

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2023-2024

République du Mali

Un peuple- Un But- Une Foi



N °

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

THESE

**LES TUMEURS BÉNIGNES DU SEIN CHEZ LA FEMME :
ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
GÉNÉRALE DU CHU GABRIEL TOURÉ DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/07/2024 Devant la faculté de médecine et
d'odontostomatologie par

M. Mohamed DIARRA

Pour obtenir le Diplôme de grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Mr Madiassa KONATE (*Maitre de conférences Agrégé*)

Membre : Mr Amadou BOCOUM (*Maitre de conférences Agrégé*)

Directeur : Mr Amadou TRAORE (*Maitre de conférences Agrégé*)

Co-Directeur : Mr Zakari SAYE (*Chirurgien cancérologue*)

DEDICACES & REMERCIEMENTS

DEDICACE

Ce Travail est dédié à :

Mon père : Sékou Diarra ; grâce à toi j'ai pu aller à l'école, tu es un exemple de sagesse et de tolérance, merci pour l'éducation que tu as su nous donner, l'intérêt que tu attaches à la réussite de tous tes enfants et les efforts que tu y déploies font de toi un papa modèle. Homme de culture que Dieu te bénisse qu'il te protège, te garde aussi longtemps que possible à nos côtés ;

Ma mère : Mariam Niampougui. Dame de fer : tu représentes pour moi le symbole de la bonté, de la bravoure, de la patience, une source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et prier pour moi. Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices faites depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder sante, longévité ;

Mes frères : Yaya, Abdoulaye, Ismaïla et Boubacar ; Merci pour votre amour, votre soutien et apport indéfectibles. Ce travail n'est que le commencement de nos efforts. Je prie le bon Dieu de nous garder, de renforcer nos liens, de nous guider vers le droit chemin et nous permettre de rendre nos parents fiers.

Jean Hervé P Traoré et Zibada Cissé : J'exprime envers vous une profonde admiration et un attachement inconditionnel. Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'aident à supporter les coups de la vie. Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle. Maïmouna COULIBALY, Diaoudiata TOGO, Elisabeth MOUNKORO, Foro Marceline DIARRA, Mamadou Massama Keita, Mountaga Diabaté, Kadiatou Sylla, Aminata Diarra, Simone DENA, Philippe KONE, Solomane Diarra, Behan

Albine DENA, Niakalé BAGAYOGO Adam TOURE, Assanatou DIALLO ; merci
pour votre accompagnement et soutien.

REMERCIEMENTS

ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux : oh ! mon seigneur, tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur. Gloire à toi ! nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage ; **Son Prophète Mohamed** paix et salut de Dieu soient sur lui (S.A.W) et sur tous ceux qui le suivront jusqu'au jour de la rétribution ;

À ma Patrie le Mali terre d'accueil et d'hospitalité pour la chance et les conditions d'éducation et d'instruction.

À mes maitres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

À mes maitres du service de Chirurgie Générale : Pr Adégné TOGO, Pr Alhassane TRAORE, Pr Bakary T DEMBELE, Pr Madiassa KONATE, Pr Amadou TRAORE, Pr Lassana KANTE, Dr Ibrahim DIAKITE, Dr Amadou MAIGA, Dr Tani KONE, Dr Boubacar Yoro SIDIBE, Dr Zakari SAYE, Dr Arouna Adama DOUMBIA, Dr Sayon DIAKITE : merci pour l'encadrement et enseignement.

À notre maître Dr Amadou BAH que la terre te soit légère repose en paix.

À mes oncles et tantes : particulièrement M. DRAME, Awa DIARRA, Sékou DIARRA, Fousseyni NIAMPOUGUI, Fatoumata NIAMPOUGUI, Fatoumata B COULIBALY, Awa SISSOKO merci pour vos encouragements et accompagnements tout au long de mon parcours scolaire. A mes cousins et cousines : avec tout mon estime, affection et respect, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

À mes amis (es) et collègues de la faculté : Bémé FOMBA, Mory KEITA, Tiéninké COULIBALY, Fadiala SISSOKO, Souleymane COULIBALY vous faites partie de ces personnes rares par votre gentillesse et tendresse. Trouvez ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre inlassable soutien.

