



Année 2023

Mémoire de fin
de spécialité

CANCER DU SEIN :
Aspects cliniques, anatomopathologiques et prise en
charge
au service de Gynéco obstétrique 2 du CHU
HASSAN II de Fès

Mémoire de fin de spécialité

Par Dr Alpha Boubacar CONTE

Né le 25 janvier 1991 à Casablanca (Maroc)

Pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine

Option : Gynécologie – obstétrique

Directeur du mémoire

Professeur Moulay Abdelilah MELHOUF

Session 2023

CHU Hassan II - FES
Gynéco-obstétrique
et Reproduction
MELHOUF MOULAY ABDELILAH
Chef Service

DEDICACES

Nous rendons grâce à ALLAH, l'omniprésent et l'omnipotent. Je me prosterne pour vous remercier de m'avoir permis de réaliser ce travail et atteindre cet objectif de devenir spécialiste.

A mon cher père : Docteur Aboubacar CONTE

Voici arrivé le second résultat de tes efforts après l'obtention de mon Doctorat en médecine. Depuis tout petit tu t'es battu afin que je puisse comprendre les valeurs humanitaires de la médecine. Tu as toujours voulu que je suive tes pas et je pense ne pas avoir failli à ce devoir. Je suis fier de l'éducation que j'ai reçu de toi. Cher père il n'y aura jamais de mots pour te témoigner toute ma reconnaissance car plus qu'un père tu as été mon confident et mon meilleur conseiller. tu es et reste un modèle pour moi.

Trouve dans ce travail le fruit de tes durs labeurs, le fruit de tes nuits blanches et de ton manque de repos pour nous donner une vie descente. Sois rassuré que mon chemin sera celui que tu as toujours emprunté en servant les gens, en prêtant assistance aux nécessiteux et en nourrissant le pauvre. Tes vœux de me voir aller plus loin que toi se réaliseront par la grâce du tout puissant. Je forgerai en moi ta rigueur, ton humilité et ton humanisme.

Qu'ALLAH t'accorde santé et bonheur pour le restant de tes jours.

Je suis d'autant plus fier de t'avoir comme papa.

A ma mère : Fatoumata DIABY

Très chère maman, toi qui a toujours tout abandonné pour être présente à la maison dans le seul but de jouer ton rôle de femme au foyer et de maman pour nous. Trouve dans ce travail le fruit de tous tes sacrifices. Tu es pour moi plus qu'un repère. Tu nous as offert tout ton amour et tout ton temps.

Mère tu ne peux savoir combien de fois ta présence a été importante pour moi. Ton dévouement et ton courage ont fouetté mon orgueil et m'ont poussé à m'investir davantage dans ma formation. Ce travail est le tien et sois en fier.

Qu'ALLAH t'accorde santé et bonheur pour le restant de tes jours.

Ton garçon est aujourd'hui spécialiste.

A mes frères et à ma sœur : Aly, Fatou Et Fodé

Nous sommes liés par le sang qui coule dans nos veines ; chose que nul n'a choisi. Je remercie le tout puissant d'avoir fait de nous une famille où la fratrie est sacrée. Vous n'avez pas cessé de m'encourager tout au long de cette formation.

Puisse ALLAH renforcer notre union et nous accorder réussite dans toutes nos entreprises. Comme papa aime à le dire : notre réussite tiendra à notre capacité de nous entraider et à celle de nous rappeler de là où nous venons et de comment nous avons grandi. Soyez tous fiers du travail que j'ai abattu en tant que grand frère.

A ma future épouse Ariatou BANGOURA tu as du supporter et accepter mon absence toutes ces années. Trouve dans ce travail le fruit de tout l'amour que tu n'as cessé de me montrer durant toutes ces années. Ce travail est aussi le tien.

Puisse Allah nous permettre une vie de famille heureuse et épanouie.

A celle que j'appelle affectueusement ma fille Bineta JHO DIAGNE

Nous avons partagé ensemble des moments difficiles mais aussi des moments de joie ces 2 dernières années. Trouve dans ce travail le fruit de tous tes sacrifices par les soins tant affectueux et fraternels que tu m'as donné.

Puisse ALLAH renforcer cette union et nous accorder pleine réussite dans la vie

A mes enseignants et encadreurs depuis le Guinée : Trouvez dans ce travail le témoignage des efforts que vous avez consacré à ma formation depuis la faculté de médecine.

Particulièrement aux professeurs **CISSE Mohamed, TOURE Aboubacar, SY Telly, TRAORE Bangaly et BALDE Ibrahima Sory**. Chers professeurs mon estime pour vous est si grand que je ne ferai que vous remercier pour tous les encouragements dont j'ai bénéficié de votre part durant ces 5 années de formations.

Recevez ici, chers maîtres, l'expression de ma très haute considération.

Qu'ALLAH vous bénisse

A mes amies HADIATOU DIALLO et MARIAME SOUARE j'ai été marqué par votre grand sens de l'amitié. Ceux malgré ces longues années de formation.

Puisse Allah nous permettre d'évoluer ensemble et de renforcer ces liens que nous avons créé à la faculté de médecine.

REMERCIEMENTS

Pour ma formation en spécialité de gynéco-obstétrique, mon cher maître Monsieur le Professeur **MELHOUF Moulay Abdelilah** m'a fait l'honneur en acceptant de m'accueillir au sein de son service en tant que résident en gynécologie-obstétrique depuis le 15 janvier 2018. Que ce propos puisse lui témoigner le grand respect et l'estime que je lui porte.

Ma famille et moi tenons à vous remercier infiniment, cher maître, vous qui tout au long de mon parcours au sein dudit service n'avez ménagé aucun effort pour mettre à ma portée toute votre expertise scientifique et médicale. Au cours de ces cinq dernières années, j'ai été marqué par votre rigueur scientifique, votre dévouement, et vos qualités humaines, à me permettre de travailler dans une ambiance d'épanouissement et de confiance, et ce malgré vos nombreuses occupations. De même, vous m'avez permis d'améliorer mes connaissances en participant aux différentes manifestations scientifiques nationales et internationales.

Sachez Monsieur, que cela imprime en moi une grande admiration et un profond respect.

Que ce modeste propos, vous témoigne mon infinie reconnaissance.

A Madame le Professeur **CHAARA Hekmat**, chère maître, vous avez su me montrer l'exemple de la rigueur professionnelle, du savoir scientifique et de l'amour de la profession.

A ce propos, ma famille et moi tenons à vous exprimer notre reconnaissance et à vous rendre un grand hommage.

A mon maître Madame le Professeur **FDILI ALAOUI Fatima-Zahra**, chère maître, nous ne saurons assez vous remercier pour avoir contribué à faire de moi ce que je suis aujourd'hui avec satisfaction par votre rigueur et votre engagement pour le travail bien et le bien être des patientes pour lesquelles vous aimez tant vous investir.

A ce propos, ma famille et moi vous en sommes reconnaissants.

A Madame le Professeur **JAYI Sofia**, chère maître, Merci d'avoir contribué à ma formation au cours de ces dernières années. Ma famille et moi vous en sommes reconnaissant. Trouvez dans ces quelques mots l'expression de ma profonde gratitude.

Enfin je suis conscient que le chemin à parcourir dans la pratique de la gynécologie obstétrique reste encore long et que la responsabilité est d'autant plus lourde que je me ferai rigueur dans un travail permanent à mon perfectionnement afin de servir les patientes avec satisfaction.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES.....	5
I.1- Cadre de l'étude.....	6
I.2- Matériel.....	6
I.3- Méthodes	6
CHAPITRE II : RESULTATS.....	10
CHAPITRE III : DISCUSSION	24
CONCLUSION	31
RESUME.....	33
REFERENCES.....	35
ANNEXES.....	38

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I- Tableaux

Tableau 1 : Répartition selon les tranches d'âge.....	11
Tableau 2 : Répartition selon le motif de consultation.....	11
Tableau 3 : Répartition selon la durée d'évolution de la symptomatologie.....	12
Tableau 4 : Répartition selon statut hormonal, contraception et type de contraceptif.....	13
Tableau 5 : Répartition selon le sein atteint et la focalité.....	13
Tableau 6 : Répartition selon la classification clinique TNM.....	14
Tableau 7 : Répartition selon la taille de la tumeur et le statut ganglionnaire.....	15
Tableau 8 : Répartition selon le type histologique à la microbiopsie.....	16
Tableau 9 : Répartition selon les récepteurs hormonaux et le phénotype immuno histochimique à la microbiopsie.....	17
Tableau 10 : Répartition selon les résultats du bilan d'extension à la TDM TAP.....	17
Tableau 11 : Répartition selon l'attitude thérapeutique initiale.....	18
Tableau 12 : Répartition selon le type de chirurgie.....	18
Tableau 13 : Répartition selon la chimiothérapie adjuvante, l'hormonothérapie et la radiothérapie.....	19
Tableau 14 : Répartition selon le type histologique sur la pièce opératoire.....	19
Tableau 15 : Répartition selon la classification histologique finale.....	21
Tableau 16 : Répartition selon la taille de la tumeur et le statut ganglionnaire.....	22

II- Figures

Figure 1 : Répartition selon la parité.....	12
Figure 2 : Répartition selon les résultats du couple mammographie – échographie.....	15
Figure 3 : Répartition selon le grade histo-pronostic Elston et Ellis à la microbiopsie.....	16
Figure 4 : Répartition selon le grade histo-pronostic Elston et Ellis sur la pièce.....	20
Figure 5 : Répartition selon la réponse thérapeutique au traitement néo adjuvant.....	23

INTRODUCTION

Le cancer du sein occupe la première place en terme d'incidence et de mortalité chez la femme tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Il constitue un fléau dont les moyens diagnostiques sont de nos jours développés, allant de la détection précoce à la mise en évidence de lésions infracliniques, ce qui a nettement amélioré le pronostic dans les pays développés.

