

Article original

Contribution de l'échographie dans le dépistage et le diagnostic des cancers du sein : une expérience de Yaoundé, Cameroun

G. E. Guegang,^{1,3} T. I. Sandjong,² P. M. Tebeu,^{3,4} B. A. Temgoua,³ Z. Sando,^{2,3} J. R. Moulion,³ A. Atem,³ E. Mboudou,^{2,3} J. Yomi,^{1,3} A. Doh,^{2,3} et F. J. Gonsu^{2,3}

¹Hôpital général de Yaoundé, BP 5408 Yaoundé, Cameroun

²Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, BP 4362 Yaoundé, Cameroun

³Faculté de médecine et des sciences biomédicales, Université de Yaoundé I, BP 1364 Yaoundé, Cameroun

⁴Centre hospitalier et universitaire de Yaoundé, Cameroun

Adresser correspondances à G. E. Guegang, guegang1993@yahoo.fr

Reçu le 11 août 2011 ; accepté le 4 avril 2012

Résumé L'objectif de cette étude était de rechercher la contribution de l'échographie dans le dépistage et le diagnostic des lésions mammaires à Yaoundé, Cameroun. Il s'agissait de décrire les anomalies cliniques, échographiques, éventuellement anatomopathologiques pour des lésions suspectes et les confronter. L'étude était transversale descriptive sur une période de 12 mois ; constituée de 103 femmes âgées de 45 ans et plus. La moyenne d'âge a été de 53 ans. La douleur mammaire était le principal symptôme (21,4%). Les anomalies échographiques ont été retrouvées chez 43 femmes (41,7%). Les plus fréquentes ont été les nodules tissulaires (29,1%). Les lésions d'allure bénigne (ACR2) ont été retrouvées chez 26 (25,24%) femmes et celles suspectes de malignité (ACR3, ACR4, et ACR5) chez 17 (16,5%) dont 14 ont bénéficié d'une biopsie. L'examen anatomopathologique a révélé 8 cas de carcinomes (57,14%). L'échographie bien conduite dans un contexte socio-économique défavorisé oriente le diagnostic de cancer du sein.

Mots Clés échographie ; anatomopathologie ; dépistage ; diagnostic ; cancer du sein ; ACR

1 Introduction

La pathologie mammaire est variée et inclut les lésions tumorales, dystrophiques et inflammatoires [10]. Le cancer du sein fait l'objet d'une inquiétude permanente tant pour le personnel médical que pour les femmes. Le cancer du sein représente la première cause de morbidité tumorale de la femme dans les pays développés, avec une contribution de 25% ; il y représente aussi la première cause de mortalité par cancer [7]. Cette mortalité a été réduite dans ces pays grâce aux campagnes de dépistage systématique [13]. La mammographie est le moyen de dépistage recommandé pour la prévention du cancer mammaire. Malheureusement,

sa sensibilité est médiocre sur les seins denses. Ainsi, l'échographie permet de suspecter les lésions cancéreuses sur sein dense pouvant passer inaperçues à la clinique et à la mammographie [6].

Au Cameroun, le cancer du sein représente 20 à 30% des cancers de la femme [4]. Au Burkina Faso, la tranche d'âge majoritairement atteinte est celle des 41 à 50 ans [12]. Aux Etats-Unis, il survient à une tranche d'âge plus avancée, de 45 à 60 ans [4]. Une autre étude réalisée aux Etats-Unis montre que la tranche d'âge la plus atteinte est celle de 36 à 72 ans [8]. Le diagnostic tardif au Cameroun est lié à la pauvreté, aux raisons culturelles, à l'absence de politique de dépistage systématique et à l'insuffisance des moyens d'exploration [4]. Les campagnes de dépistage et de diagnostic du cancer du sein restent essentiellement basées sur la recherche de masses à l'examen clinique.

L'objectif de cette étude était de rechercher la contribution de l'échographie dans le dépistage et le diagnostic des lésions mammaires à Yaoundé, Cameroun. Plus spécifiquement, il s'agissait de décrire les anomalies cliniques, échographiques, éventuellement anatomopathologiques pour des lésions suspectes et les confronter les unes aux autres.

