

PRISE EN CHARGE DES LÉSIONS MAMMAIRES INFRACLINIQUES A ABIDJAN. A PROPOS D'UNE SERIE DE 21 CAS

K.E. AKA, K.A ZOUA., A. HORO

RESUME

Introduction : Le cancer du sein est un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. Le dépistage et la prise en charge des lésions mammaires infracliniques représentent la stratégie pour réduire la mortalité liée au cancer du sein.

Objectif : Evaluer la prise en charge des lésions mammaires infracliniques à Abidjan.

Méthodes : L'étude était transversale portant sur la prise en charge des lésions mammaires infracliniques diagnostiquées et traitées au Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire) du 1er Janvier 2017 au 30 Juin 2023.

Résultats : L'âge moyen des patientes est de 52 +/- 9,4 ans avec des extrêmes de 33 et 79 ans. Dix-neuf pour cent des patientes ont des antécédents familiaux de cancer du sein alors qu'on n'a noté aucun antécédent personnel de cancer du sein. Le dépistage du cancer du sein, plutôt individuel, a été pratiqué par 38% des patientes. La concordance histologique des lésions classées ACR4 et ACR5 est excellente alors que celle des lésions classées ACR3 est moyenne. Le CINS est le type histologique le plus fréquent (66,66%) contrastant avec l'objectif idéal de la prise en charge des lésions mammaires infracliniques, qui est de diagnostiquer des carcinomes in situ. Le phénotype luminal B est le plus fréquent (55,55%) suivi du luminal A (33,33%). La prise en charge des lésions mammaires infracliniques, à Abidjan, est caractérisée par la pratique de la zonectomie avec berges d'exérèses saines. Néanmoins, le clippage du lit tumoral et l'adénectomie sentinelle ne se font pas encore.

Conclusion : En dépit des bons résultats dans la prise en charge des lésions mammaires infracliniques à Abidjan, son envergure reste insuffisante pour relever le défi de santé publique posé par le cancer du sein.

Mots-clés : Lésions mammaires infracliniques ; Zonectomie ; Berges d'exérèse ; Côte d'Ivoire.

SUMMARY

Management of subclinical breast lesion in Abidjan: a case series of 21 patients.

Introduction: Breast cancer is a public health problem in Côte d'Ivoire. Screening and management of subclinical breast lesions is the strategy to reduce breast cancer mortality.

Objective: To present the management of subclinical breast lesions in Abidjan.

Method: It was cross-sectional study of the management of subclinical breast lesions diagnosed and treated in Abidjan from January 1, 2017 to June 30, 2023.

Results: The mean age of patients was 52 +/- 9.4 years with extremes of 33 and 79 years. 19% of patients had a family history of breast cancer, whereas no personal history of breast cancer was noted. Only 38% of patients underwent individual breast cancer screening. 33% of breast lesions became subclinical after neoadjuvant chemotherapy. Histological concordance for lesions classified as ACR4 and ACR5 was excellent, while that for lesions classified as ACR3 was average. CINS is the most frequent histological type (66.66%), in contrast to the ideal goal of managing subclinical breast lesions, which is to diagnose carcinoma in situ. Luminal B phenotype is the most frequent (55.55%), followed by luminal A (33.33%). The management of subclinical breast lesions in Abidjan is characterized by the practice of zonectomy with healthy excision margins. However, clipping of the tumour bed and sentinel adenectomy are not yet performed.

Conclusion: Despite good results in the management of subclinical breast lesions in Abidjan, its scope remains insufficient to meet the public health challenge posed by breast cancer.

Keywords: Subclinical breast lesions; Zonectomy; Excision margins; Ivory Coast

INTRODUCTION

En Afrique subsaharienne, le cancer du sein constitue un vrai problème de santé publique car il occupe le deuxième rang de cancer de la femme après celui du col utérin [1]. Dans 70 % des cas, le diagnostic de cancer du sein s'y fait à des stades tardifs, posant un réel problème de prise en charge thérapeutique [2]. Le dépistage du cancer du sein

est un procédé en expansion qui permet de détecter tôt une éventuelle anomalie ou un cancer avant l'apparition de symptômes. Cette détection de lésions infracliniques augmente les chances de guérison car elle permet une survie à 99% à 5 ans après le diagnostic, ce qui pourrait contribuer à améliorer les indicateurs de mortalité liés au cancer du sein. Les cancers du sein détectés précocement sont alors de bon pronostic. Par ailleurs, ils nécessitent en général

Tirés à part : AKA Kacou Edele. Université Félix Houphouët Boigny. Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon-Abidjan

AKA K.E., ZOUA K.A., HORO A. Prise en charge des lésions mammaires infra cliniques à Abidjan. A propos d'une série de 21 cas. Journal de la SAGO, vol.26, n°3, p 40-44.

des traitements moins lourds et moins agressifs, avec moins de séquelles donc une meilleure qualité de vie [3].