De nos jours le cancer du sein est le cancer le plus couramment diagnostiqué dans le monde. Il représente 1 diagnostic de cancer sur 8 et un total de 2,3 millions de nouveaux cas dans les deux sexes combinés.

Représentant un quart de tous les cas de cancer chez les femmes, il s'agissait de loin du cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes en 2020, et son fardeau a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays en voie de développement (1).

Le cancer du sein constitue un réel problème de santé publique car son incidence n'a cessé d'augmenter au fil des années depuis l'introduction du dépistage par mammographie et continue de croître avec le vieillissement de la population (2).

En chine, le cancer du sein féminin a la plus forte incidence de cancer et est la quatrième cause majeure de mortalité par cancer chez les femmes (3).

En 2020, Près d'un quart de tous les cas de cancer du sein sont survenus en Asie orientale, suivie de l'Amérique du Nord (12,5 %), de l'Asie centrale et du Sud (11,3 %) et de l'Europe occidentale (7,5 %). Près de la moitié de tous les décès par cancer du sein dans le monde ont été observés en Asie de l'Est, du Centre-Sud et du Sud-Est combinées. L'Amérique du Nord (7,1 %) et l'Europe de l'Ouest (6,4 %) se classaient aux 5^{ème} et 6^{ème} rangs en termes de nombre de décès. Alors que 8,3 % de tous les cas de cancer du sein sont survenus en Afrique, la part du continent dans les décès par cancer du sein était considérablement plus élevée (12,5 % des décès mondiaux) (1).

En 2020, Globocan rapportait que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent au Maroc avec une incidence estimée à 19,8% et une mortalité de 10,5% (4). Le cancer du sein représentait la principale cause de décès chez la femme au Maroc avec près de 3700 décès par an (5).

Dans notre service, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers gynécologiques et mammaires avec un rajeunissement de la population atteinte.

C'est également la première cause de chirurgie pour pathologie cancéreuse au sein de notre service. Ainsi la fréquence élevée des cas de cancer du sein dans notre service a motivé le choix de ce thème intitulé :

**<< Cancer du sein : Aspects clinique, Anatomopathologique et Prise en charge au
service de Gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès >>**

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes fixés comme

Objectif général :

Décrire la prise en charge des cancers du sein dans le service de gynéco obstétrique 2 du CHU
HASSAN II de Fès

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer le profil épidémiologique des patientes ;
2. Déterminer les types histologiques les plus fréquents
3. Déterminer le profil immunohistochimique le plus fréquent ;
4. Décrire la prise en charge des cancers du sein dans le service de gynéco obstétrique 2 du
CHU HASSAN II de Fès.

PLAN DE L'ETUDE

Chapitre I : MATERIEL ET METHODE

Chapitre II : RESULTATS

Chapitre III : DISCUSSION

CONCLUSION

REFERENCES

ANNEXES

Chapitre I : MATERIEL ET METHODE

I.1. CADRE DE L'ETUDE :

Le service de gynéco obstétrique 2 du centre hospitalier universitaire HASSAN 2 de Fès a servi de cadre à cette étude

Ce service a une vocation hospitalo-universitaire avec pour activités principales :

- Soins
- Formation
- Recherche

I.2. MATERIEL :

Notre étude a porté sur 145 patientes suivies au service de gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès pour un cancer du sein histologiquement prouvé.

ont été utilisés pour la collecte des données :

- Les fiches RCP des patientes
- Les comptes rendus d'anatomopathologie
- Les comptes rendus opératoire ;
- Et une fiche d'enquête préétablie.

I.3. METHODE :

I.3.1. Type d'étude : Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif.

I.3.2. Population d'étude : était constituée de toutes les patientes qui ont été prise en charge dans notre service pour un cancer du sein.

I.3.3. Critères de sélection :

- **Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude 145 patientes qui ont été diagnostiquées et prise en charge pour un cancer du sein histologiquement prouvé dans notre service.

- **Critères de non-inclusion :**

N'ont pas été inclus dans cette étude : les patientes qui ont été diagnostiquées d'un cancer du sein et n'ayant pas été prise en charge dans notre service.

Les patients de sexe masculin chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué.

I.4. Définition opérationnelle des variables d'études

Les principales variables étudiées sont :

L'âge, la parité, le statut hormonal, les antécédents personnels et familiaux de cancer gynéco mammaire, les motifs de consultation, le délai de consultation, la classification clinique TNM, la classification mammo et échographique, le type histologique, le grade SBR, le phénotype immunohistochimique, classification histologique (P et YPT), la chimiothérapie, l'hormonothérapie, la chirurgie, la radiothérapie.

- **Fréquence** : c'est le nombre de cas par rapport au nombre total de malades opérés dans le service durant la période d'étude. Cette fréquence est exprimée en pourcentage (%).
- **Age** : nombre d'années ou de mois écoulés entre la date de naissance et le jour de la consultation. Nous avons considéré les tranches d'âge de 10 ans. Ainsi nous avons obtenu les tranches d'âges suivantes :

≤ 19 ans ; 20 - 29 ans ; 30 - 39 ans ; 40 - 49 ans ; 50 - 60ans ; 60 - 70ans et plus de 70 ans
- **Évolution de la symptomatologie** : nombre de jours écoulés depuis l'apparition du premier symptôme jusqu'à la première consultation. Nous avons reparti les patientes en : moins de 6 mois, de 6 mois à 1 an et en plus d'un an.
- **Statut hormonal** : nous avons reparti les patientes en 2 catégories. Celles réglée et celle ménopausée
 - **Les femmes réglées** : Ce sont les patientes en période d'activité génitale qui ont un écoulement mensuel de sang en rapport avec les menstrues.
 - **Les femmes ménopausées** : Ce sont les patientes qui n'ont pas d'écoulement mensuel de sang en rapport avec les menstrues depuis 1 an ou plus.
- **La parité** : Nous avons reparti les patientes en 3 catégories
 - Nullipares : Les femmes qui n'ont pas encore accouchée et qui accouche pour la 1^{ère} fois.
 - Paucipares : les femmes qui ont accouché deux ou trois fois.
 - Multipares : les femmes qui ont déjà accouché plus de trois fois.
- **Classification clinique TNM** : selon Classification TNM 8ème édition 2017.
- **Classification mammographique** : Classification mammographique ACR (ACR BI-RADS, 2014).

- **Classification échographique :** Catégories d'évaluation en échographie ACR (American College of Radiology) BI-RADS – Ultrasons 2003 ; Edition française.
- **Type histologique**
- **Grade de Elston et Ellis**
- **Phénotype immunohistochimique**

Luminal A : Récepteurs hormonaux positifs et Ki67 < 15%

Luminal B : Récepteurs hormonaux positifs et Ki67 > 15%

Triple négatif : Récepteurs hormonaux négatifs et Her 2 négatif.

HER2 négatif : Absence de surexpression (scores 0 ; 1+ et 2+ non amplifiés)

HER2 positif : Surexpression forte (score 3+) et surexpression 2+ amplifiés

- **Chimiothérapie nous avons réparti les patientes en 3 catégories**
 - Chimiothérapie Néoadjuvante
 - Chimiothérapie adjuvante
 - Chimiothérapie palliative
- **Hormonothérapie**
- **Chirurgie :**
 - **Chirurgie première :** Tumorectomie + curage axillaire ; Mastectomie ; Patey (Mastectomie + curage axillaire) ; Patey avec ablation du muscle en regard ; Halsted ;
 - **Chirurgie post chimiothérapie :** Patey post chimiothérapie ; Halsted post chimiothérapie.
- **Radiothérapie :**
 - **Adjuvante**
 - **Palliative**

I.5. Saisie et analyse des données :

Nos données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Word et Excel 2010 et SPSS version 17.

I.5.1 Étude descriptive :

La moyenne et les extrêmes ont été recherchés comme paramètres de position.

I.5.2 Présentation des données :

Les résultats obtenus ont été présentés sous forme de tableaux et de figures, commentés, discutés et comparés aux données de la littérature.

I.7. Difficultés :

En raison du caractère rétrospectif de notre étude certains facteurs n'ont pu être investigués car ils étaient inexistantes dans la majorité des dossiers.

