

LE CANCER DU SEIN, PROBLEMES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES AU CHU DE OUAGADOUGOU

SANO D.¹, CISSE R.², DAO B.³, LANKOANDE J.³, TRAORE S.S.¹, SOUDRE R.B.⁴, SANOU A.¹

RESUME

Une étude rétrospective sur une période de 4 ans (1991-1994) a permis aux auteurs de colliger dans le service de Chirurgie Générale et Digestive au CHU de Ouagadougou, Burkina Faso, 39 cancers du sein. Dans la même période, 3788 malades ont été hospitalisés dans le service dont 120 pour une pathologie tumorale mammaire. Les patients consultent tard, parfois porteurs des lésions très évoluées. La mammographie et l'examen extemporané n'ont pas été possibles. La cytoponction à l'aiguille fine pratiquée dans 17 % des cas s'est révélée insuffisante.

La mastectomie de PATEY a été pratiquée chez 59 % des patients. Quant à la chimiothérapie, trop onéreuse et inaccessible, seuls 9 malades en ont bénéficié.

L'examen histologique des pièces opératoires a retrouvé : le carcinome canalaire infiltrant 61,5 %, le carcinome médullaire infiltrant 15,3 %, le comédo-carcinome infiltrant 5,1 %, le carcinome lobulaire infiltrant 5,1 %, le carcinome papillaire 5,1 %, le carcinome à stroma fibreux 2,5 %, le carcinome indifférencié 2,5 %, le carcinome squirreux 2,5 %.

Mots-clés : Cancer, sein, Ouagadougou, Burkina-Faso.

ABSTRACT

Breast cancer, diagnosis and therapeutics problems at Ouagadougou Teaching Hospital Center

A retrospective study on a 4 years period (1991-1994) enabled the authors within the digestive and general surgery of the Ouagadougou Teaching Hospital Center in Burkina Faso to list 39 breast cancers. During the same period, 3788 patients were hospitalized within the service out of which, 120 for mammary tumoral pathology. Patients, most of the time come late and sometimes with very severe and progressive lesions.

1. Service de chirurgie Générale et Digestive du CHU de Ouagadougou, Burkina Faso.

2. Service de Radiologie du CHU de Ouagadougou.

Mammography and extemporaneous biopsy were not possible. Fine-needle aspiration for cytologic diagnosis practiced in 17 % cases revealed to be insufficient.

PATEY's mastectomy was done on 59 % of patients. As far as chemotherapy is concerned, it is too expensive and inaccessible, only 9 patients have benefitted from this practice.

The histological test on surgical parts find canalar infiltrating carcinoma 61,5 %, medullar infiltrating carcinoma 15,3 %, comedo-carcinoma infiltrating 5,1 %, lobular infiltrating carcinoma 5,1 %, papillary carcinoma 5,1 %, carcinoma with fibrous stroma 2,5 %, indifferntiated carcinoma 2,5 %, squirrous carcinoma 2,5 %.

Key-words : Breast, cancer, Ouagadougou, Burkina-Faso.

INTRODUCTION

La découverte d'une tumeur du sein constitue un motif inquiétant de consultation en chirurgie. La crainte du cancer est d'autant plus grande que le patient est âgé. Certaines statistiques africaines affirment qu'une femme sur quinze risque de développer au cours de sa vie un cancer du sein (4).

Au Centre Hospitalier National de Ouagadougou (Burkina Faso), le cancer du sein vient en tête des cancers génitaux de la femme, suivi par celui du col utérin (9).

Dans notre service, la pathologie mammaire constitue 3,16 % des hospitalisations. Le cancer du sein représente 16,25 % des tumeurs malignes et 49,36 % de l'ensemble des cancers génitaux de la femme. Pour toutes ces raisons, le cancer du sein est une de nos préoccupations majeures.

Cette étude a été menée dans le but de mettre en évidence les problèmes posés par la chirurgie des cancers du sein dans notre démarche diagnostique et dans l'approche thérapeutique.

3. Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Ouagadougou.

4. Laboratoire et Anatomie pathologique.

Correspondance : Dr D. SANO, 01 BP 2566 Ouaga 01 Burkina Faso.

MALADES ET METHODE

Une étude rétrospective a été réalisée à Ouagadougou, au Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo (CHN/Y.O.), dans le service de Chirurgie Générale et Digestive, de 1991 à 1994.

