

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2017

THESE N°: 466

**TRAITEMENT CONSERVATEUR
DU CANCER SU SEIN**
EXPERIENCE DU PÔLE GYNÉCO-MAMMAIRE DU CENTRE SHEIKHA FATMA-INO-

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : 21 Décembre 2017

PAR

Mr. Othmane EL HARMOUCHI

Né le 25 Septembre 1990 à Rabat

Médecin Interne du CHU Ibn Sina de Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Cancer du sein – Etude épidémiologique – Traitement conservateur –
Récidive.

JURY

Mr. Z. EL HANCI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr. T. KABDANI

Professeur de Radiothérapie

Mme. H. MRABTI

Professeur d'Oncologie Médicale

Mr. H. HACHI

Professeur de Chirurgie Générale

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31





UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne – Clinique Royale
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSALD Younes Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne – Doyen de la FMPR

Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader

Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation –**Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPA**
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**

Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha

Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - ***Directeur HMI Med V***
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie

Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie



Pr. ZHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSE Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique

Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique



(mise en disponibilité)

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie



Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*

Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologique
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale

Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-ptisiologie



PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie
Pr. CHEMSI Mohamed*	Médecine aéronautique
Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ABOUELALAA Khalil*	Anesthésie Réanimation
Pr. BELAIZI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. BENCHEBBA Driss*	Traumatologie Orthopédique
Pr. DRISSI Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna	Chirurgie Générale
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*	Médecine Interne
Pr. EL OUAZZANI Hanane*	Pneumophtisiologie
Pr. ER-RAJI Mounir	Chirurgie Pédiatrique
Pr. JAHID Ahmed	Anatomie pathologique
Pr. MEHSSANI Jamal*	Psychiatrie
Pr. RAISSOUNI Maha*	Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir	Pharmacologie – Chimie
Pr. AIT EL CADI Mina	Toxicologie
Pr. AMRANI HANCHI Laila	Gastro-Entérologie
Pr. AMOUR Mourad	Anesthésie Réanimation
Pr. AWAB Almahdi	Anesthésie Réanimation
Pr. BELAYACHI Jihane	Réanimation Médicale
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain	Anesthésie Réanimation

Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 0.
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira

Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie



Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOÛT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicaces

JE DEDIE CETTE THESE

A mon regretté grand-père paternel

A ma regrettée grand-mère maternelle

Que dieu ait leurs âmes en sa sainte miséricorde.

A mon grand-père maternel

A ma grand-mère paternelle

Que dieu vous prête santé et longue vie.

A mon père et à ma mère

*Aux deux êtres qui m'ont prodiguée tant d'amour,
d'affection et de bonheur, qui ont fait tant de sacrifice
pour mon éducation et mes études, qui m'ont comblée
par leur soutien et leur générosité durant toute mon existence
et qui continuent toujours à m'entourer de leur ample affection.
Puisse dieu, tout puissant, vous garder, mes chers parents,
et vous procurer santé et bonheur.*

*Chère maman, Cher papa, aucune dédicace ne pourra traduire ma
profonde reconnaissance et mon grand amour.*

A mon petit frère Hamza

*Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et de la gratitude
pour l'épaule inconditionnelle que tu représentes pour moi.*

Je te dirai un mot qui résume tout je t'aime mon frère.

A mes frères mousquetaires, AZIZ SLAOUI ET TALAL GRIMI

*Je tiens à vous dire que je suis très fier de votre amitié,
vous êtes plus que des amis mais des frères sur lesquels je peux compter.*

A mes frères de toujours MOHAMED DRIOUECH,

REDA FEKHAOUI ET ALI KADA

*Je suis très honoré de vous dédier ce travail
et je tiens à vous dire que j'ai tout l'honneur de vous avoir connu et
côtoyer tout au long de mon parcours et surtout le grand fougou.*

A mes frères et grands amis ACHRAF KHAIRI,

OMAR EL AOUFIR ET GHANNAM AZIZ

*Un honneur et une fierté De travailler à vos côtés ,
j'espère de tout coeur que nous réussirons notre mission .*

A mon grand ami palestinien AHMED GHATTAS

Je tiens à te dire que ta place est reste tres grande parmi nous

A mes cousins et cousines

Tendresse, affection, complicité.

A mes tantes et à mes oncles maternels

Merci pour votre inconditionnel soutien.

A ma tante et oncles paternels

Avec affection et estime.

A mes tantes et oncles par alliance

Avec respect et considération

A tous les membres de ma famille.

*A mes amis qui me sont chers et dont je ne peux citer
tous les noms.*

*Aux enseignants qui m'ont marquée tout au long
de mon cursus, avec respect et reconnaissance.*

*A ma coéquipière **ZINOUBETTE** de toujours , je te dédie cette thèse
et je tiens à te dire que je ne pourrai jamais trouvé les mots suffisant
pour te remercier assez pour tout ce que tu fais pour moi mais sache que
je t'aime et j'espère que ce travail te plaira et sera à la hauteur de tes
attente.*

A toute la famille de l'AMIR

Un honneur d'appartenir.

*A mes amis d'enfance DRISS AOUAD, KENZI BADRET
KHARRAZI AYOUB*

*Je tiens à vous dédier ce travail modeste et je tiens à vous exprimer tout
mon amour et vive notre amitié sans frontières.*

Au Docteur FOUZIA MAMMOUCH

*Un honneur d'avoir travaillé à tes cotés et je te remercie énormément
pour tout le soutien et l'aide que tu m'a donne tout au long de ce
travail.*



Remerciement

A Notre Président et Rapporteur de Thèse

Monsieur ZAKI EL HANCHI

*Professeur de Gynéco-obstétrique à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie Rabat.*

*Je tiens à vous déclarer mes remerciements les plus sincères pour avoir
accepté de diriger ce travail et avoir veillé à son élaboration avec
patience et disponibilité.*

*Votre dévouement au travail, votre modestie, votre gentillesse et
surtout votre capacité à transmettre la passion pour la médecine cher
maitre, imposent le respect et représentent le modèle que je serai
toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de
remerciements que je vous adresse, je voudrai louer en vous votre
amabilité, votre courtoisie et votre générosité. Ce fut très agréable de
travailler avec vous pendant cette période.*

*Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez
accordée.*

A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur HAFID HACHI

*Professeur de chirurgie générale à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie Rabat.*

*Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence
du jury de cette thèse et je vous remercie de la confiance
que vous avez bien voulu témoigner.*

*J'ai eu de la chance de compter parmi vos étudiants
et de profiter de l'étendue de votre savoir. Je ne saurai jamais vous
exprimer ma profonde gratitude.*

*Vos remarquables qualités humaines, professionnelles et surtout votre
dynamisme ont toujours suscité ma profonde admiration.*

*Nous vous prions de trouver dans ce travail le témoignage de ma
reconnaissance.*

A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur MRABTI HIND

*Professeur d'oncologie médicale à la Faculté de Médecine et de
Pharmacie Rabat.*

Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger ma thèse.

*Qu'il me soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes mon
admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur et votre
sympathie qui demeureront pour moi le meilleur exemple après mon
stage dans votre service durant ma cinquième année.*

*Que ce travail soit une occasion de vous exprimer ma gratitude, de
respect et d'admiration les plus sincères.*

A Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur KEBDANI TAYEB
Professeur de radiothérapie Médicale

*Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en
acceptant de juger notre travail.*

*Votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer notre
admiration de votre grande compétence professionnelle et de votre
généreuse sympathie.*

Soyez assuré de notre reconnaissance et notre profond respect



Abréviations

ADP	: Adénopathie
ATCD	: Antécédents
BRCA	: Breast Cancer
CA15-3	: Carcinome antigène 15-3
CIC	: Composante intracanalair
EBCTCG	: Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group
HAS	: Haute autorité de santé
IHC	: Immunohistochimie
INO	: Institut national d'oncologie
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
M	: Métastases
N-	: Ganglion non envahi
N	: Node
N+	: Ganglion envahi
P	: Taux de signification
QIE	: Quadrant inféro externe
QII	: Quadrant inféro interne
QSE	: Quadrant supéro externe
QSI	: Quadrant supéro interne
RE	: Récepteurs oestrogènes
RP	: Récepteurs progestérones
SBR	: Scarff Bloom Richardson
T	: Taille
TDM	: Tomodensitométrie
UICC	: Union international contre le cancer



Liste des illustrations

TABLEAU I : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'AGE DE PREMIERE GROSSESSE

TABLEAU II : REPARTITION SELON LA PARITE EN POURCENTAGE

TABLEAU III: REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ACTIVITE GENITALE

TABLEAU IV : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE L'AGE DE MENARCHES ET MENOPAUSE

TABLEAU V : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LA REGULARITE DU CYCLE

TABLEAU VI: *REPARTITION SELON LE DELAI DE CONSULTATION*

TABLEAU VII: REPARTITION DES TUMEURS SELON LE QUADRANT DE LA TUMEUR

TABLEAU VIII: REPARTITION DES TUMEURS SELON LE STADE TNM CLINIQUE

TABLEAU IX: REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE DE SIGNE INFLAMMATOIRE

TABLEAU X: REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE DE SIGNE RADIOLOGIQUE RETROUVE A LA MAMMOGRAPHIE

TABLEAU XI : REPARTITION DES CAS SELON LA CLASSIFICATION BIRADS.

TABLEAU XII : ILLUSTRANT LES TECHNIQUES UTILISEES POUR LA BIOPSIE :

TABLEAU XIII : ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS AVEC LOCALISATION SECONDAIRE SELON LES EXAMENS PARACLINIQUES REALISES.

TABLEAU XIV : ILLUSTRANT LE TYPE DE CHIRURGIE POUR LES CAS DE NOTRE SERIE

TABLEAU XV : ILLUSTRANT LE TYPE GESTE D'ONCOPLASTIE POUR LES CAS DE NOTRE SERIE.

TABLEAU XVI : ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

TABLEAU XVII : ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS SELON LA TAILLE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR

TABLEAU XVIII : ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS SELON LE GRADE SBR

TABLEAU XIX : ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS SELON L'ENVAHISSEMENT GANGLIONNAIRE

TABLEAU XX: ILLUSTRANT LE NOMBRE DE CAS SELON LA
RECIDIVE LOCALE

TABLEAU XXI: RELATION DES DIFFERENTS PARAMETRES
AVEC LA RECIDIVE (ANALYSE MONOVARIABE).

FIGURE 1 : TOPOGRAPHIE ET ANATOMIE EXTERNE DU SEIN [15]

FIGURE 2 : COUPE SAGITTALE DU SEIN [16]

FIGURE 3: CONFIGURATION INTERNE DU SEIN : ASPECT FONCTIONNEL [16]

FIGURE 4 : LES VOIES LYMPHATIQUES DU SEIN [24]

FIGURE 5 : PHOTOGRAPHIE D'UN SEIN DROIT. EN CONSIDERANT LES DEUX LESIONS SITUEES AU NIVEAU DU QUADRANT SUPERE-EXTERNE : ON PARLE DE MULTIFOCALITE. EN CONSIDERANT TOUTES LES LESIONS : ON PARLE DE MULTICENTRICITE..

FIGURE 6 : PLACE DU TRAITEMENT CONSERVATEUR DANS LE CANCER DU SEIN

FIGURE 7 : EVOLUTION DES CAS AYANT BENEFICIE DU TRAITEMENT CONSERVATEUR SUR LA PERIODE D'ENVIRON QUATRE ANS (2013-2016).

FIGURE 8 : REPARTITION DES MALADES TRAITEES PAR TRANCHES D'AGE

FIGURE 09 : REPARTITION DES PATIENTES SELON LEUR CIRCUIT DE DETECTION PRECOCE ISSUES DU SECTEUR PUBLIQUE ET DE DEPISTAGE INDIVIDUEL ISSUES DU SECTEUR PRIVE.

FIGURE 10 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR PROVENANCE URBAINE OU RURALE.

FIGURE 11 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ORIGINE GEOGRAPHIQUE.

FIGURE 12 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR PROFESSION.

FIGURE 13 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR COUVERTURE SOCIALE EN POURCENTAGE

FIGURE 14 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR STATUT MATRIMONIAL.

FIGURE 15-1 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ANTECEDENT FAMILIAUX DE CANCER DU GYNECOLOGIQUE (OVAIRE ET SEIN).

FIGURE 15-2 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ANTECEDENT FAMILIAL DE CANCER DE SEIN OU DE L'OVAIRE

FIGURE 16 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LEUR ANTECEDENT PERSONNEL GYNECOLOGIQUE.

FIGURE 17 : REPRESENTANT LE NOMBRE DE CAS POUR CHAQUE ANTECEDENT PERSONNEL GYNECOLOGIQUE ET DE CANCER.

FIGURE 18 : REPARTITION SELON LA PARITE .

FIGURE 19 : REPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

FIGURE 20 : REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DE LA REGULARITE DU CYCLE MENSTRUEL CHEZ LES PATIENTES

FIGURE 21 : REPARTITION DES TUMEURS SELON LE SIEGE DE LA TUMEUR.

FIGURE 22 : REPARTITION DU NOMBRE DE TUMEURS SELON LE SIEGE DROIT, GAUCHE OU BILATERAL DE LA TUMEUR

FIGURE 23: MAMMOGRAPHIE D'UNE PATIENTE DE 52 ANS : NODULE DU QSE DU SEIN DROIT, SUSPECT DE MALIGNITE ACR 5

FIGURE 24 : ECHOGRAPHIE MAMMAIRE_D'UNE PATIENTE DE 46 ANS: NODULE DU SEIN DROIT DE STRUCTURE TISSULAIRE HYPOECHOGENE AVEC ATTENUATION POSTERIEURE DES ECHOS EN FAVEUR DE MALIGNITE.

FIGURE 25 : PATIENTE DE 50 ANS, TUMEUR DES QUADRANTS INFERIEURS DU SEIN DROIT DE 34 MM CLASSEE BIRADS 5 A LA MAMMOGRAPHIE ; BIOPSIE : CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT. TRACE PREOPERATOIRE DES INCISIONS CUTANEEES MAMMAIRE ET AXILLAIRE.

FIGURE 26 : PATIENTE DE 68 ANS ; TUMEUR DE 2 CM AU NIVEAU DU QSE DU SEIN DROIT. TRACE PREOPERATOIRE.

FIGURE 27 : ASPECT POSTOPERATOIRE IMMEDIAT.

FIGURE 28 : ASPECT POSTOPERATOIRE IMMEDIAT.

FIGURE 29 : PIECE OPERATOIRE DE LA TUMERECTOMIE ORIENTEE.

FIGURE 30 : REPARTITION DES CAS SELON LE TYPE HISTOLOGIQUE

FIGURE 31 : REPARTITION DES CAS SELON LE GRADE SBR

FIGURE 32 : REPARTITION DES CAS SELON LA PRESENCE OU ABSENCE D'EMBOLE VASCULAIRE

FIGURE 33: REPRESENTANT LA PRESENCE DE LA COMPOSANTE INTRACANALAIRE

FIGURE 34 : REPRESENTANT LES RECEPTEURS OESTROGENIQUES

FIGURE 35 : REPRESENTANT LES RECEPTEURS PROGESTERONIQUES

FIGURE 36: REPRESENTANT L'INDICE DE PROLIFERATION TUMORALE

FIGURE 37: REPRESENTANT LA POSITIVITE DE L'HERCEPT TEST

FIGURE 38: REPARTITION DES CAS SELON LA PRISE DE CHIMOTHERAPIE

FIGURE 39 : REPARTITION DES CAS BENEFICIAIRES DE CHIMOTHERAPIE ADJUVANTE ET NEOADJUVANTE

FIGURE 40: REPARTITION DES CAS SELON LA LOCALISATION DE METASTASES

FIGURE 41: RESULTAT ESTHETIQUE A DISTANCE.

FIGURE 42: EVOLUTION DU NOMBRE DE PATEY VERSUS LE NOMBRE DE TRAITEMENT CONSERVATEUR PAR ANNEE.

FIGURE 43: TRUCUT.



Sommaire



INTRODUCTION	1
GENERALITES	5
II/GENERALITES	6
II-1/ Historique	6
II-2 /Anatomie du sein	8
II-2-1 Anatomie de la glande mammaire :.....	10
II-2-1-1 Situation :	10
II-2-1-2 Configuration interne et externe :.....	10
a- L'enveloppe cutanée :.....	11
b- La glande mammaire :	12
c- L'enveloppe cellulo-adipeuse :	12
II-2-1-3 Les rapports de la glande mammaire :.....	13
II-2-1-4 La vascularisation, l'innervation, le drainage lymphatique : ...	13
a- La vascularisation artérielle :	13
b- Le drainage veineux :.....	14
c- L'innervation :	14
d- Le drainage lymphatique.....	15
II-2-2- Anatomie du creux axillaire:.....	16
II-3- Définition du traitement conservateur :	18
II-4 Indication & contre-indications du traitement conservateur :.....	19
II-4-1-Chirurgie mammaire :.....	19

II-4-1-1 Indications liées à la tumeur.....	19
a- Volume tumoral :.....	19
b) Siege de la tumeur :	23
c) Multifocalité- multicentricité : (Figure 5).....	24
d) Le type histologique :	25
II-4-1-2 Indications liées a la patiente	25
a) L'âge :	25
b) Risque génétique :	26
II-4-2. Chirurgie axillaire :	26
II-5/ objectifs du traitement conservateur :.....	27
II-5-1) Objectif Carcinologique :.....	27
II-5-2) Objectif Esthétique :	29
II-6) Autres intérêt du traitement conservateur:.....	30
II-6-1). Avantage psychologique:.....	30
II-6-2). Diminution de la durée d'hospitalisation et du traitement ambulatoire :	30
MATERIELS ET METHODES	32
III/MATERIELS & METHODES :.....	33
III-1 /Patientes :	33
III-2 /Echantillonnage :	33
III-3 /Méthodes :	33
III-3-1 / Méthode de recueil des données :	34

III-3-2/ Variables analysées sur la fiche d'exploitation: ANNEXE 1.....	34
RESULTATS	39
IV/RESULTATS :	39
IV-1/ Epidémiologie générale :	40
IV-2/ Epidémiologie analytique :	42
IV-2-1/ L'Age:.....	42
IV-2-2/ Détection Précoce :	43
IV-2-3/Répartition des cas selon la provenance géographique:	44
IV-2-4/ Répartition des malades en fonction de la profession et de la couverture sociale:	45
IV-2-5/Répartition des malades en fonction du statut matrimonial :.....	47
IV-2-6/ Antécédents familiaux de cancer mammaires ou gynécologiques :	48
IV-2- 7/ Antécédents personnels gynecologiques :.....	49
IV-2-8 / Répartition des malades en fonction de l'âge de la première grossesse:.....	51
IV-2-9/ Répartition des cas selon la parité :.....	52
IV-2-10/ Répartition des malades en fonction de l'allaitement au sein :..	53
IV-2-11 : Répartition des malades en fonction du statut hormonal:	54
IV-2-11 -1 : L'âge des menarches :.....	54
IV2-11-2 : Ménopause :	54
IV-2-11-3: Cycle menstruel :	54
IV-2-12 : La contraception orale :	55

IV-2-13-Hormonothérapie substitutive :	55
IV-2-14- CLINIQUE.....	55
IV-2-14-1-Delai de la première consultation :	55
IV-2-14-2 – Délai D’attente :	56
IV-2-14-3-Circonstances de découverte	56
IV-2-14-4- La tumeur.....	57
IV-2-14-4-1 Sièges :	57
IV-2-14-4-2 Taille tumorale :	59
IV-2-14-4-3-Mobilité par rapport aux plans superficiel et profond : ..	59
IV-2-14-5-examen des aires ganglionnaires	59
IV-2-14-6-Signes cutanés et écoulement mamelonnaires :	60
IV-2-14-7-Examen général	60
IV-2-15/-EXAMEN PARACLINIQUE :	60
IV-2-15-1– La mammographie et l’échographie :	60
IV-2-15-1- 1/Mammographie :	61
IV-2-15-1-2 : Echographie mammaire :	62
IV-2-15-1-3 Le couple Mammographie-échographie :	63
IV-2-15-2- Examen anatomo pathologique :	64
IV-2-15-2-1 : Technique de biopsie :	64
IV-2-15-2-2 : Résultats anatomopathologique de la biopsie :	65
IV-2-15-3-BILAN D’EXTENSION :	65
IV-2-15-3-1 RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :	66

IV-2-15-3-2 ECHOGRAPHIE ABDOMINALE:.....	66
IV-2-15-3-3 TDM ABDOMINALE:.....	66
IV-2-15-3-4 SCINTIGRAPHIE OSSEUSE:	66
IV-2-15-3-5 Biologie: le dosage de l'antigène 15-3 (CA15-3) :	67
IV-2-16-Traitement :.....	68
IV-2-16-1 -LA CHIRURGIE :	68
IV-2-16-2-Resultats anatomopathologiques des pièces opératoires :	74
IV-2-16-2-1) Le type histologique :	74
IV-2-16-2-2) Les limites d'exérèses :.....	76
IV-2-16-2-3) le Grade de Scarff-Bloom et Richardson:.....	76
Il détermine le degré de différenciation de la tumeur.	76
IV-2-16-2-4) Les embolies vasculaires :	77
Ils sont trouvés chez 186 patientes soit 37.1% des cas et absent chez 322 cas soit 62.98%.	77
IV-2-16-2-5) La composante intra-canalairre :	78
Elle est observée chez 156 patientes soit 31% des cas alors qu'elle est absente chez 347 cas soit 69 %.	78
IV-2-16-2-6 L'envahissements ganglionnaires :.....	78
IV-2-16-2-7) les récepteurs hormonaux :	79
IV-2-16-2-8) L'indice de prolifération Ki 67 :	80
IV-2-16-2-9) HERCEPT test (HER2) :	81
IV-2-16-3. La radiothérapie:	82
IV-2-16-4-Chimiotherapie:	82

IV-2-16-5. HORMONOTHERAPIE:	84
IV-2-16-6- THERAPIE CIBLEE:	85
IV-3-Evolution.....	85
IV-4-Recidives locales:.....	86
IV-4-1 Délai de récurrence :.....	86
IV-4-2 : Traitement chirurgicale :	86
IV-4- 3 : Type histologique	86
IV-5-Metastases à distance :.....	87
IV-6-Résultats esthétiques :.....	88
IV-7-Etude des facteurs pronostique de récurrence locale :.....	89
DISCUSSION	91
V-1/ Profil épidémiologique :.....	92
V-1-1) Incidence:.....	92
V-1-2- Facteurs de risque :.....	94
V-1-2-1-Age	94
V-1-2-2-Facteurs génétiques:.....	94
V-1-2-3 /Facteurs hormonaux:	96
V-1-2-4-L'allaitement :.....	96
V-1-2-5- Facteurs mammaires :.....	97
V-2- Les aspects cliniques :.....	98
V-2-1-Délai de diagnostique :	98
V-2-2 Circonstances de découverte :.....	98

V-2-3-Examen clinique :.....	99
V-2-3-1. Inspection Technique :.....	99
V-2-3-2 Palpation : Technique :.....	100
V-3 –Aspect para clinique :.....	101
V-3-1 La mammographie, échographie: :.....	101
V-3-1-1 La mammographie :.....	101
V-3-1-1-A Technique :.....	102
V-3-1-1-B : Sémiologie typique :.....	102
V-3-1-1-C : Sémiologie atypique :.....	103
V-3-1-2 Echographie :.....	104
V-3-1-2-A Sémiologie typique :.....	104
V-3-1-2-B : Sémiologie atypique :.....	105
V-3-1-3 -L'imagerie par résonance magnétique.....	105
V-3-2- Examens cytologiques et histologiques:	106
IV- LE BILAN D'EXTENSION:.....	111
V-4- Traitement :	112
V-4-1 / Buts :	113
V-4-2) Traitement conservateur:	113
V-4-3/ Le traitement des aires ganglionnaires :.....	114
V-4-4/Traitements néo adjuvants et adjuvants.....	115
V-4-4-1/ La radiothérapie (RTH):	115
V-4-4-2 Curiethérapie interstitielle:	117

V-4-4-3 La chimiothérapie :.....	117
V- 4-4-3-1 La chimiothérapie (CTH) néo adjuvante :	117
V-4-4-3-2 Chimiothérapie adjuvante :.....	118
V- 4-4- 4/ L'hormonothérapie (HTH)	120
V-4-4-5 –Thérapie ciblée	122
V-5) Evolution:.....	123
V-6) Les facteurs pronostics :.....	124
V-6-1/ L'âge	124
V-6-2°/ Délai de consultation:.....	125
V-6-3/ La taille tumorale.....	126
V-6-4/ L'envahissement ganglionnaire :	126
V-6-5/ Types histologiques :	127
V-6-6/ Grade histopronostiques :	128
V-6-7/ - Qualité de l'exérèse chirurgicale :	129
V-6-8/ Composantes intracanaulaire :	130
V-6-9/ Emboles vasculaires néoplasiques :	130
V-6-10/ Récepteurs hormonaux :	131
V-6-11/ Her2 :.....	132
V-7) Technique du ganglion sentinelle :.....	134
V-8) Les résultats du traitement conservateur :	138
V-8-1/ Les résultats carcinologiques :.....	138
V-8-2 /Les résultats et les séquelles esthétiques :	138

V-9 / Survie après traitement conservateur	140
V-10 / Surveillance après traitement conservateur.....	141
V-10-1. Rythme de la surveillance	142
V-10-2. Dépistage :.....	143
V-11 Aspects psycho-oncologiques :	144
CONCLUSION	145
RESUMES	147
ANNEXES	151
BIBLIOGRAPHIE	158



Introduction

Le cancer du sein est le premier cancer touchant la femme. Sa prise en charge est multidisciplinaire. En France 53 000 nouveaux cas ont été déclarés en 2015, ce qui correspond au risque de survenue d'un cancer chez une femme sur 10 [1].

A partir de l'an 2000 le cancer du sein est devenu le premier cancer chez la femme marocaine. Les dernières données statistiques marocaines du cancer du sein sont celles du registre des cancers de la région du grand Casablanca datant de 2012 qui montre une incidence standardisée à la population marocaine de 45.5 cas pour 100 000 femmes soit une fréquence de 35.8 % des cancers de la femme. On note environ 7500 nouveaux cas de cancer du sein par an. De même, selon le registre des cancers de Rabat il y aurait 43,4 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

Malgré le développement des thérapeutiques adjuvantes (radiothérapie et chimiothérapie), la chirurgie garde une place de pivot dans le traitement local du cancer du sein. Cette chirurgie a évolué progressivement, devenue de moins en moins large (mettant l'accent sur le volet esthétique) tout en gardant le bénéfice carcinologique, c'est ainsi que le traitement chirurgical conservateur a remplacé la mastectomie totale dans beaucoup de cas de cancer du sein aux premiers stades cliniques.

Le traitement conservateur du cancer du sein par tumeurectomie suivie de radiothérapie permet de donner des résultats équivalents à ceux de la mastectomie en termes de survie globale et de survie sans récives comme le démontre beaucoup de séries dans la littérature [2].

Le traitement conservateur est donc un gold standard pour les tumeurs mammaires in filtrantes T1 et T2, de moins de 5 cm non inflammatoires [3]. On assiste actuellement à un développement et une extension des indications du traitement conservateur, rendue possible par plusieurs progrès majeurs telle que la détection précoce qui regroupe le dépistage des lésions infra cliniques et le diagnostic précoce des lésions de petit volume et l'apport des traitements néo adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie).

Le traitement conservateur du cancer du sein est aujourd'hui un des traitements chirurgicaux de référence. Il permet de respecter l'intégrité du sein et du corps de la patiente.

Couplé à la technique du ganglion sentinelle lorsque c'est possible, il permet une prise en charge de courte durée, idéalement en chirurgie ambulatoire.

Il ne viendrait plus à l'idée d'un chirurgien qui prend en charge un cancer du sein de mettre en doute la validité d'un traitement conservateur d'une petite tumeur, mais il faut encore que ce traitement permette d'obtenir un résultat esthétique de qualité. Bien sûr, la taille de la tumeur, le rapport taille de la tumeur/taille du sein, sa localisation dans le sein, la proximité de la plaque aréolo- mammelonnaire (PAM) ou du sillon sous-mammaire (SSM), la trophicité cutanée, les pathologies associée sont autant d'éléments qui vont contribuer à obtenir plus ou moins de bon résultat esthétique. Certes, les traitements associés, irradiation et/ou chimiothérapie, jouent également un rôle dans la qualité du résultat esthétique, mais il faut garder à l'esprit qu'un mauvais résultat chirurgical initial ne peut qu'être aggravé par les traitements ultérieurs. Le chirurgien doit donc anticiper la qualité de son résultat par la connaissance

des autres traitements et de leurs actions sur les cicatrices et le volume mammaire. Les apports des techniques de la chirurgie plastique à la chirurgie du cancer du sein ont donné naissance à ce que l'on nomme actuellement la « chirurgie oncoplastique ».

Une reconstruction mammaire doit être proposée à la patiente en fonction de la stratégie du traitement qui doit être discutées avec l'ensemble de l'équipe médicale au cours d'un staff multidisciplinaire, ainsi qu'avec la patiente. Il faut, par ailleurs, se rappeler que la priorité revient au traitement du cancer et que l'esthétique ne doit jamais entraîner un geste inadéquat ou incomplet. Il n'en reste pas moins que la prise en charge correcte de l'image corporelle peut les aider à simplifier leur vie personnelle et relationnelle et donc leur permettre de se réintégrer plus facilement.

Ce travail se fixe comme objectifs :

- Evaluer le traitement conservateur du cancer du sein effectué au CENTRE CHEIKHA FATMA de l'Institut National d'Oncologie.
- Avoir une estimation du profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et pronostique des patientes à qui on a proposé ce mode de traitement.



Généralités

II/GENERALITES

II-1/ Historique

Décrit vers 1600 avant Jésus-Christ dans le papyrus d'Edwin Smith [4], le cancer du sein a donné lieu à diverses approches thérapeutiques, ainsi qu'à un nombre considérable de publications, Galien [4], recommandait l'excision chirurgicale de la tumeur.

Le Moyen-âge n'a pas vu de modifications significatives du traitement. En France, on posait le principe de la mammectomie moderne et Heister (1683-1758) [5] y adjoignait l'exérèse des muscles pectoraux et des ganglions axillaires. Moore (1821-1879), pensant que les récurrences après mammectomie se faisaient par voie centrifuge et qu'il fallait avoir recours à une chirurgie plus large, ouvrait la voie à la chirurgie étendue [6].

En 1891, Halsted (1852-1922) a apporté une contribution particulièrement importante au traitement du cancer du sein [7]: dans sa théorie « mécaniste », la dissémination se faisait de proche en proche, atteignant les structures adjacentes au sein et les ganglions lymphatiques avant de métastaser, justifiant la mastectomie radicale, telle qu'il la pratiquait [8]. La mammectomie élargie type « Halsted » imposait une exérèse du sein, des muscles petit et grand pectoral et de la totalité des ganglions de l'aisselle, au prix de lourdes séquelles esthétiques et fonctionnelles [8].

Suivant la théorie de Halsted, certains chirurgiens, tant en France qu'aux Etats-Unis, ont étendu la chirurgie aux aires ganglionnaires mammaires internes, sous, sus-claviculaire voire médiastinales et jugulocarotidiennes, sans

amélioration des résultats. L'essai randomisé réalisé par Veronesi et Valagussa [8], comparant mastectomie radicale et mastectomie radicale étendue à la chaîne mammaire interne n'a pas montré de différence en termes de survie globale ni de contrôle locorégional.

Patey a proposé en 1948 une mammectomie radicale modifiée conservant les muscles pectoraux, dont les résultats en termes de survie étaient identiques à ceux de la mastectomie radicale [9], Quant à Keynes, en 1952, il a fait une association, d'une tumeurectomie et d'une radiothérapie externe et interstitielle par radium, permettant ainsi d'envisager des traitements non mutilants [10].

Ce n'est qu'au début des années 1980 que la notion de traitement conservateur a pris une place incontournable avec des protocoles proposant la conservation du sein associée à une irradiation mammaire adjuvante avec des résultats extrêmement encourageants [11, 12, 13].

En effet, l'analyse des résultats des différents essais randomisés publiés avec un recul suffisant [15,16] a confirmé l'équivalence en termes de survie globale entre les patientes traitées par chirurgie radicale et celles qui pouvaient bénéficier d'un traitement conservateur radio chirurgical. Le traitement conservateur par tumeurectomie large, curage axillaire et irradiation est devenu dès lors le traitement standard proposé pour les lésions de moins de 3 cm, qu'il est possible d'opérer sans déformer le sein.

En l'an 2000, les apports des techniques de la chirurgie plastique à la chirurgie du cancer du sein ont donné naissance à ce que l'on nomme maintenant la « chirurgie oncoplastique ». Celle-ci a longtemps été réservée à la prévention des mauvais résultats obtenus par un traitement conservateur [14].

II-2/Anatomie du sein

Glorifié par les artistes au cours des siècles, le sein occupe une place importante dans l'image de la femme dans notre culture et sa beauté reste un élément important de la féminité. Cette beauté est cependant un élément subjectif.

La glande mammaire est, par définition, bilatérale et symétrique. Elle est placée à la face antérieure du thorax. Sa forme, son volume et son contenu vont varier au cours des différents âges de la vie et échappent donc à une description précise. C'est une glande excrétoire composée de lobules, où est produit le lait au cours de la lactation, et de canaux qui débutent au niveau des lobules et se dirigent vers l'aréole et le mamelon. C'est au niveau de la jonction ductulo-lobulaire que se développent les cancers du sein, qui se différencieront essentiellement en cancers lobulaires ou canaux. La genèse de ces cancers reste actuellement inconnue et le fait que certains de ces cancers se développent essentiellement de façon intra-canaux ou intralobulaire reste tout aussi mystérieuse.

