



ESJ Natural/Life/Medical Sciences

Binyom Pierre R,

Service de Chirurgie Générale et Cancérologie des
Polycliniques Innova de Yaoundé, Université de
Douala, Cameroun

Zaré Cyprien Belemilga G. L. Hermann,

Institut Supérieur des Sciences de la Santé,
Université Nazi Boni, Centre Hospitalier
Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso,
Burkina Faso

Fouelifack Ymele F,

Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital
Central de Yaoundé, Assistant à l'ISTM –
Université de Douala

Bwélé Georges,

Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Central
de Yaoundé, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Bang Aristide,

Service de Chirurgie Viscérale du Centre
Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Université
de Yaoundé 1 Cameroun

Ngowé Ngowé Sosso Maurice

Aurélien,

Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général
de Yaoundé, Université Yaoundé 1, Cameroun

Submitted: 03 November 2020

Accepted: 09 December 2020

Published: 31 December 2020

Corresponding author:

Zaré Cyprien G

DOI: [10.19044/esj.2020.v16n36p285](https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n36p285)

 Copyright 2020 Zaré Cyprien G,
Distributed under Creative Commons
BY-NC-ND 4.0 OPEN ACCESS

Cite as:

Binyom Pierre R, Zaré Cyprien G. L.H, Fouelifack
Ymele F., Georges B, Aristide B, Aurélien N.
(2020). Cancer Du Sein Inflammatoire Chez La
Femme Camerounaise. *European Scientific Journal*,
ESJ, 16 (36).

1.<https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n36p285>

Cancer Du Sein Inflammatoire Chez La Femme Camerounaise

Résumé

Introduction : Le cancer du sein inflammatoire (CSI), est relativement fréquent chez la jeune femme camerounaise. L'objectif était de présenter les caractéristiques du CSI en milieu camerounais. **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, multicentrique à collecte rétrospective allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2014. Ont été incluses toutes les femmes de nationalité camerounaise diagnostiquées pour un CSI histologiquement confirmé. **Résultats :** Vingt-et-un cas de CSI ont été colligés et représentaient 3% de l'ensemble des mastopathies dans quatre hôpitaux. L'âge moyen des patientes était de 37,7 ans. Quatorze (66,7%) femmes avaient consulté après un intervalle supérieur à six mois. La localisation de la tumeur était unilatérale dans tous les cas. Dix-huit (85,7%) des patientes avaient un statut ganglionnaire cliniquement positif. La taille tumorale médiane était de 5cm. Les patientes étaient classées respectivement PEV3 dans 52,4%, PEV2 dans 28,6% et PEV1 dans 19%. Huit patientes (38%) étaient métastatiques. Seize (76,2%) femmes avaient une négativité aux récepteurs œstrogènes et progestérones. Le carcinome canalaire infiltrant était le plus fréquent (66,6%). Treize (62%) patientes ont recouru au traitement traditionnel rituel. Une chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante était systématiquement instituée. Dix-huit (85,7%) patientes étaient opérables et avaient bénéficié d'une mastectomie. Six cas de récurrence ont été notés au cours du suivi. La survie à cinq ans était de 42,9%.

Conclusion : L'utilisation systématique de la chimiothérapie neoadjuvante et adjuvante a amélioré le pronostic du CSI.

Subject: Chirurgie Générale

Mots-clés: Cancer Du Sein,
Inflammatoire, Chimiothérapie,
Cameroun

Inflammatory Breast Cancer In Cameroonian Women

Binyom Pierre R,

Service de Chirurgie Générale et Cancérologie des Polycliniques Innova de Yaoundé, Université de Douala, Cameroun

Zaré Cyprien Belemilga G. L. Hermann,

Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Nazi Boni, Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Fouelifack Ymele F,

Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé, Assistant à l'ISTM – Université de Douala

Bwéllé Georges,

Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Central de Yaoundé, Université de Yaoundé 1, Cameroun

Bang Aristide,

Service de Chirurgie Viscérale du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé, Université de Yaoundé 1 Cameroun