I.8. Éthique :

L'enquête a été réalisée sous un strict anonymat et les données recueillies ont été confidentielles. La bienfaisance nous a animé tout au long de ce travail.

Chapitre II : RESULTATS

Nous avons colligé 145 dossiers de patientes suivies pour cancer du sein histologiquement prouvé dont la prise en charge a été effectuée dans notre service.

Tableau 1 : Répartition selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
20 – 29 ans	2	1,4
30 – 39 ans	18	12,4
40 – 49 ans	62	42,8
50 – 59 ans	35	24,1
60 – 69 ans	22	15,2
> ou = 70 ans	6	4,1

La moyenne d'âge est de 50,1 ans avec des extrêmes de 22 ans et 73 ans.

Tableau 2 : Répartition selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif (N = 145)	Pourcentage (%)
Adénopathie axillaire	5	3.4
Adénopathie parasternale	1	.7
Adénopathie sus claviculaire	1	.7
Ecoulement unipore	1	.7
Lésion radiologique	7	4.8
Masse	32	22.1
Masse + Adénopathie axillaire contro latérale	1	.7
Masse bilatérale	3	2.1
Masse prolongement axillaire	1	.7
Mastodynie	1	.7
Modification cutanée	1	.7
Nodule	86	59.3
Nodule + ulcération	1	.7
Nodule prolongement axillaire	2	1.4
Nodule prolongement axillaire gauche et masse ulcero bourgeonnante droit	1	.7
Retraction mamelonnaire	1	.7

Le nodule du sein était le motif de consultation le plus fréquent.

Tableau 3 : Répartition selon la durée d'évolution de la symptomatologie

Évolution de la symptomatologie	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
moins de 6 mois	90	62.1
6 mois à 1 an	41	28.3
Plus d'un an	10	6.9
Non précisé	4	2.8

La durée de la symptomatologie était de moins de 6 mois chez la majorité des patientes.

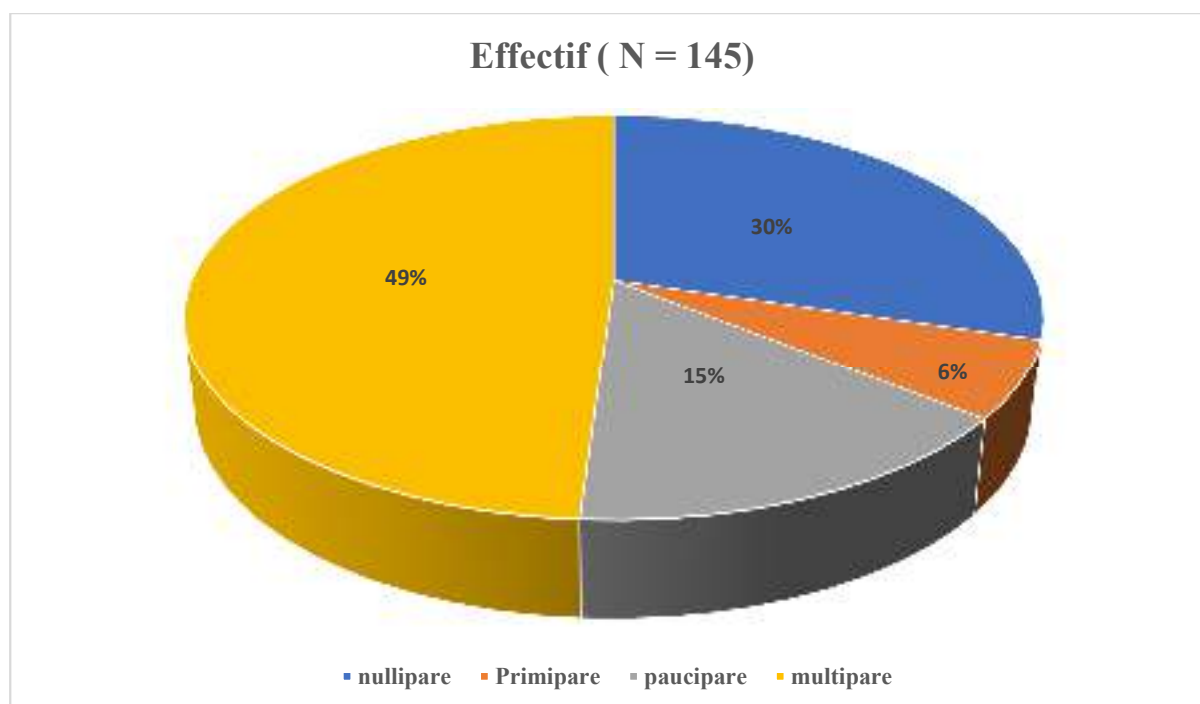


Figure 1 : Repartition selon la parité

Les multipares étaient les plus nombreuses avec une proportion de 49 %.

Tableau 4 : Répartition selon le statut hormonal, la contraception et le type de contraceptif utilisé

Statut hormonal	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Réglée	73	50,3
Ménopausée	72	49,7
Contraception	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Oui	33	22,8
Non	112	77,2
Type de contraception	Effectif (N : 33)	Pourcentage %
COP	23	69,7
DIU	10	30,3

Tableau 5 : Répartition selon le sein atteint et la focalité

Sein atteint	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Droit	60	41,4
Gauche	82	56,6
Bilatéral	3	2,1
Focalité	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Unifocale	64	44,1
Bifocale	5	3,4
Plurifocale	1	0,74
Multicentrique	74	51
Aucun	1	0,74

Le sein gauche était le plus atteint avec 56,6 % des cas et la majorité des patientes avait des lésions multicentriques avec une proportion de 51%.

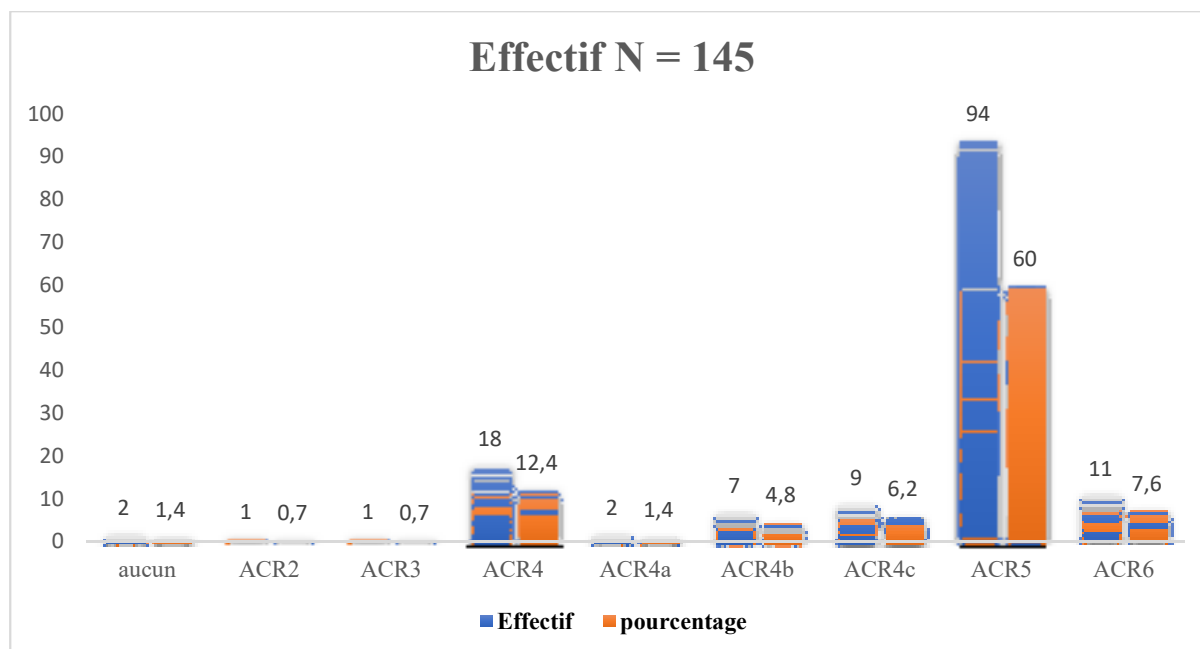
Tableau 6 : Répartition selon la classification clinique TNM

TNM	Effectif (N : 33)	Pourcentage %
Aucun	1	0,7
T0N0MX	3	2,1
T0N1MX	5	3,4
T0N3MX	1	0,7
T1N0MX	5	3,4
T2N0MX	27	18,6
T2N1MX	9	6,2
T3N0MX	18	12,4
T3N1MX	20	13,8
T3N2AMX	3	2,1
T3N2MX	3	2,1
T4AN1MX	1	0,7
T4BN0MX	10	6,9
T4BN1MX	8	5,5
T4BN1MX + T3N1MX	1	0,7
T4BN3MX	2	1,4
T4CN1MX	1	0,7
T4CN3CMX	1	0,7
T4dN0MX	9	6,2
T4dN0MX + T4dN2MX	1	0,7
T4dN1MX	12	8,3
T4dN1MX + T3N1MX	1	0,7
T4dN2MX	2	1,4
T4dN3MX	1	0,7

Tableau 7 : Répartition selon la taille de la tumeur et le statut ganglionnaire

Paramètres	Effectif (N =145)	Pourcentage %
Taille de la tumeur		
Non précisé	1	0,7
T0	9	6,2
T1	5	3,4
T2	36	24,8
T3	44	30,3
T4	50	34,5
Statut ganglionnaire		
Non précisé	1	0,7
N0	73	50,3
N1	58	40,0
N2	5	3,4
N2A	3	2,1
N3	5	3,4

Les tumeurs étaient classées T3 et T4 dans la majorité des cas avec des proportions respectives de 30,3 et 34,5 %.



