

CANCERS DU SEIN : ASPECTS DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE THIÈS.

L. GUEYE, M. THIAM, O. THIAM, M. GUEYE, O.GASSAMA, M.M. NDIAYE, M.L. CISSE

RESUME

Objectif : L'objectif de notre travail était d'évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques thérapeutiques et pronostiques des cancers du sein suivis au Service de Gynécologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès.

Patientes et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur une période de 24 mois allant du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2019 portant les patientes atteintes de cancer du sein, traitées au service de gynécologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès. Nous avons inclus toutes les patientes diagnostiquées et prise en charge dans notre service. Nous avons étudié les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. Les données étaient saisies à l'aide d'une base électronique et analysées par le logiciel Sphinx version 5.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 511 patientes pour pathologies mammaires dont 113 cancers du sein soit une fréquence de 22%. Le profil épidémiologique était celui d'une femme âgée en moyenne de 47 ans, multipare avec notion d'allaitement maternel (84%). Dix patientes (8,8%) présentaient une association cancer du sein et grossesse. La majorité des patientes (88) soit 78,8% étaient reçues au stade T4 avec la présence de ganglions axillaires suspects dans 68%.

A l'anatomopathologie, on retrouvait un carcinome canalaire infiltrant chez 107 patientes (94,7%). Le bilan d'extension était réalisé pour 104 patientes. Il était négatif pour 61 patientes (58,7%) et 43 patientes (41,3%) étaient métastatiques au moment du diagnostic. Une chimiothérapie était indiquée pour toutes les patientes. Soixante douze patientes avaient bénéficié d'une chirurgie avec 71 mastectomie curage axillaire (MCA) soit 98,6% et 01 tumorectomie associée à un curage axillaire. Douze patientes soit 10,6% étaient non opérables et 29 patientes (25,6%) étaient en cours de chimiothérapie. Une radiothérapie était indiquée pour les 65 cas (91,5% des patientes opérées) ; elle était réalisée chez 14 malades (21,5%). Les suites opératoires étaient simples dans 95% des cas. La survie globale à 24 mois était de 59,3 % et sept patientes (6,2%) étaient perdues de vue. Nous avons enregistré 39 cas de décès, soit une létalité de 34,5%.

Conclusion : Le cancer du sein constitue un véritable problème de santé publique dans nos structures de par sa fréquence, son impact sur la qualité de vie des femmes et son mauvais pronostic. Il est diagnostiqué à un stade tardif avec un traitement lourd et mutilant. La réduction de la morbi-mortalité liée au cancer du sein nécessite une meilleure sensibilisation de la population, une formation adaptée des praticiens sanitaires et une décentralisation de la prise en charge.

Mots clés : Cancer du sein, Prise en charge, Thiès-Sénégal.

Tirés à part : Dr Lamine GUEYE, Hôpital Régional de Thiès, Sénégal. lamingueye@yahoo.f

SUMMARY

Breast cancers: diagnostic, therapeutic and prognostic aspects at the Regional Hospital of Thiès.

Objective: The objective of our work was to evaluate the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of breast cancers followed up at the Gynecology Department of the Thiès Regional Hospital.

Patients and Methods: This was a retrospective descriptive study over a period of 24 months from January 1, 2017 to December 31, 2019. The study concerns patients with breast cancer treated in the gynecology department of the Thiès Regional Hospital. We included all patients diagnosed and treated in our department. We studied the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects. The data was entered into an electronic database and analyzed with the Sphinx version 5 software.

Results: During the study period, we registered 511 patients for breast pathologies, including 113 breast cancers, i.e. a frequency of 22%. The epidemiological profile was that of women aged on average 47 years, multiparous with a history of breastfeeding (84%). Ten patients (8.8%) displayed an association between breast cancer and pregnancy. The majority of patients (88), i.e. 78.8%, were seen at stage T4 with the presence of suspicious axillary nodes in 68%. Anatomical pathology revealed infiltrating ductal carcinoma in 107 patients (94.7%).

