



Epidémiologie et anatomopathologie des cancers du sein au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey.

Epidemiology and Histopathology of Breast Cancer at laboratory pathology of Niamey National Hospital.

Abani Bako AB^{1,*}, Salifou Boureima H², Efared B^{1,3}, Sina Mahé H¹, Boubacar I³, Sériba Coulibaly I⁴, Garba M⁵, Madi N⁶, Nouhou H¹.

Reçu le 02-11-2025

Accepté le 8-12-2025

Publié le 30-12-2025

Mots-clés

cancer du sein,
épidémiologie,
anatomie
pathologique,
Niamey,
Niger.

Résumé

Introduction : En raison de sa fréquence, sa mortalité et sa morbidité, le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique dans notre pays. L'objectif de ce travail était de déterminer les aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers du sein au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques à l'Hôpital National de Niamey.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à caractère rétrospectif, descriptif et analytique de février 2020 à décembre 2023, menée au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'hôpital national de Niamey. Étaient inclus dans cette étude, tous les comptes rendus avec un diagnostic histologique de cancer du sein.

Résultats : La moyenne d'âge était de 46,1 ans (extrêmes : 17 -87 ans) et le sexe féminin prédominait dans 96,6%. Sur le plan macroscopique, la taille de la tumeur était supérieure ou égale à 5 cm dans 64,29%. Sur le plan histologique, tous les cas examinés étaient des carcinomes (100%). Le carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique était le type histologique dominant dans 91,8% suivi du carcinome lobulaire dans 2,4%. Sur le plan histopronostique, les cancers étaient de grade II de Elston et Ellis dans 58% des cas, de stade pT3 dans 41% des cas et pN0 dans 32,7% des cas.

Conclusion : le cancer du sein concerne la femme jeune au Niger. Des études épidémiologiques plus poussées sont nécessaire afin de mieux les caractériser.

Keywords

Breast cancer,
epidemiology,
pathology,
Niamey,
Niger.

Abstract

Introduction : Due to its frequency, mortality and morbidity, breast cancer represents a major public health problem in our country. The objective of this study was to determine the epidemiological and anatomopathological aspects of breast cancer at the anatomy and pathological cytology Laboratory of the National Hospital of Niamey.

Materials and methods : This was a retrospective, descriptive and analytical cross-sectional study conducted from February 2020 to December 2023 at the pathology laboratory of the Niamey National Hospital. All reports with a histological diagnosis of breast cancer were included in this study.

Results : The mean age was 46.1 years (range: 17–87 years), and females predominated in 96.6% of cases. Macroscopically, the tumor size was greater than or equal to 5 cm in 64.29% of cases. Histologically, all cases examined were carcinomas (100%). Invasive nonspecific breast carcinoma was the predominant histological type in 91.8% of cases, followed by lobular carcinoma in 2.4%. From a histoprostic point of view, the cancers were grade II of Elston and Ellis in 58% of cases, pT3 stage in 41% of cases and pN0 in 32.7% of cases.

Conclusion : Breast cancer affects young women in Niger. Further epidemiological studies are needed to better characterize them.

Introduction

En raison de sa fréquence, sa mortalité et sa morbidité, le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement [1]. En effet, c'est la deuxième cause de cancer dans le monde en 2022 avec environ 2,3 millions de nouveaux cas (11,6 %) et représente le premier cancer de la femme dans près d'un quart des cas de cancer [1]. Cette maladie est la quatrième cause de mortalité par cancer dans le monde avec 666 000 décès (6,9 %) et constitue la principale cause de décès par cancer chez la femme dans le monde, soit un sixième des décès par cancer [1]. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés notamment en Afrique de l'Ouest (22,6 décès pour 100 000 femmes) [1]. Au Niger selon les données du registre des cancers publiés en 2013 [2], le cancer du sein est le premier cancer tous sexes confondus avec 16,51% et le premier cancer chez la femme avec 27,36 %. Une étude plus récente a montré l'augmentation des proportions à 34,87 % [3]. Devant cette problématique à travers le monde et particulièrement au Niger nous avons initié cette étude afin de contribuer à l'épidémiologie des cancers du sein au Niger dont l'objectif était de déterminer les aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers du sein au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale à caractère rétrospectif, descriptif et analytique sur une période allant de février 2020 à décembre 2023, menée au laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'hôpital national de Niamey. Étaient inclus dans cette étude, tous les cas examinés dans le laboratoire avec un diagnostic histologique de cancer du sein. Les données ont été recueillies à partir des comptes rendus

