

**ASPECTS EVOLUTIFS APRES TRAITEMENT CONSERVATEUR DES CANCERS DU SEIN A L'INSTITUT DU CANCER DE DAKAR. A PROPOS DE 72 CAS**

**EVOLUTION AFTER CONSERVATIVE TREATMENT OF BREAST CANCER AT THE DAKAR CANCER INSTITUTE ABOUT 72 CASES**

M.M. DIENG; P.M. DIENE; S. KA, J. THIAM; D. DIOUF P.M. GAYE ;, MCG FALL ;  
M.DIOP; A. DEM

**Service de Cancérologie- Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar-Sénégal**

Correspondant. Dr Mamadou Moustapha DIENG

**Auteur** Mamadou Moustapha DIENG

Mobile + 221 77 638 10 43

E-Mail: mamadou77050@yahoo.fr moustaphamamadou@gmail.com

Institut Joliot Curie BP: 6492 DAKAR - ETOILE SENEGAL

Tel : + 221 77 638 10 43 Email :moustaphamamadou@gmail.com

**RESUME**

Le traitement conservateur est devenu le traitement de référence des tumeurs du sein de stade précoce. Il représente plus de 75 % des traitements des cancers du sein dans les pays développés et dans notre institution 6%. Nous avons étudié les aspects évolutifs des cancers du sein traités selon une modalité conservatrice à l'Institut du Cancer de l'Hôpital Aristide Le Dantec entre 2000 et 2009.

**Objectifs de l'étude**

Décrire le profil épidémiologique, leurs aspects évolutifs et thérapeutiques.

**Méthodologie**

Ce travail est une étude rétrospective descriptive des patientes atteintes de cancer du sein, sélectionnées sur une période de 10 ans de janvier 2000 à décembre 2009 et traitées selon une modalité conservatrice à l'Institut Joliot Curie de Dakar.

**Résultats**

Nous avons retenu 72 patientes sur 1100 cas traités pour cancer du sein confirmé à l'histologie et qui ont eu un traitement conservateur initial représentant 6,54%. L'âge moyen de nos patientes était de 44,4 ans. La quadrantectomie associée au curage axillaire était réalisée chez 64 patientes soit 89% des cas La radiothérapie était réalisée chez 53 patientes soit 73,6% des cas. Vingt-deux pour cent avaient une récurrence locorégionale (n= 16). Parmi les 16 malades qui avaient une récurrence, (87,5 %) (n=14) avaient une récurrence locale et 2 (12,5 %) avaient une récurrence ganglionnaire

au niveau de la chaîne mammaire interne. Le délai moyen de survenue des récurrences était de 17,44 mois. Vingt-six pour cent (n=) avaient développé une métastase métachrone. Le délai moyen de survenue des métastases était de 22,63 mois. Les récurrences étaient traitées par mastectomie suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie chez 8 patientes, 5 patientes ont eu une mastectomie suivie d'une chimiothérapie et 1 patiente une chimiothérapie seule, 1 patiente par chimiothérapie et radiothérapie palliative pour récurrence au niveau de la chaîne mammaire interne et 1 patiente perdue de vue sans traitement après récurrence. Les métastases étaient traitées selon différentes stratégies thérapeutiques. La survie globale était de 80% à 5 ans et à 10 ans chez les patientes sans récurrence et 37% à 5 ans et à 10 ans pour les patients avec récurrence.

**Conclusion**

Le traitement conservateur des cancers du sein est possible. Il faut améliorer les résultats par la généralisation de la mammographie pour découvrir des stades précoces. Le choix d'un traitement conservateur doit tenir compte des facteurs de rechutes locales et des moyens diagnostiques, thérapeutiques et de suivi pour éviter la survenue de récurrences à fin d'améliorer la survie des patientes.

## **SUMMARY**

Conservative treatment has become the standard treatment for early-stage breast tumors. It accounts for more than 75% of breast cancer treatments in developed countries and in our institution 6%. We studied the evolutionary aspects of breast cancer treated in a conservative modality at the Aristide Le Dantec Hospital Cancer Institute between 2000 and 2009.

