

---

---

**1- Pathologies du sein :** les pathologies du sein se traduisent par :

**1.1-** Les anomalies morphologiques :

**a-** Anomalies primitives : amastie, aplasie, hyperplasie et polymastie.

**b-** Anomalies secondaires : hypertrophie, la ptôse.

**1.2-** Les lésions inflammatoires :

Mastite puerpérale aigue, la mastite chronique de lactation, la galactocèle et tuberculose mammaire.

**1.3-** Les adénomes mammaires :

Adénomes tubuleux, adénomes de lactation et adénoses sclérosante.

**1.4-** Les tumeurs "mixtes" du sein :

Les adénofibromes, les adénofibromes géants.

**1.5-** Tumeur phyllode

**1.6-** Tumeur papillaire des grands galactophores

**1.7-** L'adénome dendritique

**1.8-** Carcinome dendritique

**1.9-** Dystrophie :

Kystes, kystes solitaires, microkystes multiples.

**1.10-** Dysplasie

**1.11-** Les mastoses

**1.12-** Maladie du paget du sein

**1.13-** Le cancer du sein :

**a-** Les carcinomes in situ.

**b-** Les carcinomes infiltrants [4].

Dans ce chapitre on va étudier le cancer du sein en détaille :

**2- Etude clinique du cancer du sein :**

**2.1- Définition :**

Le cancer du sein est une masse secondaire à la multiplication de cellules malignes dans la glande mammaire. Cette masse, si elle n'est pas dépistée et traitée, peut grossir et donner des métastases [17].

---

---

## 2.2- Historique :

L'histoire naturelle du cancer du sein a fait l'objet de nombreuses hypothèses physiopathologiques depuis l'Antiquité. La théorie de Galien, faisant de la stagnation et de la coagulation du lait dans les galactophores les premières étapes du squirrhe (bénin) qui pouvait dans certaines conditions se transformer en cancer, resta très en vogue jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle. Par la suite, de nombreuses autres hypothèses virent le jour dont une des plus fameuses fut la théorie lymphatique de Sylvius, reprise par Lapeyronie fondateur de l'Académie Royale de Chirurgie [8].

Les progrès des connaissances au XIX<sup>e</sup> siècle reléguèrent ces théories au rayon des curiosités historiques. La découverte de la microscopie optique par Loewenhoeck puis celle, plus récente, de la microscopie électronique et actuellement celles de la biochimie, de la biologie moléculaire et de la génétique, nous ont permis d'avoir une idée plus précise des phénomènes de la cancérisation mammaire [8].

## 2.3- Epidémiologie :

Avec 9000 nouveaux cas enregistrés chaque année, le cancer du sein en Algérie connaît une «recrudescence épidémique» et constitue le type de cancer le plus répandu chez la femme à travers le monde où l'on dénombre 1 million de sujets atteints.

Et si le néo du sein se déclare 10 ans plus tôt que les autres types de cancer (colorectal, col de l'utérus), en Algérie, il se manifeste 5 ans plus tôt que chez la femme occidentale. C'est ce qu'a révélé la communication du docteur Hamedi, portant sur l'épidémiologie du cancer du sein en Algérie et présentée, lors des 3<sup>es</sup> journées internationales de cancérologie, organisées les 17 et 18 octobre 2007, à l'université Emir Abdelkader de Constantine. Cette rencontre à laquelle ont participé d'éminents professeurs en oncologie dont 8 Français, 3 Tunisiens, et 1 Egyptien, a été organisée à l'initiative de la faculté de médecine, du CHU Benbadis de Constantine et de la Société Algérienne d'Oncologie Médical (SAOM). A l'une de la communication du docteur Hamedi, comme au cours des premiers débats de la matinée oncologie Algérienne et étrangère ont mis l'accent sur la nécessité de procéder à un dépistage précoce du cancer du sein qui se déclare en moyenne chez la femme Algérienne vers l'âge de 45 ans. Selon le professeur Bouzid, président de la SAOM, le nombre de malades atteints de cancer du sein risque de doubler d'ici à 2020 à cause justement du diagnostic tardif, alors que

---

---

celui-ci doit impérativement être précoce pour augmenter les chances de survie du malade. Le docteur Bensalem, présidente du comité d'organisation de ces journées de cancérologie. Cela étant, l'on apprendra également au fil des communications que le taux d'incidence du cancer du sein est diminué en Amérique du nord grâce à l'amélioration du dépistage et du traitement, avec en outre, un taux de survie élevé. En Algérie, même si les dépenses publiques en matière de santé ont connu, nous confie le professeur Bouzid, une augmentation au cours des dernières années, il faut par contre «une meilleure organisation dans ce domaine en acheminant notamment les médicaments là où il faut». Ce qui permettrait aux malades de ne plus se rendre à Alger en quête d'un protocole médicamenteux [15].

#### **2.4- Description de la lésion :**

Il existe différentes formes de cancer du sein, chacune ayant une évolution qui lui est propre. Pour saisir ce dont il est question, précisons que le sein comprend, outre du tissu graisseux, des glandes mammaires divisées en lobules ; de ces lobules part un système de canaux galactophores qui achemine le lait au mamelon.

