

LE BENIN MEDICAL

N° 35 - ANNEE 2007

Organe Officiel de la Société Médicale du Bénin



- ▲ *Grenouillette sublinguale en ORL*
- ▲ *Frequence du syndrome metabolique*
- ▲ *Incidence et pronostic des cardiopathies*
- ▲ *Rééducation des incontinences urinaires*
- ▲ *Les blocs auriculo ventriculaires*
- ▲ *Anesthésie péribulbaire pour la chirurgie*
- ▲ *Cancer ulcéré du sein chez la femme à Cotonou*
- ▲ *Les hospitalisations psychiatriques à Bangui*
- ▲ *Rééducation des lombalgiques chroniques*
- ▲ *Dépistage de l'insuffisance coronaire*
- ▲ *La surrénalectomie sous coelio-vidéoscopie*
- ▲ *Diagnostic et prise en charge chirurgicale*
- ▲ *Prise en charge des lithiases*

...

CANCER ULCERE DU SEIN CHEZ LA FEMME A COTONOU

DOSSOU F., TONATO-BAGNAN J.A., ALLODE A., SOHOU P.¹, BAGNAN K.O.¹

Correspondance : Francis M. DOSSOU, 06 BP 939 Cotonou, E-mail : dosfm@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Le cancer ulcéré du sein est un drame dans la vie d'une femme. Six observations médicales de cancer du sein avec ulcérations cutanées ont été étudiées. Le constat est qu'il s'y associe souvent des métastases ganglionnaires axillaires, pulmonaires et hépatiques. A ce stade, le pronostic est sombre. Seul un traitement palliatif de propreté ou symptomatique est appliqué. Il conviendrait donc de concevoir une véritable politique de dépistage du cancer du sein au Bénin.

Mots-clés : cancer ulcéré du sein, métastases, traitement palliatif.

SUMMARY

Woman breast ulcerated cancer at Cotonou

Breast ulcerated cancer is a drama in women life. We studied 6 medical surveys of breast ulcerated cancer. We noticed that breast ulcerated cancer is often joined with axilar, lungs and liver metastasis. At that stage, the prognostic is dark. Only a palliative or symptomatic treatment is performed. It would thus be avisable to improve a true breast cancer tracking policy in Benin.

Keys words: breast ulcerated cancer, metastasis, palliative treatment.

INTRODUCTION

Le cancer ulcéré du sein est une tumeur mammaire maligne compliquée d'un envahissement avec ulcération de la peau en regard. D'importants progrès sont enregistrés pour le diagnostic précoce des cancers du sein dans les pays développés, mais on rencontre encore en Afrique des tumeurs mammaires malignes à des stades avancés [6,7,10]. Ces lésions évoluées sont attribuées à des découvertes tardives du cancer. Leur prise en charge thérapeutique est difficile dans nos pays sous-développés dont les politiques nationales de santé accordent peu de place aux cancers et dont, par conséquent, la plupart des hôpitaux ne disposent pas de radiochimiothérapie [3, 9].

Cette étude a été menée dans le but de déterminer les modalités de traitement des cancers ulcérés du sein dans les conditions de travail du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. Maga (CNHU-HKM) de Cotonou.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective de six cas de cancer ulcéré du sein colligés en six ans et six mois dans la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale B

du (CNHU-HKM) de Cotonou. Les dossiers inclus dans l'étude sont ceux des femmes ayant été hospitalisées dans le service entre le 1er janvier 2001 et le 30 juin 2007 pour une tumeur maligne ulcérée du sein. Les critères du diagnostic ont été essentiellement cliniques. Il s'agit de tumeurs du sein qui sont situées dans la classe T4b selon la classification TNM version 1989 de l'Union internationale contre le cancer. Cette classification utilise «T» pour la taille et l'extension de la tumeur à la paroi thoracique (T4a) ou à la peau (T4b), «N» pour les signes d'envahissement ganglionnaire régional, et «M» pour l'existence éventuelle de métastases à distance [8].