### **Objectives**

Describe the epidemiological profile, their evolutionary and therapeutic aspects.

### **Methodology**

This work is a descriptive retrospective study of breast cancer patients selected over a 10-year period from January 2000 to December 2009 and treated conservatively at the Joliot Curie Institute in Dakar.

### **Results**

We selected 72 patients out of 1100 cases treated for histologically confirmed breast cancer who had an initial conservative treatment representing 6.54%. The average age of our patients was 44.4 years. Quadrantectomy associated with axillary dissection was performed in 64 patients, or 89% of cases. Radiotherapy was performed in 53 patients, or 73.6% of cases. Twenty-two percent had locoregional recurrence ( $n = 16$ ). Of the 16 patients who had recurrence, (87.5%) ( $n = 14$ ) had local recurrence and 2 (12.5%) had lymph node

recurrence in the internal breast chain. The average time to onset of recurrence was 17.44 months. Twenty-six percent ( $n =$ ) had developed metachronous metastasis. The average time to onset of metastases was 22.63 months. The recurrences were treated by mastectomy followed by chemotherapy and radiotherapy in 8 patients, 5 patients underwent mastectomy followed by chemotherapy, 1 patient received chemotherapy alone, 1 patient received chemotherapy and palliative radiotherapy for recurrence at the the internal mammary chain and 1 patient lost to follow-up without treatment after recurrence. Metastases were treated according to different therapeutic strategies. Overall survival was 80% at 5 years and 10 years for patients with no recurrence and 37% at 5 years and 10 years for patients with recurrence.

### **Conclusion**

Conservative treatment of breast cancer is possible. The results need to be improved by the generalization of mammography to discover early stages. The choice of a conservative treatment must take into account local relapse factors and diagnostic, therapeutic and follow-up means to avoid the occurrence of recurrence in order to improve patient survival.

---

## **INTRODUCTION**

Le cancer du sein est le plus fréquent cancer féminin au monde, estimé à 22 % de l'ensemble des cancers féminins. La mortalité est d'environ 400.000 femmes par an dans le monde soit près de 14 % des cas de décès dus aux cancers féminins [1,2]. Plusieurs essais thérapeutiques ont démontré que les résultats des traitements conservateurs sur la survie globale sont équivalents à ceux de la chirurgie radicale dans les stades précoces [3,4,5]. Cependant les mêmes séries signalent des taux de récurrence locorégionale plus élevés qu'après mastectomie. Le traitement conservateur est devenu le traitement de référence des

tumeurs du sein de stade précoce. Il représente plus de 75 % des traitements des cancers du sein dans les pays développés [6,7]. Nous avons colligé tous les cancers du sein traités selon une modalité conservatrice à l'Institut du Cancer de l'Hôpital Aristide Le Dantec entre 2000 et 2009. Les objectifs de cette étude étaient de décrire leurs aspects évolutifs.

## **PATIENTES ET METHODES**

Ce travail est une étude rétrospective descriptive des patientes atteintes de cancer du sein, sélectionnées sur une période de 10 ans de janvier 2000 à décembre 2009 et

traitées selon une modalité conservatrice. Les critères d'inclusion étaient : cancer mammaire confirmé par un examen histologique, traitement conservateur chirurgical initial suivie de radiothérapie et une durée de suivie sans récurrence supérieure à 6 mois après la fin des séquences thérapeutiques. Les critères de non inclusion : les cancers suspects à l'examen clinique sans confirmation histopathologique; les cancers du sein inflammatoire ou avec une métastase synchrone ; les cancers du sein traités par mastectomie ; une poursuite évolutive après un traitement conservateur initial ; les cas traités par chirurgie conservatrice sans confirmation histologique. Les modalités chirurgicales et leurs complications étaient répertoriées. La radiothérapie était délivrée par un appareil Co 60. Chez les patientes avec un fractionnement normal la dose délivrée était de 50 Gy dans le sein par deux faisceaux tangentiels et 46 Gy sur le creux sus claviculaire par un faisceau antérieur direct. Dans les cas d'hypofractionnement la dose délivrée dans le sein était de 45 Gy en 15 séances et sur le creux sus claviculaire de 39 Gy en 13 séances. La réponse à la chimiothérapie a été évaluée en réponse complète, réponse partielle, progression tumorale et stabilité tumorale selon les critères WHO-Recist. Toutes les variables quantitatives ont été analysées en déterminant le maximum, la moyenne, le minimum et l'écart type. Toutes les variables qualitatives ont été analysées en déterminant la fréquence et le pourcentage. Les histogrammes et les figures étaient réalisés avec Microsoft office Excel. La survie globale a été calculée selon la méthode de Kaplan-Meier.

