

MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN À L'UNITÉ DE SÉNOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR : ÉTUDE DES FACTEURS PRONOSTIQUES À PROPOS DE 56 CAS COLLIGÉS

A. YEMBA, S.M.K. GUEYE, M. GUEYE, M. DIALLO, A. MBODJI, J.C. MOREAU

RESUME

Objectif : Déterminer les facteurs cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques liés à la mortalité par cancer du sein à l'Unité de Sénologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar.

Patientes et méthode : Etude rétrospective transversale et analytique du 1^{er} Juin 2007 au 30 Septembre 2014 (7 ans et 3 mois). Était incluse dans l'étude toute patiente décédée de cancer du sein pendant la période d'étude, avec un lieu de causalité établi. Les données étaient enregistrées et analysées avec le logiciel SPSS 21. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Résultats : La mortalité globale représentait 27,2% des cas de cancer du sein. L'âge moyen des patientes était de 40,8 ans (20-70 ans). La fréquence de cancers aux stades T3 et T4 était de 91,1%. Au moment du diagnostic, 82,2% des patientes présentaient des adénopathies axillaires homolatérales fixées. Les métastases à distance étaient retrouvées dans 54,3% des cas et elles étaient viscérales dans 84,3%. Le carcinome canalaire infiltrant était retrouvé dans 80,4% des cas. Soixante-quatre pourcent des patientes présentaient un cancer de grade III et 63,6% avaient un cancer du sein triple négatif. La chirurgie était pratiquée dans 69,6% des cas. La chimiothérapie néoadjuvante était administrée dans 55,3% des cas. Les protocoles à base d'anthracyclines étaient les plus prescrits avec un taux de 87,2%. Trente-quatre pourcent des patientes avaient bénéficié de la chimiothérapie adjuvante avec un protocole à base d'anthracyclines dans 84,2% des cas. L'hormonothérapie à base de tamoxifène était prescrite dans 18,2% des cas. La radiothérapie était réalisée dans 30,7% des cas. La durée de survie globale moyenne était de 15,2 mois (0,67 - 40 mois). Les récurrences survenaient après un délai moyen de 17,04 mois (2-33 mois). La survie était significativement influencée par certains facteurs, notamment : le lieu de résidence, le niveau de revenu, le statut ganglionnaire, le statut métastatique et la notion de récurrence. D'autres facteurs réputés déterminants sur la survie étaient moins significatifs, il s'agissait de l'âge, du délai de consultation, du grade SBR, des classes moléculaires, du type de chimiothérapie, du type de chirurgie et de la radiothérapie.

Conclusion : Le taux de mortalité élevé associé au cancer du sein en Afrique peut être attribué à plusieurs facteurs. Ceux-ci comprennent l'ignorance de la population, le diagnostic tardif, les difficultés d'accès aux traitements, le manque des programmes de lutte contre le cancer du sein.

Mots clés : Cancer du sein, Pronostic, Mortalité, Sénégal.

SUMMARY

Breast cancer mortality at the Senology Unit of Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar: prognostic factors about 56 cases collected

Objective: To determine the clinical, anatomo-pathological and therapeutic factors linked to breast cancer mortality at the Senology Unit of Aristide Le Dantec Teaching Hospital in Dakar.

Patients and method: Retrospective cross-sectional and analytic al study from June 1st, 2007 to September 30th, 2014 (7 years and 3 months). Included in the study were any patients who died during the study period, with a formally diagnosis of breast cancer. The data was recorded and processed with the SPSS 21 software. The significance level was set at 5%.