Appelé carcinome canalaire, le cancer le plus courant- environ 70% des cas- se forme dans les canaux galactophores.

Dans le carcinome lobulaire- 10% des cas-, des lésions apparaissent dans les lobules.

Les carcinomes médullaires, colloïdes ou tubulaires, des cancers à évolution lente, constituent environ 12 % des cas.

Le carcinome inflammatoire -1 à 4 % des cas- est le cancer du sein le plus agressif et le plus difficile à traiter parce qu'il se propage rapidement.

La maladie de Paget, qui représente 1% des cas, se forme dans les canaux galactophores pour s'étendre à l'aréole, où se manifestent des éruptions similaires à celles de l'eczéma ; diagnostiqué assez tôt, ce cancer n'aura pas le temps de se propager aux glandes.

Si l'on ne connaît pas les causes précises du cancer en général, on connaît certains éléments qui peuvent accentuer la progression d'une tumeur. Plus précisément, on sait qu'un grand pourcentage des cancers qui ont leur origine dans les tissus sensibles aux hormones sexuelles- c'est le cas des seins – sont « hormonodépendants ». Ce qui veut dire qu'ils peuvent être stimulés par des hormones naturelles comme les oestrogènes, surtout, ou la

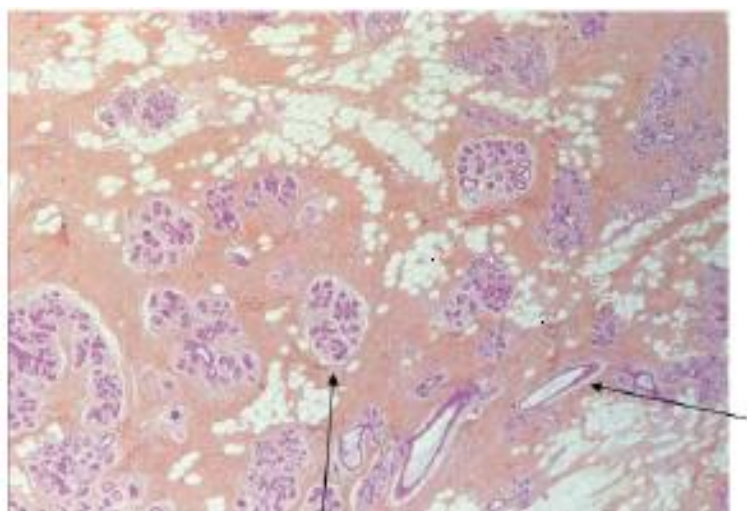
---

---

progestérone (on parlera alors, selon le cas, d'une tumeur estrogène récepteur-positif ou progesterone récepteur-positif).

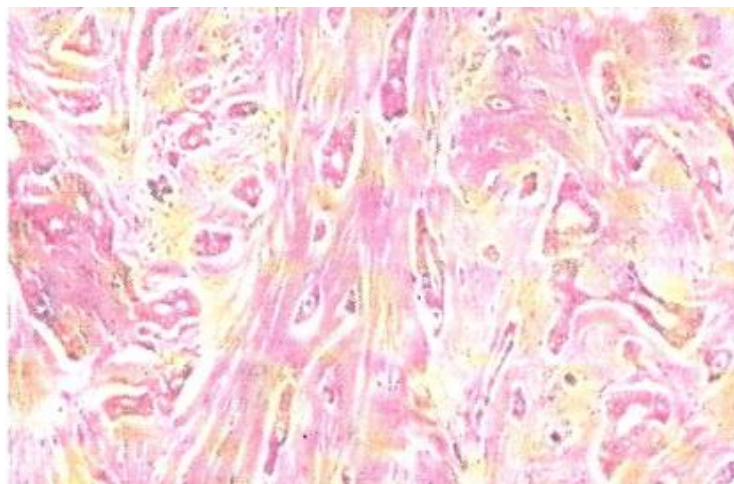
On peut savoir si les tissus contiennent un grand nombre de «récepteurs hormonaux» en pratiquant une biopsie du sein. Lorsque c'est le cas, les oestrogènes ont tendance à se lier à ces récepteurs et donc à « occuper » le sein. Or les oestrogènes stimulent la division des cellules, mécanisme de base du cancer [16].

Les deux figures ci-dessous représentent un tissu histologique du sein normal et celle de tissu histologique d'un cancer du sein.



Galactophore

Lobule

**Figure 03 : sein normal. (D'après Pr. SEIGNEURIN D., 2006 - 2007)****Figure 04 : Sein atteint d'un cancer. (D'après YAKER A., 1985)**

## 2.5- Naissance du cancer mammaire :

### 2.5.1- Lieu de naissance :

Le point de départ d'un carcinome mammaire peut se situer à un quelconque niveau de l'arbre galactophorique Figure 05 : ceux qui prennent origine dans les seuls lobules ont une plus grande facilité d'infiltration que ceux naissant des galactophores de calibre plus ou moins grand Figure 06, en raison peut être de la résistance et/ou de la réaction collagène-élastique de la paroi [4].