## **RESULTATS**

Nous avons retenu 72 patientes sur 1100 cas traités pour cancer du sein confirmé à l'histologie et qui ont eu un traitement conservateur initial représentant 6,54%.

### **1) Données cliniques et histopathologiques**

L'âge moyen de nos patientes était de 44,4 ans avec des extrêmes de 19 ans et 72 ans.

Les tumeurs de taille classé T1 représentaient 16 cas soit 22,2% des cas, les T2 étaient les plus fréquentes avec 51 cas soit 70,8%. Nous avons retrouvé 3 cas de T3 soit 4,2%. Le stade 0 était retrouvé chez 2 patientes soit 2,8 %, le stade I chez 14 patientes soit 19,4 %, le stade IIA chez 46 patientes soit 63,9 %, le stade IIB chez 7 patientes soit 9,7 % et le stade IIIA chez 3 patientes soit 4,2 % des cas. La taille moyenne anatomopathologique était de 1,95 cm avec des extrêmes de 1 et 8 cm. Le grade SBR I était retrouvé chez 9 patientes soit 12,5% des cas, le grade SBR II chez 10 patientes soit 13,9% et le grade SBR III chez 25 patientes soit 34,7 % des cas. Chez 28 patientes le grade SBR n'était pas précisé. Il y avait une prédominance du carcinome canalaire infiltrant retrouvé dans 63 cas soit 87,5%. La marge d'exérèse était atteinte chez 10 patientes soit 13,9% et 57 patientes soit 79,2% avaient des marges d'exérèse saine. Pour 5 patientes soit 6,9 % des cas les marges d'exérèse chirurgicale n'étaient pas précisées. Les embolies vasculaires et lymphatiques étaient absents chez 44 patientes soit 61,1%, et présents chez 12 patientes soit 16,7%. Dans 16 cas soit 22,2 % ils n'étaient pas précisés. Le nombre moyen de ganglions prélevés était de 12,15 ganglions avec des extrêmes de 1 et 33 ganglions. Vingt-trois patientes soit 32 % des qui avaient des ganglions envahis, 39 patientes soit 54,2 % des cas sans envahissement ganglionnaire et 10 patientes soit 13,8 % des cas dont le statut ganglionnaire était non précisé. Parmi les patientes qui avaient un envahissement ganglionnaire, 18 soit 78,3 % avaient entre 1 et 3 ganglions envahis et 5 soit 21,7 % avaient quatre ganglions envahis ou plus. Les récepteurs hormonaux étaient positifs chez 10 patientes soit 13,9% et négatifs chez 16 patientes soit 22,2%. Les récepteurs hormonaux n'étaient pas dosés chez 46 patientes soit 63,8%. Le gène C-erbB-2 Neu a été dosé dans 25 cas soit 34,7 % et 3 patientes soit 12 % avaient une surexpression et 22 patientes soit 88 % où le gène n'était pas surexprimé.