Results: Overall mortality was 27.2% of breast cancer cases. The average age of the patients was 40.8 years (20-70 years). The frequency of T3 and T4 stage was 91.1%. At the time of diagnosis, 82.2% of patients had fixed ipsilateral axillary lymphadenopathy. The distant metastases were found in 54.3% of the cases and they were visceral in 84.3%. Invasive ductal carcinoma was found in 80.4% of cases. Sixty-four percent of patients had a grade III and 63.6% was triple-negative. Surgery was performed in 69.6% of cases. Neoadjuvant chemotherapy was administered in 55.3% of cases. Protocols with anthracycline were the most commonly prescribed in 87.2% of cases. Thirty-four percent of patients had benefited to adjuvant chemotherapy. Protocols with anthracycline were also the most prescribed in 84.2% of cases. Hormone therapy by tamoxifen was prescribed in 18.2% of cases. Radiotherapy was administered in 30.7% of cases. The average survival time was 15.2 months (0.67-40 months). Recurrence occurred after an average delay of 17.04 months (2-33 months). Survival was significantly influenced by factors including locality, financial income; lymph node status, metastatic status, and recurrence. Other factors considered to be determinants of survival were less significant, namely age, consultation delay, SBR grading, molecular classes, type of chemotherapy, type of surgery and radiotherapy.

Conclusion: The high mortality rate associated with breast cancer in Africa can be attributed to several factors. These include ignorance of the population, late diagnosis, lack of access to treatment, lack of breast cancer programs.

Keywords: Breast cancer, Prognosis, Mortality, Senegal

Tirés à part : Dr A. YEMBA BARUANI AHUKA, Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Régionale de Fatick, Sénégal. Email : barualbe@hotmail.com

YEMBAA., GUEYE S.M.K., GUEYE M., DIALLO M., MBODJI A., MOREAU J.C. . Mortalité par cancer du sein à l'Unité de Sénologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar : étude des facteurs pronostiques à propos de 56 cas colligés. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°2, p. 40-45

INTRODUCTION

Le cancer du sein reste l'un des problèmes majeurs de santé publique dans le monde de par sa fréquence et sa gravité. Quoiqu'il demeure un problème mondial, c'est en Afrique qu'il a ses conséquences les plus graves. Au Sénégal, avec une incidence estimée à 1671 nouveaux cas de cancer du sein par an, le nombre de décès par an est estimé à 521 soit 31,2% [3]. Dans ce contexte, il faudrait mieux cerner les facteurs de mauvais pronostic afin d'apporter la réponse thérapeutique adéquate pour éviter ou différer la mort par cancer du sein. Aussi, avons-nous jugé opportun de déterminer les facteurs cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques liés à la mortalité par cancer du sein à l'Unité de Sénologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar.

I. PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale et analytique portant sur tous les cas de décès par cancer du sein colligés à l'Unité de Sénologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Nous avons colligé 56 dossiers des patientes décédées parmi les 206 cas de cancers du sein enregistrés durant la période du 1er juin 2007 au 30 septembre 2014. N'étaient pas incluses dans l'étude les patientes décédées d'une autre cause non liée au cancer ou à sa prise en charge, les patientes perdues de vue et celles dont les dossiers étaient incomplets. Pour chaque patiente, nous avons étudié les caractéristiques socio-démographiques, les données diagnostiques et pronostiques, les aspects thérapeutiques et évolutifs de la maladie. Les données collectées étaient analysées à l'aide du logiciel SPSS 21. L'analyse univariée avait permis de déterminer les caractéristiques de dispersion et de tendance centrale de chaque variable étudiée. L'analyse de survie basée sur la méthode de Kaplan Meier était utilisée pour estimer la durée de survie globale des patientes et l'influence de certains facteurs pronostiques sur celle-ci. Nos résultats étaient considérés comme significatifs si $p < 0,05$.

II. RESULTATS

1. Aspects épidémiologiques

Cinquante-six décès étaient enregistrés parmi 206 cas de cancers du sein colligés au cours de la période d'étude, soit une mortalité globale de 27,2% sur 7 ans et 3 mois. L'âge moyen au diagnostic était de 40,8 ans avec des extrêmes de 20 à 70 ans. La plupart des femmes venaient des régions du Sénégal (48,2%) et de la banlieue en dehors de Dakar (32,1%). Soixante-quinze pourcent des patientes exerçaient

des travaux sans rémunération et 25% avaient une activité libérale avec un revenu instable.

