

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

ANNEE: 2017

THESE N°: 161

EVALUATION DU DEPISTAGE ET DE LA QUALITE
DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN AU CENTRE
DE REFERENCE DE LA SANTE REPRODUCTIVE DE KENITRA

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Mariame OUKELMOUN

Née le 29 Juillet 1987

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Dépistage – Détection précoce – Mammographie.

JURY

Mme. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. A. BAIDADA

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mr. B. RHRAB

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Mme. N. ZERAIDI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENTE &
RAPPORTEUR

JUGES



« Lutter contre le cancer est un vrai chantier de la vie. C'est une lutte de longue haleine, qui nous apprend humanité, humilité, solidarité et espoir. À la création de l'Association de lutte contre le cancer, qui porte mon nom, j'avais conscience de l'ampleur du défi, de l'immensité de la tâche et de la portée de l'engagement ».

Son Altesse Royale La Princesse Lalla Salma Présidente de l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer



**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
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI 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. BENSOUHA 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. BENSOUHA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI 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. BENJAFFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
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

Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 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 Abbes
 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*

Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
 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



Novembre 1997

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

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

Novembre 1998

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

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

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

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



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*

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

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI 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

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



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
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie

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*

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

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie



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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. ACHOUR Abdessamad*

Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

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
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie



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 Noureddine
 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*
 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

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
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

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 *

PROFESSEURS AGREGES :
Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem

Médecine interne
 Pédiatre
 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-phtisiologie



Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie

Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 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*

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 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



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

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
 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**

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

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**

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.



AOUT 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
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

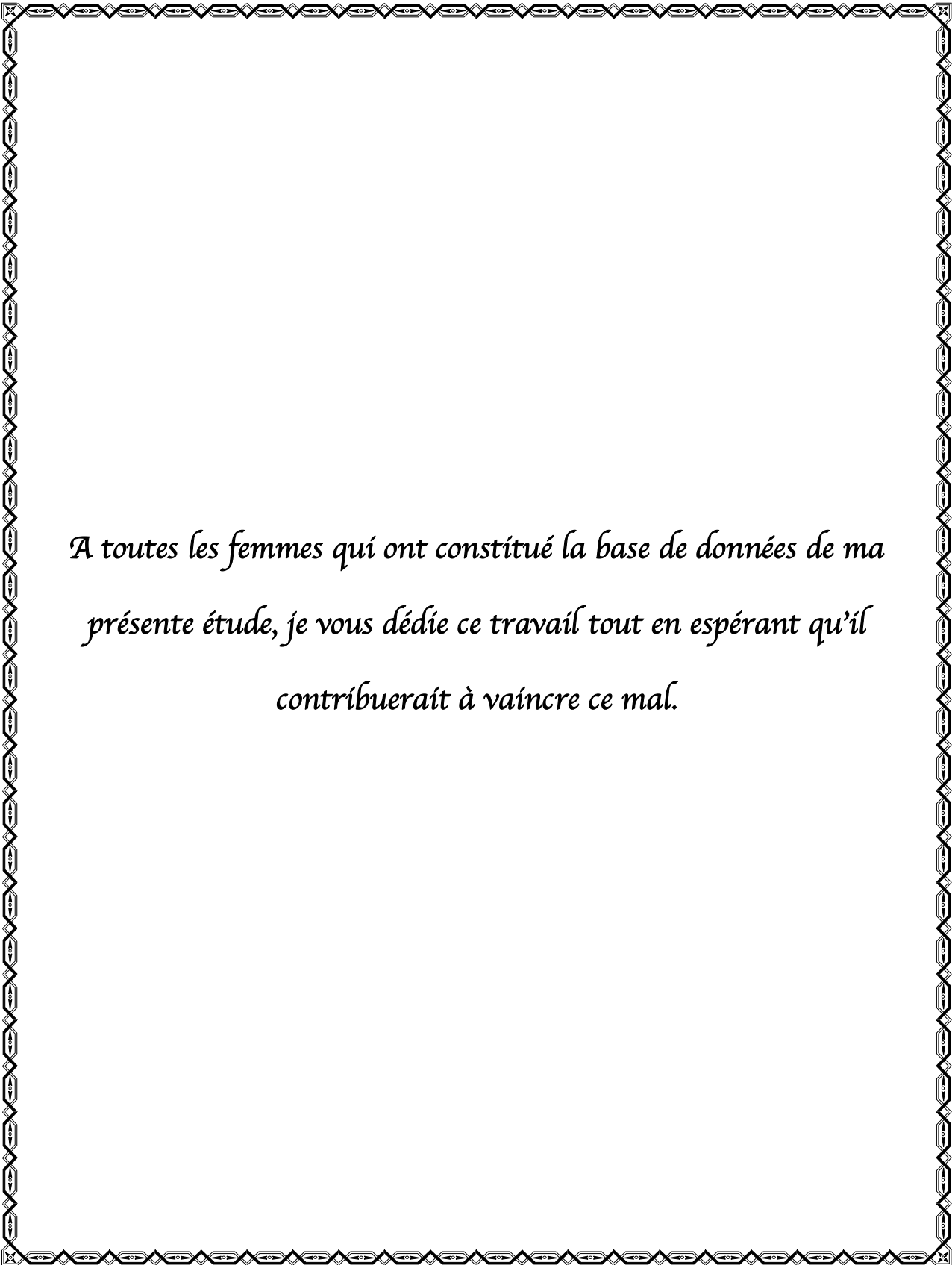
Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

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





DEDICACES

A decorative border composed of a repeating geometric pattern of diamonds and squares, enclosing the central text.

*À toutes les femmes qui ont constitué la base de données de ma
présente étude, je vous dédie ce travail tout en espérant qu'il
contribuerait à vaincre ce mal.*

A la mémoire de ma grand-mère Mama Hbiba dont ce mal s'est emparé..

Que Dieu l'accueille en sa sainte miséricorde

A mes très chers parents

Majdouline Daïf et Mohammed Oukelmoun

J'ai traversé des moments difficiles que maintes fois j'ai pensé que je ne verrai plus jamais le bout du tunnel. A chacun de ces moments, vous étiez là à me réconforter et me supporter.

Jamais je ne vous remercierai assez pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A ma très chère mère : On dit que la bénédiction d'une mère mène au paradis, moi je dis que tu es mon paradis. Merci pour tous tes sacrifices, ton soutien irréprochable et inlassable, tes prières. Merci Mama.

A mon cher père : Tu m'as appris les principes et les fondements de la vie, tu as fait de moi ce que je suis et serais, nul mot ne saurait exprimer ma fierté d'être ta fille et ma gratitude. Merci baba.

Que le bon Dieu vous protège et vous accorde santé et longue vie.

Je vous aime

A mon cher frère Achir ;

Rien au monde ne peut remplacer et valoir l'amour d'un frère.

*Ton grand cœur, ton soutien et tes encouragements ont été pour moi
d'un grand soutien moral.*

*Je te dédie ce travail en te souhaitant une longue vie épanouie, pleine
d'amour et de quiétude, et une excellente carrière professionnelle.*

Je t'aime frangin.

A mon adorable frèreot Ahmed Yassine

Tu es une source de joie inépuisable, de tendresse et d'amour.

*Je te souhaite une longue vie, pleine d'affection, de bonheur
et de réussites.*

Je serai toujours là pour t'épauler.

Je t'aime frèreot

A ma chère amie Nassima Ouguerzi,

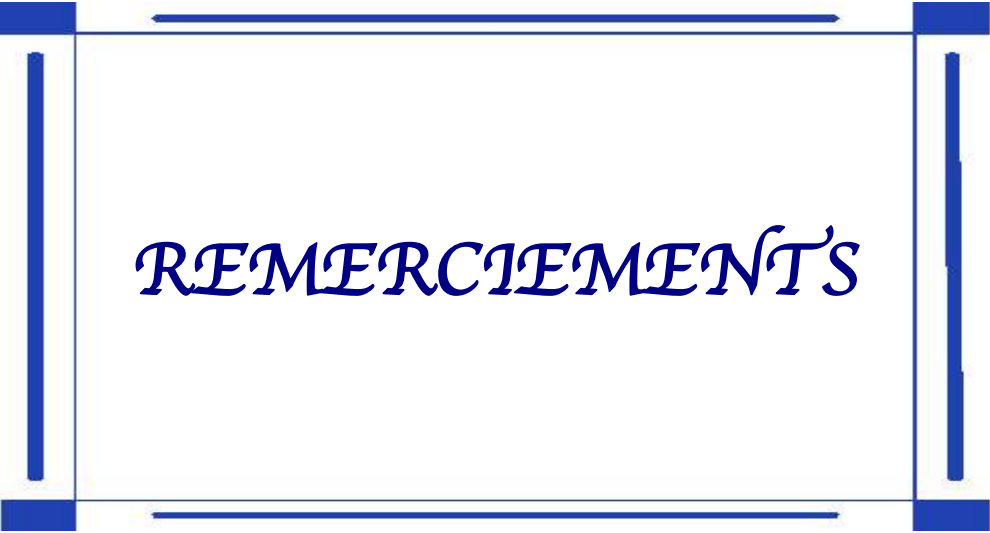
*Notre amitié ne date pas de très loin, mais restera éternelle, j'en suis
convaincue.*

*Aimable, souriante fidèle et réconfortante comme tu es, tu as
toujours su doubler mes joies, et alléger mes peines,
Je te dédie ce travail en témoignage de mon affection.*

A mes chères Sarah Oukhiat et Fouzia

*Je n'oublierai jamais tous les moments que nous avons vécus
ensemble.*

Je vous souhaite tout le bonheur. Je vous aime.



REMERCIEMENTS

A notre Maître, présidente et rapporteur de la thèse

Mme KHARBACH Aïcha

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

J'ai eu l'honneur et la chance lors de mes études en tant que médecin externe, de découvrir et d'apprendre la gynécologie à travers vous, vous incarnez chère Professeur toutes les qualités du maître et du médecin exemple.

Vous m'avez fait l'honneur de me guider au long de la réalisation de ce travail. J'espère avoir mérité votre confiance.

Veuillez trouver dans cet exposé toute ma gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et juge de la thèse

Mr BAYDADA Aziz

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*C'est pour moi un grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi
notre honorable jury.*

*Permettez-moi de vous présenter dans ce travail, le témoignage de
mon grand respect*

*Veuillez accepter ce travail avec toute mon estime et ma profonde
considération.*

A notre Maître et juge de la thèse

Mme LAKHDAR Amina

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

Je suis très honorée par votre présence dans notre jury de thèse.

Je vous présente tout mon respect devant vos compétences professionnelles, vos qualités humaines et votre disponibilité.

Je vous prie, chère Maître, d'accepter ce travail en témoignage de ma grande estime.

A notre Maître et juge de la thèse

Mr RHARAB Brahim

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*Je suis infiniment sensible à l'honneur que vous me faites de siéger
parmi notre jury de thèse.*

*Je vous porte cher maître une grande considération tant pour votre
extrême gentillesse, votre dynamisme ainsi que pour vos qualités
professionnelles.*

*Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma vive
reconnaissance et ma sincère gratitude*

A notre maître et juge de la thèse

Mme Zraïdi Najia

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

*Vous me faites le grand honneur de bien vouloir accepter de juger
mon travail avec une grande amabilité.*

*Permettez -moi de vous exprimer mon profond respect et vive
reconnaissance*

*A Docteur Deghmaoui Ghizlane et à Docteur Chahdi Houda ainsi qu'à
toute l'équipe du Centre de Référence de la Santé Reproductive de
Kénitra*

*Je ne saurais vous remercier pour tout le savoir que vous m'avez
transmis durant mon passage au centre, et pour votre aide dans
l'élaboration de ce travail.*

*Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse
méritent toute admiration.*

Permettez- moi de vous exprimer ma sincère gratitude.

*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*

Liste des abréviations

ACR	: American College of Radiology
Bi-rads	: Breast Imaging Reporting And Data System
CHU	: centre hospitalier universitaire
CRSR	: centre de référence de la santé reproductive
INC	: Institut National du cancer
INO	: Institut National d'Oncologie
IRM	: imagerie par résonnance magnétique
JQI	: jonction des quadrants inférieurs
JQS	: jonction des quadrants supérieurs
OMS	: organisation mondiale de la santé
QIE	: quadrant inféro-externe
QII	: quadrant inféro-interne
QSE	: quadrant supéro-externe
QSI	: quadrant supéro-interne
RR	: risque relatif
TAP	: thoraco-abdomino-pelvien
TDM	: tomodensitométrie

Liste des figures

Figure 1 Prévalence du cancer du sein chez la femme à travers le monde en 2012 selon l’OMS (4)	3
Figure 2 : Date de diagnostic et de décès pour un cancer dépisté ou diagnostiqué avant l’apparition de signes cliniques (9)	4
Figure 3 Le cadre conceptuel du plan national de prévention et de contrôle du cancer	10
Figure 4 Etapes du dépistage du cancer du sein au niveau I.....	14
Figure 5 Etapes du diagnostic du cancer du sein.....	16
Figure 6 : Répartition des cas selon l’âge et selon l’antécédent familial de cancer du sein	25
Figure 7: Répartition des cas en fonction du diagnostic	27
Figure 8 : Calcul de l’indication d’une consultation d’oncogénétique.....	72
Figure 9: Cancer du sein inflammatoire (68)	84
Figure 10: Masse hypoéchogène hétérogène avec cône d'ombre.....	89
Figure 11: Microbiopsie mammaire.....	93
Figure 13 Macro-biopsie	94
Figure 12: Type de prélèvement par macro-biopsie	95
Figure 14 Effet du retard sur la survie à 5 ans dans les études comparant les délais de moins de 6 mois avec des délais de plus de 6 mois	101

Liste des tableaux

Tableau 1 : Stratégie de détection précoce aux trois niveaux du système de santé	12
Tableau 2 : Répartition des cas selon l'âge	24
Tableau 3 : Répartition des cas en fonction du diagnostic :.....	25
Tableau 4 : Répartition des patientes en fonction de leur profession.....	29
Tableau 5 : Répartition des patientes en fonction de leur couverture médicale	29
Tableau 6 : Répartition des cas en fonction de leurs provenances :.....	30
Tableau 7 : Répartition des patientes en fonction de leurs âges.....	32
Tableau 8 : Répartition des femmes en fonction de leur statut hormonal ..	33
Tableau 9 : Répartition des cas en fonction du nombre d'enfants	37
Tableau 10 : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la première grossesse.....	38
Tableau 11 : Répartition des cas en fonction du statut d'allaitement.....	38
Tableau 12 : Répartition des cas en fonction de l'antécédent familial de cancer du sein	40
Tableau 13 Répartition des cas en fonction du critère de référence :.....	42
Tableau 14 : Répartition des cas en fonction du sein atteint.....	43
Tableau 15 : Répartition des patientes selon les anomalies du contour mammaire.....	44

Tableau 16 : Répartition des cas selon les anomalies aréo-mammelonnaires retrouvées	44
Tableau 17 : Répartition des cas en fonction des anomalies de la surface du sein	45
Tableau 18 : Siège du nodule par rapport aux quadrants du sein.....	46
Tableau 19 : Répartition des cas selon le nombre de nodules palpables	47
Tableau 20 : Répartition des cas selon la fixité du nodule	48
Tableau 21 : Répartition des patientes en fonction du lieu de réalisation de la mammographie	50
Tableau 22 : Lieu d'interprétation des clichés de mammographie	51
Tableau 23 : Anomalies retrouvées à l'échographie.....	53
Tableau 24 : Répartition des cas selon les résultats de l'échographie axillaire.....	53
Tableau 25 : Autres anomalies échographiques mises en évidence	54
Tableau 26 : Autres explorations	54
Tableau 27 : Résultats du bilan d'extension.....	55
Tableau 28 : Répartition des patientes en fonction du lieu de réalisation de la biopsie	56
Tableau 29 : Répartition des cas en fonction du type histologique de la tumeur	57
Tableau 30 : Répartition des cas en fonction du grade SBR.....	58

Tableau 31 : Répartition des cas en fonction de la présence de la composante intra- canalaire	58
Tableau 32 : Répartition des cas en fonction de l'existence d'emboles vasculaires	59
Tableau 33 : Répartition des cas en fonction des structures de niveau I de provenance	61
Tableau 34 : Répartition des cas selon la durée de prise en charge diagnostique	65
Tableau 35 Répartition des patientes selon le lieu de prise en charge thérapeutique	66
Tableau 36 Incidence du cancer du sein par classe d'âge et par sexe, registre des cancers du grand Casablanca 2008 - 2012.....	70
Tableau 37 : Comparaison entre études des fréquences de localisation du cancer du sein :	79

Liste des graphiques

Graphique 1 : Activité du centre selon les mois.....	23
Graphique 2 : Taux des femmes âgées de 45 à 69 ans ayant bénéficié de mammographie.....	28
Graphique 3 Répartition des patientes en fonction de leurs types de couvertures médicales.....	30
Graphique 4 : Répartition des cas en fonction de la structure référante.....	31
Graphique 5 : Répartition des cas selon leurs tranches d'âge.....	33
Graphique 6 : Répartition des patientes en fonction de l'âge de la ménopause.....	34
Graphique 7 : Répartition des cas en fonction de la prise de contraceptifs hormonaux.....	35
Graphique 8 : Répartition des cas en fonction de la durée d'administration de contraceptifs hormonaux.....	36
Graphique 9 : Répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants	37
Graphique 10 : Répartition des cas en fonction des antécédents familiaux de cancer du sein	40
Graphique 11 : Critères de référence d'un établissement de niveau I.....	43
Graphique 12 : Répartition des cas selon le siège du nodule.....	46
Graphique 13 : Répartition des cas selon la taille du grand axe du nodule	47
Graphique 14 : Les signes cliniques associés retrouvés chez les patientes	49
Graphique 15 : Lieu d'interprétation de la mammographie.....	51

Graphique 16 : Résultats de la mammographie selon la classification Bi-rads	52
Graphique 17 : Répartition des cas en fonction du délai écoulé entre la référence d'une structure niveau I et la 1 ^{ère} consultation au CRSR	60
Graphique 18 : Répartition des cas en fonction du délai entre la 1 ^{ère} consultation et la réalisation de la mammographie	62
Graphique 19 : Répartition des femmes selon le délai entre la mammographie et la micro-biopsie mammaire	63
Graphique 20 : Répartition des cas selon le délai entre la microbiopsie mammaire et la référence pour prise en charge diagnostique	64
Graphique 21 : Incidence des cancers du sein selon l'âge	69
Graphique 22: La survie des cancers du sein selon le stade T (59)	82
Graphique 23 : Comparaison de la taille tumorale entre les séries	83
Graphique 24 :Taux de survie selon le nombre d'adénopathies	86
Graphique 25: Taux des grades SBR selon différentes séries	99



SOMMAIRE

Introduction	1
I. Prévention du cancer du sein	4
I.1 Prévention primaire	4
I.2 Prévention secondaire	4
I.2.1 Les principes du dépistage	5
I.2.2 Le dépistage du cancer du sein	7
I.3 La prévention tertiaire	8
II. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019	9
II.1 Concept du plan national de prévention et du contrôle du cancer	9
II.2 Le programme national de détection précoce du cancer du sein	11
II.2.1 Etape du dépistage du cancer du sein	12
II.2.2 Etapes du diagnostic	15
III. Objectifs de l'étude	17
Méthodologie	18
Résultats	22
RESULTATS QUANTITATIFS	23
I. Répartition des nouvelles consultations selon l'âge	24
II. Répartition des nouvelles consultations selon le diagnostic positif du cancer du sein	25
III. Patientes ayant bénéficiée d'une mammographie	27

RESULTATS QUALITATIFS	29
I. Profil socio-économiques des patientes	29
I.1 Statut professionnel des patientes	29
I.2 Type de couverture médicale	29
I.3 La région de provenance	30
I.4 Qualité des établissements référant aux CRSR	31
II. Epidémiologie	32
II.1 L'âge	32
II.2 Statut hormonal	33
II.3 La contraception	35
II.4 La parité	37
II.5 Age de la première grossesse	38
II.6 L'allaitement	38
II.7 Antécédents personnels mammaires	39
II.8 Antécédent familiaux du cancer du sein	40
II.9 Antécédents de cancer de l'ovaire	41
II.10 Traitement hormonal	41
II.11 Tabagisme-alcoolisme	41
II.12 L'obésité	41
II.13 L'âge des premières ménarches	41

III. Données cliniques	42
III.1 Critères de référence au CRSR	42
III.2 Examen clinique	43
III.2.1 Topographie de la tumeur	43
III.2.2 Signes cliniques	44
IV. Données para-cliniques	50
IV.1 Données radiologiques	50
IV.1.1 Mammographie	50
IV.1.2 Echographie mammaire	52
IV.1.3 Autres explorations radiologiques	54
IV.2 Données anatomo-pathologiques	56
IV.2.1 Biopsie mammaire	56
IV.2.2 Cytoponction	59
V. Délais de prise en charge	60
V.1 Délai entre la référence d'une structure de santé niveau I et la 1 ^{ère} consultation au CRSR	60
V.2 Délai entre première consultation au CRSR et la réalisation de la mammographie	62
V.3 Délai entre mammographie et biopsie mammaire	63
V.4 Délai entre la biopsie et la référence à une structure de niveau III	64
V.5 Délai entre mammographie et référence à une structure de niveau III	65

V.6 Durée de prise en charge des patientes au niveau du CRSR	65
VI. Lieu de la prise en charge thérapeutique	66
VII. Le déroulement de la prise en charge thérapeutique	66
Discussion	67
I. Etude des femmes diagnostiquées positives	68
I.1 Facteurs de risque	68
I.1.1 Facteurs à risque élevé	68
I.1.2 Facteurs liés à la reproduction	73
I.1.3 Facteurs hormonaux exogènes	74
I.1.4 Facteurs hormonaux endogènes	75
I.1.5 Facteurs liés aux antécédents personnels	76
I.1.6 Facteurs liés au mode de vie	76
I.2 Etude clinique	78
I.2.1 Suspicion diagnostique	78
I.2.2 Examen clinique	79
I.3 Etude para-clinique	88
I.3.1 Radiologie	88
I.4 Anatomie-pathologique	92
I.4.1 Biopsie mammaire	92
I.4.2 La cytoponction	96

I.4.3 Les types histologiques	97
I.4.4 Le grade histo-pronostique.....	98
I.4.5 Emboles vasculaires	99
II. Evaluation de la qualité de la prise en charge	100
II.1 Délais de prise en charge	100
II.2 Activité du centre	104
II.2.1 Nombre de consultations	104
II.2.2 La population recrutée	104
II.2.3 Le nombre de mammographies réalisées	105
II.2.4 Coût des soins	106
Conclusion	108
Résumé	111
Annexes	115
Références bibliographiques	131



Introduction

Le cancer du sein est de nos jours un problème de santé majeur à l'échelle planétaire. Il pèse énormément tant du point de vue souffrance humaine que du point de vue économie de la santé. C'est le premier cancer féminin et la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Plus de 1 050 000 nouveaux cas de cancer du sein surviennent chaque année dans le monde, dont plus de 580 000 dans les pays développés (Europe de l'ouest et Amérique du nord) où il est plus fréquent qu'en Afrique ou en Asie. Selon le rapport Globocan (2008), en Afrique la fréquence du cancer du sein représente 24,5 % des cancers incidents chaque année et est ainsi en chef de file des cancers féminins. Au niveau mondial, il est responsable chaque année de plus de 400 000 décès de femmes. (1)

Au Maroc, qui est un pays de transition épidémiologique, le cancer du sein est à la tête des cancers de la femme, il représente 36,1 % des cancers féminins et cause une mortalité de 29,3% (2). L'étude réalisée entre le 15/01/1985 et le 31/12/2002 par le service d'épidémiologie de l'Institut National d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah à Rabat a montré que le cancer du sein a plus que doublé durant cette période, passant de 417 cas à 887 cas.

Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme au Maroc, cependant, dans le monde entier et d'après les données du Globocan(2008), et de l'OMS (2016) le Maroc occupe une zone intermédiaire avec une incidence variant entre 30,8 et 36,5 pour 100 000 habitants. (3)

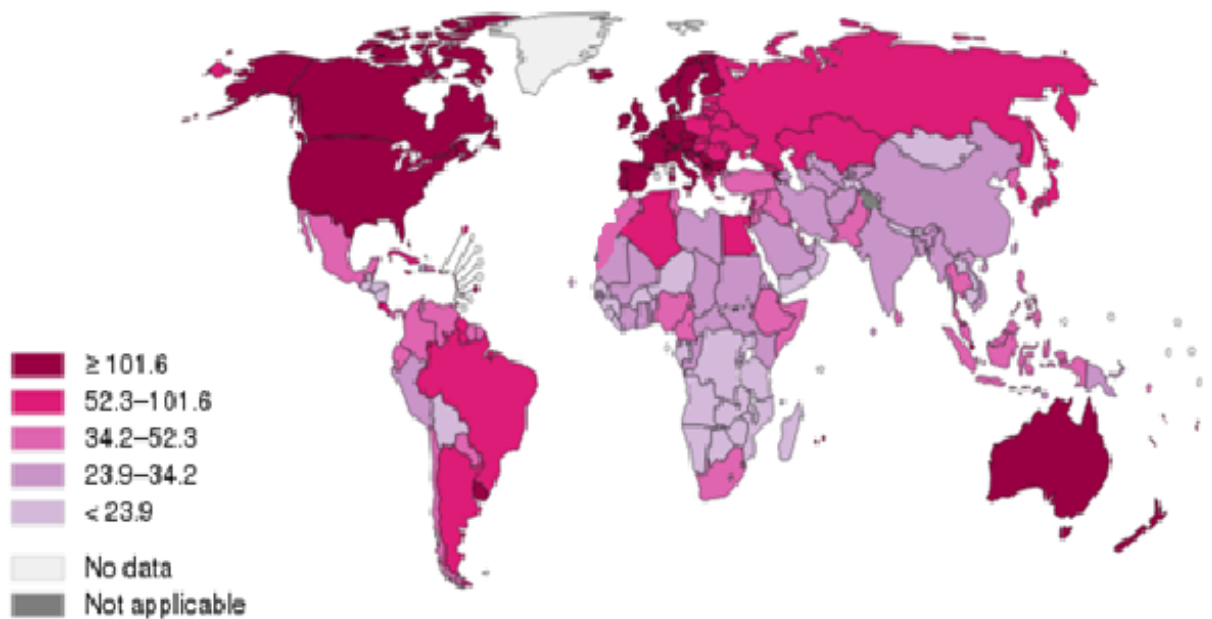


Figure 1 prévalence du cancer du sein chez la femme à travers le monde en 2012 selon l'OMS (4)

Compte tenu la gravité de ce fléau, plusieurs programmes visant l'information, la sensibilisation et la détection précoce ont été lancés de par le monde. Leurs activités permettent une prise en charge thérapeutique au début de l'apparition du mal moins lourde sur les plans psychologique et médical, et permettant d'améliorer le pronostic du cancer. La mortalité liée peut être ainsi réduite de 26% (5) à 34% (6)

I. Prévention du cancer du sein :

I.1 Prévention primaire :

La mise en place d'une stratégie de prévention primaire apparaît difficile en raison des différents points suivants :

- L'origine multifactorielle et non complètement élucidée du cancer du sein.
- L'ampleur du risque entraîné par chacun des facteurs de risque est faible.
- Certains facteurs de risque ne sont pas accessibles à des mesures de prévention comme les facteurs liés à la vie reproductive.

Les messages généraux de prévention incitant à la pratique d'une activité physique régulière, à éviter l'obésité, à limiter la consommation d'alcool pourraient contribuer à limiter le nombre de cancers du sein. L'efficacité de tels messages est néanmoins difficile à quantifier.

I.2 Prévention secondaire :

Les cliniciens ont dès la fin du 19^{ième} siècle observé que le diagnostic d'un cancer à un stade d'extension limité permettait de proposer un traitement curatif (7) (8).

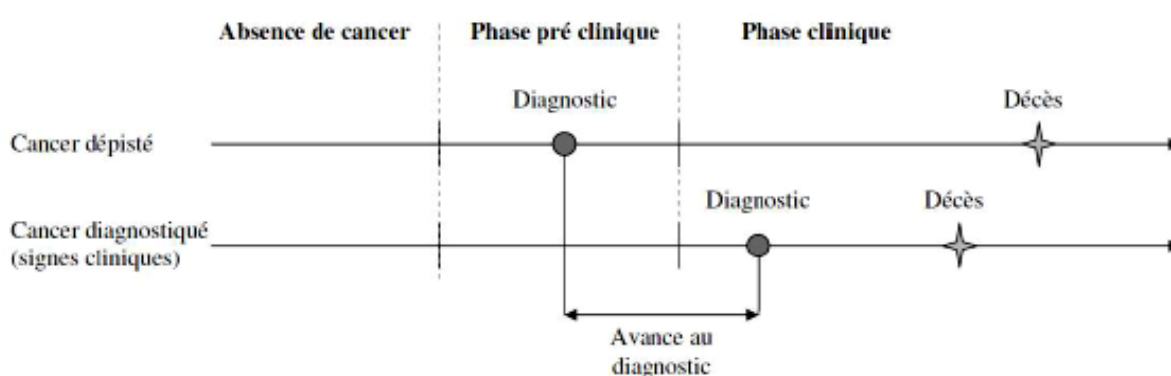


Figure 2 : date de diagnostic et de décès pour un cancer dépisté ou diagnostiqué devant l'apparition de signes cliniques (9)

I.2.1 Les principes du dépistage :

a) Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): « le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie ou d'une anomalie donnée et celles qui en sont probablement exemptes » (10)

On définit un test de dépistage par les valeurs suivantes : vrais positifs (VP), vrais négatifs (VN), faux positifs (FP), faux négatifs (FN), valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN).

Un bon test de dépistage devra être très sensible (ne pas laisser "passer" des cancers) et spécifique (ne pas faire croire à un cancer et engendrer des examens complémentaires inutiles).

La valeur prédictive positive est la probabilité qu'une personne soit vraiment malade si le test se révèle positif.

