

**LESIONS INFRA CLINIQUES DU SEIN A LIBREVILLE (GABON): Etude rétrospective de 174 cas.**NGOU-MVE-NGOU J.P.<sup>1</sup>; MAYI-TSONGA S.<sup>2</sup>; DIALLO OWONO F.K.<sup>3</sup>; NGO'O NZE S.<sup>1</sup>; ONDO N'DONG F.<sup>3</sup>(Manuscript N° E138. Received 04/02/2009. Accepted in revised form 12/04/2009) **Clin Mother Child Health 2009; Vol 6, N° 1:1003-1006****RESUME:**

La prévalence du cancer du sein est en augmentation en Afrique. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence des lésions infra cliniques du sein diagnostiquées à Libreville (Gabon) et évaluer leur prise en charge. L'étude est rétrospective. Nous avons revu les dossiers des patientes opérées pour lésions mammaires infra cliniques du 1<sup>er</sup> Janvier 1994 au 31 Décembre 2003 dans les deux principales structures hospitalières de Libreville. Les caractéristiques épidémiologiques, les modalités de prise en charge et les résultats histologiques ont été étudiés. Il ressort que sur 174 patientes opérées, l'âge moyen était de 39 ans. Le sein gauche était concerné dans 62,7% des cas versus 37,3% pour le sein droit. Il y a eu 79% de cas de micro calcifications suspectes. Le repérage stéréométrique a été la méthode la plus pratiquée. Sur le plan histologique, nous avons enregistré 30% de tumeurs malignes, dont 10% de carcinome canalaire infiltrant. Du point de vue thérapeutique, les incisions péri aréolaires ont été réalisées chez 87,9% des femmes relevant d'une chirurgie conservatrice. Nous concluons qu'un accent particulier doit être mis sur le dépistage précoce des lésions infra cliniques du sein en Afrique. Les méthodes de repérage doivent s'améliorer afin d'optimiser la qualité de la prise en charge.

**MOTS CLES:** Cancer - Sein - Micro calcifications.**NON PALPABLE BREAST LESIONS IN LIBREVILLE, GABON: A retrospective study of 174 cases.****ABSTRACT:**

The prevalence of breast cancer is on the rise in Africa. The objectives of this study were to determine the prevalence of non palpable breast lesions and to evaluate the management in Libreville (Gabon). We retrospectively reviewed the files of patients operated for breast micro calcifications from 1<sup>st</sup> January 1994 to 31<sup>st</sup> December 2003 in the two main hospitals of Libreville. The epidemiological, diagnostic, histological and therapeutic features were reviewed. The results show that 174 women underwent surgery with a mean age of 39 years. The left breast is affected in 62.7 % of the patients against 37.3 % for the right. We noted 79% of malignant suspicious micro calcifications. Stereometric localization was the most used method. Histologically, 30 % were malignant, amongst which 10 % were infiltrating carcinomas. As concerns treatment, peri areolar resections were done in 87.9 % of the patients. We thus conclude that emphasis be placed on early diagnosis of non palpable breast lesions in the African setting. Diagnostic methods should be improved so that the quality of management be optimized.

**KEY WORDS:** Cancer - Breast - Micro calcifications.**I- INTRODUCTION**

**L**e cancer du sein, jadis relativement rare au sein des populations noires d'Afrique [1], présente une nette progression en terme d'incidence. Ceci

est probablement lié aux modifications alimentaires et environnementales [2]. La prise en charge de cette entité pathologique se heurte encore au problème du délai dans le diagnostic. Les causes de ce retard diagnostic sont soit économiques, structurelles ou culturelles. Afin de réduire la prévalence des formes cliniques invasives, l'incitation au dépistage individuel est de plus en plus nécessaire. Ce dépistage permet de révéler des lésions mammaires au stade infra clinique. L'expression la plus fréquente de ces lésions est représentée par les micro calcifications (Mcc), identifiables à la mammographie [3]. Ces micro calcifications sont le plus souvent en foyer

<sup>1</sup>Service de Gynécologie Obstétrique, Fondation Jeanne Ebori Libreville, Gabon.

<sup>2</sup>Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier de Libreville, Gabon.

