

## SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION .....	1
Première partie : CONSIDERATIONS GENERALES .....	2
<b>I – CANCER DU SEIN .....</b>	<b>2</b>
I.1- Généralités.....	2
I.1.1 Rappel anatomophysiologique du sein .....	2
I.1.2 Histoire naturelle du cancer du sein.....	4
I.1.3 Anatomie pathologique du cancer du sein.....	4
I.1.4 Facteurs de risque du cancer du sein .....	6
I.2 Diagnostic du cancer du sein .....	8
I.2.1 Circonstances de découverte.....	8
I.2.2 Examen clinique .....	8
I.2.3 Examens complémentaires .....	10
I.2.4 Diagnostics différentiels .....	12
I.3 Classification des cancers du sein.....	13
I.3.1 Règles de classification TNM.....	13
I.3.2 Classification TNM.....	13
I.3.3 Classification selon le PeV .....	14
I.4 Traitement du cancer du sein .....	15
I.4.1 Buts .....	15
I.4.2 Moyens et indications .....	15
I.5 Evolution et pronostic.....	17
I.5.1 Complications .....	17
I.5.2 Facteurs pronostics .....	17
I.5.3 Surveillance .....	18
<b>II- GROSSESSE .....</b>	<b>18</b>
II.1 Généralités.....	18
II.2 Signes cliniques de la grossesse .....	19
II.3 Examens para cliniques .....	20
II.3.1 Dosage de l'hormone $\beta$ hCG.....	20
II.3.2 Echographie .....	20
II.4 Particularités de la grossesse gémellaire .....	20

II.4.1 Diagnostic clinique .....	21
II.4.2 Diagnostic para clinique .....	21
II.5 Surveillance de la grossesse .....	22
II.5.1 Buts de la surveillance.....	22
II.5.2 Eléments de la surveillance .....	22
II.5.3 Consultation du premier trimestre .....	22
II.5.4 Consultations du deuxième et troisième trimestre .....	22
II.5.5 Consultation du neuvième mois .....	22
<b>III- CANCER DU SEIN ET GROSSESSE .....</b>	<b>23</b>
III.1 Généralités .....	23
III.2 Histoire naturelle.....	23
III.3 Diagnostic .....	23
III.4 Traitement .....	24
III.4.1 Chirurgie .....	24
III.4.2 Radiothérapie .....	24
III.4.3 Chimiothérapie.....	24
III.4.4 Hormonothérapie.....	24
III.5 Attitudes proposées .....	25
III.6 Pronostic .....	25
III.7 Allaitement et cancer du sein.....	26
Deuxième partie : <b>NOS OBSERVATIONS</b> .....	27
MATERIELS ET METHODES.....	27
OBSERVATION n°1 .....	28
OBSERVATION n°2 .....	33
OBSERVATION n°3 .....	37
OBSERVATION n°4 .....	40
OBSERVATION n°5 .....	42
Troisième partie : <b>COMMENTAIRE – DISCUSSION – SUGGESTIONS</b>	
<b>CANCER DU SEIN ET GROSSESSE .....</b>	45
<b>I. EPIDEMIOLOGIE .....</b>	<b>45</b>
I.1 Fréquence.....	45
I.2 Age.....	45

I.3 Localisation.....	46
<b>II. DIAGNOSTIC.....</b>	<b>46</b>
II.1 clinique .....	46
II.2 Mammographie .....	47
II.3 Echographie.....	47
II.4 Ponction cytologique.....	47
II.5 Biopsie et anatomo-pathologique.....	48
II.6 Récepteurs hormonaux .....	49
<b>III. BILAN D'EXTENSION.....</b>	<b>49</b>
<b>IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....</b>	<b>49</b>
IV.1 ITG.....	50
IV.2 Chirurgie .....	50
IV.3 Radiothérapie .....	51
IV.4 Chimiothérapie.....	51
IV.5 Hormonothérapie .....	52
<b>V. CHRONOLOGIE DU TRAITEMENT.....</b>	<b>53</b>
<b>VI. PRONOSTIC .....</b>	<b>54</b>
VI.1 Pronostic maternel .....	54
VI.2 Pronostic foetal .....	55
<b>VII. GROSSESSE APRES CANCER DU SEIN.....</b>	<b>55</b>
<b>VIII. CANCER DU SEIN ET METASTASES FŒTALES.....</b>	<b>56</b>
SUGGESTIONS .....	57
CONCLUSION.....	58
ANNEXE	
BIBLIOGRAPHIE	

## **LISTE DES TABLEAUX**

	Pages
Tableau 1. Anatomie pathologique du cancer du sein	4
Tableau 2. Grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson	6

## **LISTE DES FIGURES**

	Pages
Figure 1. Coupe d'un sein	3
Figure 2. Technique de palpation des seins	9
Figure 3. Aspect mammographique du cancer du sein	11
Figure 4. Echographie du sein droit de la patiente n°1	30
Figure 5. Echographie mammaire bilatérale de la patiente n°1	30
Figure 6. Radiographie cardio-pulmonaire de la patiente n°2	36
Figure 7. Radiographie cardio-pulmonaire de la patiente n°2	36
Figure 8. Radiographie du bassin de la patiente n°3	39

## **LISTE D'ANNEXE**

Annexe 1. Indice de Karnofsky

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>BRCA</b>	BReast CAncer
<b>CDDP</b>	Cis-platine
<b>CSAG</b>	Cancer du sein associé à une grossesse
<b>FAC</b>	Fluoro-uracile-Adriamycine-Cyclophosphamide
<b>FEC</b>	Fluoro-uracile-Epirubicine-Cyclophosphamide
<b>5 FU</b>	5 Fluoro-uracile
<b>hCG</b>	hormone Chorionique Gonadotrophique
<b>IK</b>	Indice de Karnofsky
<b>IRM</b>	Imagerie de Résonance Magnétique
<b>ITG</b>	Interruption Thérapeutique de la Grossesse
<b>PeV</b>	Potentiel évolutif
<b>SA</b>	Semaine d'aménorrhée

## **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

La femme tient une place importante dans la société. Elle n'est pas non plus épargnée par le cancer. Le cancer est une réalité et devient de plus en plus une charge socio-économique à Madagascar.

Le cancer du sein est de loin le plus fréquent des cancers qui atteignent les femmes chez qui il constitue la première cause de mortalité par cancer.

Bien que l'association cancer du sein et grossesse soit un évènement rare, il est, après le cancer du col, le cancer le plus fréquemment associé à la grossesse.

L'association cancer du sein et grossesse est définie par la survenue d'un cancer du sein durant la grossesse ou durant l'année suivant l'accouchement. Nous distinguerons 2 situations : le diagnostic d'un cancer du sein au cours ou à proximité d'une grossesse et la grossesse survenant au décours d'un cancer du sein.

Ce travail concerne l'étude des cas de cancer du sein associé à une grossesse vus au service oncologie du CHU JRA et une revue de littérature.

Les objectifs de cette étude sont :

- Rapporter les cas de cancers du sein associés à une grossesse
- Souligner l'importance d'un examen sénologique lors d'une consultation prénatale
- Montrer la particularité de la prise en charge du cancer du sein durant la grossesse

Ce travail comprend trois parties :

- Première partie : considérations générales
- Deuxième partie : nos observations
- Troisième partie : commentaire, discussion et suggestion

Une introduction débutera ce travail et une conclusion le terminera.

## **PREMIERE PARTIE**

## Première partie : CONSIDERATIONS GENERALES

### I – CANCER DU SEIN

#### I.1 Généralités :

Le cancer du sein est une tumeur maligne développée à partir de la partie glandulaire du sein (canaux galactophores et lobules).

##### I.1.1 Rappel anatomophysiologique du sein :

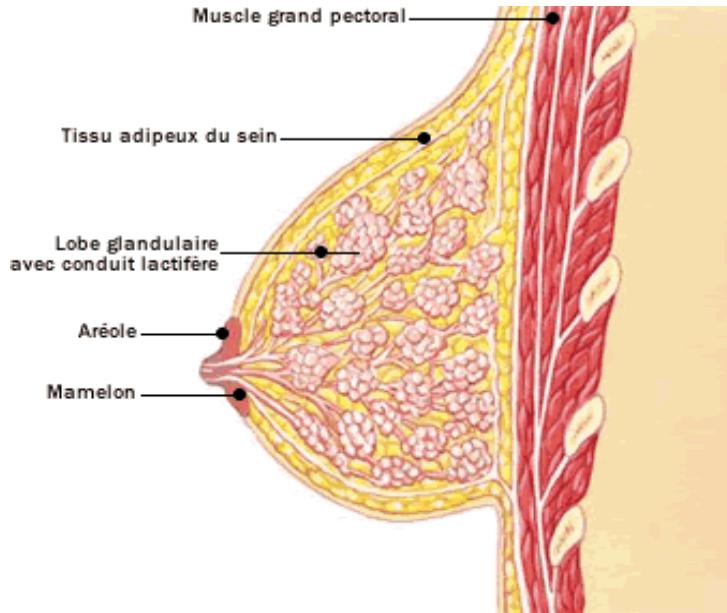
###### ➤ *anatomie du sein (1) (2) :*

Les seins sont placés sur la paroi antérieure du thorax entre le sternum et la ligne verticale tangente à la limite antéro-interne de l'aisselle. Ils s'étendent dans le sens vertical, de la 3<sup>ème</sup> à la 7<sup>ème</sup> côte. Les seins sont centrés par un mamelon, lui-même entouré d'une zone pigmentée : l'aréole. La glande mammaire est constituée d'une vingtaine de lobes glandulaires noyés dans un tissu graisseux. Les canaux galactophores débouchent sur le mamelon. Les seins reposent en arrière sur le muscle pectoral.

La vascularisation du sein est assurée par l'artère mammaire interne et par l'artère mammaire externe, la veine mammaire interne et la veine axillaire.

La lymphe est drainée par différents ganglions :

- lymphatiques glandulaires qui convergent en un plexus aréolaire ;
- ganglions externes qui s'étagent à 5 niveaux (mammaire externe, scapulaire, central, axillaire, sous claviculaire) ;
- ganglions internes qui sont satellites de vaisseaux mammaires internes ;
- ganglions rétroglandulaires accessoires qui se drainent dans le réseau sus claviculaire.



**Figure 1 : coupe d'un sein**

Source : (2)

➤ *physiologie du sein (1) (3) :*

La glande mammaire réagit aux variations hormonales au cours du cycle menstruel. Le sein est placé directement sous l'influence des hormones :

- les oestrogènes provoquent la maturation des follicules ovariens et le développement du sein. Celui-ci ne sera complet que lorsque la progestérone aura adjoint son action à celles des oestrogènes.
- la progestérone développe les acini mammaires. En outre indirectement, elle favorise la sécrétion hypophysaire de prolactine.
- la prolactine provoque la sécrétion des acini. Elle est contrecarrée pendant la grossesse par les oestrogènes et la progestérone dont le taux va chuter brusquement après l'accouchement. La prolactine peut alors exercer librement son influence et la montée du lait a lieu.

### **I.1.2 Histoire naturelle du cancer du sein (4) (5) :**

L'adénocarcinome mammaire est une maladie diffuse de l'épithélium glandulaire avec passage de l'hyperplasie atypique au carcinome in situ puis à la tumeur invasive avec rupture de la membrane basale (6). Le cancer du sein siège volontiers dans le quadrant supéro-externe. Le temps de doublement est lent supérieur ou égal à un an. Ainsi le diagnostic ne se fait qu'après plusieurs années d'évolution. Une tumeur est décelable à partir d'une taille  $>1\text{cm}^3$  ce qui équivaut à  $10^9$  cellules tumorales (c'est-à-dire évolution depuis 5 ans au moins). L'extension locale se fait essentiellement le long des canaux galactophores.

L'extension ganglionnaire se fait de proche en proche vers le creux axillaire pour les tumeurs externes, vers la chaîne mammaire interne pour les tumeurs internes. La diffusion métastatique se fait par voie hématogène. Tous les organes peuvent être touchés. La métastase est déjà souvent présente au stade microscopique au moment du diagnostic mais peut n'être apparente qu'après plusieurs années de traitement de la tumeur primitive. D'où la nécessité de surveiller très longtemps la malade porteuse du cancer du sein.

### **I.1.3 Anatomie pathologique du cancer du sein (7) :**

**Tableau 1 :** Classification OMS 2002-2003

Carcinome infiltrant de type non spécifique :
Carcinome de type mixte
Carcinome pléomorphe
Carcinome avec cellules géantes ostéoclastiques
Carcinome avec aspects choriocarcinomateux
Carcinome avec aspects mélanocytaires
Carcinome lobulaire infiltrant
Carcinome tubuleux
Carcinome cribiforme infiltrant
Carcinome médullaire : carcinome produisant de la mucine :

Carcinome mucineux
Cystadénocarcinome et carcinome
Carcinome à cellules en bague à chaton
Tumeurs neuroendocrines du sein :
Carcinome neuroendocrine de type solide
Carcinoïde atypique
Carcinome à petites cellules
Carcinome neuroendocrine à grandes cellules
Carcinome papillaire infiltrant
Carcinome micro papillaire infiltrant
Carcinome apocrine
Carcinome métaplasique :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• carcinome métaplasique de type épidermoïde : <ul style="list-style-type: none"> <li>~ carcinome épidermoïde</li> <li>~ adénocarcinome avec métaplasie à cellules fusiformes</li> <li>~ carcinome adéno-squameux</li> <li>~ carcinome mucoépidermoïde</li> </ul> </li> <li>• carcinome métaplasique mixte à composante épithéliale et conjonctivale</li> </ul>
Carcinome à cellules riches en lipide
Carcinome sécrétant (juvénile)
Carcinome oncocytique
Carcinome adénoïde kystique
Carcinome à cellules acineuses
Carcinome à cellules claires (riches en glycogène)
Carcinome sébacé
Carcinome inflammatoire

Grade histopronostique (8) :

Le plus utilisé est celui de Scarff-Bloom-Richardson. Il prend en compte la formation des structures tubulaires, l'anisocaryose et le nombre de mitoses. Le score détermine les grades I, II et III et est d'agressivité croissante.