anatomopathologiques sur une fiche d'enquête individuelle. Les classifications utilisées étaient la classification histologique OMS 5^e édition et la classification pTNM des cancers du sein et stades clinique de l'AJCC 8^e édition (2017). Les données collectées ont été codifiées puis analysées sur le logiciel IBM SPSS Statistique dans sa version 21 et le logiciel Excel 2016. Pour la comparaison des variables, les tests statistiques de Khi carré de Pearson, le test de khi2 corrigé ou encore le test exact de Fisher ont été utilisés. Les tests statistiques des résultats seront effectués au seuil alpha égal à 0.05 que nous allons considérer comme statistiquement significatif.

Résultats

Pendant notre période d'étude, 11 337 comptes rendus anatomopathologiques ont été examinés, dont 1785 cas de cancers tous sites confondus. Les cancers du sein représentaient 16,3% (n=291), avec une fréquence annuelle de 72,75 cas.

Affiliations :

- 1 : Département des Sciences Fondamentales et mixtes, Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni de Niamey
- 2 : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital Général de Référence de Niamey
- 3 : Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital National de Niamey
- 4 : Faculté des Sciences de la santé de l'Université André Salifou
- 5 : Service de Gynéco-obstétrique de l'Hôpital Régional de Niamey
- 6 : Service de Gynéco-obstétrique de la Maternité Issaka Gazobi de Niamey

***Correspondant** : Dr ABANI BAKO Aïchatou Balaraba; Mail : a_abani@yahoo.fr ; Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

La moyenne d'âge était de 46,1 ans (extrêmes : 17 -87 ans). La tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans était la plus représentée dans 37,5% (n=105) (**Figure 1**). Le sexe féminin prédominait

dans 96,6% (n=281), le sexe masculin représentait 3,4% (n=10) soit un sex-ratio (H/F) de 0,035.

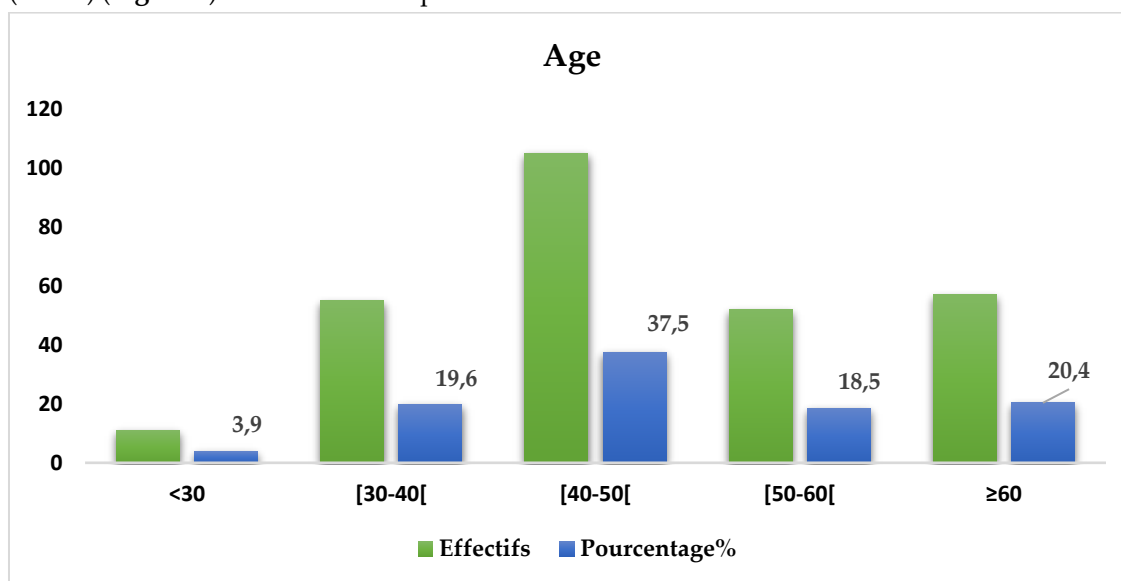


Figure 1 : Répartition des cas selon les tranches d'âge

La tranche d'âge la plus fréquente chez les femmes était comprise entre 40 à 50 ans dans 38,6 % et au delà de 70 ans chez les hommes dans 70% (p=0,002).