La présente étude se réalise dans un contexte d'absence de dépistage organisé du cancer du sein et de médecine nucléaire en Afrique subsaharienne en général et dans le cas particulier de la République de Côte d'Ivoire. En effet, Les lésions mammaires infracliniques sont le plus souvent sous-diagnostiquées et les centres de leur prise en charge peu répandus. En revanche, tous les traitements adjuvants (radiothérapie externe, chimiothérapie, thérapie ciblée et hormonothérapie) sont disponibles en Côte d'Ivoire.

Le but de notre étude était d'évaluer le niveau du dépistage des lésions mammaires infracliniques en Afrique subsaharienne et en Côte d'Ivoire en particulier. Toutefois, celle-ci se limitera à exposer la prise en charge des lésions mammaires infracliniques à Abidjan en Identifiant les circonstances de découverte de ces lésions, en décrivant leurs aspects radiologiques, mais aussi en précisant la stratégie de prise en charge chirurgicale après avoir déterminé les types histologiques et les profils immunohistochimiques de ces lésions.

I. METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale multicentrique qui s'est déroulée sur une période de 6 ans et demi allant du 1er janvier 2017 au 30 Juin 2023 sur la prise en charge des lésions mammaires infracliniques diagnostiquées et traitées à Abidjan. Ont été incluses, les patientes majeures consentantes chez qui une lésion mammaire infraclinique a été histologiquement prouvée à Abidjan et qui ont reçu un traitement chirurgical avec ou sans traitement. Les patientes perdues de vue, et celles dont le traitement était incomplet ont été exclues de cette étude. Les circonstances de découverte des lésions mammaires, la classification ACR des lésions mammaires, les types histologiques et profils immunohistochimiques des lésions mammaires et la stratégie de prise en charge chirurgicale ont été les paramètres étudiés Le logiciel Microsoft Word 2013 a été utile pour la saisie de texte. A l'aide du logiciel EPI INFO Version 7.

II. RÉSULTATS

L'âge moyen des patientes était de 52 +/- 9,4 ans avec des extrêmes de 33 et 79 ans. Dix-neuf pourcent des patientes avaient des antécédents familiaux de cancer du sein alors que nous n'avions noté aucun antécédent personnel de cancer du sein. Le dépistage du cancer du sein, plutôt individuel, a été pratiqué seulement par trente-huit pourcent des

patientes. La concordance histologique des lésions classées ACR4 et ACR5 était excellente alors que celle des lésions classées ACR3 était moyenne. Le CINS était le type histologique le plus fréquent (66,66%) contrastant avec l'objectif idéal de la prise en charge des lésions mammaires infracliniques, qui était de diagnostiquer des carcinomes in situ. Le phénotype luminal B était le plus fréquent (55,55%) suivi du luminal A (33,33%). La prise en charge des lésions mammaires infracliniques, à Abidjan, était caractérisée par la pratique de la zonectomie avec berges d'exérèses saines. Néanmoins, le clippage du lit tumoral et l'adénectomie sentinelle ne se font pas encore.

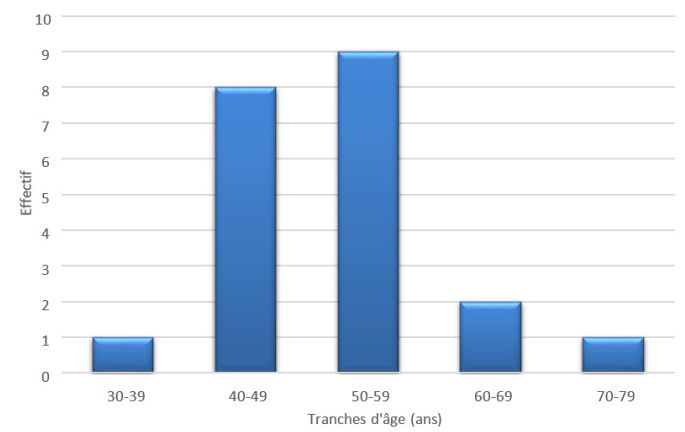


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Tableau I : Antécédents et circonstances cliniques des patientes atteintes de cancer du sein

