



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2020

Thèse N° 203

**Evaluation du rajeunissement du cancer du sein
sur 10 ans au service de gynécologie obstétrique
du CHU Mohammed VI de Marrakech**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10/11/2020

PAR

Mme. Sana MORSSAOUI

Née le 20 Janvier 1992 à Boumalne dades


POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Cancer du sein, âge, Pronostic.

JURY

M.	A. SOUMMANI Professeur de l'enseignement supérieur chef de service de gynécologie obstétrique	PRESIDENT
Mme.	B. FAKHIR Professeur de l'enseignement supérieur service de Gynécologie-obstétrique	RAPPORTEUR
Mme.	A. BASSIR Professeur de l'enseignement supérieur service de Gynécologie-obstétrique	} JUGES
Mme.	R. BELBARAKA Professeur de l'enseignement supérieur chef de service d'oncologie médicale	



فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

النمل : ١٩

www.KitaboSunnat.com



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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRARATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération

: Pr. Mohamed AMINE Vice doyen

aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FINECH Benasser	Chirurgie Générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino-laryngologie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
ADMOU Brahim	Immunologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie vasculaire périphérique	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMAL Said	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
AMMAR Haddou	Oto- rhino-laryngologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie- virologie	LOUHAB Nissrine	Neurologie

ASMOUKI Hamid	Gynécologie obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie Générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie Générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato- orthopédie	MOUFID Kamal	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie- chimie	NARJIS Youssef	Chirurgie Générale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
BOURRAHOUE Aïcha	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NOURI Hassan	Oto- rhino-laryngologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Laila	Biochimie- chimie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QACIF Hassan	Médecine interne
DAHAMI Zakaria	Urologie	QAMOUSS Youssef	Anésthésie-réanimation
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RABBANI Khalid	Chirurgie Générale
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anésthésie-réanimation	RADA Noureddine	Pédiatrie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL BARNI Rachid	Chirurgie Générale	RAJI Abdelaziz	Oto rhino laryngologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	ROCHDI Youssef	Oto- rhino- Laryngologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anésthésie-réanimation
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	SORAA Nabila	Microbiologie- virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	YOUNOUS Said	Anésthésie-réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	ZIADI Amra	Anésthésie-réanimation
FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie Générale
AISSAOUI Younes	Anésthésie- réanimation	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
ATMANE El Mehdi	Radiologie	MARGAD Omar	Traumato- orthopédie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	NADER Youssef	Traumato orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	IHBIBANE Fatima	Maladies infectieuses
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et Plastique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto- rhino- laryngologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anésthésie- réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anésthésie- réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anésthésie- réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie- Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	EL HAMZAOUI Hamza	Anésthésie- réanimation
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio- Vasculaire	ELOUARDI Youssef	Anésthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	EL-QADIRY Rabiy	Pédiatrie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	ESSADI Ismail	Oncologie médicale
ALAOUI Hassan	Anésthésie-réanimation	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxilla faciale	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELLASRI Salah	Radiologie	LALYA Issam	Radiothérapie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie- virologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie réanimation	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie -virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique

BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	RAGGABI Amine	Neurologie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	REBAHI Houssam	Anesthésie- réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	ROUKHSI Redouane	Radiologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et Plastique	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie		

Liste Arrêtée Le 03/03/2020



DEDICACES



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur,
elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »
Marcel Proust.*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut..... !
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
l'amour Le respect, la reconnaissance..... !
Aussi c'est tout simplement que :*



Je dédie ce modeste travail :



Au bon Dieu ALLAH Tout puissant Qui m'a inspiré, Qui ma guidé dans le bon chemin. Je vous dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

*A la mémoire de mes grands parents paternels
et mon grand-père maternel,*

*Que vos âmes reposent en paix. Que Dieu tout puissant vous accorde sa
clémence et sa miséricorde.*

*A mes très, très et très chers parents Lalla Sfia ELABDELLAOUI et
Abderrafik MORSSAOUI*

*Votre immense tendresse, votre remarquable bonté et votre présence
physique et morale à chaque moment que j'ai besoin de vous et vos
sacrifices pour mon bien être sont exemplaires, vos grandes qualités
humaines demeurent pour moi le meilleur exemple à suivre, vos prières
m'ont toujours accompagné ; pour cela et pour beaucoup d'autres
innombrables et belles choses, je voudrais vous dire que tous les mots,
toutes les phrases et même tous les textes du monde, ne sauraient
exprimer l'amour, le respect et la reconnaissance que j'ai pour vous. En ce
moment solennel, je voudrais, et avec force, vous remercier et surtout
remercier ALLAH, en le priant, le suppliant et l'invoquant, par sa grâce
infinie, de vous donner santé, longévité et bonheur éternel. «Amine»
Je vous aime beaucoup.*

A mon cher mari Abderrazzaq DAHMAN

*Ton amour est un don divin. Aucune dédicace, aussi expressive qu'elle
soit, ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que
j'ai pour toi. Dans tes yeux, j'ai toujours pu lire de la tendresse. Tu m'as
toujours soutenu, compris et réconforté. Tu es et restera toujours ma
source d'inspiration. Merci pour ta tendresse, ton attention, ta patience
malgré les obstacles, et tes encouragements ; Merci pour tout. Puisse
ALLAH nous préserver du mal, nous combler de santé, de bonheur et
nous procurer une longue vie pour le service de Dieu.*

A MON TRÉSOR NASSIM et MA PETITE PERLE MALAK

Vous êtes la joie de ma vie, le soleil et la lune qui vont m'éclairer mes jours et mes nuits. J'espère que ma thèse sera pour vous une source de fierté. Votre joie de vivre et vos sourires ont été pour moi le meilleur encouragement que je puisse avoir. Vous avez donné à ma vie un autre goût et une autre raison d'exister. Q'ALLAH vous garde et vous protège.

A mes très chers frères ANOUAR, SAIFEDDINE et ZAKARIA

Nulle expression ne saurait exprimer l'amour, la tendresse, et l'attachement que j'ai pour vous.

. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens de sang qui nous unissent. Puissions-nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue.

Veillez trouver ici l'expression de mes souhaits les plus sincères de santé, de foi et de réussite.

A ma grand-mère maternelle Lalla Fatima ELHADI

En témoignage de mon amour et mon affection, Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous assurer et exprimer ma profonde et ma grande reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis ma naissance et pour vos prières.

Puisse ALLAH vous préserve du mal et vous procure santé et longue vie.

A mon cher oncle ABDELKARIM

Tu m'as toujours encouragé et soutenu, tu étais toujours près de moi malgré la distance.

Merci pour ton soutien, tes encouragements et pour la confiance que tu as eu en moi.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines

*Cette humble dédicace ne saurait exprimer mon grand respect et ma
profonde estime de vous
Que dieu vous protège.*

*A mes beaux parents Mr Ahmed et sa femme Hnia, A ma chère belle
sœur Fatimazahra*

*Vous m'avez accueilli les bras ouverts. Je vous dédie ce travail en
témoignage de mon grand respect et mon estime envers vous. J'implore
ALLAH qu'il vous apporte bonheur et santé.*

A la grande famille MORSSAOUI et ELABDELLAOUI

Toute mon affection et mon respect.

*A mes chères amies Chaïmae OUALI, Naïma CHAKIR, Hasna KOALI,
Khadija MEZANE, Meriem ALAHYANE, et Hajar MGHAZLI*

*Votre connaissance était un vrai gain pour moi, Merci pour tout.
Qu'ALLAH vous garde et vous donne joie, santé et réussite aussi bien
dans votre vie familiale que professionnelle.*

A tous mes collègues

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect et mon
affection.*

A tous ceux qui me sont cher et que j'ai omis de citer
*Un grand merci à madame professeur **Majda SEBBANI** Professeur*
assistante

Département de santé publique, médecine communautaire et
épidémiologie.

CHU Mohammed VI Marrakech

Merci pour votre gentillesse, votre sympathie et votre disponibilité.

*Je tiens aussi à remercier **DR Adil MANSOURI** Médecin résident au*
Département de Santé Publique, Médecine Communautaire et
Épidémiologie CHU Mohammed VI de
Marrakech pour son aide et sa disponibilité.



REMERCIEMENTS



*A mon maître et président de thèse, professeur Abdéraouf SOUMMANI
Professeur d'enseignement supérieur et chef de service de gynécologie
obstétrique - CHU Mohammed VI Marrakech*

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse. Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect. Puissent des générations et des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que votre sagesse et votre bonté. Veuillez, Cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.

*A mon cher maître et Rapporteur de thèse, Pr Bouchra FAKHIR
Professeur d'enseignement supérieur, service de gynécologie obstétrique
CHU Mohammed VI Marrakech*

Pour avoir accepté de diriger ce travail. Votre bonté, votre modestie, votre compréhension, ainsi que vos qualités humaines et professionnelles ne peuvent que susciter ma grande estime. Vous m'avez toujours soutenue et encouragée. J'espère être digne de la confiance que vous m'avez accordée et vous prie, cher Maître, de trouver ici le témoignage de mes sincères reconnaissances et profonde gratitude.

*A notre maître et juge de thèse, Pr Ahlam BASSIR
Professeur d'enseignement supérieur, service de gynécologie obstétrique-
CHU Mohammed VI Marrakech*

*Vous m'avez honoré d'accepter avec grande sympathie de
siéger parmi notre jury de thèse. Veuillez trouver ici
l'expression de mon grand respect et mes vifs remerciements.*

*A notre maître et juge de thèse,
Pr Rhizlane BELBARAKA Professeur d'enseignement supérieur et chef
de service d'oncologie médicale-CHU Mohammed VI Marrakech*
*Vous nous faites un grand honneur de siéger au sein de notre respectable
jury. Je suis très reconnaissante de la simplicité avec laquelle vous avez
accepté de juger ce travail. Que ce travail soit l'occasion de vous
exprimer ma gratitude et mon profond respect.*



ABBREVIATIONS



Listes des abréviations

QSE	: quadrant supéro-externe
QSI	: quadrant supéro-interne
QIE	: quadrant inféro-externe
QII	: quadrant inféro-interne
CCI	: carcinome canalaire infiltrant
TNS	: tumeur non spécifique
TNM	: tumor, node, metastasis
OMS	: organisation mondiale de la santé
SBR	: scraffbloomc et richarson
RH	: récepteurs hormonaux
RE	: récepteur de l'oestrogène
RR	: récepteurs de la progestérone
THS	: traitement hormonal substitutif
EGFR	: EpithelialGrowth Factor Receptor



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I. MATERIEL.....	5
II. METHODE.....	5
RESULTAT	6
I. Résultats descriptifs :.....	7
1. Fréquence de cancer du sein	7
2. Etude de l'âge.....	7
3. Les antécédents (ATCD).....	8
4. La localisation :.....	8
5. Le type histologique :.....	10
II. Résultats analytiques.....	11
1. Répartition de la classification TNM en fonction de l'âge.....	11
2. Répartition des types histologiques en fonction de l'âge.....	13
3. Répartition du grade SBR (SCARFFet BLOOM RICHARDSON)en fonction de l'âge.....	15
4. Etude de l'expression des récepteurs hormonaux (RH) en fonction de l'âge.....	15
5. Etude du statut HER2 en fonction de l'âge.....	16
6. Répartition de la classification biomoléculaire par tranches d'âge.....	16
DISCUSSION	18
I. EPIDEMIOLOGIE.....	19
1. Fréquence du cancer du sein.....	19
2. L'Age du cancer du sein.....	20
3. Fréquence du cancer du sein chez la femme jeune.....	20
I. Discussion des résultats descriptifs.....	26
1. Topographie de la tumeur.....	26
2. Taille de la tumeur T.....	26
II. Classification cTNM.....	27
1. La taille T.....	27
2. Les ganglions N.....	29
3. Les métastases M.....	30
III. Etude anatomopathologique.....	31
1. Type histologique.....	31
2. Grade histoprobostic.....	32
3. Les récepteurs hormonaux.....	33
4. Etude du gène HER2.....	34
5. La classification biomoléculaire.....	36
CONCLUSION	39
ANNEXES	42
RESUMES	54
BIBLIOGRAPHIE	61



INTRODUCTION



Le cancer du sein est le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes à travers le monde et constitue, de ce fait, un problème majeur de santé publique.

Dans tous les pays du monde, quel que soit leur état de développement économique, le sein est la localisation la plus fréquente du cancer chez la femme. En 2012 dans le monde 1 674 000 nouveaux cas, soit 25 % des cancers féminins. En ce qui concerne l'évolution temporelle de l'incidence en fonction de l'âge, on retrouve une tendance globale à l'augmentation pour toutes les différentes classes d'âge [1].

Au Maroc, selon le registre de population du grand Casablanca, le cancer du sein occupe la première place chez la femme avec une incidence de 36,5%, et un risque relatif de mortalité de 19,7% [2].

Le risque pour une femme d'être atteinte d'un cancer du sein tout au long de sa vie, est d'environ une femme sur 10 [3], chiffre alarmant qui augmente avec l'âge mais qui n'épargne point les femmes jeunes.

Sa survenue représente un événement dramatique dans la vie d'une femme, il est encore mal ressenti et plus difficile à accepter lorsqu'il s'agit d'une femme jeune.

C'est une pathologie très hétérogène, notamment après l'identification des 4 sous-types moléculaires : Luminal A, Luminal B, triple négatif et Her2. Beaucoup d'études rapportent que le jeune âge est associé à des caractéristiques de cancer du sein plus agressives avec un taux plus important de tumeurs de grade III de SBR, de tumeurs triples négatives et une plus grande fréquence d'envahissement ganglionnaire, faisant du cancer du sein de la femme jeune un cancer de plus mauvais pronostic. Le seuil de l'âge qui devrait être considéré comme « âge jeune » associé à une fréquence plus élevée des caractéristiques sus citées n'est pas très clair dans la littérature, variant de 35 à 40, voire à 45 ans [4].

Nous avons mené une étude rétrospective concernant 1790 cas de cancers mammaires survenus chez les femmes de tout âge, prises en charge au service de gynécologie obstétrique du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH sur une période de 10 ans, allant du janvier 2007 à décembre 2017.

L'objectif de ce travail est de déterminer, au sein de notre série, la fréquence du cancer du sein chez la femme jeune et la moyenne d'âge des patientes tout en les comparant à d'autres séries de la littérature, ainsi que faire une étude de différents facteurs pronostiques relative à chaque tranche d'âge.



*MATERIEL
ET
METHODES*



I. MATERIEL

Il s'agit d'une étude comparative rétrospective réalisée sur une période de 10 ans allant du 1er janvier 2007 au 31 Décembre 2017 portant sur l'ensemble des femmes prises en charge pour cancer du sein au service de gynécologie obstétrique du CHU MOHAMED VI de Marrakech.

Nous avons inclus tous les cas de cancer du sein confirmés histologiquement pris en charge dans notre service durant cette période.

Nous avons utilisé les dossiers médicaux des archives du service. Nous avons retenus toutes les patientes dont les dossiers étaient exploitables. Nous tenons à préciser que les dossiers de 2007 et 2008 n'ont pas été trouvés.

