

L'examen clinique des seins. Une expérience en médecine générale

Sriha Belguith Asma, Elmhamdi Sana, Bouannène Iness, Ben Salem Kamel, Soltani Mohamed

*Service de médecine préventive et d'épidémiologie, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir
Faculté de Médecine de Monastir, Université de Monastir*

Sriha Belguith A., Elmhamdi S., Bouannène I., Ben Salem K., Soltani M.

Sriha Belguith A., Elmhamdi S., Bouannène I., Ben Salem K., Soltani M.

L'examen clinique des seins. Une expérience en médecine générale

The breast clinical examination. An experience in general medicine

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°02) : 108-115

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°02) : 108-115

R É S U M É

Prérequis : Une femme tunisienne parmi 27 sera atteinte d'un cancer du sein entre 0 et 74 ans de sa vie. La durée d'évolution de ce cancer est relativement courte. Sa mortalité est de 10% quand non dépisté. La pratique régulière de l'examen clinique des seins constitue un des outils de sensibilisation et d'adhésion des femmes au diagnostic précoce du cancer du sein.

But: Décrire les résultats du diagnostic précoce du cancer du sein moyennant l'examen clinique par le médecin généraliste.

Méthodes : Etude prospective réalisé sur 9 mois qui a porté sur 105 femmes âgées de plus de 24 ans, consultant pour autre motif, dans un centre de santé de base. Les tests statistiques appropriés avaient été utilisés au seuil de signification de 5%.

Résultats : Le taux de participation était de 12%. L'âge moyen était de $46,4 \pm 10$ ans. L'examen clinique, a permis d'identifier une anomalie chez 36,2% des femmes. La multiparité diminue le risque de développer une anomalie clinique du sein, avec un OR = 0,14 (CI 95% [0,035- 0,580]) alors que les antécédents en faveur du cancer du sein majore ce risque avec un OR=2.79; (IC95% [1.09-7,13]). Le médecin avait demandé un examen radiologique pour 67,5% des femmes examinés. Sa demande était influencée par le résultat de l'examen clinique (OR= 20,42(IC95% [7,01-59,49])). Quatre cas de tumeurs malignes avaient été diagnostiqués.

Conclusion : Nous recommandons de responsabiliser les médecins généralistes quant à la santé gynécologique des femmes desservies par leurs centres et à la coordination entre les différents acteurs, via une journée de prévention hebdomadaire.

S U M M A R Y

Background: A Tunisian woman from 27 will be affected by breast cancer between 0 and 74 years of her life. Evolution of this cancer is relatively short. Its mortality is 10% when not detected. The regular practice of clinical breast examination is one of the tools of awareness and adherence to screening women for breast cancer.

Aim: To describe the results and the obstacles to the realization of the early diagnosis of the breast cancer for the clinical examination by the general practitioner.

Methods: A forward-looking study realized over 9 months which concerned 105 women of more than 24 years old, consulting for the other motive, in a basic health center. The appropriate statistical tests had been used at the risk of 5 %.

Results: The rate of participation was 12 %. The age mean was 46.4 ± 10 years old. An abnormal clinical examination, was identified at 36.2% of the women. The multi parity decreases the risk of developing a breast clinical abnormality, with OR= 0.14 (IC 95 % [0.035-0.580]) while histories favoring the breast cancer increase this risk with an OR=2.79; (IC 95 % [1.09-7.13]). The general practice had asked for a radiological examination for 67.5 % of the women. His request was influenced by the result of the clinical examination (OR= 20.42 (IC 95 % [7.01-59.49])). Four cases of malignant tumors had been diagnosed.

Conclusion: We recommend giving the general practitioners responsibilities for the women gynecological health and for the coordination between the different actors, via a weekly day of prevention.

Mots-clés

Adulte; Femme; Diagnostic précoce; cancer; sein; médecine générale

Key - words

Adult, Female, Early diagnosis, Breast neoplasm, general medicine

On se demande avec quelle politique de santé les décideurs pourront faire face au problème de santé publique lié au Cancer du Sein (KS), puisque en Tunisie l'incidence du KS augmente en moyenne de l'ordre de 5,5% par an. A l'horizon de 2020, son incidence atteindra 67,2 par 100 000 femmes Tunisienne (FT) (1). Elle était de 30/100000 FT en 2008 (2). Une FT parmi 27 sera atteinte d'un KS entre 0 et 74 ans de sa vie (3), l'âge moyen à l'apparition du KS par FT est plus jeune d'une dizaine d'années que celui observé en Occident (2) et sa fréquence est relativement élevée chez les moins de 50 ans (4). D'autre part les tumeurs ayant un diamètre clinique égal ou supérieur à 5cm constituent 40,2% des cas diagnostiqués (5) et une mortalité de 10% quand découvert fortuitement (6). Préférer le diagnostic précoce par un examen clinique des seins à toute la population féminine Tunisienne urbaine et rurale ou un dépistage, non équitable, moyennant une mammographie aux femmes âgées de plus de 40 ans, urbaines et éduquées ? (7). Plusieurs publications avaient démontré que la pratique systématique et régulière de l'examen clinique des seins constitue un des meilleurs outils de sensibilisation et d'adhésion des femmes au dépistage du cancer du sein (8-10). Les recommandations Tunisiennes actuelles pour le diagnostic précoce du cancer du sein préconisent l'examen clinique des seins une fois par an, pour les femmes de plus de 24 ans, et la mammographie si ces dernières présentaient un examen clinique anormal des seins et / ou un facteur de risque en faveur du cancer du sein et la mammographie pour les femmes âgées de plus de 40 ans. Les facteurs de risques retenus par le programme sont tous endogènes : Facteurs génétiques et facteurs liés à la reproduction.