Paramètres (n=21)	Oui (n/%)	Non (n/%)	NA* (n/%)
ATCD personnel de cancer du sein	0 (0,0)	21 (100,0)	0 (0,0)
ATCD familiaux de cancer du sein	4 (19,0)	17 (80,9)	0(0,0)
Circonstances cliniques			
Ecoulement mamelonnaire	2 (9,5)	13 (61,9)	6(28,6)
Douleur mammaire	6 (28,6)	9 (42,8)	6 (28,6)
Adénopathie axillaire	5 (23,8)	13 (61,9)	3 (14,3)
Dépistage individuel	8 (38,0)	13 (62,0)	

*Non applicable

Tableau II : Répartition des patientes selon les données paracliniques des lésions mammaires infracliniques

Variables (n = 21)	Effectif	Pourcentage (%)
Classification ACR		
ACR3	4	19
ACR4	9	42,8
ACR5	6	28,5
Types histologiques		
Carcinome canalaire in situ	2	9,5
Carcinome mucineux infiltrant	2	9,5
Carcinome papillaire solide in situ	1	4,8
Carcinome infiltrant non spécifique	14	66,7
Profils immunohistochimiques		
Luminal B (HER2 négatif)	4	19,0
Luminal B (HER2 positif)	1	4,8
Luminal A	3	14,3
Triple négatif	1	4,8
Non applicable	12	57,1

Tableau III : Stratégie de prise en charge chirurgicale des lésions mammaires infracliniques

Variables (n = 21)	Effectif	%
Repérage préopératoire	21	100
Zonectomie	21	100
Radiographie de la pièce opératoire	21	100
Curage axillaire	16	76,1
Berges d'exérèse saines	21	100
Recoupe	4	19,0

III. DISCUSSION

Profil épidémiolo-clinique

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Parmi les facteurs de risque de sa survenue figurent l'âge et les antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein. En effet, près de 80% des cancers du sein se développent après 50ans [4].

L'âge moyen au diagnostic qui est de 52 ans dans notre série se superpose à la tranche d'âge de 50 à 69 ans dans laquelle près de 50% des diagnostics de cancer du sein sont posés en France [4]. Cependant, il est supérieur à celui indiqué par le programme national de lutte contre le cancer de la Côte d'Ivoire qui est de 44 ans [5] mais plus proche des 48 ans d'âge moyen selon Chelli D en Tunisie [6].

Il n'y a pas d'antécédent personnel de cancer du sein dans notre série. Mais 4 patientes sur 21, soit 19% ont d'antécédents familiaux de cancer du sein. Ce constat est similaire à celui de Chelli D qui a trouvé respectivement 0% d'antécédent personnel et 13,7% d'antécédents familiaux de cancer du sein [6].

La découverte des cancers du sein au stade infraclinique, qui aboutit dans de nombreux cas à la découverte de cancers au stade in situ, reste un objectif prioritaire de santé publique qui a conduit de nombreux pays développés à mettre en place des campagnes de dépistage de masse [7]. Dans notre contexte, il n'y a pas de dépistage organisé. Seulement 8 sur 21, soit 38%, des lésions ont été découvertes au décours d'un dépistage plutôt individuel. Ce taux se rapproche de celui 10 sur 22, soit 45%, de dépistage de Chelli D. [6]. Ces taux de dépistage sur petits échantillons sont bien loin du taux de couverture totale de la population cible voisine de 65% en France en 2015 [8].

Concordance radio-histologique, anatomie pathologique et profil immunohistochimique

Le radiologue-sénologue est un acteur à part entière de la prise en charge du cancer du sein. En participant au dépistage, qu'il soit organisé ou individuel, ou lors du bilan d'une anomalie clinique, il est le plus souvent en première ligne lors de la découverte d'un cancer du sein et assure la validation du diagnostic par la réalisation de prélèvements percutanés. L'imagerie n'est plus seulement diagnostique mais tient également une place centrale dans la mise en place de la stratégie thérapeutique. Une corrélation radio-histologique selon le lexique développé par l'ACR est nécessaire pour les démarches diagnostique et thérapeutique [9,10].