La valeur prédictive négative est la probabilité qu'une personne ne soit pas vraiment malade lorsque le test est négatif.

Une valeur prédictive positive faible fait pratiquer, pour essayer d'affirmer le diagnostic, beaucoup d'examens pénibles stressants et coûteux inutiles à des gens bien portants.

Une valeur prédictive négative faible fait rassurer à tort des personnes porteuses de cancer.

Le diagnostic précoce consiste à diagnostiquer des signes précurseurs et symptômes du cancer afin de faciliter le diagnostic avant que le mal ne soit à un stade avancé, ce qui permet un traitement plus léger et plus efficace.

La détection précoce est l'implantation organisée et systématique d'interventions qui comprennent le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement qui s'en suit.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (11), afin qu'un programme de dépistage soit efficace, trois types de critères doivent être remplis :

- Critères relatifs à la maladie :
 - La maladie doit constituer un véritable problème de santé publique tant au niveau individuel (mortalité élevée) qu'au niveau communautaire (fréquence élevée);
 - L'histoire naturelle de la maladie recherchée doit être connue;
 - La maladie doit rester pendant longtemps à un stade préclinique (longue période entre les signes précliniques et les signes de gravité).
- Critères relatifs aux tests de dépistage : Ces derniers doivent être :
 - simples à administrer;
 - sensibles et spécifiques;
 - sans danger pour la population, acceptables et peu onéreux;
 - fiables dans leurs résultats.
- Critères relatifs aux moyens de diagnostic et au traitement : les procédures de diagnostic et de traitement soient simples et efficaces;

- les services soient disponibles et équipés.

b) types de dépistages

Il existe différents types de dépistage (12) :

- systématique dit « de masse » : la population recrutée est non sélectionnée.
Dans le cas particulier du critère d'âge, le dépistage est considéré comme généralisé à l'ensemble de la tranche d'âge considérée ;
- sélectif ou ciblé : la population recrutée est sélectionnée sur des critères préalablement définis (facteurs de risque mis en évidence par des études contrôlées) ;
- organisé ou communautaire : la population est recrutée dans la communauté. Le dépistage est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et il s'appuie sur la participation volontaire des sujets ;
- opportuniste : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail ;
- multiple : il consiste en la recherche simultanée de plusieurs affections par l'utilisation simultanée de plusieurs tests de dépistage.

1.2.2 Le dépistage du cancer du sein :

Le cancer du sein remplit les principaux critères établis par l'organisation mondiale de la santé laissant présager qu'un programme de dépistage serait bénéfique (13) (14) :

- Le cancer du sein est un problème important de santé publique puisqu'il arrive en première position en termes d'incidence et de mortalité par cancer chez les femmes dans la plupart des pays.
- Les moyens diagnostiques appropriés sont disponibles pour poursuivre les investigations des résultats positifs de la mammographie.
- Bien que l'histoire naturelle ne soit pas totalement connue, l'existence d'une phase asymptomatique est bien établie.
- Le test de dépistage par mammographie est efficace, non délétère et acceptable par la population.
- Le traitement repose sur la radiothérapie, la chirurgie, l'hormonothérapie, et la chimiothérapie, et il doit être plus efficace lorsqu'il est appliqué à un cancer de stade précoce qu'à un cancer de stade tardif.

I.3 La prévention tertiaire :

Elle a une vocation post-cancer:

Prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

Retrouver des conditions de vie telles qu'elles l'étaient avant la maladie, ou aussi proches que possible, en recréant par exemple un lien social, professionnel ou familial.

II. Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019:

II.1 Concept du plan national de prévention et du contrôle du cancer :

Sous l'impulsion de Son Altesse Royale La Princesse Lalla Salma, présidente de l'Association Lalla Salma de lutte contre le Cancer (ALSC) et Ambassadrice de bonne volonté de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la promotion de la prévention et des soins du cancer, le Maroc s'est inscrit dans l'élan international et s'est mobilisé pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC), conformément à la stratégie mondiale. Le PNPCC a été officiellement lancé le 24 mars 2010 (15).

L'objectif de ce plan est de réduire la morbidité et la mortalité imputables au cancer et d'améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches, dans un cadre global et intégré, basé sur la mobilisation sociale. Le PNPCC a comme caractéristique de vouloir assurer la mise en œuvre des droits des malades atteints de cancer, en proposant un programme basé sur l'impartialité, planifiant un service humain fondé sur l'équité (16).

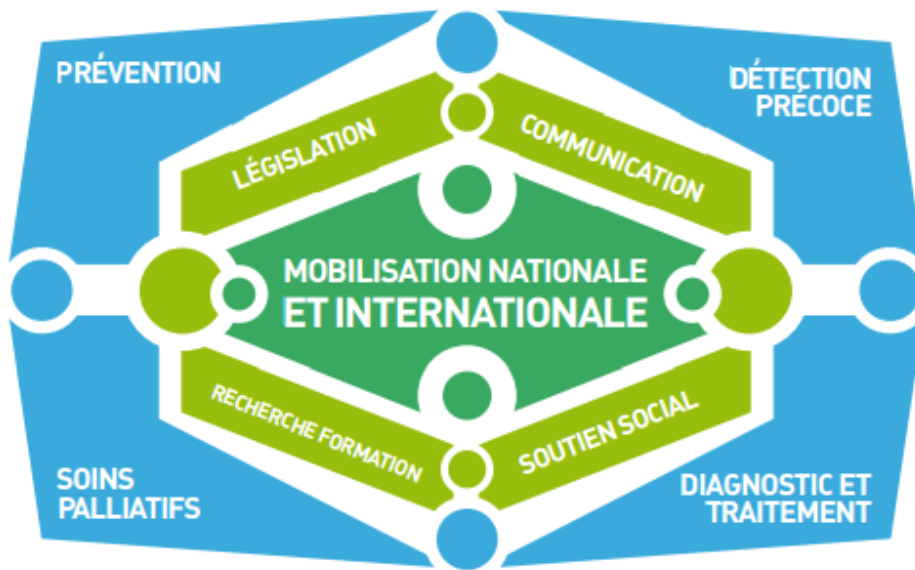


Figure 3 le cadre conceptuel du plan national de prévention et de contrôle du cancer

Ce PNPCC prévoit 78 mesures opérationnelles à entreprendre dans les domaines stratégiques suivants (16) :

- Prévention
- détection précoce
- prise en charge diagnostique et thérapeutique
- soins palliatifs
- mesures d’accompagnement

La priorité du PNPCC est la détection précoce des cancers du sein et du col utérin et pour cela, il a arrêté ainsi 5 actions déclinées en 13 mesures (17) :

- ❖ Mettre en place une stratégie de dépistage (cancer du sein et cancer du col utérin)
- ❖ Mettre en place une stratégie de diagnostic précoce (améliorer les possibilités d'accès aux services de diagnostic précoce et assurer la formation en matière de technique)
- ❖ Assurer l'accès aux programmes de détection précoce
- ❖ Développer un système d'information des activités de détection précoce
- ❖ Développer la recherche

II.2 Le programme national de détection précoce du cancer du sein :

Dans le cadre du PNPCC 2010-2019, la Fondation Lalla Salma a mis en place un programme de détection précoce du cancer du sein, qui s'appuie sur des campagnes de sensibilisation et d'information de grande envergure, en prenant en compte les trois niveaux du système de santé marocain.

Niveau 1 : centres de santé, cabinets des médecins généralistes

Niveau 2 : hôpitaux préfectoraux et provinciaux, centres de diagnostic, cabinets et cliniques des médecins spécialistes.

Niveau 3 : centres hospitaliers universitaires, centres régionaux d'oncologie, cliniques privées d'oncologie

Les différentes étapes de détection précoce et notamment de dépistage ont été codifiées et uniformisées au niveau du royaume.

Tableau 1 stratégie de détection précoce aux trois niveaux du système de santé

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Quoi ?	Dépistage	Diagnostic précoce des cancers du sein et du col utérin Traitement des lésions précancéreuses du cancer du col utérin	Prise en charge thérapeutique des cas de cancers invasifs
Où ?	Centres de soins de santé de base	Centres de référence de la santé reproductive (CRSR)	Centres d'oncologie
Pour qui ?	Femmes de 30 à 49 ans pour le cancer du col De 45 à 69 ans pour le cancer du sein	Femmes référées par le niveau 1	Femmes diagnostiquées par le niveau 2
Par qui ?	Médecins généralistes ou infirmiers	Médecins et gynécologues spécialistes	Médecins spécialistes : oncologues, chirurgiens et radiothérapeutes
Comment ?	Accueil, recrutement des participantes, information sur le programme, examen clinique des seins, IVA	Accueil, examen clinique, mammographie, échographie, colposcopie et examens complémentaires	Accueil, prise en charge thérapeutique

II.2.1 Etape du dépistage du cancer du sein (18) :

a) A qui s'adresse le dépistage ?

- A toute femme âgée de 45 à 69 ans et à toute femme présentant des antécédents familiaux de cancer du sein (grand-mère, mère, sœur, tante)
- Sont exclues les patientes qui ont eu un cancer du sein ou qui consultent pour une symptomatologie connue en faveur du cancer du sein.

b) Où se fait le dépistage ?

Le dépistage se fait au niveau des centres de santé urbains (CSU) ou des centres de santé communaux (CSC) avec ou sans module d'accouchement. Il se pratique dans une salle d'examen respectant l'intimité de la femme, bien éclairée: salle de SMI/PF, salle de consultation médicale.

c) Par qui ?

Par des médecins généralistes, des sages-femmes et/ou des infirmières de SMI/PF dûment formés.

d) Par quel moyen de dépistage (test) ?

Le dépistage du cancer du sein se fait par l'examen clinique des seins.

e) Comment est pratiqué l'examen clinique ?

Après un interrogatoire à la recherche des facteurs de risque, l'examen clinique des seins doit être méthodique sous un bon éclairage. L'examen comporte l'inspection et la palpation des seins et des aires ganglionnaires.

f) Conduite à tenir après l'examen clinique

Trois cas de figures :

•• Examen normal sans antécédent familial de cancer du sein : le professionnel de santé est tenu de lui annoncer le résultat en l'assurant sur le caractère normal de l'examen et en lui recommandant de revenir pour un nouvel examen deux ans après. Le résultat et le rendez sont notifiés dans le dossier médical et le carnet de santé de la femme.

•• Examen normal avec un antécédent familial de cancer du sein : le professionnel de santé doit lui expliquer l'importance d'être réexaminée par un médecin spécialiste et doit la référer systématiquement vers le CR SR. Les informations recueillies lors de l'examen sont notifiées sur le dossier médical et le carnet de la participante, une fiche de référence lui est délivrée.

•• **Examen anormal** : est considéré comme examen anormal, toute femme présentant un ou plusieurs des signes suivants :

- Des modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires,
- Une tumeur,
- Un écoulement mamelonnaire
- ou une adénopathie axillaire ou sus claviculaire.

Le professionnel de santé est tenu d'en informer la participante, de la rassurer et de lui expliquer l'importance et la nécessité d'être réexaminée voire suivie par un médecin spécialiste au niveau du CRSR. Il doit en outre consigner le siège de l'anomalie et sa taille sur les supports d'information destinés à cet effet. Une fiche de référence lui est délivrée (voir Annexe).

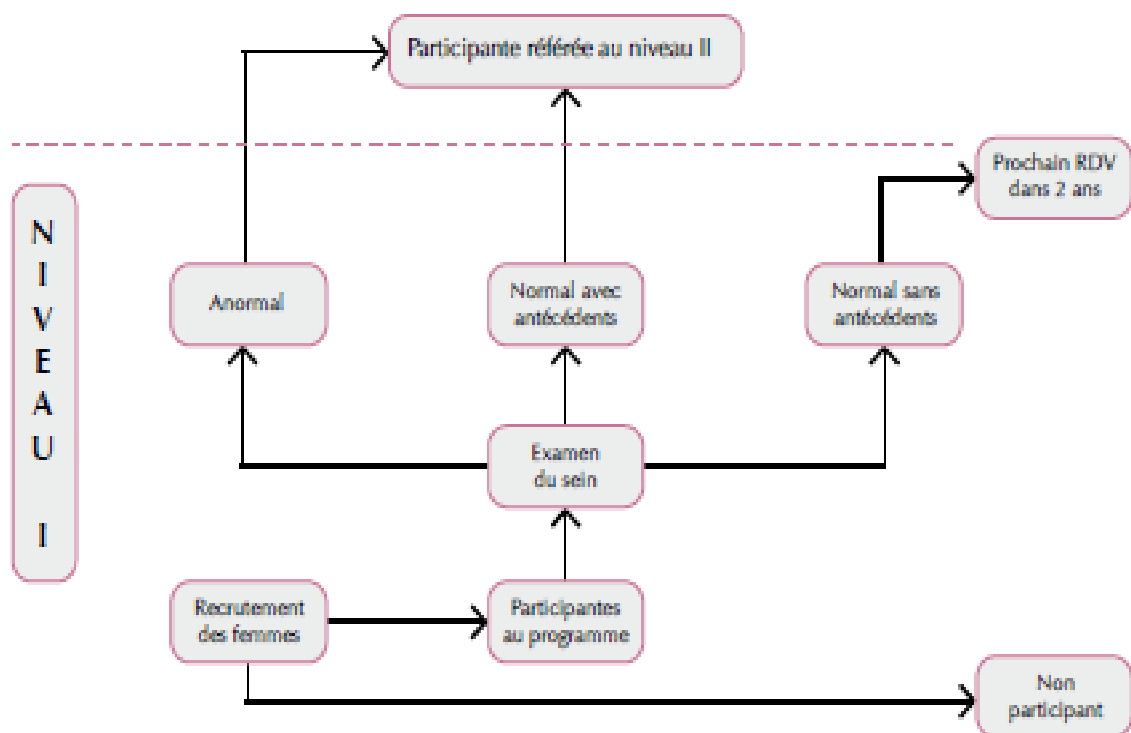


Figure 4 Etapes du dépistage du cancer du sein au niveau I

II.2.2 Etapes du diagnostic

a) A qui s'adresse le diagnostic ?

Toutes les femmes participantes au dépistage référées par les professionnels de santé des CSU et CSC pour une anomalie clinique du sein ou ayant un antécédent familial de cancer du sein.

b) Où se fait le diagnostic de cancer du sein ?

Au niveau du centre de référence de santé reproductive.

c) Par qui ?

Le gynécologue, le radiologue, l'anatomopathologiste, les techniciens de radiologie et d'anatomopathologie.

d) Quels sont les moyens de diagnostic ?

- L'examen clinique par le gynécologue
- La mammographie par un appareil de mammographie conventionnel ou numérisé
- L'échographie mammaire par un échographe muni d'une sonde mammaire
- La cytologie (Cytoponction + cytologie de l'écoulement)
- La micro biopsie.

Les cas confirmés de cancer du sein sont référés aux centres d'oncologie. Leur traitement est décidé lors de réunions tenues par des staffs spécialisés multidisciplinaires. (19)

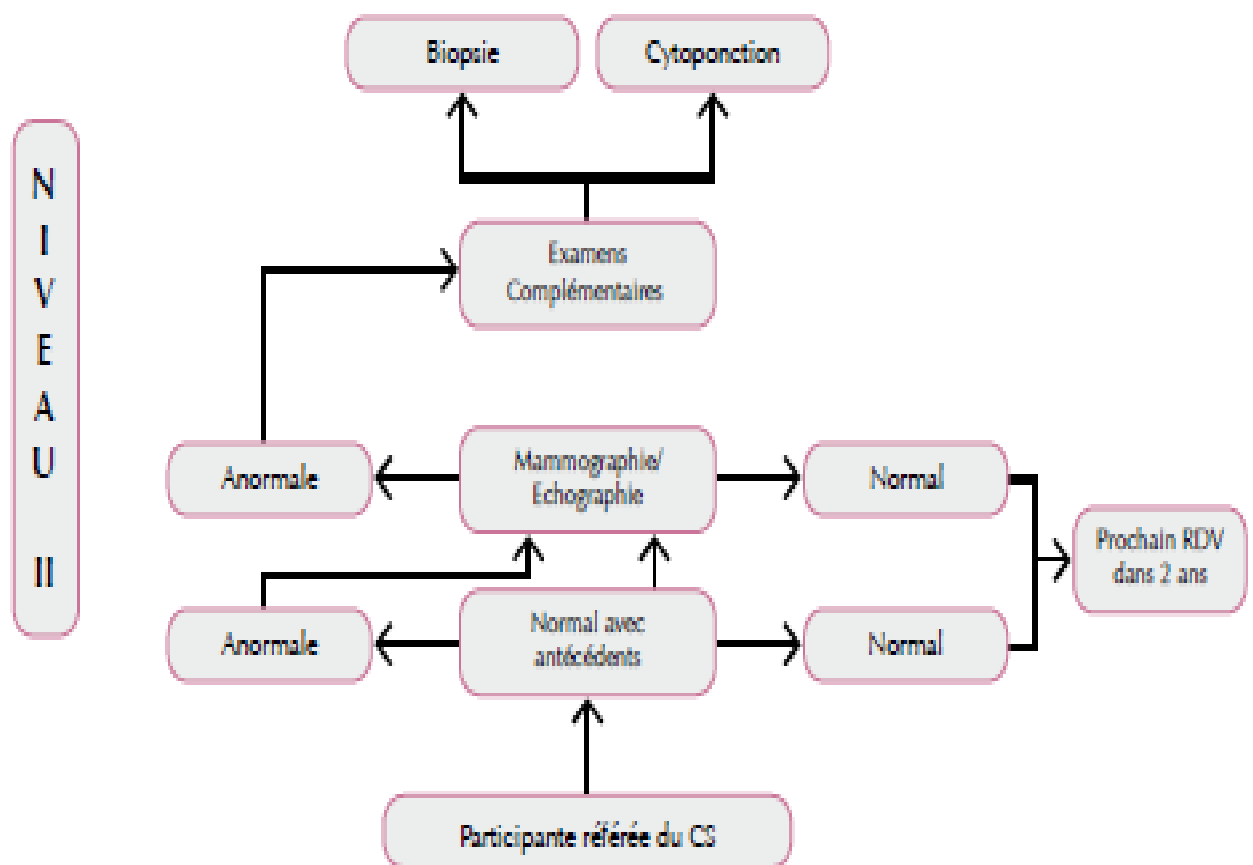


Figure 5 Etapes du diagnostic du cancer du sein

III. Objectifs de l'étude :

Notre étude porte sur deux volets principaux : évaluer les mesures entreprises dans la prise en charge et le dépistage du cancer du sein d'un point de vue organisationnel, en se basant sur les directives du plan d'action national de détection précoce du cancer du sein, et étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et socio-économiques des patientes diagnostiquées atteinte de ce mal domiciliées dans la région de Kénitra, constituer une base de données afin d'en ressortir un profil et de le comparer aux autres populations.

Ceci dans le but de proposer des recommandations et des évaluations permettant d'améliorer et d'orienter la prise en charge.



Méthodologie

1- Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au sein du Centre de Référence de Santé Reproductive CRSR pour la détection précoce des cancers du sein et du col utérin de Kénitra.

Cette structure a été réalisée par le ministère de la santé et le bienfaiteur Haj Mohammed Tber, et équipée par l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer en 2012.

Le centre reçoit les patientes référées par les structures de santé niveau I, en provenance de la région d'el Gherb- Chrarda-Beni Hssen.

•Structure d'accueil :

Le centre est composé de :

- Deux salles d'attente
- Trois salles de consultation pour le dépistage et le diagnostic du cancer du sein dotées d'un échographe
- Une salle de mammographie
- Une salle de consultation pour le dépistage et le diagnostic du cancer du col utérin
- Une salle de colposcopie
- Une salle d'observation
- Une pharmacie
- Deux bureaux et une salle de réunion

•Ressources humaines :

- Un médecin chef
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Trois infirmières
- Une technicienne radiologie

•Capacité :

La capacité de ce centre peut atteindre 6000 consultations par an.

•Méthodes d'information :

Le centre n'est pas doté d'un système informatisé, pour la gestion des données des patientes, le personnel d'accueil remplit des registres d'admission , des registres de références, et des dossiers de patientes pré établis par l'association Lalla Salma destinés aux femmes âgées entre 45 et 69 ans (voir Annexe).

2- Période de l'étude :

Notre étude est menée sur une période de douze mois ; du début du mois d'avril 2015 à la fin du mois de mars 2016.

3- Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive.

4- Echantillon étudié :

- Quantitatif : toutes les femmes ayant consulté au CRSR
- Qualitatif : les femmes dont le diagnostic du cancer du sein a été confirmé.

5- Critères d'inclusion :

Toutes les femmes ayant consulté pour la première fois au CRSR dans le cadre du dépistage et de détection précoce du cancer du sein durant notre période d'étude

6- Critères d'exclusion :

Les patientes dont la prise en charge a débuté avant notre période d'étude

7- Collecte des données :

Nous avons tout d'abord étudié les dossiers de toutes les patientes ayant consulté au CRSR durant notre période d'étude, effectué un triage, puis nous avons recueilli manuellement les données sociodémographiques, cliniques, anatomo-pathologiques des patientes dont le diagnostic du cancer du sein a été confirmé au CRSR et dont le nombre est de 140 cas.

8- Gestion des données :

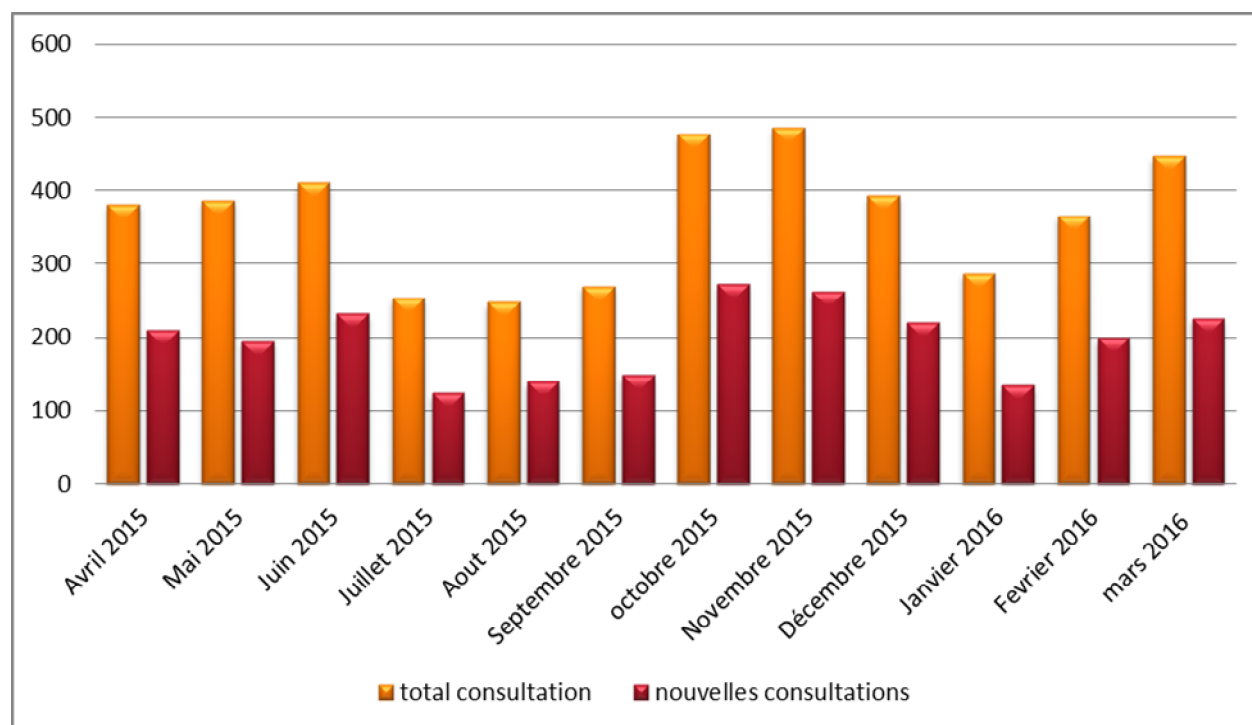
Les données collectées ont été transcrites soigneusement sur des fiches d'exploitation détaillées (voir la fiche d'exploitation en annexe), puis analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.



Résultats

RESULTATS QUANTITATIFS :

Durant notre période d'étude s'étalant sur une année, le centre a effectué 4406 consultations, dont 2045 étaient des consultations de suivi et 2361 de nouvelles consultations. La moyenne de consultations par jour était de 18 jours.



Graphique 1 Activité du centre selon les mois

On note un pic de consultations les mois d'octobre et novembre concordant avec les campagnes de sensibilisation et octobre rose.

I. Répartition des nouvelles consultations selon l'âge :

Tableau 2 répartition des cas selon l'âge

Total des femmes consultantes pour la première fois	2361	
→femmes âgées entre 45 et 69 ans	972	41,17%
femmes ayant le critère âge et ayant un antécédent familial	92	9,47%
femmes ayant seulement le critère âge	880	90,53%
→femmes dont l'âge est supérieur à 69 ou inférieur à 45	1389	58,83%
femmes n'ayant pas le critère âge et ayant un antécédent familial	104	7,49%
femmes n'ayant ni critère âge ni antécédent familial	1285	92,51%

Sur le total des nouvelles consultations ayant eu lieu au centre :

- 41,17% des femmes consultantes avaient un âge supérieur ou égal à 45ans, et inférieur ou égal à 69ans.
- 58,83% avaient un âge inférieur à 45 ans ou supérieur à 69 ans.
- 9,47% des femmes âgées entre 45ans et 69 ans avaient un antécédent familial de cancer du sein.
- 7,49% des femmes ayant un âge inférieur à 49ans ou supérieur à 69ans avaient un antécédent familial de cancer du sein.
- 45,57% des femmes ayant consulté avaient soit un antécédent familial soit un âge supérieur ou égal à 45 ans et inférieur ou égal à 69 ans.
- 54,42% des consultations n'ont ni critère âge ni antécédent familial

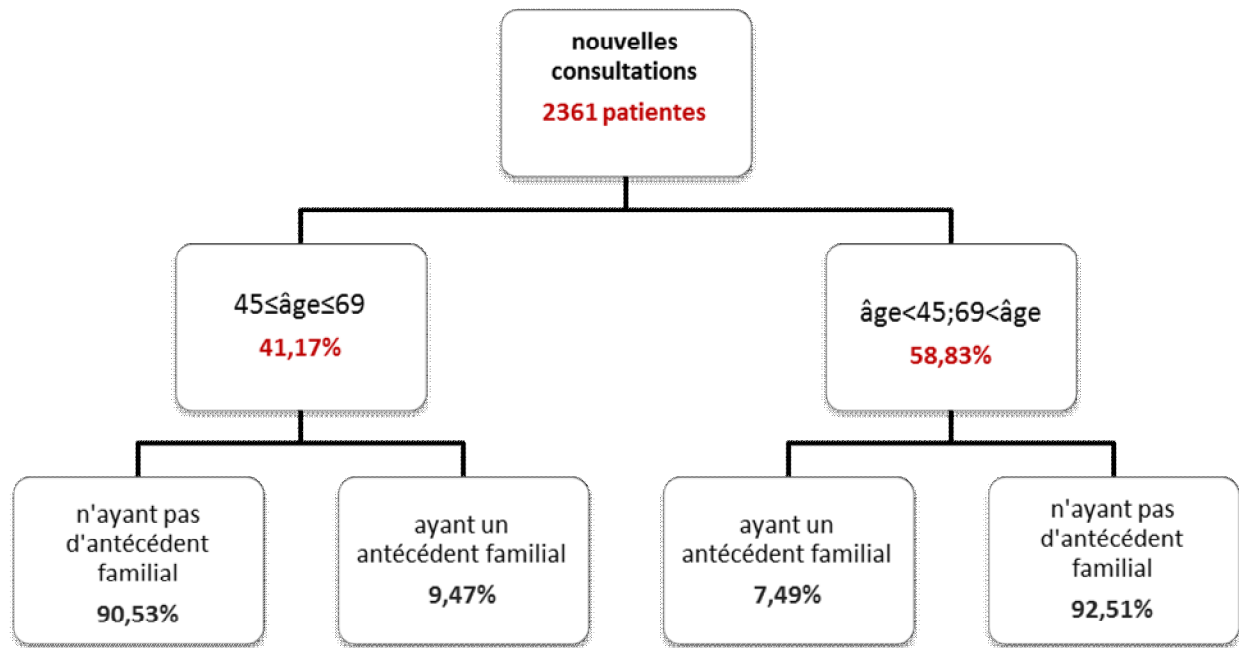


Figure 6 : répartition des cas selon l'âge et selon l'antécédent familial de cancer du sein

II. Répartition des nouvelles consultations selon le diagnostic positif du cancer du sein :

Tableau 3 : répartition des cas en fonction du diagnostic :

total femmes diagnostiquées positives	140	5,93%
femmes âgées entre 45 et 69 ans	972	
femmes âgées entre 45 et 69ans et diagnostiquées positives	76	7,82%
femmes âgées entre 45 et 69ans n'ayant pas de cancer du sein	896	92,18%
femmes dont l'âge est inférieur à 45 ans ou supérieur à 69 ans	1389	
femmes ne répondant pas au critère âge et ayant un cancer	64	4,61%
femmes n'ayant pas de critères et n'ayant pas un cancer	1325	95,39%

Sur les 2631 consultations, 140 femmes ont été diagnostiquées positives soit 5,93% des femmes ayant consulté, la répartition est comme suit :

- 54,29% des femmes diagnostiquées positives avaient un âge entre 45 et 69ans. Elles représentent 7,82% du total des femmes ayant un âge entre 45ans et 69ans ayant consulté au centre.
- 45,71% des femmes diagnostiquées positives avaient un âge inférieur à 45 ans ou supérieur à 69ans. Ce qui équivaut à 4,61% du total des femmes ayant consulté et n'ayant pas le critère d'âge (âge<45 ; âge>69).
- 7,89% des femmes âgées entre 45ans et 69ans diagnostiquées positives avaient un antécédent familial de cancer du sein
- 9,38% des femmes n'ayant pas le critère d'âge et diagnostiquées positives avaient un antécédent familial, 90,63% n'avaient pas d'antécédent familial.

