46ES JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE
PALAIS DES CONGRÈS I BORDEAUX
DU 19 AU 21 NOVEMBRE 2025
Organisatrices
Monica Arnedos (Bordeaux)
Christine Tunon de Lara (Bordeaux)
Prise en charge et traitement personnalisés : (R)Évolutions récentes
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

Cancer du sein chez les jeunes femmes moins de 35 ans expérience du service de Gynécologie-obstétrique du CHU Mohamed VI

H Houmaid (1), H Asmouki (1), A Soummani (1)
Gynécologie-obstétrique, CHU Mohammed VI, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

Le cancer du sein représente le 1er cancer chez la femme avec une incidence croissante, touchant environ 1 femme sur 10 au cours de sa vie.

Problématique :

Seulement 5 à 7% des patientes diagnostiquées ont moins de 40 ans dans les pays développés

Jusqu'à 20% dans les régions moins développées

Le jeune âge constitue un facteur pronostic péjoratif indépendant

Les tumeurs chez les jeunes femmes présentent des caractéristiques biologiques plus agressives

Objectif : Analyser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques du cancer du sein chez les femmes de moins de 40 ans.

Patientes et méthodes

Type d'étude : Rétrospective

Période : 4 ans (01/01/2019 - 31/12/2022)

Lieu : Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Mohammed VI, Marrakech

Population : 152 patientes âgées de moins de 40 ans

Critères d'inclusion :

Femmes < 40 ans au diagnostic

Diagnostic histologique confirmé

Critères d'exclusion :

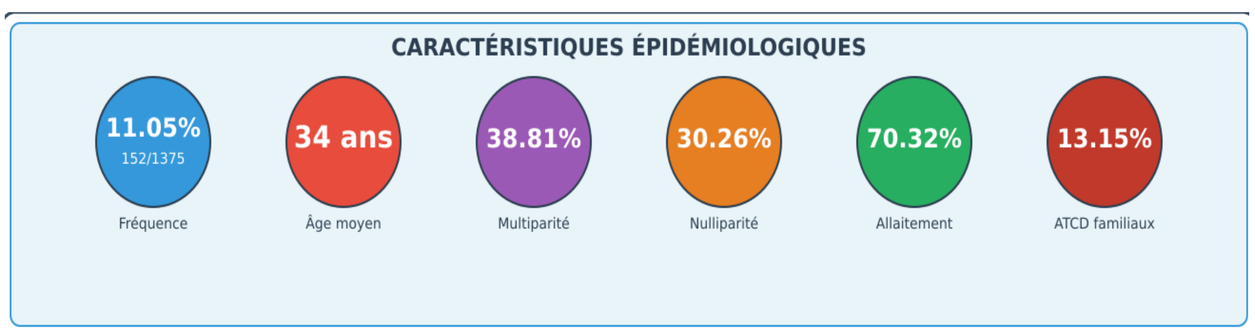
Récidives avant 2019

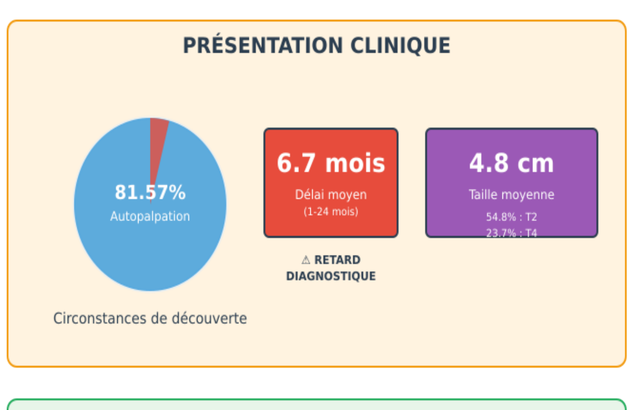
Perdues de vue avant confirmation histologique

