

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU CANCER DE SEIN AU CAMEROUN: A PROPOS DE 65 CAS Diagnosis and treatment of breast cancer in Cameroon: a series of 65 cases.

Essiben F (1), Foumane P (1,2), Mboudou ET (1,2), Dohbit JS (1,2), Mve Koh V (3), Ndom P (1).

1. Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun ; 2. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun ; 3. Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun.

Correspondance et tirés à part : Dr Foumane Pascal, Hôpital Gynéco-Obstétrique et pédiatrique Pédiatrique de Yaoundé. Téléphone : (237) 99912179. Email : pfoumane2004@yahoo.fr

RESUME

But : Il s'agissait de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du sein à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé qui est un centre de référence pour la prise en charge des cancers gynécologiques.

Matériel et méthodes : C'était une étude descriptive rétrospective sur une période de 4 ans allant du 1^{er} Juin 2003 au 31 Mai 2007. **Résultats :** Soixante-cinq malades ont été colligées pendant la période de l'étude. L'âge et la parité moyennes étaient respectivement de $42,9 \pm 13,6$ ans et $3,9 \pm 2,1$. L'âge moyen de survenue des ménarches était de $14,0 \pm 1,5$ ans. La plupart des patientes avait moins de 50 ans (72,3%) et avait accouché au moins une fois (89,2%). La période non ménopausique (75,4%) et l'allaitement au sein (76,9%) étaient fréquemment retrouvés. Le délai moyen de consultation était de $9,2 \pm 3,4$ mois, avec 78,5% des cas arrivant à un stade clinique local avancé. Le carcinome canalaire représentait 75,4% des types histologiques, les grades histologiques SBR 2 et 3 étant les plus fréquents (89,2%). La chimiothérapie (69,2% des cas) et la chirurgie (67,7% des cas) souvent radicale (trois fois sur quatre) étaient les principales modalités thérapeutiques utilisées. **Conclusion:** A Yaoundé, le cancer du sein est souvent un carcinome canalaire de haut grade histologique, intéressant la quarantenaire non ménopausée, ayant accouché et allaité au sein, et consultant à un stade local avancé. Il est souvent pris en charge par chimiothérapie et par chirurgie.

Mots-clés : Cancer du sein – Traitement - Diagnostic - Cameroun

SUMMARY

Aim: The objective was to describe the clinical and therapeutic aspects of breast cancer at the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital, which is a referral centre for gynecological malignancies. **Methods:** It was a retrospective descriptive study over a period of four years, from June 1st 2003 to May 31st 2007. **Results:** Sixty five patients were identified during the study period. The mean age and parity were respectively 42.9 ± 13.6 years and 3.9 ± 2.1 . The mean age of onset of the first menses was 14.0 ± 1.5 years. Most patients were under 50 (72.3%) and had given birth at least once (89.2%). Non menopausal period (75.4%) and breastfeeding (76.9%) were frequently found. The patients consulted 9.2 ± 3.4 months after the onset of symptoms, with 78.5% of cases arriving at a local advanced clinical stage. Ductal carcinoma accounted for 75.4% of histological types, SBR grades 1 and 2 being the most frequent (89.2%). Chemotherapy (69.2% of the cases) and surgery (67.7% of the cases) often radical (three out of four) were the main treatment modalities used. **Conclusion:** In Yaounde, breast cancer is often a ductal carcinoma of high histological grade, attacking the quarantine non menopausal woman, who gave birth and breastfed at least once, diagnosed with a local clinical advanced disease. Chemotherapy and surgery are the main therapeutic options implemented.