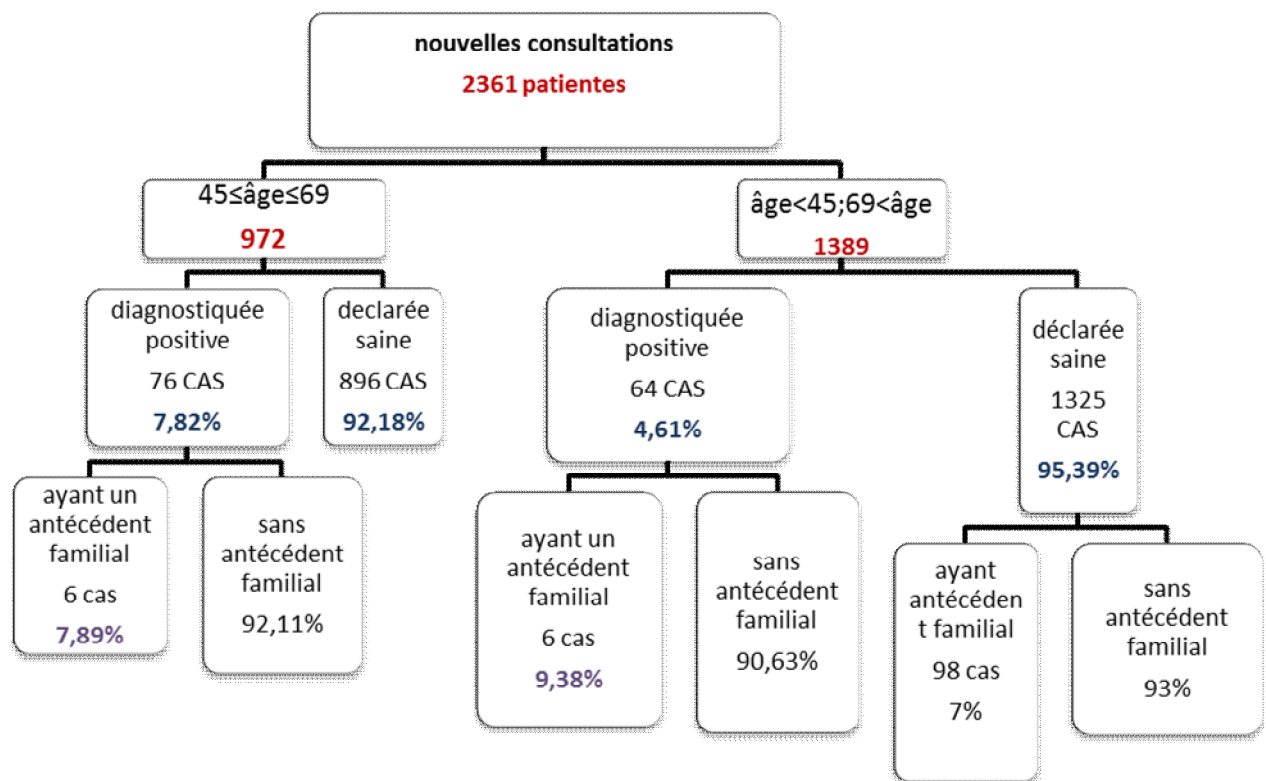


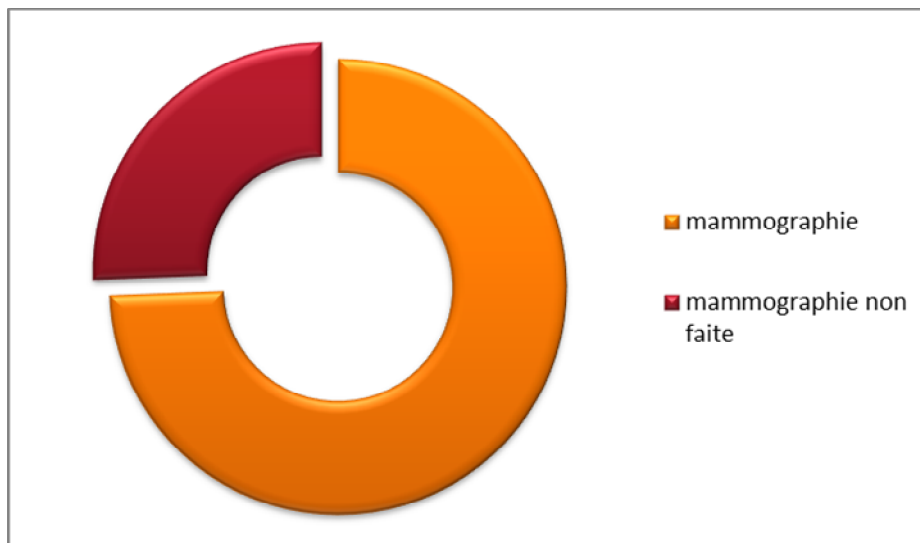
Figure 7: répartition des cas en fonction du diagnostic

III. Patientes ayant bénéficiée d'une mammographie :

- 48,16% des patientes ayant consulté au CRSR ont bénéficié d'une mammographie.

- 70,99% de l'ensemble des femmes âgées de 45ans à 69ans ont bénéficié d'une mammographie au sein du CRSR et 3,81% de celles-ci avaient une ancienne mammographie.

- Soit 25,2% des femmes âgées de 45ans à 69ans n'ont pas eu de mammographie.



Graphique 2 : taux des femmes âgées de 45 à 69 ans ayant bénéficié de mammographie.

- 17,31% des femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein et dont l'âge est inférieur à 45ans ou supérieur à 69ans ont bénéficié d'une mammographie.

- 97,83% des femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein et dont l'âge est entre 45ans et 69ans ont bénéficié d'une mammographie.

- 30,89% des femmes dont l'âge est inférieur à 45ans ou supérieur à 69ans et n'ayant pas d'antécédents familial de cancer du sein ont bénéficié d'une mammographie

RESULTATS QUALITATIFS :

Les résultats suivants concernent les 140 patientes chez qui le cancer du sein a été confirmé.

I. Profil socio-économiques des patientes :

I.1 Statut professionnel des patientes :

La profession des patientes a été précisée chez 133 patientes

Tableau 4 : répartition des patientes en fonction de leur profession

PROFESSION	Nombre de cas	Pourcentage
Sans profession	124	88,57%
fonctionnaire	9	6,43%
Non déterminé	7	5,00%
Total	140	100,00%

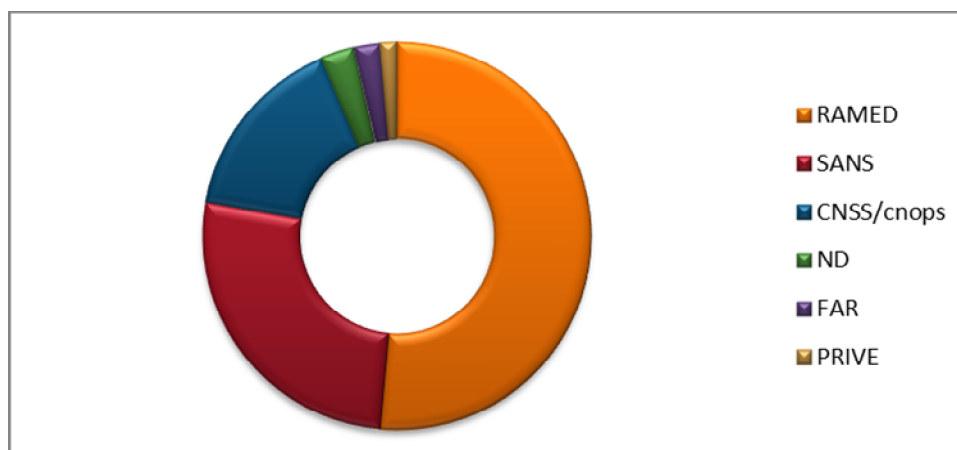
88,57% des cas sont sans profession.

I.2 Type de couverture médicale :

Le type de couverture médicale a été précisé chez 136 patientes :

Tableau 5 : répartition des patientes en fonction de leur couverture médicale

Type de couverture médicale	Nombre de cas	Pourcentage
RAMED	72	51,43%
SANS	37	26,43%
CNSS/CNOPS	22	15,71%
Non déterminé	4	2,86%
FAR	3	2,14%
Privé	2	1,43%



Graphique 3 répartition des patientes en fonction de leurs couvertures médicales

51,43% des patientes bénéficient du régime d'assistance médicale aux populations démunies (le RAMED).

26,43% sont sans couverture médicale.

15,71% sont couvertes par la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ou par la caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS).

2,14% bénéficient de la couverture médicale des forces armées royales (FAR).

I.3 La région de provenance :

Tableau 6 : répartition des cas en fonction de leurs provenances :

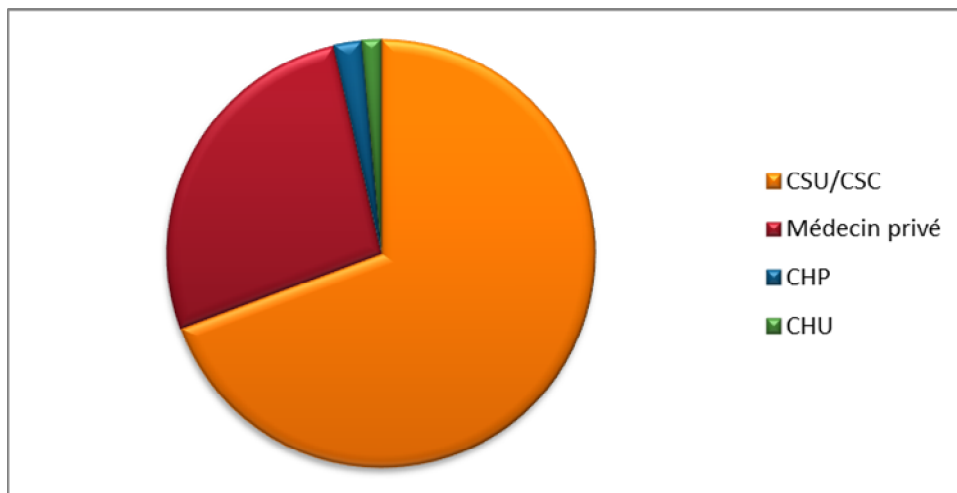
région de provenance	nombre de cas	pourcentage
Kenitra	103	73,57%
Sidi slimane	16	11,43%
Sidi kacem	13	9,29%
Souk larba	3	2,14%
Sidi yahya	1	0,71%
Belksiri	1	0,71%
Laayoune	1	0,71%
Rabat	2	1,43%
	140	100,00%

73,57% des patientes sont en provenance de Kénitra.

La provenance de quatre patientes était en dehors de la zone d'action du CRSR de Kénitra.

I.4 Qualité des établissements référant aux CRSR :

Nous avons établi la répartition des patientes en fonction de la structure de santé l'ayant référée au CRSR ; la répartition est comme suit :



Graphique 4 : répartition des cas en fonction de la structure référante

Dans 69,29% des cas, les patientes étaient référées par un médecin exerçant au niveau des centres de santé urbains ou communaux.

Dans 27,14% , les patientes étaient référées par un médecin exerçant dans le secteur libéral.

Dans 2,14% des cas les patientes étaient en provenance d'un centre hospitalier provincial.

Dans 1,43%, les patientes étaient référées par le centre hospitalier universitaire.

II. Epidémiologie :

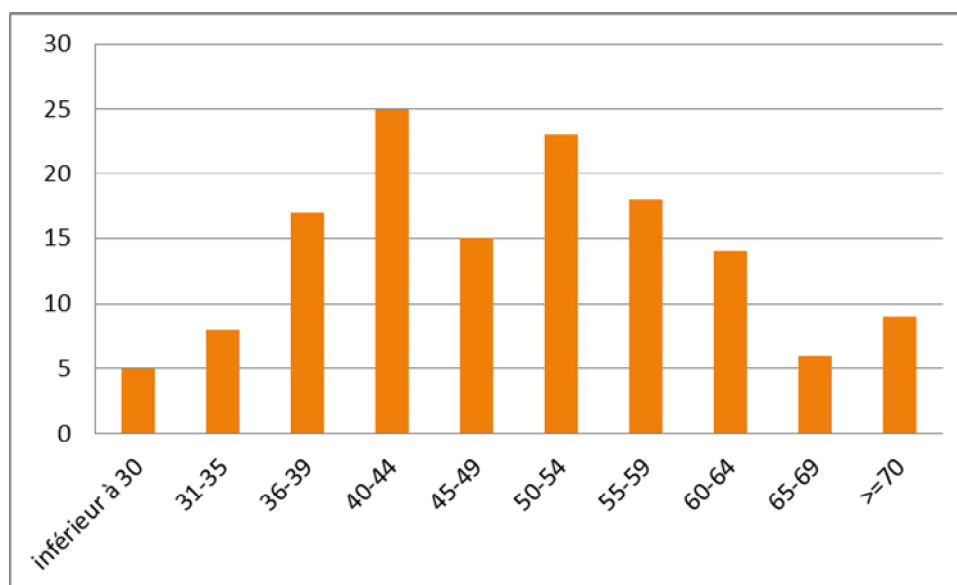
II.1 L'âge :

Les âges extrêmes de nos patientes sont de 24ans et de 95ans, la moyenne d'âge est de 50ans.

Tableau 7 : répartition des patientes en fonction de leurs âges

Age en années	Nombre de cas	Pourcentage
inférieur à 30	5	4%
31-35	8	6%
36-39	17	12%
40-44	25	18%
45-49	15	11%
50-54	23	16%
55-59	18	13%
60-64	14	10%
65-69	6	4%
>=70	9	6%

Les femmes âgées entre 45 ans et 69 ans représentent 54% des femmes diagnostiquées positives. Les femmes dont l'âge est inférieur à 45 ans représentent 40%.



Graphique 5 : répartition des cas selon leurs tranches d'âge

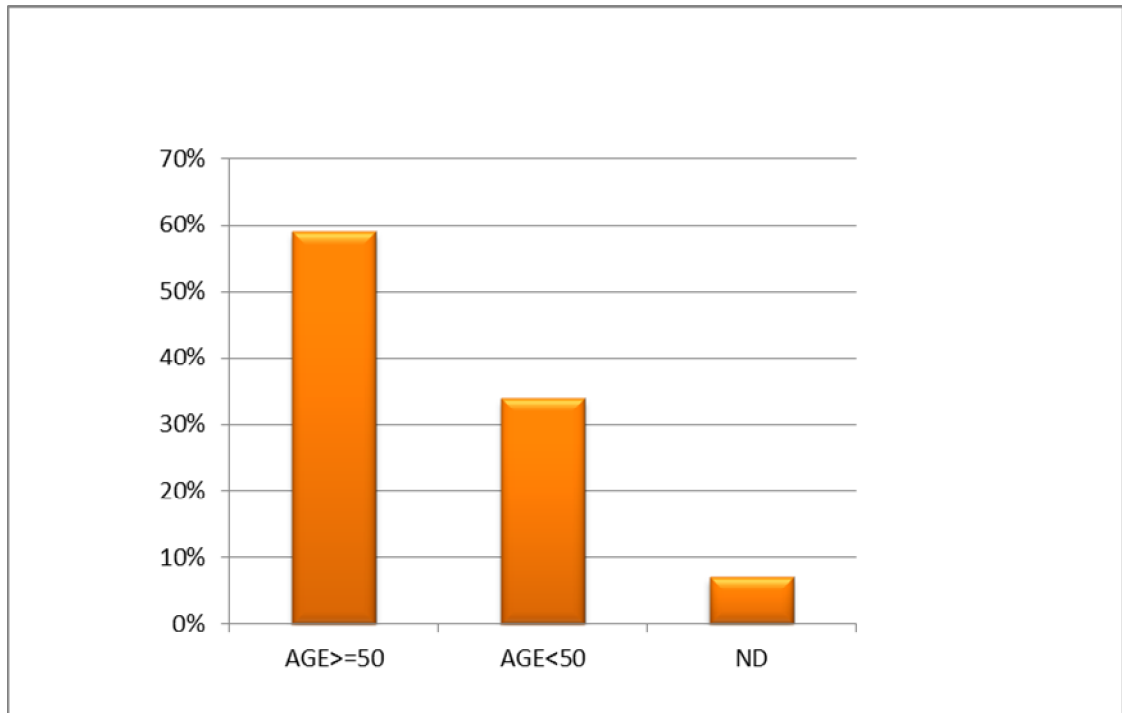
On constate qu'il y a un pic de fréquence chez les femmes âgées de 40 à 44ans.

II.2 Statut hormonal :

Tableau 8 : répartition des femmes en fonction de leur statut hormonal

Statut hormonal	Nombre de cas	Pourcentage
non ménopausée	68	49%
ménopausée	59	42%
Non déterminé	13	9%

D'après les données saisies sur les dossiers, 49% des patientes diagnostiquées positives ne sont pas ménopausées, 40% ménopausées, et sur 12% des dossiers de ces patientes le statut hormonal n'a pas été mentionné.



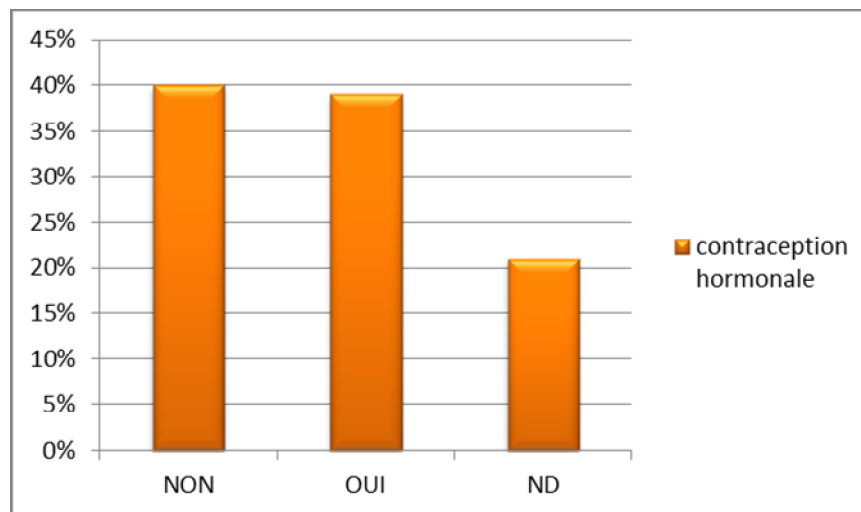
Graphique 6 : répartition des patientes en fonction de l'âge de la ménopause

Chez 56% des femmes ménopausées, l'âge de la ménopause était supérieur à 50ans.

Chez 32% des femmes ménopausées, l'âge de la ménopause était inférieur à 50ans.

Chez 12% des femmes ménopausées, l'âge de la ménopause n'est pas mentionné sur les dossiers.

II.3 La contraception :



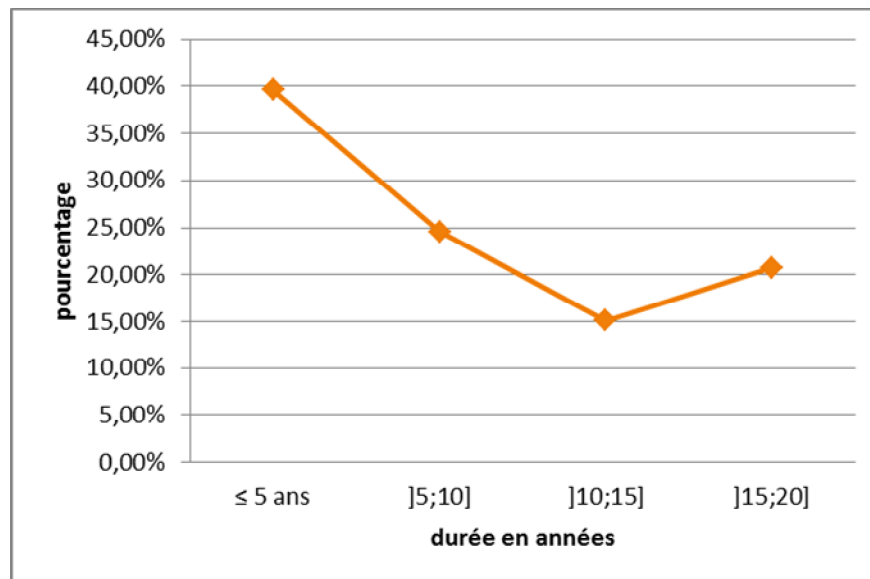
Graphique 7 : répartition des cas en fonction de la prise de contraceptifs hormonaux

40% des femmes diagnostiquées positives n'ont pas eu de contraception hormonale auparavant

39% des femmes diagnostiquées positives ont eu recours à la contraception hormonale

Sur 21% des dossiers des femmes diagnostiquées positives la prise de contraception hormonale n'a pas été précisée.

- Durée de la contraception hormonale :



Graphique 8 : répartition des cas en fonction de la durée d'administration de contraceptifs hormonaux

La durée minimale de prise de contraceptifs hormonaux était inférieure à une année (6 mois)

La durée maximale de prise de contraceptifs hormonaux était de 20 ans

La durée moyenne de contraception hormonale est de 8,83 années

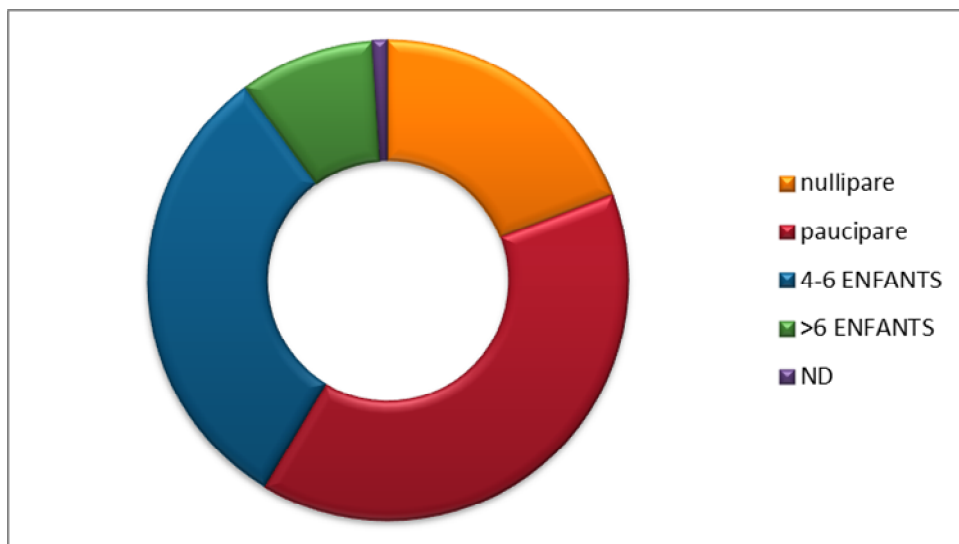
Dans 39,62%, la durée de prise de contraception hormonale était inférieure à 5 ans .

II.4 La parité :

Tableau 9 : répartition des cas en fonction du nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Nombre de cas	Pourcentage
nullipare	27	19%
1-3 enfants	54	39%
4-6 enfants	44	31%
>6 enfants	13	9%
ND	2	1%

Les patientes nullipares représentent 19% de l'échantillon.



Graphique 9 : répartition des patientes en fonction du nombre d'enfants

II.5 Age de la première grossesse :

Tableau 10 : répartition des patientes en fonction de l'âge de la première grossesse

Age de la 1 ^{ère} grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
âge≤30	66	58%
âge>30	3	3%
Non déterminé	44	39%

L'âge de la première grossesse chez les patientes non nullipares a été précisé chez 69 femmes d'un total de 113.

Les extrêmes des âges étaient 13ans et 37 ans. La moyenne d'âge était de 21ans.

II.6 L'allaitement :

Tableau 11 : répartition des cas en fonction du statut d'allaitement

Allaitement	Nombre de cas	pourcentage
Non	28	20%
Oui	70	50%
Non déterminé	42	30%

Sur l'ensemble des patientes diagnostiquées positives ; nullipares incluses ; 50% des femmes ont allaité.

II.7 Antécédents personnels mammaires :

7 femmes avaient un antécédent mammaire, soit 5% de la totale des femmes diagnostiquées positives, qu'on peut répartir comme suit :

- Quatre femmes avaient un antécédent d'adénofibrome mammaire, dont deux opérées, et une ayant développé le cancer en homolatéral.

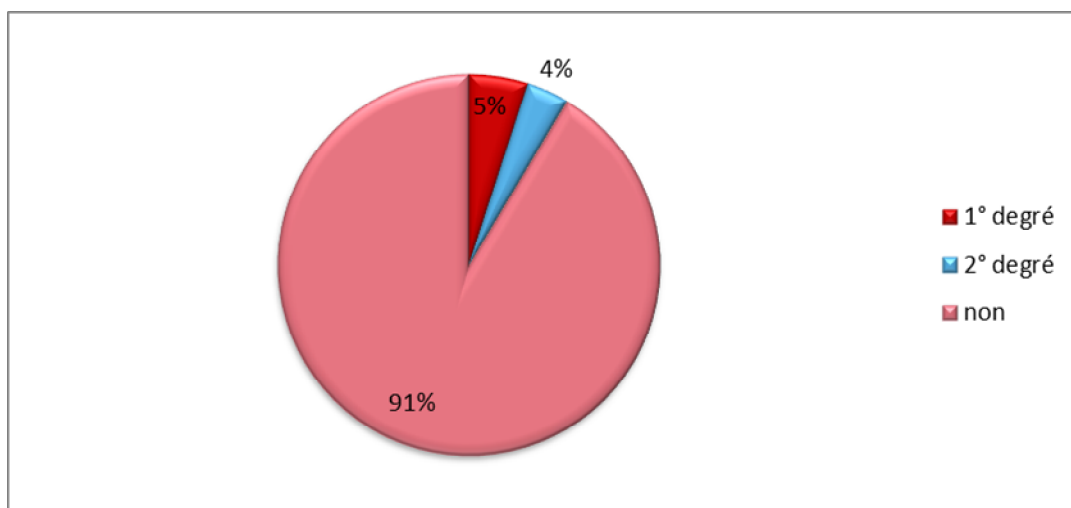
- Une femme avait un antécédent d'abcès mammaire traité médicalement,

- Deux femmes avaient un antécédent de cancer du sein, une a été traitée par chirurgie et radiothérapie 7ans avant la découverte en homolatéral du nouveau néo. L'autre a eu le néo du sein en controlatéral, et a été traitée par chirurgie seulement, 7ans avant l'apparition du deuxième

II.8 Antécédent familiaux du cancer du sein :

Tableau 12 : répartition des cas en fonction de l'antécédent familial de cancer du sein

Antécédent familial	Nombre de cas	Pourcentage
1° degré	7	5%
2° degré	5	4%
Sans antécédent	128	91%



Graphique 10 : répartition des cas en fonction des antécédents familiaux de cancer du sein

9% de nos patientes avaient un antécédent familial de cancer du sein, dont 5% antécédent de premier degré.

- 50% des femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein avaient un âge inférieur à 45ans.

- 28,6% des femmes ayant un antécédent de premier degré avaient un âge inférieur à 45ans

- 80% des femmes ayant un antécédent familial de deuxième degré avaient un âge inférieur à 45ans.

II.9 Antécédents de cancer de l’ovaire :

Une seule femme sur l’ensemble des 140 femmes avait un antécédent familial de cancer de l’ovaire.

II.10 Traitement hormonal :

La prise de traitement hormonal a été précisée sur les dossiers de 121 femmes, sur ces 121 aucune patiente n’avait pris de traitement hormonal auparavant.

II.11 Tabagisme-alcoolisme :

Il y avait un seul cas de tabagisme, dont l’âge d’apparition du cancer est 52ans.

Aucun cas d’alcoolisme n’a été mentionné.

II.12 L’obésité :

L’Index de masse corporelle n’a pas été précisé sur les dossiers des patientes, notamment ni le poids ni le taille n’ont été mentionnés.

II.13 L’âge des premières ménarches :

L’âge de la puberté et des premières règles n’a pas été précisé sur les dossiers.

III. Données cliniques :

III.1 Critères de références au CRSR:

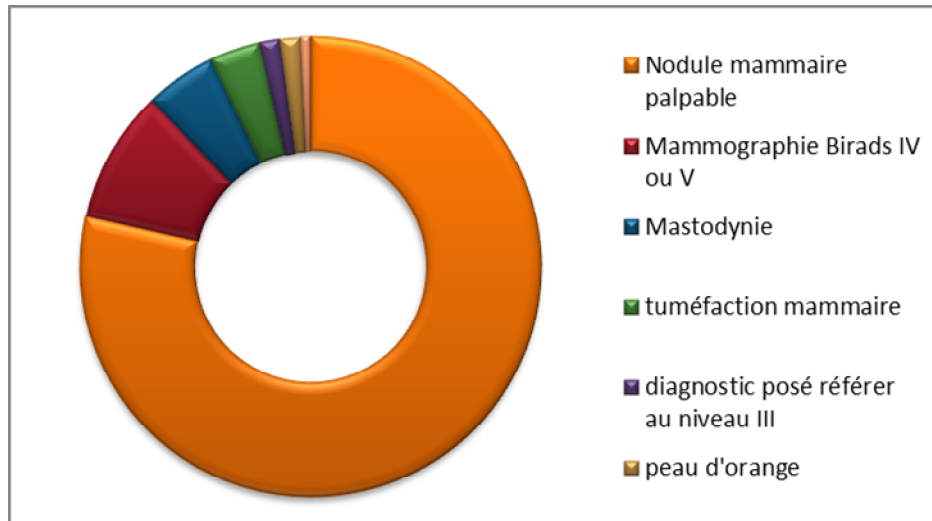
Tableau 13 répartition des cas en fonction du critère de référence :

Motifs de référence	Nombre de cas	Pourcentage
Nodule mammaire palpable	110	78,57%
Mammographie Bi-rads IV ou V	13	9,29%
Mastodynie	7	5,00%
tuméfaction mammaire	5	3,57%
diagnostic posé référer au niveau III	2	1,43%
peau d'orange	2	1,43%
rétraction mammaire	1	0,71%

- Dans 78,57% des cas, le motif de référence d'une structure de santé niveau I au CRSR où nous menons notre étude, était un ou plusieurs nodules palpables.

