

**PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CANCER DU SEIN DANS UN HOPITAL
CONFESSIONNEL DU CAMEROUN**

**SURGICAL MANAGEMENT OF BREAST CANCER IN A PRESBYTERIAN HOSPITAL
OF CAMEROON**

**BINYOM P.R¹, ZARÉ C², BELEMLILGA G.H.L², FOUELIFACK YMELE F³, SOMÉ
OR², BANG A⁴, BWÉLLÉ G⁵, NGOWÉ NGOWÉ M⁶**

¹Service de chirurgie générale et cancérologie des Polycliniques Innova de Yaoundé, Chargé des Cours à l'ISTM – Université de Douala, Cameroun

²Service de Chirurgie Générale et Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou , Bobo-Dioulasso, , Université Nazi Boni, Burkina Faso

³Service de gynécologie de l'Hôpital Central de Yaoundé, Assistant à l'ISTM – Université de Douala.

⁴Service de chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé ; Chargé de Cours à la FMSB – Université de Yaoundé – 1.

⁵Service de Chirurgie Viscérale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Chargé de Cours à la FMSB – Université de Yaoundé – 1

⁶Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général de Yaoundé, Université de Douala

**Auteur correspondant : Dr ZARE Cyprien : chirurgien généraliste au Centre
Hospitalier Universitaire Sourô Sanou. Email : zcyrien@yahoo.fr Tel : 0022670089157**

RESUME

Introduction : le cancer du sein chez les jeunes femmes est courant en milieu chirurgical camerounais.

Objectif : rapporter les résultats de la prise en charge chirurgicale du cancer du sein dans un hôpital confessionnel du Cameroun.

Patients et méthodes: Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} avril 2012 au 1^{er} février 2016, intéressant les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie du cancer non inflammatoire du sein.

Résultats: En 5 ans, 144 femmes étaient diagnostiquées pour cancer du sein à l'Hôpital EPC de Sackbayémé. Quarante-deux patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein étaient incluses. L'âge moyen était de 44 ans. Les cancers

étaient classés majoritairement T3N0M0 dans 32,9%. La mastectomie était pratiquée dans 63,4% et la chirurgie conservatrice du sein en association avec une chimiothérapie néoadjuvante dans 36,6%. Deux cas de complications post-opératoires (lymphœdème) étaient notés après la mastectomie. A 5 ans de recul, la récurrence globale était de 12%, une métastase dans 20,7%, une mortalité globale à 12,2% et une survie globale de 87,8%. La survie pour mastectomie était à 86,5% et celle de la chirurgie conservatrice à 90%.

Conclusion : La chirurgie conservatrice du sein est une technique innovante dans le traitement des cancers du sein

Mots clés : cancer, sein, chirurgie conservatrice, mastectomie, cameroun

ABSTRACT

Introduction: findings of breast cancer amount young women is already current in

Target: to report the results of management of patients with breast cancer at a presbyterian hospital of cameroon

Patients and Methods: It's about a retrospective and analytic study, with descriptive orientation covering the period from 1st April 2012 to 1st February 2016, concerning women affected by non-inflammatory cancer.

Results: During a period of 5 years, 144 women has been found affected by breast cancer at a presbyterian hospital of cameroon. Heathy-two who underwent breast cancer treatment were included. The average age was 44 years. The

classification of the pathology was as follow in majority T3N0M0 was present in 32,9%. Mastectomy technique has been practiced on 63,4 % of patients, however BCS technique has been realized in association to neo-adjuvant chemotherapy on 36,6%. The post-operative was complicated with 2 cases of lymphedema after mastectomy technique. With a 5-year follow-up, global relapse was 12%, metastasis was observed in 20,7%, global mortality was 12,2% and global survival was 87,8%. Mastectomy survival was 86,5% however conservative treatment for breast cancer was 90%.