**Tableau 2 : Grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson**

STRUCTURES TUBULAIRES	ANISOCARYOSE	NOMBRE DE MITOSE	COTATION
prédominante	discrète	< 1	1
modérée	modérée	1 – 3	2
nulle	marquée	> 3	3

	Grade I	Grade II	Grade III
SOMME	3 – 4 – 5	6 – 7	8 – 9

#### **I.1.4 Facteurs de risque du cancer du sein :**

➤ *Hormonaux* (9) :

Il est actuellement bien établi qu'une puberté précoce, une ménopause tardive, la nulliparité, la pauciparité, une première grossesse tardive, une hormonothérapie substitutive après la ménopause, le traitement oestrogénique seul, ont une influence sur l'apparition d'un cancer du sein. Tout cela traduit une longue imprégnation oestrogénique. A noter que les contraceptifs oestroprogesteratifs ne modifient pas le risque relatif (10)

➤ *Génétique* (11) :

On a identifié deux gènes impliqués dans la genèse du cancer du sein : BRCA 1 et BRCA 2 qui sont présents dans 5% des cas. Il existe aussi d'autres gènes

Le risque est multiplié par 2 ou 3 si un cas de cancer existe chez un parent au premier degré.

*Antécédents de mastose (3) (9) (12) :*

Un grand nombre d'études ont montré que les femmes ayant eu un kyste ou une tumeur bénigne du sein ou une mastopathie hyperplasique sont plus à risque de développer un cancer. Le risque relatif est de 4 à 5.

➤ *Age (11) :*

Dans presque tous les pays, le taux d'incidence du cancer augmente avec l'âge. Par contre, le cancer mammaire semble être beaucoup plus grave chez les jeunes femmes que chez les femmes âgées. Actuellement, la tendance est l'augmentation de l'incidence des cancers du sein chez les femmes jeunes.

➤ *Alimentation (13) :*

Les agents carcinogènes de l'alimentation n'ont pas été clairement identifiés. Un régime riche en graisse et protéine animale semble favoriser l'apparition du cancer.

➤ *Irradiation thoracique (14)*

L'exposition itérative à des radiations ionisantes semble favoriser la formation d'un cancer du sein. C'est le cas des jeunes filles traitées antérieurement par irradiation en mantelet pour maladie de Hodgkin.

➤ *Lactation (12)(15) :*

L'absence d'allaitement multiplie par deux le risque du cancer du sein.

➤ *Catégorie socioprofessionnelle et économique (16) :*

Il a été admis que les femmes ayant un niveau de vie socio-économique élevée présentent un risque plus élevé de développer un cancer du sein. Toutefois de nombreuses études montrent de plus en plus que les femmes des pays sous-développés n'ont pas été épargnées par le cancer du sein, mais que de bon nombre d'entre elles n'ont jamais été dépistées.

➤ *Autres facteurs* (17) :

Tabagisme, consommation abusive d'alcool, obésité.

## **I.2 Diagnostic du cancer du sein :**

### **I.2.1 Circonstances de découverte** (3) (18) :

➤ *Fortuite* :

C'est la patiente elle-même qui consulte pour l'apparition d'un nodule mammaire découvert de façon fortuite. Quelquefois, il y a un signe d'appel comme la douleur.

➤ *Présence d'une anomalie de la forme ou de l'aspect d'un sein* :

- dissymétrie mammaire,
- rétraction mamelonnaire,
- épaisseissement cutané ± méplat cutané
- nodules cutanés,
- sein rouge, douloureux, chaud et tuméfié

➤ *apparition d'un écoulement unilatéral du mamelon.*

➤ *Palpation de ganglion dans le creux axillaire.*

➤ *Signes cliniques en rapport avec des métastases :*

douleur osseuse, douleur au niveau de la région hépatique.

➤ *Lors d'un examen de dépistage*

### **I.2.2 Examen clinique** (3) (19) :

➤ *Interrogatoire* :

Précise la date d'apparition (de découverte) de la tumeur, les signes d'évolutivité, les antécédents gynécologiques de la femme.

L'examen physique se pratique sur une femme dévêtué jusqu'à la ceinture. Il doit être méthodique, intéresse les deux seins et les aires ganglionnaires.

➤ *Inspection :*

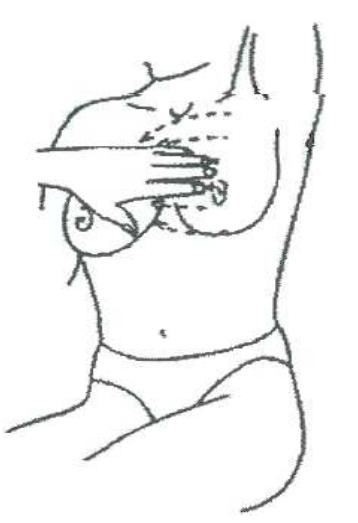
Elle doit être comparative des deux seins. Elle se fait sur une femme torse nu, en position assise, les bras levés puis pendants.

L'inspection recherche une asymétrie, une tuméfaction, une vousure cutanée en regard de la tumeur, une rétraction du mamelon ou un phénomène de peau d'orange, une ulcération cutanée dans les formes évoluées. Souvent, à un stade précoce, il n'y a aucune anomalie.

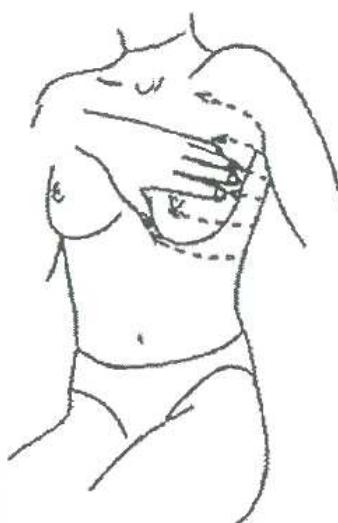
➤ *Palpation :*

Se fait en position assise puis couchée, bras levés puis bras pendants. On commence par le côté extérieur du sein, en faisant des petits mouvements circulaires. Il faut procéder lentement en palpant avec la pulpe du doigt tout autour du sein et en se rapprochant progressivement du mamelon. Il existe aussi la méthode de palpation allant du centre vers la périphérie, rayon par rayon.

*Palpation*



des quadrants internes



des quadrants externes



de la zone aréolaire

**Figure 2 : technique de palpation des seins**

Source : (20)

- Le nodule : classiquement indolore, dur, à contours mal limités, pouvant adhérer à la peau avec présence d'un aspect en peau d'orange. Il est parfois de petite taille, difficile à palper.
- L'examen des aires ganglionnaires : la recherche d'une adénopathie suspecte est essentielle. On examinera les creux axillaires et les creux sus claviculaires.
- L'examen des mamelons : la pression des mamelons permet de rechercher l'écoulement sanguin, séreux ou lactescent.

➤ *examen général complet*

### **I.2.3 Examens complémentaires :**

➤ *mammographie (11)*

Elle montrera typiquement une opacité dense, mal limitée, à contours irréguliers, parsemée de microcalcifications avec un épaissement cutané en regard de la tumeur.

Le cancer peut se présenter aussi sous forme d'une opacité irrégulière avec des prolongements spiculés donnant un aspect stellaire rétractile.

➤ *Cytoponction (12) :*

Sa spécificité est excellente. Sa négativité n'élimine pas le diagnostic.

➤ *Echographie (5) :*

Une tumeur maligne a un aspect irrégulier, hypoéchogène avec un cône d'ombre postérieur, un grand axe perpendiculaire à la peau. Quelquefois, on observe des végétations à l'intérieur d'une tumeur nécrosée d'aspect kystique.



**3a-** Opacité stellaire typique en mammographie avec très fines microcalcifications (et une calcification vasculaire).



**3b-** Opacité nodulaire maligne en mammographie



**3c-** Microcalcification type V, suspecte de malignité (comédocarcinome) : cliché agrandi.

**Figure 3 : aspect mammographique d'un cancer du sein**  
*Source : (6)*

➤ *autres examens* (3) (6) (8) :

▲ galactographie : indispensable en cas d'écoulement du mamelon.

▲ Biopsie exérèse avec étude anatomo-pathologique, dosage des récepteurs hormonaux et étude immunohistochimique.

▲ Dosage des marqueurs CA 15-3, ACE : permet d'accroître la sensibilité et d'améliorer la précocité du diagnostic d'une rechute. Le CA 15-3 est surtout un marqueur de métastase du cancer du sein (21).

▲ IRM : en particulier après injection de gadolinium, actuellement, elle a certainement une place dans l'étude des récidives.

➤ *bilan d'extension* (6) (11) :

Les sites métastatiques les plus fréquentes sont : le foie, les os, les poumons. Aussi, les examens suivants sont demandés pour évaluer l'extension du cancer du sein :

- échographie hépatique
- scintigraphie osseuse
- radiographie pulmonaire
- scanner cérébral

**I.2.4 Diagnostics différentiels** (8) (12) :

- fibroadénome : tumeur bénigne, ferme, indolente, opacité régulière,
- kyste : tumeur rénitente, douloureuse, variable suivant le moment du cycle. Sa ponction permet la cytologie du liquide séreux,
  - hématome,
  - abcès du sein,
  - ectasie canalaire sécrétante : écoulement uni-orifical spontané et récidivant parfois hématique
  - galactocèle
  - ombilication congénitale du mamelon souvent bilatérale

Mais toute tumeur mammaire chez une femme de plus de 35ans est suspecte d'être un cancer jusqu'à preuve du contraire (10).

### **I.3 Classification des cancers du sein :**

#### **I.3.1 Règles de classification TNM (22) :**

- la classification ne s'applique qu'aux cancers,
- il doit y avoir obligatoirement une preuve histologique,
- la localisation anatomique de la tumeur doit être notée mais elle n'est pas prise en compte dans la classification,
- en cas de tumeurs multiples dans un sein, c'est la taille de la tumeur la plus volumineuse qui est utilisée pour la classification,
- en cas de cancer bilatéral, chaque tumeur est classée de façon indépendante.

#### **I.3.2 Classification TNM (23) :**

T = tumeur

T<sub>x</sub> : détermination de la tumeur primitive impossible

T<sub>0</sub> : tumeur non palpable

T<sub>is</sub> : présence de carcinome in situ ou de maladie de Paget sans tumeur décelable

T<sub>1</sub> : tumeur inférieure à 2 cm

T<sub>2</sub> : tumeur de 2 à 5 cm

T<sub>3</sub> : tumeur supérieure à 5 cm

T<sub>4</sub> : tumeur avec extension à la paroi et/ou à la peau

T<sub>4a</sub> : tumeur fixée à la paroi thoracique

T<sub>4b</sub> : ulcération, nodule cutané ou peau d'orange

T<sub>4c</sub> : T<sub>4a</sub> + T<sub>4b</sub>

T<sub>4d</sub> : mastite carcinomateuse

N = adénopathie (ganglion)

Nx : appréciation ganglionnaire impossible

N<sub>0</sub> : pas d'adénopathie perceptible cliniquement

N<sub>1</sub> : adénopathie axillaire homolatérale mobile

N<sub>2</sub> : adénopathie axillaire homolatérale fixée, ou adénopathie mammaire interne homolatérale visible cliniquement en absence d'adénopathie axillaire cliniquement envahie.

N<sub>2a</sub> : adénopathie axillaire homolatérale fixée

N<sub>2b</sub> : adénopathie mammaire interne homolatérale visible cliniquement en absence d'adénopathie axillaire cliniquement envahie

N<sub>3</sub> : adénopathie sus ou sous claviculaire avec ou sans atteinte mammaire interne homolatérale

N<sub>3a</sub> : adénopathie sous claviculaire homolatérale

N<sub>3b</sub> : atteinte mammaire interne homolatérale avec adénopathie axillaire

N<sub>3c</sub> : adénopathie sus claviculaire homolatérale

M = métastase

Mx : détermination impossible de l'extension métastatique

M<sub>0</sub> : pas de métastase décelée

M<sub>1</sub> : métastase décelée

### I.3.3 Classification selon le potentiel évolutif (3) :

PeV<sub>0</sub> : absence de poussée évolutive,

PeV<sub>1</sub> : doublement de la tumeur en moins de 6 mois

PeV<sub>2</sub> : signes inflammatoires péri tumoraux

PeV<sub>3</sub> : gros sein inflammatoire et/ou mastite carcinomateuse

## **I.4 Traitements du cancer du sein (6) (12) (23):**

### **I.4.1 Buts (8) :**

Le traitement du cancer du sein a deux buts : d'une part contrôler la tumeur primitive et les territoires ganglionnaires de drainage, d'autre part traiter une éventuelle dissémination infra clinique à distance.