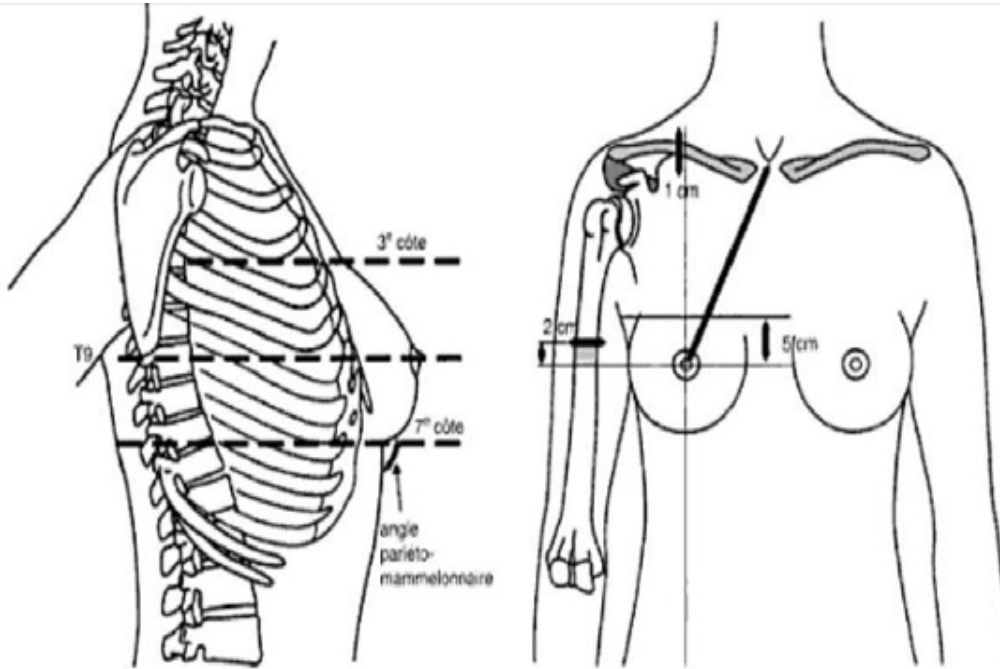


FIGURE 1 : Topographie et anatomie externe du sein [15]

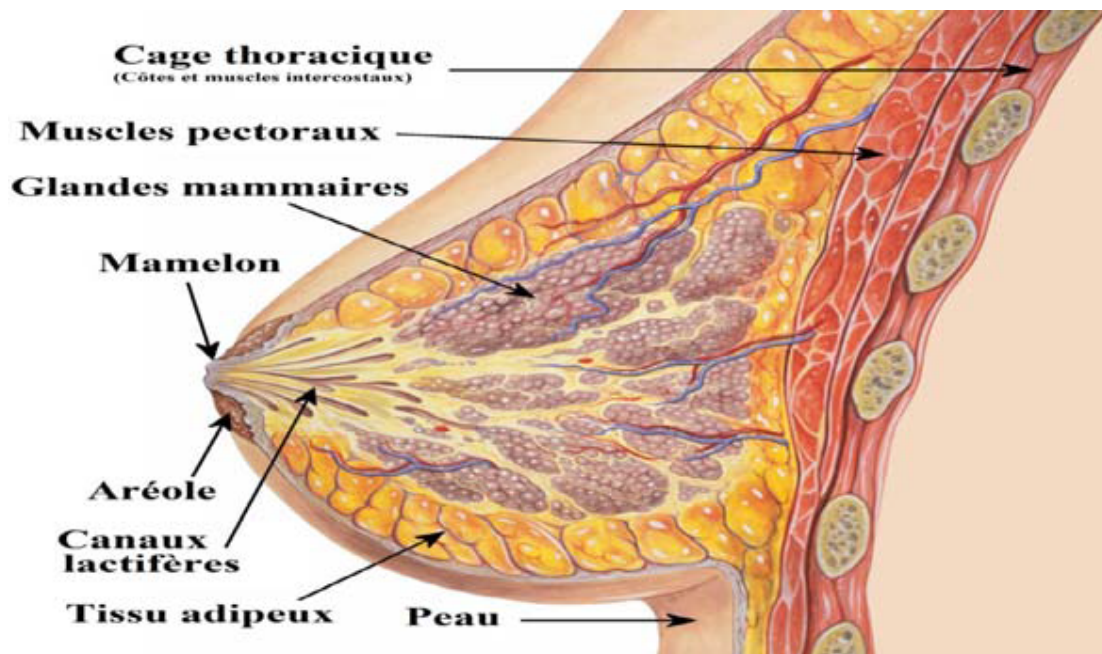


FIGURE 2 : Coupe sagittale du sein [16]

II-2-1 Anatomie de la glande mammaire :

La connaissance de l'anatomie de la glande mammaire est d'une grande importance dans les applications cliniques de la pathologie mammaire.

II-2-1-1 Situation :

Le sein a la forme d'un cône à base thoracique. Il est encapsulé dans un dédoublement du fascia superficialis thoracique. Il est situé en avant du muscle grand pectoral du bord externe du sternum en dedans à la ligne axillaire antérieure en dehors et du deuxième au sixième espace intercostal, correspondant respectivement aux sillons supra et infra mammaire [17].

Les sillons mammaires délimitent la hauteur du sein et le sillon sous mammaire permet par stabilité de déterminer le degré de ptose de la glande [18].

II-2-1-2 Configuration interne et externe :

Une coupe sagittale passant par le mamelon permet de reconnaître de la superficie à la profondeur :

- Une enveloppe cutanée ;
- La glande mammaire ;
- Une enveloppe cellulo-adipeuse ;

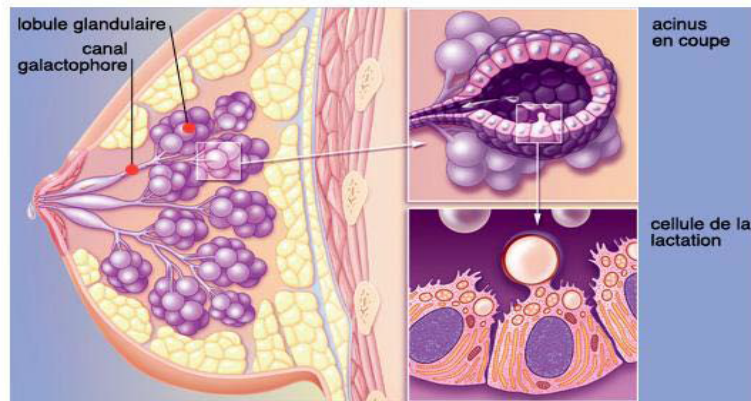


FIGURE 3: Configuration interne du sein : aspect fonctionnel [16]

a- L'enveloppe cutanée :

Elle présente vers la partie centrale une saillie, c'est le mamelon entouré d'une zone pigmentée appelée l'aréole, le tout forme la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) [19]. Le mamelon est cylindrique pigmenté avec une longueur de 10 mm et une largeur d'environ 15 mm environ. Sur son sommet s'ouvrent les orifices externes des canaux galactophores [16].

- L'aréole est de surface irrégulière par l'existence de tubercules de Morgani. Il comporte également des glandes sudoripares ainsi que des fibres musculaires lisses selon une disposition caractéristique ; circulaires autour des terminaisons galactophoriques et longitudinales en dehors de celles-ci [20]. La PAM se continue par une peau lisse et souple recouvrant la totalité de la glande. La forme du sein est déterminée par l'enveloppe cutanée et par les structures de soutien (le sillon sous-mammaire et le prolongement axillaire). Ainsi la préservation de ces structures dans les interventions chirurgicales du sein fournit un avantage esthétique majeur [21].

b- La glande mammaire :

Elle est recouverte par une lame de tissu conjonctif appelée : capsule fibreuse de la glande, tissu dont la densité varie avec l'âge. La densité mammaire est un des éléments qui peuvent gêner la lecture des mammographies de dépistage et cette densité fait actuellement partie des critères d'analyse des clichés de mammographie. On peut dire schématiquement que plus une patiente est jeune, plus ses seins sont denses et donc plus l'analyse mammographique est difficile [22].

C'est une glande en grappe constituée de 10 à 20 lobes subdivisés eux-mêmes en lobules et acini. Chaque lobe possède un canal galactophore dans lequel se jettent les canaux secondaires des acini et lobules. Les canaux galactophores se dirigent selon un trajet sinueux vers la base du mamelon où ils présentent une dilatation appelée sinus lactifère avant de s'aboucher au sommet du mamelon. Les lobes sont délimités par des cloisons conjonctives denses alors que les lobules sont entourés par un tissu conjonctif lâche ou tissu palléal [18].

c- L'enveloppe cellulo-adipeuse :

Elle est située en avant de la glande, et forme une couche graisseuse sous dermique dont l'épaisseur dépend de la morphologie féminine [22]. Cette enveloppe est divisée en pelotons cellulo-adipeux remplissant les fosses adipeuses qui sont limitées par le prolongement de la capsule fibreuse du sommet jusqu'à la face profonde glandulaire [17].

II-2-1-3 Les rapports de la glande mammaire :

Le pannicule adipeux de la glande mammaire est limité en profondeur par une membrane conjonctive ou fascia superficialis.

En haut le fascia adhère au bord antérieur de la clavicule, en bas il se subdivise en deux feuillets :

- Le premier se confond avec la capsule fibreuse du sein ;
- Le second passe en arrière de la lame adipeuse qui double la face profonde du sein.

Le fascia superficialis est séparé de l'aponévrose de revêtement du muscle grand pectoral, grand dentelé et oblique externe sur lesquels repose la glande mammaire par une couche de tissu adipeux de 5 à 10 mm d'épaisseur appelée espace rétro-mammaire [23], décrite par certains auteurs comme la bourse séreuse sous mammaire [24].

II-2-1-4 La vascularisation, l'innervation, le drainage lymphatique :

a- La vascularisation artérielle :

Elle est assurée par deux pédicules antérieurs et un contingent postérieur. Les deux pédicules principaux abordent la glande par sa face antérieure et forment le réseau pré glandulaire. On distingue l'artère principale mammaire externe qui donne de nombreuses collatérales perforantes glandulaires et se termine par deux branches qui viennent s'anastomoser avec leurs homologues du pédicule interne. Ce dernier est constitué par les perforantes internes de l'artère mammaire interne. Le contingent postérieur est constitué par des

branches issues de la troisième, quatrième et cinquième artère intercostales abordant la glande par sa face postérieure [23].

La bonne connaissance de la vascularisation mammaire permet en outre d'éviter les complications hémorragiques, la réussite de la reconstruction mammaire après traitement d'un cancer du sein

b- Le drainage veineux :

Il est assuré par un réseau profond superposable à celui des artères et un réseau superficiel surtout visible pendant la grossesse et la lactation. Celui-ci forme un cercle pérिमamelonaire (le cercle veineux de Haller) qui se draine vers les veines jugulaires externes, céphalique et sous cutané de l'abdomen [18].

c- L'innervation :

L'innervation du sein est cutanéoglandulaire à partir de trois groupes de nerfs :

- Le groupe latéral provenant du troisième, quatrième et cinquième nerf intercostal;
- Le groupe antérieur provenant du deuxième, troisième et cinquième nerf intercostal ;
- Le groupe central provenant du troisième, quatrième et cinquième nerf intercostal ; L'innervation végétative du sein est assurée par les nerfs provenant des parties cervicales et thoraciques du tronc sympathique [18].

d- Le drainage lymphatique

Le drainage lymphatique de la glande se fait par des lymphatiques qui se dirigent tous vers un cercle péri-aréolaire. De ce cercle péri-aréolaire se constituent :

- deux canaux lymphatiques principaux
- deux canaux lymphatiques accessoires et inconstants,

Canaux qui se dirigent vers le groupe ganglionnaire thoracique antérolatéral de l'aisselle, au contact du muscle grand dentelé. Il existe encore des canaux lymphatiques de plus petite taille et inconstants qui se dirigent vers la chaîne mammaire interne, la chaîne sus-claviculaire et parfois en transpectoral vers le groupe ganglionnaire de Roter. Le drainage lymphatique du sein se fait donc principalement vers le creux axillaire.

Ce drainage lymphatique a été décrit en 1874 par l'anatomiste français SAPPEY et c'est le mérite des techniques d'identification du ganglion sentinelle d'avoir permis de retrouver, in vivo par les colorations vitales et la cartographie obtenue lors d'une scintigraphie, ces aspects anatomiques qui ont été décrits il y a peu plus d'un siècle.

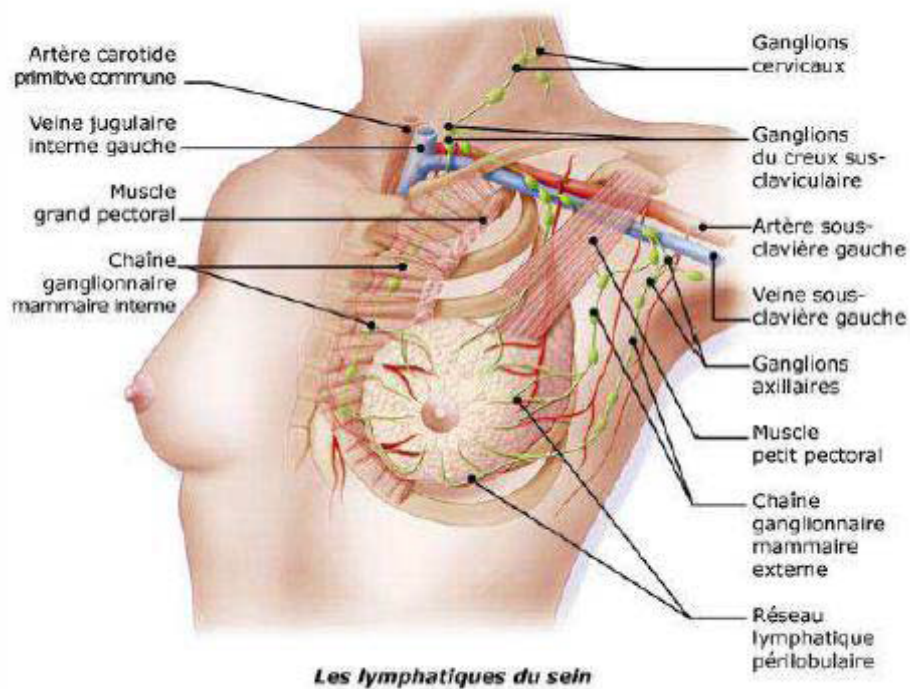


FIGURE 4 : les voies lymphatiques du sein [24]

II-2-2- Anatomie du creux axillaire:

Ce creux axillaire a grossièrement la forme d'une pyramide dont les parois sont représentées :

- en dedans par le muscle grand dentelé, sur lequel se trouve le nerf du même nom ;
- en avant par les muscles grand et petit pectoral ;
- en dehors par le tendon du long biceps;
- en arrière par les muscles grand rond, sous-scapulaire et grand dorsal ;
- en haut par la veine axillaire.

La base du creux axillaire est fermée par l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire. Cette aponévrose est de consistance variable et ses insertions vont d'en haut à la clavicule et le muscle sous scapulaire ; en bas, elle se perd dans la partie inférieure du creux axillaire pour former le ligament suspenseur de l'aisselle, cauchemar des anatomistes et des chirurgiens sénologues en formation. C'est la clé de la chirurgie du creux axillaire.

Une fois cette aponévrose ouverte, l'accès aux principaux éléments vasculo-nerveux devient simple et la cavité virtuelle remplie de graisse qu'est le creux axillaire s'ouvre et permet la dissection de ses éléments. Son identification permet également sa fermeture lorsque l'on souhaite cloisonner ou capitonner le creux axillaire ou éviter son drainage postopératoire.

Les ganglions axillaires sont anatomiquement répartis en cinq groupes, mais l'habitude qui prévaut depuis les travaux de Berg est de séparer le creux axillaire en trois niveaux. Ces trois niveaux sont définis en fonction de leur situation par rapport au tendon du petit pectoral : le premier niveau se trouve en dessous du petit pectoral, le deuxième en arrière et le troisième au-dessus de ce tendon.

La coutume veut que le curage axillaire classique ne comporte que l'exérèse des deux premiers étages de « Berg » et s'arrête au-dessous de la veine axillaire. Cela permet d'éviter les lésions des lymphatiques du bras et donc de prévenir la survenue d'un lymphoedème secondaire à un curage étendu. En arrière, le pédicule vasculo-nerveux du grand dorsal doit être conservé au cours d'un curage axillaire.

La connaissance des limites du creux axillaire permet de faire sans difficulté un curage axillaire classique.

Depuis l'introduction de la technique du ganglion sentinelle, l'identification de ce ganglion ou de ce groupe de ganglions se fait sans identification claire des parois du creux. La technique colorimétrique et/ou l'utilisation d'une sonde de détection isotopique permet le repérage du ganglion dans la graisse. Il est cependant indispensable d'avoir ouvert l'aponévrose pour accéder au ganglion sentinelle et en faire l'exérèse.

C'est la raison pour laquelle, lorsqu'on est amené à ré intervenir sur ce creux axillaire, la cicatrisation rétractile de cette aponévrose rend la dissection du creux difficile.

II-3- Définition du traitement conservateur :

Le traitement conservateur du cancer du sein associe une chirurgie mammaire conservatrice consistant en une exérèse tumorale large emportant la tumeur ainsi qu'une marge de tissu mammaire avoisinant macroscopiquement saine, à une chirurgie des ganglions axillaires et une irradiation du sein conservé. Ce traitement conservateur est actuellement le traitement de référence des cancers du sein T1 et T2 de petite taille, non inflammatoires ^[25]

Ce traitement répond à trois objectifs :

- Une survie identique à celle obtenue par la mastectomie ;
- Un risque de récurrence locale faible;
- Un résultat esthétique satisfaisant.

II-4 Indications & contre-indications du traitement conservateur :

La chirurgie conservatrice du cancer du sein a des indications bien définies limitant son application à certaines formes localisées du cancer du sein.

II-4-1-Chirurgie mammaire :

II-4-1-1 Indications liées à la tumeur

a- Volume tumoral :

Classiquement, un traitement conservateur est proposé pour des tumeurs dont le diamètre est inférieur à 3 cm.

Cependant, plusieurs études randomisées portant sur des lésions allant jusqu'à 5 cm ont montré que les taux de survie étaient identiques après traitement conservateur ou mastectomie.

La difficulté est alors d'ordre technique : il est le plus souvent impossible d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant après tumeurectomie large pour des lésions de cette taille, sauf en cas de sein très volumineux.

En effet, une tumeurectomie de très gros volume entraîne un risque élevé de déformation mammaire.

Pour faire face à ce risque, deux idées se sont développées : la première est celle d'une chirurgie de reconstruction dite oncoplastique et la deuxième, la réalisation d'un traitement préopératoire visant à réduire le volume tumoral, pour pouvoir ensuite faire bénéficier la patiente d'un traitement conservateur.

Plusieurs traitements à visée de réduction du volume tumoral sont disponibles: si la chimiothérapie néo adjuvante est actuellement le plus souvent proposée dans cette indication, une radiothérapie et une hormonothérapie préopératoires ont été ,également, proposées.[26, 27]

La classification clinique TNM/PEV permet de résumer globalement les résultats obtenus lors de l'examen clinique (précision sur la tumeur, l'état ganglionnaire et la présence ou non de métastase).

La classification anatomoclinique (TNM-UICC) : peut être complétée ultérieurement par le résultat histologique de la pièce opératoire d'où la classification histopathologique.

La classification TNM-UICC (UICC 1997, révisée en 2002 et 2009) : [27]

1/Tumeur primitive = pT

Tx = détermination de la tumeur primitive impossible = pTx

T0 = pas de signes de tumeur primitive, découverte à l'examen histologique des pièces = T0.

Tis = pré- invasive carcinome (carcinome in situ) = pTis

T1 = tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

pT1 -T1mic = Micro- invasion $< 0,1$ cm dans sa plus grande dimension.

- T1a Tumeur $> 0,1$ cm et $\leq 0,5$ cm dans sa plus grande dimension
- T1b Tumeur $> 0,5$ cm et ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
- T1c Tumeur > 1 cm et ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 = $2\text{cm} < T \leq 5\text{cm}$ dans sa plus grande dimension = pT2.

T3 = tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension = pT3.

T4 = tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau = pT4.

• **T4a** = extension à la paroi.

• **T4b** = extension à la peau.

• **T4c** = à la fois 4a et 4b.

• **T4d** = carcinome inflammatoire.

-

2/ Adénopathies régionales: pN (Défectées à l'examen clinique ou radiologique) = pN

-**Nx** = Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure).

-**N0** = Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional.

-**N1** = Ganglions axillaires homolatéraux suspects mobiles.

-**N2** = Ganglions axillaires homolatéraux suspects fixés entre eux ou à d'autres structures, ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires.

***N2a** = Ganglions axillaires homolatéraux fixés.

***N2b** = Ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents sans adénopathies axillaires cliniques.

-**N3** = Ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveau III axillaire) ou mammaires internes avec présence d'adénopathies axillaires ou ganglions sus-claviculaires présents (avec ou sans la présence de ganglions axillaires ou mammaires internes).

***N3a** = Ganglions suspects sous-claviculaires et axillaires homolatéraux.

***N3b** = Ganglions mammaires internes et ganglions axillaires homolatéraux suspects.

***N3c** = Ganglions sus-claviculaires homolatéraux suspect

3/Métastases à distance =pM

–**Mx** : détermination impossible d'extension métastatique

–**M0** : absence de métastases à distance (comprenant des métastases ganglionnaires)

–**M1** : présence de métastase à distance

b) Siege de la tumeur :

Les tumeurs rétro-aréolaires et centrales étaient citées comme des contre-indications au traitement conservateur. Ces tumeurs ont, longtemps, été traitées par mastectomie [26]. Il est maintenant démontré qu'il n'existe aucune contre-indication carcinologique à proposer un traitement conservateur à ces patientes [28].

Ces cancers centraux posent cependant au chirurgien un problème technique délicat, car la nécessité d'une exérèse in Sano implique, lorsque la tumeur est superficielle, la résection de la partie centrale du sein et de la plaque aréolo-mamelonnaire [28] (PAM) et par conséquent une reconstruction de cette dernière.

L'exérèse des tumeurs des quadrants inférieurs se soldait généralement par un résultat esthétique médiocre jusqu'à l'avènement des techniques d'oncoplastie (application des techniques de réduction mammaire). [29]

Un traitement conservateur est donc possible avec pour seul soucis un résultat esthétique satisfaisant quelle que soit la localisation tumorale, sans majoration du risque de rechute locale [29, 30]

c) Multifocalité- multicentricité : (Figure 5)

Sur le plan clinique, on parle de multifocalité lorsque les lésions sont situées dans un même quadrant du sein ou centrées autour de la tumeur principale et de multicentricité lorsque les lésions sont situées dans des quadrants distincts [31].

Les cancers du sein multifocaux sont rares. Le traitement conservateur de ces lésions a fait l'objet de peu d'études [31,32], toutes rétrospectives dont les résultats permettent cependant de proposer un traitement conservateur aux lésions multifocales de proximité, de découverte per ou postopératoire et d'exérèse complète, dont l'exérèse in Sano est possible par une large tumorectomie monobloc. Il n'y a pas d'indication à une chirurgie conservatrice en cas de multicentricité.

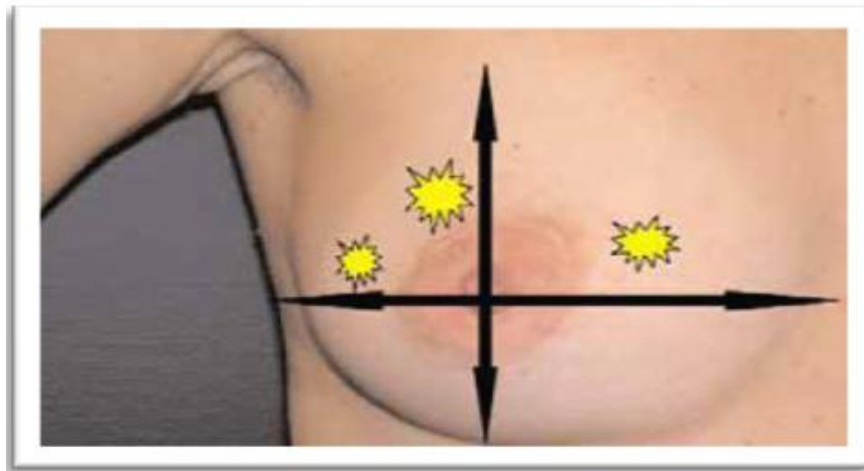


FIGURE 5 : Photographie d'un sein droit. En considérant les deux lésions situées au niveau du quadrant supère-externe : On parle de multifocalité.
En considérant toutes les lésions : On parle de multicentricité..

d) Le type histologique :

Il faut dire qu'à ce jour, aucune étude n'a montré que tel ou tel type histologique contre indiquerait une chirurgie conservatrice [32].

Un taux de récurrence locale plus bas est noté en cas de mastectomie pour les carcinomes canalaire in situ, par rapport à la chirurgie conservatrice.

Toutefois, la radiothérapie adjuvante a permis de pallier à ce problème [33]. La présence d'une CIC ne contre-indique pas la conservation mammaire, mais elle impose impérativement une résection large microscopiquement in Sano [34].

Même si aucune étude n'a montré que le carcinome lobulaire était une contre-indication au traitement conservateur, celui-ci bénéficie le plus souvent d'une chirurgie large par crainte de multicentricité.

II-4-1-2 Indications liées à la patiente

a) L'âge :

Un taux élevé de récurrence locale est rapporté chez les patientes jeunes (moins de 40 ans) traitées pour cancer invasif du sein par thérapie conservatrice. Cependant l'âge, à lui seul, peut ne pas être la seule cause de ce taux important de récurrence. Plusieurs investigations dans ce sens furent menées par de nombreuses équipes pour trouver des explications.

Une récente étude américaine [35] confirme que le cancer du sein chez la femme jeune est une entité clinique et anatomopathologique différente du cancer chez la femme plus âgée. Cette particularité ne contre indique pas le traitement

conservateur chez la femme jeune. Par contre la demande de traitement conservateur est plus forte chez les patientes plus jeunes.

b) Risque génétique :

La mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 s'accompagne d'un risque accru de survenue de cancer du sein. L'indication d'un traitement conservateur chez des patientes porteuses d'un cancer invasif ou in situ avec gène BRCA 1 ou 2 positifs demeure discutable.

Savignoni et al [36] dans une étude de l'institut Curie ont conclu que le traitement conservateur est indiqué même chez les patientes porteuses de BRCA 1 ou 2.

Néanmoins, cette équipe a récemment changé son attitude vis-à-vis d'une petite tumeur mammaire avec expression du gène BRCA et propose une mastectomie du sein tumoral avec discussion d'une éventuelle mastectomie sous cutanée préventive avec reconstruction pour le sein non tumoral.

II-4-2. Chirurgie axillaire :

Jusqu'à ces dernières années, toute tumeur invasive du sein comportait un traitement de l'aisselle par curage axillaire systématique. Cependant, ce curage, ayant une morbidité importante et étant négatif dans un nombre non négligeable des cas laisse à poser des questions sur le traitement systématique par curage.

Ceci a permis de proposer une autre technique : Celle du ganglion sentinelle. Cette technique peu invasive, permettait de prédire le statut

ganglionnaire du creux axillaire sur la base d'un prélèvement ganglionnaire sélectif avec une morbidité moindre que le curage axillaire complet.

Le souci majeur de cette technique reste celui des faux négatifs. Mais le développement de deux méthodes différentes de détection du ganglion sentinelle à savoir la méthode colorimétrique et la méthode isotopique couplées à une courbe d'apprentissage obligatoire du chirurgien dans cette technique a permis de pallier convenablement à ce risque [37].

II-5/ objectifs du traitement conservateur :

II-5-1) Objectif Carcinologique :

Cet objectif carcinologique est principalement schématisé par les berges d'exérèse. Celles-ci sont définies par la distance mesurée entre le bord de la pièce opératoire et la limite la plus périphérique des cellules cancéreuses.

La tumeurectomie allant du tissu sous-cutané au plan musculaire du pectoral, ce sont les berges latérales qui sont prises en compte pour déterminer l'atteinte ou non des berges d'exérèse. Leur atteinte, qu'il s'agisse d'un mode infiltrant ou d'un mode in situ, est un facteur important influençant le taux de récurrence locale, mais également le taux de survie des patientes.

En effet, deux études [38, 39] ont montré un risque de récurrence locale multiplié par 1,5 à 3,5 lorsqu'un envahissement des berges de la pièce opératoire était constaté. Ce risque semble, d'ailleurs, être proportionnel à la taille de l'envahissement des berges. Dans la littérature, la définition de berges saines fait aujourd'hui encore l'objet de nombreuses controverses : aucun consensus ne

définit de façon précise la taille optimale des marges tumorales. Aujourd'hui, la nécessité de berges saines ne se discute plus, mais la taille des marges n'est, par contre, pas clairement définie.

Ce d'autant que certains facteurs de risque sont responsables d'une augmentation du risque de récurrence locale, et ce malgré des berges saines. Une marge de sécurité de 2 mm semble être un minimum, même si à l'heure actuelle aucun consensus ne s'est dégagé.

La question qui se pose régulièrement est la nécessité de reprendre chirurgicalement les patientes pour lesquelles les berges sont atteintes. Certains auteurs ont, même, tenté de définir des critères caractérisant les patientes pour lesquelles une reprise de la loge de tumeurectomie serait nécessaire mais, à l'heure actuelle, aucune population de patientes ne peut être réellement identifiée comme étant susceptible de ne pas bénéficier de reprise chirurgicale. Les équipes s'accordent donc pour dire que des berges insuffisantes constituent aujourd'hui une indication de reprise chirurgicale. Cependant, en cas d'atteinte minimale

(≤ 1 mm) si une reprise au large est impossible, on peut discuter un booste radiothérapeutique.

II-5-2) Objectif Esthétique :

L'enjeu du traitement conservateur est de proposer aux patientes un traitement permettant un résultat esthétique le plus satisfaisant possible. [40, 41]

Ce traitement doit minimiser autant que possible toute :

- Asymétrie de volume.
- Asymétrie de position de l'aréole.
- Déformation du sein par perte de substance glandulaire ou rétraction cutanée.
- Cicatrice élargie, rétractile et inesthétique, une bride cicatricielle.

Si la taille de la lésion est importante pour déterminer la possibilité d'un traitement conservateur, le volume des seins doit également être pris en compte pour garantir un résultat esthétique correct. Les résultats esthétiques du traitement conservateur classique nécessitent une reprise chirurgicale à distance [42] dans 5 à 10% des cas.

Il est à noter que ces dernières années ont connu le développement de la chirurgie onco-plastique, consistant à coupler des techniques de chirurgie plastique et de chirurgie oncologique dans le même temps opératoire. Ce phénomène a participé à un élargissement récent des indications de traitement conservateur du cancer du sein, essentiellement pour les tumeurs de plus de 3 centimètres et les tumeurs de topographie centrale ou des quadrants inférieurs. On peut proposer par exemple en cas de sein volumineux et de tumeurs des

quadrants inférieurs une tumeurectomie associée à une plastie de réduction de sein controlatéral dans le même temps opératoire.

II-6) Autres intérêts du traitement conservateur:

II-6-1). Avantage psychologique:

Principal avantage de la chirurgie conservatrice, il prend tout son intérêt, surtout psychologique, chez des patientes souvent jeunes et désireuses d'une chirurgie la moins invasive possible. La mastectomie peut être vécue comme une véritable amputation, d'où le souhait de respecter au maximum l'image corporelle des patientes.

II-6-2). Diminution de la durée d'hospitalisation et du traitement ambulatoire :

Du fait de l'émergence du traitement conservateur et de la technique de biopsie du ganglion sentinelle, les durées d'hospitalisation des patientes prises en charge pour un cancer du sein ont nettement diminué durant ces dernières années.

En effet, le traitement conservateur, lorsqu'il consiste en une tumeurectomie du sein associée à une exérèse du ganglion sentinelle, peut permettre une hospitalisation de 24 heures à compter du geste opératoire.

Lorsque la logistique du service est adaptée, la prise en charge de ce type de patientes peut même se faire en unité ambulatoire, avec une hospitalisation et une surveillance de quelques heures seulement. Pour des patientes qui, en cas de mastectomie et/ou de curage axillaire, devaient rester hospitalisées plusieurs

jours (drainage par Redon, traitement antalgique...), le gain est énorme, tant en termes de confort pour la patiente qu'en termes de coût.

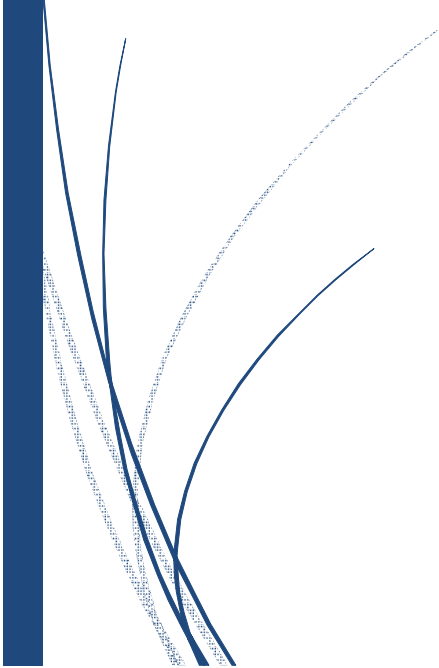
Quelle que soit la stratégie thérapeutique adoptée, l'information et la participation des patientes sont primordiales dans la prise en charge du cancer du sein. Ainsi, lorsqu'un traitement conservateur est envisageable, l'alternative de la mastectomie doit être évoquée, pesant chacun de ses avantages et de ses inconvénients.

Le risque augmenté de récurrence locale sans modification de la survie globale doit également être expliqué clairement (44-45-46).

Les critères histologiques de qualité de l'exérèse dans le cadre d'un traitement conservateur doivent être expliqués avec, entre autres, leurs conséquences, à savoir la possibilité d'une seconde intervention chirurgicale en cas d'atteinte des berges de la pièce opératoire. Enfin, la possibilité d'un traitement radical en fonction des résultats histologiques doit également être évoquée.



Matériels et méthodes



III/MATERIELS & METHODES :

III-1 /Patientes :

Dans le cadre de cette investigation, nous avons procédé à l'étude des dossiers des patientes admises au pole gynéco-mammaire du centre SHEIKHA FATMA, depuis son ouverture en avril 2013 jusqu'à fin 2016 pour traitement conservateur du cancer du sein.

III-2/Echantillonnage :

Critères d'inclusion :

Ont été inclus de l'étude toutes les patientes

- Admises au pole gynéco-mammaire
- Confirmation anatomopathologique du cancer
- Ayant bénéficié d'un traitement conservateur

Critères d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude toutes les patientes n'ayant pas de cancer à l'examen anatomo-pathologique.

III-3/Méthodes :

Pour cette étude, on a établi une fiche d'exploitation qui relate l'âge de la patiente, le parcours des soins, les antécédents gynécologiques, le statut hormonal, les caractéristiques cliniques de la tumeur, le statut ganglionnaire, le bilan d'extension et la classification, la date et le type de chirurgie réalisée, l'étude anatomopathologique ainsi que le traitement adjuvant réalisé, le résultat esthétique, l'évolution et l'état de la patiente à la date de la dernière consultation et les récives.

III-2-1 / Méthode de recueil des données :

Les patientes, sur lesquelles portera l'étude, ont été identifiées à partir des données des registres d'hospitalisation du pôle gynéco-mammaire du Centre Sheikha Fatma .

Le recueil des données a été fait à partir :

- Des dossiers d'hospitalisation
- Des comptes rendus opératoires écrits par le chirurgien
- Des comptes rendus de l'étude histologique de la biopsie et de la pièce opératoire
- Des fiches de protocoles thérapeutiques et de surveillance des traitements adjuvants.

III-2-2/ Variables analysées à partir de la fiche d'exploitation: (ANNEXE 1) :

La fiche d'exploitation établie renseigne sur :

- Age
- **Données sociodémographiques :**
 - Diagnostique précoce et dépistage organisé ;
 - Statut matrimonial ;
 - Profession ;

- Couverture sociale ;
- Milieu d'habitat.
- **Parcours de soins :**
 - Date de la première consultation;
 - Date de la mammographie-échographie mammaire ;
 - Date de l'étude histologique de biopsie ;
 - Date du traitement chirurgical ;
- **Antécédents de la malade :**
 - ✓ **Antécédents personnels :**
 - Gynécologiques ;
 - Age des premières menarches;
 - Age de la première grossesse ;
 - Age de la ménopause ;
 - Geste Et Parité ;
 - Allaitement Maternel ;
 - Contraception Orale ;
 - Hormonothérapie Substitutive.
 - ✓ **Antécédents familiaux :**
 - Mammaires ;

- Gynécologiques.
- **Les données cliniques :**
 - Signes révélateurs ;
 - Nombre ;
 - Taille ;
 - Siège ;
 - Mobilité par rapport aux deux plans ;
 - Atteinte ganglionnaire ;
 - Signes cutanées et écoulement mamelonnaire.

- **Les données paracliniques:**
 - Echo- Mammographie ;
 - IRM ;
 - Repérage : échographique ou au harpon ;
- **Bilan d'extension:**
 - Radiographie du thorax;
 - Echographie abdominale;
 - TDM

- Scintigraphie osseuse.
- **Le traitement :**
 - **La chirurgie**
 - Tumorectomie ;
 - Quadrantectomie ;
 - Autre technique ;
 - Technique d'oncoplastie ;
 - Curage axillaire ;
 - **Les complications post opératoires**
 - **La radiothérapie**
 - **La chimiothérapie**
 - **L'hormonothérapie**
 - **Traitement cible**
- **Caractéristiques anatomopathologique**
 - Type histologique ;
 - Limites de résection ;
 - Composante intra canalaire ;
 - Embole vasculaire ;
 - Grade histo-pronostique SBR ;
 - Etude histologique des ganglions Axillaires ;
 - Récepteurs hormonaux ;

- Statut HER2 ;
- KI67 ;
- Dosage des marqueurs tumoraux : CA 15-3.
- **Récidive :**
 - Délai ;
 - Site ;
 - Nombre ;
 - Traitement.
- **Evolution :**
 - Métastase :
 - Délai
 - Site
 - Décès
 - Perdue De Vue
 - Récidive
- **Résultat Esthétique**



Résultats

IV/RESULTATS :

IV-1/ Epidémiologie générale :

Sur les 1664 cas de cancer du sein pris en charge dans le Service du pôle gynéco-mammaire CHEIKHA FATMA par différents procédés chirurgicaux, 503 cas ont bénéficié d'un traitement conservateur : soit 30.22 % de l'ensemble des cancers du sein traités pendant la durée de notre étude (Avril 2013 à fin 2016).

