

DEDICACE

A l'Éternel, mon Dieu, le Tout puissant de m'avoir aidé à arriver au bout de mes études de médecine, lui qui m'a accompagné dès le début jusqu'à la fin, il est mon ombre à ma main droite !

A ma très chère maman KAHAMBU Christine et mon très cher papa Barumawaki Prosper de m'avoir soutenu malgré les vicissitudes et de m'avoir surtout instruit en m'orientant à faire les études de médecine.

A mon Pasteur NKEMBO Roger, pour ses encouragements voire l'encadrement spirituel et moral.

A ma très chère Tante Prospérine PATAYO et son mari Casimir de m'avoir pris en charge lors de mon premier Cycle de médecine.

A mes Oncles maternels : KAMBALE EMMANUEL, KAMALA Mathe pour leurs conseils et motivations.

A mes Frères et Sœurs : Patrick ZABITI, Christian BARUMAWAKI, Solange KASOKI, Mimi BARUMAWAKI, Laetitia BARUMAWAKI, Carine BARUMAWAKI, KAVIRA Gentille.

A mes amis : Jean-René NGELEKA, Aristote ENGENGE, Padou MEMBO, Cédric NZOLE, Bishop CASIMIR.

A mes frères et sœurs de l'Eglise Eben-Ezer : Papa Guylain, Prophétesse Deborah-Antho, Nicole, Omba, Jacques, Eugénie et Papa Cyrille.

A ma fille : Liza BARUMAWAKI.

A mes tuteurs : Papa Alfred KATSUWA et Maman Jacquie KIAKIMWA.

REMERCIEMENT

Toute œuvre humaine quelle que soit sa nature, n'a jamais été une propriété exclusive d'un individu mais plutôt le résultat du concours de plusieurs personnes.

C'est ainsi, arriver au terme de notre formation en Médecine, je tiens à remercier tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation du présent travail.

Nos remerciements vont en premier lieu aux autorités de l'UTBC de la Section Médecine ainsi qu'au corps académique et Scientifique pour nous avoir encadrés, leur encouragement et conseil précieux pour notre édification mentale.

Notamment au Professeur Docteur NGUMA Doyen de la faculté de médecine et particulièrement au Docteur KALONDJI DIPOKO, qui en dépit de ses multiples occupation à bien voulu assurer la direction de ce travail scientifique. Son étonnante disponibilité, sa rigueur scientifique, ses conseils judicieux, maîtrise de problèmes scientifiques et son savoir-faire ont permis la bonne réalisation de cette œuvre.

Aux personnels médicaux de la clinique BONDEKO pour leur hospitalité et leur encadrement.

Pour ceux qui ont contribué à la réalisation de cette œuvre scientifique et à ma formation trouvent ici l'expression de ma gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

- BRCA1 : Le gène BRCA1 est un grand gène sur le chromosome 17q contenant 22 exons codant 1.683 aminés ;
- BRCA2 : Isolé en 1995, le gène BRCA2 est situé sur le chromosome 13q et n'a aucune homologie avec le gène BRCA1 ;
- UTBC : Université Technologique Bel Campus.
- ADN :
- FAP :
- ARN :

LISTE DES TABLEAUX

1. Tableau annuel des patients souffrant de cancer du sein à l'hôpital Bondeko de 2007 à 2010
2. Tableau regroupant le sexe des patients de la clinique Bondeko à Kinshasa souffrant de cancer du sein de 2007 à 2010
3. Tableau de distribution de l'âge des patients souffrant du cancer de sein à la clinique Bondeko de 2007 à 2010
4. Tableau regroupant les communes de résidence des patients
5. Tableau montrant le mode de paiement des malades de 2007 à 2010
6. Tableau regroupant le diagnostic des patients de la clinique Bondeko souffrant de cancer du sein de 2007 à 2010
7. Tableau regroupant les types histopathologiques entre le cancer canalaire et le cancer lobulaire des patients de la clinique Bondeko de 2007 à 2010
8. Tableau montrant le schéma de chimiothérapie reçue à la clinique Bondeko de 2007 à 2010
9. Tableau montrant le type d'intervention dans le cas de cancer du sein à la clinique Bondeko
10. Tableau de type d'anesthésie utilisé à la clinique Bondeko de 2007 à 2010 pour le cas de cancer du sein.

INTRODUCTION

I. Problématique

Le cancer du sein est une tumeur mal limitée de la glande mammaire détruisant et infiltrant les tissus voisins, essaimant dans l'organisme des tumeurs filles ou métastases, ayant tendance à récidiver après exérèse et reproduisant plus au moins fidèlement souvent sur un mode caricatural, la structure du tissu tumoral(1)

Cette prolifération anarchique de cellules cancéreuses à partir de la glande mammaire est le cancer le plus fréquent chez la femme, deuxième cancer par sa fréquence après le cancer du col, le cancer du sein fait l'objet, de nombreuses publications dans notre milieu.

L'étiologie n'est pas bien connue, mais certains facteurs des risques ont pu être identifiés : l'âge, la prédisposition génétique, l'apparition précoce des règles, une ménopause tardive, des grossesses tardives et peu nombreuses, non allaitement maternel, une alimentation riche en graisse d'origine animale, en alcool ou en sucre.

Cependant nous pouvons ajouter : des mutations sur des gènes transmises d'une génération à l'autre ou bien acquises au cours de la vie (l'exposition à des radiations ou à certains produits chimiques toxiques, par exemple peut modifier les gènes). Peuvent aussi causer un cancer de sein (2).

Les gènes BRCA1 et BRCA2 par exemple sont des gènes de susceptibilité au cancer du sein et de l'ovaire. Les femmes qui portent des mutations de ces gènes ont un très haut risque, de cancer.

Le taux de survie au cancer du sein non invasif est très bon. Pour le cancer invasif, les chances de guérison dépendent du type de

cancer et de son stade d'évolution au moment où l'on entreprend les traitements. (1)

Divers facteurs influencent la rapidité à laquelle une tumeur va croître, des tests effectués sur un échantillon de tissu prélevé dans la tumeur influenceront le choix du traitement, un certain nombre d'éléments non modifiables font augmenter le risque d'être atteint d'un cancer du sein, ces éléments de risque permettent aux médecins de déterminer quelles personnes pourraient bénéficier le plus du dépistage et des mesures préventives. (2)

II. OBJECTIFS

- Les objectifs poursuivis dans ce travail sont les suivants :

❖ **Objectifs général** : est de permettre aux jeunes médecins de comprendre le mode de survenue de cancer du sein, afin d'établir une bonne prise en charge.

❖ **Objectif spécifique** : les objectifs spécifiques de notre étude sont :

- Déterminer la fréquence de cancer du sein à la clinique Bondeko,
- Déterminer le profil sociodémographique,
- Etudier les facteurs de risque qui conditionnent la survenue du cancer du sein dans ce groupe des patients.

III. STRATEGIE

Pour atteindre ces objectifs, nous avons procédé à la récolte puis à l'analyse des dossiers au service d'obstétrique de la clinique Bondeko.

CHAPITRE PREMIER : GENERALITES

I.1. DEFINITION

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau de cellules de la glande. Une cellule normale devient cancéreuse à la suite d'importantes modifications, progressives et irréversibles. Habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. L'évolution d'une tumeur n'est pas contrôlée par l'organisme, elle se développe dans la glande de façon anarchique (3).

I.2. Epidémiologie

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Dans le monde, plus de 1.050.000 nouveaux cas de cancer du sein surviennent chaque année, dont plus de 580.000 dans les pays développés (Europe de l'Ouest, Amérique du Nord) où il est plus fréquent qu'en Afrique ou en Asie. Il est responsable chaque année de plus de 400.000 décès de femmes (5).

En France, il représente plus d'un nouveau cas de cancer sur trois sur l'ensemble des nouveaux cancer chez la femme on estime qu'en 2005, près de 50.000 nouveaux cas y ont été diagnostiqués et 11.637 décès ont été liés à ce cancer.(5)

Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveau cas a presque doublé et sans le même temps la mortalité n'a que très peu augmenté grâce à l'amélioration des thérapeutiques.

Il faut noter que le cancer de sein peut survenir aussi chez l'homme, mais il est rare et environ 200 fois moins fréquent que chez la femme (3).