### **I.4.2 Moyens et indications :**

Le cancer du sein est une maladie à potentialité évolutive plutôt générale. Deux types de moyens ont été disposés pour le traiter:

- Moyens locorégionaux : chirurgie, radiothérapie,
- Moyens généraux : chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie.

#### ➤ *Chirurgie (24) :*

- Chirurgie radicale : - mastectomie de Patey

- mastectomie de Halsted (associant amputation des pectoraux et mammectomie). Cette technique est actuellement abandonnée sauf exceptionnellement. Le résultat limité de la chirurgie amène certains auteurs à réduire l'importance du sacrifice. En plus, cette intervention est très mutilante, source de gros bras et de problèmes de cicatrisation.

• Chirurgie conservatrice : mastectomie partielle. Il s'agit d'une tumorectomie ou de quadrantectomie. On enlève la tumeur plus une partie des tissus sains car les limites effectives de la tumeur ne coïncide pas avec les limites macroscopiques. Elle n'est réalisée que si la tumeur n'est pas trop grande par rapport au volume mammaire. On considère que cette chirurgie est possible si la tumeur a une taille inférieure à 3cm (25).

Le curage axillaire est associé à la mastectomie ou à la tumorectomie.

#### ➤

### *Radiothérapie :*

Elle peut être exclusive, pré-opératoire ou post-mastectomie. Le but est de détruire les cellules cancéreuses. Elle réduit la fréquence des récidives locorégionales après chirurgie. Elle permet les traitements conservateurs. La radiothérapie est indispensable après le traitement chirurgical conservateur.

L'irradiation de base englobe la totalité du sein. Les doses sont de 45Gy étalées sur 5 – 6 semaines à raison de 5 séances par semaine. Après tumorectomie, un surdosage de 10Gy est en général délivré sur le lit tumoral. S'il existe un envahissement ganglionnaire, il sera réalisé également une irradiation du creux sus claviculaire. En cas de tumeur primitive interne, la chaîne ganglionnaire mammaire interne sera irradiée (8). Actuellement, la région axillaire n'est plus irradiée sauf si elle est massivement envahie.

La curiethérapie s'adresse à des cancers de petit volume, bien limités et techniquement accessibles ou pour complément des doses. Elle utilise des sources d'iridium 192 ou du césium 137 suffisamment miniaturisées pour autoriser le chargement différé. Elle se fait à bas débit (0,4 – 2 Gy/h) ou à haut débit (>12 Gy/h) (26).

La radiothérapie a un intérêt palliatif pour les métastases osseuses

### ➤ *Chimiothérapie :*

Il s'agit d'une association de médicaments administrés par voie veineuse. Les médicaments visent à détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se diviser ou de se reproduire. Les produits utilisés les plus fréquemment sont les anthracyclines, le cyclophosphamide, le 5 fluoro-uracile. Les cycles sont répétés tous les 21j. En adjuvant, 6 cycles au total sont délivrés (8).

La chimiothérapie peut être utilisée dans trois situations : néo adjuvante, adjuvante et de nécessité.



### *Hormonothérapie :*

Elle est efficace uniquement en présence des récepteurs hormonaux. Elle peut être adjuvante, néo adjuvante ou palliative. Elle repose soit sur les anti-oestrogènes, soit la castration. L'hormonothérapie induit une castration temporaire chez les femmes non ménopausées ; l'hormonothérapie seule, prolongée, par anti-oestrogène a montré un bénéfice en terme de survie sans récidive et de survie chez la femme ménopausée en situation adjuvante (26).

### ➤ *Immunothérapie (26) (27) :*

Elle repose sur la stimulation immunitaire. Les agents actuellement utilisés de façon courant sont les Interférons et Interleukine 2. Les facteurs de croissance hématopoïétique ont pour but d'accélérer la sortie d'aplasie dans les chimiothérapies à fort potentiel hématotoxique.

## **I.5 Evolution et pronostic du cancer du sein (3) (8) :**

L'évolution spontanée est fatale à plus ou moins brève échéance.

### **I.5.1 Complications :**

- récidives locorégionales,
- métastases osseuses, hépatiques, pulmonaires, cérébrales,
- complications liées aux traitements : cicatrice post-chirurgicale, œdème du bras, raideur de l'épaule post-radiothérapie, complications de la chimiothérapie.

Globalement, la survie est de 50 – 60% à 5 ans et de 30% à 10 ans.

### **I.5.2 Facteurs pronostiques (28):**

- ▲ stade histologique : meilleur pronostic si bien différencié
- ▲ existence ou non des récepteurs hormonaux : bon pronostic s'il existe des récepteurs hormonaux
- ▲ envahissement ganglionnaire : mauvais pronostic si le ganglion est envahi

- ▲ poussée évolutive : assombrit le pronostic
- ▲ âge : <35 ans mauvais pronostic

### **I.5.3 Surveillance (8) (9) :**

La surveillance clinique et para clinique s'imposent régulièrement « à vie ». Les intérêts de la surveillance après traitement sont le traitement des complications iatrogènes, le dépistage d'une récidive locale ou d'une métastase le plus tôt possible (10).

➤ *Examen clinique :*

Il est recommandé la pratique de l'examen clinique 2 à 3 fois par an la première année ; tous les 6 mois par la suite puis une fois par an à partir de la cinquième année.

➤ *Radiographie du thorax :*

C'est un examen systématique de surveillance à faire tous les 6 mois.

➤ *Mammographie bilatérale :*

C'est le seul examen complémentaire indispensable dans la surveillance post-thérapeutique d'une tumeur localisée. Elle permet de détecter précocement les rechutes localisées au sein et les tumeurs controlatérales (29)

## **II- GROSSESSE :**

### **II 1 Généralités :**

La grossesse est un ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus se développe dans l'utérus maternel (1). La grossesse dure 9 mois. Le début est alors fixé au premier jour des dernières règles normales ; sa durée étant environ de 40 semaines d'aménorrhée (SA).

## **II.2 Signes cliniques de la grossesse (3) (30) :**

- *aménorrhée* : c'est le signe le plus constant, surtout chez une femme en période génitale active antérieurement bien réglée.

- *signes sympathiques* : inconstants, non spécifiques, variable d'une femme à l'autre.

- signes digestifs : nausée, vomissement, constipation, sialorrhée, modification de l'appétit et du goût.

- signes nerveux : trouble du sommeil, irritabilité, asthénie.

- signe urinaire : pollakiurie.

- tension mammaire.

- *la courbe ménothermique* montre un plateau thermique supérieur à 16 jours.

- *modifications gravidiques générales* (14) (31) :

\* modifications de l'utérus :

Au toucher vaginal associé au palper abdominal, pratiqué sur un plan dur, vessie et rectum vides, on peut mettre en évidence :

~ un changement de forme : de taille encore normale, l'utérus à 6 SA devient sphérique et perceptible dans les culs de sac latéraux du vagin (signe de NOBLE).

~ Un changement de volume : augmentation de volume de l'utérus qui a la taille d'une orange à 10 SA ; puis d'un pamplemousse à 14 SA avec changement de consistance, ramollissement au niveau du corps de l'utérus et surtout de l'isthme (signe de HEGAR).

\* Modifications mammaires :

La glande augmente de volume. La pigmentation de l'aréole s'accentue. Les tubercules de Montgomery augmentent de volume et saillent, le réseau veineux se

dilate, réalisant le cercle péri-alvéolaire de Haller. Probablement le meilleur signe se voit au niveau de l'aréole, plus ou moins oedematisé et qui vu de profil, bombe comme un verre de montre.

✗ Modifications vulvaires :

La vulve est gonflée et est plus pigmentée

**II.3 Examens para cliniques (31) (32) (33) :**

**II.3.1 Dosage de l'hormone  $\beta$  hCG :**

On peut le doser soit dans le sang, soit dans les urines, avec élévation dès le neuvième jour post-fécondation. L'hormone est décelable dès le retard de règles. Son taux double toutes les 48 heures pour atteindre un maximum à un peu plus de deux mois de grossesse.

**II.3.2 Echographie :**

Elle affirme le diagnostic de la grossesse, apprécie la viabilité, le siège du fœtus. Elle précise l'âge de la grossesse. L'échographie permet à 6 SA de voir le sac ovulaire. L'embryon est visible à la huitième semaine et les battements du cœur sont décelables à la neuvième semaine.

**II.4 Particularités de la grossesse gémellaire (14) (34) (35) :**

La grossesse gémellaire est la plus fréquente des grossesses multiples ; elle est définie par le développement simultané de deux fœtus dans la cavité utérine. Elle peut être monozygote ou dizygote. La grossesse gémellaire doit être considérée comme une grossesse à risque élevé. La grossesse gémellaire est un facteur important de prématurité puisque sa durée est en moyenne de 36 à 37 SA. Le traitement est préventif et associe repos précoce et suivi très régulier (36).

#### **II.4.1 Diagnostic clinique :**

L'interrogatoire précise l'origine ethnique de la patiente, ses antécédents obstétricaux, la notion d'antécédents familiaux de grossesse multiple.

Des signes sympathiques exagérés peuvent être des éléments de présomption.

A l'examen, l'excès de volume de l'utérus est le signe essentiel retrouvé tout au long de la grossesse.

#### **II.4.2 Diagnostic para clinique :**

La difficulté de l'examen clinique est autant d'arguments à la réalisation systématique d'une échographie précoce pour poser dès les premières semaines le diagnostic de grossesse multiple et en déterminer le type anatomique. En pratique, à 7 SA, un examen échographique soigneux doit permettre de porter un diagnostic positif de grossesse multiple dans 100% des cas.

L'élévation trop importante du taux du hCG, par rapport au terme présumé de grossesse n'est qu'un élément d'orientation et fait porter l'indication d'une échographie. Les autres dosages hormonaux ne présentent aucun intérêt diagnostique.

#### **II.5 Surveillance de la grossesse (32) (33) (37):**

La surveillance médicale de la grossesse est effectuée par un gynécologue, un médecin ou une sage-femme. En 1885, Adolphe Pinard, recommandait une consultation prénatale mensuelle jusqu'au septième mois, une tous les quinze jours les deux derniers mois (38). Pour toute grossesse à risque ou pathologique, la surveillance dans un centre spécialisé à un rythme déterminé par la pathologie en cause s'impose (14).

#### **II.5.1 Buts de la surveillance :**

Indispensable à la diminution de la mortalité et de la morbidité périnatale, la surveillance de la grossesse a pour but de :

- suivre sa bonne évolution

- dépister les facteurs de risques maternels et fœtaux

#### **II.5.2 Eléments de la surveillance :**

- pour la femme : poids, taille, urine, état général, tension artérielle, hauteur utérine.
- pour le fœtus : bruits du cœur fœtal à partir du cinquième mois, présentation à partir du septième mois.

#### **II.5.3 Consultation du premier trimestre :**

La première consultation est impérative dans le premier trimestre de la grossesse. Son rôle est majeur :

- diagnostic de la grossesse
- déterminer le terme de la grossesse
- déclarer la grossesse et effectuer les examens obligatoires
- recenser les antécédents pathologiques et les antécédents gynéco obstétricaux
- prévenir la survenue des complications
- conseiller la femme enceinte
- organiser la suite de la surveillance

#### **II.5.4 Consultations du deuxième et troisième trimestre :**

Elles permettent de vérifier la bonne évolutivité de la grossesse. On confirme que « tout se passe bien » et que la femme vit bien sa grossesse. En cas d'anomalie, l'examen au cours de ces consultations conduit à une prise de mesures adéquates le plus tôt possible

#### **II.5.5 Consultation du neuvième mois :**

Elle doit être réalisée par l'équipe obstétricale qui prendra en charge l'accouchement. Elle permet de vérifier la vitalité du fœtus, de déterminer le type de la

présentation, de déterminer le mode d'accouchement. Des conseils sont donnés à la mère de façon qu'elle sache partir à temps pour la maternité.

### **III- CANCER DU SEIN ET GROSSESSE :**

#### **III. 1 Généralités :**

La survenue d'un cancer du sein au cours de la grossesse est une éventualité rare (39).

Par définition, on regroupe les cancers du sein survenant pendant la grossesse à ceux survenant dans l'année qui suit celle-ci partant du principe qu'ils existaient auparavant (40).

#### **III.2 Histoire naturelle (40) :**

Les études anatopathologiques ne révèlent aucune différence marquante entre les formes qui se développent pendant et en dehors de la grossesse. Les cancers du sein chez la femme enceinte présentent les mêmes aspects histologiques qu'en absence de grossesse. L'invasion ganglionnaire paraît plus fréquente pendant la grossesse. Elle serait un véritable amplificateur de pronostic. Des récidives locorégionales sont également plus fréquentes après traitement pour cancer du sein et grossesse. Paradoxalement, on a signalé pendant la grossesse, une proportion plus importante d'observation histologique de formes cancéreuses plus favorables (carcinome canalaire et lobulaire in-situ).

#### **III.3 Diagnostic (41) :**

Le diagnostic du cancer du sein au cours de la grossesse repose sur la triade clinique, radiologique et histologique.

Toute anomalie mammaire doit être explorée au cours de la grossesse. Au moindre doute, une mammographie sera demandée mais son interprétation peut être difficile en raison de la densité du tissu mammaire. L'échographie mammaire est dans

ce cas très utile, et de toute façon, une cytoponction des lésions suspectes doit être effectuée (14).

