

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 17 ■ N° 38 (2022)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F Diadhio, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar), RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

Connaissance attitude et pratique des gestantes sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les sites PTME de la commune VI de Bamako Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....	5 - 11
Pronostic de l'accouchement aux ages extrêmes de la vie reproductive au service de la maternité du centre médical communal de Ratoma Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....	12 - 17
Bilan des activités de colposcopie dans un hôpital de niveau 2 à Dakar Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT	18 - 23
Evaluation de la pratique contraceptive du post-partum dans une maternité à Dakar Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT	24 - 27
Cancer du sein et grossesse au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier régional de Thiès (CHRT) Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....	28 - 32
Ratio et audit des décès maternels dans un établissement de soins : cas du district sanitaire de la commune VI de Bamako au Mali Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I ¹ , Traoré Y.	33 - 39
Les infections du site opératoire post césarienne : aspects épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs dans le service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....	40 - 45
Le miel pharmaceutique dans la cicatrisation des plaies de césarienne. Etude cohorte prospective de 766 césariennes au CHU Gabriel Toure. Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....	46 - 51
Evaluation du protocole de neuroprotection fœtale par le sulfate de magnésium dans un hopital universitaire au burkina faso Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....	52 - 60

CAS CLINIQUE

Situs inversus et grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....	61 - 65
---	---------

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Knowledge, attitudes, and practices in preventing the HIV transmission from mother to child of pregnant women in antenatal care services in commune vi of Bamako district*
Kéita M, Telly N, Sangho O, Samaké A, Daffé A.....5 - 11
- Prognosis of childbirth at extreme ages of reproductive life in the maternity service of the communal medical center of Ratoma*
Diallo FB, Diallo MH, Keita M, Baldé FB, Baldé IS, Sy T, Keita N.....12 - 17
- Review of colposcopy activities in a level 2 hospital in Dakar*
Niang MM, Aidara MJI, Samb F, Cisse CT18 - 23
- Evaluation of the postpartum contraceptive practice in a maternity hospital in Dakar*
Niang MM, Niang S, Samb, Cisse CT24 - 27
- Breast cancer and pregnancy in the obstetrics gynecology department of the Thiès regional hospital center*
Gueye L, Thiam M, Thiam O, Warma EB, Fall K, Cisse ML.....28 - 32
- Ratio and audit of maternal deaths in a health care establishment: case of the health district of commune VI of Bamako in Mali*
Fané S, Bocoum A, Traoré SO, Kanté I, Tegueté I¹, Traoré Y.33 - 39
- Infections of the post-cesarean operating site: epidemiological, clinical, bacteriological, therapeutic and evolutionary aspects in the department of gynecology and obstetrics of the regional university teaching hospital of Ouahigouya*
Ouedraogo I. Dembélé A, Sib SR, Kiemtoré S. Sawadogo YA, Thieba/Bonané B.....40 - 45
- Pharmaceutical honey in the healing of caesarean section wounds. Prospective cohort study of 766 caesarean sections at Gabriel Toure teaching hospital.*
Bocoum A, Fané S, Traoré SO, Kanté I, Sissoko A, Traoré Y.....46 - 51
- Evaluation of the fetal neuroprotection protocol using magnesium sulfate in a teaching university hospital in burkina faso.*
Dembélé A, Sawadogo O, Kondé/Zongo SW, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Sawadogo AY, Millogo/Traoré FD.....52 - 60

CAS CLINIQUE

- Situs inversus and pregnancy: about a case and literature review*
Touré Ecra A, O Tra Bi, Koffi A, Konan P, Nigué L.....61 - 65

Cancer du sein et grossesse au service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier régional de Thiès (CHRT)

Breast cancer and pregnancy in the obstetrics gynecology department of the Thiès regional hospital center

Gueye L^{1,2}, Thiam M^{1,2}, Thiam O³, Warma EB¹, Fall K⁴, Cisse ML^{1,2}

¹ Centre Hospitalier Régional de Thiès,

² UFR Santé de Thiès, Sénégal

³ Université Gaston Berger,

⁴ Hôpital Tivaouane

Correspondances : Dr Lamine GUEYE, Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Thiès, 1 Avenue Malick SY Prolongée, Tél (221): 33 951.11.62 / BP: 34 Thiès (Sénégal). Tel : 00221776515652, Email : lamingueye@yahoo.fr Reçu le 9 juillet 2022- Accepté le 14 août 2022 - Publié le 3 octobre 2022

RESUME

Objectif : l'objectif était d'évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de l'association cancer du sein et grossesse (CSAG) au service de Gynécologie Obstétrique du CHRT.

