

ECOLE DE SAGES-FEMMES
HOPITAL DU CLUZEAU
23, avenue Dominique Larrey
87042 LIMOGES CEDEX

U.F.R de MEDECINE de LIMOGES

Le cancer du sein chez la femme avant 50 ans

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

Présenté par :

MIGNONAC Charlotte
Née le 28 Février 1987 à Rodez

Maître de Mémoire :

Docteur Joëlle MOLLARD

PROMOTION 2007-2011

Je remercie,

Le Docteur Joëlle MOLLARD, mon maître de mémoire, pour son aide.

Mme Valérie GAGNERAUD, ma guidante, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils.

L'équipe enseignante pour leur enseignement.

Ma famille pour leur soutien,

Mickaël pour ses encouragements,

Mes amis pour leur présence.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. Le cancer du sein.....	2
1.1. Le sein.....	2
1.2. L'épidémiologie.....	2
1.2.1. <u>En Europe</u>	2
1.2.2. <u>En France</u>	3
1.3. Le cancer du sein.....	3
1.3.1. <u>Les caractéristiques du cancer du sein</u>	3
1.3.1.1. <u>les cancers in situ</u>	4
• Les carcinomes canaux in situ.....	4
• Les carcinomes lobulaires in situ.....	4
1.3.1.2. <u>Les carcinomes infiltrants</u>	4
1.3.2. <u>Les symptômes</u>	5
1.3.3. <u>Les stades du cancer</u>	6
1.3.3.1. <u>La classification TNM</u>	6
1.3.3.2. <u>La classification FIGO</u>	6
1.4. Le dépistage du cancer du sein.....	8
1.4.1. <u>Le rôle du dépistage</u>	8
1.4.2. <u>L'évolution du dépistage en France</u>	9
1.4.3. <u>Les conditions d'un dépistage efficace</u>	10
1.4.4. <u>Les différents types de dépistage</u>	10
1.4.4.1. <u>L'autopalpation</u>	10
1.4.4.2. <u>L'examen sénologique</u>	11
1.4.4.3. <u>La mammographie</u>	11
1.4.4.4. <u>L'échographie mammaire</u>	12
1.4.5. <u>Les intérêts des différents examens de dépistage</u>	12

1.4.5.1. <u>L'autopalpation</u>	12
1.4.5.2. <u>L'examen sénologique</u>	13
1.4.5.3. <u>La mammographie</u>	13
1.4.5.4. <u>L'échographie mammaire</u>	13
1.4.6. <u>Le débat à propos du dépistage chez les femmes jeunes : avant 50 ans</u>	14

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2. La présentation de l'étude	16
2.1. Le constat.....	16
2.2. Problématique.....	16
2.3. Les objectifs.....	16
2.3.1. <u>L'objectif principal</u>	16
2.3.2. <u>L'objectif secondaire</u>	16
2.4. Les hypothèses.....	16
2.4.1. <u>L'hypothèse principale</u>	16
2.4.2. <u>Les hypothèses secondaires</u>	17
3. Le schéma d'étude	17
3.1. Le type d'étude.....	17
3.2. La population source.....	17
3.3. L'échantillon.....	17
3.4. Les variables.....	18
3.4.1. <u>Les variables permettant de définir la population</u>	18
• <u>Les variables qualitatives</u>	18
• <u>Les variables quantitatives</u>	19
3.4.2. <u>Les variables permettant de vérifier l'hypothèse principale</u>	19

• <u>Les variables qualitatives</u>	19
3.4.3. <u>Les variables permettant de vérifier les hypothèses secondaires</u>	20
• <u>Les variables qualitatives</u>	20
3.5. <u>La stratégie d'exploitation</u>	21

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION DES RESULTATS

4. <u>La présentation des résultats</u>	23
4.1. <u>La présentation de la population</u>	23
4.1.1. <u>L'âge au moment du diagnostic</u>	23
4.1.2. <u>L'indice de masse corporelle</u>	24
4.1.3. <u>Les antécédents familiaux de cancer du sein</u>	25
4.1.4. <u>La parité</u>	26
4.1.5. <u>La consommation de tabac</u>	27
4.2. <u>Les circonstances de diagnostic</u>	28
4.2.1. <u>La personne qui a découvert l'anomalie</u>	28
4.2.2. <u>L'anomalie mise en évidence</u>	29
4.2.3. <u>Le stade du cancer</u>	31
4.3. <u>Le suivi gynécologique</u>	32
4.3.1. <u>Le suivi</u>	32
4.3.2. <u>La personne qui réalise le suivi</u>	33
4.4. <u>La mammographie</u>	34
4.4.1. <u>Réalisation du dépistage dans les 2 ans avant le cancer</u>	34
4.4.2. <u>Réalisation du dépistage par rapport à l'âge</u>	34
4.5. <u>L'autopalpation</u>	35
4.5.1. <u>La réalisation de l'autopalpation</u>	35
4.5.2. <u>Le moment de la réalisation de l'autopalpation</u>	36
4.5.3. <u>La fréquence de la réalisation de l'autopalpation</u>	36

4.5.4. <u>La réalisation de l'inspection</u>	37
4.5.5. <u>La palpation des aisselles</u>	38
4.6. Le stade du cancer et les circonstances diagnostics.....	39
4.6.1. <u>Le stade du cancer et les personnes ayant découvert l'anomalie</u>	39
4.6.2. <u>Le stade du cancer et le type d'anomalie découvert</u>	41
4.6.3. <u>Le stade du cancer et l'âge des patientes</u>	43
4.7. L'âge et les circonstances de diagnostics.....	45
4.7.1. <u>L'âge au moment du diagnostic et les personnes ayant découvert l'anomalie</u>	45
4.7.2. <u>L'âge au moment du diagnostic et le type d'anomalie</u>	47
4.8. Le dépistage du cancer du sein.....	49
4.8.1. <u>Le suivi gynécologique</u>	49
○ par rapport à l'âge.....	49
○ par rapport aux antécédents.....	50
○ par rapport aux stades du cancer.....	51
4.8.2. <u>L'autopalpation</u>	52
○ par rapport à l'âge.....	52
○ par rapport aux antécédents.....	52

QUATRIEME PARTIE : LA DISCUSSION ET LES PROPOSITIONS

5. La discussion	54
5.1. Les points positifs.....	54
5.1.1. <u>L'unité géographique de l'étude</u>	54
5.2. Les limites.....	54
5.2.1. <u>Un petit effectif</u>	54
5.2.2. <u>Les données manquantes</u>	54
5.3. Les difficultés rencontrées.....	55
○ Le recrutement.....	55

5.4. La vérification des hypothèses de recherche.....	55
5.4.1. <u>L'hypothèse principale</u>	55
5.4.2. <u>Les hypothèses secondaires</u>	56
5.5. Comparaison avec des données de la littérature.....	58
5.5.1. <u>Le dépistage mammographique avant 50 ans</u>	58
5.5.2. <u>Le suivi gynécologique</u>	59
5.5.3. <u>L'autopalpation</u>	60
6. Les propositions	61
CONCLUSION	63
LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	64
LA BIBLIOGRAPHIE	68
LES ANNEXES	72

INTRODUCTION

Le cancer du sein est un problème de santé publique : il représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France.

Celui-ci semble moins fréquent chez la femme jeune cependant 25% des cas surviennent avant 50 ans. Le dépistage de masse mis en place concerne les femmes à partir de 50 ans. Avant cet âge, le dépistage consiste en un suivi gynécologique annuel comprenant un examen sénologique. De plus, les femmes de 40 à 50 ans, peuvent bénéficier d'un dépistage individuel par mammographie.

L'autopalpation est un moyen de dépistage utilisé par les femmes. Elle ne semble pas être un bon moyen de dépistage de masse pour l'ensemble de la population. L'information sur l'autopalpation faite aux femmes est réalisée par les professionnels de santé : médecin traitant, gynécologue, sage-femme.

Nous avons décidé de mettre en place une étude visant à identifier les circonstances de diagnostic du cancer du sein (l'anomalie et la personne qui l'a découverte) à l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges grâce à une étude rétrospective et descriptive de 2007 à 2010. L'objectif est de mettre en évidence le lien entre les circonstances de diagnostic et le stade du cancer et de s'interroger sur le dépistage des femmes.

Dans un premier temps, j'aborderai les généralités sur le cancer du sein, en débutant par les caractéristiques de la maladie et les stades du cancer.

Dans un second temps, je développerai le dépistage en décrivant les moyens possibles et leurs intérêts à travers des données de la littérature.

Ensuite, je présenterai le protocole de recherche, l'étude et ses résultats.

Puis je terminerai par la discussion et la formulation de propositions.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. Le cancer du sein

1.1 Le sein

Le sein est une glande superficielle située contre le thorax, entre la peau et le muscle grand pectoral. Il est également appelé glande mammaire. Il joue un rôle important chez la femme afin de permettre de nourrir le nouveau-né sans oublier le rôle majeur de l'image du corps et de la sexualité.

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau des cellules de la glande. Une cellule normale devient tumorale après de nombreuses modifications, progressives et irréversibles. En temps normal, les modifications cellulaires sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsqu'une cellule devient cancéreuse, elle perd sa capacité de réparation. A ce moment là, elle se multiplie et finit par former une masse appelée tumeur maligne. [1]

1.2 L'épidémiologie

1.2.1 En Europe

En 2006, 429 900 nouveaux cas ont été estimés en Europe (soit 28,9% de l'ensemble des cancers féminins ou 13,5% de tous les cancers). Le taux d'incidence est généralement élevé en Europe de l'ouest et du nord et relativement faible dans la majorité des pays de l'Europe de l'est. Ceci serait dû en partie à la différence entre la prévalence nationale et régionale des facteurs de risques associés. Il s'agit des facteurs socio-économiques et culturels tels que la nulliparité, l'âge d'apparition des règles et de la ménopause, l'obésité et la consommation d'alcool. [2]

1.2.2 En France

L'incidence annuelle du cancer du sein standardisée à la population mondiale a augmenté de 2,4% par an de 1980 à 2000. Ce cancer représente 32% des nouveaux cas en France. Il est à l'origine de 20% des décès féminins par cancer en France. [3,5]

Bien qu'il soit moins fréquent chez la femme jeune, il survient dans 25% des cas avant 50 ans. [4]

D'après l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), le nombre de nouveaux cas de cancer du sein a augmenté de 60% entre 1980 et 2000 en tenant compte du fait que la population a vieilli. Ainsi, le nombre de cas est passé de 21000 à 42000 cas en 20 ans. [3]

1.3 Le cancer du sein

1.3.1 Les caractéristiques du cancer du sein

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe à partir de cellules de la glande mammaire.

Lorsqu'un cancer du sein n'est pas traité, les cellules tumorales se propagent localement et envahissent les organes voisins (extension locale puis extension régionale). Elles peuvent également se propager par voie sanguine ou lymphatique (extension générale) pour atteindre les organes situés à distance (métastases). Les organes les plus fréquemment atteints par les métastases sont les os, les poumons, le foie et le cerveau.

Au premier stade, le cancer du sein est trop petit pour être détecté par la palpation des seins ou par les examens de dépistage (mammographie, échographie). Il ne présente à ce stade aucun symptôme. Lorsque les cellules cancéreuses continuent à se développer, la tumeur devient souvent visible sur les examens de dépistage, sans être encore palpable cliniquement.

Au premier stade, le cancer du sein est trop petit pour être détecté par la palpation des seins ou par les examens de dépistage (mammographie, échographie). Il ne présente à ce stade aucun symptôme. Lorsque les cellules cancéreuses continuent à se développer, la tumeur devient souvent visible sur les examens de dépistage, sans être encore palpable cliniquement. [4]

Il existe différents types de cancer du sein qui sont définis au niveau histologique.

1.3.1.1 Les cancers in situ

Ils se définissent par une prolifération carcinomateuse qui se développe dans la lumière des canaux et des lobules, sans franchir la membrane basale et sans envahir le tissu conjonctif. [6 ; 7]

- Le carcinome canalaire in situ (intraconalaire)

Il correspond à la prolifération de cellules malignes des canaux galactophores n'infiltrant pas le tissu conjonctif. Celle-ci présente une évolution probable vers l'invasion et l'agressivité est variable. [6 ; 7]

- Le carcinome lobulaire in situ (intraconalaire)

Il correspond au carcinome intéressant les canalicules intraconalaire qui sont comblés et distendus par une prolifération de cellules peu jointives sans envahissement du tissu conjonctif voisin. Dans un certain nombre de cas, il évolue vers un cancer invasif. [6 ; 7]

1.3.1.2 Les carcinomes infiltrants

Dans ce cas, les cellules tumorales envahissent le tissu conjonctif et peuvent donner des métastases. Parmi les formes infiltrantes, on distingue la forme commune, le carcinome canalaire infiltrant, qui représente 75% des cas. [6 ; 7]

Les autres formes infiltrantes sont plus rares :

- Carcinome canalaire infiltrant avec une composante intracanalairé prédominante
- Carcinome lobulaire infiltrant (le moins rare)
- Carcinome mucineux ou colloïde muqueux
- Carcinome médullaire
- Carcinome tubuleux
- Carcinome cribriforme infiltrant
- Carcinome papillaire infiltrant
- Carcinome adénoïde kystique
- Carcinome apocrine
- Carcinome sécrétant
- Carcinome métaplasique [...]

1.3.2 Les symptômes

Au stade 0 (de la classification FIGO), le cancer du sein ne présente aucun symptôme. [9]

La manifestation clinique essentielle est l'apparition d'un nodule dans le sein.

Il peut aussi se manifester par :

- un écoulement du mamelon en particulier s'il est sanglant ou noirâtre
- une déformation du sein
- une augmentation du volume du sein
- une rétraction du mamelon
- un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé
- l'apparition d'une fossette ou ride à la surface du sein.

Une douleur du sein constitue rarement le point d'appel d'un cancer du sein. Ces symptômes ne sont pas toujours synonymes de cancer car ils peuvent correspondre à une pathologie bénigne. Néanmoins leur présence justifie un avis spécialisé. [4]

1.3.3 Les stades du cancer [8]

Il existe plusieurs classifications afin de déterminer la gravité du cancer du sein.

1.3.3.1 La classification TNM (Annexe 1)

La classification TNM permet de définir le cancer en stade. Elle basée sur la taille de la tumeur (T), le caractère invasif ou non invasif du cancer, l'atteinte des ganglions lymphatiques (N), et l'extension du cancer au-delà du sein : les métastases (M).

1.3.3.2 La classification FIGO [9]

Stade 0

- ➔ Tis N0 M0 : Il correspond au carcinome canalaire in situ, la première forme du cancer. Parfois le carcinome lobulaire in situ est classé au sein de ce groupe, mais la plupart des oncologues ne l'assimile pas à un vrai cancer du sein, (surtout pour LIN 1 et LIN 2). Dans tous les cas, la tumeur ne s'est pas propagée aux ganglions lymphatiques ou des sites distants.

Stade I

- ➔ T1 N0 M0 : La tumeur est de 2 cm et le cancer ne s'est pas propagé au niveau des ganglions lymphatiques.

Stade IIA

- ➔ T0 ou T1 N1 M0 : La tumeur est de 2 cm ou moins. Elle est associée aux caractéristiques suivantes :
 - La tumeur touche 1 à 3 ganglions axillaires (supérieur à 2 mm de diamètre) (N1a)

- Le cancer se retrouve dans les ganglions mammaires internes sur la biopsie du ganglion sentinelle. (N1b)
- La tumeur s'étend de 1 à 3 ganglions lymphatiques axillaires et à des ganglions mammaires internes. (N1c)

Stade IIB

- T2 N0 M0 : La tumeur est supérieure à 2 cm mais inférieure à 5 cm, mais elle ne s'est pas propagée aux ganglions lymphatiques.
- T2 N1 M0 : La tumeur est supérieure à 2 cm mais inférieure à 5 cm. Elle s'est étendue à 1 à 3 ganglions axillaires et/ou de petites quantités de cancer se trouvent dans des ganglions mammaires internes sur la biopsie du ganglion sentinelle. Il n'y a pas de métastases.
- T3 N0 M0 : La tumeur est plus grande que 5 cm de diamètre, mais elle ne s'est pas propagée aux ganglions ni aux sites distants.

Stade IIIA

- T0 à T2 N2 M0 : La tumeur ne dépasse pas 5 cm de diamètre. Elle touche 4 à 9 ganglions axillaires ou les ganglions lymphatiques mammaires internes. Il n'y a pas de métastases.
- T3, N1/N2 M0 : la tumeur mesure plus de 5 cm de diamètre et elle s'étend de 1 à 9 ganglions axillaires ou mammaires internes. Il n'y a pas de métastases.

Stade IIIB

- T4 N0 à N2 M0 : La tumeur est présente dans la paroi thoracique ou de la peau et :
 - Ne s'est pas propagée aux ganglions lymphatiques. (N0)
 - Touche de 1 à 3 ganglions axillaires et/ou de petites quantités de cancer se trouvent dans des ganglions mammaires internes sur la biopsie du ganglion sentinelle. (N1)
 - S'étend de 4 à 9 ganglions axillaires ou aux ganglions lymphatiques mammaires internes. (N2)

→ Tous T N3 M0 : La tumeur est de toute taille et le cancer peut associer :

- Une extension à 10 ganglions axillaires ou plus.
- Une propagation aux ganglions lymphatiques sous claviculaire.
- Une propagation aux ganglions lymphatiques sus claviculaire.
- Une atteinte des ganglions axillaires et une extension aux ganglions mammaires internes.
- Une atteinte de plus de 4 ganglions axillaires, de petites quantités de cancer se retrouvent dans les ganglions mammaires internes sur la biopsie du ganglion sentinelle.

Il n'y a pas de métastases.

Stade IV

→ Tous T, tous N, M1 : Le cancer peut être de toute taille et peut ou non toucher aux ganglions lymphatiques voisins. Il se propage à des organes éloignés ou à des ganglions lymphatiques à distance de la poitrine. (M1) Les sites les plus fréquemment rencontrés sont l'os, le foie, le cerveau ou les poumons.

1.4 Le dépistage du cancer du sein

1.4.1 Le rôle du dépistage

Le dépistage est une action permettant d'identifier les personnes atteintes d'une maladie ou présentant un risque important d'être atteintes d'une maladie.

Son intérêt est de détecter le cancer à un stade précoce, et de permettre ainsi son traitement par des moyens moins lourds et moins traumatisants [7, 10]

En France, il existe le dépistage individuel demandé par un médecin en fonction de facteurs de risques personnels (le tabac, des prédispositions génétiques...) et le dépistage de masse. Ce dernier concerne un échantillon de la population. Il relève d'une politique de santé publique et répond à des critères bien déterminés. [11]

1.4.2 Évolution du dépistage en France

Dans les années 1980, le dépistage était individuel. Néanmoins des études randomisées ont prouvé que la mortalité du cancer du sein pourrait diminuer de près de 30% chez la femme de 50 à 69 ans lorsqu'un dépistage mammographique de masse est réalisé. [12]

De ce fait, plusieurs programmes seront expérimentés afin de proposer un dépistage organisé sur l'ensemble du territoire.