Les variables étudiées étaient l'âge, la durée de la maladie avant la première consultation, le diagnostic clinique et la classification TNM, le traitement antérieur, le traitement dans le service et l'évolution de la maladie. N'ont pas été retenus dans l'étude, dix-neuf dossiers des patientes atteintes de tumeur maligne du sein mais sans ulcération cutanée.

Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel Epi info version 6.04.

II. RÉSULTATS

Les observations médicales des patientes sont récapitulées dans le tableau n° I.

Tableau n° I : Récapitulatif des observations médicales des patientes

N°	Identité	Age	Délai	Diagnostic retenu	Traitement antérieur	Traitement dans le service	Evolution
1.	A. OLG	37 ans	1 an	Cancer mammaire bilatéral ulcéré à Gche Métastases pulmonaires et hépatiques T _{4b} N ₂ M ₁	Traditionnel	Symptomatique	Décès au 11 ^e jour d'hospitalisation
2.	B. YEL	43 ans	5 mois	Cancer mammaire droit ulcéré avec adénopathie axillaire homo latérale T _{4b} N ₁ M ₀	Néant	Mastectomie avec curage ganglionnaire	Récidive locale à 6 mois ; décès à 1 an
3.	A. ELE	55 ans	2 ans	Cancer mammaire bilatéral ulcéré à Dte Pleurésie bilatérale métastatique T _{4b} N ₂ M ₁	Néant	Symptomatique	Décès au 12 ^e jour d'hospitalisation
4.	T. WOS	60 ans	6 mois	Cancer sein gauche ulcéro-nécrotique. Adénopathie axillaire homolatérale T _{4b} N ₁ M ₀	Néant	Mastectomie avec curage ganglionnaire	Non revue
5.	B. ELI	28 ans	5 ans	Cancer ulcéré sein gauche, étendu au sein droit, aux ganglions et aux poumons T _{4b} N ₃ M ₁	Traditionnel	Symptomatique	Décès au 6 ^e jour d'hospitalisation
6.	K. ALB	49 ans	3 mois	Cancer mammaire bilatéral inflammatoire, ulcéré à droite avec adénopathie axillaire droite T _{4b} N ₁ M ₀	Traditionnel	Symptomatique Refus de l'intervention chirurgicale	Non revue

2.1. Caractéristiques des patientes

Les patientes sont au nombre de six dont trois déjà ménopausées. Elles avaient un âge moyen de 45,3 ans ± 6,6 avec des extrêmes de 25 et 60 ans. Trois d'entre elles ont eu recours à la médecine traditionnelle avant de consulter en médecine moderne.

Les délais entre les premiers symptômes et la première consultation médicale étaient en moyenne de 8,3 mois ± 11,1 avec des extrêmes de 3 et 60 mois.

2.2. Aspects cliniques

Les deux seins étaient atteints dans quatre cas sur six. L'ulcération cutanée siégeait autant de fois sur le sein droit que sur le sein gauche. Les métastases ganglionnaires axillaires homolatérales ont été palpées dans tous les cas et étaient fixées aux structures voisines dans trois cas. Chez une patiente, on a noté des ganglions mammaires internes homolatéraux.

2.3. Traitement

Deux des patientes n'ayant pas de métastases scérales diagnostiquées ont bénéficié d'une mastectomie radicale selon la technique de PATEY associée à un curage ganglionnaire axillaire homolatéral. La troisième patiente sans métastase viscérale a refusé l'intervention chirurgicale. Les autres ont eu un traitement symptomatique fait de pansements locaux,

d'analgiques et d'anti inflammatoires avec une couverture antibiotique.

2.4. Evolution

Les trois patientes qui avaient des métastases pleuro-pulmonaires diagnostiquées étaient toutes décédées au cours des deux premières semaines d'hospitalisation. L'une des trois autres patientes a eu une récurrence locale six mois après une mastectomie avec curage ganglionnaire axillaire. Elle a bénéficié d'une monochimiothérapie et est décédée quatre mois plus tard. Les deux autres patientes n'ont pas été revues.