Conclusion: The conservative treatment for breast cancer is an innovative technique in the surgical treatment of breast cancer

Key words: cancer, breast, conservative surgery, mastectomy, Cameroon

INTRODUCTION

Le cancer du sein chez la femme, est le cancer le plus diagnostiqué au monde [1]. Au cameroon, selon une étude en 2015, le cancer du sein représentait avec 34% des cas, le deuxième cancer gynécologique et mammaire à Yaoundé après le cancer du col de l'uterus avec 45,5% [2]. La mastectomie (chirurgie mutilante) est longtemps restée la technique de choix pour le traitement des cancers du sein, tout type et toutes tailles confondus. Avec l'avènement de la chirurgie mini-invasive, la chirurgie conservatrice du sein ou Breast Conserving Surgery (BCS) est devenu le traitement de choix de la plupart des cancers du sein [3-5]. Le but de notre étude était de rapporter les résultats de la prise en charge chirurgicale Su cancer du sein à l'Hôpital EPC de Sackbayémé.

PATIENS ET METHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective et descriptive sur 5 ans, allant du 1^{er} Avril

2012 à 1^{er} Février 2016, menée dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital EPC de Sackbayémé. Ont été incluses toutes les patientes ayant un cancer non inflammatoire du sein mono focal et de localisation mono latérale confirmé par biopsie et dont la taille de la tumeur était \geq 5 cm sans métastases. Dans leurs antécédents, il n'y avait, ni antécédent de chirurgie mammaire, de chimiothérapie et d'hormonothérapie. Toutes les femmes ont bénéficié d'une échographie, d'une mammographie, d'un examen anatomopathologique et de l'immunohistochimie. Les cancers étaient classés selon le grade 2 SBR (Classification de Scarff Bloom et Richardson), correspondant à TxNxM0 dans la classification TNM. Toutes les patientes avaient donné leur consentement avant la chirurgie. Deux techniques chirurgicales (la mastectomie selon Patey et la chirurgie conservatrice du sein ou Breast Conserving Surgery) ont été pratiquées au cours du traitement. Une chimiothérapie

néoadjuvante à base de paclitaxel 120mg/m² et epirubicine 70mg/m² à raison de six cures avec des cycles de 21 jours pendant 6 mois avait été instituée chez les patientes ayant bénéficié de la BCS. Une chimiothérapie adjuvante était indiquée à J7 postopératoire dans les deux types de techniques. Toutes les patientes ont été régulièrement suivies : pendant les deux premières années, un examen clinique complet, une radiographie pulmonaire, une échographie hépatique ainsi que le dosage sérique CA 15-3 ont été faits tous les trois mois ; puis tous les six mois pendant les trois années suivantes. Les données suivantes ont été étudiées : âge, fréquence hospitalière, résultats (échographie, mammographie, examen anatomopathologique, immunohistochimie), classification du cancer, type de chirurgie, les suites opératoires (complications post-opératoires, suivi, métastases, récurrence, décès et survie).

RESULTATS

Durant la période de notre étude (5 ans), 144 femmes ont été diagnostiquées pour cancer du sein à l'Hôpital EPC de Sackbayémé. Quarante-deux patientes ayant subi un traitement de cancer du sein, répondaient à nos critères, soit une fréquence hospitalière annuelle de 16,4 cas. L'âge moyen était de 44 ans avec des extrêmes de 28 et 60 ans. La tranche d'âge de 50 à 60 ans représentait 45,1% (37) de la population d'étude, suivie respectivement de celle de 40 à 50 ans dans 34,1% (28), celle de 30 à 40 ans dans 15,9% (13) et celle de 20 à 30 ans dans 4,9% (4). Dans 32,9% (27) des cas, la taille de la tumeur était comprise entre 5 et 7 cm. La répartition de la taille et la situation d'envahissement ganglionnaire à l'échographie est reportée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des résultats de l'échographie selon la taille de la tumeur et la situation d'envahissement ganglionnaire

Taille de la tumeur et situation d'envahissement ganglionnaire	Effectif	Pourcentage (%)
T : 5-7 cm	27	32,9
T : T : $\geq 7 \leq 8,5$ cm, N+ : axillaire singulier	17	20,7
T : $\geq 8,5 \leq 9,5$ cm N+ : axillaire Multiple	24	29,3
T : $\geq 9,5 \leq 10$ cm N+ : axillaire multiple et sternale	14	17,1
Total	82	100

Les images de la mammographie étaient considérées nettes dans 69,5% (57) cas et floues dans 30,5% (25). Les cancers étaient classés respectivement T3N0M0 dans 32,9% (27 cas), T3N2M0 dans 29,3 % (24 cas), T3N1M0 dans 20,7% (17 cas) et T3N3M0 dans 17,1% (14 cas). La mastectomie selon Patey a été pratiquée chez 52 (63,4%) patientes. La BCS a été réalisée en association avec une chimiothérapie néoadjuvante chez 30 (36,6%) femmes. Sur les 17 cas de cancer du sein classés T3N1M0, 12 cas ont été traités selon la technique de BCS et 5 cas par la technique de Patey. Le tableau II montre la répartition des patientes selon la technique chirurgicale en fonction de la classification des cancers.