2. Caractéristiques de la tumeur

La tumeur était découverte sous forme de masse dans 98,2% des cas. Il s'agissait d'un carcinome canalaire infiltrant dans 80,4 % des cas. La fréquence de cancers aux stades T3 et T4 était de 91,1%. Au moment du diagnostic, la plupart des patientes, soit 82,2%, présentaient des adénopathies axillaires homolatérales fixées. Le bilan d'extension était réalisé chez 35 patientes (62,5%). L'existence de métastase synchrone était retrouvée chez 19 patientes (54,3%). Les métastases étaient hépatiques dans 36,8 %, pulmonaires dans 31,6%, cérébrales dans 15,8%, osseuses dans 10,5% et laryngées dans 5,3% des cas. Le grade SBR était précisé chez 36 patientes (64,3%). Une patiente avait une tumeur de grade I (2,7%), douze avaient un grade II (33,3%) et celles présentant un grade III étaient au nombre de 23 soit 64%. Les récepteurs hormonaux et l'oncoprotéine HER2 étaient déterminés chez 33 patientes (59%). Les phénotypes luminal A et B étaient retrouvés chez 6 femmes soit 18,2% (luminal A dans 12,1% et B dans 6,1%), six avaient un phénotype HER2 (18,2%) et 21 avaient un cancer triple négatif (63,6%).

3. Prise en charge thérapeutique

Au moment du décès, 17 patientes n'avaient pas encore bénéficié d'un traitement chirurgical (30,4%), 16 patientes avaient eu une chirurgie en première intention (28,5%), 21 après un traitement néoadjuvant (37,5%) et 2 patientes avaient bénéficiés d'une chirurgie de propreté (3,6%). Parmi les 39 patientes (69,6%) chez qui un traitement chirurgical était réalisé, 36 patientes avaient bénéficié d'une mastectomie de type Patey associée à un curage axillaire homolatéral (92,3%). Le curage ganglionnaire permettait le prélèvement de 10,6 ganglions en moyenne. Nos malades étaient souvent à des stades avancés de la maladie (91,1%), donc justiciables d'une chimiothérapie néoadjuvante. Cependant, elle était administrée chez 31 patientes (55,3%) (tableau I).

Tableau I : Répartition des protocoles de chimiothérapie néoadjuvante

Protocoles	Effectif	Pourcentage (%)
FAC	19	61,3
CMF puis FAC	4	12,9
CMF	3	9,6
FEC	2	6,5
CMF puis AC	2	6,5
FEC puis Taxotère	1	3,2
Total	31	100

Les autres patientes n'en avaient pas bénéficié faute de moyens financiers. Les protocoles à base d'anthracyclines étaient les plus prescrits avec un taux de 87,2%. Toutefois, faute de moyens financiers, plus de la moitié des patientes (23) avait reçu moins de six cures, soit 74,2%. La réponse à la chimiothérapie était totale dans 32% des cas, partielle dans 56% des cas, il y avait une stagnation dans 8% des cas et une progression dans 4%. S'agissant de la chimiothérapie adjuvante, elle était administrée chez 19 patientes (34%). Quinze patientes (78,9%) avaient débuté la chimiothérapie avec retard (au-delà de 2 mois après la chirurgie) par manque de moyens financiers. Les protocoles à base d'anthracyclines étaient également les plus prescrits avec 84,2% (Tableau II).