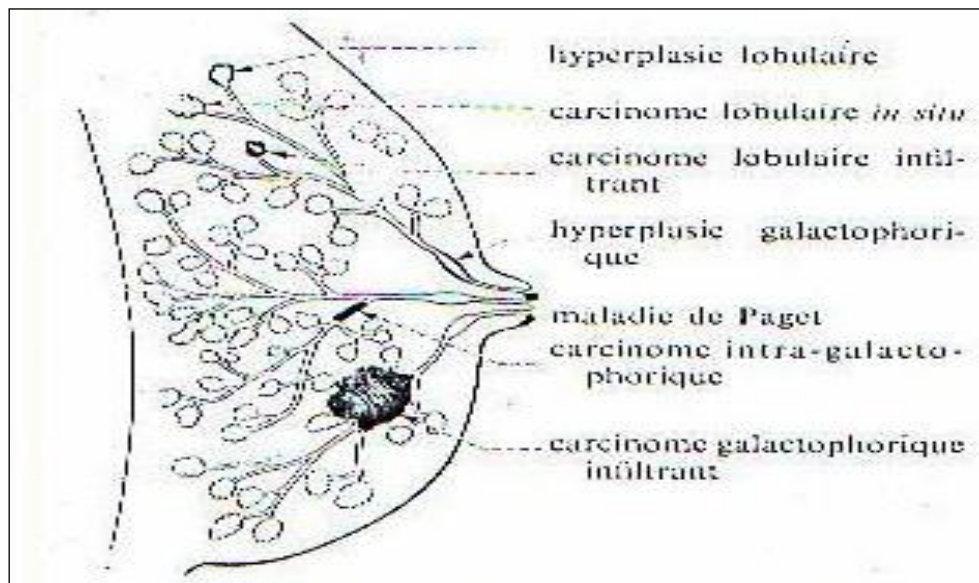
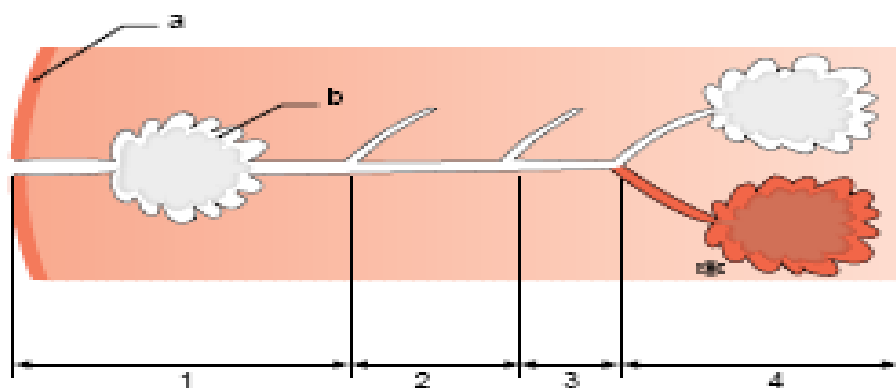


Figure05: points de départ des carcinomes. (D'après SHAH J.-P. ,1973).



1-galactophore terminal ; 2-galactophore de moyen calibre ; 3-galactophore de petit calibre ; 4-unité terminale ductulolobulaire. a- mamelon, b- sinus lactifère.

Figure06: représentation schématique d'un galactophore. (D'après CABARROT E., 2000)

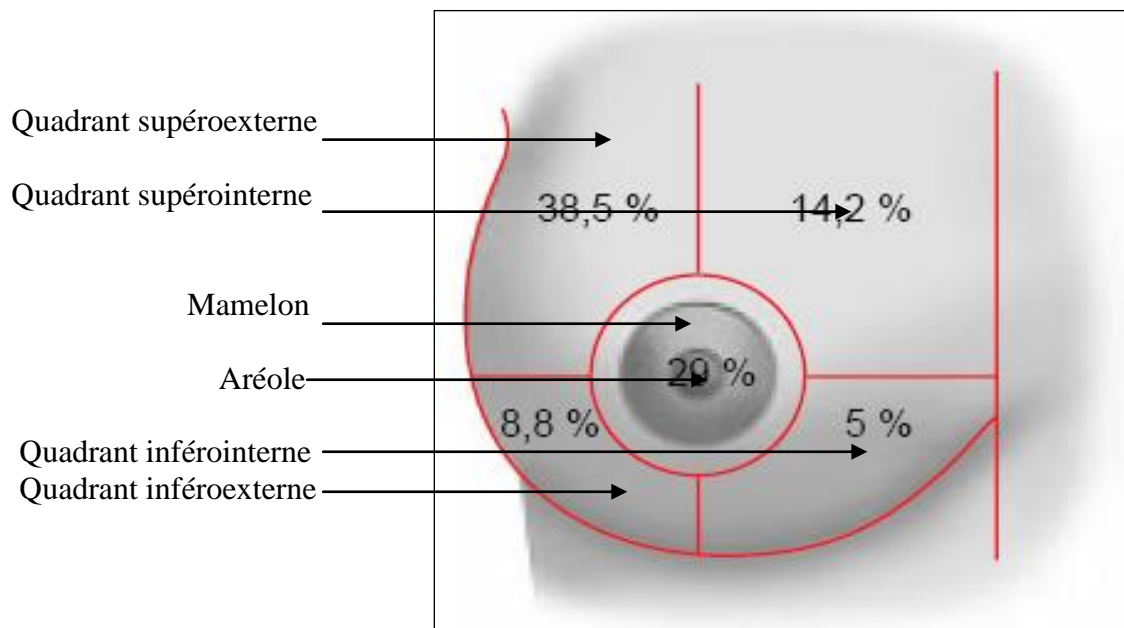
### 2.5.2- Date de naissance :