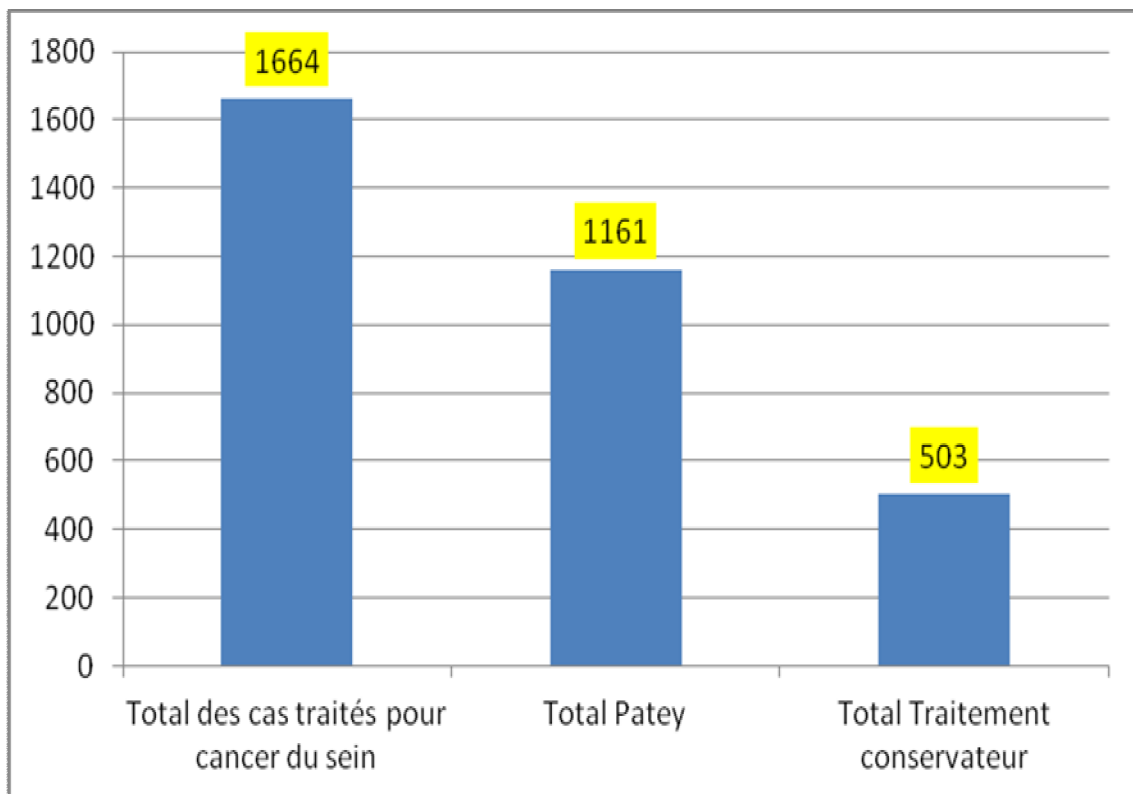


FIGURE 6 : Place du traitement conservateur dans le cancer du sein.

Le nombre de patientes bénéficiant d'un traitement conservateur a connu une évolution au sein de notre Service allant de 44 cas en 2013 à 188 en 2016.

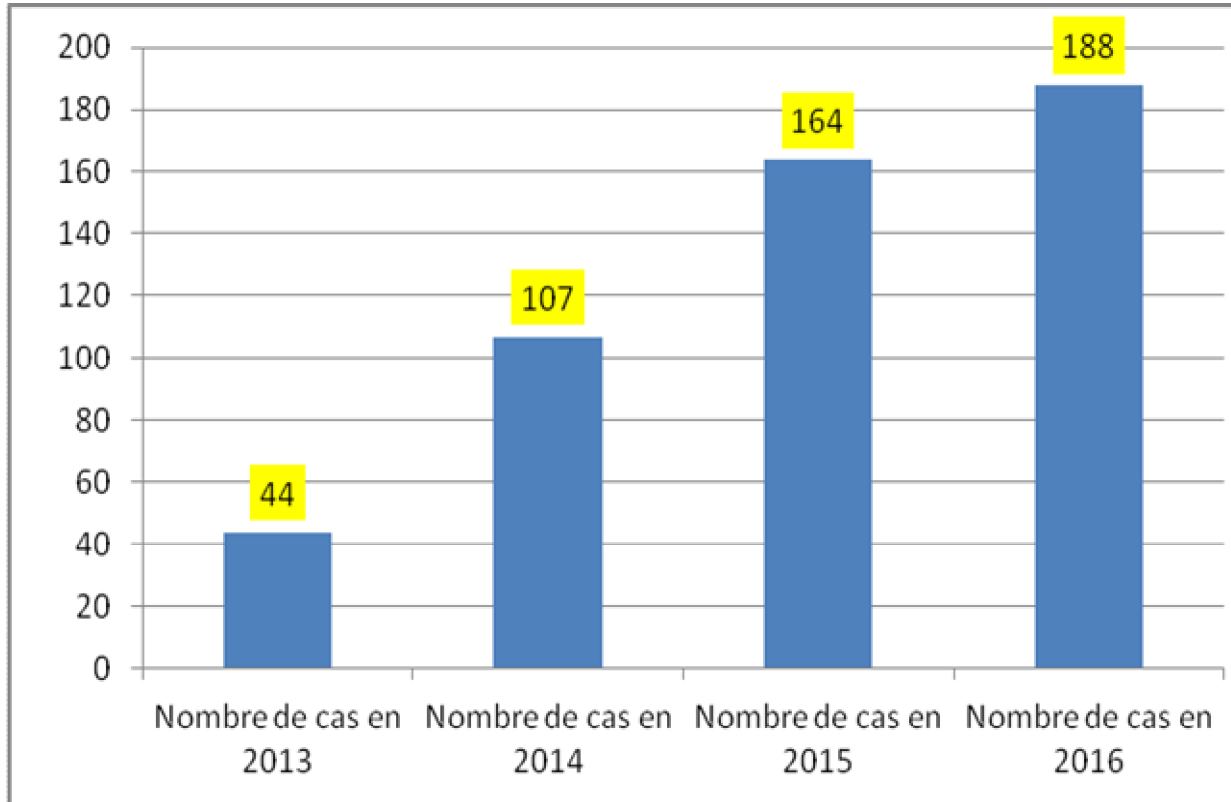


FIGURE 7 : Evolution des cas ayant bénéficié du traitement conservateur sur la période d'environ de quatre ans (2013-2016).

IV-2/ Epidémiologie analytique :

IV-2-1/ L'Age:

L'âge de nos patientes varie entre 17 ans et 87 ans, avec un âge moyen de 47.4 ans et un écart type de 12.4. La tranche d'âge la plus touchée est celle située entre 44 et 49 ans qui présente 22.6% du nombre total des cas.

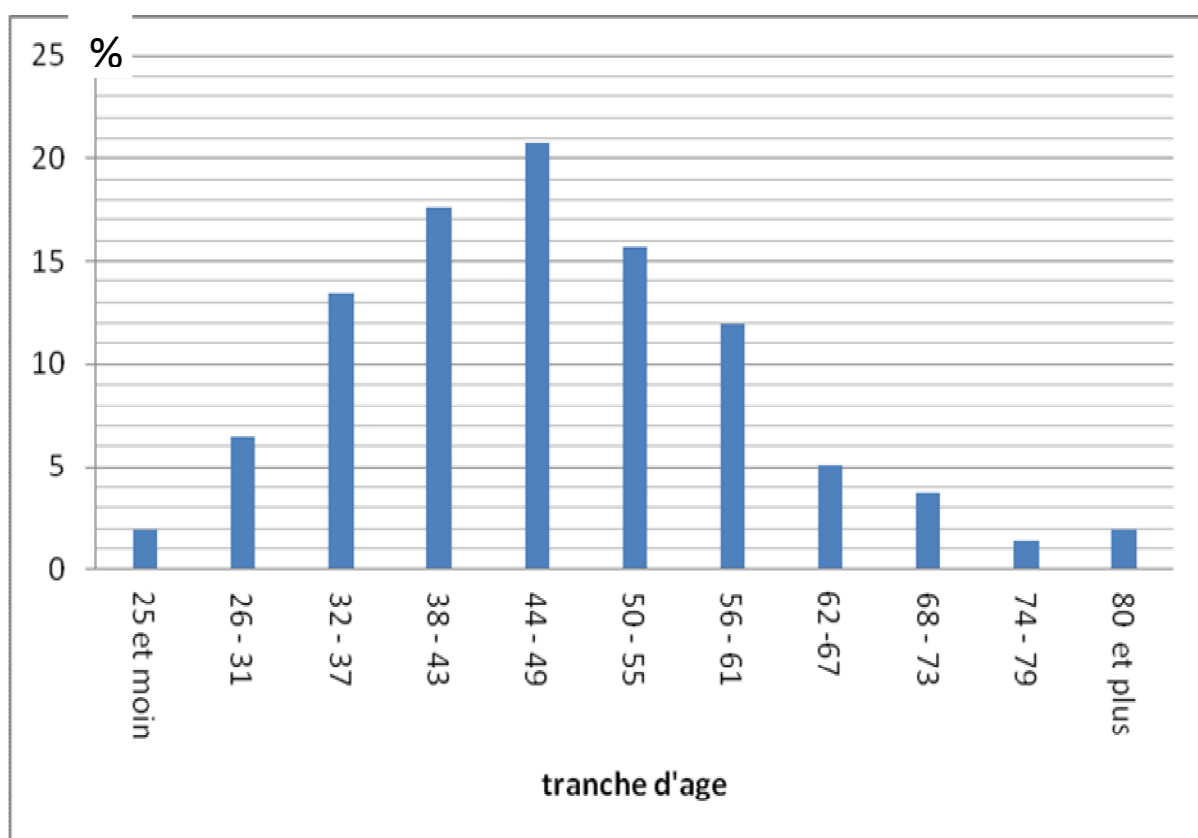


FIGURE 8 : Répartition des malades traitées par tranches d'âge.

IV-2-2/ Détection Précoce :

Le nombre de patientes ayant bénéficiée d'une détection précoce c'est-à-dire soit d'un diagnostique précoce ou de dépistage puis adressées par le biais du circuit de santé publique est de 368 soit 73.1 % du nombre total des patientes prise en charge tout en prenant en compte la feuille de référence avec laquelle la patiente a été adressée à notre structure ; Alors que les 26.9 % restants ont bénéficié du dépistage individuel ou d'un diagnostic précoce au cours d'une consultation gynécologique de routine adressée directement du secteur privé.

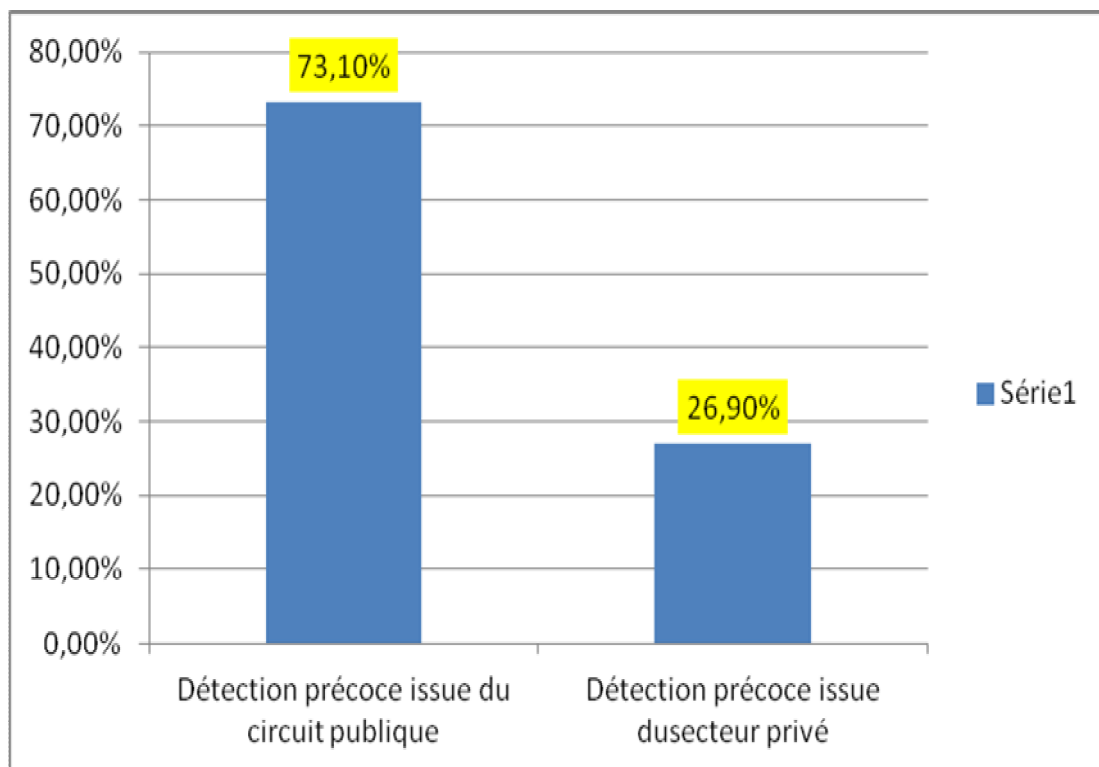


FIGURE 09 : Répartition des patientes selon leur circuit de détection précoce issues du secteur publique et du dépistage individuel issues du secteur privé.

IV-2-3/Répartition des cas selon la provenance géographique:

Il est à noter qu'environ 60.6% des patientes proviennent du milieu urbain soit 304 patientes alors que 39.4% des patientes proviennent du milieu rural soit 199 patientes. La provenance par ville est représentée dans la figure 11 pour les patientes de notre série.

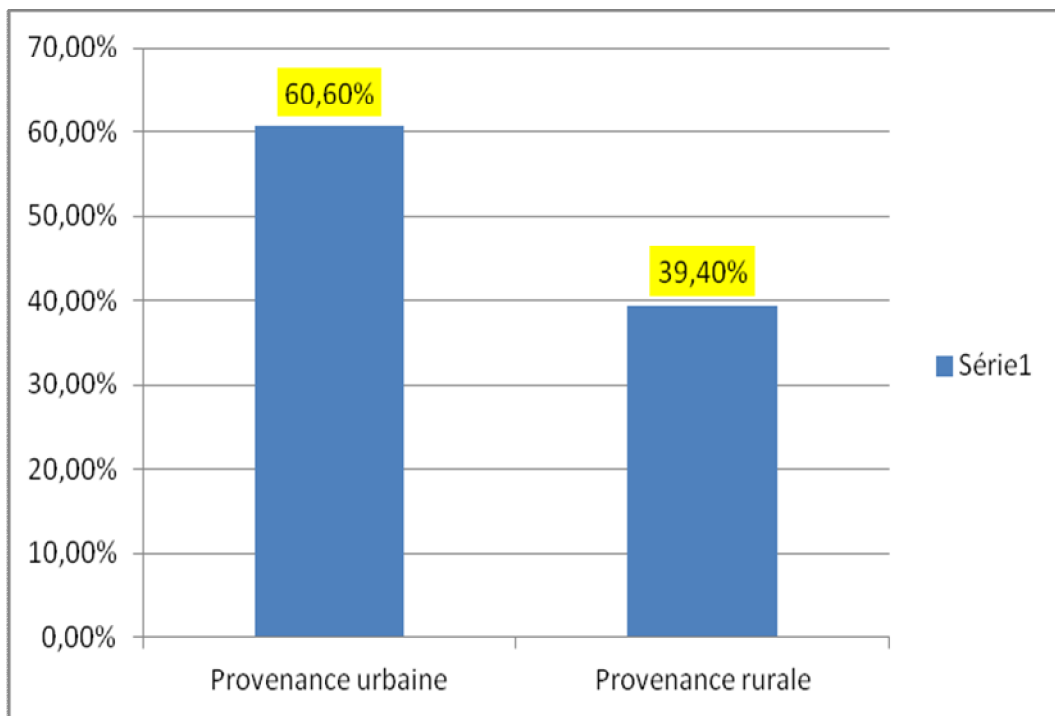


FIGURE 10 Répartition des malades en fonction de leur provenance urbaine ou rurale.

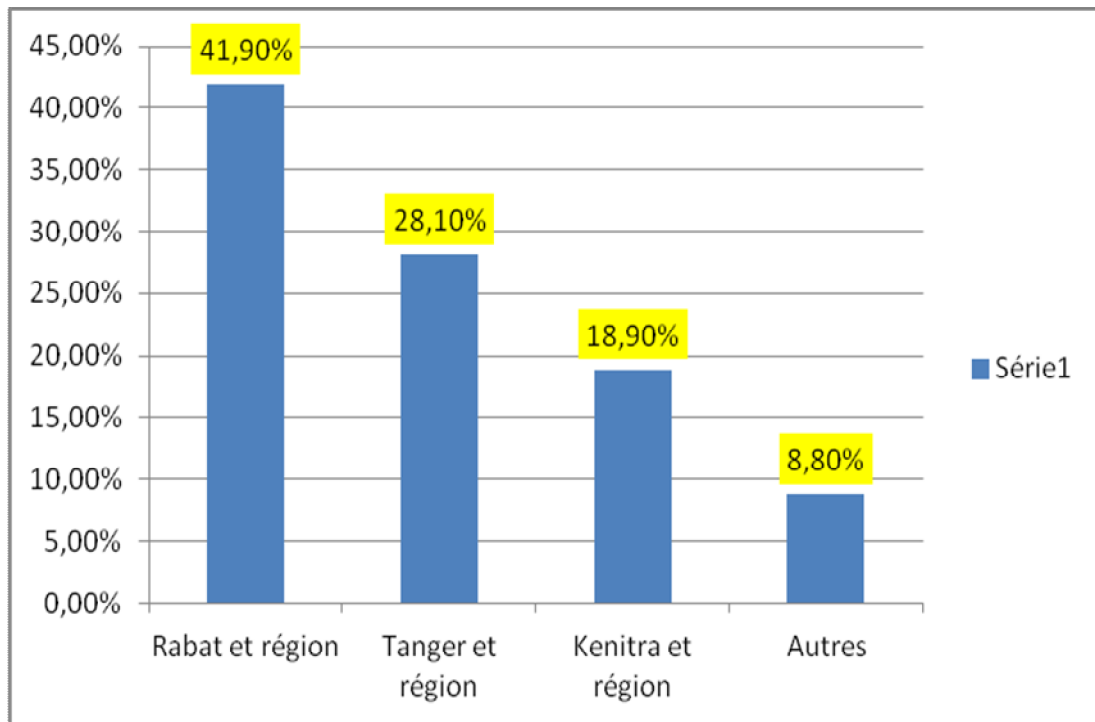


FIGURE 11 Répartition des malades en fonction de leur origine géographique.

IV-2-4/ Répartition des malades en fonction de la profession et de la couverture sociale:

Seuls 18.4% de cet échantillon avaient une profession soit 93 patientes, alors que 79.6 % étaient des femmes sans profession soit 400 patientes et 2% non précisé soit 10 patientes.

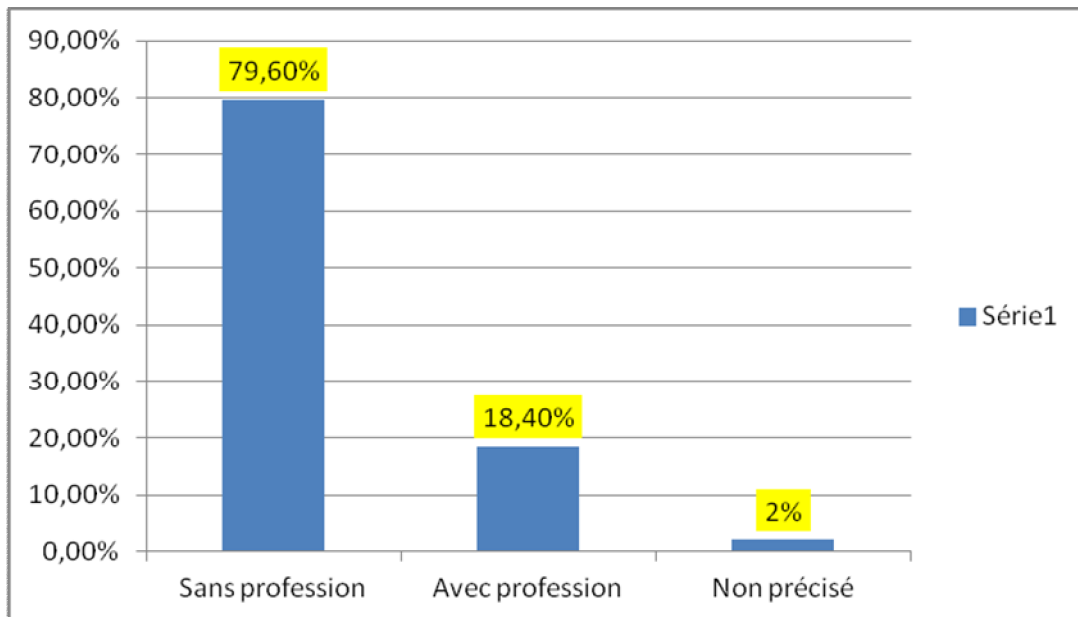


FIGURE 12 : Répartition des malades en fonction de leur profession.

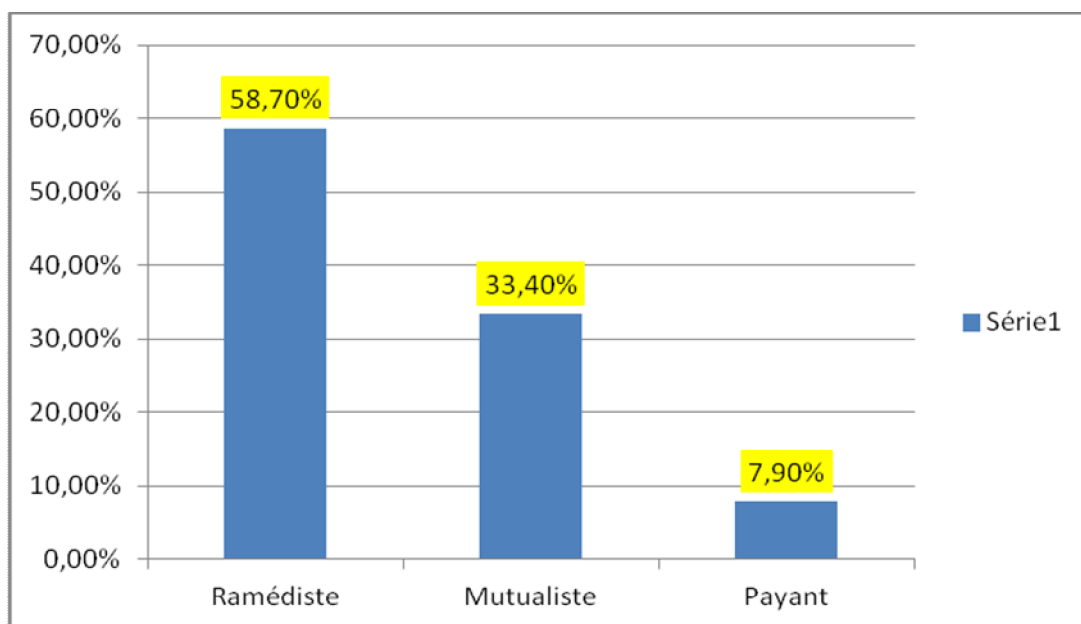


Figure 13 : Répartition des malades en fonction de leur couverture sociale en pourcentage

IV-2-5/Répartition des malades en fonction du statut matrimonial :

Dans notre série nous avons noté 36 célibataires soit 7.2 %, 251 mariées soit 49.51 %, 38 divorcées soit 7.69 % et 128 veuve soit 25.48 %.Le reste, 50 cas du total de nos patientes soit 10.09 % n'ayant pas été précisé.

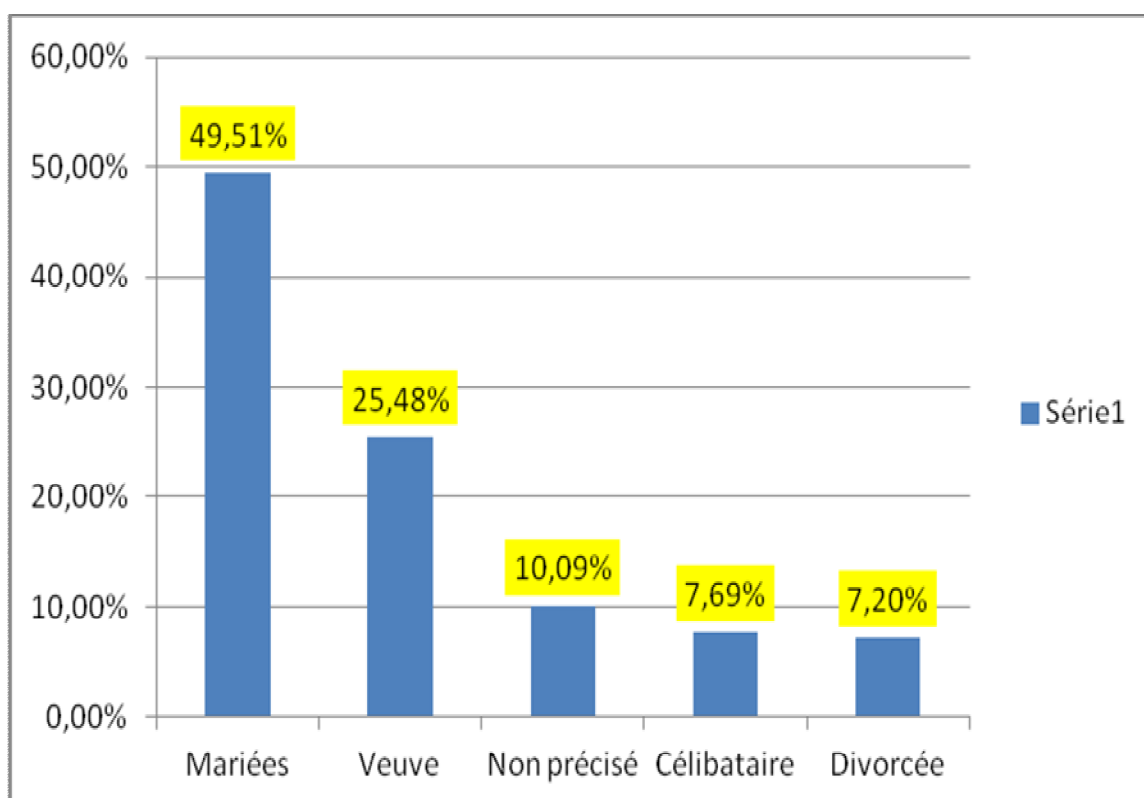


FIGURE 14 : Répartition des malades en fonction de leur statut matrimonial.

IV-2-6/ Antécédents familiaux de cancer mammaires ou gynécologiques :

Dans cette étude, les antécédents familiaux de cancer mammaire ou gynécologiques chez des parents de premier degrés étaient de 146 cas soit 29.05% du total des cas, parmi eux 330 patientes avaient aucun antécédent soit 65.60% du total des cas alors que 27 cas n'ont pas été précisés soit 5.3%.

Les antécédents familiaux de cancers mammaires ou gynécologiques étaient répartis comme suit :

-128 cas avec antécédents de cancer de sein, soit 87.67% ;

-18 cas avec antécédent de cancer de l'ovaire, soit 12.32%.

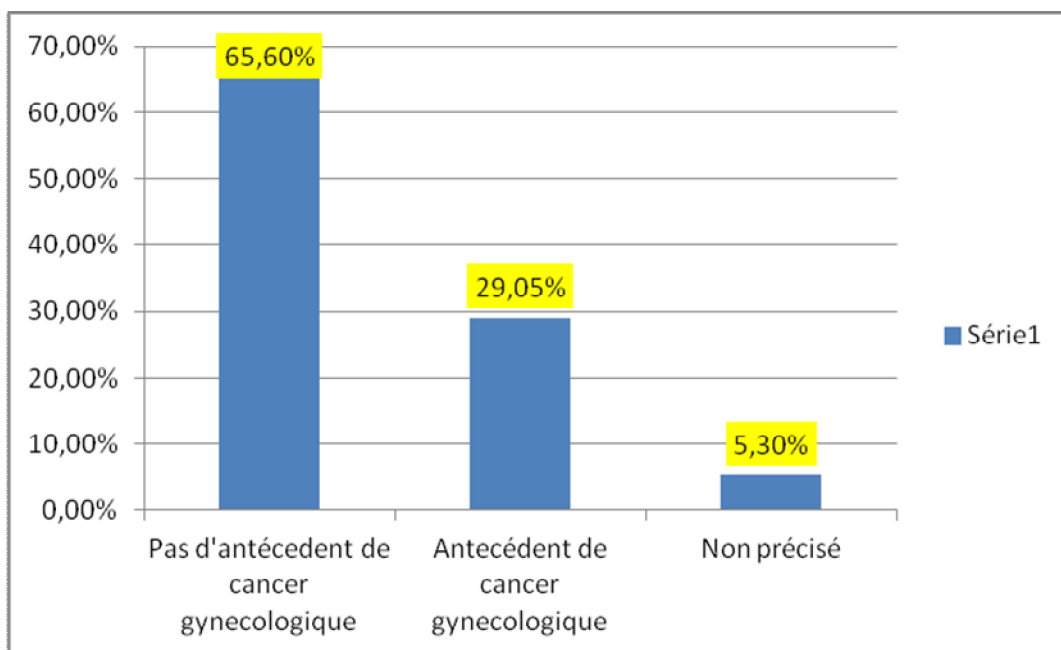


FIGURE 15-1 : Répartition des malades en fonction de leur antécédent familiaux de cancer du gynécologique (ovaire et sein).

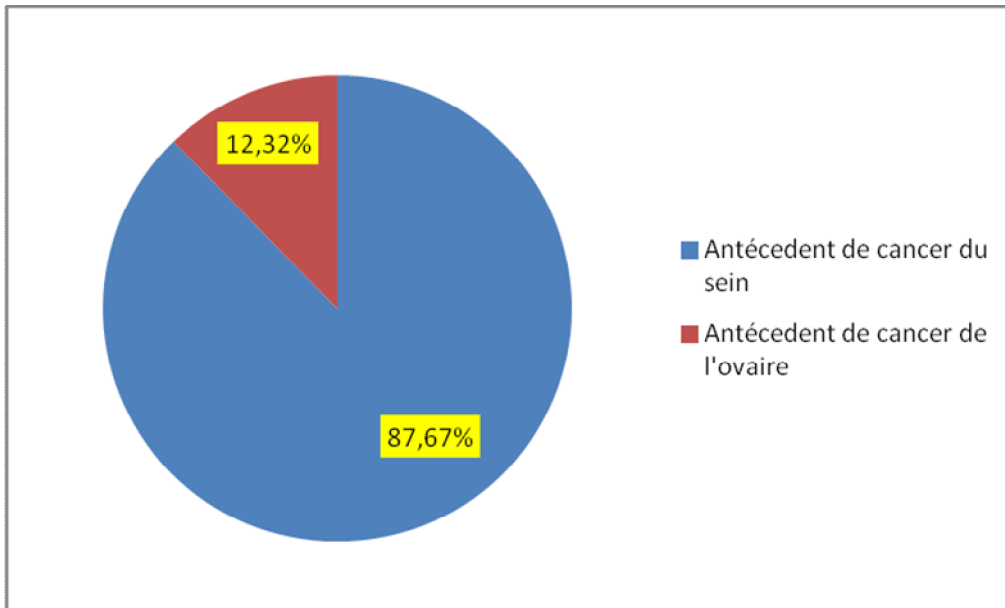


FIGURE 15-2 : Répartition des malades en fonction de leur antécédent familial de cancer de sein ou de l’ovaire.

IV-2- 7/ Antécédents personnels gynécologiques :

Dans cette étude nous avons relevé 66 cas avec antécédents personnels gynécologiques ce qui représente 13.21% du total des cas alors que 421 cas sont sans antécédents gynécologiques soit 83.69% du total des cas. Quant aux 16 cas non précisés ils ne représentent que 3.36 % du total des cas.

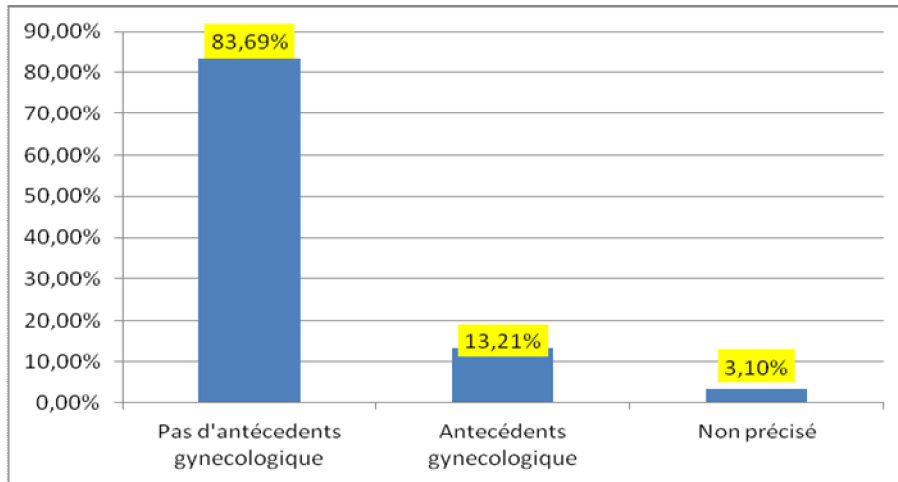


FIGURE 16 : Répartition des malades en fonction de leur antécédent personnel gynécologique.

L'antécédent gynécologique incluait 3 cas de cancer du sein controlatéral, des actes opératoires pour fibromes utérins au nombre de 29 cas, 6 cas de grossesse extra-utérine, 13 cas d'Hystérectomie, 11 cas d'ovariectomie pour kyste bénin ,4 cas de cancer de l'ovaire qui sont représentés sur la figure 17.

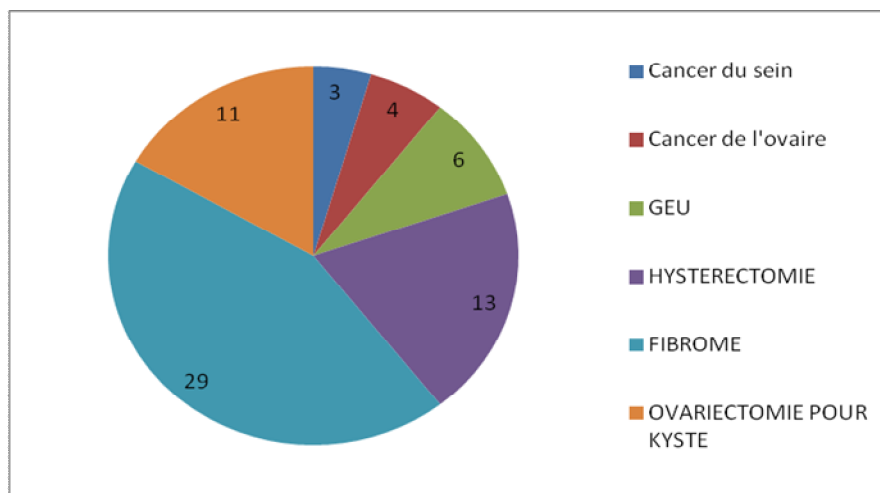


FIGURE 17 : Représentant le nombre de cas pour chaque antécédent personnel gynécologique et de cancer.