En 1994, la Direction Générale de la Santé (DGS) a créé un « programme national de dépistage du cancer du sein ». Les femmes entre 50 et 69 ans recevaient tous les 3 ans de la part de leur Caisse d'Assurance Maladie ou mutuelle une invitation à réaliser un cliché radiologique de chaque sein. Ce dernier était interprété par deux radiologues dont un spécialiste de la mammographie (interprétation de minimum 2000 mammographies par an). Cette double interprétation est spécifique. Elle constitue la différence par rapport au dépistage individuel. [15]

En 2000, la DGS instaure un « Programme national de lutte contre le cancer », qui concerne l'ensemble des cancers en France. Il a pour objectif de mettre en place une prévention adaptée, de généraliser des programmes de dépistage performant, de favoriser la qualité de la prise en charge, d'améliorer les conditions de vie et de garantir les droits des malades. Pour le cancer du sein, il vise à garantir un accès égal au dépistage pour toutes les femmes sur l'ensemble du territoire et de garantir la qualité du dépistage et sa prise en charge.

Depuis le 1er janvier 2004, il s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans. Elles bénéficient tous les 2 ans d'une mammographie dont le coût est pris en charge à 100% par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). [13]

1.4.3 Les conditions d'un dépistage efficace

Les conditions regroupent 4 mesures incontournables :

- La participation de l'ensemble du corps médical au dépistage ; les médecins généralistes, les gynécologues ont un rôle de pivot dans le système de santé français et complémentaires de celui des radiologues dans le dépistage du cancer du sein.
- La meilleure participation des populations ciblées et un dépistage limité à ces populations.
- La définition d'une population de dépistage par les Pouvoirs Publics.
- L'évaluation constante des activités de dépistage.

En conclusion, aucun programme de dépistage ne doit voir le jour s'il n'a pas fait l'objet au préalable d'un protocole précis et détaillé. [14]

1.4.4 Les différents types de dépistage

1.4.4.1 L'autopalpation

Son enseignement est réalisé par un professionnel de santé (médecin, sage-femme) qui explique la démarche à entreprendre pour la pratiquer efficacement. Son but est de détecter toutes modifications pouvant suggérer un état pathogène au niveau du sein. Il est conseillé de réaliser cet examen une fois par mois dans la semaine qui suit les règles. Les seins sont moins sensibles et moins tendus à cette période du cycle. [17]

Tout d'abord, devant le miroir, la femme regarde attentivement les seins afin de déceler tout changement. Elle lève les bras au-dessus de la tête ou alors place les poings sur les hanches à la recherche de changements dans la forme des seins. Elle peut ainsi détecter une ridule, la rétraction du mamelon ou une rétraction cutanée sur le sein.

Puis, la femme se couche sur le dos et palpe le sein avec les doigts, dans le sens des aiguilles d'une montre et en pressant contre la cage thoracique. Ainsi, elle peut détecter une grosseur, une douleur inexplicquée ou un écoulement anormal. Il faut aussi palper les aisselles à la recherche de ganglion. Cette palpation peut aussi être réalisée debout. [17]

Devant toute anomalie, il est conseillé de contacter le médecin traitant qui jugera des examens complémentaires à réaliser.

1.4.4.2 L'examen sénologique

L'examen sénologique est un examen effectué par un médecin. Il se réalise sur une patiente torse nu, de préférence sur une table semi-oblique.

L'examen débute par une inspection à la recherche :

- d'une asymétrie entre les seins
- d'une tuméfaction voire une ulcération
- d'une rétraction cutanée localisée
- d'une inflammation.

La palpation est ensuite réalisée de manière méthodique, quadrant par quadrant. La glande mammaire est roulée sur le muscle grand pectoral. L'examen est bilatéral et les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires sont également explorées. [16]

1.4.4.3 La mammographie

La mammographie est l'examen radiologique de base. Cet examen est simple, fiable et sera indiqué devant toute anomalie de la glande mammaire. Grâce à de faibles rayons X, les clichés obtenus mettent en évidence certaines anomalies non repérables à la palpation.

La mammographie nécessite 2 ou 3 clichés par sein (face, profil en première intention, le profil est en deuxième intention pour affiner le diagnostic) afin de pouvoir observer la totalité de la glande mammaire. [19]

1.4.4.4 L'échographie mammaire

L'échographie mammaire utilise des ultrasons. Ces images permettent de voir la nature, liquide et/ou solide des nodules découverts. Cet examen complète la mammographie. [20]

1.4.5 Intérêts des différents examens de dépistage

1.4.5.1 L'autopalpation

Avant l'âge de 50 ans, le dépistage reste individuel. Grâce au suivi médical recommandé chez les femmes jeunes, un examen sénologique régulier annuel est réalisé par leur médecin traitant ou leur gynécologue.

Dans les années 1970, l'autopalpation était enseignée de manière systématique aux femmes au Canada. Elle faisait partie des recommandations de bonnes pratiques. [22] Cependant, aucune diminution du taux de mortalité du cancer du sein n'a pu être démontrée lorsque les femmes réalisent l'autopalpation en terme de dépistage. [22]

A Shanghai, une étude randomisée cas/témoins a été réalisée auprès de 266 064 femmes âgées de 30 à 64 ans. Le groupe cas (déterminé au hasard) a reçu un enseignement afin de réaliser l'autopalpation des seins. Le groupe témoin n'a bénéficié d'aucun dépistage du cancer du sein pendant toute la durée de l'étude. [22] Les résultats ont montré que la mortalité due au cancer du sein dans les deux groupes était sensiblement identique.

Par ailleurs, cette étude a mis en évidence un nombre supérieur de biopsies mammaires et un nombre plus important de tumeurs bénignes dans le groupe faisant l'autopalpation. [20, 21] De ce fait, la réalisation de l'autopalpation n'est plus recommandée au Canada, de même que son enseignement. [22]

1.4.5.2 L'examen sénologique

Cet examen est réalisé par un médecin gynécologue ou généraliste. Sa réalisation semble plus fiable que l'autopalpation. Il se base sur des connaissances médicales.

1.4.5.3 La mammographie

Elle permet de détecter des lésions à partir de 3 mm, encore impalpables et aide au diagnostic de nodules palpés. Elle permet de faire la différence entre les cancers et les tumeurs bénignes comme les kystes et les adénofibromes.

Dans un certain nombre de cas seront découverts, avant même l'apparition d'une tumeur, des micros calcifications. Selon leurs caractéristiques, elles pourront laisser suspecter un cancer débutant.

Chez les femmes jeunes, les seins contiennent plus de glande et moins de graisse. Or, la glande mammaire est mal étudiée par les rayons X. En conséquence, les mammographies sont peu adaptées et/ou insuffisantes à l'exploration des seins dans cette population. D'autre part, les mammographies sont parfois difficiles à interpréter lorsque les seins sont mastosiques. Dans ces cas, la mammographie est souvent complétée par une échographie mammaire.

Malgré sa pratique courante, la mammographie reste un examen de technique difficile, nécessitant un appareillage de pointe et une grande habitude de lecture des clichés. [23]

1.4.5.4 L'échographie mammaire

Elle est l'examen de référence lorsque les seins sont denses comme chez les femmes jeunes ou lorsque les seins sont mastosiques (tissus fibreux et kystiques).

Elle est indispensable pour préciser un diagnostic : un nodule découvert lors d'un examen nécessitera une mammographie mais également une échographie qui parfois

sera la seule à étudier la zone ou donnera des précisions sur la nature solide ou liquide de la masse palpée.

L'échographie n'est pas un examen de dépistage du cancer du sein de première intention. Cependant, elle aide au diagnostic par la mise en évidence de signes suspects indirects et elle s'avère le plus souvent un élément utile en complément de la mammographie. [24]

1.4.6 Débat à propos du dépistage chez les femmes jeunes: avant 50 ans

A ce jour, la méthode de dépistage du cancer du sein validée, est la mammographie. Le dépistage est réalisé depuis 1960. L'âge idéal pour débiter le dépistage ne fait pas l'unanimité. Actuellement, le dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans fait l'objet d'un consensus. [25]

Par contre, chez la femme de 40 à 49 ans, le dépistage mammographique est controversé. Il reste indiqué chez les femmes à risque élevé de cancer du sein. [25]

En 2000, au Canada, 17% des cancers du sein diagnostiqués concernaient des femmes de 40 à 49 ans. En Suède, la mortalité de ces femmes a diminué de manière importante (48%) lorsqu'elles participent au dépistage mammographique généralisé. [25]

D'après Isabelle Trop, l'exposition aux rayons X lors d'une mammographie chez une femme jeune n'est pas un facteur significatif contre la réalisation de celle-ci. De ce fait, les mammographies peuvent être réalisées avant 50 ans. Elle juge également que le ratio préjudice/avantage est favorable au dépistage généralisé chez les femmes à partir de 40 ans, au vu des risques quasi inexistantes liés aux examens pratiqués. [25]

En revanche, certains auteurs pensent que le dépistage systématique chez les femmes jeunes n'est pas justifié. Les raisons évoquées sont le risque plus faible de

cancer du sein chez la femme avant 50 ans et les difficultés techniques à obtenir des mammographies utiles (c'est-à-dire interprétables) chez les femmes pré-ménopausées.

En effet, les seins sont glandulaires, radio-opaques rendant l'interprétation difficile. Des techniques futures, telles que la résonance magnétique ou la mammographie numérique, offrent de nouvelles perspectives d'avenir pour le dépistage du cancer du sein. [25]

L'étude effectuée dans ce mémoire a pour but de décrire les circonstances de diagnostic du cancer du sein chez les femmes avant 50 ans et de connaître le dépistage effectué dans cette population. L'étude est réalisée auprès des femmes ayant présenté un cancer du sein et traité à l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges de 2007 à 2010.

DEUXIEME PARTIE :
METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2. La présentation de l'étude

2.1 Le constat

Le cancer du sein est un problème de santé publique : il représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Celui-ci semble moins fréquent chez la femme jeune cependant 25 % des cancers surviennent avant 50 ans. Le seul dépistage chez la femme jeune est l'examen sénologique réalisé lors du suivi gynécologique régulier qui peut être associé au dépistage individuel à partir de 40 ans.

2.2 Problématique

Le stade du cancer du sein au moment du diagnostic est différent selon les circonstances de découverte (le type d'anomalie découvert et la personne qui l'a mis en évidence)?

2.3 Les objectifs

2.3.1 Objectif principal

Identifier les circonstances de découverte et le stade du cancer du sein chez la femme jeune entre 20 et 49 ans.

2.3.2 Objectif secondaire

Mettre en évidence un lien statistique entre les circonstances de découverte et le stade du cancer du sein.

2.4 Les hypothèses

2.4.1 L'hypothèse principale

Un suivi gynécologique régulier inférieur ou égal à 2 ans permet un dépistage précoce (le stade 0 et 1) du cancer du sein chez la femme jeune entre 20 et 49 ans.

2.4.2 Les hypothèses secondaires

- La découverte d'anomalies est faite majoritairement par la femme de 20 à 49 ans.
- Les femmes présentant des antécédents familiaux de cancer du sein ont un suivi gynécologique régulier (inférieur ou égal à 2 ans).
- L'autopalpation est pratiquée par les femmes selon des recommandations de bonnes pratiques.

3. Le schéma d'étude

3.1 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, descriptive, comparative. Elle vise à mettre en évidence un lien statistique entre les circonstances de découverte du cancer du sein et son stade au moment du diagnostic grâce à l'étude de variables.

3.2 La population source

La population source est constituée des femmes de 20 à 49 ans ayant eu un cancer du sein, dans le Limousin, et ayant été suivies à l'HME de Limoges.

3.3 L'échantillon

Nous avons retrouvé environ 50 cas de cancers du sein chez la femme jeune sur une année. Nous avons donc dénombré entre 130 et 150 cas pour l'étude réalisée sur une période de 3 ans. Le nombre de sujet réellement regroupé est de 111 cas.

Il n'y a pas de critère d'exclusion.

3.4 Les variables

3.4.1 les variables permettant de définir la population

- les variables qualitatives

- **l'âge de découverte du cancer du sein** définie en 2 groupes afin d'avoir des effectifs suffisants :

- de 20 à 39 ans
- de 40 à 49 ans : Cette population présente une caractéristique particulière lorsqu'elles ont un suivi gynécologique régulier (annuel ou tous les 2 ans), elles peuvent bénéficier d'une mammographie dans le cadre du dépistage individuel

- **la présence d'antécédents familiaux de cancer du sein** regroupée en trois classes :

- aucun antécédent
- présence d'antécédent au premier degré ou avec la mutation génétique
- présence d'antécédent au deuxième et troisième degré

- **l'indice de masse corporelle : IMC** en sachant que l'obésité est un facteur de risque. Il se définit en plusieurs catégories :

- $IMC < 20$: dénutrition
- $20 \leq IMC < 25$: normal
- $25 \leq IMC < 30$: surpoids
- $30 \leq IMC < 40$: obésité
- $IMC \geq 40$: obésité morbide

- **la consommation de tabac** est un facteur de risque de cancer du sein.

- **la parité** : une parité tardive ou l'absence de grossesse est un facteur de risque de cancer du sein. La parité est regroupée en trois catégories :

- nulliparité

- parité avant 25 ans

- parité après 25 ans

- les variables quantitatives

- **l'âge de découverte du cancer du sein**

- **l'indice de masse corporelle**

3.4.2 les variables permettant de vérifier l'hypothèse principale

- variables qualitatives

- **le suivi gynécologique** des femmes avec la réalisation d'un examen sénologique afin de permettre le dépistage chez les femmes de 20 à 49 ans. Le suivi gynécologique est réparti en 2 groupes:

- pas de suivi gynécologique régulier (> 2 ans) ou absent

- suivi gynécologique régulier (\leq 2 ans)

- **les stades de découverte du cancer** qui se différencient grâce à la classification TNM (taille de la tumeur, les adénopathies satellites, la présence de métastases) et à la classification pTNM qui est l'équivalent de la classification TNM mais pour l'anatomie pathologique. Cette variable est regroupée selon 2 groupes :

-stade précoce

-stade avancé

3.4.3 les variables permettant de vérifier les hypothèses secondaires

- les variables qualitatives

- **la personne qui a découvert l'anomalie**

- **le type d'anomalie découvert**

- **la présence des antécédents familiaux et la classe des antécédents**

- **le suivi gynécologique** des femmes avec la réalisation d'un examen sénologique (comme pour l'hypothèse principale)

- **la réalisation de l'autopalpation** par les femmes comme un moyen de dépistage d'anomalies sénologiques (variable qualitative). Elle comprend les critères de bonnes pratiques qui sont :

- l'autopalpation est réalisée la semaine qui suit les règles

- elle est réalisée mensuellement

- elle débute par une inspection

- les aires ganglionnaires axillaires sont palpées

3.5 La stratégie d'exploitation

Le dossier informatique FILE MAKER* présent à l'HME a permis de regrouper les cas. « Le registre du cancer du sein » regroupe l'ensemble des patientes suivies à l'HME. L'âge de découverte du cancer est précisé ce qui nous a permis de cibler rapidement les dossiers de l'étude.

Nous avons donc étudié les dossiers des femmes âgées de 20 à 49 ans dont le cancer a été diagnostiqué. (Annexe III)

Ainsi nous avons relevé les informations telles que le type, le stade du cancer, l'âge de découverte, le mode de découverte si celui-ci est renseigné, ainsi que les antécédents familiaux de la personne. Les informations permettant de définir la population ont également été relevées dans le logiciel FILEMAKER* ; comme l'indice de masse corporelle, la parité, la consommation de tabac.

Néanmoins les dossiers ne comprennent pas l'ensemble des informations nécessaires pour l'étude.

Le cancer du sein, impose un suivi annuel à l'HME de Limoges. A cette occasion, la distribution des questionnaires a eu lieu par l'intermédiaire de Marie-Christine Do Esperito Santo (IDE spécialisée dans le cancer du sein) et de Madame le Docteur Mollard. (Annexe II)

La mise en place des questionnaires s'est faite en avril 2010. La distribution s'est révélée difficile. Nous avons alors décidé de modifier la stratégie de distribution. L'option d'un recueil de données téléphoniques n'a pas été choisie afin de ne pas créer de biais. Nous avons donc décidé d'adresser le questionnaire par courrier. Les adresses des patientes ont été retrouvés grâce aux logiciels « FILEMAKER* » et « CROSSWAY* » : 130 questionnaires ont ainsi été envoyés. 101 questionnaires nous ont été retournés. Pour arriver à 85% de réponses permettant une analyse statistiques des données, des relances ont été réalisées par le biais d'un appel téléphonique. Au final nous avons obtenus les 10 derniers questionnaires manquants.

La réception des questionnaires s'est donc faite du mois d'avril 2010 à décembre 2010.

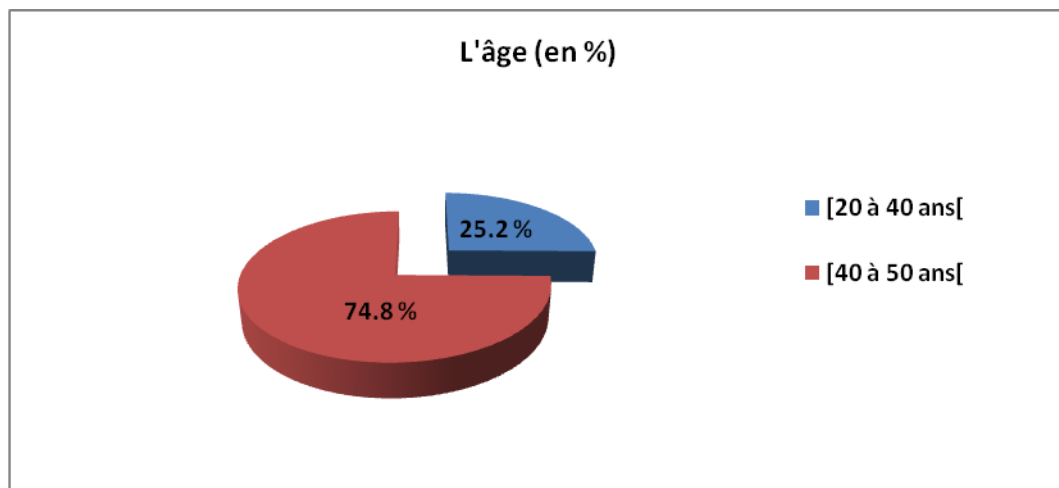
Les données ont été collectées sur le tableur Excel* et nous avons utilisé le logiciel MODALISA* afin de faire l'étude statistique.