Patientes et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 6 ans 6 mois (du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2021) portant sur les patientes atteintes de cancer du sein associés à la grossesse, traitées au service de gynécologie du Centre Hospitalier Régional de Thiès. Nous avons inclus toutes les patientes présentant un CSAG diagnostiqué durant la grossesse ou l'année qui suit l'accouchement. Nous avons étudié les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. Les données étaient saisies à l'aide d'une base électronique et analysées par le logiciel Sphinx version 5.

Résultats : Durant cette période, nous avons enregistré 254 patientes atteintes de cancers du sein, 16 parmi elles présentaient une association cancer du sein et grossesse soit une fréquence de 6,29%. L'âge moyen des patientes était de 32,75 ans. Treize patientes (81,25 %) avaient une tumeur classée T4, 11 patientes, soit 68,75%, présentaient des ganglions axillaires fixés au moment du diagnostic. Le bilan d'extension retrouvait des localisations secondaires dans 37,5% des cas. Une chimiothérapie était administrée chez treize patientes, soit 81,25% des cas. Une mastectomie était réalisée dans 50% des cas dont une pendant la grossesse. Les onze patientes enceintes avaient mené leur grossesse au moins à 36SA et avaient donné naissance à des nouveaux nés vivants et bien portants. La survie de nos patientes à 3 ans était de 37,5%.

Conclusion : Le diagnostic du CSAG est souvent retardé en raison des modifications physiologiques de la grossesse et de l'allaitement. Ces retards diagnostiques et thérapeutiques rendent le pronostic sombre dans notre structure avec une survie globale sur 3 ans de l'ordre de 37,5%.

Mots clés : Cancer du sein et grossesse, mortalité, Thiès-Sénégal.

ABSTRACT

Objective: the objective was to evaluate the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects of the association of breast cancer and pregnancy (CSAG) in the Gynecology and Obstetrics department of the CHRT.

Patients and Methods: This was a retrospective, descriptive study over a period of 6 years 6 months (from January 1, 2015 to June 30, 2021) on patients with breast cancer associated with pregnancy, treated at the department of obstetrics and gynecology at the Regional Hospital of Thiès. We included all patients with a CSAG diagnosed during pregnancy or the year following delivery. We studied the epidemiological, diagnostic, therapeutic and prognostic aspects. Data was entered using an electronic database and analyzed using Sphinx version 5 software.

Results: During this period, we recorded 254 patients with breast cancer, 16 of them had an association of breast cancer and pregnancy, a frequency of 6.29%. The average age of the patients was 32.75 years. Thirteen patients (81.25%) had a tumor classified as T4, 11 patients, or 68.75%, had fixed axillary lymph nodes, at the time of diagnosis. The extension assessment found secondary locations in 37.5% of cases. Chemotherapy was administered in thirteen patients, or 81.25% of cases. A mastectomy was performed in 50% of cases including one during pregnancy. The eleven pregnant patients had carried their pregnancy to at least 36 weeks and had given birth to live and healthy newborns. The survival of our patients at 3 years was 37.5%.

Conclusion: The diagnosis of CSAG is often delayed due to the physiological changes of pregnancy and lactation. These diagnostic and therapeutic delays make the prognosis gloomy in our structure with an overall survival at 03 years of around 37.5%.

Keywords: Breast cancer and pregnancy, mortality, Thies-Senegal.