III. DISCUSSION

Le cancer du sein est avant tout un cancer de la femme, même si l'homme est aussi et de plus en plus touché [2, 4]. L'âge moyen de 45,3 ans des patientes de la présente étude est dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans comme pour plusieurs auteurs africains : 46,7 ans pour KOFFI [5], 50 ans pour SANO [12] et 48,5 ans pour MEHINTO [9].

Les cancers ulcérés du sein sont des lésions très évoluées que l'on rencontre assez souvent en Afrique subsaharienne, car les malades n'arrivent jusqu'au chirurgien que très tard ou jamais, s'orientant délibérément vers les tradipraticiens. [12]. Les lésions cancéreuses diagnostiquées sur les seins à l'Institut Salah-Azaïde de

Tunis étaient classées T4b dans 16,1 % des cas [7], les cas de cancer observés à Bamako étaient au stade 4 dans 45,5 % des cas [6] et ceux recensés à Libreville étaient classés T4 dans 65,2 % des cas [10]. A ces stades d'évolution, des lésions métastatiques ganglionnaires sont associées, et sont parfois bilatérales, comme dans l'observation n° 5 de la présente étude (Tableau n°1). La voie de dissémination vers les ganglions controlatéraux n'est pas bien connue, mais semble se faire à travers le plexus lymphatique fascial profond de la paroi thoracique, quoiqu'une autre voie soit possible par les lymphatiques dermiques [1].

En Afrique subsaharienne, les délais entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation médicale sont relativement longs : 11,4 mois pour MEYE à Libreville [10], une à 48 semaines à Bamako pour LY [6], mais seulement 3 mois pour MAALEJ à Tunis [7]. Les délais de consultation sont très longs dans notre étude. Les lésions mammaires ont longtemps évolué avant d'atteindre la peau et de la léser.

Le recours tardif aux soins spécialisés peut s'expliquer par le fait que le cancer du sein est vécu parmi les noires africaines et les maghrébines comme un sort jeté [6, 11], ce qui explique, dans certains cas, le refus du traitement radical.

L'insuffisance de communication sur la maladie, sur sa nature évolutive chronique, source de considérations métaphysiques, et sur la nécessité d'un traitement précoce contribue au retard à la consultation en médecine conventionnelle [6]. L'efficacité du traitement du cancer du sein par la médecine conventionnelle est d'ailleurs limitée dans les pays en développement par l'accessibilité difficile à la radiothérapie et à la chimiothérapie dans les pays sous-développés, la chirurgie y étant trop souvent l'unique recours.

Un autre facteur de retard aux soins est la pauvreté : devant l'importance des dépenses attendues, les patientes et leurs familles se résignent parfois, d'autant plus que les cancers mammaires sont peu douloureux au début [1, 6].

Or, dans les pays de l'Union européenne et aux Etats-Unis, les femmes bénéficient de campagnes de dépistage systématique depuis plus d'une dizaine d'années, avec une mammographie gratuite proposée tous les 2 à 3 ans aux femmes asymptomatiques âgées de 50 à 69 ans [13]. Ce dépistage systématique du cancer du sein par mammographie devrait être préconisé dans les pays en développement. Certes, il faudra une préparation soignée, technique et financière, impliquant les spécialistes de la question et les pouvoirs publics. L'état actuel des plateaux techniques, l'insuffisance des moyens financiers alloués à la santé et la rareté des ressources humaines sont autant de facteurs à prendre en considération lors des réflexions.