<sup>3</sup>Département de Chirurgie, Faculté de Médecine Libreville, Gabon.  
Correspondances: Dr. MAYI-TSONGA S., B.P.2758, Libreville Gabon.  
E-Mail: smayi3@yahoo.fr

isolé ou associées à une autre anomalie parenchymateuse telle une opacité ou une distorsion architecturale. Les techniques de prise en charge de ces micro calcifications se sont améliorées de façon notoire dans les pays occidentaux [4]. Par contre, dans notre contexte, nous sommes encore confrontés à des difficultés inhérentes à la qualité des moyens diagnostiques et notamment la technique de repérage. Les objectifs de ce travail sont de déterminer la prévalence des lésions infra cliniques diagnostiquées à Libreville et d'analyser leur prise en charge.

## II- MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique réalisée dans les services de gynécologie obstétrique et de radiologie des deux principaux hôpitaux de Libreville, la Fondation Jeanne Ebori (FJE) et le Centre Hospitalier de Libreville (CHL), du 1<sup>er</sup> janvier 1994 au 31 décembre 2003, soit une période de 10 ans. Elle concerne toutes les patientes opérées pour une lésion mammaire infra clinique découverte au décours d'une mammographie et définie comme suspecte par les radiologues de ces deux centres. La mammographie a été demandée soit dans le cadre d'un dépistage individuel soit devant des mastodynies rebelles. Jusqu'en 2002, très peu de radiologues gabonais standardisaient leurs résultats dans les classifications usuelles que sont la classification de Legal et celle plus récente du lexique BI-RADS de l'ACR (American College of Radiology). Les résultats mammographiques étaient rendus selon l'interprétation de chaque radiologue. Ce sont donc les radiologues qui posaient l'indication d'opérer ou non la lésion diagnostiquée. Nous avons ainsi opéré toutes les lésions décrites comme suspectes ou malignes. Les pièces opératoires ont été adressées pour étude histologique.

Seuls les dossiers complets ont été pris en compte. Pour être complet, le dossier devait contenir les éléments suivants : le compte rendu radiologique, une observation clinique, un compte rendu opératoire décrivant la technique et un résultat anatomopathologique. Le registre des cancers du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Libreville nous a permis d'identifier certains comptes rendus histologiques manquants. Nous avons systématiquement exclus les dossiers incomplets. Les caractéristiques épidémiologiques, les modalités de repérage, le type de chirurgie pratiquée et les résultats histologiques ont été analysés. Le recueil des données s'est fait à l'aide d'une

fiche standardisée pré établie. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à partir du logiciel Stat View.

## III- RESULTATS

### - Caractéristiques épidémiologiques

Seuls 174 dossiers ont pu être collectés. Au total, 117 femmes (67%) ont bénéficié d'une mammographie dans le cadre d'un dépistage volontaire et les 57 autres (33%) l'ont pratiquée pour des mastodynies. L'âge moyen était de 39 ans avec des extrêmes de 22 et 51 ans. Il y a eu 117 femmes (67%) en activité génitale alors que les 57 autres (33%) étaient ménopausées.

### - Caractéristiques des images radiologiques

La lecture des comptes rendus radiologiques a permis de relever 137 cas de micro calcifications d'allure évolutive et suspecte (79%) et 37 cas d'opacités stellaires et/ou spiculées (21%). Tous les comptes rendus posaient une indication opératoire à visée anatomopathologique.

Les lésions mammaires se localisaient dans le sein gauche chez 109 femmes (63%) et dans le sein droit pour les 65 femmes restantes (37%). Le quadrant supéro-externe était le plus touché 56 fois (51%) à droite et 38 fois (58%) à gauche. La taille moyenne de ces images radiographiques était de 15 mm avec des extrêmes de 8 et 28 mm.

### - Repérage pré opératoire et type de chirurgie

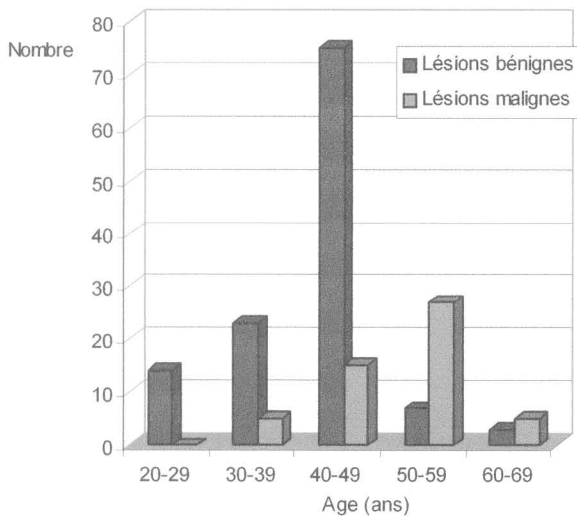
Pour 117 patientes (67,2%), le repérage a été réalisé par méthode stéréométrique et pour 57 patientes (32,7), elle a été associée à l'échographie de hautes fréquences. L'exérèse de ces lésions a été obtenue à partir de 169 tumorectomies (97%) et de 5 mastectomies partielles (3%), réalisées en première intention.