Extensive workup was performed in 104 patients. It was negative in 61 patients (58.7%) and 43 patients (41.3%) had metastasis at the time of diagnosis. Chemotherapy was indicated for all patients. Seventy-two patients underwent surgery with 71 mastectomies with axillary curage (MCA) (98.6%) and 01 lumpectomy associated with axillary curage. Twelve patients (10.6%) were non-operable and 29 patients (25.6%) were on chemotherapy. Radiotherapy was indicated in 65 cases (91.5% of patients operated on); it was performed in 14 patients (21.5%). Postoperative follow-up was simple in 95% of cases. The overall survival at 24 months was 59.3% and seven patients (6.2%) were lost in follow-up. We recorded 39 deaths, i.e. a case fatality of 34.5%.

Conclusion: Breast cancer is a real public health problem in our country because of its frequency, its impact on the quality of life of women and its poor prognosis. It is diagnosed at a late stage with a heavy and mutilating treatment. The reduction of morbidity and mortality related to breast cancer requires a better awareness by the population, an adapted training of health practitioners and a decentralization of the management.

Keywords: Breast cancer, Management, Thiès-Senegal.

GUEYE L., THIAM M., THIAM O., GUEYE M., GASSAMA O., NDIAYE M.M., CISSE M.L. Cancers du sein : aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au Centre Hospitalier Regional de Thiès. Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°2 p. 48-54

INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue un véritable problème de santé publique. C'est le premier cancer de la femme dans le Monde. Dans nos pays en développement, le cancer du sein est responsable d'une lourde morbi-mortalité du fait du diagnostic tardif et de l'inaccessibilité aux meilleurs traitements. Au Sénégal, la prise en charge des cancers du sein se faisait quasi exclusivement à Dakar. Depuis Mars 2016, avec la création d'une unité de prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires à l'Hôpital Régional de Thiès, les patientes atteintes de cancers du sein bénéficiaient d'une prise en charge au service de gynécologie dudit l'hôpital. Trois ans après le début de cette activité, nous avons mener cette étude pour évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des cancers du sein admis dans notre structure.

I. PATIENTES ET METHODES

Notre étude s'est déroulée sur une période de 24 mois allant du 1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive, longitudinale portant sur les patientes atteintes de cancer du sein, traitées au service de gynécologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès. Nous avons inclus toutes les patientes atteintes de cancer du sein diagnostiqués et prises en charge dans le service. Pour chaque patiente, nous avons pris en compte les caractéristiques socio-démographiques (l'âge des patientes, la profession, le niveau scolaire et la résidence), les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, la période d'activité génitale, la parité, la notion de contraception et d'allaitement. Nous avons évalué les données cliniques (motif de consultation, la taille de la tumeur, l'envahissement ganglionnaire), les facteurs histo-pronostiques de la tumeur (la nature histologique, le stade TNM, le grade SBR, les récepteurs hormonaux et le statut Her2). Nous avons exploré les résultats de la mammographie et du bilan d'extension ainsi que les modalités thérapeutiques et les résultats. Les données étaient saisies à l'aide d'une maquette électronique et analysées par le logiciel Sphinx version 5.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 511 patientes reçues pour pathologies mammaires dont 113 cancers du sein soit une fréquence de 22%.

2. Données socio-démographiques

• Age

Le profil épidémiologique était celui d'une femme âgée en moyenne de 47 ans avec des extrêmes de 25 et 94 ans. La tranche d'âge [40-49] était la plus représentée, 32,8% des patientes avaient plus de 60 ans (Figure 1). La majorité de nos patientes (n=76 patientes) soit 67,2% était en période activité génitale au moment du diagnostic.