### **III.4 Traitement (14) (40) :**

Il essaie de concilier les nécessités thérapeutiques et, dans la mesure du possible, la préservation de la grossesse.

Le principe et les méthodes de traitement d'un cancer du sein ne doivent pas être modifiés en cas de grossesse concomitante. Par contre, la chronologie doit être adaptée à l'âge de la grossesse.

#### **III.4.1 Chirurgie :**

Les indications chirurgicales et techniques opératoires ne sont pas modifiées par la grossesse. Le cancer est opérable idéalement en dessous de la taille de 3 cm. Pendant la grossesse, on peut accepter une taille limite de 5 à 6 cm en fonction du volume de la glande. (42)

#### **III.4.2 Radiothérapie :**

La radiothérapie de la paroi thoracique et de la région mammaire interne est à éviter pendant la grossesse.

#### **III.4.3 Chimiothérapie :**

La chimiothérapie adjuvante prescrite en cas d'envahissement ganglionnaire est tératogène au premier trimestre mais peut être prescrite au-delà.

#### **III.4.4 Hormonothérapie :**

L'hormonothérapie ne se conçoit que suppressive, sous forme d'avortement thérapeutique et/ou de castration.

### **III.5 Attitudes proposées (40) (43) :**

L'objectif général est de se rapprocher du protocole proposé dans le même cas en dehors de la grossesse, sans nuire au produit de conception. Deux situations peuvent se présenter : le protocole idéal peut ou ne peut pas être appliqué sans risque pour la grossesse :

- Le protocole peut être appliqué en respectant la grossesse. C'est le cas de deux circonstances.

- la grossesse est près du terme ou, à défaut, de la période de maturité fœtale : quelle que soit l'extension, le traitement est possible mais différé ; chirurgie pergravidique des formes opérables, radiothérapie et chimiothérapie reportées après un accouchement provoqué.

- Il s'agit d'une forme localisée au sein, quel que soit l'âge de la grossesse : le traitement chirurgical est possible. La radiothérapie complémentaire éventuelle est reportée après l'accouchement. La chimiothérapie adjuvante, lorsqu'elle est indiquée, peut-être administrée à titre pergravidique au-delà du premier trimestre.

- Le protocole ne peut pas être appliqué sans risque pour la grossesse.

C'est le cas d'une forme inopérable pour des raisons locales ou métastatiques, ou d'une forme inflammatoire, la grossesse est loin du terme. L'interruption de grossesse doit alors être conseillée, immédiatement suivie de la mise en place du traitement. La radiothérapie est d'indication formelle, souvent associée à une chimiothérapie.

### **III.6 Pronostic (8) (23) (44) :**

L'association cancer du sein et grossesse met en jeu deux pronostics vitaux : celui de la mère et celui de l'enfant (8).

En absence de l'envahissement ganglionnaire, le pronostic du cancer du sein associé à la grossesse est identique à celui des autres cancers (44). Par contre, la grossesse semble aggraver le pronostic des stades avancés (45).

### **III.7 Allaitement et cancer du sein (15) (46) :**

Il n'y a pas de raison valable pour contre indiquer l'allaitement lorsque celui-ci est souhaité et possible. Il est cependant préférable d'arrêter l'allaitement dans deux circonstances :

- d'une part avant une intervention chirurgicale pour diminuer le volume et la vascularisation mammaire et pour éviter les surinfections au lait.
- et d'autre part pendant la chimiothérapie puisque celle-ci passe dans le lait maternel et peut induire une neutropénie néonatale.

## **DEUXIEME PARTIE**

## Deuxième partie : **NOS OBSERVATIONS**

### **MATERIELS ET METHODES :**

Nous avons étudié rétrospectivement les cas de cancer du sein associé à une grossesse, diagnostiqués entre Janvier 2000 et Juin 2005 dans le service oncologie du CHU JRA

Tous les dossiers devaient comporter les éléments suivants :

- coexistence d'un cancer du sein et d'une grossesse ou d'un cancer du sein et allaitement de moins de un an.
- preuve formelle cytologique ou histo-pathologique de cancer du sein
- renseignements précis sur la nature et la durée du traitement anti-cancéreux administré
- des informations obstétricales pendant la durée de la grossesse
- suivi clinique de la patiente après l'accouchement

Toutes nos patientes avaient par ailleurs fait l'objet du bilan para clinique suivant :

- radiographie pulmonaire
- échographies abdominales et pelviennes
- hémogramme, créatininémie, ionogramme sanguin.
- échographie cardiaque

Pour la chimiothérapie, le protocole classiquement utilisé est le FAC associant 5 Fluoro-uracile, Adriamycine et Cyclophosphamide. Mais quelque fois, il y a rupture de stock de médicaments ou il n'y a pas de réponse suffisante avec le FAC. Donc, le protocole est changé.

## **OBSERVATION n°1 :**

### **ETAT CIVIL :**

Mme RAZ. E., âgée de 32 ans, mariée, ménagère.  
Domiciliée à Manjakandriana.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

La jeune femme découvre fortuitement un nodule de 2 cm de diamètre au niveau du quadrant externe de son sein droit un an auparavant. Elle consulte un médecin qui lui a demandé de faire une échographie mammaire dont le résultat est négatif. Lorsqu'elle est enceinte, le nodule est devenu douloureux lorsque la femme était fatiguée. Alors, elle décide de consulter le service oncologie.

Sur le plan obstétrical, la femme est enceinte de 4 mois lorsqu'elle a été vue au service oncologie.

### **ANTECEDENTS :**

#### **1-) gynéco-obstétricaux :**

- ménarche : 18 ans
- 4<sup>ème</sup> geste, 2 parités
- 1 enfant prématuré décédé
- 2 enfants allaités au sein
- 1<sup>ère</sup> grossesse : à 26 ans
- pas de contraception

2-) pas d'antécédents médicaux, ni chirurgicaux particuliers

3-) pas de notion de cancer dans la famille.

4-) pas d' habitudes toxiques

## EXAMEN PHYSIQUE :

- I.K. : 90%
- Sein gauche : ToNo
- Sein droit : T<sub>4a</sub>N<sub>3c</sub>

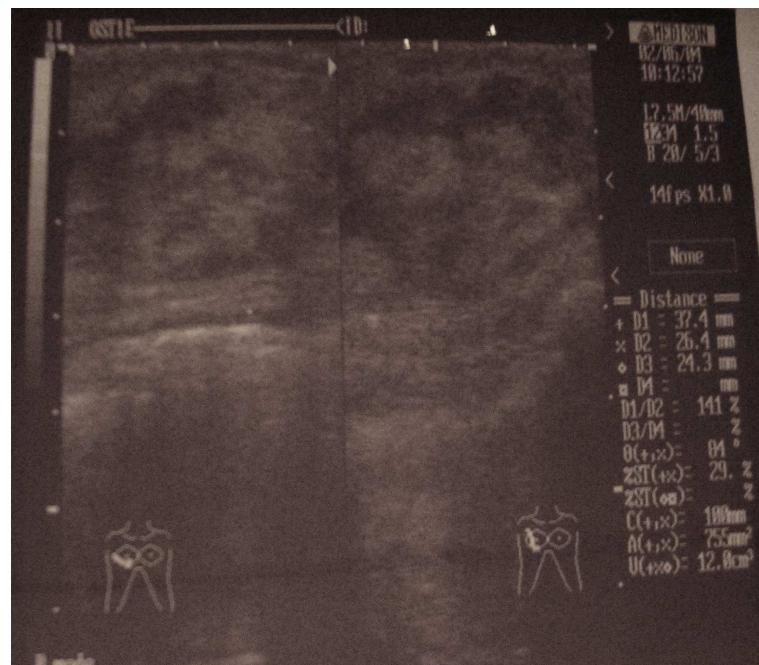
On note une grosse tumeur inflammatoire du sein au niveau du quadrant externe dont la dimension est de 9cm x 9cm. La tumeur est élastique et irrégulière avec un méplat cutané. On trouve une adénopathie sus claviculaire droite de 1,5 cm de diamètre et une adénopathie axillaire droite de 3 cm de diamètre.

Le reste de l'examen n'a rien de particulier. Il n'y a pas de localisation clinique de métastase dans les poumons, le foie et les os.

## EXAMENS PARA CLINIQUES :

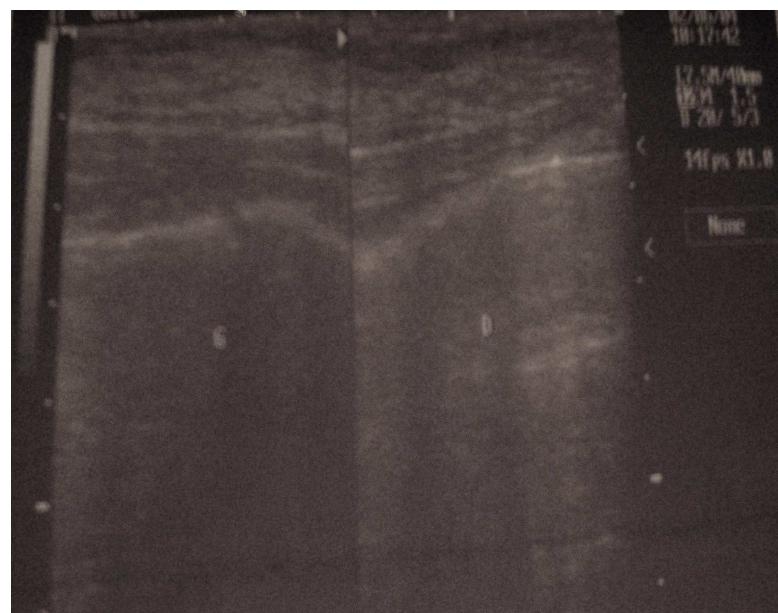
### ✓ Echographie mammaire :

Aspect normal du liseré cutané hyperéchogène des 2 côtés. Tissu adipeux pré mammaire d'échostructure normale. Tissu glandulaire dense. Sur le quadrant externe du sein droit, on observe un aspect faisant évoquer un fibroadénome, à contours irréguliers, mesurant 37,4mm x 26,4mm x 24,3mm.



**Figure 4 : échographie du sein droit de la patiente n°1**

*Source : dossier n°974/04*



**Figure 5 : échographique mammaire bilatérale de la patiente n°1**

*Source : dossier n°974/04*

✓ **Cytoponction :**

- *Cytoponction du sein droit :*

Etalement très riche caractérisé par un fond inflammatoire en faveur de polynucléaires neutrophiles. Nombreuses cellules cubo-cylindriques soit de structure normal soit avec anisocaryose.

Par endroit, on note une forte hyperchromie et une perturbation du rapport nucléoplasique.

- *Cytoponction du ganglion droit :*

Etalement à fond hémorragique caractérisé par une forte réaction lymphocytaire

*Conclusion :* signe cytologique en faveur d'une inflammation chronique et d'une forte lymphocytose de caractère papillaire P4.

✓ **Anatomie pathologique :**

Pièce de mammectomie droite mesurant 13 x 8 x 4cm comportant un lambeau cutané de 12 x 18cm montrant à la coupe un néoplasme blanchâtre de 8 x 6 x 3 empiétant sur les quadrants.

A l'examen histologique, le néoplasme est largement remanié par la fibrose. On observe à la périphérie des foyers de carcinomes galactophoriques infiltrants associés à des vaisseaux à paroi épaisse et hyalinisée.

Cinq ganglions ont été observés dans le lambeau de curage, quatre sont métastasés, sans effraction capsulaire.

L'exérèse n'est pas complète.

**BILAN D'EXTENSION :**

- Radiographie cardio-pulmonaire : normale
- Echographie abdominale : normale
- Scintigraphie osseuse : non faite

## **PRISE EN CHARGE :**

Après décision multidisciplinaire, l'accouchement provoqué est programmé à la 34<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée. Mais la femme accouche plus prématurément que prévu. Les traitements spécifiques sont donc débutés après l'accouchement. Comme la tumeur est en Pev3, une chimiothérapie est instituée. Elle a bénéficié de 3 cures de chimiothérapie de type FAC. La tumeur diminue de volume mais la rémission est insuffisante. Le protocole est alors changé en CDDP et la femme fait 2 cures avec. La tumeur est toujours inflammée, les adénopathies diminuent de volume. Une radiothérapie est alors instituée et elle a reçu 45 Gy au cobalt en 1<sup>ère</sup> série. Après la première série, il n'y a plus d'adénopathie. Ensuite, elle subit une intervention chirurgicale. Une mammectomie avec curage ganglionnaire est réalisée. Après l'intervention, il n'y a plus de tumeur, ni infiltration palpable, ni adénopathie. Il y a un lâchage de suture en certains points de la cicatrice. Ensuite, la femme continue la radiothérapie. Elle reçoit 10 Gy au cobalt sur le lit tumoral. Après, elle continue la chimiothérapie

Sur le plan obstétrical, la femme a suivi des consultations prénatales depuis son troisième mois de grossesse. Les échographies obstétricales faites n'ont révélé aucune anomalie durant la grossesse. La grossesse s'est déroulée donc normalement.

## **EVOLUTION :**

Sur le plan sénologique, il y a persistance de l'ouverture de la cicatrice mais elle n'est plus infectée.