### - Histologie (Tableaux 1 et Figure 1)

Sur le plan histologique, 52 tumeurs (30%) se sont révélées malignes (tableau 1). Parmi elles, il y a eu les 37 opacités stellaires et/ou spiculées (100%) et 15 cas de foyer de micro calcifications d'allure évolutive et suspecte (11%). Une reprise chirurgicale a été jugée nécessaire pour 17 cas de carcinomes canauxaires invasifs du fait des marges d'exérèse insuffisantes : 5 mastectomies selon Patey et 12 mastectomies partielles associées, à chaque fois, à un curage ganglionnaire axillaire. La figure 1 présente la répartition des résultats histologiques selon les tranches d'âge.

**Tableau 1- Résultats histologiques.**

Lésions	N	%
<b>Bénignes</b>		
- Fibrose	9	5
- Fibroadénome	5	3
- Papillome	1	0,5
- Dystrophie	42	24
- Hyperplasie épithéliale régulière	58	33,5
- Hyperplasie épithéliale atypique	7	4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>70</b>
<b>Malignes</b>		
- Carcinome canalaire in situ	28	16
- Carcinome canalaire infiltrant	18	10
- Carcinome lobulaire in situ	6	4
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>30</b>
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>174</b>



**Figure 1- Types histologiques et tranches d'âge.**

**IV- DISCUSSION**

Dans cette étude, les mastopathies malignes ont représenté 30% des lésions mammaires infra cliniques. La plupart des séries [5] rapportent un taux de cancers invasifs situé entre 56 et 78%, soit deux à trois fois notre fréquence. Le pic de fréquence se situe entre 40 et 59 ans, un intervalle qui englobe les moyennes d'âge trouvées par IKPATT et al [6,7] chez les Nigérianes et les Finlandaises, soit 42,7 ans et 58,7 ans

respectivement. VOROBIOF et al [8], souligne que le cancer du sein survient plus tôt chez les noires et est découvert à des stades plus avancés. Pour MEYNARD et al [9], 35% des lésions malignes sont des carcinomes canaux in situ. Dans notre étude, les carcinomes canaux in situ représentent plus de la moitié des lésions malignes. Cette situation est également rencontrée au Nigéria [10]. L'explication habituellement fournie est que ces populations consultent plus tardivement. Dans notre population, 67,3% des femmes ont bénéficié de la mammographie dans le cadre du dépistage systématique, contre seulement 32,7% pour des antécédents personnels ou familiaux. De plus, cette population citadine est probablement mieux informée sur le dépistage du cancer du sein à un stade précoce que la population des campagnes, plus encline à des croyances et autres attitudes qui retardent le diagnostic et par conséquent la prise en charge. Ceci fait ressortir l'importance des campagnes de sensibilisation pour le dépistage précoce du cancer du sein dans nos populations.

L'utilisation de l'échographie et des ponctions biopsiques pourrait améliorer ce pourcentage de lésions malignes ainsi que le rappellent MIRAS et al [11]. Dans notre étude, seules 19,2% des patientes ont pu bénéficier de l'échographie comme diagnostic d'appoint, ce qui souligne la faible accessibilité de nos populations à cet examen.

Le statut hormonal constitue également une particularité de ces lésions. Les lésions infra cliniques bénignes se retrouvent surtout chez les femmes en période d'activité génitale ( $r=0,67$  ;  $p=0,0021$ ) contrairement aux lésions malignes qui sont plutôt l'apanage de la femme ménopausée ( $r=0,49$  ;  $p=0,032$ ). Cette tendance est confirmée par IKPATT et al [6] qui trouvent une association positive entre l'âge des patientes, la taille des tumeurs et leur stade d'évolution. En revanche, ni la parité ni l'allaitement n'apparaissent comme des facteurs protecteurs ainsi que l'affirment MIRAS et al [11], puisque dans notre série, presque toutes les femmes porteuses de mastopathies malignes avaient allaité au moins une fois.