Keywords: Breast cancer – Treatment - Diagnosis - Cameroon

INTRODUCTION

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez la femme dans le monde et le taux de mortalité est le plus élevé dans les pays en voie de développement [1, 2, 3]. Aux Etats-Unis, c'est le cancer le plus fréquent chez la femme après celui de la peau et la plus fréquente cause de décès après le cancer des poumons [4]. En Afrique, le cancer du sein est le 4^{ème} cancer le plus fréquent dans la population générale après les cancers du foie, de la peau et du col [1]. L'une des premières publications consacrées au cancer du sein au Cameroun trouve qu'il est, avec le cancer du col, le

premier cancer de la femme camerounaise avec 21,5% des cas [5]. D'autres travaux ont confirmé le rôle prépondérant de ce cancer ainsi que son pronostic redoutable chez la femme camerounaise [6-8]. Aucune de ces études n'a eu pour cadre l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), qui est un centre de référence pour les cancers gynécologiques et qui fonctionne de manière optimale depuis l'année 2003.

Notre étude avait pour objectif de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du sein à l'HGOPY.

METHODE

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur les cancers du sein couvrant une période de 4 ans allant de 1^{er} Juin 2003 au 31 Mai 2007, réalisée à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Elle a concerné tous les cas de cancer du sein reçus au service de gynécologie pendant cette période.

Les paramètres épidémiologiques, cliniques, histologiques et thérapeutiques ont été colligés à partir des dossiers des patientes, et des registres des services de Gynécologie et d'anatomopathologie dudit hôpital. Ces informations ont été portées dans une fiche technique préalablement établie, en respectant la confidentialité et le secret médical. Le logiciel SPSS 12.0 et le tableur Word Excel 2007 ont été utilisés pour analyser les résultats.

Nous avons réalisé des tranches d'âge de 10 ans à partir de l'âge de la patiente la plus jeune de notre échantillon. En fonction de leur parité, les patientes n'ayant jamais accouché sont appelées nullipares, celles qui ont accouché une et deux fois des paucipares, celles qui ont accouché 3 à 5 fois des multipares et celles qui ont accouché plus de 5 enfants des grandes multipares. La classification TNM de l'UICC a servi à déterminer le stade de la maladie. Le grade histopathogénique de Scarff-Bloom-Richardson (SBR) a été utilisé pour préciser le degré de différenciation des tumeurs à l'examen anatomo-pathologique. Le protocole de chimiothérapie FAC (5-Fluoro-Uracile, Adriamycine et Cyclophosphamide) était utilisé en première ligne à raison de 6 cures espacées de 3 semaines. En cas de récurrence, Le taxotère était utilisé.

RESULTATS

Soixante-cinq (65) cas de cancer du sein concernant exclusivement les femmes ont été inclus pendant la période de l'étude et ont pu être analysés.

A. Aspects socio-démographiques : L'âge moyen des patientes était de 42,9 ±13,6 ans avec des extrêmes de 17 et 75 ans. Les patientes âgées de moins de 50 ans représentaient 72,3% des cas. La plupart des patientes avaient accouché au moins une fois (89,2%). La parité moyenne était de 3,9 ±2,1 avec des extrêmes de 0 à 10 (Tableaux I et II).

B. Aspects cliniques : L'âge moyen de survenue des ménarches était de 14,0 ± 1,5 ans avec des extrêmes de 11 et 17 ans. La plupart de nos patientes (75,4%) n'étaient pas ménopausées. La durée de la ménopause au moment du diagnostic était inférieure à 5 ans dans 75% des cas.

L'allaitement maternel a été pratiqué par la plupart de nos patientes (76,9%). Une chirurgie du sein antérieure était retrouvée

chez 32, 3% et une notion de contraception oestroprogestative chez 13, 8% d'entre elles. Un antécédent personnel et familial de cancer du sein concernait respectivement 9,2% et 4,6% des cas analysés.

Parmi nos patientes, 9,2% étaient des récidives et 4,6% de cancers se sont développés en situation de grossesse. Le temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation était en moyenne de 9,2 ± 3,4 mois avec des extrêmes de 15 jours et de 3 ans. Le nodule mammaire était la manifestation clinique la plus retrouvée (63,1%) et la douleur métastatique osseuse la moins fréquente (Tableau II). Le sein gauche était le plus atteint (56,9% contre 36,9% à droite), tandis que 4 cancers du sein étaient bilatéraux (6,2%).