CONCLUSION

De l'étude de 6 observations médicales, il ressort que le cancer ulcéré du sein est souvent associé à des métastases ganglionnaires axillaires, parfois aussi pulmonaires et hépatiques. Il constitue un véritable drame pour les patientes et leurs familles, ainsi que pour le personnel hospitalier appelé à prendre en charge des lésions très évoluées avec un pronostic sombre, le traitement adjuvant ne pouvant d'ailleurs pas toujours être administré. Une chirurgie de propreté associée à une thérapeutique antalgique et anti-inflammatoire est la seule alternative permettant d'améliorer la qualité de vie de ces patientes pratiquement condamnées. Pour éviter d'en arriver là, il faudra promouvoir dans les pays en développement une politique conséquente de dépistage systématique du cancer du sein dans une approche pluridisciplinaire et multisectorielle.

REFERENCES

1. DAUD J, MEZIOU M, KHARRAT M, SELLAMI D, BOUDAWARA T, FRIKHA M.
Les métastases ganglionnaires axillaires controlatérales du cancer du sein.- Bull Cancer 1998 ; 85 : 713-5.
2. DHIAB TB, BOUZID T, GAMOUDI A, HASSOUNA JB, KHOMSI F, BOUSSEN H, BENNA F, EL MAYA, HECHICHE M, RAHAL K.
Le Cancer du sein chez l'homme : à propos de 123 cas colligés à l'institut Salah-Azaiz de Tunis de 1979 à 1999. Bull. Cancer 2005 ; 92 (3) : 281-5.
3. DIALLO MS, DIALLO TS, DIALLO SB, CAMARA ND, DIALLO FB, DIENG A, DIALLO Y, DIAW ST
Les tumeurs du sein : épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et pronostic. Med d'Af Noire 1996 ; 43 (5) : 298-301.
4. KIDMASAT, UGWUB BT, MANASSEHAN, IYAD, OPALUWA AS.
Male breast malignancy in Jos University Teaching Hospital. West Afr J Med 2005 ; 24 (1) : 36-40.
5. KOFFI B, SERDOUMA E, SÉPOU A, DOUI DOUMGBA A, GOUMBA C, DJABANGA SC.
Aspects épidémiologiques et caractéristiques histologiques des cancers du sein à Bangui. Med d'Af Noire 2004 ; 51 (2) : 112-40.
6. LY M, DIOP S, SACKO M, BABY M, DIOP CT, DIALLO DA.
Cancer du sein : facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique des usagers d'un service d'oncologie médicale à Bamako (Mali). - Bull Cancer 2002 ; 89 : 323-6.
7. MAALEJ M, FRIKHA H, BEN SALEM S, DAUD J, BOUAOUINA N, BEN ABDALLAH M, BEN ROMDHANE K.
Le cancer du sein en Tunisie : étude clinique et épidémiologique. - Bull Cancer 1999 ; 86 : 302-6.
8. MADELAINE I, FAURE P.
Cancer du sein : actualités diagnostiques et thérapeutiques. - J Pharm Clin 2003 ; 22 : 117-22.
9. MÉHINTO DK, MÉDJI ST, HOUNGBÉ F, PADONOU N.
Traitement du cancer du sein chez la femme. Med d'Af Noire 2007 ; 54 (5) : 277-85.
10. MEYE JF, NGOMO KLUTSCH MJ, DIALLO I.
Le cancer du sein au Centre hospitalier de Libreville. - Med d'Afr Noire 2004 ; 51 : 479-82.
11. NGUYEN TD, TAHIRI S, CAUCHOIS A.
Témoignages de patientes maghrébines traitées pour cancer du sein. - Bull Cancer 2002 ; 89 : 733-6.
12. SANO ID, LANKOANDÉ J, DAO B, CISSÉ R, TRAORÉ SS, SOUDRE RB, SANOU A.
Le cancer du sein, problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou. Med d'Af Noire 1997 ; 44 (11) : 578-81.
13. SCHOCH C.
Le dépistage du cancer du sein généralisé : une priorité de santé publique en France. Standards, Options et Recommandations - Bull Cancer 2002 ; 89 (12) : 1079-80.