II. METHODE

Les données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation individuelle dont un modèle est porté en annexe 1.

Nous avons partagé nos patientes en 2 groupes ; un 1^{er} groupe contenant 231 patientes de 35 ans et moins, un 2^{ème} groupe de 1559 patientes de plus de 35 ans.

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SPSS© version 16.0 en collaboration avec le service d'épidémiologie et de recherche clinique du centre hospitalier Mohammed VI de Marrakech. L'étude a été réalisée en deux étapes : La première étape de l'analyse a consisté en une description des différentes variables de l'étude dans l'ensemble de l'échantillon ; les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives étaient décrites en termes de moyenne et d'écart-type ou médiane (minimum-maximum). Dans une deuxième étape, nous avons fait une analyse bivariée, les tests statistiques de χ^2 / Fisher, ont été utilisés à la recherche des facteurs associés à l'âge de survenu du cancer du sein (>35ans ou <à 35ans). Pour chaque test statistique utilisé, le test est considéré comme significatif lorsque le degré de signification « p » est inférieur à 0,05.



RESULTATS



I. Résultats descriptifs :

1. Fréquence du cancer du sein

Durant la période de notre étude, s'étalant sur 10 ans, le nombre total des dossiers des patientes atteintes du cancer du sein qu'on a pu exploiter était de 1790.

Le nombre de patientes ayant un âge inférieur ou égal à 35 ans était de 231 soit 12.9 % contre 87.1 % des patientes ayant un âge supérieur strictement à 35 ans.

2. Etude de l'âge

La moyenne d'âge dans notre série était de 47 ans, avec des extrêmes d'âges allant de 21 ans jusqu'aux 105 ans, et la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 40 et 49 ans avec un pourcentage de 28,2%, suivie de celle comprise entre 30 et 39 ans à 28% (tableau I, figure 1).

La moyenne d'âge chez nos jeunes patientes était de 33,3 ans.

Tableau I : répartition des patientes par tranche d'âge

Ages	Effectifs	Pourcentages %
<20	0	0
[20-29]	15	0,8
[30-39]	501	28
[40-49]	505	28,2
[50-59]	384	21,5
[60-69]	300	16,8
[70-79]	59	3,3
[80-89]	24	1,3
> 90	2	0,1
TOTAL	1790	100

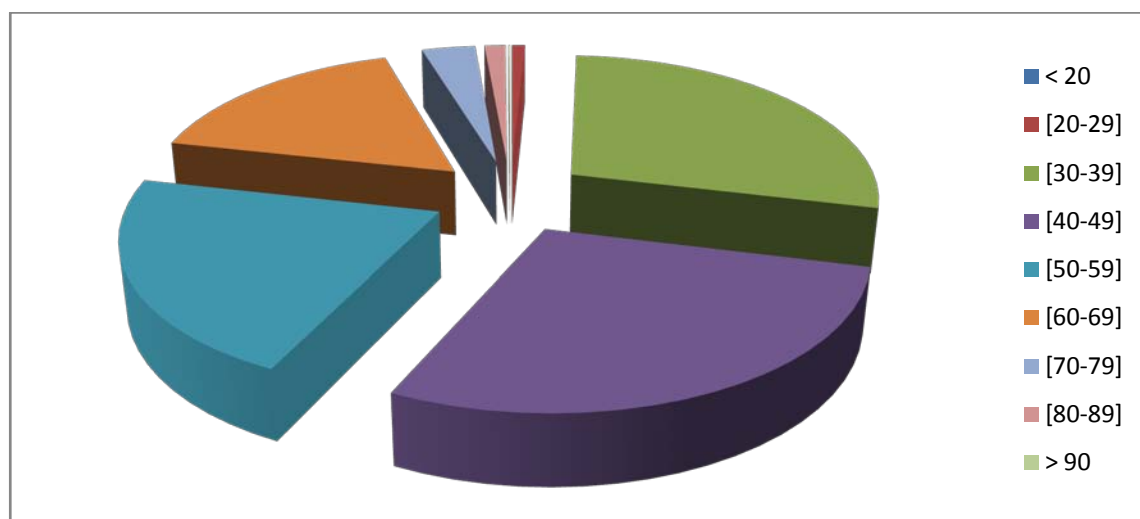


Figure 1 : répartition des patientes par tranches d'âge

3. Les antécédents (ATCD)

Un antécédent personnel du cancer du sein a été retrouvé dans notre série chez 55 patientes (tout âge confondu) soit 3,1% des cas, alors qu'un antécédent familial du cancer du sein 1^{er} et 2^{ème} degré a été retrouvé respectivement chez 76 et 45 patientes (tableau II).

Tableau II : répartition des patientes en fonction des ATCD

Les ATCD		Effectif	Pourcentage (%)
ATCD personnel du cancer du sein		55	3,1
ATCD familial du cancer	Sein	1 ^{er} degré	76
		2 ^{ème} degré	45
	Ovaire	7	0,4
	Endomètre	16	0,9
Col	2	0,1	

4. La localisation :

L'examen des seins a permis d'objectiver une légère prédominance de l'atteinte du sein gauche chez 921 patientes (tout âge confondu) soit 51,5% des cas. Une atteinte bilatérale a été observée chez 52 patientes soit 2,9%.

Le quadrant supéro-externe (QSE) était le siège de prédilection du cancer du sein dans 63,7% des cas (tableaux III, IV, V, VI, VII et VIII).

Tableau III : la localisation du cancer du sein

	Effectif	Pourcentage (%)
Sien droit	816	45,6
Sein gauche	921	51,5
Les 2 seins	52	2,9
Inconnue	1	0,1
TOTAL	1790	100

Tableau IV : localisation au niveau du quadrant supéro-externe (QSE)

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	1141	63,7
Non	649	36,3
TOTAL	1790	100

Tableau V : localisation au niveau du quadrant supéro-interne (QSI)

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	348	19,4
Non	1442	80,6
TOTAL	1790	100

Tableau VI : localisation au niveau du quadrant infero-externe (QIE)

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	276	15,4
Non	1514	84,6
TOTAL	1790	100

Tableau VII : localisation au niveau du quadrant infero-interne (QII)

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	174	9,7
Non	1616	90,3
TOTAL	1790	100

Tableau VIII : localisation rétro-aréolaire

	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	134	7,5
Non	1656	92,5
TOTAL	1790	100

5. Le type histologique :

Le type histologique a été précisé chez toutes les patientes. Le carcinome canalaire infiltrant (CCI), actuellement appelé carcinome infiltrant de type non spécifique(TNS) selon l’OMS 2012 (Annexe 2), était le plus prédominant avec un taux de 88,7% chez l’ensemble de nos patientes. Les autres types histologiques étaient retrouvés à des taux plus faibles (Figure 2).

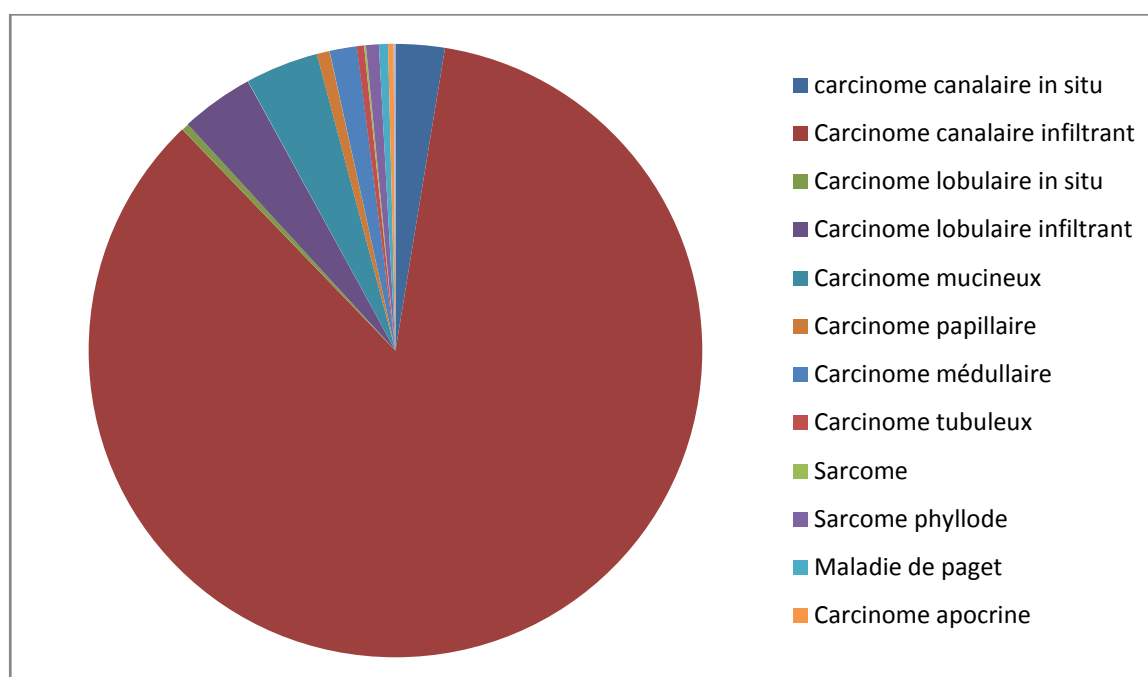


Figure 2 : répartition des patientes en fonction de type histologique

II. Résultats analytiques

Dans notre étude, on a choisi 35 ans comme âge seuil déterminant le jeune âge pour faire une étude des tranches d'âge en faisant une comparaison de différents paramètres entre les 2 groupes de patientes de 35 ans et moins et de plus de 35 ans.

1. Répartition de la classification TNM en fonction de l'âge

Les patientes ont été classées selon la classification TNM, 7^{ème} édition de 2010 (Annexe 3).

1.1. Taille de la tumeur

On a constaté que chez les patientes de 35 ans et moins, 8,7% avaient un T3 contre 7,2% chez les patientes de plus de 35 ans. On a constaté aussi des chiffres plus importants en T4a, T4b et en T4c chez les patientes de 35 ans et moins par rapport aux patientes de plus de 35 ans. La comparaison était statistiquement significative vu que le p était de 0,026 (tableau IX).

Tableau IX : répartition de la taille de la tumeur T en fonction de l'âge

	≤35 ans		>35ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
T0	4	1,7	47	3	0,026
T1	60	26	457	29,3	
T2	92	39,8	681	43,7	
T3	20	8,7	112	7,2	
T4a	22	9,5	84	5,4	
T4b	12	5,2	78	5	
T4c	13	5,6	39	2,5	
T4d	8	3,5	61	3,9	
TOTAL	231	100	1559	100	

1.2. Adénopathie N

Dans notre série d'étude, 18 patientes avaient un statut ganglionnaire inconnu. La comparaison entre les 2 groupes de patiente n'était pas statistiquement significative avec un p supérieur à 0,05. Les résultats sont exposés dans le tableau X.

Tableau X : répartition du statut ganglionnaire en fonction de l'âge

	≤35 ans		>35ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
N0	97	42,5	757	49	0,074
N1	71	31,1	492	31,9	
N2	47	20,6	230	14 ,9	
N3	13	5,7	65	4,2	
TOTAL	228	100	1544	100	

1.3. Métastase M

4,4 % de l'ensemble de nos patientes avaient des formes métastatiques d'emblée. La localisation pulmonaire était la plus fréquente chez toutes les patientes de notre série d'étude avec un pourcentage de 40%, suivie de la localisation hépatique dans 35% des cas (figure 3).

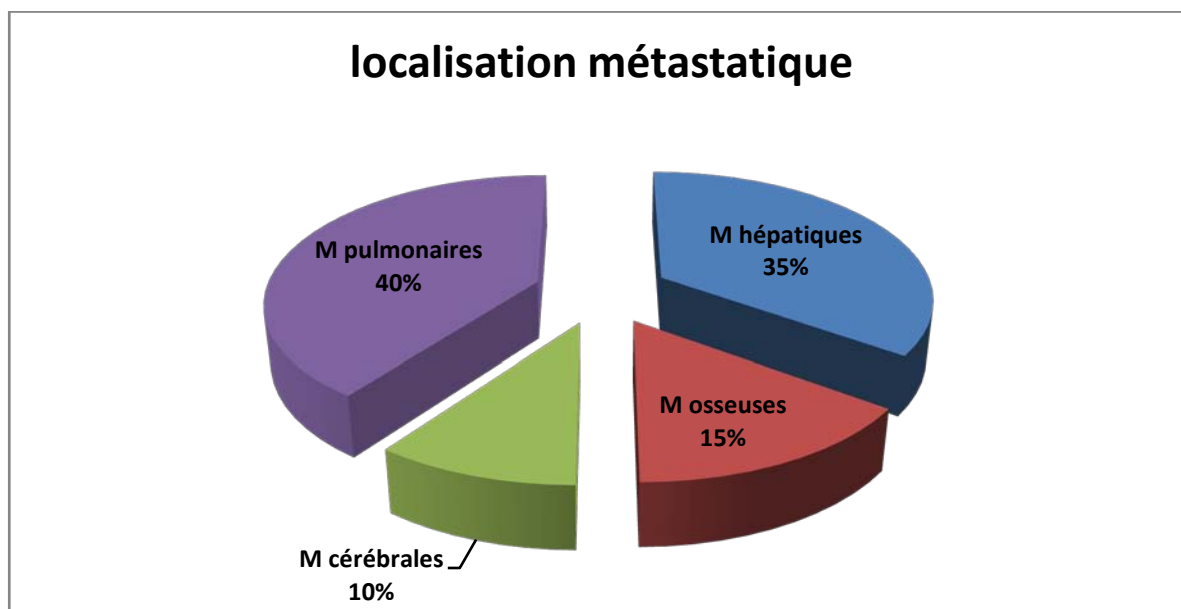


Figure 3 : la localisation métastatique

Dans notre série, 2,6 % des patientes ayant 35 ans et moins avaient des métastases d'emblée contre 1,8 % chez celles de plus de 35 ans.

La comparaison était significative entre les 2 groupes étudiés avec un p de 0,020 (Tableau XI).

Tableau XI : Existence de métastase en fonction de l'âge

	≤35 ans		>35ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
Mx	64	27,8	317	20,3	0,020
M0	160	69,6	1214	77,9	
M+	6	2,6	28	1,8	
TOTAL	230	100	1559	100	

2. Répartition des types histologiques en fonction de l'âge

L'adénocarcinome canalaire infiltrant ou TNS (selon la classification de l'OMS 2012 des cancers du sein) était le type histologique le plus fréquent pour les différentes tranches d'âge de notre série, avec un taux de 90% chez les patientes de 35 ans et moins et de 88,5% chez les patientes de plus de 35 ans (tableau XII). Le p était supérieur à 0,05 et donc la comparaison était statistiquement non significative.