IV-2-8 / Répartition des malades en fonction de l'âge de la première grossesse:

Il est à souligner que l'âge de la première grossesse n'a pas été précisé chez 187 patientes soit 37.17% du nombre total de notre série.

Pour les 316 patientes pour lesquelles l'âge de grossesse a été mentionné nous avons 94.62% de patientes qui ont eu leur première grossesse avant 30 ans soit 299 patientes, et seulement 17 patientes qui l'ont eu après l'âge de 30 ans, soit 5.38%.

Age première grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
≤ 30 ans	299	94.62 %
> 30 ans	17	5.38 %

TABLEAU I : Répartition des malades en fonction de l'âge de première grossesse.

IV-2-9/ Répartition des cas selon la parité :

L'analyse des données recueillies que la parité variait entre 0 et 4 enfants vivants avec une médiane de 3. Les multipares représentent 27.8% des cas alors que les nullipares représentent 29.2% des cas. Les pauci pares, quand à eux, représentent un taux de 43.1% des cas .

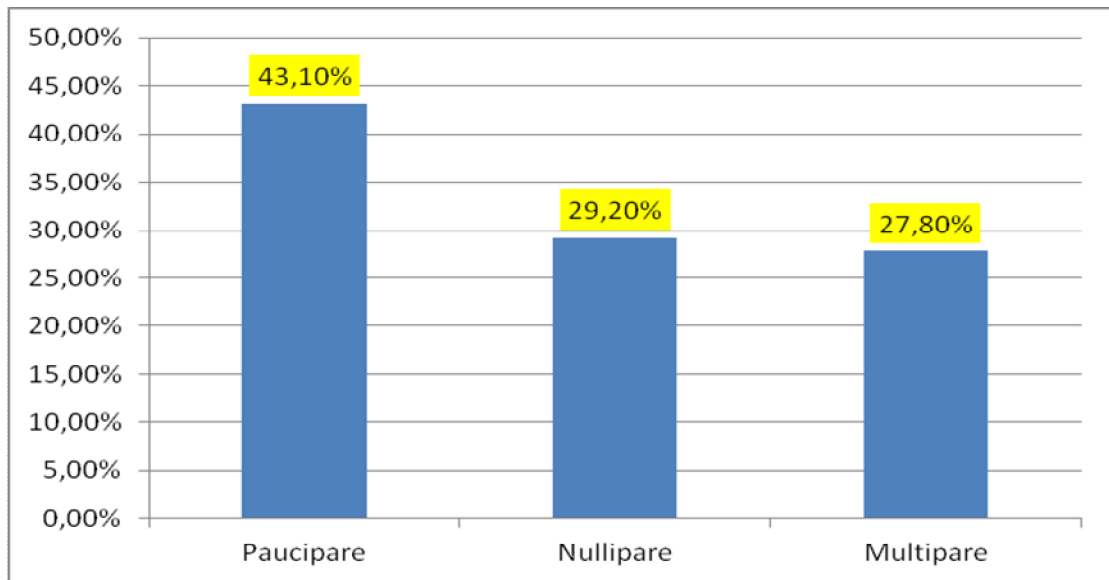


FIGURE 18 : Répartition selon la parité.

PARITE	Nombre de cas	Pourcentage
Nullipare	147	29.2 %
Pauci pare (≤ 2)	217	43.1 %
Multipare (≥ 3)	139	27.8 %

Tableau II : Répartition selon la parité.

IV-2-10/ Répartition des malades en fonction de l'allaitement au sein :

Les données analysées révèlent que 255 patientes confirment avoir allaité aux deux seins leurs enfants et représentent ainsi 49.51% de l'effectif.

L'absence d'allaitement au sein a été notée chez 198 cas, soit 39.4 % alors que pour les 50 cas restants, soit 11.05%, l'allaitement au sein n'a pas été précisé.

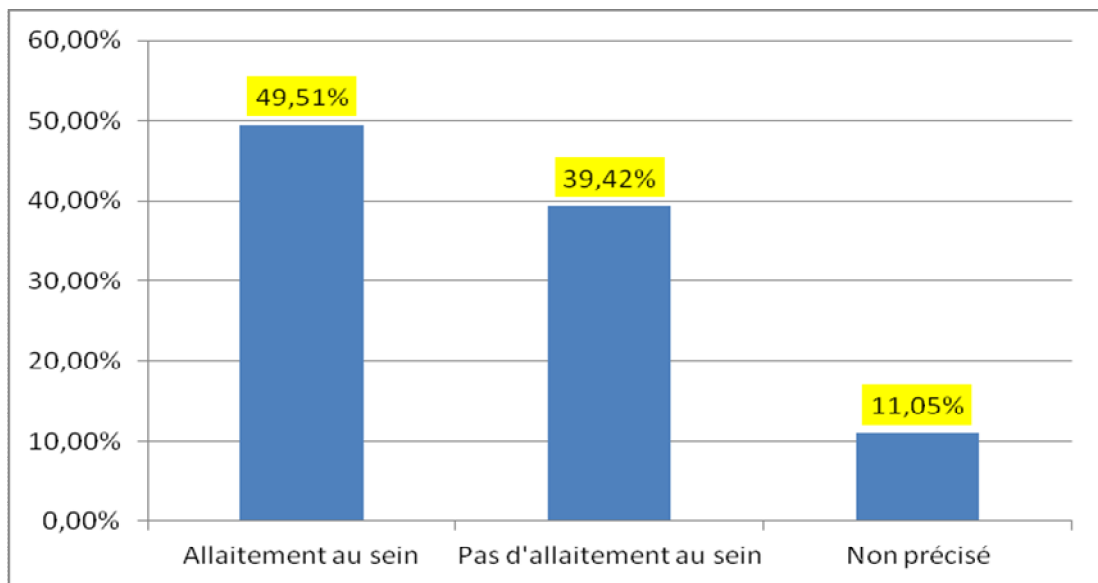


FIGURE 19 : Répartition des patientes en fonction de l'allaitement maternel.

IV-2-11 : Répartition des malades en fonction du statut hormonal:

IV-2-11 -1 : L'âge des ménarches :

Il est reparti comme suit:

	MINIMUM EN ANNEES	MAXIMUM EN ANNEES	MOYENNE	ECART TYPE
Ménarches	10	18	12.96	1.77

TABLEAU III : Répartition des malades en fonction de l'âge de ménarches.

IV2-11-2 : Ménopause :

Il ressort de cette étude que l'âge de la ménopause est compris entre 42 et 63 ans avec une moyenne de 49,89 ans. Environ 59.61% de nos patientes étaient en période d'activité génitale alors que les ménopausées ne représentaient que 38.46% des cas.

STATUT HORMONAL	Nombre de cas	Pourcentage
<i>En période d'activité génitale</i>	305	60.63 %
<i>Ménopausées</i>	190	37.77 %
<i>Non précisé</i>	8	1.59 %

TABLEAU IV: Répartition des malades en fonction de leur activité génitale.

IV-2-11-3: Cycle menstruel :

Le caractère régulier ou non du cycle menstruel est reparti ainsi :

	Nombre de cas	Pourcentage
Cycle régulier	349	69.23 %
Cycle irrégulier	45	9.11 %
Non précisé	109	21.66 %

TABLEAU V : Répartition des malades en fonction de la régularité du cycle.

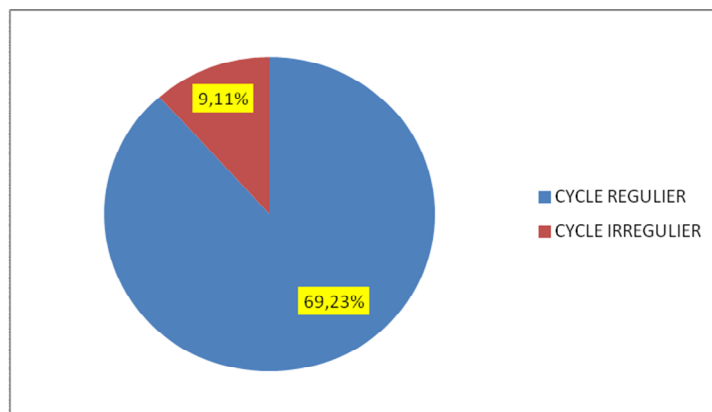


FIGURE 20 : Répartition des malades en fonction de la régularité du cycle menstruel chez les patientes.

IV-2-12 : La contraception orale :

Elle est prise dans 58,51% des cas soit 293 patientes.

IV-2-13-Hormonothérapie substitutive :

Il ressort de cette étude qu'aucune des patientes n'a reçu de traitement hormonal substitutif.

IV-2-14- CLINIQUE

IV-2-14-1-Délai de la première consultation :

Cette étude révèle, par ailleurs, que le délai de la première consultation après l'apparition des premiers signes révélateurs a varié entre un mois et une année avec une moyenne de 3.71mois. Presque 64.3% des patientes ont consulté avant les 6 mois, alors que les 33% restant ont consulté au-delà des six mois. Le reste soit 2.69%, étant non précisé. (Tableau VI).

Délai de consultation	Nombre de cas	Pourcentage (%)
≤ 3 mois	157	31.1 %
3 < ≤ 6 mois	167	33.2 %
> 6 mois	166	33 %
Non précisé	13	2.69 %

TABLEAU VI : Répartition selon le délai de consultation.

IV-2-14-2 – Délai D’attente :

Ce délai est défini comme étant le temps écoulé entre la date de la biopsie et la date de l’acte chirurgical. Il témoigne de la rapidité de prise en charge. Ce délai est d’une moyenne de 65 jours avec des extrêmes allant de 17 jours à 196 jours.

IV-2-14-3-Circonstances de découverte

La découverte fortuite à l’autopalpation du nodule est le signe le plus important qui a poussé les patientes à consulter. Il concerne 447 cas des motifs de consultation, soit 88,88% des patientes, alors que 56 patientes ont présenté une mastodynie soit 11,29%.

IV-2-14-4- La tumeur

IV-2-14-4-1 Siège :

Cette étude révèle , par ailleurs, que la tumeur siège au niveau du sein gauche chez 305 patientes contre 194 au niveau du sein droit et 4 cas de localisations bilatérales. Leur répartition selon les quadrants est la suivante:

SIEGE	QSE	QSI	QII	QIE	JQE	JQI	NON PALPABLE
NOMBRE	194	71	51	60	38	38	51
Pourcentage	43.75 %	13.94 %	9.13 %	11.53 %	6.25 %	6.25 %	9.13 %

TABLEAU VII: Répartition des tumeurs selon le quadrant de la tumeur.

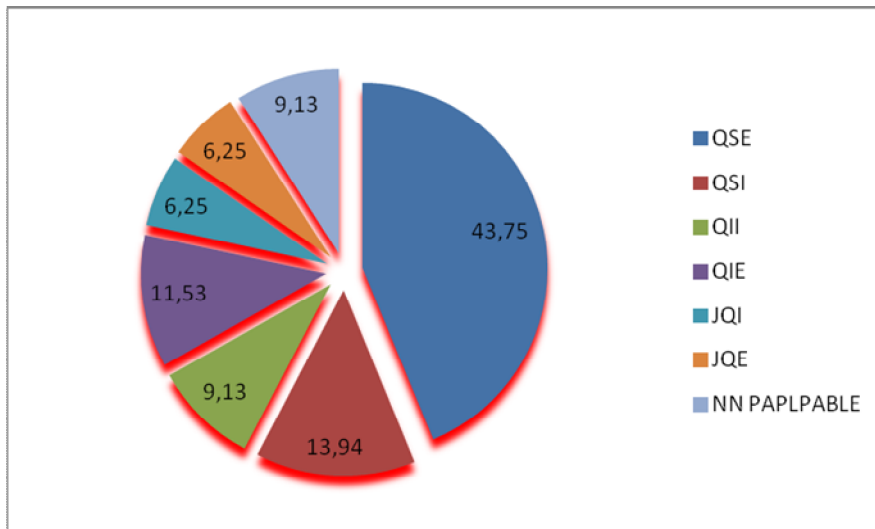


FIGURE 21 : Répartition des tumeurs selon le siège de la tumeur.

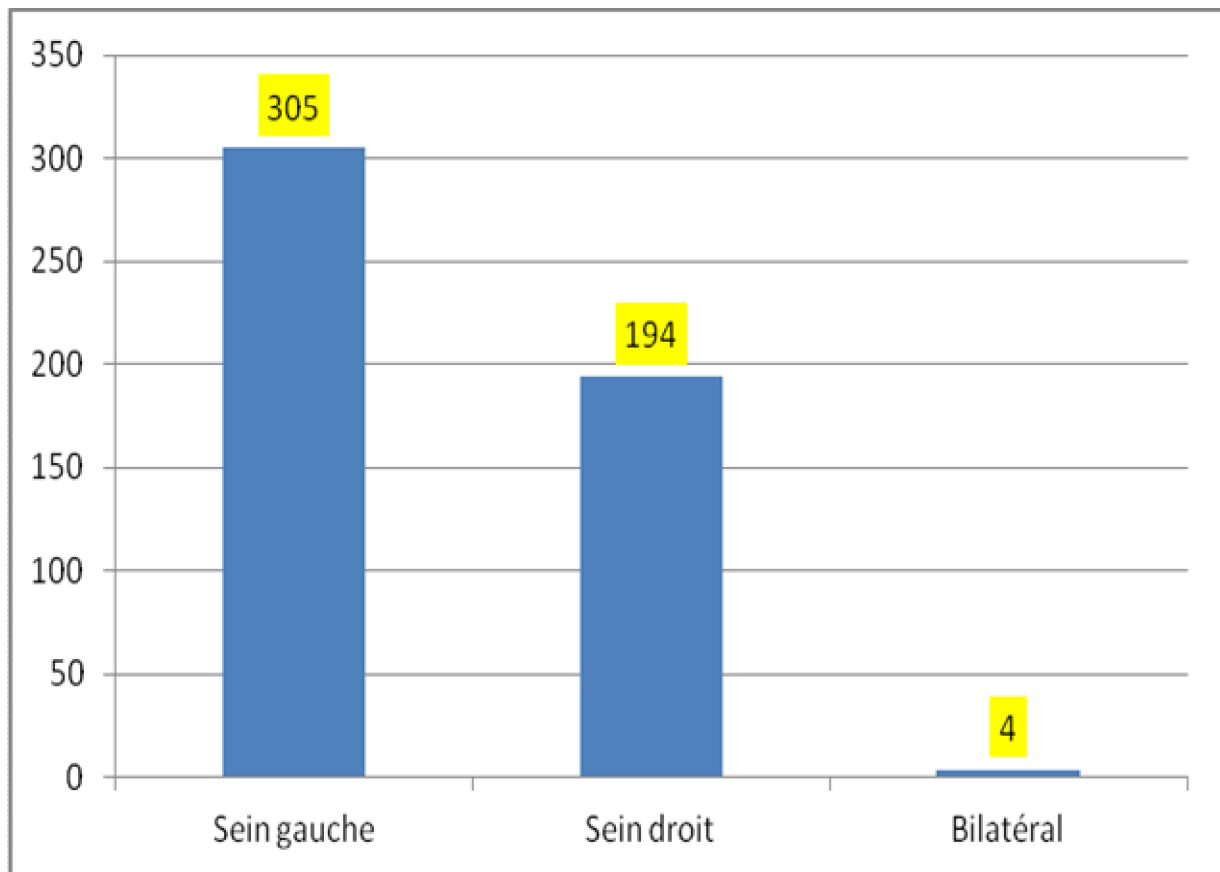


FIGURE 22 : Répartition le siège droit, gauche ou bilatéral de la tumeur

IV-2-14-4-2 Taille tumorale :

La taille tumorale a été évaluée cliniquement.

Presque 38.36 % de nos patientes avaient une tumeur d'une taille primitive inférieure ou égale à 2 cm T1, tandis que 56.66% avaient une tumeur d'une taille primitive supérieure à 2 cm T2 et 3.37 % des cas une tumeur Inférieure ou égale à 5 cm T3 alors que 1.8 % la tumeur non précisé (tableau VIII).

TAILLE DE LA TUMEUR	NOMBRE DES CAS	POURCENTAGE
T1	193	38.35 %
T2	285	56.66 %
T3	17	3.37 %
NON PRECISE	8	1.8 %

TABLEAU VIII: Répartition des tumeurs selon le stade TNM.

IV-2-14-4-3-Mobilité par rapport aux plans superficiel et profond :

Toutes les tumeurs étaient mobiles par rapport aux deux plans superficiel et profond

IV-2-14-5-examen des aires ganglionnaires

L'examen clinique du creux axillaire a conclu chez 54 patientes la présence d'adénopathies axillaires soit 10.73%.Les autres aires ganglionnaires étaient exemptes d'adénopathies.

IV-2-14-6-Signes cutanées et écoulement mamelonnaire :

On retrouve dans notre série 12 cas avec signes cutanés repartis comme suit :

	NOMBRE	POURCENTAGE
-ULCERATIONS	0	0 %
-ECOULEMENT MAMELONNAIRE SANGLANT	12	2.38 %

TABLEAU IX: Répartition des cas selon le type de signe cutané.

IV-2-14-7-Examen général

L'examen clinique dans le cadre du bilan d'extension locorégional et général à la recherche d'une lésion du sein controlatéral, des adénopathies sus claviculaires, d'hépatomégalie, de signes osseux, de signes neurologiques et pleuro pulmonaires, a été sans particularités chez toutes nos patientes.

IV-2-15/-EXAMEN PARACLINIQUE :

IV-2-15-1– La mammographie et l'échographie :

Un bilan paraclinique est réalisé pour toutes les patientes, ce bilan comporte:

- une mammographie
- une échographie mammaire.

IV-2-15-1- 1/Mammographie :

La mammographie a révélé la prédominance d'images stellaires hautement suspectes de malignité chez 84.5% des patientes. Les micros calcifications étaient isolées dans seulement 4.3% des cas, tandis qu'elles étaient associées aux images stellaires dans 1.98% des cas ,épaississement associé dans 1.79% et des opacités ovales bien limitées dans 7.55% .

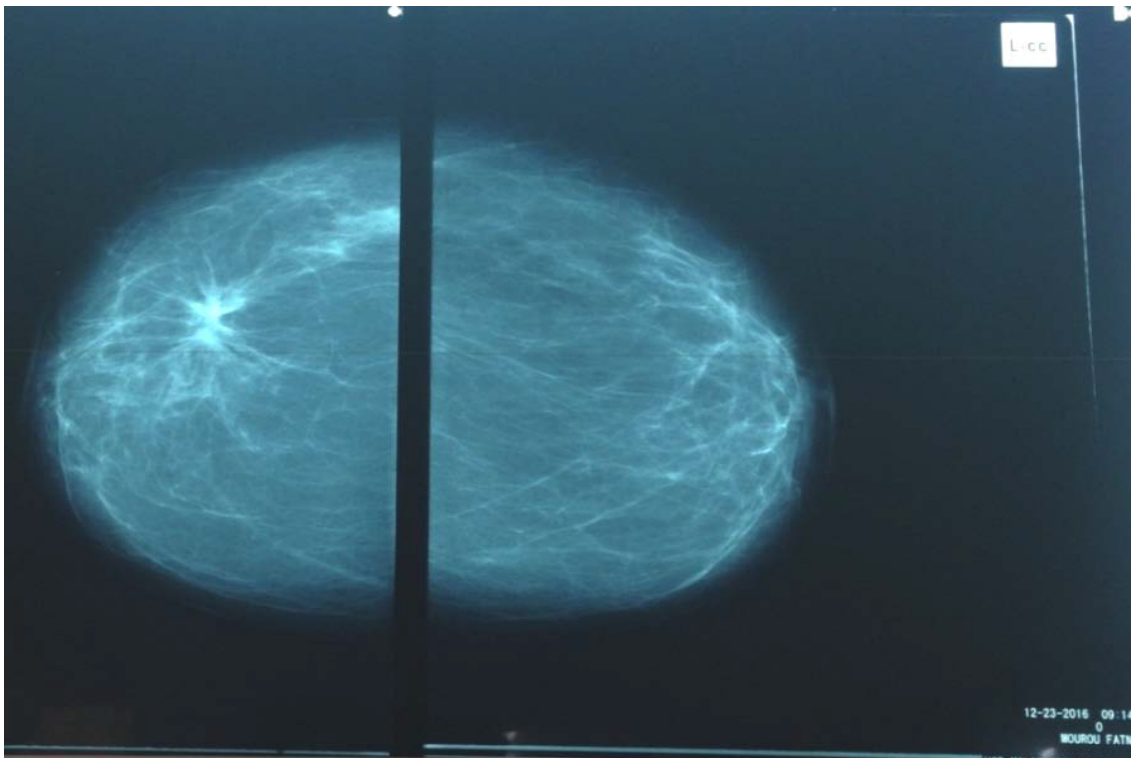


FIGURE 23: Mammographie d'une patiente de 52 ans :
nodule du QSE du sein droit, suspect de malignité ACR5.

ASPECT MAMMOGRAPHIQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Opacité stellaire	424	84.29 %
Micro calcifications isolées	22	4.37 %
Micro calcifications associées	10	1.98 %
Epaississement associé	9	1.79 %
Opacité ovale bien limitée	38	7.55 %

TABLEAU X: Répartition des cas selon le type de signe radiologique retrouvé à la mammographie.

IV-2-15-1-2 : Echographie mammaire :

L'échographie, quand à elle, a révélé des images suspectes dans 85.1 % des cas

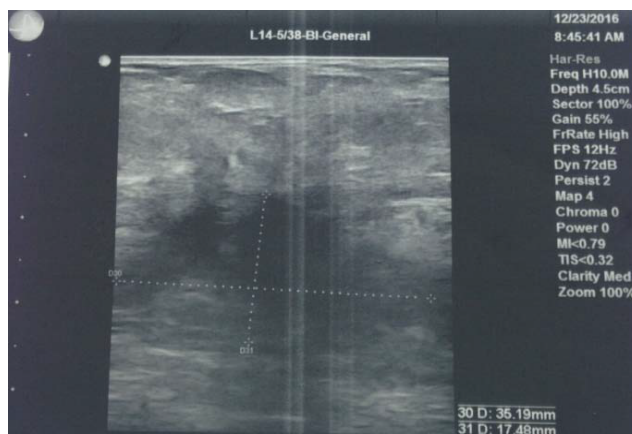


Figure 24 : Echographie mammaire d'une patiente de 46 ans: nodule du sein droit de structure tissulaire hypoéchogène avec atténuation postérieure des échos en faveur de malignité.

IV-2-15-1-3 Le couple Mammographie-échographie :

Ces examens ont permis une classification de toutes les tumeurs selon le Système de classement des images radiologiques recommandées pour le dépistage du cancer du sein, Breast Imaging Reporting And Data System de l'American Collège of Radiology. Nous avons trouvé dans notre série les résultats suivants :

Classification BIRADS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
I	5	0.96 %
II	38	7.69 %
III	38	7.69 %
IV	255	50.69 %
V	167	33.65 %
VI	0	0 %

TABLEAU XI : Répartition des cas selon la classification BIRADS.

Nous soulignons que les classification BIRADS IV et V se dégagent dans notre étude et représentent respectivement 50.69% et 33.65% des cas, suivies des classifications II et III chacune.

IV-2-15-2- Examen anatomo pathologique :

IV-2-15-2-1 : Technique de biopsie :

Une confirmation cytologique ou histologique préalable à la chirurgie a été réalisée par :

- **Cytoponction** : 23 patientes, soit 4.57%. Toutes les cytoponctions ont été réalisées à titre externe puis complétées par une biopsie au TRUCUT .
- **Biopsie au Trucut** : 436 patientes soit 86.7%% .
- **Biopsie écho guidée** : 27 patientes soit 5.36%.
- **Harponnage** : 7 patientes soit 1.39%
- **Examen extemporanée** : 10 patientes soit 1.98%

EXAMEN HISTOLOGIQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
BIOPSIE AU TRUCUT	436	86.7 %
CYTOPONCTION	23	4.57 %
EXAMEN EXTEMPORANEE	10	1.98 %
BIOPSIE ECHO GUIDEE	27	5.36 %
HARPONNAGE	7	1.39 %

TABLEAU XII : Illustrant les techniques utilisées pour la biopsie.

IV-2-15-2-2 : Résultats anatomopathologique de la biopsie :

Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage
Carcinome canalaire infiltrant	441	87.67 %
Carcinome lobulaire infiltrant	48	9.54 %
Hyperplasie atypique	4	1.72 %
Carcinome médullaire	1	0.19%
Carcinomes galactophoriques infiltrants	9	1.78%

Les hyperplasies atypiques ont été opérées et se sont avérées des carcinomes infiltrants sur la pièce opératoire après étude anatomopathologique.

IV-2-15-3-BILAN D'EXTENSION :

Une fois diagnostic est posé et la chirurgie proposée, un bilan d'extension est réalisé comprenant :

- Une radiographie pulmonaire.
- Une échographie hépatique.
- TDM abdominale
- Une scintigraphie osseuse en cas de signe d'appel.

Avant tout traitement, un dosage du marqueur biologique CA15-3 est demandé pour toutes les patientes permettant ainsi une surveillance post thérapeutique.

Dans notre série le nombre de cas où le bilan d'extension était positif est de 01 cas au niveau osseux soit un pourcentage de 0.19%.

IV-2-15-3-1 RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :

La radiographie pulmonaire n'a objectivé aucun cas avec une localisation secondaire.

IV-2-15-3-2 ECHOGRAPHIE ABDOMINALE:

L'échographie abdominale était normale dans tous les cas.

IV-2-15-3-3 TDM ABDOMINALE:

La TDM abdominale n'a objectivé aucun cas avec une localisation secondaire.

IV-2-15-3-4 SCINTIGRAPHIE OSSEUSE:

Le nombre de cas où la scintigraphie osseuse a objectivé une localisation secondaire au niveau de l'os était positif, est de 01 cas soit un pourcentage de 0.19 % du total des cas de notre série.

<i>BILAN D EXTENSION</i>	<i>NBRE DE CAS AVEC LESION SECONDAIRE</i>	<i>POURCENTAGE</i>
RADIO PULMONAIRE	0	0%
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	0	0%
TDM ABDOMINALE	0	0%
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE	1	0.19%

TABLEAU XIII : Illustrant le nombre de cas avec localisation secondaire selon les examens paracliniques réalisés.

La femme présentant la localisation secondaire a été exclue de tout traitement chirurgical.

IV-2-15-3-5 Biologie: le dosage de l'antigène 15-3 (CA15-3) :

Le dosage du marqueur CA15-3 a été réalisé chez toutes les patientes et il était élevé dans tous les cas avec des extrêmes allant de [2.95 - 45].

IV-2-16-Traitement :

Le protocole thérapeutique comprenait systématiquement un traitement chirurgical conservateur et une radiothérapie adjuvante sur le sein ; la chimiothérapie adjuvante ou néo adjuvante est proposée selon les cas. Ce protocole n'est réalisé qu'après validation par un staff de concertation pluridisciplinaire.

IV-2-16-1 -LA CHIRURGIE :

IV-2-16-1-1-Chirurgie mammaire carcinologique :

Dans notre série de 503 cas nous avons 470 cas soit 93.43 % qui ont subi une tumeurectomie et 8 cas soit 1.59 % ont subi une quadrantectomie et 14 cas soit 2.78 % ont subi une pyramidectomie.

Dans 11 cas il s'agissait de reprises tumorales soit 2.18 % du total des cas, nous avons :

- 7 patientes pour carcinome lobulaire infiltrant.
- 3 patientes pour carcinome canalaire infiltrant avec une composante intracanaulaire extensive
- une patiente pour bifocalité dans le même quadrant.

TYPE DE CHIRURGIE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
TUMEURECTOMIE	470	93.43 %
PYRAMIDECTOMIE	14	2.78 %
QUADRANTECTOMIE	8	1.59 %
REPRISE TUMORALE	11	2.18 %

TABLEAU XIV : Illustrant le type de chirurgie pour les cas de notre série

IV-2-16-1-2-Les techniques d'oncoplastie:

Le principe était de réaliser une exérèse large de la tumeur sans se soucier du défaut glandulaire et de réaliser en même temps un remodelage glandulaire et un redrapage cutané offrant un résultat esthétique optimum. Les pièces opératoires ont été repérées par un fil et adressées pour une étude anatomopathologique.

On a réalisé un recentrage de la plaque aréolo-mamelonnaire chez 53 patientes qui avaient un degré de ptose modérée avec une cicatrice péri aréolaire et lambeau glandulaire soit un pourcentage de 10.53% des patientes ayant bénéficié de geste oncoplastique.

Par ailleurs, nous avons réalisé un lambeau glandulaire isolé chez la grande majorité des patientes soit un pourcentage de 87.9%.

TECHNIQUE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
LAMBEAU GLANDULAIRE ISOLE	442	87.9 %
RECENTRAGE DE LA PAM + LAMBEAU GLANDULAIRE	53	10.53 %

TABLEAU XV : Illustrant le type geste d'oncoplastie pour les cas de notre série.

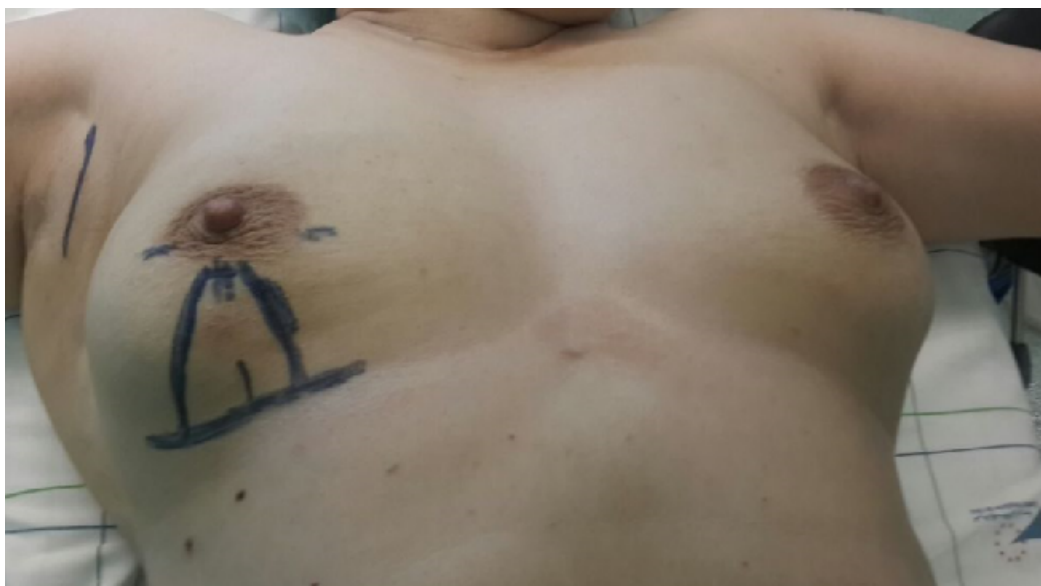


FIGURE 25 : Patiente de 50 ans, tumeur des quadrants inférieurs du sein droit de 34 mm classée BIRADS 5 à la mammographie ; biopsie : carcinome canalaire infiltrant. Tracé préopératoire des incisions cutanées mammaire et axillaire.



FIGURE 26 : Patiente de 68 ans ; tumeur de 2 cm au niveau du QSE du sein droit. Tracé préopératoire.



FIGURE 27 : Aspect postopératoire immédiat.



FIGURE 28 : Aspect postopératoire immédiat.

IV-2-16-1-3 La chirurgie axillaire :

❖ Le curage axillaire complet :

Toutes les patientes ont bénéficié d'un curage axillaire conventionnel sous veineux des 2 premiers étages de Berg. Ce geste étant systématiquement réalisé en cas de cancer infiltrant.

❖ **Le ganglion sentinelle :**

Huit patientes seulement ont bénéficié d'une chirurgie axillaire mini-invasive par la technique de ganglion sentinelle par la méthode isotopique. Le nombre réduit de patientes ayant bénéficié de cette technique s'explique par le manque de disponibilité du produit isotopique nécessaire.

IV-2-16-1-4 la durée d'hospitalisation : La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours avec des extrêmes de 2 à 5 jours.

IV-2-16-1-5 Suites opératoires :

Nous avons eu 3 complications précoces (dans les deux mois postopératoires),

- **Hématome** : retrouvé chez 6 cas de nos patientes soit 1.19%. L'évacuation simple de l'hématome en ambulatoire en a permis la guérison.

- **Lymphocèle** : elle reste la complication la plus fréquente ; elle a été rencontrée chez 76 de nos patientes soit 15.10%. Une seule ponction-drainage en ambulatoire suffit dans la plupart des cas. Une ponction itérative était parfois nécessaire.

- **Infection de la paroi** : retrouvée chez une patiente.

La complication tardive la plus fréquente était le **lymphoedème**. Il a été noté chez 83 cas soit 16.50% de nos patientes. Toutes avaient été adressées pour une prise en charge par le kinésithérapeute.

IV-2-16-2-Résultats anatomopathologiques des pièces opératoires :

IV-2-16-2-1) Le type histologique :

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant avec 430 cas soit un pourcentage de 85.57 %.

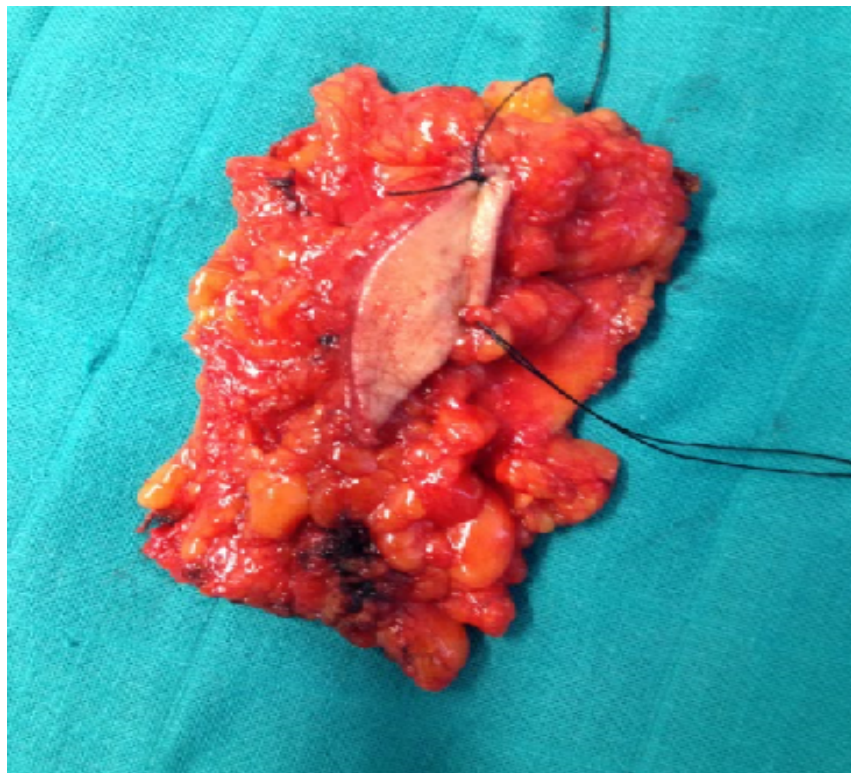


FIGURE 29 : Pièce opératoire de la tumerectomie orientée.

