

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Article Original

Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques du cancer du sein chez la femme mauritanienne.

Epidemiological and anatomopathological aspects of breast cancer among Mauritanian women.

Auteurs :
Adnane Abdellahi Boubacar[1], Nacer Dine Mohamed baba[1]

Auteur correspondant : Nacer Dine Mohamed baba
Service Anatomie pathologique CHN de Nouakchott
BP 1164 Nouakchott Mauritanie
E-mail : nacer2013dine@gmail.com

Affiliation des auteurs :

[1] Service Anatomie pathologique CHN de Nouakchott

Article Info

Soumis : le 19/03/2019
Accepté : le 16/08/2019

Résumé

Objectif :

L'objectif de ce travail est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et histologiques du cancer du sein de la femme en Mauritanie. Cette étude a été réalisée dans deux hôpitaux et a consisté en une enquête rétrospective de 2010 à 2015.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des dossiers de patientes ayant consulté dans deux hôpitaux de Nouakchott (Hôpital Cheikh Zayed et Centre Hospitalier National) sur une période de 5 ans, pour cancer du sein confirmé histologiquement. Les paramètres étudiés étaient l'âge, la localisation de la tumeur, sa taille, son type, son grade histologique et l'immunohistochimie

Résultats:

Nous avons colligé 330 cas. L'âge moyen des patientes était de 52 ans, avec un minimum de 21 ans et un maximum de 91 ans. Le sein gauche était atteint dans 170 cas (51,52%) et le sein droit dans 159 cas (48,18%). Les tumeurs étaient de taille > 5 cm dans 52,41% des cas. Le carcinome canalaire infiltrant était observé dans 268 cas (81,21%) et le carcinome lobulaire dans 14 cas soit 4,24%). Le grade histo-pronostique de Scarff Bloom Richardson (SBR) montrait un grade II dans 64.86% des cas. Les récepteurs aux oestrogènes (RE), les récepteurs à la progestérone (RP) et le facteur de croissance épidermique humain (HER2) ont été déterminés chez 72 patientes, avec 31 cas de triples négatifs soit 43,06%.

Discussion :

Ce travail princeps a permis de montrer que le cancer du sein est diagnostiqué tardivement dans notre contexte car la majorité de nos patientes consultent à un stade déjà avancé de la maladie. Le pronostic est souvent réservé. L'immunohistochimie n'est pas toujours réalisable ce qui limite la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Conclusion :

la prise en charge diagnostique et thérapeutique du cancer du sein en Mauritanie pourra être améliorée par : l'amélioration du plateau diagnostique en introduisant et en vulgarisant

Article original

l'immunohistochimie dans les laboratoires d'Anatomie pathologiques mais aussi par l'éducation et la sensibilisation de nos populations pour un diagnostic précoce.

Mots clés : Cancer du Sein • Epidémiologie • Anatomie pathologique • Mauritanie

Abstract

Objectives :

The aim of this work was to study Epidemiological and anatomopathological aspects of breast cancer in Mauritania.

Material and methods :

This is a retrospective study of patients records from two hospitals in Nouakchott (Cheikh Zayid Hospital and National Hospital Center) over 5 years period for histologically confirmed breast cancer. Th parameters studied were age, location, size, type, histological grade and immunochemistry.

Results :

We collected 330 cases. The average age of the patients was 52 years old with extremes of 21 and 91 years. The left breast was reached in 170 cases (51.52%) and the right breast in 159 cases (48.18%). Tumors were larger than 5 cm in 52.41% of cases. Invasive ductal carcinoma was observed in 268 cases (81.21) and lobular carcinoma in 14 cases (4.24). The histopronostic grade of SBR showed the grade II in 34.86% of cases. Estrogen receptors (ERs), progesterone receptors (PRs) and human epidermal growth factor (HER2) were determined in 72 patients with 31 cases of triple negative representing 43.06%.

Discussion :

This pioneering work has shown that breast cancer is diagnosed late in our context because the majority of our patients consult at an advanced stage of the disease. The prognosis is often not optimistic. Immunohistochemistry is not always feasible which limits the diagnostic and therapeutic management. Our results are comparable to those observed in the subregion.

Conclusion :

In the future, we must improve the diagnostic and therapeutic management of this cancer by: improving the diagnostic platform by introducing and popularizing immunohistochemistry in pathological anatomy laboratories but also by education and awareness of our populations for early diagnosis.

Keywords : Breast cancer • epidemiology • Pathology • Mauritania

Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes à travers le monde et l'une des principales causes de la mortalité liée au cancer. Près de 1,7 million de cas sont diagnostiqués chaque année [1]. Il est de plus en plus fréquent et pose un réel problème de diagnostic et de prise en charge adéquate dans les pays en développement.