Tableau II : Répartition des protocoles de chimiothérapie adjuvante

Protocoles	Effectif	%
FAC	9	47,3
CMF puis FAC	2	10,5
NA	2	10,5
CMF	2	10,5
FEC	1	5,3
CMF puis AC	1	5,3
FEC puis Taxotère	1	5,3
NF	1	5,3
Total	19	100

NA : Navelbine +Adriamycine

NF : Navelbine + 5-fluoro-uracile

Quant à la radiothérapie, vingt-sept patientes n'en avaient pas bénéficié (70,3%), douze patientes sur 39 en avaient bénéficié (30,7%), et parmi celles-ci 75% n'avaient pas reçu le nombre de séances requises (moins de 21 séances) par faute de moyens financiers. Il est à noter qu'il s'agissait d'une cobalthérapie dans tous les cas. L'hormonothérapie à base de tamoxifène était prescrite chez 6 patientes (18,2%).

4. Survie et facteurs pronostiques déterminants

La durée de survie moyenne était de 15,2 mois (IC95%= [12,5-17,8]) avec des extrêmes de 0,67 et 40 mois. Elle était inférieure à 6 mois dans 21,4% des cas et supérieure à 36 mois dans 5,4% des cas. La durée de survie médiane était de 13 mois (IC95% = [2,7-17,3]). La courbe de survie est illustrée à la figure 1 :

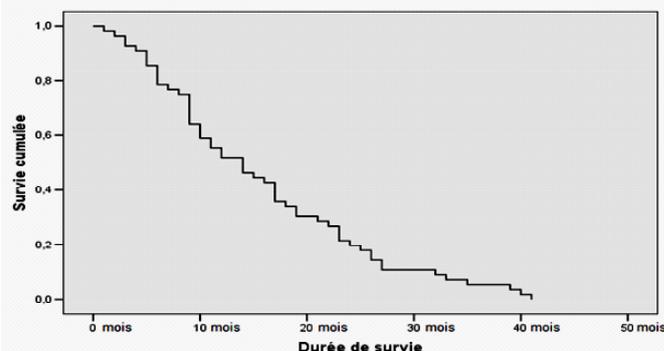


Figure 1 : Courbe de la durée de survie (N=56)

La survie était significativement influencée par certains facteurs :

- le lieu de résidence : les patientes résidant dans la banlieue dakaroise, dans les régions ou ailleurs en dehors du Sénégal avaient une durée de survie moyenne moins longue que celles ayant vécu à Dakar ($p=0,0001$). Celles ayant vécu à Dakar avaient une durée de survie moyenne de 33,6 mois (IC à 95% [29,8-37,4]). Les patientes qui venaient des banlieues dakaraises avaient une durée de survie moyenne de 20 mois (IC à 95% [18,2-21,6]). Elle était de 7,4 mois (IC à 95% [6,1-8,7]) pour celles qui vivaient dans les régions. Celles qui vivaient en dehors du Sénégal avaient la durée de survie moyenne la plus courte, soit 5,9 mois ;
- le revenu financier : une durée de survie moyenne moins longue était constatée chez les patientes sans revenu, elle était de $10,4 \pm 1,7$ mois (IC à 95% [12,1-18,7]). Pour celles qui avaient un revenu mais irrégulier, elle était de $29,6 \pm 0,9$ mois (IC à 95% [10,4-19,3]) ($p=0,0001$) ;
- le statut ganglionnaire : les patientes N0 avaient une durée de survie moyenne beaucoup plus longue que les patientes N+. Elle était de 22,8 mois ± 4 mois (IC à 95% [15,7-29,9]) ($p=0,03$). Les patientes N3 avaient une durée de survie moyenne beaucoup plus courte, celle-ci ne dépassant pas 10 mois. Pour les patientes N1 et N2, leur durée de survie moyenne était presque la même, respectivement de $14,2 \pm 2$ mois (IC à 95% [10,3-18,2]) et $13,1 \pm 2$ mois (IC à 95% [8,9-17,3]) ;
- le statut métastatique à l'admission : la durée de survie moyenne était plus courte chez les patientes M1 et plus longue chez les patientes M0 ($p=0,01$). Elle était de 18,5 mois (IC à 95% [13,3-23,7]) pour les patientes M0 alors qu'elle était que de 10,6 mois (IC à 95% [7,1-14,1]) pour les patientes M1 ;
- la récurrence : plus le délai de la récurrence était long, beaucoup plus longue était aussi la durée de survie moyenne des patientes ($p=0,0001$). Les patientes dont la récurrence survenait après 15 mois avaient une durée de survie moyenne plus longue, $29,6 \pm 2,7$ mois (IC à 95% [24,2-35]).