2 Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive sur une durée de 12 mois, d'avril 2009 à mars 2010. Le recrutement a été fait au cours d'une campagne de dépistage et de diagnostic du cancer du sein à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, 413 femmes ont participé à cette campagne. Les femmes âgées de 45 ans et plus ayant bénéficié des examens clinique et échographique ont été incluses dans l'étude. Les perdus de vue et les participantes n'ayant pas de moyens financiers malgré la réduction significative des frais d'examen ont constitué les critères d'exclusion. L'anatomopathologie a été faite pour des lésions suspectes.

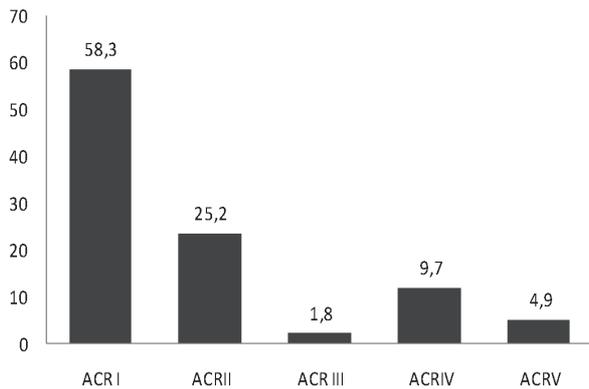


FIGURE 1: Proportion des lésions échographiques en fonction de la classification ACR/BI-RADS.

Une équipe de gynécologues et d'infirmiers a été mise en place dans le service de Gynécologie-Obstétrique. Pour chaque femme, cette équipe a procédé à l'enregistrement, au counselling (y compris l'explication de la technique d'auto-palpation des seins) et au recueil des informations (identification, antécédents personnels, et familiaux du cancer du sein). Les femmes ont été ensuite orientées vers le poste d'examen général où un examen physique des 2 seins a été réalisé (inspection, palpation, expression). Les données ont été reportées sur une fiche préétablie.

Nous avons réalisé l'échographie au service de Radiologie et d'Imagerie Médicale à l'aide d'un échographe numérique de marque *Hitachi Plateforme Hi-Vision®* avec fonction Doppler. Après explication des procédures, l'examen échographique a été réalisé conjointement par deux radiologues, avec une sonde de 7,5 Mhz. Les résultats ont été rangés selon la classification BI-RADS de l'American College of Radiology (ACR). Nous avons considéré comme masse, toute lésion supérieure à 3 cm ; les lésions inférieures à 3 cm étant des nodules [10]. Les biopsies ont été faites, à l'aide du trucut, sur les lésions classées ACR3, ACR4, et ACR 5 à l'échographie.

Nous avons saisi et analysé les données à l'aide des logiciels Excel® 2007 et SPSS® 16.0 pour Windows®.

Les considérations éthiques suivantes ont été prises en compte : la confidentialité des informations, l'obtention du consentement éclairé et l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de médecine et des sciences biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

3 Résultats

Caractéristiques épidémiologiques. Les femmes qui ont participé à cette étude étaient âgées de 45 à 83 ans avec une moyenne de 53 ans (± 7). La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 45 à 50 ans (40,8%).

Caractéristiques cliniques. Parmi les 103 femmes examinées, 41 ont présenté un examen clinique anormal (40%).