TYPE HISTOLOGIQUE	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
Carcinome canalaire infiltrant	440	87.47 %
Carcinome lobulaire infiltrant	28	5.76 %
Carcinome lobulaire infiltrant avec composante intra lobulaire	14	2.75 %
Carcinomes à petites cellules	8	1.59 %
Carcinomes galactophoriques infiltrants	9	1.78 %
Carcinomes médullaires	1	0.19 %
Carcinomes neuroendocriniens	3	0.59 %

TABLEAU XVI : Illustrant le nombre de cas selon le type histologique

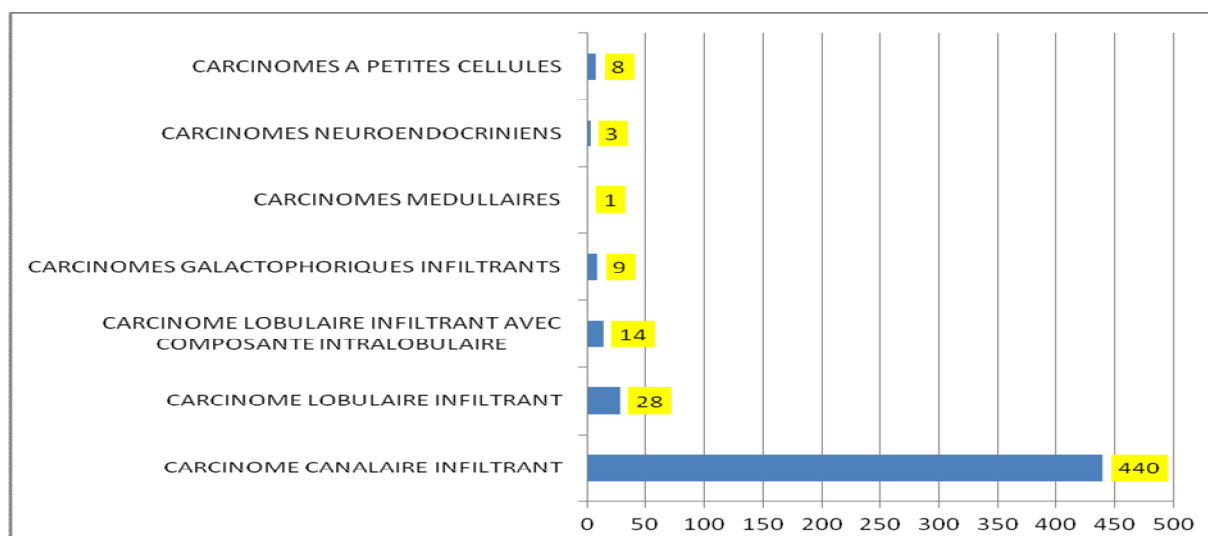


FIGURE 30 : Répartition des cas selon le type histologique.

B- La taille tumorale :

Le tableau suivant résume la taille tumorale histologique moyenne était de 35 mm retrouvée par rapport au plus gros diamètre retrouvé après étude anatomopathologique de la pièce opératoire :

TAILLE DE LA TUMEUR	NOMBRE DES CAS	POURCENTAGE %
<2cm	215	43.34 %
Entre 2 cm et 5 cm	280	55.66 %
NON PRECISE	8	1.59 %

TABLEAU XVII : Illustrant le nombre de cas selon la taille histologique de la tumeur

IV-2-16-2-2) Les limites d'exérèse :

Les limites d'exérèse sont revenues saines et à plus de 5mm dans 499 cas soit 99.2 % alors que les limites étaient tumorales chez 4 cas soit 0.8 %. Toutes ces patientes ont toutes bénéficié d'une mastectomie.

IV-2-16-2-3) le Grade de SCARFF-BLOOM ET RICHARDSON:

Il détermine le degré de différenciation de la tumeur.

SBR	NBRE DE CAS	POURCENTAGE
SBR I	44	8.65 %
SBR II	325	64.42 %
SBR III	92	18.26 %
Non précisé	42	8.26 %

TABLEAU XVIII : Illustrant le nombre de cas selon le grade Scarff-Bloom et Richardson.

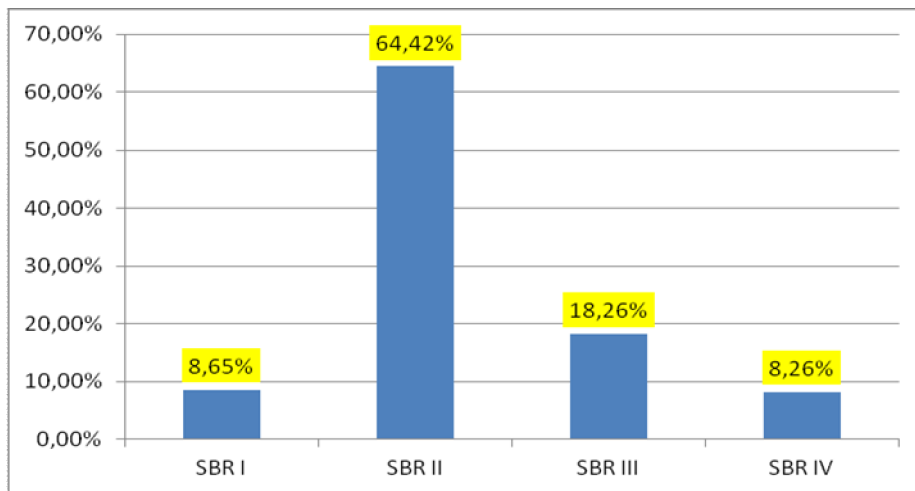


FIGURE 31 : Répartition des cas selon le grade Scarff-Bloom et Richardson.

IV-2-16-2-4) Les embolies vasculaires :

Ils sont trouvés chez 181 patientes soit 37.1% des cas et absents chez 322 cas soit 62.98%.

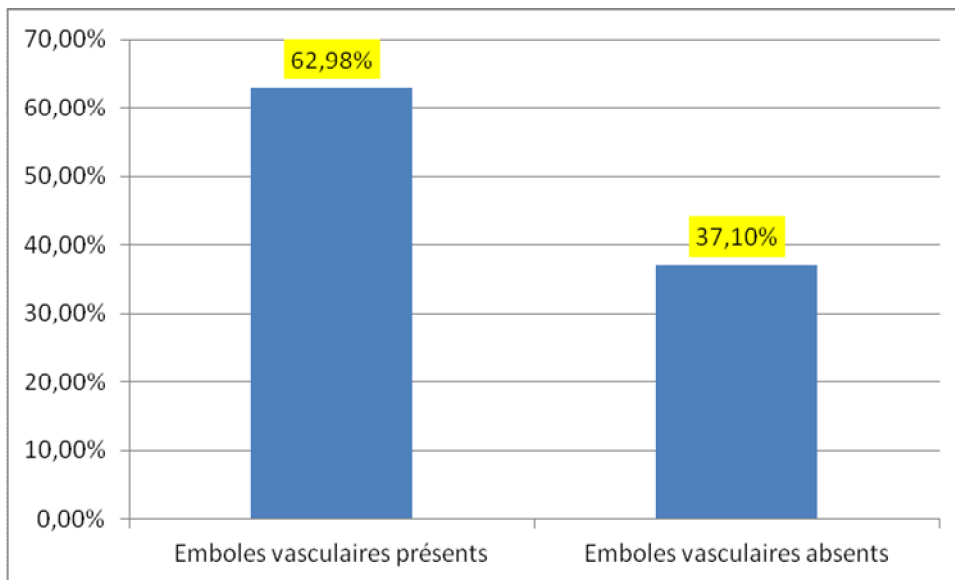


FIGURE 32 : Répartition des cas selon la présence ou absence d’embolies vasculaire.

IV-2-16-2-5) La composante intra-canalalaire :

Elle est observée chez 156 patientes soit 31% des cas alors qu’elle est absente chez 347 cas soit 69 %.

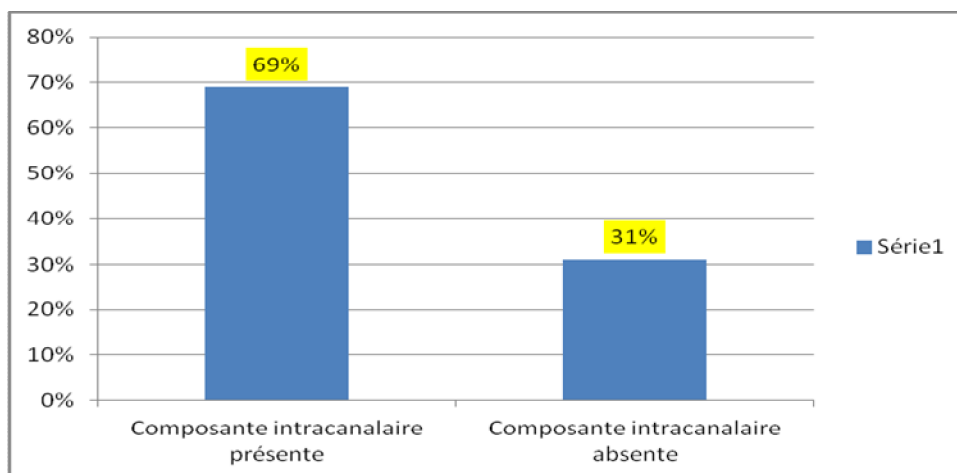


FIGURE 33 : Représentant la présence de la composante intracanalalaire.

IV-2-16-2-6 L’envahissement ganglionnaire :

L’atteinte ganglionnaire n’a pas été retrouvé dans 60.2% des cas soit 303 patientes alors qu’elle était positive dans 39.8% soit 200 patientes et elle a concernée en moyen 7.3 ganglions avec des extrêmes allant de 1 à 18 ganglions. On notera que 35 d’entre eux soit 17,7% ont une effraction capsulaire.

Ganglions envahis	Nombre de cas	Pourcentage
Pas de ganglions	303	60.2 %
Nombre de ganglions <3	118	23.45 %
Nombre de ganglions >3	82	16.35 %

TABLEAU XIX : Illustrant le nombre de cas selon l’envahissement ganglionnaire.

IV-2-16-2-7) les récepteurs hormonaux :

Les récepteurs aux œstrogènes sont :

- Positifs chez 166 cas, soit 32.7% ;
- Négatifs chez 263 cas, soit 52.40% ;
- Non précisés chez 74 cas, soit 14.90%.

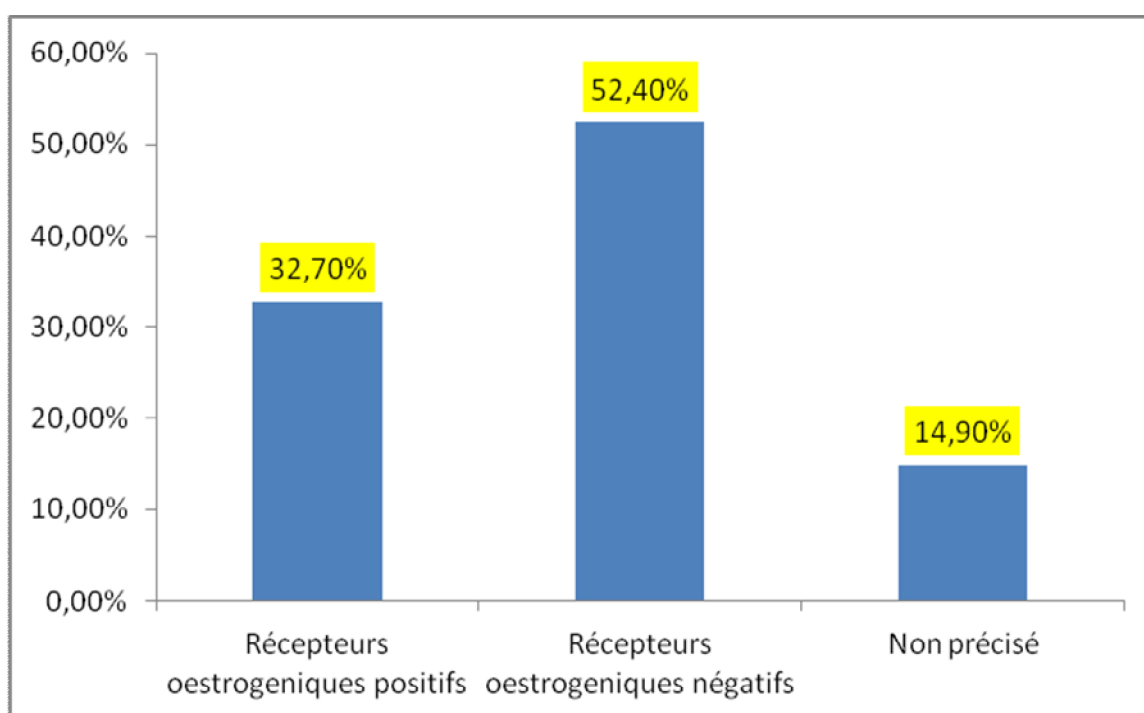


FIGURE 34 Représentant les récepteurs ostrogéniques.

Les récepteurs aux progestérones :

- Positifs chez 331 cas, soit 66% ;
- Négatifs chez 96 cas, soit 19.08% ;
- Non précisés chez 76 cas, soit 14.90%.

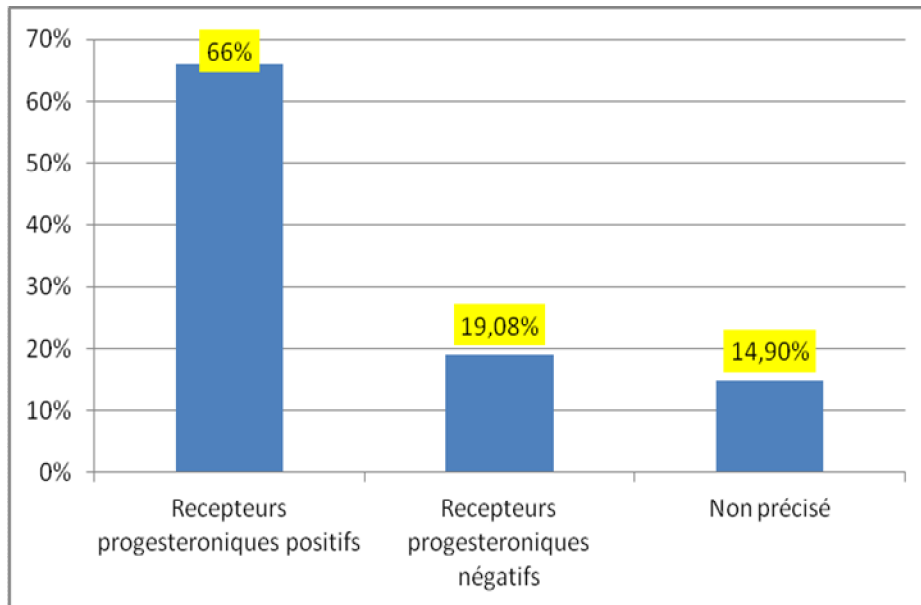


FIGURE 35 : Représentant les récepteurs progesteroniques.

IV-2-16-2-8) L'indice de prolifération Ki 67 :

L'indice de prolifération Ki 67 était précisé chez 334 cas soit 66,4% du total des cas alors qu'il n'a pas été précisé chez 169 cas soit 33.41% du total des cas.

Parmi les cas où le Ki 67 a été précisé nous retrouvons l'indice supérieur ou égal à 10 % dans 23.75 % et inférieur à 10% dans 76.25% des cas.

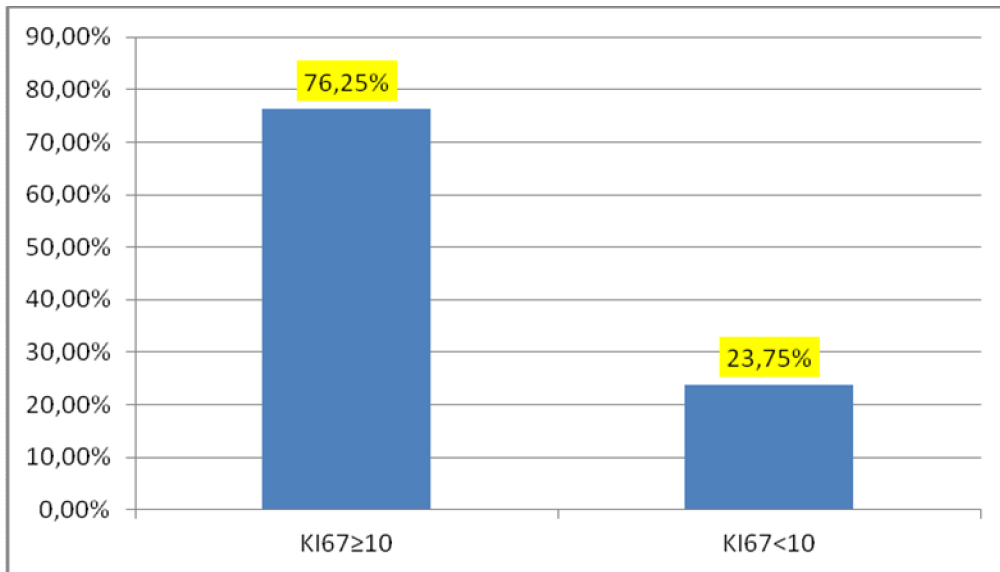


FIGURE 36 : Représentant l'indice de prolifération tumorale.

IV-2-16-2-9) HERCEPT test (HER2) :

Il est positif chez 81 patientes soit 16.10%, négatif chez 321 patientes soit 63.8% alors qu'il n'a pas été réalisé chez 101 patientes, soit 20.07% des cas.

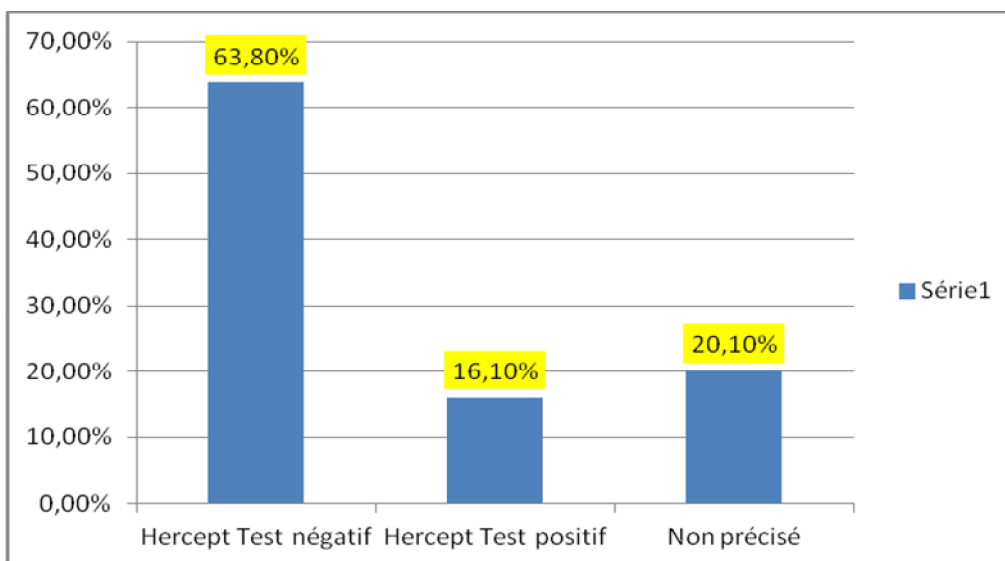


FIGURE 37 : Représentant la positivité de HER2 test.

IV-2-16-3. La radiothérapie:

Une radiothérapie adjuvante sur le sein conservé a été réalisée chez toutes nos patientes à une dose de 42gy en 15 séances avec une surimpression sur le lit tumoral de 11.2gy en 4 séances. L'irradiation des aires ganglionnaires est indiquée chez toutes les femmes avec envahissement ganglionnaire qui était au nombre de 200 patientes.

IV-2-16-4-Chimiothérapie:

Avant la chimiothérapie, les patientes ont bénéficié d'un examen clinique, d'un bilan biologique fait d'un hémogramme, d'une fonction rénale pour évaluer la toxicité de la chimiothérapie et d'une écho-cœur pour évaluer la fraction d'éjection cardiaque chez la malade.

- 169 patientes n'ont pas eu de chimiothérapie soit 33.65%. Ces patientes correspondent au groupe avec comorbidités ayant contre indiqué la chimiothérapie ainsi que le groupe avec faible risque c'est-à-dire avec une tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension, un faible grade de la tumeur avec un score du Bloom et Richardson à 1 et sans envahissement ganglionnaire et avec un faible indice de prolifération.
- 334 patientes ont reçu une chimiothérapie soit 67.06% des cas:

- La chimiothérapie néo-adjuvante est prescrite chez 28 patientes soit 8.38 % des patientes. Le but visé étant de réduire le volume tumoral et rendre la chirurgie conservatrice possible.
- La chimiothérapie adjuvante a intéressé 306 patientes soit un pourcentage de 91.61%.
- Les protocoles réalisés sont :
 - Trois cures d'ANTRACYCLINE + C60 et trois cures de DOCETAXEL soit un total de six cures qui ont été utilisées chez 270 cas soit 96.8% ;
 - Le reste des cas ont bénéficié de 6 cures de FEC 100 (F : 5Fluorouracil, E : Epirubicine, C : Cyclophosphamide).

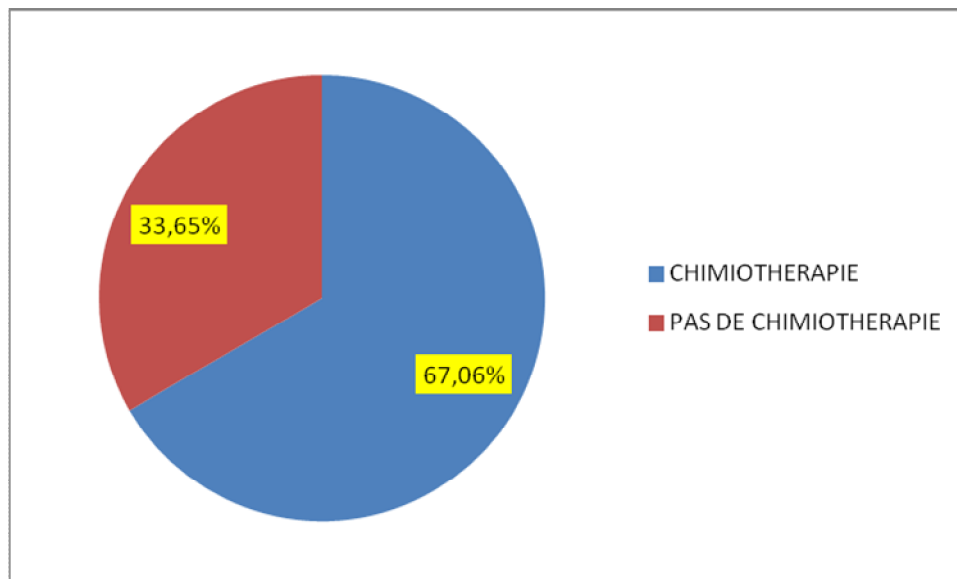


FIGURE 38 : Répartition des cas selon la prise de chimiothérapie

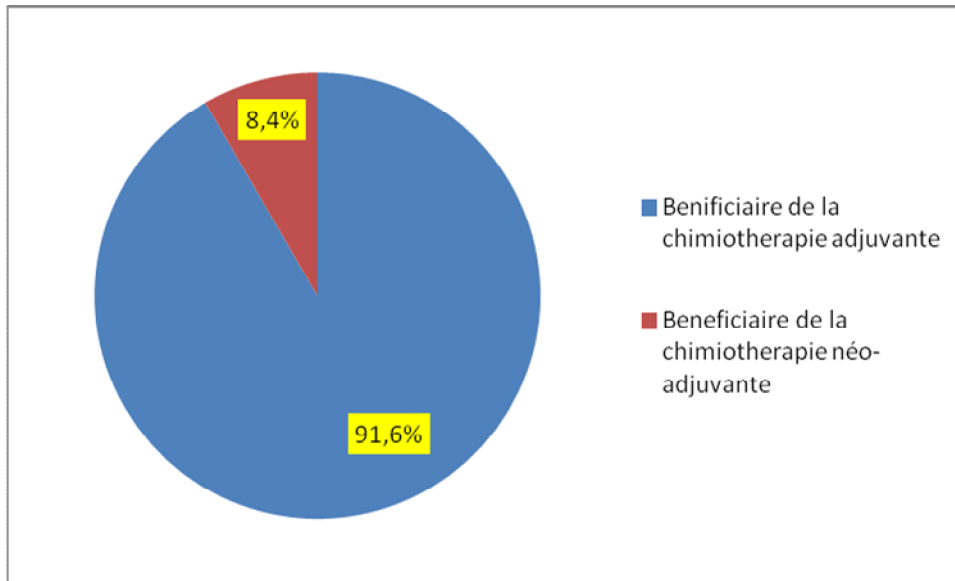


FIGURE 39 : Répartition Des cas bénéficiaires de chimiothérapie Adjudante Et Neoadjuvant.

IV-2-16-5. HORMONOTHERAPIE:

Dans notre pratique actuelle, la recherche des récepteurs hormonaux dans les pièces opératoires est systématique. L'hormonothérapie est prescrite chez toute patiente RH positif.

Dans notre série 328 patientes 65.38 % ont reçu une hormonothérapie à base de TAMOXIFENE 20 mg/jour pendant 5 ans.

IV-2-16-6- THERAPIE CIBLEE:

Seulement 58 nos patientes ont reçu un traitement par le TRASTIZUMAB celui-ci a été prescrit pour toutes les patientes avec HER positif. Le reste n'ayant pas reçu par manque de moyens ou par abondance de traitement.

IV-3-Evolution

Dans notre étude qui couvre une période de quatre ans environ, allant d'avril 2013 à décembre 2016, le total de patientes ayant reçu un traitement conservateur radio chirurgical pour carcinome mammaire est de 503 patientes dont 5 cas soit 1.20% ont été perdues de vue dès la fin du traitement et ne sont pas présentées aux consultations post thérapeutiques. Aucun décès n'a été retrouvé dans l'exploration de notre base de données exploitée.

Les 503 patientes ont bouclé leur traitement radio-chimiothérapie :

- 05 cas ont été perdues de vue à la fin de traitement.
- 498 cas ont été suivis régulièrement en consultation, soit pour des cures de chimiothérapie, soit pour un contrôle clinique et paraclinique .

IV-4-Récidives locales:

Une récurrence locale a été confirmée chez 58 patientes, soit 11.41%.

	Nombre de cas	Pourcentage
Récidive	58	11.41 %
Pas de récurrence	445	88.6 %
Total	503	100 %

Tableau XX : Illustrant le nombre de cas selon la récurrence locale

IV-4-1 Délai de récurrence :

Le délai moyen de récurrence chez nos patientes ayant bénéficié d'un traitement complet radio chirurgical pour carcinome mammaire est de 11 mois (4-12 mois).

IV-4-2 : Traitement chirurgicale :

Toutes les patientes ayant récidivé ont bénéficié d'une chirurgie radicale type Patey.

IV-4- 3 : Type histologique

Le type histologique retrouvé à l'examen anatomopathologique des pièces opératoires de mastectomies est resté identique par rapport au type initialement retrouvé chez toutes les patientes ayant récidivé.

IV-5-Métastases à distance :

Cinq patientes ont présenté des métastases à distance :

- au niveau osseux et hépatique dans trois cas.
- au niveau osseux seulement dans deux cas.

La moyenne de délais de rechute métastatique est de 13.2 mois

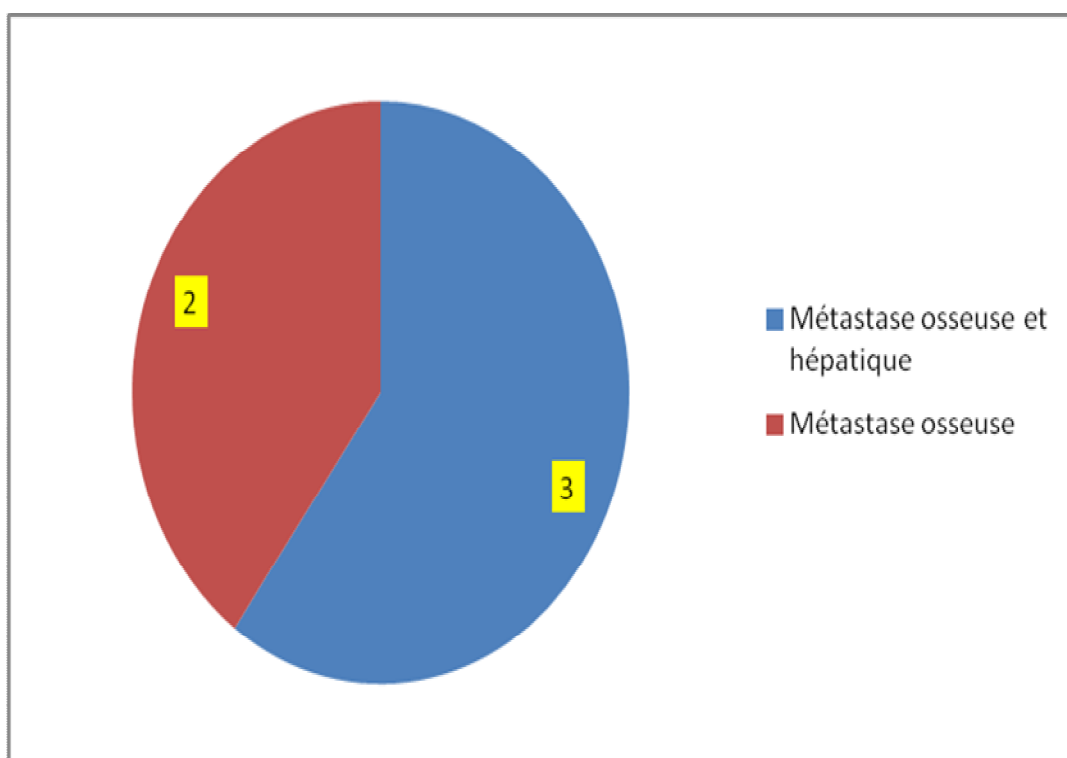


Figure 40: Répartition des cas selon la localisation de métastase.

IV-6-Résultats esthétiques :

Dans notre série, le résultat esthétique a été jugé satisfaisant dans la totalité des cas .Aucune ré intervention n'a été nécessaire pour mauvais résultat esthétique.



Figure 41: Résultat esthétique à distance après 9 mois d'une patiente du pole gynéco-mammaire.

IV-7-Etude des facteurs pronostiques de récurrence locale :

VARIABLE	UNIVARIE		
	RR	IC	P
AGE <35 ≥35	1 0.87	[0.29-2.566]	0.81
Délai d'attente ≥3 mois <3 mois	1 0.81	[0.66-3.79]	0.9
ATCD familiale non Oui	1 0.64	[0.251-1.67]	0.37
Ménopause Non Oui	1 0.98	[0.36-2.65]	0.79
Type histologique CCI CLI Autre	0.56 1 0.41	[0.06-4.65] [0.04-3.9]	0.56 0.44
GRADE SBR I II III	1 4.1 7.13	[0.91-1.8] [0.0011-0.2]	0.05 0.04
Taille ≥3 cm <3 cm	4.3 0,5	[0,33-0,76]	0,03
CIC Oui Non	4,8 1	[3,3– 6,9]	0,01

EMBOLES VASCULAIRES Oui Non	0.37 1	[0.31-2.8]	0.9
Envahissement GG négatif Positif	1 1.2	[0.5-0.97]	0.26
RECEPTEURS HORMONAUX Positive Négative	0.51 1	[0.13-2.53]	0.41
HER 2 Positive Négative	0.42 1	[0.29-2.6]	0.83
Traitements complémentaires Oui Non	0.51 1	[0.1-2.54]	0.41
Limites d'exérèse chirurgicale SAINE PATHOLOGIQUE	1 0.64	[0.291-1.76]	0.49

TABLEAU XXI : Relation des différents paramètres avec la récurrence (analyse Mono variable).

L'analyse multifactorielle de COX de notre série a mis en évidence que les paramètres associés à la récurrence locale sont :

- ✓ La taille de la tumeur ≥ 3 cm;
- ✓ La composante intracanalair ;
- ✓ Le grade SBR II ET III.



Discussion



V-1/ Profil épidémiologique :

V-1-1) Incidence:

Au Maroc, avant 1999, le cancer du sein occupait la 2^{ème} place après le cancer du col utérin quelle que soit la source du matériel d'étude, qu'ils s'agissait de dossiers cliniques gynécologique (Firkatoune, Koutaibi) ou de Centres Anticancéreux (Berrada, Tazi)[47-1]. En Tunisie, il y a eu une augmentation de 100% de l'incidence de ce cancer entre 1994 (16/100 000) et 2006 (31.84/100 000) [47-2]. De plus, seulement 32.3% des cancer du sein sont diagnostiqués à un stade local et la taille tumorale moyenne au moment du diagnostic est de 5 cm [47-.2] .

A partir de l'an 2000 le cancer du sein est devenu le premier cancer chez la femme marocaine. Les dernières données statistiques marocaines du cancer du sein sont celles du registre des cancers de la région du grand Casablanca datant de 2012 qui montre une incidence standardisée à la population marocaine de 45.5 cas pour 100 000 femmes soit une fréquence de 35.8 % des cancers de la femme. On note environ 7500 nouveaux cas de cancer du sein par an. De même, selon le registre des cancers de Rabat il y aurait 43,4 nouveaux cas pour 100 000 habitants [48, 49].

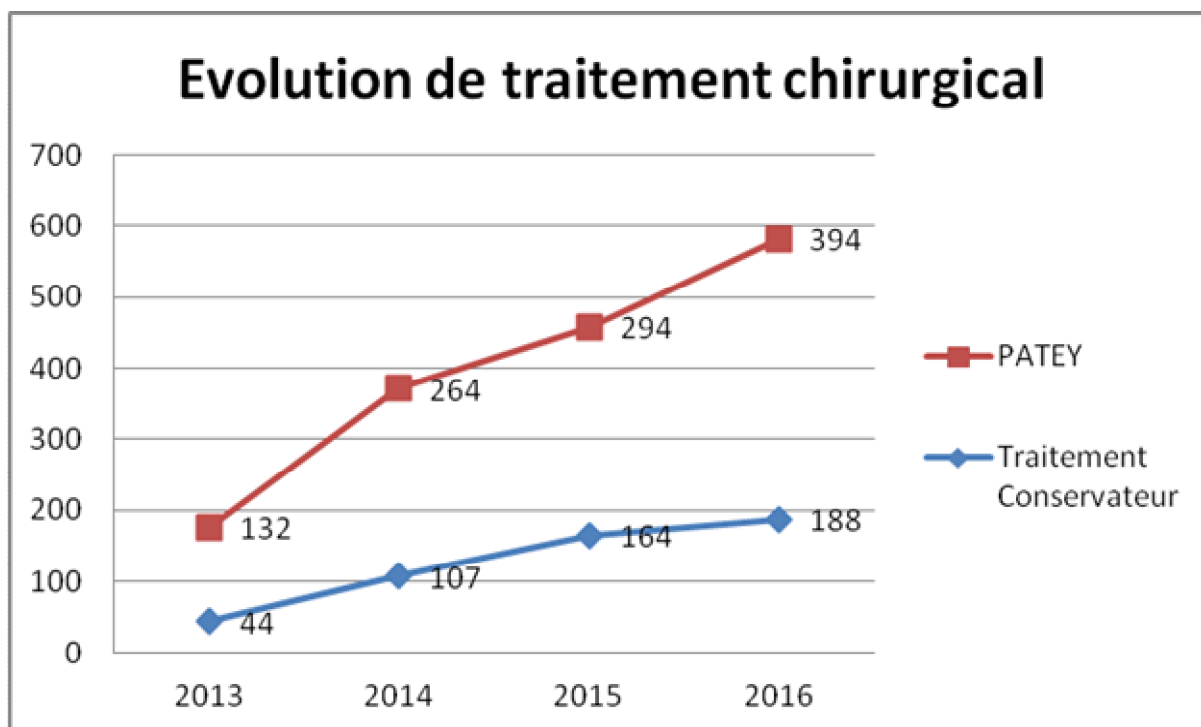
En Tunisie, le cancer du sein représente la première localisation maligne chez la femme. Son incidence a été évaluée par les trois registres du cancer tunisien à environ 17pour 100000 femmes [51].

Dans le monde, la fréquence du cancer du sein est variable selon les pays; Les taux les plus bas sont ceux des pays asiatiques et africains (l'incidence au Japon:

10 pour 100000 habitants) et les plus élevés sont constatés dans les pays occidentaux (l'incidence aux USA est de 83 pour 100000 habitants). [50].