Celles dont la récurrence survenait avant 5 mois avaient une durée de survie moyenne beaucoup plus courte, $6,1 \pm 2$ mois (IC à 95% [2,3-10,8]).

Les récurrences survenaient après un délai moyen de 17,04 mois avec des extrêmes de 2 et 33 mois. Le siège de la récurrence avait été détaillé chez 18 patientes ; elle était locale dans 5 cas et locorégionale dans 13 cas.

D'autres facteurs liés à la survie n'étaient pas significatifs dans notre étude ; il s'agissait de l'âge, du délai de consultation, du grade SBR, des formes moléculaires, du type de chimiothérapie, du type de chirurgie et de la radiothérapie (Tableau III).

Tableau III : Facteurs n'influençant pas la durée de survie

Paramètres	Durée de survie moyenne (mois)	p
Age (ans)		0,54
- < 40	15,7 ± 2	
- > 40	14,6 ± 1,8	
Délai de consultation (mois)		0,72
- < 5	16 ± 2,4	
- > 5	14,5 ± 1,6	
Grade SBR		0,41
- grade I	38	
- grade II	16,7 ± 2,4	
- grade III	16,4 ± 2,1	
Classes moléculaires		0,22
- luminal A	26,4 ± 4,4	
- luminal B	19,2 ± 1,9	
- triple négatif	16 ± 2,2	
- HER2	12,4 ± 4,4	
Type de chimiothérapie		0,14
- néoadjuvante	15,1 ± 1,7	
- adjuvante	19,3 ± 2,7	
- néoadjuvante + adjuvante	19,2 ± 7,6	
Type de chirurgie		0,22
- tumorectomie	34,3	
- MCA	16,9 ± 1,6	
- Mastectomie de propreté	11,2 ± 2,8	
Radiothérapie		0,18
- Oui	20,9 ± 1,9	
- Non	15,2 ± 1,4	

III. DISCUSSION

1. Limites de notre étude

Notre étude présente certaines limites dues notamment au caractère rétrospectif de l'enquête. Ces différents éléments doivent être pris en considération dans la généralisation des résultats :

- certaines archives incomplètes avaient rendu

difficile le recueil de quelques données, ainsi, les analyses de certaines données comme celles concernant les données paracliniques n'ont pu être réalisées ou l'ont été que partiellement,

- devant le petit effectif pour certains paramètres, des corrélations étaient revenues non significatives, pour des facteurs réputés déterminants sur la survie.

2. Mortalité par cancer du sein

Parmi les 206 patientes atteintes de cancer du sein au cours de la période d'étude (de juin 2007 à septembre 2014), 56 en étaient décédées. Cela correspondait à une mortalité de 27,2%. Celle-ci était beaucoup plus élevée par rapport à celle retrouvée dans la série de Tsonga-Mayi S. et al. au Service de Cancérologie du Centre Hospitalier de Libreville (2009) ; elle était de 16% [5]. En effet, le taux de cancers aux stades T3 et T4 était de 74% dans la série de Tsonga-Mayi S. et collaborateurs tandis qu'il était de 91,1% dans notre série. Ce qui indique clairement le diagnostic tardif. Par ailleurs, la survie est beaucoup moins bonne dans notre série (15,2 mois), faute d'accès aux traitements par manque de moyens financiers. Les patientes sans revenu vivaient moins longtemps tandis que celles qui avaient un revenu, même irrégulier vivaient plus longtemps.