- 9,29% des femmes avaient bénéficié d'une mammographie avant d'être référées au CRSR.

- 2 femmes ont été adressées au CRSR après réalisation de biopsie mammaire et confirmation de diagnostic pour être référées à un centre niveau III (Institut National d'Oncologie de rabat)



Graphique 11 : critères de référence d'un établissement de niveau I

III.2 Examen clinique :

III.2.1 Topographie de la tumeur :

Tableau 14 : répartition des cas en fonction du sein atteint

Siège de la tumeur	Nombre de cas	Pourcentage
Sein droit	75	53,57%
Sein gauche	64	45,71%
Bilatéral	1	0,71%

L'examen des seins a permis d'objectiver une prédominance de l'atteinte du sein droit, 75 patientes des patientes avaient un cancer du sein droit soit 53,57% des cas. Une atteinte bilatérale a été observée chez 1 patiente soit 0,71%

III.2.2 Signes cliniques :

III.2.2.1 Anomalies du contour mammaire :

Tableau 15 : répartition des patientes selon les anomalies du contour mammaire

contour mammaire	Nombre de cas	Pourcentage
Aucune anomalie	78	55,71%
rétraction	32	22,86%
voussure	30	21,43%

22,86% des femmes avaient une rétraction cutanée en regard de la lésion tumorale.

21,43% avaient une voussure.

III.2.2.2 Anomalies aréo-mammelonnaires :

Tableau 16 : répartition des cas selon les anomalies aréo-mammelonnaires retrouvées

Anomalies aréo-mammelonnaires	Nombre de cas	Pourcentage
aucune anomalie	113	80,71%
rétraction	25	17,86%
érosion	2	1,43%

2 femmes avaient une érosion aréo-mammelonnaire en regard de la lésion tumorale.

80,71% n'avaient pas d'anomalies aréo-mammelonnaires.

III.2.2.3 Anomalies de la surface du sein :

Tableau 17 : répartition des cas en fonction des anomalies de la surface du sein

surface sein	Nombre de cas	Pourcentage
Aucune anomalie	109	77,86%
peau d'orange	19	13,57%
rougeur	12	8,57%

La grande majorité n'avait pas d'anomalies de la surface du sein,

13,57% avaient une peau d'orange et 8,57% avaient une rougeur en regard de la lésion.

III.2.2.4 Ecoulement hémorragique :

Sur les 140 femmes étudiées, il n'y avait aucun cas présentant un écoulement hémorragique.

III.2.2.5 Anomalies à la palpation du sein :

III.2.2.5.1 Nodule palpable :

134 femmes sur 140 présentaient un nodule palpable à l'examen clinique

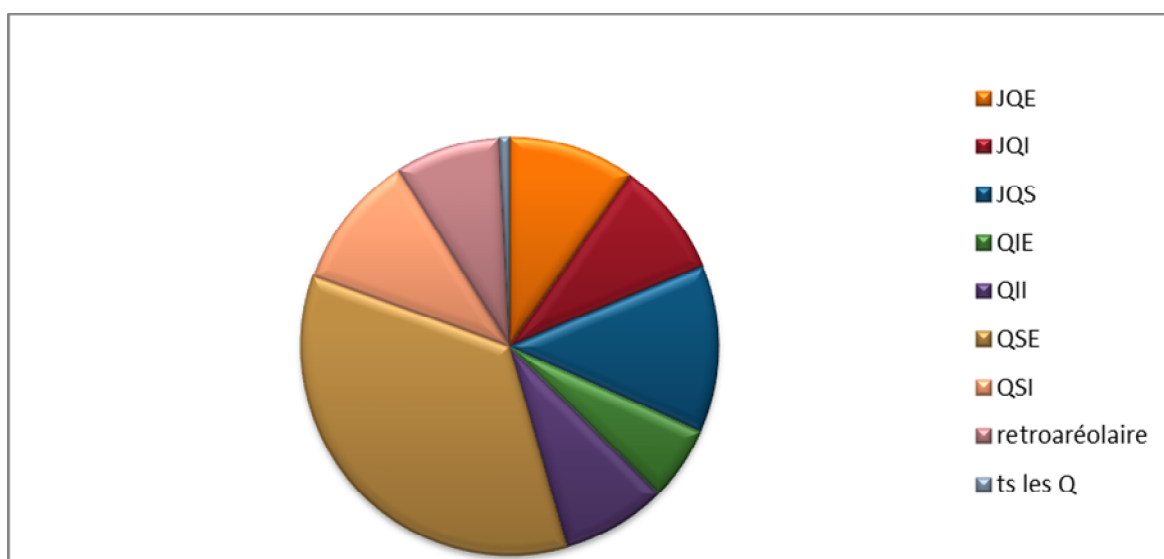
On n'a pas mis en évidence à la palpation un nodule chez 6 femmes, soit 4,29%.

a) **La localisation du nodule palpable :**

Tableau 18 : siège du nodule par rapport aux quadrants du sein

Siège du nodule	Nombre de cas	Pourcentage
QSE	43	35%
JQS	16	13%
QSI	13	11%
JQE	12	10%
JQI	11	9%
QII	10	8%
Retro-aréolaire	10	8%
QIE	7	6%
A cheval sur tous les quadrants	1	1%

Le quadrant supéro-externe (QSE) était le siège de prédilection du cancer du sein dans 45% des cas



Graphique 12 : répartition des cas selon le siège du nodule

b) Nombre de nodules

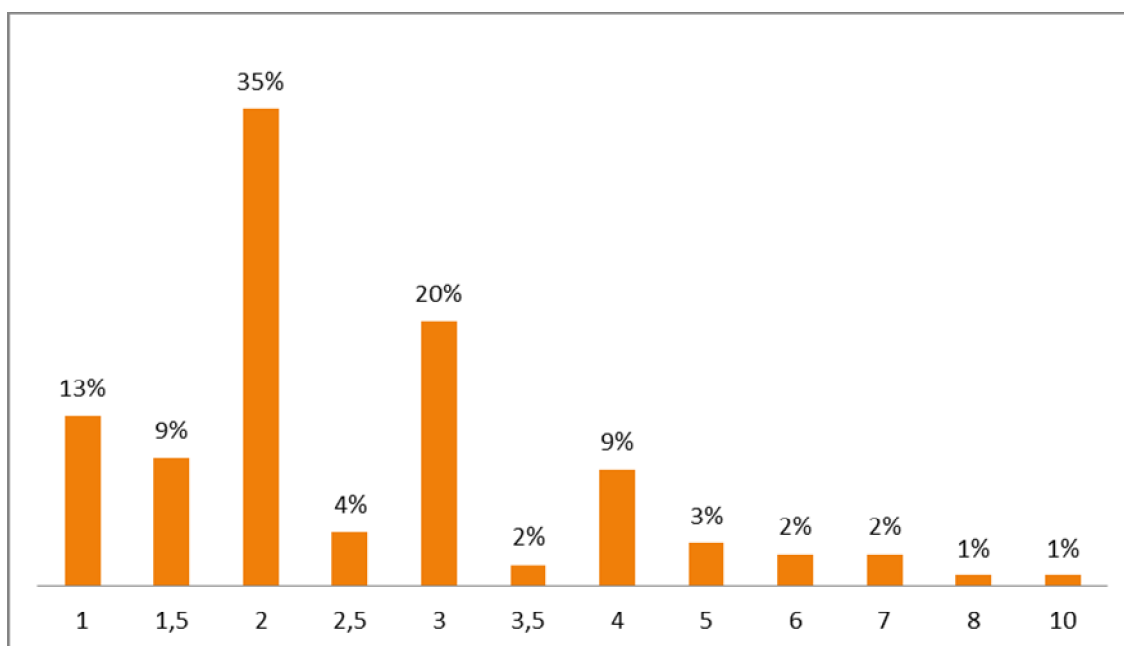
Tableau 19 : répartition des cas selon le nombre de nodules palpables

Nombre de nodules palpables	Nombre de cas	Pourcentage
1	124	92,54%
2	6	4,48%
3	3	2,24%
5	1	0,75%
Total	134	100,00%

Dans 92,54% des cas, on a mis en évidence à l'examen clinique un seul nodule.

Le nombre maximal de nodules palpés est de cinq, et est retrouvé chez une seule femme.

c) Taille du nodule :



Graphique 13 : répartition des cas selon la taille du grand axe du nodule

Dans 22% des cas, le plus grand axe du nodule était inférieur à 2 centimètres.

Dans 73% des cas, le plus grand axe du nodule était compris entre 2cm et 5cm, soit un T2

Dans 5% des cas le plus grand axe était supérieur à 5 centimètres, soit un T3

La moyenne de la taille du grand axe est de 2,64cm.

d) La fixité du nodule :

Tableau 20 : répartition des cas selon la fixité du nodule

Nodule palpable	Nombre de cas	Pourcentage
fixé	118	88%
libre	16	12%

Les femmes présentant un nodule fixe sont majoritaires avec un pourcentage de 88%.

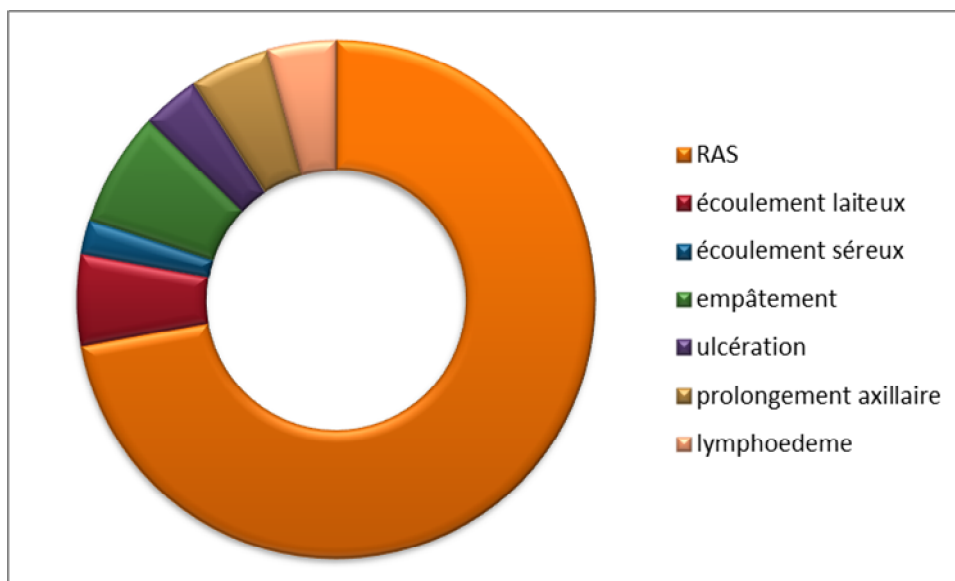
III.2.2.5.2 Adénopathies axillaires :

L'examen des aires ganglionnaires axillaires a permis d'objectiver la présence d'adénopathies chez 86 patientes soit 61% des cas. Le nombre d'adénopathies n'a pas été mentionné sur les dossiers.

III.2.2.5.3 Adénopathies sus-claviculaire :

Une patiente avait des adénopathies sus-claviculaires, soit 0,71% des cas.

III.2.2.5.4 Autres signes cliniques associés :



Graphique 14 : les signes cliniques associés retrouvés chez les patientes

-72,14% patientes n'avaient pas d'autres signes cliniques associés au nodule.

-Cinq patientes présentaient une ulcération cutanée en regard de la lésion tumorale, soit 3,57% des cas.

-Sept patientes avaient une lésion tumorale à prolongement axillaire, soit 5% des cas.

-L'empâtement a été objectivé chez dix patientes soit 7,14% des cas.

-Huit femmes présentaient un écoulement laiteux, soit 5,71% des cas, six d'entre elles avaient un écoulement laiteux bilatéral, trois avaient un écoulement laiteux unilatéral homolatéral à la tumeur.

Trois femmes avaient un écoulement séreux, soit 2,14% des cas, deux d'entre elles avaient un écoulement bilatéral.

IV. Données para-cliniques :

IV.1 Données radiologiques :

IV.1.1 Mammographie :

134 femmes ont bénéficié d'une mammographie, soit 95,71% des cas.

IV.1.1.1 Lieu de réalisation de la mammographie :

Tableau 21 : répartition des patientes en fonction du lieu de réalisation de la mammographie

Lieu de réalisation de la mammographie	Nombre de cas	Pourcentage
CRSR	116	86,57%
En privé	16	11,94%
Autre établissement public	2	1,49%
Total	134	100,00%

86,57% des femmes ont bénéficié d'une mammographie au sein du centre de référence de santé productive.

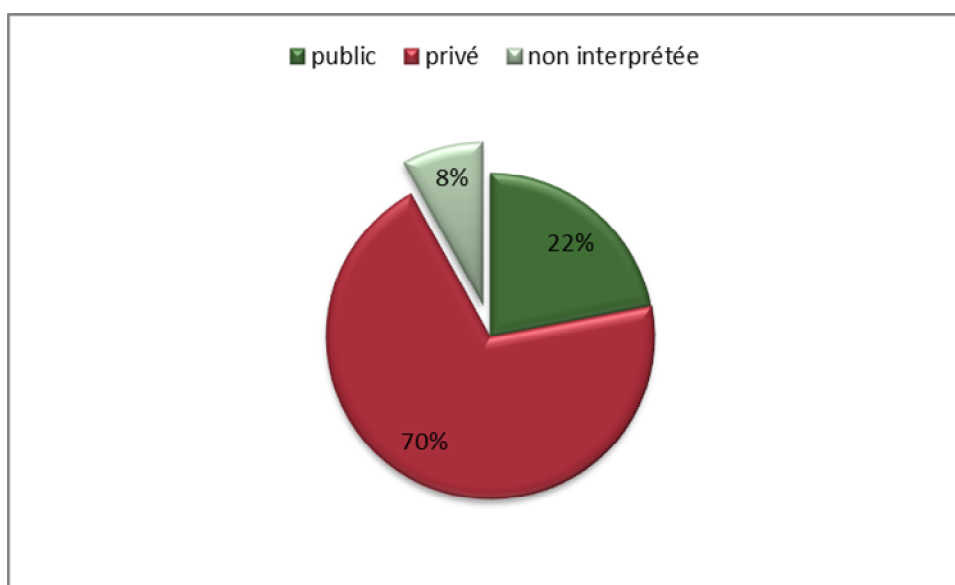
IV.1.1.2 Lieu d'interprétation de la mammographie :

Tableau 22 : lieu d'interprétation des clichés de mammographie

Lieu d'interprétation	Nombre de cas	Pourcentage
Cabinet de radiologie privé	94	70,15%
Centre hospitalier provincial	30	22,39%
Non interprétée	10	7,46%

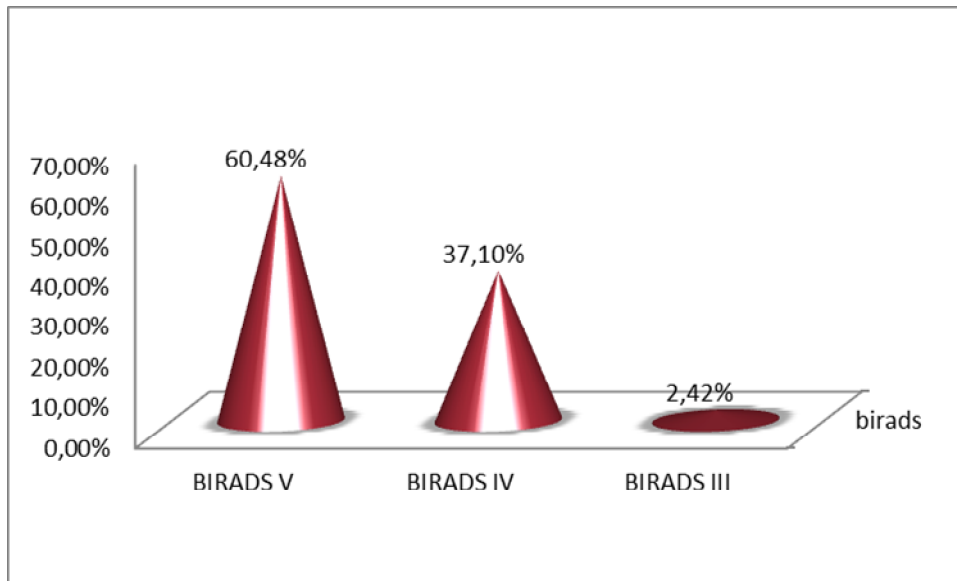
Dans 70,15% des cas, la mammographie a été interprétée au niveau d'un cabinet de radiologie privé.

10 patientes ayant bénéficié d'un examen par mammographie ne l'ont pas fait interpréter.



Graphique 15 : lieu d'interprétation de la mammographie

IV.1.1.3 Résultats de la mammographie :



Graphique 16 : résultats de la mammographie selon la classification Bi-rads

Les résultats de la mammographie ont été classés selon la classification Bi-rads de l'ACR.

Nous avons noté une prédominance des tumeurs classées Bi-rads V avec un taux de 60,48% .

IV.1.2 Echographie mammaire :

138 patientes ont bénéficié d'une échographie mammaire, soit 98,57% des cas.

IV.1.2.1 Lieu de réalisation de l'échographie :

L'échographie a été faite chez 137 femmes par un médecin du centre lors de la première consultation puis par un radiologue.

1 seul cas a bénéficié d'une seule échographie réalisée par un médecin du centre.

IV.1.2.2 Résultats de l'échographie :

Tableau 23 : anomalies retrouvées à l'échographie

Type de l'anomalie échographique	Nombre de cas	Pourcentage
lésion tissulaire d'aspect malin	116	84,06%
plage hypo-échogène irrégulière	7	5,07%
image de fibroadénome	5	3,62%
lésion liquidienne hétérogène	3	2,17%
mastite inflammatoire sein	3	2,17%
kyste mammaire simple	1	0,72%
lésion tissulaire évoquant phyllode	1	0,72%
mastite carcinomateuse	1	0,72%
mastose	1	0,72%

Chez 116 patientes, soit 84,06% de l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une échographie mammaire, on a mis en évidence une lésion de type tissulaire évoquant un cancer .

Chez 5 patientes on a évoqué un fibroadénome, chez une patiente un kyste mammaire simple et chez une autre une mastose .

Tableau 24 : répartition des cas selon les résultats de l'échographie axillaire

Adénopathie	Nombre de cas	Pourcentage
adénopathies axillaires d'allure maligne	56	40,58%
Adénopathies axillaires d'allure inflammatoire	4	2,90%
Total	60	43,48%

On a mis en évidence chez 60 patientes soit 43,48% des adénopathies axillaires, dont 40,58% sont d'allure maligne.

Tableau 25 : autres anomalies échographiques mises en évidence

Anomalies échographiques	Nombre de cas	Pourcentage
métastases homolatérales	5	3,62%
lésions bilatérales	3	2,17%
ganglion intra-mammaire	2	1,45%
dystrophie micro-kystique controlatérale	2	1,45%
Adéno-fibrome du sein controlatéral	3	2,17%

Chez cinq patientes, l'échographie mammaire a révélé des lésions homolatérales d'allure métastatique.

Chez trois patientes on a objectivé des lésions bilatérales d'allure maligne.

IV.1.3 Autres explorations radiologiques

IV.1.3.1 Type d'exploration :

Tableau 26 : autres explorations

Types des explorations	Nombre de cas	Pourcentage
Bilan d'extension*	16	11,43%
IRM mammaire	3	2,14%
IRM lombaire	2	1,43%
Total	21	15,00%

21 patientes soit 15% des cas étudiés ont bénéficié d'autres explorations radiologiques réparties comme suit :

- On a réalisé chez 16 patientes un bilan d'extension, composé d'une radio du poumon, une échographie hépatique, une TDM TAP + /- scintigraphie osseuse.
- Une IRM mammaire a été faite chez trois patientes.

IV.1.3.2 Résultats :

Tableau 27 : résultats du bilan d'extension

Résultats du bilan d'extension	Nombre de cas	Pourcentage par rapport aux bénéficiaires d'un bilan d'extension	Pourcentage par rapport à 140
Métastases osseuses+pulmonaires+spléniques	1	6,25%	0,71%
Métastases hépatiques	2	12,50%	1,43%
Métastases osseuses	1	6,25%	0,71%
RAS	12	75%	8,57%

On a objectivé chez une patiente des métastases osseuses, pulmonaires et spléniques.

Deux patientes avaient des métastases hépatiques et une patiente des métastases osseuses.

- Résultats de l'IRM mammaire :

L'IRM mammaire a objectivé chez une patiente des lésions nodulaires multifocales, et chez une autre une localisation tumorale bilatérale.

- Résultats de l'IRM lombaire :

Chez les deux patientes ayant réalisé une IRM lombaire, des métastases rachidiennes ont été mises en évidence.

IV.2Données anatomo-pathologiques :

IV.2.1 Biopsie mammaire :

IV.2.1.1 Lieu de réalisation de la biopsie mammaire :

Tableau 28 : répartition des patientes en fonction du lieu de réalisation de la biopsie

Opérateur de la biopsie	Nombre de cas	Pourcentage
CHU	3	2,14%
Médecin du centre	134	95,71%
Médecin privé	3	2,14%
Total	140	100,00%

La biopsie mammaire a été réalisée chez 134 femmes au niveau du centre, soit 95,71% des cas.

Trois patientes ont été référées au CHU pour biopsie, dont une avait des problèmes de la crase sanguine.

Deux patientes ont réalisé la biopsie en privé avant d'être référées au CRSR. Chez une patiente l'indication de la biopsie a été posée au niveau du CRSR mais a été réalisé par un médecin privé.

IV.2.1.2 Résultats de la biopsie mammaire :

Le type histologique a été précisé chez toutes les patientes.

IV.2.1.2.1 Type histologique

Tableau 29 : répartition des cas en fonction du type histologique de la tumeur

Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage
Carcinome infiltrant non spécifique	115	82,14%
carcinome lobulaire infiltrant	10	7,14%
adénocarcinome tubuleux infiltrant	3	2,14%
carcinome cribriforme	3	2,14%
carcinome infiltrant mucineux	2	1,43%
carcinome médullaire	1	0,71%
carcinome papillaire invasif	1	0,71%
lymphangite carcinomateuse	1	0,71%
métaplasique	1	0,71%
mixte	1	0,71%
NON CONCLUANTE	1	0,71%
tumeur phyllode	1	0,71%

Le carcinome canalaire infiltrant (CCI), actuellement appelé carcinome infiltrant de type non spécifique, était le plus prédominant avec un taux de 82,14%, suivi du carcinome lobulaire infiltrant (CLI) avec un taux de 7,14%.

On note la présence d'un cas de tumeur métaplasique, et un cas de tumeur papillaire invasif.

Une patiente a présenté une tumeur phyllode de malignité intermédiaire.

IV.2.1.2.2 Grade histo-pronostique :

Le grade histo-pronostique de Scarff-Bloom et Richardson (SBR) a été précisé chez 131 patientes.

Tableau 30 : répartition des cas en fonction du grade SBR

Grade	Nombre de cas	Pourcentage
II	74	56,49%
I	43	32,82%
III	14	10,69%
Total	131	100,00%

Le grade SBR II était le plus fréquent avec un taux de 56,49%, suivi du grade SBR I avec un taux de 32,82%

IV.2.1.2.3 Composante intra-canalair

La présence ou l'absence de composante intra-canalair a été précisée chez 133 patientes.

Tableau 31 : répartition des cas en fonction de la présence de la composante intra- canalair

Composante intra-canalair	Nombre de cas	Pourcentage
non	107	80,45%
oui	26	19,55%
Total	133	100,00%

La composante intra-canalair était présente chez 19,55% des cas.

IV.2.1.2.4 Emboles vasculaires :

L'existence d'emboles vasculaires a été précisée chez 130 patientes.

Tableau 32 : répartition des cas en fonction de l'existence d'emboles vasculaires

Emboles vasculaires	Nombre de cas	Pourcentage
Absent	109	83,84%
Présent	21	16,16%
Total	130	100%

21 patientes avaient des emboles vasculaires, soit 16%.

IV.2.1.2.5 Immuno-histochimie :

L'étude immuno-histochimique a été réalisée chez 12 femmes, soit 8,57% des cas.

Les résultats sont comme suit :

Le dosage de l'HER 2 a été réalisé chez 12 patientes. Huit patientes avaient une expression du récepteur HER2.

Le score a été établi chez 9 patientes, 4 patientes avaient un score à 0, et 3 patientes un score à 5.

L'index de prolifération a été trouvé chez 3 patientes, et était à 5%, 30%, 40%.

IV.2.2 Cytoponction :

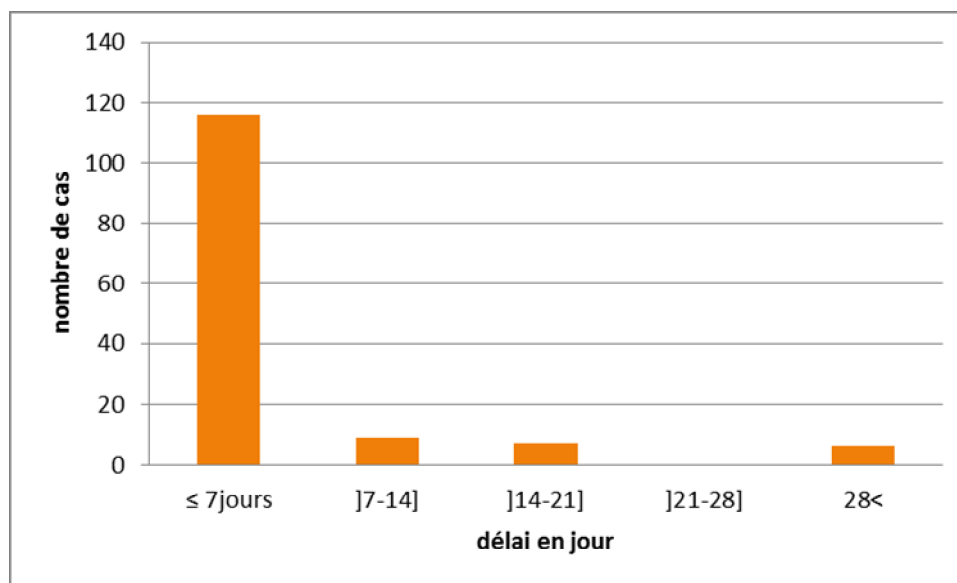
Sur les 140 patientes, une seule patiente a bénéficié d'une cytoponction. Cette dernière a été réalisée par un médecin privé. Le résultat était la présence de cellules épithéliales atypiques, et a bénéficié par la suite d'une micro-biopsie mammaire au niveau du centre.

V. Délais de prise en charge :

V.1 Délai entre la référence d'une structure de santé niveau I et la 1^{ère} consultation au CRSR :

Nous avons pu calculer ce délai chez 138 femmes d'un total de 140.

La répartition des cas selon ce délai est comme suit :



Graphique 17 : répartition des cas en fonction du délai écoulé entre la référence d'une structure niveau I et la 1^{ère} consultation au CRSR

84% de patientes ont consulté dans un délai inférieur à 7 jours.

4,35% des patientes ont consulté dans un délai supérieur à 28jours.

Le délai minimal était de 0 jours (consultation le même jour de la référence).

Le délai maximal était de 58 jours, concernant une patiente référée par un médecin privé exerçant à Kenitra.

La durée moyenne était de 5 jours.

La répartition des délais selon la provenance est comme suit :

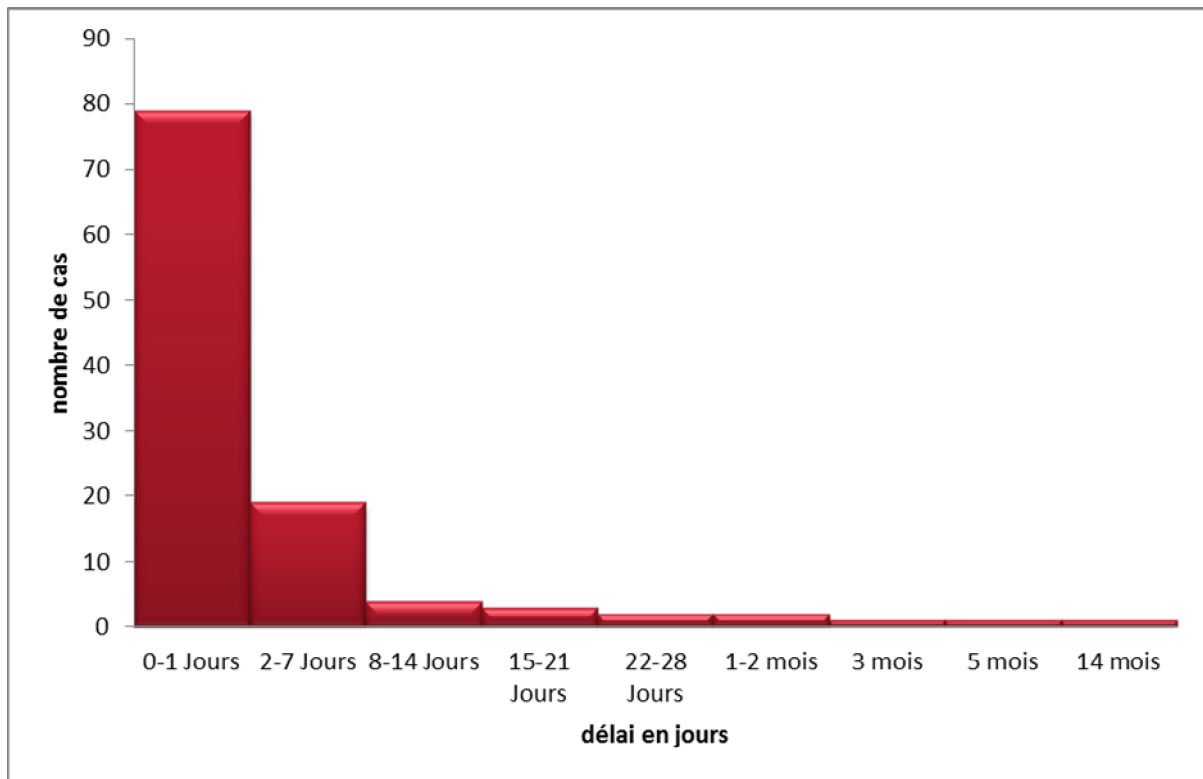
Tableau 33 : répartition des cas en fonction des structures de niveau I de provenance

Structure référant	CSU kénitra		médecin privé		zone d'activité du CRSR		CHU		hors région	
Délai	nombre de cas	%	nombre de cas	%	nombre de cas	%	nombre de cas	%	nombre de cas	%
≤ 7jours	53	84,13 %	28	75,6 8%	32	94,1 2%	2	100 %	1	50 %
]7-14]	4	6,35%	2	5,41 %	2	5,88 %	0	0,00 %	1	50 %
]14-21]	4	6,35%	3	8,11 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	00 %
]21-28]	0	0,00%	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	00 %
supérieur à 28jours	2	3,17%	4	10,8 1%	0	0,00 %	0	0,00 %	0	00 %

Les cas dont le délai est supérieur à un mois sont domiciliés à Kénitra.