La mastectomie totale+ curage axillaire était le type de prélèvement le plus représentée dans 46% (n=134) (**Figure 2**).

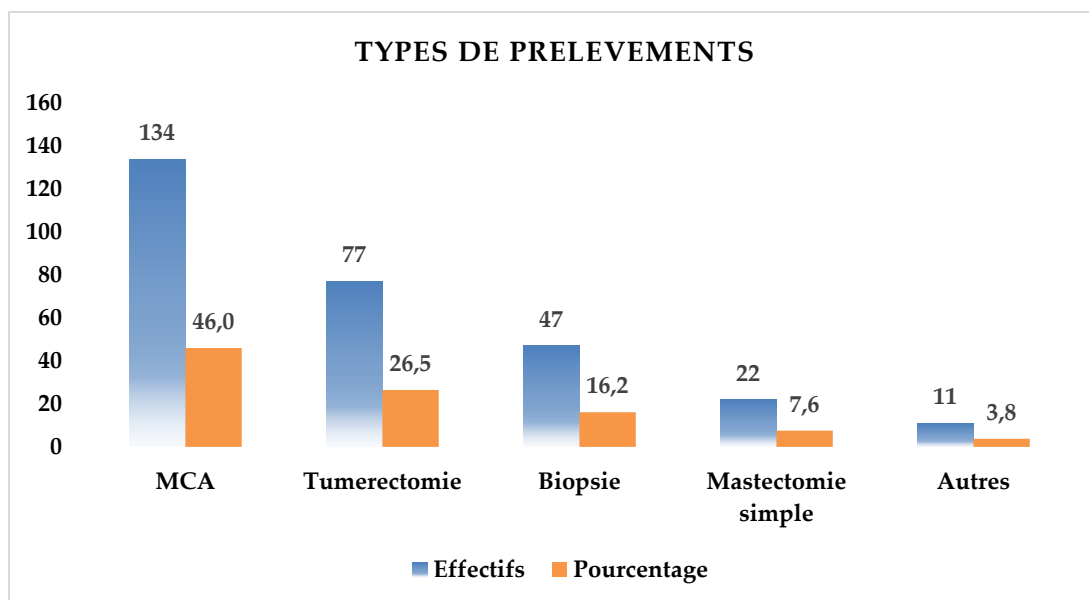


Figure 2 : Répartition des cas selon le type de prélèvements

Les prélèvements étaient parvenus orientés dans 7,9% (n=23). La taille de la pièce opératoire était comprise entre 10 à 19 cm dans 35,4%

(n=96) suivie de la taille comprise entre 1 à 9 cm dans 35,1% (95). A la coupe, la taille de la tumeur était supérieure ou égale à 5 cm dans 64,29% (n=117). Sur le plan histologique, tous

les cas examinés étaient des carcinomes (100%). La répartition par type histologique ainsi que les facteurs histopronostiques sont représentés dans le **Tableau I** et **II**. Un contingent de carcinome in situ était associé aux cancers invasifs dans 6,2% (n=18) de même que la maladie de Paget dans 0,75% (n=1).

Tableau I : Répartition des cas selon les types histologiques

Types histologiques	Nombre	%
NOS	267	91,8
Lobulaire	7	2,4
Mucineux	4	1,4
Métaplastique	5	1,7
Autres	8	2,7
Total	291	100

Le carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique était le type histologique dominant dans 91,8% (n=267). Il était plus fréquent dans

Tableau II : Répartition des cas selon les facteurs histopronostiques

Facteurs histopronostiques				
Grade de Elston et Ellis (n=264)	Grade I 4,8%	Grade II 58%	Grade III 7,2%	-
Stade pT (n=110)	pT1 11,8%	pT2 26,4%	pT3 40,9%	pT4 20,9%
Stade pN (n=106)	pN0 33%	pN1 19,8%	pN2 32,1%	pN3 15,1%
Engainement péri nerveux (n=280)	Présents : 5%		Absents : 95%	
Limites chirurgicales (n=263)	Saines : 70%		Atteintes : 30%	
Emboles vasculaires (n=281)	Présents : 23%		Absents : 77%	

Discussion

Cette étude nous a permis d'apprécier les aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers du sein examinés à l'hôpital national de Niamey. Loin d'être exhaustive, elle nous permet d'avoir des données actualisées afin de contribuer à la prise en charge de ces cancers.