3. Les facteurs associés à la mortalité par cancer du sein

3.1. Les facteurs cliniques

Les facteurs cliniques associés à cette forte mortalité sont représentés par les stades avancés de la maladie (91,1%), surtout par la présence et la localisation viscérales des métastases (89,5%). Ce constat est unanime dans la littérature africaine et occidentale [4,6]. Par ailleurs, les patientes ayant moins de 40 ans étaient au nombre de 30, soit 53,6%. Cependant, il n'y avait pas une différence notable en terme de durée de survie moyenne entre les patientes dont l'âge était supérieur à 40 ans et celles dont l'âge était inférieur à 40 ans (respectivement $15,7 \pm 2$ mois et $14,6 \pm 1,8$ mois). La différence n'était pas significative ($p = 0,54$). D'après la littérature, le cancer du sein qui affecte les femmes jeunes (moins de 40 ans) tend à être plus agressif, de haut grade et plus avancé au moment du diagnostic avec un risque accru de récurrence [7,8]. D'autre part, il n'y avait pas une différence notable en terme de durée de survie moyenne entre les patientes dont le délai de consultation était inférieure à 5 mois et celles dont le délai de consultation était supérieure à 5 mois (respectivement $16 \pm 2,4$ mois et $14,5 \pm 1,6$ mois). La différence n'était pas significative ($p=0,72$). Ceci s'expliquerait par le stade avancé de la maladie au moment du diagnostic ; qui était commun à la majorité

des patientes. En effet, Comme dans la littérature, on retrouvait dans notre série, entre autres facteurs péjoratifs, une prédominance des tumeurs de plus de 5cm et celles envahissant la peau et la paroi [7],

3.2. Facteurs anatomo-pathologiques

Nos résultats mettent en exergue le rôle prépondérant des facteurs anatomo-pathologiques sur la mortalité par cancer du sein. En effet, notre série est marquée par une prévalence élevée du type histologique canalaire infiltrant (80,4%) [8,9], une majorité des tumeurs de grade II et III (97,3%) [8,9], un envahissement ganglionnaire chez la plupart des patientes (82,2%) [10] et une prédominance des tumeurs triple négatives (63,6 %) [11].

3.3. Facteurs liés au traitement

3.3.1. Accessibilité au traitement

Le taux de mortalité élevé associé au cancer du sein dans notre série était aussi attribué à certains facteurs socio-économiques, notamment le manque de moyens financiers et le lieu de résidence (surtout pour les femmes qui vivaient dans les communautés rurales). Ces facteurs avaient un impact non négligeable sur le traitement et la survie des patientes. En effet, l'analyse de la survie montre que les patientes ayant vécu dans la banlieue dakaroise, dans les régions ou ailleurs en dehors du Sénégal avaient une durée de survie moyenne moins longue que celles ayant vécu à Dakar. Selon Bourée [6], il en est de même au Soudan où la prévalence des stades avancés avec métastases était beaucoup plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain ; cela s'accompagnait d'un très mauvais pronostic et d'une mortalité élevée, étant donné la difficulté de l'accès aux soins.

3.3.2. Chimiothérapie

Le retard au traitement [9], le grand nombre de patientes n'ayant pas reçu le nombre de cures requis, le type de protocole constituent les facteurs thérapeutiques associés à cette mortalité. En effet, l'évaluation de l'envahissement ganglionnaire axillaire contribue dans l'indication de la chimiothérapie adjuvante et parfois sur le type de combinaison cytotoxique qui devrait être utilisé [12,13]. Le paclitaxel suivant quatre cures de chimiothérapie de type AC est devenu le standard de traitement chez les patientes ayant une atteinte ganglionnaire axillaire aux États-Unis (4 x AC → 12 x paclitaxel hebdomadaire) [7,9]. Il est à noter que 85% des patientes de notre série avaient un envahissement ganglionnaire. Toutefois, le protocole à base d'anthracyclines associées aux taxanes était utilisé dans un seul cas (3,2%) dans le cadre de la chimiothérapie néoadjuvante. Il était aussi utilisé dans un seul cas (5,3%) dans le cadre de la chimiothérapie adjuvante.