Dans notre série pendant cette période de quatre ans, 503 patientes sont opérées pour cancer du sein, les patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur de première intention représentent 30.22 %, ce taux est légèrement supérieur à la moyenne nationale, et reflète notre souci de proposer ce type de chirurgie chaque fois que cela est possible.

Malheureusement les reprises chirurgicales secondaires sont au nombre de 58 cas ce qui ramène ce taux à 26.74%.



La figure 42 : Evolution du nombre de PATEY versus le nombre de traitement conservateur par année.

V-1-2- Facteurs de risque :

V-1-2-1-Age

L'âge est le premier facteur de risque du cancer du sein. Il est exceptionnel avant 30 ans où il représente 2% de toutes les tumeurs du sein.

Entre 30 et 40 ans, il est en général lié à une forme familiale mais reste rare.

La courbe de probabilité cumulée d'apparition d'un cancer du sein infiltrant en fonction de l'âge s'élève dès 40 ans. [52].

Dans notre série l'âge moyen est de 47.4 ans avec un écart type de 12.4.

La tranche d'âge la plus touchée est celle située entre 44 et 49 ans qui présente 22.6% du nombre total des cas.

V-1-2-2-Facteurs génétiques:

Il est maintenant couramment admis que l'antécédent d'un cancer de sein dans la famille augmente le risque pour chaque apparenté de développer un cancer du sein au cours de sa vie [53].

On estime que 95 % des cancers du sein surviennent de façon sporadique. Les formes familiales, en rapport avec une mutation génétique, sont une minorité et représentent 5 à 10% des cancers du sein et jusqu'à 25 à 40 % des cancers du sein diagnostiqués avant l'âge de 35 ans [54]. La transmission génétique se fait sur un mode autosomique dominant.

L'origine génétique du cancer du sein est fortement suspectée si plusieurs individus d'une même famille en sont atteints sur plusieurs générations, et surtout si la maladie survient avant 40 ans.

Le risque de survenue d'un cancer du sein est de l'ordre de 60 à 80 % pour les individus prédisposés génétiquement, alors qu'il est de 10 % dans la population générale.

La mutation des gènes de réparation de l'ADN, BRCA1 et BRCA2, respectivement sur les chromosomes 17 et 13, est la plus fréquente. Plus rarement, on peut retrouver la mutation des gènes suppresseurs de tumeurs dans le syndrome de Li et Fraumeni et p53 dans la maladie de Cowden .

Le risque de cancer du sein est augmenté d'environ deux fois lorsque la mère ou la sœur est atteinte. Ce risque est encore accru si plusieurs parentes sont touchées et ce d'autant plus que le cancer est survenu à un âge jeune [55].

Dans cette étude, l'interrogatoire a révélé 170 cas d'antécédents familiaux de cancer de sein ce qui représente 33.65% du total des cas alors que 306 patientes n'avaient aucun antécédent soit 61.05% alors que 27 cas n'ont pas été précisés soit 5.28%.

Ce facteur ne semble pas influencer le taux de récurrence, mais notre échantillon est réduit pour pouvoir tester ce facteur. Pour avoir une significativité de facteur l'échantillon doit être composé d'au moins 3000 cas.

V-1-2-3 /Facteurs hormonaux:

Il est actuellement bien établi que l'âge des premières règles, de la ménopause, de la parité et de l'âge à la première grossesse ont une influence sur l'apparition d'un cancer du sein.

Les femmes ayant une vie génitale supérieure à 30 ans présentent des facteurs de risque plus importants que lorsque celle-ci est inférieure à 30 ans. Parmi les femmes ayant eu une ménopause naturelle, le risque encouru par celles ayant été ménopausées après 55 ans est le double de celui encouru par les femmes ménopausées avant 44 ans[56].

Toutefois, ce risque est apparu légèrement mais significativement augmenté (risque relatif : 1,72) chez les femmes qui avaient utilisé la contraception orale pendant au moins quatre ans avant la première grossesse à terme. [56.57]

Dans notre série l'âge de la ménopause était compris entre 42 et 63 ans avec une moyenne de 49,89 ans, le nombre de femmes ménopausées représentaient 38.46% des cas. Prise à elle seule la ménopause ne semble pas influencer le taux de récurrence.

V-1-2-4-L'allaitement :

Aujourd'hui, l'effet de l'allaitement sur le risque de cancer du sein reste controversé. Cependant, une étude internationale effectuée à partir de 47 études, a rapporté une diminution significative du risque de cancer du sein de plus de 4% pour chaque période d'allaitement de 12 mois [58].

Dans notre série 255 patientes qui ont confirmé avoir allaité aux deux seins leurs enfants soit 49.51%.

V-1-2-5- Facteurs mammaires :

Une importante enquête épidémiologique portant sur 10366 biopsies de lésions bénignes a mis en évidence dès 1985 [58] que certains éléments seulement, notamment l'hyperplasie épithéliale, comportaient un risque de survenue ultérieure de cancer infiltrant.

D'autres auteurs proposent donc de compléter la dénomination classique de maladie ou maladie fibrokystique par un indicateur du risque histologique et adoptent le terme de « maladie proliférante ». [58]

Trois groupes de risques relatifs différents sont constitués d'après les résultats de l'enquête :

- Maladie non proliférante, sans risque accru (70%) ;
- Maladie proliférante sans atypies, risque x 1,5 à 2 (26%) ;
- Maladie proliférante avec atypies, risque x 4 à 5 (4%).

Ces trois groupes de risques sont entérinés lors d'une réunion de consensus du collège des pathologistes américains [40].

L'hyperplasie atypique comporte un risque relatif entre 4 et 5.

Dans notre série, l'hyperplasie atypique a été retrouvée chez 04 patientes qui se sont toutes avérées par la suite sur la pièce anatomopathologique des carcinomes infiltrants.

V-2- Les aspects cliniques :

Selon les recommandations françaises émanant de la Haute Autorité de Santé (HAS) de Janvier 2010 [59], un diagnostic de cancer du sein peut être suspecté : « en dehors de toute expression clinique, dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel devant des éléments cliniques évocateurs, notamment la palpation d'un nodule mammaire, la présence d'un écoulement mamelonnaire, d'une rétraction cutanée ou la découverte d'une adénopathie axillaire ».

Un examen régulier des seins, à des intervalles déterminés, doit être réalisé au cours de la vie d'une femme même en absence de toute anomalie.

V-2-1-Délai de diagnostique :

Nos patientes ont consulté dans un délai moyen de 3,71 mois plus ou moins 3,54mois.

Le délai moyen observé en Tunisie est de 4,5mois. [52]

V-2-2 Circonstances de découverte :

La découverte fortuite à l'autopalpation du nodule est le signe le plus fréquent qui a poussé les patientes à consulter, il représente 447 cas des motifs de consultations, soit 88,88% % des patientes alors que 56 patientes ont présenté une mastodynie soit 11,29%.

Le nombre de patientes ayant été adressées par le biais du dépistage organisé est de 368 soit 73.1 % du nombre total des patientes prise en charge alors que 26.9 % sont des patientes qui ont été adressées directement du secteur privé.

De plus en plus, on assiste à une découverte par mammographie systématique. Cet examen est en effet de plus en plus réalisé devant la présence d'un facteur de risque particulier ou dans le cadre d'une campagne de dépistage collectif ou individuel.

V-2-3-Examen clinique :

V-2-3-1. Inspection Technique :

L'examen se fait sur une patiente en différente position, en face de l'examineur et à jour frisant :

- Patiente debout et penchée en avant
- Bras d'abord pendants puis relevés.

On apprécie le volume, la forme et la symétrie des seins.

On recherche des anomalies du mamelon : ombilication, écoulement spontané, sa couleur et rétraction.

De même on recherche l'existence d'anomalie cutanée comme une rougeur localisée ou généralisée sur toute la glande, un aspect de peau d'orange témoignant du caractère inflammatoire de la tumeur ; une ulcération en regard de la tumeur.

Parfois les anomalies cutanées sont tellement discrètes qu'il faut recourir à des changements de position pour les faire révéler comme une ride ou rétraction.

V-2-3-2 Palpation : Technique :

La palpation doit être réalisée de manière douce, méthodique, les mains chauffées, plaquant le sein contre le grill costal, par des mouvements rotatifs en rayon de roue, quadrant par quadrant, puis les aires ganglionnaires.

L'examen est réalisé de la même manière du côté controlatéral.

Résultat :

❖ La tumeur :

- On apprécie :
 - ✓ Le siège ;
 - ✓ La taille, unique ou multiple ;
 - ✓ La forme, limites, consistance, sensibilité, régularité ;
 - ✓ Adhérences : peau (rides provoquées), pectoral (manœuvre d'abduction contrariée de Tillaux) ;
 - ✓ La pression mamelonnaire à la recherche d'un écoulement provoqué, dont on doit apprécier la couleur et le nombre d'orifices impliqués ; sachant que seul l'écoulement sanglant unilatéral, uni-pore est fortement suspect de malignité.

La taille de la tumeur du sein joue un rôle important tant dans le pronostic avec une valeur plus péjorative qu'elle est plus volumineuse que dans l'indication d'un traitement conservateur.

❖ Les aires ganglionnaires:

L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires doit être systématique, quels que soient les résultats de l'exploration du sein.

En cas d'adénopathies bilatérales, il faut explorer les autres aires ganglionnaires. De même que la taille de la tumeur, l'état ganglionnaire peut contre-indiquer un traitement conservateur du cancer de sein même si la taille de la tumeur le permettait.

Dans notre série, on note que presque 38.36 % de nos patientes avaient une tumeur d'une taille primitive inférieure ou égale à 2 cm T1, tandis que 56.66% avaient une tumeur d'une taille primitive supérieure à 2 cm T2 et 3.37 % des cas une tumeur Inférieure ou égale à 5 cm T3. Alors que dans seulement 1.8 % la taille de la tumeur était non précisée .

On a noté, dans ce cadre, une prédominance au niveau du quadrant supéro-externe (QSE) chez 194 patientes sur 503, soit un taux de 43.75%.

V-3 -Aspect para clinique :

Les procédures d'imagerie diagnostique du cancer du sein prennent leur place après l'examen clinique locorégional. La mammographie couplée à l'échographie mammaire en sont les piliers.

Les autres techniques d'imagerie comme l'imagerie par résonance magnétique IRM n'est indiquée qu'en cas de mauvaise performance des techniques de référence. L'imagerie a ses limites, et devant un tableau clinique suspect de malignité, une imagerie normale ou non contributive ne devrait pas empêcher le recours impératifs à la biopsie de la lésion suspecte cliniquement voire à un examen anatomopathologique extemporané.

V-3-1 La mammographie, échographie :

V-3-1-1 La mammographie :

La mammographie demeure la pierre angulaire pour diagnostiquer les différentes affections de la glande mammaire. Elle sert non seulement à

améliorer le diagnostic en cas d'anomalie clinique, mais elle permet aussi de dépister des cancers de petite taille, non palpables.

Elle est réalisée dans les 10 premiers jours du cycle. La mammographie a une excellente performance dans le diagnostic aussi bien des tumeurs infra cliniques que dans les tumeurs palpables. Ses limites sont bien connues. Ce sont les seins denses : seulement 10% sont difficilement interprétables ; les localisations extrêmes en bordure de la glande ou dans les régions peu accessibles au mammographe.

Elle est peu utile dans les seins gras des patientes anciennement ménopausées. Alors que chez la jeune fille, l'échographie prend toute sa place vue la densité des seins. [60]

La mammographie a été réalisée chez toutes nos patientes.

V-3-1-1-A Technique :

La technique mammographique doit tendre à la perfection. En général, deux incidences sont réalisées : Crânio-caudale (incidence de face) et oblique. Les clichés centrés, les agrandissements et éventuellement une galactographie à la recherche d'un cancer, doivent être réalisés devant toute situation anormale insuffisamment explorée par les incidences standards [60]. La grossesse n'est pas une contre indication en cas de doute clinique ; la mammographie peut être réalisée avec une protection plombée sur l'abdomen afin d'éviter l'irradiation du fœtus.

V-3-1-1-B : Sémiologie typique :

• **Opacité stellaire** : à centre dense, opaque souvent plus petite que la masse palpable, les prolongements spéculaires traduisant des phénomènes de

fibrose péri-canalair au sein de laquelle peuvent exister d'autres cellules tumorales.

- **Les micro calcifications :** isolées ou associées à une opacité, elles sont le triomphe de la mammographie qui est le seul examen capable de les détecter avec régularité.

- **Signes d'accompagnement :** ils peuvent se présenter sous forme d'un tractus fibreux traversant le tissu graisseux sous-cutané et d'une rétraction cutanée se traduisant par un rétrécissement pariétal correspondant souvent à une infiltration de la peau par le phénomène tumoral.

V-3-1-1-C : Sémiologie atypique :

- **Opacité ronde :** traduisant un carcinome colloïde, mucineux ou médullaire [60].

- **Distorsion architecturale :** se caractérisant par une perte de l'homogénéité de l'architecture glandulaire avec un aspect de torsion du tissu (dans 2/3 des cas, ce sont des carcinomes canalaire; rarement des cancers de type lobulaire ou tubuleux).

- **Gradient de densité :** difficile à étiqueter, il est l'apanage des cancers lobulaires.

Le rôle de mammographie est essentiel dans l'approche chirurgicale conservatrice ou radicale par l'appréciation de l'étendue des images tumorales ou des micro-calcifications. La codification du risque radiologique de carcinome est appréciée selon la classification de BI-RADS l'ACR (American College of Radiology) [61]. Cette classification comporte six catégories (ANNEXE 3).

V-3-1-2 Echographie :

L'échographie est complémentaire de la mammographie.

C'est un examen de deuxième intention utilisé en complément de la mammographie. Elle utilise les sondes de haute fréquence (7,5 à 13 MHz). Elle est particulièrement utile pour l'exploration des seins denses de la femme jeune (où elle peut être utilisée de première intention avant 25 ans) comme chez la femme âgée aux seins fibreux [60].

Son atout majeur est la différenciation entre solide et liquide. Ses limites sont les micro-calcifications le plus souvent indétectables du fait de leur taille et des seins gras. Elle peut, en plus guider le geste cytologique ou micro-biopsique de façon plus aisée et plus rapide que la stéréotaxie radiologique.

Ses performances dépendent étroitement de l'opérateur [49]; en revanche, la spécificité est plus constante autour de 90%.

Elle a été réalisée chez toutes nos patientes.

V-3-1-2-A Sémiologie typique :

•Echogénicité : les lésions sont hypoéchogènes (d'autant plus que le contenu tumoral sera cellulaire) et plus ou moins hétérogènes, en fonction de la teneur de la tumeur en fibres absorbant les ultrasons et donnant un cône d'ombre caractéristique.

•Contours : le plus souvent ils sont flous, irréguliers, faisant saillie dans le tissu gras et reproduisant en négatif l'image stellaire mammographique.

Taille : la lésion tumorale est souvent plus petite que la taille clinique et l'image mammographique et se caractérise par une verticalité supérieure à la taille horizontale.

V-3-1-2-B : Sémiologie atypique :

Ce sont les lésions donnant un aspect piège de tumeurs bénignes évoquant de façon trompeuse des kystes ou des adénopathies ; les tumeurs très cellulaires des femmes jeunes ou les carcinomes colloïdes.

V-3-1-3 -L'imagerie par résonance magnétique IRM :

De par sa grande sensibilité supérieure à celle de la mammographie et de l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique s'est imposée comme l'examen indispensable dans le diagnostic et dans le bilan d'extension locale du cancer du sein.

Les indications de l'IRM mammaire avec des avantages potentiels sont (recommandations de la HAS de 2011):

- Patientes à haut risque de cancer du sein.
- Patiente avec une discordance entre la clinique, la mammographie et l'échographie.
- Patiente de moins de 40 ans .
- Pas de place pour le sein inflammatoire ou métastatique sauf pour évaluer le sein controlatéral.

- En cas d'ATCD personnel ou de plusieurs ATCD familiaux de cancer du sein
- En cas de forme lobulaire infiltrant (difficulté diagnostique plus importante et plus grande fréquence de multifocalité)
- En cas de choix thérapeutiques difficiles (chirurgie oncoplastique, traitement conservateur ou mastectomie, traitement néo-adjuvant)
- En cas de discordance entre la clinique et l'imagerie standard

V-3-2- Examens cytologiques et histologiques:

Toutes les lésions mammaires suspectes doivent bénéficier d'un prélèvement pour études anatomopathologiques afin de confirmer ou infirmer la malignité. Plusieurs types de prélèvement sont décrits

***La cytoponction :**

L'analyse des données de littérature fait ressortir l'extrême variabilité des résultats et la difficulté à la comparer. Celle-ci est liée à la grande variabilité des modes de pratique de la cytologie mammaire, mais aussi à la variabilité des études statistique. [61.62]

Les résultats sont dans l'ensemble les suivantes dans l'étude multi-institutionnelle de Zarbo [45] :

- Taux de prélèvement non satisfaisants : 1,7 à 35% ;
- Sensibilité : 66 à 100% ;

- Spécificité : 82 à 99% ;
- Faux positifs : 0,3 à 1,6% ;
- Faux négatifs : 2 à 18 %.

Dans notre série, il faut souligner que 32 patientes avaient bénéficié de la cytoponction soit 6.36% ; toutes réalisées au niveau de l'établissement de santé de second niveau et toutes complétées systématiquement par une microbiopsie.

❖ **La micro biopsie :**

Pour les lésions non kystiques, les micro-biopsies sont préférables à la cytoponction car elles ramènent une carotte plus riche en cellules et permettent une évaluation de l'infiltration de la lésion.

Le prélèvement consiste à recueillir, à l'aide d'une aiguille de gros calibre généralement de 14 Gauges, une carotte tissulaire qui sera technique secondairement. L'utilisation d'un pistolet automatique à débattement rapide est une garantie pour un recueil efficace. Trois prélèvements sont généralement réalisés.

Dans ces conditions, la sensibilité et la spécificité pour la détection des cancers sont de l'ordre de 98 %. Cette technique permet d'éviter un grand nombre de biopsie chirurgicale. [63].

La microbiopsie peut être réalisé par écho guidage, le choix de l'échographie est lié à la plus grande rapidité du geste si la lésion est facilement repérable, à l'absence de rayons X et au plus grand confort de la patiente en décubitus dorsal.

Les limites de cette technique sont: un sein volumineux essentiellement graisseux et la recherche d'une petite opacité est extrêmement difficile. Par ailleurs, les lésions profondes proches du plan pectoral doivent être biopsié avec un abord latéral.

Une étude, publiée en 2001, a permis de combiner le repérage par l'IRM avec la microbiopsie. Ainsi une microbiopsie guidée par IRM a été réalisée chez 80 patientes avec 87 lésions dont 86/87 des actes interventionnels ont été accomplis avec succès. Les diagnostics des micro biopsies malignes (14 cancers invasifs et 8 cancers in situ) ont été vérifiés par chirurgie, les diagnostics bénins (11 tumeurs bénignes, 6 granulomes inflammatoires et 47 lésions fibrokystique) ont été vérifiés par IRM avec utilisation de contraste après l'intervention et par examens de contrôle (n = 55) 6 à 12 mois après l'intervention. [64]

Donc selon cette expérience, la microbiopsie guidée par IRM est une méthode très fiable qui assure un diagnostic même pour des lésions de petite taille (< 5 mm). Aucune de nos patientes n'a bénéficié de ce type de biopsie guidée par IRM au cours des investigations.



Figure 43: Trucut.

❖ **Macro biopsie:**

La macrobiopsie est une technique de prélèvement qui permet d'enlever une carotte 10 fois plus volumineuse que celle obtenue par microbiopsie.

Cette technique :

- Nécessite une anesthésie locale sans hospitalisation;
- Réalisée sur une table spéciale par un Mamotome[64] ;
- Faite sous "stéréotaxie" pour les tumeurs infra cliniques, c'est-à-dire que le radiologue réalise en même temps une mammographie qui guide le prélèvement.

Après la macrobiopsie, la femme retourne chez elle sans surveillance particulière. Cette technique déborde sur le volet thérapeutique et certaines équipes adoptent cette technique pour le traitement des lésions infra cliniques. [62].

❖ **Biopsie chirurgicale:**

La biopsie chirurgicale à visée diagnostique est à bannir. Elle s'est révélée être un facteur important de mauvais pronostic en terme de survie et de métastases à distance. [47]

Lorsqu'elle est réalisée dans le cadre d'un examen extemporané elle doit être le premier temps du traitement conservateur et respecter les exigences en termes de marges et résultat esthétique.

Dans notre étude, une confirmation histologique préalable à la chirurgie a été réalisée par :

- * Microbiopsie au trucut chez 436 patientes soit 95.42% ;
- * Microbiopsie avec repérage échographique chez 27 cas soit 5.36% ;
- * Biopsie au HARPON chez 7 patientes soit 1.39% ;
- * Examen extemporané chez 10 patientes soit 2.98%.

IV- LE BILAN D'EXTENSION:

En cas de carcinome infiltrant [65] : le bilan d'extension, selon les recommandations de la NCCN GUIDELINE VERSION 2013 sera réalisé après chirurgie, sauf en cas de cancers inflammatoires (T4d), de cancers localement avancés, ou d'atteinte ganglionnaire avec cytologie positive.

Ce bilan comporte :

- La scintigraphie osseuse qui peut montrer des images d'hypofixation.
- L'échographie hépatique à la recherche de lésions focales.
- La radiographie thoracique standard dans le but de mettre en évidence une lésion médiastinale, pulmonaire, pleurale ou pariétale.

Ces examens sont de première intention pour mettre en évidence une éventuelle dissémination métastatique [66].

Une TDM thoracoabdominale et scintigraphie osseuse ; TEP-TDM au FDG peuvent aussi être indiquées.

Dans notre série, nous avons trouvé chez une seule patiente une métastase osseuse à la scintigraphie.

-Le dépistage biologique ne peut se faire que si le marqueur permet de détecter la maladie à un stade curable chez les sujets asymptomatiques. Ce n'est pas le cas du CA15-3 qui n'est élevé que dans 30% des cas au moment du diagnostic, et ne peut en aucun cas être utilisé dans le cadre du dépistage.

Le taux de CA 15-3 avant tout traitement constitue une valeur de référence indispensable si l'on souhaite réaliser un suivi ultérieur. Ainsi le taux initial de

CA 15-3 est un facteur pronostique reconnu : le risque de métastase ultérieure est de 67% chez les patientes présentant un taux initial supérieur à 40 k μ /L.

Une valeur initiale supérieure à 50 k μ /L doit faire rechercher une éventuelle dissémination. [67].

Dans notre série, on a réalisé un bilan d'extension, une radiographie pulmonaire, une échographie hépatique et scintigraphie osseuse pour toutes les patientes recensées afin de pouvoir réaliser pour elles un traitement conservateur en toute sécurité.

Les femmes n'ayant pas de confirmation pré chirurgicale ont eu uniquement une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique.

Dans notre série un dosage du marqueur biologique CA15-3 est demandé pour toutes les patientes permettant ainsi une surveillance post thérapeutique.

V-4- Traitement :

Le traitement du cancer du sein est adapté à chaque cas et décidé dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire entre chirurgien, anatomopathologiste, radiologue, radiothérapeute et oncologue médical.

La chirurgie reste le traitement de base. Elle associe a un traitement adjuvant locorégional par radiothérapie et un traitement systémique par chimiothérapie, hormonothérapie et thérapie ciblée dans le but d'obtenir la plus grande probabilité de guérison ou la plus longue survie sans rechute, avec un préjudice fonctionnel esthétique, une qualité de vie et un cout financier le plus réduit possible.

V-4-1 / Buts :

Le traitement du cancer du sein vise à obtenir une grande probabilité de guérison ou la plus longue survie sans rechute, avec un résultat esthétique satisfaisant et une qualité de vie à un cout financier le plus réduit possible.

Ainsi il aura pour but [68] :

- Un contrôle locorégional pour éviter les rechutes au niveau du sein, de la paroi ou au niveau des territoires lymphatiques.
- Un contrôle de la maladie générale pour éviter les rechutes métastatiques.
- Un contrôle des résultats fonctionnels et esthétiques.
- Un contrôle des effets secondaires des traitements proposés pour permettre une réinsertion de qualité.

V-4-2) Traitement conservateur:

Le traitement conservateur associe une exérèse de la tumeur et le traitement des adénopathies axillaires [69]. L'exérèse glandulaire est assurée par la tumorectomie, ou la quadrantectomie si le cône mamelonnaire est inclus dans la pièce de résection [70-71].

Ce traitement est actuellement le traitement de référence des cancers du sein T1 et T2 de petite taille non inflammatoire, associé au curage axillaire homolatéral. On assiste actuellement à une extension des indications du traitement conservateur, rendu possible par plusieurs progrès majeurs: le dépistage précoce des lésions infra clinique et l'apport du traitement néo adjuvant (chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie) [68].

Par ailleurs le traitement conservateur peut intéresser des tailles tumorales arrivant jusqu'à 5cm et ceux-ci sous réserve d'un résultat esthétique satisfaisant, ce qui sous entend que le rapport taille de la tumeur par rapport à la taille du sein est important pour la décision [72].

Le site opératoire doit être systématiquement remodelé pour limiter le risque de séquelles esthétiques. La mise en place de clips non résorbables dans la zone d'exérèse est encouragée par les radiothérapeutes, permettant d'aider le centrage pour complément de dose [72].

Dans notre série, les indications du traitement conservateur étaient principalement liées aux facteurs suivants :

- La taille tumorale par rapport à la taille du sein ;
- L'obtention d'un résultat carcinologique ;
- L'obtention d'un résultat esthétique satisfaisant.

V-4-3/ Le traitement des aires ganglionnaires :

Un curage axillaire permet de réduire le risque de récurrence de la maladie mais aussi de préciser si la maladie progresse au-delà du sein et donc de contribuer au choix des traitements complémentaires à la chirurgie. Le traitement des aires ganglionnaires peut être de 2 types :

- **Curage axillaire complet:** comporte l'exérèse du groupe ganglionnaire mammaire externe, scapulaire inférieur, central et sous-claviculaire (3 étages de BERG). Ce curage de principe a été abandonné, mais un curage de nécessité en cas de ganglions envahis impliquant les trois étages reste de mise [73].

- Curage axillaire limité ou classique: il comporte l'exérèse des ganglions mammaires externes, scapulaire inférieur et central jusqu'au contact de la veine axillaire (1er et 2ème étage de BERG) c'est le curage standard actuel.

En effet, de nouvelles approches thérapeutiques permettent d'étendre le concept du traitement conservateur même pour la chirurgie des ganglions par la recherche du ganglion sentinelle, qui a été développée pour éviter un curage inutile sur le plan thérapeutique à des patientes ne présentant aucun envahissement axillaire, tout en ne méconnaissant pas leur statut ganglionnaire.

-La technique du ganglion sentinelle (GS) [72] :

Le ganglion sentinelle est défini comme le premier relais ganglionnaire dans lequel se draine les tumeurs primitives. L'utilisation de traceurs objectivant ce drainage préférentiel couplée à une chirurgie de prélèvement sélectif du ou des relais ainsi détectés, définit la technique dite « ganglion sentinelle ».

Dans notre série, 495 patientes ont bénéficié d'un curage ganglionnaire classique et uniquement huit patientes ont bénéficié de la technique du ganglion sentinelle par faute de moyens techniques dans la plupart des cas.

V-4-4/Traitements néo adjuvants et adjuvants

V-4-4-1/ La radiothérapie (RTH):

Elle réduit la mortalité de ce cancer, mais exige une technique irréprochable afin de réduire l'irradiation des tissus sains pouvant entraîner une surmortalité par pathologie cardio-vasculaire [75].

On distingue :

- La radiothérapie postopératoire : elle diminue significativement le risque de récurrence locale, en cas de chirurgie conservatrice ;
- La radiothérapie préopératoire, elle a pour but de diminuer la masse tumorale ;
- La radiothérapie exclusive en cas de malade inopérable

L'irradiation des chaînes ganglionnaires (axillaire, sus claviculaire et mammaire interne), est en fonction de la localisation de la tumeur et du résultat de l'examen anatomo-pathologique des ganglions. La radiothérapie représente une composante essentielle du traitement du cancer du sein. Elle a pour but essentiel le contrôle local de la tumeur quelle que soit la chirurgie initiale [76]. Dans sa pratique, il n'existe pas de particularités dépendant de l'âge des patientes.

La technique de radiothérapie [77-78-79] comporte:

– Une irradiation de base de l'ensemble du sein et des aires ganglionnaires axillaires, sus-claviculaire et mammaire interne, délivrant ainsi 45 à 55 Gy en fractionnement classique soit 2 Gy par séance et 5 séances par semaine et ceci durant 5 semaines de suite [72].

Dans notre série, une radiothérapie sur le sein conservé est réalisée pour toutes les patientes en hypo fractionné (2.8gy/séance). L'irradiation des aires ganglionnaires est indiquée chez toutes les femmes avec envahissement ganglionnaire.

V-4-4-2 Curiethérapie interstitielle:

Elle est réalisée sous anesthésie générale par fils d'iridium 192 dans le lit tumoral, soit après irradiation de base, soit en per-opératoire au moment de la tumorectomie [72-78].

Le principe est de délivrer la dose de radiation au sein malade par voie régionale en seulement 5 jours par opposition à la radiothérapie standard de 5 semaines. Toutefois l'efficacité de ce mode de traitement n'est pas encore prouvée malgré l'homologation par la FDA américaine en 2002.

Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié d'une curiethérapie.

V-4-4-3 La chimiothérapie :

Le but de la chimiothérapie dans le cancer du sein est essentiellement de réduire le risque de récurrence métastatique en complément du contrôle local assuré par la chirurgie et la radiothérapie. Ce traitement va également avoir un impact sur la prévention de la récurrence locale [79].

Nous distinguons ainsi deux types de chimiothérapie: la chimiothérapie Néoadjuvant et la chimiothérapie adjuvante.

Dans notre étude 334 patientes ont reçu une chimiothérapie, soit 67.06% alors que les 169 patientes n'ont pas reçu de chimiothérapie soit 33.65%.

V- 4-4-3-1 La chimiothérapie (CTH) néo adjuvante :

La chimiothérapie néo adjuvante ou préopératoire consiste à administrer un traitement cytotoxique avant la prise en charge locorégionale de la tumeur en cas de tumeur avancée ou inflammatoire. Dans le cas des stades précoces T2

avec une tumeur avoisinant les 5 cm et un volume modéré du sein, la chimiothérapie néo adjuvante permet de diminuer la taille tumorale et rendre possible une chirurgie conservatrice avec respect des principes carcinologique et esthétique..

L'essai randomisé de l'Institut Curie a montré que : les taux de conservation mammaire sont respectivement de 77% pour la chimiothérapie adjuvante et de 82 % pour une chimiothérapie néo adjuvante. Cet essai montre une tendance à une meilleure survie dans le bras chimiothérapie première [79].

Cependant il n'existe pas de protocole de chimiothérapie néo adjuvante de référence compte tenu de l'extrême variabilité des sous types biologiques et le bénéfice sur la survie par rapport à la chimiothérapie adjuvante n'est pas démontré.

Dans notre série, la chimiothérapie néo-adjuvante est prescrite chez 28 patientes soit 8.38 % des patientes ayant reçu une chimiothérapie afin de réduire le volume tumoral et rendre la chirurgie conservatrice plus accessible.

V-4-4-3-2 Chimiothérapie adjuvante :

Réalisée après traitement chirurgicale, le nombre de cures est de 4 à 6 espacées généralement de 3 semaines.

Les avantages des chimiothérapies adjuvantes par rapport au traitement chirurgical sans chimiothérapie sont :

- ✓ Une réduction significative de la mortalité ;
- ✓ Un taux de récurrence moindre [80].

La chimiothérapie améliore le taux de survie globale, à 10 ans, des patientes dont le pronostic est obéré par un envahissement ganglionnaire. Le gain de survie est de l'ordre de 6 à 7 % avant la ménopause. On peut, donc, admettre aujourd'hui que la chimiothérapie adjuvante est efficace pour la prévention de la récurrence locale et surtout métastatique chez toute patiente atteinte de cancer du sein, quel que soit le stade [81].

Dans notre série, la chimiothérapie adjuvante est indiquée pour toutes les patientes à haut risque en absence des contre indications. Seules 169 patientes n'ont pas eu de chimiothérapie soit 33.65%. Ces patientes correspondent au groupe avec des comorbidités ayant contre indiqué la chimiothérapie ainsi que le groupe avec faible risque c'est-à-dire avec une tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension, un faible grade de la tumeur avec un score du Bloom et Richardson à 1 et sans envahissement ganglionnaire et avec un faible indice de prolifération Alors que 334 patientes ont reçu une chimiothérapie soit 67.06%.

Concernant les protocoles utilisés en chimiothérapie, sur les données de littératures [81] nous pouvons noter qu'il y a deux molécules administrées selon des protocoles que nous nommons EC et FEC.

-Le sigle E correspond à l'épirubicine (Farmarubicine®), un médicament de la famille chimique des anthracyclines (produit de couleur rouge, connu des patientes pour entraîner la chute des cheveux).

-Le sigle C correspond à un produit nommé cyclophosphamide (Endoxan®).

-Les protocoles de type FEC, plus anciens que les protocoles EC, comportent une troisième molécule dont l'utilité réelle, du moins dans ce cadre, est contestée : le 5-fluoro-uracile (Fluoro-uracile*), qui correspond au sigle F.

Certaines équipes restent fidèles à l'adriamycine (Adriablastine®), anthracycline de référence plus ancienne que l'épirubicine. Le protocole EC (épirubicine + cyclophosphamide) correspond alors au protocole AC (adriamycine + cyclophosphamide) et le protocole FEC (5-fluoro-uracile + épirubicine+ cyclophosphamide) au protocole FAC.

Dans notre série, les protocoles utilisés sont:

- 270 cas soit 96.8% des cas ont bénéficié soit de 3 cycles ANTRACYCLINE + CYCLOSPHOSPHAMIDE60 et 3 cycles DOCETAXEL soit un total de 6 cures;
- Le reste des patientes ont bénéficié de 6 cures de FEC 100 (F : 5Fluoro-uracile, E : Epirubicine, C : Cyclophosphamide).

V- 4-4- 4/ L'hormonothérapie (HTH)

Le traitement hormonal est utilisé pour changer le mode d'action des hormones sur la croissance du cancer [82]. Ainsi, l'hormonothérapie est indiquée comme traitement adjuvant des cancers du sein hormonosensibles [72]. Une tumeur est considérée comme hormonosensible (RH+) lorsque les cellules tumorales expriment des récepteurs pour les oestrogènes (RE+) et/ou pour la progestérone (RP+). Environ 70% des tumeurs du sein sont hormonosensibles.

Celui-ci est le reflet du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien [83]:

• **La suppression de l'activité ovarienne ou castration** : elle peut être chirurgicale par une ovariectomie bilatérale ou physique par une radiothérapie ovarienne.

• **Les anti oestrogènes** : Le tamoxifène [84], est l'anti œstrogène de référence, permet une diminution du risque annuel de rechute de 41%, une diminution du risque annuel de décès de 34% observée encore 15 ans après le diagnostic, indépendamment de l'âge, du statut ménopausique, du statut ganglionnaire et de l'administration d'une chimiothérapie adjuvante. Il est prescrit à la posologie de 20 à 40 mg/j et permet d'obtenir des taux de réponses objectives (régression tumorale complète ou partielle supérieure à 50 % du volume tumoral initial) de 30 %, dans une population de femmes ayant un cancer du sein métastatique.

La toxicité est faible; outre les signes de privation ostrogénique dominés par les bouffées de chaleur, prise de poids, alopécie, un risque de cancer de l'endomètre existe.

Ce dernier justifie une surveillance régulière de l'endomètre par une échographie pelvienne ou mieux encore par une échographie endovaginale.