Tableau XII : répartition des types histologiques en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
Carcinome canalaire in situ	4	1,7	44	2,8	0,338
Carcinome canalaire infiltrant	208	90	1380	88,5	0,494
Carcinome lobulaire in situ	0	0	8	5	0,330
Carcinome lobulaire infiltrant	5	2,2	66	4,2	0,133
Carcinome mucineux	4	1,7	17	1,1	0,183
Carcinome papillaire	0	0	7	0,5	0,189
Carcinome médullaire	3	1,3	12	0,8	0,263
Carcinome tubuleux	0	0	4	0,2	0,379
Sarcome	0	0	1	0,1	0,871
Sarcome phyllode	3	1,3	10	0,6	0,230
Maladie de paget	2	0,9	7	0,4	0,327
Carcinome apocrine	2	0,9	1	0,1	0,175
Carcinome métaplasique	0	0	2	0,1	0,758
TOTAL	231	100	1559	100	

3. Répartition du grade SBR (SCARFFet BLOOM RICHARDSON) en fonction de l'âge

18,2 % des patientes de 35 ans et moins avaient un grade SBR III (Annexe 4) contre 11,6 % chez les patientes de plus de 35 ans. La comparaison était statistiquement significative avec un p de 0,019 (tableau XIII).

Tableau XIII : Grade SBR en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35 ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
SBR I	13	5,6	92	5,9	0,019
SBR II	176	76,2	1286	82,5	
SBR III	42	18,2	181	11,6	
TOTAL	231	100	1559	100	

4. Etude de l'expression des récepteurs hormonaux (RH) en fonction de l'âge

Le dosage des récepteurs hormonaux n'a pas été fait chez 40 patientes de 35 ans et moins et chez 228 patientes de plus de 35 ans. La comparaison entre les 2 groupes de patientes était statistiquement non significative.

Les résultats sont exposés dans les tableaux XIV et XV.

Tableau XIV : étude de l'expression des récepteurs à l'oestrogène (RE) en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35 ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
RE positif	124	64,9	816	61,3	0,336
RE négatif	67	35,1	515	38,7	
TOTAL	191	100	1331	100	

Tableau XV : étude de l'expression des récepteurs à la progesterone (RP) en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35 ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
RP positif	123	64,4	813	61,1	0,378
RP négatif	68	35,6	518	38,9	
TOTAL	191	100	1331	100	

5. Etude du statut HER2 en fonction de l'âge

Le statut HER2 n'a pas été précisé chez 97 patientes de 35 ans et moins et chez 674 patientes de plus de 35 ans. La comparaison entre les 2 groupes de patientes était statistiquement non significative.

Les résultats sont exposés dans le tableau XVI.

Tableau XVI : étude du statut HER en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35 ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
HER2 positif	22	16,4	138	15,6	0,688
HER2 négatif	82	61,2	518	58,5	
Incertain	30	22,4	229	25,9	
TOTAL	134	100	885	100	

6. Répartition de la classification biomoléculaire par tranches d'âge

La classification biomoléculaire a pu être établie chez 679 patientes à partir des données sur les récepteurs hormonaux et le statut HER2. Ainsi, le sous type Luminal A était le plus fréquent avec un taux de 47,2% chez les patientes de 35 ans et moins et de 43,9 % chez les patientes des plus de 35 ans (Tableau XVII).

Le p relative à la classification biomoléculaire n'a pas pu être établi.

Tableau XVII : classification biomoléculaire en fonction de l'âge

	≤ 35 ans		>35 ans		P
	Nombre de patientes	Pourcentages %	Nombre de patientes	Pourcentages %	
Luminal A	42	47,2	259	43,9	-----
Luminal B	26	29,2	193	32,7	
HER 2	3	3,4	18	3,1	
Triple négatif	18	20,2	120	20,3	
TOTAL	89	100	590	100	



DISCUSSION



I. EPIDEMIOLOGIE

1. Fréquence du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde. Il représente 1,7 million de nouveaux cas par an et 522 000 décès par an [1].

Au Maroc, le cancer du sein est le premier cancer chez la femme (Figure 4). Selon les statistiques du registre des cancers de la région du grand Casablanca (RCRC) pour les années 2005, 2006 et 2007, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein est estimé à 36,4 nouveaux cas / 100 000 habitants par an [5].

Cette incidence grimpe à 43,4 nouveaux cas / 100 000 habitants par an selon le registre de Rabat pour les années 2006, 2007 et 2008 [6].

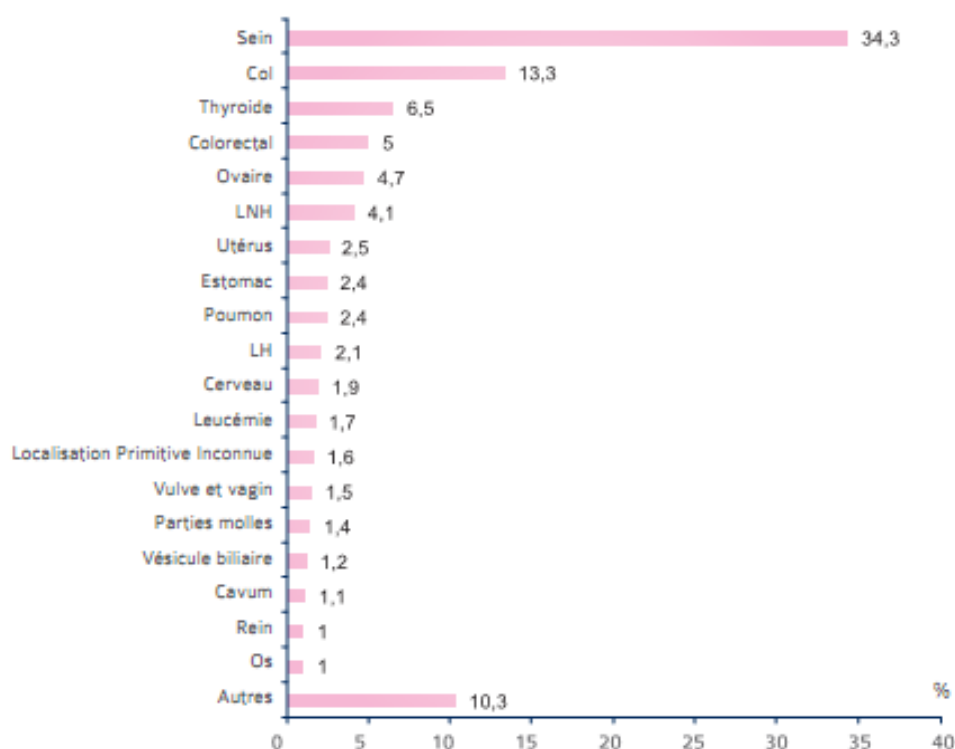


Figure 4 : localisations des cancers chez la femme au Maroc selon le registre du Grand Casablanca [5]

2. L'Age du cancer du sein

La moyenne d'âge était de 47 ans dans notre série, de 47,15 ans dans une autre série du service selon Pr Fakhir [7] faite en 2019 et de 44,1 ans selon une ancienne série de Pr Abbassi au même service [8] faite en 2007.

La définition du jeune âge chez les femmes atteintes de cancer du sein n'est pas univoque. Différentes études ont défini une femme « jeune » comme correspondant à une femme de moins de 30, 35, 40, 45 ans ou simplement non ménopausée [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Dans notre étude, nous avons opté pour une limite d'âge de 35 ans. Ainsi, a été considérée comme jeune, toute patiente n'ayant pas dépassé cet âge au moment du diagnostic. L'âge est considéré comme le facteur de risque le plus important. En effet, l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge en doublant tous les dix ans jusqu'à la ménopause, après laquelle la croissance est plus lente [15, 16].

La moyenne d'âge chez la femme jeune atteinte du cancer du sein varie selon les auteurs: en Algérie, elle est de 31,4 ans selon Guendouz [17], de 31,3 ans en Tunisie selon Bouzid [18] et de 31 ans en Chine selon Winnie Yeo [19]. Dans les séries Marocaines cette moyenne est de 31 ans selon Boufettal [14] et de 32,3 ans selon Pr Bassir [20] au même service.

Dans notre série, l'âge moyen était de 33.3 ans rejoignant les séries de la littérature.

3. Fréquence du cancer du sein chez la femme jeune

La fréquence du cancer du sein chez la femme jeune varie selon les auteurs. En France, elle est estimée à 10% selon Molinié [21], à 6,6% aux États-Unis (USA) selon Anders [22] et seulement à 1,3% en Finlande selon Liukkonen [23].

En Amérique latine, cette fréquence atteint 20% selon Villarreal-Garza [13]. En Asie, Winnie Yeo rapporte une fréquence de 8,9% en Chine [19], tandis qu'elle est de 31,5% en Inde d'après Thangjam [24].

Au Maghreb, cette fréquence est de 11% selon Bouzid en Tunisie [18], et de 12% selon Guendouz en Algérie [17].

Au Maroc, d'après une étude faite au CHU de Casablanca, Boufettal estime cette fréquence à 25,4% [14].

Dans l'ancienne série de notre service de Pr Abbasi [16], faite en 2007 et portant sur une période de 5 ans allant de 2000 à 2005, la fréquence du cancer du sein chez les femmes de 40 ans et moins est de 38 %, alors qu'elle était de 31% dans notre série chez les patientes de 40 ans et moins. Ceci dit, on s'attendait à une augmentation significative de la fréquence du cancer du sein chez la femme jeune, mais on est surpris par l'absence de cette ascension, ce qui est contradictoire avec les données de la littérature [14,17,21], tout en prenant en compte le manque de dossiers auquel on s'est confronté.

Cette différence peut être expliquée par le recours des patientes au secteur libéral, qui s'est remarquablement développé cette dernière décennie, et que le CHU traite surtout les patientes sans couverture sociale et souvent de forme avancée ce qui peut biaiser les statistiques. Dans notre série, la fréquence du cancer du sein était de 12,9% chez les patientes de 35 ans et moins, dépassant ainsi la fréquence des séries occidentales et joignant les séries maghrébines (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Fréquence du cancer du sein chez la femme jeune dans différentes séries

Séries	Période de l'étude	Age	Fréquence
Molinié, France [21]	1998 - 2002	≤ 40 ans	10%
Anders, États-Unis [22]	2000 - 2005	≤ 40 ans	6,6%
Liukkonen, Finlande [23]	1997 - 2007	≤ 35 ans	1,3%
Winnie Yeo, Chine [19]	-	≤ 40 ans	8,9%
Thangjam, Inde [24]	2005 - 2010	≤ 40 ans	31,5%
Bouzid, Tunisie [18]	1995 - 2007	≤ 35 ans	11%
Guendouz, Algérie [17]	1995 - 2004	≤ 35 ans	12%
Boufettal, Maroc [14]	2000 - 2009	≤ 35 ans	25,4%
Abbasi, Maroc [16]	2000 - 2005	≤ 40 ans	38%
Notre série	2007 - 2017	≤ 35 ans	12,9 %
		≤ 40 ans	31%

Cette différence de fréquence entre les pays du Maghreb et les pays occidentaux pourrait être expliquée par la différence des pyramides des âges entre les populations. En effet, plus de la moitié de la pyramide des âges au Maroc est représentée par des jeunes de moins de 40 ans [25]. Tout en y ajoutant l'exposition hormonale, le contexte nutritionnel, l'activité physique, les habitudes toxiques et d'autres facteurs régulièrement cités pour expliquer ces différences. Chaqu'un de ces facteurs sera détaillé dessous.

2.1. L'exposition hormonale :

a. Les facteurs hormonaux endogènes :

a.1. L'âge précoce des ménarches :

De nombreuses études montrent que la survenue des premières règles avant l'âge de 12 ans augmente le risque de cancer du sein (RR de 3) [26]. Ceci étant expliqué par une exposition plus prolongée aux œstrogènes [16].

Une méta-analyse compilant 117 études épidémiologiques portant sur 118 964 femmes ayant présenté un cancer du sein et 306 091 femmes témoins, met en évidence que le cancer du sein augmente par un facteur 1.050 pour chaque année de puberté plus précoce, et indépendamment par un facteur 1.029 pour chaque année de ménopause plus tardive [27].

Cependant, il n'existe pas d'association entre l'âge de survenu des premières règles et risque de cancer du sein dans la méta-analyse de talamini[28], ainsi que dans d'autres études qui ont indiqué que la ménarche précoce est un facteur de risque faible pour tous les groupes d'âge [29].

En effet pour chaque période de deux années de retard à la puberté, le risque de cancer du sein diminuerait de 10 % en diminuant la durée d'exposition hormonale [30,31].

On peut donc conclure qu'une élévation modeste du risque de cancer du sein est associée à des premières règles précoces.

a.2. La ménopause tardive :

La majorité des études ont montré qu'un âge tardif de survenue de la ménopause (≥ 55 ans) est corrélé positivement à un risque accru de cancer du sein (RR entre 1,5 et 2) [32, 33,34]. Ainsi, chaque année de retard dans l'apparition de la ménopause correspond à une augmentation de 3% du risque de cancer du sein en augmentant la durée d'exposition hormonale [35,36].

b. Facteurs hormonaux exogènes :

b.1. La contraception orale :

Les résultats obtenus par les études épidémiologiques effectuées sont contradictoires [37,38].

La méta-analyse de 1996 du collaborative group and hormonal factors in breast cancer conclut que le risque relatif (RR) de cancer du sein chez les femmes ayant pris la pilule à un moment donné de leur vie est discrètement augmenté à 1,07 [39].

En revanche, la « Women's Care Study » ne montre aucune augmentation de risque de cancer du sein quelle que soit la durée d'utilisation [40]. Même pour les femmes ayant utilisé des contraceptifs oraux pendant plus de 15 ans. Il en va de même pour des études plus récentes [41,42].

b.2. Les traitements hormonaux substitutifs (THS) :

Les traitements combinés oestroprogestatifs sont responsables d'une augmentation du risque de cancer du sein, vraisemblablement liée au type de progestatif combiné, aux oestrogènes et à la durée d'utilisation [43].

Cependant, L'étude française de la cohorte E3N1 [44] qui a évalué le lien entre les THM et le risque de cancer du sein sur le long terme a montré que les traitements oestroprogestatifs à base de progestérone micronisée ou de son isomère, la dydrogesterone, ne semblent pas augmenter le risque de cancer du sein quand ils sont pris pour une courte durée.

le sur-risque pourrait persister plus de 5ans après arrêt du traitement pour les femmes traitées antérieurement pendant plus de 5 ans avec un THS combinant un oestrogène et un progestatif autre que la progestérone micronisée ou que la dydrogesterone [44].

Pour d'autres auteurs ce sur-risque lié à la prise du THS oestroprogestatifs diminuerait rapidement après arrêt du traitement [45].

2.2. Le context nutritionnel :

Les femmes dont la nourriture est riche en aliments d'origine animale et pauvre en aliments complets d'origine végétale voient leurs règles apparaître plus précocement et sont ménopausées plus tardivement, ce qui rallonge leur vie reproductive et donc l'exposition hormonale [46].

2.3. L'activité physique :

La sédentarité serait responsable de 11 % des cancers du sein. Une activité physique régulière diminue ce risque de 20 à 30 %. Il est recommandé, en particulier après la ménopause, 30 minutes d'activité physique cinq jours sur sept, ce qui entraîne une diminution des graisses[16, 47].

Cette activité physique et une meilleure nutrition feront partie de la prise en charge pré- et post-thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer du sein, en particulier pour éviter les récives et améliorer la survie [48, 49].