Ngowé Ngowé Sosso Maurice Aurélien,

Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général de Yaoundé, Université Yaoundé 1, Cameroun

DOI: [10.19044/esj.2020.v16n36p285](https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n36p285)

Abstract

Introduction: Inflammatory breast cancer (IBC) is relatively common in young Cameroonian women. This paper aims to present the characteristics of the IBC in the Cameroonian environment. **Patients and Methods:** The paper uses a descriptive, multicentre cross-sectional study with retrospective collection from 1st of January 2010 to 31st of December 2014. All Cameroonian women affected by an IBC diagnosed and histologically confirmed were included in the study. **Results:** Twenty-one cases of IBC, which represented 3% of all treated mastopathies, was collected in four Church Hospitals. The mean age of the patients was 37.7 years. Fourteen (66.7%) consulted after an interval more than six months. The location of the tumour was unilateral in all of the cases. Eighteen (85.7%) of the patients had clinically positive lymph node status. The median tumour size was 5cm. The patients were classified into PEV3 52.4%, PEV2 28.6% and PEV1 19%,

respectively. Eight patients (38%) were metastatic. Sixteen (76.2%) women had negative oestrogen and progesterone receptors. The most common histologic type was invasive ductal carcinoma with 66.6% of cases. Thirteen (62%) patients used traditional ritual treatment. Neo-adjuvant and adjuvant chemotherapy were systematically instituted. Eighteen (85.7%) patients were operable and had undergone mastectomy. Six (33.3%) cases of recurrence were observed during the follow-up. The 5-years survival was 42.9%. **Conclusion:** Systematic use of neo-adjuvant and adjuvant chemotherapy improved the prognosis of IBC.

Keywords: Breast Cancer, Inflammatory, Chemotherapy, Cameroon

Introduction

Le cancer du sein inflammatoire (CSI) selon l'American Joint Committee of Cancer (AJCC) est une entité clinicopathologique caractérisée par un érythème diffus associé à un œdème du sein, souvent sans masse palpable sous-jacente (Brahm & Ziani, 2016). Le CSI est une entité clinique relativement rare (Dia et al., 2018 ; Bouzbid et al., 2014), s'individualisant au sein des cancers mammaires par une épidémiologie, des critères diagnostiques et un pronostic spécifiques (Brahm & Ziani, 2016). Dans la littérature, les données sur le CSI sont généralement rares en Afrique et particulièrement au Cameroun ; ce qui a motivé cette étude dans le but de présenter les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques du CSI chez les femmes camerounaises.

Patients et méthodes

Ce travail est une étude transversale descriptive, multicentrique à collecte rétrospective sur une période de cinq ans, allant du 1er Janvier 2010 au 31 Décembre 2014. La population de l'étude était constituée des dossiers des patientes de quatre hôpitaux de l'Eglise Presbytérienne Camerounaise (EPC) qui avaient consulté pour mastopathie bénigne ou maligne. Ont été incluses toutes les femmes de nationalité camerounaise traitées pour un cancer du sein inflammatoire histologiquement confirmé. Toutes les patientes avaient bénéficié d'un examen clinique, d'une mammographie, d'une échographie, d'un examen d'immunohistochimie, d'un test de la sérologie HIV. La scintigraphie osseuse et la tomодensitométrie cérébrale étaient demandées uniquement en cas de signe d'appel. Les paramètres suivants ont été étudiés : la fréquence, l'âge, le délai de consultation, la localisation du CSI, les signes de l'inflammation (rougeur, chaleur, œdème, peau d'orange), la présence de scarification, la taille de la tumeur, le stade selon la classification PEV de P. Denoix de l'Institut Gustave Roussy répertorié dans le tableau I (Serrazin et al., 1978), l'analyse des récepteurs hormonaux par étude immunohistochimie,

le type histologique, les moyens et méthodes thérapeutiques utilisés (chirurgie, chimiothérapie, traitement traditionnel), le suivi, le décès et la récurrence du CIS.