• **Les progestatifs** :

Représentés essentiellement par:

- L'acétate de medroxyprogestérone (MPA) est prescrit à la posologie de 500 mg à 1 g/j, soit par voie orale, soit par voie intramusculaire et permet environ 30 % de réponses objectives.

- L'acétate de mégestrol, est prescrit à posologie de 160 mg/j.
- Les anti- progestatifs sont également efficaces et sont en cours de développement, celui-ci étant ralenti par leurs effets indésirables [84-85].

• Les inhibiteurs de l'aromatase

Le premier produit utilisé a été l'aminoglutéthimide par voie orale, associé à une substitution glucocorticoïde, les taux de réponses objectives identiques à 500 ou 1000 mg/ j mais la toxicité est inférieure pour le bas dosage.

D'autres inhibiteurs de l'aromatase ont été développés, ils peuvent être prescrits sans substitution cortisonée. Deux familles sont distinguées: la première qui, comme l'aminoglutéthimide, regroupe des produits non stéroïdiens (type II) (anastrozole, letrozole), la seconde regroupe des produits de structure stéroïdienne (type I) (fermostane, exemestane).

L'hormonothérapie a été utilisée chez toutes les patientes avec récepteurs hormonaux positifs.

V-4-4-5 –Thérapie ciblée

Les patientes dont la tumeur a surexprimé le récepteur HER2 peuvent bénéficier de la prescription de l'anticorps monoclonal recombinant spécifique, le trastuzumab.

Seules les tumeurs score 3+ et les tumeurs score 2+ et FISH ou CISH/SISH+ sont éligibles pour le traitement par thérapie ciblée anti-HER2.

Il n'y a pas d'indication à un traitement par TRASTUZUMAB sans chimiothérapie associée. Le Trastuzumab adjuvant diminue le risque de rechute

dans une proportion de 40 à 58%, et le risque de décès de 30 à 59% à 2 ou 4 ans de recul selon les essais [86-88].

Il améliore également le devenir des cancers du sein HER2+ en situation métastatique et en néo adjuvant.

Les schémas d'administration :

En milieu hospitalier :

- en monothérapie, avec soit une dose de charge de 4 mg/kg suivie d'une dose hebdomadaire de 2 mg/kg pendant 52 semaines au total ;
- soit une dose de charge à 8 mg/kg, puis une dose à 6 mg/kg toutes les 3 semaines pendant 52 semaines au total [87].

D'autres thérapies ciblées sont en cours d'émergence notamment celles visant les facteurs de croissance épidermique ou les facteurs de l'angiogenèse [90].

V-5) Evolution:

L'évolution après le traitement du cancer du sein est très variable. La survenue de récurrences locales ou controlatérale et/ou de métastases à distance dépend strictement des facteurs pronostiques.

Dans une étude rétrospective, l'équipe du Dr Juliette Buckley (Massachusetts General Hospitals, Boston, Etats-Unis) a analysé les dossiers médicaux de 628 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein et traitées par un traitement conservateur. L'analyse des données a montré que le taux de de récurrence locale était de 8.5% [107].

Dans notre série, le taux de récurrence local est de 11.41%.

V-6) Les facteurs pronostics :

L'évolution du cancer du sein est très souvent déroutante. Certains paramètres pronostiques significatifs pour la survenue de récurrences et des métastases ont été retrouvés dans notre étude.

V-6-1/ L'âge

La vraie question est celle de l'âge comme facteur de risque indépendant des autres facteurs de risque connus. Le second problème est celui de la détermination du seuil pris en compte.

Les données de la littérature sont contradictoires. Malgré cela, il existe un consensus pour positionner un seuil inférieur à 35 ans en dessous duquel le pronostic est plus défavorable, même après prise en compte des autres facteurs de pronostic [41]. Dans plusieurs études, un taux de récurrence locale supérieur a été observé chez la femme jeune après traitement conservateur [86,87].

Les premiers rapports de l'institut Curie et les mises à jour l'ont aussi démontré chez des femmes de moins de 35 ans, environ 30 % contre 3 % chez des femmes plus âgées. Matthews et al. [86], ont suggéré que des différences défavorables de stade et de biologie tumorale seraient responsables d'un taux élevé d'échec local chez les femmes jeunes et qu'il n'existerait pas de risque surajouté à la conservation mammaire à cet âge.

De même, pour Kurtz et al.,[86] le risque de rechute locale chez la femme jeune semblait le fait, selon l'analyse multi factorielle, des caractéristiques particulières de la tumeur: proportion plus élevée de carcinome intracanalair,

plus haut grade et plus grande fréquence de mutations des gènes BRCA1 et BRCA2.

En général, le risque de récurrence mammaire diminue régulièrement à mesure que l'âge augmente. [88] Ainsi, chez les femmes de moins de 35 ans, ce risque est de 29 % environ à dix ans; il n'est plus que de 3 % chez les femmes de plus de 55 ans [88]. Les récurrences locales et les métastases surviennent plus fréquemment chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées avec une médiane de survie qui est inférieure.

D'après Rochefort et al. [89], après cinq ans, le risque relatif de récurrence décroît moins vite chez la femme jeune.

Dans notre série, aucune corrélation n'a pu être retrouvée ($P= 0,81$) probablement en rapport avec la taille de l'échantillon.

V-6-2°/ Délai de consultation:

Le retard à la prise en charge thérapeutique peut-il jouer un rôle? Richards [65] a montré, dans une méta-analyse de 87 études, que les patientes pour lesquelles ce délai était supérieur à 3 mois avaient un taux de survie de 12 % inférieur à celui des femmes prises en charge plus rapidement. Dans 13 études, ce délai est corrélé avec un stade plus avancé de la tumeur.

L'étude de Ramirez montre qu'à côté de facteurs propres à la patiente, des erreurs de stratégie médicale peuvent augmenter notablement le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la prise en charge thérapeutique.

Dans notre série, ce délai varie entre 1 et 12 mois avec une moyenne de 3,71 mois. +/- 3,54mois. Les patientes ayant consulté dans un délai de moins de

3 mois sont au nombre de 157 soit 31.1%. Aucune corrélation n'a pu être trouvée avec la récurrence locale ($P = 0,9$).

V-6-3/ La taille tumorale

Le volume tumoral et l'envahissement ganglionnaire sont très liés. L'étude de Carter [91] permet cependant d'individualiser ce facteur indépendamment des autres facteurs. Elle montre ainsi qu'un pronostic défavorable est associé avec une augmentation de la taille des tumeurs, à statut ganglionnaire identique. Cependant quel que soit le statut ganglionnaire, la survie est corrélée à la taille tumorale.

Dans notre série, la taille tumorale moyenne était de 35 mm par rapport au plus gros diamètre. Pour les patientes ayant récidivé, une corrélation significative était trouvée pour une taille supérieure à 30 mm avec un risque relatif de 4.3, l'intervalle de confiance était entre (0.33-0.76) et le P était de 0.03.

V-6-4/ L'envahissement ganglionnaire :

Il reste le facteur essentiel. Le nombre de ganglions métastatiques est déterminant pour le pronostic et l'attitude thérapeutique [92].

La plupart des auteurs admettent l'existence de trois groupes pronostiques : moins de 3 ganglions envahis, de 3 à 10 et plus de 10 ganglions métastatiques. D'autres éléments tels que la taille ganglionnaire, l'importance de l'envahissement et la rupture capsulaire sont plus discutés.

Actuellement, beaucoup d'équipes s'intéressent au caractère micro métastatique de l'envahissement déterminé par immuno-marquage.

Pour l'envahissement extra capsulaire, une étude portant sur 143 patientes [92], a montré que l'envahissement extracapsulaire n'avait de valeur pronostique

que pour les patientes qui n'avaient qu'un à trois ganglions envahis. Cette étude montre que le risque n'est pas spécifiquement celui d'une récidive axillaire et que, de plus, l'irradiation de l'aisselle ne modifie pas le pronostic.

Dans notre étude : L'atteinte ganglionnaire n'a pas été retrouvée dans 60.2 % soit 303 patientes alors qu'elle était positive dans 39.8% soit 200 patientes et elle a concerné en moyenne 7.3 ganglions avec des extrêmes allant de 1 à 18 ganglions. On notera que 35 d'entre eux soit 17,7% ont une effraction extra capsulaire. Aucune corrélation n'a pu être trouvée avec la récidive locale (RR=0.51).(p= 0.26).

V-6-5/ Types histologiques : ANNEXE 2

Classiquement, trois formes de cancers sont de meilleur pronostic : les carcinomes lobulaires, mucineux (colloïdes) et médullaires.

En réalité, plusieurs problèmes se posent:

- des critères de définition, surtout dans les cancers médullaires;
- des associations de différents types histologiques.

Le consensus du College of the American Pathologists [70] retient comme types histologiques de bon pronostic :

- les carcinomes lobulaires infiltrants purs, de bas grade nucléaire et avec une densité cellulaire faible ;(8,54 % des cancers) ;
- les carcinomes mucineux purs; (absents dans notre série)
- le « vrai» carcinome médullaire, mais sa définition n'est pas admise par tous. Ces cas purs correspondent à un petit nombre de cancers du sein.

- En général, le type histologique n'est pas un critère utilisé en pratique [93].

Dans notre série, le type histologique le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant avec 430 Cas soit un pourcentage de 85.57 %. Aucune corrélation n'a pu être trouvée avec la récurrence locale.

V-6-6/ Grade histopronostiques :

Il existe plusieurs modalités d'établissement des grades histopronostiques. Le plus courant en France est celui de Scarf-Bloom-Richardson (grade SBR) modifié par Elston et Ellis. Ainsi modifiée, cette classification s'applique à toutes les formes de cancer invasif.

C'est un facteur de pronostic indépendant de la taille et de l'état des ganglions. De plus, une tumeur de grade 3 rechute plus rapidement qu'une tumeur de grade 2. En revanche, à plus long terme, la survie de ces deux groupes est identique [93]. C'est aussi un facteur prédictif de la réponse à la chimiothérapie ; les tumeurs grade 3 répondent mieux que celles classées grade 1 ou 2.

Dans notre étude, les résultats ont montré que le grade SBR II ET III sont corrélés à la récurrence locale ,le risque relatif était de 4.1 pour le SBR II et 7.13 pour le SBR III , l'intervalle de confiance était entre (0.9-1.8) pour le SBR II et (0.0011-0.2) pour le SBR III et le P était pour le SBR II P = 0.05 et pour le SBR III P= 0.04.

V-6-7/ - Qualité de l'exérèse chirurgicale :

C'est un facteur de risque de rechute locale dans les traitements conservateurs. Une atteinte des limites d'exérèse (sur le mode infiltrant ou in situ) augmente le taux de risque de récurrence locale [94].

L'étude de Gage et al [95] a porté sur 343 patientes traitées par tumorectomie, curage axillaire et radiothérapie (60 Gy sur le lit tumoral). Ce taux est de 28 % environ à dix ans si l'exérèse est incomplète, contre 8 % lorsqu'elle est macroscopiquement large [95].

L'état des berges de résection a permis de classer les patientes en quatre groupes : inférieures à 1 mm, négatives mais proches à moins de 1 mm, focalement positives.

Ils ont séparé ensuite les patientes en deux groupes en fonction de l'existence d'une composante in situ extensive autour de la partie invasive de la tumeur.

Seuls les cas où les berges sont franchement envahies s'accompagnent d'un pronostic défavorable ; ces patientes doivent se voir proposer une reprise chirurgicale.

Dans notre série, les limites d'exérèse sont revenues saines et à plus de 5mm dans 499, cas soit 99.2 % .Elles sont positives ou à moins de 5mm chez 4 cas soit 0.8 % ayant bénéficié d'un Patey.

Aucune corrélation n'a pu être trouvée avec la récurrence locale. (RR=0.64) (P=0.49) dans notre étude.

V-6-8/ Composantes intracanalaires :

Une composante intracanalaires extensive est souvent associée au cancer invasif. C'est un facteur de risque de rechute locale significatif [96]. Il ne l'est plus lorsque les marges de résection sont supérieures à 1 mm. Dans les traitements conservateurs, ce facteur n'a aucun effet sur la survie [97].

Dans notre étude, elle est observée chez 156 patientes soit 31% des cas alors qu'elle est absente chez 347 cas soit 69 %.

Une corrélation significative a été retrouvée pour une présence de la composante intracanalaires. Le risque relatif était de 4.8, l'intervalle de confiance était entre (3.3-6.9) et le P était de 0.01.

V-6-9/ Emboles vasculaires néoplasiques :

La présence d'embolies tumorales intra vasculaires (sanguins ou lymphatiques) dans la tumeur est un facteur de risque de récurrence locale: le risque est de 25 % à dix ans, contre 8 % lorsqu'il n'existe pas d'embolies [97].

Les embolies néoplasiques sont fréquemment associées à la présence de métastases ganglionnaires. En l'absence de celles-ci, elles sont un facteur de pronostic défavorable [97]. La présence de cellules tumorales au niveau des lymphatiques du derme est parfois associée à un cancer cliniquement inflammatoire et constitue alors un facteur de pronostic péjoratif [97].

Dans notre série, elle est observée chez 156 patientes soit 31% des cas alors qu'elle est absente chez 347 cas soit 69 %.

Aucune corrélation n'a pu être trouvée avec la récurrence locale. (RR=0.37) (P=0.9) .

V-6-10/ Récepteurs hormonaux :

La valeur des récepteurs hormonaux pour prédire l'hormonosensibilité des tumeurs ne fait plus aucun doute actuellement. En revanche, leur valeur pronostique indépendante est diversement appréciée dans la littérature. Il est cependant admis que les patientes, dont la tumeur a des récepteurs à la progestérone, ont un meilleur pronostic que les autres. La valeur du récepteur aux oestrogènes est moins importante.

Ce récepteur est lié avec d'autres facteurs de pronostic tels que l'âge, la différenciation, le grade SBR, la ploïdie. Sa valeur pronostique n'est pas confirmée dans les études multi variées.

Par ailleurs, la valeur pronostique du récepteur à l'oestradiol s'estompe avec le temps [78]. Il s'agit probablement plus d'un marqueur de la vitesse de croissance de la tumeur, que du risque métastatique.

L'étude récente de Fisher évalue le pronostic de tumeurs de 1 cm et moins, N-. La valeur prédictive positive du récepteur à l'oestradiol est établie, mais pas sa valeur pronostique.

Chez les patientes n'ayant reçu aucun traitement médical adjuvant, la survie sans récurrence est de 81 % à 8 ans pour les cas avec récepteurs négatifs et de 86 % pour les cas avec récepteurs positifs, et la survie globale de 93 % pour les ER- et 90 % pour les ER+ [97] .

Dans notre étude, on note que :

- ✓ Les récepteurs aux œstrogènes sont trouvés dans 166 cas soit 32.7% alors que 74 cas non précisé soit 14.90% et le reste négatif chez 263 cas soit 52.40% ;
- ✓ Les récepteurs aux progestérones sont trouvés positifs dans 331 cas soit 65.86% alors que 76 cas non précisé soit 14.90% et le reste négatifs chez 96 cas soit 19.23%.

Aucune corrélation n'a pu être établie avec la récurrence locale. (RR=0.51)
(P=0.41)

V-6-11/ Her2 :

Ce gène est porté par le chromosome 17, code pour un récepteur transmembranaire partageant une forte homologie de séquence avec le récepteur pour l'épidermal growth factor (EGF), son niveau d'expression est très bas dans la majorité des carcinomes mammaires et dans la glande mammaire normale. Slamon a cependant montré que le gène erbB-2 était amplifié dans 15 à 30 % des carcinomes mammaires, ce qui a comme conséquence la surexpression de la protéine.

Ces anomalies peuvent être mises en évidence par deux techniques :

- détection d'une amplification du gène dans le noyau par hybridation in situ, le plus souvent révélée par la fluorescent in situ hybridization (FISH) ;

- analyse du niveau d'expression de la protéine membranaire par immunohistochimie (IHC).

Les carcinomes mammaires qui surexpriment erbB-2 sont habituellement de haut grade et de mauvais pronostic.

Plusieurs auteurs ont suggéré que la chimio- et l'hormonosensibilité de ces tumeurs seraient aussi modifiées : plus grande sensibilité aux chimiothérapies comportant des anthracyclines, résistance aux chimiothérapies à base de méthotrexate et/ou à l'hormonothérapie.

La détermination du statut d'erbB-2 dans les carcinomes mammaires aurait un triple intérêt:

- valeur pronostique péjorative.
- valeur thérapeutique.
- valeur prédictive de la réponse à la chimiothérapie et/ou à l'hormonothérapie.

Le développement d'un anticorps monoclonal humanisé comme agent thérapeutique (trastuzumab ou herceptine) a ouvert de nouvelles perspectives pour la prise en charge des carcinomes mammaires surexprimant erbB-2, et justifiera l'étude systématique de l'expression d'erbB-2 dans les tumeurs mammaires.

En effet, l'herceptine peut être proposée en première ligne métastatique en association avec une chimiothérapie, dès lors qu'elle ne comporte pas

d'anthracyclines (toxicité cardiaque liée à l'association herceptine-anthracyclines). Elle est utilisée aussi en situation adjuvante.

Dans tous les cas, les patientes éligibles pour ce traitement sont celles dont la tumeur exprime erbB-2 à +++ par IHC (marquage membranaire sur au moins 10 % des cellules tumorales du contingent infiltrant [98]).

Les résultats préliminaires de trois études. (NSABP-B31 [Romond, 2005], NCCTG et HERA [Piccart-Gebhart, 2005]), montrent que l'administration de trastuzumab durant un an, associée à la chimiothérapie adjuvante, diminue le risque de rechute de 45 à 55 %, ce qui correspond à un bénéfice absolu de 8,4 % à 2 ans (HERA) et 13 % (NSABP) à 3 ans. Le bénéfice du trastuzumab apparaît plus important lorsque le traitement est initié tôt, en association à une chimiothérapie par taxane [Hortobagyi, 2005].

Dans notre étude, l' Hercept-test a été réalisé chez 177 patientes. Il est positif chez 81 patientes soit 16.10%, négatif chez 321 patientes soit 63.8 % alors qu'il n'a pas été réalisé chez 101 patientes soit 20.07%.

Aucune corrélation n'a pu être établie avec la récurrence locale. (RR=0.42) (P=0.83)

V-7) Technique du ganglion sentinelle :

Depuis plusieurs années, le caractère progressif de l'envahissement ganglionnaire axillaire a suscité le développement du concept de lymphadénectomie sélective après repérage du ganglion sentinelle.

Cette technique consiste à injecter un traceur lymphophile (isotope ou colorant) au contact de la tumeur. La diffusion du traceur dans les lymphatiques du sein permet l'identification du ganglion « sentinelle », qui représente le premier ganglion drainant la tumeur mammaire et donc le premier relais lymphatique potentiellement métastatique.

Dans une population de patientes atteintes d'un petit cancer du sein, dont le taux de risque d'atteinte ganglionnaire est de 30% environ, l'intérêt premier de cette technique est d'éviter un curage axillaire aux 70% des patientes dont l'aisselle est indemne. Dans des mains expérimentées, le taux de détection du ganglion sentinelle est de 95%.

L'écueil principal de cette technique est le risque de faux-négatifs : dans ce cas, le ganglion sentinelle est indemne mais il existe un envahissement d'autres ganglions de l'aisselle [106-107-108].

Dans la littérature, le taux de faux-négatif varie entre 0 et 20%. Ce taux doit être interprété en fonction de critères anatomopathologiques précis, à savoir après examen macroscopique confirmant le caractère bleu (contrôle de la qualité du prélèvement), coupes sériées du ganglion et analyse après coloration standard (HES) et immunohistochimie.

Dans une série de l'institut Curie sur 324 patientes [98], le taux de détection était de 85,5% (277/324 patientes). Après examen anatomopathologique standard du ganglion, le taux de faux négatif était de 11,1% (10/90). Après les coupes sériées du ganglion et analyse en HES, ce taux n'était plus que de 5,6% (5/90), et de 2,2% après immunohistochimie. Ceci

confirme la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire et d'une procédure anatomopathologique précise de l'analyse du ganglion sentinelle. Cependant, de nombreuses controverses persistent : technique utilisée (type de traceur), site d'injection (péri tumoral, péri aréolaire ou sous-cutané), courbe d'apprentissage, exérèse des ganglions extra-axillaires, notamment mammaires internes, traitement de l'aisselle si ganglion sentinelle est envahi, taille tumorale pour laquelle une exérèse de ganglion sentinelle est indiquée.

Par ailleurs, on ne connaît pas la survie globale à long terme des patientes traitées par cette technique. Certains cas isolés de récurrence axillaire après exérèse du ganglion sentinelle ont été décrits dans la littérature [97-98-99-100].

Ces cas isolés sont actuellement très rares et peuvent être liés à un problème de technique opératoire ou d'analyse anatomopathologique. En pratique, en 2005, l'institut curie a proposé systématiquement un prélèvement du GS dans les cas suivants :

- Absence d'atteinte clinique axillaire : N0.
- Tumeur de petite taille T1, palpable ou non.
- Tumeur uni focale.
- Cancer infiltrant dont le diagnostic a été fait avant l'intervention on doit idéalement pratiquer le prélèvement du GS sur une tumeur en place, ce qui exclut toute biopsie chirurgicale préalable.
- Pas de chimiothérapie néo adjuvante ou d'irradiation première.
- Sein et aisselle n'ayant pas fait l'objet d'une chirurgie préalable

LES CRITÈRES DE NON-INCLUSION:

- Atteinte axillaire ganglionnaire clinique : N1.
- Tumeurs T2, T3, T4.
- Tumeur multifocale.
- Chirurgie préalable du sein ou de l'aisselle.
- Traitements préopératoires (médical ou irradiation).
- Grossesse.
- Allergies multiples (colorant bleu).
- Refus de la patiente.

Dans notre série, 08 patientes par ganglion sentinelle ont été réalisés dans notre structure le reste n'ayant pas bénéficié faute de moyens techniques.

V-8) Les résultats du traitement conservateur :

V-8-1/ Les résultats carcinologiques :

Deux études ont été publiées étudiant les résultats carcinologiques du traitement conservateur du cancer du sein. Slough et al en 1992 et Cothier-Savey et al. [121-123] dans le service du Pr Barruch en 1996, ont montré que le taux de récurrences locales est de 8,5 à 9,4% et le taux de survie de 86% à 95,7%.

Ces deux études ont des taux comparables à ceux retrouvés dans les traitements conservateurs standards [101], mettant en évidence la sûreté carcinologique de cette pratique.

Dans notre étude, le taux de récurrence globale dans toute la population étudiée est de 11.41% et un taux de survie globale sans récurrence à 2 ans est de 81%.

V-8-2 /Les résultats et les séquelles esthétiques :

Les résultats esthétiques du traitement conservateur classique sont imparfaits dans 20 à 30% des cas, nécessitant une reprise chirurgicale à distance [102] dans 5 à 10 % des cas.

Cela a été confirmé dans une série de l'European Institute of Oncology de Milan pour des patientes ayant eu un traitement conservateur sans recours à des techniques de chirurgie plastique.

Les déformations les plus importantes ont été observées pour les tumeurs de localisation centrale ou inférieure. Les déformations les plus fréquemment retrouvées sont : brides rétractiles du creux axillaire, déformations en « bec

d'aigle » dans les tumorectomies des quadrants inférieurs, défaut glandulaire, asymétrie de forme et de volume.

Des facteurs de risque de mauvais résultats esthétiques doivent être considérés: obésité, hypertrophie mammaire, siège dans les quadrants inférieur ou central, le rapport volume tumorectomie / volume du sein élevé, radiothérapie. Les indications doivent être posées avec soins, il ne faut pas étendre à tout prix le traitement conservateur, car une mastectomie avec reconstruction mammaire immédiate ou différée peut donner de bien meilleurs résultats esthétiques qu'un traitement conservateur mal conduit. Pour essayer de traiter au mieux les séquelles esthétiques et afin de clarifier les indications opératoires en fonction du type de déformation.

Pour pouvoir juger, il a fallu standardiser l'évaluation des résultats esthétiques. Deux classifications sont utilisées pour comparer les résultats :

L'échelle d'Harris et al. [41]

Résultat excellent : aucune différence avec le sein controlatéral.

Résultat satisfaisant : légères différences.

Résultat médiocre : différences marquées.

Résultat mauvais : déformation importante du sein traité.

Clough et Baruch ont proposé la classification suivante [43]:

Type I: le sein traité a une apparence normale sans déformation, mais il y a une asymétrie dans le volume ou la forme entre les deux seins, le sein non opéré est plus large et plus ptosé.

Type II : Le sein traité est déformé. Cette déformation peut être traitée par reconstruction partielle du sein et traitement conservateur en utilisant le tissu irradié pour la reconstruction.

Type III : le sein traité présente une déformation majeure avec une fibrose diffuse. Les séquelles sont tellement sévères que seule une mastectomie (avec reconstruction mammaire immédiate) est envisageable.

Les derniers résultats publiés concernant les traitements par oncoplastie mammaire pour cancer sont ceux de Clough en 2003 ^[44] portant sur 101 patientes, avec un recul de cinq ans : les résultats esthétiques sont corrects dans 88 % des cas à deux ans et surtout sont stables à cinq ans.

Dans notre série, le résultat esthétique a été jugé satisfaisant dans la totalité des cas. Aucune réintervention n'a été nécessaire pour mauvais résultat esthétique.

V-9 / Survie après traitement conservateur

Plusieurs études ont démontré que les traitements conservateurs (couplé à la radiothérapie) ont un taux de survie globale identique aux mastectomies pour les tumeurs de moins de 5 cm. Ce pourcentage est de 84,6 % à cinq ans pour les mastectomies et 82,3 % pour les traitements conservateurs dans les carcinomes canaux infiltrants stades I et II. A dix ans, la survie globale s'échelonne suivant les études entre 62 et 93,3 % [102-103].

De même pour la survie sans récurrence, nous retrouvons des résultats proches des différentes études rapportées dans la littérature avec un taux de survie globale à un an de 100% et un taux de survie sans récurrence de 81% à deux ans (tableau XXI).

AUTEURS	STADE TUMORAL	SURVIE GLOBALE A UN AN	SURVIE SANS RECIDIVE A 2ANS
FISHER	T1 et T2	62 %	90%
JACOBSON	T1 et T2	77 %	82 %
SHIMAUSHI	T1 et T2	93,3 %	91,5 %
Notre série	T1 ; T2 et T3	100%	81%

TABLEAU XXI: Résultats de notre étude comparés à ceux de la littérature.

V-10 / Surveillance après traitement conservateur

Cette surveillance est utile aux malades en permettant le diagnostic plus précoce des récurrences ou des métastases avec pour conséquences, un traitement plus précoce de celles-ci et une meilleure survie.

– Surveillance locale :

La surveillance locale après traitement d'un cancer du sein repose sur le couple examen clinique-mammographie. L'examen clinique s'applique à la paroi Thoracique après traitement conservateur, au sein controlatéral et aux aires ganglionnaires axillaire et sus-claviculaire. La surveillance radiologique se base essentiellement sur la mammographie. Selon les recommandations de l'ANAES, la première mammographie post-thérapeutique est habituellement réalisée 6 mois après la fin de la radiothérapie, ensuite un bilan annuel à vie est recommandé [104].

– Surveillance générale:

A ce jour, la mise en place d'un traitement précoce de rechute métastatique ne modifie pas la survie globale des patientes en progression métastatique.

Les examens radiologiques systématiques : cliché thoracique, échographie hépatique, scintigraphie osseuse, examens biologiques avec marqueurs tumoraux (ACE, CA15-3) trouvent leur place en cas de symptômes d'orientation [105].

V-10-1. Rythme de la surveillance

– **Pour les cancers in situ** : on se contentera d'un examen clinique biannuel et d'une mammographie annuelle, les 5 premières années. Au-delà, la surveillance sera celle de toutes les femmes du même âge.

– **Pour les cancers invasifs** : L'examen clinique est le plus intéressant. Il sera biannuel durant les 5 premières années et annuel au-delà, comme chez toutes les femmes du même âge.

Une mammographie sera prescrite tous les ans, les 5 premières années ; au-delà elle peut être espacée tous les 2 ou 3 ans. Ce n'est que devant des signes d'appel osseux, hépatiques ou pulmonaires que l'on demandera des clichés orientés, une échographie, une TDM thoracoabdominopelvienne, une scintigraphie osseuse et un bilan biologique.

Ce rythme de surveillance est respecté chez toutes nos patientes.

V-10-2. Dépistage :

Les données épidémiologiques suffisent pour expliquer la nécessité d'un dépistage de masse. Le but du dépistage du cancer du sein est de poser le diagnostic de cancer le plus tôt possible quand la tumeur est petite et localisée dans le sein et en absence d'envahissement ganglionnaire. Il existe deux grands moyens de détection précoce : le diagnostic précoce par l'examen clinique et le dépistage par mammographie :

– Le diagnostic précoce par l'examen clinique devrait être annuel ou tous les deux ans et pratiqué par un personnel de santé bien formé (un médecin généraliste, une infirmière ou une sage-femme).

– La mammographie est le seul examen reconnu par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme test de dépistage.

Cet examen très sensible et très spécifique est, pour des raisons épidémiologiques et d'efficacité réservé aux femmes âgées entre 40 à 70 ans. Il doit être réalisé tous les trois ans.

Dans les séries européennes, le dépistage du cancer du sein touche entre 60 % et 80 % de la population féminine cible selon les pays ; avec un taux de détection du cancer du sein c'est-à-dire le nombre de femmes chez lesquelles le cancer du sein a été confirmé, de 4 cas de cancer pour 1000 femmes dépistées.

Dans notre étude 368, soit 73.1 % du nombre total des patientes ont été adressées dans le cadre du diagnostic précoce avec une fiche de référence délivrée par le personnel du centre de référence où s'effectue le diagnostic positif du cancer du sein.

V-11 Aspects psycho-oncologiques :

La chirurgie mammaire réalisée dans le contexte d'un cancer du sein constitue souvent, pour les patientes qui y sont confrontées, une étape difficile de leur parcours de soin. Qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale radicale dans le cas d'une ablation simple (sans reconstruction) ou réparatrice (dans le cas d'une reconstruction), elle entraîne fréquemment des répercussions sur le plan psychologique.

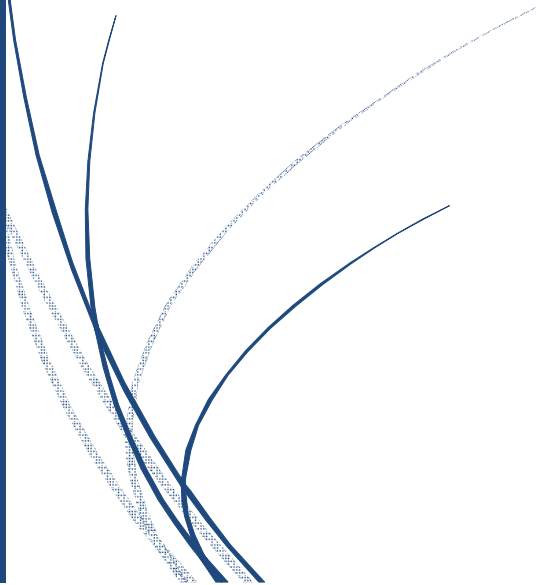
La reconstruction mammaire réalisée dans le cadre de la chirurgie du cancer du sein représente une démarche complexe dont l'incidence sur la qualité de vie des femmes concernées, de même que sur leur satisfaction à l'égard des traitements reçus, peut être importante et durable.

Elle peut entraîner divers retentissements psychoaffectifs d'importance pour la patiente et pour son conjoint et ses proches, touchant à l'image du corps, l'identité, la sexualité et la vie conjugale.

C'est pourquoi les recommandations de Bonne Pratique Clinique préconisent-elles de plus en plus souvent une approche multidisciplinaire, une évaluation globale de l'état physique et psychique de la patiente en préopératoire, une vérification de sa compréhension des propositions chirurgicales envisagées pour elle, et la mise en place d'une stratégie de communication avec son médecin qui lui permette de participer à la décision avec la plus grande autonomie possible.



Conclusion



Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez la femme et représente un problème de santé publique au Maroc. Le développement des techniques d'oncoplastie et son intégration dans la chirurgie du cancer du sein, permet l'exérèse des tumeurs de petit volume d'emblée ou obtenue après traitement néo adjuvant, tout en garantissant de meilleurs résultats esthétiques et en respectant les principes de la chirurgie oncologique.

De nouvelles techniques chirurgicales moins invasives telles que la recherche du ganglion sentinelle sont maintenant reconnues dans l'évaluation du creux axillaire.

Notre expérience de 503 patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur sur une durée de quatre années a objectivé des bénéfices en termes de morbidité, d'invalidité, de séquelles postopératoires physiques et psychologiques. Le choix de la chirurgie conservatrice, lorsque les indications sont bien posées, constitue un appoint supplémentaire dans les méthodes chirurgicales de traitement des cancers du sein. Cependant, ces indications doivent être réfléchies et le résultat carcinologique doit être mis en avant, afin d'obtenir des limites de résection saines et pour garantir une meilleure survie sans récurrence.

Il est important de rappeler que la sensibilisation sur le cancer du sein et son dépistage précoce, constituent l'issue majeure d'augmentation du taux de conservation mammaire dont la réalisation relève d'une collaboration multidisciplinaire regroupant médecins généralistes, radiologues, gynécologues, anatomopathologistes, oncologues, radiothérapeutes, généticien et psychologues.



Résumés

RESUME

TITRE : Traitement Conservateur Du Cancer Du Sein : Experience Du Pole Gynéco mammaire au Centre CHEIKHA FATMA à l'Institut Nationale D'oncologie de Rabat.

RAPPORTEUR : Professeur Zaki Elhanchi

AUTEUR : Othmane El Harmouchi

MOTS CLES : Cancer Du Sein, Epidémiologie, Chirurgie Conservatrice, Récidives.

Le cancer du sein est actuellement le cancer le plus fréquent chez la femme, et pose un véritable problème diagnostique et thérapeutique. Par ailleurs, l'utilisation de la chimiothérapie préopératoire permet d'étendre les indications du traitement conservateur qui étaient initialement limitées aux tumeurs de moins de 3 cm, uni focales, non inflammatoires, à des tumeurs plus volumineuses. Parallèlement à l'extension de ces indications, on a observé le développement de nouvelles approches thérapeutiques notamment la technique du ganglion sentinelle et chirurgie stéréotaxique, dont les résultats sont très encourageants. Nous rapportons une étude rétrospective de 503 cas de cancer du sein colligés au niveau du centre CHEIKHA FATMA des cancers gynéco-mammaire à l'institut national d'oncologie sur une période de 4 ans allant de avril 2013 à décembre 2016 et ayant bénéficié d'un traitement conservateur. Par la présente étude, nous avons procédé à l'évaluation de ces techniques en termes de résultat carcinologique, de résultat esthétique et évolutif. Ainsi nous avons évalué la survie globale et sans récurrence locale. L'âge moyen de nos patientes est de 47.4 ans ; dont 59.61% sont en activité génitale avec 29.2 % de patientes nullipares. Les patientes sont classées selon la classification TNM comme suit : T1 : **215** cas ; T2 : **263** cas et T3 : 17 cas. Toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement conservateur avec un curage ganglionnaire standard systématique à défaut de la technique du ganglion sentinelle. La radiothérapie externe sur le sein conservé est toujours prescrite après une chirurgie conservatrice. Les résultats esthétiques ont été satisfaisants dans la totalité des cas.

Abstract

TITLE : Conservative Treatment For Breast Cancer : Experience Of the Gyneco-mamery pole of CHEIKHA FATMA Center For Gynecologic-Breast Cancer At The National Institute Of Oncology Rabat.

REPORTER : Professor Zaki Elhanchi

AUTHOR : Othmane Elharmouchi

KEYWORDS: Breast Cancer, Epidemiology, Surgery Conservative, Recurrences.