L'âge moyen d'apparition du cancer est environs de 60 ans. Plus de 50% des cancers sont observé après 65 ans, près de 10% avant 35 ans. L'incidence croit régulièrement de 30 à 70 ans. Il existe cependant des cancers survenant plus jeunes et environ 15 à 20 % des cancers sont diagnostiqués avant 50 ans. Dans cette tranche d'âge, on retrouve plus fréquemment les cancers familiaux avec mutation chromosomique BRCA1 et BRCA2. C'est une maladie grave, si elle n'est pas traitée à temps. Le dépistage systématique du cancer du sein, mis en place il y a quelques années en France à partir de l'âge de 50 ans permet de déceler de toutes petites tumeurs qui seront traitées et guéries dans la plupart des cas. (1)

I.3. Rappel d'Anatomie du sein

Le sein est une glande superficielle plaquée contre le thorax, entre la peau dessus et le muscle grand pectoral dessous. Il est plus développé chez la femme que chez l'homme. On le désigne également sous le nom de glande mammaire. Il joue un rôle important dans l'image que la femme a de son corps et de sa féminité. (3)

Le sein se développe de la puberté à la ménopause sous l'influence directe ou indirecte de sécrétions d'hormones :

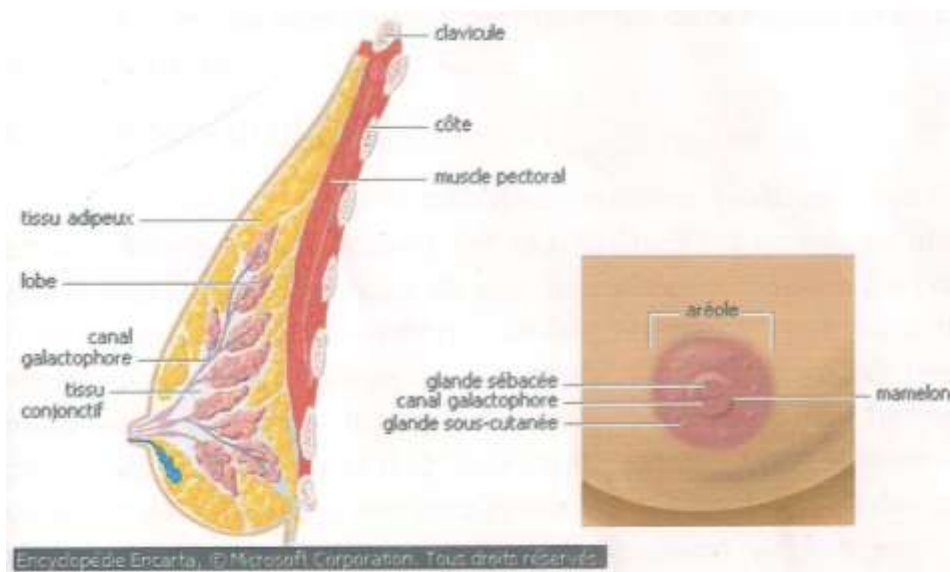
Les œstrogènes de la puberté à la ménopause sous l'influence directe ou indirecte de sécrétions d'hormones :

Les œstrogènes, la progestérone et les hormones hypophysaires. Il subit donc des modifications en fonction des variations de sécrétions.

A la puberté, les œstrogènes favorisent le développement des seins. A la ménopause, la diminution de la sécrétion d'œstrogènes entraîne la diminution progressive du volume de la glande mammaire. (2)

La glande mammaire est composée de 15 à 20 compartiments séparés par du tissu graisseux. Chaque compartiment comporte des lobules et des canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement puis les canaux galactophores le transportent vers le mamelon. La fonction biologique du sein est donc la lactation, permettant d'alimenter le nourrisson. (2)

Physiologie du sein



I.4. Etiologies et facteurs de risque

On, connaît plusieurs facteurs de risque du cancer du sein cependant dans la plupart des cas, il est impossible d'expliquer les raisons de son apparition chez une personne. Des mutations sur les gènes transmises d'une génération à l'autre ou bien acquise au cours de la vie (l'exposition à des radiations ou à certains produits chimiques) par exemple sont des

gènes de susceptibilité au cancer du sein. Les femmes qui portent des mutations de ces gènes ont un très haut risque de cancer.

De nombreux facteurs augmentent le risque de cancer du sein cependant, en dehors de l'âge et du pays, les seuls facteurs qui conduisent à une multiplication du risque par plus de 4 sont des antécédents personnels du cancer ou des antécédents familiaux de cancer du sein bilatéral avant la ménopause. L'alimentation et le tabac jouent également un rôle dans l'induction du cancer du sein(5).

I.4.1 Facteurs héréditaires

On estime que seulement 20% des cancers qui sont dus à une prédisposition héréditaire qui ne devient que très rarement une transmission nettement héréditaire. Il existe plusieurs types de cancer familiaux ; par exemple certaines variétés de cancer du sein ou de cancer du colon sont plus répandues dans les familles à risque. Dans ces familles, une personne peut recevoir des ses parents et le transmettre à ses enfants du gène, présent dans toutes ses cellules qui favorise le mécanisme de développement d'un cancer. (2).

I.4.2 Facteurs viraux

Les virus sont à l'origine de nombreux cancers chez l'animal. Chez l'homme le virus d'Epstein-Barr est à l'origine du lymphome de burkit, le virus de l'hépatite B peut provoquer un hépato-carcinome. Le papilloma virus est associé au carcinome du col de l'utérus, tous ces virus sont des virus à ADN.

Les virus HTLV, responsables de la leucémie à cellules T est un rétrovirus, virus à ARN, comme la plupart des agents viraux associés à des tumeurs chez les animaux. En présence d'une enzyme la transcriptase inverse, les rétrovirus utilisent les mécanismes de la cellule infectée pour synthétiser un brin d'ADN complémentaire de leur ARN, qui est intégré entre les gènes de la cellule et répliqué en même temps que ces derniers. De tels virus possèdent parfois un gène dit oncogène vital, capable de transformer les cellules saines en cellules malignes. C'est pourquoi on l'appelle souvent, par opposition, les oncogènes normaux des cellules humaines des proto-oncogènes ou oncogènes cellulaires (1).

I.4.3 Rayonnement

Les rayonnements ionisants sont responsables de modifications de l'ADN, telles que des mutations, des ruptures et des transpositions. Elles déclenchent le phénomène de carcinogenèse qui se traduira par un cancer après quelques années de latence. (2).

I.4.3 Facteurs chimiques.

Les composés cancérigènes sont également responsables de rupture et de translocations chromosomiques. De nombreux agents chimiques sont susceptibles de provoquer directement des cancers à la suite d'une seule exposition, tandis que d'autres sont, des initiateurs de cancers. Ceux-ci se développent souvent après une longue période de latence ou après la rencontre avec un autre agent dit promoteur. Les initiateurs produisent des modifications irréversibles de l'ADN et l'expression des gènes.

Toutefois si le promoteur affecte l'organisme avant l'agent initiateur, son action est sans conséquence. L'organisme doit être exposé plusieurs fois à ces facteurs, après avoir rencontré l'initiateur pour développer un cancer (1).

Le tabac est un vecteur à la fois d'agents initiateur et d'agents favorisants. Si le fumeur abandonne la cigarette, le risque d'apparition du cancer du poumon est considérablement diminué. L'alcool est aussi un agent promoteur, dont l'abus chronique augmente le risque d'apparition de cancer. (2).

I.4.5 Facteurs immunitaires

Le système immunitaire est en mesure de reconnaître les antigènes anormaux qui se trouvent en surface des cellules cancéreuses et de détruire ces dernières. Autrement dit, un cancer se développe que lorsque le système immunitaire ne peut plus assumer son rôle. Aussi, tout facteur induisant un déficit immunitaire est susceptible de favoriser le développement d'un cancer. On compte parmi ces facteurs : le sida, les immuns déficits congénitaux et la prise de médicaments immuno suppresseurs.(5)

I.4.6. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Dans le monde, les cancers environnementaux sont estimés à 80%. La fumée de cigarette, inhalée activement ou passivement ; est un facteur prépondérant responsable d'environ 30% de la mortalité, au cancer.

L'alimentation serait à l'origine de 40% des décès par cancer, mais la relation de cause à effet n'est pas clairement définie. Certaines graisses et fibres seraient associées à une forte incidence de cancer du côlon ; les graisses seraient comme l'alcool des facteurs favorisants.

I.5. TYPES DE CANCER DU SEIN

Il existe deux types de cancer du sein à savoir :

I.5.1. CANCER NON INVASIF

Le carcinome canalaire in situ, c'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme, c'est une forme de cancer très « jeune » au tout début de sa formation comme son nom l'indique, il se

forme à l'intérieur des canaux de lactation du sein. Le cancer non invasif ne se dissémine pas.

On diagnostique beaucoup plus fréquemment ce type de cancer depuis l'utilisation plus répandue de la mammographie. Le traitement de ce cancer mène à la guérison dans presque tous les cas, sans traitement, il poursuit sa croissance et peut alors devenir « infiltrant » donc se propager à l'intérieur des canaux galactophores.(1)

I.5.2 : CANCER INVASIF

- ✓ Carcinome canalaire, il se forme dans les canaux galactophores. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux.
- ✓ Carcinome lobulaire, les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules puis traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissus environnants.
- ✓ Carcinome inflammatoire, un cancer rare qui se caractérise principalement par un sein qui peut devenir rouge, enflé et chaud. La peau du sein peut aussi prendre l'aspect d'une peau d'orange, ce type de cancer progresse plus rapidement et, est plus difficile à traiter.
- ✓ Autres carcinomes (médullaires, colloïdes ou mucineux, tubulaires papillaires) ces types de cancer du sein sont rares. Les principales différences entre ces types de cancer reposent sur le type de cellules.
- ✓ Maladie de paget, est un cancer rare qui se manifeste par une petite plaie au mamelon qui ne guérit pas.(1)

Remarque : Le carcinome lobulaire in situ (ou néoplasie lobulaire) n'est pas cancéreux. Il est cependant un facteur de risque important de cancer du sein qui exige un suivi serré. (5)

I.6. SYMPTOMES

Nous énumérons ce qui suit :

- Une bosse au sein qu'elle soit fixe ou mobile. Il s'agit du symptôme le plus fréquent, pour les femmes et les hommes mais la plupart détectées au sein ne sont cependant pas cancéreuses.
- Des écoulements spontanés provenant du mamelon
- Une rétraction du mamelon (le mamelon est tourné vers l'intérieur)
- Un changement d'apparence de la peau d'un sein : épaissement ou durcissement (peau d'orange), rougeur inhabituelle, chaleur, desquamation de la peau autour du mamelon.
- Changement inhabituel de grosseur ou de la forme d'un sein creux (rétraction de la peau) ou de voussure (bombement)

Plusieurs facteurs peuvent influencer les tissus mammaires et changer l'apparence des seins : la grossesse, le cycle menstruel, un kyste au sein, une infection.⁽⁵⁾

I.7. Diagnostique

I.7.1. Diagnostique d'extension et de gravité

Une fois posé le diagnostique, il faut déterminer le stade d'évolution de la maladie afin d'évaluer le pronostic et le traitement approprié.