Sur le plan obstétrical, l'enfant est né prématurément. C'est un garçon de 2,200kg. Il a une croissance normale et est actuellement en bon état général.

## **OBSERVATION n°2 :**

### **ETAT CIVIL :**

Mme RAV.M., âgée de 34 ans, mariée, hôtesse  
Domiciliée à Sambava

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

En 1999, la femme a présenté une tumeur au niveau de son sein droit. L'examen anatomopathologique a révélé un adénocarcinome canalaire infiltrant. Alors, elle a suivi un traitement spécifique pendant 1 an. Ensuite, on l'a perdue de vue.

5 ans après, elle présente une toux sèche puis une dyspnée d'effort. Elle est hospitalisée dans une clinique. La femme a un épanchement pleural et l'analyse du liquide pleural a montré une métastase d'adénocarcinome. Alors est transférée dans le service.

Sur le plan obstétrical, elle a eu un enfant entre temps. Après son transfert, elle fait une échographie abdomino-pelvienne qui montre une grossesse évolutive de 7 semaines et 5 jours.

### **ANTECEDENTS :**

- 1) gynéco-obstétricaux :
  - ménarche : 18 ans
  - 4<sup>ème</sup> geste, 2 parités, 2 enfants allaités aux seins
  - 1 enfant mort né
  - 1<sup>ère</sup> grossesse : à 27 ans
  - pas de contraception
- 2) médicaux :

1999 : cancer du sein droit, traité pendant 1an environ

3) chirurgicaux :

1999 : mammectomie totale du sein droit

2000 : curage axillaire

4) pas d'habitudes toxiques

5) elle a une tante porteuse d'une tumeur du sein (bénigne ? maligne ?)

EXAMEN PHYSIQUE :

- I.K : 50%
- La femme est dyspnéique
- On note une cicatrice de la mammectomie droite
- Sein gauche : T<sub>3</sub>N<sub>3c</sub>

Il y a une tuméfaction de 7cm x 9cm de dimension. La tumeur est dure, encore mobile par rapport au plan profond.

On palpe plusieurs adénopathies : - 3 au niveau de la région latéro cervicale gauche dont les diamètres sont respectivement 1cm, 1cm, 2cm  
- 1 dans la région axillaire gauche de 3 cm de diamètre  
- 1 au niveau de la région latéro-cervicale droite de 2cm x 3cm de dimension

A l'examen des poumons, on note un syndrome d'épanchement pleural gauche.

Le reste de l'examen n'a rien de particulier .L'abdomen est souple et il n'y a pas de masses palpables. Il n'y a pas aussi de douleur osseuse.

## EXAMENS PARA CLINIQUES :

### ✓ Examen anatomopathologique du liquide pleural :

*Renseignements cliniques* : pleurésie gauche. Prélèvement de plèvre et fixation au formol.

*Analyse* : ce fragment unique a été inclus dans une cassette et est constitué d'un caillot qui renferme des cellules carcinomateuses isolées ou groupées autour d'une lumière canalaire.

Conclusion : métastase d'adénocarcinome.

### ✓ Echographie mammaire :

Dans ce cas, cette imagerie est demandée dans un cadre d'évaluation. Elle montre une glande mammaire gauche hétérogène, sans nodule individualisable avec adénopathies axillaires gauches

## BILAN D'EXTENSION :

- ✓ Radiographie cœur-pulmonaire : montre une image d'épanchement pleural gauche.
- ✓ Echographie abdomino-pelvienne : montre :
  - Un épanchement pleural gauche de moyenne abondance
  - Une grossesse intra-utérine unique évolutive de sept semaines cinq jours
  - Une intégrité des organes abdominaux visibles
  - Un foie homogène.
- ✓ Scintigraphie osseuse : non faite

## PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT :

Une interruption thérapeutique de la grossesse est proposée à la femme et elle l'a fait. Les traitements spécifiques sont entamés après cette interruption de la grossesse. La femme bénéficie de 5 cures de chimiothérapie de type FAC.

Après une cure, il y a une nette amélioration. La dyspnée diminue, les adénopathies dans les régions cervicales bilatérales disparaissent. A la radiographie cardio-pulmonaire, l'épanchement pleural diminue de volume et n'intéresse que le tiers inférieur du poumon gauche. Après la 2<sup>ème</sup> cure, il n'y a plus de dyspnée. Mais il y a une nouvelle apparition des adénopathies sus claviculaires gauches et droites. Après la 3<sup>ème</sup> cure, la tumeur devient difficilement individualisable. Après la 4<sup>ème</sup> cure, un contrôle de l'échographie mammaire est réalisé. Elle montre une glande hétérogène sans nodule individualisable avec des adénopathies axillaires gauches. Après la 5<sup>ème</sup> cure, il ne reste que 2 adénopathies axillaires gauches.

#### EVOLUTION :

La femme est perdue de vue.



**Figure 6 : radiographie cardio-pulmonaire avant la chimiothérapie de la patiente n°2**

Source : dossier n° 312/00



**Figure 7 : radiographie cardio-pulmonaire après la chimiothérapie de la patiente n°2**

Source : dossier n° 312/00

## **OBSERVATION n°3**

### **ETAT CIVIL :**

Mme ZAN.A., âgée de 32 ans, mariée, ménagère  
Domiciliée à Tuléar

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

La maladie débute à l'an 2001 par une apparition d'un nodule de 1cm de diamètre environ au niveau du sein gauche de la femme. Elle a consulté un médecin qui lui a prescrit des comprimés. La femme est tombé enceinte en janvier 2002. Et le nodule augmente progressivement de volume pendant de sa grossesse. Le médecin qui la voit décide d'attendre l'accouchement pour la prise en charge. Après l'accouchement, une échographie mammaire est réalisée faisant évoquer un aspect d'une tumeur phyllode. Le médecin décide d'intervenir chirurgicalement. Une mastectomie totale est faite, sans curage ganglionnaire et la pièce opératoire n'est pas envoyée pour l'examen anatomopathologique faute de moyen technique. Pour la suite opératoire, il y a encore une petite fistule au niveau du sein et c'est la femme elle-même qui décide de déménager à Antananarivo et de consulter au service oncologie pour une récidive tumorale.

Sur le plan obstétrical, la grossesse s'est passée sans anomalie. La femme a accouché en Octobre 2002. Elle n'a pas allaité.

### **ANTECEDENTS :**

#### **1-) gynéco-obstétrique :**

- ménarche : 14 ans
- 3<sup>ème</sup> geste, 2 parités, 1 enfant allaité aux seins
- 1 avortement à l'âge de 29 ans
- 1<sup>ère</sup> grossesse : à 27 ans
- pas de contraception

2-) pas d'antécédents médicaux, ni chirurgicaux particuliers

3-) elle a eu une sœur aînée décédée à la suite d'un cancer du sein

4-) pas d'habitude toxique

#### **EXAMEN CLINIQUE :**

I.K. : 70%

Sein droite : ToNo

Sein gauche : la femme se plaint d'une douleur locale

Sur la cicatrice de la mammectomie, il y a une récidive tumorale inflammatoire de 11cm x 5cm environ avec des circulations collatérales.

Une adénopathie axillaire gauche, fixée, 3cm de diamètre

Le reste de l'examen n'a rien de particulier. Il n'y a pas de localisation clinique de métastase au niveau des poumons, du foie et des os.

#### **EXAMEN PARA CLINIQUE :**

#### **Cytoponction :**

Etalement riche en hématies, nombreuses cellules carcinomateuses en amas isolées.

Signes cytologiques en faveur d'une récidive du processus carcinomateux P<sub>5</sub>

#### **BILAN D'EXTENSION :**

- Radiographie cardio-pulmonaire : normale
- Echographie abdominale : normale
- Scintigraphie osseuse : non réalisée

## **PRISE EN CHARGE :**

La prise en charge a été faite après l'accouchement. Elle subit une mastectomie totale du sein gauche sans curage ganglionnaire. Ensuite, elle bénéficie de 5 cures de chimiothérapie dont type FAC. Après la 3<sup>ème</sup> cure, il y a une diminution de la taille de la tumeur. Après la 4<sup>ème</sup> cure, une nouvelle tuméfaction de 1,5cm de diamètre apparaît au dessous de l'ancienne tumeur. Alors, le protocole de la chimiothérapie est changé. Après 2 cures, la femme fait une radiothérapie. Elle reçoit 45 Gy au cobalt à la 1<sup>ère</sup> série. Au cours de la radiothérapie, la patiente se plaint d'une douleur lombo-sacrée et des fourmillements des membres inférieurs. La tumeur est surinfectée. L'examen de l'abdomen montre une hépatomégalie. Une échographie abdomino-pelvienne et des radiographies du bassin et du rachis lombo-sacré sont réalisées. L'échographie montre un aspect évocateur d'un foie hétérogène et augmenté de volume. La radiographie du bassin révèle une image hétérogène au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Puis la femme continue la 2<sup>ème</sup> série de radiothérapie. Mais en plus de l'irradiation du sein, le bassin est aussi irradié.

## **EVOLUTION :**

La femme ressent encore de la douleur lombo-sacrée. Mais elle est sortie de l'hôpital à la demande de sa famille et elle est perdue de vue.



**Figure 8: radiographie du bassin (face)**

*Source : dossier n° 948/02*

## **OBSERVATION n°4**

### **ETAT CIVIL :**

Mme FAO.H., âgée de 29 ans, mariée, ménagère  
Domiciliée à Comore.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Le début de la maladie remonte à quelques jours après l'accouchement par une légère inflammation du sein droit. La femme reçoit comme traitement des antibiotiques et des antalgiques. Puis, il y a apparition d'une tuméfaction dure, dououreuse au niveau du sein droit. La tumeur augmente de volume et il y a apparition d'une adénopathie axillaire droite, dououreuse. La femme est hospitalisée au CENHOSOA puis transférée dans le service.

### **ANTECEDENTS :**

#### **1-) gynéco-obstétricaux :**

- ▲ ménarche : 15 ans
- ▲ 3 gestité, 3 parités, 2 enfants allaités aux seins
- ▲ 1<sup>ère</sup> grossesse : à 25ans
- ▲ pas de contraception

#### **2-) pas d'antécédents médicaux, ni chirurgicaux particuliers**

#### **3-) pas d'antécédents familiaux de cancer**

#### **4-) pas d'habitudes toxiques**

### **EXAMEN PHYSIQUE :**

- ▲ I.K. : 90%
- ▲ Sein gauche : ToNo
- ▲ Sein droite : T4cN2a

La tumeur occupe tout le sein, elle a une dimension de 15 cm \* 16cm et est inflammée.

On note une adénopathie axillaire droite de 2,5 cm de diamètre, fixe

#### EXAMEN PARA CLINIQUE :

##### **Cytoponction du sein droit et du ganglion axillaire :**

Présence de cellules carcinomateuses en amas épais sur les prélèvements axillaires et moins épais sur les prélèvements mammaires. P<sub>5</sub> de Papanicolaou.

#### BILAN D'EXTENSION :

- ▲ Radiographie cardio-pulmonaire : absence d'image métaplasique ostéoparenchymateuse
- ▲ Echographie abdominale : normale
- ▲ Scintigraphie osseuse : non faite

#### PRISE EN CHARGE :

Après les bilans pré thérapeutiques, la femme bénéficie de 5 cures de chimiothérapie de type FAC.

Après 2 cures de chimiothérapie, le sein droit est toujours très inflammée mais diminue de volume. Il y a une peau d'orange. L'adénopathie axillaire augmente de volume.

Après la 3<sup>ème</sup> cure, la tumeur devient plus souple et un peu rétractée, sa taille diminue. Elle n'est plus inflammée. L'adénopathie diminue de volume.

Après la 5<sup>ème</sup> cure, il ne reste qu'une adénopathie axillaire de 0,5 cm de diamètre. La tumeur diminue de volume. Une mammectomie-curage suivie d'une radiothérapie de clôture est prévue pour la suite du traitement mais la femme n'est plus revenue.

#### EVOLUTION :

la femme est perdue de vue.

## **OBSERVATION n°5**

### **ETAT CIVIL :**

Mme RAK.I., âgée de 34 ans, mariée, fournisseur  
Domiciliée à Antananarivo.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE :**

A 6 mois de grossesse, la femme constate une tuméfaction au niveau de son mamelon gauche. Elle en signale le médecin lors de la consultation pré natale mais aucune exploration n'a été faite. C'est seulement lors de sa prochaine consultation qu'elle est adressée au service oncologie.

Sur le plan obstétrical, l'échographie obstétricale a montré une grossesse gémellaire. La femme est enceinte de 8 mois lorsqu'elle est vue au service oncologie.

### **ANTECEDENTS :**

#### **1-) gynéco-obstétricaux :**

- ménarche : 12 ans
- 3<sup>ème</sup> geste, 2 parités, 1 enfant allaité au sein
- 1 enfant mort in-utéro
- 1<sup>ère</sup> grossesse : à 29 ans
- notion de contraception injectable 4 fois

#### **2-) médicaux :**

hypertension artérielle gravidique

#### **3-) pas d'antécédent chirurgical particulier**

#### **4-) pas d'antécédent familial de cancer**

#### **5-) pas d'habitude toxique**

## EXAMEN PHYSIQUE :

- ▲ I.K. : 90%
- ▲ Sein droit : ToNo
- ▲ Sein gauche : T<sub>4b</sub>N<sub>3c</sub>

On note une tumeur centro-mammaire, inflammée, de 13cm \*12 cm de dimension, encore mobile par rapport au plan profond.