## **2) Données thérapeutiques initiales**

La quadrantectomie associée au curage axillaire était réalisée chez 64 patientes soit 89% des cas. La quadrantectomie seule sans curage axillaire était réalisée chez 2 patientes soit 2,8% des cas. La tumorectomie élargie associée à un curage axillaire était réalisée chez 3 patientes de même que la tumorectomie élargie sans curage axillaire soit 4,1% des cas pour chaque type. Le délai moyen de l'intervention chirurgicale par rapport à la chimiothérapie néoadjuvante était de 2 mois avec des extrêmes de 1 et 7 mois. La radiothérapie était réalisée chez 53 patientes soit 73,6% des cas et 19 patientes soit 26,4% des cas n'avaient pas fait de radiothérapie. L'irradiation de la chaîne mammaire interne était réalisée chez 12 patientes soit 22,6 % des cas de radiothérapie à la dose de 46 Gy. Le boost était réalisé chez 16 patientes soit 30,2 % des cas de radiothérapie. La dose moyenne était de 10,18 Gy avec des extrêmes de 8 et 16 Gy. Le délai moyen de la radiothérapie par rapport à la chirurgie était de 2,8 mois avec des extrêmes de 1 et 11 mois. Cinquante-cinq patientes soit 76,4 % avaient eu une chimiothérapie, elle était adjuvante chez 39 patientes soit 70,9 % et néoadjuvante chez 16 patientes soit 29,1 % des cas de chimiothérapie. La chimiothérapie néoadjuvante puis adjuvante était retrouvée dans 4 cas. L'hormonothérapie a été retrouvée 20 patientes soit 27,8 % des cas qui avaient une hormonothérapie et 52 patientes soit 72,2 % des cas sans hormonothérapie. Toutes les patientes avec des récepteurs hormonaux positifs avaient une hormonothérapie de même que 10 patientes ménopausées dont les récepteurs hormonaux n'étaient pas précisés.

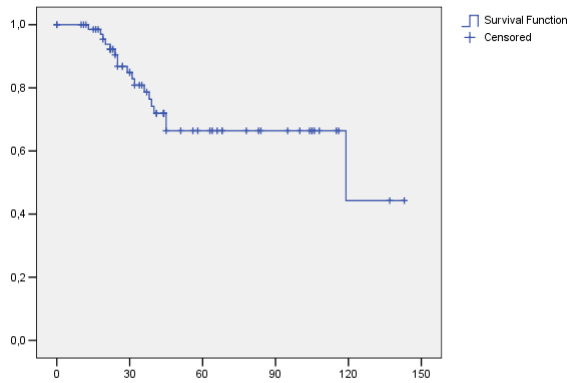
## **3) Données évolutives**

Vingt deux pour cent avaient une récurrence locorégionale (n= 16). Parmi les 16 malades qui avaient une récurrence, (87,5 %) (n=14) avaient une récurrence locale et 2 (12,5 %)

avaient une récurrence ganglionnaire au niveau de la chaîne mammaire interne. Le délai moyen de survenue des récurrences était de 17,44 mois avec des extrêmes de 7 et 48 mois et le délai moyen de survie sans récurrence était de 52,5 mois. Les récurrences étaient traitées par mastectomie suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie chez 8 patientes, 5 patientes ont eu une mastectomie suivie d'une chimiothérapie et 1 patiente une chimiothérapie seule, 1 patiente par chimiothérapie et radiothérapie palliative pour récurrence au niveau de la chaîne mammaire interne et 1 patiente perdue de vue sans traitement après récurrence.

Les réponses à la chimiothérapie des récurrences étaient complètes chez 5 patientes et partielles chez 10 patientes. Vingt-six pour cent (n=) avaient développé une métastase métachrone. Le délai moyen de survenue des métastases était de 22,63 mois avec des extrêmes de 6 et 50 mois. Les localisations étaient pulmonaires dans 14 cas, osseuses dans 7 cas, hépatiques dans 3 cas, pleurales et cérébrales dans 2 cas et le sein controlatérale dans 1 cas. Les métastases étaient traitées selon différentes stratégies thérapeutiques. La réponse à la chimiothérapie palliative était progressive chez 1 patiente et partielle chez 8 patientes. La réponse à la radiothérapie seule associée à la chimiothérapie palliative était partielle. La réponse à la chimiothérapie suivie de mastectomie et de radiothérapie était complète dans le cas de localisation mammaire controlatérale. Le délai moyen de suivi était de 54 mois avec des extrêmes de 13 et 130 mois. Nous avons retrouvé 48 malades (66,7 %) vivantes sans une maladie évolutive ; 16 patientes (22,2 %) décédées avec une maladie évolutive et 4 malades (5,6 %) vivantes avec une maladie évolutive. Quatre malades étaient perdues de vue dont 2 avec une maladie évolutive et 2 sans une maladie évolutive.