TROISIEME PARTIE :
PRESENTATION DES RESULTATS

4. La présentation des résultats

4.1. La présentation de la population

4.1.1. L'âge au moment du diagnostic du cancer



La répartition de l'âge au moment du diagnostic est réalisée selon 2 classes d'âge :

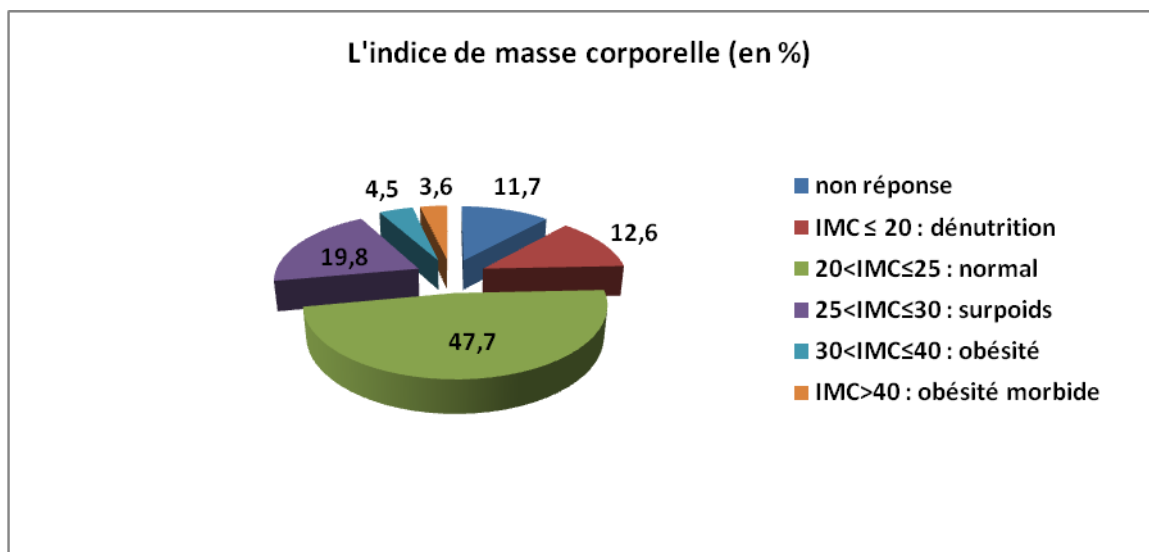
- 20 à 39 ans : qui correspond à 28 cas, soit 25,5%. L'âge moyen dans cette population est de 35 ans.

- 40 à 49 ans : qui correspond à 83 cas, soit 74,8%. L'âge moyen est de 43,62 ans.

4.1.2. L'indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) est défini en fonction de son poids et de sa taille. L'IMC est égal au poids en Kg divisé par la taille en mètre au carré.

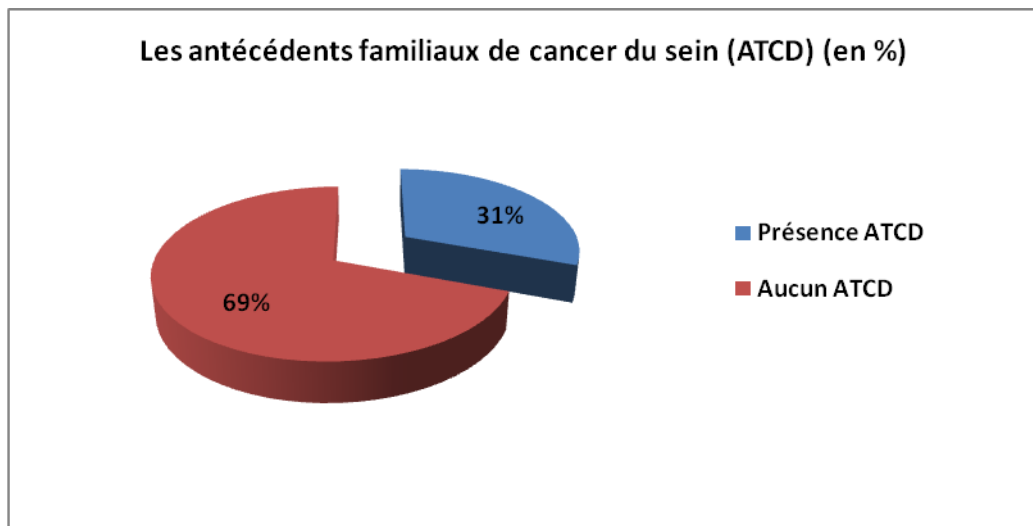
L'obésité se définit pour un IMC supérieur à 30. L'IMC est supérieur à 40 il s'agit d'une obésité morbide.



Près de la moitié des patientes ont un IMC normal soit 47,7 % et près de 10% de la population présente une obésité (4,5% obésité et 3,6 % obésité morbide).

4.1.3 Les antécédents familiaux de cancer du sein

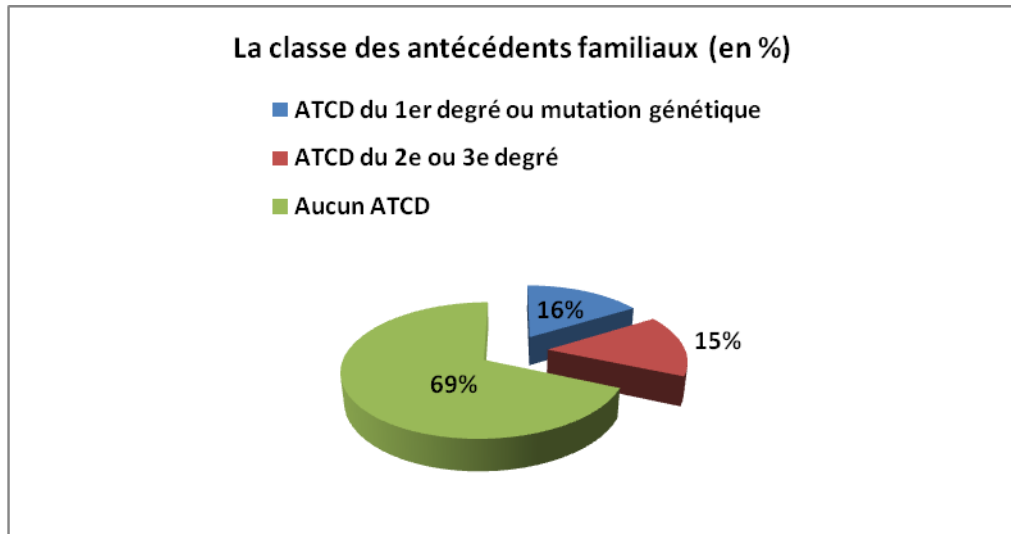
La répartition de la présence d'antécédents du cancer se fait en 2 groupes.



Le tiers des patientes présentent des antécédents familiaux de cancer du sein.

Parmi la population des patientes ayant des antécédents de cancer du sein, nous avons souhaité connaître de manière plus précise le degré de parenté :

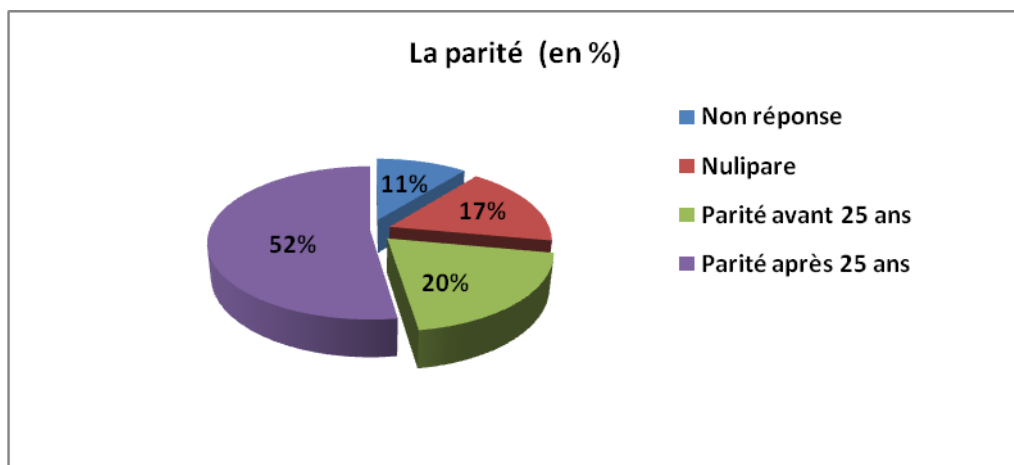
- les antécédents du 1^{er} degré (la mère ou la sœur) ou mutation génétique avérée
- les antécédents du 2^{ème} ou 3^{ème} degré (c'est-à-dire la cousine, la tante, la grand-mère)



La proportion est sensiblement la même dans les 2 groupes, soit 15 %.

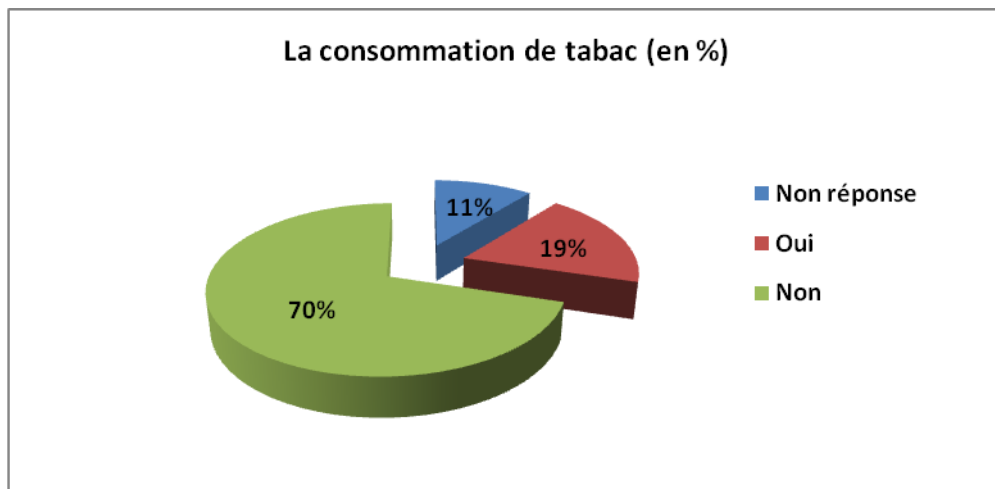
4.1.4. La parité

Le cancer du sein est un cancer hormonodépendant, de ce fait une première grossesse tardive après 25 ans et la nulliparité présentent des facteurs de risque de développer un cancer.



La moitié des patientes ont accouché après l'âge de 25 ans. Par ailleurs, 17 % des patientes sont nullipares. L'absence de parité ou une pauciparité représente donc 69 % de la population.

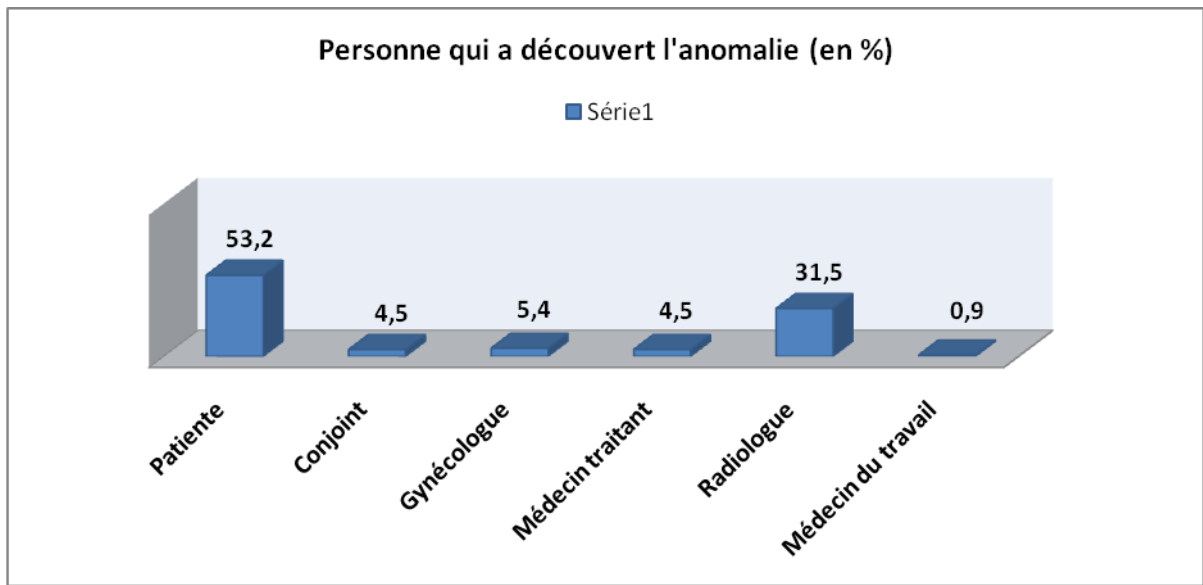
4.1.5. La consommation de tabac



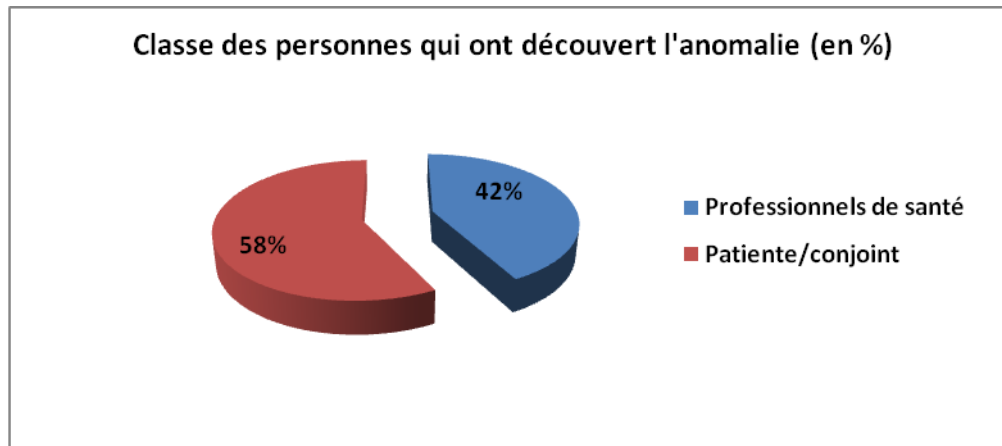
Près de 19 % des patientes sont fumeuses et 70 % des femmes ne consomment pas de tabac.

4.2. Les circonstances de diagnostic du cancer

4.2.1. La personne qui a découvert l'anomalie

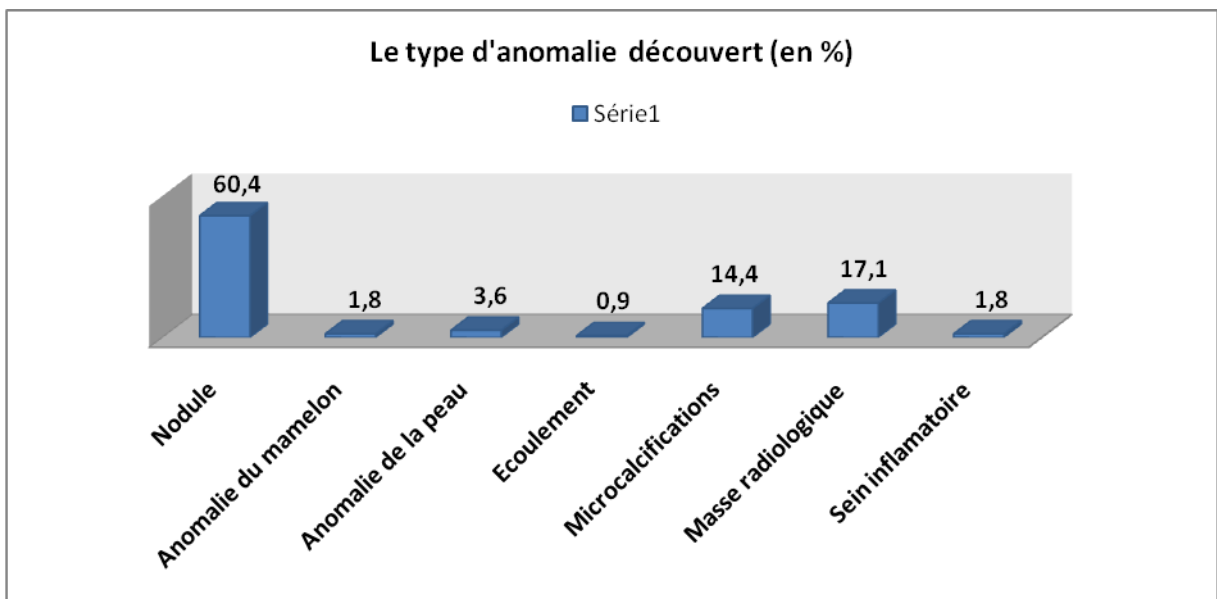


- Dans 53,2% des cas la patiente a découvert l'anomalie suspectant le cancer du sein.
- Dans 31,5 % des cas le radiologue a découvert l'anomalie.
- On note également que la découverte de l'anomalie est faite dans la même proportion par le gynécologue, par le médecin traitant, par le conjoint soit environ 5 %.

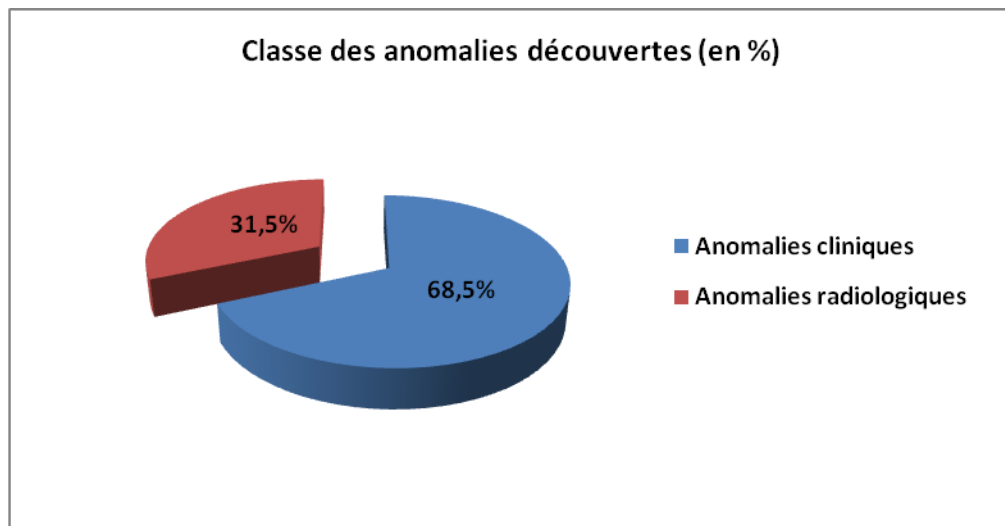


Dans 58 % des cas, c'est la patiente ou son conjoint qui découvre l'anomalie contre seulement 42 % pour les professionnels de santé.