En Mauritanie, il n'y a pas de registre de cancers mais selon le registre d'Anatomie Pathologique du Centre hospitalier National, c'est le cancer le plus fréquent [2].

Le but de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques et anatomopathologiques du can-

Article original

cer du sein dans les deux plus grands hôpitaux de la capitale, le Centre Hospitalier National (CHN) et l'-Hôpital Cheikh Zayed (HCZ).

Matériels et méthodes

Notre étude s'est basée sur 330 cas de cancers du sein confirmés histologiquement et colligés sur 5 ans du 01 Janvier 2010 au 31 Décembre 2015 dans le Centre Hospitalier National et à l'Hôpital Cheikh Zayed.

Dans cette étude ont été retenues toutes les patientes ayant un cancer du sein confirmé par le résultat de l'examen anatomopathologique et n'ont pas été retenues les patientes atteintes d'affections mammaires et dont les résultats anatomopathologiques ne confirment pas un cancer du sein.

Pour réaliser ce travail, nous avons une fiche de recueil des données qui comporte les informations suivantes : l'identité du malade, l'âge, la latéralité de la tumeur, la localisation de la tumeur selon le quadrant, le type de prélèvement, la taille de la tumeur, le type histologique, le grade SBR (Scarff Bloom Richardson), les résultats de l'étude immunohistochimique.

Une analyse descriptive des différentes données a été effectuée. La saisie des données et leur analyse a été effectué sur le logiciel Excel (office 2013).

Résultats

L'âge moyen était de 52 ans avec des extrêmes de 21 à 91 ans. La tranche d'âge de 40 à 49 ans représentait 108 cas soit 32,73% et celle de 90 à 99 ans un seul cas.

25,76% des diagnostics ont porté sur pièces de mastectomie avec curage ganglionnaire, suivis par les biopsies 25,45% des cas. La mastectomie seule a été réalisée dans 19.70% des cas.

La tumorectomie a été réalisée dans 19,39 % des cas. Les autres prélèvements ont été réalisés avec des pourcentages moindres.

Les tumeurs étaient localisées à gauche dans 51,52 % des cas et à droite dans 48,18 % des cas. 57,58 % des tumeurs étaient localisées au niveau du quadrant supéro-externe, le quadrant inféro-externe représentait 17,17% ; le quadrant supéro-interne et le quadrant inféro-interne représentaient respectivement 10,10% et 5,05%.

Le pourcentage des tumeurs de taille > 5cm est de 52,41%, suivi par les tumeurs dont la taille est comprise entre 2 et 5 cm avec un pourcentage de 46,90%, tandis que les tumeurs de taille < 2cm ne représentent que 0,69%.

Sur le plan histologique, le carcinome canalaire infiltrant représentait 81,1 % des cas, le carcinome lobulaire infiltrant et le carcinome peu différencié représentaient chacun 4,24 % des cas. Les tumeurs phyllodes à haut grade de malignité étaient présentes dans 2,73 % des cas.

Les tumeurs de grade II constituaient 64,86 % des cas. 18,84 % des cas étaient de grade III. Les tumeurs de grade I représentaient 16,30 % des cas.

L'immunohistochimie n'a pu être retrouvée que pour 72 cas sur les 330 patientes de notre étude. Les récepteurs oestrogéniques présentent un marquage nucléaire de plus de 10 % des cellules tumorales dans 31,94 % des cas contre 37,5 % pour les récepteurs progestatifs. En ce qui concerne l'Her2, il est positif dans 11,11% des cas (score 3+), indéterminé dans 12.50% des cas (score 2+) et il est négatif dans 76,39% des cas. Les cancers « triples négatifs » représentent 43,06% de notre étude avec 31 cas.

Discussion

Dans notre série le cancer du sein a été retrouvé plus fréquemment dans la tranche d'âge de 40 à 49 ans avec une moyenne d'âge de 52 ans, donc chez des femmes d'âge moyen, mères de familles, en pleine activité, d'où la gravité et l'impact socio-économique de cette affection dans notre contexte. L'âge médian du cancer du sein dans notre population étudiée est comparable à celui retrouvé dans la littérature [3, 4, 5, 6]. (Tableau I)

Nous avons aussi constaté que, le cancer du sein est moins fréquent chez la femme jeune (17,8% dans notre série). Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans la littérature (Tableau I). En effet, les femmes de moins de 35 ans ne représentent que 2 à 25 % de l'ensemble des femmes atteintes de cancer du sein selon les séries [7].

Tableau I : Répartition globale en fonction de l'âge.