La majorité des patientes étaient à un stade local avancé de la maladie au moment du diagnostic, soit 78,5% des cas aux stades T3 et T4 (Tableau III).

C. Aspects histologiques : Le carcinome canalaire était le type histologique rencontré dans 73,8% des cas (Tableau IV). Le grade histologique SBR était élevé (2 à 3) chez 89,2% de nos patientes (Figure 1). La taille de la tumeur à l'histologie après chimiothérapie était de 4,2 ± 2,9 cm avec des extrêmes de 1,7 et 10 cm. Le nombre de ganglions extraits par malade lors de la chirurgie était en moyenne de 9,6 ± 3,1 avec des extrêmes de 1 et 21. Le nombre moyen de ganglions positifs parmi les ganglions extraits était en moyenne de 3,6 ±2,8 avec des extrêmes de 0 et 10.

D. Aspects thérapeutiques : La chimiothérapie était le traitement de première intention chez 69,2% de nos patientes (Figure 2). Lorsque la chirurgie a pu être réalisée, en première ou en deuxième intention (67,7% des malades), elle a été radicale dans 75,0% des cas (Tableau V).

DISCUSSION

Le cancer du sein est avec celui du col, le plus fréquent des cancers gynécologiques et du sein dans notre pays [5]. Il est classiquement un cancer de la femme [7, 9]. La totalité de notre échantillon était de sexe féminin.

L'âge moyen de 42,9 ans trouvé dans notre étude est inférieur à celui retrouvé à l'Hôpital Central de Yaoundé en 2001 [7]. Mais notre résultat est comparable à celui retrouvé dans d'autres études africaines [10, 11]. Toutefois, il est à remarquer que nos patientes sont relativement jeunes. La plus jeune de notre échantillon a 17 ans et plus de la moitié d'entre elles (58,4%) a moins de 45 ans, la tranche d'âge de 40 à 49 ans étant la plus concernée. Le cancer survient plus souvent pendant la période d'activité génitale. L'élévation de la fréquence de cancer de sein à cette période pourrait s'expliquer par le fait que

c'est une période de couverture médicale importante (visites prénatales, visites de planning familial, bilan de conception) où les femmes sont très souvent au contact du personnel médical [9]. Ce qui est différent de ce qui est rencontré dans les pays industrialisés, le cancer y atteignant surtout les femmes après la ménopause [3].

Les ménarches autour de 14 ans et la multiparité font la particularité de la plupart de nos patientes. Alors que dans la littérature, ce sont les menarches précoces (avant 12 ans), la nulliparité et la ménopause après 50 ans qui sont associées à une incidence plus élevée de cancer de sein [12]. D'autres auteurs [11, 13] ont cependant retrouvé une parité moyenne comparable à la nôtre qui est de 3,9.

Des facteurs de risque établis qui ont été retrouvés dans notre étude, l'allaitement maternel est le plus controversée. La plupart de nos patientes ont allaité pendant au moins une année. Ailleurs, l'allaitement maternel prolongé est pourtant considéré comme un facteur protecteur [14]. La contraception à base d'œstrogénostatifs est retrouvée dans 13,8% des cas, un taux proche de celui de 16,6% retrouvé par Dem Ahmadou au Sénégal [10].

Le délai de consultation de nos patientes de 9,4 mois est comparable à celui retrouvé dans la littérature [10, 15]. Ceci explique le stade avancé de la maladie au moment de la consultation. Les raisons évoquées pour expliquer un délai de consultation aussi long sont la nature du symptôme mammaire, le coût de la consultation médicale, l'inaccessibilité géographique et financière des structures sanitaires, les erreurs de diagnostic, les croyances culturelles, les peurs engendrées par la maladie, les errements dus à la médecine traditionnelle, l'ignorance des patientes, le retard de la référence ou la non référence du médecin traitant [15, 16, 17, 18].