4.2.2. L'anomalie mise en évidence



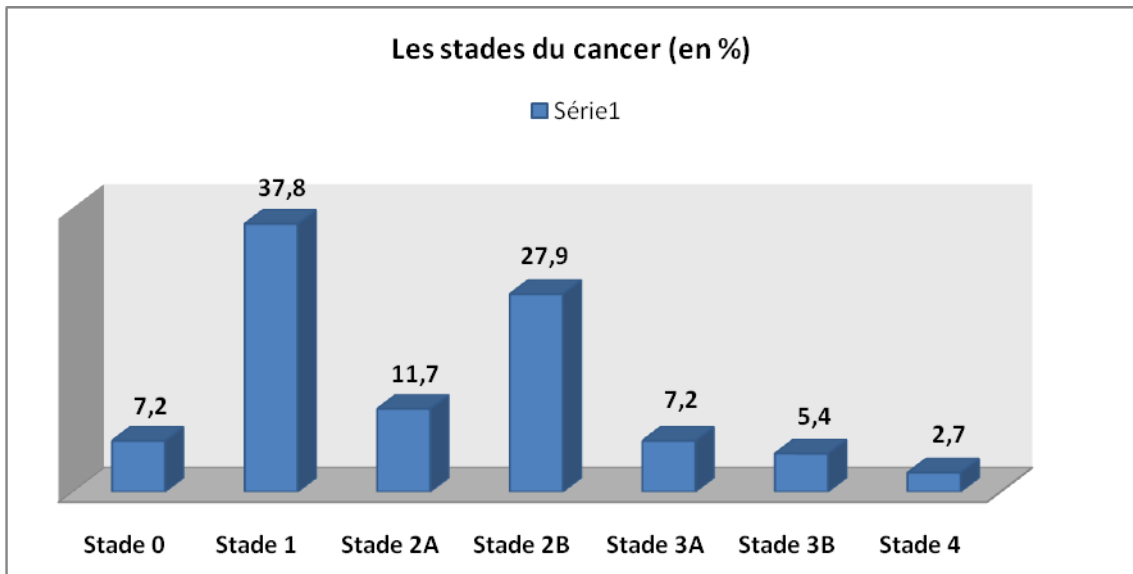
- Le type d'anomalie le plus fréquemment découvert est la présence d'un nodule (soit 60,4 %).
- Les autres anomalies retrouvées sont les anomalies radiologique de type microcalcifications (14,4 %) et masse radiologique (17,1 %).
- Les manifestations cliniques telles que les anomalies du mamelon (1,8%), de la peau (3,6%), un écoulement (0,9 %) ou un sein inflammatoire (1,8 %) sont peu retrouvés.



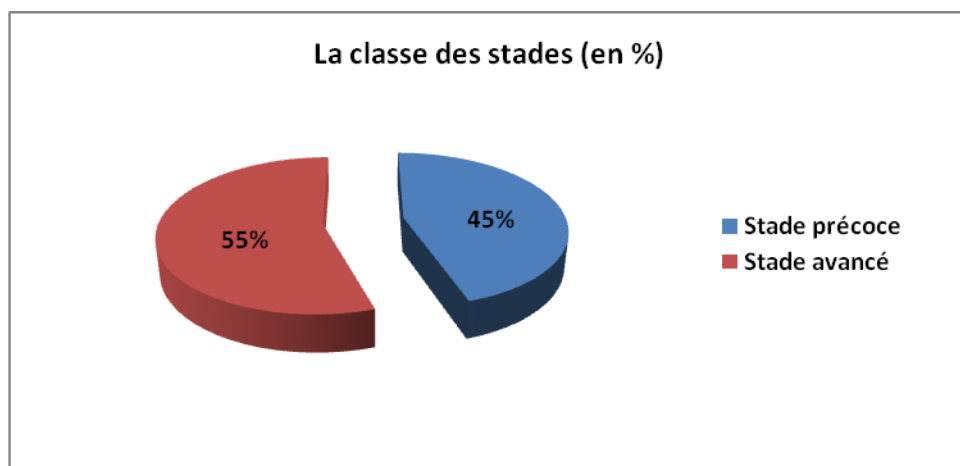
Les anomalies cliniques regroupent les nodules (60,4 %), les anomalies du mamelon (1,8 %), les anomalies de la peau (3,6 %), un écoulement (0,9 %), un sein inflammatoire (1,8 %), soit 68,5 %.

Les anomalies radiologiques représentent de 31,5 % des anomalies avec une proportion de 14,4 % pour la présence de microcalcifications et 17,1 % pour une masse radiologique.

4.2.3. Le stade du cancer



- Le cancer du sein est majoritairement diagnostiqué aux stades 1 et 2B avec une répartition de près de un tiers des cas respectivement.

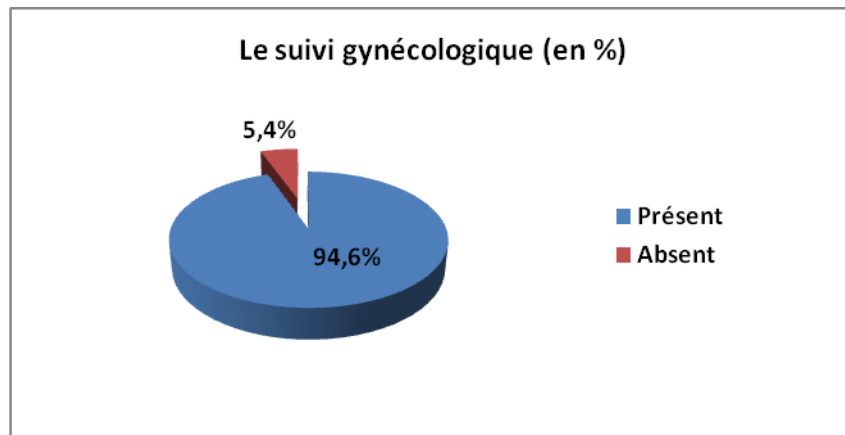


- Le stade précoce correspond aux stades 0 et 1 qui sont des cancers pour lesquels il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire ou de métastase, soit 45 %.

- Le stade avancé correspond à tous les autres stades de la classification FIGO (stades 2A, 2B, 3A, 3B, 4) soit 55 %.

4.3. Le suivi gynécologique

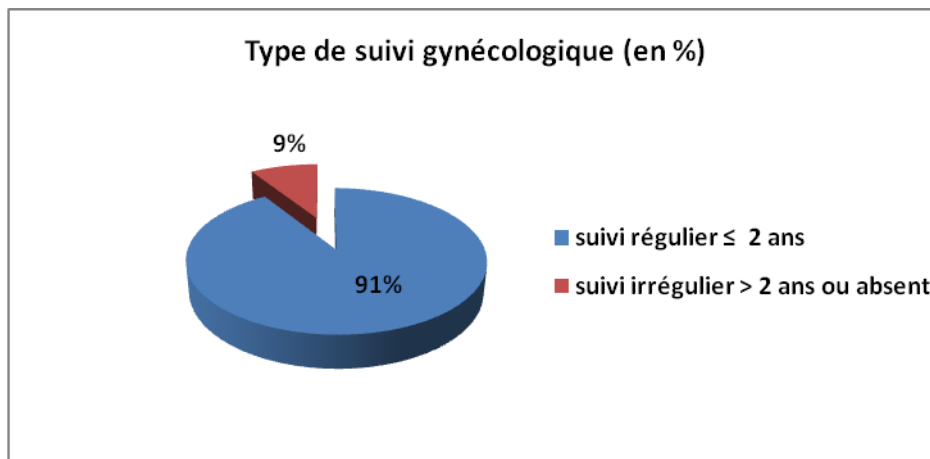
4.3.1. Le suivi



Près de 95% des femmes ont un suivi gynécologique.

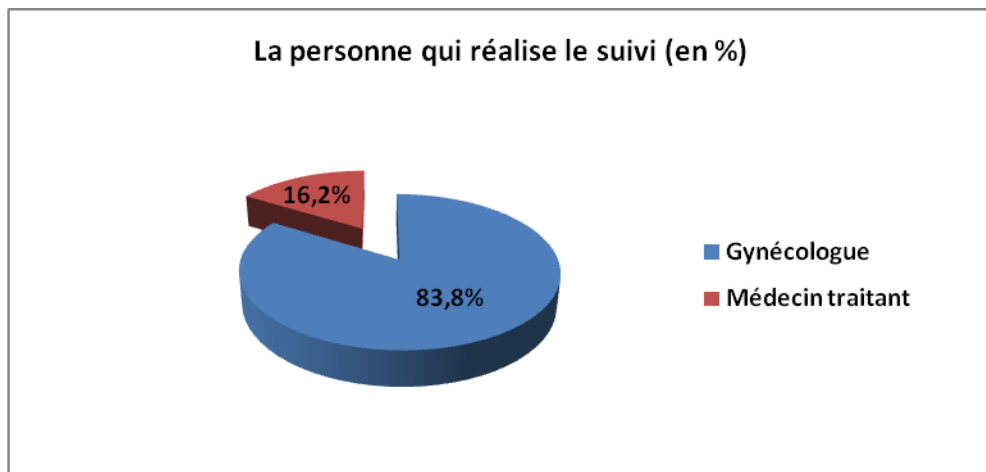
Néanmoins, la fréquence du suivi gynécologique est répartie en 2 groupes :

- un suivi régulier \leq à 2 ans (91 %)
- un suivi irrégulier ($>$ à 2ans) ou absent (9 %)



4.3.2. La personne qui réalise le suivi

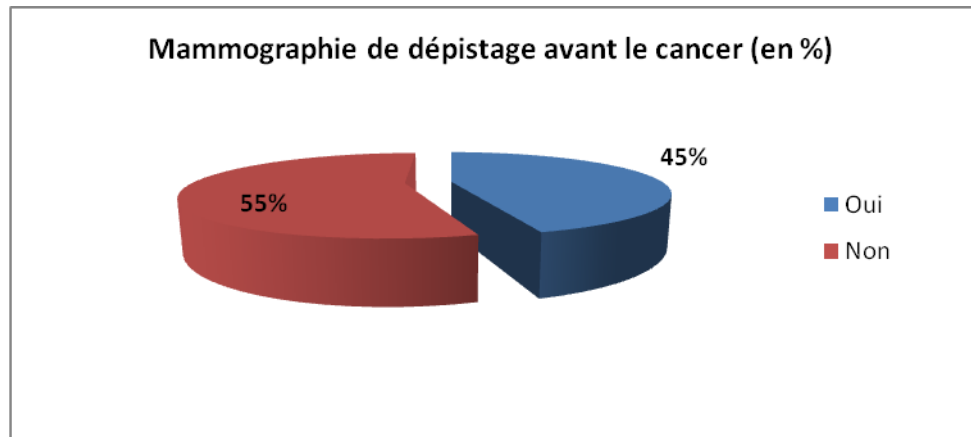
Le suivi gynécologique est réalisé par un gynécologue. Le nombre de suivi gynécologique réalisé par le médecin traitant ne cesse d'augmenter devant la pénurie de gynécologue et la proximité du médecin traitant.



Plus de 80 % des suivis gynécologiques sont réalisés par un médecin gynécologue.

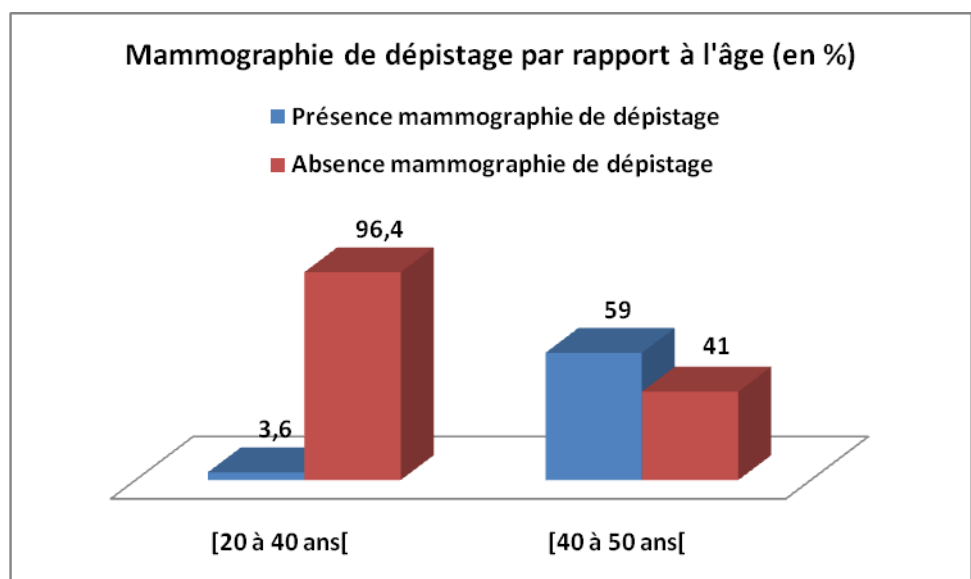
4.4. La mammographie

4.4.1. Réalisation du dépistage dans les 2 ans avant le cancer



Une mammographie de dépistage dans les 2 ans avant le diagnostic du cancer a été réalisé dans 45 % de cas.

4.4.2. Réalisation du dépistage par rapport à l'âge

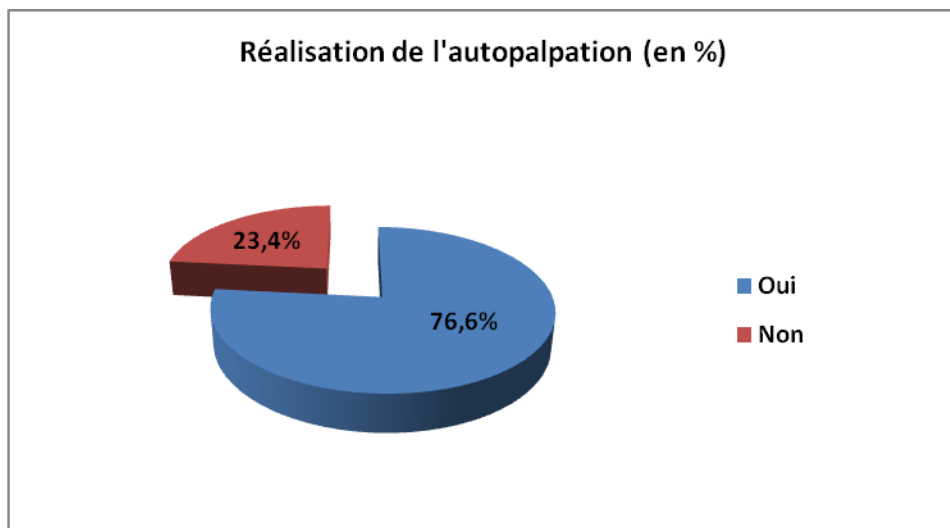


Le dépistage mammographique est réalisé dans 59% des cas chez les femmes de 40 ans et plus. Ce dépistage est quasiment nul chez les femmes de moins de 40 ans. Le dépistage réalisé chez les femmes de 40 ans et plus correspond au dépistage individuel.

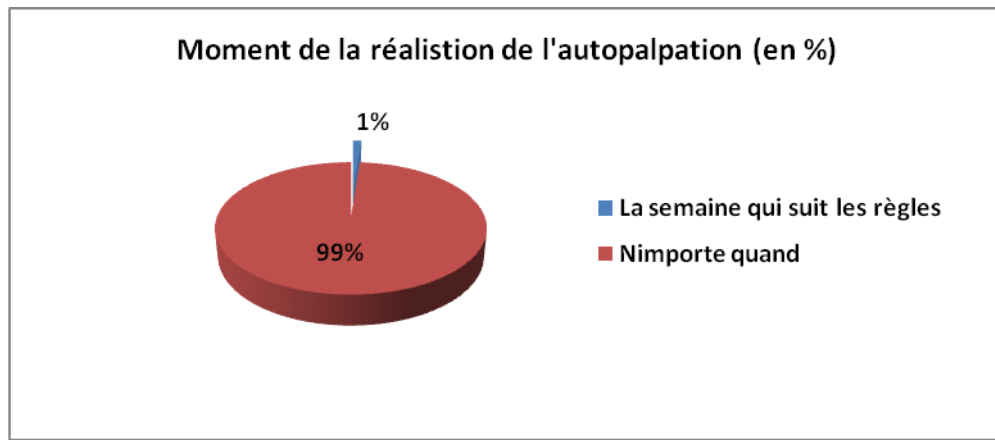
4.5. L'autopalpation

4.5.1. La réalisation de l'autopalpation

76,6 % des femmes la réalisent. Néanmoins le questionnaire a été adressé à des femmes ayant eu un cancer du sein. De ce fait, elles sont peut être plus sensible à la surveillance sénologique.

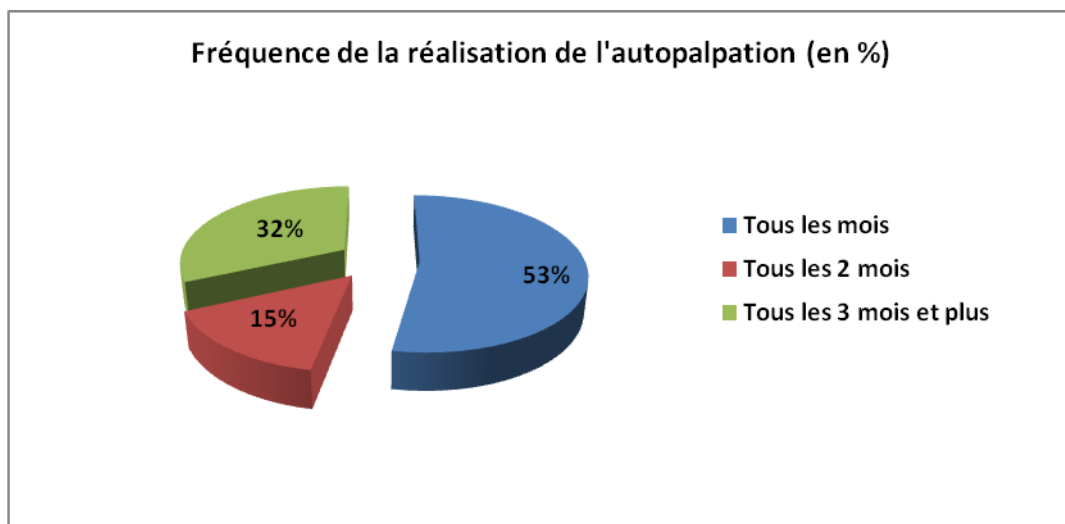


4.5.2. Le moment de la réalisation de l'autopalpation



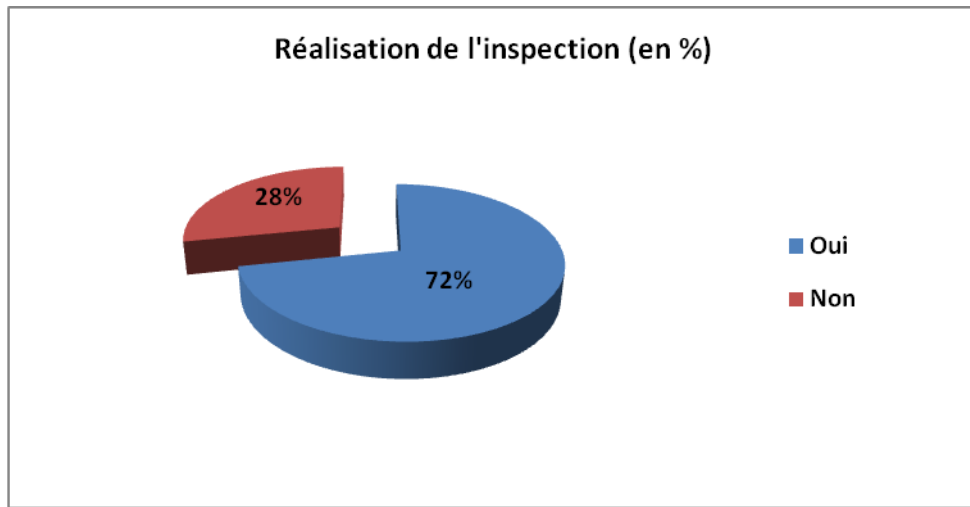
Selon les règles de bonnes pratiques, l'autopalpation doit être réalisée durant la semaine qui suit les règles. Seulement 1 % des femmes la réalisent à ce moment précis. 99% des femmes la réalisent à n'importe quel moment du cycle menstruel, il est donc difficile d'affirmer que l'autopalpation soit effectuée de manière correcte. Néanmoins dans plus de la moitié des cas c'est la femme qui a découvert une anomalie suspectant un cancer du sein.