	Age < 35 ans (%)	Age médian
Ihemelandu et al. **[5]**	4	-
El hawary et al. **[4]**	14,6	50 ans
Cheang etal. **[3]**	7,1	-
Maalej (N=1437) **[6]**	10,2	51 ans
Notre série	17,8	52 ans

Dans notre série, 51,52% des tumeurs ont intéressé le sein gauche contre 48,18% pour le sein droit, et la localisation bilatérale a intéressé 0,3% des cas.

Ces résultats concordent avec les données de la littérature [8]. En effet, le cancer du sein est en général unilatéral et un peu plus souvent du côté gauche. Il atteint rarement les deux seins de manière simultanée (1 à 2% des cas).

Dans notre étude les tumeurs de taille > 5cm représentent 52,41% des cas tandis que les tumeurs de taille < 2cm ne représentent que 0.69%.

Il s'agit donc le plus souvent de patientes qui arrivent à des stades avancés du cancer avec des tumeurs de grosse taille (>5 cm). Or, selon la littérature, la taille de la tumeur est le deuxième plus important facteur pronostique du cancer du sein. La taille de la tumeur est un facteur pronostique indépendant du statut des ganglions lymphatiques [9] :

De plus, la taille de la tumeur du sein a une place primordiale tant dans l'indication d'un traitement conservateur que dans la reconstruction mammaire [10]. 25,76% de nos cas ont nécessité une mastectomie avec curage ganglionnaire, 19,70% ont nécessité une mastectomie.

Pour un organe aussi accessible à l'examen clinique que le sein, il peut paraître paradoxal qu'une majorité de patientes consultent à un stade évolué de la maladie. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de personnel médical ou par un manque d'information et de sensibilisation sur ce type de cancer dans notre pays.

Sur le plan histologique, le carcinome canalaire infiltrant (carcinome infiltrant de type non spécifique TNS de la nouvelle classification de l'OMS) est le plus fréquent représentant 81,21%, ce qui est comparable avec les données de la littérature [3, 4, 5,11].

Tableau II : Répartition globale en fonction du type histologique.

Etude	Type histologique		Autres
	CCI*	CLI**	
Lhemelandu et al. **[5]**	84,8	9,3	5,9
El hawary et al. **[4]**	83,2	9,1	7,7
Cheang et al. **[3]**	91,8	7,5	0,7
M. Aksim et al. **[11]**	87	7	6
Notre étude	81,21	4,24	14,66

Notre étude comporte un grand nombre de patientes qui présentent un cancer du sein de grades II et III (83,7 %). Des résultats semblables à notre étude ont été notés dans les pays maghrébins. En effet, la fréquence des tumeurs de grades II et III dans les populations Maghrébines est élevée, entre 65 à 89 % selon les études [12,13, 11]

Comparativement à l'Europe et à l'Amérique du nord, le grade au diagnostic des cancers du sein au Maghreb est largement plus élevé [14].

Le grade I (3, 4 ,5) est de bon pronostic, le grade II (6, 7) de pronostic intermédiaire et le grade III (8, 9) de pronostic défavorable [8]. (Tableau III)

Tableau III : Répartition globale en fonction du type histologique.

Grade SBR	Survie à 7 ans
I	0,89
II	0,65
III	0,54

Une recherche des récepteurs hormonaux (œstrogène; progestérone) et de Her-2 était réalisée chez seulement 72 de nos patientes. Ce taux faible est dû au coût élevé de ces examens qui sont souvent réalisés à l'étranger mais aussi à un manque de sensibilisation des praticiens sur leur importance.

Les récepteurs hormonaux sont considérés comme des facteurs pronostiques. Plus un cancer du sein est riche en récepteurs hormonaux, meilleur sera la réponse à l'hormonothérapie.

Article original

La connaissance du statut des récepteurs hormonaux (RH) est indispensable dès le diagnostic pour toute tumeur invasive (valeur prédictive de réponse aux traitements antihormonaux).

Dans notre série, 43 tumeurs sur 72 n'exprimaient aucun des 2 récepteurs hormonaux, soit 59,72% des cas, ce qui implique un pronostic plus péjoratif.

En ce qui concerne Her-2 (ErbB2), les études ont montré que 15 à 30% des carcinomes mammaires présentent une surexpression de Her-2 [15]. Les résultats de notre étude ne concordent pas avec ces données puisque seulement 11,11% des patientes présentaient un score 3+, alors que 76,39% des cas présentaient des scores 0 + ou 1+. Ceci pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon (72 cas seulement).

Concernant les scores 2, la recherche de l'amplification génique n'est pas toujours réalisée dans notre contexte et, même lorsqu'elle est recherchée, l'information ne nous est pas toujours disponible.

