

RESULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DE CANCER DU SEIN SURVENUES APRES CHIRURGIE INITIALE AU CHU DE TREICHVILLE

DIA JM¹, YAO I², DJANHAN L¹, SAKI C³, ADOU N³,

1. Assistant chef de Clinique, service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU Treichville
2. Maître assistant, service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU Treichville
3. Interne, service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU Treichville

Correspondant : Dia Jean Marc H L,

Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Treichville (Pr TOURE CK),
BP V 13 Abidjan (RCI)
E-mail : jmlamedia@yahoo.fr

RESUME

Introduction : En Côte d'Ivoire, le cancer du sein est le 2ème cancer de la femme et le diagnostic est posé souvent tardivement, avec comme conséquence la survenue fréquente de métastases. Bien que ces métastases soient fréquentes dans nos régions, la littérature africaine est pauvre en publication sur le sujet.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive sur 5 ans (janvier 2000 à décembre 2004) sur les métastases du cancer du sein survenant après chirurgie initiale.

L'objectif : était de décrire leur traitement et leur évolution dans nos services de cancérologie et de gynécologie du CHU de treichville à Abidjan.

Résultats : *Nous avons colligé 105 patientes et il ressort que : *Nos malades étaient en général jeunes avec une moyenne d'âge 40,71 ans (extrême 30- 70 ans), et scolarisées (66,67%)

*Les métastases étaient en général uniques (78,89%), osseuses (43,9%) avec un délai moyen de survenue de 13,53 mois.

*La plupart de nos patientes avaient reçu une chimiothérapie exclusive ou associée à l'hormonothérapie

*Nous avons eu très peu de réponse complète (6,67%) après le traitement de la rechute, et la majorité de nos patientes étaient décédée dans la première année suivant l'apparition de la métastase (survie à 1 an : 19,05%).

Conclusion : Notre étude nous a permis de constater que la prise en charge du cancer du sein nous pose des problèmes. Pour l'amélioration

de la survie des patientes atteintes de cancer du sein, nous devons vulgariser les séances de dépistage et de diagnostic précoce dans nos pays en voie de développement

Mots-clés : Métastases - Cancer du sein- Evolution - Traitement

SUMMARY

Introduction : Côte d'Ivoire, breast cancer is the second woman and the diagnosis is often delayed, resulting in the frequent occurrence of metastases. Although these metastases are common in our region, African literature is poor in publication on the subject.

Methodology : We realized retrospective study on five years (January 2000 to December 2004) concerning metastases of breast's cancer occurring after initial surgery. The aim was to describe treatment and evolution in our department of oncology and gynecology at CHU TREICHVILLE in Abidjan.

Results : Our patients were generally young with a mean age of 40.71 years (range 30-70years) and educated (66.67%).

* The metastases were generally single (78.89%), bone (43.9%) with an average time of onset of 13.53 months.

* Most of our patients had received chemotherapy or exclusively associated with hormone therapy

* We have had very few complete responses (6.67%) after treatment of relapse, and the majority of our patients had died within the first year of the onset of metastasis (1-year survival : 19.05 %).

Conclusion : Our study found that the management of breast cancer we have problems. To improve survival of patients with breast cancer, we must popularize screenings and early diagnosis in our country in developing

Key words : Metastasis - Breast Cancer Treatment-Evolution

INTRODUCTION

Le cancer du sein se singularise par son incidence élevée et son mauvais pronostic lié à la survenue fréquente de métastases mortelles [3]. La précocité des métastases est reconnue si bien qu'il est recommandé une surveillance accrue au cours des 5 premières années suivant le traitement initial. [3,8]

L'objectif de la prise en charge de ces métastases ne sera pas d'obtenir la guérison mais recherchera à améliorer la qualité de vie et à prolonger la survie.

En Côte d'Ivoire comme dans les pays en voie de développement en général, le cancer du sein est le 2ème cancer de la femme et le diagnostic est posé souvent tardivement, avec comme conséquence la survenue fréquente de métastases [1,2]. Bien que ces métastases soient fréquentes dans nos régions, la littérature africaine est pauvre en publication sur le sujet.

Nous nous sommes donc proposés de réaliser cette étude sur les métastases avec pour objectif de décrire leur traitement et leur évolution dans notre contexte d'exercice.

PATIENTES ET METHODES

L'étude a été réalisée dans les services de gynécologie et de cancérologie du CHU de Treichville. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant de janvier 2000 à décembre 2004 soit sur 5 ans.