Elle a concerné tous les malades hospitalisés pour cancer du sein dans la période de notre étude et possédant : une observation clinique, un protocole opératoire et un document anatomo-pathologique.

Les malades ont été hospitalisés après un examen clinique minutieux et un bilan préopératoire standard.

les procédés thérapeutiques ont été : une exérèse locale de la tumeur, une mastectomie (Patey, Halsted) avec ou sans curage ganglionnaire, une chimiothérapie. Nos patients n'ont pas bénéficié de l'hormonothérapie ni de la radiothérapie.

Les pièces opératoires ont été analysées au laboratoire d'anatomie et de cytopathologie.

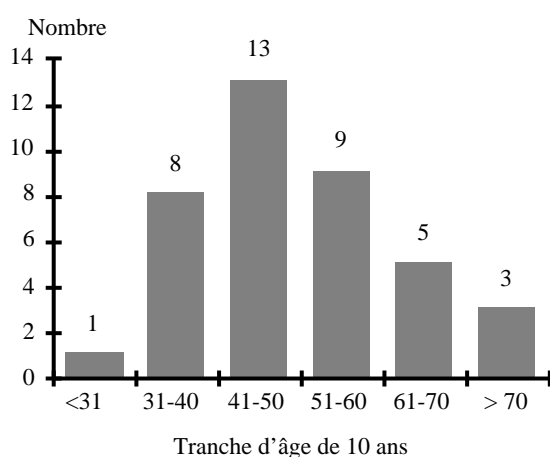
La surveillance postopératoire s'est effectuée sous la forme d'une consultation de contrôle à un mois, à trois mois puis tous les six mois.

RESULTATS

Répartition des cas selon le sexe

L'étude a concerné 37 femmes et 2 hommes. L'âge moyen est de 50 ans avec des extrêmes de 29 ans et de 80 ans.

Figure 1 : Répartition des cas par tranche d'âge



La tranche d'âge 41-50 ans est la plus atteinte avec 1/3 des cas de cette série.

Tableau n°1 : Répartition des cas selon la profession

Secteurs d'activité	n = 39
Ménagère et cultivateur	18
Secteur informel	10
Fonctionnaire	11

Répartition des malades selon la parité

Parmi les 37 femmes de cette étude, on notait : 8 nullipares, 20 multipares et enfin 9 patientes n'avaient qu'un enfant.

Données cliniques

La consultation était le plus souvent motivée par l'apparition soit d'un nodule soit d'une tuméfaction diffuse d'un sein accompagnée d'une douleur locale, une rétraction du mamelon, écoulement de sang et un phénomène de "peau d'orange".

Ailleurs, il s'agissait d'une volumineuse tumeur ulcérée et surinfectée avec d'énormes adénopathies axillaires manifestement envahies.

Le délai moyen de consultation était de 4 mois avec des extrêmes de trois semaines et quatorze mois.

Tableau n°2 : Données de l'examen clinique

Le sein touché	n
Sein droit	23
Sein gauche	16
Classification TNM	n
T1/T2N0M0	5
T1/T2N1M0	10
T3N2M1	15
T4N2M1	9

Données paracliniques

La cytoponction à l'aiguille fine

Pratiquée chez 7 malades dans notre série, n'a jamais été suffisante pour le diagnostic.

L'échographie

Elle a été d'un grand apport dans le bilan d'extension, découvrant chez 9 malades une métastase hépatique.

Cependant 15 patients ont bénéficié d'une échographie mammaire, révélant trois aspects :

- . une image hypoéchogène de contour irrégulier avec une atténuation acoustique,
- . une image hétérogène à prédominance hyperéchogène avec atténuation acoustique,
- . une image hypoéchogène contenant de fins échos internes avec un renforcement postérieur.

L'histologie

Toutes les pièces opératoires ont été systématiquement adressées au laboratoire d'anatomie pathologique.

Sur 120 malades hospitalisés, 99 cas avaient un résultat histologique. Il y avait 39 cancers et 60 tumeurs bénignes (50 adénofibromes, 2 tumeurs phyllodes et 8 kystes).

Vingt et un patients opérés pour cancer sur des arguments cliniques sont demeurés sans confirmation histologique.

Les types histologiques des cancers sont regroupés dans le tableau n°3.