4.5.3. La fréquence de la réalisation de l'autopalpation



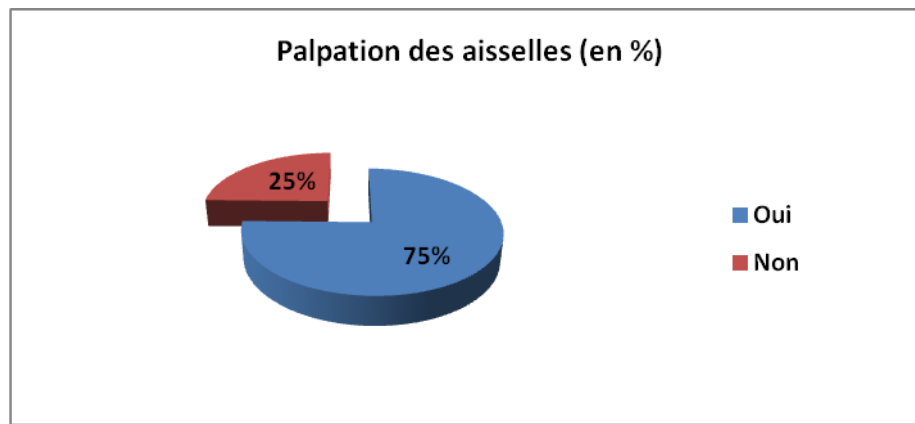
- La moitié des patientes pratiquent l'autopalpation mensuellement soit 53 %.
- 1/3 des patientes la réalisent seulement tous les 3 mois et plus.

4.5.4. La réalisation de l'inspection



- 72 % des femmes débutent l'autopalpation par l'observation de manière symétrique des seins afin de mettre en évidence une différence entre les deux seins.

4.5.5. La palpation des aisselles

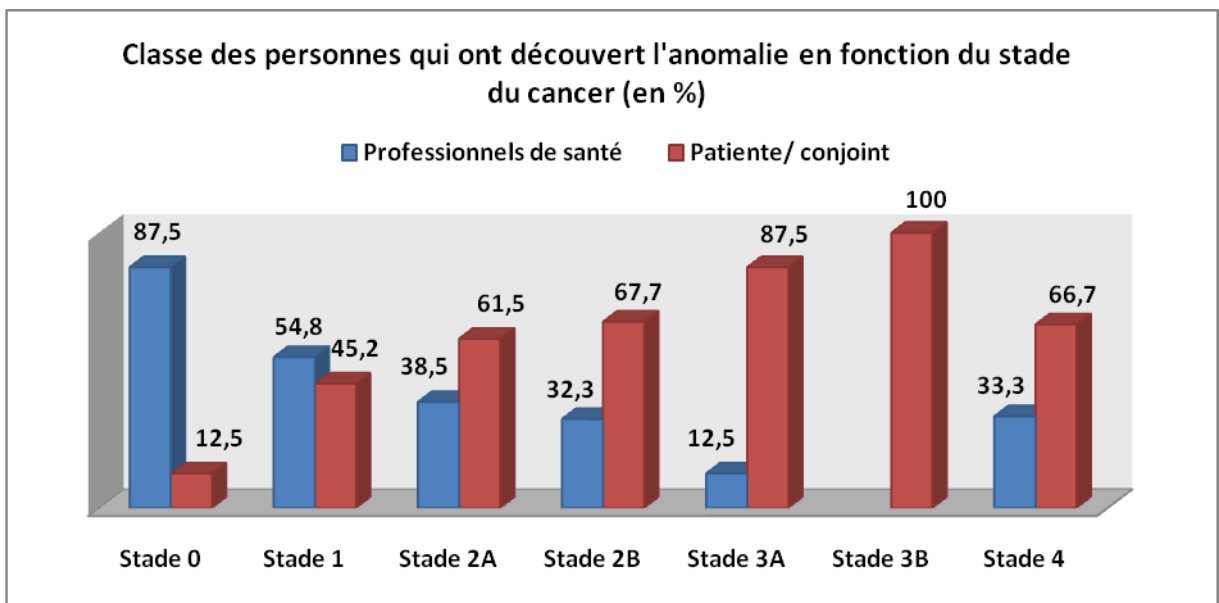


- La palpation des aisselles à la recherche d'une atteinte ganglionnaire est effectué dans près de $\frac{3}{4}$ des cas.

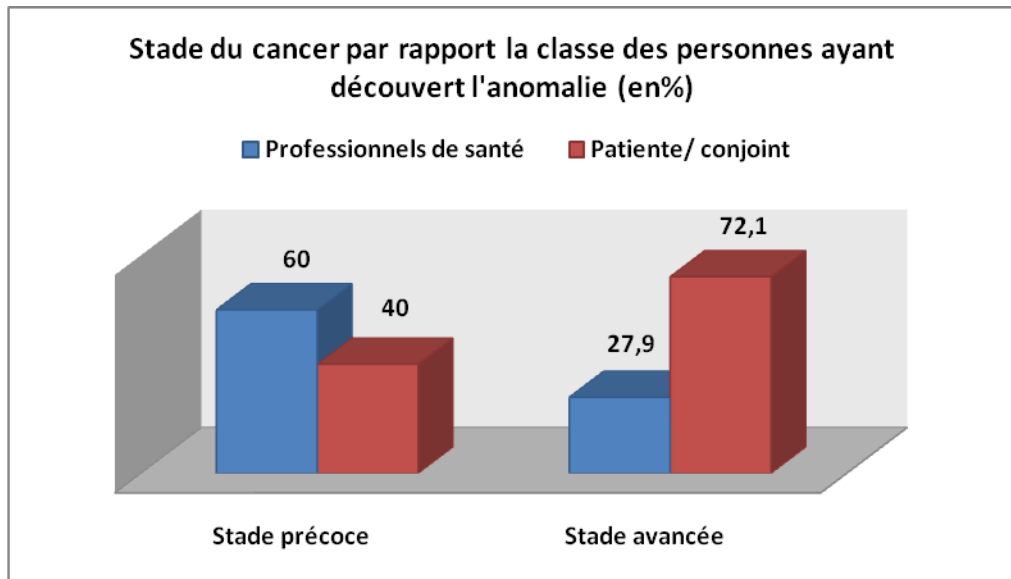
Près de 75 % des femmes réalisent aussi bien une inspection et la palpation des aisselles. Mais lorsque l'on regarde plus précisément les réponses : sur 85 patientes qui réalisent l'autopalpation 49 d'entre-elles effectuent aussi bien l'inspection que la palpation des aisselles, ce qui représentent 57,6 % des cas.

4.6. Le stade du cancer et les circonstances de diagnostic

4.6.1. Le stade du cancer et les personnes ayant découvert l'anomalie

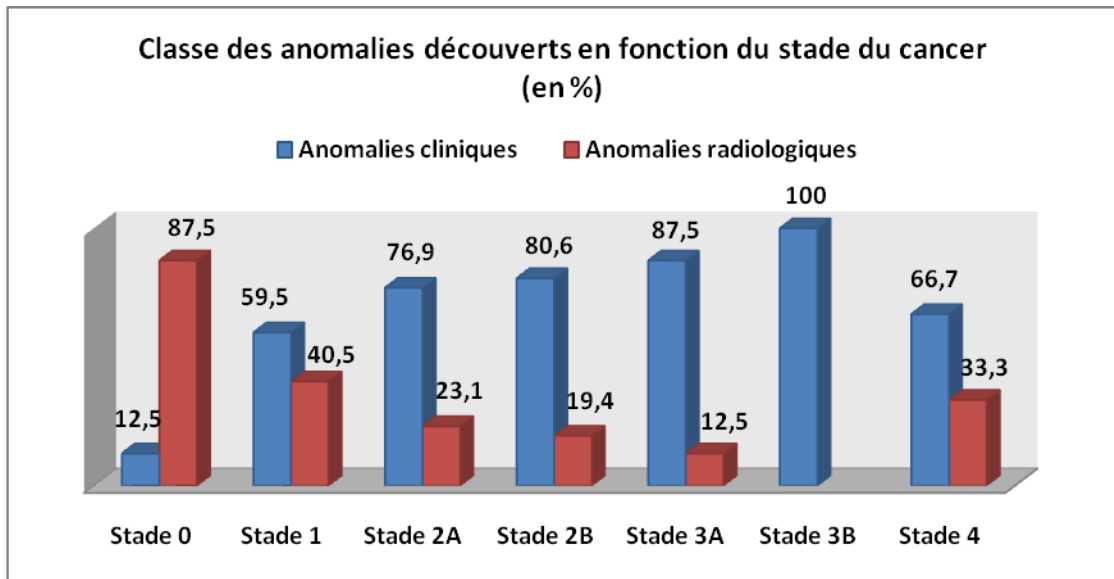


- Les stades 0 et 1 sont découverts par les professionnels de santé soit 87,5 % pour le stade 0 et 54,8 % pour le stade 1. Pour le stade 1, 45,2 % sont découverts par la patiente ou son conjoint, de ce fait la différence entre les 2 est moins importante.
- La tendance s'inverse à partir du stade 2. Plus le stade de découverte est avancé plus la proportion de diagnostic par la patiente augmente. Pour le stade 4 les patientes et leur conjoint découvrent 2 fois plus souvent l'anomalie que les professionnels de santé.



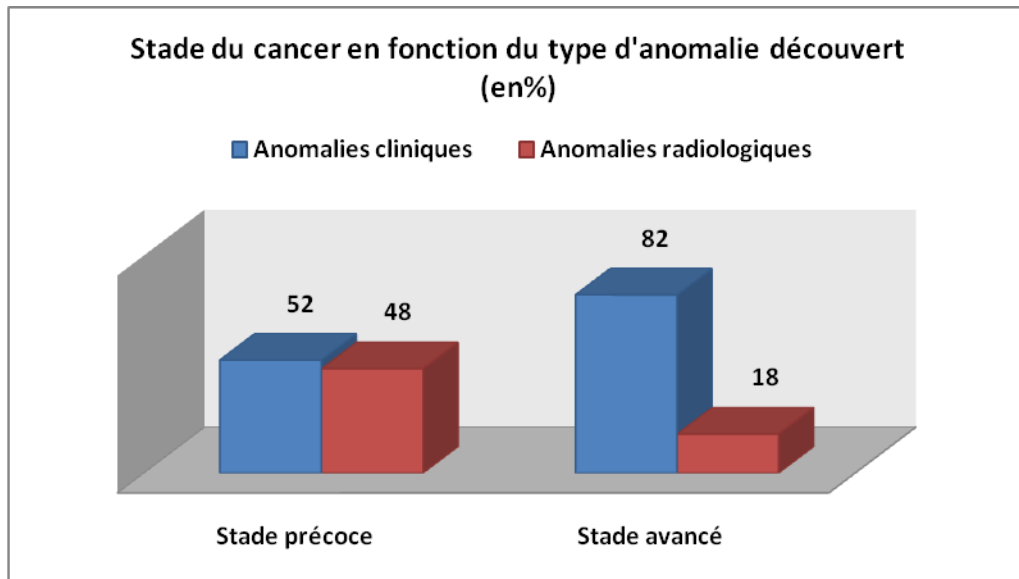
- Pour le stade précoce, 60 % sont découverts par les professionnels de santé contre 27,9 % dans le stade avancé.
- Pour le stade avancé, 72,1% sont découverts par le groupe patiente/conjoint contre 40 % dans le stade précoce.
- Lorsque l'on regroupe les stades (stade précoce/stade avancé), les résultats confirment la constatation précédente. Le résultat est très significatif montrant un $p= 0,001$ pour les données.
- Nous pouvons dire que lorsque l'anomalie est mise en évidence par la patiente ou son conjoint, le cancer est à un stade avancé.

4.6.2. Le stade du cancer et le type d'anomalie découvert



- Pour le stade 0, les anomalies radiologiques sont plus fréquentes que les anomalies cliniques (87,5 % contre 12,5 %).
- Pour l'ensemble des autres stades les anomalies cliniques sont sensiblement plus fréquentes que les anomalies radiologiques au moment de la découverte. Les anomalies cliniques sont également d'autant plus fréquentes que le stade est plus important. Pour le stade 4, les anomalies cliniques sont 3 fois plus répandues que les anomalies radiologiques (les anomalies radiologiques sont présentes mais ce n'est pas le mode de découverte).

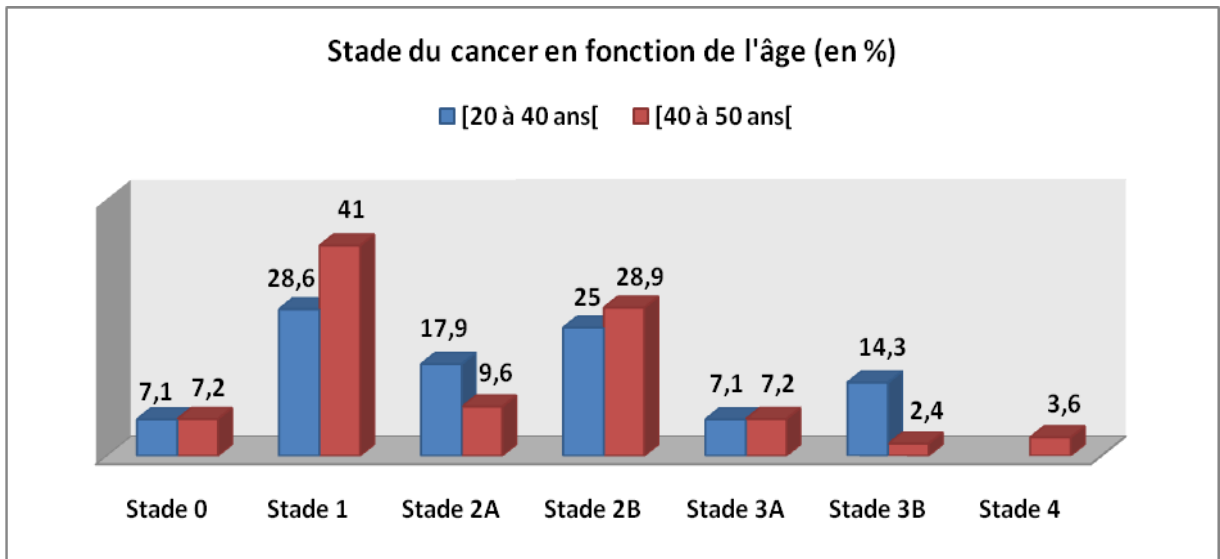
Néanmoins, lorsque les stades sont séparés en stade précoce et avancé la proportion des anomalies retrouvées est différente.



- Dans le stade précoce, la proportion respective d'anomalies cliniques ou radiologiques est la même.
- Alors que dans le stade avancé, les anomalies cliniques sont retrouvées dans plus de 80 % des cas.

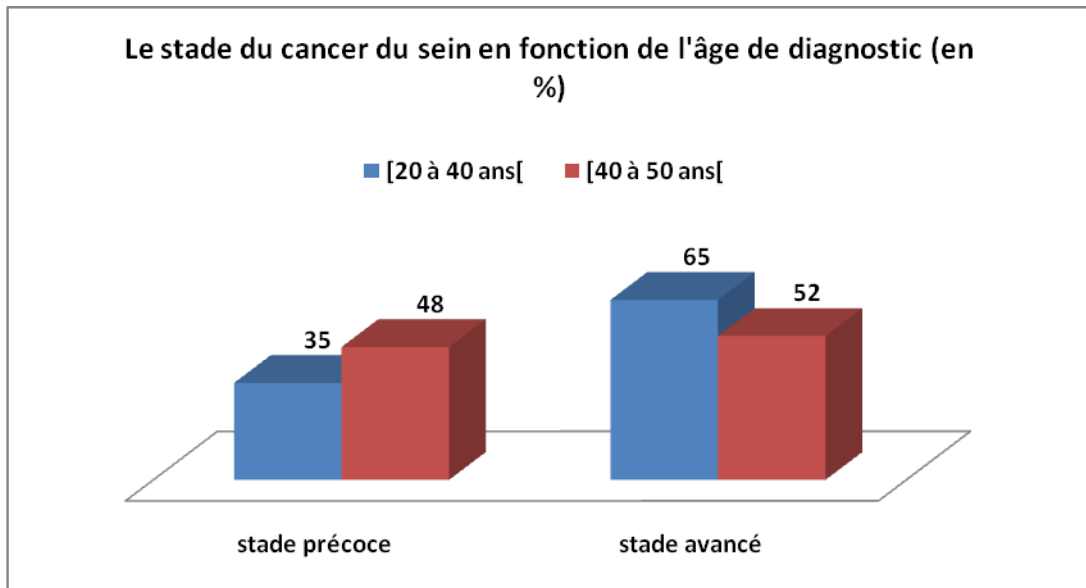
Les résultats sont également très significatif du fait d'un $p= 0,002$.

4.6.3. Le stade du cancer et l'âge au moment du diagnostic



Les deux groupes d'âge ne présentent pas des effectifs homogènes, ce qui diminue les chances d'avoir des résultats significatifs.

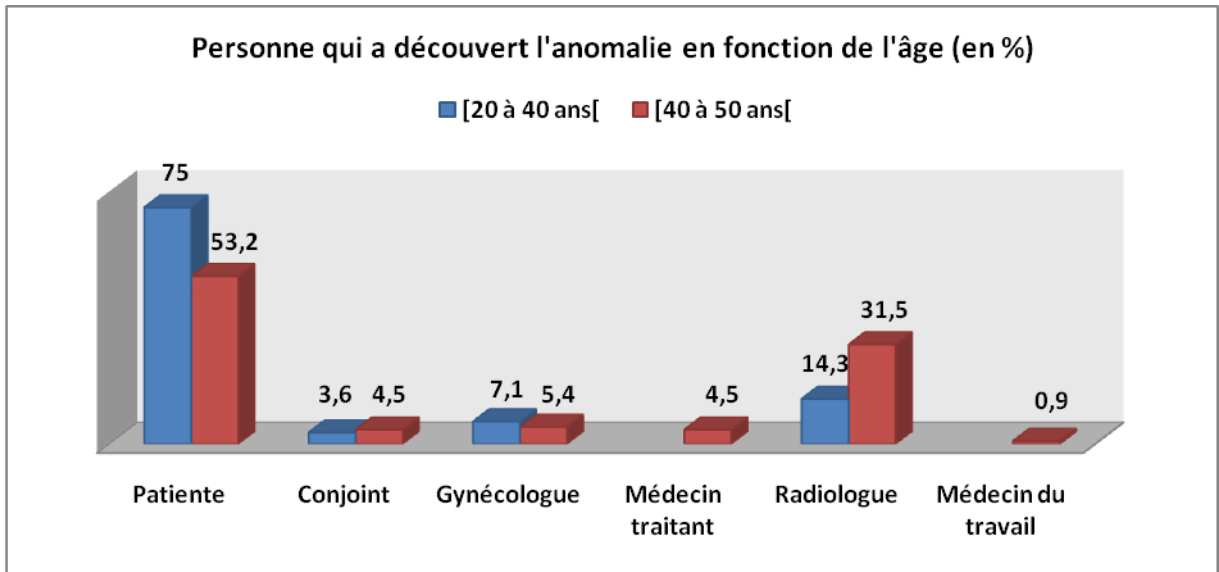
- Pour les stades 0 et 3A la proportion de femmes est la même (environ 7 % de la totalité des cas).
- Pour les stades 1 et 2B, la proportion de femmes âgées de 40 à 49 ans est plus importante.
- Le stade 4 correspond seulement à des femmes âgées au minimum de 40 ans.
- Seulement dans les stades 2A et 3B, la proportion de femmes âgées de moins de 40 ans est en majorité.
- Les résultats ne sont pas utilisables.