A cette question souvent posée par les malades, il est impossible de répondre de manière précise, les premières manifestations étant totalement silencieuse. Une date approximative peut être établie par les études de cinétique tumorale. Cette phase silencieuse est beaucoup plus longue que l'observation clinique des cancers [5].

De manière générale, on admet que le cancer évolue par étapes successives, espacées par des intervalles de temps variables, chaque étape étant caractérisée par des modifications génétiques. La cellule cancéreuse est une "cellule transformée" qui se dote d'un clone cancéreux par divisions successives, il se constitue un clone cancéreux dont toutes les cellules ont au début le même phénotype. Ultérieurement, tout se passe comme s'il existait une instabilité génétique. Les mutations s'accumulent, expliquant l'hétérogénéité des cancers du sein et la variabilité de leur évaluation [5].

### 2.6- Répartition topographique :

Le siège habituel des cancers du sein est le quadrant supéroexterne dans 38,5 % des cas, suivi de la région centrale. Les autres quadrants sont moins souvent atteints figure: 07. Cette topographie s'explique par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présent dans la partie centrale et supéroexterne. Le cancer du sein est en général unilatéral et un peu plus souvent du côté gauche. Il atteint rarement les deux seins de manière simultanée (dans 1 à 2 % des cas) [5].



**Figure07: répartition topographique. (D'après CABARROT E., 2000).**

---

---

## 2.7- Evolution de la maladie :

Le cancer du sein peut se développer à partir des canaux ou des lobules du sein. Parfois, certaines cellules cancéreuses se propagent aux ganglions de l'aisselle et aux autres parties du corps [20].

### 2.7.1- Carcinome in situ (Stade I) stade précoce :

C'est la phase la plus précoce du cancer du sein. Ce stade représente 15 à 20% des cancers du sein. Il existe deux formes de carcinomes in situ :

- le carcinome canalaire in situ ; - le carcinome lobulaire in situ. Ce dernier n'est pas un cancer mais, du point de vue classification, on l'appelle carcinoma in situ ou stade 0 [20].

### 2.7.2- La maladie localisée (Stade II) : Stade précoce :

La tumeur est encore peu volumineuse, mais les cellules de la tumeur maligne ont tendance à quitter leur tissu d'origine et à envahir les tissus voisins. Dans ce cas, elles sont limitées au sein et les ganglions axillaires ne sont pas atteints [20].

### 2.7.3- La maladie localement avancée (Stade III) :

La membrane basale est rompue par les cellules de la tumeur. Les cellules cancéreuses se détachent de la tumeur d'origine et se propagent par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles s'accumulent alors dans les ganglions lymphatiques voisins [20].

A ce stade, des cellules cancéreuses ne sont plus restée localisée dans le sein mais ont atteint:

- soit les ganglions axillaires
- soit les ganglions lymphatiques situés dans la paroi thoracique.
- soit, par contiguïté, se sont propagées vers les tissus de voisinage (peau ou paroi thoracique, côte et muscles). On parle d'envahissement ganglionnaire [20].

### 2.7.4- La maladie à distance ou métastatique (Stade IV) :

Les cellules cancéreuses ont envahi le sein, ont pénétré dans les vaisseaux lymphatiques ou vasculaires de voisinage et se propagent par la circulation vasculaire et/ou lymphatique à distance du sein. Elles ont pu, dès lors, se fixer dans les organes comme les poumons, le foie,

---

---

les os ou le cerveau – pour ne citer que les plus fréquemment atteints – et y former une autre tumeur que l'on appelle métastase [20].

Un cancer du sein avec des métastases au niveau du cerveau ne donne pas un cancer du cerveau; c'est toujours le cancer du sein initial, mais qui s'est développé ailleurs. Il faut continuer à le traiter comme un cancer du sein [6].

L'évolution dépend du type du cancer, et de sa prise en charge : certaines ne font que très peu de métastases et sont très sensibles aux traitements permettant d'aboutir dans la grande majorité des cas à une rémission complète et prolongée (ce terme de rémission est spécifique de la cancérologie et diffère de guérison par l'absence de certitude quant à une récurrence à court, moyen ou long terme) [6].

D'autres sont encore très différentiellement maîtrisables et peuvent entraîner le décès à court terme. Une évolution précise du type du cancer au près d'un médecin spécialisé est donc indispensable [6].

## **2.8- Les facteurs de risques :**

Les facteurs de risques de cette maladie sont multiples : héréditaires, hormonales, radiques, voir même alimentaires...