Le cancer du sein était le premier cancer diagnostiqué en termes de fréquence dans notre laboratoire dans 16,3% tous sites confondus avec une fréquence annuelle de 72,75 cas. Ceci est en conformité avec les données de

l'intervalle d'âge [40-50[ans dans 37,5% (p=0,01) et prédominait dans les deux sexes dans 95,5% (p=0,01).

Ces cancers étaient de grade II de Elston et Ellis dans 57,89% (p=0,0002) et de stade pT3 dans 40,21% (p=0,0001).

Le carcinome mammaire infiltrant de type lobulaire représentait 2,4% (n=7) et était de stade pT1 dans 75% (p=0,0001). Les carcinomes métaplastiques représentaient 1,7% (n=5) et étaient de grade III dans 100% (p=0,0002).

L'indication d'une chimiothérapie néoadjuvante a été rapportée dans 4,5% (n=13). L'évaluation du statut post chimiothérapie donnait une réponse inférieure à 50% dans 62% (n=8) et une réponse supérieure ou égale à 50% dans 38% (n=5).

GLOBOCAN 2024 et celles basées sur le registre des cancers au Niger publiées en 2013 [1,2]. Cependant dans la littérature, les fréquences moyennes annuelles étaient variables allant de 22,5 au Togo [4] à 304,4 cas par an au Cameroun [5]. Cette large différence est expliquée par la taille de l'échantillon et le type d'étude d'une part mais aussi le sous-diagnostic dans notre contexte. Les données actualisées du registre des cancers montrent une augmentation de la fréquence des cancers du sein chez la femme au Niger passant de 16,3% en 2013 à 18,73% en 2023 [3]. Une meilleure couverture nationale du

registre des cancers au Niger avec l'intégration des données cliniques (antécédents personnels et familiaux) permettrait de mieux caractériser cette hausse.

L'âge moyen dans notre étude était de 46,1 ans (extrêmes : 17-87 ans) et la tranche d'âge la plus concernée était celle de 40-49 ans dans 37,5%, concordant avec les données de la sous-région [4-7]. Au Maghreb, la moyenne était légèrement supérieure, entre 49,7 ans et 51,67 ans [8,9], mais nettement inférieure à la moyenne d'âge des pays occidentaux, ce qui est bien décrit dans la littérature [1]. Cette fréquence élevée du diagnostic de cancer du sein à cette période pourrait s'expliquer en partie par le fait que c'est une période de couverture médicale importante (visites prénatales, visites de planning familial, bilan de contraception) où les femmes sont très souvent au contact avec le personnel médical.

Dans notre étude, on notait une prédominance féminine dans 96,6% ce qui est classiquement décrit dans la littérature [10]. Le sexe masculin représentait dans notre série 3,4 %, comparable à ce qui est rapporté dans des séries similaires [2,5]. La rareté des tumeurs du sein dans le sexe masculin s'explique par le caractère atrophique de la glande, la finesse des canaux galactophores, l'absence d'acini et l'abondance du tissu fibreux chez l'homme [11]. L'âge moyen des cancers du sein masculins dans notre étude était de 64 ans (extrêmes : 36 et 87 ans) et ces cancers étaient le plus souvent diagnostiqués au delà de 70 ans dans 70%. Ces résultats sont variables dans la littérature [2,5]. L'un des facteurs mis en cause dans l'apparition du cancer masculin en Afrique est l'hyperœstrogénie causée par l'augmentation des maladies hépatiques chez l'homme après 60 ans [12].