Cette étude a pour objectifs de décrire les résultats de

l'examen clinique des seins par le médecin généraliste.

MÉTHODES

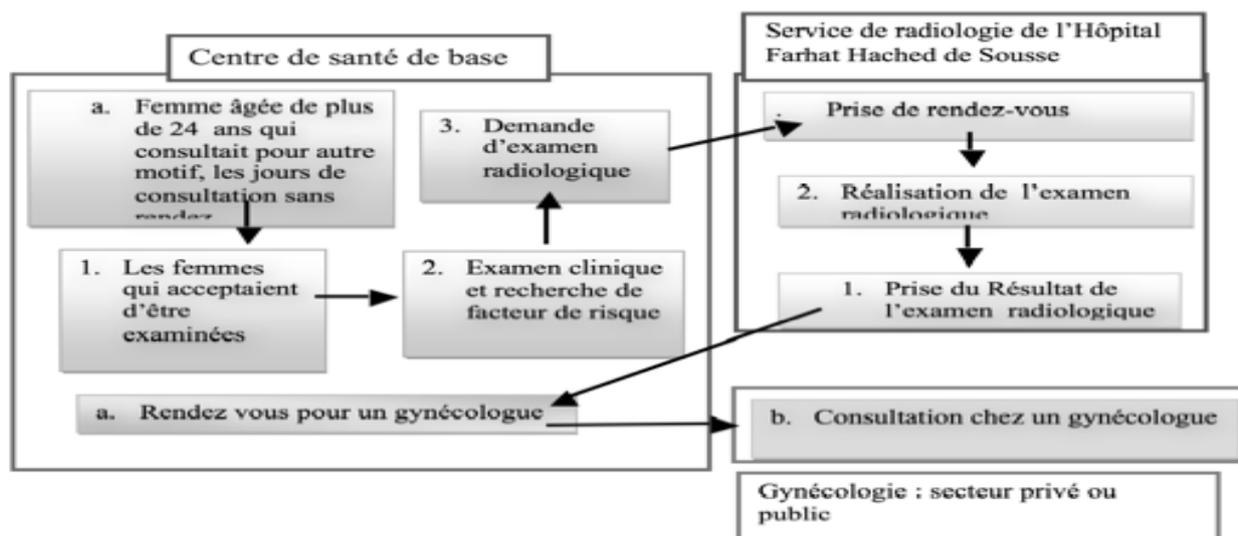
Type d'étude et population étudiée :

C'est une étude, longitudinale, réalisée sur 9 mois, dans un contexte réel. On a inclus les femmes âgées de plus de 24 ans qui consultaient pour autre motif, les jours de consultation sans rendez vous et qui avaient acceptées de bénéficier d'un examen clinique des seins. Le recrutement des femmes a été fait par le médecin et la sage femme.

Région et circuit d'étude :

Le centre de santé de base (CSB) Riadh 1 à Ksar Hellal, (ville du sahel tunisien, rattachée administrativement au gouvernorat de Monastir) draine 9000 habitants, assurant une bonne disponibilité géographique et culturelle. L'activité du CSB comporte deux jours par semaine pour le suivi des malades chroniques, un jour pour les activités préventives (vaccination, visite scolaire) et trois jours de consultation sans rendez vous. Les activités du CSB étaient assurées par une équipe conviviale composée d'un médecin généraliste, une sage femme, trois infirmières et une ouvrière. L'examen radiologique (mammographie avec ou sans échographie mammaire) a été réalisé au service de radiologie de l'Hôpital Farhat Hached de Sousse situé à une distance de 30 Km du centre d'étude. Ce service avait aimablement accepté de réaliser les examens radiologiques à nos patientes. Les patientes ayant un résultat radiologique pathologique avaient été adressées à un gynécologue privé ou public selon le désir de la femme. Le circuit réalisé par la femme dans notre étude est décrit dans l'algorithme suivant (figure 1).