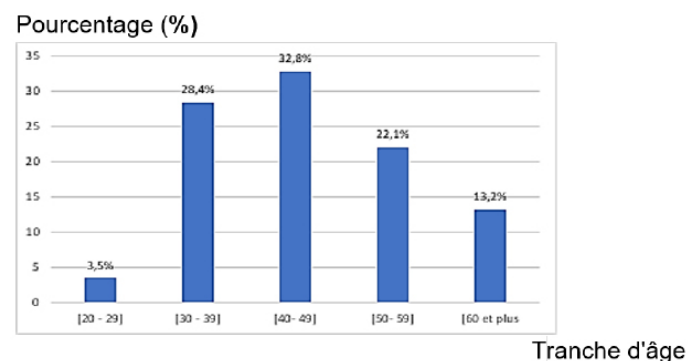


Figure 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge (n=113)

• Lieu de résidence et occupation des patientes

La majorité des patientes (n = 92 cas, 81,4%) était femme au foyer et 62% (n =70) résidaient dans le département de Thiès, dix huit patientes (16%) dans le département de Tivaoune, huit patientes (7%) dans le département de Mbour soit un total de 85% résidant dans la région de Thiès. Dix sept patientes (15%) venaient des autres régions du Sénégal.

3. Antécédents gynéco-obstétricaux et personnels de cancer du sein

Dans notre série, 3 patientes (2,6%) avaient un antécédent personnel de cancer du sein. Huit patientes (7%) présentaient un antécédent de cancer de sein dans la famille dont 3 antécédents chez les sœurs, 2 chez la mère et 3 chez la tante maternelle.

• Parité

La parité moyenne dans notre série était 4 avec des extrêmes de 0 et 12 pares. Soixante treize patientes (64,6%) étaient multipares (tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare	18	15,9
Paucipare	22	19,5
Multipare	31	27,5
Grande Multipare	42	37,1
Total	113	100

• Notion d'allaitement

L'allaitement maternel était pratiqué par 95 patientes (84%) avec une durée moyenne de 19,5 mois. La plupart de nos patientes (76 %) avaient allaité pour une durée supérieure à 12 mois. Dix patientes (8,8%) présentaient une association cancer du sein et grossesse.

4. Aspects cliniques

• Motif de consultation

Soixante-une patientes soit 54% étaient reçues pour une masse mammaire, 11 patientes (9,7%) reçues pour une tumeur inflammatoire (tableau II). A noter que parmi les cas d'ulcération mammaire (figure 2), deux patientes étaient reçues dans un tableau de tétanos point de départ mammaire suite à un traitement à base de plantes médicinales traditionnelles.

Tableau II : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Masse mammaire	61	54
Tumeur inflammatoire	11	9,7
Ulcération	9	8
Pour chirurgie	7	6,2
Pour chimiothérapie	11	9,7
Après MCA	7	6,2
Après tumorectomie	7	6,2
Total	113	100

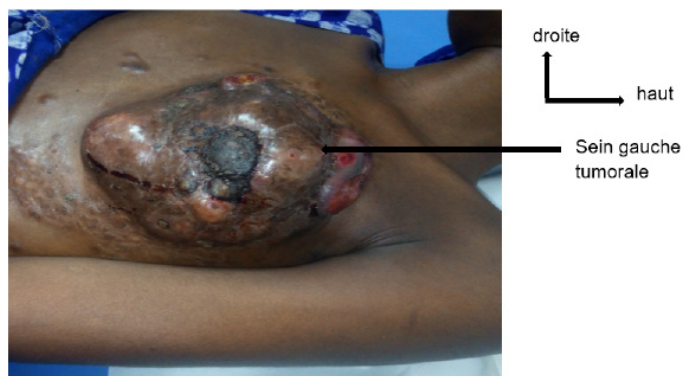


Figure 2 : Tumeur ulcérée du sein gauche (photo CHRT)

• Localisation de la tumeur

Soixante patientes soit 53,1% présentaient un cancer du sein droit, 50 patientes (44,2%) un cancer du sein gauche et pour trois patientes (2,7%) le cancer était bilatéral. Soixante sept patientes (59,2%) présentaient une localisation dans le quadrant supéro-externe (QSE) du sein, 15 cas (13,2%) intéressaient le quadrant supéro-interne (QSI).

La majorité des patientes (n=88 cas, 77,8%) étaient reçues au stade T4 (tableau III), avec présence de

ganglions axillaires dans 68% des cas.

