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

O19 : Cancer de sein triple négatif : Expérience au service de gynécologie obstétrique CHU Mohammed VI de Marrakech

K Iraqi Houssaini (1), H Houmaid (1), M.A Guennouni (1), B Fakhir (1), K Harou (1), L Boukhanni (1), H Asmouki (1), A Soummani (1)
(1) Gynécologie-obstétrique, CHU Mohammed VI, Université Cadi Ayyad, Avenue Ibn Sina Amerchich, BP2360 Principal, Marrakech, Maroc

Introduction

Le cancer du sein représente 11,7% de tous les cancers mondiaux avec 2,3 millions de nouveaux cas annuels (Globocan 2022). Au Maroc, il constitue la première localisation cancéreuse (22,6% de tous les cancers, 26-30% des cancers féminins) [1]. Le cancer du sein triple négatif (CSTN) représente 10-20% des cancers du sein, caractérisé par l'absence de récepteurs hormonaux (RE-, RP-) et l'absence d'amplification HER2. Ce sous-type se distingue par : Une biologie agressive avec rechutes précoces, une survie globale plus courte, une incidence accrue chez les femmes jeunes et d'origine africaine, des métastases préférentielles pulmonaires et cérébrales [2]. Les options thérapeutiques restent limitées, reposant principalement sur la chimiothérapie, bien que l'immunothérapie montre des résultats prometteurs. Le but est d'analyser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques du CSTN dans notre série au service de gynécologie obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 112 patientes atteintes de cancer du sein triple négatif, prises en charge au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Mohammed VI de Marrakech entre 2018 et 2023. Les critères d'inclusion comprenaient un diagnostic histologique confirmé de cancer du sein avec absence d'expression des récepteurs hormonaux (RE- et RP-) et absence d'expression immunohistochimique ou d'amplification de l'HER2, chez des patientes âgées de plus de 18 ans. Ont été exclus les dossiers inexploitables ou incomplets ainsi que les cancers du sein exprimant les récepteurs hormonaux et/ou surexprimant l'HER2.

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques : La population étudiée était exclusivement féminine. L'âge moyen était de 49,3 ans avec des extrêmes de 27 à 86 ans, la tranche d'âge 46-55 ans étant la plus touchée (31%). Les multipares représentaient 53% des cas, les paucipares 23% et les nullipares 24%. Le statut pré ménopausique concernait 64% des patientes contre 36% de postménopausées. Un antécédent personnel de cancer du sein était retrouvé chez 18,7% des patientes et un antécédent familial chez 9,8%.
Présentation clinique : Le délai moyen de consultation était de 4,2 mois (extrêmes : 2 jours à 4 ans), avec 48,6% des patientes consultant avant 3 mois. La découverte d'un nodule constituait le motif de consultation dans 91% des cas. À l'examen clinique, un aspect de peau d'orange était observé chez 50% des patientes symptomatiques, un sein inflammatoire chez 25%, un écoulement mamelonnaire et un mamelon rétracté chez 10% chacun. La localisation gauche prédominait (50%), suivie de la droite (48%) et bilatérale (2%). Le quadrant supéro-externe représentait 57% des localisations, le quadrant supéro-interne 20%, le quadrant inféro-externe 19% et le quadrant inféro-interne 4%.
Classification clinique initiale : Figure 1
Imagerie : La mammographie et l'échographie ont été réalisées chez toutes les patientes. La classification BIRADS/ACR retrouvait : ACR 5 (63%), ACR 4 (31%) et ACR 3 (6%).
Confirmation histologique : Par la biopsie percutanée dans 75% des cas, l'exérèse dans 14%, l'examen extemporané dans 6% et la biopsie ganglionnaire dans 5%.
Caractéristiques anatomopathologiques : Le carcinome canalaire infiltrant représentait 94% des cas, le carcinome lobulaire infiltrant 2,6%, le carcinome médullaire 1,7% et les autres types 1,7%. Le grade SBR II était majoritaire (62,3%) suivi du grade III (37,7%), aucun grade I n'a été identifié. Les emboles vasculaires étaient présents dans 30,9% des cas et les emboles nerveux dans 2,7%. Le Ki67 était >50% chez 49,1% des patientes, entre 20-50% chez 39,3% et <20% chez 11,6%. Le statut HER2 était négatif avec un score 0+ chez 81%, 1+ chez 15% et nécessitant un test FISH chez 4% (score 2+).
Bilan d'extension : La TDM thoraco-abdomino-pelvienne, réalisée chez 100% des patientes, a objectivé des métastases dans 12,4% des cas (hépatiques 7%, pulmonaires 5,4%, hépatiques et pulmonaires 2,7%). La scintigraphie osseuse, réalisée chez 48,2% des patientes, a révélé des métastases osseuses chez 6,3%.
Traitement chirurgical : Figure 2; **Chimiothérapie :** Figure 3; **Radiothérapie :** Figure 4
Évolution : Parmi les 79 patientes joignables (71%), avec un suivi moyen, 47% présentaient une rémission complète, 29% ont eu une récidive (toutes localisées sur le sein homolatéral) et 24% sont décédées suite aux complications de leur cancer, représentant 17% de la totalité des patientes.