Figure 1 : Circuit de consultation



Méthodologie:

Nous avons utilisé, lors de la collecte des données, un support réalisé par l'équipe de recherche contre le cancer du centre Tunisien (ARIC). Le diagnostic précoce comporte un interrogatoire, un examen clinique des seins, et si nécessaire un examen radiologique (mammographie et échographie mammaire).

Les variables d'étude étaient : l'âge, les antécédents (ATCD) en faveur du KS {ATCD personnels (P) de KS et/ ou ATCD P de mastopathie et/ ou ATCD familiaux (F) du KS}, l'histoire obstétricale de la femme {la gestité, la parité, les avortements}, les facteurs de risque en faveur du cancer du sein {âge ≥ 45 ans et/ou la présence d'ATCD en faveur du KS et/ ou la nulli-parité}, les données de l'examen clinique des seins (ECS) et les données de l'examen radiologique. L'examen clinique des seins, pratiqué selon les recommandations de Saslow, a été réalisé par le médecin généraliste et/ ou la sage femme. Il été jugé anormal si une douleur, une asymétrie récente, une anomalie de la peau (rétraction, peau d'orange, œdème, rougeur non traumatique), une anomalie du mamelon (rétraction récente, eczéma, écoulement, épaissement), une adénopathie axillaire/sus claviculaire, une masse (nodule, placard) et / ou une adénopathie axillaire avaient été détectés. Un examen radiologique avait été demandé suite à un ECS anormal et/ ou un facteur de risque en faveur du cancer du sein. Une image radiologique était considérée comme suspecte selon les critères B.I.R.A.D.S mammographiques associés ou non à un complément d'exploration radiologique. Le critère de jugement principal était un ECS anormal.

Analyse statistique

Les données ont été collectées et saisies sur matériel informatique SPSS 10.0. On a utilisé les tests statistiques appropriés au seuil de signification de 5%. Les variables quantitatives avaient été décrites par la moyenne (Mo) et l'écart type (ET) ou la médiane (Me) et l'espace interquartile (EIQ). Une analyse multi variée a été réalisée avec le modèle régression logistique.

RÉSULTATS

TAUX DE PARTICIPATION A L'ETUDE

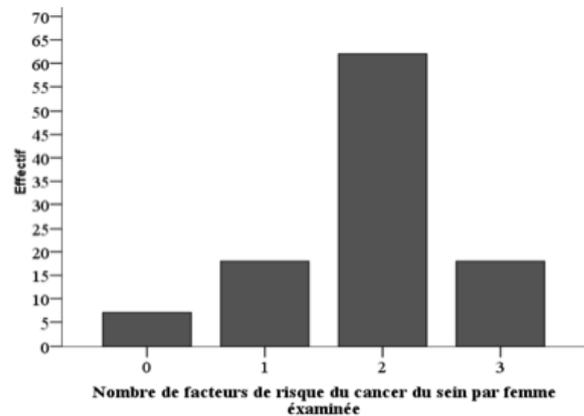
L'étude s'est déroulée sur 117 jours de consultation sans rendez vous. Huit cent quinze femmes âgées plus de 24 ans avaient consultés, au moins une fois, au CSB durant la période d'étude. Elles avaient bénéficiées de 4639 contacts (médecin et/ou sage femme) soit en moyenne 5,7 contact/femmes/ 9 mois. Uniquement 105 patientes avaient bénéficié du programme, soit 12% des femmes éligibles. Le médecin avait réalisé en moyenne 12 ECS par mois.

FACTEURS DE RISQUE ETUDIÉS DU CANCER DU SEIN

L'âge moyen de nos patientes a été de 46,4 ans (ET= 10) avec des extrêmes de 24 et 68 ans. Un antécédent en faveur du cancer du sein était noté chez 23,8% des femmes (n=25). Un

ATCD F de KS a été noté chez 9,6% d'entre elles (n=10). Un ATCD P de KS et/ou gynécologique a été noté chez 5,7% des cas (n=6). L'histoire de mastopathie a été retrouvée chez 8,7% des cas (n=9). La médiane de gestité été de quatre (EIQ= 3). Le taux de femmes nulligestes était de 9,7%. La médiane de parité était de trois grossesses à terme (EIQ = 2). Les nullipares représentaient 12% des femmes. La médiane d'avortements a été de deux (EIQ = 2). Six femmes (7%) n'avaient aucun facteur de risque. 17%, 59%, 17% en présentaient respectivement 1, 2 et 3 (Figure 2).