Il y a une adénopathie axillaire gauche, dure, mobile, de 2 cm de diamètre. Il y a eu aussi une adénopathie sus claviculaire gauche de 2 cm de diamètre.

Le reste de l'examen est normal. Il n'y a pas de localisation clinique de métastase au niveau des poumons, du foie et des os.

## EXAMENS PARA CLINIQUES :

### ✓ **Cytoponction**

Signe cytologique en faveur d'un processus carcinomateux P<sub>5</sub>.

### ✓ **Anatomie pathologique**

*Mamelon* : aspect histologique d'une inflammation chronique non-spécifique

*Tumeur du sein* : aspect histologique d'un adénocarcinome canalaire infiltrant grade SBR II.

*Ganglion* : localisation métastatique du processus néoplasique (5N+/6N).

## BILAN D'EXTENSION :

- ▲ Radiographie cardio-pulmonaire : normale
- ▲ Echographie abdominale : aspect échographique évocateur d'un foie hétérogène avec un micronodule.
- ▲ Scintigraphie osseuse : non faite

## PRISE EN CHARGE :

Devant l'état avancé de la grossesse, un accouchement provoqué est demandé. Une opération césarienne est réalisée. Le traitement spécifique du cancer du sein est débuté après l'accouchement. Elle fait 4 cures de chimiothérapie de type CDDP – 5 FU pour cause de problème cardiaque contre-indiquant les anthracyclines. Dès la première cure, il y a une diminution nette de la tumeur et de l'inflammation. Les adénopathies ont aussi diminuées de volume. Après la 4ème cure, l'adénopathie sus claviculaire a disparue. Puis, la patiente subit une intervention chirurgicale pour une mammectomie avec curage ganglionnaire. La suite opératoire est simple. Ensuite, elle bénéficie de 2 cures de chimiothérapie adjuvante de type CDDP-5 FU. Il reste une zone un peu épaissie au niveau de la cicatrice. Après, une radiothérapie est instituée. Elle reçoit 45 Gy au cobalt en 1<sup>ère</sup> série. Une 2<sup>ème</sup> série est décidée mais l'appareil de cobaltothérapie est en panne.

## EVOLUTION :

Sur le plan sénologique, il n'y a plus de tumeur individualisable cliniquement.

Sur le plan obstétrical, la femme a 2 jumeaux après la césarienne dont les poids sont respectivement 2050g et 1670g. Il n'y a pas de complication à la suite de la césarienne. Ces enfants ont une croissance normale et sont en bonne santé apparente.

### **TROISIEME PARTIE**

## Troisième partie : **COMMENTAIRE – DISCUSSION – SUGGESTIONS**

### **CANCER DU SEIN ET GROSSESSE**

#### **I. EPIDEMIOLOGIE :**

##### **I .1.Fréquence :**

Bien que le cancer du sein soit une des plus fréquentes tumeurs solides associées à la grossesse (40), l'association cancer du sein et grossesse est actuellement rare.

La plupart des publications sur le cancer du sein pendant la grossesse rapportent une prévalence de 3 cas par 10 000 grossesses, ce qui représente 3% de tous les cancers du sein diagnostiqués (14) (45) (47).

Pour notre cas, nous n'avons trouvé que cinq en cinq ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que le service oncologie du CHU JRA étant le seul centre spécialisé pour les traitements des cancers, toutes les malades n'ont pas pu le rejoindre.

De plus, beaucoup de personnes ne sont pas inquiétées par le cancer en général du fait que ce n'est pas douloureux.

Trois cas de cancer de sein associé à la grossesse ont été diagnostiqués pendant la grossesse et deux dans le post partum. Pour les trois femmes, le diagnostic du cancer du sein a été porté successivement au cours du premier, du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse.

##### **I .2 Age :**

L'âge moyen des femmes présentant un cancer du sein associé à une grossesse est de 35 ans (6) (48).

Nos femmes sont très jeunes. L'âge moyen de nos patientes est de 30,22 avec les extrêmes de 29 ans et de 34 ans.

### **I.3 Localisation :**

Le sein gauche est le plus souvent atteint. Nous avons 3 femmes contre 2 qui ont la tumeur sur son sein gauche.

### **II .DIAGNOSTIC (14) (44) (45) :**

La démarche diagnostique doit être le même qu'en dehors de la grossesse (40).

Le diagnostic d'un cancer du sein pendant la grossesse est difficile à établir en raison des changements qui se produisent au niveau du sein (45).

#### **II.1 Clinique :**

Il est important d'insister sur la nécessité d'examiner les seins des femmes enceintes et ce dès le début de la grossesse afin d'éliminer toute masse anormale. La perception d'un petit nodule est rendue plus difficile pendant la grossesse, en raison de l'augmentation de volume et de la densité de la glande mammaire, d'autant plus qu'il existe, surtout au premier trimestre, une aggravation constante des mastodynies et des mastopathies ; l'accroissement des adénofibromes est fréquente (14).

La détection d'anomalies dans les tissus mammaires par un examen des seins est plus difficile, surtout pendant la lactation.

De ces faits, le diagnostic est souvent retardé de plusieurs mois chez les femmes enceintes et allaitantes. Pour cette raison, les patientes souffrant d'un cancer du sein pendant leur grossesse ont tendance à présenter des tumeurs plus grosses, des métastases ganglionnaires et un stade avancé de la maladie (44) (45).

Dans notre série, les tumeurs de certaines femmes auraient pu être palpable dès le premier trimestre de la grossesse si un examen sénologique avait été fait durant la consultation prénatale.

Toutes nos patientes ont des tumeurs volumineuses et des adénopathies.

## **II.2 Mammographie :**

Cet examen ne présente pas de risque pour la grossesse (8). La mammographie n'est pas contre-indiquée si elle s'avère indispensable (49). Les techniques modernes et un blindage abdominal et pelvien adéquat minimisent l'exposition fœtale. Son interprétation est rendue difficile par l'œdème et l'hypervasculisation accompagnant la grossesse (43). La mammographie présente cependant des faux négatifs dans 37% des grossesses (50) (51). Une mammographie interprétée comme normale ne doit pas arrêter les investigations d'une masse palpable. La mammographie ne semble ni moins sensible ni moins spécifique pendant la lactation.

Pour nos cas, aucune patiente n'a fait la mammographie.

## **II.3 Echographie :**

Elle présente un intérêt particulier, permettant de guider la ponction pour étude cytologique.

Pour 2 de nos patientes, l'échographie mammaire est demandée comme un examen complémentaire de diagnostic devant une tumeur du sein. Le résultat est évocateur d'un adénofibrome pour l'une des femmes et d'une tumeur phyllode pour l'autre. L'échographie est aussi prescrite pour l'une d'entre elles pour contrôle après traitement.

## **II.4 Ponction cytologique :**

Le cytologiste doit être informé de la grossesse (43). La ponction cytologique reste un outil diagnostique essentiel. Elle n'a de valeur que si elle est positive. Elle est cependant d'interprétation plus difficile que d'ordinaire. En effet, des faux positifs sont possibles en raison de la plus grande cellularité du tissu mammaire et d'atypies cytonucléaires plus fréquentes (52).

Dans nos cas, le cancer du sein est diagnostiqué après une cytoponction dont le résultat est un liquide P<sub>4</sub> et P<sub>5</sub>.

## **II.5 Biopsie et anatomo-pathologique :**

Le prélèvement histologique est l'examen clé du diagnostic au niveau de la tumeur, avec une sensibilité et une spécificité de 94% (44). Pendant la lactation, il y a un risque légèrement plus élevé d'interprétation faussement positive en raison d'une cellularité abondante, de nucléoles proéminents et de débris cellulaires caractéristiques qui sont aussi celles d'un état cancéreux (53).

On retrouve les mêmes types histologiques qu'en dehors de la grossesse (44). Les cancers les plus fréquents sont de type canalaire infiltrant (78%). Tretli et al. ont noté que durant la grossesse, la fréquence des cancers inflammatoires est augmentée de 14,3%, 20,28% pour Dargent (54)(55).

L'envahissement ganglionnaire axillaire, sus claviculaire ou mammaire interne est aussi fréquent. Le grade histopronostique est également plus élevé. De même, l'évolution métastatique de ces cancers est plus fréquente de 11 à 32% (56). Les métastases à distance se localisent préférentiellement au foie, aux poumons et à l'os, comme en dehors de la grossesse, et parfois au niveau du placenta (57).

Le dosage radio-immuno-histochimique des récepteurs est difficile, du fait de la saturation des récepteurs par le taux élevé des hormones circulantes durant la grossesse, mais peut être réalisé.

Nos cas rejoignent ainsi ceux des autres auteurs. Les résultats de l'examen anatopathologique ont montré un carcinome canalaire infiltrant. L'envahissement ganglionnaire concerne les ganglions sus claviculaires et axillaires.

Le cancer du sein de l'une de nos patientes est confirmé par l'examen anatopathologique du liquide pleural montrant une métastase d'adénocarcinome.

## **II.6 Récepteurs hormonaux :**

La plupart des patientes sont « récepteurs négatifs » (56).

Les dosages des récepteurs hormonaux ne sont pas encore de pratique courant à Madagascar. Ainsi, aucune de nos patientes n'a eu de dosages des récepteurs hormonaux.

## **III .BILAN D'EXTENSION (41) (43) :**

Le bilan d'extension n'est pas modifié. La scintigraphie osseuse, à la condition de s'assurer d'une diurèse abondante et d'une évacuation rapide de la vessie est autorisée.

Pour nos cas, la scintigraphie osseuse n'est pas réalisée faute de moyens financiers. Seules les radiographies cardio-pulmonaires et échographies abdominales sont faites.

La patiente n°2 présente un épanchement pleural gauche à la radiographie cardio-pulmonaire évoquant une métastase pleurale. La patiente n°3 présente un foie hétérogène à l'échographie abdominale et une image hétérogène au niveau de l'articulation sacro-iliaque à la radiographie du bassin évoquant des métastases hépatiques et osseuses

## **IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :**

Le cancer peut être pris en charge pendant la grossesse. La prise en charge thérapeutique doit avoir un double objectif : traiter la mère sans retard préjudiciable et respecter au maximum le fœtus.

L'approche thérapeutique doit tenir compte de beaucoup de facteurs incluant l'âge gestationnel, la taille, le type de cancer et les souhaits du couple progéniteur.

Si la grossesse évolue depuis plus de 34 semaines, il est raisonnable de reporter le traitement de une à deux semaines après avoir provoqué l'accouchement et inhibé la lactation. De même, en cas d'allaitement, il faudra supprimer la lactation avant tout acte thérapeutique afin de diminuer la vascularisation et le diamètre tumoral (8).

Dans le post-partum, le traitement du cancer du sein est identique à celui d'un cancer de même stade en dehors de la grossesse (14).

#### **IV.1. ITG :**

L'interruption médicale de la grossesse ne doit pas être systématique, car elle n'a en soi aucun effet thérapeutique pour la mère (44). On peut l'envisager si les constatations cliniques et para cliniques sont en faveur d'un pronostic réservé (peau d'orange, SBR III).

L'interruption s'impose, aussi précocement que possible, pour réaliser un programme thérapeutique optimal (8).

L'interruption de la grossesse peut permettre une radiothérapie post-opératoire plus précoce, mais elle ne semble pas améliorer le pronostic ou la survie (58) (59).

Une de nos patientes a fait l'objet d'une interruption thérapeutique de la grossesse. L'accouchement provoqué est programmé pour les patientes n°1 et n°5 mais la patiente n°1 est accouchée plus tôt que prévu (5 jours avant la date programmée). La grossesse de la patiente n°3 est menée à terme.

#### **IV.2. Chirurgie :**

Elle est toujours possible pendant la grossesse (60). L'indication de chirurgie doit donc être posée dans les mêmes conditions que chez une patiente en dehors de la grossesse (61) (62). L'anesthésie doit être réalisée avec les précautions habituelles de la grossesse, en assurant une surveillance fœtale.

Le traitement de base contre le cancer du sein pendant la grossesse est la mastectomie radicale modifiée associée à un curage axillaire (Patey) (58). Certains auteurs ont eu recours à un traitement conservateur si la radiothérapie peut être

rapidement effectuée. Kuerer et al en 1998 ont réalisé 9 traitements conservateurs et 13 mastectomies, sans différence significative en terme de survie entre les deux groupes (63).

Pour nos cas, le traitement chirurgical est entrepris après l'accouchement. Trois patientes subissent une mammectomie mais le curage ganglionnaire n'est réalisé que sur deux femmes car le chirurgien opère pour une tumeur phyllode.

#### **IV.3 Radiothérapie :**

Elle doit être impérativement évitée durant la grossesse en raison des risques pour le foetus. En effet, on révèle des morts fœtales in utero, des retards de croissance intra utérine, des anomalies neurologiques et des cancers hématologiques post natales (64). La radiothérapie est réservée si possible au post-partum (65). La radiothérapie est différée après l'accouchement si elle est indiquée en cas de traitement conservateur ou après une mastectomie (43).

Pour nos cas, la radiothérapie est réalisée après l'accouchement ou l'interruption de la grossesse.