Tableau III : Répartition des patientes selon la taille tumorale au moment du diagnostic

Taille tumorale	Effectif	%
T2	17	15,1
T3	8	7
T4a	9	8
T4b	26	23
T4c	24	21,2
T4d	29	25,7
Total	113	100

3. Aspects paracliniques

• Données mammographiques

La majorité des patientes avaient réalisé une mammographie (n=108 cas, 95,5%). Deux patientes (1,9%) avaient une lésion classée ACR 2, 14 patientes présentaient une lésion classée ACR 3 (12,9%), 78 patientes (72,3%) une lésion classée ACR 4. La lésion était classée ACR 5 chez 14 patientes (12,9%).

a. Données histo-pronostiques

A l'anatomopathologie, on retrouvait un carcinome canalaire infiltrant chez 107 patientes (94,7%), 3 cas de carcinomes lobulaires infiltrants 2,7% (tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patientes selon le type histologique

Examen anatomopathologique	Effectif	%
Carcinome canalaire infiltrant	107	94,7
Carcinome lobulaire infiltrant	3	2,7
Carcinome tubuleux infiltrant	1	0,9
Carcinome mucineux	2	1,7
Total	113	100

4. Bilan d'extension

Le bilan d'extension était réalisé pour 104 patientes. Il était négatif pour 61 patientes (58,7%) et 43 patientes (41,3%) étaient métastatiques au moment du diagnostic. Vingt patientes (46,5%) présentaient des métastases pulmonaires au moment du diagnostic, 15 (34,9%) patientes des localisations osseuses et 8 patientes (18,6%) présentaient des localisations multiples.

5. Prise en charge

• Chirurgie

Une mastectomie associée au curage axillaire (MCA) était réalisée chez 71 patientes soit 98,6%, 01 patiente avait bénéficié d'une tumorectomie associée à un curage axillaire. Douze patientes soit 10,6% étaient non opérable et 29 patientes (25,7%) étaient cours de chimiothérapie.

• Chimiothérapie et radiothérapie

La chimiothérapie était indiquée pour toutes les patientes. Notre série avait révélé que 89,5% de nos patientes avaient reçu une chimiothérapie néoadjuvante. Le protocole AC était le plus retrouvé en 1ère ligne avec une proportion de 44% suivi de 24% du protocole FAC, 5% sous protocole CMF et 1% sous Taxol en 1ère ligne.

La radiothérapie était indiquée pour 65 cas (91,5% des patientes opérées) ; elle était réalisée chez 14 malades (21,5%).

6. Survie

La survie globale à 24 mois était de 59,3 % et sept patientes (6,2%) étaient perdues de vue. Nous avons enregistré 39 cas de décès, soit une létalité de 34,5%.

Une récurrence après chirurgie était notée chez 08 patientes (11,1%). Les 4 cas de récurrence siégeaient au niveau pariétal et ou axillaire et les 03 cas au niveau sus claviculaire. Le délai moyen d'apparition des récurrences était de 20 mois.

III. DISCUSSION

1. Aspects épidémiologiques

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 511 patientes pour pathologies mammaires dont 113 cancers du sein soit 22% ; Ouedraogo [20] dans son étude menée à Ouagadougou retrouvait une fréquence de 39,2% deux fois plus élevée. Niang à Dakar [19] avait retrouvé 76 patientes qui présentaient un cancer du sein sur 481 patientes reçues en consultation de sénologie soit une fréquence de 15,8%. Cette fréquence de 22% est élevée car notre unité de chimiothérapie constitue le seul centre de prise en charge des cancers du sein au niveau de la région de Thies.

Notre série était composée de patientes relativement jeunes, plus de la moitié avait moins de 50 ans (65%). L'âge moyen au diagnostic dans notre série d'étude était de 47 ans. Cette moyenne était supérieure à celles d'Essiben [10] à Yaoundé en 2012 et Gueye [13] à Dakar qui avaient trouvé chacun 42 ans. Notre taux se rapproche de celles de Sando [22] et Engbang [9] avec respectivement 46,08 et 46,58 ans.