Figure 2 : Répartition des facteurs de risques associés (âge ≥ 40ans et/ou antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein et/ou nulliparité) chez les 105 femmes de l'étude

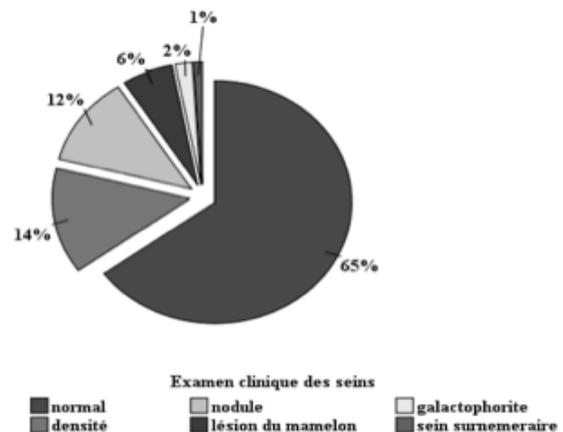


DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS

La fréquence des anomalies détectées

L'ECS, a permis d'identifier une anomalie chez 36,2% des femmes (n= 38). Une anomalie de densité (placard) a été retrouvée dans 14% des cas, suivi des nodules palpables dans 12% des cas (Figure 3).

Figure 3 : Données de l'examen clinique des seins chez les 105 femmes de l'étude



Le siège des anomalies détectées

L'ECS était anormal dans 26,7% des cas (n= 19) à droite et dans 21,9% (n=16) des cas à gauche ($p < 10^{-3}$). 15 femmes avaient une localisation bilatérale. Les quadrants les plus touchés étaient le quadrant supéro-externe avec 15 lésions palpables puis le quadrant inféro-interne avec 12 lésions palpables.

La distribution des lésions en fonction du type de facteurs de risque

L'analyse uni-variée avait montré que la présence d'anomalies du sein à l'examen clinique, étaient statistiquement plus fréquentes chez les nullipares ($p < 0,013$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la moyenne d'âge chez les femmes présentant ou non une anomalie clinique du sein et chez les femmes ayant un antécédent en faveur du cancer du sein ($p < 0.057$) (Tableau 1).

NS). Plus que la moitié des femmes (n=18) avaient réalisées le bilan radiologique demandé. Deux femmes ayant un ECS normal (33,3%) et 16 ayant un ECS anormal (59,3%) avaient réalisées l'examen radiologique demandé (p: NS) (Tableau 2). Le délai moyen de réalisation de la mammographie était de 144 jours au secteur public, et de 7 jours au secteur privé. Les femmes ayant des ATCD en faveur du KS avaient réalisé l'examen radiologique demandé dans 72,7% des cas contre 46,2% des femmes âgées de plus de 40 ans. (Figure 4).

Les données de l'examen radiologique

Dans 33% des cas, l'examen radiologique était normal (n=6). La mastopathie fibrokystique (MFK) représentait 27,8% des cas (n=5), le fibroadénome 11,1% des cas (n=2), une image suspecte a été détectée dans 22,2% des cas (n=4), une association de MFK et de galactophorite dans un cas (5,6%). Tous les examens radiologiques pathologiques appartenaient

Tableau 1 : Association entre les données de l'examen clinique des seins et les facteurs de risque du cancer du sein

Facteurs de risque	Examen clinique des seins		P
	Anormal effectif (%)	Normal effectif	
Type			
• Age			0,799
• < 40ans	12 (40,0)	18	
• ≥ 40 ans	28 (37,3)	47	
• Antécédents en faveur du cancer du sein			0,057
• Oui	14 (53,8)	12	
• Non	26 (32,9)	53	
• Parité			0,013
• Oui	31 (33,3)	62	
• Non	9 (75,0)	3	
Nombre de facteurs de risques			
• 0	6 (85,7)	1	0,012
• 1	4 (20,0)	16	0,064
• 2	21(35,0)	39	0,451
• 3	9 (50,0)	9	0,253

L'analyse multi-variée avait montré que la multiparité représentait un facteur protecteur contre les lésions décelables cliniquement au niveau du sein, avec un OR=0,14 [IC_{95%}: 0,035- 0,580] ($p < 0,007$) et que les ATCD en faveur du cancer du sein représentaient un facteur de risque avec un OR=2.79; [IC_{95%}: 1.09-7,13] ($p < 0,032$).

La distribution des lésions en fonction du nombre de facteurs de risque

Une seule femme n'avait ni facteurs de risque ni un ECS douteux. Un ECS anormal a été significativement plus fréquemment chez les femmes sans facteurs de risque avec un OR = 11,29 [1,31 – 97,68] (Tableau 1).