2.4. L'obésité :

Les femmes ménopausées ayant un IMC > 30 ont un sur-risque de 31 % de développer un cancer du sein. A partir de 18ans, une prise de poids supérieure à 10 kg augmente le risque de cancer du sein après la ménopause de 18 %, et une prise de poids de plus de 25 kg l'augmente de 45 % [16, 50].

2.5. Les habitudes toxiques :

a. Le tabac :

Les études ont suggéré une augmentation du risque de cancer du sein chez les fumeuses [51].

Ophira et coll., montrent que l'exposition passive aux carcinogènes du tabac augmente le risque du cancer du sein chez les porteurs des mutations BRCA1 [52].

Une autre étude souligne que le tabagisme passif est associé à un risque accru d'environ 60%; ce risque est multiplié par trois chez les femmes après la ménopause [53, 54].

Dans le corps, les substances cancérigènes peuvent s'associer à des protéines du sang et à l'ADN et générer ainsi des mutations de gènes [55].

b. L'alcool :

Le risque de cancer du sein augmente d'environ 7 % pour une consommation moyenne d'une boisson alcoolique par jour [56].

L'alcool provoque une augmentation du niveau des hormones dans le sérum et une production accrue de facteurs de croissance IGF (insulin-like growthfactor) [57].

Ainsi, ces dernières décennies, on a remarqué un changement important au niveau du mode de vie chez la femme maghrébine et celle provenant des pays en voie de développement, avec une tendance croissante à l'adoption de styles de vie occidentaux, ce qui constitue un déterminant important de l'augmentation de l'incidence du cancer du sein dans ces pays [58], ce qui peut expliquer les résultats retrouvés dans le tableau dessus.

En contre partie, d'autres auteurs trouvent que les facteurs hormonaux, la sédentarité ou les facteurs environnementaux confèrent un risque de cancer du sein augmenté d'un facteur de moins de 2 et donc un faible impact sur le risque de cancer du sein chez les jeunes femmes de moins de 40 ans [59].

De plus, la plupart de ces facteurs de risque montrent leurs effets seulement après 40 ans ou même après la ménopause [59].

II. Discussion des résultats descriptifs

1. Topographie de la tumeur

Pour la majorité des auteurs, le cancer du sein se localise le plus souvent au niveau du sein gauche. D'après Liukkonen [23], la tumeur siège au niveau du sein gauche dans 59% des cas, 40% au niveau du sein droit et bilatéral dans 1%. Ainsi, Une prédominance de l'atteinte du QSE est notée dans 56% des cas.

Pour Faidah [60], bien que statistiquement non significative, l'incidence du cancer du sein est légèrement plus élevée dans le sein gauche.

Quant à notre série, l'atteinte du sein gauche était légèrement plus élevée chez l'ensemble de nos patientes avec un taux de 51,5% versus 45,6% pour le sein droit. Le QSE était le plus touché dans 63,7% des cas, concordant avec les séries de la littérature.

2. Taille de la tumeur T

La taille de la tumeur au moment du diagnostic est variable selon les auteurs.

Dans notre série, la taille tumorale moyenne était supérieure à celle des séries occidentales et inférieure à celle des séries maghrébines (Figure 5).

Ceci peut être expliqué par le fait que les femmes de moins de 40 ans ne sont pas cible du Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer (PNPCC) qui a été lancé en 2010 au Maroc et que l'âge cible pour le dépistage du cancer du sein est de 40 à 69 ans en pratiquant un examen clinique des seins (ECS) [61].

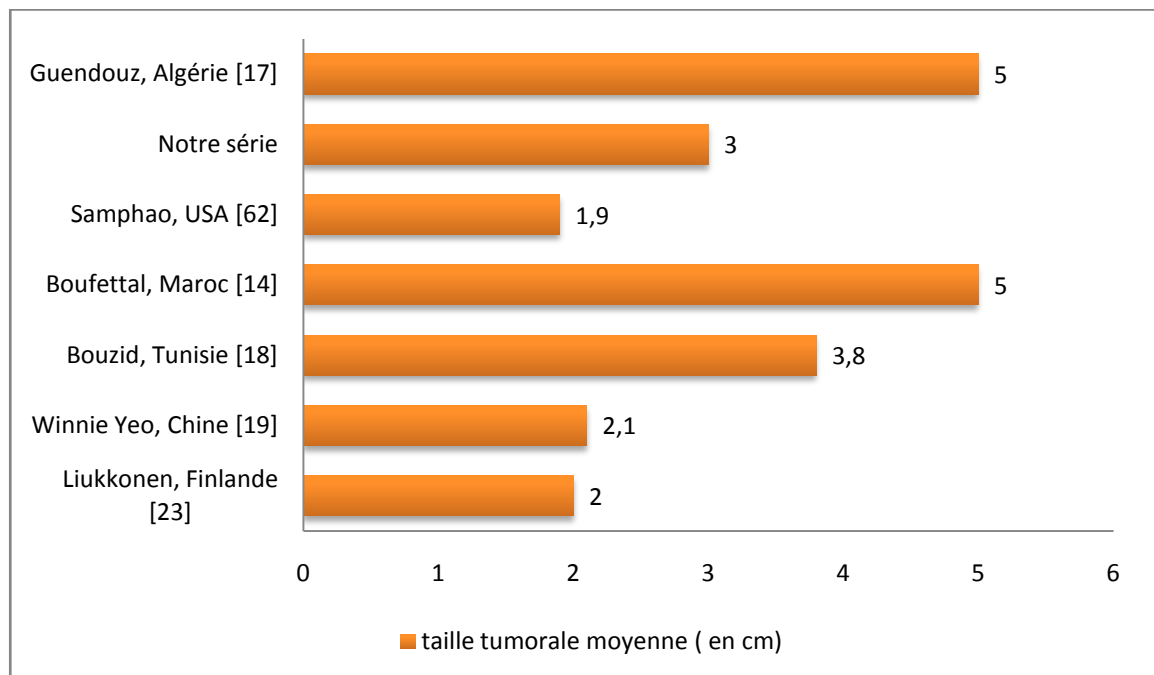


Figure 5 : comparaison de la taille tumorale moyenne entre les séries

III. Classification cTNM

1. La taille T

La différence de la taille T entre les 2 groupes de patientes de notre série était significative vu que le p était inférieur à 0,05.

On a constaté que pour les T3, T4a, T4b et T4c, les pourcentages étaient un peu plus élevés chez les patientes de 35 ans et moins que chez celles de plus de 35 ans.

Dans notre série d'étude et chez les 2 groupes de patientes, le T2 était le prédominant, avec un pourcentage de 39,8% chez les patientes de 35 ans et moins, rejoignant les séries : marocaine de boufettal [19] et tunisienne de khanfir [63], et discordant avec les séries : algérienne de Guendouz [17] et indienne de Gogia [64] où le T4 prédomine. Dans la série finlandaise de Liukkonen [23], le T1 est le plus prédominant à 52% (figure 6).

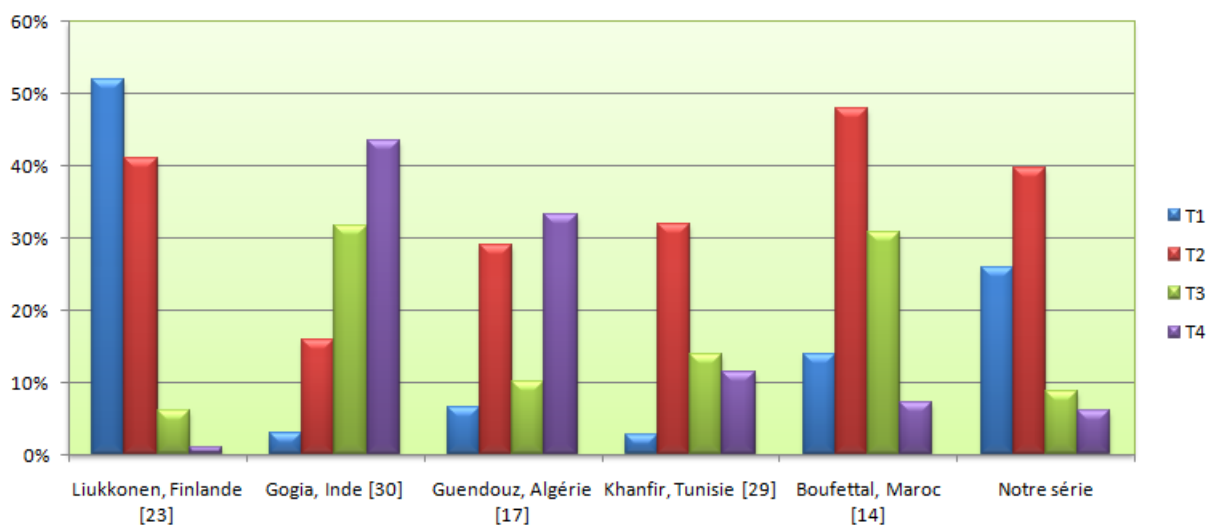


Figure 6 : Comparaison du « T » de la classification TNM chez les patientes jeunes entre différentes séries

Ces résultats peuvent être liés au niveau du système de dépistage relatif à chaque pays.

Au Maroc, l'âge cible du dépistage du cancer du sein est de 40 à 69 ans par examen clinique des seins (ECS) [61].

En Algérie, un programme national dénommé « dépistage organisé » vient d'être officiellement lancé par Pr Bendib, président de la conférence nationale des doyens des facultés de médecine à l'ouverture des 2es journées de formation continue de cancérologie (JFCC) et validé par le ministère de santé algérienne en 2019 tout en indiquant que c'est l'approche la plus efficace et la plus appropriée pour la prévention et la lutte contre le cancer de sein [65].

En Tunisie, Le dépistage du cancer du sein est supervisé par l'Office national de la famille et de la population (ONFP) et la Direction des soins de santé de base (DSSB). La détection précoce est faite annuellement par examen clinique des seins (ECS) à partir de l'âge de 30 ans et au-delà. Il a été noté que cet examen était généralement offert à toute femme se présentant en consultation dans un centre de santé. Le taux de couverture est cependant faible, puisque moins de 10 % des femmes du groupe d'âge cible font un ECS [66].

En Inde, il n'existe aucun programme de dépistage du cancer du sein national ou régional [67].

En France, seul le dépistage organisé (DO) est préconisé de 50 à 74 ans, mais le taux actuel de participation est de 50 % devrait être stimulé pour atteindre 70 % [68].

Au Canada, Les programmes provinciaux de dépistage mammographique visent les femmes âgées de 50 à 74 ans, mais la majorité d'entre eux acceptent aussi les femmes âgées de 40 à 49 ans et de plus de 74 ans. Le taux de participation au dépistage mammographique au Canada est en moyenne de 65 % [69].

Le problème est non seulement l'instauration d'un programme national ou régional de dépistage, mais aussi à veiller à ce qu'il soit généralisé et accepté par les femmes cibles.

Le taux de participation n'est néanmoins pas le seul indicateur à retenir concernant l'efficacité du programme de dépistage organisé. La proportion de cancers dépistés et de bon pronostic (tumeurs de petite taille et dépistées avant envahissement ganglionnaire) est un indicateur intermédiaire de l'efficacité du programme. L'indicateur final d'évaluation du programme de dépistage est la baisse de la mortalité à un âge donné [70].

2. Les ganglions N

La différence du statut ganglionnaire entre les 2 groupes de patientes de notre série était non significative avec un p supérieur à 0,05.

Le statut ganglionnaire clinique de nos patientes jeunes était similaire à celui des femmes plus âgées. Cela confirme les résultats publiés des études de Rochefordière [71].

La forme N0 était la plus fréquente dans notre série sans différence entre les 2 groupes avec un chiffre de 42,5% chez nos patientes jeunes, suivi de N1 dans 31,1% des cas, discordant avec la majorité des séries de la littérature où la forme N1 est la plus fréquente (figure 7).

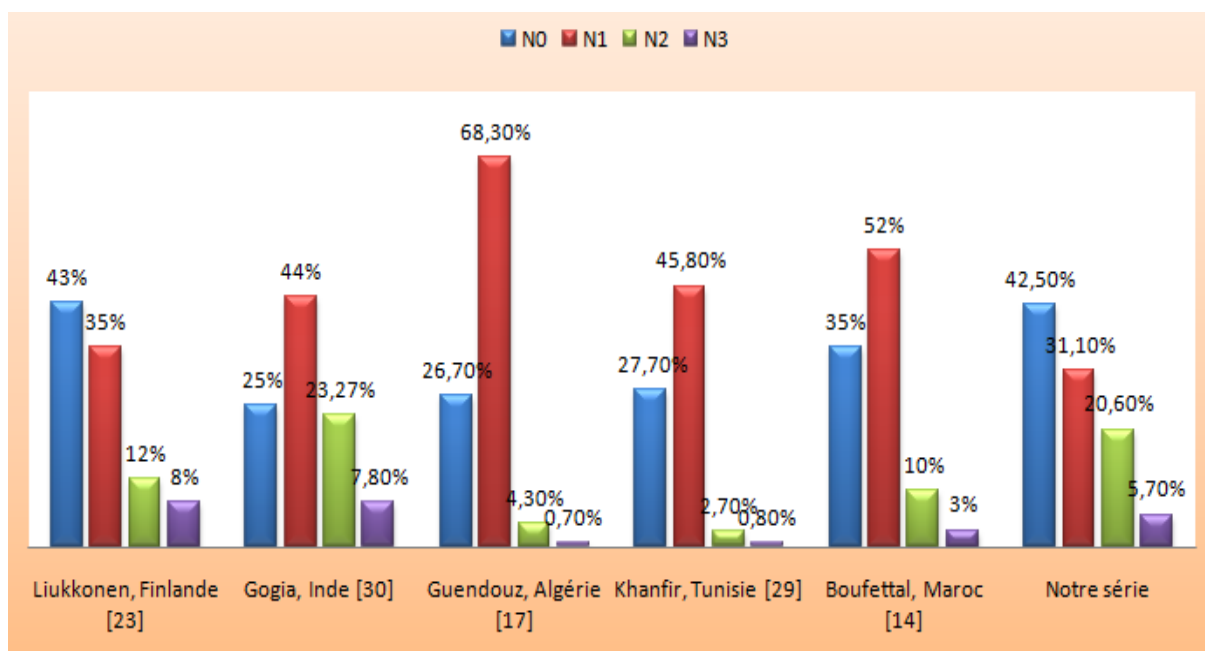


Figure 7 : Comparaison du «N» de la classification TNM chez les patientes jeunes entre différentes séries

3. Les métastases M

La différence de la présence de métastases entre les 2 groupes de patientes de notre série était significative vu que le p était inférieur à 0,05, avec un chiffre de 2,6% chez les patientes de 35 ans et moins contre 1,8% chez les patientes de plus de 35 ans.

Dans la littérature, les formes métastatiques d'emblée se voient dans 2,4 à 30 % des cas de femmes jeunes[72].

Ce taux est de 22,08% selon Gogia[64], de 7% selon Liukkonen [23] et Khanfir [63] et de 11% selon Bouffettal [14].