Les lésions ACR5 représentaient 60 % des cas.

Figure 2 : Répartition selon les résultats du couple mammographie – échographie

Tableau 8 : Répartition selon le type histologique à la microbiopsie

Type histologique	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
ADK d'origine mammaire moyennement différencié	1	0,7
Carcinome canalaire infiltrant mixte (NOS et lobulaire)	2	1,4
Carcinome canalaire infiltrant type apocrine	1	0,7
Carcinome canalaire infiltrant type NOS	122	84,1
Carcinome in situ	4	2,8
Carcinome in situ avec foyers infiltrants	2	1,4
Carcinome lobulaire infiltrant	5	3,4
Carcinome mucineux	2	1,4
Processus carcinomateux d'origine mammaire	4	2,8
Sarcome phyllode	2	1,4

Le carcinome canalaire infiltrant de type NOS représentait 84,1 % des types histologiques à la micro-biopsie

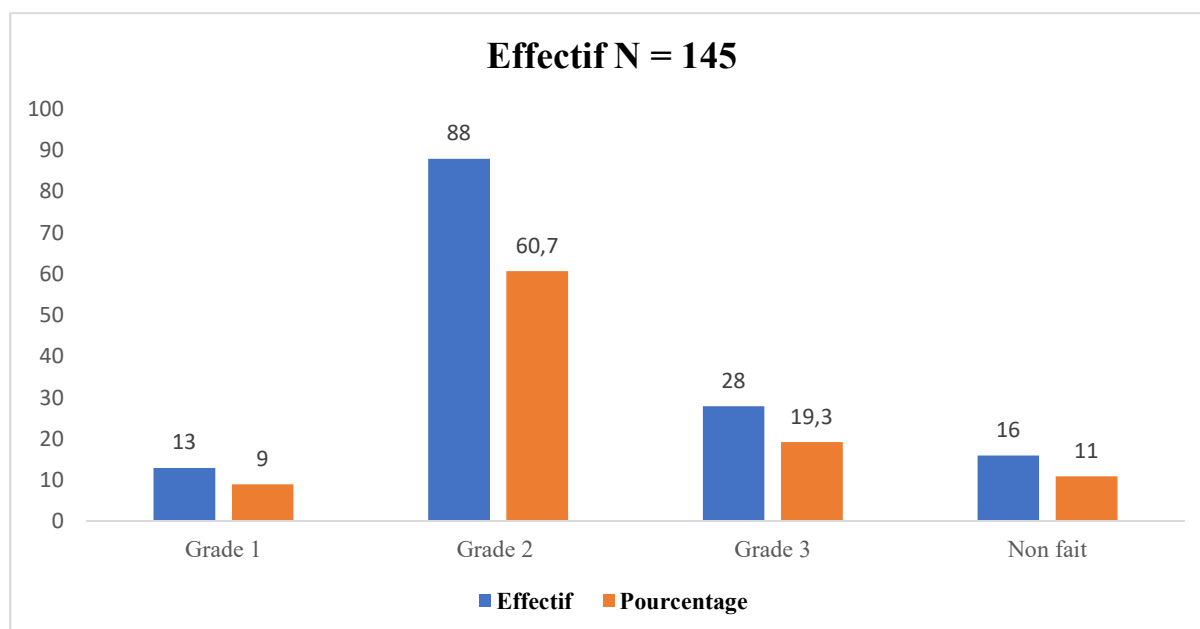


Figure 3 : Répartition selon le grade histo-pronostic Elston et Ellis à la microbiopsie

Le grade 2 de Elston et Ellis était le plus fréquent avec 60,7% des cas.

Tableau 9 : Répartition selon les récepteurs hormonaux et le phénotype immuno
histochimique à la microbiopsie

Paramètres	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Récepteurs hormonaux		
Positif	97	66,9
Négatif	40	27,6
Non précisé	8	5,5
Phénotype		
Luminal A	20	13,8
Luminal B	58	40
HER	38	26,2
Triple négatif	22	15,2
Non précisé	7	4,8

Le type luminal B représentait 40 % des phénotypes à l'immunohistochimie

Tableau 10 : Répartition selon les résultats du bilan d'extension à la TDM TAP

Resultat du bilan d'extension	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Non fait	15	10,3
M Lymphatique	4	2,8
M grand pectoral	11	7,6
M pulmonaire	1	0,7
M osseuse unique	10	6,9
M osseuses multiples	1	0,7
Pas de localisation secondaire	98	67,6
M pulmonaire, pleurale, osseuse	3	2,1
M pulmonaire et hépatique	1	0,7
M pulmonaire, pleurale, osseuse et cérébrale	1	0,7

Il n'y avait pas de localisation secondaire dans la majorité des cas.

Tableau 11 : Répartition selon l'attitude thérapeutique initiale

Attitude thérapeutique initiale	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Chirurgie première	42	29,0
CNA	95	65,5
Chimio palliative	6	4,1
Non fait	2	1,4

La CNA représentait l'attitude thérapeutique initiale dans 65,5 % des cas.

Tableau 12 : Répartition selon le type de chirurgie

Type de chirurgie	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Adenectomie	2	1,4
Tumorectomie + Curage axillaire	8	5,6
Halsted	3	2,1
Halsted post chimio	3	2,1
Patey	33	22,8
Patey bilatéral	1	0,7
Patey gauche post chimio + Ablation du muscle en regard + Adenectomie Pré claviculaire	1	0,7
Patey post chimio	49	33,8
Patey post chimio + Lambeau du grand dorsal	1	0,7
Patey post chimio + Recoupe musculaire	2	1,4
Tumorectomie + GS	1	0,7
Non fait	41	28,3

Le patey représentait la chirurgie la plus pratiquée

Tableau 13 : Répartition selon la chimiothérapie adjuvante, l'hormonothérapie et la radiothérapie

Paramètres	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Chimiothérapie adjuvante		
Oui	31	21 ,4
Non	110	75,9
Hormonothérapie		
Oui	73	50,3
Non	72	49,7
Radiothérapie		
Oui	99	68,3
Non	46	31,7

La majorité des patientes ont bénéficié d'une radiothérapie et d'une hormonothérapie en traitement adjuvant.

Tableau 14 : Répartition selon le type histologique sur la pièce opératoire

Type histologique	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Carcinome canalaire infiltrant type NOS	85	58,6
Carcinome canalaire infiltrant de type papillaire	4	2,7
Carcinome in situ avec foyers infiltrants	3	2
Carcinome lobulaire infiltrant	4	2,7
Carcinome lobulaire pléomorphe	1	0,7
Carcinome canalaire infiltrant de type mucineux	3	2
Processus carcinomateux d'origine mammaire	1	0,7
Localisation secondaire d'un processus mammaire peu différencié	1	0,7
Localisation sous cutanée d'un processus carcinomateux bien différencié d'origine mammaire	1	0,7
Sarcome phyllode	1	0,7
Non fait	41	28,3