94,12% des patientes qui n'habitent pas à Kénitra ont consulté dans un délai inférieur à 7 jours

V.2 Délai entre première consultation au CRSR et la réalisation de la mammographie :



Graphique 18 : répartition des cas en fonction du délai entre la 1^{ère} consultation et la réalisation de la mammographie

-Concernant les patientes ayant effectué une mammographie après leur première consultation, et qui sont en nombre de 113, les résultats sont comme suit :

88% des patientes ont bénéficié d'une mammographie dans un délai maximal de 7 jours ; dont 71% dans un délai de un jour.

5% des patientes ont réalisé la mammographie dans un délai supérieur à un mois, dont 1% après 14mois.

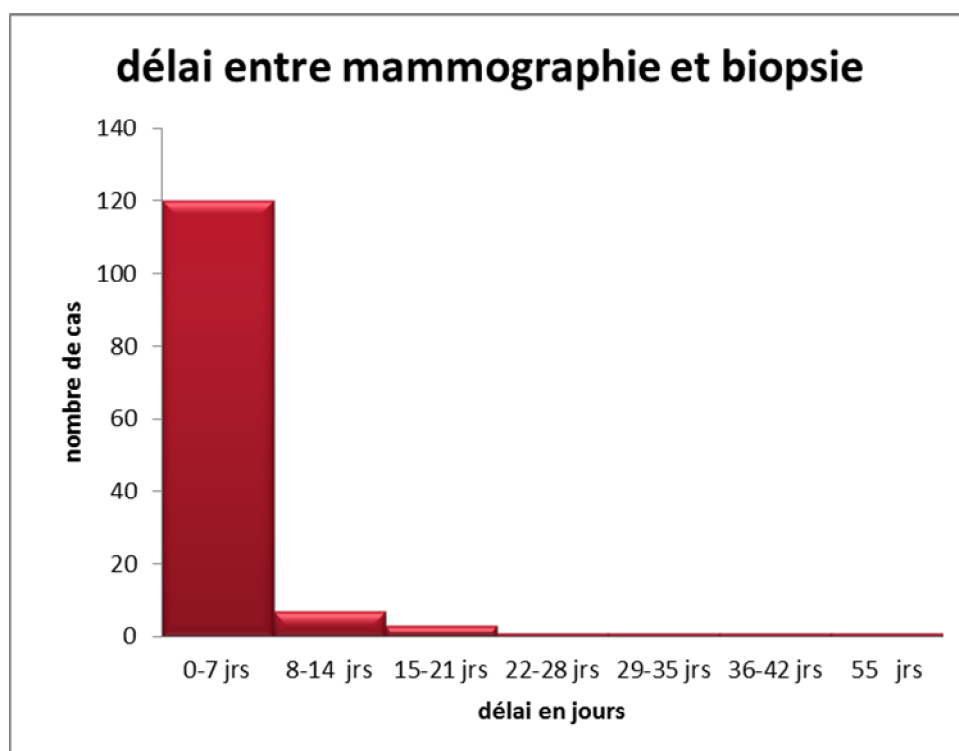
-Concernant les patientes ayant effectué une mammographie (à la demande d'un médecin privé) avant d'être référées au CRSR, les délais entre la mammographie et la première consultation sont comme suit :

La durée minimale est de 1 jour.

La durée maximale est 57 jours.

La durée moyenne est 9 jours.

V.3 Délai entre mammographie et biopsie mammaire :



Graphique 19 : répartition des femmes selon le délai entre la mammographie et la micro-biopsie mammaire

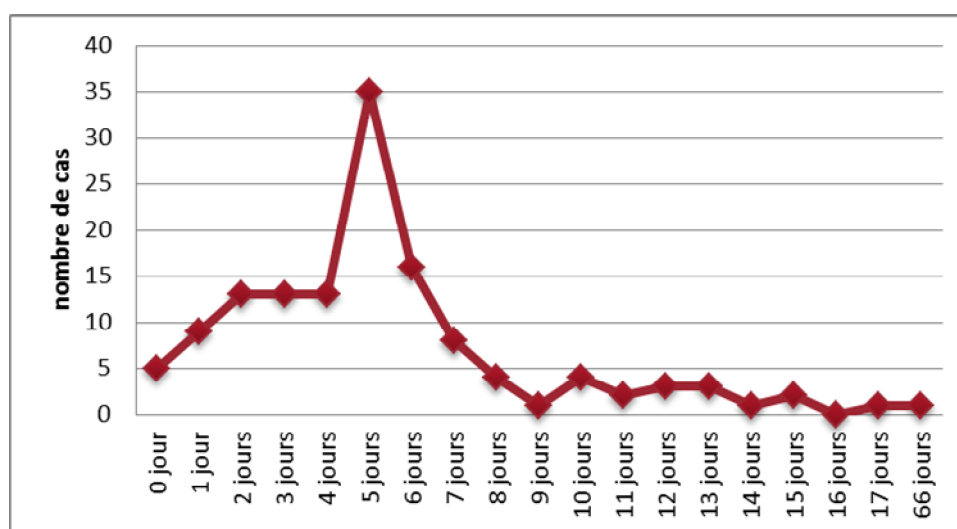
90% des patientes ont bénéficié d'une biopsie mammaire dans un délai maximal de 7 jours, dont 76% dans un délai de 3 jours.

3% des cas ont bénéficié d'une biopsie dans un délai supérieur à un mois.

Le délai minimum était de 0 jour (biopsie faite le même jour que la mammographie), il concerne 57 patientes.

Le délai maximal était de 55 jours, il concerne un seul cas.

V.4 Délai entre la biopsie et la référence à une structure de niveau III :



Graphique 20 : répartition des cas selon le délai entre la microbiopsie mammaire et la référence pour prise en charge diagnostique

Cinq patientes étaient référées le même jour de la biopsie.

99,25% des cas ont été référées dans un délai inférieur à 17 jours, dont 87% dans un délai inférieur à 8 jours.

Un seul cas a été référé 66 jours après la biopsie.

V.5 Délai entre mammographie et référence à une structure de niveau III :

Le délai minimal était de 1 jour, le délai maximal était de 185 jours. La moyenne du délai était de 7,01 jours.

V.6 Durée de prise en charge des patientes au niveau du CRSR :

Nous avons calculé la durée entre la date de la première consultation au CRSR et la date de référence à une structure de santé niveau III.

Nous avons pu effectuer ce calcul chez 138 patientes sur 140.

Tableau 34 : répartition des cas selon la durée de prise en charge diagnostique

Durée de prise en charge au CRSR	Nombre de cas	Pourcentage
<= 7 jours	78	56,52%
8-14 jours	36	26,09%
15-21 jours	8	5,80%
22-28 jours	4	2,90%
29-30 jours	0	0,00%
31-61 jours (2 mois)	7	5,07%
62-91 jours (3 mois)	1	0,72%
92-122 jours (4 mois)	1	0,72%
123-152 jours (5 mois)	1	0,72%
153-183 jours (6 mois)	1	0,72%
184-213 jours (7 mois)	1	0,72%
Total	138	100,00%

La durée maximale de prise en charge était de 189 jours, soit 6 mois et 7 jours, ça concernait un seul cas.

La durée moyenne de prise en charge était de 15 jours.

VI. Lieu de la prise en charge thérapeutique :

Les patientes dont le diagnostic de cancer du sein est confirmé ont été référées à des structures de soin niveau III, pour une éventuelle prise en charge thérapeutique.

Tableau 35 répartition des patientes selon le lieu de prise en charge thérapeutique

Structure niveau III	Nombre de cas	Pourcentage
Oncologue privé	1	0,71%
Hôpital militaire	2	1,43%
Institut National de l'Oncologie	137	97,86%
Total	140	100,00%

97,86% des cas ont été référées à l'Institut National d'Oncologie de rabat (INO) .

Une patiente a été référée à un oncologue privé à sa demande.

Deux patientes bénéficiaires de la prise en charge des Forces Armées Royales (FAR) ont été référées à l'hôpital militaire d'instruction de rabat.

VII. Le déroulement de la prise en charge thérapeutique :

Nous avons eu le retour de 6 cas seulement, ayant été traitées chirurgicalement à l'Institut National d'Oncologie de Rabat.



Discussion

I. Etude des femmes diagnostiquées positives :

I.1 Facteurs de risque :

Plusieurs facteurs de risque du cancer du sein ont été clairement mis en évidence. Toutefois, pour la majorité des femmes présentant un cancer du sein, il n'est pas possible d'identifier des facteurs de risque particuliers (20)

I.1.1 Facteurs à risque élevé :

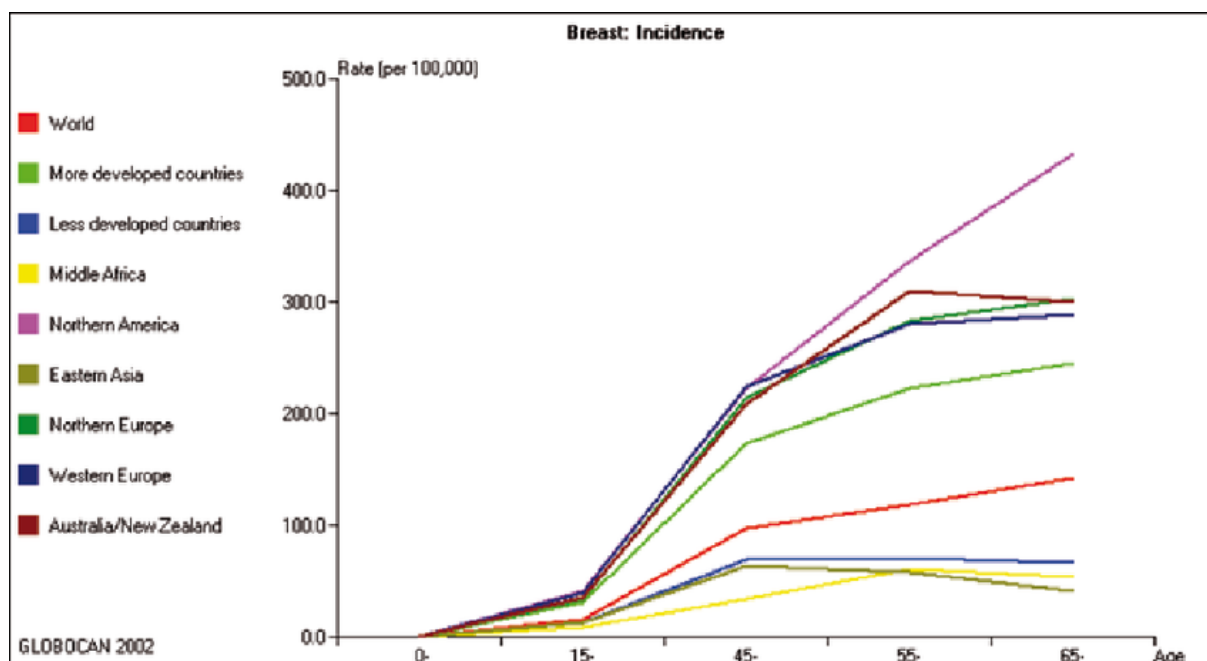
I.1.1.1 L'âge :

L'âge est un des facteurs de risque les plus importants du cancer du sein (21).

Si l'on considère l'incidence du cancer du sein en fonction de l'âge, on remarque que celle-ci augmente dans les pays industrialisés depuis l'âge de 30 ans jusqu'à environ 60 ans. (22)

Dans de nombreux pays en transition épidémiologique (Afrique du Nord, Japon, Turquie, Iran...), on observe que l'évolution avec l'âge est parallèle à celle des pays industrialisés jusqu'à 40-45 ans, mais qu'il existe ensuite un déficit en cancers post-ménopausiques, entraînant ainsi une moyenne d'âge globale plus jeune, interprétée à tort comme une apparition plus précoce de ces cancers dans ces pays (23) (graphique 21)

Cette incidence basse des cancers post-ménopausiques peut être reliée, d'une part, à l'absence ou à la faible prévalence de certains facteurs de risque (nombre élevé d'enfants, première grossesse à terme précoce, allaitement, traitements hormonaux peu répandus, consommation d'alcool faible), et d'autre part, à une espérance de vie plus courte ne permettant pas à ces cancers d'apparaître.



Graphique 21 : incidence des cancers du sein selon l'âge

Dans notre étude, on note deux pics de fréquence, le premier pour la tranche d'âge de 40-44ans à 18%, et le deuxième concerne la tranche d'âge de 50-54ans et est à 16%. A partir de ce dernier on note une baisse progressive.

Selon le registre national de Casablanca de 2004, le taux de cancers du sein chez les femmes de moins de 40 ans par rapport à l'ensemble était de 22 % (24). Et selon le registre de Rabat, de 2005, le taux de cancers du sein survenus chez les femmes jeunes de moins de 35 ans était de 7 %. Dans une série rétrospective de 3 757 cas de cancers du sein traités entre janvier 2003 et décembre 2007 à l'Institut national d'oncologie de Rabat, 427 femmes étaient âgées de moins de 35 ans, soit 8,8 % des cancers du sein (25).

Tableau 36 incidence du cancer du sein par classe d'âge et par sexe, registre des cancers du grand Casablanca 2008 - 2012.

Classe d'âge	Nombre de cas	Taux d'Incidence brute	pourcentage
Femmes			
0-4	0	0,0	0,0
5-9	0	0,0	0,0
10-14	1	0,1	0,0
15-19	6	0,6	0,1
20-24	13	1,3	0,3
25-29	66	7,0	1,4
30-34	236	26,5	4,9
35-39	448	55,5	9,3
40-44	766	98,4	16,0
45-49	896	142,6	18,7
50-54	758	158,6	15,8
55-59	603	197,3	12,6
60-64	418	154,4	8,7
65-69	271	135,1	5,7
70-74	141	79,2	2,9
75+	171	87,0	3,6
Total	4794	47,0	100

Dans notre série, les femmes âgées de moins de 40ans représentaient 22%, et celles âgées de moins de 35ans 10%, ce qui correspond aux incidences observés à Casablanca et Rabat.

Comparativement à l'Europe et à l'Amérique du Nord, l'âge médian de survenue des cancers du sein est plus jeune de 12 ans en moyenne (48 à 51 ans versus 61 à 63 ans) chez la femme maghrébine.

Selon le registre de Rabat, en 2005, l'âge médian au diagnostic était de 48 ans. Et selon l'étude établie par Dr Ihab à l'institut national d'oncologie en 2016, l'âge médian de diagnostic était de 44ans (26).

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 50ans.

Le programme national de lutte contre le cancer recrute pour le dépistage les femmes âgées de 45 à 69ans, cependant, on note que notre série est relativement jeune aux critères d'âge posés, les femmes âgées entre 45ans et 69 ans ne représentent que 54% des cas, 40% ont un âge inférieur à 44ans, et 6% un âge supérieur à 69ans.

1.1.1.2 Antécédents familiaux de cancer du sein

La récurrence familiale du cancer du sein se retrouve chez environ 20% des personnes atteintes. Toutefois, dans la mesure où le cancer du sein est très fréquent, ce n'est pas toujours la même cause qui est à l'origine d'une fréquence familiale accrue de cancer du sein (27).

Environ 10% des cas de cancer du sein peuvent être attribués à une mutation génétique spécifique. Les mutations du gène BRCA1 ou BRCA2 sont les plus fréquentes, et correspondent au «syndrome héréditaire de prédisposition au cancer du sein et de l'ovaire» (HBOC). (27)

Le risque de cancer du sein au cours de la vie est de 50 à 80% en cas de mutation BRCA1, et de 40 à 70% en cas de mutation BRCA2 (28).

Afin d'identifier les femmes à risque, Un calcul simplifié a été proposé pour aider le clinicien à poser l'indication d'une consultation d'oncogénétique (29) :

Situation	Poids
Mutation <i>BRCA</i> identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme de < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme de 30-40 ans	3
Cancer du sein chez une femme de 40-50 ans	2
Cancer du sein chez une femme de 50-70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

Figure 8 : calcul de l'indication d'une consultation d'oncogénétique

On additionne les poids respectifs par compartiment d'affiliation (branche paternelle OU maternelle). Une même personne, atteinte de plusieurs cancers, est comptabilisée en ajoutant les scores de chaque cancer. En cas d'antécédents dans les branches maternelle ET paternelle (scores séparés), le score le plus important sera retenu. Si :

- score supérieur ou égal à 3 : consultation indiquée ;
- score inférieur à 3 : utilité médicale faible

Selon une étude réalisée au niveau du centre d'oncologie du CHU de Fès (30), 22,8% avaient un antécédent familial de cancer du sein. Selon l'étude réalisée à Casablanca par Dr lazreqh (31) ce taux est de 17,3%; et selon l'étude de Dr Ihab (26) 21,6% des patientes avaient un antécédent familial soit un pourcentage de 21,6%.

Dans notre série de cas, 9% des patientes avaient un antécédent familial de cancer du sein.

Une seule patiente avait un antécédent familial de cancer de l'ovaire.

I.1.2 Facteurs liés à la reproduction :

I.1.2.1 La parité et l'âge de la première grossesse :

Les femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme avant l'âge de 30 ans présentent, en moyenne, un risque de cancer du sein diminué de 25 % par rapport aux femmes nullipares (32)

L'effet protecteur de la multiparité semble augmenter proportionnellement au nombre d'accouchements. Selon une étude réalisée en Finlande en 2001 les femmes qui ont eu de huit à neuf accouchements présentent des risques réduits d'environ 30%, en comparaison avec celle qui ont eu cinq accouchements (33)

Dans notre série, l'âge de la première grossesse était inférieur à 30ans chez 58% des 113 patientes chez qui l'âge a été précisé.

Nous avons noté aussi que 19% des 140 cas étaient nullipares, 40% avaient plus de 4 enfants.

I.1.2.2 L'allaitement

Selon une méta-analyse de 2002 étudiant les données de 47 études réalisées dans 30 pays différents incluant 50302 femmes ayant eu un cancer du sein et 96973 femmes sans maladie les femmes qui ont allaité pendant une durée totale d'au moins 25 mois présentent un risque réduit de 33 %, par rapport à celles qui n'ont jamais allaitées,

Une diminution significative du risque de cancer du sein de plus de 4 % a été rapportée pour chaque période d'allaitement de 12 mois (34)

Dans notre série, Sur l'ensemble des patientes diagnostiquées positives ; nullipare incluses ; 50% des femmes ont allaité.

I.1.3 Facteurs hormonaux exogènes :

I.1.3.1 La contraception hormonale :

Concernant la contraception orale et le cancer du sein, l'étude de référence reste la grande méta-analyse de 1996 (35) : globalement, le risque est légèrement augmenté chez les utilisatrices ou les récentes utilisatrices ayant depuis cessé ($RR = 1,24$; $IC\ 1,15-1,33$) comparées aux patientes n'ayant jamais utilisé de contraception œstro-progestative. Le risque disparaît après 10 ans d'arrêt.

Il est très important de souligner qu'il n'y a pas d'augmentation de mortalité par cancer du sein liée à la contraception orale (36)

Dans notre série de cas, la moitié des femmes chez qui la prise de contraceptifs oraux a été précisée ont eu recours à la contraception hormonale.

La durée moyenne de contraception hormonale est de 8,83 années

Dans 39,62%, la durée de prise de contraception hormonale était inférieure à 5 ans .

I.1.3.2 Traitement hormonal substitutif :

L'imprégnation hormonale et spécifiquement oestrogénique que vit une femme au cours de sa vie (entre la puberté et la ménopause) conditionne en partie son risque de cancer du sein. Plus l'imprégnation oestrogénique est importante plus le risque de cancer du sein augmente. La prise de THS prolonge cette imprégnation hormonale au-delà de la ménopause. (37)

La prise d'estrogènes seuls confère un RR de 1,3 par rapport à des femmes sans traitement substitutif. Le sur-risque des traitements combinés dépend principalement du choix du type de progestatifs : absence de risque significatif pour

la progestérone micronisée ou la dydrogestérone, RR de 1,7 avec les autres progestatifs de synthèse. (38) (39)

Ce sur-risque est d'autant plus grand que l'utilisation de THS est longue et disparaît dans les 5 ans après l'arrêt des traitements. (40)

Dans notre série de cas, aucune patiente n'a eu recours au traitement hormonal substitutif.

I.1.4 Facteurs hormonaux endogènes :

I.1.4.1 La ménopause tardive :

Un âge tardif de survenue de la ménopause (≥ 55 ans) est un facteur de risque avéré, chaque année de délai de survenue augmentant de 3 % le risque de cancer du sein. (41). L'explication est la même sus-citée dans le traitement hormonal substitutif liée à la durée d'imprégnation oestrogénique.

Dans notre série de cas, 59 patientes soit 42% des 140 cas étaient ménopausées au moment du diagnostic,

Chez 56% des femmes ménopausées, l'âge de la ménopause était supérieur à 50ans.

I.1.4.2 Age des premières ménarches :

La survenue des règles avant l'âge de 11 ans est un facteur de risque établi (RR de 3) alors que chaque année gagnée par rapport à leur survenue diminue le RR de cancer du sein de 5 %. Ainsi, un âge de survenue de 15 ans ou plus a un effet protecteur. (41)

I.1.5 Facteurs liés aux antécédents personnels :

I.1.5.1 Antécédents de mastopathies bénignes :

Les maladies bénignes du sein constituent un facteur de risque de cancer du sein. Elles sont histologiquement divisées en deux groupes : les lésions prolifératives et les lésions non prolifératives avec ou sans atypie. Les lésions non prolifératives ne sont généralement pas associées à un risque accru de cancer du sein ou, si elles le sont, le risque est très faible. Les lésions prolifératives sans atypie multiplient le risque par deux, tandis que les lésions hyperplasiques avec atypie augmentent ce risque d'au moins quatre fois (42)

Dans notre série de cas, 4 femmes avaient un antécédent d'adénofibrome dont deux confirmés histologiquement.

I.1.5.2 Antécédents personnels de cancer du sein :

Le sur-risque de cancer du sein est majoré quand le premier cancer du sein est survenu chez des femmes âgées de moins de 40 ans (rapport d'incidence standardisé de cancer du sein compris entre 2,8 et 7,4 comparé à la population générale).

Dans notre étude, Deux femmes avaient un antécédent de cancer du sein, datant de 7ans, les deux ont bénéficié de chirurgie et de radio et chimiothérapie. Une a développé un cancer du sein en homolatéral en regard de la cicatrice d'incision, et l'autre en controlatéral.

I.1.6 Facteurs liés au mode de vie :

I.1.6.1 Obésité :

L'obésité est un facteur de risque du cancer du sein chez les femmes ménopausées. Cependant, ce risque serait plutôt lié à l'oestradiolémie élevée constatée chez ces femmes plutôt qu'à leur surpoids. En revanche, ce risque n'est

pas retrouvé chez les femmes jeunes. L'activité physique (3 à 5 heures/semaine) est un facteur protecteur même quand cette activité débute tard dans la vie avec une diminution relative de 20-40 % du risque de cancer du sein. (43) (44)

Sur les dossiers des patientes faisant partie de notre étude, l'IMC et notamment le poids et la taille n'ont pas été mentionnés.

1.1.6.2 Tabagisme

Sans aucun doute, le tabac constitue une importante source de substances cancérogènes. Pourtant la cigarette n'est pas considérée comme un facteur de risque du cancer du sein, les fumeuses présentent un risque réduit.

L'effet protecteur de la cigarette dans le cancer du sein serait dû à une diminution des oestrogènes circulants et à l'action anti-oestrogénique du tabac. Il a été rapporté que les fumeuses ont une ménopause précoce et une concentration urinaire réduite d'oestrogènes pendant la phase lutéale du cycle menstruel (45)

1.1.6.3 Alcoolisme :

L'alcool est le seul facteur nutritionnel établi de risque de cancer du sein. Ce risque augmente d'environ 7 % pour une consommation moyenne d'une boisson alcoolique par jour. (46)

L'alcool provoque une augmentation du niveau des hormones dans le sérum et une production accrue de facteurs de croissance IGF (*insulin-like growth factor*). Les IGF agissent comme des mitogènes, inhibent l'apoptose et interagissent avec les oestrogènes.

Une production accrue d'IGF augmente le risque de cancer du sein, surtout avant la ménopause. (47)

Les femmes ayant un cancer du sein, et consommant au moins une boisson alcoolique par jour, ont une durée de survie diminuée de 15 % à 40 %, comparativement à celles qui ne boivent pas d'alcool (48).

I.2 Etude clinique

I.2.1 Suspicion diagnostique :

Un diagnostic de cancer du sein peut être suspecté (49) :

- en dehors de toute expression clinique, dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel ;
- devant des éléments cliniques évocateurs, notamment la palpation d'une tumeur mammaire, la présence d'un écoulement mamelonnaire, d'une rétraction cutanée ou la découverte d'une adénopathie axillaire.

Quel que soit le mode de découverte, la prise en charge diagnostique comprend toujours un examen clinique suivi d'un bilan radiologique et d'un diagnostic histologique qui confirment ou infirment le diagnostic.

Dans notre contexte, la suspicion diagnostique du cancer du sein se fait au sein des structures de santé de niveau I, notamment au niveau des centres de santé urbains et communaux, par des praticiens du secteur privé, ou public lors d'action de dépistage collectif ou individuel. Les patientes chez qui on suspecte un cancer du sein sont ainsi référées au CRSR pour complément diagnostique.

Concernant notre série de cas, le principal critère de référence était la mise en évidence à l'examen clinique d'un nodule mammaire, ceci était le cas chez 115 cas, soit 78,57% des cas diagnostiqués positifs.

Chez quinze patientes, le nodule mammaire n'a pas été mis en évidence au niveau des structure niveau I, les critères de référence étaient par ordre de fréquence une mastodynie, une tuméfaction mammaire, des anomalies cutanées.

En littérature, la forme nodulaire était souvent la plus fréquente : dans 72% des cas dans l'étude effectuée par FOXCORT (50); 90% des cas d'après BAKKALI et BOUAMAMA (51) (52), et dans 70% des cas d'après l'étude d'Ihab (26)

I.2.2 Examen clinique :

I.2.2.1 Topographie de la tumeur :

Dans la littérature, le cancer du sein se localise le plus souvent au niveau du sein gauche.

Quant à notre série, nous avons noté une prédominance de l'atteinte du sein droit, avec un pourcentage de 53,57%, versus 45,71% pour le sein gauche. Il y avait un seul cas de localisation bilatérale.

Tableau 37 : comparaison entre études des fréquences de localisation du cancer du sein :

	Sein gauche	Sein droit	Bilatéral
Persand (53)	60,3%	37,9%	1,7%
Ben Ahmed (54)	52%	46,5%	1,5%
Liukkonen (55)	59%	40%	1%
Ihab (26)	48,3%	50,8%	0,9%
Belhafiane (56)	42%	57%	1%
Notre série	45,7%	53,6%	0,7%

Concernant le siège de la tumeur par rapport aux quadrants du sein, le siège de prédilection dans la majorité des études, notamment les études réalisées par PERSAND (52), Liukkonen (54), Ihab (25), Belhafiane (55) ; est le Quadrant supéro-externe (QSE). Et ceci est aussi le cas dans notre étude, où l'on note une prédilection du QSE avec un pourcentage de 35%.

1.2.2.2 Taille de la tumeur :

La taille tumorale initiale est un facteur pronostique dont la place est bien établie : ce facteur est indépendant des autres. Une taille tumorale de 40 mm est corrélée à un risque potentiel métastatique d'environ 50 % (57). À l'inverse, une patiente présentant une tumeur de moins de 10 mm, sans envahissement ganglionnaire, a un potentiel métastatique très faible : 91 % de survie sans rechute à dix ans (58)

La taille de la tumeur entre dans la définition du stade T de la classification TNM clinique du cancer du sein (voir annexe).