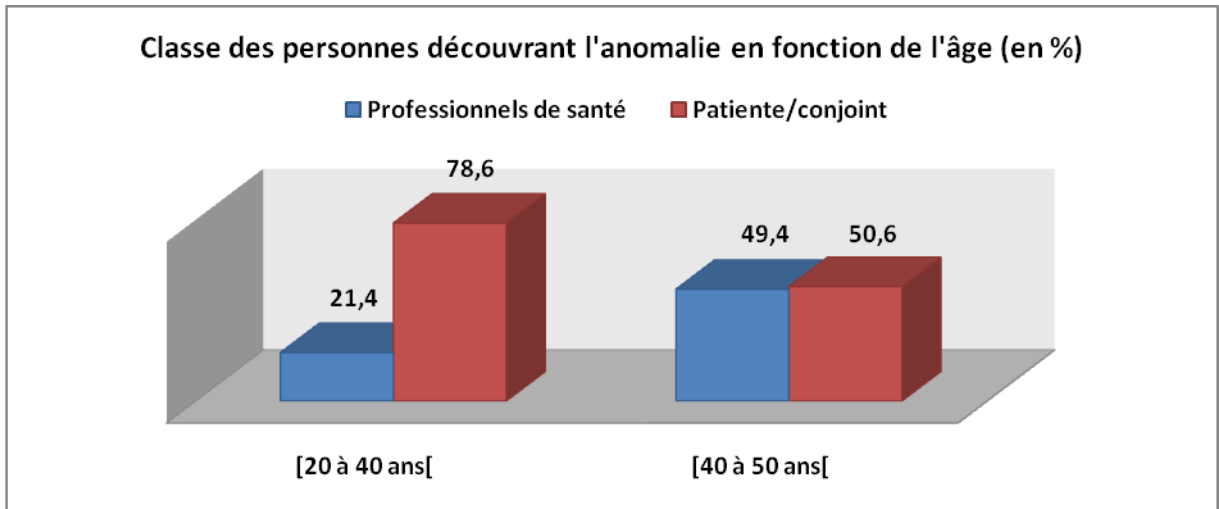
- Chez les femmes âgées de moins de 40 ans la proportion de stade avancé du cancer correspondant à 65 %.
- Dans le groupe des femmes âgées de 40 à 49 ans la proportion est sensiblement la même dans les 2 stades du cancer (environ 50 %).

4.7. L'âge et les circonstances de diagnostic

4.7.1. L'âge au moment du diagnostic et les personnes ayant découvert l'anomalie

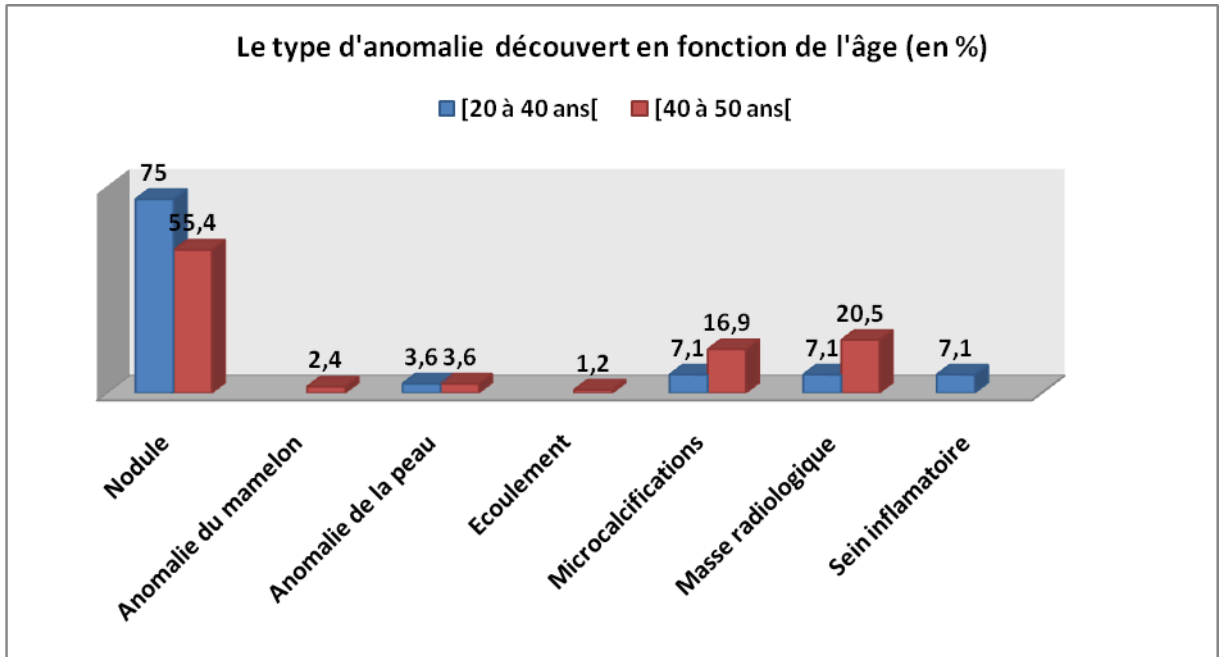


- Chez les femmes âgées de moins de 40 ans, c'est la patiente qui découvre l'anomalie pour 75% des cas contre 53 % chez les femmes de 40 ans et plus.
- Pour la population des femmes âgées de 40 ans et plus, la majorité des anomalies est découverte par la patiente. Néanmoins pour 1/3 des cas, c'est le radiologue qui découvre l'anomalie. Ce pourcentage peut être expliqué par la présence du dépistage individuel chez les femmes âgées de plus de 40 ans.
- Le médecin traitant ou le médecin du travail découvrent l'anomalie pour 4,5% des patientes âgées de 40 ans et plus.

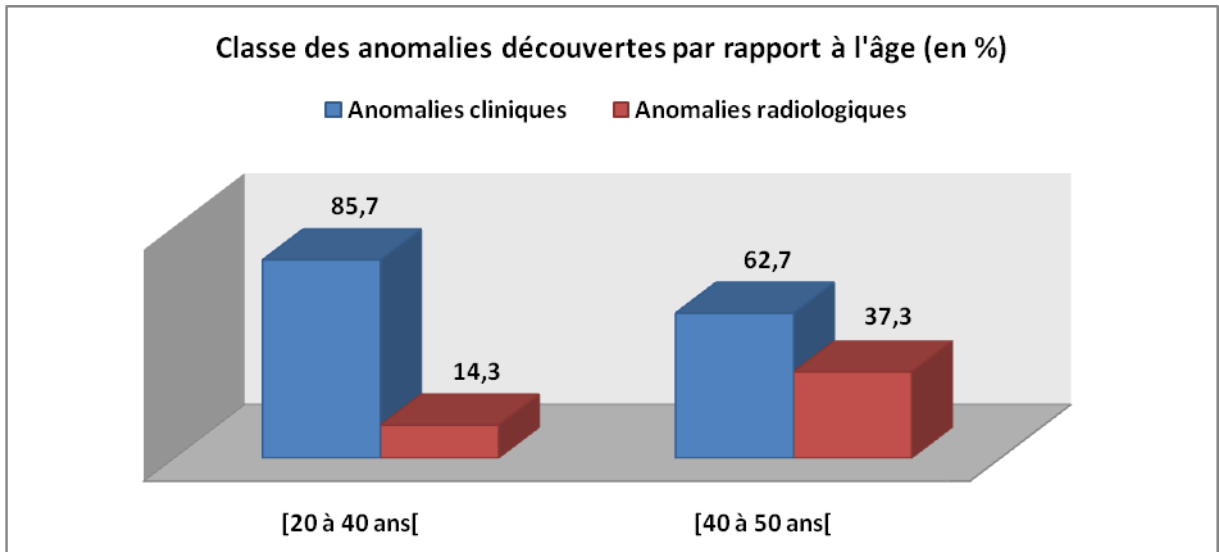


- Chez les femmes de 20 à 39 ans, pour près de 80% des cas, la patiente ou son conjoint mettent en évidence l'anomalie contre 20 % par les professionnels de santé.
- A la différence, chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, la proportion des personnes à l'origine du diagnostic est sensiblement la même autour de 50%.
- Les résultats sont significatifs pour cette corrélation avec un $\text{Khi}^2=5,66$ et un $p=0,017$.

4.7.2. L'âge au moment du diagnostic et le type d'anomalie



- Chez les femmes âgées de moins de 40 ans, le nodule est l'anomalie mise en évidence dans 75 % des cas. Le sein inflammatoire, les microcalcifications et la présence d'une masse radiologique sont retrouvés, dans cette population, avec une proportion de 7,1 %.
- Chez les femmes âgées de 40 à 49 ans, le nodule est retrouvé chez 50 % des cas. Les anomalies radiologiques suivent avec respectivement 16,9 % pour les microcalcifications et 20,5 % pour la présence d'une masse radiologique.

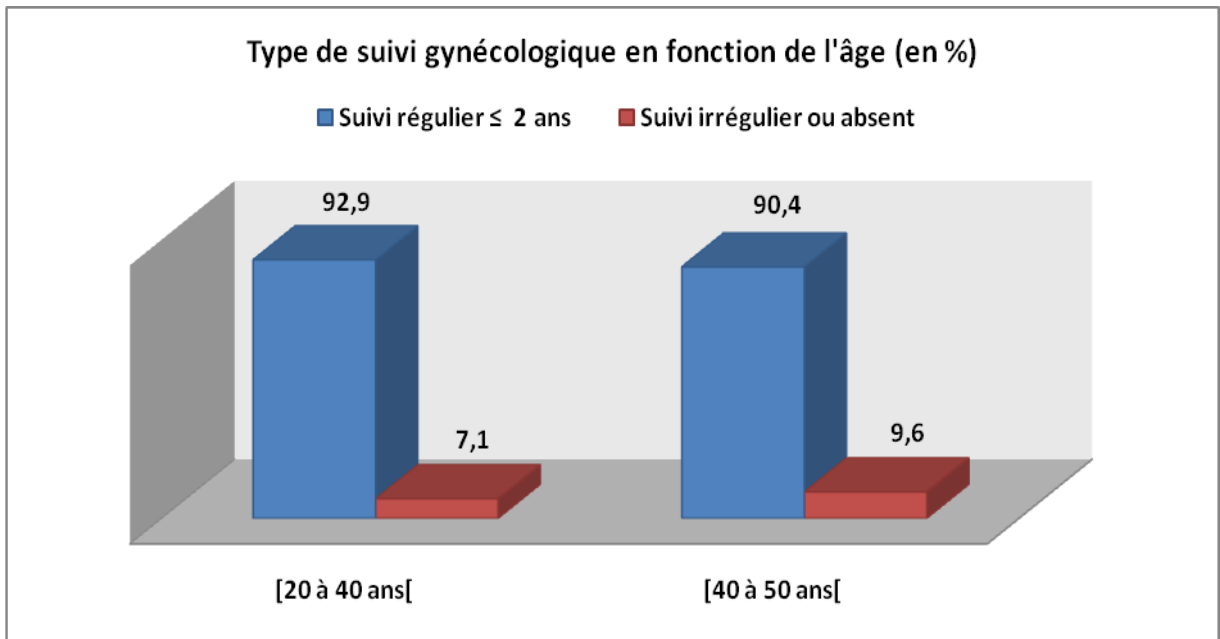


- Les anomalies cliniques sont les plus fréquemment retrouvées dans les 2 populations, soit 85,7 % pour les 20 à 39 ans et 62,7 % chez les 40 à 49 ans.
- Néanmoins la diminution de la proportion des anomalies cliniques chez les femmes de 40 ans et plus peut s'expliquer par la réalisation du dépistage individuel qui augmente la proportion des anomalies radiologiques.
- La corrélation met en évidence des résultats significatifs du fait d'un $\text{Khi}^2=4,24$ et un $p=0,037$.

4.8. Le dépistage du cancer du sein

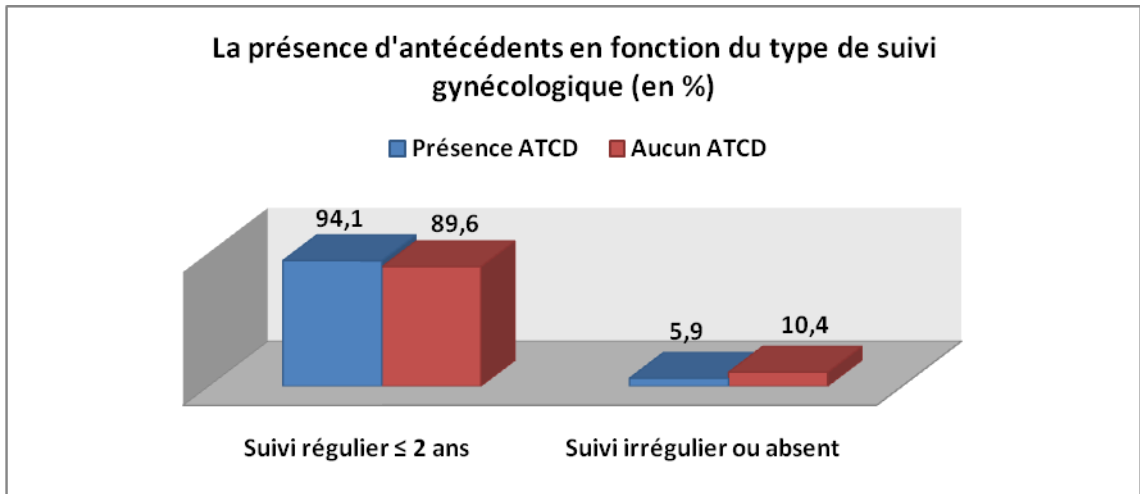
4.8.1. Le suivi gynécologique

○ par rapport à l'âge

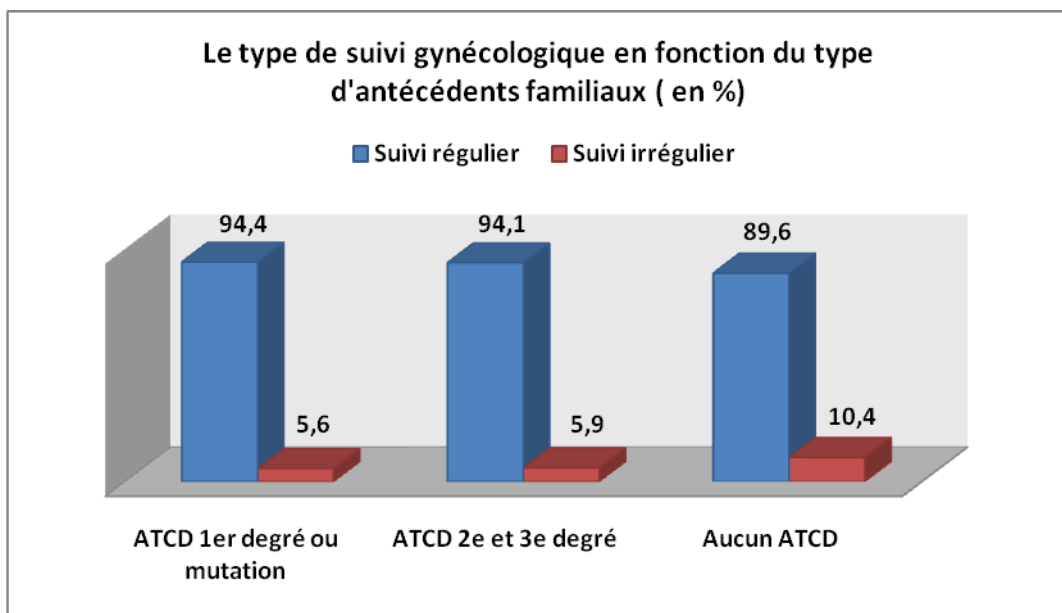


- Le suivi gynécologique présente sensiblement la même proportion dans les 2 populations de femmes (réciproquement 92,9 % et 90,4 %).
L'âge ne semble pas être un facteur influençant le type de suivi gynécologique des femmes.

○ par rapport aux antécédents

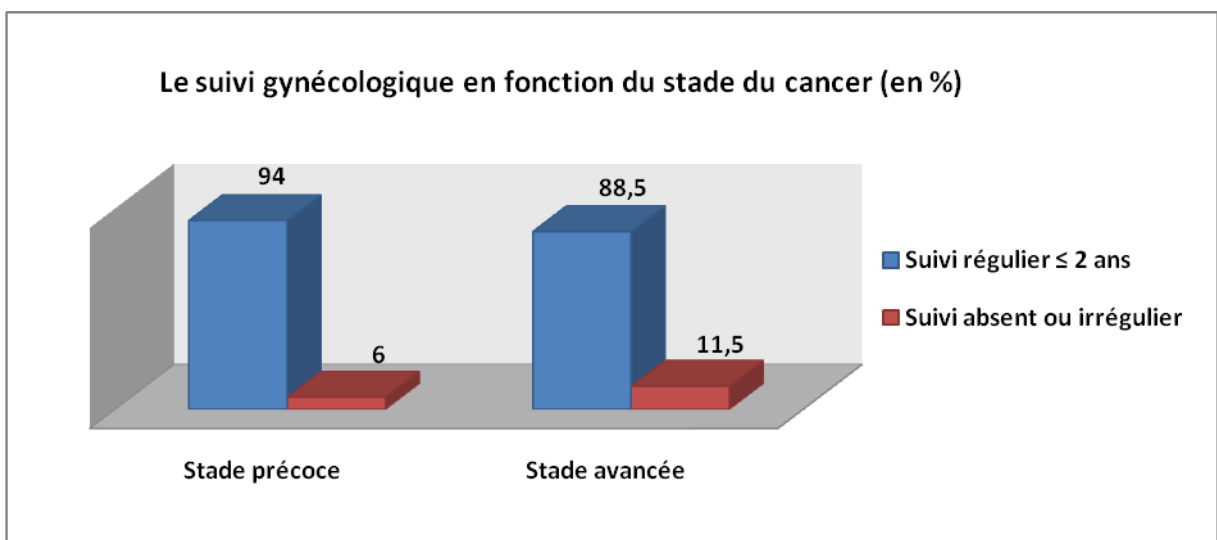


- La proportion du suivi régulier est sensiblement la même que les femmes présentent des antécédents ou non (soit respectivement 94,1 % et 89,6 %).
- D'autre part, chez les femmes qui n'ont pas de suivi ou un suivi irrégulier ou absent, la proportion d'absence d'antécédent est de fois plus importante que la présence d'antécédent.