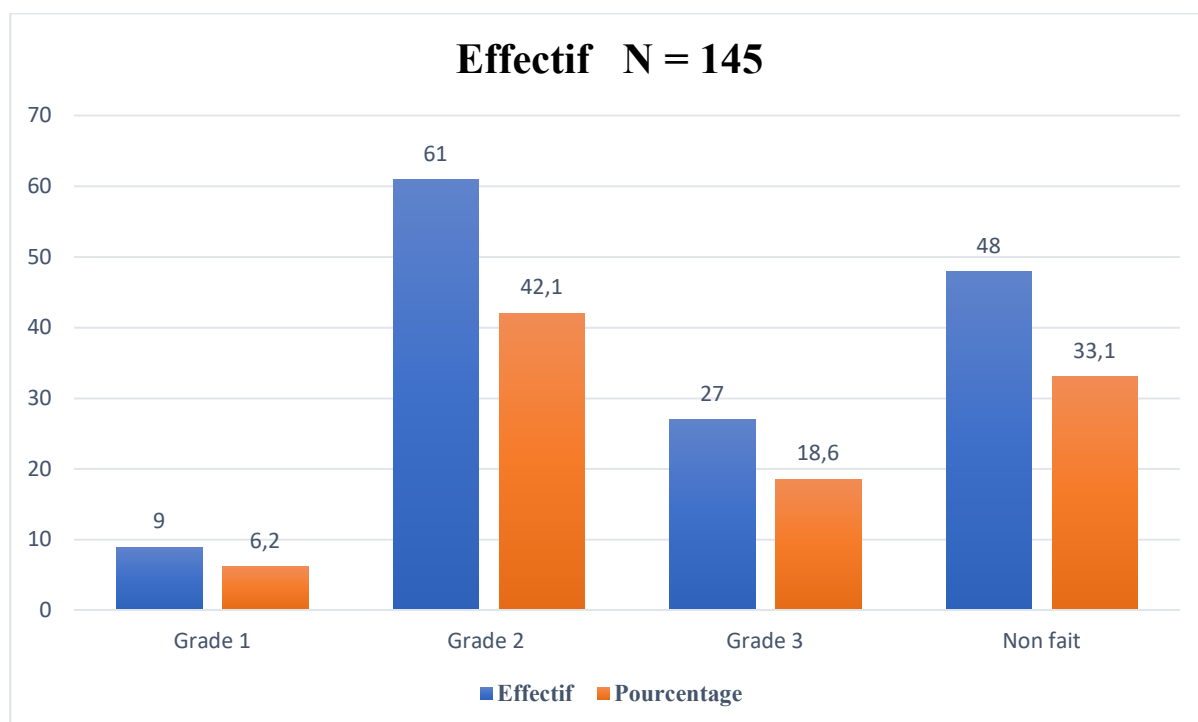


Figure 4 : Répartition selon le grade histo-pronostic Elston et Ellis sur la pièce opératoire

Tableau 15 : Répartition selon la classification histologique finale

Classification histologique finale	Effectif (N : 145)	Pourcentage %
Non fait	45	31,0
PT1c(m)N0	2	1,4
PT1cN0	5	3,4
PT1cN1aM0	1	0,7
PT1cN2a	1	0,7
PT1N0	1	0,7
PT2(m)N3	1	0,7
PT2N0	10	6,9
PT2N0M0	1	0,7
PT2N1	5	3,4
PT2N1a	6	4,1
PT2N2	1	0,7
PT2N3	1	0,7
PT3N3	1	0,7
pTisN0	1	0,7
ypT0N0	16	11,0
ypT0N1	3	2,1
ypT0N1a	1	0,7
ypT0N2	1	0,7
ypT1aN0	5	3,4
ypT1aN1	1	0,7
ypT1aN1a	1	0,7
ypT1bN0M0 / ypT0N0M0	1	0,7
ypT1bN1	2	1,4
ypT1cN0	2	1,4
ypT1cN1a	3	2,1
ypT1micN0	1	0,7
ypT1micN1a	1	0,7
ypT1N0	4	2,8
ypT1N2	1	0,7
ypT2N0	9	6,2
yPT2N0	1	0,7
ypT2N1	1	0,7
yPT2N1	1	0,7
ypT2N1a	1	0,7
ypT2N2	3	2,1
ypT2N3a	3	2,1
ypT3N2a	1	0,7

Tableau 16 : Répartition selon la taille de la tumeur et le statut ganglionnaire

Paramètres	Effectif (N =145)	Pourcentage %
Taille de la tumeur		
Non précisé	48	33,1
T1	10	6,9
T2	25	17,2
T3	1	0,7
YPT0	21	14,5
YPT1	21	14,5
YPT2	18	12,4
YPT3	1	0,7
Statut ganglionnaire		
Non précisé	48	33,1
N0	21	14,5
N1	12	8,3
N2	2	1,4
N3	3	2,1
YN0	36	24,8
YN1	15	10,3
YN2	5	3,4
YN3	3	2,1

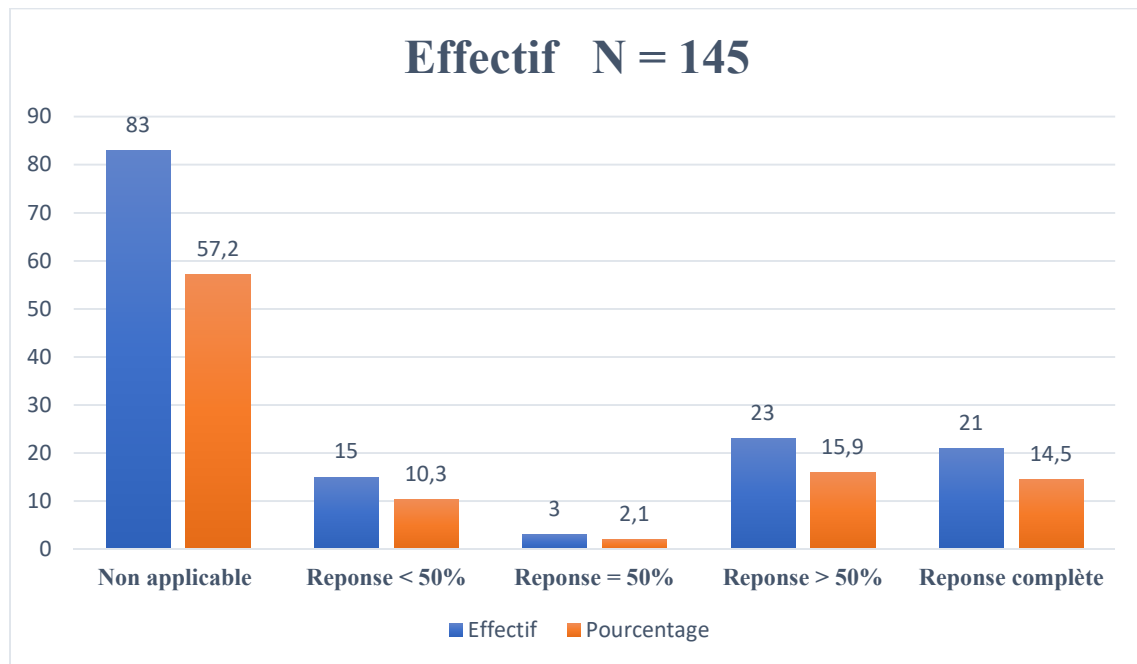


Figure 5 : Répartition selon la réponse thérapeutique au traitement néo adjuvant

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une CNA, la réponse thérapeutique était complète dans 14,5% des cas et > 50% dans 15,9.

Chapitre III : DISCUSSION

Le cancer du sein est aujourd'hui un problème majeur de santé publique dans le monde. Il occupe la première place en terme d'incidence et de mortalité chez la femme dans le monde. Il s'agit du cancer le plus fréquent et on estime chaque année qu'un million de femmes dans le monde sont diagnostiquées d'un cancer du sein et que plus de 410000 sont susceptibles de mourir de cette pathologie (6,7).

En 2018, il y a eu 2 088 849 nouveaux cas de cancer du sein dans le monde entraînant 626 679 décès (5).

L'incidence du cancer du sein est associée à la mondialisation car elle est plus fréquente dans les pays à revenu élevé (571/100 000) que dans les pays à faible revenu (8).

L'incidence du cancer du sein est la plus élevée aux États-Unis et en Europe occidentale et la plus faible en Afrique et en Asie. Cette incidence augmente de nos jours avec un taux d'augmentation plus élevé dans les pays en développement (9).

Le cancer du sein représente un diagnostic de cancer sur 8 et un total de 2,3 millions de nouveaux cas dans les deux sexes combinés. Chez les femmes, les cancers du sein représentent un quart de tous les cas de cancer. Il s'agissait de loin du cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes en 2020, et son fardeau a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier dans les pays en voie de développement (1).

En 2020, les états unis enregistraient en Amérique du Nord 12,5 % de cancers du sein lorsque l'Asie centrale et du Sud en enregistraient 11,3 %, l'Europe occidentale et l'Afrique enregistraient respectivement 7,5 et 8,3% (1,4).

L'âge est un facteur de risque important du cancer du sein. L'âge au moment du diagnostic est un facteur pronostique important puisque les tumeurs diagnostiquées à un âge plus jeune sont généralement plus agressives avec une faible réponse au traitement. L'âge moyen de nos patientes était de 50,1 ans avec des extrêmes de 22 ans et 73 ans.

Cet âge moyen trouvé dans notre étude corrobore avec celui rapporté dans une autre étude (10) réalisée en 2021 au CHU HASSAN II de Fès sur un échantillon de 1159 patientes où les auteurs rapportaient un âge moyen de 49 ans et avec une majorité (69%) de patientes ayant un âge inférieur à 50 ans.

Il est également proche de ceux rapportés dans des études (11,12) réalisées en Guinée et en Côte d'Ivoire en 2019 où les auteurs rapportent des âges moyens respectifs de 48,2 ans.

Les patientes âgées de 40 à 49 ans étaient les plus représentées dans notre série.

Ce constat est le même dans les centres urbains indiens où la plupart des cancers du sein sont détectés dans la tranche d'âge des 40 à 49 ans (9). Et il est tout de même différent aux États-

unis, où l'âge maximal de l'incidence du cancer du sein est de 60 à 69 ans avec un âge médian de 62 ans **(13)**.