D'où il existe cinq stades :

- **Stade 0** : C'est le carcinome canalaire in situ (les cellules sont localisées dans un canal galactophore et n'ont pas migré à l'extérieurs) ; et le carcinome lobulaire in situ (les cellules sont localisées dans la membrane d'un lobule).

- **Stade 1** : la tumeur est inférieure à 2 cm, et le cancer ne s'est pas propagé aux ganglions.
- **Stade 2** : la tumeur fait plus de 2 centimètres (sans atteintes ganglionnaire), ou moins de 5 cm et le cancer s'est propagé à 1,2 ou 3 ganglions.
- **Stade 3** : le cancer s'est propagé aux ganglions lymphatiques, et peut être aux tissus voisins du muscle ou de la peau.
- **Stade 4** : le cancer a produit des métastases dans, d'autres parties du corps.

N.B : Il existe désormais aussi une classification moléculaire des cancers du sein (Prat et Perou) ⁽⁶⁾

I.7.2. Dépistage

Il serait souhaitable que toutes les femmes au-dessus de vingt ans procèdent si possible chaque mois à une auto palpation des seins.

Idéalement, les femmes de plus de quarante ans devraient subir périodiquement un examen de dépistage assez complet incluant une mammographie ou radiologie des seins.

(Des études ont montré que les mammographies étaient inutiles avant quarante ans). ⁽⁶⁾

L'examen diagnostique du cancer débute par un interrogatoire détaillé et par une exploration approfondie. Tous les organes et les régions du corps doivent être palpés et inspectés, en particulier la peau, le cou, l'abdomen, les testicules et les ganglions lymphatiques. ⁽³⁾

I.7.3. Biopsie

La biopsie demeure le seul moyen de diagnostiquer avec certitude un cancer et de le classer (Adénocarcinome par exemple). Cet examen consiste à prélever une portion de la tumeur ou d'une métastase. Les moyens techniques modernes permettent de réduire considérablement les interventions chirurgicales liées à ce type d'examen.⁽⁵⁾

En effet, il est souvent possible d'accéder à la tumeur grâce à une aiguille fine et flexible pour effectuer le prélèvement. L'aiguille est guidée par la palpation ou pas un système d'imagerie médicale ; fragment de tissu ainsi prélevé, est ensuite soumis à divers examens cytologiques pour déterminer la nature et la maturité de la tumeur.⁽⁶⁾

I.8. Prévention

Il y a plusieurs types d'actions qui peuvent être menées afin de réduire le risque de survenue du cancer du sein :

➤ **Choix gynécologiques**

- L'allaitement prolongé de bébés (car en mettant les ovaires « en sommeil ») réduit le risque. Selon le rapport du WCRF, l'allaitement apporte un bénéfice quelque soit le moment, de développement du cancer (pré ou post-ménopause)
- Eviter le traitement hormonal de la ménopause (THS)
Le THS est désormais considéré comme un facteur de risque du cancer du sein notamment lorsqu'il est pris pendant plus de 5 ans. ⁽⁶⁾

➤ **Choix de mode de vie**

- La perte de poids : l'obésité et le surpoids accroissent le risque de cancer du sein. Le professeur Pierre Kerbrat (centre Eugène-Marquis, Rennes) estimait en 2008 que la lutte contre l'obésité féminine

permettrait d'éviter 13.000 nouveaux cas de cancer du sein par an dans l'Union européenne.

- L'Exercice physique : selon le professeur Kerbrat, la pratique de 30 minutes d'activité physique, 5 jours par semaine, réduirait de 30% à 40% le nombre de nouveaux cas. L'effet protecteur vient à la fois de la lutte contre l'obésité et de l'action de l'exercice sur les sécrétions hormonales. Des études américaines ont également montré son effet préventif contre une récurrence, de la maladie
- La réduction de la consommation d'alcool :

Le risque de cancer du sein augmente avec la prise d'alcool une consommation modérée d'alcool accroît le risque de 20 à 30%

- Arrêter de Fumer le tabac : car ce dernier serait responsable de 30% des décès par cancer. (6)

➤ **Choix alimentaires** : permettent de réduire le risque. Les acides gras trans augmentent de près de 50% le risque de cancer du sein chez la femme. Ces derniers sont utilisés dans les aliments industriels tels que pains et biscuits industriels, viennoiserie, gâteaux, chips, pâtes à pizzas industriels le thé vert et/ou le soya pourrait avoir des vertus protectrices (ce qui expliquerait le fait qu'en Europe, 1 femme sur 12 développe ce cancer, contre une pour 80 au Japon où ces aliments sont très consommés). (6)

I.9. Prise en charge

Elle a considérablement changé ces dernières années avec l'apparition, de nouvelles techniques et des nouvelles molécules, que ce soit en terme, de diagnostic d'évaluation, pronostic et de traitement. Dans 5 à 10% des cas, le cancer du sein est lié à une prédisposition génétique qui nécessite une prise en charge spécifique.

Beaucoup de progrès ont été réalisés ces dernières années : chirurgie conservatrice, technique du ganglion sentinelle, thérapie ciblée.

Le but de la chirurgie actuelle du cancer du sein est de permettre une chirurgie conservatrice équivalente à la mastectomie curage en terme de contrôle locorégional, et de survie avec un minimum de préjudice fonctionnel et esthétique.

Sur le plan de la conservation mammaire, l'adaptation technique de chirurgie mammaire plastique non oncologique à la cancérologie peut, dans certaines, cas permettre des traitements conservateurs avec des excrèses plus larges, permettant d'éviter certaines mastectomies.

Parmi les 5 catégories de traitement du cancer du sein, nous allons citer :

- La chirurgie
- La radiothérapie
- La chimiothérapie
- La thérapie hormonale ou l'hormonothérapie
- La thérapie ciblée (4)

I.9.1. Chirurgie

La chirurgie est souvent le premier traitement entrepris. Elle sert à enlever la tumeur cancéreuse. Dans le cas du cancer du sein, elle se nomme mastectomie la mastectomie est partielle ou segmentaire (une partie du sein est enlevée) au totale (tout le sein est retiré), on y ajoute presque toujours une chirurgie aux ganglions lymphatiques de l'aisselle. Le choix du type de mastectomie repose entre autres sur la taille de la tumeur, son type

et son emplacement dans le sein. La préférence de la femme est aussi prise en compte.

- Mastectomie partielle ou tumo
- Nectomie, la chirurgie enlève le tissu cancéreux (tumeur ainsi qu'un peu de tissu sain autour de la tumeur. On la nomme aussi chirurgie conservatrice du sein
 - Chirurgie aux ganglions lymphatiques, afin de déterminer le stade de la maladie et de choisir le meilleur traitement après la chirurgie, il est presque toujours essentiel de savoir si le cancer atteint les ganglions lymphatique situés au creux de l'aisselle, du côté atteint ces ganglions drainent le liquide lymphatique qui circule dans le rein. Cela peut se faire soit en enlevant les premiers ganglions de cette chaîne (c'est ce qu'on appelle « biopsie » des ganglions sentinelles) ; soit en enlevant la chaîne complète. Cette ablation, cause parfois des complications, comme un lymphoedème dans un bras (côté atteint).

Les lymphoèdemes est une accumulation de liquide lymphatique, il est causé par la perturbation des voies de drainages habituelles. Il est plus rare si l'on retire seulement les ganglions sentinelles(4).

1.9.2 Radiothérapie

La mastectomie partielle doit généralement être suivie de radiothérapie afin de déduire les cellules cancéreuses qui pourraient être demeurés dans le sein. Elle réduit le risque qu'une tumeur réapparaisse. En cas de mastectomie totale, la radiothérapie n'est pas toujours nécessaire.(5)

I.9.3 Chimiothérapie

Elle utilise une classe des médicaments appelés antinéoplasiques, pour traiter les cancers. Pour le cancer du sein, elle est habituellement administrée après la chirurgie. Elle permet de déduire les cellules cancéreuses qui se seraient échappés de la tumeur principale. Le choix d'entreprendre ou non une chimiothérapie dépend du stade d'évolution de la maladie (5)

I.9.4 Thérapie hormonale

La thérapie hormonale est la plupart du temps, associé à la chirurgie, à la radiothérapie ou à la chimiothérapie, si l'examen de la tumeur montre que le cancer a des récepteurs hormonaux, son développement est donc sensible aux hormones sexuelles. Certains médicaux peuvent ralentir ou arrêter la progression d'un tel cancer en bloquant l'action des hormones.