Le constat est que le cancer du sein en Afrique sub-saharienne survient chez des femmes jeunes, d'âge moyen entre 42 et 50 ans selon les régions [16]. Contrairement en Europe et en Amérique où le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes âgées en moyenne de 61,8 ans [1,18].

La parité moyenne dans notre série était 4 paires avec des extrêmes de 0 et 12 paires. Cette moyenne est proche de celles de Diène [8] et d'Essiben [10] qui avaient retrouvé une parité moyenne respective de 3,45 à Dakar ; 4 et 3,9 enfants au Cameroun. Quatre-vingt-quinze patientes (84%) étaient au moins primipares. Ce résultat se rapproche à celui de Diène [8] qui avait retrouvé 73,6% de patientes au moins primipares. Les grandes multipares et les multipares sont les plus touchées dans notre série avec respectivement 37,1% et 27,5%. Ces résultats sont superposables à ceux trouvés par Niang à Dakar [19] qui retrouvaient dans sa série 49,5% de grandes multipares et 26,5% de multipares. A l'opposé, en Europe la parité moyenne est plus faible entre 1,93 et 2,08 [12]. Par ailleurs, la majorité de nos patientes (n=76 patientes) soit 67,2% étaient en activité génitale au moment du diagnostic. Ces résultats sont similaires à ceux de Niang [19] qui notait 61,3% de patientes en activité génitale. Les données montrent globalement qu'en Afrique subsaharienne le cancer du sein survient principalement chez la population féminine en âge de procréer.

Dans notre série, 95 patientes (84%) avaient allaité leurs enfants. Ces résultats sont superposables à ceux de Gaye [11] et Meye [17] qui avaient respectivement retrouvé 90% et 69,6% de femmes ayant allaité leurs enfants.

La plupart de nos patientes (76 %) avaient une durée moyenne d'allaitement supérieure à 12 mois ; par contre Bawa [4] avait trouvé que 86,6% avaient allaité pour une durée cumulative supérieure ou égale à 2 ans. La grossesse et l'allaitement confèrent une protection en entraînant la différenciation des tissus mammaires, ce qui diminue à long terme le risque de cancérogenèse [6]. Le risque relatif (RR) de cancer du sein diminue de 4,3 % tous les 12 mois d'allaitement.

Aux vues de nos résultats et du fait que la plupart des femmes africaines allaitent, il est difficile de démontrer le rôle protecteur de l'allaitement contre le cancer en Afrique.

2. Aspects diagnostiques

La découverte d'une masse dans l'un des seins constitue un motif habituel de consultation. Dans notre étude, le motif de consultation le plus fréquent était la présence d'un nodule mammaire (54%). Ce résultat est identique à celui de Lutula [15] qui retrouvait 54% de cas. En effet, Sando [22] avait retrouvé une proportion largement supérieure à la nôtre avec

92,4% de masses mammaires. Certaines patientes étaient reçues pour inflammation sein (9,7%), et 8% pour ulcération mammaire. Parmi les cas d'ulcération mammaire, 2 patientes étaient reçues dans un tableau de tétanos à porte d'entrée mammaire à la suite d'un traitement à base de décoctions. Ce phénomène est rarissime mais s'explique dans notre contexte du fait que les patientes consultent en premier lieu les tradipraticiens qui utilisent des décoctions et parfois de la boue. Ces pratiques impactent négativement la prise en charge des cancers du sein avec un retard diagnostique, thérapeutique et exposent à des complications multiples

Selon la localisation, le sein droit était atteint dans 53,1%, le sein gauche 44,2% et 2,7% d'atteinte bilatérale. Ces résultats sont différents de ceux trouvés par Engbang [9] et Lutula [15] qui ont trouvé respectivement 52% sein gauche contre 47% sein droit et 53,13 % sein gauche contre 46,87% sein droit. Le siège le plus fréquent des cancers du sein était le quadrant supéro-externe, 59,2% de cas. Sando [22], Abadie [1] et Lutula [15] avaient aussi trouvé le QSE comme siège prédilectif des cancers du sein avec respectivement 60,9%, 56,4 % et 59,4 de cas. Ces résultats sont identiques et s'expliquent par la prédominance du tissu glandulaire au niveau du quadrant supéro-externe.