Il existe un gradient d'âge important, avec environ un quart des cancers du sein survenant avant l'âge de 50 ans et moins de 5 % avant l'âge de 35 ans **(2)**.

Dans notre étude, on notait également une proportion importante de patientes âgées de moins de 40 ans.

Les cancers du sein qui surviennent à un âge plus jeune est considéré comme différent de celui des patientes plus âgées. Car ces cancers ont tendance à avoir une nature biologique plus agressive, un grade tumoral plus élevé et une fraction de prolifération plus élevée avec plus d'invasion vasculaire que les mêmes tumeurs malignes trouvées chez les femmes plus âgées **(7)**.

La survenue de cancer du sein chez les femmes de moins de 40 ans est de plus en plus observée dans notre service. Le cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans représente 5 % des cancers du sein en France et 7 % dans le monde **(14)**.

Tout comme dans la majorité des études **(9,12,15)**, le principal motif de consultation de nos patientes était l'apparition d'un nodule du sein. Ce motif semblant être classique est le plus fréquent de consultation des patientes diagnostiquées d'un cancer du sein dans la plupart des études.

Le délai moyen entre le début de la symptomatologie et la consultation était de moins de 6 mois dans 62 % des cas et entre 6 mois à 1 an dans 28 % des cas. Plus le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation est court plus les chances de prises en charge à un stade précoce de la maladie sont élevées et mieux seront les chances de contrôle local de la maladie et de survie après traitement. Il serait important d'intensifier les programmes de sensibilisation dans notre contexte afin de réduire ce délai de consultation qui pourrait sans nul doute améliorer le pronostic des patientes.

Le cancer du sein est un cancer multifactoriel en dehors du fait qu'il soit hormonodépendant. Certains facteurs hormonaux intrinsèques comme l'âge à la ménarche, l'âge à la première grossesse, la parité, l'allaitement et l'âge à la ménopause peuvent aussi avoir un impact sur le risque de cancer du sein **(16)**.

Il a été constaté dans notre étude que 30% des patientes étaient nullipares et 49,7 % d'entre elles étaient ménopausées. La nulliparité est un facteur de risque bien connu du cancer du sein **(7)**. Le taux de nullipare rapporté dans notre étude est supérieur à celui rapporté par Aka E et

al. (12) qui ont rapporté dans leurs étude une proportion de 11,9% de nullipare sur une cohorte de 335 femmes atteintes de cancer du sein.

Dans notre étude nous n'avons pas précisé si les patientes ont eu une ménopause tardive. Par ailleurs, il est rapporté que les femmes qui atteignent la ménopause après 50 ans présentent un risque plus élevé de cancer du sein en comparaison avec celles dont les menstruations cessent précocement (6).

S'agissant de la contraception œstroprogestative, seulement 15% de nos patientes en ont fait usage au cours des derniers mois avant l'apparition des premiers symptômes sans pour autant préciser le nombre d'années durant lesquelles elles étaient sous contraceptifs.

L'association contraception hormonale cancer du sein reste controversée, plusieurs études sur le sujet n'ont pas pu démontrer que son utilisation augmente de manière significative le risque de cancer du sein. Un risque relatif de l'ordre de 1,5 est seulement retrouvé pour les femmes ayant utilisé des CO très jeunes pendant au moins 5 ans et avant une première grossesse (17).

Sur le plan clinique la majorité des patientes de notre étude se sont présentées aux stades T4 et T3 avec des proportions respectives de 34,5 et 30,3 %. On ne notait pas d'atteinte ganglionnaire chez plus de 50 % des patientes de notre série et parmi les patientes qui avaient une atteinte ganglionnaire, le stade N1 représentait 40% des cas.

Ce diagnostic aux stades avancés pourrait être corrélé, au délai moyen entre l'apparition des symptômes et la première consultation de la patiente.

En dépit du fait que ce stade soit déterminant pour la prise en charge. Il reste également un facteur pronostic important.

Dans les pays en voie de développement, il est le plus souvent noté que le diagnostic des cancers du sein se font à des stades avancés.

Dans l'étude de Aka E et al. les patientes étaient diagnostiquées à des stades avancés avec 73,14% des tumeurs qui avaient une taille clinique de plus de 5 cm et 85% avec des adénopathies (12).

Dans une autre étude faite par Traoré B et al. 75,9% des patientes avaient un stade supérieur au stade 2 avec 62,1% d'atteinte ganglionnaire (11).

Ces proportions importantes de patientes avec des stades cliniques avancés témoignent non seulement de l'absence ou du manque d'efficacité de programme de dépistage systématique dans la plupart des pays en voie de développement.

Au Maroc malgré la bonne desserte en centre de dépistage, des efforts restent encore à faire pour que les femmes adhèrent massivement au dépistage pour permettre le diagnostic à un stade précoce de la maladie.

L'examen clinique étant limité, toutes nos patientes ont bénéficié initialement d'une mammographie associée à une échographie mammaire bilatérale pour explorer les glandes mammaires.

Cette exploration radiologique reste indispensable pour orienter le diagnostic, quoique ne permettant pas toujours le diagnostic différentiel avec les mastites inflammatoires non carcinomateuses. D'où l'intérêt de réaliser des prélèvements pour analyse histologique.

Pour des fins diagnostics, nous avons réalisé des micro-biopsies pour la plupart échoguidées. Le carcinome canalaire infiltrant de type non spécifique était le type histologique le plus fréquent à la micro-biopsie avec une fréquence de 84,1% et une prédominance des grades 2 et 3 de Elston et Ellis.

Ce type histologique est le plus fréquent dans la majorité des études réalisées avec des proportions importantes dépassant les 75% dans la plupart des études.

En Hollande, dans une large étude faite par Maliko N et al (15), ce type histologique représentait 90,5 % des cas chez les sujets jeunes et 79% des cas chez les sujets âgés, lorsqu'en Inde et en Côte d'Ivoire Maurya A et al. (9) et Aka E et al (12) en ont rapporté respectivement 88% et 90,4%.

Le cancer du sein est une maladie complexe et hétérogène sur le plan anatomopathologique et biologique et cette hétérogénéité est variable d'une population à une autre sans pour autant avoir des explications claires sur ce fait. Il s'ajoute à cette étude anatomopathologique une classification moléculaire qui est désormais un outil important pour guider la prise en charge du cancer du sein.

L'analyse immunohistochimique des cas de notre série retrouvait que plus de la moitié des tumeurs exprimaient les récepteurs hormonaux et le phénotype luminal B était le plus fréquent (40%), suivi des tumeurs surexprimant l'HER2 (26,2%). Les tumeurs triple négatif et luminal A étaient les moins fréquentes avec des proportions respectives de 15,2 % et 13,8%.

Nos résultats sont bien différents de ceux rapportés par AKA E et al (12) qui ont identifié le sous-groupe triple négatif comme le plus fréquent (43,3%) suivi du sous-groupe luminal A (37%). Ils restent également différents de ceux rapportés dans une étude réalisée en Guinée (11) où le sous type luminal A était le plus représenté suivi du triple négatif avec des fréquences

de 34,5 % et 25,9%. Tout comme constaté dans ces 2 études il est habituellement rapporté que le sous type triple négatif est très fréquent dans les populations noires.

La fréquence plus élevée de cancer du sein triplement négatif chez les femmes noires que chez les femmes blanches à tous les âges pourrait être une illustration du fait que les femmes noires sont plus sensibles au cancer du sein triple négatif. En revanche dans les populations d'autres couleurs à l'occurrence celle blanche le triple négatif est moins fréquent tout comme il en est le cas dans notre étude.

Une étude (3) faite en chine trouvait que les phénotypes luminal A et luminal B étaient les plus fréquents et représentent chacun 1/3 des cas de cancers du sein tandis que les tumeurs de type triple négatifs représentaient moins de 15% de l'ensemble des cancers du sein. Des précédentes études faites au Maroc (18,19) quelques années plutôt sur les mêmes populations que les nôtres rapportaient également que le phénotype triple négatif était le moins fréquent.

L'oncoprotéine Her2 était surexprimé chez 26,2 % des patientes de notre étude. Cette proportion est inférieure à celle des patientes dont les tumeurs exprimaient des récepteurs hormonaux. Tout comme dans notre étude, certains auteurs (3,11,12,18,19) ont rapporté dans leurs études que l'oncoprotéine Her2 est moins surexprimé que les récepteurs hormonaux. Bien que répondante à une thérapie ciblée, la surexpression de Her2 est associée à des facteurs de mauvais pronostic corrélés au stade de diagnostic du cancer du sein.

La qualité de la prise en charge du cancer du sein dépend du centre de traitement, de la disponibilité du traitement multimodal ainsi que du statut socio-économique. Il peut également dépendre du temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation dans un centre spécialisé mais aussi du temps qui s'écoule entre l'obtention d'un diagnostic et le début du traitement définitif.

De nos jours plusieurs modalités de traitement sont reconnues pour la prise en charge d'un cancer du sein avec d'énormes progrès ces 25 dernières années en raison de l'incidence grandissante du cancer du sein et de la multitude des études et essais thérapeutiques.