Dans notre série, ce taux était de 2,6 % chez nos patientes jeunes, ce qui est discordant avec les autres séries.

Cette discordance peut être expliquée par le manque de données dans notre série puisque 27,8% de patientes de 35 ans et moins avaient des formes métastatiques inconnues Mx.

IV. Etude anatomopathologique

1. Type histologique

La différence des types histologiques entre les 2 groupes de patientes de notre série était non significative vu que le p relative de chaque type histologique était supérieur à 0,05.

La dernière classification de l'organisation mondiale de la santé (OMS) publiée en 2012, définit les différents types histologiques du cancer du sein [73].

Sur le plan pronostic, le type histologique joue un rôle faible. Cependant, il est admis que certaines formes particulières (médullaire typique, mucineux, tubuleux) sont de meilleur pronostic [74]. A noter aussi que plus une tumeur est indifférenciée, plus elle est agressive.

Le type histologique majoritairement rencontré pour les cancers infiltrant chez les femmes jeunes est le type canalaire (deux fois moins de carcinomes lobulaires par rapport aux patientes de plus de 40 ans, concordant avec les résultats de notre série)[75]. Les rares tumeurs médullaires (< 3% des cancers du sein) sont observées plus fréquemment chez ces jeunes patientes [75], ce qui concorde avec les résultats de notre série où le carcinome médullaire a été retrouvé dans 1,3% de cas chez les patientes de 35 ans et moins et dans 0,8% de cas chez celles de plus de 35 ans .

On relève également fréquemment des tumeurs multicentriques et la présence d'embolies lympho-vasculaires [75].

Le carcinome canalaire infiltrant (CCI) est le type histologique le plus fréquent. Le deuxième type le plus courant est le carcinome lobulaire invasif chez les femmes jeunes [76], concordant avec les résultats de notre série.

Différentes études confirment que le carcinome canalaire infiltrant est le type de cancer le plus fréquent en général et chez les femmes de moins de 40 ans [77, 78].

Dans notre étude le carcinome canalaire infiltrant ou non spécifique (selon l'OMS 2012) était le type le plus fréquente avec un chiffre de 90% chez nos patientes jeunes suivi de carcinome lobulaire invasif dans 2,2% des cas.

2. Grade histoprobostic

Le système de grading utilisé est celui de Scarff–Bloom et Richardson modifié par Elston et Ellis. Son intérêt pronostique est retrouvé par de nombreux auteurs.

Il tient compte de la différenciation tubulo–glandulaire, du pléomorphisme nucléaire et de l'activité mitotique. En fonction de ces critères, les lésions classées en grade I sont de pronostic favorable, en grade II de pronostic intermédiaire et en grade III de pronostic défavorable.

La différence du grade SBR entres les 2 groupes de patientes de notre série était significative avec un p inférieur à 0,05.

Le grade SBR II était le plus fréquent chez les 2 groupes de patientes de notre série, par ailleurs, le grade SBR III était représenté à 18,2% chez nos jeunes patientes contre seulement 11,6% chez les patientes de plus de 35 ans.

Chez la femme jeune, la littérature rapporte une plus grande fréquence des grades SBR II et III [79, 80].

Selon Liukkonon [23], le grade SBR III est le plus fréquent à 65%. Par ailleurs, le grade SBR II est le plus fréquent selon Gogia [64] à 60%, selon Guedouz [17] à 61%, selon Khanfir [63] à 67% et selon Boufettal [14] à 63,7%, rejoignant les résultats de notre série.

Dans l'étude POSH, la plus grande étude observationnelle prospective évaluant les caractéristiques pathologiques de 2956 femmes de moins de 40 ans en Colombie–Bretagne, le grade SBR III est le plus fréquent à 58,9% [81, 82].

Quant à notre série, le grade SBR II était le plus fréquent chez nos patientes jeunes avec un chiffre de 76,2% suivi de SBR III à 18,2% des cas (Figure8).

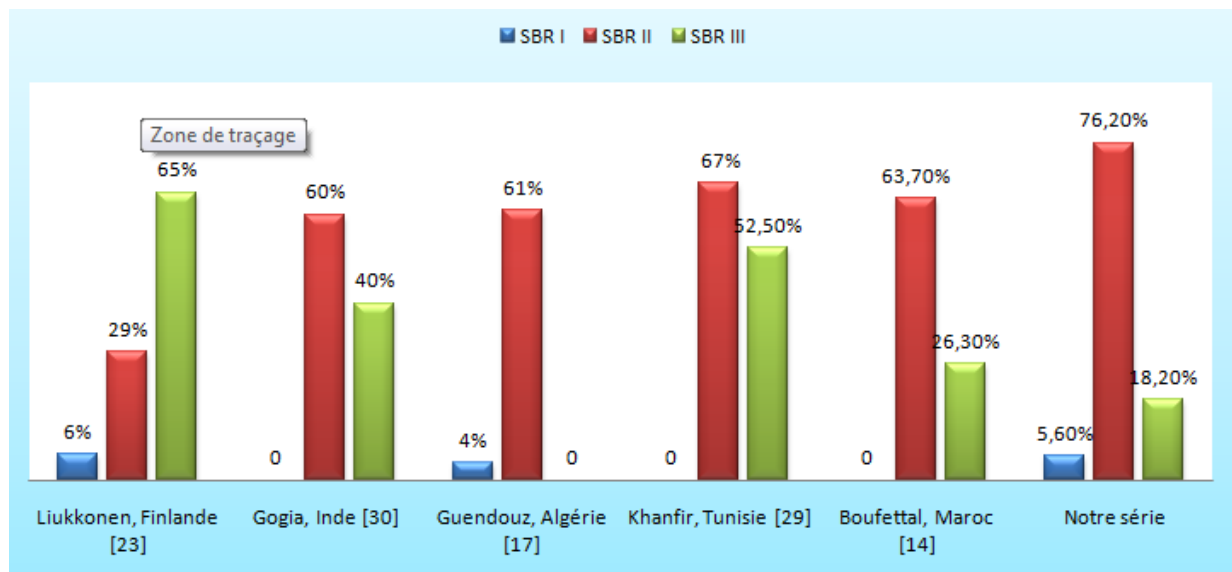


Figure 8 : Comparaison du grade SBR chez les patientes jeunes entre différentes séries

3. Les récepteurs hormonaux

Les études multifactorielles menées dans les grandes séries de la littérature montrent que la positivité des récepteurs à l'œstrogène (RE) et surtout à la Progestérone (RP) est un facteur prédictif de la survie, indépendant des autres facteurs [83].

Pour les tumeurs sans atteinte ganglionnaire, l'expression nucléaire simultanée des récepteurs à l'œstrogène et à la progestérone correspond à un meilleur pronostic que l'absence d'un ou des 2 récepteurs.

En outre, l'expression de récepteurs hormonaux est un bon critère de réponse à une hormonothérapie. Selon Mousseau [84], cette réponse est de 30% si RE+ et atteint 75% si RE+/RP+.

La différence de l'expression des récepteurs hormonaux entre les 2 groupes de patientes de notre série était non significative avec un p supérieur à 0,05, sachant que le dosage n'a pas été fait chez 40 patientes de 35 ans et moins, et chez 228 patientes de plus de 35 ans chose qui pourrait influencer les résultats.

Par ailleurs, on a constaté que les récepteurs oestrogéniques et progestéroniques étaient négatifs respectivement dans 35,1% et 35,6% chez les patientes de 35 ans et moins contre 38,7% et 38,9% chez les femme plus âgées avec absence de différence entre les 2 groupes étudiés, concordant avec la série tunisienne de Khanfir [63] où aucune différence du statut des récepteurs hormonaux n'a été retrouvée entre les patientes dans les deux tranches d'âges étudiées, et discordant avec la série marocaine de Boufettal [14] qui a trouvé moins de récepteurs oestrogéniques chez les femmes jeunes de moins de 35 ans que chez celles de plus de 35 ans.

Colleoni [85] a constaté que chez les femmes de moins 35 ans, 38,8 % des tumeurs n'exprimant pas les récepteurs estrogéniques et 49,1 % n'exprimant pas les récepteurs progestéroniques contre respectivement 21,6% et 35,3 % chez les femmes plus âgées, Kothari [86] a retrouvé moins de récepteurs œstrogéniques chez les femmes jeunes de moins de 35 ans que chez celles de plus de 35 ans non ménopausées, ce qui discordant avec les résultats retrouvés par notre étude.

Aainsi, La plupart des études s'accordent à retrouver une absence d'expression des récepteurs hormonaux chez les femmes jeunes [72, 87], ce qui est discordant avec les résultats de notre série.

4. Etude du gène HER2

Le récepteur HER2 fait partie de la famille des récepteurs EGFR (pour EpithelialGrowth Factor Receptor). L'Epithelial Growth Factor est impliqué dans la régulation de la prolifération et de la survie des cellules et, en particulier, des cellules cancéreuses.

Le gène Her2neu (ou C-erb-2) est une oncoprotéine, codée par le gène neu situé sur le chromosome 17 dans la bande q21, impliquée dans le processus tumoral. Ce gène est activé dans le cancer du sein. Cette activation entraîne une surexpression de la protéine Her2neu codée par ce gène. L'amplification de ce dernier entraîne sa duplication en un grand nombre de copies dans le noyau des cellules tumorales.

La détermination de l'Her2neu se fait par immunohistochimie, complétée éventuellement par des techniques d'hybridation in situ chromogénique (CISH) ou par fluorescence (FISH).

Sa surexpression a une valeur pronostique. En effet, en cas d'envahissement ganglionnaire associé à une amplification de ce gène, le pronostic est péjoratif [88, 89].

Sa présence semble indiquer une certaine résistance à l'hormonothérapie et à la chimiothérapie [90].

La comparaison de l'expression du gène HER2 entre les 2 groupes de patientes de notre série était non significative vu que le p était supérieur à 0,05.

AGRUP [91] confirme que la surexpression du gène HER2 représente un facteur pronostique important chez la femme jeune, il a trouvé cette surexpression chez 27% des femmes âgées de moins de 36 ans.

Boufettal [14] rapporte un taux de surexpression du gène HER2 de 41% chez les femmes jeunes au Maroc, ce taux est de 29,40% selon Gogia [64] en Inde, de 24,30% selon Guendouz [17] en algérie et de 22% selon Liukkomen [23] en Finlande.

La surexpression du gène HER2 dans notre série était positive dans 16,4% chez les femmes de 35 ans et moins (contre 15,6% chez les femmes de plus de 35 ans), ce qui est discordant avec plusieurs séries de la littérature (figure 9).

Ce taux faible, chez nos jeunes patientes, par rapport à la littérature peut être expliqué par le manque de tests, puisque le statut HER2 n'a pas été précisé chez 97 patientes de 35 ans et moins, et chez 674 patientes de plus de 35 ans.

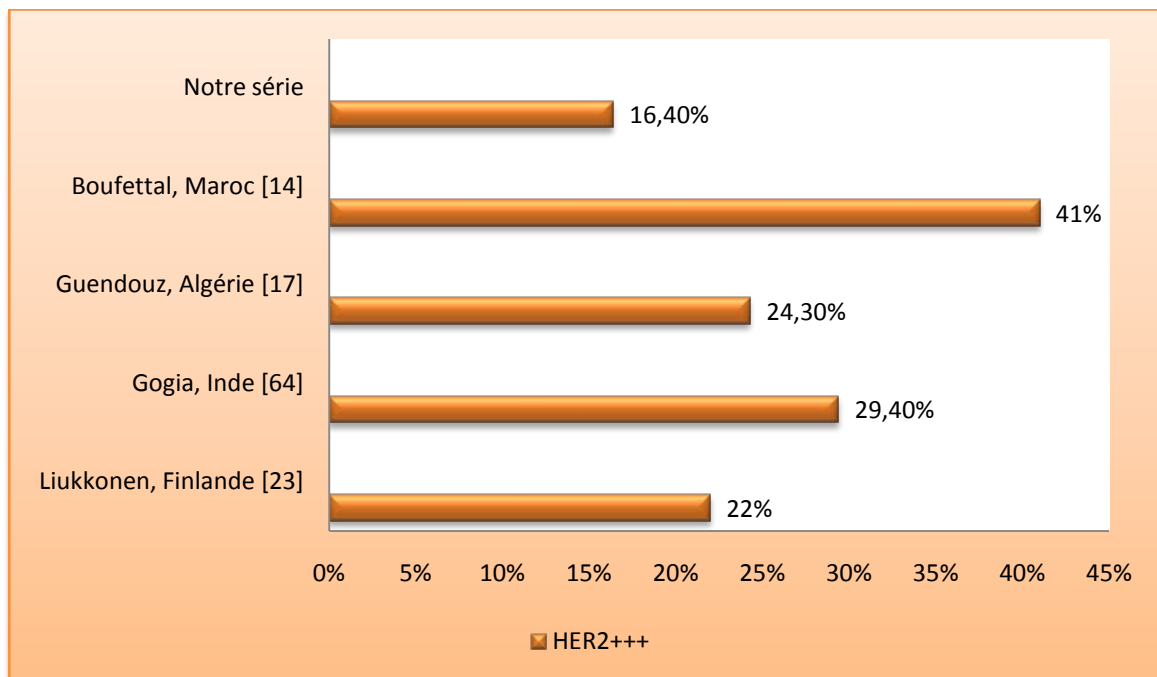


Figure 9 : comparaison de la surexpression du gène HER2 chez les femmes jeunes entre différentes séries

5. La classification biomoléculaire

Les études fondatrices proviennent des travaux de Perou et Sorlie qui ont analysé les profils d'expression de 115 tumeurs indépendantes du sein et classé les tumeurs mammaires en quatre groupes : Luminal A et B, Basal et HER2 [92,93] (Tableau XIX).

- Le profil Luminal A : montre une forte expression des récepteurs à l'oestrogène, et à la progestérone. Ce sont des tumeurs hormonosensibles pures et bénéficient de monothérapie antihormonale [94, 95].
- Le profil Luminal B : possède le même profil immunohistochimique que le type précédant. Cependant, les récepteurs à l'œstrogène sont moins exprimés en plus de la surexpression de l'HER2 et une expression plus élevée des gènes liés à la prolifération. La forte prolifération dans ce phénotype entraîne un risque relatif de rechute par rapport au sous type luminal A. Selon la surexpression ou l'absence

d'expression du HER2, on distingue les tumeurs Luminal B HER2+ et les tumeurs Luminal B HER2- [96].

- Le profil HER2 : les tumeurs HER2 sont définies par une absence d'expression des récepteurs oestrogéniques et progestéroniques avec une surexpression du HER2 et des co-amplifications de gènes comme la topoisomérase 2 alpha (cible des Anthracyclines) et du c-myc [97].
- Profil basal-like : ce sont les tumeurs triples négatives n'exprimant ni les récepteurs hormonaux ni le HER2 ; le phénotype basal doit en plus exprimer des marqueurs « basaux » à savoir les CK5/6 (Cytokératines), CK17, CK14, EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor), c-kit, la Moesin, la Caveolin, NGFR/p75 (Nerve Growth Factor Receptor) [98]. C'est un sous type où le pronostic est le plus défavorable. Sur le plan clinique, il affecte le plus souvent la femme jeune et présente un pic de rechute avant la deuxième année [95].