Classification TNM du cancer du sein, 7e édition 2010,

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté "cTNM" et le stade anatomopathologique post-chirurgical noté "pTNM"

Tumeur Primaire T

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable

Tis : carcinome in situ • Tis (DCIS) : carcinome canalaire in situ

- Tis (CLIS) : carcinome lobulaire in situ

- Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mic : micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

T1a : $1 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ mm}$ dans sa plus grande dimension

T1b : $5 \text{ mm} < \text{tumeur} \leq 1 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T1c : $1 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 2 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T2 : $2 \text{ cm} < \text{tumeur} \leq 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur $> 5 \text{ cm}$ dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

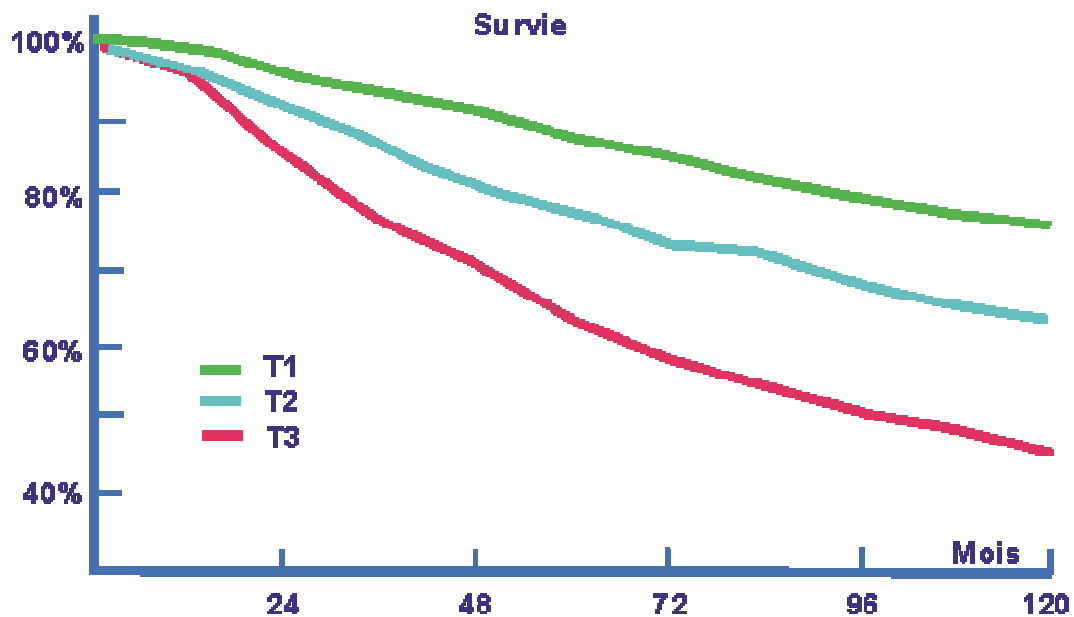
T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral

T4b : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein

T4c : T4a + T4b

T4d : cancer inflammatoire

Quand on considère la survie des cancers du sein selon le stade T (hors formes inflammatoires) (59), on s'aperçoit de l'importance de la taille tumorale et donc de l'intérêt du dépistage, (graphique 20)

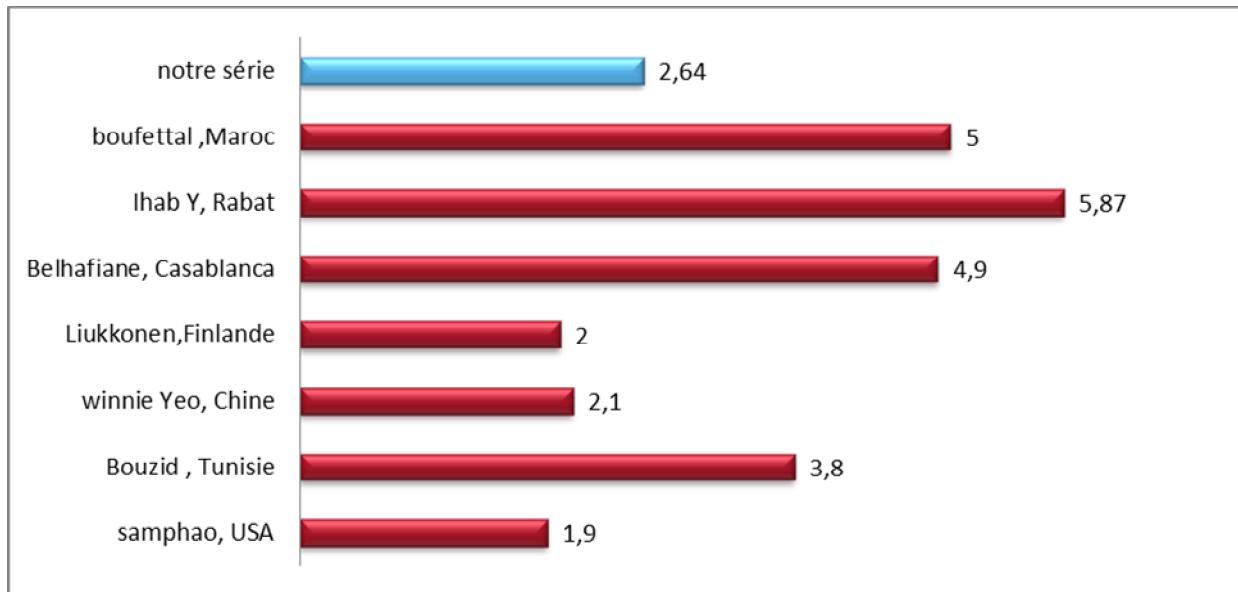


Graphique 22: la survie des cancers du sein selon le stade T (59)

Dans notre série de cas, 73% des cas avaient une taille tumorale clinique entre 2cm et 5cm soit un T2.

22% avaient une taille inférieure à 2cm et 5% une taille supérieure à 5cm.

Si l'on compare la moyenne de la taille du grand axe tumoral aux autres études réalisées : Liukkonen (Finlande) (55) , Winnie Yeo (Chine) (60), :samphao, USA (61), Boufettal (Maroc) (62) , Bouzid (Tunisie) (63), Belhafiane (Casablanca) (56), Ihab (Rabat) (26) on constate que notre série est mieux située comparées aux autres réalisées au Maroc .



Graphique 23 Comparaison de la taille tumorale entre les séries

1.2.2.3 Signes inflammatoires :

Les formes inflammatoires constituent les formes de cancer du sein les plus agressives. Leur pronostic est dans la majorité des cas péjoratif et redoutable lié à la fréquence élevée d’envahissement ganglionnaire et de métastases (64) (65)

Les cancers inflammatoires correspondent habituellement à une poussée évolutive avec augmentation de volume rapide, érythème, œdème cutané ou peau d’orange touchant plus ou moins tout le sein, qui est sensible et chaud. Une masse palpable mal limitée est parfois retrouvée. La patiente est apyrétique.

Cette présentation clinique typique peut suffire à évoquer le diagnostic. Mais il est des présentations moins évidentes, pouvant simuler une mastite ou un abcès du sein. (66)

Il peut être parfois difficile de distinguer un cancer d'emblée inflammatoire d'une forme localement avancée (diagnostic différentiel), qui, secondairement, atteint la peau puis provoque une réaction inflammatoire (67)

Dans notre série, 5 cas soit 3,57% avaient une tuméfaction mammaire sans nodules palpables, dont 2 avec rougeur

19 cas soit 13,57% avaient une peau d'orange, et 12 soit 8,57% une rougeur en regard de la lésion.

Le mode d'installation de ces signes d'inflammation n'a pas été précisé sur les dossiers.



Figure 9: cancer du sein inflammatoire (68)

1.2.2.4 Adénopathies :

La présence d'adénopathies axillaires ou sus-claviculaires est le facteur pronostique le plus important.

Le nombre d'adénopathies fait partie de la classification TNM :

Classification TNM du cancer du sein, 7e édition 2010, et stade UICC

Ganglions lymphatiques régionaux pN

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

- N0(i-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)

- N0(i+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires $\leq 0,2$ mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)

- N0(mol-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : reverse transcriptase polymerase chain reaction)

- N0(mol+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)

N1mi : micrométastases $> 0,2$ mm et ≤ 2 mm

N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N1a : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires

- N1b : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N1c : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)

N2 : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes

homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

- N2a : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm

- N2b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

N3 : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

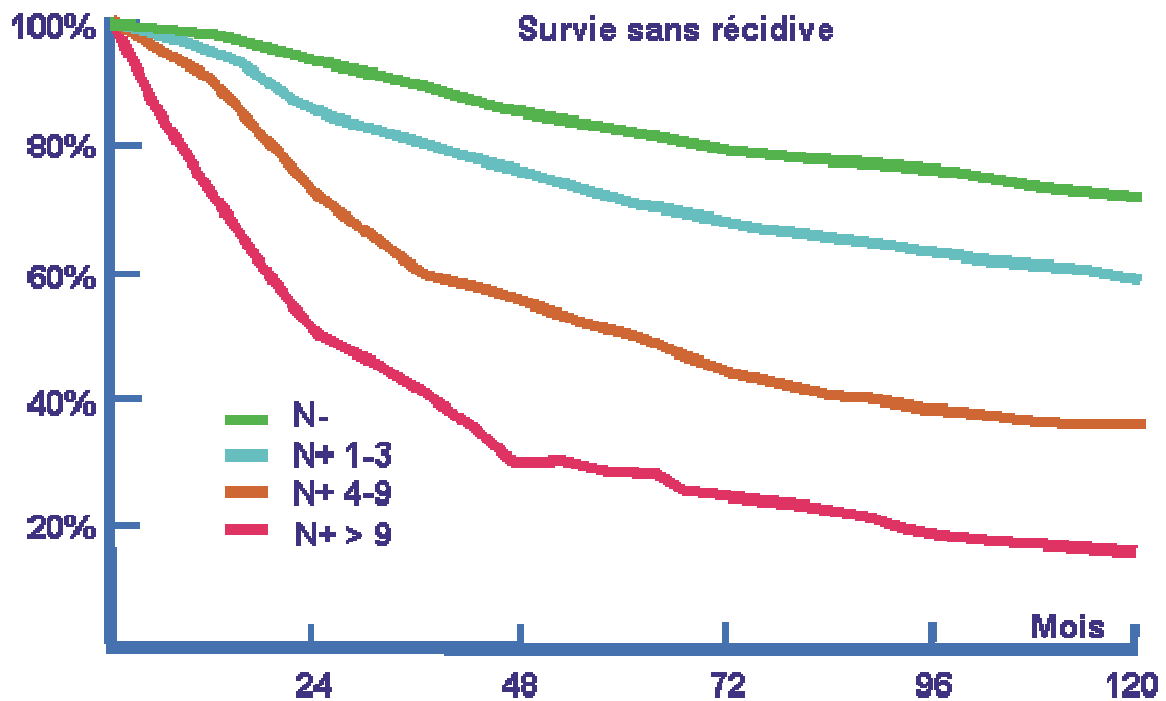
- N3a : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm)

ou envahissement des ganglions sous-claviculaires

- N3b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

En absence d'adénopathie palpé (N0) le taux de survie sans rechute à 5 ans est de 80%, il est de 65% en cas de ganglions palpable mais mobile N1 et de 40% si les adénopathies sont fixées N2 (68)



Graphique 24 : taux de survie selon le nombre d'adénopathies (58)

L'examen des aires ganglionnaires axillaires a permis d'objectiver la présence d'adénopathies chez 86 patientes soit 61% des cas. Le nombre d'adénopathies n'a pas été mentionné sur les dossiers.

Une patiente avait des adénopathies sus-claviculaires, soit 0,71% des cas.

1.2.2.5 Métastases :

Classiquement, on distingue deux grands types de métastases : les métastases viscérales et les autres, en particulier les métastases osseuses ou cutanées.

Il existe une relation entre le site de la métastase et les caractéristiques de la tumeur primitive : les métastases localisées au niveau cutané ou des parties molles et osseuses sont plus fréquentes dans des tumeurs mieux différenciées de grade SBR I ou II et surviennent plus tardivement, le plus souvent pour les tumeurs avec des récepteurs hormonaux positifs, alors que les métastases hépatiques pulmonaires et cérébrales et les sites métastatiques multiples s'observeront le plus souvent dans les cas de tumeurs de grade III avec des récepteurs d'estrogène et de progestérone négatif. (70).

Deux formes sont décrites classiquement : le cancer du sein métastatique d'emblée qui représente 1 % des cas de cancer et plus fréquemment le cancer du sein traité au stade précoce qui devient métastatique au cours du temps.

Les facteurs pronostiques sont le nombre de métastases, leur localisation, l'envahissement ganglionnaire et les récepteurs hormonaux. Il n'y a pas d'études comparant de façon directe la survie des formes métastatiques d'emblée et des formes métastatiques secondaires, mais la survie est meilleure en cas de métastases osseuses initiales d'emblée, c'est une situation qui est cependant rare (71)

Dans notre série de cas, les patientes présentant des signes cliniques d'appel ont bénéficié d'un bilan d'extension, le signe d'appel le plus fréquent était les douleurs rachidiennes.

I.3 Etude para-clinique :

I.3.1 Radiologie :

La mammographie et l'échographie sont les examens d'imagerie fondamentaux dans l'évaluation de la glande mammaire.

I.3.1.1 La mammographie :

La mammographie bilatérale est l'examen de référence des lésions du sein. Elle peut être réalisée en cas de signes d'appel cliniques ou dans le cadre d'un dépistage. Elle comprend un minimum de deux incidences par sein (face ou oblique externe) et peut être complétée par d'autres incidences (profil strict, face tournée, compression localisée) ou par des clichés en agrandissement (calcification) (69)

Selon les résultats des essais randomisés, lorsque la mammographie est réalisée tous les deux ans, sa sensibilité est de 56 à 86 %, sa spécificité varie entre 93,5 et 99,1%. Ces paramètres varient avec la densité mammaire (70)

Les images issues de l'examen des seins par mammographie sont classées selon le système BI-RADS de l'ACR en 6 catégories (voir Annexe).

Un Bi-rads 4 ou 5 ont successivement une valeur prédictive positive de malignité de 5-70% et > 70% et imposent ainsi une biopsie de la lésion. Cependant le Bi-rads 3 a une valeur prédictive de malignité ≤ 5 , l'anomalie est dite probablement bénigne et on effectue une surveillance dans les 6 mois à suivre.

Dans notre série de cas : nous avons noté une prédominance des tumeurs classées Bi-rads V de l'ACR avec un pourcentage de 60,48%, les lésions Bi-rads IV constituait 37,10% du total des cas. 2,42% des cas étaient Bi-rads III.

1.3.1.2 L'échographie

Une échographie mammaire bilatérale est associée à la mammographie. Elle est particulièrement contributive en cas d'image douteuse à la mammographie, de seins globalement denses (densité ACR3 ou ACR4, mastose, dystrophie) ou en cas d'examen mammaire anormal avec une mammographie non informative. Elle permet l'examen des aires axillaires et peut également être utile pour guider une biopsie.

Ainsi, l'échographie mammaire est très recommandée dans le diagnostic du cancer du sein en complément de la mammographie selon plusieurs auteurs (71)

L'image échographique maligne typique est celle d'une masse hypoéchogène, hétérogène, solide, à cône d'ombre postérieur, non compressible, à contours irréguliers et présentant des dimensions antéropostérieures supérieures à ses dimensions transversales (à grand axe vertical) (72)

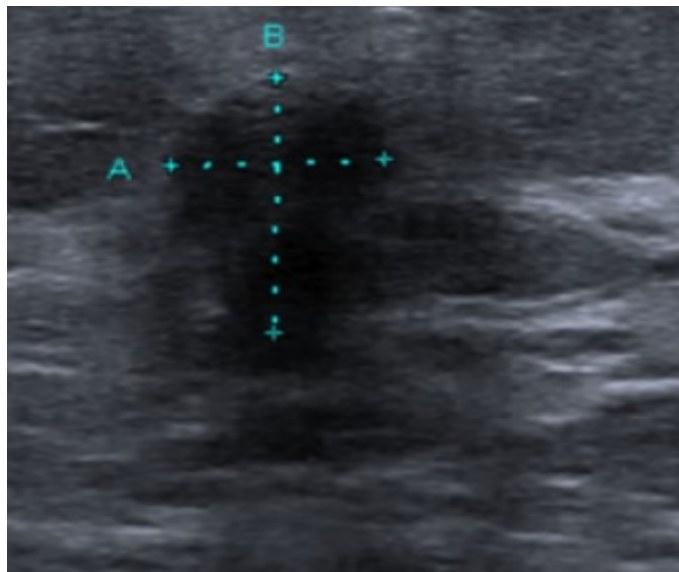


Figure 10: masse hypoéchogène hétérogène avec cône d'ombre

Dans notre série, l'échographie mammaire a mis en évidence l'image maligne typique sus-décrite dans 84,06% des cas.

Chez 5,07% des cas, on a mis en évidence une plage hypo-échogène irrégulière et chez 3,62% l'image d'un fibro-adénome. L'image de mastite a été trouvée chez 3% des patientes.

Outre ces images, l'échographie a mis en évidence chez 40% des patientes des adénopathies axillaires d'allure maligne.

En littérature, dans la série de KHANFIR (73), l'échographie a montré des images suspectes dans 75% des cas, des images sans critères de malignité dans 20% des cas, et 5% d'échographie normale. Pour MINTZER (74), l'échographie a objectivé des images suspectes dans 60% des cas, des images sans critères de malignité dans 28% des cas, et non concluante dans 12% des cas; alors que pour PERSAND (75), l'échographie a objectivé des images suspectes dans 75% des cas.

Dans la série d'Ihab (26) l'échographie mammaire a objectivé dans 89,5% des cas des images tissulaires suspectes de malignité, et dans 8,5% des images sans critère de malignité et était normale dans 2% des cas.

1.3.1.3 L'IRM :

Il n'y a pas de données suffisantes pour justifier l'utilisation de l'IRM mammaire dans le bilan initial d'un cancer du sein. Son indication ne peut être discutée que dans certaines circonstances particulières qui seront appréciées en milieu spécialisé (49).

Les indications de l'IRM pré-thérapeutique sont les cancers survenant chez des patientes avec d'importants facteurs de risque et avec des seins denses en mammographie en l'occurrence les femmes jeunes (76), des cancers sans traduction mammographique et/ou échographique à type de maladie de Paget du mamelon ou

de cancer lobulaire infiltrant (77), des cancers après une première exérèse chirurgicale histologiquement incomplète sachant qu'un délai post-opératoire de 3 semaines est nécessaire pour diminuer les faux positifs (78) et des cancers posant des problèmes de rapports anatomiques après leur exérèse, surtout avec la paroi thoracique (79)

Dans notre série de cas trois patientes ont bénéficié d'une IRM mammaire, cette dernière a objectivé chez une patiente des lésions nodulaires multifocales homolatérales, et chez une autre des lésions bilatérales.

1.3.1.4 Bilan d'extension :

Pas de recommandations systématiques. Il faut tenir compte si points d'appels cliniques ou facteurs pronostiques péjoratifs.

Compte tenu des faibles prévalences observées chez les patientes atteintes de tumeur invasive T1 et T2 sans envahissement ganglionnaire clinique, il n'est pas recommandé de réaliser un bilan d'extension systématique, en l'absence de point d'appel clinique chez ces patientes.

Le bilan de première intention peut reposer sur l'une des trois options suivantes :

- radiographie de thorax, échographie abdominale et scintigraphie osseuse;
- ou bien, TDM thoraco-abdominale et scintigraphie osseuse ;
- ou bien, TEP-TDM au 18 F-FDG. (83)

Dans notre série, 16 patientes ont bénéficié d'un bilan d'extension avant d'être référées à un établissement de niveau III, quatre patientes avaient des métastases à distance.

I.4 Anatomie-pathologique :

Le diagnostic de cancer du sein est établi par l'examen anatomopathologique. Toute lésion suspecte de malignité après un examen clinique et/ou radiologique (appréciation selon la classification de l'ACR) nécessite donc une confirmation anatomopathologique avant toute intervention chirurgicale, sauf situations particulières.

L'examen anatomopathologique permet également d'apprécier des éléments pronostiques et prédictifs de réponse à certains traitements.

Ces éléments sont déterminants pour la décision thérapeutique. (49)

I.4.1 Biopsie mammaire :

Elle est systématique en cas d'images ACR 4 ou ACR 5 pour confirmer le diagnostic et préciser notamment le statut des récepteurs hormonaux (oestrogènes, progestérone) et le statut HER2, discuté en cas d'images ACR 3. (80)

Différentes techniques de prélèvements peuvent être utilisées :

I.4.1.1 Microbiopsie percutanée :

Il s'agit de biopsies effectuées avec des aiguilles de calibre intermédiaire entre 15 G et 18 G de type «true cut». Ces aiguilles permettent d'obtenir de fins cylindres de tissu mammaire contenant souvent plusieurs unités ductulo-lobulaires. Chaque prélèvement nécessite le retrait de l'aiguille et sa réintroduction dans le sein pour effectuer des prélèvements successifs. (81)



Figure 11: microbiopsie mammaire

La sensibilité de ce type de prélèvement est de 92 à 100% et la spécificité de 95 à 100%. En revanche l'échantillon peut s'avérer insuffisant pour le diagnostic de foyers de micro-calcifications. On estime le taux de faux négatifs entre 2 et 5% (82).

1.4.1.2 Macrobiopsie mammaire :

Cette technique plus récente permet de prélever des échantillons de tissus par aspiration à vide, à l'aide d'une aiguille de creuse de 3 à 4 mm munie d'un petit couteau cylindrique rotatif. La macro-biopsie s'utilise sous guidage échographique, stéréotaxique et même sous IRM lorsqu'une lésion découverte par IRM n'a pas de traduction sur le bilan standard et nécessite une biopsie.



Figure 12 macro-biopsie

Contrairement à la micro-biopsie, cette méthode permet de recueillir un plus grand volume d'échantillon (10 à 30 fois plus) et d'effectuer les prélèvements nécessaires en une seule ponction. Elle produit une précision de l'ordre du millimètre et une fiabilité proche de 100%.



Figure 13: type de prélèvement par macro-biopsie

Les indications de la macro-biopsie sous-stéréotaxie sont les foyers de calcifications, une opacité mammographique, une distorsion architecturale ou une asymétrie de densité sans traduction échographique. (83)

1.4.1.3 Biopsie chirurgicale :

Il peut s'agir d'une biopsie stéréotaxique ambulatoire sous anesthésie locale ou d'une biopsie diagnostique sous anesthésie générale permettant l'exérèse en monobloc de la lésion.

Le repérage se fait à l'aide d'un harpon métallique mis en place par le radiologue après repérage échographique ou mammographique. Parfois uniquement à la palpation lorsque cela est possible, c'est-à dire en cas de lésion suffisamment superficielle (84)

I.4.2 La cytoponction :

La cytoponction a longtemps été la seule technique possible pour l'exploration des anomalies mises en évidence par l'imagerie. Cependant, depuis l'avènement des microbiopsies, la place de la cytoponction dans l'arsenal diagnostique en pathologie mammaire a nettement diminué.

La ponction cytologique sous échographie peut être réalisée sur des lésions palpables et/ou suspectes à l'échographie.

La cytoponction a en effet plusieurs limites :

Les lésions infracliniques sont une des limites : plus une lésion est petite, plus le risque de prélèvement insuffisant et de faux négatif est élevé.

Les faux négatifs et les difficultés pour affirmer la bénignité sont un problème fréquent, la cytologie mammaire, requiert un cytologiste expérimenté.

La cytologie peut rencontrer des difficultés pour distinguer les limites parfois subtiles entre bénin et malin : adénofibromes florides, cancers très différenciés (cancers tubuleux, cribriformes, papillaires à petites cellules, certains carcinomes lobulaires infiltrants), hyperplasies épithéliales atypiques.

Elle peut aussi hésiter parfois sur le type de cancer (canalaire, lobulaire, mixte).

À l'opposé, les avantages des cytoponctions sont leur faible coût, leur réalisation facile pour une équipe entraînée, leur caractère très peu invasif.

Les cytoponctions sont utiles à titre diagnostique quand elles sont positives, mais ne permettent pas la caractérisation précise d'un cancer et la planification précise du traitement. Elles ne permettent pas une réduction du nombre de temps chirurgicaux et dans tous les cas l'examen extemporané restera indispensable. Leur

négativité reste l'écueil majeur car elles ne permettent pas d'affirmer, dans nombre de cas, la réelle bénignité d'une lésion. (85)

I.4.3 Les types histologiques :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 2012 différents types histologiques du cancer du sein (voir annexe).

Le Carcinome infiltrant non spécifique (TNS) ; ancien carcinome canalaire infiltrant : Le type le plus fréquent (80%). Son pronostic est influencé par les paramètres classiques (taille, envahissement ganglionnaire, grade, emboles et les tests ER, PR, HER2).

Les carcinomes « spéciaux » : Les aspects histologiques « spécifiques » doivent représenter >90% de la tumeur. Ils existent plusieurs types, le plus fréquent est le carcinome lobulaire infiltrant. Ce dernier représente 5-15% des types histologiques, deuxième après le TNS. Sa présentation est souvent multifocale et/ ou multicentrique. Il a un profil métastatique: os, tube digestif... Il est présent le plus souvent en Grade II, possibilité de grade III (forme pléomorphe).

Dans notre série de cas, le diagnostic a été confirmé chez toutes les patientes par microbiopsie mammaire. Une seule patiente a bénéficié de cytoponction et ce au niveau privé avant d'être référée au centre.

Le type histologique le plus fréquent chez nos patientes est bien le carcinome canalaire infiltrant conformément à la littérature. Il représente 82,14% du total des types. Suivi du carcinome lobulaire infiltrant avec un pourcentage de 7,14.

Cependant on note la présence de certains types histologiques rare : un cas de carcinome métaplasique, et un cas de tumeur papillaire invasif.

Une patiente a présenté une tumeur phyllode de malignité intermédiaire.

La microbiopsie n'a pas été concluante chez une patiente.

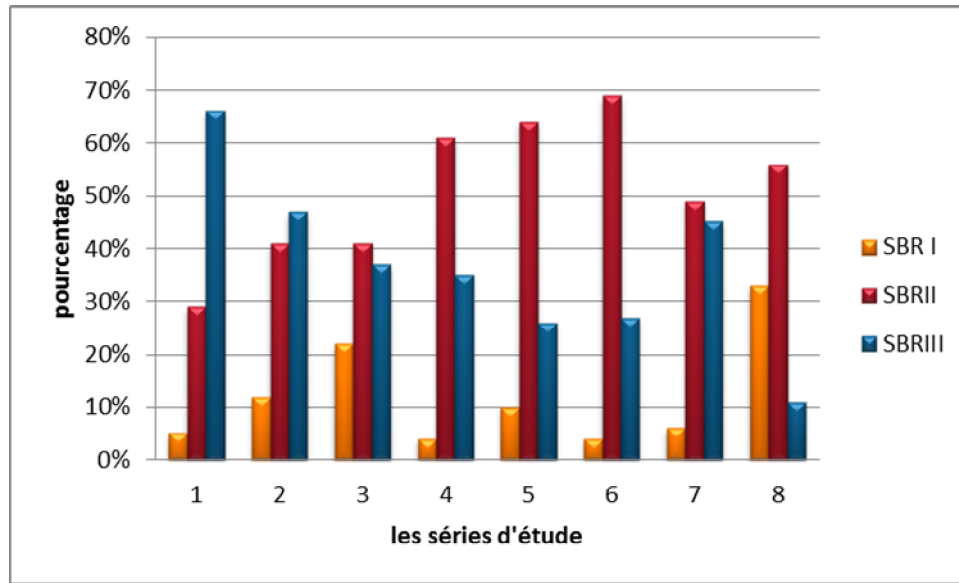
I.4.4 Le grade histo-pronostique

Le grade histo-pronostique de Scarff, Bloom et Richardson (SBR) a été conçu spécifiquement pour les tumeurs du sein. Il est composé de trois éléments:

- le nombre de mitoses par champ microscopique considéré comme un facteur prédictif de la réponse au traitement adjuvant,
- le degré de différenciation de la tumeur
- l'anisonucléose détaillant la morphologie et la taille des noyaux.

Les lésions classées en grade I sont de pronostic favorable, en grade II de pronostic intermédiaire et en grade III de pronostic défavorable.

En littérature les grades SBR II et III sont les plus fréquents.



1 : Liukkonen (Finlande) (55) 4 : Guendouz (Algérie) (86) 7 : Ihab (Rabat) (26)
 2 : Winnie Yeo (Chine) (60) 5 : Boufettal (Maroc) (62) 8 : notre série (Kénitra)
 3 : Bouzid (Tunisie) (63) 6 : Belhafiane (Casablanca) (56)

Graphique 25: taux des grades SBR selon différentes séries

I.4.5 Emboles vasculaires :

Présence de cellules tumorales au sein de structures vasculaires en dehors de la tumeur. C'est un facteur prédictif indépendant d'envahissement ganglionnaire il s'agit d'un marqueur de mauvais pronostic. (87)

La présence de cellules tumorales au niveau des lymphatiques du derme est parfois associée à un cancer cliniquement inflammatoire (88)

Dans notre série, 21 patientes avaient des emboles vasculaires. 62% de ces patientes avaient des adénopathies d'allure maligne à l'échographie.

II. Evaluation de la qualité de la prise en charge :

II.1 Délais de prise en charge :

La mesure des délais apparaît comme un marqueur de la qualité des soins et un traceur potentiel des inégalités d'accès aux soins. Il est essentiel de maîtriser les temps d'attente jalonnant le parcours de soins, à la fois pour le succès du traitement et pour répondre aux besoins des malades (89). Travailler à raccourcir ces délais est d'un grand bénéfice pour toutes les patientes, en particulier celles les plus vulnérables.

En fait, selon une méta-analyse réalisée en 1999 basée sur 87 séries (90), plus les délais de prise en charge sont longs plus le stade serait avancé et plus la survie serait faible : Les patientes avec un délai de 6 mois ou plus avaient une survie à 5 ans de 12% plus faible que celles avec des délais plus courts et celles ayant des délais de 3-6 mois avaient une survie de 7% inférieure à celles prises en charge plutôt.