- L'âge : l'incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans ;
- Le sexe : le cancer du sein est presque exclusivement féminin ;
- Les antécédents familiaux de cancer du sein en rapport avec les gènes BRCA1 ou 2 (05 à 10 % des cancers) ;
- Les facteurs hormonaux : règles précoces (avant 12 ans), ménopause tardive (après 50 ans), absence de grossesse ou grossesse tardive (après 35 ans), l'absence d'allaitement ;
- Le rôle des contraceptifs oraux et des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause est débattu ;
- Les antécédents personnels d'hyperplasie atypique au niveau mammaire ;
- L'exposition à des radiations ionisantes au moment du développement des seins (pendant l'adolescence), chez les femmes nullipares ou chez les femmes ayant eu une mastopathie bénigne ;
- L'obésité et les facteurs alimentaires; une alimentation hypercalorique, riche en graisse saturée et en protéines animales augmente le risque du cancer du sein.

---

---

▪ Alcool, tabac :

Risque augmenté avec une consommation quotidienne, même faible de boisson alcoolisée ; Certaines études ont mis en évidence une diminution du risque chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses [22].

### **2.9- Le diagnostic :**

De très nombreuses études ont démontré que plus un cancer du sein est diagnostiqué précocement, plus sa mortalité diminue. Il été prouvé que pour des cancers dont la taille est inférieur à 1 Cm, le risque de déssémination métastatique est de l'ordre de 10 % ; on comprend dès lors l'intérêt primordial d'un dépistage précoce fait dans des conditions optimales [8].

Le diagnostic de la plupart des lésions mammaires repose sur une association d'examen clinique et des examens complémentaires [18].

#### **2.9.1- Interrogatoire :** va noter ;

- le début en précisant la période d'évolution et en recherchant la notion de poussée évolutives.
- Les antécédents familiaux de cancer du sein.
- L'existence d'antécédents familiaux de pathologie bénigne du sein [3].

#### **2.9.2- L'examen clinique :**

La palpation du sein fait partie de l'examen gynécologique annuel que devrait faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. En raison de leur situation anatomique, les seins sont faciles à palper, d'autant plus lorsqu'ils sont de volume moyen ou petit.

Lors de la palpation, la suspicion se fait à partir de la découverte d'un nodule, que l'on peut détecter par palpation à partir de 1 Cm de diamètre environ.

L'irrégularité peut ne pas être douloureuse, mais toute anomalie récente doit particulièrement attirer l'attention de la patiente et de son médecin.

Parmi les irrégularités, que la patiente peut surveiller d'elle-même :

- Une fossette ou une ride creusant la surface du sein avec un aspect "peau d'orange";
- Une déformation du mamelon, le rétractant vers l'intérieur;
- Un aspect eczémateux du mamelon qui devient rouge, croûteux ou érodé;

- Un écoulement mamelonaire, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation de l'un de ces signes doit amener à une consultation médicale très rapidement.

Cependant, seul le médecin pourra juger des examens complémentaires nécessaires, car tous ces signes ne se rencontrent pas seulement dans le cas des cancers. Un nodule peut être de nature bénigne :

1. lorsqu'il est de consistance solide, il peut s'agir d'un adénofibrome qui s'est développé dans la glande mammaire;
2. lorsqu'il est de nature liquidienne, il peut s'agir d'un kyste [7].

### **2.9.3- Les examens paracliniques (Complémentaires) :**

#### **2.9.3.1- La mammographie :**

Il s'agit d'un examen radiologique des seins, utilisant des rayons X et réalisé sur un appareil dédié.

La mammographie est l'examen clé du diagnostic. Elle sera réalisée de façon biennal en dehors de conditions particulières qui relèvent du haut risque histologique ou génétique. Actuellement, la mammographie permet de poser un diagnostic de cancer dans plus de 90% des cas. Les nouvelles techniques de mammographie font disparaître le risque théorique de cancer dû aux rayons X car elles sont de plus en plus économes dans la dose délivrée à chaque sein [8].

#### **2.9.3.2- L'échographie :**

L'échographie utilise un faisceau d'ultrasons et non des rayons X pour former image. Cet examen est totalement indolore et ne nécessite pas de préparation.

L'échographie est effectuée dans des situations définies (seins denses fibroconjonctifs, nature solide ou liquide d'une lésion dépistée). Cette technique ne peut pas faire le diagnostic de tumeurs de moins de 1 Cm ou des micro- calcifications [8].

#### **2.9.3.3- La cytoponction ou la microbiopsie :**

Elle peut être réalisée à l'aiguille fine ou au pistolet, sous contrôle échographique ou par stéréotaxie. Elle sera utilisée dans les cas où il existe un doute diagnostique clinique ou

---

---

radiologique ou bien lorsqu'il est nécessaire d'avoir une preuve histologique avant d'entamer un traitement médical de première intention [8].