Dans notre étude, la probabilité de malignité des ACR3 est de 50%. Elle est très supérieure à la probabilité de malignité théorique des ACR3 qui est inférieure à 2% [9, 10] et à celle de S. Mayi-Tsonga et al. au Gabon qui est de 11% [11]. Mais les ACR4 ont une meilleure valeur prédictive positive (VPP) de malignité qui est de 100% dans notre étude, en hausse par rapport à leur VPP théorique de malignité de 3 à 95% [9, 10]. La VPP de 100% des ACR5, dans notre série, équivaut à la VPP théorique de malignité des ACR5 qui est supérieure à 95% [9, 10]. Dans une étude tunisienne, la valeur prédictive positive de malignité des lésions classées ACR3 a été estimée à 5,55% ; 48,7% pour les ACR 4 et 71,4% pour les ACR 5 [12]. En effet, plusieurs études ont montré une variabilité dans l'interprétation des mammographies avec l'importance de l'expérience [13-15].

En ce qui concerne l'histologie, le CINS est le plus présent dans notre étude avec un taux de 66,7%. La tendance est la même pour A.I. Khalil. et al., au Maroc, mais avec un taux supérieur de 80,7% [16]. Alors que l'objectif de la stratégie de prise en charge des lésions mammaires infraclinique est de les diagnostiquer au stade de carcinome in situ pour un meilleur pronostic [7].

Le phénotypage tumoral permet de déterminer les traitements systémiques adaptés [17]. Dans notre étude, c'est le phénotype luminal B qui est le plus fréquent avec un taux de 55,55% suivi du luminal A avec un taux de 33,33%. Ce résultat est inverse de celui de A.I. Khalil et al. qui ont trouvé que le phénotype moléculaire le plus fréquent était le luminal A (41,4% des cas) suivi du luminal B avec une fréquence de 10,4% [16].

Stratégie de prise en charge chirurgicale des lésions mammaires infracliniques

La prise en charge des lésions mammaires infracliniques à Abidjan est caractérisée par un bon résultat carcinologique. L'étude de l'expérience d'Abidjan a permis de constater que des lésions classées ACR 3 ont fait l'objet de biopsie. Vérifier chirurgicalement des lésions classées ACR3 est certes une attitude agressive, mais se justifie dans notre contexte. D'une part, les patientes ne sont pas toujours compliantes et pourraient être perdue de vue dans l'option de surveillance radiologique. D'autre part, les patientes sont souvent demandeuses de vérification histologique pour plusieurs raisons : des conditions socio-économiques défavorables, des antécédents familiaux de cancer du sein ou dans l'entourage, l'anxiété et l'angoisse. L'éloignement du domicile est aussi une raison souvent évoquée par les patientes.

D'autres particularités de la stratégie de prise en charge des lésions mammaires infracliniques à Abidjan sont l'absence de clippage du lit tumoral et le curage axillaire à défaut de l'adénectomie sentinelle. Alors que selon les principes de la chirurgie conservatrice de sein, la mise en place de clips chirurgicaux est une aide importante pour le repérage des volumes cibles du complément d'irradiation du lit tumoral [18]. Dans la littérature, la morbidité du curage axillaire est importante à court terme (lymphocèle, douleur, abcès, hématome) et à long terme (fatigabilité de l'épaule, lymphœdème), altérant la qualité de vie de la moitié des patientes [19, 20].

CONCLUSION

Le dépistage et la prise en charge des lésions mammaires infracliniques est le gold standard pour améliorer le pronostic du cancer du sein et en réduire

la mortalité. En dépit des bons résultats de la mise en œuvre de cette stratégie à Abidjan, son envergure actuelle reste insuffisante pour relever le défi de santé publique posé par le cancer du sein.