Ont été incluses toutes les patientes répondant simultanément aux critères suivants :

- avoir initialement subi une mastectomie selon Patey pour cancer invasif non métastatique du sein dans les services de cancérologie ou de gynécologie du CHU de Treichville.

- avoir présenté une métastase de cancer du sein durant la période d'étude

- avoir bénéficié d'un traitement et d'un suivi de leur métastase pendant la première année au moins.

Nos données ont été recueillies sur une fiche d'enquête à partir des dossiers d'hospitalisation et de consultation, des registres de chimiothérapie, et des registres du laboratoire d'anatomopathologie.

Notre échantillon était composé de 105 cas; les traitements de texte et l'analyse statistique ont été faits par les logiciels Word 2007, Excel 2007, épi info 2000.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

Age

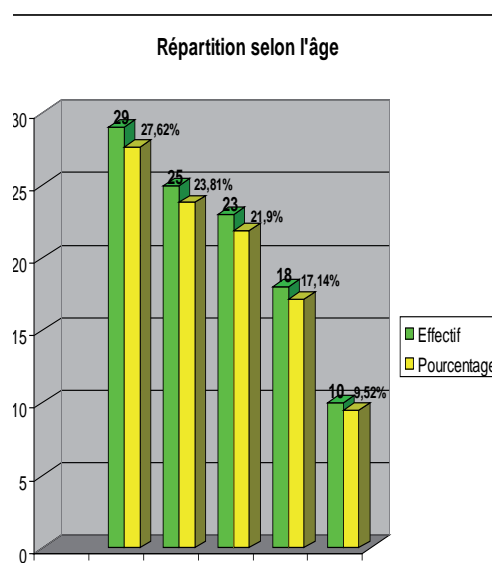


Figure N° I : Répartition selon les tranches d'âge

Nos patientes étaient en général jeunes avec un âge moyen de 40,71 ans (extrême 30-70ans)

- Niveau d'étude

La majeure partie de nos patientes était scolarisée :

- 70 patientes scolarisées (66,67%)
- 30 patientes non scolarisées (28,57%)
- Niveau d'étude non précisé chez 5 patientes (4,76%)

- Antécédents familial de cancer du sein

La majorité de nos patientes n'avaient pas signalé d'antécédents familial de cancer du sein : 85 patientes (80,95%).

CARACTERISTIQUE DES METASTASES

- Le siège

Les métastases étaient uniques dans 82 cas (78,89%) et multiples dans 23 cas (21,9%)

Parmi les localisations multiples les associations osseuses et pulmonaires étaient les plus fréquentes : 10 cas. Quant aux métastases uniques, les localisations osseuses étaient les plus fréquentes.

- **Délai de survenue** : le délai de survenue est rapporté dans le tableau N°1 ci-dessous

Tableau N° I : Délai de survenue de la rechute

| Délai (mois) | Effectif | % |
|--------------|----------|-------|
| 0-6 | 8 | 7,62 |
| 6-12 | 24 | 22,86 |
| 12-24 | 48 | 45,71 |
| > 24 | 25 | 23,8 |
| TOTAL | 105 | 100 |

Les métastases les plus précoces (< 24 mois) sont survenues chez 80 patientes (76,19%)

Traitement des metastases

- **TRAITEMENT** : les différents moyens thérapeutiques sont répertoriés dans le tableau N° II ci-dessous

Tableau N° II : Traitement de la rechute

| Type de traitement | Effectif | % |
|---------------------------|----------|-------|
| Chimiothérapie exclusive | 35 | 33,33 |
| Hormonothérapie exclusive | 10 | 9,53 |
| Chimio et hormonothérapie | 30 | 28,57 |
| Symptomatique | 30 | 28,57 |
| Total | 105 | 100 |

La chimiothérapie exclusive a été le moyen le plus utilisé (33,33%) contre l'association chimiothérapie+ hormonothérapie (28,57%) et le traitement symptomatique (28,57%).