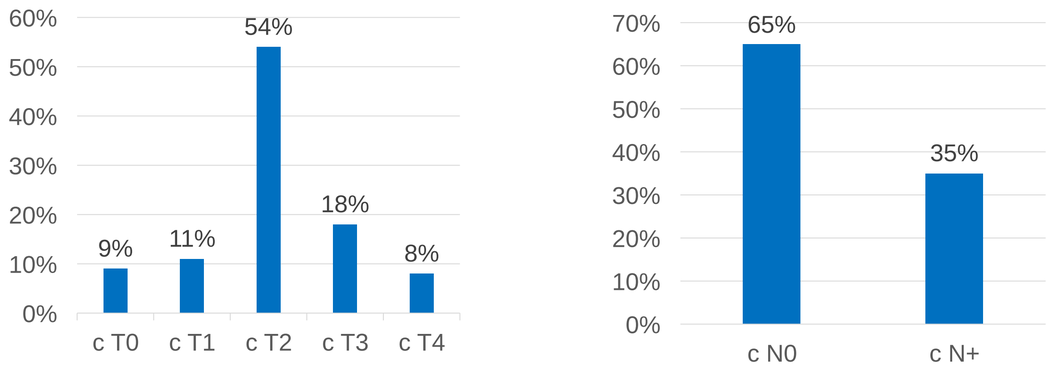


Figure 1: Répartition des patientes selon le stade cTNM

		Effectif	Pourcentage
Chirurgie radicale	D'emblée	13	11.6%
	Après chimiothérapie néo adjuvante	63	56.2%
Chirurgie conservatrice	D'emblée	12	10.7%
	Apres chimiothérapie néo adjuvante	24	21.4%
Total		112	100%

Figure 2: Répartition des patientes selon l'acte chirurgical

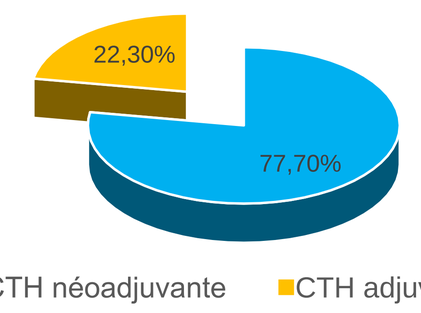


Figure 3: Répartition des patientes selon les modalités de Chimiothérapie

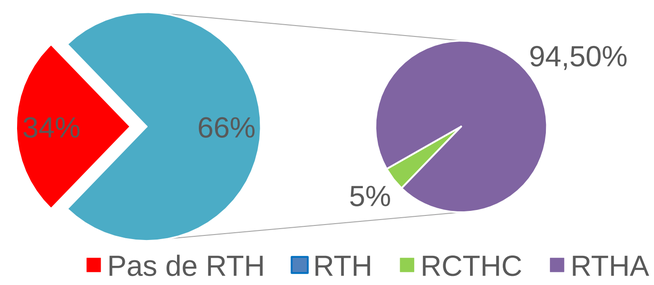


Figure 4: Répartition des patientes selon la réalisation ou non de la radiothérapie