REFERENCES

1. **Aka E., Horo A., Koffi A., Fanny M., Didi-Kouko C., Nda G.** et al. Expérience africaine monocentrique de la prise en charge personnalisée des cancers du sein à Abidjan : défis et perspectives. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2021 ; 49(9) : 684-90.
2. **Meye JF., Ngomo-Klutsch M., Diallo I.** Cancer du sein au centre hospitalier de Libreville. *Méd Afrique Noire*. 2004 ;8(8) :479–82.
3. **Institut National du Cancer.** Livret d'informations pratiques sur le dépistage des cancers du sein [En ligne]. 2022 [Consulté le 10/07/2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Livret-d-informations-pratiques-sur-le-depistage-des-cancers-du-sein>.
4. **Institut National du Cancer.** Facteurs de risque du cancer du sein [En ligne]. [Consulté le 10/07/2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Lescancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
5. **Programme National de Lutte contre le Cancer.** Profil épidémiologique du cancer en Côte d'Ivoire [En ligne]. 2019 [Cité le 20/02/23]. Disponible sur : <https://www.pnlca.org/copy-of-cancer-en-cote-d-ivoire-2>
6. **Chelli D., Dimassi K., Salem A., Driss M., Zaanouni E., Zouaoui B.** et al. Traitement chirurgical des lésions mammaires infracliniques : résultats préliminaires du programme de dépistage de l'Ariana. *La Tunisie Médicale*. 2009 ; 87(7) : 475 – 479.
7. **Dilhuydy MH., Barreau B., Stines J.** Dépistage organisé des cancers du sein : quelles leçons peut-on tirer des essais historiques ? La lettre du sénologue novembre 1999 ; 6 : 8-12.
8. **Séradour B.** Programme français de dépistage des cancers du sein généralisé en 2004 : le point en 2015. In : J-M. Classe., M. Compone., C. Lefebvre-Lacoeuille. *Cancer du sein : Dépistage et prise en charge*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux : Pratique en gynécologie-obstétrique ; 2016. P.19-26.
9. **ACR/BI-RADS** mammographie et échographie. Deuxième édition française basée sur la 4e édition américaine 2003. Paris: Société française de Radiologie ; 2004.
10. **American College of Radiology. 2013 ACR BI-RADS Atlas: Breast Imaging Reporting and Data System.** 5e édition. Reston: American College of Radiology; 2014.

11. **Mayi-Tsonga S., Meye JF., Ngou-Mve-Ngou JP., Mendome G. Mounanga M.** Corrélation radio-histologique des lésions mammaires infracliniques à partir de la classification BI-RADS (étude gabonaise). Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. 2006;16 (3) : 179-83.
12. **Bouzaiene H., Mchala L., BenHassouna J., Bouzid T., Chebbi U. Chargui R. et al.** Corrélation radio-histologique des microcalcifications du sein : expérience d'un centre tunisien. La Tunisie Médicale. 2009; 87 (07): 454 – 457.
13. **Tresadern JC., Asbury D., Hartley G., Sellwood RA., Borg-Grech A., Watson R.J.** Fine-wire localization and biopsy of nonpalpable breast lesions. Br J Surg. 1990; 77(3): 320-322.
14. **DuPont WD., Parl FF., Hartmann WH., Brinton LA., Winfield AC., Worrell JA., et al.** Breast cancer risk associated with proliferative breast disease and atypical hyperplasia. Cancer. 1993; 71(4): 1258-1265.
15. **Helvie MA., Hessler C., Frank TS., Ikeda DM.** Atypical hyperplasia of the breast: mammographic appearance and histologic correlation. Radiology. 1991 ; 179(3): 759-764.
16. **Khalil Al., Bendahhou K., Mestaghanm H., Saile R., Benider A.** Cancer du sein au Maroc: profil phénotypique des tumeurs. Pan African Medical Journal. 2016; 25 :74 doi:10.11604/pamj.2016.25.74.9966.
17. **Goldhirsch A., Winer EP., Coates AS., Gelber RD. Piccart-Gebhart M. Thürlimann B.** Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary herapy of Early Breast Cancer 2013. Ann Oncol. 2013 ;24(9) :2206-2223.
18. **Oden S., Thureau S., Baron M., Hanzen C.** Traitement conservateur du cancer du sein : optimisation du repérage du lit tumoral. Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). 2010 ;14(2) : 96-102.
19. **Siegel BM., Mayzel KA., Love SM.** Level I and II axillary dissection in the treatment of early-stage breast cancer. An analysis of 259 consecutive patients. Arch Surg. 1990;125(9):1144-1147.
20. **Kuehn T., Klauss W., Darsow M., Regele S Flock F. Maiterth C. et al.** Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients-clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. Breast Cancer Res Treat. 2000 ;64(3) :275-286.