INTRODUCTION

L'association cancer du sein et grossesse se définit par la survenue d'une tumeur maligne mammaire durant la grossesse ou durant l'année qui suit l'accouchement. Certains auteurs y associent également les cancers du sein diagnostiqués après un avortement ou une grossesse interrompue [1]. Dans les pays développés le cancer du sein touche généralement les femmes âgées, avec une moyenne d'âge de 61ans [1, 2]. En Afrique, les femmes atteintes de cancers du sein sont relativement jeunes, avec une moyenne d'âge entre 42 et 50 ans selon les régions [3, 4]. Très souvent ces femmes sont en âge de procréer entraînant ainsi une hausse de la fréquence du cancer du sein associé à la grossesse dans notre contexte. Cette association cancer du sein et grossesse entraîne des difficultés diagnostiques, liées aux modifications physiologiques du sein pendant la grossesse retardant le diagnostic, souvent posé à un stade avancé ; thérapeutiques car la prise en charge doit tenir compte de l'âge de la grossesse, du désir de conserver ou non cette dernière et du stade de la maladie. L'objectif de notre étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de cette association au service de Gynécologie Obstétrique du CHRT.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive menée au CHRT entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 juin 2021, concernant toutes patientes atteintes de cancer du sein diagnostiqué durant la grossesse ou durant l'année qui suit l'accouchement. L'ensemble des dossiers répondant à nos critères a été colligé et nous avons recueilli chez toutes les patientes le profil épidémiologique, les critères diagnostiques, la stadification, la stratégie thérapeutique, le suivi et pronostic maternel et fœtal. Une fiche d'exploitation était préalablement établie pour le recueil des données.

RESULTATS

1-Aspects épidémiologiques

Du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2021, nous avons enregistré 254 patientes atteintes de cancers du sein, 16 parmi elles présentaient une association cancer du sein et grossesse soit une fréquence de 6,29%. La fréquence de cancer du sein associé à la grossesse par rapport au nombre de grossesses était de 0,055% soit un ratio de 1/1825 grossesses. L'âge médian au moment du diagnostic était de 32,7 ans avec des extrêmes de 25 et de 40 ans, la moitié des patientes était âgée entre 35-40 ans. Neuf patientes

56,25%, étaient analphabètes. Aucun antécédent personnel de cancer du sein était retrouvé chez nos patientes. La parité moyenne était de 2,8 paires avec des extrêmes de 1 et 6 paires. Les pauci paires étaient les plus représentées (6 patientes) soit environ 37,5% suivies des primipares 25% et les multipares étaient de 18,75%. L'âge moyen à la première grossesse était de 23,5 ans avec des extrêmes de 16 et 31 ans. Six patientes (37,5%) avaient eu leur première grossesse avant 25 ans. Douze patientes (75%) avaient pratiqué l'allaitement maternel avec une durée moyenne de 20,5 mois.

2-Aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques

Treize patientes (81,25 %) avaient une tumeur classée T4, 11 patientes, soit 68,75%, présentaient des ganglions axillaires fixés, N2 au moment du diagnostic. L'échographie mammaire bilatérale était réalisée chez 09 patientes. Cinq patientes avaient réalisé une mammographie, le résultat était classé ACR4 dans 03 cas et ACR3 dans 02 cas. Le carcinome infiltrant de type non spécifique était le type histologique le plus fréquent, soit 87,5%. Six patientes (37,5%) présentaient des métastases au moment du diagnostic. Une chimiothérapie était administrée chez treize patientes, soit 81,25%. La chimiothérapie était réalisée pour les 13 patientes soit environ 81,25% des cas, les 3 autres étant décédées avant la mise en route du traitement du fait du stade avancé de la maladie au moment du diagnostic. Elle était néo-adjuvante pour les 12 patientes dont trois en association avec la chimiothérapie adjuvante. Les protocoles utilisés en néo-adjuvante étaient le FAC pour 5 patientes et le protocole AC pour 7 patientes. Une mastectomie était réalisée chez 08 patientes (50%) dont une pendant la grossesse. Il s'agissait d'une patiente de 33 ans 5^{ème} geste 5^{ème} pare, sans antécédent personnel ou familial de pathologie mammaire, reçue pour tumeur du sein droit associée à une grossesse monofoetale évolutive de 12 semaines d'aménorrhées (SA) 03 jours. La biopsie suivie de l'étude anatomopathologique conclut à un carcinome canalaire infiltrant non spécifique. A la suite d'un bilan d'extension et pré-thérapeutique qui était normal, une chimiothérapie de type FAC était débutée au 2^{ème} trimestre. Au bout de 6 cures, il y avait aucune réponse clinique sur la tumeur. Une mastectomie curage axillaire était faite à 29 SA et une césarienne programmée à 36 SA avait permis l'extraction d'un nouveau-né de sexe féminin, poids 1880g, Apgar 10/10, vivant et bien portant. Le nouveau-né était sous allaitement artificiel. La patiente a bénéficié d'une contraception type dispositif intra utérin 6 semaines après la césarienne.