Tableau XIX : Classification moléculaire du cancer du sein [99,100]

Soutype intrinsèque	définition clinicopathologique
Luminal A	Luminal A ER et/ou PgR positif (PgR \geq 20%) HER2 négatif Ki 67 faible (\leq 10%) *
Luminal B	Luminal B (HER2 négatif) ER et/ou PgR positif (PgR < 20%) HER2 négatif Ki-67 (> 20-29%)
	Luminal B (HER2 positif) ER and/or PgR positif Ki-67 quelconque HER2 surexprimé
surexpression Erb-B2	HER2 positive (non luminal) HER2 surexprimé ER et PgR négatifs
Basal-like	ER et PgR négatifs HER2 négatif

Le p relative à la classification biomoléculaire n'a pas pu être établi.


Dans notre série, le sous type Luminal A était le plus fréquent chez les 2 groupes de patientes, avec un taux de 47,2% chez nos jeunes patientes et de 43,9% chez celles plus âgées, suivi du sous type luminal B respectivement à 29,2% et 32,7% ce qui rejoint les résultats de plusieurs séries de la littérature [101, 102, 103] (Tableau XX).

Tableau XX : Comparaison des sous types moléculaires chez la femme jeune entre les séries


Séries	Sous type luminal A	Sous type luminal B	Sous typr HER-2	Sous type basal
Chukwuemeka (USA)[101]	47,4%	12 ,4%	8,1%	26,5%
Esther (Pays-bas)[102]	46%	21%	11%	16%
Montella (Italie)[103]	24 ,5%	48,2%	20,9%	7,4%
Notre série	47,2%	29,2%	3,4%	20,2%

Mais dans la littérature, le type triple négatif est plus fréquent chez les patientes jeunes que leurs homologues plus âgées [59, 76, 81], ce qui est discordant avec les résultats de notre série où aucune différence n'a été retrouvé entre les 2 groupes de patientes.

Ainsi, les femmes atteintes d'un cancer du sein triple négatif à début précoce sont candidates à des tests génétiques pour BRCA1, même en l'absence d'antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire [104].



CONCLUSION



L'âge est le paramètre le plus important qui va nous permettre de faire une évaluation du rajeunissement du cancer du sein dans notre service. Dans l'ancienne série du service faite par Pr Abbassi en 2005, la fréquence du cancer du sein chez les femmes de 40 ans et moins est de 38%, alors qu'elle était de 31% dans notre série pour la même tranche d'âge.

Notre travail conclue donc qu'il n'y a pas un vrai rajeunissement de la population atteinte du cancer du sein dans notre série, en prenant en compte les difficultés de comparaison entre l'ancienne série du service et la notre et le manque de certains dossiers.

La fréquence du cancer du sein chez les patientes jeunes est plus importante dans les pays du maghreb, incluant notre série, et en Inde en les comparant aux pays européens, aux états unis et à la chine. Les patientes atteintes d'un cancer du sein dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont souvent plus jeunes que dans les pays à revenu élevé [105].

Personne ne peut donc nier qu'on voit de plus en plus de cancer du sein chez les femmes jeunes, sachant qu'elles ne font pas partie du programme nationale du dépistage du cancer du sein au Maroc. La question qui se pose dans ce sens est la suivante : est ce que ceci est suffisant pour faire un appel à la modification du programme national de dépistage du cancer du sein pour pouvoire couvrir ces jeunes femmes ?

Dans la littérature, on trouve que le dépistage organisé chez les femmes de moins de 40 ans est inefficace voire même délétère. Il pourrait être utile uniquement chez certaines femmes à haut risque, avec des stratégies et modalités d'imagerie bien adaptées. Ainsi, les stratégies de dépistage chez les jeunes femmes Les plus recommandées n'ont pas été prouvées efficaces sur la mortalité par cancer du sein [59].

En prenant en considération les paramètres dont on a trouvé une différence significative entre les 2 groupes de patientes de notre série, on peut déduire que le cancer du sein chez les patientes jeunes de notre série requiert un caractère invasif par rapport aux patientes plus agés,

puisque'on a treuvé des T3, T4a, T4b et T4c plus représentés chez les femmes jeunes, plus de métastases au moment du diagnostic chez les patientes jeunes par rapport à celles plus âgées et un grade SBR III plus représenté chez nos patientes jeunes que chez leurs homologues plus âgées. Chose qui concorde aussi avec la littérature où on trouve que les cancers du sein survenant chez les jeunes femmes par rapport à celles plus âgés, sont caractérisés par une proportion plus élevée de grade SBR III, de triple négatif, d'absence de récepteurs hormonaux,de Surexpression du récepteur HER2, d'invasion lympho-vasculaire et d'infiltration lymphocytaire [76, 105].

Pour les récepteurs hormonaux et le status HER2, la comparaison entre les 2 groupes de patientes de notre série n'était pas significative. Ceci pourrait être expliqué par le manque de dossiers de 2 ans, de manque de données sur certains dossiers et la non réalisation du dosage des récepteurs hormonaux et des tests pour l'HER2.

Ceci fait appel au bon entretien des dossiers médicaux et à la réalisation de plus en plus de tests pour avoir des résultats plus fiables et plus crédibles.



ANNEXES



ANNEXE 1 :

FICHE D'EXPLOITATION

- ❖ **AGE :**
- ❖ **N° du dossier :**
- ❖ **ATCD personnel du cancer du sein :** oui non
- ❖ **ATCD familiaux :**
- Cancer sein : 1^{er} degré
 - 2^{ème} degré
 - Cancer : Ovaire
 - Endomètre
 - Col
 - Autres :
- ❖ **Examen clinique:**
- Siège : seindroit gauche Les 2
- QSE QSI QIE QII
- Rétroaréolaire
- Taille tumeur :
- ❖ **Type histologique:**
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carcinome Canalaire in situ : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome canalaire infiltrant : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire in situ : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire infiltrant : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome mucineux : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome papillaire : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome médullaire : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Carcinome tubuleux : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sarcome : | ou <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |
- ❖ **Classification TNM:**
- T : T0 T1 T2 T3 T4a T4b T4c T4d

N : N0 N1 N2 N3

M : Mx M0 M1

SiM+ : siège : hépatique osseuse cérébrale

Pulmonaire Cutanée

❖ **Grade SBR :** I II III

❖ **Récepteurs hormonaux :** faits non faits

RE : + -

RP : + -

❖ **Statut HER2 :** fait non fait

HER2 : + - Incertain

❖ **Classification biomoléculaire :** faite non faite

Luminal A Luminal B HER2+

Triple négatif

ANNEXE 2:

classification histologique des tumeurs du sein selon l'OMS 2012

Epithelial tumours

Microinvasive carcinoma

Invasive breast carcinoma

invasive carcinoma of no special type (NST)

- Pleomorphic carcinoma
- Carcinoma with osteoclast-like stromal giant cells
- Carcinoma with choriocarcinomatous features
- Carcinoma with melanotic features

Invasive lobular carcinoma

- Classic lobular carcinoma
- Solid lobular carcinoma
- Alveolar lobular carcinoma
- Pleomorphic lobular carcinoma
- Tubulolobular carcinoma
- Mixed lobular carcinoma

Tubular carcinoma

Cribiform carcinoma

Mucinous carcinoma

Carcinoma with medullary feature

- Medullary carcinoma
- Atypical medullary carcinoma
- Invasive carcinoma NST with medullary features

Carcinoma with apocrine differentiation

Carcinoma with signet-ring-cell differentiation

Invasive micropapillary carcinoma

Metaplastic carcinoma of no special type

- Low-grade adenosquamous carcinoma

Fibromatosis-like metaplastic carcinoma

- Squamous cell carcinoma
- Spindle cell carcinoma
- Metaplastic carcinoma with mesenchymal differentiation
- Mixed metaplastic carcinoma

- Myoepithelialcarcinoma

Rare types

Carcinoma with neuroendocrine features

- Neuroendocrine tumour, well-differentiated
- Neuroendocrine tumour, poorly-differentiated
- Carcinoma with Neuroendocrine differentiation

Secretory carcinoma

Invasive papillary carcinoma

Acinic cell carcinoma

Mucoepidermoid carcinoma

Polymorphous carcinoma

Oncocytic carcinoma

Lipid-rich carcinoma

Glycogen-rich clear cell carcinoma

Sebaceous carcinoma

Salivary gland/skin adnexal type tumours

Cylindroma

- Clear cell hidradenoma

Epithelial-myoepithelial tumours

Pleomorphic adenoma

Adenomyoepithelioma

- Adenomyoepithelioma with carcinoma

Adenoid cystic carcinoma

Precursor lesions

Ductal carcinoma in situ

Lobular neoplasia

- Lobular carcinoma in situ
- Classic lobular carcinoma in situ
- Pleomorphic lobular carcinoma in situ
- Atypical lobular hyperplasia

Intraductal proliferative lesions

Usual ductal hyperplasia

Columnar cell lesions including flat epithelial atypia

Atypical ductal hyperplasia

Papillary lesions

Intraductal papilloma

- Intraductal papilloma with atypical hyperplasia

Intraductal papilloma with ductal carcinoma in situ →

- Intraductal papilloma with lobular carcinoma in situ

Intraductal papillary carcinoma

Encapsulated papillary carcinoma

- Encapsulated papillary carcinoma with invasion

Solid papillary carcinoma

- In situ
- Invasive

Benign epithelial proliferations

Sclerosing adenosis

Apocrine adenosis

Microglandular adenosis

Radial scar/complex sclerosing lesion

Adenomas

- Tubular adenoma
- Lactating adenoma
- Apocrine adenoma
- Ductal adenoma

Mesenchymal tumours

Nodular fasciitis

Myofibrosarcoma

Desmoid-type fibromatosis

Inflammatory myofibroblastic tumour

Benign vascular lesions

- Haemangioma

Angiomatosis

- Atypical vascular lesions

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia

Granular cell tumour

Benign peripheral nerve-sheath tumours

- Neurofibroma
- Schwannoma

Lipoma

- Angiolipoma

Liposarcoma

Angiosarcoma

Rhabdomyosarcoma

Osteosarcoma

Leiomyoma

Leiomyosarcoma

Fibroepithelial tumours

Fibroadenoma

Phyllodes tumours

- Benign
- Borderline
- Malignant
- Periductal stromal tumour, low grade

Hamartoma

Tumours of the nipple

Nippleadenoma

Syringomatoustumour

Paget disease of the nipple

Malignantlymphoma

Diffuse large B-celllymphoma

Burkitt lymphoma

T-celllymphoma

- Anaplastic large celllymphoma, ALK negative

Etranodal marginal-zone B-celllymphomaof MALT type

Follicularlymphoma

Metastatictumours

Tumours of the male breast

Gynaecomastia

Carcinoma

- Invasive carcinoma
- In situ carcinoma

Clinical patterns

Inflammatorycarcinoma

Bilateralbreastcarcinoma

Annexe 3

classification TNM du cancer du sein, 7^{ème} édition 2010

Le système TNM distingue le stade clinique préthérapeutique 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
- 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

- T1 mic : 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 : oedème (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

Ganglions lymphatiques régionaux cN

Nx : Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)

N0 : Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional

N1 : Ganglions axillaires homolatéraux suspects mobiles

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

- N2a : Ganglions axillaires homolatéraux fixés

- N2b : Ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents sans adénopathies axillaires cliniques

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

- N3a : Ganglions suspects sous-claviculaires et axillaires homolatéraux

- N3b : Ganglions mammaires internes et ganglions axillaires homolatéraux suspects

- N3c : Ganglions sus-claviculaires homolatéraux suspects

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 = 0,2 mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)
 - N0(mol-) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : reverse transcriptase polymerasechainreaction)
 - N0(mol+) : absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)
- N1 mi : 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

Annexe 4 :

Gradinghistopronostique de SBR(Modifié par Elston et Ellis)

1. Différenciation tubulo-glandulaire : proportion de tubes ou glandes dans la tumeur (en % de surface tumorale)	Score
>75 % : tumeur bien différenciée	1
10 à 75 % : tumeur moyennement différenciée	2
<10 % : tumeur peu différenciée	3
2. Pléomorphisme nucléaire : degré d'atypie apprécié sur la population tumorale prédominante	
Noyaux petits, réguliers, uniformes	1
Pléomorphisme modéré	2
Variations marquées de taille, de forme, avec nucléoles proéminents	3
Nombre de mitoses (à compter sur 10 champs au grossissement x400 ; valeurs définies pour un champ de 0,48 mm de diamètre ; calibrage du microscope nécessaire pour des champs différents)	
0 à 6 mitoses	1
7 à 12 mitoses	2
>12 mitoses	3
AU TOTAL	
Grade I	3 ou 4 ou 5
Grade II	6 ou 7
Grade III	8 ou 9



RESUMES



RESUME

Le cancer du sein chez la femme jeune est en constante augmentation.

L'objectif de ce travail est de déterminer au sein de notre série la fréquence du cancer du sein chez la femme jeune et la moyenne d'âge des patientes, tout en les comparant à d'autres séries du même service et de la littérature, ainsi que faire une étude de différents facteurs pronostiques relative à chaque tranche d'âge. A travers une étude rétrospective étalée sur 10 ans, allant du 1er janvier 2007 au 31 Décembre 2017 portant sur l'ensemble des femmes prises en charge pour cancer du sein au service de gynécologie obstétrique du CHU MOHAMED VI de Marrakech, nous avons recensé 1790 cas de cancer du sein en les partageant en 2 groupes : Les patientes âgées de 35 ans et moins et Les patientes de plus de 35 ans.

La fréquence du cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans dans notre série était de 12,9%. L'âge moyen chez nos jeunes patientes était de 33,3 ans. Il s'agissait d'un carcinome infiltrant de type non spécifique dans 90% des cas chez les jeunes patientes et dans 88,5% chez celles plus âgées. Les tumeurs classées T2 étaient les plus fréquentes chez les 2 groupes de patientes (39,8% chez les jeunes patientes et 43,7% chez les femmes plus âgées), suivies des tumeurs T1 (respectivement à 26% et à 29,3%). 2,6% de tumeurs étaient métastatiques d'emblée chez nos jeunes patientes contre 1,8% chez les plus âgées, avec prédominance des localisations pulmonaires (40%) et hépatiques (35%) chez les 2 groupes. Le grade SBR II était le plus fréquent représentant 76,2% chez les jeunes patientes et 82,5% chez celles plus âgées. Les récepteurs oestrogéniques étaient positifs dans 64,9% chez les jeunes patientes et dans 61,3% chez celles plus âgées, et l'HER2 était surexprimé respectivement dans 16,4% et 15,6%. Le type triple négatif a été retrouvé dans 20,2% des cas chez les patientes jeunes et dans 20,3% chez les patientes plus âgées.