Parmi les 145 patientes de notre série l'attitude thérapeutique initiale était dominée par le recours à la chimiothérapie néoadjuvante chez 95 patientes (65,5%) suivie d'une chirurgie première chez 42 patientes (29%), et d'une chimiothérapie palliative chez 6 patientes (4,1%).

Dans notre service le protocole de prise en charge obéit aux recommandations françaises (20) édictées dans le senorif 2021 – 2022 élaborées par l'institut Gustave Roussy.

La chimiothérapie néoadjuvante est de plus en plus utilisée dans le traitement du cancer du sein tant précoce (20,21) que localement avancé. Ce qui explique le recours important à cette

modalité thérapeutique dans notre étude. Il est aujourd'hui reconnu que pour une certaine catégorie de cancer du sein que la chimiothérapie néo adjuvante trouve son indication quel que soit le stade en raison des gains potentiels de survie sans rechute et survie globale par l'administration d'un traitement complémentaire en cas de (cancers triple négatifs et HER2+), de tumeurs localement avancées inopérables d'emblée ou localement très avancées : T4 a, c, d (et certains T4b) et N3. Elle contribue aussi à amélioration des chances de conservation ou de faibles séquelles esthétiques, sur une tumeur présentant dans tous les cas une indication de chimiothérapie selon critères clinico-biologiques. Pour les : cancers du sein triple négatifs et HER2+ l'indication à une chimiothérapie néoadjuvante est possible à partir $T \geq 2\text{cm}$ et/ou $N \geq 1$. et à discuter pour les T1c N0 selon le rapport taille tumeur / sein **(20)**.

Dans notre étude, toutes les tumeurs Her2 et triples négatives ont été systématiquement soumis à la chimiothérapie néo adjuvante qui a permis d'obtenir une réponse thérapeutique complète chez 21 patientes (14,1%) et une réponse thérapeutique supérieure à 50% chez 23 patientes (15,9%). La réponse pathologique complète (après chimiothérapie néoadjuvante est un bon prédicteur de résultat à long terme **(21)**.

La chirurgie a consisté à la réalisation d'un Patey dans la majorité des cas en raison du fait que la majorité des tumeurs avaient une taille supérieure ou égale à T3 en plus du fait qu'elles étaient multicentriques et aussi en raison de l'absence de possibilité de traitement conservateur vu les proportions des tumeurs par rapport aux volumes des seins.

La stratégie adjuvante a consisté à une hormonothérapie pour toutes patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs, une chimiothérapie adjuvante chez 21,9% des patientes et une radiothérapie complémentaire a été faite chez 99 patientes (68,9%).

Le rôle de la radiothérapie post opératoire dans la réduction de la récurrence locale est aujourd'hui non discutable.

En fin loin d'être parfaite, notre étude est limitée par son caractère rétrospectif. Ce qui ne nous a pas permis de prendre en compte certaines variables en raison de leurs absences dans certains dossiers. Leur prise en compte aurait sans doute amélioré la qualité de nos résultats et nous aurait permis d'inclure des résultats nous permettant d'évaluer les différents facteurs de risque de survenue du cancer du sein dans notre société ainsi que la survie des patientes à la suite de la prise en charge.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que le cancer du sein est un cancer fréquent dans notre pratique de tous les jours. Dans notre service, il est le plus fréquent des cancers gynécologiques et mammaires avec un rajeunissement de la population atteinte.

C'est également la première cause de chirurgie pour pathologie cancéreuse au sein du service. Notre étude révèle que le diagnostic de cancer du sein est fréquent chez les femmes de moins de 50 ans dans notre contexte.

Le diagnostic se fait souvent à un stade où la tumeur est localement avancée et le type histologique le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant de type NOS.

Le phénotype le plus fréquent est le luminal B.

Des actions doivent être entreprises afin de rendre possible un diagnostic plus précoce de la maladie afin de permettre de réduire le nombre de mastectomie restant tout de même une chirurgie mutilante surtout chez la jeune femme.

Résumé :

Introduction : Le cancer du sein occupe la première place en terme d'incidence et de mortalité chez la femme tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans notre service, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers gynécologiques et mammaires avec un rajeunissement de la population atteinte. C'est également la première cause de chirurgie pour pathologie cancéreuse au sein de notre service.

L'objectif général est de décrire les aspects anatomopathologiques ainsi que la prise en charge des cancers du sein dans le service de gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif ayant portée sur 145 patientes prise en charge pour cancer du sein au service de gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès

Résultats : Nous avons colligé 145 dossiers de patientes suivies pour un cancer du sein. L'âge moyen de nos patientes était de 50 ans avec des extrêmes de 22 et 73 ans. La tranche d'âge de 40 à 49 ans était la plus représentée (42,8%). On notait 49% de nulligeste. Le motif de consultation le plus fréquent était le nodule du sein avec 86 cas soit 59,3%. Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation était de moins de 6 mois dans 62,1% des cas. La majorité des tumeurs était cliniquement classée T4 (34,5%) avec une atteinte ganglionnaire dans 49% des cas. Le carcinome canalaire infiltrant de type NOS était le type histologique le plus fréquent (84,1%) avec une prédominance du grade 2 de Elston et Ellis. Les récepteurs hormonaux étaient positifs chez 66,9 des cas, l'oncogène Her 2 était surexprimé par 26,2 % des tumeurs et le phénotype le plus fréquent était le luminal B (40%). La majorité des patientes (65,5 %) des patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie néo adjuvante comme attitude thérapeutique initiale et la chirurgie était dominée par le patey dans 63,5% des cas.

Conclusion : Le cancer du sein est un cancer fréquent dans notre pratique de tous les jours. En raison de son diagnostic fréquent chez les femmes de moins de 50 ans dans notre contexte, des actions doivent être entreprises afin de rendre possible un diagnostic plus précoce. La précocité du diagnostic permettrait de réduire le nombre de mastectomie restant tout de même une chirurgie mutilante.

Mots – clés : Cancer du sein ; Anatomopathologie ; Chirurgie ; CHU HASSAN II de Fès.

Abstract:

Introduction: Breast cancer is the first in terms of incidence and mortality among women in both developed and developing countries.

In our department, breast cancer is the most common gynecological and mammary cancer with a rejuvenation of the affected population. It is also the leading cause of surgery for cancer pathology in our department.

The general objective of our study was to describe the pathological aspects as well as the management of breast cancer in the gynecological-obstetrics department 2 of the CHU HASSAN II of Fez

Methods: this was a retrospective study of the descriptive type involving 145 patients treated for breast cancer in our department.

Results: We collected 145 patient records followed for breast cancer. The average age of our patients was 50 years with extremes of 22 and 73 years. The 40 - 49 age group was the most represented (42.8%). There was 49% nulligeste. The most frequent reason for consultation was the breast nodule with 86 cases or 59.3%. The time between the onset of symptomatology and consultation was less than 6 months in 62.1% of cases. The majority of tumors were clinically classified as T4 (34.5%) with lymph node involvement in 49% of cases. Invasive ductal nonspecific carcinoma was the most common histological type (84.1%) with a predominance of Elston and Ellis grade 2. Hormone receptors were positive in 66.9 of the cases, the Her2 oncoprotein was overexpressed by 26.2% of tumors and the most common phenotype was luminal B (40%). Most patients (65.5%) received neoadjuvant chemotherapy as an initial therapeutic attitude and surgery was dominated by patey in 63.5% of cases.

Conclusion: Breast cancer is a common cancer in our everyday practice. Due to its frequent diagnosis in women under 50 years of age in our context, actions must be taken to make earlier diagnosis possible. The early diagnosis would reduce the number of mastectomies remaining a mutilating surgery.

Keywords: Breast cancer; Anatomical pathology; Surgery; CHU HASSAN II of Fez.

REFERENCES

1. **Arnold M, Morgan E, Rungay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, et al.** Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *Breast*. 2022;66:15–23.
2. **Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al.** Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2019;30(8):1194–220.
3. **Sang Y, Yang B, Mo M, Liu S, Zhou X, Chen J, et al.** Treatment and survival outcomes in older women with primary breast cancer: A retrospective propensity score-matched analysis. *Breast*. 2022;66:24–30.
4. **International agency for research cancer. WHO 2020.**
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/504-morocco-fact-sheets.pdf>. Consulté le 20 février 2023.
5. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
6. **Frikha N, Chlif M.** An overview of the risk factors for breast cancer. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*. 2021 ;205 : 519–27.
7. **Pollán M.** Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;123(1):3-6.
8. **Kashyap D, Pal D, Sharma R, Garg VK, Goel N, Koundal D, et al.** Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *Biomed Res Int*. 2022;2022.
9. **Maurya AP, Brahmachari S.** Current Status of Breast Cancer Management in India. *Indian Journal of Surgery*. 2021;83:316–21.
10. **Gamrani S, Boukansa S, Benbrahim Z, Mellas N, Fdili Alaoui F, Melhouf MA, et al.** The Prognosis and Predictive Value of Estrogen Negative/Progesterone Positive (ER-/PR+) Phenotype: Experience of 1159 Primary Breast Cancer from a Single Institute. *Breast Journal*. 2022;2022.