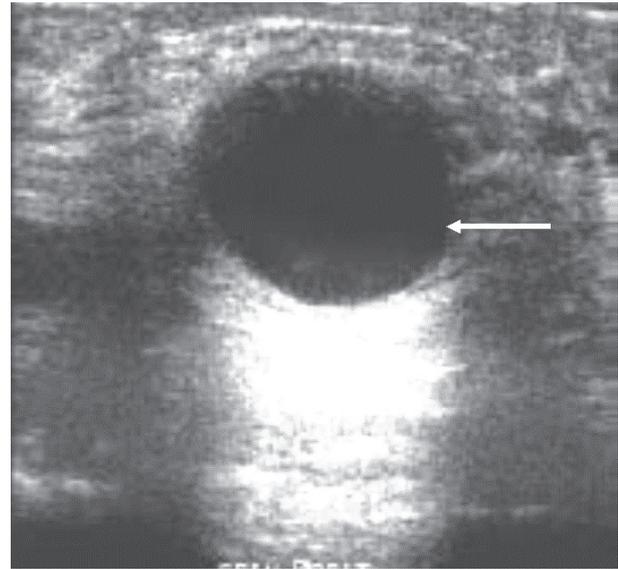


FIGURE 2: Image anéchogène avec renforcement postérieur typique d'un kyste bénin.

La douleur mammaire a été le principal symptôme ($n = 33$; 32,0%), suivie de la tuméfaction ($n = 17$; 16,5%) et de l'écoulement mammaire ($n = 7$; 6,8%). Trois femmes ont présenté des écoulements mammaires sanguinolents (2,9%).

Profil échographique. Parmi les 103 femmes, 43 (41,7%) ont présenté des lésions à l'échographie dont 26 (25,24%) d'allure bénigne classées ACR2 (figures 1 et 2) et 17 (16,5%) suspectes de malignité classées ACR3, ACR4 et ACR5 (figures 1 et 3). Les adénopathies axillaires ont été retrouvées chez 3 femmes sur 12 classées en ACR4 et chez 4 femmes sur 5 classées en ACR5. Les nodules tissulaires ont été les plus fréquents à l'échographie chez 30 femmes (29,1%) (tableau 1).

Profil anatomopathologique. Parmi les 17 femmes qui ont présenté des lésions suspectes à l'échographie, 14 femmes (82,4%) sur 17 ont bénéficié d'un examen histopathologique. Les lésions mises en évidence ont été essentiellement les carcinomes G1, G3 et canaux (57,1%), les lésions kystiques (14,3%), les mastopathies fibro-kystiques (14,3%) une lésion inflammatoire non tumorale (7,1%), et un papillome (7,1%) (tableau 2).

Histoire familiale de cancer. L'antécédent d'histoire familiale de cancer a été retrouvé chez 24 femmes sur 103 (23,3%). Parmi les 8 femmes qui ont présenté des lésions cancéreuses à l'examen anatomopathologique, 3 (37,5%) avaient des antécédents familiaux de cancer du sein.

Confrontation clinique – échographie. L'examen clinique a été normal chez 62 femmes, parmi lesquelles 20 (32,25%) ont présenté des lésions à l'échographie.

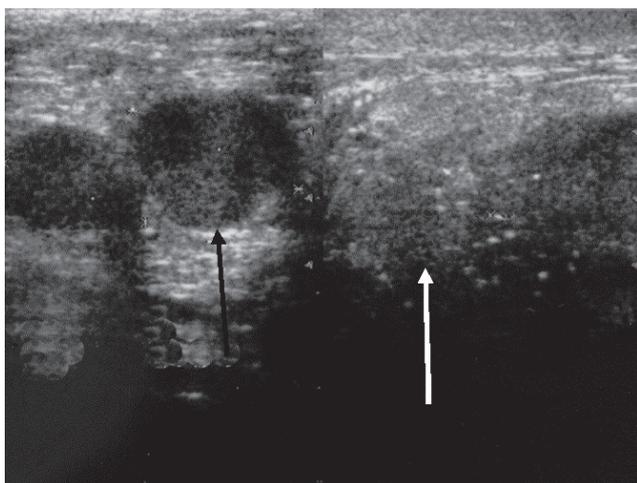


FIGURE 3: Masse du sein du QSE du sein droit contenant des calcifications (flèche blanche) avec important cône d'ombre postérieur aux contours atténués ; épaissement du revêtement cutané en regard, adénopathies axillaires homolatérales (flèche noire), suspecte de malignité et classée en ACR V, confirmée à l'examen d'anatomopathologie.