Les différents protocoles de chimiothérapie (Polychimiothérapie de 2^{ème} ligne) utilisés étaient les suivants :

** FAC : 5FU 500 mg/m²

Adriblastine 50mg/m² J1 et J21

Cyclophosphamide 600mg/m²

** 5FU- Mitomycine : 5FU 500 mg/m² J1 à J21

Mitomycine 10mg/m² J1 et J21

** Cisplatine- Endoxan : Cisplatine 100mg/m² J1 et J21

Endoxan 700mg/m² J1 et J21

L'hormonothérapie a consisté en l'utilisation du Tamoxifène

- **REPONSE AU TRAITEMENT** : les différents aspects de la réponse aux thérapeutiques sont rapportés dans le tableau N° III

Tableau N° III : Réponse au traitement

| Réponse | Effectif | % |
|-------------|----------|-------|
| Complète | 7 | 6,67 |
| Partielle | 20 | 19,05 |
| Stabilisée | 38 | 36,19 |
| Progression | 40 | 38,09 |
| Total | 105 | 100 |

Nous avons obtenu très peu de réponse complète (6,67%) contre 38,09% de progression de la maladie.

- **SURVIE** : les résultats de la survie à un an sont exposés dans le tableau N° IV suivant

Tableau N° IV : Survie à 1 an

| Survie | Effectif | % |
|---------|----------|-------|
| Vivante | 20 | 19,05 |
| Décédés | 85 | 80,95 |
| TOTAL | 105 | 100 |

La majorité de nos patientes (80,95) sont décédés dans les premières années suivant la survenue de leur métastase.

DISCUSSION

Nos patientes étaient en général jeunes avec un âge moyen de 40,71 ans (extrême 30-70ans). Dans l'étude de Anvo [2], 72,6% des patientes avaient entre 20 et 50 ans.

L'influence de l'âge sur l'évolution après traitement de la tumeur primitive a été largement étudiée. Plusieurs auteurs ont constaté comme nous la fréquence élevée des métastases chez les femmes jeunes [3,10]. Pour Chevallier [5] les femmes jeunes de moins de 40 ans feraient plus de rechute métastatique alors que les femmes plus âgées feraient plus de récurrences locorégionales

La majorité de nos patientes était scolarisée (66,67%) et d'un niveau secondaire (28,57%). Il s'agissait de personnes qui à priori comprenaient bien le danger du cancer du sein, ce qui a facilité le diagnostic précoce de la tumeur initiale et des métastases.

Les patientes qui n'avaient pas d'antécédents de cancer familial de sein ont constitué 80,95% de notre population.

Pour Cabarrot [3] la notion de cancer familial du sein constitue un facteur de risque de cancer du sein dans la descendance mais n'a pas d'influence prouvée sur la survenue de métastases.

Nous avons constaté que la majorité des métastases de nos patientes était uniques (78,89%). Etaient respectivement les plus touchés : les os (43,9%), le poumon (35,36%) le foie (10,96%), les ganglions à distance, le cerveau, la peau, et le péritoine.

Plusieurs auteurs ont également mis en évidence la grande fréquence des formes osseuses puis pulmonaires [7,13]. Par contre Anhoux et Anvo [1,2] retrouvaient dans leur étude faite dans notre contexte que les formes les plus fréquentes étaient pulmonaires puis hépatiques. Nous sommes cependant d'accord avec certains auteurs africains qui estiment qu'il est prématuré de conclure à des sites préférentiels dans nos conditions du fait d'une sous estimation liée à une insuffisance des examens paracliniques d'exploration [2,9].

Le délai moyen de rechute de notre population a été de 13,53 mois après le traitement initial.

Anvo [2] a également retrouvé la précocité des rechutes dans notre milieu : 78% de rechutes en moins de 24 mois.

Pour Lansac [11], 73% des métastases surviennent dans les 3 premières années, 20% entre 4 et 11ans et 5% au-delà des 12 ans.

Toutes nos patientes ont reçu un traitement médical palliatif de leur métastases : 33,33% des patientes ont reçu une chimiothérapie exclusive, 28,57% une chimiothérapie associée à une hormonothérapie, 9,53% une hormonothérapie exclusive et 28,57% un traitement symptomatique. Nous avons indiqué en première intention la chimiothérapie chez les patientes non ménopausées, l'association chimiothérapie et hormonothérapie chez les ménopausées et les traitements symptomatiques lorsque l'état de la malade était précaire. La chimiothérapie proposée était de type polychimiothérapie incluant des

nouvelles molécules à base de taxane, d'améticine ou de cisplatine.

Quant à l'hormonothérapie elle était basée essentiellement sur le tamoxifène. La radiothérapie n'a pu être pratiquée dans la prise en charge des métastases par manque de centre de radiothérapie dans notre pays.