Nous rapportons une prédominance de la mastectomie totale+ curage axillaire dans 46% de nos patients, suivie de la tumorectomie dans 26,5%. Dans la littérature, ces résultats sont variables allant de 98,6% de mastectomie totale

+curage axillaire [13] à 77,7% de tumorectomies réalisées [4] et 76,4% de biopsie [6]. La mesure de la taille tumorale aussi bien clinique que macroscopique constitue un important élément pronostique nécessaire à la prise en charge thérapeutique. Dans notre étude, la tumeur était au delà du stade pT3 dans 61,8%. Ces données sont variables dans la littérature allant de 78,8% au stade pT4 [13] à 73,6% au stade pT1 et pT2 [7]. Ces caractéristiques macroscopiques témoignent d'un diagnostic souvent posé tardivement à un stade où le cancer est cliniquement avancé dans notre contexte. Une étude multicentrique à identifier les facteurs associés à un diagnostic tardif tels qu'un faible niveau d'alphabétisation et d'éducation et un bas niveau socio-économique [14]. Les cancers du sein à un stade avancé en Afrique subsaharienne sont largement attribuables à des facteurs modifiables ; les stratégies visant à améliorer l'éducation et la sensibilisation des femmes et du système de santé en matière de cancer du sein devraient être renforcées [15,16]. Après l'analyse histologique dans notre étude, le type histologique le plus représenté était le carcinome mammaire infiltrant de type non spécifique dans 91,8% des cas et le carcinome lobulaire dans 2,4%, ce qui est rapporté par d'autres auteurs [9,16-18]. La maladie de Paget du mamelon est rare dans notre étude, elle est retrouvée dans un seul cas soit 0,75%, similaire à ce qui est rapporté dans d'autres études [4,5]. Sur le plan histopronostique dans notre étude, les cancers du sein étaient le plus souvent de grade II et de grade III dans 27,2% et 58% respectivement. Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés dans notre contexte [4-6,8]. Le haut grade ainsi que la présence d'embolies tumorales intravasculaires dans la tumeur est corrélé à un risque de métastase élevé et une survie moindre [8]. Au cours de notre étude, les embolies vasculaires étaient présents dans 23,13%. De nombreuses études ont montré l'importance de la qualité de l'acte chirurgical initial en chirurgie mammaire : l'atteinte des

limites d'exérèse (sur le mode infiltrant et/ou in situ) lors d'une chirurgie conservatrice augmente le risque de récurrence locale. En outre, l'atteinte des berges d'exérèse est un facteur pronostique indépendant de survie spécifique [19]. Au cours de notre étude les limites chirurgicales étaient atteintes dans 29,66%, comme retrouvé dans un même contexte, 24,8% [20], ce qui signifie que ces patients auront des récurrences probables. Dans notre étude, l'envahissement ganglionnaire était présent dans 67,3% des cas, différent dans un autre contexte, 35,7% [8]. L'atteinte locorégionale ganglionnaire est un mauvais pronostic. De manière globale, la survie à dix ans est de 70% quand il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire et est de 25 à 30% en présence d'envahissement néoplasique des ganglions [19].

Conclusion

Le cancer du sein reste un problème de santé publique dans notre contexte. C'est une affection féminine mais peut s'observer dans quelques rares cas chez l'homme. Nous avons observé une fréquence plus élevée de cancers chez la jeune femme en âge de procréer. Dans ces cas, le cancer du sein est plus agressif et de pronostic sombre car le diagnostic est posé à un stade tardif de la maladie. D'autres études seront nécessaires à la recherche des facteurs de risques chez les femmes jeunes sans antécédents familiaux, mais aussi à la recherche des facteurs de risque de cancer du sein chez l'homme.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN

- estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263.
2. Zaki HM, Garba-Bouda O, Garba SM, Nouhou H. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer du sein au Niger. J. Afr. Cancer. 2013;5:185-191.
3. Moussa A. Analyse des données du registre national des cancers du Niger de 2010 à 2018. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2023;71(3):102035.
4. Darré T, Amégbor K, Sonhaye L, Kouyate M, Aboubaraki A, N'Timo B et al. Profil histo-épidémiologique des cancers du sein. A propos de 450 cas observés au CHU de Lomé. Médecine d'Afrique Noire. 2013;53-58.
5. Ndamba Engbang JP, Essome H, Mve Koh V, Simo G, Sime Essam JD, Sone Mouelle A et al. Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique: à propos de 3044 cas. Pan African Medical Journal. 2015;21:242.
6. Ngo Pambe CJ, Hamdja M, Mayemi ER, Kemfang Ngowa JD, Sando Z, Mendimi Nkodo JM. Aspects Anatomopathologiques du Cancer du Sein au Cameroun de 2008 à 2015. Health Sci. Dis.2024;25(3):1-5.
7. Gnangnon F, Brun L, Worou C, Seidou F, D'almeida T, Amidou S et al. Âge du diagnostic des cancers du sein en République du Bénin (Afrique de l'Ouest) : pouvons-nous encore appliquer les standards occidentaux en matière de dépistage ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2020;68(3):page S101.
8. El Fouhi M, Benider A, Kagambega Zoewendbem AG, Mesfioui A. Profil épidémiologique et anatomopathologique du cancer de sein au CHU Ibn Rochd, Casablanca. Pan African Medical Journal. 2020;37:41.
9. Djounidi Z. Profil histo-épidémiologique des cancers du sein : à propos de 151 cas observés au niveau de l'Hôpital Militaire Régional universitaire d'Oran (HMRUO). La revue médicale de l'HMRUO. 2021;8(3):32-35.

10. Remontet L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51(1 Pt 1):3-30.
11. De Jesus MA, Fujita M, Kim KS, Goldson AL. Retrospective analysis of breast cancer among young African American females. *Breast Cancer Res Treat*. 2003;78(1):81-7.
12. Kidmas AT, Ugwu BT, Manasseh AN, Iya D, Opaluwa AS. Male breast malignancy in Jos University Teaching Hospital. *West Afr J Med*. 2005;24(1):36-40;
13. Gueye L. Cancers du sein : aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques au centre hospitalier régional de Thiès. *Journal de la SAGO (Gynécologie – Obstétrique Et Santé De La Reproduction)*. 2022;22(1). Consulté le 18 novembre 2025 à l'adresse <https://jsago.org/index.php/jsago/article/view/87>
14. McKenzie F, Zietsman A, Galukande M, Anele A, Adisa C, Parham G et al. Drivers of advanced stage at breast cancer diagnosis in the multicountry African breast cancer - disparities in outcomes (ABC-DO) study. *Int J Cancer*. 2018;142(8):1568-1579.
15. Edy-Agba E, McCormack V, Adebamowo C, Dos-Santos-Silva I. Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(12):e923-e935.
16. Darré T, Tchandikou L, Simban P, Bombone M, Djiwa T, N'Timon B, Sama B, Ketevi A, Douaguibe B, N'Bortche BK, Seddoh Y, Tchaou M, Napo-Koura G. Factors associated with late diagnosis of breast cancer in women in Togo, Sub-Saharan Africa. *BMC Womens Health*. 2023 Mar 14;23(1):106.
17. Fitzpatrick MB, Rendi MH, Kiviat NB, Toure P, Dem A, Sow PS, Hawes SE, Feng Q, Allison KH. Pathology of Senegalese breast cancers. *Pan Afr Med J*. 2019;34:67.
18. Darré T, Tchaou M, Djiwa T, Douaguibe B, Bassowa A, Adani-Ifé S, Amavi AK, N'Timon B, Amadou A, Simban P, N'Bortche BK, Amégbor K, Aboubakari AS, Napo-Koura G. Breast Cancer in Togolese Women: Imaging and Clinicopathological Findings. *Breast Cancer (Auckl)*. 2021 May 30;15:11782234211020242.
19. Voogd AC, Nielsen M, Peterse JL, Blichert-Toft M, Bartelink H, Overgaard M et al.; Danish Breast Cancer Cooperative Group. Breast Cancer Cooperative Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast-conserving therapy or mastectomy for stage I and II breast cancer: pooled results of two large European randomized trials. *J Clin Oncol*. 2001;19(6):1688-97.
20. Esson Mapoko BS, Okobalemba EA, Mbassi EDB, Sango AJF, Mapenya RRM, Mayeh AMM. Profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des patients suivis pour cancer du sein dans une unité d'oncologie médicale de référence majeure du Cameroun: étude transversale. *Pan African Medical Journal*. 2023;44(1):4