Tableau II : Répartition des patientes selon la technique chirurgicale et en fonction de la classification des cancers

Classification TNM	Nombre de cas de mastectomie	Nombre de cas de BCS
T3N0M0	15	12
T3N1M0	5	12
T3N2M0	20	4
T3N3M0	12	2
Total	52	30

Dans tous les cas, un évidement axillaire a été réalisé. Pendant l'évidement axillaire, le nombre moyen de ganglions prélevés était de 8 et un taux d'envahissement de 52% avait été observé. Les suites opératoires étaient compliquées de 2 cas de lymphœdème observés chez les femmes traitées par la technique de Patey. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un aspect canalaire infiltrant avec composante intra canalaire dans 40% des cas, un aspect lobulaire infiltrant dans 48% et un aspect médullaire dans 12% des cas. L'étude immunohistochimique a montré que 69% des femmes ont présenté des récepteurs oestrogéniques et/ou progestéronique négatifs. Par contre, 31% (29) présentaient une positivité pour les deux récepteurs et celles-ci avaient reçu une hormonothérapie simple à base de Tamoxifène 20mg. Quarante-vingt une femmes (98,8%) avaient accepté la chimiothérapie adjuvante. Il s'est agi du protocole FEC (Epirubicine 100 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m² et 5-Fluorouracil 500 mg/m²) chez 93,8 % (76) des patientes et le protocole CMF (Cyclophosphamide 500mg/m², Méthotrexate 50 mg/m² et 5-Fluorouracil 500 mg/m²) chez 6,2% (5) patientes ayant des antécédents cardiaques. Le recul médian du suivi était de 32 mois avec des extrêmes de 5 à 72 mois. Après un recul de 5 ans, on a observé une récurrence globale de 12% (10), des métastases dans 20,7% (17) et une mortalité globale de 12% (10). Les

résultats du traitement en termes de survenue de récurrence et de métastase en fonction de la technique chirurgicale utilisée (Patey ou BCS), sont reportés respectivement dans les tableaux III et IV. La survie globale à 5 ans était de 87,8% (72/82). La survie pour la mastectomie selon Patey à 86,5% (45/52) et celle de la BCS était à 90 % (3/27).

Tableau III : Répartition des patientes selon la récurrence en fonction du type de technique chirurgicale après un recul de 5 ans

Type de technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage (%)
Mastectomie selon Patey	3	30
BCS	7	70
Total	10	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon la survenue de métastase en fonction du type de technique chirurgicale après un recul de 5 ans

Type de technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage (%)
Mastectomie selon Patey	10	58,8
BCS	7	41,2
Total	17	100

DISCUSSION

Le traitement chirurgical du cancer du sein chez la femme au Cameroun est relativement courant avec 82 femmes opérées en 5 ans soit une fréquence hospitalière de 16,4cas à l'Hôpital EPC de Sackbayémé. Nos patientes étaient majoritairement jeunes avec un âge moyen était de 44 ans. Ce qui corrobore qu'au Cameroun, le cancer du sein survient chez les femmes jeunes dont la moyenne d'âge se situe autour de la quarantaine [2, 6]. Bien que le caractère jeune des patientes atteintes