**La figure I** représente la courbe de survie globale.



**Figure I : Courbe de survie globale**

La survie globale était de 79 % à 3 ans, 66 % à 5 ans et 44 % à 10 ans. Dans notre série la survie globale chez les patientes sans récurrence était supérieure à celles qui avaient des récurrences OR=10,000 ; IC à 95%=2,840-35,212. La survie globale était de 80% à 5 ans et à 10 ans chez les patientes sans récurrence et 37% à 5 ans et à 10 ans pour les traitements conservateurs qui ont récidivés. Aucune malade ayant présentée une récurrence n'a survécu plus de 10 ans. La survie globale était constante à 76,1% à 5 ans et à 10 ans chez les patientes qui avaient une radiothérapie. La survie globale était de 56 % à 5 ans et 28 % à 10ans chez les patientes qui n'avaient pas de radiothérapie. Il existe un lien significatif entre la réalisation d'une radiothérapie et l'absence d'une radiothérapie sur la survie globale P=0,045 ; OR=3,127 ;IC à 95%=(1,00-9,79).

## DISCUSSION

Le traitement conservateur des cancers du sein est une modalité thérapeutique de choix pour la majorité des patientes atteintes d'un cancer à un stade précoce. Il cause moins de mutilations physiques et de traumatismes psychologiques. Plusieurs essais thérapeutiques ont démontré que les résultats des traitements associant chirurgie et radiothérapie post opératoire sur la survie globale sont équivalents à ceux de la chirurgie radicale dans les stades précoces [3,4,5]. Dans cette étude, seules 6% des patientes ont eu un traitement conservateur. Cela s'explique pour plusieurs raisons.

L'indisponibilité et la faible accessibilité à des traitements adjuvants font que la mastectomie radicale est l'option proposée à la majorité des patients. Le développement des mammographies en vue de la découverte de stades précoces augmentera la détection de cas précoces accessibles à un traitement conservateur. L'augmentation de taux de traitement conservateur au Sénégal devrait être possible grâce à une généralisation de la formation continue de tous les praticiens sénologues. Il s'agira d'améliorer la coordination de tous les intervenants à la prise en charge des cancers du sein pour que les malades bénéficient d'une coordination parfaite. Ceci améliorera les chances de succès des différents traitements. Cependant le risque de récurrence locale est plus élevé par rapport à la mastectomie [8,9,10]. Dans notre série le taux de récurrence locorégionale qui représente 22,2% à 10 ans était semblable aux taux de récurrence locorégionale à 10 ans dans certains essais thérapeutiques. [8] [6] [5]. Néanmoins des taux de récurrence locorégionale plus faible ont été retrouvés dans d'études. Ainsi Jacobson [11] retrouve 5 % de récurrence locorégionale, tout comme en Tunisie Ghorbel [12] et Blicherttoft [3] Fischer [13] avait retrouvé 11% de récurrence locorégionale. Le délai moyen d'apparition des récurrences dans notre série était de 17,44 mois, et était plus précoce que celui des données de la littérature. Des délais d'apparition des récurrences longs sont retrouvés dans la méta-analyse de Vandongen 99 mois [6]. Des délais plus courts mais toujours plus tardifs que les nôtres sont notés allant de 40 à 50 mois [24]. Le taux de récurrence ganglionnaire était équivalent aux données de la littérature 2,7 % contre 2,3 % [8,14]. L'effectif de notre série ne nous avait pas permis d'analyser les facteurs de risque de récurrence après traitement conservateur dans les cancers du sein dans notre population.