Dans notre étude 43,06% des cas étaient des triples négatifs. Ce groupe correspond aux tumeurs qui n'expriment ni les récepteurs hormonaux ni Her-2. Celles-ci ont un pronostic sombre (tumeurs agressives, de haut grade, d'index mitotique élevé). Elles sont le plus souvent mutées pour p53 et BRCA1 [16].

CONCLUSION

Le cancer du sein constitue un problème majeur de santé publique en Mauritanie du fait de sa fréquence et du fait d'un diagnostic tardif. Ce travail que nous avons réalisé montre que la majorité de nos patientes consultent à un stade déjà avancé de la maladie. Ce retard à la consultation peut être dû à plusieurs causes : les difficultés économiques, le manque d'information, d'éducation et de sensibilisation, l'absence de compagnes de dépistage mais aussi le recours aux thérapeutiques traditionnelles, la difficulté d'accès aux soins et en partie à un contexte socioculturel particulier (pudeur, sentiment de peur). Il montre aussi sur le plan anatomopathologique qu'il s'agit le plus souvent de tumeurs de grande taille avec un grade histologique élevé. L'immunohistochimie n'est pas toujours réalisable dans notre contexte ce qui entraîne des insuffisances dans la prise en charge thérapeutique adéquate. Il s'agit donc de patientes dont le pronostic est souvent réservé.

Dans l'avenir, nous devons améliorer la prise en charge du cancer du sein par : l'information, l'éducation et la sensibilisation de nos populations ; la mise en place de campagnes de dépistage ; l'amélioration du plateau diagnostique par l'introduction et la vulgarisation de l'immunohistochimie dans les laboratoires d'anatomie pathologique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

[1] Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide : IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France : International Agency for Research on Cancer ; 2014. Available from : http://globocan.iarc.fr, accessed on 16/01/2015

[2] Ould Mohamed Baba ND, Sauvaget C. Le cancer en Mauritanie : résultats sur 10 ans du registre hospitalier de Nouakchott. Pan African Medical Journal 2013 ; 14:149.

[3] Cheang et al. Ki67 index, Her2 status and prognosis of patients with luminal B. Breast cancer 2009; 10 (101):20

[4] El hawary A et al. Molecular subtypes of breast cancer in egyptian women clinicopathological features. Pathology-research and practice 2012; 208(7): 382-386.

[5] Ihemelandu CU et al. Molecular breast cancer subtypes in premenopausal and postmenopausal africanamerican Women; J of surgical research 2007; 143. 109-118

[6] Maalaj et al. Breast cancer in tunisiain 2004: a comparative clinical and epidemiological study. Bull cancer 2008 ; 95(2):E5-9

[7] Bouzid N, Lahmar R, Tebra S et al. Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans en Tunisie (124 cas) : Gynécologie obstétrique et fertilité 2013. 2441:5.

[8] Moïse Namer, Hery M, Serin D, Spielmann M. Cancer du sein. Compte-rendu du cours supérieur francophone de cancérologie (Saint-Paul-de-Vence, 16-18 janvier 2003) Springer Verlag – ISBN 2003 : 2-287-00664-8.

[9] Hayes DF, Gospodarowicz M. K., O'Sullivan, B., Sobin, L. H., et al. PrognosticFactors in Cancer. Breast Cancer 2006(3rdÉdition). Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Inc. 27 : pp.207-12.

[10] Doridot V, Nos C, Caucoutoire T, Sigal B, Zafrani, Frouquet A. Traitement chirurgical conservateur du cancer du sein. Cancer et radiothérapie 2004, 8(1):21-28

[11] Aksim M., Karkouri M, Bennani N, et al . Cancer du sein : étude des facteurs histopronostiques à propos de 239 cas, Revue Marocaine du cancer. 2012, 4 (1): 41 – 45

[12] Al-Kuraya K, Schraml P, Sheik S et al. Predominance of high-grade pathway in breast cancer development of Middle East women. Mod Pathol2005; 18:891-7

[13] Ben Ahmed S, Aloulou S, Bibi M et al. Breast cancer prognosis in tunisian women: analysis of a hospital series of 729 patients. Sante Publique 2002 ; 14:231-41

[14] Livi L, Meattini I, Saieva C et al. The impact of young age on breast cancer outcome. Eur J Surg Oncol 2010; 36:639-645.

[15] Slamon DJ, Clark GM, Wong SG, Levin WJ, Ullrich A, Mc Guire WL. Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neuoncogene. Science 1987 ; 235:177–82.

[16] Lakhani S.R, Reis-Filho JS, Fulford L, et al. Prediction of BRCA1 status in patients with breast cancer using estrogen receptor and basal phenotype. Clin Cancer Res 2005 ; 11:5175–5180