3.3.3. Traitement chirurgical

Les tumeurs aux stades T3 et T4 étaient plus nombreuses d'où la prédominance des mastectomies. Ce geste corrobore la nécessité de ce traitement dans les stades avancés de la maladie. D'après une étude menée par Early Breast Cancer Trialist Collaborative Group, le risque métastatique apparaît élevé variant de 60 à 70 % des cas avec une survie de 30 à 50 % à 5 ans et d'à peine 25 % à 10 ans après une mastectomie initiale [16]. Tandis que la survie à 5 ans varie selon les études et le stade initial de la lésion de 35 à 70 %, après un traitement conservateur selon l'étude de Hogson NC [17].

3.3.4. Radiothérapie

La radiothérapie diminue le risque de récurrence locale de 60 % à 20 ans [19] et son rôle bénéfique sur la survie est probable [20]. La plupart des patientes n'avaient pas bénéficié de radiothérapie ; et même celles qui en avaient bénéficié n'avaient pas reçu le nombre de cures requis. La situation financière de certaines patientes explique le taux faible de recours à la radiothérapie et le non-respect des cures. Par ailleurs, ce taux faible de recours à la radiothérapie dans notre série s'explique également par le fait qu'au CHU Aristide Le Dantec existe un seul service de radiothérapie pour tous les malades suivis pour lésions malignes. Il s'en suit une attente de longue durée pour les malades de différents services jusqu'à des délais où ce traitement n'est plus opportun [18]. Eu égard à ce qui précède, nous comprenons pourquoi la durée de survie est moins bonne dans notre série.

3.3.5. Hormonothérapie

La plupart des tumeurs avaient des récepteurs hormonaux négatifs. Elles ne pouvaient donc pas bénéficier d'un traitement hormonal. Ceci est aussi un facteur thérapeutique associé à cette mortalité. D'après la littérature, ces tumeurs sont décrites comme agressives, de haut grade et plus susceptibles de se propager [11].

3.4. Facteurs évolutifs

Le délai moyen d'apparition de la récurrence dans notre série était de 17,04 mois. Nous avons une survie sans récurrence beaucoup moins bonne faute d'accès aux traitements. Plus le délai de la récurrence est long (au-delà de 2 à 3 ans), meilleur est le pronostic [9]. Nos résultats sont meilleurs que ceux de Diyas à l'Institut Julio Curie de Dakar [39] qui trouvait un délai moyen d'apparition des récurrences de 11,7 mois. La durée de survie moyenne tous âges confondus était de 15,2 mois avec des extrêmes de 0, 67 et 40 mois. Par ailleurs, étant donné que les tumeurs étaient plus souvent localement avancées, nous avons enregistré 48, 2% des décès dans la première

année. Ces taux sont inférieurs à ceux de Yao et collaborateurs au CHU Treichville qui avaient trouvé que plus de 50% de patientes atteintes d'un cancer du sein avancé étaient décédées dans la première année [15]. D'autre part, dans notre série, la survie à 4 ans était nulle ; seulement 5, 4% des patientes avaient survécu au-delà de 3ans.

CONCLUSION

Le taux de mortalité élevé associé au cancer du sein en Afrique peut être attribué à plusieurs facteurs. Ceux-ci comprennent l'ignorance de la population, le diagnostic tardif, les difficultés d'accès aux traitements, le manque des programmes de lutte contre le cancer du sein. Au regard de nos résultats, quelques défis restent à relever pour l'amélioration de la survie des patientes atteintes du cancer du sein. Il s'agit de :

- mettre en place un programme national de lutte contre le cancer du sein qui inclut le dépistage de masse et la prise en charge précoce et pluridisciplinaire ;
- sensibiliser les femmes sur l'intérêt du dépistage clinique et mammographique ainsi que d'une consultation précoce et l'adhésion aux mutuelles de Santé.
- éviter tout retard au traitement en disposant de molécules anticancéreuses afin de proposer le traitement systémique le mieux adapté, une fois le diagnostic posé.