Une chimiothérapie à base de taxane était reprise 3 semaines après l'accouchement, puis une radiothérapie de la paroi suivie d'une hormonothérapie. Au moment du diagnostic, 11 patientes soit 68,75% des cas étaient enceintes dont 6 au 3^{ème} trimestre, 05 patientes étaient en post partum (Figure 1).

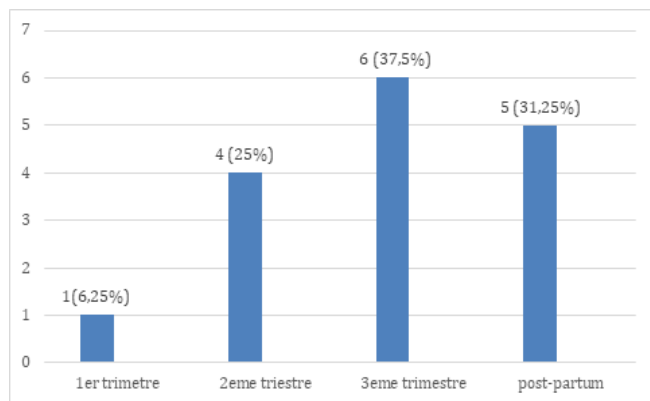
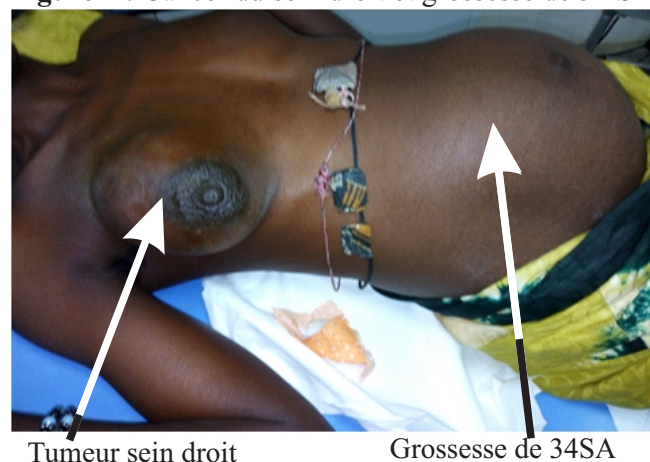


Figure 1 : Répartition des patientes selon la période obstétricale (N=16)

Les onze patientes enceintes avaient mené leur grossesse au moins à 36SA et avaient donné naissance à des nouveaux nés vivants et bien portants. Aucune interruption thérapeutique de grossesse était réalisée dans notre série. Sept gestantes (63,6% des patientes enceintes) avaient accouché par césarienne dont 01 en urgence et 6 césariennes programmées avec comme indication le cancer du sein. Les 4 autres avaient accouché par voie basse. Tous les enfants étaient vivants et bien portants avec une bonne croissance staturo-pondérale. Une des patientes avec des métastases multiples est décédée dans les suites post césarienne.

La survie globale à 3 ans était de 37,5 %, 10 patientes étaient décédées soit une mortalité sur 3 ans à 62,5 %. Une patiente avait eu une autre grossesse 3 ans après son traitement et avait donné naissance à un enfant vivant et bien portant.

Figure 1 : Cancer du sein droit et grossesse de 34 SA



Tumeur sein droit

Grossesse de 34SA

DISCUSSION

1-Aspects épidémiologiques

L'association cancer du sein et grossesse représente 0,2 à 3,8% des cancers du sein [5,6]. Dans notre étude cette fréquence était de 6,29% ce qui est nettement supérieure à celle retrouvée dans la littérature. Dieng M .M et al dans une étude menée à Institut Curie de Dakar retrouvaient une fréquence de l'association CSAG de 2,9 [7]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que notre étude était réalisée dans un service de gynécologie obstétrique, seul centre de prise en charge des cancers du sein dans la région.