La fréquence du cancer du sein chez la femme jeune dans notre série dépasse celle des séries occidentales, mais rejoint les séries maghrébines. Dans notre série, l'âge moyen de nos jeunes patientes rejoint les séries de la littérature. Le carcinome canalaire infiltrant est aussi le type histologique le plus fréquent dans la littérature. Le T2 était le plus fréquent dans notre série rejoignant les séries : marocaine et tunisienne, et discordant avec les séries : algérienne, indienne et finlandaise. Le taux des formes métastatiques d'emblée chez nos jeunes patientes était bas par rapport aux taux retrouvés dans les autres séries de la littérature. Cette dernière rapporte une plus grande fréquence des grades SBR II et III concordant avec les résultats retrouvés dans notre étude. Dans notre série, aucune différence du statut des récepteurs hormonaux (RH) n'a été retrouvée entre les patientes des deux groupes étudiés, ce qui est discordant avec la majorité des séries de la littérature qui trouvent une expression moindre de RH chez les jeunes patientes par rapport à leurs homologues plus âgées. Le taux de surexpression du gène HER2 dans notre série était plus faible par rapport aux taux retrouvés dans la littérature. Le sous type Luminal A était le plus fréquent chez les 2 groupes de patientes de notre série, suivi du sous type luminal B, ce qui rejoint les résultats de plusieurs séries de la littérature.

Notre série conclue donc en l'absence du rajeunissement du cancer du sein chez la population étudiée, mais rejoint les données de la littérature plaidant en faveur des formes plus évoluées et du pronostic plus défavorable du cancer du sein chez les patientes jeunes comparativement à leurs homologues plus âgées.

ABSTRACT

Breast cancer in young women is on the rise.

The objective of this work was to determine within our series the frequency of breast cancer in young women and the average age of patients while comparing them with other series in the literature, as well as to make a study of different prognostic factors relating to each age group. Through a retrospective study spread over 10 years from January 1, 2007 to December 31, 2017 on all women treated for breast cancer in the obstetric gynecology service of the CHU MOHAMED VI in Marrakech, we identified 1790 cases of breast cancer by dividing them into 2 groups : Patients aged 35 and under and Patients over 35.

The frequency of breast cancer in young women under 35 years in our series was 12.9%. The mean age for young women was 33.3 years. It was an invasive non specific type carcinoma in 90% of cases in young patients and in 88.5% in older ones. Tumors classified as T2 were the most frequent in the 2 groups of patients (39.8% in young patients and 43.7% in older women), followed by T1 tumors (respectively 26% and 29.3%). 2.6% of tumors were metastatic from the outset in our young patients against 1.8% in the oldest, with a predominance of pulmonary (40%) and hepatic (35%) locations at all ages. SBR II grade was the most frequent, accounting for 76.2% in young patients and 82.5% in older ones. Estrogen receptors were positive in 64.9% in young patients and in 61.3% in older patients, and HER2 was overexpressed in 16.4% and 15.6%, respectively. The triple negative type was found in 20.2% of cases in young patients and in 20.3% in older patients.

The frequency of breast cancer in young women in our series exceeds that of the Western series, but joins the North African series. In our series, the average age of our young patients is similar to the literature series. Invasive ductal carcinoma is also the most common histological

type in the literature. T2 was the most frequent in our series, joining the Moroccan and Tunisian series, and discordant with the Algerian, Indian and Finnish series. The rate of metastatic forms from the outset in our young patients was low compared to the rates found in other series in the literature. This last one reports a greater frequency of grades SBR II and III concordant with the results found in our study. In our series, no difference in the status of hormone receptors (RH) was found between the patients of the two groups studied, which is inconsistent with the majority of the series in the literature which find less expression of RH in young patients, compared to their older counterparts. The rate of over expression of the HER2 gene in our series was lower compared to the rates found in the literature. The Luminal A subtype was most frequent in the 2 groups of patients in our series, followed by the luminal B subtype, which joins the results of several series of the literature.

Our series therefore concluded in the absence of rejuvenation of breast cancer in the population studied, but joins data from the literature arguing in favor of more advanced forms and poorer prognosis of breast cancer in young patients compared to their older counterparts.

ملخص

يعرف سرطان الثدي لدى المرأة الشابة ارتفاعاً مستمراً.

الهدف من هذا العمل كان أن نحدد ضمن دراستنا نسبة سرطان الثدي لدى المرأة الشابة و متوسط
عمر المريضات مع مقارنتها بالدراسات العلمية، بالإضافة إلى إجراء دراسة حول عوامل الإنذار المختلفة بالنسبة لكل
فئة عمرية. تم هذا من خلال دراسة استرجاعية امتدت على مدى 10 سنوات، من 1 يناير 2007 إلى 31
ديسمبر 2017 بمصلحة أمراض النساء و التوليد بالمركز الجامعي محمد السادس بمراكش، حيث قمنا بإحصاء
1790 حالة إصابة بسرطان الثدي، ثم قمنا بتقسيمهن إلى مجموعتين: المريضات اللاتي تتراوح أعمارهن بين
35 سنة و ما دون ذلك، والمريضات فوق 35 سنة.

كانت نسبة الإصابة بسرطان الثدي لدى المريضات الشابات 12,9%، وكان متوسط عمرهن 33.3 سنة.
كانت الأورام المصنفة على أنها T2 هي الأكثر شيوعاً في كلت المجموعتين (39.8% في مجموعة المريضات
الشابات و 43.7% في مجموعة النساء الأكبر سناً)، تليها أورام T1 (26% و 29.3% على التوالي). نسبة
انتشار السرطان منذ البداية كانت 2.6% لدى المريضات الشابات، مقابل 1.8% لدى الأكبر سناً، مع غالبية المواقع
الرئوية (40%) والكبدية (35%) بالنسبة لمجموع المريضات. كانت هناك هيمنة للسرطان المتغلغل من نوع
غير محدد دنسبة 90% لدى المريضات الشابات، وبنسبة 88.5% لدى المريضات الأكبر سناً، مع هيمنة الصنف
II من سلم SBR بنسبة 76.2% و 82.5% على التوالي. أما مستقبلات الأستروجين فكانت إيجابية في 64.9%
لدى المريضات الشابات و في 61.3% لدى المريضات الأكبر سناً، بينما بلغت نسبة HER 2 الإيجابية 16.4%
و 15.6% على التوالي. تم العثور على النوع السلبي الثلاثي في 20.2% من الحالات لد بالمريضات الشابات
وفي 20.3% لدى المريضات الأكبر سناً.

نسبة سرطان الثدي لدى المريضات الشابات في دراستنا تفوق نظيرتها في الدراسات الغربية لكنها توافق
الدراسات المغاربية. في دراستنا، متوسط العمر يوافق نتائج مختلف الدراسات العلمية. السرطان من النوع المتغلغل

هو أيضًا النوع الأكثر شيوعًا في هذه الدراسات العلمية. كان T2 الأكثر شيوعًا في دراستنا والذي يوافق نتائج الدراسات المغربية والتونسية، ويتعارض مع الدراسات الجزائرية والهندية والفنلندية. في دراستنا، كانت نسبة انتشار السرطان منذ البداية لدى المريضات الشابات منخفضة مقارنة بالمعدلات الموجودة في الدراسات العلمية الأخرى. تشير هذه الدراسات إلى هيمنة الصنف SBR II و III وهو ما يتوافق مع دراستنا. في سلسلتنا لم يتم العثور على وجود اختلاف في نسبة المستقبلات الهرمونية بين مريضات المجموعتين المدروستين، وهو ما يتعارض مع غالبية الدراسات العلمية. كان معدل ايجابية الجين HER2 في دراستنا أقل، مقارنة بالمعدلات الموجودة في الدراسات العلمية الأخرى. كان النوع Luminal A هو الأكثر شيوعًا في سلسلتنا لدى مجموعتي المريضات، يليه النوع Luminal B، وهذا ما يتوافق مع نتائج العديد من الدراسات العلمية.

هكذا تخلص دراستنا إلى عدم وجود تزايد في نسب سرطان الثدي لدى الشابات، لكنها تنضم للمعطيات العلمية التي ترجح الأشكال الأكثر تطورًا مع تكهن سيء لسرطان الثدي لدى المرأة الشابة بالمقارنة مع المرأة الأكبر سنًا.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Sancho–Garnier H, Colonna M.**
Épidémiologie des cancers du sein. Presse Med.
France (2019). <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.022>
2. **BELKACEMI, BOUSSEN, ERRIHANI. (2010)**
Épidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord. 32èmes
Journées de la SFSPM, Strasbourg, novembre.
3. **Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al.**
Cancer Incidence and Mortality Worldwide : IARC CancerBase No.
11 International Agency for Research on Cancer ;2013
4. **Fleurier C, et al.**
Cancer du sein chez les patientes de moins de 40 ans : présentation et caractéristiques
évolutives.
Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018)
5. **Registre des cancers de la région du grand Casablanca.**
Années 2005–2006–2007, Édition 2012
6. **Tazi MA, Er–Raki A, Benjaafar N.**
Cancer incidence in Rabat, Morocco : 2006–2008.
Ecancermedicalscience 2013 ; 7 :338
7. **FAKHIR.B, SOUMMANI.A, BASSIR.A, BELBARAKA.R, EL OMRANI.A**
Etude des facteurs pronostiques de récidives du cancer du sein après un traitement
conservateur
Service de gynécologie obstétrique CHU MED IV, 2019
8. **Abbassi.H,Soummani.A, Ousehal.A, Belaabidia.B, Essaadouni.L**
CANCER DU SEIN : EXPERIENCE AU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE « A »
(A PROPOS DE 162 CAS)
Service de gynécologie obstétrique A, maternité CHU MOHAMED VI de
MARRAKECH, 2007
9. **Bakkali H, Marchal C, Lesur–Schwander A, Verhaeghe JL.**
Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins
Cancer/Radiothérapie 2003 ; 7 :153–159

10. **Filleron T, Maid FD, Kramar A, Spielmann M, Levy C, Fumoleau P, et al.**
Prognostic factors of young women (≤ 35 years) with node positive breast cancer : possible influence on post-therapeutic follow-up
Bull Cancer 2013 ; 100 :22-29
11. **Hussein A. Assi, Katia E. Khoury, Haifa Dbouk, Lana E. Khalil, Tarek H. Mouhieddine, Nagi S. El Saghir**
Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women
J Thorac Dis 2013 ; 5 :2-8
12. **Cancello G, Maisonneuve P, Mazza M, Montagna E, Rotmensz N, Viale G.**
Pathological features and survival outcomes of very young patients with early breast cancer : How much is "very young" ?
The Breast 2013 ; 22 :1046-1051
13. **Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos MC, Mohar A, Bargalló E, Meneses A, et al.**
Breast cancer in young women in Latin America : an unmet, growing burden.
Oncologist 2013 ; 18 :1298-306
14. **Boufettal H, Noun M, Samouh N.**
Cancer du sein chez la femme jeune au Maroc
Cancer/Radiothérapie 2010 ; 14 :698-703
15. **Livi L, Meattini I, Saieva C, Borghesi S, Scotti V, Petrucci A et al.**
The impact of young age on breast cancer outcome
Eur J Surg Oncol 2010 ; 36 :639-45
16. **Merviel P, Jouvance O, Naepels P, Fauvet R, Cabry-goubet R, Gagneur O, et al.**
Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ?
Gynécol Obstét Fertil 2011 ; 39 :486-490
17. **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
La Lettre du Sénologue n° 52 - avril-mai-juin 2011
18. **Bouzig N, Lahmar R, Tebra S, Bouaouina N.**
Cancer du sein chez la femme jeune de moins de 35 ans en Tunisie : étude rétrospective à propos de 124 cas
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2013 ; 41 :356-360

19. **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
World J Clin Oncol 2014 ; 5 :1097–1106
20. **BASSIR.A, KHOUCHANI.M, RAIS.H, AIT BENKADDOUR.Y**
Cancer du sein chez la femme jeune moins de 35 ans au service de gynécologie
obstétrique CHU Med VI de Marrakech, 2019
21. **Molinié F, Daubisse–Marliac L, Delafosse P, Tretarre B.**
Épidémiologie du cancer du sein de la femme jeune
32es Journées de la SFSPM, Strasbourg, novembre 2010
22. **Anders C. K, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A.**
Breast Cancer Before Age 40 Years.
Seminars in Oncology 2009 ;36 :237–249
23. **Liukkonen S, Leidenius M, Saarto T, Sjostrom–Mattson J.**
Breast cancer in very young women
European Journal of Surgical Oncology 2011 ; 37 :1030–1037
24. **Thangjam S, Laishram RS, Debnath K.**
Breast carcinoma in young females below the age of 40 years : A histopathological
perspective.
South Asian Journal of Cancer 2014 ; 3 :97–100
Cancer du sein chez la femme Jeune de moins de 40 ans
25. **Registre des cancers de la région du grand Casablanca**
Années entre 2008 et 2012, Édition 2012
26. **World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research.**
Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer : a global perspective.
Washington, DC : American Institute for Cancer Research, 1997.
27. **Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Menarche, menopause, and
breast cancer risk :**
individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from
117 epidemiological studies Lancet Oncol 2012 ; 13 :1141–51
28. **Talamini R, Franceschi S, La Vecchia C et al.**
The role of reproductive and menstrual factors in cancer of the Breast before and
after menopause. Eur J Cancer 1996 ;32A :303–10

29. **GILLES HOUVENAEGHEIL, MARC MARTINO ET COLL :**
Peut-*ons*'abstenir d'un curage systématique pour le cancer du sein de plus de 30mm sans atteinte ganglionnaire sentinelle ? Le bulletin du cancer 2004652-672p.
30. **Hsieh C, Pavia M, Lambe M, Lan SJ, Colditz GA, Ekblom A et al**
Dual effect of parity on breast cancer risk. Eur JCancer 30A : 969-973
31. **Washbrook E.**
Risk factors and epidemiology of Breast cancer. WomenHeath Med 2006 ;3:1-7
32. **LaVecchia C, Negri E, Bruzzi I', et al.**
The role of age at menarche and at menopause on breast cancer risk : combinedevidencefrom four casecontrolstudies. Arm Oncol 1992, 3, 625-629.
33. **Sagliier J, Pommeyrol A, Bouillet T, Hennebicque AS.**
Cancer du sein.
Questions et réponses au quotidien. 2e ed. Paris : Masson, 2003 ; 104-173.
34. **Zografos GC, Panou M, Panou N.**
Common riskfactors of breast and ovariancancer :recentreview.
Int. J. Gynecol. Cancer, 2004 ;14: 721-740.
35. **TRICHOPOULOS D, MACMAHON B, COLE P.**
Menopause and breast cancer risk. J Natl Cancer Inst1972 ;48:605 13.
36. **Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, and Fraumeni JF, Jr. 1988.**
Menstrualfactors and risk of breast cancer. Cancer investigation6(3):245-254.
37. **Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, SkoubySO, et al.**
Hormonal contraception and risk of cancer. Hum ReprodUpdate. 2010 ;16(6) :631-650.
38. **Marchbanks PA, Curtis KM, Mandel MG, Wilson HG, Jeng G, FolgerSG, et al.**
Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer.Contraception. 2012 ;85(4):342-350.
39. **Espié M, Hamy A-S, Bonfils S, Tournants B, Perret F.**
Contraception etcancer. Contraception. 4ème éd. Elsevier Masson ; 2011. p. 171-192.