Il existe deux types d'hormonothérapie :

- les anti-oestrogènes, comme le tamoxifène (Nolvadex-D[®]) qui se fixe à la surface des cellules cancéreuses, sur les récepteurs normalement occupés par les œstrogènes. Ce médicament est administré par voie orale sous forme de comprimé ;
- les inhibiteurs de l'aromatase : l'anastrozole (Aramide[®]), le métropole (FEMARA[®]) et l'Exémestane (Armoisin[®]). ils empêchent la production d'oestrogènes par des tissus gras et les glandes. On utilise ces médicaments que chez les femmes ménopausées. Il s'agit de comprimés administrés par voie orale. (5).

I.9.5. Thérapie Ciblée

Parfois, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein un filtrant, les cellules cancéreuses surexprimées le gène HER2 cela provoque, une croissance plus rapide de la tumeur. Lorsque c'est le cas, on peut donner un médicament, le trastezumals (Herception) qui bloque spécifiquement l'action du gène HER2. Ce médicament s'administre par injection intraveineuse.

La recherche se poursuit pour trouver d'autres thérapies biologiques. Ce type de traitement provoque généralement moins d'effets indésirables que la chimiothérapie et thérapie hormonale car il est plus ciblé. (2)

I.10 Complication et son traitement

Un lymphoedème au bras est une complication importante qui peut survenir après un traitement, il se caractérise par une enflure du bras (côté atteint) ; le bras devient lourd et douloureux. Le lymphoedème apparait chez environ 25% des femmes qui subissent une chirurgie pour traiter un cancer du sein, le risque dépend de l'étendue des tissus retirés par la chirurgie.

L'évidement des ganglions des aisselles et la radiothérapie après des aisselles accroissent ce risque. Le lymphoedème peut se manifester quelques jours après le traitement ou encore des mois ou même des années plus tard (1).

Divers mesures contribuent à prévenir le lymphoedème ou à éviter qu'il s'aggrave :

- Informer le plus rapidement possible son médecin si une douleur au bras apparaît après le traitement ;
- Eviter de soulever des objets lourds dans les jours qui suivent la chirurgie ; utiliser son bras et faire des étirements de façon progressive ;

- Veiller à protéger la peau du bras à risque des coupures, des brûlures et des piqûres d'insectes, éviter tous les types de piqûres sur ce bras (vaccins, prise de sang, aiguilles d'acupuncture etc) surtout si le lymphoedème est installé ;
- Porter des gants pour les tâches manuelles (ménage, rénovation, jardin, etc)
- Faire des exercices d'intensité modérée e façon régulière. Ces exercices doivent impliquer des mouvements des bras et bien solliciter les muscles du bras ; votre médecin peut vous renseigner à ce sujet ;
- Perdre du poids en cas d'obésité, car l'obésité peut causer l'apparition ou aggraver le lymphoedème
- Eviter les températures très chaudes si cela semble causer de la lourdeur dans les bras : les bains en eau très chaude, le bains de vapeur, les climat chauds.(2)

Il n'existe pas de traitement efficace à court terme pour venir à bout du lymphoedème certaines mesures permettent néanmoins de soulager les symptômes :

- Porter un vêtement de compression fait sur mesure qui serre tout le bras, 24 heures sur 24
- Pratiquer des exercices de drainage et d'étirement du bras et de l'épaule
- Faire de l'exercice physique adapté aux capacités (marcher nager, faire du yoga, etc.)
- Recevoir, de traitements de drainage lymphatiques manuel, une technique de massage doux qui stimule la circulation de la lymphe. (5)

I.10. Pronostic

Ces dernières années, le nombre de décès dû au cancer à progresser régulièrement et rapidement, mais les chiffres sont en partie

faussés en raison de l'accroissement et du vieillissement de la population car l'incidence du cancer augmente avec l'âge il faut aussi noter qu'autre fois, beaucoup de cas n'étaient pas diagnostiqués et échappaient ainsi au recensement statique. Les chiffres reflètent néanmoins une aggravation, particulièrement en ce qui concerne les effets nocifs à long terme du tabagisme et l'augmentation importante de cas de cancer du poumon.

En cinquante ans, l'incidence de cette maladie a été multipliée par 10, la baisse récente de la consommation de tabac constatée dans quelque pays, laisse espérer une baisse de ce chiffre. (4)

En excluant le cancer du poumon, le taux de mortalité par cancer rapporté à l'âge a diminué. Ce phénomène est dû à un taux de guérison qui progresse plus vite que l'incidence de la maladie. Le traitement du cancer a considérablement évolué depuis 1920.

A cette époque, seulement 20% des parties souffrant de cancer survivaient plus de cinq ans. En 1960, ce pourcentage s'élevait à 39% et, dix ans plus tard, en 1970 il était passé à 43%, pour atteindre 50% en 1980. (1)

Le taux de mortalité du au cancer n'a cessé de chuter pour tous le groupe d'âges en dessous de cinquante ans, probablement grâce à des conditions de vie plus saines, à une nette amélioration de l'environnement qui réduit l'exposition aux substances carcinogènes et, enfin à un diagnostic plus précoce. On prévoit une répercussion de cette diminution sur les classes d'âge supérieure.

Le cancer reste néanmoins la deuxième cause de décès chez les adultes des pays développés et la première chez les enfants âgés de un à quatorze ans. L'incidence de cette maladie varie, considérablement en

fonction des pays. Le taux de mortalité dû à l'ensemble des cancers chez l'homme, s'élève à 310,9°/000 au Luxembourg (le plus élevé) contre 37,5 au Salvador (le plus bas) chez la femme, il est de 175,2 au Danemark et de 48, 7 au Salvador .Aux Etats-Unis, ce chiffre est respectivement de 216,6% pour les hommes et de 136,5% les femmes. Pour certains types de cancer, les chiffres varient de 1 à 40 d'un pays à l'autre. (2)

Des études effectuées sur des populations qui avaient émigré d'une région géographique à une autre ont montré que ces variations s'expliquent par l'incidence du mode de vie plutôt que par des différences ethniques.

Cela concorde avec le fait que le cancer sont majoritairement dûs à des facteurs liés au milieu plus qu'à des facteurs héréditaires. (1)

Les cancers entraînant la plus porte mortalité aux Etats-Unis et en Europe sont le cancer des poumons chez les hommes comme chez les femmes puis le cancer colorectal, les cancers du sein et de l'utérus chez la femme, et le cancer de la prostate chez les hommes.

Tous ces cancers représentent environs 55% de la mortalité due à cette maladie. Le cancer le plus fréquent est le cancer de la peau, en France, le nombre de décès dû au cancer se situe aux alentours de 150.000 par an. (6)

CHAPITRE DEUXIEME : MATERIEL ET METHODE

CADRE ET DUREE D'ETUDE :

Nous avons mené notre étude à la clinique Bondeko

II.1. PRESENTATION DE LA CLINIQUE BONDEKO

A.Historique de la clinique Bondeko et cadre juridique

La clinique Bondeko est une œuvre sociale de l'ASBL Bondeko ya sika, une organisation non gouvernementale créée le 11/11/1967. Son siège est au numéro 519 de l'avenue de l'université dans la commune de Limete qui pour assurer les soins de santé de ses membres.

L'ASBL Bondeko ya Sika a mis sur pied un système de contribution pouvant permettre la construction d'un dispensaire, cela est dans le souci de dispenser les soins de qualité à des prix abordables dans un esprit de charité, de fraternité, d'honnêteté et ainsi servir de modèle aux autres formations médicales de la ville de Kinshasa. Les sommes récoltées ont été renforcées plus tard par la contribution des certaines personnes physiques et morales.

C'est ainsi qu'est née la clinique Bondeko qui fait l'objet de notre recherche.

Concrètement, c'est en 1982 que les membres des communautés Bondeko avaient eu l'aide de construire un dispensaire au sein du centre Bondeko en présentant le dit projet à l'autorité de la ville, le gouverneur de la ville leur a proposé de construire un grand hôpital en lieu et place d'un petit dispensaire.

Ainsi il leur attribuera le terrain « Zamba Avocat », en 1985 a eu la pose de la première pierre mais suite à quelques difficultés financières, les travaux ne débutèrent qu'en 1986.

En 1989, le premier bâtiment qu'en suite les services des consultations externes et spécialistes dans la pédiatrie, la gynécologie, le bloc opératoire fut inauguré.

En 1991, avec l'arrivée des spécialistes, il y a eu l'extension, les médecins spécialistes. La même année, le pavillon 2 à ce temps le service de gynécologie et chirurgie fut ouverte.