11. **Traoré B, Koulibaly M, Diallo A, Bah M.** Molecular profile of breast cancers in Guinean oncological settings. *Pan African Medical Journal.* 2019;33.
12. **Aka E, Horo A, Koffi A, Fanny M, Didi-Kouko C, Nda G, et al.** Management of breast cancer in Abidjan: A single center experience. *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie.* 2021;49(9):684–90.
13. **DeSantis CE, Ma J, Gaudet MM, Newman LA, Miller KD, Goding Sauer A, et al.** Breast cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* 2019;69(6):438–51.
14. **Lanta Q, Arveux P, Asselain B.** Épidémiologie et spécificités socioculturelles de la femme jeune atteinte de cancer du sein. *Bulletin du CANCER* 2019 ; 106 : S4- S9.
15. **Maliko N, Bijker N, Bos ME, Wouters MW, Vrancken Peeters MJT.** Patterns of care over 10 years in young breast cancer patients in the Netherlands, a nationwide population-based study. *Breast.* 2022;66:285–92.
16. **Veron L, Wehrer D, Caron O, Balleyguier C, Delalogue S.** Other approaches in breast cancer screening. *Bulletin du Cancer.* 2022 ; 109 :786–94.
17. **A.R.C.** Combined Estrogen-Progestogen contraceptives. *Iarc Monographs on the Evaluation of Carcinogenic risks to Humans*, 100A. 2012; p.283–317.
18. **Fouad A, Yousra A, Kaoutar Z, Omar el M, Afaf A, Sanae B.** Classification moléculaire du cancer du sein au Maroc. *Pan Afr Med J.* 2012;13:91.
19. **Mrabti H, Sauvaget C, Benider A, Bendahhou K, Selmouni F, Muwonge R, et al.** Patterns of care of breast cancer patients in Morocco – A study of variations in patient profile, tumour characteristics and standard of care over a decade. *Breast.* 2021;59:193–202.
20. **Référentiel diagnostique et thérapeutique SEIN – SENORIF 2021-2023 : CANCERS ET PATHOLOGIES DU SEIN ATTITUDES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES, PROTOCOLES DE TRAITEMENT 2021-2022 (AP-HP).** 2021.
21. **Jacobs AT, Martinez Castaneda-Cruz D, Rose MM, Connelly L.** Targeted therapy for breast cancer: An overview of drug classes and outcomes. *Biochem Pharmacol.* 2022;204:115209.

ANNEXES

Fiche d'exploitation

Nom

IP :

Age :

Profession

Motif de consultation :

Évolution de la symptomatologie :

<6 mois ☐ 6mois à 1 an ☐ plus d'1an ☐ Non précisé ☐

Antécédents :

Familiaux : Antécédents de cancer gynéco et mammaire : Oui ☐ Non ☐ Si oui lequel

Personnels :

Gynéco-obstétricaux : G ☐ P ☐

Statut hormonal : Régulée ☐ Ménopausée ☐

Contraception : Oui ☐ Non ☐

Examen sénologique :

Sein atteint : ☐ quadrant : ☐ ; Taille

Aires ganglionnaires :

Classification TNM :

Mammographie +/- écho mammaire : ACR 1 ☐ ACR2 ☐ ACR3 ☐ ACR4 ☐ ACR5 ou autres
☐ à préciser

Micro biopsie : Oui ☐ Non ☐ Si oui : Résultat

Phénotype

BILAN D'EXTENSION :

Radio pulmonaire : Oui ☐ Non ☐ Si oui Normale ☐ Lésions secondaires ☐

Echo abdominale : Oui ☐ Non ☐ Si oui Normale ☐ Lésions secondaires ☐

TDM Thoracique : Oui ☐ Non ☐ Si oui Normale ☐ Lésions secondaires ☐

Scintigraphie osseuse : Oui ☐ Non ☐ Si oui Normale ☐ Lésions secondaires ☐

ATTITUDE THERAPEUTIQUE :

1. Chimiothérapie Néoadjuvante Oui ☐ Non ☐ Si oui protocole et nombre de séance reçue

2. Chirurgie : Oui ☐ Non ☐ Si oui : Type

3. Chimiothérapie adjuvante Oui ☐ Non ☐ Si oui protocole et nombre de séance

4. Hormonothérapie Oui ☐ Non ☐ si oui lequel :

5. Chimiothérapie palliative : Oui ☐ Non ☐ Si oui protocole et nombre de séance

6. Radiothérapie : Oui ☐ Non ☐ Si oui dose et nombre de séance

Histologie post opératoire : Oui ☐ Non ☐ Si oui Résultat :

Evolution : Favorable Oui ☐ Non ☐ Défavorable Oui ☐ Non ☐ Si oui préciser la complication

Décès Oui ☐ Non ☐

Perdue de vue Oui ☐ Non ☐

Classification TNM clinique du cancer du sein, 8^{ème} édition 2017

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté "cTNM" et le stade anatomopathologique post-chirurgical noté "pTNM" ou « ypTNM » en cas de traitement néoadjuvant.

La classification ci-dessous est la classification clinique.

Les classifications histopathologiques sont insérées dans le paragraphe anatomopathologie.

Tumeur Primaire T

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable

- Tis : carcinome in situ
- Tis (DCIS) : carcinome canalaire in situ
- Tis (CLIS) : carcinome lobulaire in situ
- Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente

NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mi : micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

- T1a : $1 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ mm}$ dans sa plus grande dimension
- T1b : $5 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 1 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension
- T1c : $1 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 2 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T2 : $2 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur $> 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- T4c : T4a + T4b
- T4d : cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux N

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional

N1 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) mobile(s) étage 1 et 2 de Berg

N2 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) dans étage 1 et 2 de Berg fixée(s) ou métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne cliniquement (clinique et imagerie) sans atteinte axillaire

N2a : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) dans étage 1 et 2 de Berg fixé(s)

N2b : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) mammaire(s) interne(s) détectée(s) cliniquement (clinique et imagerie) sans atteinte axillaire

N3 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) sous-claviculaire(s) (étage 3 de Berg) avec ou sans atteinte des étages 1 et 2 de Berg ou métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne cliniquement (clinique et imagerie) avec atteinte axillaire des étages 1 et 2 de Berg ou métastases ganglionnaire(s) sus-claviculaire(s) avec ou sans atteinte axillaire ou mammaire interne

· N3a : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) sous-claviculaire(s) (étage 3 de Berg)

· N3b : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne et axillaire(s)

· N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)

· Mx : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

· M0 : absence de métastases à distance

· M1 : présence de métastase(s) à distance

Résumé

Introduction : Le cancer du sein occupe la première place en terme d'incidence et de mortalité chez la femme tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Dans notre service, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers gynécologiques et mammaires avec un rajeunissement de la population atteinte. C'est également la première cause de chirurgie pour pathologie cancéreuse au sein de notre service.

L'objectif général est de décrire les aspects anatomopathologiques ainsi que la prise en charge des cancers du sein dans le service de gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès

Méthodologie : il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif ayant portée sur 145 patientes prise en charge pour cancer du sein au service de gynéco obstétrique 2 du CHU HASSAN II de Fès

Résultats : Nous avons colligé 145 dossiers de patientes suivies pour un cancer du sein. L'âge moyen de nos patientes était de 50 ans avec des extrêmes de 22 et 73 ans. La tranche d'âge de 40 à 49 ans était la plus représentée (42,8%). On notait 49% de nulligeste. Le motif de consultation le plus fréquent était le nodule du sein avec 86 cas soit 59,3%. Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation était de moins de 6 mois dans 62,1% des cas. La majorité des tumeurs était cliniquement classée T4 (34,5%) avec une atteinte ganglionnaire dans 49% des cas. Le carcinome canalaire infiltrant de type NOS était le type histologique le plus fréquent (84,1%) avec une prédominance du grade 2 de Elston et Ellis. Les récepteurs hormonaux étaient positifs chez 66,9 des cas, l'oncogène Her 2 était surexprimé par 26,2 % des tumeurs et le phénotype le plus fréquent était le luminal B (40%). La majorité des patientes (65,5 %) des patientes ont bénéficié d'une chimiothérapie néo adjuvante comme attitude thérapeutique initiale et la chirurgie était dominée par le ptey dans 63,5% des cas.

Conclusion : Le cancer du sein est un cancer fréquent dans notre pratique de tous les jours. En raison de son diagnostic fréquent chez les femmes de moins de 50 ans dans notre contexte, des actions doivent être entreprises afin de rendre possible un diagnostic plus précoce. La précocité du diagnostic permettrait de réduire le nombre de mastectomie restant tout de même une chirurgie mutilante.

Mots – clés : Cancer du sein ; Anatomopathologie ; Chirurgie ; CHU HASSAN II de Fès