DONNEES DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE*La demande et la réalisation de l'examen radiologique :*

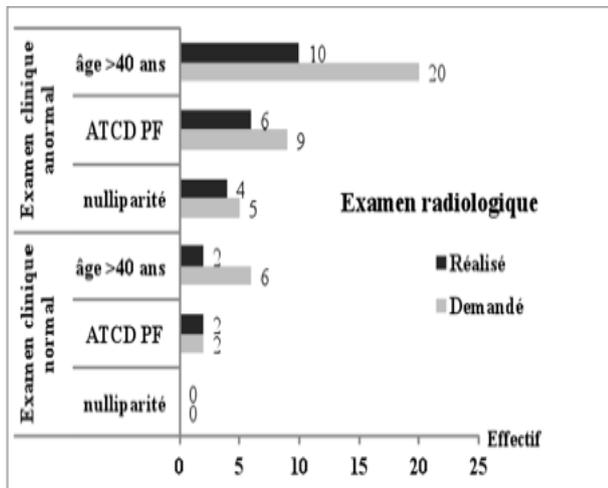
Demandé, par le médecin, chez 33 femmes suite à un ECS anormal et/ ou un FR en faveur du KS. Un examen radiologique avait été demandé dans 67,5% des cas où l'ECS était anormal avec un OR= 20,42 [7,01-59,49] ($p < 10^{-4}$). La présence de FR n'influence pas la conduite du médecin (p :

à des femmes ayant un ECS anormal. Une image suspecte a été trouvée chez une femme n'ayant pas de FR, une femme ayant 1FR, deux images suspectes avaient été trouvées chez deux femmes ayant deux FR en faveur du KS (Figure 5).

DEVENIR DES FEMMES

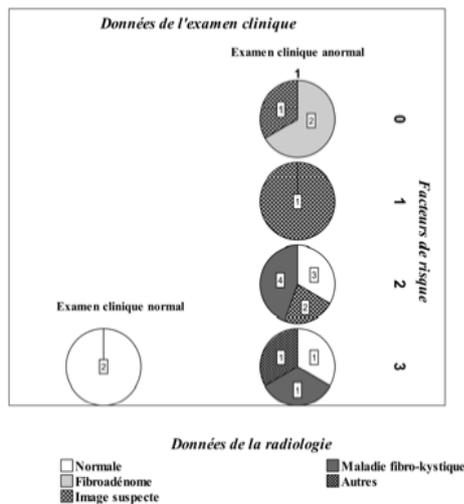
Les 13 femmes, ayant des résultats de mammographies anormales, avaient été adressées en gynécologie, opérées à des délais variables selon la structure publique ou privée. Parmi les 4 cas suspects, un seul résultat anatomopathologique était parvenu au CSB et qui était un cas de carcinome canalaire infiltrant du sein droit. On n'a pas eu de recul sur son devenir chirurgical. Les trois autres femmes avaient confirmée la nature maligne de leur cancer, par contact avec la sage femme, et avaient bénéficiées de chirurgie conservatrice. En neuf mois, suite à l'ECS de 105 femmes âgées de plus de 24 ans, quatre lésions malignes du sein avaient été diagnostiquées, soit chez 3,8% des femmes.

Figure 4: La demande et la réalisation de l'examen radiologique en fonction de l'âge, des antécédents, de la parité et des données de l'examen clinique des seins



ATCD PF : Antécédents personnels en faveur du cancer du sein

Figure 5 : Répartition des données de l'examen radiologique en fonction des données de l'examen clinique des seins et du nombre de facteurs de risques étudiés



DISCUSSION

Le manque de moyens financier nationaux pour pouvoir couvrir toute la population féminine tunisienne âgés de plus de 40 ans nous on amener à réaliser cette étude de terrain. Nous avons rencontré plusieurs difficultés méthodologiques telle que le biais de sélection relatif au choix d'un seul CSB où le médecin avait accepté d'associer l'ECS à la consultation sans rendez vous après l'accord de la femme. D'autre part la sélection des patientes à l'étude n'obéit pas à un échantillonnage mais était lié à l'acceptation de la femme