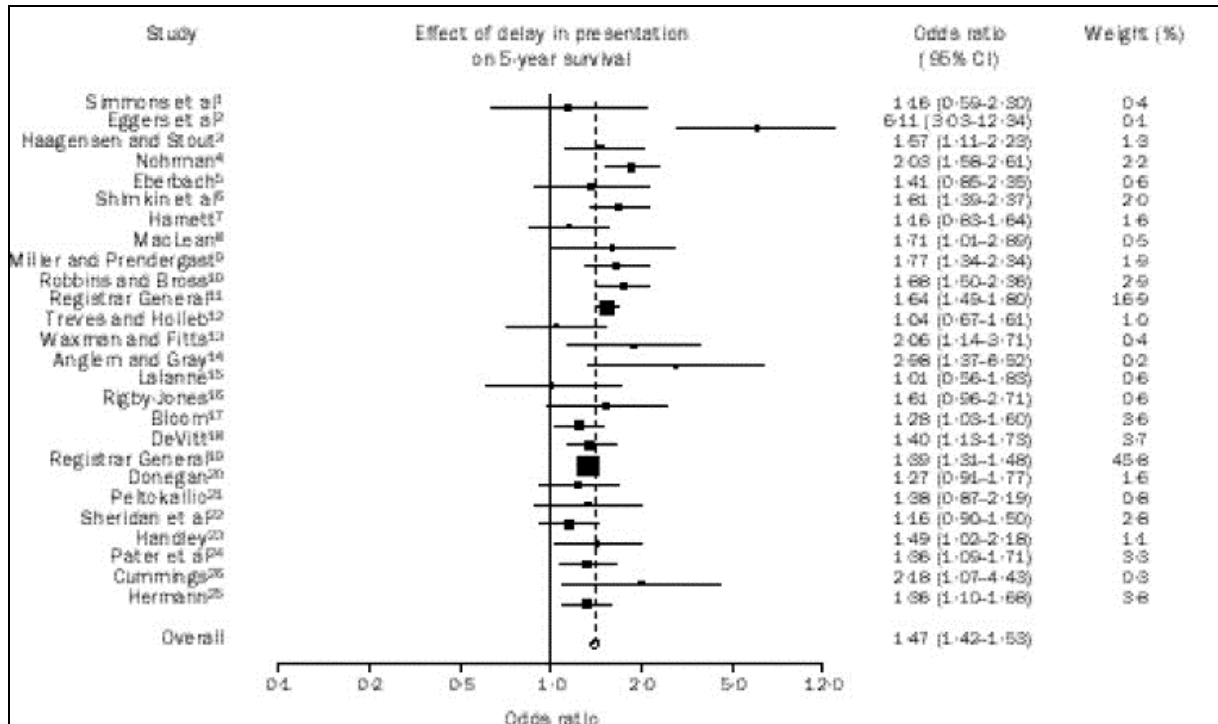


Figure 14 Effet du retard sur la survie à 5 ans dans les études comparant les délais de moins de 6 mois avec des délais de plus de 6 mois (90)

Des Odds's ratio supérieurs à 1.0 montrent un risque élevé de décès.

Connaissant l'importance et l'impact du temps sur le cancer du sein, plusieurs pays se sont engagés dans l'évaluation et la réduction chiffrée des délais de prises en charge, et en ont fait un objectif de leur Plan cancer : la France (91), le Royaume-Uni (92) ou la province de l'Ontario au Canada (93)

• Dans notre étude, nous avons calculé :

- **Les délais entre la référence d'un centre de niveau 1 et la première consultation en fonction des centres référant** : 84% de patientes ont consulté dans un délai inférieur à 7 jours, celles qui sont venues dans un délai supérieur à 28 jours sont en provenance en majorité de Kénitra ou référées par un médecin privé. Ce qui indique que le retard de consultation n'est pas en rapport avec la distance entre la

provenance de la patiente et le centre. Ce retard pourrait être dû au facteur humain : le médecin référant, la conscience de la patiente de son mal.

- Les délais entre la première consultation au centre et la réalisation de la mammographie : 88% des patientes ont bénéficié d'une mammographie dans un délai maximal de 7 jours ; dont 71% dans un délai de un jour.

5% des patientes ont eu un délai supérieur à un mois, dont 1% après 14 mois. Ces mêmes patientes ont des retards concernant le délai entre référence et première consultation.

-Les délais entre les résultats de la mammographie et la réalisation de la microbiopsie mammaire : 40% soit 57 patientes ont bénéficié de la biopsie le même jour de la mammographie, 90% des patientes ont bénéficié d'une biopsie mammaire dans un délai maximum de 7 jours contre 3% des cas ayant accusé un retard supérieur à un mois. Le délai maximum était de 55 jours enregistré chez un seul cas.

Ces deux derniers délais étudiés prouvent l'efficacité de la prise en charge au niveau du centre et l'application des médecins. Les cas de retards sont minimes et sont liés probablement aux conditions socio-économiques et aux convictions des patientes.

-Le délai entre mammographie et référence à un établissement de niveau III :

La moyenne était de 7 jours, avec des valeurs extrêmes de 1 jour et 185 jours.

Cette durée est communément appelée la période de diagnostic.

Selon des études d'évaluation des délais de prise en charge menées en France, dans plusieurs départements, on note que :

- La durée moyenne selon une étude réalisée par l'Institut National du Cancer :
 - entre 2011-2012 (94) était de 13 jours avec comme extrêmes 5 jours et 26 jours
 - La durée moyenne entre 1999-2003 (95) était de 0 jours avec comme extrêmes 0 et 14 jours
 - La durée moyenne entre 2004-2008 était de 19 jours avec comme extrêmes 0 et 29 jours.

On remarque que la moyenne calculée au niveau du centre est inférieure à celle en France, par contre les valeurs extrêmes sont bien supérieures.

Selon l'INC, les facteurs influençant les délais de diagnostic sont les suivants (96) :

-Mode de découverte du cancer

Effet sur les premières étapes du parcours de prise en charge : le délai d'accès au diagnostic ou à la chirurgie était plus long pour les cas de cancers découverts par dépistage spontané ou organisé par rapport à ceux découverts sur signes d'appel.

-Taille de la tumeur

Le délai était plus long pour les tumeurs de taille T1 ou T2 que pour les T3-T4.

-Taille de la tumeur

Le délai était plus long pour les tumeurs de taille T1 ou T2 que pour les T3-T4.

-Caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique

-Région

Pour chacun des délais étudiés, des différences significatives entre régions (délais pouvant varier en moyenne du simple au double), étaient notées

- La durée de prise en charge :

La durée moyenne de prise en charge était de 15 jours alors que la durée maximale était de 189 jours, un seul cas avait 6 mois et 7 jours et 5 cas au total avaient une durée supérieure à 3 mois.

II.2 Activité du centre :

II.2.1 Nombre de consultations :

La capacité du centre de référence de Kénitra était estimée lors de son inauguration à 6000 consultations par an (col et sein réunis). Pendant la période de la présente étude, les consultations du sein à elles seules étaient 4406 consultations , avec une moyenne de 18 consultations par jour. Si l'on rajoute le nombre de consultations de col, ce chiffre dépasserait largement la capacité préétablie. Les consultations du col et du sein sont assurées par deux médecins généralistes qui travaillent à plein temps, et un spécialiste mobilisé à temps partiel.

Devant ces chiffres, on ne peut que constater la charge de travail importante assurée par les médecins du centre.

II.2.2 La population recrutée :

Selon les directives du Plan National de Lutte Contre le Cancer, le centre reçoit les patientes ayant un antécédent familial de cancer du sein, les patientes dont l'âge est entre 45 et 69ans et les patientes présentant une anomalie clinique lors de l'examen au niveau d'un centre de niveau I. Cependant, 1285 consultations ; soit 54,42% du total des consultations ; n'ont ni le critère âge ni celui de l'antécédent familial. Sur ces 1285 consultations, 58 cas de cancer du sein ont été détectés, soit 4,61%. 62% de ces cas ont un âge entre 36ans et 44ans.

II.2.3 Le nombre de mammographies réalisées :

- 48,16% du total des patientes ayant consulté au CRSR ont bénéficié d'une mammographie.

- Sur la base de la clinique et l'échographie, 30,89% des femmes dont l'âge est inférieur à 45ans ou supérieur à 69ans et n'ayant pas d'antécédent familial de cancer du sein ont bénéficié d'une mammographie

- 17,31% des femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein et dont l'âge est inférieur à 45ans ou supérieur à 69ans ont bénéficié d'une mammographie.

- Par ailleurs 25,2% des femmes âgées de 45ans à 69ans n'ont pas eu de mammographie.

Partant du fait que le facteur âge (45 -69ans) est un facteur de risque sérieux de développement du cancer de sein chez la femme, et considérant que la clinique à elle seule pourrait ne pas être suffisante pour écarter d'une manière certaine la présence du cancer chez cette catégorie, la question qui se pose est n'y'aurait il pas dans ces 25,2% des patientes dont l'âge est entre 45 et 69ans des cas de cancer du sein infra clinique qui n' auraient pu être révélés que par la mammographie ? De même, est-ce que la clinique à elle seule est suffisante à écarter la présence d'un cancer du sein chez les femmes dont l'âge est inférieur à 45ans ? Cette question est d'autant légitime que nous avons noté 58 cas de cancer chez cette tranche d'âge.

Dans les pays développés, où l'on note une baisse importante de la mortalité par le cancer du sein, et une détection précoce au stade de T1 ou in situ, la mammographie est systématique à partir d'un certain âge et chez les femmes à haut risque même en absence de signes clinique.

La mammographie constitue le seul examen de dépistage reconnu comme susceptible de réduire la mortalité par cancer du sein dans une population générale à risque moyen, en dépit de controverses à ce sujet (97).

La sensibilité et la spécificité de la mammographie sont bonnes, puisqu'elles varient respectivement de 77 à 95% et de 94 à 97%.

Elle peut révéler des micro-calcifications non détectables par l'examen clinique et par d'autres examens tel l'échographie.

Au royaume uni (98), toute femme âgée de 50 à 70ans bénéficie d'une mammographie tous les 3ans

En France, les femmes âgées entre 50 et 74ans bénéficient d'une mammographie tous les 2ans.

Au Maroc, Le test de dépistage retenu par le PNPCC est l'examen clinique des seins. Il doit être effectué par un professionnel de santé au niveau des centres de santé urbains et communaux avec ou sans module d'accouchement. Ce test doit être refait tous les deux ans si le résultat du test antérieur est négatif (99).

La mammographie n'est demandée qu'en cas d'anomalies cliniques. (voir annexe).

II.2.4 Coût des soins :

L'association de Lalla Salma et le programme national de lutte contre le cancer sont venus pour prendre en charge de façon globale toutes les femmes atteintes de ce mal, et en particulier celles vulnérables et démunies. La gratuité et la facilité d'accès aux soins était un des principaux axes du programme.

La construction et l'équipement de ces centres de proximité étaient un des grands progrès réalisés dans le domaine de la lutte contre le cancer.

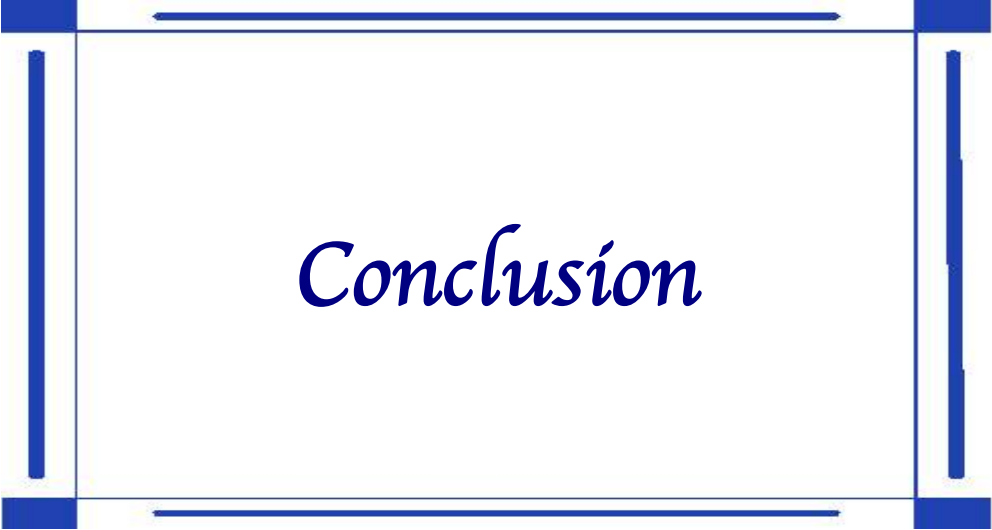
Au niveau du centre de référence de santé reproductive, la totalité des actes de détection précoce, notamment l'échographie, la mammographie et les biopsies sont gratuites.

Cependant, l'absence de nombre suffisant de radiologue et le nombre important de patients consultants au niveau du centre hospitalier périphérique font que les rendez-vous d'interprétation de mammographie soient retardés. Pour cela les patientes ont recours aux radiologues privés pour l'interprétation des clichés.

Dans notre étude, 70,15% des mammographies étaient interprétées chez des radiologues privés. Et 7,46% des cas n'ont pas fait interpréter leurs clichés.

Quant aux pièces anatomo-pathologiques des micro-biopsies mammaires réalisées au niveau du centre, elles étaient toutes analysées par un laboratoire privé, vu l'absence de laboratoire d'anatomie pathologique publique au niveau provincial.

Sachant que la majorité des patientes consultantes sont issues d'un milieu démuné : 88,57% sont sans profession, 51,43% sont bénéficiaires du système RAMED et 26,57% sont sans couverture sociale ou médicale, ne leur permettant pas de rembourser le coût des examens para cliniques fait en privé, intégrer des spécialistes en radiologie et en anatomie-pathologique est une obligation, afin d'éviter l'abandon des soins, les retards de prise en charge et assurer un confort à ces patientes en situation précaires.



Conclusion

Les efforts entrepris par le Maroc en matière de lutte et de prévention contre le cancer du sein se sont vus renforcés par la mise en place des CRSR de l'Association de Lalla Salma. L'impact du centre de Kénitra peut se mesurer par le nombre des cas des consultations annuelles qui ont largement dépassé la norme de lancement de ce centre. Ceci dénote les efforts entrepris en matière de sensibilisation et de réceptivité des messages lancés à différents niveaux pour la prévention dudit cancer. Néanmoins, et afin de capitaliser ces réalisations en terme d'infrastructure et d'acquis en matière de prise de conscience par les femmes des risques liés au cancer du sein, l'étude a montré qu'il y a des amendements et des améliorations qui doivent être apportés pour qu'un centre tel que celui de Kénitra puisse jouer pleinement son rôle de levier pour une lutte efficace contre le cancer du sein chez la femme. Nous pouvons résumer les recommandations saillantes de cette étude comme suit :

Concernant le volet prévention :

- Sensibiliser la population féminine sur l'importance du dépistage et sur le caractère crucial des délais de prise en charge. Un diagnostic précoce conduit à un traitement simple et non mutilant.
- Assurer une surveillance rapprochée chez les femmes à haut risque
- Instaurer des consultations en oncogénétique afin de chercher une éventuelle mutation des gènes BRCA, chez toute femme ayant un risque familial.

Concernant le volet détection précoce :

•Dépistage :

- systématiser la mammographie chez les femmes âgées de 40 à 69 ans afin de détecter les cancers à un stade infra-clinique ou précoce.

- Créer des centres spécialisés dans le dépistage, afin de diminuer la charge aussi bien au niveau des centres de santé de niveau I qu'aux centres de niveau II.
- Développer et assurer une formation continue des médecins et professionnels de la santé exerçant au niveau de structures publiques et libérales.

• **Détection précoce :**

- Pour une meilleure accessibilité aux services de diagnostic précoce et une efficacité meilleure, il faudrait baisser la charge de travail ; afin d'assurer un confort aussi bien pour les médecins que pour les patientes. Ceci ne peut se faire qu'en augmentant le nombre de centres de référence et en décentralisant les soins.
- Intégrer à l'activité du CRSR des radiologues et des médecins anatomo-pathologistes afin de diminuer les délais de diagnostic et d'assurer la gratuité totale de la prise en charge, d'autant plus que la majorité des patientes qui y consultent sont issues de milieux précaires et démunis.

Sur le plan logistique :

La base de données doit être standardisée et informatisée afin de permettre de suivre le parcours des patientes en temps réel et faciliter l'exploitation de cette base en cas de besoin.

Sur le plan accompagnement :

Compte tenu de l'impact psychologique de ce mal sur les patientes la nécessité d'instaurer un accompagnement psychologique est de mise.



Résumé

RESUME

Titre: Evaluation du dépistage et de la qualité de prise en charge du cancer du sein au centre de référence de santé reproductive de Kénitra

Auteur: Mariame Oukelmoun

Mots clés: dépistage-détection précoce–mammographie

Il s'agit d'une étude rétrospective dont l'objectif est d'évaluer le dépistage et la prise en charge au niveau du centre de référence de Kénitra et d'étudier les différents aspects socio-économiques, épidémiologiques, et cliniques des patientes diagnostiquées positives durant la période allant du premier avril 2015 au 31 mars 2016.

Sur 2361 consultations effectuées:

- 48,16% des patientes ont bénéficié d'une mammographie.
- 45,57% des cas avaient un antécédent familial ou un âge compris entre 45 et 69 ans. 70,99% de cette catégorie ont bénéficié d'une mammographie et 3.81% avaient une ancienne mammographie.
- 30,89% des femmes dont l'âge est inférieur à 45ans ou supérieur à 69ans et n'ayant pas d'antécédent familial de cancer du sein ont bénéficié d'une mammographie
- 5,93% des cas ont été diagnostiqués atteints du cancer du sein soit 140 patientes. Le motif de référence au centre de 78% de ces femmes était un nodule mammaire palpable. 41,42% n'avaient pas les facteurs de risque liés à l'âge ou à l'antécédent familial avec une dominance de la tranche d'âge 40 et 44 ans.
- 82% des cas avaient un carcinome infiltrant non spécifique et 5% des métastases.
- les mammographies de 70,15% des cas étaient interprétées par des radiologues privés, et toutes les biopsies étaient analysées par des laboratoires privés.
- La durée moyenne de prise en charge au niveau du centre est de 15jours et dans 56,52% des cas moins de 7 jours.

En conclusion :

Pour une efficacité meilleure, il faudrait élargir la tranche d'âge concernée par le dépistage, systématiser la mammographie, et intégrer des radiologues et anatomo-pathologistes au centre.

SUMMURY

Title: Evaluation of the screening process and the medical care of breast cancer within the reference center of reproductive health of Kénitra.

Author: Mariame Oukelmoun

Keywords: Screening–early detection–mammography

The main purposes of this study are not only to evaluate the screening process and the medical care in the reference center of reproductive health of Kénitra but also to study socioeconomic, epidemiological and clinical aspects of the patients who were diagnosed with breast cancer during the period of the study from the 1st of April 2015 to the 31st of March 2016.

On 2361 of the consultations which were carried out:

- 48, 16% of the patients got a mammography.
- 45,57% of the cases had a family history of the disease or were between 45 and 69 years old. 70,99% of this category got a mammography .
- 30,89% of women who were less than 45 years old or more than 69 years old and who had no family history of the breast cancer had got a mammography.
- 5,93% of the consultations had breast cancer, which means 140 cases. 41.42% didn't have any risk factors related to the age or to the family history. The age group most affected is between 40 and 44 years old. The nodule has been a constant revealing sign in 78%. 5% of them had metastases.
- The mammography of 70.15% of the cases was studied by private radiologists, and all biopsies analyzed by private laboratories.
- The average period of the medical care in the center was 15 days and in 56.52% of the cases was less than 7 days.

To conclude:

For the best efficiency, one must enlarge the interval of the age concerned by the screening, make the test of the mammography more systematic, and integrate radiologists and anatomy-pathologists in the center.

ملخص

العنوان: تقييم الكشف المبكر و التكفل بسرطان الثدي في المركز المرجعي للصحة الإنجابية بالقنيطرة

من طرف: اقلمون مريم

الكلمات الأساسية: فحص - الكشف المبكر - التصوير الإشعاعي للثدي

يتعلق الأمر بدراسة استيعادية تهدف إلى تقييم الكشف المبكر و التكفل بحالات سرطان الثدي بالمركز المرجعي بالقنيطرة وكذلك دراسة المميزات الوبائية السريرية و السوسيو اقتصادية للنساء المصابات بالداء خلال الفترة من 1 أبريل 2015 إلى 31 مارس 2016.

تم الكشف خلال فترة دراستنا على 2361 امرأة:

استفادت 48,16% منهن من الفحص بالتصوير الإشعاعي للثدي،

45,57% من الحالات المكشوف عنها كان لديها سابق عائلي أو عمر يتناهنز ما بين 45 و 69 سنة،

تلقى 70.99% من هذه الفئة تصويرا إشعاعيا للثدي بالمركز، بينما 3.81% من الحالات كانت قد استفادت منه من قبل.

30.89% من النساء اللواتي خضعن لتصوير شعاعي للثدي يقل عمرهن عن 45 سنة أو يفوق 69 سنة أو ليس لهن

سابق عائلي للإصابة بسرطان الثدي .

من مجمل الحالات التي تم الكشف عليها خلال فترة الدراسة ، تم تشخيص سرطان الثدي لدى 5,93% أي 140 حالة.

كان جس عقيدات الثدي سبب توجيه 78% من هذه الحالات، 41,42% من مجمل الحالات التي تم تشخيص سرطان الثدي عندها لم تكن لديها عامل السن أو الوراثة. الشريحة العمرية الأكثر تعرضا للمرض هي الفئة من 40 الى 44 سنة.

من الناحية التشريحية المرضية، كان سرطان القناة الإرتشاحية الأكثر ترددا.

5% كان لديهم انبثاث أثناء التشخيص.

تم قراءة 70,15% من صور التصوير الإشعاعي لدى أخصائي أشعة من القطاع الخاص، بينما حللت جميع عينات

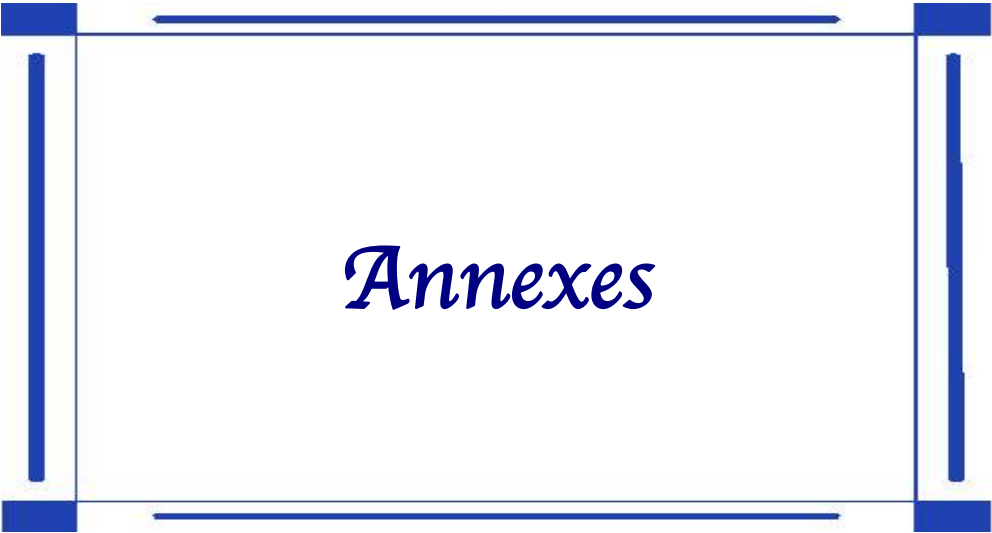
خزعة الثدي لدى مختبرات التشريح الدقيق الخاصة.

متوسط مدة التكفل في المركز كانت هي 15 يوما، وفي 56.52% من الحالات في غضون 7 أيام.

كخلاصة للدراسة، لتحسين الكفاءة و جب تقنين و منهجية التصوير الإشعاعي للثدي، إدماج الفئات العمرية الأصغر في

برنامج الفحص المبكر الوطني . كما و جب لتحسين جودة التكفل بحالات سرطان الثدي، إدماج أخصائي أشعة و أخصائي

تشريح دقيق في عمل المركز



Annexes

Annexe : fiche d'exploration des femmes atteintes du cancer du sein

informations personnelles des patientes			
n° dossier		centre référant	
n° thèse		date de référence	
Nom		date de consultation	
type d'assurance médicale		profession	
Antécédents et facteurs de risque:			
gestité:		parité:	
âge de la première grossesse:		allaitement	
contraception orale		durée	
type		ménopause	
durée		oui/non	
THS		âge	
durée		antécédents familiaux de cancer du sein	
antécédent personnel de cancer du sein		oui/non	
antécédent mammaire personnel		degré	
type		antécédents familiaux de cancer de l'ovaire	
tabagisme		oui/non	
durée		P/F	
IMC		antécédents médicaux:	
alcoolisme		antécédents chirurgicaux:	
oui/non		autres antécédents gynéco-obstétricaux:	
durée			
Examen clinique			
motif de référence:			
sein droit			
contour mammaire:		aucune	
aucune anomalie		surface du sein	
rétraction		peau d'orange	
voussure		rougeur	
aréo-mamelonnaire:		écoulement hémorragique	
aucune anomalie		oui/non	
rétraction			
érosion			
nodule		autres anomalies:	
aucun			
nombre			
taille grand axe			
fixé/libre			
siège			

Examen clinique					
sein gauche					
contour mammaire:		aucune anomalie rétraction voussure		surface du sein aucune peau d'orange rougeur	
aréo-mammelonnaire:		aucune anomalie rétraction érosion		écoulement hémorragique oui/non	
nodule		aucun nombre taille grand axe fixé/libre siège		autres anomalies:	
aires ganglionnaires					
libre creux axillaire adénopathies nombre		libre sus claviculaire adénopathies nombre			
examens paracliniques					
mammographie					
oui/non	lieu de réalisation	interprétée par	lieu d'interprétation	résultat	date
échographie					
oui/non	résultats				faite par
	type de lésion	anomalies associées		échographie axillaire	
autres explorations					
type			résultats		
cytoponction					
oui/non		résultats		faite par	

micro-biopsie					
oui/non					
résultats	type histologique				
	grade				
	composante intra-canaulaire				
	emboles vasculaires				
	immuno-histochimie	score	index prolifératif		
		oncoprotéines			
		autres			
faite par					
analysée par					
date de réalisation					
Décision					
référence	date référence établissement				
prise en charge thérapeutique	lieu actes dates	chirurgie	chimiothérapie	radiothérapie	

**Annexe : Fiche de calcul et de tri du total de consultations ayant eu lieu au
niveau du CRSR durant notre période d'étude.**

date			
nombre total de consultations			
nombre de nouvelles consultations			
femmes âgées entre 45 et 69ans	nombre cas		
	nombre anciennes mammographies		
	nombre de mammographies		
femmes avec antécédent familial	nombre cas		
	nombre femmes âgées entre 45 et 69ans		nombre mammographie
	nombre femmes âgées <45ans ou> 69		nombre mammographie
total mammographies			

Annexe : Dossier de la patiente

		Royaume du Maroc Ministère de la Santé		 المملكة المغربية وزارة الصحة	
FICHE DE PARTICIPANTE					
CENTRE DE SANTE.....PROVINCE..... Région					
DATE:.....					
CODE CENTRE:.....		N° DOSSIER:.....			
IDENTIFICATION					
NOM:.....PRENOM:.....CIN:.....					
DATE DE NAISSANCE:.....					
SITUATION FAMILIALE:.....					
ADRESSE DE RESIDENCE:.....					
TELEPHONE 1:.....TELEPHONE 2:.....					
AFFILIATION AMO: Oui ☐ Non ☐ PROFESSION:.....					
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES					
Caractéristique du cycle menstruel: Régulier ☐ Irrégulier ☐					
Date dernière règles:...../...../.....					
Age de la première grossesse:.....					
Contraception hormonal (pilule): Oui ☐ Non ☐ Durée d'utilisation de la pilule:.....					
Traitements hormonaux substitutifs: Oui ☐ Non ☐ Durée d'utilisation substitutif:.....					
Antécédents de maladie mammaire: Non ☐ Mastose ☐ Phylode ☐					
Antécédents familiaux du cancer du sein: Non ☐ Mère ☐ Sœur ☐ Autres ☐					
Consommation de tabac: Oui ☐ Non ☐ Consommation d'alcool: Oui ☐ Non ☐					
Examen du sein		Effectué par:.....			

Informations Médicales			
Sein anormal:	Néant ☐	Droit ☐	Gauche ☐
<u>Sein Droit</u>			
Anomalie du contour mammaire:	Aucune ☐	Rétraction ☐	☐
Anomalie du surface du sein:	Aucune ☐	Aspect en peau d'orange ☐	Rougeur ☐
Anomalie aréo-mammelonnaire:	Aucune ☐	Rétraction ☐	Erosion ☐
Ecoulement hémorragique:	oui ☐	Non ☐	
Palpation du sein:	Aucun nodule ☐	Nodules ☐	
	Nodule: libre ☐	Fixé ☐	
Palpation du creux axillaire :	libre ☐	Adénopathie ☐	
Palpation sus-claviculaire:	libre ☐	Adénopathie ☐	
<u>Sein Gauche</u>			
Anomalie du contour mammaire:	Aucune ☐	Rétraction ☐	☐
Anomalie du surface du sein:	Aucune ☐	Aspect en peau d'orange ☐	Rougeur ☐
Anomalie aréo-mammelonnaire:	Aucune ☐	Rétraction ☐	Erosion ☐
Ecoulement hémorragique:	oui ☐	Non ☐	
Palpation du sein:	Aucun nodule ☐	Nodules ☐	
	Nodule: libre ☐	Fixé ☐	
Palpation du creux axillaire :	libre ☐	Adénopathie ☐	
Palpation sus claviculaire :	libre ☐	Adénopathie ☐	
<u>Conclusion</u>			
Conclusion clinique:	Normale ☐	Anormale ☐	
Type d'anomalie:	Nodule isolé ☐	Nodule + Autres anomalies ☐	
Référé au:.....			
Date prochaine visite:.....			
Signature du Médecin:			

Annexe : fiche de référence d'un centre de niveau I au CRSR



Détection précoce du cancer du Sein et du col utérin
Province.....