Dans notre étude, les tumeurs malignes prédominent au niveau du sein gauche comme rapporté au Sénégal par Tre-Yavo et al [9]. D'autres études relèvent plutôt une prédominance au sein droit [19, 20, 21]. La fréquence des formes bilatérales dans notre série est supérieure à celle de Mengué au Gabon [22] ou encore à celle de Khairy [23] en Arabie Saoudite.

Le nodule au sein est la présentation clinique la plus retrouvée (76,9%) dans notre série. Cette proportion atteint 96% des cas dans une série chinoise incluant de 6 263 patientes [24]. La plupart des patientes (78,5%) arrivent en consultation à un stade localement très avancé (T3 et T4). Ceci a été rapporté par d'autres études [8, 11, 15] qui attribuent ce fait à un long retard à la consultation [15, 16, 17]. Selon de nombreuses études, le jeune âge est associé à un stade avancé de la maladie et à des

cancers plus agressifs que pour les femmes plus âgées [8, 14, 25].

La prédominance des carcinomes canalaire (75,4%) est concordante avec les données de la littérature [7, 10, 11, 19, 26]. La fréquence des mastites carcinomateuses est proche de celle trouvée dans notre milieu par Enow Orock [7] mais plus élevée que celle de Dem Ahmadou [10] au Sénégal. La taille de la tumeur résiduelle après la chimiothérapie à l'histologie (4,2 cm en moyenne) est comparable à celle retrouvée par Enow Orock [7]. Ce dernier rapporte qu'une taille de tumeur supérieure à 5 cm est associée dans 60% des cas à des métastases ganglionnaires. La majorité de nos patientes (85,7%) avaient des ganglions métastatiques à l'histologie, ce qui est avec le jeune âge, la taille de la tumeur et la mauvaise différenciation histologique des facteurs pronostiques péjoratifs [27].

Le stade avancé de la maladie au moment du diagnostic explique pourquoi la chimiothérapie néo-adjuvante est le traitement de première intention chez la majorité de nos patientes (69,2%). D'autres auteurs font le même constat [11, 24]. La chimiothérapie améliore de façon significative la survie des malades dans les stades avancés [24]. Mais le coût élevé de cette thérapie amène beaucoup de patientes à abandonner le traitement, diminuant ainsi les chances de survie à court terme.

Le traitement conservateur est de plus en plus fréquemment pratiqué dans notre milieu soit 25% de notre effectif. Cette proportion, supérieure aux données de la littérature [11, 24], pouvant s'expliquer par la taille de notre échantillon.

CONCLUSION

Le cancer du sein est une pathologie qui est fréquente dans notre environnement, présentant des similitudes épidémiologiques et cliniques avec les données de la littérature. Cependant, la prédominance des patientes ayant allaité au sein et des femmes non ménopausées dans notre série, ainsi que le retard au diagnostic confirment des différences épidémiologiques avec les séries occidentales déjà relevées par d'autres auteurs africains.

REFERENCES

1. Andersen BO, Shyan R, Eniu A, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 guidelines: *Breast J* 2006; 12 Suppl 1: S3-15.
2. Disaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. Maryland Heights, Missouri: Mosby; 1997. 712p.
3. Chan PD, Johnson SM. *Gynecology and Obstetrics*. Laguna Hills, California: Current Clinical Strategies Publishing; 2006. 106p.
4. DeCherney AH, Nathan L, Goodwin TM. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis*

and Treatment. New York, USA: McGraw Hill; 2007. 1118p.