pour participer à l'étude. Les femmes venaient consulter pour un motif sans rapport avec ses organes intimes, suscitant certaines patientes à refuser la pratique de l'ECS par pudeur ou ignorance. D'autre part les femmes qui acceptaient d'être examinées pourraient être elle-même demandeuses vu qu'elles présentaient un signe d'appel. En plus l'inclusion des femmes à l'étude était influencée par le nombre de consultants au CSB, expliquant la courte durée de l'étude lié à l'épuisement du médecin à continuer cette étude de sa part majoré par l'absence de rétro-information. De ce fait l'effectif n'était pas important entraînant un manque de puissance dans les résultats. Uniquement 12% des femmes éligibles avaient bénéficié du programme. L'âge moyen de nos patientes a été de $46,4 \pm 10$ ans, un antécédent en faveur du KS était noté chez 23,8% des femmes. L'ECS, a permis d'identifier une anomalie chez 36,2% des femmes. La multiparité représentait un facteur protecteur et les ATCD en faveur du KS en représentaient un facteur de risque. Un ECS anormal a été significativement plus fréquent chez les femmes sans facteurs de risque. La demande de l'examen radiologique a été significativement influencée par les résultats de l'examen clinique des seins. Tous les examens radiologiques pathologiques appartenaient à des femmes ayant un ECS anormal. Un seul résultat anatopathologique était parvenu au CSB. Le faible taux de participation des femmes à l'ECS pourrait être expliqué par le fait que la femme n'a pas été préparée pour ce type d'examen et craint de découvrir un cancer et que l'ECS nécessite du temps et une organisation approprié (11), obstacle pour le médecin et pour les autres patients en attente. L'histoire d'ATCD F du KS était présente chez 9,6% de nos femmes, chez 17% des femmes ayant un KS dans deux études, celle de Reich en 2000 (12) et de Fenton en 2005 (13). Elle était de 18 à 23,3% dans une autre étude de Fenton réalisée en 2007 (14). Cette différence de fréquence s'explique par le fait qu'en occident, le facteur héréditaire est le facteur de risque le plus fréquent du cancer du sein (15), et que l'augmentation de son incidence entraîne systématique une augmentation de l'histoire du cancer dans la famille. L'âge moyen de notre population d'étude se rapproche de l'âge moyen des femmes atteintes de KS en Tunisie en 2004 qui est de 50 ans (15). En occident, les femmes atteintes de cancer sont âgées de plus de 50 ans dans la majorité des cas (13). Une étude menée par El Saghir et al (16) au Liban en 2007 est conforme avec nos résultats, en précisant que le cancer du sein touche majoritairement les femmes de moins de 50 ans dans les pays en voie de développement. Confirmant ainsi l'idée que l'examen clinique est destiné pour les femmes de moins de 50 ans (17). La nulliparité présente une proportion de 12% dans notre travail, ce taux est plus élevé que ceux trouvés par Fenton et al de 10% (13) et par Caleffi et al de 8% (18). Ceci peut être expliqué par la répartition d'âge de nos patientes dont 14% avaient moins de 35 ans. Les facteurs de risques retenus en Tunisie pour le diagnostic précoce du KS étaient des facteurs génétiques et des facteurs liés à la reproduction et le profil hormonal de la femme (la gésité, la parité et la ménopause), l'âge de plus de 40 ans et les antécédents

Tableau 2 : La demande et la réalisation de l'examen radiologique en fonction du nombre de facteurs de risques étudiés et des données de l'examen clinique des seins

		Demande		P	Réalisation	
		Non	oui		Oui	Non
Examen clinique des seins normal	Sans FR	1	0	10-4	0	1
	Un FR	16	0		0	16
	2 FR	35	4		2	39
	3 FR	7	2		0	7
	Total	52	6		2	56
Examen clinique des seins anormal	Sans FR	3	3	10-3	3	3
	Un FR	2	2		1	3
	2 FR	4	17		9	12
	3 FR	4	5		3	6
	Total	13	27		16	24

FR : facteur de risque du cancer du sein

Tableau 3 : Pourcentage d'anormalité de l'examen clinique selon les tranches d'âge

Auteurs (années)	Pays	Tranche d'âge (ans)	Examen clinique anormal %	
Notre étude (2006)	Tunisie (Ksar hellal)	>24	36,2	
Baines (2000) (20)	Allemagne (Munich)	50-70	44,8	
Mittra (2009) (21)	Suède (Stockholm)	45-59	68	
		CNBSS 1	40-59	81
		CNBSS 2	40-59	88
Green (2002) (22)	USA (Seattle)	65-74	23,6	

familiaux et/ou personnel du cancer du sein (11). Il existe suffisamment de preuves permettant d'affirmer que l'exposition à des facteurs environnementaux et à des facteurs liés au style de vie jouent un rôle important dans l'étiologie du cancer du sein (19). Cette maladie apparaît ainsi comme une maladie multifactorielle, l'environnement et l'alimentation influencent à part égale le risque de KS (20). Ce qui nous incite à cibler de nouveaux facteurs de risque environnementaux plus prédictifs telle que le tabac, les armatures du soutien gorge, les produits chimiques utilisés comme des anti-transpirants et le mode de vie. Notre étude a montré que l'ECS était anormal dans 36,2% des cas. Ce taux est plus faible que les résultats rapportés réalisés auprès des femmes âgées entre 40 - 60 et 50 -70 ans (20, 21), et plus élevé que celui de l'étude réalisée auprès des femmes âgées entre 65 et 74 ans (22) (Tableau 2). Dans notre série, 53,8% des femmes présentant des ATCD en faveur du KS avaient un ECS pathologique, contre 32,9% chez les femmes ne l'ayant pas. Une étude aux USA en 2002, rapporte que les taux de l'ECS pathologique sont presque semblables chez les femmes avec et sans antécédents de cancers du sein (23). La multiparité représente un facteur protecteur des lésions cliniquement palpable du sein alors que les ATCD en faveur du KS représentaient un FR. Nos résultats sont conformes avec celle de A. Nkondjock et Ghadirian qui avaient montré que les femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme avant l'âge de 30 ans présentent, en moyenne, un risque de KS