#### **2.9.3.4- L'imagerie par résonance magnétique : (IRM)**

L'IRM est prescrite dans différentes situations. La mammographie et l'échographie n'apportent pas suffisamment d'informations, la femme a eu un premier cancer du sein traité et il existe une suspicion de récurrence, dans le bilan d'extension locorégionale d'un cancer du sein d'évaluation difficile, dans le dépistage chez les femmes porteuses d'une mutation du gène de prédisposition au cancer du sein (BRCA1 et BRCA2) au à haut risque de mutation [22].

#### **2.9.3.5- Doppler couleur :**

L'échographie doppler à codage couleur allie la rapidité du doppler couleur à la haute précision du doppler pulsé. Actuellement cette méthode est toujours en phase d'évaluation. Les résultats obtenus sont très dépendants de l'appareil utilisé. Le doppler pulsé permet de calculer des index de résistance qui sont théoriquement effondrés en pathologie maligne [11].

#### **2.9.3.6- Tomodensitométrie :**

Par son absence totale de spécificité, elle ne représente aucune indication pour le diagnostic de la lésion elle-même. Son rôle est limité aux rares cas d'atteinte pariétale lorsque la lésion se situe dans le sillon sous mammaire. Elle est intéressante pour les radiothérapeutes qui peuvent réaliser des dosimétries prévisionnelles [11].

#### **2.9.3.7- Galactographie :**

C'est l'opacification du galactophore par un produit iodé. Elle est indiquée devant tout écoulement uni-orificiel spontané ou provoqué. L'intérêt essentiel de la galactographie est le repérage préchirurgical du secteur drainé par le galactophore dans sa topographie et son étendue [11].

#### **2.10- Le dépistage :**

Le dépistage consiste à déceler, à l'aide d'un ou de plusieurs tests, d'application aisée, les sujets atteints d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse, asymptomatique, passée jusque là inaperçue. Il doit permettre de faire le partage entre les personnes pouvant avoir un cancer et ceux qui probablement ne l'ont pas [1].

Il n'a pas pour but de poser un diagnostic. Les personnes qui ont un test positif seront soumises à des procédures diagnostiques [1].

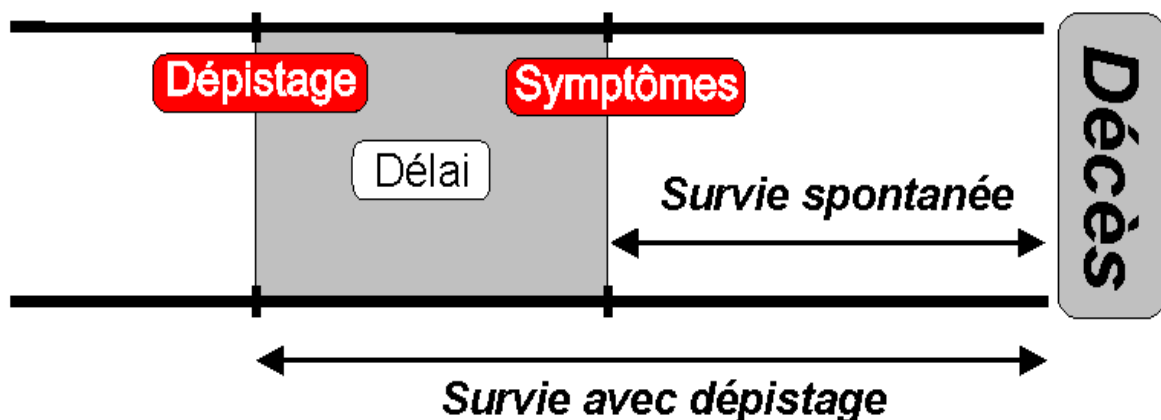
**Tableau1 : différences entre un test de dépistage et un test diagnostique (jenicek )**

Test de dépistage	Test du diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> <li>• appliqué aux personnes apparemment saines</li> <li>• pratiqué sur des groupes de population</li> <li>• moins précis</li> <li>• moins coûteux</li> <li>• ne permet pas de mettre en place un traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• appliqué aux personnes ayant des symptômes</li> <li>• essentiellement individuel</li> <li>• plus précis</li> <li>• plus coûteux</li> <li>• constitue une base de traitement</li> </ul>

Entre 50 et 74 ans ; où les femmes sont les plus exposées à ce type de cancer, il est conseillé de faire une mammographie tous les deux ans : c'est l'examen de dépistage efficace. L'objectif de dépistage organisé du cancer du sein est de réduire la mortalité par cancer du sein [14].

La surveillance va permettre d'accroître les chances de la guérison, tout en bénéficiant de traitement moins lourds et moins traumatisant, que la chimiothérapie et la chirurgie «mutilante» ou l'ablation [14].

La figure ci-dessous montre l'intérêt du délai gagnée par dépistage dans la guérison des patientes [14].



**Figure08: l'intérêt du délai gagnée par dépistage. (D'après HERON J.F. 2007)**

---

---

**2.11- Classification du cancer du sein :****2.11.1- Classification histologique :**

La classification histologique qui paraît la plus simple et la plus largement utilisée est celle de Stewart et Foote, légèrement modifiée dans L'Atlas de Armed Forces Institute:

**I- Paget du mamelon****II- Carcinomes galactophoriques :**

a) non infiltrant :

- carcinome papillaire,
- comédo-carcinome;

b) infiltrant :

- carcinome papillaire,
- comédo-carcinome,
- carcinome avec sclérose (squirrhe),
- carcinome tubulaire,
- carcinome médullaire,
- carcinome colloïde.