L'âge médian était de 32,7 ans. Si l'âge médian des CSAG semble se situer autour de 34 ans, il concerne environ 15 % des cancers du sein chez les femmes jeunes de moins de 35 ans [8] et son incidence n'est pas du tout superposable à celle des cancers du sein en population générale : augmentation initiale avec l'âge pour atteindre un pic entre 30 et 39 ans puis diminution, les CSAG étant rares chez les patientes de plus de 40 ans [6].

Les patientes présentant un CSAG étaient majoritairement des pauci pares (37,5 %) suivies des primipares (25%), avec une parité moyenne de 2,8. Ces résultats se rapprochent de ceux de Bouzakraoui H [9] et de Benjelloun A H [10] qui avaient respectivement trouvé des parités moyennes de 3 et 4. Dans notre série, 12 patientes (75%) avaient allaité avec une durée moyenne de l'allaitement de 20,5 mois. Ce résultat est comparable à celui de Bouzakraoui H [9] qui avait retrouvé un pourcentage de 70% de femmes ayant allaité. L'allaitement confèrerait un effet protecteur vis-à-vis du cancer du sein en entraînant une différenciation des tissus mammaires, ce qui diminuerait le risque de carcinogenèse [9]. Aux vues de nos résultats et du fait que la plupart des femmes africaines allaitent, il est difficile de démontrer le rôle protecteur de l'allaitement contre le cancer en Afrique.

2-Aspects diagnostiques

Treize patientes (81,25 %) avaient une tumeur classée T4, et 68,75% présentaient des ganglions axillaires fixés, N2 au moment du diagnostic. Dieng MM et al, dans une étude réalisée à Institut Curie de Dakar, retrouvée dans 64,3% une tumeur classée T4 avec des adénopathies axillaires fixées, N2 chez 42,9% des cas [7]. L'envahissement ganglionnaire est plus fréquent chez les patientes ayant un cancer du sein associé à la grossesse. Petrek et al. retrouvent un envahissement ganglionnaire axillaire dans 61% des cancers du sein associé à la grossesse contre 28% chez des femmes témoins non enceintes [11]. Dans notre contexte, ce retard du diagnostic est lié à un

déficit d'examen des seins et du creux axillaire pendant les consultations prénatales par certains praticiens et par une référence tardive. Le bilan d'extension retrouvait des localisations secondaires dans 37,5% des cas. Ces chiffres sont plus élevés que ceux trouvés par Mounzil C [12] et Benjelloun [10] qui avaient respectivement 8,26% et 7,14% de métastases au moment du diagnostic.

Les types histologiques rencontrés chez les femmes jeunes sont les mêmes qu'elles soient ou non enceintes. Nous avons retrouvé le carcinome infiltrant de type non spécifique dans 87,5% des cas. Cette fréquence était confirmée par la plupart des études qui retrouvait le carcinome infiltrant de type non spécifique dans 82,5 à 83 % des cas [13, 14]. La tumeur était de haut grade dans plus de la majorité des cas (SBR III, 56,25%), de grade intermédiaire chez 4 patientes (25%), et bas grade chez 3 patientes (18,75%). Ring et Matelin dans leurs séries retrouvaient respectivement 74 % et 77% de grades 3. En effet cette association CSAG survient chez des femmes jeunes avec des tumeurs de haut grade, agressives ; n'exprimant pas les récepteurs hormonaux.

Au moment du diagnostic, 11 patientes soit 68,75% des cas étaient enceintes dont 06 patientes (37,5%) au 3^{ème} trimestre, 05 patientes (31,25%) étaient en post partum (figure 1). Dieng MM avait retrouvé 25% des patientes au cours du premier trimestre de la grossesse, 25% cas au deuxième trimestre, 14% au troisième trimestre, 36% dans le post- partum [7]. A partir de nos résultats, on constate que le diagnostic est posé essentiellement au troisième trimestre voir dans le post partum et à des stades avancés de la maladie, T4 dans 81,25% des cas.