40. **Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR et al:**
Oral contraceptives and the risk of breast cancer.
New England Journal of
Medicine 2002, 346(26):2025–2032.
41. **Vessey M, Painter R: Oral contraceptive use and cancer.**
Findings in a large cohort study, 1968–2004. British journal of cancer 2006, 95(3):385–
389.
42. **Hannafoord PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ:**
Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of
General Practitioner's oral contraception study. Bmj 2007, 335(7621):651.
43. **A. Lasserre, A.**
Fournier Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers Menopausal
hormonal therapy and cancer risks. Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2016),
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.05.012>
44. **Fournier A, Messrine S, Dossus L, et al.**
Risk of breast cancer after stopping menopausal hormone therapy in the E3N cohort.
Breast Cancer
Res Treat 2014; 145:535–43.
45. **Beral V, Reeves G, Bull D, et al.**
Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone
therapy. JNCI 2011; 103(4): 296–305.
46. **T. Collin Campbell, Campbell TM:**
Révélation stupéfiante sur les liens entre l'alimentation et la santé à long terme.
Éditions Ariane 2008.
47. **Maître C.**
Relations entre activité physique, équilibre pondéral et cancer du sein
Annales d'Endocrinologie 2013 ; 74:148–153
48. **Romieu I, Touillaud M, Ferrari P, Bignon Y-J, Antoun S, Berthouze-Aranda S et al.**
Activité physique et survie après cancer
Bull Cancer 2012 ; 99:979–94

49. **Speck RM, Courneya KS, Masse LC, Duval S, Schmitz KH.**
An update of controlled physical activity trials in cancer survivors : a systematic review and meta-analysis J Cancer Surviv 2010 ; 4:87–100
50. **La Vecchia C, Giordano SH, Hortobagyi GN, Chabner B.**
Overweight, Obesity, Diabetes, and Risk of Breast Cancer : Interlocking Pieces of the Puzzle.
The Oncologist 2011 ; 16:726 –729
51. **Inserm :**
Expertise collective. In., edn. Edited by environnement Ce ; 2008.
52. **Ginsburg O, Ghadirian P, Lubinski J, Cybulski C, Lynch H, Neuhausen S et al:**
Smoking and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 carriers: an update.
Breast cancer research and treatment 2009, 114(1):127–135.
53. **Johnson KC, Hu J, Mao Y:**
Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994–97.
Cancer Causes & Control 2000, 11(3):211–221.
54. **Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham–Dietz A, Titus LJ, Egan KM et al :**
Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis : Mortality from breast cancer and smoking related diseases.
Journal of Clinical Oncology 2016: JCO639328.
55. **Cunningham JK, Liu LM,**
Muramoto M: Methamphetamine suppression and route of administration: precursor regulation impacts on snorting, smoking, swallowing and injecting.
Addiction 2008, 103(7):1174–1186.
56. **Collaborative group on hormonal factors in breast cancer.**
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: 1234–45.
57. **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.

58. **OMS**
Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie
59. **J.A.C.**
Desreux, Breast cancer screening in youngwomen, Eur J ObstetGynecol (2018),
Department of Senology, CHU Liège
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.05.018>
60. **Faidah B, Chianakwalam C, Stevenson V.**
Laterality of Breast Cancer – is it true ?
European Journal of Surgical Oncology (EJSO) 2011 ; 37:987
61. **Programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc
Etat de la mise en œuvre, organisation et résultats.**
Préparé en 2017 par : Le Centre international de Recherche sur le Cancer, Lyon – France
En collaboration avec : Le Ministère de la Santé, Royaume du Maroc et La Fondation Lalla
Salma – Prévention et traitement des cancers
62. **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
The American Journal of Surgery 2009 ; 198:538–543
63. **A. Khanfira, M. Frikha, F. Kallela, M. Mezioub, K. Trabelslic, T. Boudawarad et al**
Le cancer du sein de la femme jeune dans le sud tunisien. CHU Habib-Bourguiba, 3029
Sfax, Tunisie 2006
64. **Gogia A, Raina V, Deo S, Shukla N K, Mohanti B K.**
Young breast cancer: A single center experience. Indian J Cancer [serial online] 2014
[cited 2020 Sep 22];51:604–8.
65. **Algérie 360**
Lutte contre le cancer de sein : lancement de « dépistage organisé »
10 février 2019
66. **ministère de la santé, Tunisie**
PLAN POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN TUNISIE 2015–2019

67. **Breast Cancer Care in India :**
The Current Scenario and the Challenges for the Future
Department of Endocrine and Breast Surgery, Sanjay Gandhi Postgraduate Institute of
Medical Sciences, Lucknow, India 2008
68. **H.Sancho–Garnier, J.P.Triboulet, R.Villet, J.Rouëssé**
Rapport 19–07. Rapport sur l'évolution des programmes de dépistage « organisé » des
cancers du sein, du côlon et du rectum, et du col utérin, en France, 2019
69. **Jean M. Seely**
Dépistage et information des femmes au Canada : comment augmenter les taux de
participation pour obtenir la meilleure efficacité du dépistage du cancer du sein ? 2018
70. **Haute Autorité de Santé HAS**
La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en
France : Situation actuelle et perspectives d'évolution. Novembre 2011
71. **Rochefordière A, Asselain B, Campana F, Scholl SM, Fenton J, Vilcoq JR, et al.**
Age as prognostic factor in premenopausal breast carcinoma. *Lancet*
1993;341:1039–43
72. **Espie M, Cottu P–H.**
Cancer du sein de la femme jeune : problèmes et questions
Pathologie Biologie 2003 ; 51:391–392
73. **WHO Pathology and genetics.**
Tumors of the breast and female genital organs 2012
74. **Evaluation of the evidence on staging imaging for detection of asymptomatic distant
metastases in newly diagnosed.**
75. **Ch. André, J. Collignon, A. Rorive, M. Martin, S. Mawéja, e. LifrAnge et al**
Le cancer du sein chez la femme jeune.
Service d'Oncologie médicale, CHU de Liège, Belgique 2011
76. **Ivan Erić, Anamarija Petek Erić, Jozo Kristek, Ivan Koprivčić and Marko Babić**
BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN : PATHOLOGIC AND IMMUNOHISTOCHEMICAL FEATURES
Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek and Osijek University
Hospital Centre, Croatia, 2018

77. **Bertheau P, Steinberg SM, Cowan K, Merino MJ.**
Breastcancer in youngwomen :clinicopathologiccorrelation.
SeminDiagnPathol. 1999 Aug ;16(3):248–56.

78. **Rosenberg LU, Magnusson C, Lindström E, Wedrén S, Hall P, Dickman PW.**
Menopausal hormone therapy and otherbreastcancer riskfactors in relation to the risk of
differenthistologicalsubtypes of breastcancer : a case–control study.
Breast CancerRes. 2006;8(1):R11–10.1186/bcr1378.

79. **Sidoni A, Cavaliere A, Bellezza G, Scheibel M, Bucciarell E.**
Breast cancer in youngwomen :clinicopathologicalfeatures and biologicalspecificity
The Breast 2003 ; 12:247–250

80. **Rapiti E, Fioretta G, Verkooijen HM, Vlastos G, Schäfer P, Sappino AP, et al.**
Survival of young and olderbreast cancer patients in Geneva from 1990 to 2001
European Journal of Cancer 2005 ; 41:1446–1452

81. **D. Ribnikar, J. M. Ribeiro, D. Pinto, B. Sousa, A. C. Pinto, E. Gomes et al**
Breast Cancer Under Age 40 : a Different Approach
MedicalOncologyDepartment, Institute of Oncology Ljubljana, Slovenia and Breast Unit,
ChampalimaudClinical Center, Av. De Brasília,Lisbon, Portugal 2015

82. **Copson E, Eccles B, Maishman T, Gerty S, Stanton L,Cutress RI, et al.**
Prospective observationalstudy ofbreast cancer treatmentoutcomes for UK womenaged
18–40 years at diagnosis : the POSH study. J Natl Cancer Inst. 2013;105(13):978–88

83. **Morabito A, Magnani E, Gion M, Sarmiento R, Capaccetti B, Longo R, et al.**
Prognostic and PredictiveIndicators in OperableBreast Cancer
ClinicalBreast Cancer 2003 ; 3:381–390

84. **Mousseau M, Garnier C.**
Cancer du sein : épidémiologie, bilan extension, modalités thérapeutiques
Médecine nucléaire–Imagerie fonctionnelle et métabolique 2002 ; 26:7–21

85. **Colleoni M, Rotmenz N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, et al.**
Very youngwomen (<35 years) withoperablebreastcancer :features of disease at
presentation. Department of Medicine, European Institute of Oncology, Milan, Italy
Ann Oncol2002;13:273–9.

86. **Kothari AS, Fentiman IS.**
Breast cancer in youngwomen, Hedley Atkins Breast Unit, Guy's Hospital, London, UK
Int J Clin Pract 2002 ; 56:184-7
87. **Desiris K, Dragoumis D, Assimaki A, Tsiftoglou A, Lukes ST.**
Very Young Women (<35 Years) withPrimaryBreast Cancer. Single Institution
Retrospective Analysis
Eur J Cancer 2012 ; 48-55
88. **Ravanel N, Brand FX, Pasquier D, Mousseau M, Gauchez AS.**
Cerb-B2 ou Her-2 : marqueur d'intérêt dans la prise en charge du cancer du sein ?
Immuno-analyse & Biologie Spécialisée 2005 ; 20:92-95
89. **Matsuo K, Fukutomi T, Akashi-Tanaka S, Hasegawa T, Tsuda H.**
Histological grade, p 53, HER2 and hormone receptorstatus of synchronousbilateral
breastcarcinoma
Breast Can 2002 ; 9:127-33
90. **Namer, M., et al.,**
Facteurs pronostiques et stratégie thérapeutique du cancer du sein : Cancer du sein.
La Revue du praticien, 1998. 48(1): p.45-51.
91. **Agrup, M., et al.,**
C-erbB-2 overexpression and survival in early onsetbreast cancer.
Breast cancer research and treatment, 2000. 63(1): p. 23-29.
92. **Perou CM, Sørliie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA et al:**
Molecular portraits of humanbreasttumours.
Nature 2000, 406(6797):747-752.
93. **Sorlie T, Tibshirani R, Parker J, Hastie T, Marron JS, Nobel A et al:**
Repeated observation of breast tumorsubtypes in independentgene expression data sets.
Proc NatlAcad
Sci USA 2003, 100.
94. **Penault-Llorca F, Dauplat M-H:**
Les signatures moléculaires des cancers du sein: le point de vue du pathologiste. Revue
Francophone des
Laboratoires 2011, 2011(428):43-47.

95. **Boisserie-Lacroix M, MacGrogan G, Debled M, Ferron S, Lippa N, Hurtevent-LabrotG:**
Le cancer du sein triple-négatif. Le triple-négatif est fréquent chez les patientes mutées : comment ne pas le rater ?
Comment le caractériser ? De manière plus générale, l'imagerie peut-elle orienter vers le diagnostic histologique ? *Imagerie de la Femme* 2014, 24(2):105-112. 204.
96. **CORNILLOT. M**
Le triplet diagnostique du cancer du sein. Evaluation des moyens de diagnostic du cancer du sein.
In : Paris edition JC, 1981 : 129-41.
97. **Morère J-F, Penault-Llorca F, Aapro MS, Salmon R:**
Le cancer du sein: Springer Science & Business Media; 2008.
98. **Alieldin NH, Abo-Elazm OM, Bilal D, Eid Salem S, Gouda E, Elmongy M, et al.**
Age at diagnosis in women with non-metastatic breast cancer : Is it related to prognosis ?
Journal of the Egyptian National Cancer Institute 2014 ; 26:23-30
99. **Jackisch C, Harbeck N, Huober J, von Minckwitz G, Gerber B, Kreipe H-H et al: 14th St.**
Gallen International Breast Cancer Conference 2015: Evidence, controversies, consensus—primary therapy of early breast cancer: opinions expressed by German experts.
Breast care 2015, 10(3):211-219.
100. **Goldhirsch A, Wood W, Coates A, Gelber R, Thürlimann B, Senn H-J:**
Strategies for subtypes—dealing with the diversity of breast cancer: highlights of the St Gallen International
Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2011.
Annals of oncology 2011:mdr304.
101. **Chukwuemeka U. Ihemelandu, LaSalle D. Leffall.**
Molecular Breast Cancer Subtypes in Premenopausal and Postmenopausal African American Women : Age Specific Prevalence and Survival.
Department of Surgery, Howard University Hospital, Washington.
Journal of Surgical Research 2007 ; 143:109-118

102. **Kruijf EM, Bastiaannet E, Rubertá F, Craen AJM, Kuppen PJK, Smit V, et al.**
Comparison of frequencies and prognostic effect of molecular subtypes between young and elderly breast cancer patients. Leiden University Medical Center, Netherlands
Molecular Oncology 2014 ; 8:1014–1025
103. **Montella M, Crispo A, Grimaldi M, Botti G, Di Bonito M, Arpino G, et al.**
Difference of clinical features and molecular subtypes between under–forty and postmenopausal breast cancer patients in southern Italy
The Breast 2014 ; 23:9–10
104. **SR Young, Robert T Pilarski, Talia Donenberg, Charles Shapiro, Lyn S Hammond, Judith Miller et al**
The prevalence of BRCA1 mutations among young women with triple–negative breast cancer
Canada 2009.
105. **S. Paluch–Shimon, F. Cardoso, A.H. Partridge, O. Abulkhair, H.A. Azim, Jr., G. Bianchi–Michele et al**
E. Senkus, T. Spanic, V. Stearns, Y. Wengström, F. Peccatori, O. Pagani
ESO–ESMO 4rd International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women (BCY4) 2020

قسم الطبيب

أقسِم بالله العَظِيم

أن أراقبَ الله في مهنتي.

وأن أصونَ حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظَ للناسِ كرامتهم، وأسترَ عورتهم، وأكتمَ سرهم.

وأن أكونَ على الدوام من وسائلِ رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثارب على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقرَ من علّمني، وأعلّمَ من يصغرنِي، وأكونَ أختاً لكلِّ زميلٍ في المهنة
الطبيّة

مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سرِّي وَعَلائيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 203

سنة 2020

**تقييم تزايد نسب سرطان الثدي لدى الفئات العمرية الشابة
على مدى 10 سنوات بمصلحة أمراض النساء و التوليد
بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش**

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2020/11/10
من طرف

السيدة سناء المرساوي

المزادة في 1992/01/20 ببومالن دادس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

سرطان الثدي-السن-خطورة المرض

اللجنة

الرئيس

ع. سوماني

السيد

أستاذ التعليم العالي و رئيس مصلحة أمراض النساء و التوليد

المشرف

ب. فاخر

السيدة

أستاذة التعليم العالي, مصلحة أمراض النساء و التوليد

أ. بصير

السيدة

أستاذة التعليم العالي, مصلحة أمراض النساء و التوليد

غ. بلبركة

السيدة

أستاذة التعليم العالي و رئيسة مصلحة الأورام الطبية

الحكام