**III- Carcinome lobulaire :**

a) non infiltrant;

b) infiltrant

**IV- Carcinome relativement rares :**

a) carcinome de type dit "sudoripares";

b) carcinome intra kystique,

c) cylindrome ou adénocarcinome kystique;

d) carcinome avec métaplasie épidermoïde à cellules allongée, osseuse ou cartilagineuse riches en lipides.

**V- Formes complexes [4].****2.11.2- Classification clinique :**

La classification clinique **TNM** : classification en cas de tumeur maligne (**T**), de la présence de ganglion (**N** : nodes) et de métastases (**M**).

**A) Tumeur :**

- **T0** : imperceptible cliniquement

- 
- 
- **T1** : inférieur ou égale à 02 Cm

- a) inférieur à 0,5 Cm
- b) 0,5 – 1 Cm
- c) 1 – 2 Cm

- **T2** : 2 - 5 Cm

- **T3** : supérieur à 5 Cm

- **T4** : extension :

- a) la paroi thoracique
- b) la peau
- c) les deux
- d) inflammatoire

**B) Atteinte ganglionnaire :**

- **N0** : imperceptible cliniquement

- **N1** : atteinte hormonale

- a) cliniquement non atteinte
- b) cliniquement atteinte

- **N2** : atteinte axillaire homolatérale fixée

- **N3** : atteinte interne homolatérale

**C) Atteinte métastatique :**

- **M0** : absente

- **M1** : présente

- a) **Stade I** : tumeur confinée au sein sans atteinte ganglionnaire

- b) **Stade II** : tumeur avec adhérence cutanée ou adénopathie axillaire mobile

- c) **Stade III** : tumeur envahissant la peau ou fixée au grand pectoral, adénopathie axillaire mobile

- d) **Stade IV** : métastase à distance [3].

**2.12- Le traitement :**

Comme pour tous les cancers, il repose idéalement (du point de vue médical) sur l'ablation chirurgicale de la tumeur, qui permet dans le même temps d'en faire le diagnostic de certitude. Le problème suivant est de faire le bilan d'extension : présence ou non de ganglions atteints, présence ou absence de métastases [7].

---

---

Il existe aussi d'autres traitements comme la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie, qui dans certains cas peuvent être utilisés pour obtenir une diminution de la tumeur en préalable d'une opération chirurgicale [7].

L'efficacité et les risques de chaque type de traitements dépendent du type du cancer, de son extension et du terrain [7].

### **2.12.1- La chirurgie :**

La chirurgie d'exérèse a longtemps représenté l'unique recours thérapeutique pour les femmes atteintes du cancer du sein. Une meilleure appréciation de ces limites, de ses objectifs a conduit à mieux codifier ses indications et ses modalités radicales.

L'intervention de Halsted qui comportait l'ablation totale du sein et des muscles pectoraux est actuellement abandonnée. Lorsque l'ablation totale du sein est nécessaire, l'intervention de Patey ou mastectomie radicale modifiée reste la référence. Il s'agit d'une ablation de la glande mammaire par une incision horizontale accompagnée d'un curage ganglionnaire axillaire. Le curage ganglionnaire axillaire doit comporter au moins 09 ganglions. Pour des tumeurs de moins de 03 Cm, il est prouvé actuellement que l'on peut réaliser une mastectomie partielle qui enlève la tumeur mammaire associée à un curage ganglionnaire axillaire qui évite une irradiation de l'aisselle. Toute chirurgie partielle de sein doit être suivie d'une radiothérapie de la glande [11].

La chirurgie peut être conservatrice du sein lorsque la tumeur est suffisamment petite pour permettre une conservation avec un bon résultat esthétique. La tumeur doit également être situé à distance de l'aréole pour ne pas risquer de laisser du tissu tumoral en zone rétro-aréolaire [10].

Les complications de la chirurgie sont des hématomes, des infections, des douleurs, des séquelles esthétiques et s'il a été pratiqué, celle du curage axillaire (lymphodèmes ou gros bras, sensation de brûlure persistante, limitation des mouvements de l'épaule). Ces effets secondaires peuvent être prévenues ou limités par des soins appropriés [22].

### **2.12.2- La radiothérapie :**

La radiothérapie tient une place importante dans le traitement locorégionale des cancers infiltrants du sein, soit associée à la chirurgie à titre pré ou post-opératoire, soit seule. Elle est

---

---

indispensable après traitement chirurgical conservateur. L'irradiation de base englobe la totalité du sein. Les doses sont de 55 Gy étalées sur 03 à 06 semaines à raison de 05 séances par semaine cette dose permet de contrôler la maladie infra-clinique dans 90 % des cas. Après tumorectomie un surdosage de 10 Gy est en général délivré sur le lit tumoral. S'il existe un envahissement ganglionnaire, il sera réalisé également une irradiation du creux sus-calviculaire [11]

En cas de tumeur primitive interne, la chaîne ganglionnaire mammaire interne sera irradiée [11].