La survenue de métastase dans notre série était de 26,4 % à 10 ans, avec un délai moyen de survenue de 22,63 mois. Ces taux sont équivalents aux données de la littérature où les métastases surviennent

dans 25 à 30 % des cas en 10 ans avec un délai moyen de 30 mois [8,15]. A travers cette étude nous avons essayé de mettre en évidence la survie globale de nos patientes jusqu'à 10 ans de suivi et les facteurs qui semblaient influencer cette survie. Cette survie globale était de 66 % à 5 ans et 44 % à 10 ans. Ce taux de survie globale est plus faible que dans les principales études publiées portant sur le traitement conservateur. L'analyse des données de la littérature retrouve des taux de 80 à 94% à 5 ans [16] [8] [3]. Quant à la survie globale à 10 ans, elle avoisine 75% [16] [7] [11]. Ces résultats montrent que nos patientes atteintes de cancer du sein traitées par une chirurgie conservatrice vivent moins longtemps que celles des pays occidentaux. Ces résultats nous amènent à poser la question de savoir est ce que toutes les stratégies du traitement conservateur sont respectées ? L'analyse qui permet de mettre en évidence les facteurs qui peuvent influencer la survie globale dans notre série retrouve la radiothérapie ( $P=0,0001$ ) et la survenue de récurrence ( $P=0,0001$ ). L'analyse, des autres facteurs qui influencent la survie, retrouvés dans la littérature comme la chimiothérapie, l'hormonothérapie, le grade SBR, l'envahissement des marges d'exérèse n'a pas retrouvé un lien significatif dans notre série et cela peut s'expliquer par la faiblesse de la taille de notre échantillon. L'influence de la radiothérapie dans la survie a été retrouvée avec un lien très significatif ( $P=0,0001$ ). Nous avons retrouvé dans notre étude que les patientes traitées sans radiothérapie ont une survie globale plus faible que celles qui avaient fait une radiothérapie ( $P=0,045$ ). La chirurgie conservatrice seule entraîne un risque de décès multiplié par 3 par rapport à l'association avec la radiothérapie [OR décès RT non / RT oui = 3,127 ; IC à 95% = (1,00 ; 9,79)]. La survie globale était constante à 76,1 % à 5 ans et à 10 ans chez les patientes ayant subi une radiothérapie. Elle était de 56 % à 5 ans et 28 % à 10 ans, en cas d'absence de radiothérapie. Nos résultats sont similaires aux données de la littérature, la méta-analyse de l'Early Breast

Cancer [17] et la méta-analyse de Van de Steene [18] ont retrouvé la survie globale supérieure chez les patientes traitées par un traitement conservateur avec radiothérapie 62 à 91 % contre 58 à 90 % en cas d'absence d'une radiothérapie adjuvante. L'influence de la récurrence dans la survie globale a été retrouvée avec un lien très significatif ( $P=0,0001$ ). Les patientes avec une récurrence locorégionale ont un risque de décès multiplié par 10 par rapport aux patientes sans récurrence locorégionale : [OR = 10,000 et IC à 95 % = (2,840 ; 35,212)]. La survie globale sans récurrence était constante à 80 % à 5 ans et 10 ans. Ce taux mérite d'être souligné car identique à plusieurs séries 70 % à 10 ans [3], 80 % à 12 ans [13], 72 % à 12 ans de [64]. Par contre le taux de survie globale après récurrence était constant à 37 % de 5 ans à 10 ans. Elle est plus faible que ceux de la littérature. Après une récurrence locale, quel que soit le traitement, les taux de survie globale à 5 ans sont compris entre 59 et 91,8 % et à 10 ans entre 39 et 69 % [3, 4,12,13]. Toutes les patientes présentant un envahissement ganglionnaire supérieur à 3 ganglions n'ont pas survécu plus de 45 mois. Ces résultats montrent que le nombre d'envahissement ganglionnaire supérieur à 3 est un facteur de mauvais pronostic. L'envahissement des ganglions axillaires, le nombre et le pourcentage de ganglions envahis sont souvent retrouvés comme facteurs de risque sur la survie globale [19,20]. Cependant nos effectifs ne nous permettent pas de mettre en évidence un lien significatif avec la survie ( $P=0,19$ ). Les patientes présentant une taille tumorale T3 posent un problème de suivi thérapeutique car seule la patiente qui a fait une chimiothérapie néoadjuvante était vivante sans récurrence et sans maladie évolutive après un recul de 36 mois. Les deux autres étaient décédées après la survenue de récurrence locale suivie de métastase.