Tableau 1: Répartition des femmes selon les lésions échographiques.

Lésions en échographie	Effectif	Pourcentage
Nodules tissulaires	30	29,1
Masses tissulaires	6	5,8
Dilatations galactophoriques	4	3,9
Kystes	2	1,9
Masses tissulaires + nodules tissulaires	1	1,0
Examen normal	60	58,3
Total	103	100,0

Tableau 2: Lésions histologiques.

Résultat anatomopathologique	Effectif	Pourcentage
Carcinome G3	5	35,8
Carcinome G1	2	14,3
Lésion kystique	2	14,3
MFK*	2	14,3
Lésion inflammatoire	1	7,1
Papillome	1	7,1
Carcinome canalaire in situ	1	7,1
Total	14	100,0

*Mastopathies fibro-kystiques.

Confrontation échographie – anatomopathologie. Parmi les 17 femmes présentant des lésions suspectes de malignité (ACR3, 4 et 5) à l'échographie, 14 ont bénéficié de l'examen biopsique. 8 femmes parmi les 14 (57,14%) ont présenté des lésions cancéreuses.

4 Discussion

Cette étude a porté sur un échantillon de 103 femmes. Cette taille est égale à celle trouvée dans la série de Kaiser et al. [8], inférieure à celle de Bsir [3] et supérieure à celle de Diop-Ba et al. [5]. La tranche d'âge comprise entre 45 et 50 ans était la plus représentée avec 40,8%. La Society of Breast Imaging (SBI) et l'ACR recommandent de débiter le dépistage à l'âge de 45 ans et un peu plus tôt (30 ans) pour des personnes à risque [1]. L'Institut Français de Veille Sanitaire recommande de commencer le dépistage à 50 ans [11]. Au Cameroun, le Comité National de Lutte contre le Cancer (CNLC) recommande de dépister à partir de 40 ans, compte tenu des constats quotidiens [4].

Le fait que 32,25% de cas ayant une clinique normale ait présenté des lésions à l'échographie montre la différence entre la clinique et l'échographie. Ceci corrobore avec les résultats d'une étude faite en Espagne qui a montré une différence entre l'examen clinique et l'échographie [14]. Les nodules tissulaires ont été les principales lésions échographiques avec 30,1%, ce qui est inférieur aux résultats de Sano et al. [12] qui ont trouvé des nodules tissulaires chez 38,4% des femmes. 2% des patientes étaient porteuses de kystes. Dans la littérature, la fiabilité diagnostique de kyste à l'échographie est de 100% [9, 14].

L'échographie a permis de diagnostiquer 16,5% de lésions d'allure maligne (ACR3, 4 et 5). Berg et al. [2] ont retrouvé dans leur étude 0,11% de femmes qui ont présenté des lésions suspectes de cancers. Cette différence de résultats peut s'expliquer par le fait que malgré l'effort du CNLC, la notion de dépistage du cancer du sein n'entre pas dans nos habitudes. Une grande partie des femmes qui se sont présentées dans cette campagne avaient a priori une symptomatologie ou des antécédents de pathologies mammaires.

Sur 103 femmes examinées, 41,7% ont présenté une lésion mammaire à l'échographie. Ce pourcentage élevé est dû à la présence de multiples biais de sélection (accessibilité économique, influence culturelle, retard de consultation, faiblesse de la politique actuelle de dépistage systématique). 14 femmes ont bénéficié de la biopsie sur la base de la suspicion de malignité à l'échographie. 8 cas de cancers ont été confirmés à l'anatomopathologie, soit un pourcentage de 57,1% (8/14). Parmi les 8 femmes qui ont présentés des lésions cancéreuses à l'examen anatomopathologique, 3 (37,5%) avaient des antécédents familiaux de cancer du sein. Ce résultat est supérieur à celui trouvé dans la série de Kaiser et al. qui est de 17% [10], et à celui de Diop-Ba et al. qui est de 26% [5]. Cette différence pourrait être liée à la taille réduite de notre échantillon.