Nous pensons, comme l'affirment AZAVEDO et al [12], que la mammographie est l'examen de référence pour le dépistage du cancer du sein. Elle permet, grâce à l'agrandissement, d'analyser de façon précise la densité et la forme des microcalcifications. Les signes radiologiques évocateurs sont justement les microcalcifications. Leur description doit se faire à l'aide de critères reproductibles tels que la taille, la forme et les contours, comme dans la classification de LEGAL [5].

L'exérèse de ces lésions doit être à la fois ciblée et complète afin d'aider la lecture histologique. Ceci nécessite que le repérage pré opératoire soit précis. La méthode stéréométrique que nous utilisons, bien que non invasive, nous paraît trop délabrante. Elle nous impose l'ablation d'une quantité tissulaire trop importante comparativement à la taille de la lésion. Ceci génère un défaut glandulaire exagéré. Afin d'atténuer ces désagréments, l'utilisation de nouvelles méthodes s'imposent, notamment l'usage du repérage stéréotaxique ainsi que les procédures de micro biopsies à l'aide du mammotome.

La chirurgie constitue le principal traitement de ces lésions mammaires infra cliniques. Elle doit être le plus souvent conservatrice et doit respecter des marges d'exérèse suffisantes, d'au moins 2 cm. Une reprise chirurgicale est nécessaire dans les cas de marges incomplètes sur lésion maligne et dans les cas de cancers invasifs. Cette chirurgie doit être le plus souvent conservatrice d'autant que ces lésions sont précoces. La mastectomie partielle avec curage ganglionnaire doit être, à notre avis, la règle pour toutes les patientes dont l'histologie confirme la présence d'un cancer invasif.

#### V- CONCLUSION

La fréquence des lésions cancéreuses diagnostiquées à partir des lésions mammaires infra cliniques à Libreville se situe bien en dessous des taux rapportés par la littérature. Une meilleure standardisation radiologique des résultats pourrait nous aider à accroître ce taux. Ceci passe nécessairement par l'adoption des nouvelles classifications radiologiques telles que celle de l'ACR. La sensibilisation des radiologues gabonais est nécessaire. L'utilisation de techniques de repérage plus précises, telle que le harpon ou la stéréotaxie, est de plus en plus nécessaire pour nos pays en développement ■

#### REFERENCES:

1. Deborah EC. Breast Cancer: a global perspective. *J Clin Oncology* 2001; 19: 101-05.
2. Sasco AJ. Breast Cancer and the environment. *Horm Res* 2003;60:50.
3. Bremond A, Courtial I, Favre C, Lyonnet D. Dépistage du cancer du sein: conduite à tenir devant les anomalies infra-cliniques. Editions Techniques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, gynécologie 960 A-10, 1993; p 7.
4. Saccomandi E, Clough KB, Viehl P, Fourquet A, Renolleau C, Durand JC. Le cancer du sein dans la tumeur palpable révélé par des microcalcifications, pronostic et traitement. *Presse Med* 1995;24:1291-92.
5. Legal. Valeur pronostique des microcalcifications groupées découvertes par mammographie (à propos de 227 cas). *Bull Cancer* 1984 ; 71 :57-64.
6. Ikpatt OF, Ndoma-Egba R, Collan Y. Influence of age and prognosis of breast cancer in Nigeria. *East Afr Med J* 2002; 79:651-7.
7. Ikpatt OF, Kuopio T, Ndoma-Egba R, Colla Y. Breast cancer in Nigeria and Finland: epidemiological, clinical and histological comparison. *Anticancer Res* 2002; 22:3005-12.
8. Vorobiof DA, Sitas F, Vorobiof G. Breast cancer incidence in South Africa 2001; 19:125-7.
9. Meynard P, Jacquemier J, Ayme Y, Varette V, Spitalier JM, Amalric R, et al. Carcinomes mammaires non palpables: analyse morphologique et histogénèse. A propos de 104 cas. *Bull Cancer* 1989; 76 :653-63.
10. Ikpatt OF, Kuopio T, Collan Y. Prolifération in African breast cancer: biology and prognostication in Nigeria breast cancer material. *Mod Pathol* 2002; 15:783-9.
11. Miras T, Serfert P, Mehdi A. Les lésions mammaires infra cliniques à propos d'une étude rétrospective de 261 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:469-77.
12. Azavedo E, Svane G, Aver G. Stereotactic fine-needle Biopsy in 2594 mammographically detected non palpable lesions. *Lancet* 1989; 13:1033-5.