### **2.12.3- La chimiothérapie :**

Peut être administrée selon les cas avant ou après un traitement locorégional par chirurgie ou radiothérapie. Son objectif est de diminuer le risque de développement de métastases administrées avant la chirurgie, elle peut aussi diminuer la taille de la tumeur pour permettre une chirurgie conservatrice. Les bénéfices de la chimiothérapie en terme de réduction du risque de rechute et du risque de mortalité justifient qu'elle soit proposée aujourd'hui à une majorité de femme. Les effets secondaires de la chimiothérapie (nausée, mucite buccale, diarrhée ou constipation, perte de cheveux, fatigue, perturbation du cycle menstruel, anomalie sanguines) sont temporaire et pas systématiques. D'importants progrès ont été réalisés pour les éviter ou les minimiser [22].

### **2.12.4- L'hormonothérapie :**

Est également efficace pour les cancers dits hormono-sensibles. Son objectif est, comme celui de la chimiothérapie, de diminuer le risque de développement de métastases. Elle bloque l'action favorable des oestrogènes sur les cellules cancéreuses [22].

De façon pratique, l'hormonothérapie est proposée aux patientes ménopausées présentant un envahissement ganglionnaire axillaire d'une tumeur exprimant nettement la présence de récepteurs hormonaux. Le choix se porte alors préférentiellement vers les anti-oestrogènes comme le tamoxifène [10].

### **2.12.5- L'immunothérapie :**

Par trastuzumab (Herceptin ®) est également efficace pour les cancers dits HER2 positif. Son objectif est comme celui de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie, de

---

---

diminuer le risque de développement de métastases. Elle bloque l'action d'une protéine HER2 au niveau des cellules cancéreuses et augmente leur mort, autorisant ainsi davantage de guérison [22].

### **2.13- Prévention, traitement préventif :**

Sachant que le cancer du sein une maladie hormonale, toute action ou thérapeutique visant à diminuer la durée et l'intensité de l'exposition aux oestrogènes est théoriquement efficace [7].

#### **2.13.1- Actions ou événements diminuant le risque d'apparition du cancer :**

- L'allaitement qui met les ovaires en sommeil
- La perte de poids
- La consommation élevée de vitamines, légumes verts et fruit diminue le risque
- La non prise des traitements hormonaux
- Privilégier les pilules qui ne contiennent pas d'oestrogènes bloquant l'activité ovarienne
- La plus large utilisation des traitements de type SERM (tamoxifène, raloxifène)
- L'avancement de l'âge de la première grossesse permettrait aussi de diminuer le risque du cancer du sein car les cycles entre la première grossesse menée à terme et la puberté semblent les plus dangereux de ce point de vue.

La première grossesse menée à terme agirait tel un vaccin vis-à-vis du cancer une différenciation des tissus les rendants moins vulnérables aux hormones.

A défaut d'avancer l'âge de la première grossesse, il serait souhaitable de diminuer le nombre de cycle pendant cette période au moyen d'une pilule sans règle de type cérazette [7].

#### **2.13.2- Traitements préventifs :**

Des traitements chirurgicaux préventifs ont été proposés chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein avec mutation sur les gènes BRCA1 ou BRCA2. Chez ces femmes le risque de cancer du sein varie entre 40 et 85% avant l'âge de 80 ans. Les propositions chirurgicales sont soit l'ablation des deux seins avec ou sans ovariectomie bilatérale, soit l'ovariectomie bilatérale seule.

En cas de mastectomie bilatérale préventives. Le risque de développer un cancer du sein dans les 05 ans passe à 2%, au lieu de 30 % chez les femmes non opérées. L'ovariectomie sans mastectomie réduit de moitié le risque de cancer du sein dans les 10 à 15 années suivantes [7].

---

---

**2.13.3- Surveillance d'une femme opérée d'un cancer du sein :**

Après le traitement initial, il est indispensable que la patiente soit suivie régulièrement.

La multiplication des examens n'est pas nécessaire, mais la mammographie bilatérale annuelle est indispensable, surtout en cas de chirurgie conservatrice. Selon le cas, elle pourra être associée à d'autres examens complémentaires définis en fonction de chaque cas.

Même un cancer du sein traité d'une façon optimale peut récidiver localement ou à distance (métastase). La récurrence peut survenir des années après le traitement initial, d'où l'intérêt de maintenir la surveillance [7].

**2.13.4- Effets psychologiques d'un cancer du sein :**

Le traitement du cancer du sein étant le plus en plus efficace et médiatisés en tant que tel, les effets psychologiques sur les patientes sont souvent moins lourds qu'auparavant.

Cependant les cancers du sein diagnostiqués tardivement sont souvent très mutilants. Cette mutilation mammaire correspond en générale pour les femmes à une mutilation psychologique et sociale. Le sein étant l'un des plus forts symboles de la féminité, certaines femmes peuvent vivre cette mutilation comme une négation de leur féminité et donc de leur personnalité.

Dans ce cadre, la chirurgie réparatrice peut être proposée, accompagnée, une prise en charge psychologique [7].