Tableau 1. Classification de l'Institut Gustave Roussy (PEV)

PEV 0	Pas de signes cliniques d'évolution
PEV 1	Doublement de signes cliniques de la tumeur en moins de 6 mois
PEV 2 (T4d)	Carcinome inflammatoire, avec inflammation limitée à une partie du sein
PEV 3 (T4d)	Carcinome inflammatoire avec inflammation diffuse à tout le sein (Mastite carcinomateuse)

Résultats

Aspects épidémiologiques

Durant la période de l'étude, 700 patientes atteintes de mastopathies dans quatre hôpitaux de l'E.P.C. ont été colligées. Vingt-et-une (21) patientes répondaient à nos critères. La prévalence était de 3%. L'âge moyen des patientes était de $37,7 \pm 6,5$ ans avec des extrêmes de 27 ans et 47 ans. Les tranches d'âge de 37-41 ans et 42-46 ans étaient les plus représentées avec 6 femmes chacune, soit un total de 12 (57,1%) patientes qui avaient un âge compris entre 37 et 42 ans. La répartition selon la tranche d'âge est répertoriée dans la Figure 1.

Aspects cliniques et histologiques

Sept (33,3%) femmes avaient consulté dans un délai inférieur à six mois et les 14 (66,7%) autres dans un délai supérieur à six mois. La localisation de la tumeur était unilatérale dans 100% des cas. Chez 14 patientes, la tumeur était localisée au sein gauche et chez 7 patientes, elle était localisée au sein droit. Des lésions cutanées du sein, à type de scarification, étaient présentes chez huit (38,09%) des patientes. Chez toutes les patientes, des signes relatifs au caractère inflammatoire (rougeur, chaleur œdème, peau d'orange) ont été constatés (Photo 1). Chez 85,7% (18 patientes), le statut ganglionnaire était cliniquement positif classées respectivement N1 (10 patientes) et N2 (8 patientes). La taille tumorale médiane était de 5cm avec des extrêmes de 3 et 7 cm. Les patientes ont été classées respectivement PEV3 dans 52,4% (11 femmes), PEV2 dans 28,6% des cas (6 femmes) et PEV1 dans 19% des cas (4 femmes). Au moment du diagnostic huit patientes (soit 38%) étaient métastatiques avec respectivement une prédilection hépatique (5 cas), pulmonaire (2 cas) et osseuse (1 cas). A l'échographie on retrouvait un épaissement cutané, une dilatation des lymphatiques et des veines, un œdème interstitiel avec aspect hyperéchogène de graisse sous-cutanée. L'analyse des récepteurs hormonaux par étude immunohistochimie avait montré une négativité des récepteurs œstrogènes et progestérones chez 16 (76,2%) femmes et positivité chez 5 (23,8%). Aucune femme n'a pu bénéficier de la recherche des marqueurs Her2/neu ou ErbB2 par manque de réactif.

Trois types histologiques avaient été observés : le carcinome canalaire infiltrant était le type le plus retrouvé chez 14 patientes (soit 66,6%), suivi respectivement du carcinome lobulaire infiltrant chez 4 patientes (19%) et la forme atypique chez 3 patientes (soit 14,4%).

Aspects thérapeutiques et pronostiques

Treize (62%) patientes avaient eu recours à un traitement traditionnel rituel. Parmi ces femmes, huit avaient pratiqué des scarifications et cinq des séances de massage mammaire.