5. Mbakop A. Epidémiologie actuelle des cancers du sein au Cameroun. Bull Cancer 1992 ; 79 :1101-4.

6. Doh AS, Ndzi J, Nasah BT. The pattern of gynaecological malignancy at the University Hospital Centre (CHU) Yaoundé, Cameroon. Cent Afr J Med 1988 Nov; 34 (11):260-4.

7. Enow-Orock G. Epidemiology of breast cancer in Cameroun. 4ème congrès euro-africain de cancérologie sur le cancer du sein, Yaoundé, 7- 9 Mars 2001.

8. Ndom P, Doh A, Mboudou E et al. Prise en charge du cancer du sein à l'Hôpital Général de Yaoundé- Cameroun. 4ème congrès euro-africain de cancérologie sur le cancer du sein, Yaoundé, 7- 9 Mars 2001.

9. Tre-Yavo M, Sakho SS, Mensah Ado I et al. La cytoponction des tumeurs malignes du sein : bilan du laboratoire de cytologie du CHU d'Abidjan. Méd Afr Noire : 1992, 39 (1): 62-7.

10. Dem A, Traore B, Dieng MM et al. Cancers gynécologiques et mammaires à l'Institut Curie de Dakar (Sénégal). Oncol Clin Afr 2006; 2: 17 - 21.

11. Sarre B, Ogoubemy M, Dotou C et al. Epidemiological, therapeutic and prognostic aspects of breast cancer: about 473 cases collected in Hopital Principal de Dakar. Dakar Med. 2006; 51(2): 92-6.

12. Michowitz M, Noy S, Lazbnik N. Bilateral breast cancer. J Surg Oncol 1985 Oct; 30 (2): 109 - 12.

13. Dem A, Kasse A, Gaye-Fall M et al. Breast cancer and pregnancy: about 60 cases collected at the Cancer Institute of Dakar. Dakar Med. 2000; 45(2):173-6.

14. Chang-Claude J, Eby N, Kiechle M et al. Breastfeeding and breast cancer risk by age 50 among women in Germany. Cancer causes control 2000 Sept; 11(8):687-95.

15. Yomi J, Gonsu FJ. Social, economical and educational causes of late diagnosis and treatment of cancer in Cameroon. Bull Cancer. 1995. Sep; 82(9):724-7.

16. Ekortark A, Ndom P, Sacks A. A study of patients who appear with far advanced cancer at Yaoundé General Hospital, Cameroon, Africa. Psychooncology 2007. Mar;16(3):255-7.

17. Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. J Psychosom Res. 2005 Apr; 58(4):321-6.

18. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA et al. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? Br J Cancer. 1998 Apr; 77(8):1343-8.

19. Sano D, Lankoande J, Dao B et al. les cancers du sein : problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou. Méd Afr Noire 1997; 44(11): 578-81.

20. Otu AA, Ekanem A, Khalil MI. Characterization of breast cancer subgroups in an African population. Br J Surg 1989, 76: 182-184.

21. Menye P A, Poulinquen J, Simaga D. Les cancers du sein au Sénégal. Med Afr Noire 1971, 18: 369 - 379.

22. Mengue S. Le cancer du sein chez la femme au centre hospitalier de Libreville. Thèse de Médecine, Libreville, 2002.

23. Khairy Gamal A, Guraya Salman Y, Ahmed Mohammed E et al. Bilateral breast cancer: Incidence, diagnosis and histological patterns. Saudi Med J 2005;26(4): 612-5.

24. Yang MT, Rong TH, Huang ZF et al. Clinical analysis of resectable breast cancer: a report of 6 263 cases. Ai Zheng. 2005 Mar; 24(3):327-31.

25. Fowble BL, Schultz DJ, Overmoyer B et al. The influence of young age on outcome in early stage breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1994 Aug 30; 30(1):22-33.

26. Foumane P, Mboudou ET, Ndom P et al. Prévalence du VIH et impact pronostique chez les patientes atteintes de cancer du sein: à l'Hôpital Général de Yaoundé. Bull Med Owendo 2007 ; 11(29) : 32-5.