La majorité des patientes (n=88 cas, 77,8%) étaient reçues au stade T4. Soixante-seize pour cent (76,4%) étaient découverts aux stades T3 et T4 dans l'étude de Sando [22]. Ces résultats sont différents de ceux de Diène [8] qui avait retrouvé une prédominance des tumeurs de tailles classées T2 dans 70,8 % des cas, suivie de T1 22,2% ; T3 4,2 % et Tis dans 2,8 %.

En Europe et aux Etas Unis, on retrouve une prédominance des tumeurs de tailles classées T1 : 44,8% [1], 54% [14]. Dans ces pays développés, les patientes sont vues au stade T1 grâce au dépistage précoce par contre en Afrique, notamment au Sénégal l'absence de programme national pour le dépistage précoce explique les diagnostics tardifs chez nos patientes [7]. L'espoir est permis avec la volonté affichée des autorités de développer le dépistage pour une détection précoce des cancers du sein.

Au moment du diagnostic, 68% présentaient une atteinte des ganglions axillaires. Ces résultats sont semblables à ceux retrouvés par Diène [8] et Lutula [15] où les ganglions envahis étaient rencontrés dans 87,5% et 81% respectivement. Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés en Europe : 71,9% et 64% étaient vues sans adénopathie axillaire [1].

On retrouvait une grande majorité de carcinome canalaire infiltrant (n=107 patientes 94,7%). Sando [22] avait retrouvé 71,5% de carcinomes canaux infiltrants. Le cancer du sein chez la femme en Afrique sub-saharienne est de type canalaire infiltrant. Arkoob retrouvait une proportion de 77,5% [2] de carcinome canalaire. Ces résultats concordent avec plusieurs

études [2] retrouvées dans la littérature. Dans notre série, les carcinomes canaux in-situ isolés n'étaient pas retrouvés alors que Barhdadi en 2015 [3] en avait trouvé 2 cas (2.6 %). L'absence de carcinome in situ dans la série peut être expliquée par le fait que la population ne bénéficie pas de dépistage.

Dans notre série 10 patientes soit 8,8% présentaient cette association au moment du diagnostic par contre Niang [19] avait retrouvé 3%. Notre fréquence élevée s'explique par le fait que notre service est à vocation première obstétricale et que le cancer du sein survient dans notre contexte chez les femmes en âge de procréer. En France, cette situation survient dans 350 à 750 cas chaque année [21].

A l'issue du bilan d'extension 41,3% de nos malades avaient présenté des métastases au diagnostic. Dans l'étude de Gueye [13], 19% des patientes étaient métastatiques. Les métastases qui surviennent précocement ont une médiane de survie plus courte que les métastases d'apparition tardive. Contrairement à ce qui a été retrouvé dans la littérature africaine, en France seulement 5% des tumeurs du sein sont d'emblée métastatiques selon Maynadier [18]. Les causes sont souvent liées au fait qu'au Sénégal les malades arrivent tardivement dans les structures de référence.

3. Aspects thérapeutiques

Notre série avait révélé que 89,5% de nos patientes avaient bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante contrairement à celle de Tamour [24] qui avait trouvé en 2009, 95% de patientes qui avaient bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante.

Le protocole AC était le plus retrouvé en 1ère ligne avec une proportion de 44% suivi de 24% sous FAC. Par contre Niang [19] dans son étude, le protocole CMF était le plus prescrit et les protocoles comportant une anthracycline étaient prescrits dans 46,6%. L'utilisation de façon préférentielle des antracyclines s'explique par une meilleure efficacité de ces molécules et la gratuité de ces médicaments au Sénégal.