Une chimiothérapie néoadjuvante à base de Ciclophosphamide 50mg à 600 mg/m²/J + Méthotrexate 50 mg à 30 mg/m²/J + Fluorouracil 500mg : à 400 mg/m² /J x 5 j à raison de six cures avec des cycles de 21 jours pendant 6 mois avait été instituée chez toutes les patientes. Elle n'avait pas permis d'obtenir l'effet recherché (une réduction de la tumeur) chez 3 patientes. Ces 3 (14,3%) patientes étaient inopérables (Photo 2). Les 18 (85,7%) autres patientes restantes ont toutes bénéficié d'une mastectomie selon Patey avec curage ganglionnaire axillaire. Une castration radicale (ablation des deux ovaires) avait été pratiquée chez 3 patientes parmi les 5 femmes qui avaient une positivité aux récepteurs œstrogènes et progestérones et qui étaient diagnostiquées séropositives au HIV. Une hormothérapie à base de tamoxifène 20mg/j pendant 6 mois a été appliquée chez les 5 femmes qui avaient une positivité aux récepteurs œstrogènes et progestérones. Toutes les patientes opérées de cette série avaient bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante. Elle était à base de Paclitaxe 1100 mg : 175mg/m²/J + Epirubicine 50mg: 90 mg/m² /J à raison de six cures avec des cycles de 21 jours pendant 6 mois. La radiothérapie n'était pas disponible pour son application. Les suites opératoires immédiates ont été simples chez 17 patientes (94,4%). Une complication à type de suppuration pariétale avait été notée dans un cas et a été tarie favorablement par des soins locaux quotidiens. Le suivi médian était de 32 mois (5 – 60 mois). Dans cette étude il a été enregistré six cas de récurrence (Photo 3) soit 33,3%, douze cas de décès, soit une survie à cinq ans estimée à 42, 9%.

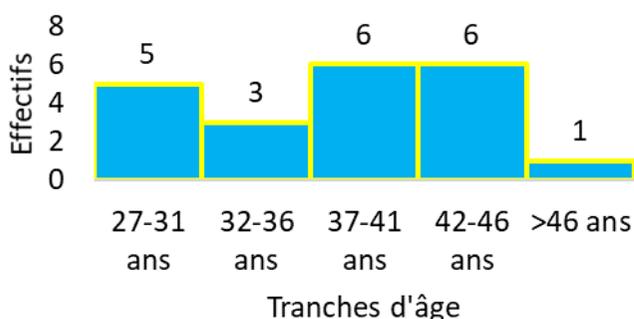


Figure 1. Répartition des patientes selon la tranche d'âge

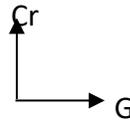


Photo 1. Tumeur du sein avec signes de rougeur, œdème et peau d'orange évocatrice d'un CSI

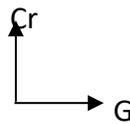


Photo 2. Tumeur du sein après un traitement traditionnel

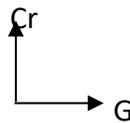


Photo 3. Tumeur du sein droit en phase de récidence

Discussion

Aspects épidémiologiques

Le CSI est une pathologie mammaire maligne rare qui est relativement rapportée dans le monde. En effet dans les pays occidentaux, il représente 1 à 6% des cancers du sein (Dawood et al., 2017 ; Jaysesimi et al., 1992). Mais dans les pays en développement, cette proportion est plus élevée en rapport avec celle de 9,4% dans la série de Bouzbid et al. (2014) en Algérie et celle de 17,9% de Dia et al. (2018) en Cote-d'ivoire. Ailleurs en Afrique au Congo, un taux de 15,2% a été retrouvé par N'Koua-Bon et al. (2013). Dans cette étude, la prévalence du CIS a été estimée à 3%. Elle ne diffère pas de celle observée dans les pays occidentaux, par contre elle est moins en dessous de celle des pays en développement. Cela pourrait s'expliquer par la population qui prenait en compte les mastopathies bénignes et malignes. Cette fréquence plus élevée en Afrique, pourrait s'expliquer par le fait que certains cancers non inflammatoires diagnostiqués tardivement aux stades localement avancés peuvent être pris pour CSI. Des investigations plus poussées seraient nécessaires pour mieux expliquer ces différences. Mais pour Wingo et al. (2004) aux Etats-Unis, l'incidence du cancer inflammatoire du sein varie selon l'ethnie et l'âge en rapporté une incidence élevée chez la race noire avec des patientes diagnostiquées avant l'âge de 50 ans. L'âge moyen des patientes était de $37,7 \pm 6,5$ ans avec des extrêmes de 27 ans et 47 ans. Cela montre qu'au Cameroun, le CSI se voit surtout chez les femmes jeunes. Ce jeune âge des patientes a été également rapporté par Dia et al. (2018).