- Le type de suivi gynécologique des femmes ne semble pas influencé par le type d'antécédents familiaux du cancer du sein. Que les antécédents soit du premier degré ou du 2^{ème} ou 3^{ème} degré la proportion de suivi régulier est la même.
- Néanmoins, chez les femmes sans antécédent le suivi gynécologique régulier ≤ 2 ans représente près de 90 % des cas. Mais près de 10% ont un suivi irrégulier > 2 ans ou absent. Nous pouvons noter qu'en présence d'antécédents ce chiffre est divisé par 2.

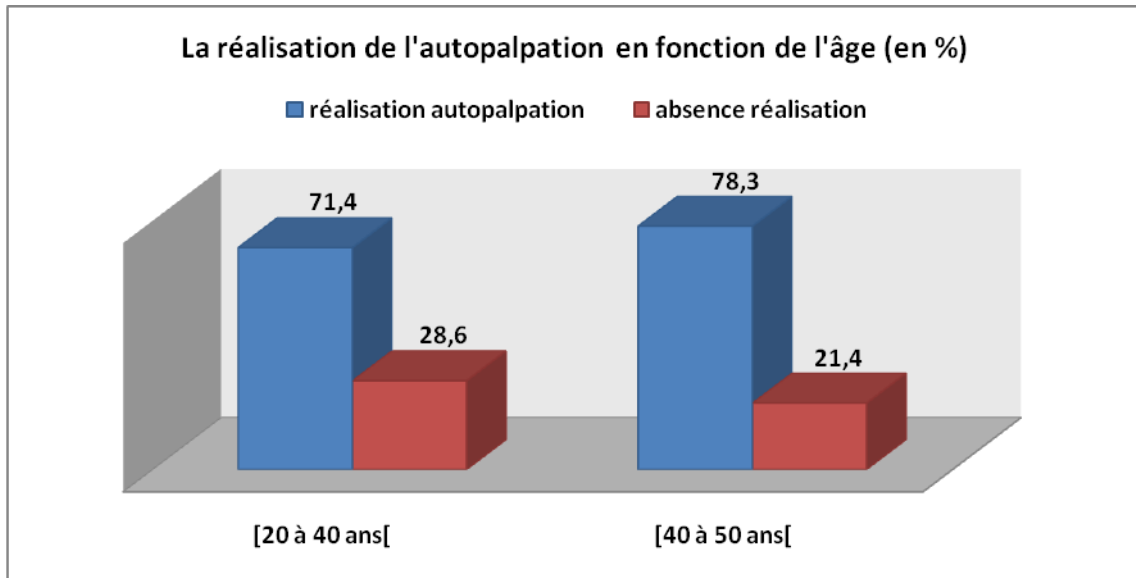
○ par rapport aux stades du cancer



- Le type de suivi gynécologique est en proportion sensiblement identique dans les 2 groupes, soit 94% de suivi régulier dans le stade précoce et 88,5% de suivi régulier dans le stade avancée.
- Bien que la proportion de suivi irrégulier ou absent soit quasiment le double dans le stade avancée que dans le stade précoce, les résultats sont peu fiables avec un $\chi^2 = 0,461$ et un $p = 5,05$.

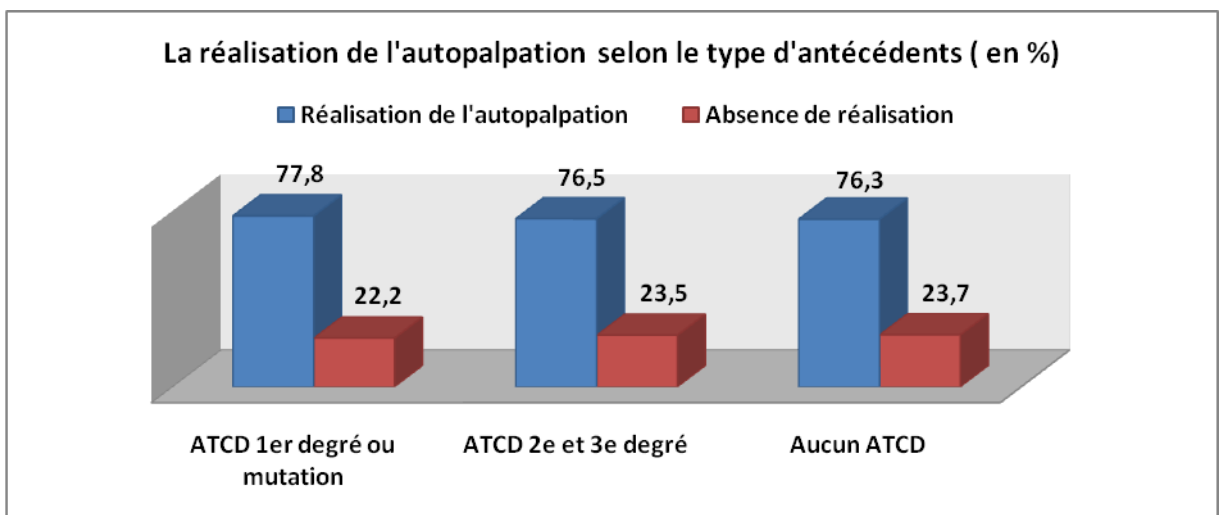
4.8.2. L'autopalpation

○ par rapport à l'âge



- La réalisation de l'autopalpation ne semble pas être influencée par l'âge des patientes. La proportion est de 71,4 % chez les femmes de moins de 40 ans et 78,3 % chez les femmes de 40 ans et plus.

○ par rapport aux antécédents



- Selon le graphique la présence d'antécédents ne semble pas avoir une influence sur la réalisation de l'autopalpation sachant que dans les 3 groupes la proportion est sensiblement la même autour de 77 %.

CONCLUSION

5. La discussion

5.1. Les points positifs

5.1.1. L'unité géographique de l'étude

L'étude a été réalisée sur l'Hôpital-Mère-Enfant de Limoges exclusivement sur une période de 3 ans. En effet, elle concerne l'ensemble des femmes ayant été suivies au sein du service de sénologie.

5.2. Les limites

5.2.1. Un petit effectif

L'effectif est restreint, en effet la population étudiée est peu nombreuse. Néanmoins, certains résultats sont significatifs

5.2.3. Les données manquantes

Afin de définir la population, les données ont été relevées sur le logiciel FILEMAKER*. Les questions n'ont pas été posées aux patientes directement. Certaines données n'étaient pas complétées dans le dossier informatisé à l'origine d'un manque de données concernant la présentation de la population.

5.3. Les difficultés rencontrées

○ Le recrutement :

La distribution des questionnaires au cours des consultations a été difficile. De ce fait, un recrutement par courrier a été choisi afin d'augmenter le taux de réponses. Par la suite, la réception des questionnaires a été satisfaisante, témoignant d'une bonne acceptation du questionnaire par les femmes. A la fin de l'étude, un appel téléphonique a permis la restitution de la dizaine de questionnaire manquant.

Un appel téléphonique introduit un biais dans l'étude de par la mise en relation directe entre l'investigateur et l'investiguée. De ce fait, l'investiguée peut être aidée par l'investigateur en l'interrogeant pour avoir plus de précision sur les questions.

5.4. La vérification des hypothèses de recherche

5.4.1. L'hypothèse principale

« Un suivi gynécologique régulier inférieur ou égal à 2 ans permet un dépistage précoce du cancer du sein chez la femme jeune entre 20 et 49 ans. »

La proportion de suivi régulier ≤ 2 ans est sensiblement équivalente dans les 2 groupes de stades du cancer. Elle est de 94 % lorsque le stade est précoce et de 88,5 % lorsqu'il est avancé.

Il n'y a pas de différence significative, le calcul du khi2 = 0,461 et p= 0,505 révèle des résultats non significatifs. L'hypothèse n'est pas vérifiée.

Le résultat aurait peut être été différent si la notion de suivi régulier avait été limité à un suivi annuel.

Lorsque l'on fait le calcul des proportions :

- Stade précoce : le suivi est annuel dans 78 % des cas
- Stade avancée : le suivi est annuel dans 72 % des cas.

Le suivi doit être annuel afin d'avoir la meilleure observance d'après les recommandations.

5.4.2. Les hypothèses secondaires

- Première hypothèse : « La découverte d'anomalies est faite majoritairement par la femme de 20 à 49 ans »

La découverte est faite par la patiente dans 53,2 % des cas. D'autre part, lorsque l'on étudie la variable en fonction de l'âge des femmes, les femmes âgées de moins de 40 ans découvrent l'anomalie dans 75 % des cas. Les femmes de 40 à 49 ans découvrent l'anomalie dans 53,2 % des cas.

Nous avons tenté de mettre en évidence un lien entre le stade du cancer et la personne qui découvre l'anomalie. 2 groupes ont été constitués :

- Patiente/conjoint
- Les professionnels de santé

Lorsque la femme découvre l'anomalie, le cancer est dans les $\frac{3}{4}$ des cas à un stade avancé. A l'inverse, lorsque ce sont les professionnels de santé, le cancer est à un stade précoce dans 60 % des cas.

De ce fait, le pronostic du cancer est généralement moins bon lorsque la patiente découvre l'anomalie. Cependant, nous avons noté que dans la proportion des cancers mis en évidence par les professionnels de santé, près d'un tiers sont découverts par le radiologue à la lecture de la mammographie.

- Deuxième hypothèse : « Les femmes présentant des antécédents familiaux de cancer du sein ont un suivi gynécologique régulier (inférieur ou égal à 2 ans). »

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons séparé la population en 3 groupes en différenciant le type d'antécédents familiaux de cancer du sein et les femmes sans antécédents.

L'existence d'antécédents qu'il soit du 1^{er} ou 2^{ème}/3^{ème} degré ne semble pas avoir d'influence sur le suivi gynécologique. Dans les 2 cas, le suivi est en proportion équivalente, autour de 94 %.

Chez les femmes présentant des antécédents, le suivi gynécologique est régulier (\leq à 2 ans) dans 90 % des cas comme en l'absence d'antécédent de cancer du sein. Néanmoins, pour cette dernière population, le suivi est irrégulier ou absent pour 10 % d'entre elles, soit le double de la population ayant des antécédents familiaux.

- Troisième hypothèse : « L'autopalpation est pratiquée par les femmes selon des recommandations de bonnes pratiques »

D'après les résultats obtenus, 76 % des femmes réalisent l'autopalpation. Néanmoins, l'étude a été réalisée auprès de femmes plus sensibles au dépistage que la population générale. En effet, elles ont bénéficié dans le cadre de la consultation de sénologie, d'examen des seins faits selon les règles de bonnes pratiques.

Nous pouvons donc penser que les patientes ont acquis une certaine forme de connaissance sur l'examen à réaliser. Il est vrai que les questions portées sur la réalisation de l'autopalpation avant le diagnostic du cancer. Hors un biais est présent, il peut fausser les résultats et ainsi les surestimer, du fait des consultations de sénologie fréquentes dans le cadre de la maladie.

Nous pouvons estimer que les règles de bonnes pratiques ne sont pas suffisamment respectées. En effet, lors de la réception des questionnaires, de nombreuses femmes réalisent l'inspection et non la palpation des aisselles ou inversement.

Dans l'analyse des données, 75 % des femmes réalisent l'autopalpation, néanmoins seulement 57% d'entre elles, la réalisent avec tous les éléments de l'autopalpation (inspection, palpation des aisselles). D'autre part, seulement 1% des patientes interrogées réalisent l'autopalpation dans la semaine qui suit les règles.

Peut-on considérer qu'elle est réalisée efficacement en dehors de cette période ou en l'absence d'un élément de bonnes pratiques?

Difficile à dire, les questions étaient très générales, notamment en ce qui concerne l'inspection des seins. Aucun élément ne permet de vérifier sa qualité. Nous ne sommes pas en mesure de dire si la femme examine correctement la peau et si elle est à même de repérer une ridule ou une autre anomalie au niveau du mamelon. Il en est de même pour la palpation des aisselles. L'intitulé de la question ne nous permet pas d'affirmer que cette pratique très spécifique soit effectuée correctement.

L'hypothèse, selon laquelle l'autopalpation est réalisée par la femme selon de bonnes pratiques n'est pas vérifiée.

5.5. Comparaison avec des données de la littérature

5.5.1. Le dépistage mammographique avant 50 ans [26]

La question sur le dépistage par mammographie avant 50 ans est régulièrement débattue entre les professionnels de la santé afin d'améliorer la prévention et diminuer le taux de mortalité du cancer.

Lors d'une étude réalisée en 2005, 47 % des femmes de 40 à 49 ans ayant eu un cancer du sein avaient eu une mammographie dans les 2 ans précédant le cancer. Dans la population que j'ai étudiée, 59 % des femmes de 40 ans et plus ont bénéficié d'un dépistage par mammographie dans les 2 ans avant le cancer du sein.

Le dépistage individuel est supérieur dans cet échantillon par rapport à l'étude de 2005. On peut supposer que le dépistage individuel s'est généralisé par rapport à 2005.

La réalisation d'une mammographie dans la population âgée de moins de 40 ans est quasi nulle, 1 cas sur les 28 patientes interrogées.

5.5.2. Le suivi gynécologique [27]

D'après une étude épidémiologique réalisée par l'Institut BAV en 2008, 85 % des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique. La proportion de suivi gynécologique chez les femmes dans notre étude, est près de 95 %.

Le résultat est supérieur à l'étude épidémiologique de 2008. Néanmoins au sein de cette étude, l'ensemble de la population féminine était interrogée. De ce fait, elle prend en compte les femmes de 15/24 ans et les femmes de plus de 65 ans qui ont un suivi moins fréquent (respectivement 69 % et 72 %). Ces proportions peuvent expliquer le taux inférieur dans l'étude de 2008 par rapport à notre échantillon.

Il est donc difficile de comparer les deux résultats puisque les populations ne sont pas équivalentes.

D'autre part, cette même étude épidémiologique a étudié quelle personne réalisait le suivi gynécologique. Le résultat montre que pour 82,3 % le suivi est réalisé par un gynécologue et 17,4 % par un médecin traitant.

Dans la population des femmes de 20 à 49 ans ayant été suivies pour un cancer du sein, la proportion de suivi gynécologique effectué par un gynécologue et un médecin traitant est la même que dans la population générale (de l'étude précédente). En sachant que l'on a pris en compte seulement les femmes ayant un examen des seins lors de la consultation gynécologique.

5.5.3. L'autopalpation

Dans les données de la littérature, on retrouve que le taux de réalisation de l'autopalpation mensuelle était très faible. D'après une étude réalisée dans les années 1990, dans les pays occidentaux, seulement 21 % des femmes médecins américaines réalisaient l'autopalpation mensuellement. [22]

Par rapport à ces données, les résultats de notre étude semblent supérieurs. Si l'on prend les femmes qui réalisent l'autopalpation mensuellement, on retrouve une

proportion de 53 % des cas. Néanmoins lorsque la réalisation de l'inspection et la palpation des aisselles sont faites, alors la proportion est de 36 % des cas.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que le questionnaire portait sur la réalisation de l'autopalpation avant le cancer et donc la fiabilité des réponses peut être remise en question (comme vu précédemment dans la réponse à l'hypothèse secondaire portant sur l'autopalpation).

6. Proposition

La proposition serait d'améliorer la réalisation de l'autopalpation chez les femmes quelque soit leur âge. Bien que l'autopalpation ne soit pas un moyen de dépistage fiable à grande échelle, les femmes trouvent majoritairement d'elles-mêmes l'anomalie suspectant le cancer du sein. De plus, lorsqu'elles découvrent l'anomalie, le cancer est à un stade plus avancé que lorsqu'il s'agit des professionnels de santé. L'objectif est l'amélioration de la réalisation de l'autopalpation par les femmes afin de permettre de faire un dépistage plus précoce du cancer.

Cette amélioration passe par les explications que les professionnels de santé donnent aux patientes. En effet, ils doivent préciser que:

- elle doit être réalisée mensuellement,
- la semaine qui suit les règles,
- la phase observation des seins est très importante, une inspection de la peau, de la forme du sein, du mamelon.
- la palpation du sein doit être méthodique
- la palpation du creux axillaire doit également être faite.

Comme énoncé précédemment, le débat sur le dépistage mammographique à partir de 40 ans est toujours ouvert à discussion et les avis sont variables.

Parmi les arguments contre le dépistage avant 50 ans :

- Le risque cumulé de cancer du sein n'est que de 2,4% avant 50 ans alors qu'il est de 11,5% entre 50 et 75 ans. [26]
- D'après l'épidémiologiste, le Dr Catherine Hill, la synthèse des essais étrangers de dépistage entre 39 et 49 ans, démontre une réduction du risque de décès d'environ 15% par rapport aux femmes du même âge non dépistées.

« Mais si on rapporte ce taux au nombre réel de décès par cancer du sein en France, il faudrait dépister 2200 femmes de 40 ans pour éviter 1 décès en 10 ans de suivi, alors qu'à 60 ans, il suffit d'en dépister 320 pour éviter 1 décès en 10 ans de suivi.» [26]

- Si une mammographie tous les deux ans était réalisée chez les femmes de 40 et 49 ans, le nombre élevé d'images anormales conduirait à faire une biopsie 5 fois plus souvent que chez les femmes de 60 ans. De plus, il y a un risque accru de surdiagnostic et de résection d'un petit cancer qui n'aurait pas forcément évolué. [26]
- La densité des seins avant la ménopause entraîne des difficultés dans l'interprétation des mammographies.

Parmi les arguments pour le dépistage avant 50 ans :

- les femmes jeunes ont des tumeurs souvent plus agressives. [26]
- L'arrivée des nouveaux mammographes numériques peut changer les résultats car ils sont plus adaptés aux seins denses. [26]
- D'après Isabelle TROP, le ratio préjudice/avantage est favorable au dépistage généralisé chez les femmes à partir de 40 ans, au vu des risques quasi inexistantes liés aux examens pratiqués. [25]

Il serait également intéressant qu'une étude sur la population générale du Limousin et le dépistage du cancer du sein soit réalisée afin d'évaluer le dépistage dans une population dans laquelle il n'y a pas de biais de la présence de la maladie. De ce fait, la sensibilité envers la surveillance clinique ne serait pas augmentée.

De même, pour la réalisation de l'autopalpation, il serait important d'évaluer concrètement sa pratique, de manière plus précise. Il faudrait interroger les femmes avec des questions ouvertes afin d'évaluer comment elles réalisent l'autopalpation, de manière précise.

LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Au vu des résultats, nous avons pu conclure que le stade du cancer du sein varie selon l'anomalie mise en évidence et la personne qui l'a découverte (chez les femmes qui ont été suivies à l'Hôpital de la mère et de l'enfant de Limoges).

Le suivi gynécologique qu'il soit régulier ou non ne semble pas avoir d'influence sur le stade du cancer au moment de la découverte. Néanmoins, lorsque ce sont les professionnels de santé qui découvrent l'anomalie, le stade est plus précoce. De ce fait, le suivi gynécologique reste le premier moyen de dépistage du cancer du sein.

La présence et le type d'antécédents familiaux ne semble pas influencer dans l'observance d'un suivi gynécologique régulier ou la réalisation de l'autopalpation.

Néanmoins, le cancer du sein chez la femme avant 50 ans représente 25 % des cancers du sein. Le dépistage doit être une priorité pour l'ensemble des professionnels de santé, notamment les sages-femmes pour lesquelles le suivi gynécologique fait partie des compétences.