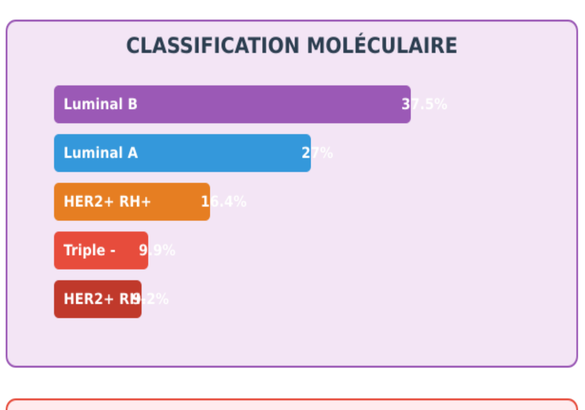
Cancer du sein masculin

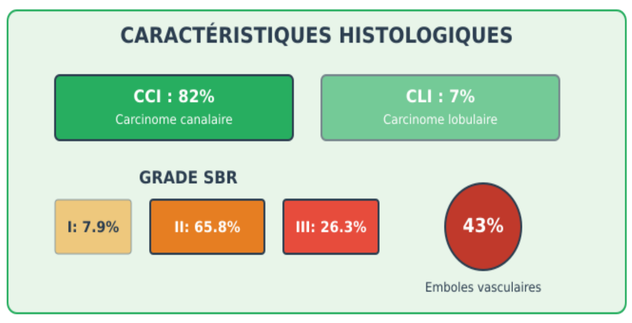
Tumeurs bénignes et in situ

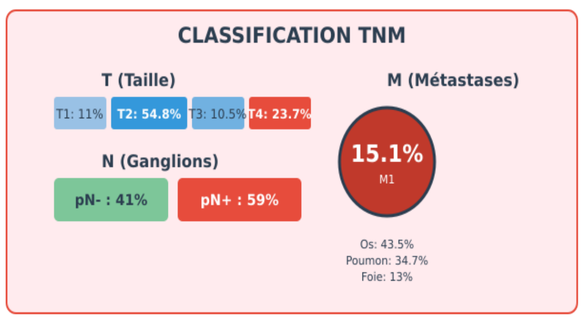
Résultats

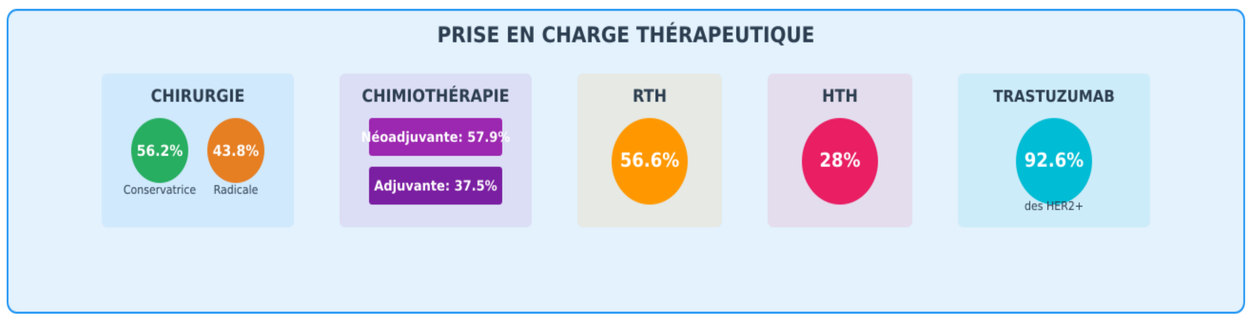












DISCUSSION

La fréquence de 11,05% observée dans notre série se situe dans la fourchette supérieure des données des pays en développement, où elle peut atteindre 20%, contre 5-7% dans les pays développés (1,2). L'âge moyen de 34 ans est légèrement inférieur aux 36 ans rapportés par Copson et al. dans l'étude POSH britannique (3). La prédominance de la tranche 31-35 ans (50%) confirme que le pic d'incidence se situe dans la quatrième décennie.

Le paradoxe observé concernant l'allaitement (70,32%) et la multiparité (38,81%), facteurs généralement protecteurs, suggère que d'autres facteurs génétiques et environnementaux prédominent dans notre population. Les antécédents familiaux chez 13,15% des patientes soulignent l'importance du conseil génétique systématique, comme recommandé actuellement pour toutes les jeunes femmes diagnostiquées (4).

Retard diagnostique et présentation clinique

Le délai diagnostique moyen de 6,7 mois constitue un facteur pronostique défavorable majeur. L'autopalpation comme mode de découverte prédominant (81,57%) illustre l'absence de dépistage organisé dans cette population. Les conséquences se reflètent dans les caractéristiques tumorales : taille moyenne de 4,8 cm, 23,7% de tumeurs T4, et 59% d'atteinte ganglionnaire pathologique. Ces résultats confirment l'analyse de Gnerlich et al. démontrant que les jeunes femmes sont diagnostiquées avec des tumeurs plus volumineuses et une atteinte ganglionnaire plus fréquente (5).

Caractéristiques histologiques et moléculaires

La prédominance du carcinome canalaire infiltrant (82%) et du grade SBR II-III (92,1%) témoigne de l'agressivité biologique. Notre taux de HER2+ (25,7%) correspond exactement aux données de Copson et Collins (3,6). Cependant, la répartition moléculaire diffère des études internationales : nous observons une prédominance des sous-types Luminal B (37,5%) et Luminal A (27%), tandis qu'Azim et al. rapportaient 34,3% de tumeurs triple négatives et seulement 17,2% de Luminal A (7). Cette divergence pourrait s'expliquer par des différences ethniques, les tumeurs triple négatives étant particulièrement fréquentes chez les femmes d'origine africaine subsaharienne et les porteuses de mutations BRCA1.