du cancer du sein soit rapporté par d'autres auteurs, cependant l'âge moyen de leur série est supérieur au nôtre avec un peu plus de 50 ans [3, 7]. Malheureusement, le cancer du sein continu à être diagnostiqué à un stade avancé dans les pays en développement [2, 8, 9]. Ceci pourrait expliquer que la mastectomie soit longtemps restée la technique de choix pour le traitement des cancers du sein, tout type et toutes tailles confondues. En effet, au début du siècle dernier, la mastectomie était considérée comme le traitement de choix malgré que cette approche thérapeutique particulièrement agressive avec une issue fatale [10]. Aujourd'hui, grâce à la mise en place de programmes de dépistage et du partenariat avec les femmes atteintes, le diagnostic d'un cancer du sein est posé à un stade précoce chez la plupart des patientes [10]. La technique conservatrice est devenue le gold standard du traitement chirurgical des stades précoces de cancers du sein [10]. Dans notre série, toutes les femmes avaient été diagnostiquées au stade T3 avec une taille minimale de la tumeur entre 5 et 7 cm ; ce qui correspondait à un stade avancé au moment du diagnostic. Vingt-quatre (29,3%) de nos femmes étaient classées T3N2MO, ce qui explique notre fort taux (63,4%) de mastectomie selon Patey. Selon Vlastos et al, le traitement conservateur qui consiste en l'excision de la tumeur avec des marges chirurgicales saines a remplacé la mastectomie dans plus de 50 à 75% des cas [10]. Notre taux de BCS était à 36,6%. L'introduire progressivement de la BCS dans nos mœurs thérapeutiques et la mise en place des programmes de dépistage du cancer du sein nous permettrons d'augmenter notre taux de réalisation de la BCS. Cette option va se justifier par le fait que Démassi et al ont expliqué l'augmentation de leur taux de BCS qui serait passé de 24% en 2009 à 33% en 2012 par la mise en œuvre de ces pratiques [3]. Le traitement conservateur du cancer du sein associe une exérèse de la tumeur, le traitement des adénopathies axillaires et une

irradiation du sein conservé [11]. Dans notre série, le traitement conservateur comportait après une chimiothérapie néoadjuvante, l'exérèse de la tumeur associée à un évidement axillaire, une chimiothérapie adjuvante à J7 post-opératoire et une hormonothérapie. Nous n'avons pratiqué de radiothérapie chez nos malades du fait du non disponibilité de ce traitement dans notre contexte de travail. L'utilisation de la chimiothérapie néoadjuvante dans notre étude se justifiait par la taille de la tumeur (T3) chez toutes nos femmes au moment du diagnostic et dont il fallait obtenir la réduction pour faciliter la BCS. En effet, même considéré par Doridot et al [11], comme le traitement de référence des cancers du sein T1 et T2 de petite taille, non inflammatoires, l'utilisation de traitements préopératoires dans la BCS permet d'étendre ses indications à des tumeurs plus volumineuses [7]. C'est cette attitude thérapeutique d'utiliser une chimiothérapie néoadjuvante qui nous a permis d'indiquer la BCS chez 36,6% (30) de nos femmes. Pour Vu-Nishino al, la chimiothérapie adjuvante est indiquée en cas de N+, et chez les patientes N- avec de mauvais pronostic (récepteurs hormonaux négatifs, l'âge jeune, la taille tumorale ≥ 3 cm) [12]. Leur indication de la chimiothérapie néoadjuvante correspond à la nôtre. En effet, dans notre étude, en dehors d'une seule, toutes nos patientes ont reçu une chimiothérapie adjuvante du fait soit d'un envahissement ganglionnaire (52%), soit de la présence de facteurs de mauvais pronostic chez nos patientes (100% des cancers était au stade T3, 69% des femmes avaient une négativité aux récepteurs hormonaux, l'âge moyen de 44 ans de nos des femmes). Khomsi et al ont proposé une hormonothérapie chez toutes les patientes qui ont des récepteurs hormonaux positifs ou inconnus [13]. Par contre, nous avons institué une hormonothérapie adjuvante à toutes nos femmes qui avaient un statut positif des récepteurs hormonaux (31% des cas). Notre attitude se justifie par le fait que

dans notre série, il n'y avait pas de statut inconnu de récepteurs chez nos patientes. La survie globale à 5 ans dans étude était de 87,8%. Dans notre étude. Selon Coleman et al, les taux de survie au cancer du sein sont extrêmement variables d'un pays à l'autre, allant de 80% ou plus en Amérique du Nord, en Suède et au Japon à près de 60% dans les pays à revenu intermédiaire, et à moins de 40% dans les pays à faible revenu [14]. Nous pensons que les faibles taux de survie dans les pays moins développés peuvent s'expliquer essentiellement par l'absence de programmes de dépistage précoce, qui se traduit par une proportion élevée de femmes présentant une maladie à un stade avancé, ainsi que par l'absence d'infrastructures de diagnostic et de traitement appropriées. Bien que le Cameroun ne soit pas un pays développé notre taux de survie comparable à celui des pays développés pourrait

s'expliquer par l'introduction de la BCS dans le traitement des cancers de sein dans notre milieu de travail.