Tableau n°3 : Les types histologiques de cancers du sein retrouvés

Types histologiques	n = 39
Carcinome canalaire infiltrant	24
Carcinome médullaire infiltrant	6
Comédo-carcinome infiltrant	2
Carcinome lobulaire infiltrant	2
Carcinome papillaire	2
Carcinome à stroma fibreux	1
Carcinome indifférencié	1
Carcinome squirreux	1

Données thérapeutiques

A l'exception de 5 malades chez lesquels l'extension néoplasique et son retentissement sur l'état général n'avaient permis qu'une simple biopsie, l'ablation de la tumeur a concerné tous les patients. Nous avons réalisé 19 interventions à visée palliative et 15 à visée curative. Ainsi, ont été réalisés 23 mammectomies de type Patey, 9 mammectomies de type Halsted et 2 quadrantectomies.

La chimiothérapie

Neuf patients avaient reçu du cyclophosphamide en monochimiothérapie sous la forme de perfusion en cure de deux jours : J1 = 0,5 gr et J2 = 1 gr, répétée tous les mois pendant 6 mois.

Morbidité - mortalité

Dans les suites opératoires nous avons noté : 1 cas d'hémorragie, 5 cas de sepsis, 1 décès.

Nous avons enregistré au total 3 décès dont 2 malades non opérés.

COMMENTAIRES**Au plan épidémiologique**

Le nombre de 39 cancers du sein colligés dans notre service sur une période de 4 ans est loin de refléter la réalité sur cette pathologie quand on sait que nombreux sont les malades qui n'arrivent pas jusqu'au chirurgien, s'orientant délibérément vers les tradipraticiens. D'une manière générale, dans notre contexte, les malades consultent tard et même très tard, quand la clinique est déjà fort suggestive. Mais le diagnostic de certitude du cancer est histologique, aussi nous n'avons considéré que les cas de cancer histologiquement confirmés.

L'âge moyen de nos patients est de 50 ans. Il a été observé à Johannesburg (2) un âge médian de 60 ans pour les malades race blanche. En réalité, le risque augmente tout au long de la vie à partir de 25 ans (3). La tranche d'âge de 41-50 ans est la plus atteinte. Elle représente 1/3 des cas de notre série. Des auteurs nigériens (5, 8) aboutissent à la même constatation.

Avant l'âge de 30 ans, le cancer du sein est rare. Nous avons enregistré un cas chez une femme de 29 ans, associé à une grossesse. Huit cas sont rapportés en 1986 à Abidjan chez des patientes de 25 à 38 ans avec une association à la grossesse dans 75 % des cas.

En Afrique, ce cancer n'est pas rare chez l'homme ; 2 cas/39 dans notre série, 4,2 % (4) au Congo. Dans les séries européennes, le cancer du sein est estimé chez l'homme à moins de 2 % (3, 4).

La prédominance des multipares avait déjà été observée par d'autres auteurs africains (2, 6, 7).

Au plan diagnostique

Pour un organe aussi accessible à l'examen clinique que le sein, il peut paraître paradoxal qu'une large majorité des patients consultent à un stade très évolué de la maladie.

67 % des malades étaient dans cette situation à la première consultation. Ces malades proviennent pour 72 % des secteurs informel et agricole. Les pesanteurs socio-économiques et culturelles sont si importantes dans nos sociétés, qu'elles suffisent à expliquer les raisons de ce retard. Pour ces malades, l'hôpital ne constitue que le dernier recours thérapeutique dans l'espoir de se débarrasser de cette tumeur généralement ulcérée, surinfectée et malodorante. La nette prédominance de l'atteinte du sein droit (23/16) est un phénomène courant dans les statistiques africaines (4, 6, 8) sans aucune explication objective.

L'inexistence d'un mammographe n'a pas permis cette exploration. En pratique, elle permet le dépistage des lésions infracliniques.

L'échographie et la radiographie n'ont pas été suffisamment pratiquées pour des raisons de coût et d'accessibilité. En effet, le CHN de Ouagadougou ne dispose que d'un seul échographe et d'une seule table conventionnelle.

La contre performance de la cytoponction dans notre démarche diagnostique est sans nul doute le résultat d'une insuffisance technique pendant les prélèvements. Par ailleurs, il est regrettable que la lecture extemporanée des biopsies n'ait pas été possible en raison de l'existence d'un seul pathologiste. Pour cette même raison les résultats des biopsies réalisées sur les pièces opératoires ne parviennent jamais avant un ou deux mois.