#### **IV.4 Chimiothérapie :**

Dans le Vidal, tous les médicaments utilisés en chimiothérapie sont contre indiqués. Mais certains auteurs estiment que la chimiothérapie est possible à partir de la 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse (66).

La chimiothérapie comporte des risques tératogènes et mutagènes au premier trimestre de grossesse (57) (67).

Berry et al. ont mené une étude sur des patients ayant bénéficiés d'une chimiothérapie dès le début du deuxième trimestre de la grossesse. Aucune complication anténatale attribuable à la chimiothérapie n'a été constatée (68).

Doll et al. retrouvent 2% de malformations. Ces anomalies portent surtout sur l'altération de la croissance fœtale et les anomalies de développement, essentiellement cérébral (69).

Enfin, il faut noter le risque que représente un accouchement en période d'aplasie médullaire (70). On proposera préférentiellement des protocoles de type FAC (fluorouracile) adriamycine/cyclophosphamide ou FEC (épirubicine) (71).

La chimiothérapie n'a été pas utilisée pendant la grossesse du fait que les malades ont dû attendre l'accouchement avant que ne soit entrepris un traitement anti-tumoral.

#### **IV.5 Hormonothérapie :**

L'avortement thérapeutique systématique et l'ovariectomie n'amènent aucune amélioration pronostique (14).

Cependant, Isaacs et al. rapportent un cas récent de traitement d'un cancer du sein métastatique découvert pendant la grossesse, et traité par tamoxifène seul, sans conséquences fœtales ou néonatales immédiates, avec obtention d'une bonne réponse (72).

L'auteur conclu de cette expérience que malgré la complexité de l'utilisation du tamoxifène durant la grossesse, ce traitement n'est pas nécessairement associé à des complications fœtales et pourrait être considéré comme une option thérapeutique, dans certains cas, ce qui reste très discuté.

Ainsi sur les 5 patientes, aucune ne reçoit une hormonothérapie.

## **V. CHRONOLOGIE DU TRAITEMENT (44) (68) (73):**

La prise en charge carcinologique doit être identique à celle en dehors de la grossesse. Le problème est celui de la prise en charge obstétricale qui découle de l'utilisation de la radiothérapie et de la chimiothérapie, en tenant compte de désir des parents et du pronostic vital de la patiente.

Certains auteurs proposent la chronologie suivante :

▲ *au premier trimestre :*

Dans les tumeurs non métastatiques et hors poussée, une chirurgie première (mastectomie + curage) est réalisée ; permettant de connaître le statut ganglionnaire.

Si les ganglions ne sont pas envahis, la poursuite de la grossesse peut être envisagée selon les souhaits de la patiente. Si une chimiothérapie est envisagée pour critères de mauvais pronostics, l'interruption de la grossesse est conseillée.

Si les ganglions sont envahis, et en cas de cancer en poussée évolutive ou d'emblée métastatique, il faut, conseiller l'interruption de la grossesse et le traitement du cancer immédiatement débuté.

En cas de désir de poursuite de grossesse, la chirurgie est réalisée au premier trimestre, et le traitement complémentaire est reporté au deuxième trimestre.

▲ *au deuxième trimestre :*

La chirurgie peut être entreprise, en attendant de déclencher l'accouchement dès que la viabilité fœtale est atteinte, et d'entreprendre le traitement complémentaire dans le post-partum. Une chimiothérapie est possible, elle peut être réalisée à partir du quatrième mois, le dernier cure étant programmé au moins trois semaines avant le déclenchement de l'accouchement.



*au troisième trimestre :*

La maturité fœtale permet de déclencher l'accouchement, avant de débuter le traitement du cancer du sein proprement dit.

Pour nos cas, le cancer du sein de la patiente n°2 est diagnostiqué au premier trimestre de la grossesse alors qu'elle a déjà une métastase pleurale. Et la patiente subit une interruption médicale de la grossesse. Les autres patientes ont dû attendre l'accouchement avant d'être soumise au traitement anti-cancéreux.

## **VI. PRONOSTIC :**

### **VI.1 Pronostic maternel :**

L'évaluation du pronostic du cancer de sein associé à une grossesse demeure difficile en raison du nombre de facteurs pronostiques (40). Dans la plupart des cas, le pronostic du cancer du sein est le même pour une femme enceinte ou pour une autre femme de même âge avec le même type et le même stade du cancer (74). D'après les publications des 20 dernières années, le pronostic du cancer du sein associé à la grossesse n'est pas bon : 23 à 46 % de survie à 5 ans, 16 à 42 % à 10 ans (40) (45) (62).

Le mauvais pronostic lié à cette association est généralement attribué au retard du diagnostic et au retard à la mise en route d'une thérapeutique qu'entraîne la grossesse (75) (76).

Pour Gemignami et Moore, en 2000, le pronostic plus sombre est lié au jeune âge de patientes (77) (46). De plus, il existe une plus grande fréquence de ganglions envahis (78).

Guinée et al. retrouvent dans une étude récente un statut ganglionnaire identique pendant et en dehors de la grossesse, mais c'est la taille de la tumeur qui est plus importante en cas de CSAG (79).

Dans la série comparative de Bonnier, l'envahissement ganglionnaire ainsi que la taille de la tumeur étaient significativement plus importants dans les groupes de

femmes atteints de cancer du sein associé à une grossesse. On peut donc penser qu'il existe un rôle péjoratif de l'association cancer du sein et grossesse (56).

Petrek note une différence en terme de survie globale pour les tumeurs traitées pendant la lactation comparée à celles traitées avant la grossesse (80% à 5 ans contre 36%) (75).

Nos patientes sont toutes jeunes et ont toutes des grosses tumeurs et des ganglions envahis. Aussi, le pronostic est réservé.

#### **VI.2 Pronostic fœtal :**

Il est dominé par deux risques principaux : la prématurité, le plus souvent iatrogène et l'hypotrophie fœtale (60) (80).

La patiente n°1 accouche prématurément et son enfant a un petit poids.

#### **VII. GROSSESSE APRES CANCER DU SEIN :**

De nombreuses études ont suggéré qu'une grossesse ultérieure n'altère pas le pronostic, même en cas de formes N+, en contradiction avec l'effet défavorable observé dans l'association cancer et grossesse (81) (82). Même l'allaitement est possible (83). La grossesse ultérieure ne doit donc être ni interdite, ni interrompue. La plupart des auteurs recommandent un délai d'attente de 2 ans pour une nouvelle grossesse c'est à dire la fréquence des récurrences est maximale durant cette période (84) (85). D'autres auteurs conseillent d'attendre 5 ans ; et en tout état de cause la fin du traitement par tamoxifène (72) (82).

## **VIII. CANCER DU SEIN ET METASTASES FŒTALES (86) :**

Il n'a jamais été rapporté de métastases fœtales d'un carcinome mammaire maternel. Il a par contre été décrit des métastases au niveau du placenta.

Nous n'avons pas fait une recherche de métastase fœtale.

## **SUGGESTIONS :**

Vu que le cancer du sein associé à une grossesse est de mauvais pronostic, du fait du retard du diagnostic et de la mise en route du traitement, nous émettons les propositions suivantes :

- Assurer une collaboration étroite multidisciplinaire pour une meilleure prise en charge codifié.
- Pratiquer un examen général complet, surtout un examen sénologique au même titre que l'auscultation cardiaque et l'examen du col sur une femme enceinte lors d'une consultation prénatale.
- Promouvoir le dépistage systématique du cancer du sein dans les centres fréquentés par les femmes (exemples : maternité, centre de soin maternel et infantile,...)
- Conseiller une contraception pendant au moins 5 ans à une femme porteuse d'un cancer du sein
- Vu que certaines patientes sont vues par un médecin mais il n'y a aucune exploration faite ; organiser une formation sur le cancer pour les médecins ou débuter le cours de cancérologie en quatrième année d'étude médicale
- Programmer une lutte nationale contre le cancer du sein
- Décentraliser l'unité de soin en cancérologie afin que les patientes ne soient pas perdues de vue.
- Le traitement de cancer de sein est très long et cher ; une subvention de l'état est souhaitable pour alléger les dépenses pour que les patientes puissent arriver jusqu'à la fin de traitement.

## **CONCLUSION**

## **CONCLUSION :**

La littérature rapporte des données importantes sur la prise en charge du cancer du sein au cours de la grossesse.

Dans ce travail, nous rapportons les 5 cas de cancer du sein et grossesse vus au service oncologie du CHU JRA.

Le cancer du sein est diagnostiqué durant la grossesse pour 3 femmes et dans le post partum pour les 2 autres. L'âge moyen de nos patientes est de 30,22 alors qu'il est de 35 ans dans la littérature.

Toutes nos patientes ont des tumeurs volumineuses et des adénopathies. Ces tumeurs auraient pu être palpées dès le premier trimestre de la grossesse lors d'une consultation pré natale.

La mammographie n'est pas contre-indiquée mais elle n'est pas réalisée dans nos cas. L'échographie mammaire est d'interprétation négative. 4 de nos cas sont diagnostiqués après une cytoponction et un cas après une biopsie du liquide pleural. Comme les cancers du sein en dehors de la grossesse, l'histologie la plus fréquente est le type canalaire infiltrant.

Aucune de nos patientes n'a bénéficié de bilan standard complet. Celui-ci se limite pour l'ensemble à la radiographie cardio-pulmonaire et à l'échographie abdominale.

L'interruption thérapeutique de la grossesse a été appliquée pour 2 patientes. 3 femmes subissent une mammectomie. Une des femmes considérée comme tumeur phyllode n'a pas eu de curage ganglionnaire. La radiothérapie est réalisée après l'accouchement. Bien que dans la littérature la chimiothérapie peut être utilisée à partir de la 2<sup>ème</sup> trimestre ; vu le risque de toxicité fœtale, chez nos patientes elle n'a pas été prescrite qu'après l'accouchement.

Le pronostic ne peut pas être évalué car toutes les femmes sauf une encore en cours de traitement sont perdues de vue.

La communication pour le changement de comportement est essentielle pour améliorer la prise en charge du cancer du sein au cours de la grossesse.

## **ANNEXE**

## INDICE DE KARNOFSKY (87):

Normal, pas de douleur, aucun signe de la maladie	100%
Possibilité de mener une activité normale, signes ou symptômes mineurs de la maladie	90%
Possibilité d'une activité normale avec effort, quelques signes ou symptômes de la maladie	80%
Capacité de prise en charge, incapacité de mener une Activité normale et de travailler	70%
Nécessité d'une aide occasionnelle dans la prise en charge	60%
Nécessité d'une aide importante et d'une assistance médicale fréquente	50%
Incapacité, nécessité de soins spéciaux et d'assistance	40%
Incapacité sévère nécessitant l'hospitalisation	30%
Grabataire, hospitalisation et traitement symptomatique	20%
Phase terminale	10%
Décès	0%

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse. Petit Larousse de la Médecine. Larousse, 2002 : 400, 836-838
2. <http://www.breastcancer.org>. Pictures of breast. 2003
3. François Aubert, Phillippe Guittard. Cancer du sein. L'essentiel médical de poche. Ellipse, 1990 : 343-347
4. Nogaret JM. Présent et futur du diagnostic et de la thérapeutique du cancer du sein. Revue Médicale, 1995 ; 16 : 211-213
5. François Audibert, Veronique Cayol. Gynéco-obstétrique. Collection MedLine, 2003 : 41 – 50, 265-273
6. Uzan S, Gaudet R. Cancer du sein : épidémiologie, anatomie pathologique, dépistage, évolution, principe du traitement. Rev Prat, 1998 ; 48 : 787-796
7. <http://www.cancer-sein.net>. classification 2003, 2003
8. Ferrero JM, Namer M. Cancer du sein. Cancers : évaluation, traitement et surveillance. ESTEM, 1999 : 1-36
9. Cabarrot E. Tumeur du sein. Cancérologie clinique. Masson, 2003 : 213-236
10. Teboul F. Cancer du sein. Cancérologie. Vernazobres, 2000 : 35-49
11. Vincent L, Michèle L. Soussan. Cancer du sein. Cancérologie. Estem, 1996 : 131-146
12. Wager I, Magnin G. Cancers du sein. Gynécologie Obstétrique. Impact Internat, 1999 ; 18 : 113-120
13. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer incidence in five continents. IARC Scientific publications, 1997 ; 7 : 413-417
14. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. Masson, 2001 : 71-82, 201-207, 412-413
15. Lipwoorth L, Bailey L, Trichopoulos. Allaitement et cancer du sein. J Natl Cancer Inst, 2000 ; 92 ; 4 : 302-312
16. Jacky N. Cancer du sein. Gynécologie. Concours médical, 1999 : 107-123
17. Lansac J, Lecomte P. Cancer du sein. Gynécologie pour le praticien, 1994 : 245-267