Une mastectomie associée au curage axillaire (MCA) était réalisée dans 98,6%. Notre fréquence de mastectomie était supérieure à celle de Togo [23] qui avait retrouvé une proportion de 65,7%. Diène [8] retrouvait 88,9 % ayant subi une quadrantectomie et seules 4,2 % des cas ont eu une tumorectomie associée au curage axillaire. Ce pourcentage élevé de mastectomie s'explique par la découverte tardive et l'absence de radiothérapie qui pousse à la réalisation d'une chirurgie radicale.

Dans le cancer du sein, la radiothérapie est un élément essentiel de la prise en charge. Elle permet de diminuer de 60 % le risque de récurrence locale après une mastectomie ou une chirurgie conservatrice [5]. Une radiothérapie était indiquée pour 65 cas

(91,5% des patientes opérées); elle était réalisée chez 14 malades (21,5%). L'étude de Togo [23] en 2010 avait révélé qu'aucune de ces patientes avaient bénéficié d'une radiothérapie. Par contre l'étude de Tamour au Maroc [24] avait retrouvé que 85% des patientes avaient bénéficié de la radiothérapie. Cette faible proportion de radiothérapie faite s'explique en grande partie par l'existence d'une unique machine de radiothérapie au CHU Aristide Le Dantec.

4. Pronostic

La survie globale à 24 mois était de 59,3 % et sept patientes (6,2%) étaient perdues de vue. Nous avons enregistré 39 cas de décès, soit une létalité de 34,5%. Ce résultat est similaire à ceux de Arkoob [2] et Diène [8] qui avaient retrouvé des taux de survie globale à cinq ans respectivement 59,3 % et 66%. Quant à Togo [23] la survie à cinq ans était de 37,1 %. Cette survie à 24 mois était très faible et s'explique par le diagnostic tardif, la majorité des patientes (77,8%) étaient reçues au stade T4.

La récurrence qui est une reprise ou une réapparition du cancer à partir de cellules cancéreuses qui n'ont pas été détruites par le traitement initial. Elle est de mauvais pronostic surtout quand elle survient dans les deux ans suivant la fin du traitement. Dans notre contexte où les patientes sont diagnostiqués à un stade localement avancé avec un traitement initial souvent incomplet, la radiothérapie étant non réalisable même quand elle est indiquée (elle était réalisée dans 21,5% dans notre série), le risque de récurrence pariétale reste élevé. Une récurrence après chirurgie était notée chez 08 patientes (11,1%). Les 4 cas de récurrence siégeaient au niveau pariétale et ou axillaire et les 03 cas au niveau sus claviculaire.

CONCLUSION

Le cancer du sein est diagnostiqué à un stade tardif avec un traitement lourd et mutilant dans notre contexte. La réduction de la morbi-mortalité liée au cancer du sein nécessite une meilleure sensibilisation de la population, une formation adaptée des praticiens sanitaires et une désentralisation de la prise en charge.

REFERENCES

1. **Abadie C, Aminot I, Dupuy E**, et al. Cancer du sein: Situation épidémiologique en Aquitaine, en 1999. *Rev Med Ass Maladie*. 2002; 33 : 173–181.
2. **Arkoob K, Al-Nsour M, Al-Nemry O**, et al. Épidémiologie du cancer du sein chez les femmes: caractéristiques des patientes et analyse du taux de survie en Jordanie. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2010; 16 (10) : 1032.