Pour Morvan [8] au stade de métastase l'hormonothérapie et la chimiothérapie sont les armes essentielles dont dispose le médecin pour traiter la maladie, alors que la chirurgie et la radiothérapie apparaissent plutôt comme des traitements adjuvants.

Concernant les indications, Extra [6] pense que malgré la toxicité de la chimiothérapie, elle doit être utilisée en première intention par rapport à l'hormonothérapie car elle a une grande efficacité et une rapidité d'action.

Quant à Mauriac [12], il estime que l'association chimiothérapie et hormonothérapie donne de meilleurs résultats que la chimiothérapie exclusive. Mais Carter [4] signale que bien que l'association chimiothérapie hormonothérapie puisse augmenter les chances de réponse, il existe néanmoins un inconvénient qui est d'épuiser d'emblée les possibilités thérapeutiques en cas d'échec.

Nous avons eu très peu de réponse complète (6,67%) après le traitement de la rechute, et la majorité de nos patientes est décédée dans la première année suivant l'apparition de la métastase : survie à 1 an : 19,05%.

Dans l'étude de Anvo [2] la survie moyenne était de 6 mois.

François Morvan [8] souligne le fait qu'en l'état actuel des connaissances et des traitements, une patiente parvenue au stade de métastase décelable ne pourra pas guérir de sa maladie, avec une survie à 5 ans n'excédant pas 10%, et exceptionnelle à 10 ans.

CONCLUSION

Notre étude nous a permis de constater que la prise en charge du cancer du sein nous pose des problèmes. Les métastases sont survenues précocement après le traitement initial avec un délai moyen de 13,53 mois. La majorité de nos patientes est décédée dans la première année suivant l'apparition de la métastase (survie à 1 an : 19,05%). Pour l'amélioration de la survie des patientes atteintes de cancer du sein, nous devons vulgariser les séances de dépistage et de diagnostic précoce dans nos pays en voie de développement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANHOUX A . ADOUBI I. ECHIMANE K.A. et al. Sites métastatiques du cancer du sein de la femme noire en Côte d'Ivoire. Bull cancer 1995,82,6 ; 467
2. ANVO G. Rechutes métastatiques des cancers du sein traités à Abidjan : à propos de 80 cas colligés. Thèse Méd. Abidjan 2003 N° 2510/03
3. CABARROT E. Histoire naturelle des cancers du sein. Encycl Méd Chir(Paris) Gynécologie.2000; 865- A- 10, 1-17.
4. CARTER CL., ALLEN C., HENSON DE. Et coll. Relation of tumor size lymph node status, and survival in 24 740 breast cancer cases. Cancer 1989, 63: 181-187
5. CHEVALLIER B., HEINTZMAN F., MOSSERI V., et coll. Quels sont les facteurs pronostics du cancer du sein opérable sans envahissement ganglionnaire axillaire histologique ? Résultats d'une analyse uni et multifactorielle. Bull Cancer 1989, 76 : 51-60.
- 6- Extra J M. Chimiothérapie néo adjuvante et cancer du sein. In le sein . Edition ESKA 2001 : 779- 89.
7. FERRERO J.M ., PIVOT X., NAMER M., et al. Association Mitoxantrone – Vinorelbine en première ligne thérapeutique dans le cancer du sein métastatique. Bull cancer 1995 ; 82, 2002- 07.
8. FRANCOIS MORVAN. Le traitement des cancers du sein au stade des métastases. In le sein. ESPIE M et GORINS A. Edit ESKA 2002, 823-841.
9. HAROUNA D.Y., BOUKARY I., KANOU HM. Le cancer du sein de la femme au Niger. Méd . Afr. Noire: 2002;1: 39-43
- 10- KURTZ J, JACQUEMIER J, ALMARIC R. Why are local recurrences more frequent after breast conserving therapy in young patients ? J Clin Oncol 1990; 8 : 591-8.
- 11- LANSAC J, DIOUF A. La surveillance d'une femme traitée pour cancer du sein. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 21- 33.
12. MAURIAC L., DURAND M., CHAUVRGNE J ; et al . Traitement médical des métastases des cancers du sein. Actu cancérologies 1981, 331.
13. RENAUD R., GAIRARD B., BELLOCQ JP., et al. Le risque de métastases à distance. In Cancer du sein : surveillance après traitement. BREMOND A. Méditation 1991 : 16-26