LA BIBLIOGRAPHIE

[1] GlaxoSmithKline. Le cancer du sein [en ligne]. France 2009. Disponible sur : <http://www.gsk.fr/gsk/votresante/cancer_sein/definition.html >

(consulté le 05/11/10)

[2] INCa: Institut nationale contre le cancer. Epidémiologie du cancer du sein en France et en Europe [en ligne]. France, 2007. Disponible sur: < <http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/DePISTAGE/Depistage-cancer-sein/Epidemiologie-cancer-sein/.html> > (consulté le 12.10.09)

[3] CROS Nathalie. Epidémiologie et Santé: cancer du sein en France [en ligne]. France, INRP: Institut nationale de recherches pédagogiques, 2005. Disponible sur: < <http://acces.inrp.fr/acces/ressources/sante/epidemiologie/cancersein> > (consulté le 13.09.09)

[4] Docteur BENCHIMOL. Le cancer du sein [en ligne]. Paris, 2006. Disponible sur: < http://www.docteur-benchimol.com/cancer_du_sein.html > (consulté le 28.09.09)

[5] JUNOT B. et MASSE R. Dépistage du cancer du sein et médicalisation en santé publique [en ligne]. France, CAIRN.info, 2009. Disponible sur: < http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=SPUB&ID_NUMPUBLIE=SPUB_032&ID_ARTICLE=SPUB_032_0125 > (Consulté le 26.09.09)

[6] Marc ESPIE et André GORINS. Le sein. Ed. ESKA. Paris 1995. Chapitre 3 : Le cancer du sein ; pages 229-239

[7] Cancer du sein : cours université de Rennes [en ligne]. France. Disponible sur : < <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/gyneco/kcsein/mainbk.html> > (consulté le 30/12/09)

[8] CRLCC Centre Paul Papin Angers : Classification des cancers du sein. Examen clinique (TNM) [en ligne]. France ; Disponible sur : < <http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/immam/angers/011.html> > (consulté le 26/10/10)

[9] American cancer society : Le cancer du sein. [en ligne]. Etats-Unis, 2010. Disponible sur : < <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-staging> > (consulté le 8/11/10)

[10] Encyclopédie Universalis. Dictionnaire [en ligne]. Encyclopédie Universalis, 2009. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/test_lexique.php?mots> (consulté le 20.08.09)

[11] Institut Curie. Dépistage [en ligne]. Paris, 2009. Disponible sur: < http://www.curie.fr/fondation/information-cancers.cfm/lang/_fr/page/depistage > (consulté le 29.09.09)

[12] INCa: Institut nationale contre le cancer. Organisation du dépistage du cancer du sein en France [en ligne]. France, 2007. Disponible sur: < <http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/DePISTAGE/Depistage-cancer-sein/Organisation-depistage-cancer-sein/.html> > (consulté le 29.09.09)

[13] COT Lydie. Programme national de lutte contre le cancer [en ligne]. France. Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, 2000. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_000201.htm> (consulté le 29.09.09)

[14] J.LANSAC O.LEFLOCH ET Ph. BOUGNOUX .Dépistage du cancer du sein et conséquences thérapeutiques. Masson. Paris 1989. p11/12

[15] INVS: Institut nationale de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein [en ligne]. INVS, 2003. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2003/04/beh_04_2003.pdf > (consulté le 25.08.09)

[16] AUBARD Y. Cours de gynécologie, Examen clinique en gynécologie-obstétrique, Examen sénologique. Limoges, 2007.

[17] Portail Santé. Grand duché du Luxembourg. Lexique:Auto- examen des seins [en ligne]. Luxembourg, 2009. Disponible sur: <<http://www.sante.public.lu/fr/lexique/a/auto-examen-seins/index.html>>(consulté le 13.09.09)

[18] LNCA: Ligue nationale contre le cancer. Cancer du sein [en ligne]. LNCA, octobre 2007. Disponible sur: <http://www.ligue-cancer.net/article/317_cancer-du-sein> (consulté le 13.09.09)

[19] Dr Benchimol. Mammographie [en ligne]. France, 2006. Disponible sur: <<http://www.docteur-benchimol.com/mammographie.html>> (Consulté le 13.09.09)

[20] LIBBEY John. Bulletin du cancer, volume 89 numéro 12,1083-4, décembre 2002, standards, options et recommandations: échographie mammaire [en ligne]. John libbey, 2002. Disponible sur: <<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/01/14/34/article.md>> (consulté le 13.09.09)

[21] SOGC: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Opinion du comité à propos de l'auto-examen des seins [en ligne]. SOGC, aout 2006. Disponible sur: <<http://www.sogc.org/guidelines/documents/181F-CO-Aout2006.pdf>> (consulté le 15.09.09)

[22] AUSTOKER J. Breast self examination [en ligne]. Oxford, BMJ: British medical journal, 2003. Disponible sur: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1124918&tool=pmcentrez#B10>> (consulté le 20.09.09)

[23] Medsite. La mammographie [en ligne]. Medsite.fr, 2006. Disponible sur <<http://www.medsite.fr/medsite/La-mammographie.html>> (consulté le 17.10.09)

[24] Medsite. L'échographie mammaire [en ligne]. Medsite.fr, 2006. Disponible sur <<http://www.medsite.fr/medsite/L-echographie-mammaire.html>> (consulté le 17.10.09)

[25] TROP I. et DECK W. Débat: Devrait-on offrir le dépistage par mammographie aux femmes de 40 à 49 ans? [en ligne]. Canada, CMF: Collège des médecins de famille du Canada, septembre 2006. Disponible sur: <http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Sep/vol52-sep-editorial-debates_fr.asp>

(Consulté le 13.09.09)

[26] LOCHOUARN, Martine. Cancer du sein : un dépistage à partir de 40 ou 50 ans ? [en ligne]. France, Le figaro, 21/02/2011. Disponible sur : <<http://www.lefigaro.fr/sante/2011/02/20/01004-20110220ARTFIG00250-cancer-du-sein-un-depistage-a-partir-de-40-ou-50-ans.php>> (consulté le 8/04/11)

[27] RESSENTI DES FEMMES A L'EGARD DU SUIVI GYNECOLOGIQUE
Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. [en ligne]. France, Novembre 2008. Disponible sur : <http://www.bva.fr/administration/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf> (consulté le 8/04/11)

LES ANNEXES

Ouvrage :

- Le dépistage du cancer du sein [texte imprimé] : un enjeu de santé publique, coordonné par Brigitte Séradour 2^{ème} édition. Lieu d'édition : Paris, Berlin, Heidelberg ; imprimé en 2007. 191p.

- Cancer du sein [texte imprimé] ; questions et réponses au quotidien. Auteurs : Jacques Saglier. 2^{ème} édition. Masson ; Paris, 2003. 173p

Articles de périodique :

- Dépistage du cancer du sein : connaissance et pratique de l'auto-examen des seins au sein d'une population féminine au Sénégal. Revue médicale de Bruxelles.2009 page 77 à page 82.

- Virginie Birocheau, Marie-Hélène Dilhuydy, Sylvie Maurice-Tison, Jean-Louis Demeaux [...] - Santé publique, ISPED université Bordeaux 2 Jean-Louis Demeaux - Médecin généraliste, professeur associé à l'université Bordeaux 2. Dépistage spontané du cancer du sein en Aquitaine : enquête auprès de 150 médecins généralistes. Médecine. Vol1, Num 2, 78-83. Novembre 2005.

Thèses :

- Legros-Sanvoisin Aurélie (auteur.), Aubard Yves (dir.). Modes de découvertes des cancers du sein traités au CHU de Limoges de 2002 à 2006. Thèse de doctorat : médecine. Limoges, 2008.

Rapports :

- Groupe de travail de la commission III (cancérologie). Cancer du sein, incidence et prévention. 8p. cancérologie. Paris, 2008.

Sites internet :

- INCa: Institut nationale contre le cancer. Epidémiologie du cancer du sein en France et en Europe [en ligne]. France, 2007. Disponible sur: < http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/DePISTAGE/Depistage-cancer-sein/Epidemiologie-cancer-sein/op_1-it_1452-la_1-ve_1?banner=1.html > (consulté le 12.10.09)
- Docteur BENCHIMOL. Le cancer du sein [en ligne]. Paris, 2006. Disponible sur: < http://www.docteur-benchimol.com/cancer_du_sein.html > (consulté le 28.09.09)
- CNGOF. Cancer du sein [en ligne]. Paris. Editorial Assistance 2000. Disponible sur : < http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_20.htm > (consulté le 20.10.09)

- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Communiqué: Dépistage organisé du cancer du sein, mobiliser les femmes et les professionnels de santé [en ligne]. France. Ministère de la santé, 2003. Disponible sur: < http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_030506.htm> (consulté le 20.08.09)
- Philippe Deschamps, Jean-jacques Baldauf et Pascal Bonnier. Dépistage des cancers gynécologiques et mammaires, dépistage organisé en 1994 [en ligne] France, 2004. Disponible sur <http://books.google.fr/books?id=XR6HbP6yUcwC&pg=PT90&lpg=PT90&dq=d%C3%A9pistage+organis%C3%A9+1994&source=bl&ots=q154MZtEpK&sig=qzT391xtiz6THbF1dzBIU1kMUXY&hl=fr&ei=y0-zStXkAZWM4Ab7idAx&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1#v=onepage&q=d%C3%A9pistage%20organis%C3%A9%201994&f=false> (consulté le 13.09.09)
- Opinion de comité SOGC. Auto-examen des seins [en ligne]. Paris. 2006. Disponible sur :< <http://www.sogc.org/guidelines/documents/181F-CO-Aout2006.pdf>> (consulté le 20.11.09)
- HAS. Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein [en ligne]. Paris, 2006. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_461657/place-de-la-mammographie-numerique-dans-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein > (consulté le 28.09.09)

- HAS. Cancer du sein : quels moyens mettre en œuvre pour augmenter le taux de couverture du dépistage ? [en ligne]. Paris, 2008. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_717955/rencontres-has-2008-cancer-du-sein-quels-moyens-mettre-en-uvre-pour-augmenter-le-taux-de-couverture-du-depistage> (consulté le 28.10.09)

QUATRIEME PARTIE :

LA DISCUSSION ET LES PROPOSITIONS

ANNEXE I

Classification TNM du cancer du sein

Tumeur primitive (T) (cT pour une classification clinique ou radiologique, pT pour une classification anatomo pathologique)	
Tx	Détermination de la tumeur primitive impossible
T0	Pas de signe de tumeur primitive (non palpable)
Tis	Carcinome in situ : carcinome intracanalair, ou carcinome lobulaire in situ, ou maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable
<i>Tis (DCIS)</i>	Carcinome canalaire in situ
<i>Tis (LCIS)</i>	Carcinome lobulaire in situ
<i>Tis (Paget)</i>	Maladie de Paget du mamelon sans tumeur décelable Note : une maladie de Paget avec tumeur décelable est à classer en fonction de la taille de la tumeur.
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
<i>T1mic</i>	<u>Micro-invasion</u> ≤ 0,1 cm dans sa plus grande dimension (1)
<i>T1a</i>	Tumeur > 0,1 cm et ≤ 0,5 cm dans sa plus grande dimension
<i>T1b</i>	Tumeur > 0,5 cm et ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
<i>T1c</i>	Tumeur > 1 cm et ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension
T4	Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique (a) ou à la peau (b) Note : la paroi thoracique comprend les côtes, les muscles intercostaux et grand dentelé, mais ne comprend pas le muscle pectoral
<i>T4a</i>	Extension à la paroi thoracique
<i>T4b</i>	Edème y compris la « peau d'orange », ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanés limités au même sein
<i>T4c</i>	A la fois 4a et 4b
<i>T4d</i>	<u>Carcinome inflammatoire</u> (2)

Taille de la tumeur

(1) La **micro-invasion** est l'extension des cellules cancéreuses à travers la membrane basale dans les tissus adjacents sans former de foyer > 0,1 cm dans sa plus grande dimension. Lorsqu'il s'agit de multiples foyers de micro-invasion, on ne tient compte que du plus grand pour la classification. La présence de multiples foyers de micro-invasion doit être notée comme c'est le cas lors d'un carcinome invasif avec multiples foyers.

(2) Le **carcinome inflammatoire du sein** est caractérisé par une induration cutanée diffuse et tendue, à bord érysipéloïdes, habituellement sans tumeur palpable sous-jacente. Si la biopsie de la peau est négative et s'il n'y a pas de cancer primitif localisé mesurable, un carcinome inflammatoire clinique (T4d) est classé pTX sur le plan histopathologique. Une dépression cutanée, la rétraction du mamelon ou toute autre modification des téguments, à l'exception de celles retenues pour la catégorie T4, peuvent exister avec T1, T2 ou T3 sans influencer sur le classement.

Les adénopathies régionales

Adénopathies régionales (N) (détectées à l'examen clinique ou radiologique)	
Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)	
Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional	
Ganglions axillaires homolatéraux suspects mobiles	
Ganglions axillaires homolatéraux suspects fixés entre eux ou à d'autres structures, ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires	
N2a	Ganglions axillaires homolatéraux fixés
N2b	Ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents sans adénopathies axillaires cliniques
Ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveau III axillaire) ou mammaires internes avec présence d'adénopathies axillaires ou ganglions sus-claviculaires présents (avec ou sans la présence de ganglions axillaires ou mammaires internes)	
N3a	Ganglions suspects sous-claviculaires et axillaires homolatéraux
N3b	Ganglions mammaires internes et ganglions axillaires homolatéraux suspects
N3c	Ganglions sus-claviculaires homolatéraux suspects

Adénopathies régionales (étude anatomopathologique pN) Cette classification intègre la technique du <u>ganglion sentinelle</u> et le problème des micrométastases.	
pNx	Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (pas de contrôle ou exérèse antérieure)
pN0	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'études supplémentaires pour la recherche de cellules isolées
pN0 (i-)	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude négative en immunohistochimie
pN0 (i+)	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude positive en immunohistochimie, envahissement ≤ 0,2 mm
pN0 (mol-)	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude moléculaire négative (RT-PCR)
pN0 (mol+)	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude moléculaire positive (RT-PCR)
pN1Mi	Présence de micrométastases (> 0,2 mm, aucune > 2 mm)
pN1	Métastase dans 1 à 3 ganglions axillaires et/ou mammaires internes avec envahissement microscopique détecté par la technique du ganglion sentinelle sans signe clinique
pN1a	Métastase dans 1 à 3 ganglions axillaires
pN1b	Métastase ganglionnaire mammaire interne microscopique repérée par la technique du ganglion sentinelle mais non suspectée cliniquement
pN1c	Métastase ganglionnaire axillaire dans 1 à 3 ganglions et métastase mammaire interne avec envahissement microscopique détecté par la technique du ganglion sentinelle sans signe clinique
pN2	Métastase ganglionnaire axillaire dans 4 à 9 ganglions ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires
pN2a	Métastase ganglionnaire axillaire dans 4 à 9 ganglions (au moins un envahissement > 2 mm)
pN2b	Métastase ganglionnaire mammaire interne clinique en l'absence d'envahissement axillaire
pN3	Métastase ganglionnaire axillaire touchant au moins 10 ganglions, ou envahissement sous-claviculaire (niveau III), ou envahissement mammaire interne homolatéral et axillaire concomitant, ou envahissement axillaire touchant plus de 3 ganglions avec présence de métastases mammaires internes détectées par la technique du ganglion sentinelle sans signe clinique ou ganglion sous-claviculaire envahi
pN3a	Envahissement ganglionnaire axillaire touchant au moins 10 ganglions (avec un envahissement > 2 mm au minimum) ou métastase ganglionnaire sous-claviculaire
pN3b	Ganglion mammaire interne homolatéral suspect avec envahissement d'au moins 1 ganglion axillaire ou d'au moins

	3 ganglions axillaires avec envahissement mammaire interne détecté par la technique du ganglion sentinelle sans signe clinique
pN3c	Métastase ganglionnaire sus-claviculaire homolatérale

Les métastases

Métastases (M)	
Mx	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	Absence de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

ANNEXE II

Questionnaire remis aux femmes

- Votre nom :
- Votre prénom :

- Avez-vous un suivi gynécologique ?
 - Oui
 - Non

- Si oui, veuillez préciser la fréquence du suivi ?
 - 1 fois pas an
 - 1 fois tous les 2 ans
 - 1 fois tous les 3 ans ou plus

- Quel médecin effectue votre suivi gynécologique ?
 - Un gynécologue
 - Le médecin traitant
 - Autre médecin, précisez :

- Lors de la consultation gynécologique, un examen des seins a-t-il été réalisé ?
 - Oui
 - Non
 - Ne sais plus

- Avez-vous eu une mammographie de dépistage datant de moins de 2 ans avant le cancer ?

Oui

Non

Ne sais plus

- Lors de la consultation avec votre médecin vous a-t-il expliqué comment réaliser une autopalpation des seins ?

Oui

Non

- Réalisez-vous l'autopalpation ?

Oui

Non

- Si oui, quand ?

Durant la semaine qui suit les règles

N'importe quand

- Vous effectuez la palpation :

Tous les mois

Tous les 2 mois

Tous les 3 mois et plus

- Dans un premier temps, observez-vous la forme du sein (pour voir toutes modifications) ?
 - Oui
 - Non

- Vous palpez-vous sous les aisselles ?
 - Oui
 - Non

- Avez- vous des antécédents de cancers du sein dans votre famille ?
 - Oui
 - Non

- Si oui, quelle(s) personne(s) étaie(nt) atteinte(s).
 - Sœur
 - Mère
 - Autres personnes, précisez :

- Quel était l'âge de survenue du cancer chez cette personne ?

- Pour vous, à quel âge le cancer a-t-il été diagnostiqué ?

- Quel type d'anomalie a été mis en évidence ?

Un nodule, une grosseur

Une anomalie du mamelon

Une anomalie de la peau

Un écoulement

Ne sais pas

Autres anomalies, précisez :

- Qui a découvert l'anomalie évoquant le cancer ?

Vous-même

Votre conjoint

Le gynécologue

Votre médecin traitant

Un radiologue (au cours d'une mammographie)

Autres personnes, précisez :

MIGNONAC Charlotte

1, cours Bugeaud

87000 LIMOGES

Madame,

Je me permets de vous solliciter par ce courrier dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

J'effectue une enquête via le questionnaire ci-joint auprès des femmes ayant été suivies pour un cancer du sein à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges.

L'étude concerne les différents modes de dépistage tel que le suivi gynécologique et l'autopalpation (avant la maladie) et aussi le mode de découverte du cancer du sein.

Ce questionnaire me permettra de compléter votre dossier médical, c'est pour cela que votre identité est demandée néanmoins les informations recueillies sont soumises au secret professionnel et seront anonymisées.

Je vous remercie de votre participation.

Cordialement.

Mignonac Charlotte

(Étudiante sage-femme)

ANNEXE III

Fiche de recueil de données sur FILEMAKER

- Numéros de cas :

- Nom de la patiente :

- Age du diagnostic du cancer

- Personne qui a découvert l'anomalie :

- Le type d'anomalie :

- La taille de la tumeur
 - ✓ TNM :

 - ✓ pTNM :

- Le stade du cancer
 - ✓ stade 0
 - ✓ stade 1
 - ✓ stade 2A/2B
 - ✓ stade 3A/3B
 - ✓ stade 4