diminué de 25 % par rapport aux femmes nullipares et que l'histoire familiale est associée, de manière régulière, à un risque accru de KS (19). Le nombre de facteurs de risque étudié n'influence pas la présence de lésions palpables du sein. L'examen radiologique, devrait être demandé, par le médecin, pour 104 femmes suite à un ECS anormal et/ ou la présence d'un FR en faveur du KS. Il n'a été demandé que pour 33 femmes. Cette demande était significativement influencée par les données de l'ECS et pas par la présence de FR étudiés. Ceci peut être expliqué par le fait qu'une lésion clinique du sein avait été considéré comme un signe d'appel du KS (19), que les contraintes de réalisation de la mammographie (transport, rendez vous lointain) freinaient les médecins à demander un bilan radiologique sans arguments perçus par la patiente (10) et par le manque de formation continue sur les connaissances des médecins sur la notion de facteurs de risques du KS (11). Uniquement 55% des examens radiologiques demandés avaient été réalisés par les femmes, lié probablement au manque de disponibilité géographique, temporelle et en ressources humaines des services radiologiques spécialisés en sénologie (24), le manque de disponibilité des services radiologiques spécialisés en sénologie dans le secteur public en comparaison avec le secteur privé renforçant ainsi le biais de sélection en rapport avec le niveau de vie. Au total le KS avait été diagnostiqués chez 3,8% des femmes équival à une femme parmi 27. Ce taux est équivalent à celui trouvé par Bouchlaka et al de 4,9%

à l'étude faite à l'Ariana moyennant le dépistage mammographique ($p = 0,606$) (25). Certes le dépistage par la mammographie est favorable pour la gestion du KS en termes de la taille tumorale clinique et histologique et de l'envahissement ganglionnaire (6) mais le diagnostic précoce par l'ECS est plus réalisable dans notre pays, afin de réduire la taille de détection du cancer qui était de 5cm (5). En effet selon les résultats de l'étude longitudinale de l'Ariana on a montré que l'ECS était anormal chez 50% des cas de cancers diagnostiqués (26), que le manque des ressources, matérielles et humaines, radiologique et chirurgicales, en Tunisie, ne permet pas de gérer des lésions infra cliniques (27, 28), que le dépistage du KS par la mammographie avait un faible bénéfice sur le nombre d'années de vie sauvées (2,97 années) en Tunisie (29) et que parmi les mammographies ACR 3, le diagnostic de lésion probablement bénigne dépend de l'analyse d'images radiologique et exige une grande expérience du radiologue et un examen complémentaire complet rendant le dépistage par la mammographie du KS plus difficile à réaliser et plus coûteux dans notre contexte Tunisien (30). Les rendez vous éloignés de l'examen radiologique et les difficultés d'accès aux traitements pourrait être à l'origine d'une insatisfaction des femmes et à un manque d'adhésion au suivi (31). Cette infra structure sera nécessaire après le diagnostic, par coordination entre chirurgiens, chimiothérapeute, radiothérapeute et médecin généraliste. En effet le manque

d'information sur l'avenir des femmes diagnostiquées pourrait être un obstacle à l'adoption et à la continuité de la pratique de l'ECS au niveau des CSB.

CONCLUSION

Des ressources matérielles, humaines et organisationnelles doivent être disponibles avant de condamner les femmes à un manque d'adhésion à un programme de dépistage ou de diagnostic précoce. Le programme de diagnostic précoce du cancer du sein chez la femme Tunisienne, quelque soit sa résidence, par l'ECS permettra de maintenir sa vigilance vis-à-vis de cette maladie naturellement mortelle et sera le premier des tests séquentiels dans l'hierarchie du diagnostic du KS du sein, en Tunisie, à un stade permettant de réduire la mortalité conséquente.

Remerciements

Les auteurs remercient le personnel soignant du centre de santé de base de Ksar Hellal, où a été réalisée cette étude pour l'effort fourni, particulièrement pour la sage femme. Ainsi que pour le Pr Ben Ahmed.S chef de service de carcinologie clinique à Sousse pour ses initiatives et son encouragement pour la réalisation de ce travail et le Pr Bakir. D pour avoir accepté réaliser des mammographies, malgré demandées par un médecin généraliste.