## **CONCLUSION**

Le traitement conservateur des cancers du sein est possible. Il faut améliorer les résultats par la généralisation de la mammographie pour découvrir des stades précoces. Le choix d'un traitement conservateur doit tenir compte des facteurs de rechutes locales et des moyens diagnostiques, thérapeutiques et de suivi pour éviter la survenue de récurrences à fin d'améliorer la survie des patiente



**Tableau I : Caractéristiques clinico-pathologiques des 72 patientes**

Données	Nombre	Pourcentage (%)
<b>Age</b>		
- < 30 ans	5	6,94
- 30-39 ans	17	23,61
- 40- 49 ans	28	38,88
- 50- 59 ans	17	23,61
- > 60 ans	5	6,94
<b>Statut génital</b>		
- Non Ménopausée	54	75
- Ménopausée	18	25
<b>Taille</b>		
- T1	16	22,2
- T2	51	70,8
- T3	3	4,2
<b>Type histologique</b>		
- Carcinome intra canalaire	2	2,8
- Carcinome Canalaire Infiltrant	63	87,4
- Carcinome lobulaire Infiltrant	1	1,4
- Autres Carcinomes Infiltrant	6	8,4
<b>Grade SBR</b>		
- SBR I	8	11,11
- SBR II	19	26,4
- SBR III	20	27,8
<b>Marges chirurgicales</b>		
- Atteintes	10	13,9
- Saines	57	79,2
- Non précisées	5	6,9
<b>Emboles vasculaires et lymphatiques</b>		
- Absents	44	61,1
- Présents	12	16,7
- Non précisés	16	22,2
<b>Atteinte ganglionnaire</b>		
- Pas d'envahissement ganglionnaire	39	54,2
- Atteinte ganglionnaire	33	45,8
- Sans précision	10	13,8
- 1 à 3 N+	18	25
- > 4 N +5	5	6,9

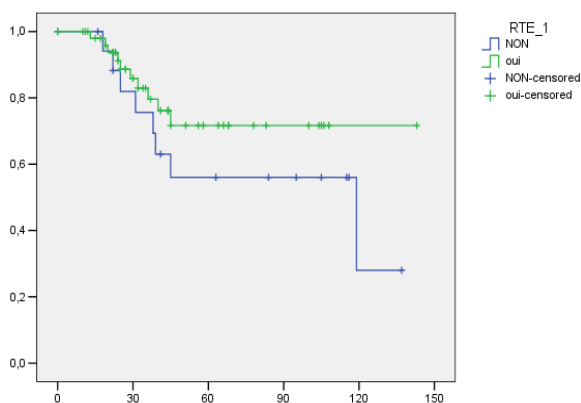
**Tableau II : Les stratégies thérapeutiques des récives**

Stratégie thérapeutique	Fréquence	Pourcentage (%)
Perdue de vue sans traitement	1	6%
Chimiothérapie palliative	1	6%
Chimiothérapie et RTE palliative	1	6%
Mastectomie +chimiothérapie	5	31%
Mastectomie+chimiothérapie+réirradiation	8	50%
<b>Total</b>	16	100%

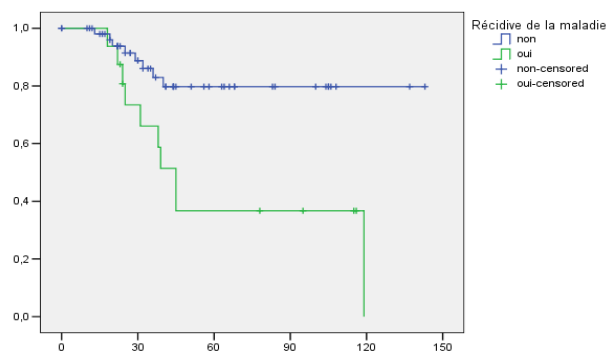


**Tableau III : Les différentes stratégies thérapeutiques des métastases**

Stratégie thérapeutique	Fréquence	Pourcentage (%)
Abstention	7	37
Chimiothérapie palliative	9	47.4
Chimiothérapie palliative+Radiothérapie palliative	1	5.2.
Chimiothérapie+MCA+Radiothérapie	1	5.2
Radiothérapie palliative	1	5.2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>



**Figure II : Courbe de survie en fonction radiothérapie**



**Figure III: courbe de survie globale en fonction de la survenue de récurrence (P=0.000)**

**RÉFÉRENCES**

1 Althius M D, Dozier J M, Anderson W F et al Global trend in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. Internat J.Epidemiol. 2005; 34(2): 405-412.