REFERENCES

1. **Saglier J, Beuzeboc P, Pommeyrol A, Toledano A.** Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien. Collection Abrégés de Médecine, 3ème édition. Elsevier Masson, Paris, 2009 ; 204 p.
2. **Ferlay J, Shin H, Bray F.** Globocan 2008: cancer incidence and mortality worldwide. IARC Cancer Base, N° 10 (version 2.0). Lyon, IARC, 2010.
3. **GLOBOCAN 2012.** Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. (Dernière mise à jour: 13 Décembre 2013).
4. **Moro D.** Évolution présente et future des critères de réponse aux traitements contre le cancer. La Lettre du Cancérologue, 2000 ; 9: 82-5.
5. **Tsonga-Mayi S. et al.** Les cancers du sein au Gabon : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. J. Afr. Cancer, 2009 ; 1:11-15.
6. **Bourée P.** Dépistage du cancer du sein. Médecine et Santé Tropicale, Vol.26, N°2-avril-mai-juin 2014.
7. **Daly-Schweitzer N. et al.** Cancérologie clinique. 2ème édition. Masson, Paris, 2002 ; 370p.
8. **Morère J-P, Penault-Liorca F, Aapro MS, Salmon R.** Le cancer du sein. Springer, Paris, 2007 ; 313 p.
9. **Mignotte H.** Maladie du sein. 2ème édition, Elsevier Masson, Paris, 2011 ; 198 p.
10. **Gaye PM.** Situation actuelle du cancer du sein de la femme au Sénégal ; A propos de 1025 cas colligés à l'Institut Joliot Curie de Dakar. Thèse Méd. Dakar, 1997 ; N°3, 142p.
11. **Guèye M, Guèye SMK, Mbaye M, Niass Dia F, Faye Diémé ME, et al.** Aspects cliniques et pronostiques des cancers du sein triple négatifs à l'Unité de Sénologie du CHU Le Dantec de Dakar. J. Afr. Cancer, 2013 ; 5:42-47.
12. **Amalric R, Brandoneh H, Dubau A.** Résultats du traitement par chirurgie conservatrice et irradiation de 132 carcinomes canalaire in situ non palpable du sein. Cancer Radiothérapie, 1998 ; 2(1) :19-26.
13. **Barranger E, Mathieu E, Uzan S, Daraï E.** Cancer du sein et grossesse. Med TherapEndocrinReprod, 2004 ; 6(3) : 160-4.
14. **Diyas, M.S.** Prise en charge des cancers avancés du sein à propos de 402 cas colligés à l'Institut Joliot Curie de Dakar. Thèse Méd. Dakar, 2015, N°25 ; 135p.
15. **Yao I, Dia JML, Guié P, Bohoussou KPE, Coulibaly K et al.** Métastases du cancer du sein: traité au CHU de Treichville : caractéristiques épidémiologiques et traitement. Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville. Congrès SAGO, Bamako, 14-18 décembre 2008.
16. **Early Breast Cancer Trialist' Collaborative Group.** Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15 year survival: an overview on the randomized trials. Lancet 2006; 366: 2087-2106.
17. **Hogson NC.** Is there a role for positron emission tomography in breast cancer staging? J Clin Oncol. 2008 Feb 10 ; 26 (5) : 712-20.
18. **Abdallah K.** Cancers du sein dits « négligés » : particularités épidémiocliniques, pronostiques et thérapeutiques à l'Unité de Sénologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar. Thèse Méd. Dakar, 2015 ; N°1175, 97p.
19. **Early Breast Cancer Trialist' Collaborative Group.** Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview on the randomized trials. Lancet 2000; 355:1757-70.
20. **Smitt MC.** Predictors of re-excision findings and recurrence after breast conservation. Int J Radiat Oncol Bio Phys 2003; 57: 979-85.