Aspects cliniques et histologiques

Dans le CSI, des variables classiques sont unanimement reconnues comme histopronostiques : atteinte axillaire, tumeur supérieure à 5 cm, récepteurs hormonaux négatifs, histologie indifférenciée (Auclerc et al., 1999). Ces facteurs ont été retrouvés chez la majorité des patientes avec : statut ganglionnaire positif (85,7%), taille tumorale supérieur à 5 cm (52,4%), récepteurs hormonaux négatifs (76,2%), carcinome canalaire infiltrant (66,6%). Outre ces facteurs de mauvais pronostic unanimement reconnus, d'autres facteurs considérés spécifiques au milieu Camerounais ont été identifiés telle que le délai de consultation supérieur à six mois (66,7%) et le recours à un traitement traditionnel rituel (62%). Cela pourrait expliquer qu'au moment du diagnostic, 38% des patientes soient à un stade métastatique. Ce qui corrobore que le cancer du sein continue à être diagnostiqué à un stade avancé dans les pays en développement (Sando et al., 2014 ; Salim et al., 2009 ; Gueye et al., 2016).

Aspects thérapeutiques et pronostiques

Dans ces conditions (diagnostic tardif avec un stade avancé), le recours à la mastectomie selon Patey avec curage axillaire reste la technique de choix si la chirurgie était indiquée. Comme dans la présente étude (avec un taux d'utilisation de 95% chez nos patientes), Dia et al., en Côte-D'Ivoire (2018), ont pratiqué la mastectomie selon Patey avec curage axillaire chez 22,7% de leurs patientes.

Aujourd'hui, grâce à la mise en place de programmes de dépistage et du partenariat avec les femmes atteintes, le diagnostic du cancer du sein est posé à un stade précoce chez la plupart des patientes (Vlastos et al., 2007). La mise en place de telles conditions dans notre environnement de travail pourrait permettre d'aboutir à l'utilisation de moyens chirurgicaux innovants telle que la chirurgie conservatrice du sein. Cela pourrait également participer à réduire le coût de la prise en charge en limitant l'utilisation de la chimiothérapie employée chez 100% des patientes opérées. Malgré une utilisation de la chimiothérapie néoadjuvante dans 100% des cas, 14,3% des patientes dans la présente étude sont restées inopérables par manque de gain de réduction de leur tumeur. Ce taux nous paraît être relativement élevé et serait probablement dû au caractère très avancé de la tumeur chez la majorité des patientes où l'efficacité de la chimiothérapie néoadjuvante peut devenir caduque. La radiothérapie n'est pas disponible dans notre pratique. Si elle avait été disponible et utilisée, cela aurait certainement amélioré le taux de récurrence (33,3%) de la présente étude. La survie de vie à cinq ans dans cette série était de 42,9 %. L'obtention de tel taux de survie face à un cancer du sein de mauvais pronostic, diagnostiqué tardivement et à un stade avancé, pourrait s'expliquer par l'administration à 100% de la chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante après l'étude de Tankogme et al. (2010) qui rapportaient seulement une utilisation de 28,7 % des cas dans le milieu. En effet depuis les années 98, Chang et al (1998) avaient rapporté que l'utilisation des différents protocoles thérapeutiques a significativement amélioré le pronostic des cancers inflammatoires du sein, faisant passer la survie à cinq ans de 5% à des taux compris entre 32 et 42% (Chang et al., 1998).