3-Aspects thérapeutiques

Les principes du traitement sont de se rapprocher autant que possible des protocoles utilisés en dehors de la grossesse, sans retard de sa mise en œuvre, tout en tenant compte dans les limites du possible du désir du couple. Décision rarement facile, nécessitant souvent une concertation multidisciplinaire. Une chimiothérapie adjuvante était administrée pendant la grossesse pour les 12 patientes avec le protocole FAC pour 5 patientes et le protocole AC pour 7 patientes.

Dans la plupart des séries le protocole FAC est le plus utilisé [15]. Selon les recommandations internationales, la chimiothérapie dans le CSAG suit le même protocole que celui appliqué au cancer du sein en dehors de toute grossesse, dans la mesure où celle-ci est réalisée après le premier trimestre de grossesse [1]. Aucune augmentation du risque malformatif ne semble exister pour des traitements

instaurés à partir du deuxième trimestre de grossesse. La chirurgie est tout à fait possible pendant la grossesse, et ce quel que soit le terme de cette dernière [16], même si elle comporte un risque hémorragique très important pendant la grossesse. La mastectomie curage axillaire est souvent le traitement chirurgical proposé, du fait de la taille tumorale et du risque de rechute. Dans notre série une mastectomie a été réalisée dans 50% des cas, nous n'avions pas réalisé de traitement conservateur. Dieng MM effectuait une chirurgie chez 12 patientes dont 11 mastectomies de type Patey et 1 quadrantectomie [7].

Les 11 gestantes avaient mené leur grossesse au moins à 36 SA permettant une meilleure adaptation des nouveau-nés à la vie extra-utérine. Sept gestantes (63,6% des patientes enceintes) avaient accouché par césarienne dont 01 en urgence et 6 césariennes programmées dont l'indication était le cancer du sein. Dans l'étude rétrospective de Van Calsteren et al [17] l'accouchement était médicalement induit dans 71,7 % des cas, à un âge gestationnel médian de $35,6 \pm 2,8$ SA. L'indication en était le cancer maternel dans la majorité des cas, soit 76,7 % des accouchements médicalement induits.

4-Aspects pronostiques

Les CSAG sont considérés comme de plus mauvais pronostic que les cancers du sein non associés à la grossesse [1]. Ce mauvais pronostic des CSAG ne serait pas lié à la grossesse en elle-même mais pourrait s'expliquer par : le jeune âge des patientes, facteur de mauvais pronostic en soi ; et des tumeurs découvertes à un stade plus avancé. Plusieurs travaux récents ont montré qu'à âge et à stades égaux le pronostic maternel des cancers du sein n'est pas altéré par l'état gravidique [1, 18].

Le pronostic fœtal est conditionné par la nature des mesures thérapeutiques entreprises et par l'état maternel. Les 11 nouveaux nés étaient vivants et bien portants, un suivi dans le long terme pourrait nous édifier sur le devenir de ces enfants exposés à la chimiothérapie au deuxième et troisième trimestre de la grossesse. Aucun surcroît de mortalité fœtale ou néonatale ne paraît imputable à la pathologie tumorale maternelle (en elle-même ou par ses traitements).

Dans notre étude la survie à 3 ans était de 37,5 %. Dieng MM retrouvait une survie globale à 5 ans de 18% [7]. La question de la grossesse après cancer du sein concerne un nombre croissant de femmes étant donné que la fertilité est affectée par le traitement du cancer du sein surtout chez la femme de plus de 30 ans chez qui la chimiothérapie peut diminuer les réserves ovariennes conduisant à une ménopause

précoce [19]. Une de nos patientes avait eu une grossesse 3 ans après son traitement et a donné naissances à un enfant vivant et bien portant.

CONCLUSION

Le cancer du sein associé à la grossesse est une entité rare de mauvais pronostic. Toute masse mammaire découverte au cours d'une grossesse doit être explorée afin d'éliminer ou de confirmer un cancer du sein dont le diagnostic est souvent tardif au cours de la grossesse. La prise en charge doit être pluridisciplinaire et la grossesse ne devrait pas retarder le traitement.