En 1994, les travaux de construction de la maternité et de l'incinération commencèrent une année plus tard la maternité deviendra opérationnelle, il est à noter qu'en étant œuvre privée de l'ASBL Bondeko ya Sika, la Clinique a évolué au fil de temps compte tenu des moyens financiers disponibles. Le dynamisme des dirigeants de l'un des meilleurs centres hospitaliers de la ville de Kinshasa. Alors que la clinique Bondeko fut officiellement ouverte en 1992.

Aujourd'hui la clinique Bondeko offre de nombreux services de qualité portant des services médicaux (consultation, pharmacie, bloc opératoire, radiologie), service administratif, service économique et généraux, morgue, etc.

Elle est jeune, certes, mais son apport et son action sur l'amélioration de la situation sanitaire à Kinshasa sont à louer et à encourager, la clinique Bondeko poursuit les objets suivants :

- la promotion sanitaire de l'homme ;
- la vulgarisation de l'évangélisation ;
- la restauration des esprits et de fraternité et de solidarité avec le christ,
- l'innovation de la communion fraternelle.

La clinique Bondeko est une institution de santé qui est sous tutelle du ministre de la santé publique et l'association sans but lucratif « Bondeko ya Sika ». Cette association a été créée par l'ordonnance n°178/132 du 21/03/1978 et a ses statuts propres à elles, elle est l'organe fondateur de la clinique Bondeko.

B. Situation géographique

La clinique Bondeko est située dans la zone de santé de Funa, sur l'avenue Yolo au n°7252 sur la place appelé « Zamba Avocat » dans la commune de Limete, elle est limitée :

- A l'Est après 200 m, par la place commerciale ;

- A l'Ouest par la mosquée musulmane de Limete.

Enfin au Sud par le quartier de la 7^{ème} rue, on peut y accéder à partir du boulevard Lumumba par la 7^{ème} rue Limete ou à partir de l'avenue de l'université par le Rond point Yolo médical situé ainsi en plein milieu de la ville de Kinshasa, la clinique étant facilement accessible à ses usages.

C. Objectif et impact de la clinique Bondeko

La clinique Bondeko est une institution de la santé qui est sous tutelle du ministère de la santé publique et l'association sans but lucratif « BONDEKO YA SIKA 3 » cette association a été créée par l'ordonnance n78/132 du 21/03/1978 et a ses statuts propres à elle.

Elle est l'organe fondateur de la clinique Bondeko.

II.2. MATERIELS ET METHODES

I. MATERIELS

a. Nature, lieu et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective documentaire, réalisée à la clinique Bondeko, cette étude couronne une période de 4 ans, du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010.

b. Population d'étude

- Critère d'inclusion :

- ❖ Tout patient opéré pour cancer de sein
- ❖ Avoir un dossier complet

- Critère d'exclusion :

- ❖ Patient opéré pour un autre problème
- ❖ Dossier incomplet.

c. Récolte de données

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes référés aux registres des interventions majeures de la salle d'opération de la clinique Bondeko.

d. Paramètre d'étude

- Nom
- Age
- Provenance/résidence
- Diagnostic
- Mode de paiement
- Type d'histopathologie
- Type de chimiothérapie reçue
- Type d'anesthésie
- Type d'intervention

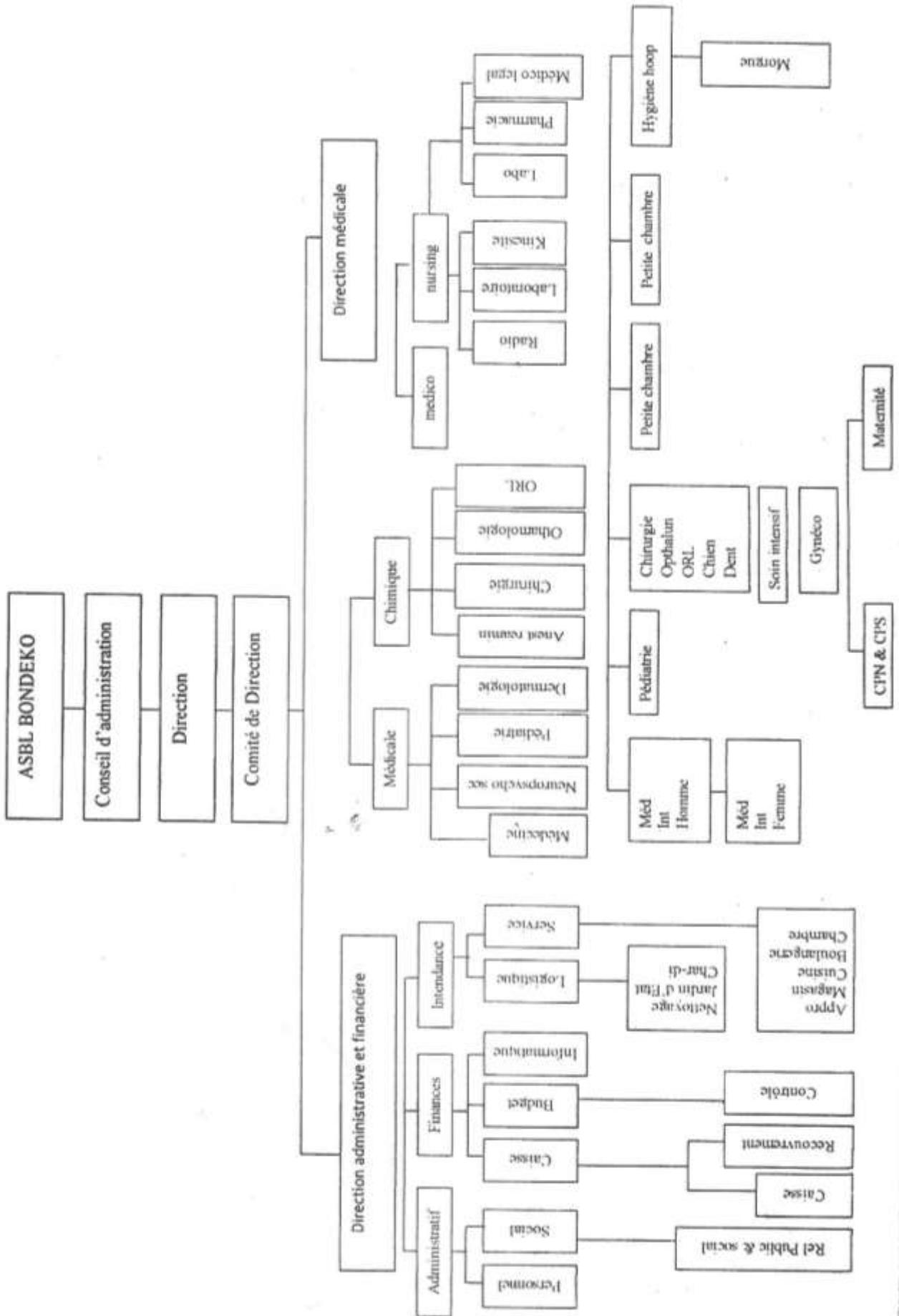
e. Analyse des données

Elle a été rendue possible grâce à l'utilisation des statistiques descriptives, calcul des fréquences, des moyennes de pourcentage.

f. Présentation des résultats :

Elles sont faites sous forme des tableaux et des diagrammes.

ORGANIGRAMME DE LA CLINIQUE BONDEKO



CHAPITRE TROISIEME : RESULTATS

III.1 Fréquence

III.1.1 Fréquence globale

Nous avons enregistré 11 dossiers de patients sur 2563 interventions en chirurgie soit 0,42%.

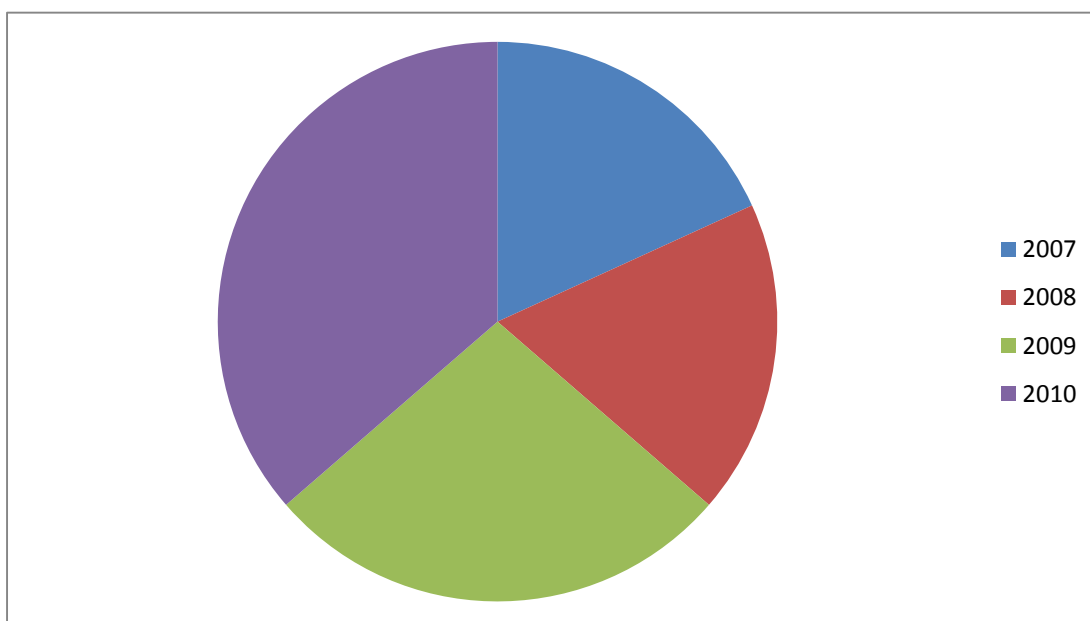
III.1.2 Fréquence annuelle

Tableau annuel des patients souffrants de cancer du sein à l'hôpital Bondeko de 2007 à 2010.