Fiche de référence	
N° d'ordre.....	Région de.....
Province de:.....	Formation sanitaire:.....
Nom et prénom:.....	Age:.....
Adresse:.....	
Tél:.....	
Données cliniques:.....	
Diagnostic:.....	
Orientée au centre de référence le:.....	
Signé:	

Fiche de contre référence	
N° d'ordre:.....	
Formation sanitaire:.....	Province:.....
Nom et Prénom:.....	Age:.....
Reçu au centre de référence le:.....	
Examen clinique à la consultation spécialisée:.....	
Résultats des examens complémentaires:.....	
Résultats de l'examen mammographique ou colposcopique:.....	
Résultats de l'examen échographique ou RAD / Biopsie:.....	
les autres examens demandés:.....	
Diagnostic retenu:.....	
décision prise:.....	
A revoir le:.....	
Fait le:.....	Signé:

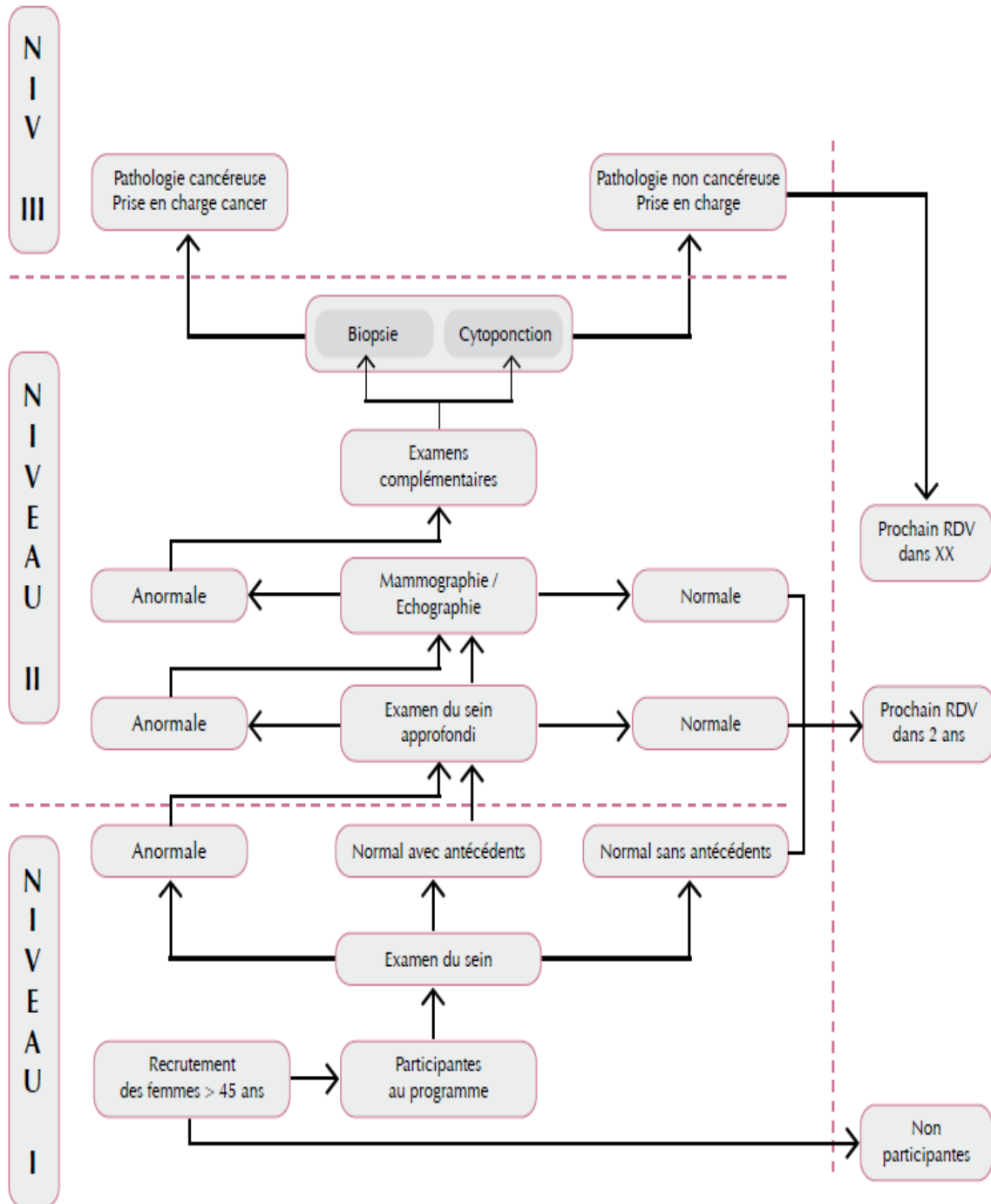
Annexe : bon de demande de mammographie

Royaume du Maroc Ministère de la santé	Province : <u>BON DE MAMMOGRAPHIE</u> Centre de santé Médecin responsable Tel : Fax..... Nom :
..... Prénom :	
Adresse :	
Age : Profession :	
Renseignements cliniques :	
Indication:.....	
SIGNATURE ET CACHET	DATE : / /
.....	
<u>RESULTATS DE LA MAMMOGRAPHIE</u>	
Centre de Radiologie Radiologue Tel : Fax..... Nom :	
..... Prénom :	
Date de l'examen :/...../.....	
Résultat de l'examen :	
Sein droit :	
Normal ☐ Micro calcification ☐ Opacité : Non suspecte ☐ Suspecte ☐ Localisation et taille de l'anomalie :	
.....	
Sein gauche :	
Normal ☐ Micro calcification ☐ Opacité : Non suspecte ☐ Suspecte ☐ Localisation et taille de l'anomalie :	
.....	
conclusion mammographique et classification ACR:.....	
SIGNATURE ET CACHET	DATE : / /

Annexe : Bon de demande d'examen anatomo-pathologique du cancer du sein et du compte rendu

Royaume du Maroc Ministère de la santé	Province :
<u>BON D'ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u> <u>CANCER DU SEIN</u>	
Centre de Référence de la Santé de la Reproduction..... Médecin responsable Tel :..... Fax.....	
Nom : Prénom :	
Adresse :	
Age : Profession :	
Renseignements cliniques et mammographiques/ échographiques:	
Indication:.....	
Type de prélèvement : Cytoponction ☐ Micro biopsie ☐	
Siège du prélèvement :	
Nombre de lames ou de fragments :	
SIGNATURE ET CACHET	DATE : / /
.....	
<u>COMPTE-RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE</u>	
Centre d'Anatomo-pathologie Anatomo-pathologiste Tel :.....Fax.....	
Nom : Prénom :	
Date de l'examen :...../...../.....	
Résultat de l'examen :	
Normal ☐	Bénin ☐
Suspect ☐	Malin ☐
Conclusion Anatomo-pathologique:.....	
SIGNATURE ET CACHET	DATE : / /

Annexe : organisation du dépistage et de la détection précoce selon le plan d'action national



Annexe : classification TNM

Classification TNM du cancer du sein, 7e édition 2010, et stade UICC

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté "cTNM" et le stade anatomopathologique postchirurgical noté "pTNM"

Tumeur Primaire T

T_x : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée **T₀** : la tumeur primitive n'est pas palpable

- T_{is} : carcinome *in situ*
- T_{is} (DCIS) : carcinome canalaire *in situ*
- T_{is} (CLIS) : carcinome lobulaire *in situ*
- T_{is} (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente
- NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur

T₁ : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T_{1mic} : micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

- T_{1a} : 1 mm < tumeur ≤ 5 mm dans sa plus grande dimension
- T_{1b} : 5 mm < tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
- T_{1c} : 1 cm < tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T₂ : 2 cm < tumeur ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension **T₃** : tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension

T₄ : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- T_{4a} : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- T_{4b} : œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- T_{4c} : T_{4a} + T_{4b}
- T_{4d} : cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux pN

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées

- N0(i-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)
- N0(i+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires $\leq 0,2$ mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)
- N0(mol-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : *reverse transcriptase polymerase chain reaction*)
- N0(mol+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)

N1mi : micrométastases $> 0,2$ mm et ≤ 2 mm

N1 : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique

- N1a : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires
- N1b : envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
- N1c : envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)

N2 : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

- N2a : envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm

N2b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire

N3 : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

- N3a : envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires
- N3b : envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
- N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)

- Mx : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
- M0 : absence de métastases à distance
- M1 : présence de métastase(s) à distance

Classification par stade UICC

0 Tis N0 M0

I T1 N0 M0

IIA T0 N1 M0 ; T1 N1 M0 ; T2 N0 M0 ; **IIB** T2 N1 M0 ; T3 N0 M0

IIIA T0 N2 M0 ; T1 N2 M0 ; T2 N2 M0 ; T3 N1 M0 ; T3 N2 M0

IIIB T4 N0 M0 ; T4 N1 M0 ; T4 N2 M0 **IIIC** Tous T N3 M0

IV Tous T Tous N M1

Annexe : classification Bi-rads de l'ACR

Catégorie 0 : Nécessité d'une imagerie complémentaire : Clichés en agrandissement, compression, autre incidence, échographie, comparaison avec les clichés antérieurs.

Catégorie 1 : Aucune anomalie, mammographie normale : Surveillance de routine

Catégorie 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.

Catégorie 3 : Forte probabilité de bénignité mais surveillance à court terme. (Risque de malignité < 2 %)

Catégorie 4 : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui nécessite une vérification histologique ($2 > \text{VPP} < 95\%$) : une biopsie est recommandée.

Catégorie 5 : Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer.

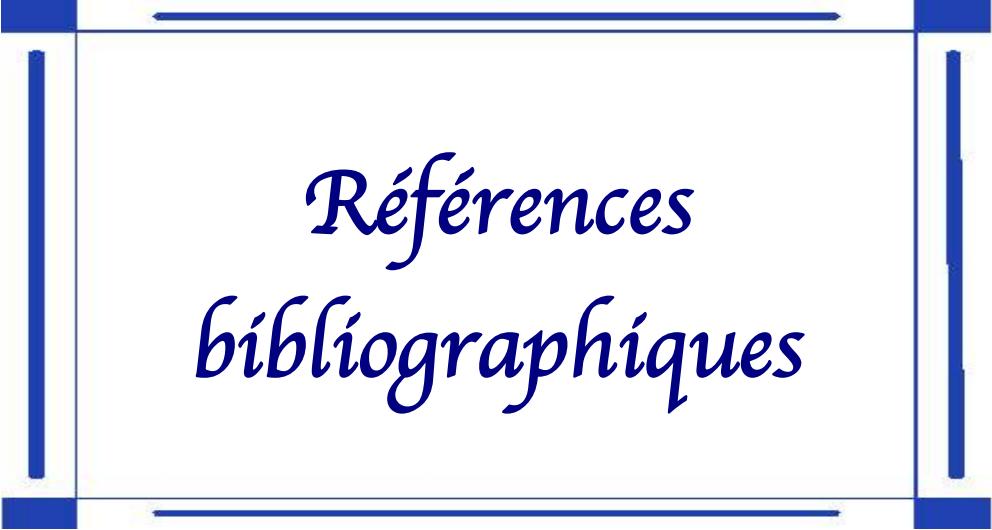
Forte probabilité de malignité ($> 95\%$) Contrôle histologique

Catégorie 6 : Malignité confirmée par un prélèvement avant toute confirmation chirurgicale ou prise en charge thérapeutique.

Catégorie 4 : 3 sous-groupes de risque croissant (4 A, 4 B, 4 C).

Annexe : types histologiques selon l’OMS

Classification OMS 2012	Classification OMS 2003
Carcinome de type non spécifique (TNS) Carcinome de type spécifique: Carcinome lobulaire Carcinome tubuleux Carcinome cribriforme carcinome mucineux Carcinome micropapillaire Carcinome métaplasique ... Types rares: Carcinome sécrétant Tumeurs des glandes salivaires	Carcinome canalaire infiltrant Carcinome lobulaire Carcinome tubuleux Carcinome cribriforme carcinome mucineux Carcinome micropapillaire Carcinome métaplasique ...



Références bibliographiques

- [1] **Abdellatif, Maamri.** *Données épidémiologiques sur le cancer dans le monde et au Maroc Revue bibliographique.* s.l. : Annales des Sciences de la Santé, ISSN: 2421-8936, 2015. N° 1, Vol. 1: 20-29.
- [2] **RCRC et IARC.2010**
- [3] **IARC 2016 -Breast cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide.**
- [4] **GLOBOCAN 2012.** *International Agency for Research on Cancer- WHO.* 2016.
- [5] **kerlikowse k, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL.** *Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. JAMA 1995; 273(2):149-154.*
- [6] **Nystrom L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, lindqvist M, Ryden S et al.** *Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. Lancet 1993. s.l. : 341(8851):973-978.*
- [7] **GE, herman.** *An address on the Early Diagnosis of Cancer of the Cervix Uteri: Delivered before the East Surrey district of the south Eastern Branch of the british Medical Association.* s.l. : Br Med J 1894; 1(1741):1009-1012.
- [8] **WH, white.** *The early diagnosis and treatment of cancer of the stomach. Br Med J 1909; 1(2518):828-829.*
- [9] **Seigneurin, Arnaud.** s.l. : HAL, 2011. 16-17.
- [10] **Corbillon E et al.** **Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage.** 2004 : HAS.

- [11] **Severi G, Baglietto L. Breast cancer risk factors: a review of the evidence. Surry Hills, New South Wales:.. national Breast and Ovarian Cancer centre. 2009.**
- [12] **Anaes / Service évaluation technologique- Service évaluation économique-,. guide méthodologique: COMMENT ÉVALUER A PRIORI UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE ?/Mai 3004 – p 19.**
- [13] **Sancho-Garnier H. Principes généraux du dépistage : application au cancer du sein. In: Seradour B, editor. le dépistage du cancer du sein, un enjeu de santé publique,. s.l. : 2ed. Springer, 2007. 53-62.**
- [14] **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le cancer du sein : conduite à tenir devant une image mammographique infraclinique anormale. . 1998.**
- [15] **Synthèse du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010 – 2019 /Une stratégie globale et intégrée. p5.**
- [16] **Synthèse du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010 – 2019 /Pnpcc Concept et valeurs- p10.**
- [17] **Synthèse du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010 – 2019/ PNPCC Détection précoce- p15.**
- [18] **Détection précoce des cancers du sein et du col utérin au Maroc/Aspects pratiques Aspects programmatiques et gestionnaires.**

- [19] **Plan d'action de lutte contre le cancer du sein et du col.** *détéction précoce des cancers du sein et du col utérin- Aspects pratiques- Aspects programmatiques et gestionnaires-P46.*
- [20] **Lacey et al , IARC, 2008 et 2009.,.**
- [21] **A. Tardivon, C. Malhaire.** *Cancer du sein (I). Épidémiologie, facteurs de risque, imagerie.* s.l. : 2009 Elsevier Masson SAS. p2.
- [22] **Sancho-Garnier, H.** *Les cancers du sein dans le monde.* p 24.
- [23] **Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA et al.** *Breast cancer in Iran: an epidemiological review. Breast J 2007;13(4):383-91.*
- [24] **Benider A, Bennani Othmani M, Harif M et al.** *Registre des cancers de la région du Grand Casablanca, année 2004, édition 2007.*
- [25] **Abahssain H, Lalya I, El M' Rabet F et al.** *Outcome in young women with breast cancer: moroccan experience. Abstract book of the 35th European society of medical oncology congress, Milan 8-12 Oct2010 .*
- [26] **Y, Ihab.** *Cancer de sein : Etude Rétrospectif à propos de 120 cas sur une période de 5 ans.* 2016.
- [27] **Susanne Buchera, Stefan Aebib, Andreas Güntherta, Kathrin Schwedlera.** *prévention du carcinome mammaire chez les patientes à haut risque.* s.l. : EMH Média, 2016. 16(8)184-189.
- [28] **Shiovitz S, Korde LA.** **Genetics of breast cancer: a topic inevolution.** *Annals of Oncology 26:1291-1299, 2015.*

- [29] **Eisinger F, Bressac B, Castaigne D, Cottu PH, Lansac J, Lefranc JP,.** *Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bull Cancer 2004. 91:219-37..*
- [30] **A Mazouz, L Boudahna, S Baggar, N BenAicha, A Najdi, C Nejjar, Fz Mrabet, S Arifi.** *Le cancer du sein métastatique chez la femme jeune au Maroc.* s.l. : Département d'oncologie médicale, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, 2015.
- [31] **Lazreqh, Hicham.** *Cancer du sein de la femme jeune (1996-2000(À-propos de 52 cas à la maternité Lalla Meryem).* 2001. Thèse Médecine, Casablanca, 2001 ; n°261..
- [32] **Layde PM, Webster LA, 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. s.l. : Clin Epidemiol 1989 ; 42 : 963-73.*
- [33] **HINKULA M. PUKKALA E. KYRONEN P.** *Grand multiparity and the risks of breast cancer :population based study in Finland. Cancer causes control 2001 491-500p.*
- [34] **Collaborative group on hormonal factors in breast cancer.** *Breast cancer and breastfeeding : collaborative reanalysis of individual data from 47epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. Lancet 2002 ; 360 :187-95.*

- [35] **Collaborative Group of Hormonal Factors in Breast Cancer.** Breast cancer and hormonal contraceptives: further results. *Contraception* 1996; 54 (suppl.) 1 S-106 S.
- [36] **O. GRAESSLIN, C. QUÉREUX, D. FORTIER, M. ESPIÉ.** *contraception et cancer.* s.l. : CNGOF, 2006.
- [37] **Rapport de l'AFSSAPS.** Mise au point actualisé sur le traitement hormonal de la ménopause.
- [38] **Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al.** Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *JAMA* 2003 et 289:3243-53.
- [39] **Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F.** Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies, 2008, results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat* et 107:103-11.
- [40] **IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 91,** combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. Lyon, IARC 2005.
- [41] **Washbrook E.** Risk factors and epidemiology of breast cancer, 2006, *Women Health Med* et 3:1-7.
- [42] **K. TJ, Verkasalo PK, Banks E.** *Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncol* 2001 ; 2 : 133-40.

- [43] **Tardivon, C. Malhaire.** *Cancer du sein . Épidémiologie,facteurs de risque, imagerie.*
- [44] **2006, Washbrook E.** Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Women Health Med* et 3:1-7.
- [45] **MacMahon B, Andersen AP, Brown J, et al.** *Urine estrogen profiles in European countries with high or low breast cancer rates. Eur J Cancer.* 16 : 1627-32. : s.n.
- [46] *Collaborative group on hormonal fact Alcohol tobacco and breast cancer : collaborative reanalysis of individual data from 64 epidemiological studies, including 64,534 women with breast cancer and 131,348 women without breast cancer. Br J Cancer* 2002 ; 87.
- [47] **1998, Yu H.** Alcohol consumption and breast cancer risk. *JAMA* et 280. s.l. : 1138-9.
- [48] **Feigelson HS, Calle EE, Robertson AS, et al.** *Alcohol consumption increases the risk of fatal breast cancer (United States). Cancer Causes Control* 2001 ; 12 : 895-902.
- [49] **HAS-INC.** *Guide ALD 30 « Cancer du sein ».* 2010. p7.
- [50] **Foxcroft, E. B. Evans and A. J. Porter,.** *The diagnosis of breast cancer in women younger than 40. Breast,* 2004. 13 (4), P : 297-306.

- [51] **Bakkali, C. Marchal, A. Lesur-Schwander and J. –L. Verhaeghe.** *Le cancer du sein chez la femme de 30 ans.* Cancer/Radiothérapie . 2003, 7(3) : 153-9..
- [52] **al, Bouamama et.** *Le cancer du sein chez la femme jeune : particularités épidémiologiques Génétiques, pathologiques, biologiques et thérapeutiques.* Cancer/Radiothérapie 13 (2009) 644 697 : s.n.
- [53] **Sandhya, Persand Busunt.** *Le cancer du sein chez la femme de 30 ans ou moins .* s.l. : Université Bordeaux 2, 1999 ; n°127.
- [54] **COLL., BEN AHMED S. ALOULOU S. LANDOLSI A ET.** *Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes. série hospitalière de 729 patientes.* s.l. : 20à2 Santé public 231-241p.
- [55] **Liukkonen S, Leidenius M, Saarto T, Sjostrom-Mattson J.** *Breast cancer in very young women.* s.l. : European Journal of Surgical Oncology 2011 ; 37:1030-1037.
- [56] **Belhafiane, salwa.** *Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 40 ans.* s.l. : FMP de Marrakech, 2015.
- [57] **Koscielny S., Tubiana M., Lê M.G. et al.** *Breast cancer : relationship between the size of the primary tumour and the probability of metastatic dissemination.* Br J Cancer 1984 ; 49 : 709-15.

- [58] **Rosen P.P., Groshen S., Kinne D.W., Norton L.** *Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma : analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. J Clin Oncol 1993 ; 11 (11) : 2090-100.*
- [59] **Crouet, Thierry Delozier - Hubert.** *Etude rétrospective des cas traités au Centre François Baclesse de 1989 à 1999 .*
- [60] **Yeo W, Lee HM, Chan A, Chan EY, Chan MC, Chan KW, et al.** *Risk factors and natural history of breast cancer in younger Chinese women. s.l. : World J Clin Oncol 2014 ; 5:1097-1106.*
- [61] **Samphao S, Wheeler AJ, Rafferty E, Michaelson JS, Specht MC, Gadd MA, et al.** *Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger. s.l. : The American Journal of Surgery 2009 ; 198:538–543.*
- [62] **H Boufettal, Noun M, Samouh N.** *Cancer du sein chez la femme jeune au Maroc. s.l. : Cancer/Radiothérapie 2010 ; 14:698–703.*
- [63] **N Bouzid, Lahmar R, Tebra S, Bouaouina N.** *Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans en Tunisie . s.l. : Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2013 ; 41:356–360.*
- [64] **Matro JM, Li T, Cristofanilli M, Hughes ME, Ottesen RA, Weeks JC, et al.** *Inflammatory Breast Cancer Management in the National Comprehensive Cancer Network:The Disease, Recurrence Pattern, and Outcome Clinical Breast Cancer 2015 ; 15:1-7.*

- [65] **Natori A, Hayashi N, Soejima K, Gautam A, Takahashi O, Cristofanilli M, et al.** *A Comparison of Epidemiology, Biology, and Prognosis of Inflammatory Breast Cancer in Japanese and US Populations.* Clinical Breast Cancer 2013 ; 13:460-464.
- [66] **G. Auclerc, D. Buthiau, A. Brunet.** *Le cancer du sein inflammatoire.* s.l. : La Lettre du Sénologue - n° 3 - décembre 1998 - janvier 1999.
- [67] **Jaiyesimi I.A., Buzdar A.U., Hortobagyi G.** *Inflammatory breast cancer.* J Clin Oncol 1992 ; 6 : 1014-24.
- [68] **AHMED, UAKKAS.** *Elément de pronostic du cancer du sein (à propos de 165 cas colligés à la clinique chirurgicale B CHU IBN SINA. Thèse de médecine Rabat 1993.*
- [69] **tardivon A, Malhaire C.** *Cancer du sein (I). Épidémiologie, facteurs de risque, imagerie.* EMC - RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE : Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale - Mammaire 2009;1-30 [Article 34-800-A-40]. .
- [70] **Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH.** *Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.* Ann Intern Med 2002 Sep 3;137(5 Part 1):347-60.
- [71] **Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD.** *Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts.* s.l. : American Journal of Obstetrics and Gynecology, January 2015 ; 212:9-17.

- [72] **Boisserie-Lacroix M, Dos Santos E, Lebiez-Michel N, Galtier JB, Bouzgarrou M, Trillaud H.** *Mammographie de la femme jeune : comment interpréter une image anormale ?* s.l. : J Radiol 2004 ; 85:2135-42.
- [73] **al, khanfir et.** *Cancer du sein de la femme jeune dans le sud tunisien.* s.l. : Cancer /radiothérapie 2006 ; 10 :565-571.
- [74] **DAVID MINTZER, JOHN GLASSBURN, BERNARD A. MASON.** *Breast Cancer in the Very Young Patient : A Multidisciplinary Case Presentation* *The Oncologist* 2002 ;7 :547-554.
- [75] **Sandhya, persand Busunt.** *Le cancer du sein chez la femme de 30 ans ou moins* *Thèse Med, Université Bordeaux 2, 1999 ; n°127.*
- [76] **Samphao S, Wheeler AJ, Rafferty E, Michaelson JS, Specht MC, Gadd MA, et al.** *Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger: delays in diagnosis result from underuse of genetic testing and breast imaging.* s.l. : The American Journal of Surgery 2009 ; 198:538–543.
- [77] **Schwartz T, Cyr A, Margenthaler J.** *Screening breast magnetic resonance imaging in women with atypia or lobular carcinoma in situ.* s.l. : Journal of Surgical Research 2015 ; 193:519-522.
- [78] **Frei KA, Kinkel K, Bonel HM, Lu Y, Esserman LJ, Hylton NM.** *MR imaging of the breast in patients with positive margins after lumpectomy : influence of the time interval between lumpectomy and MR imaging.* s.l. : AJR Am J Roentgenol 2000 ; 175:1577-84.

- [79] **Morris EA, Schwartz LH, Drotman MB, Kim SJ, Tan LK, Liberman L et al.** *Evaluation of pectoralis major muscle in patients with posterior breast tumors on breast MR images: early experience.* s.l. : Radiol 2000 ; 214:67-72.
- [80] **institut national de cancer.** © *Cancers du sein /du diagnostic au suivi, INCa, novembre 2016.*
- [81] **Meuwly, D. Lepori J.-Y.** *Prélèvement percutané du sein guidé par les techniques d'imagerie.* s.l. : Rev Med Suisse 2005; 30524.
- [82] **Aissa A, Ben Lassoued M, Alouini R.** *Microbiopsie mammaire : fiabilité en fonction du BIRADS.* s.l. : Imagerie de la Femme 2014 ; 24:1-13.
- [83] **Aurélie Jalaguier-Coudraya, Rim Villard-Mahjouba, Jocelyne Chopierc, Anne Tardivonb, Isabelle Thomassin-Naggarac.** *Cancer du sein : interventionnel diagnostique et thérapeutique .* s.l. : Elsevier Masson, 2014.
- [84] **Croce S, Bretz-Grenier MF, Mathelin C.** *Les principales lésions épithéliales mammaires bénignes et à risque :Prise en charge diagnostique et thérapeutique.* s.l. : Gynécol Obstét Fertil 2008 ; 36:788-799.
- [85] **Laurent Lévy, Annick Reizine, Mickaël Suissa, Gil Teman, Jean-François Chiche.** *biopsie échoguidée du sein.* s.l. : EMC elsevier Masson.
- [86] **Guendouz H, Chetibi W, Abdelouahab A, Bendib A.** *Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans : étude rétrospective à propos de 612 cas.* s.l. : La Lettre du Sénologue n° 52 - avril-mai-juin 2011.

- [87] **Thomassin-Piana, J.** *Place des embolies et des engainements : analyse pièce /difficultés ? intérêt ?* s.l. : Département de biologie du cancer Institut Paoli-Calmettes.
- [88] **Tranbaloc P, Rouesse J.** *Facteurs pronostiques classiques dans le cancer du sein. Cancer du sein controverses et convergences : 21èmes journées nationales de la Société.* s.l. : Française de Sénologie et de Pathologie mammaire Paris 1999 ; 361-7.
- [89] *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 France-Rapport au Président de la République, remis le 14 février 2009 par le professeur Jean-Pierre Grünfeld.*
- [90] **Prof MA Richards, FRCP'**Correspondence information about the author **Prof MA Richards, AM Westcombe, MA, SB Love, BSc, Prof P Littlejohns, FRCP, Prof AJ Ramirez, FRCPsych.** *Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review.* s.l. : © 1999 Elsevier Ltd. All rights reserved., 03 April 1999.
- [91] **POURCEL, G, et al.** *PLAN CANCER 2009-2013. Mesure 19 Action 19.4 : mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.*
- [92] **Department of Health,** *Cancer reform strategy,* Disponible à l'adresse www.dh.gov.uk. publié le 3 décembre 2007.
- [93] **Ontario Cancer Plan 2008-2011 :** *Improving on all aspects of cancer control.*

- [94] **INCa.** *©Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate.* juin 2013.
- [95] *© Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008.* s.l. : ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2012.
- [96] *©Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate, INCa, juin 2013. Résumé des facteurs influençant les délais de prise en charge du cancer du sein.*
- [97] **Jean-François Delaloyea, Jean-Yves Meuwlyb, Cyril Ducrosd.** *Le dépistage du cancer du sein.* s.l. : Fondation pour le dépistage du cancer du sein, Lausanne.
- [98] **M G Marmot D G Altman, D A Cameron, J A Dewar, S G Thompson, M Wilcox.** *The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. report jointly commissioned by Cancer Research UK and the Department of Health (England.* October 2012.
- [99] *Guide de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus.* 2011.
- [100] *cancer du sein: Incidence et évolution.* s.l. : Analyse. p 401.
- [101] **Key TJ, Verkasalo PK, Banks E.** *Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncol 2001;2(3):133-40.*

- [102] **I.Bouamama et al.** *Le cancer du sein chez la femme jeune : particularités épidémiologiques, Génétiques, pathologiques, biologiques et thérapeutiques* *Cancer/Radiothérapie* 13 (2009) 644 697.
- [103] **Khanfir et al.** *Cancer du sein de la femme jeune dans le sud tunisien* *Cancer /radiothérapie* 2006 ; 10 :565-571.
- [104] **ANAES. AFFASPS.** Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause.
Rapport d'orientation

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.**

أقسم بالله العظيم

والله على ما أقول شهيد .

**تقييم الكشف المبكر والتكفل بسرطان الثدي
في المركز المرجعي للصحة الإنجابية بالقنيطرة**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

الآنسة: مريم أقلمون

المزودة في: 29 يوليوز 1987

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: فحص - الكشف المبكر - التصوير الإشعاعي للثدي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة ومشرفة

أعضاء



السيدة: عائشة خرباش
أستاذة في أمراض النساء والتوليد
السيد: عزيز بيدادا
أستاذ في أمراض النساء والتوليد
السيد: ابراهيم غراب
أستاذ في أمراض النساء والتوليد
السيدة: أمينة لخضر
أستاذة في أمراض النساء والتوليد
السيدة: نجية زرايدي
أستاذة في أمراض النساء والتوليد