Impact pronostique

Le taux de survie global de 50% après un suivi médian de 8,6 mois, avec des disparités importantes selon le sous-type (Luminal A : 75,6% vs Triple négatif : 6,6%), confirme que le jeune âge constitue un facteur pronostique péjoratif indépendant, comme démontré par Azim et al. et Gnerlich et al. (5,7). Le taux de métastases d'emblée (15,1%) est supérieur aux 10-12% des pays développés, reflétant le retard diagnostique. Les sous-types triple négatif et HER2+ RH- présentent les taux de décès les plus élevés (40% et 50% respectivement), soulignant la nécessité de stratégies thérapeutiques innovantes.

Implications thérapeutiques

Le taux de chirurgie conservatrice (56,2%) et l'utilisation importante de chimiothérapie néoadjuvante (57,9%) sont conformes aux standards actuels. L'administration de trastuzumab chez 92,6% des patientes HER2+ témoigne d'un accès satisfaisant aux thérapies ciblées. Cependant, le taux d'hormonothérapie (28%) interroge sur l'observance thérapeutique. Les études SOFT et TEXT ont établi que l'ajout de suppression ovarienne améliore significativement les résultats chez les jeunes patientes à haut risque (8), nécessitant des stratégies d'accompagnement spécifiques.

Avancées récentes et perspectives

Les progrès en immunothérapie offrent de nouvelles perspectives, particulièrement pour les cancers triple négatifs. L'ajout de pembrolizumab ou d'atezolizumab à la chimiothérapie néoadjuvante a montré des résultats encourageants dans les études KEYNOTE-522 et IMpassion031 (9,10). Les inhibiteurs de CDK4/6 associés à l'hormonothérapie représentent également une option prometteuse pour les patientes RH+/HER2-.

Conclusion

Le cancer du sein chez la jeune femme représente 11,05% des cas dans notre série

- Il se caractérise par des formes plus agressives biologiquement et cliniquement
- Les sous-types Luminal B et triple négatif prédominent avec un pronostic réservé
- Le diagnostic est souvent tardif avec 15,1% de formes métastatiques d'emblée
- Le taux de survie global est de 50% avec des disparités importantes selon le sous-type
- Une prise en charge multidisciplinaire adaptée et personnalisée est indispensable
- Le dépistage précoce et la sensibilisation des jeunes femmes restent prioritaires
- Des études prospectives sont nécessaires pour optimiser les stratégies thérapeutiques

Références

1. Brinton LA, Sherman ME, Carreon JD, Anderson WF. Recent trends in breast cancer among younger women in the United States. J Natl Cancer Inst. 2008;100:1643–1648.
2. Akarolo-Anthony SN, Ogundiran TO, Adebamowo CA. Emerging breast cancer epidemic: evidence from Africa. Breast Cancer Res. 2010;12:S8.
3. Collins LC, Marotti JD, Gelber S, Cole K, Ruddy K, Kereakoglow S, Brachtel EF, Schapira L, Come SE, Winer EP, Partridge AH. Pathologic features and molecular phenotype by patient age in a large cohort of young women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2012;131:1061–1066.
4. Beitsch PD, Whitworth PW, Hughes K, et al. Underdiagnosis of he reditary breast cancer: are genetic testing guidelines a tool or an obstacle? J Clin Oncol. 2019,37:453-460.
5. Gnerlich JL, Deshpande AD, Jeffe DB, Sweet A, White N, Margenthaler JA. Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. J Am Coll Surg. 2009;208:341–347
6. Copson E, Eccles B, Maishman T, Gerty S, Stanton L, Cutress RI, Altman DG, Durcan L, Simmonds P, Lawrence G, Jones L, Bliss J, Eccles D. Prospective observational study of breast cancer treatment outcomes for UK women aged 18–40 years at diagnosis: the POSH study. J Natl Cancer Inst. 2013;105:978–988.
7. Azim HA, Jr, Michiels S, Bedard PL, Singhal SK, Criscitiello C, Ignatiadis M, Haibe-Kains B, Piccart MJ, Sotiriou C, Loi S.Elucidating prognosis and biology of breast cancer arising in young women using gene expression profiling.Clin Cancer Res. 2012;18:1341–1351.
8. Pagani O, Francis PA, Fleming GF, et al. Absolute improvements in freedom from distant recurrence to tailor adjuvant endocrine ther apies for premenopausal women: results from TEXT and SOFT. J Clin Oncol. 2020,38:1293-1303.
9. Mittendorf EA, Zhang H, Barrios CH, et al. Neoadjuvant atezolizumab in combination with sequential nab-paclitaxel and anthracycline based chemotherapy versus placebo and chemotherapy in patients with early-stage triple-negative breast cancer (IMpassion031) a randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet 2020,396-1090-1100.
10. Schmid P, Cortes J, Dent R, et al. VP7-2021: KEYNOTE-522: Phase III study of neoadjuvant pembrolizumab chemotherapy vs. placebo + chemotherapy, followed by adjuvant pembrolizumab vs. placebo for early-stage TNBC. Ann Oncol. 2021:32:1198-1200.