Discussion

◆ Profil moléculaire et hétérogénéité : Le CSTN représente 10 à 20% des cancers du sein. Selon Sorlie, 70 à 75% relèvent du sous-type basal-like. Lehmann distingue quatre sous-types : Basal-like 1 et 2 (60%) à forte prolifération, mésenchymateux (25%) enrichi en cellules souches, et LAR exprimant le récepteur aux androgènes. Cette hétérogénéité justifie le développement de thérapies ciblées (inhibiteurs de PARP, ciblage PI3K/AKT/mTOR, immunothérapie).
◆ Caractéristiques cliniques : L'âge moyen de 49,3 ans est comparable à la littérature (45–53 ans), confirmant l'atteinte préférentielle des femmes jeunes, souvent porteuses de mutations BRCA1. Contrairement aux tumeurs luminales, la multiparité augmente le risque de CSTN. La taille tumorale moyenne de 38 mm reflète la croissance rapide caractéristique. L'atteinte ganglionnaire (35%) ne corrèle pas avec la taille tumorale, suggérant une biologie invasive distincte, mais impacte fortement la survie à 10 ans (70% sans atteinte vs 25–30% avec). Les métastases sont préférentiellement viscérales : foie (7%), poumon (5,4%), avec risque accru de localisation cérébrale de mauvais pronostic.
◆ Données histologiques : Le carcinome canalaire infiltrant prédomine (94%), concordant avec les séries internationales. Notre répartition des grades SBR (62% grade II, 38% grade III) diffère de la prédominance du grade III rapportée (≈80%), reflétant possiblement des variations d'évaluation. Les emboles vasculaires (33,5%) constituent un facteur prédictif indépendant de récidive et métastase.
◆ Approche thérapeutique : La chimiothérapie néo-adjuvante (77,7% des patientes) permet la réduction tumorale et l'évaluation de la pCR. Les protocoles taxanes/anthracyclines avec carboplatine montrent des taux de pCR supérieurs (38% vs 29% avec nab-paclitaxel, GeparSepto), particulièrement chez les femmes <50 ans.
◆ Thérapies innovantes : Chez les patientes BRCA-mutées, l'olaparib améliore significativement la survie globale (OlympiA). Le talazoparib obtient 45,8% de pCR (NEOTALA), ouvrant la voie à des stratégies non-chimiothérapiques. L'immunothérapie révolutionne la prise en charge : l'ajout du pembrolizumab améliore la pCR et la survie sans événement (KEYNOTE-522), confirmé par GeparNuevo et IMpassion031.
◆ Biomarqueurs émergents : L'ADN tumoral circulant, les TILs et la charge mutationnelle permettent la personnalisation thérapeutique, la détection de maladie résiduelle et la prédiction de la réponse, représentant des outils prometteurs pour optimiser la prise en charge [3].