Année	Effectif	%
2007	2	18,18
2008	2	18,18
2009	3	27,27
2010	4	36,36
Total	11	100

Commentaire : A l'hôpital **Bondeko** de Kinshasa dans l'intervalle de 2007 à 2010, nous avons trouvé 36,36% des cas en 2010, 27,27% en 2009, 18,18% en 2008 et 18,18 des cas en 2007. Donc, il ya tant des cas enregistré en 2010, c'est-à-dire, 4 cas sur 36,36%.

III.2 Diagramme en secteur des malades enregistrés à l'hôpital Bondeko de 2007 à 2010 souffrant de cancer du sein.



Nous constatons que de 2007 à 2010, il ya un taux élevé en 2010, soit 36,36 %

III.3 Etude du sexe des patients souffrants de cancer du sein à l'Hôpital Bondeko de 2007 à 2010.

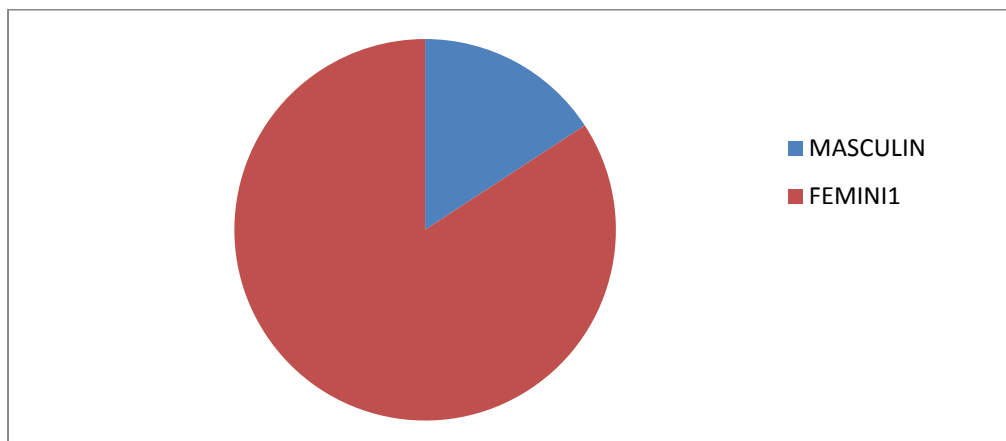
1. Tableau regroupant le sexe des patients de la clinique Bondeko à Kinshasa souffrant de cancer du sein de 2007 à 2010

Année	Effectif	%
M	3	27,27%
F	8	72,72%
Total	11	100

Commentaire

72,72% des patients souffrant de cancer du sein sont de sexe féminin contre 27,27% de sexe masculin dans l'intervalle de 2007 à 2010 à la Clinique Bondeko de Kinshasa.

2. Diagramme en secteur en fonction du sexe des patients



72,72% des patients ayant le cancer du sein sont de sexe féminin conter 27,27% de sexe masculin.

III.4 Etude de l'âge des patients souffrants du cancer de sein

1. Tableau de distribution de l'âge des patients souffrants du cancer de sein à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010.

Tranche d'âge	Effectif	X_c	$A_i \cdot X_c$	$X_c - X$	$(X_c - X)^2 A_i$	N_i	%
35-44	1	39,5	39,5	-20,9	436,81	1	9
45-54	3	49,5	148,5	-10,9	356,43	4	27
55-64	1	59,5	59,5	-0,9	0,81	5	9
65-74	6	69,5	417	9,1	496,86	11	55
Total	11		664,5		1290,91		100

IV. Mesure de tendance centrale et de dispersions

1. Mesure de tendance centrale

A. Moyenne arithmétique

$$X = \frac{1}{n} \sum A_i \cdot X_c = \frac{664,5}{11} = 60,4 \text{ ans}$$

La moyenne d'âge des patients souffrant du cancer de sein à la Clinique Bondeko de Kinshasa de l'année 2007 à 2010 est de 60,4 ans.

B. Médiane

$$Me = Li + \frac{\frac{n}{2} - N_{i-1}}{A_i} \cdot h \quad \text{or, nous savons que}$$

$$Me = 65 + \frac{5,5 - 5}{6} \cdot 9 \quad n = 11 ; \text{ d'où } \frac{n}{2} = 5,5$$

$$= 65 + \frac{0,5}{6} \cdot 9 \quad Li = 65 \text{ et } Ls = 74$$

$$= 65 + 0,75 \quad Ai = 6$$

$$Me = 65,75 \text{ ans} \quad h = Ls - Li = 9$$

$$\quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad Ni - 1 = 5$$

(ici l'on prend la valeur qui est au dessus de la classe médiane)

55% des patients souffrant de cancer du sein à la Clinique Bondeko dans l'intervalle de 2007 à 2010 ont l'âge supérieur à 65 ans et 27% ont l'âge inférieur à 50 ans.

C. Mode

$$Mo = Li + \frac{(\Delta 1)}{\Delta 1 + \Delta 2} h \quad \text{or } \Delta 1 = 6 - 1 = 5$$

$$\text{or } \Delta 2 = 6 - 0 = 6$$

$$= 65 + \frac{5}{11} \cdot 9$$

NB : la majorité de patients souffrants du cancer de sein ont l'âge de 69 ans.

$$Mo = 69,09 \text{ ans} \sim 69 \text{ ans}$$

2. Mesure de dispersion

a) Ecart type :

$$S = \sqrt{\sum \frac{(Xc - x)^2}{n} \cdot Ai}$$

$$S = \sqrt{\frac{129091}{11}}$$

$$S = \sqrt{117,35}$$

$$S = 10,8 \text{ ans}$$

b) Coefficient de variation

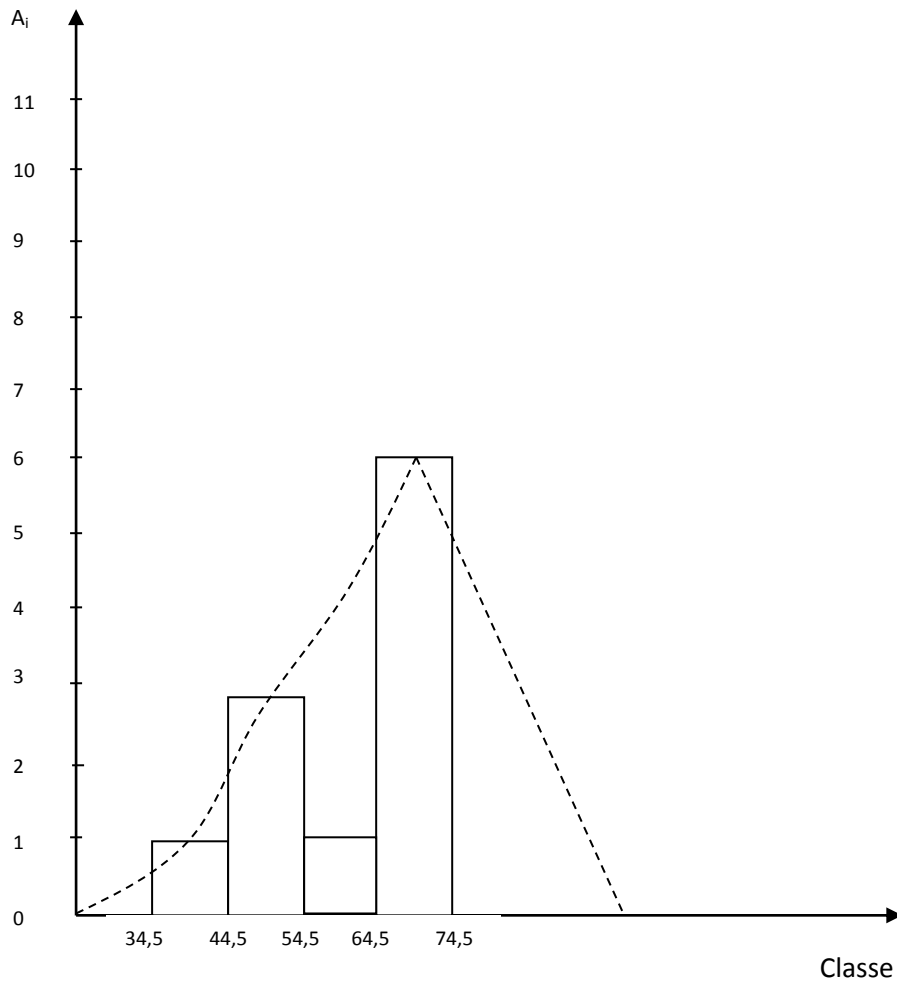
$$CV = \frac{S \cdot 100}{x}$$

$$CV = \frac{10,8 \times 100}{60,4} = 18\%$$

$$CV = 18\%$$

NB : 18 % des patients souffrants de cancer des seins ont l'âge qui disperse autour de la moyenne.