Conclusion

Le CSI est relativement fréquent dans la population féminine jeune du Cameroun. Le retard à la consultation et la pratique de traitement traditionnel rituel restent encore des facteurs de mauvais pronostic. Le recours à la chirurgie radicale est le moyen thérapeutique utilisé dans la prise en charge des CIS lorsqu'une chirurgie est encore possible dans les hôpitaux de l'EPC. L'utilisation systématique de la chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante a permis d'améliorer la survie à cinq ans. La mise en place d'une politique de

dépistage précoce permettrait la réalisation d'un traitement conservateur d'emblée et améliorerait davantage le pronostic.

References:

1. Auclerc, G., Buthiau, D., & Brunet, A. (1998-1999). Le cancer du sein inflammatoire. *Le cancer du sein inflammatoire. La Lettre du Sénologue*, 3, 16-20.
2. Bouzbid, S., & Aouras, H. (2014). Le cancer du sein inflammatoire au centre hospitalo-universitaire d'Annaba, Algérie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, S5(62):S215-S216.
3. Brahm, S.A., & Ziani, F. Z. (2016). Imagine en médecine. *Cancer du sein inflammatoire. Pamj*, 23 (260), 1-2.
4. Chang, S., Parker, S.L., Pham, T., Budzar, AU., & Hursting, SD. (1998). Inflammatory breast carcinoma Incidence and survival: The surveillance, Epidemiology and End Results program of the National Cancer Institute, 1975 – 1992. *Cancer*, 82(12), 2366 – 72.
5. Dawood, S., & Cristofanilli, M. (2007). What progress have we made in managing inflammatory breast cancer? *Oncology (Williston Park)*, 21(6):673–9.
6. Dia, J.M., Djanhan, L.E., Saki, C., Oyéladé, M., Okon, G., Camara, A. et al. (2018). Management of Inflammatory Breast Cancers in Subsaharian Africa Context. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 20-30.
7. Gueye, S.M.K., Gueye, M., Coulbary, S.A., Diouf A., & Moreau, J.C. (2016). Problématique de la prise en charge des cancers du sein au Sénégal: une approche transversale. *Pan Afr Med J*, 25(3), 1-6.
8. Jaiyesimi, I.A., Buzdar, A.U., & Hortobagyi, G. (1992). Inflammatory breast cancer: a review. *J Clin Oncol*, 10(6), 1014–24.
9. N’Koua-M’Bon, J.B., Bambara, A.T., Moukassa, D., & Gombe-Mbalawa, C. (2013). Clinical and Outcome Characteristics of Inflammatory Breast Cancers in Brazzaville. *Bulletin du Cancer*, 100, 147-53.
10. Salim, E.I., Moore, M.A., Al-Lawati, J.A., Al-Sayyad, J., Bazawir, A., Bener, A., et al. (2009). Cancer epidemiology and control in the Arab world - past, present and future. *Asian Pac J Cancer Prev*, 10(1), 3-16.
11. Sando, Z., Fouogue, J.T., Fouelifack, F.Y., Fouedjio, J.H., Mboudou, E.T., & Oyono Essame, J.L. (2014). Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé – Camerou. *Pan Afr. Med*, 17, 1-10.
12. Serrazin, D., Arriagada, R., May-Levin, F., Petit, J.Y., & Contesso, G. (1978). Breast Cancer in the evolutive phase. *Revue du praticien*, 28(13), 999-1009.

13. Takongmo, S., Yomi, J., Guifo, M.L., Pisoh Tangnyin, C., Ndom, P., Mendimi Nkodo, J.M., & Essame-Oyono, L. (2011). Chimiothérapie néoadjuvante et cancers du sein avancés ou inflammatoires à Yaoundé (Cameroun). *J. Afr. Cancer*, 3, 175-9.
14. Vlastos, G.G., Berclaz, I., Langer, B., & Delaloye Pittet-Cuenod, J.F. (2007). Chirurgie du cancer du sein. *Rev Med Suisse*, 3:32663
15. Wingo, P.A., Jamison, P.M., Young, J.L., & Gargiullo, P. (2004) Population based statistics for women with inflammatory breast cancer (United States). *Cancer Cause Control*, 15(3), 321 – 8.