM D.Cancer du sein : Etude clinique dans le service de Gynéco Obstétrique De l'HNPG à propos de 43 cas. 2001
19. GOLDMAN RL. ET FRIEDMAN NB.Carcinoma of the breast arising in fibroadenoma with emphasis on lobular Carcinoma Cancer 1989; 23: 544-550.
20. HENDRICK JW. Intraductal papilloma of the breast Surg.Gynec.Obstet., 1987,105, 215.
21. MC DIVITT RW., STEWART FW. Et FARROW JH. Breast carcinoma arising in solitary fibroadenoma Surg.Gynec.Obstet., 1987; 125: 572-576.

22. BURNET SJ, NGYY, PERRY NM. ET AL. Benign biopsies in the prevalent round of breast screening ; Revue of 137 Cases. Clin. Radiol. 1995; 50;254.
23. LANSAC J., LECOMTE P. Gynécologie pour le praticien: Masson éditeur, 4ème édition, Paris 1994; p 554.
24. BRINTON LA., VESSEY MP., FLAYEL R ET YEATES Risk factors for benign proliferate disease Am. J. Epidemiol., 1981 ; 113:203-240.
25. MATHELIN C, GAIRARD B., BRETTE JP., RENAUD R. Examen clinique du cancer du sein Encycl. Med. Chir. Gynécologie, 865-C-10, 1997, p 11. 23.
26. BONAFOS M., LE CANELIER Les cancers génitaux et mammaires de la femme algérienne Rev. Afr. Noire 1971 ; 18 :235-240.
27. VILCOQ JR., CALLER. Le point sur le cancer du sein. Temp Med, 1984;49 :6-15.
28. MAUVAIS-JARVIS P. Le traitement hormonal des mastopathies bénignes Bull cancer, 1991, 78, 365-371.
29. SITRUK-WARE, KUTTEN F., CONTESSO G. ET AL. Aspects thérapeutiques des mastopathies bénignes Contref. Fertile Sex , 1987 ;15 :435-438.
30. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE Types histologiques des tumeurs du sein, 2 ème Ed, GENEVE, 1981.
31. OHUCHI N. ET AL. Three dimensional atypical structures in intraductal carcinoma differentiating From papilloma and papillomatosis of the breast. Breast cancer Res. Treat 1985,5, 57.
32. OHUCHI N. ET AL. Possible cancerous change of intraductal papilloma of the breast. A. 3-D Reconstruction studie of 25 cases cancer 1984,54, 605.
33. FLINT A ET AL. Infraction and squamous metapalsia of intraductal papilloma. Hum. Pathol. 1984, 15, 764.
34. BODIAN CA., PERZIN KH., LATTES R., HOFFMANN P. AND ABERNATHI TG. Pronostic significance of benigne proliferative breast disease, cancer, 1993;71: 3896-390.
35. PAGE DL., SALHANY KE., JENSEN RA. Subsequent breast cancer risk after biopsy with atypia in a breast papilloma Cancer, 1996 ; 78: 258-266.
36. SILBERNAGL S., DESPOPOULOS A. Atlas de poche de physiologie médecine sciences Flammarion, 2001 :p 436 303.
37. BAZZOCHI F. ET AL. Juvenile papillomatosis (epitheliosis) of the breast Am. J. Clin. Pathol. 1986; 86: 745.

38. TAVASSOLI FADE Pathology of the breast.Second ed. Norwalk,Connecticut:Appleton Lange 1999.
39. MONES WJ., NORRIS HJ., SNYDER R.Infiltrating Syringomatous adenoma of the nipple.A clinical and Pathological study of 11 cases. Am J SurgPathol.1989;13:197-201.
40. TROJANI M.Atlas en couleur d'histopathologie mammaire. Adhérence papillaire du Mamelon 1988, p 62.
41. BAZZOCHI F. ET AL. Juvenile papillomatosis (epitheliosis) of the breast
Am.J.Clin.Pathol.1986; 86: 745.
42. HERTEL BF., ZALOUDEK C., KEMPSON R.Breast adenomas, cancer,1976, 37, 2891-2905
Adenomas of the breast: relationship of the breast: relationship of Adenofibromas to pregnancy and lactation.
43. KAMES BRIDGER J., ANTHONY P.Breast tumor of pregnancy ("lactating adenoma")
J.Pathol.1988;156:37-45.
44. O'HARA MF., PAGE DL.Adenoma of the breast and ectopic breast under lactational influences
Hum.Pathol. 1985;15.
45. ROSEN PP Rosen's breast pathology. Philadelphia. Lippincotttraven,1997.
46. MAC GROGAN G. Les néoplasies mammaires non invasives et
invasives VII émet journée francoafricaine de pathologie de Niamey 2003. 44.
J.M.ANDRIEU ET P. COLLONA Cancers : évaluation, traitement et surveillance Edition ESTEM,
Paris 1997.
47. GRUMBACH Y.Imagerie du sein, journées françaises de radiologie, Paris 1996, p 8.
48. MILLER A.B.,BULBROOKR.D.UICC multidisciplinary project on breast cancer: the epidemiology,
etiology And prevention of breast cancer.Cancer 1986 ; 37 : 173-177.