3. Présentation graphique : Histogramme et polygone de fréquence



- 55 % des patients souffrants de cancer du sein ont l'âge compris entre 65 et 74 ans ;
- 27% des patients souffrant de cancer du sein ont l'âge compris entre 45 et 54 ans et enfin ;
- 9% des patients souffrant de cancer du sein ont l'âge compris entre 35 à 44 ans, et 55 à 64 ans.

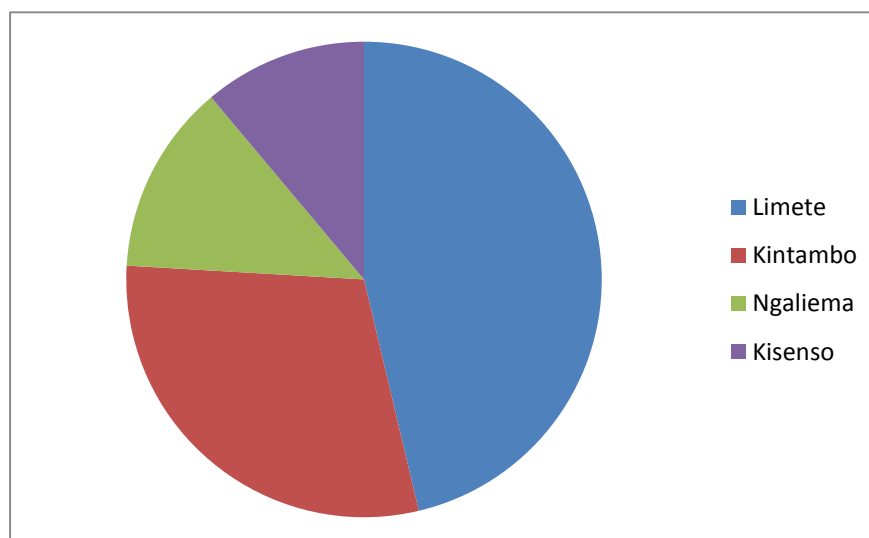
3.1 Commune de résidence des patients

1. Tableau regroupant les communes de résidence des patients

Résidence	Effectif	%
Limete	5	45,4
Kintambo	3	27,2
Ngaliema	2	18,1
Kinseso	1	9,09
Total	11	100

Commentaire : 45 % des malades souffrants du cancer du sein au Clinique Bondeko de Kinshasa résident à Limete contre 27 % à Kintambo, 18% à Ngaliema et 9% à Kinsenso.

3.2 Diagramme en secteur montrant les communes de résidence des patients



45 % des patients souffrant de cancer du sein enregistrés à la Clinique Bondeko de Kinshasa résident dans la commune de Limete.

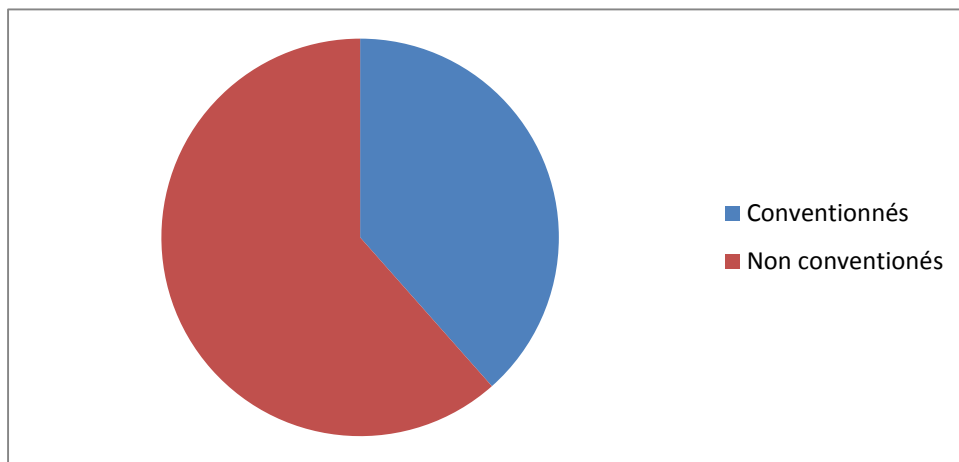
3.3 Mode de paiement

Tableau montrant le mode de paiement des malades de 2007 à 2010

Mode de paiement	Effectif	%
Conventionnés	4	36,3
Non conventionnés	7	63,6
Total	11	100

Commentaire : 64 % des patients souffrant de cancer du sein sont des non conventionnés on paye comptant tandis que 36 % des patients sont des conventionnés.

H. Diagramme en secteur de mode de paiement des malades souffrant de cancer du sein de 2007 à 2010



64 % des patients souffrant de cancer du sein sont non conventionnés c'est-à-dire payent comptant.

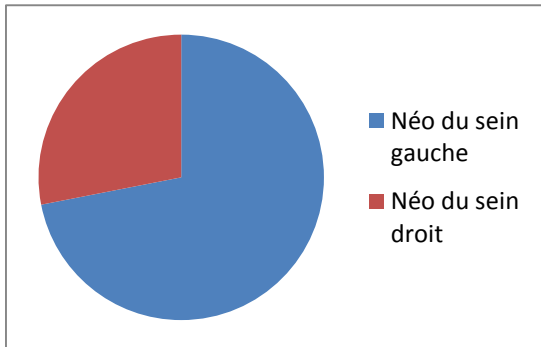
3.4 Le diagnostique des patients

Le tableau regroupant le diagnostique des patients de la Clinique Bondeo souffrant de cancer du sein de 2007 à 2010.

Mode de paiement	Effectif	%
Néo du sein gauche	7	64
Néo du sein droit	4	36
Total	11	100

A la clinique Bondeko de 2007 à 2010, 64 % des patients souffrant de cancer du sein ont le diagnostic de néo du sein gauche contre 36 % du sein droit.

Diagramme en secteur des diagnostiques des malades souffrant de cancer



64 % des patients souffrant de cancer du sein enregistrés à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 présentent un diagnostic de néo du sein gauche.

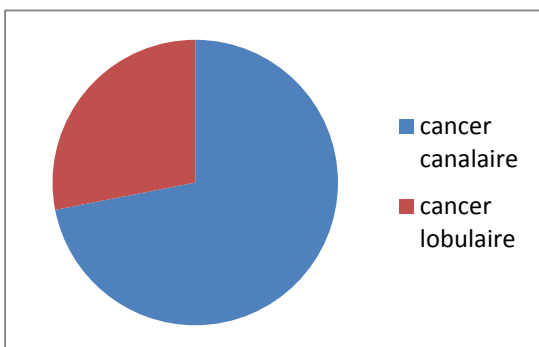
3.4.1 Les types histo pathologiques

Le tableau regroupant les différents types histopathologique entre le cancer canalaire et le cancre lobulaire des patients de la Clinique Bondeko de 2007 à 2010.

Type histopthalogie	Effectif	%
Canalaire	7	64
Lobulaire	4	36
Total	11	100

A la Clinique Bondeko de 2007 à 2010, 64 % des patients souffrant de cancer canalaire contre 36% du cancer lobulaire.

Diagramme en secteur des types histopathologiques entre le cancer canalaire et le cancer lobulaire.



64 % des patients souffrent de cancer canalaire enregistrés à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010.

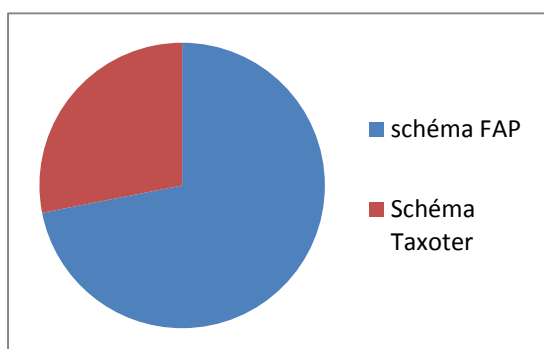
3.4.2 Type de chimiothérapie reçue

Tableau montrant le schéma de chimiothérapie reçue à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010.

Chimiothérapie	Effectif	%
FAP	7	64
Taxoter	4	36
Total	11	100

64 % des patients souffrant de cancer du sein ont reçu une chimiothérapie faite du schéma FAP tandis que 36% ont reçu le schéma fait de taxoter.

Diagramme en secteur de chimiothérapie reçue des malades souffrant de cancer du sein.



64% des patients souffrant du cancer du sein enregistrés à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 ont reçu la Chimiothérapie faite du schéma FAP.