27. Khanfir A, Frikha M, Kallel F et al. Breast cancer in young women in the south of Tunisia. Cancer Radiother. 2006 Dec; 10(8):565-71.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'âge et de la parité

Parité			Age		
Parité	Nombre	(%)	Age (ans)	Nombre	(%)
Nullipare	7	10,8	<20	1	01,6
Paucipare (1 -2)	18	27,7	20-29	7	10,8
Multipare (3 - 5)	21	32,3	30-39	15	23,1
Grande multipare (>5)	19	29,2	40-49	20	30,7
Total	65	100,0	50-59	20	30,7
			60 et plus	2	03,1
			Total	65	100,0

Tableau II : Manifestations cliniques du cancer du sein ayant motivé la consultation (N= 65)

Signes cliniques	Nombre	%
Nodule	41	63,1
Modifications cutanées	10	15,4
Tumeur ulcérée	9	13,9
Ecoulement mammaire	3	4,6
Changement de forme	1	1,5
Douleur osseuse (bassin)	1	1,5
Total	65	100,0

Tableau III : Stade clinique du cancer du sein dans notre série (N= 65).

Stade	Nombre	(%)
T4NoMx	14	21,5
T4N1Mx	19	29,3
T4N2M1	5	7,7
T3N1Mx	9	13,8
T3N0Mx	4	6,2
T2N0Mx	5	7,7
T2N1Mx	2	3,1
T1N0Mx	1	1,5
T1N1Mx	2	3,1
T1N2Mx	2	3,1
TxN0M1	1	1,5
TxN2M1	1	1,5
Total	65	100,0

Tableau IV : Les types histologiques rencontrés dans notre série (N= 65).

Type histologique	Nombre	(%)
carcinome canalaire	49	75,4
mastite carcinomateuse	9	13,8
carcinome lobulaire	2	3,1
carcinome mixte	2	3,1
lymphome malin	2	3,1
carcinome épidermoïde	1	1,5
Total	65	100,0

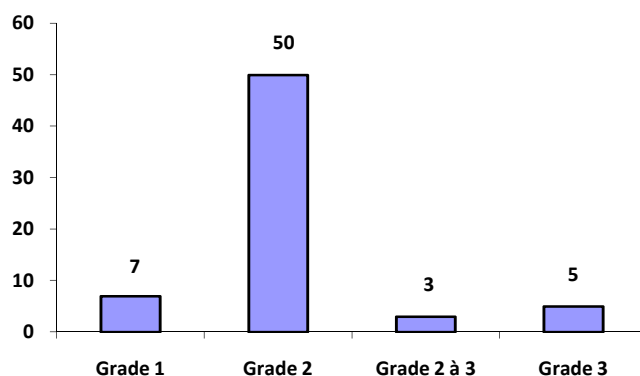


Figure 1 : Répartition des tumeurs en fonction du grade histologique SBR (N= 65)

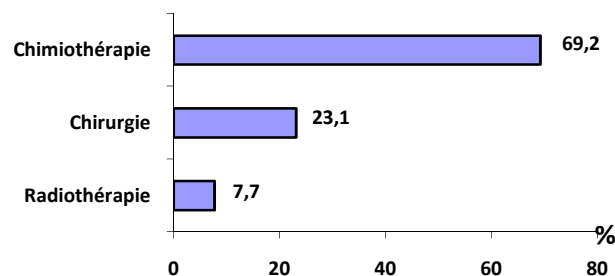


Figure 2 : Fréquence des traitements de première intention (N= 65).

Tableau V : Fréquence des types de chirurgie pratiquée (N= 44)

Type de chirurgie	Nombre	(%)
Mastectomie + curage axillaire	30	68,2
Zonectomie + curage axillaire	10	22,7
Mastectomie seule	3	6,8
Zonectomie seule	1	2,3
Total	44	100,0