3. **Barhdadi B**. Contribution de l'imagerie au diagnostic du cancer du sein chez la femme jeune. Mémoire de médecine. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2015 : 79
4. **Bawa K D**. Dépistage du cancer du sein au Sénégal. Thèse méd. Dakar: Université Cheikh Anta Diop, 2007 : 129
5. **Clere N**. Les traitements du cancer du sein. Elsevier Masson. 2016; *Actualités pharmaceutiques* n° 558 : 20-25
6. **Clavel-Chapelon F, Touillaud M, Fournier A**. Quels risques, pour quelles femmes? Facteurs de risque de cancer du sein. 30es Journées de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM), La Baule, Nov 2008
7. **Delozier T**. Hormonothérapie du cancer du sein. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Paris: Elsevier Masson, 2010; 39 : 71-78.
8. **Diène P.M**. Traitement conservateur dans les cancers du sein. Thèse Méd. Dakar: Université Cheikh Anta Diop, 2011 : 125.
9. **Engbang J.P.N, Essome H, Koh V.M**, et al. Cancer du sein au Cameroun, profil histopathologique: à propos de 3044 cas. *Pan African Medical Journal*. 2015; 21(1) :1–6.
10. **Essiben F, Foumane P, Mboudou E.T**, et al. Diagnostic et traitement du cancer de sein au Cameroun: à propos de 65 cas. *Mali Médical*.2012; 28(1) : 1–5.
11. **Gaye P.M**. Situation actuelle du cancer du sein de la femme au Sénégal (A propos de 1025 cas colligés à l'institut Juliot Curie de Dakar). Thèse Méd. Dakar, 1997.
12. **Guèye L, Guèye M, Guèye S.M.K**, et al. Evaluation de l'atteinte du ganglion sentinelle dans les cancers du sein au Centre Hospitalier Marne-la-Vallée. *Journal de la SAGO*, 2013; 14(1) : 22-26.
13. **Guèye S.M.K, Guèye M, Thiam M**, et al. Cancers du sein négligés: expérience de l'unité de sénologie du Centre Hospitalo-universitaire Aristide Le Dantec de Dakar(Sénégal). *Journal de la SAGO*, 2015; 16(2) : 21-26.
14. **INCa**. Survie attendue des patients atteints de cancers en France: état des lieux. Ouvrage collectif édité par l'INCA, Valérie Mazeau-Woynar, Avril 2010.
15. **Lutula S**. Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali. Thèse Méd. Mali: Université de Bamako, 2008: 120.
16. **Ly M, Martine A, Fabrice A**, et al. Le cancer du sein chez la femme de l'Afrique sub-saharienne: état actuel des connaissances. *Bulletin du Cancer*, 2011; 98(7) : 797–806. ISSN : 0007-4551.

17. **Mayi-Tsonga S, Belembaogo E, Meye J.F,** et al. Caractéristiques du cancer de la femme âgée de moins de 40 ans à Libreville(Gabon). Journal de la SAGO, 2007: 8(2) : 18-21.
18. **Maynadier M.** Activités anti-invasives et antiprolifératives du récepteur alpha des œstrogènes dans les cancers du sein. Thèse Biologie cellulaire et moléculaire. France: Université Montpellier 1, 2008 :
19. **Niang R.D.** Etude comparative des protocoles à base d'anthracyclines et du protocole CMF dans la chimiothérapie néo adjuvante des cancers du sein. A propos de 777 cas colligés à l'Institut du Cancer de Dakar. Thèse Méd. Dakar-Sénégal: Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2014 : 200.
20. **Ouedraogo H.** Aspects Épidémio-Cliniques et Anatomico-pathologiques du cancer du sein chez la femme au Burkina Faso. Thèse Méd. Ouagadougou: Université de Ouagadougou, 1961: 96.
21. **Rouzier R, Mir O, Uzan C** et al. Prise en charge des cancers du sein en cours de grossesse. Groupe français d'étude des cancers gynécologiques et de la grossesse, sous l'égide des Société française d'oncologie gynécologique (SFOG), Société française de chirurgie pelvienne (SFCP) et Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Déc 2008: 24.
22. **Sando Z, Fouogue J.T, Fouelifack F.Y,** et al. Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun. Pan African Medical Journal, 2014; 17(1).
23. **Togo A, Traore A, Traore C,** et al. Cancer du sein dans deux centres hospitaliers de Bamako (Mali): aspects diagnostiques et thérapeutiques. J Afr Cancer, 2010; 2(2):88-91.
24. **Tamour H.** Le cancer du sein: expérience de la clinique chirurgicale «C» de l'hôpital Ibn Sina de Rabat. Thèse Méd. Rabat-Maroc: Université Mohammed V, 2009 : 159.