5 Conclusion

Au terme cette étude, il ressort que l'échographie a permis de détecter 32,25% de lésion chez les femmes dont la clinique ne révélait aucune anomalie. Elle a permis de

Tableau 3: Concordance échographie – anatomopathologique.

Échographie	Anatomopathologie							Total
	Carcinome canalaire in situ	Carcinome G1	Carcinome G3	Lésion inflammatoire	Lésion kystique	MFK	Papillonne	
ACR3	0	0	0	0	0	1	0	1
ACR4	1	2	1	1	2	1	1	9
ACR5	0	0	4	0	0	0	0	4
Total	1	2	5	1	2	2	1	14

décélérer 14 cas de lésions suspectes parmi lesquelles 8 ont été confirmés comme cancer à l'anatomopathologie. Ceci pourrait justifier l'association de l'échographie dans le diagnostic des lésions cancéreuses au cours des campagnes de dépistage et de diagnostic des lésions mammaires dans notre milieu.

[14] A. T. Stavros, D. Thickman, C. L. Rapp, M. A. Dennis, S. H. Parker, and G. A. Sisney, *Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions*, *Radiology*, 196 (1995), 123–134.

Bibliographie

- [1] American College of Radiology, *New SBI and ACR recommendations suggest breast cancer screening should begin at 40*. ACR, 2009.
- [2] W. A. Berg, J. D. Blume, J. B. Cormack, E. B. Mendelson, D. Lehrer, and M. Bohm-Velez, *Dépistage combiné par une échographie et la mammographie versus mammographie seule chez des femmes ayant un risque élevé de cancer du sein* (French), *JAMA*, 299 (2008), 2151–2164.
- [3] A. Bsir, *Diagnostic des tumeurs mammaires : confrontation clinique, mammographique, échographique, cytologique et histologique; à propos de 152 cas*, PhD thesis, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Université Mohamed V, 2000.
- [4] Comité National de Lutte Contre le Cancer, *Le cancer du sein* (French), in Guide d'information, Ministère de la Santé Publique, Yaoundé, Cameroun, 1st ed., 2007, 37–43.
- [5] S. Diop-Ba, M. Badiane, E. H. Niang, B. A. Ly, A. Alfidja, and Y. Favre, *Contribution de la mammographie et de l'échographie dans le diagnostic du cancer du sein : à propos de 25 cas* (French), *Med Afr Noire*, 42 (1997), 111–117.
- [6] F. Eisinger, *Le dépistage des cancers du sein chez les femmes à haut risque familial* (French), *Bull Cancer*, 92 (2005), 874–884.
- [7] M. Espie, B. Tournant, C. Cuvier, and P. H. Cottu, *Épidémiologie des lésions malignes du sein* (French), *EMC – Gynécologie*, 15 (2001), 840–850.
- [8] J. S. Kaiser, M. A. Helvie, R. L. Blacklaw, and M. A. Roubidoux, *Palpable breast thickening: role of mammography and US in cancer detection*, *Radiology*, 223 (2002), 839–844.
- [9] T. M. Kolb, J. Lichy, and J. H. Newhouse, *Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and factors that influence them: an analysis of 27,825 patient's evaluations*, *Radiology*, 225 (2002), 165–168.
- [10] L. Lévy, M. Suissa, J. F. Chiche, and J. Bokobsa, *Affections rares du sein* (French), *EMC – Radiologie*, 2 (2005), 474–480.
- [11] R. A. Park, A. C. Paty, and J. Bloch, *Dépistage du cancer du sein, rapport d'évaluation du suivi épidémiologique : données 2003*, Institut de Veille Sanitaire, 2006.
- [12] D. Sano, R. Cisse, B. Dao, J. Lankoande, S. S. Traoré, R. B. Soudre, et al., *Le cancer du sein, problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou* (French), *Med Afr Noire*, 45 (1998), 297–301.
- [13] S. Shapiro, W. Venet, P. Strax, L. Venet, and R. Roeser, *Ten- to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality*, *J Natl Cancer Inst*, 69 (1982), 349–355.