Breast cancer is currently the most Common women cancer, and poses a real diagnostic and therapeutic problem. Conservative radio-surgical treatment has become standard for most T1 and T2 tumors up to 5 cm of breast cancer. This has been made possible thanks to the progress of screening, thanks to the results of the various prospective randomized trials but also to the better knowledge of this cancer. In addition, the use of preoperative chemotherapy extends the indications for conservative treatment that were initially limited to tumors less than 3 cm, uni focal, non-inflammatory, to larger tumors. In parallel with the extension of these indications, we observed the development of new therapeutic approaches including the technique of sentinel lymph node and stereotactic surgery, whose results are very encouraging.

We report a retrospective study of 503 breast cancer cases collected at the CHEIKHA FATMA Center for Gynecologic-Breast Cancer at the National Institute of Oncology over a period of 4 years from April 2013 to December 2016 and benefited from conservative treatment.. Thus we assessed overall survival and no local recurrence. The average age of our patients is 47.4 years; of whom 59.61% are in genital activity with 29.2% of nulliparous patients. Patients are classified according to the TNM classification as follows: T1: 215 cases; T2: 263 cases and T3: 17 cases. All our patients benefited from a conservative treatment with a systematic standard lymph node dissection in the absence of the sentinel lymph node technical.External radiotherapy on the preserved breast is always prescribed after conservative surgery.

ملخص

العنوان: العلاج لاحتفاظي لعلاج سرطان الثديي تجربة بمركز الشبيخة فاطمة بالمعهد الوطني للانكولوجيا
المشرف: الاستاذ زكي الحنشي
الكاتب: عثمان الهرموشي
الكلمات الاساسية: سرطان الثدي ، دراسة ويائية جراحة احتفاظية، رجوع مرضي

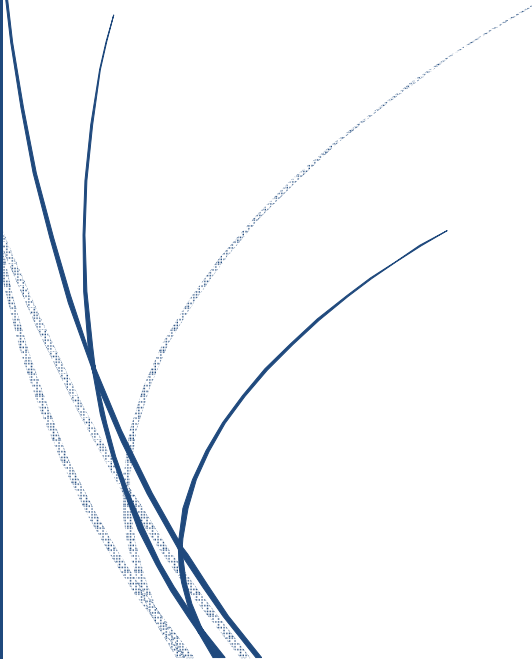
سرطان الثدي يشكل اليوم اكثر انواع السرطان الذي يمس المرأة و يشكل اشكال حقيقي في الفحص و العلاج. العلاج الجراحي لاحتفاظي اصبح الطريقة العلاجية لكل الاورام T1 و T2 اقل او يساوي 5 cm من حيث الحجم. كل هذا اصبح ممكن حاليا بفضل الكشف المبكر ، و نتائج التجارب الكلينيكية و معرفة اكثر بمرض السرطان. حاليا اصبحت مقاربات جديدة للعلاج ، اذ اصبح يستعمل طريقة العقدة للمفاوية الحارسة ، اذ ابانت على نتائج جد محفزة. في عملنا هذا بمركز الانكولوجيا الشبيخة فاطمة بالمعهد الوطني للانكولوجيا على مدى 4 سنوات من ابريل 2013 الى دجنبر 2016 درسنا الملفات الطبية لحوالي 503 مريضة والتي استفادت من الجراحة الاحتفاظية.

هذا العمل ،مكننا من دراسة نتائج هذه الطريقة العلاجية من حيث النتيجة الورمية،التجميلية و التطورية. وبهذا قمنا بتقييم معدل البقاء على قيد الحياة و بدون رجوع اورم. عمر المتوسط للمرضى كان 47,4 اذ كانت 59,61% لها نشاط تناسلي و 29,2% بدون ولادة. الحالات صنفت حسب تصنيف TNM كالتالي T1:215 : حالة و T2: 263 حالة و T3: 17 حالة. كل الحالات استفادو من الجراحة الاحتفاظية مع ازالة للعقد للمفاوية و في بعض الاحيان بطريقة العقدة الحارسة. العلاج بالاشعة الخارجي يستعمل دائم بعد الجراحة الاحتفاظية. النتائج التجميلية كانت جيدة في معظم الحالات.

ويمكن تقدير التطور على المدينين القصير والمتوسط؛ و58 مريضا أو 11.41% من المرضى زيارتها تكرار المحلية بمتوسط 11 شهرا، في حين أن خمسة مرضى الانبثاث العظام و / أو الكبد. مع متوسط تأخير الانتكاس النقيلي من 13.2 شهرا. نتائج دراستنا هي مماثلة لمختلف الدراسات التي نشرت في الأدب مع معدل البقاء على قيد الحياة في عمر 2 سنة 100% ومعدل البقاء على قيد الحياة دون انتكاس من 81%.



Annexes



ANNEXE 1 : FICHE D EXPLOITATION

<p>BRILLE DE TRAVAIL</p> <p>1/ INFORMATIONS GENERALES :</p> <p>A/N°ENTREE :</p> <p>B/NOM :</p> <p>C/PRENOM :</p> <p>D/AGE :</p> <p>2/ INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</p> <p>A/MILIEU HABITAT : RURAL URBAIN</p> <p>NP</p> <p>B/STATUT MATRIMONIAL : MARIEE VEUF</p> <p>DIVORCEE NP</p> <p>C/PROFESSION : SANS ACTIVE</p> <p>NP</p> <p>D/COUVERTURE SOCIALE : RAMEE PAYANTE</p> <p>NP</p> <p>3/ PARCOURS DE SOINS :</p> <p>A/DATE DE CONSULTATION :</p> <p>B/DATE DE MAMO-ECHO :</p> <p>C/DATE HISTO :</p> <p>D/DATE TRT CHIRURGICAL :</p> <p>4/ ANTECEDENTS DE LA MALADE :</p> <p>A/ATCDT PERSONNEL GYNECOLOGIQUE : SEIN OVAIRE NP</p> <p>B/ATCDT FAMILIAL GYNECOLOGIQUE : SEIN OVAIRE NP</p> <p>C/AGE PREMIERE MENARCHE :</p> <p>D/AGE MENOPAUSE :</p>	<p>F/GESTE :</p> <p>G/PARITE :</p> <p>H/ALLAITEMENT : OUI NN</p> <p>I/CONTRACEPTION ORALE : OUI N</p> <p>5/ TUMEUR : SIGNES REVELEATEURS :</p> <p>A/ NOMBRE :</p> <p>B/ TAILLE :</p> <p>C/ SIEGE :</p> <p>D/MOBILITE : OUI NON</p> <p>E/ UNILATERALE BILATERAL</p> <p>F/ DROIT GAUCHE</p> <p>G/ADP : OUI NN</p> <p>H/SIGNES INFLAMMATOIRES OUI NN</p> <p>I/ECOLEMENT MAMELONAIRE SANGLANT : OUI NN</p> <p>J/ULCERATIONS OUI NN</p> <p>K/PEAU D'ORANGE : OUI NN</p> <p>L/DEFORMATION DU MAMELON OUI NN</p> <p>6/ EXAMENS COMPLEMENTAIRES :</p> <p>A/MAMMOGRAPHIE ACR / OPACITES</p> <p>STELLAIRE MICROCALCIF ISOLEES MICROCALCIF</p> <p>CALCIFIE OPACITE OVALE LIMITE EPAISSISSEMENT ASSOCIE</p> <p>B/ ECHO MAMMAIRE :</p> <p>C/ REPERAGE ECHO HARPON</p> <p>D/ PREUVE HISTOLOGIQUE : CYTOPONCTION / BIOPSIE AU TROUCUT EXTENMPORANNE</p>
---	--

<p>A/RX POU MON</p> <p>B/ECHO ABDOMINALE</p> <p>C/TAP</p> <p>D/SCINTIGRAPHIE OSSEUSE</p> <p>8/ IMMUNOHISTOCHEMIE :</p> <p>A/RE% B/RP% C/HER2 D/K167%</p> <p>DOSAGE CA15-3 :</p> <p>8/ ACTE CHIRURGICAL REALISE : TUMEURECTOMIE</p> <p>QUADRANTECTOMIE / ONCOPLASTIE AVEC TECHNIQUE</p> <p>/CURAGE GG</p> <p>9/ TRT ASSOCIEES</p> <p>A/R/THERAPIE OUI NON NBR</p> <p>SEANCE :</p> <p>B/CHIMIO/THERAPIE OUI</p> <p>NON TYPE :</p> <p>C/HORMONOTHERAPIE OUI</p> <p>NON</p> <p>D/THERAPIE CIBLEE OUI</p> <p>NON</p> <p>10/ ANAPATH :</p> <p>A/TYPE HISTOLOGIQUE : CCI CLI</p> <p>AUTRE</p> <p>B/T N M</p>	<p>E/SER :</p> <p>F/ ENVAHISSEMENT GG :</p> <p>E/EMBOLE VASCULAIRE : ABSENT PRESENTE</p> <p>I/RECIDIVE : OUI NN NP</p> <p>11/ EVOLUTION</p> <p>METASTASE</p> <p>PERDU DE VUE</p> <p>DECES</p> <p>RECIDIVE</p> <p>NP</p>
---	--

**ANNEXE 2: CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE DES CANCERS DU
SEIN SELON L'OMS 2002-2003 TUMEURS EPITHELIALES NON
INFILTRANTES**

- Carcinome canalaire in situ (intracanaire) (CCIS)
- Carcinome lobulaire in situ (CLIS)

Tumeurs épithéliales infiltrantes

Carcinome infiltrant de type non spécifique (canaire TNS)

- Carcinome de type mixte
- Carcinome pléomorphe
- Carcinome avec cellules géantes ostéoclastiques
- Carcinome avec aspects choriocarcinomateux
- Carcinome avec aspects mélanocytaires

Carcinome lobulaire infiltrant

Carcinome tubuleux

Carcinome cribriorme infiltrant

Carcinome médullaire

Carcinome produisant de la mucine

- Carcinome mucineux

- Cystadénocarcinome et carcinome à cellules cylindriques sécrétantes
- Carcinome à cellules en bague à chaton

Tumeurs neuroendocrines du sein

- Carcinome neuroendocrine de type solide
- Carcinoïde atypique
- Carcinome à petites cellules
- Carcinome neuroendocrine à grandes

Carcinome papillaire infiltrant

ANNEXE 3 : CLASSIFICATION BI-RADS DE L'ACR [46] :

• **ACR 0** : Des investigations complémentaires sont nécessaires : Comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc.

– C'est une classification "d'attente", qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive.

• **ACR 1** : Mammographie normale.

• **ACR 2** : Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste).

□□ **Ganglion intra mammaire.**

– Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie.

– Image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartomes, galactocèle, kyste huileux).

- Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture.

– Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.).

□□ **Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques.**

- Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses.

·ACR 3 : Anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :

– Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé.

– Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome.

– Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s) ou ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidiennes en échographie.

– Asymétrie focale de densité à limites concaves et / ou mélangées à de la graisse.

• **ACR 4 : Anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique:**

–Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et / ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales.

–Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses.

□□**Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses.**

– Image(s) spiculée (s) sans centre dense.

– Opacité(s) non liquidienne(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqué, ou ayant augmenté de volume.

– Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable.

– Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s).

• **ACR 5 : Anomalie évocatrice d'un cancer :**

–Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées.

□□**Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique.**

–Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité.

–Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes.

– Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers

– opacité spiculée à centre dense.

• **ACR 6** : Résultat de biopsie connu: malignité prouvée. Une action appropriée doit être entreprise. Utilisée dans le bilan d'extension et pré thérapeutique de lésions malignes biopsies.

A vertical dark blue bar is positioned on the left side of the page. A lighter blue horizontal bar intersects it, serving as a background for the title. Below the title, several thin, curved lines in dark blue and light blue extend from the vertical bar towards the right, creating a decorative flourish.

Revue Bibliographique

- [1] **A.FITTOUSSI, B.COUTURAUD, R.SALMON**
Chirurgie oncoplastique et reconstruction dans le cancer du sein, techniques et indications Springer 2015 ISBN-13 978-2-287-71475-7.
- [2] **B.FISHER, S. ANDERSON, CK.REDMOND**
Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing, total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *Nejm* 1995; 333: 1456-61.
- [3] **P.L. GIACALONE, N.EL GAREH**
Traitement locorégional du cancer du sein : jusqu'où peut-on être conservateur 27es journées de la SFSPM, Deauville, novembre 2005.
- [4] **AEGENIUS P. The Seven books In: Adam F., translator.**
The Sydenham Society, London 1847; 2, 333.
- [5] **NABHOLTZ J.M., BUZDAR A., POLLAK M., HARWIN BURTON C., MANGALIK A. ET ALL.**
Anastrozole is superior to tamoxifen as first-line therapy for advanced breast cancer in postmenopausal women: results of a North American multicenter randomized trial. Arimidex Study Group. *Lance* 4 2002; 359: 2131-2139.
- [6] **MEYER K.K., CT BECK W.C.**
Mastectomy performed by Lawrence Heister in eighteenth century. *Surg. Gynécot. Obstet.*, 1984; 159: 391-394.

- [7] **MOORE C. On the influence of inadequate operations on the theory of cancer. R. Med. Chir. Soc. Lond., 1867; 1, 180-244.**
- [8] **HALSTED W.S.**
The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. Ann. Surg., 1907, 46 : 1019
- [9] **VERONESI U., VALAGUSSA P.**
Inefficacy of internal mammary, nodes dissection in breast cancer surgery. Cancer, 1981; 47 (1): 7175.
- [10] **MAHER M., CAMPANA F., MOSSERI V., DREYFUS H., VILCOQ J.R., GAUTIER C. ET AL.**
Breast cancer in elderly women: a retrospective analysis of combined treatment with tamoxifen and once-weekly irradiation. J Radiat. Oncol. Biol. Phys., 1995; 31 (4): 783-789.
- [11] **KEYNES G.L. Carcinoma of the breast. St-B art. Hosp. Rep., 1952, 56: 462-466.**
- [12] **FISHER B., COSTANTINO J., REDMOND C., FISHER MARGOLESE R., DIMITROV N. et al. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N. Engl. J.M., 1993, 328: 1581-158.**

- [13] **MARTI WR., ZUBER M., OERTLI D.,WEBER WP., MULLER D., KOCHLI OR., ET AL.**

Advanced breast biopsy instrumentation for the evaluation of impalpable lesions: a reliable diagnostic tool with little therapeutic potential. Eur J Surg 2001; 167: 15-8.

- [14] **VERONESI U., SACCOZZI R., DEL VECCUJO M., BANFI., CLEMENTE C., BE LENA M. et al.**

Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. J. Engl J. M, 1981; 305, 1: 6-11.

- [15] **ERIC LAMBAUDIE, GILLES HOUVENAEGHEL Vers des traitement plus conservateurs R2c,Réseau convergence cancer. Disponible**

sur:<http://www.reseaur2c.fr/.../R2c_10ans_Lambdaudie_%20Oncoplastie_Sein_20080119.pdf>

- [16] **FISHER B. et ANDERSON S.**

Conservative surgery for the management of invasive and non- invasive carcinoma of the breast: NSABP 06 trials.National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. WorldJ. Surg., 1994, 18, 1: 63-69.

- [17] **BARTLETT SP, MAY JW JR, YAREMCHUK MJ**

The latissimus dorsi muscle: a fresh cadaver study of the primary neurovascular pedicle.Plast Reconstr Surg 67: 631-6 (1981)

- [18] **PALETTA CE, BOSTWICK J 3RD, NAHAI F**
The inferior gluteal free flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 84: 875-83; discussion: 884-885 (1989)
- [19] **BLONDEEL PN One hundred free DIEP**
flap breast reconstructions: a personal experience. *Br J Plast Surg* 52:104-11 (1999)
- [20-] **PONTES R, PONTES GH, SERPA NP ET AL.**
Modified lateral thoracodorsal flap : a way out of a difficult problem. *Aesthetic Plast Surg* 30 (5): 633-4 (2006)
- [21] **LOSSING C, ELANDER A, GEWALLI ET AL.**
The lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction : a long-term follow up study. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 35 (2): 183-92 (2001)
- [22] **HOLMSTRÖM H, LOSSING C The lateral thoracodorsal**
flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 77(6): 933-43(1986)
- [23] **LAHLAIDI I.A Anatomie topographique – Applications anatomochirurgicales, volume III « le thorax »1ere édition 1986 : p57-6**
- [24] **KAMINA.P Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris ; Maloine ; 1984 ; 513p.**

[25] **ARNAR V, KRICHNEMATHY A, HALADOR NAKANS MS, SRAIN R, CHINOY N** Breast conservation treatment in women with locally advanced breast cancer ,experience from single center. Inter journal of surgery 2006V 4 N3 P105-114

[26] **CLOUGH K B, THOMAS SS, FITTOUSSI, COUTURAUD B , REYAL F, FALCOU MC**

Treatment of breast cancer by mammoplasty and irradiation: a new approche to lower quadrant tumors. Plast, recontr. Surgery 1995;96 pp 363-370,

[27] **DORIDOT V, NOS C, CAUCOUTOIRE T, SIGAL B, ZAFRANI, FROUQUET A**

Traitement chirurgical conservateur du cancer du sein. Cancer et radiothérapie 2005, p 54-59

[28] **CLOUGH KB, DENIS H, SALAMOUN J**

Comment je fait une tumorectomie avec ablation de la plaque aréolo-mamlonaire pour cancer du sein retro-aréolaire. Gynoco-Obst. Et fertilité 2004;V32; N12.

[29] **GARRIDO I, GANGLOFF D, TROCARD P, WAGNER A, RAFII A, CHOPIN N, et al.**

Les bonnes indications de l'oncoplastie. Oncoplastie 2006;V8: pp714-723.

- [30] **CLOUGH KB, LEWIS J, COUTURAUD B, FITOUSSI A, NOS C, FALCOU MC.** Oncoplastic techniques allow extensive resections for breastconserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surgery* 2003;237(1)p:26-34.
- [31] **DAWSON PJ. WATH IS THE NEW IN OUR UNDERSTANDING OF MULTIFOCAL BREAST CANCER PATHOLOGY** RECHERCH PRAT 1993 ; 189 ; PP : 111 .
- [32] **KURTZ JM, JACQUEMIER J, AMALRIC R ET AL**
Breast conserving therapy for multiscopically multiple cancers. *Ann Surg* 1999 ;35 212 p 38-44.
- [33] **HAFFTY BG, FISHER D , BEINFIELD M, MACKHANN C,** Prognostis following local reccurence in the conservatively treated breast cancer patient. *J Clin Oncol* 1999 ;9 pp 997- 1003 .
- [34] **PLIGIALCALONO M, PROGER, DUBON O, EL GAREH N , DAURES J-P, LAFARGUE**
Traitement conservateur du cancer du sein : Zonnectomie versus oncoplastie, étude prospective a propos de 99 patientes. *Annales de la chirurgie* 2006 ;V131, N4, pp 256-261.
- [35] **ZHOU P, GAUTAM S, RECHT A**
Factors affecting outcome for Young Women With Early Stage Invasive Breast Cancer Treated with Breast conserving therapy. *Brest cancer Res Treat* 2006 ;V5 p : 40.

- [36] **SAVIGNONI A, SIGAL ZAFRANI B, FOURQUET A,**
for institut Curie breast cancer study Group Risk of breast cancer
reccurrence with mutation BRCA1 et 2 Euro J Cancer . 2005,V15 pp11-
41
- [37] **SHWARTZ G, GUILIANO AE, VERONESI U,**
Proccedings of the consensus conference on the role of sentinel lymph
node biopsy in carcinomas of the breast Cancer 2002 ; 94 pp : 2242-
2551
- [38] **DELAY E, BOBIN JY, RIVOIRE M.**
Reconstructions partielles esthétiques des déformations majeures du sein
et des rechutes intra mammaires après traitement conservateur. In: Mole
B, editor. Actualités de chirurgie esthétiques. Paris: Masson; 1993. p. 41-
55.
- [39] **PETIT JY, MICHEL G, GENIN J, LASSER P, BARREAU-
POUHAER L,TRVTAGLI JP,**
Traitement conservateur du cancer du sein. Revue des techniques
chirurgicales à la lumière des résultats esthétiques. Cah Cancer; 1989 ; 1
p:217
- [40] **GARUSI C, PETIT JY, RIETJENS M, LANFREY E.**
La place de la chirurgie plastique dans le traitement conservateur du
cancer du sein. Ann Chir Plast Esthet; 1997 ; 42 pp:168-76.

- [41] **HARRIS J, LUENE M, SVENSSON G, HELMAN S.**
Analysis of cosmetic results following primary radiation for stages I and II Carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*1979;5 p:257
- [42] **CLOUGH KB, BARUCH J.**
La chirurgie plastique et le traitement conservateur du sein : indications et résultats. *Ann Chir Plast Esthet*; 1992 ;37(6) p:682-692.
- [43] **BOSTWICK J, PALETTAC C, HARTRAMPF CR.**
Conservative treatment for breast cancer: complications requiring reconstructive surgery. *Ann Surg*;1986;203(5) p:481-90
- [44] **CHANG E, JOHNSON N, WEBBER B. Bilateral**
reduction mammoplasty in combination with lumpectomy for treatment of breast cancer in patients with macromastia. *Ann J Surg* ; 2004;187(5)p:647-50.
- [45] **FISHER B, REDMOND C.**
Lumpectomy for breast cancer: an update of the NSABP experience. *J Natl Cancer Inst Monogr National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project*. 1992 ;34 p:7–13.
- [46] **Malka I, Villet R, Fitoussi A, Salmon RJ.**
Conservative treatment for breast cancer; Part 2: *J Visc Surg*. 2010;147(5):305–15.

[47-1] MOHAMMED GHERBAOUI

le cancer du sein au maroc : épidémiologie descriptive. édition 2000,
page :32

**[47-2] 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. [PubMed]

**[48] LE REGISTRE DES CANCERS DE LA REGION DU GRAND
CASABLANCA 2005-2006-2007. 2012.**

[49] INCIDENCE DES CANCERS A RABAT 2006-2008. Ministère de la
santé juin 2012.

[50] BENJAAFAR N. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER AU MAROC ,
Institut national d'oncologie Le cancer au Maroc.XXIVème congrés
médical national. Nov 2005.

**[51] GLOBOCAN: ESTIMATED INCIDENCE, MORTALITY AND
PREVALENCE WORLDWIDE IN 2012. 2012.**

[52] BOUZID N, LAHMAR R, TEBRA S, BOUAOUINA N:

Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans en Tunisie:
étude rétrospective à propos de 124 cas. Gynécologie Obstétrique &
Fertilité 2013, 41(6):356-360.

[53] COLLEONI M, ROTMENSZ N, ROBERTSON C, ORLANDO L, VIALE G, RENNE G, LUINI A, VERONESI P, INTRA M, ORECCHIA R:

Very young women (< 35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Annals of Oncology* 2002, 13(2):273-279.

[52] COURTILLOT C, TOURAINE P:

Attitude pratique devant une famille à haut risque de cancer du sein et/ou de l'ovaire: le point de vue de l'endocrinologue. In: *Annales d'Endocrinologie*: 2008: Elsevier; 2008: 193-200.

[54]. GAIL MH, BRINTON LA, BYAR DP, CORLE DK, GREEN SB, SCHAIRER C, MULVIHILL JJ:

Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *Journal of the National Cancer Institute* 1989, 81(24):1879-1886

[55]- SAVIGNONI A, SIGAL ZAFRANI B, FOURQUET A, ;

institut Curie breast cancer study Group Risk of breast cancer recurrence with mutation BRCA1 et 2 *Euro J Cancer* . 2005,V15 pp11-41

[56]- SHWARTZ G, GIULIANO AE, VERONESI U,

Proceedings of the consensus conference on the role of sentinel lymph node biopsy in carcinomas of the breast *Cancer* 2002 ; 94 pp : 2242-2551

- [57] **FAMILIAL BREAST CANCER:** collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. Lancet 2001, 358.
- [58] **SIMMONS RM, OSBORNE MP.**
The evaluation of high-risk and pre-invasive breast lesions and the decisions process for follow-up and surgical intervention. Surg. Oncol. 1999 ; 8 : 55-65.
- [59]- **MAURIAC L, DURAND M, AVRIL L, ET AL.**
Effects of primary chemotherapy in conservative treatment of breast cancer patients with operable tumors larger than 3cm. Results of a randomized trial in a single center. Ann oncol 1991 ; 2 : 347-354.
- [60] **SERIN L, ESCOUTE**
Diagnostic et bilan pretherapeutique du cancer du sein : cancer du sein la revue du praticien (paris). 48 :11, 36-43, 1998.
- [61] **Brem RF, Sanow I, Gatewood OM**
Atypical ductal hyperplasia breast lesions gauge stereotactically guideddirectional vacuum assisted biopsy .Americain journal of radiology 1999 : 172, 1405-1407.
- [62] **ALAOUD A, thèse;**
cancer du sein, expérience du service de gynécologie, HMI Med V rabat(196) p : 68, 2007.

[63] **BREM RF, SANOW I, GATEWOOD OM**

Atypical ductal hyperplasia breast lesions gauge stereotactically guidedirectional vacuum assisted biopsy .American journal of radiology 1999 : 172, 1405-1407.

[64] **OSBORNE MP. GUILIANO AE, SAVIGNONI A**

Multifocal breast cancer Pathology recherche 2 Euro J Cancer . 2005,V15 pp11-41

[65] **RAUDRANT D et al. Lésions frontières du sein :**

Etude anatomopathologique, clinique et thérapeutique. REV fr .gynécol., 2011 : 38-43, 45.

[66] **MARTY M., MIGNOT L et al. Traitement du cancer du sein.**

Elements du choix thérapeutique. Traitement des formes habituelles. EMC.Gynécologie 2000 : 2-4.

[67] **MOÏSE NAMER, DANIEL SERIN, MARC SPIELMANN**

CANCER DU SEIN.: Compte-rendu du cours supérieur francophone de cancérologie, édition 2007.

[68] **V.DORIOT. C., NNOS.J.S., AUCOUTRUE.**

Le traitement chirurgical conservateur du cancer du sein. Cancer/radiothérapie 8 (2004) : 2128.

[69] YU Z-G, JIA C-X, GENG C-Z, ET AL.

Risk factors related to female breast cancer in regions of Northeast China: a 1:3 matched case-control population-based study. *Chin. Med. J.* 2012 mars;125(5):733–40.

[70] RAUDRANT D., GOLFIER F., UNGER P.

Le traitement des carcinomes in situ du sein. *Rev. Fr. Gynécol. Obstet.*, 1990 : 92,94,95.

[71] N FABRE DEMARD, P BOULET, X PRAT, L CHARRA, A LESNI

Apport de l'IRM dans le diagnostic et le bilan d'extension des cancers lobulaires infiltrants *J Radiol* 2005;86:1027-34 Éditions Françaises de Radiologie, Paris, 2005

[72] MARTY M., MIGNOT L ET AL. TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. Elements du choix thérapeutique. Traitement des formes habituelles. *EMC.Gynécologie* 2000 : 2-4.

[73] NICOLAS DALY-SCHVEITZER CANCEROLOGIE CLINIQUE 2008.GG SENTINELLE.

[74] HASAN Y., KIM L., MARTINEZ A.ET AL.

Image guidance in external beam accelerated partial breast irradiation: comparison of surrogates

[75] CLARKE M, COLLINS R, DARBY S ET ALS.

Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized, trials Lancet, 2005;366, P: 2087-106.

[76] G FREYER, P ROMESTAING ET AL.

Places respectives de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans le traitement adjuvant du cancer du sein : intérêt théorique et faisabilité de la chimioradiothérapie Cancer/Radiother 1998 ; 2 : 723-31

[77] MELVIN J., SILVERSTEIN BERNARD S.L, JAMES R ET AL.

Infiltrating lobular carcinoma. Cancer 1994 : 1673,1675,1676 . 80.
HUOVINEN R.,SKINEN-KALLIO S.,NAGREN K. et al. Carbon-11-methionine and PET in evaluation of treatment response of breast cancer.Br. J. Cancer 1993. : 790-791.

[78] JP LEFRANC, C. BENSAID, E. TOUBOUL, ETAL.

Comment réduire le risque de récurrence locale dans le cancer du sein après traitement conservateur ? e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2004, 3 (4) : 1-7.

[79] ARON GOLDBIRSCH, RICHARD D. GELBER, GREG YOTHERS ET AL.

Adjuvant Therapy for Very Young Women with Breast Cancer: Need for Tailored Treatments Journal of the National Cancer Institute Monographs 2001; 30:44-51

[80] G FREYER, P ROMESTAING ET AL.

Places respectives de la radiothérapie et de la chimiothérapie dans le traitement adjuvant du cancer du sein : intérêt théorique et faisabilité de la chimioradiothérapie Cancer/Radiother 1998 ; 2 : 723-31

[81] MAURIAC L, MACGROGAN G, AVRIL A, DEBLED M, ET AL

Neoadjuvant chemotherapy for operable breast carcinoma larger than 3 cm: a unicentre randomized trial with a 124 month median follow-up. Ann Oncol 1999;10:47-52 Institut Bergonie Bordeaux Groupe Sein (IBBGS).

[82] GALIMBERTI V, ZURRIDA S, ZANVINI V ET AL.

Central small size breast cancer: how to overcome the problem of nipple and areola involvement. Eur J Cancer 1993. 8(29):1093-6

[83] HARRY.D.,BEAR ET AL.

Despite limited data, coexistent lobular carcinoma in situ should not be a contraindication to breast conservation for woman with invasive breast carcinoma. Cancer 2000,88,5 : 978-981.

[84] L.MARIAC,, M.P. BLANC VINCENT.

Standard, options, recommandations : hormonothérapie dans les cancer du sein non métastatique. Année 2000 : 9-12.

[85] ESPIE M. CLOUGH KB. ANDREW R.GREENA

Progestatifs et sein .2002.

- [86] VINH HUNG V, VERSCHAREGEN C, PROMISH DI, CSERNIER G, VAN DE STEENE J, ET AL.**

Ratios of involved nodes in early breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2004;6(6):680–8

- [88] DORIDOT V, NOS C, AUCOUTURIER JS, SIGAL-ZAFRANI B, FOURQUET A, CLOUGH KB.**

Breast-conserving therapy of breast cancer. *Cancer Radiother.* 2004;8(1):21–8

- [87] EMAD A. RAKHAA, MAYSA E. EL-SAYEDA, DESMOND G. POWEA, ANDREW R.GREENA,HANY HABASHYA, MATTHEW J.**

Invasive lobular carcinoma of the breast: Response to hormonal therapy and outcomes. Department of Histopathology, School of Molecular Medical Sciences, Nottingham University Hospitals NHS Trust, University of Nottingham, Hucknall Road, Nottingham NG5 1PB, UK
EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 44 (2 0 0 8) 7 3 –8 3.

- [88] DORIDOT V, NOS C, AUCOUTURIER JS, SIGAL-ZAFRANI B, FOURQUET A, Clough KB.** Breast-conserving therapy of breast cancer. *Cancer Radiother.* 2004;8(1):21–8

[89] VAN DONGEN JA, BARTELINK H et al.

Factors influencing local relapse and survival and results of salvage treatment after breast-conserving therapy in operable breast cancer :EORTC trial 10801, breast conservation compared with mastectomy in TNM stage I and II breast cancer. Eur J cancer 1992; 28:801-5.

[90] JACOBSON JA. D'ANGELO T, STEINBERG SM,PIERCE L,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; 332:907-11.

[91] COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER.

Breast cancer and hormonal replacement therapy: collaborative reanalysis of individual data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Lancet 1997;350: 1047-59.

[92] LAYDE PM , BAUGHMAN AL, et al.

The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and steroid hormone study group. J Clin Epidemiol 1989 ; 42 : 963-73.

- [93] **CARTER STUDIES KEY TJ, APPLEBY PN, REEVES GK, RODDAM A, DORGAN JF, LONGCOPE C, STANCZYK FZ, STEPHENSON HE, FALK RT, MILLER R ET AL:**

Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women. Journal of the National Cancer Institute 2003, 95(16):1218-1226.

- [94] **GIULIANO K B, KIRGAN DM ET AL.**

LYMPHATIC MAPPING AND SENTINEL LYMPHADENECTOMY FOR BREAST CANCER. ET DE CHIRURGIE STEREOTAXIQUE ANN SURG; 1994; 220:39-59

- [95] **SCHWARTZBERG BS, GOATES JJ, KEELER SA, MOORE JA.**

Use of advanced breast biopsies: review of 150 consecutive biopsies. J Am Coll Surg 2000;191:9-15.

- [96] **HOLLAND R, CONNOLY JL, GELMAN R, ET AL.**

The presence of an **extensive** intraductal component following a limited excision correlates with prominent residual disease in the remainder of the breast. J Clin Oncol. 1990;8:113-8.

- [97] **L.MARIAC,, M.P. BLANC VINCENT.**

Standard, options, recommandations : hormonothérapie dans les cancer du sein non métastatique. Année 2000 : 9-12.

- [98] **NOS C, FRENEAUX P .HEITZ D, SASTRE-GARAU X, ET AL.**
Macroscopic quality control improves the reliability of blue dye-only sentinel lymph node biopsy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2003;10:525-30.
- [99] **BADGWELL BD, POVOSKI SP, ABDESSALAM SF,WALKER MJ ET AL**
Patterns of recurrence after sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Ann Sur Oncol* 2003;10:376-80
- [100] **CHUNG MA, STEINHOFF MM, CADY B.**
Clinical axillary recurrence in breast cancer patients after a negative sentinel node biopsy. *Am J Surg* 2002,184:310-4.
- [101] **ROUMEN RM, KUIJT GP ET AL.**
Treatment of 100 patients with sentinel node-negative breast cancer without further axillary dissection. *Br J Surg* 2001;88:1639-43
- [102] **SALMON RJ, BOUILLET TH ET AL.**
RECURRENCE IN THE AXILLARY p. 262-71.2012
- [103] **I. DONTRIAUX-DUMOULIN.**
Imagerie du sein traite. *Imagerie de la femme*; 2005 ; 15 (1-2) : 93-103.
- [104] **J. H. BIJEK, JS. AUCOUTURIER et al.**
Lymphocèles axillaires après curage ou prélèvement du ganglion sentinelle en cas de cancerdu sein. *Bull Cancer* 2005 ; 92 (2) : 179-83.

[105] VILCOCQ JR, CAMPANA F, FOURQUET A.IN:

Cancer du sein : traitement conservateur; facteurs de récurrences locales.
XVes Journées nationales de la SFSPMA. Clermont-Ferrand: Sauramps
médical Ed. 1993. p. 362-71.

**[106] CLOUGH KB, NOS C, FITOUSSI A, COUTURAUD B,
INGUENAUULT C, SARFATI I.**

Partial reconstruction after conservative treatment for breast cancer:
classification of sequelae and treatment options. Ann Chir Plast
Esthet. 2008;53(2):88–101.

[107] 2011 BREAST CANCER SYMPOSIUM RESEARCH Reveals
trends in survival, treatment. communiqué de presse, 6 septembre 2011.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 466

سنة: 2017

العلاج الاحتفاظي لسرطان الثدي:
تجربة مركز الشبيخة فاطمة لعلاج سرطانات المبيض والثدي والرحم

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: 21 دجنبر 2017

من طرفه

السيد: عثمان الهرموشي

المولد في 25 شتنبر 1990 بالرباط

طبيب داخلي بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: سرطان الثدي - دراسة وبائية - جراحة احتفاظية - رجوع مرضي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس ومشرف

أعضاء

السيد: زاكي الحنشي

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد: الطيب كبداني

أستاذ في طب الأشعة

السيدة: هند مرابطي

أستاذة في طب الأورام الطبية

السيد: حافظ حشي

أستاذ في الجراحة العامة