REFERENCES

1. **Genin, A.-S. A. Bourdet-Tréfoux, O. Mir, L. Selleret, S. Uzan, R. Rouzier.** Cancer du sein associé à la grossesse EMC Gynécologie 2020 ; 1542-1543
2. **Guèye L, Guèye M, Guèye S.M.K, et al.** Évaluation de l'atteinte du ganglion sentinelle dans les cancers du sein au Centre Hospitalier Marne-la-Vallée. *Journal de la SAGO*, 2013; 14(1) : 22-26
3. **Guèye S.M.K, Guèye M, Thiam M, et al.** Cancers du sein négligés: expérience de l'unité de sénologie du Centre Hospitalo-universitaire Aristide Le Dantec de Dakar(Sénégal). *Journal de la SAGO*, 2015; 16(2) : 21-26.
4. **Essiben F, Foumane P, Mboudou ET, et al.** Diagnostic et traitement du cancer de sein au Cameroun: à propos de 65 cas. *Mali Médical*.2012; 28(1) : 1-5.
5. **Andersson TM, Johansson AL, Hsieh CC, Cnattingius S, Lambe M.** Increasing incidence of pregnancy-associated breast cancer in Sweden. *Obstet Gynecol* 2009;114:568-72.
6. **Stensheim H, Møller B, Van Dijk T, Fossa SD.** Cause-specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry-based cohort study. *J Clin Oncol* 2009;27:45-51.
7. **M.M. DIENG., S. KA., J. THIAM., D. DIOUF., P.M. GAYE., M.DIOP., M.N. A. DEM.** Association cancer du sein et grossesse : à propos de 28 cas. *Journal Africain de Chirurgie* Juin 2018; 5(1): 44– 51 24.
8. **Beadle BM, Woodward WA, Middleton LP, Strom EA, Litton JK, et al.** The impact of pregnancy on breast cancer outcomes in women \leq 35 years. *Cancer* 2009;115:1174-84.
9. **Bouzakraoui H.** Cancer du sein et grossesse (à propos de 10cas).Thèse Médecine. Rabat : Université Mohammed V, 2012, 140p.
10. **Benjeloun A. A.** Cancer du sein et grossesse à propos de 28 cas. Thèse Médecine. Dakar : Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2011, 199p
11. **Petrek J, Dukoff R, Rogatko A.** Prognostics of pregnancy associated breast cancer. *Cancer* 1991 ; 67 : 869-72.
12. **Mounzil C., H. Nejjar, K. Guelzim et al.** Cancer du sein et grossesse à propos de 12 cas [en ligne]. *Medecine du Maghreb* 2001, n°88, 5p disponible sur <http://www.santetropicale.com/Resume/8809.pdf>. (consulté le 08 mars 2020).
13. **Mathelin C, Annane K, Treisser A, Chenard MP, Tomasetto C, Bellocq JP, et al.** Pregnancy and post-partum breast cancer: a prospective study. *Anticancer Res* 2008;28(4C):2447-52.
14. **Ring AE, Smith IE, Jones A, Shannon C, Galani E, Ellis PA.** Chemotherapy for breast cancer during pregnancy: an 18-year experience from five London teaching hospitals. *J Clin Oncol* 2005;23: 4192-7.
15. **Dargent D, Mayer M, Lansac J, Carret JL.** Cancer du sein et grossesse: à propos de 96 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 5 : 783-804.
16. **Gemignani ML, Petreck JA.** Breast cancer during pregnancy. Diagnostic and therapeutic dilemmas. *Adv Surg* 2000;34: 273-86.
17. **Van Calsteren K, Heyns L, De Smet F, Van Eycken L, Gziri MM, Van Gemert W, et al.** Cancer during pregnancy: an analysis of 215 patients emphasizing the obstetrical and the neonatal outcomes. *J Clin Oncol* 2010;28:683-9.
18. **Loibl S, von Minckwitz G, Gwyn K, et al.** Breast carcinoma during pregnancy. International recommendations from an expert meeting. *Cancer* 2006;106(2):237–46.
19. **Gauthier T, Leperlier F, Donadel L, Durand LM, Piver P, Aubard Y.** Fertilité et grossesse après chimiothérapie et radiothérapie. *Obstétrique* 2010, 5-049-C-15.