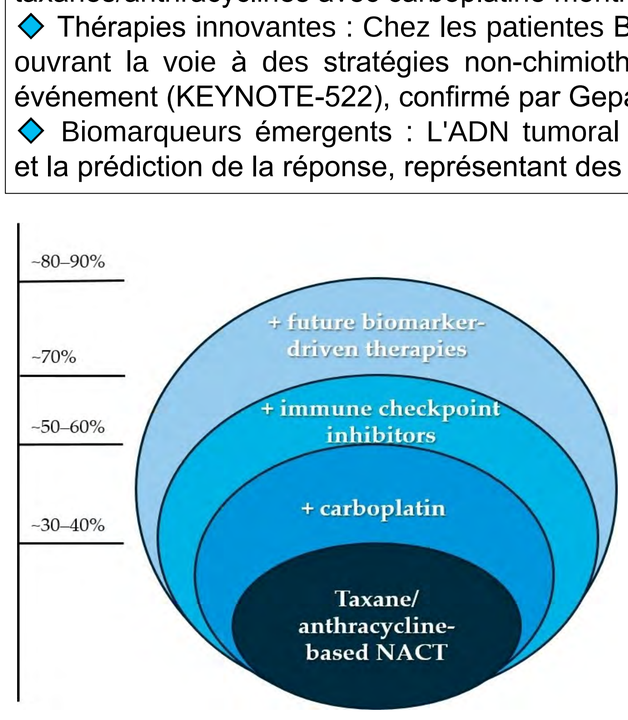


Figure 5: L'évolution des taux de réponse pathologique complète (pCR) dans le traitement néoadjuvant du cancer du sein triple négatif (TNBC) avec différentes stratégies thérapeutiques.

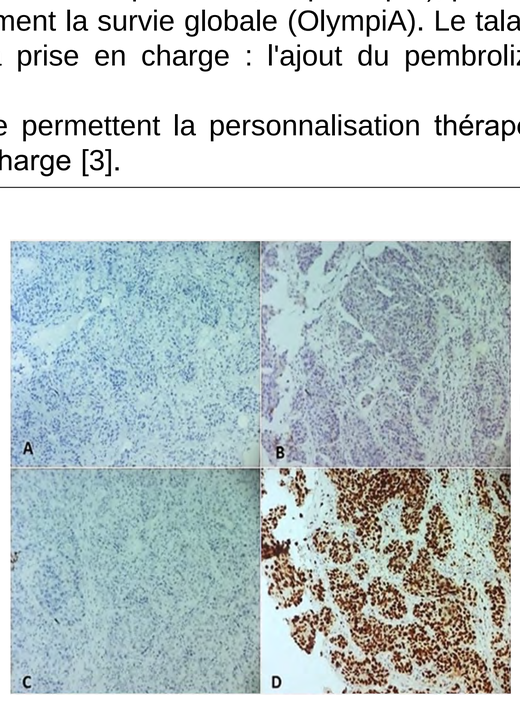


Figure 6: Etude immunohistochimique montrant une absence d'expression des récepteurs hormonaux et une absence de surexpression du récepteur HER2.

Conclusion

Le cancer du sein triple négatif représente un défi majeur en oncologie mammaire de par son agressivité biologique, touchant préférentiellement les femmes jeunes avec un pronostic défavorable en l'absence de cibles thérapeutiques spécifiques.Des avancées thérapeutiques majeures ont récemment transformé la prise en charge. L'intégration de l'immunothérapie par pembrolizumab à la chimiothérapie néo-adjuvante améliore significativement la réponse pathologique complète et la survie. Pour les patientes BRCA-mutées, les inhibiteurs de PARP constituent une révolution thérapeutique. L'hétérogénéité moléculaire et l'émergence de biomarqueurs prédictifs ouvrent la voie à une médecine de précision. L'amélioration du dépistage précoce, la généralisation du conseil génétique et l'accès équitable aux thérapies innovantes demeurent essentiels. Une prise en charge multidisciplinaire optimale et l'inclusion dans les essais cliniques restent fondamentales pour améliorer le pronostic de ce sous-type agressif.

Références

1. **Sung H**, Ferlay J, Siegel RL, et al. *Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.* **CA Cancer J Clin.** 2021;71(3):209–249.
2. **Kapur A**, et al. *New Horizons in the Management of Triple-Negative Breast Cancer.* **Oncology (Williston Park).** 2022;36(1):10–16.
3. **Cortes J**, Cescon DW, Rugo HS, et al. *Pembrolizumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy for previously untreated locally recurrent inoperable or metastatic triple-negative breast cancer (KEYNOTE-355): A randomized, placebo-controlled, double-blind, phase 3 clinical trial.* **Lancet.** 2020;396:1817–1828

Auteur correspondant: Kawtar Iraqi Houssaini. k.iraqihoussaini@uca.ac.ma Tel: +212668789624