2 Parkin D M The global burden of cancer : semin. cancer biol. 1998; 8(2) : 219-235.

3 Blichert-Toft M, Rose C, Andersen J A et al Danish randomized trial comparing breast-conservation therapy with mastectomy : six years of life-table analysis. J.Natl. Cancer 1992 ;

4 Jacobson J A, Danforth D N, Cowan K H et al Ten year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. N. Engl. J. Med. 1995; 332(14): 907-911.

5: Poggi M M, Danforth D N, Scinto L C et al Eighteen-year results in treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast-conserving therapy. Cancer 2003; 98(4) : 697-702.

6 : Van Dongen J A, Voogd A C, Fentiman I S et al Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy : european organization for research and treatment of cancer 10801 Trial J.Natl. Cancer Inst. 2000 ; 92 (14) : 1143-1150.

7: Veronessi U, Cascinelli N, Mariana L et al Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N. Eng. J. Med. 2002 ; 347 (16) : 1227-1232.

8 : Chauleur C, Vulliez L, Trombert B et al Facteur de risque de récurrence des cancers du sein traités par chirurgie conservatrice : a propos de 254 cas. J. gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction 2008 ; 37(1) : 170-178.

- 9 Ennachit M, Kamri Z, Hissane M  
Traitement conservateur et cancer du sein: les cancers gynéco-mammaires. *Espérance médicale A* 2011 ; 18(177): 251-255
- 10 Fischer B, Brown A, Manounas E et al  
Effect of preoperative therapy for primary breast cancer on local regional disease, disease free survival and survival : results from NSABP 18. *J. Clin Oncol.* 1997 ; 15(7) : 2483-2493
- 11 Jacobson J A, Danforth D N, Cowan K H et al  
Ten year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332(14): 907-911
- 12 : Ghorbel L, Siala W, Sallemi T et al  
Traitement conservateur du sein : étude rétrospective à propos de 120 cas. *Cancer Radiothérapie* 2007; 11(20) : 382-430.
- 13 Fisher B, Anderson S, Bryant J et al  
Twenty year follow up of a randomized study comparing total mastectomy, lumpectomy and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N. Engl. J. Med.* 2002;347(16) : 1233-1241.
- 14 Grills I S, Kestin L L, Goldstein N et al  
Risk factors for regional nodal failure after breast conserving therapy ; regional nodal irradiation reduces rate of axillary failure in patients with four or more positive lymph nodes.
- 15 Arriagada R, Lee M G, Rocheud F et al  
Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer : patterns of failure with 15 years of follow-up data. *J. Clin. Oncol.* 1996; 14(5): 1558-1564.
- 16 Nos C, Bourgeois D, Darles C et al  
Traitement conservateur des cancers du sein multifocaux : étude à propos de 56 cas traités à l'institut curie d 1983 à 1989. *Bulletin du cancer* 1999 ; 86(2) :184-188.
- 17 Early breast cancer trialist's collaborative group (EBCTCG) Favourable and unfavourable effects on long-term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2000 355(9217) : 1757-1770
- 18 Van De Steene J, Soete G, Storme G et al  
Adjuvant radiotherapy for breast cancer significantly improves overall survival : the missing link. *Radiotherapy oncol.* 2000; 55(3): 263-272
- 19 Abrial C, Bouchet MF, Raouf I et al  
Place de l'anatomie pathologique dans l'évaluation de la réponse à la chimiothérapie néoadjuvante. Marqueurs pronostiques et prédictifs : exemple du cancer du sein. *Bull. cancer* 2006 ; 93(7) :663-668.
- 20 Axelsson CK, Rank F, Mouridsen HD et al  
Impact of axillary dissection on staging and regional control in breast tumors inferior or equal 10mm in The DBCG experience. *Acta. Oncol.* 2000; 39(3): 283-289.
-