3.5 Type d'intervention

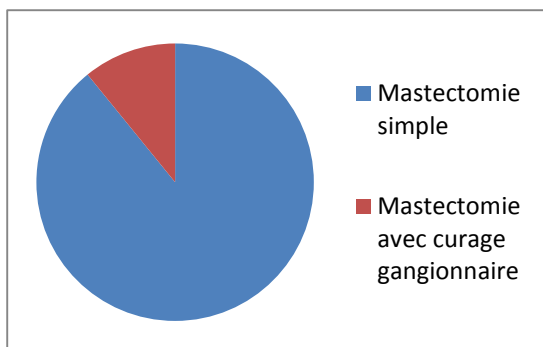
1. Tableau montrant le type d'intervention dans le cas de cancer du sein à la Clinique Bondeko

Type d'intervention	Effectif	%
Mastectomie simple	9	82
Mastectomie avec curage ganglionnaire	2	18
Total	11	100

Commentaire

82% des patients souffrant de cancer du sein à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 ont subi une mastectomie simple contre 18 % en mastectomie avec curage ganglionnaire.

2. Diagramme en secteur ou type d'intervention en cas de cancer du sein à la Clinique Bondeko



82 % des patients souffrant de cancer du sein ont subi une intervention en mastectomie simple.

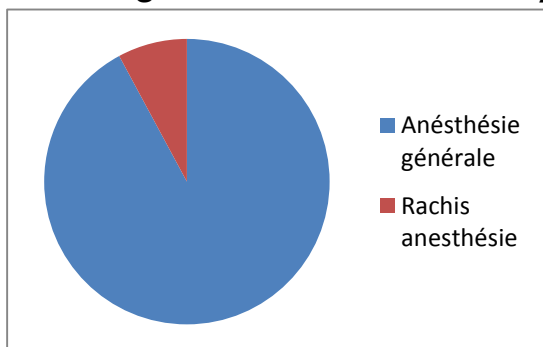
3.6 Type d'Anesthésie

1. tableau de type d'anesthésie utilisé à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 pour le cas de cancer du sein.

Type d'anesthésie	Effectif	%
Anesthésie générale	10	91
Rachis anesthésie	1	9
Total	11	100

91% des patients souffrant de cancer du sein à la Clinique Bondeko en cas de l'opération ont reçu le type d'anesthésie générale contre 9% du type d'anesthésie rachis.

2. Diagramme en secteur du type d'anesthésie



91% des patients souffrant de cancer du sein à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 ont reçu l'anesthésie générale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guy FELLOUX, Atlas commenté d'échographie mammaire guide d'interprétation
Guy FELLOUX Wolfgangleucht, Traduction français docteur
Préface Docteur Henry Tristant
2. Dr.Laurence le Moal oncologue, Cancer du sein,
Dr. Alfred Fitaussi Chirurgien plastique et
reconstruction, Institut curie-Paris vé
3. Encyclopédie médicale, Dr Lyonel Rossant
Dr. Jacqueline Rossant-Lambroso
4. Dr.LORTHOLARY.A., Histoire naturelle du cancer du sein, CRLCC
centre Paul Papin Anger, Nice, UMFV 2005
5. Henry Rochefort., Jacques Rovesse, Cancer du sein, incidence et
prévention
6. www.doctissimo.fr/dossiers/cancer du sein

CHAPITRE QUATRIEME: DISCUSSION

IV.1. Fréquence

En partant de nos études faites à la Clinique Bondeko de Limete durant la période du 01 janvier 2007 au 31 décembre 2010, la fréquence trouvée est de 11.

La maladie affecte 73% des femmes âgées de 50 ans, soit les femmes ménopausées contre 26% des hommes.

Une étude descriptive s'est déroulée dans le service de gynécologie de la Polyclinique de Courlancy à Reims en France, et il ressort que la fréquence est de 16.143 cas soit 1%. En France du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010, nous nous retrouvons avec 1.680.000 cas.

IV.2 Profil socio-démographique

- a. **Age** : la tranche d'âge de nos patients est de 65 à 74 ans avec 6 cas en 2010 soit 55% ; 1 cas en 2009 soit 9% ; 3 cas en 2008 soit 27% et enfin 1 cas en 2007 soit 9% par année. Il s'agit pour la plupart des femmes ménopausée de conditions de vie aisée se livrant au tabagisme car ce dernier est responsable de 80% de décès par cancer.

Selon la plupart d'auteurs, l'âge le plus atteint est supérieur à 40 ans. Nos résultats ne font que refléter la réalité de nos pays avec une espérance de vie courte.

LORTHOLARY A. (2005), pense que la fréquence du carcinome du sein est en relation avec les différents facteurs notamment l'âge, car selon lui, environ la moitié des cancers du sein survient entre 45 et 65 ans

- b. **Provenance** : concernant les communes d'où proviennent, les patients la zone périphérique est la commune de Limeté avec 5 cas soit 45,4%. Le cancer du sein est une maladie qui préoccupe plus dans les pays développés que dans les pays en voie de développement.
- c. **Sexe** : Quant au sexe, les femmes sont les plus touchées 8 cas, soit 73% à la Clinique Bondeko de Limeté, tandis que dans le monde une femme sur 9 risque d'être atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie, à la ménopause. Les hommes peuvent aussi en être touchés ; 3 cas soit 27% dans la période allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010.

IV.3 Les Types histopathologiques

Les types histopathologiques de cancer du sein à la Clinique Bondeko de Limeté sont de deux formes ou sortes : le cancer canalaire et le cancer lobulaire ; quant au cancer canalaire, nous avons enregistré 7 cas soit 64% et en ce qui concerne le cancer lobulaire, nous en avons trouvé 4 soit 36%.

IV.4 La prise en charge

La prise en charge à la Clinique Bondeko de Limeté de cancer du sein est la mastectomie. Il y en a de deux types :

- La mastectomie simple avec 9 cas soit 82 % et la ;
- La mastectomie avec curage ganglionnaire avec 2 cas soit 18%.

IV.5 La chimiothérapie

La chimiothérapie reçue à la Clinique Bondeko de 2007 à 2010 était basée sur 2 schémas : le FAP et le TAXOTER, 64 % des

patients souffrant de cancer du sein ont reçu une chimiothérapie faite du schéma FAP tandis que 36% ont reçu le schéma fait de taxoter.

V.1 Conclusion et recommandation

Nous avons étudié 11 cas de cancer du sein à la Clinique Bondeko de Limeté pendant 4 ans, allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2010, dont 8 femmes et 3 hommes.

En guise de conclusion, nous retiendrons les résultats ayant marqué notre étude.

- Concernant la fréquence, elle est de 11. La maladie affecte plus les personnes dans les cinquantaines, les femmes sont plus touchées soit 73% contre 27% des hommes ;
- Concernant le profil socio-démographique, le cancer du sein à la Clinique Bondeko de Limeté est féminin dans la majorité avec 8 cas soit 73% contre 27% des hommes avec un âge moyen de 60,4 ans ; dont la tranche d'âge prédominante est celle de 65 à 74 ans. La commune de Limeté regorge 45,4% des personnes ayant un cancer du sein, les autres patients proviennent des communes lointaines telles que : Kintambo, Ngaliema et Kinsenso : c'est une affection qui préoccupe plus dans les pays développés ;
- A propos du diagnostic, à la Clinique Bondeko de Limeté, le cancer du sein affecte les 2 seins avec prédilection au niveau du sein gauche, d'après notre étude, nous avons constaté que 64 % des patients souffrent du néo du sein gauche, contre celui de droit qui est de 36% ;
- Quant aux types histopathologiques de cancer : du sein à la Clinique Bondeko de Limeté, il y a deux formes : le cancer canalaire avec 7 cas soit 64 % et le lobulaire, 4 cas soit 36%
- En ce qui concerne la prise en charge , la méthode utilisée pour le cancer du sein à la Clinique Bondeko de Limeté est mastectomie. Elle

est de deux types la mastectomie simple avec 9 cas soit 82% et la mastectomie avec curage ganglionnaire avec 2 cas soit 18%

- Enfin, en ce qui concerne les types de chimiothérapie reçue à la Clinique Bondeko de Limeté. Elle est de deux types : la première est faite du schéma FAP et la seconde de TAXOTER, 64 % des patients souffrant du cancer du sein ont reçu une chimiothérapie faite du schéma FAP tandis que 36% ont reçu le schéma fait de TAXOTER.

V.2 RECOMMANDATIONS

- 1) **Au gouvernement** : il est souhaitable que ce dernier fournisse aux centres hospitaliers des moyens appropriés pour la réalisation des biopsies en cas de suspicion des tumeurs du sein. Et surtout, la sensibilisation par les médias ou à travers les agents communautaires
- 2) **Aux médecins** : la spécialisation en anatomopathologie et en radiologie s'avère importante car elle permet l'acquisition d'un nombre important des médecins spécialistes dans ce domaine pour des examens de laboratoire complet, ce qui réduirait à notre avis la fréquence des cancer du sein dans notre population. Et en suite, assurer la surveillance régulière des cas traités en organisant :
 - **Un examen Clinique tous les 3 à 6 mois ;**
 - **Une radiographie du thorax tous les 6 mois ;**
 - **Une mammographie bilatérale tous les ans**
- 3) **A la population congolaise** : En particulier aux femmes ; les femmes de plus de trente ans doivent se faire dépister après un mois, subir une mammographie si possible. L'autopalpation est de rigueur à toutes les femmes.