CONCLUSION

L'avènement de la chirurgie conservatrice du sein a apporté une innovation dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge des cancers du sein à l'Hôpital EPC de Sackbayémé. La mise en place d'un programme de dépistage améliorerait d'une part le diagnostic précoce des cancers du sein et d'autre part augmenterait le taux de réalisation de la BSC. En perspective les praticiens de l'hôpital EPC de Sackbayémé devront avoir à l'idée, l'approche de la technique du ganglion sentinelle en remplacement de l'évidement axillaire pour améliorer davantage le traitement conservateur du sein.

REFERENCES

1. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Rebelo CM, Parkin DM, et al.** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in globocan 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5):359-86.
2. **Sando Z, Fouogue JT, Fouelifack FY, Fouedjio JH, Mboudou ET, Oyono Essame JL.** Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé – Cameroun. *Pan Afr. Med J* 2014;17:1-10
3. **Dimassi K, Gharsa A, Chanoufi MB, Sfar E, Chelli D.** Le traitement conservateur du cancer du sein : expérience d'une équipe tunisienne. *Pan Afr Med J* 2014;19(148):1-14
4. **Jacobson JA., Daforth DN, Cowan KH, Angelo T, Steinberg SM, Pierce L, et al.** Ten-years results of a comparison of conservation surgery with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *N Engl J Med* 1995;332(14):907 -11
5. **Malka I, Villet R, Fitoussi A, Salmon RJ.** Oncoplastic Conservative treatment for Breast Cancer; Part2: Techniques for the inferior quadrants. *J Visc Surg* 2010;147(5)305 -15.
6. **Ndamba Engbang JP, Essome H, Mve Koh V, Godefroy Simo G, Sime Essam JD, Sone Mouelle A, Oyono Essame JL.** Cancer du sein au Cameroun, profil histopathologique et épidémiologique: à propos de 3044 cas. *Pan Afr Med J* 2015; 21(242):1-6
7. **Wail Bouzoubaa W, Laadiou M, Jayi S, Alaoui FZF, Bouguern H, Chaara H, Melhouf MA.** Oncoplastie avec conservation mammaire dans le traitement du cancer du sein: à propos de 16 cas. *Pan Afr Med J* 2015;20(180) :1-11.
8. **Salim EI, Moore MA, Al-Lawati JA, Al-Sayyad J, Bazawir A, Bener A, et al.** Cancer epidemiology and control in the Arab world - past, present and future. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009;10(1):3-16

9. **Gueye SMK, Gueye M, Coulbary SA, Diouf A, Moreau JC.** Problématique de la prise en charge des cancers du sein au Sénégal: une approche transversale. *Pan Afr Med J* 2016;25(3)
10. **Vlastos GG, Berclaz I, Langer B, Delaloye Pittet-Cuenod JF.** Chirurgie du cancer du sein. *Rev Med Suisse* 2007;3 :32663
11. **Doridot V, Nos C, Aucouturier JS, Sigal-Zafranib B, Fourquet A, Clough KB.** Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein. *Cancer/Radiothérapie* 2004 ;8(1):21-8.
12. **Ha Vu – Nishino MD, Fattaneh A, Tavassoli MD, Wiliam A, Ahrens MD, Bruce G, Haffty MD.** Clinicopathologic features and long-term outcome of patients with medullary breast carcinoma managed with breast conserving therapy (BCT): *Int. J. of Radiot. Oncol. Biol. Physics* 2005;62(4):1040 -7.
13. **Khoms WF. Ben Bachouche H, Bouzaiene R, Chargui J, Ben Assouna MH, Mtaalah T, Dhiab M, Hechiche F, Benna H, Boussen A, Gamoudi K.** Carcinome médullaire typique du sein: étude retrospective à propos de 33 cas. *Gynéc. Obst. et Fertilité* 2007 ;3(5):1117-22.
14. **Coleman MP, et al.** Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008;9 :730-56.