18. Bouvier P et al. Inflammatory carcinoma of the breast: a clinical pathological on a clinical and pathological definition. IMT. J Cancer, 1995 ; 62 : 382-385
19. Gaston L, Pierre D, Justin RR. Cancer du sein. La santé de la reproduction pratique et opérationnelle. MINSANPF, 2001 : 264-273
20. Rafaramino F et al. Cancérologie. Brochure-guide à l'usage des médecins. MINSANPF, OMS, 2000 : 18 ; 44-45
21. Dieusaert P. CA 15-3. Guide pratique des analyses médicales. Maloine, 2003 : 195
22. France R. Tumeur du sein. DIU. Marseille, 1995 : 1
23. <http://www.fnclcc.com>. Cancer du sein. 2004
24. <http://www.fnclcc.com>. Standards, options et recommandations pour une bonne pratique en chirurgie carcinologique, 1995.
25. Rouanet PR, Ryol H. Chirurgie conservatrice des cancers du sein. Evolution des idées et des méthodes. La Presse Médicale, 1993 ; 22 : 1005-1009
26. Israël L, Breau JL. Les traitements. Cancérologie. Masson, 1994 : 430-432
27. Rakotoarison A. Particularités du cancer du sein chez la femme malgache à propos de 442 cas. Thèse Médecine Antananarivo n°7103, 2001
28. Spielmann M, Riofio, Zelek L. Facteurs pronostics du cancer du sein et facteurs prédictifs de la réponse aux traitements. La lettre du cancérologue, 2000 ; 9 : 29-35
29. Alexandre J, Soria JC. Cancer du sein. Cancérologie. L'Internat en questions réponses. Vernazobres – Grego, 2000 ; 8 : 51-60
30. Mattei JF. Le diagnostic prénatal. Santé du Monde, 1996 : 5-22
31. Chevallier L, Treisser A, Favreau JJ. Surveillance de la grossesse normale. Gynécologie Obstétrique. Encycl-Méd-Chir, 1996 ; 5-007-m-10 : 1-14
32. Puech F, Colliant S. Grossesse normale. Obstétriques, 1999 : 99-104
33. Jacquet A. Grossesse : diagnostic, surveillance clinique, indications des examens complémentaires. Revue Pratique, 1992
34. Vaast P, Lucot JP, Chauvet MP, Puech F. Grossesses multiples : Etude anatomo-clinique et prise en charge. Gynécologie obstétrique. Encycl-Méd-Chir, 2000 ; 5-030-A-10 : 1-20
35. Boubli L, Olivier S. Les grossesses gémellaires. Obstétrique. Ellipses, 1995 :512-515

36. Puech F, Dubecq F, Princeteau. Les accouchements prématurés. Obstétrique. Ellipses, 1995 : 318
37. Denoual-Ziad, Pierre F. Grossesse. Gynécologie obstétrique. Impact. Internat, 1999 ; 18 : 169-182
38. Thoulon JM. Surveillance prénatale. Obstétrique. Ellipses, 1995 : 154
39. Espie M, Curvier C. Treating breast cancer during pregnancy. What can be taken safely? Drug Saf, 1998 ; 18 : 135-142
40. Quereleu D. Cancer et grossesse. Gynécologie obstétrique. Encycl-Méd-Chir, 2000, 5-049-C-10, 1-11
41. Guttilla JC, Quereleu D. Les cancers associés à la grossesse. Obstétrique. Ellipses, 1995 : 512
42. <http://www.cancer.gov>. Breast cancer and Pregnancy, 2002
43. Espié M, Cuvier. Traitement du cancer du sein pendant la grossesse. Oncologie 2000 ; 2 : 276-282
44. Mathieu E, Merviel P, Burranger E, Antoine JM, Uzan S. Cancer du sein et grossesse: revue de littérature. J. Gynecol obstet Biol Reprod, 2002 ; 31 : 233-242
45. Helewa M, Lévesque P, Provencher D. Cancer du sein, grossesse et allaitement. Directives cliniques de la SOGC, 2002 ; 111 : 1-9
46. Moore HC, Foster RS. Breast cancer and pregnancy. Semin Oncol, 2000 ; 27 : 646-653
47. Gallenberg NM, Loprinzi CL. Breast cancer and pregnancy. Seminars oncol, 1989 ; 5 : 369-376
48. Dequanter D, Hertens D, Veys I, Nogaret JM. Mise au point : cancer du sein et grossesse : revue de littérature. Gynecol Obstet Ferti, 2001 ; 29 : 9-14
49. Souadka A, Zouhal A, Souadka F, Jaul N, Benjelloun S et al. Cancer du sein et grossesse. Revue Française de Gynécologie Obstétrique, 1994 ; 89 ; 2 : 67-72
50. Sorosky JI, Scott-Corner CE. Breast disease complicating pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am, 1998 ; 25 : 353-363
51. Samuels TH, Lui FF, Yafee M, Haider M. Gestational Breast Cancer. Can Assoc Radiol J, 1998 ; 49 : 172 -182

52. Finley JL, Silverman JF, Lannin DR. Fine needle aspiration cytology of breast masses in pregnant and lactating women. *Diagn Cyto Pathol*, 1985 ; 5 : 235-239
53. Mitre BK, Kanbour AI, Mauser N. Fine needle aspiration biopsy of breast carcinoma in pregnancy and lactation. *Acta cytol*, 1997 ; 41 : 1121-1130
54. Tretli S, Kvalheim G, Thoresen S, Host H. Survival of breast cancer patients diagnosed during pregnancy or lactation. *Br J Cancer*, 1988 ; 58 : 382-384
55. Dargent D. Cancer du sein et grossesse. *Traité d'obstétrique : pathologie médicochirurgicale de la grossesse*. Masson, 1999 : 210-220
56. Bonnier P, Romain S, Dilhuydy JM, Bonichon F et al. Influence of pregnancy on the outcome of breast cancer: a case-control study. *Int J Cancer*, 1997 ; 72 : 720-727
57. Zemlickis D, Lishner M, Degendurfen P, et al. Maternal and fetal outcome. *Obstet Gynecol*, 1991 ; 166 : 781-787
58. Marchant DJ. Breast cancer and pregnancy. *Clin obst gynecol*, 1994 ; 37 : 993-997
59. Antypas C et al. Fetal dose evaluation during breast cancer radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1998 ; 40 : 995-999
60. Mignot L. Grossesse et cancer du sein. In : Espié M et Gains A. *Le sein*. Eska, 1995 : 528-533
61. Barravon Y, Walleck M. Management of the pregnant patient with carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet*, 1990 ; 17 : 347-352
62. Gorins A, Lenhardt F, Espié M. Cancer du sein et grossesse: épidémiologie, diagnostic, pronostic. *Contracept Fertil Sex*, 1996 ; 24 : 153-156
63. Kuerer HM et al. Conservative surgery for carcinoma associated with pregnancy. *Breast J*, 1998 ; 4: 171-176
64. Merviel P, Salat-Baroux J, Uzan S. Cancer du sein et grossesse. *Bull Cancer*, 1996 ; 83 : 266-275
65. <http://www.sogc.org>. cancer du sein, grossesse, allaitement, 2005
66. Bernik SF, Bernik TR, Whooley BP, Wallack MK. Carcinoma of the breast during pregnancy: a revue and update on treatment options. *Surg Oncol*, 1998 ; 7: 47-49
67. Garber JE. Long term follow-up of children exposed in utero to antineoplastic agents. *Seminars Oncol*, 1989; 5 : 437-444
68. Berry DL, Theriault RL, Parisi VM et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *J Clin Oncol*, 1999; 17: 855-861

69. Doll D, Ringnberg Q, Yarbro J. Antineoplastic agent and pregnancy. *Seminars Oncol*, 1989; 5 : 337-346
70. Guyot V. Cancer du sein pendant la grossesse. A propos de 11 observations. Thèse Médecine Paris, 1992 ; 92 : 1003-1031
71. William S, Schilsky R. Antineoplastic drugs administration during pregnancy. *Seminars in Oncology*, 2000; 27: 618-622
72. Isaac RJ, Hunter W, Clark K. Tamoxifen as systemic treatment of advanced breast cancer during pregnancy: case report and literature. *Review Gynecol Oncol*, 2001; 80 : 405-408
73. Ayoubi JM et al. Problèmes posés par l'association cancer du sein et grossesse : à propos d'une série de 12 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1998 ; 13 : 430-434
74. Schoultz E, Johansson H, Wilking N. Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis. *J Clin Oncol*, 1995 ; 13: 430-434
75. Petrek J. Breast cancer during pregnancy. *Cancer*, 1994 ; 74 : 518-527
76. Giacalone PL, Bonnier P, Laffarg F et al. Cancer du sein pendant la grossesse : étude multicentrique à propos de 178 cas. In XVI journées nationales de la société française de sénologie et de la pathologie mammaire, Dijon, 1994
77. Gemignani HL, Petrek JA. Breast cancer with during pregnancy, diagnostic and therapeutics dilemmas. *Adv surg*, 2000 ; 34 : 273-285
78. Nettleton J, Long J, Kuban D, Wu R et al. Breast cancer during pregnancy qualifying the risk of treatment delay. *Obstetric and Gynecology*, 1996 ; 87 : 414-418
79. Guinée VF, Olsson H, Moller T, Hess KR et al. Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer. *The Lancet*, 1994 ; 343 : 1587-1589
80. Cappelaere P, Quereleu D, Demaille A. Influence de la grossesse sur l'évolution et le pronostic du cancer. In : Médecine Périnatale. Arnette, 1986 : 129-136
81. Sankila R, Avaara S, Hakulinen T. Survival of breast cancer patients after subsequent term pregnancy: “healthy mother effect”. *Am J Obstet Gynecol*, 1994; 170 : 818-823
82. Velentgas P, Daling JR, Malone KE et al. Pregnancy after breast carcinoma. Outcome and influence on mortality. *Cancer*, 2000 ; 85 : 2424-2432
83. Higgins S, Haffty BG. Pregnancy and lactation after breast-conserving therapy for early stage breast cancer. *Cancer*, 1994 ; 73 : 2175-2180

84. Kroman N et al. Time since childbirth and prognosis in primary breast cancer population based study. BMJ, 1997 ; 4 : 851-855
85. Saunders GM, Baum M. Breast cancer and pregnancy. T Royal Society Med, 1993 ; 86 : 162-165
86. Dildy GA, Moise KJ and Carpenter RJ. Maternal malignancy metastatic to the products of conception: a review. Obstet Gynecol Surv, 1989 ; 44 : 535-554
87. Quoix E. Cancer épidermoïde et adénocarcinome bronchique. Revue du praticien, 2000 ; 50 : 2298

## VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko, eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i Hippocrate.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-m-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama azo.

Raha tafidira an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana, ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizako noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany. »

**PERMIS D'IMPRIMER**

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

**Name and first names** : RAMANANJANAHARY Holinirina Julie  
**Title of thesis** : Breast cancer and pregnancy as seen in 5 cases

**Heading :** Medecine

**Number of pages** : 58    **Number of tables** : 2    **Annexe** : 1

**Number of figures** : 8    **Bibliography numbers** : 87

## SUMMARY

This work consists with a retrospective study of the pregnancy and breast cancer in 5 cases.

Our patients are very young.

The diagnosis of the breast cancer is arisen late. Thus, all of our patients have bulky tumours and the adenopathy. The majority of our cases were diagnosed after a cytoponction.

Infiltrating canal carcinoma is prevalent as in the cases of breast cancer apart from pregnancy.

The assessment of extension is not modified but our patients could not make the osseous scintigraphy.

One of our patients was the subject of a therapeutic interruption of pregnancy, 2 of them had to end their pregnancy before term.

Specific treatments of cancer include chemotherapy and radiotherapy. They are started after termination of pregnancy or delivery.

Forecast could not be assessed since certain patients were lost of sight.

A massive sensitizing is useful to change the situation.

**Key words:** breast cancer - pregnancy - termination of pregnancy – radiotherapy  
chemotherapy

**Director of thesis** : Professor JOSOA RAFARAMINO Florine

**Assisted by** : Doctor CHUK HEN SHUN RABARIJAONA Léontine

**Correspondance** : lot II AB 46 Andrononobe

**Nom et prénoms** : RAMANANJANAHARY Holinirina Julie  
**Titre de la thèse** : Cancer du sein et grossesse à propos de 5 cas

**Rubrique** : Médecine

**Nombre de pages** : 58    **Nombre de tableaux** : 2    **Nombre d'annexes** : 1  
**Nombre de figures** : 8    **Nombre de bibliographie** : 87

## **RESUME**

Ce travail consiste en une étude rétrospective du cancer du sein et grossesse à propos de 5 cas.

Nos patientes sont très jeunes.

Le diagnostic du cancer du sein est posé tard. Ainsi, nos malades ont toutes des tumeurs volumineuses et des adénopathies. La plupart de nos cas ont été diagnostiqués après une cytoponction.

L'anatomie pathologique est le même qu'en dehors de la grossesse et représentée par le carcinome canalaire infiltrant.

Le bilan d'extension n'est pas modifié mais nos patientes n'ont pas pu faire la scintigraphie osseuse.

Une de nos patientes a fait l'objet d'une interruption thérapeutique de la grossesse, 2 doivent terminer leur grossesse avant le terme.

Les traitements spécifiques du cancer comportent une chimiothérapie et une radiothérapie. Ils sont entamés après l'interruption de la grossesse ou après l'accouchement dans nos cas.

Le pronostic est réservé pour nos patientes.

Une sensibilisation massive est utile pour changer la situation.

**Mots-clés** : cancer du sein - grossesse - interruption de la grossesse - radiothérapie- chimiothérapie

**Directeur de thèse** : Professeur JOSOA RAFARAMINO Florine

**Rapporteur de thèse** : Docteur CHUK HEN SHUN RABARIJAONA Léontine

**Adresse de l'auteur** : Lot II AB 46 Andrononobe