Références

1. Maalej M, Frikha H, Ben Salem S et al. Le cancer du sein en Tunisie: étude Clinique et épidémiologique. Bull Cancer 1999;86:302-06.
2. Ben Abdallah M, Achour N, Saadi A, et al. Profil épidémiologique du cancer du sein en Tunisie : caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive de l'incidence. Tun Med 2009;87:417-25.
3. Maalej M, Hentati D, Messai T, et al. Breast cancer in Tunisia in 2004: a comparative clinical and epidemiological study. Bull cancer. 2008;95:5-9.
4. Zaanouni E, Ben Abdallah M, Bouchlaka A, et al. Preliminary results and analysis of the feasibility of mammographic breast cancer screening in women younger than 50 years of the Ariana area in Tunisia. Tunis Med. 2009; 87:443-9.
5. Ben Ahmed S, Alloulou S, Bibi M et al. Pronostic du cancer du sein chez les femmes tunisiennes: analyse d'une série hospitalière de 729 patientes. Santé publique. 2002;3:231-41.
6. Zeghal D, Mahjoub S, Zakraoui MA, Zouari F. Comparison of breast cancers diagnosed in and outside of the large scale mammography program of the Ariana area of Tunisia. Tunis Med 2009; 87:450-3.
7. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Knowledge, attitudes and behaviors of women towards breast cancer screening. East Mediterr Health J. 2003; 9:87-98.
8. Belhassen B. Perception et comportement de la femme tunisienne vis-à-vis du cancer du sein. Enquête auprès de 2037 femmes. Thèse Tunis 2006.
9. Auguston E, Vadaparamil S, Paltoo D, Kidd L, O'malley A. Association between CBE, FOBT, and Pap smear adherence and mammography among older low-income women. Prev Med 2003;36: 734-39.
10. Hagoel L, Ore L, Neter E, Scifroni G, Rennert G. The gradient in mammography screening behavior: a life style marker. Soc Sci Med 1999 48:1281-90.
11. Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N. Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers. East Mediterr Health J. 2003; 9:353-63.
12. Reisch LM, Barton M, Fletcher SW et al. Breast cancer screening use by African Americans and whites in an HMO. J Gen Intern Med 2000;15:229-34.
13. Fenton JJ, Barton M, Geiger Am et al. Screening Clinical Breast Examination: How often does it Miss Lethal Breast Cancer? J Natl Cancer Inst Monogr. 2005; 35.
14. Fenton J, Rolnick S, Harris El et al. Specificity of clinical breast examination in community practice. Soc Gen Int Med 2007;22:332-37.
15. Romdhani T. Profil épidémiologique et anatomo-clinique du cancer du sein en Tunisie en 2004. Thèse de doctorat en Médecine Faculté de Médecine de Tunis, 2005.
16. El Saghir NS, Khalil MK, Eid T, et al. Trends in epidemiology and management of breast cancer in developing Arab countries: a literature and registry analysis. Int J Surg. 2007;5:225-33.
17. Boulos S, Gadallah M, Nguib S et al. Breast screening in the

- emerging world: High prevalence of breast cancer in Cairo. *Breast* 2005;14:340-46.
18. Caleffi M, Ribeiro R, Filho DD et al. A model to optimize public health care and downstage breast cancer in limited-resource populations in southern Brazil. *BMC Public Health* 2009;9:83.
 19. Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. *Medecine/Sciences* 2005;21:175-80.
 20. Baines C. Screening for breast cancer: How useful are Clinical Breast Examinations? *J Natl Cancer Inst* 2000;92:958-59.
 21. Mitra I BM, Thornton H, Houghton J. Is Clinical Breast Examination an acceptable alternative to mammographic screening. *BMJ* 2000;321:1071-73.
 22. Green Bb, Stephen H, Taplin S. Breast cancer screening controversies. *Breast Cancer Screen* 2003;16:233-41.
 23. Oestreicher N, White E, Lehman C, Mandelson M, Porter P, Taplin S. Predictors of sensitivity of Clinical breast examination. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002;76:73-81.
 24. Bouchlaka A, Ben Abdallah M, Ben Aissa R, et al. Practice of large scale mammography in the Ariana area of Tunisia: prelude to a mass screening? *Tunis Med.* 2009;87:426-31.
 25. Bouchlaka A, Ben Abdallah M, Ben Aissa R, et al. Results and evaluation of 3 years of a large scale mammography program in the Ariana area of Tunisia. *Tunis Med.* 2009;87:438-42.
 26. Chelli D, Dimassi K, Zaanouni E, et al. Management of breast cancer detected by a mammography program in the Ariana area of Tunisia. *Tunis Med.* 2009;87:471-4.
 27. Kribi L, Sellami D, el Amri A, et al. Mammography screening of breast cancer in Tunisia. Results of first experience. *Tunis Med.* 2003;81:26-33.
 28. Chelli D, Dimassi K, Salem A, et al. Surgical treatment of breast lesions: preliminary results of the screening program of the Ariana area. *Tunis Med.* 2009;87:475-9.
 29. Hsairi M, Dridi Y, Ben Abdallah M, Boussen H, Ben Hamida A. Estimation of years of life gained within the pilot screening program of the Ariana area of Tunisia. *Tunis Med.* 2009;87:484-8.
 30. Mehiri S, Arous Y, Salem A, et al. Lesions classified ACR3 with the breast cancer screening mammography program of the Ariana area: features and problems encountered. *Tunis Med.* 2009;87:458-62.
 31. Zeghal D, Mahjoub S, Zakraoui MA, et al. Patient satisfaction of women involved in the pilot program of large scale mammography in the Ariana area of Tunisia. *Tunis Med.* 2009;87:480-3.