La prédominance du carcinome canalaire infiltrant parmi les types histologiques de cancers du sein retrouvés sur les pièces opératoires, est concordante avec les données de la littérature (6, 7, 9).

Au plan thérapeutique

L'absence d'un document histologique dans le bilan préopératoire et pendant le geste chirurgical, la fréquence de lésions manifestement cancéreuses avec peau ulcérée et infectée, nous ont amené à pratiquer de larges exérèses tumorales. Ainsi, la très mutilante opération de HALSTED

a été pratiquée chez 9 patients, aussi, 21 cas opérés pour suspicion de cancer sont demeurés sans confirmation histologique. Pour la grande majorité des malades opérés, cette confirmation histologique sera très tardive voire non disponible pour guider le chirurgien traitant.

Les produits anticancéreux coûtent très chers et ne sont pas encore disponibles sur place. En témoigne le petit nombre de malades (n = 9) ayant honoré leur ordonnance. Il faut dire que tous ces traitements sont à la charge du malade. Par conséquent, le caractère aléatoire de ce traitement adjuvant et le fait qu'aucun de nos patients n'a réellement suivi le protocole sus mentionné, n'ont pas permis une évaluation fiable.

Nous avons enregistré un décès postopératoire, par insuffisance de réanimation après chirurgie de propreté, chez une patiente très anémiée, présentant une tumeur bourgeonnante et hémorragique. Deux autres patientes sont décédées peu de temps après leur admission avec des métastases multiples notamment pulmonaires.

La morbidité opératoire a été dominée par le sepsis.

L'évaluation de la survie s'est heurtée à d'épineux problèmes que sont : l'irrégularité et l'absence aux visites de contrôle.

CONCLUSION

La petite taille de notre échantillon ne permet pas d'apprécier à sa juste valeur la place réelle du cancer du sein aujourd'hui parmi les autres cancers en général et parmi les cancers génitaux de la femme en particulier, dans notre service. Ces malades consultent en général à un stade avancé de la maladie. Par conséquent, son pronostic demeure encore sombre.

Nous pensons qu'il faut :

- . mettre l'accent sur le dépistage et le traitement précoces des lésions primaires (place de l'autopalpation et intérêt de la mammographie),
- . former un personnel qualifié,
- . sensibiliser la population sur les problèmes posés par le cancer du sein et sa possibilité de guérison,
- . assurer une consultation régulière à la population à risque,
- . favoriser l'accessibilité aux anticancéreux,
- . mettre en place un registre du cancer.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ANGATE AY, KEBE M., LEGUYADER A.
Les cancers du sein en Côte d'Ivoire. A propos de 155 cas au CHU de Treichville.
Rev. Med. Côte d'Ivoire, 1986, 75 : 119-129.
- 2 - DANSEY R.D., HESSEL P.A., BROWDE S.
Lack of a significant independant effect of race on survival breast cancer.
Cancer 1988, 61 : 1908-12.
- 3 - GIRAUD J.R., BREMOND A., ROTTEN D.
Gynécologie, Paris : Masson, 1993 ; 156-168.
- 4 - GOMBE CH. MBALAWA, TATY J., MOBENGO P., RIVIERE-CAZAUX H., NKOUA, MBON J.B., SIEKELA A.
Les cancers gynécologiques et mammaires à Brazzaville. Réflexions à propos de 195 cas.
Rev. Med. Côte d'Ivoire 1984, 18 : 15-23.
- 5 - KATCHY K.C., DATUBO D.D., ABITE M.G., IWEHA U.U.
Clinical and pathological features of breast cancers in Rivers state, Nigeria.
European Journal of Oncology 1989, 15 : 217-219.
- 6 - MENYE P.A., POULINQUEN J., SIMAGA D.
Les cancers du sein au Sénégal.
Méd. Afr. Noire 1971, 18 : 369-379.
- 7 - NGALA J.F. KENDA, CHIRIMWAMI B., VEYI T.
Clinicopathologic analysis of carcinoma of the breast in an African population.
Arch. Surg. 1988, 123 : 972-74.
- 8 - OTU A.A., EKANEM A., KHALIL M.I.
Characterization of breast cancer subgroups in an African population.
Br. J. Surg., 1989, 76 : 182-184.
- 9 - OUEDRAOGO H.
Aspects épidémio-cliniques et anatomo-pathologiques du cancer du sein chez la femme au Burkina Faso. Etude rétrospective portant sur huit ans.
Th. Méd. Ouagadougou n°3, 1992.