À Mes aînés du service : Dr Kassim TRAORE, Dr Marcelin GANMENON, Dr Sékou KOITA, Dr Karim TRAORE, Dr Souleymane KONATE, Dr Mory KEITA, Dr Ruben TRAORE, Dr Karamoko SIDIBE, Dr Oumar TRAORE, Dr Mounina COULIBALY, DR Djondo OGOLBA

À mes aînés Chirurgiens et DES : Dr Bambaké DEMBELE, Dr Lamine DIALLO, Dr Daouda COULIBALY, Dr Mohamed AK TRAORE, Dr Abdoulaye COULIBALY, Dr Zeinab COULIBALY, Dr Mahamadou COULIBALY, Dr Youssouf DEMBELE, Dr Youssouf KONE, Dr Habib CISSE, Dr Baba E TOGOLA, Dr Claude DEMBELE Dr DJIMDE, Dr Djeffla DIALLO, Dr Assane KONE ; Dr Issa KONE, Dr Moussa MAIGA, Dr Abdoul M POUDJIGO, Dr YATERA, Dr Lamine DEMBELE, Dr Habib KONE, Dr Adama DRABO, Dr Malick TRAORE, Dr Koly DIAWARA, Dr Moustapha DICKO, Dr Dina Y GOITA, Dr Moumouni DIARRA , Dr Nouhoum K DEMBELE, Dr Falé TRAORE, Dr Daouda K COULIBALY, Dr , a tous les DES de Ce chirurgie général : merci pour tout.

À mes collègues thésards du service : Harouna TOUNKARA, Mody TOURE, Mohamed KEITA, Ousmane SAMAKE, Moussa SIDIBE, Ninelle DOSSOU, Butt I WADOOD, Léontine A DIARRA, David SOW, Baké DIARRA, Mesak SAGARA, Marius.

À mes cadets internes et Externes : Oumou DIARRA, Maimouna CISSE, Adam BAGAYOGO, Siaka SIDIBE, Abdoulaye DICKO, Affou TRAORE Aicha TOURE, Djénéba COULIBALYAMATEGUE SAGARA, Boubacar TRAORE, Amadou DOLO, Kadiatou SISSOKO, Awa BALLO.

À la secrétaire Mme DIARRA Hawa DIAKITE et ses collègues Mme POUDJOUYOU et Absetou.

Au major DIARRA et tout le reste de son équipe.

À l'équipe du bloc Opératoire, l'équipe d'anesthésie, les techniciens de surfaces, les manœuvres.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Madiassa KONATE

- **Maitre de conférences Agrégé à la FMOS ;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA)**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**
- **Membre de l'Association Française de Chirurgie.**

Cher maître,

C'est avec plaisir que vous avez accepté de présider cette thèse ; votre humanisme, votre souci du travail bien fait, votre courage et votre sens élevé de responsabilité font de vous un maître exemplaire ; l'étendue de vos qualités morale et sociales suscite une grande admiration vous êtes un pédagogue émérite.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Pr Amadou BOCOUM

- **Maitre de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Secrétaire Général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire d'échographie en Gynécologie et Obstétrique en France**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire de coelioscopie en Gynécologie en France**
- **Titulaire d'un Diplôme de Formation Médicale Spécialisé Approfondie en Gynécologie Obstétrique de l'Université Paris Descartes**

Cher maitre,

C'est avec plaisir que vous avez accepté de juger ce travail, votre culture de l'excellence votre rigueur scientifique votre persévérance dans la prise en charge des malades et votre disponibilité font de vous un maitre remarquable.

Reconnaissez en ce travail les fruits de vos efforts et encouragement.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Amadou TRAORE

- **Médecin colonel à la direction centrale du service de santé des armées DCSSA ;**
- **Professeur agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali.**

Cher maitre,

C'est un honneur et une chance pour nous d'avoir travaillé sous votre direction, votre bonne humeur votre rigueur votre sens élevé de la pédagogie, votre génie votre immenses qualité humaine font de vous un encadreur remarquable et admiré.

Cher maitre, nous espérons avoir été à la hauteur de votre attente dans la réalisation de ce travail que vous nous avez confié.

Trouvez ici cher maitre le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DR Zakari SAYE

- **Chargé de recherche ;**
- **Spécialiste en Oncologie Chirurgicale ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher maitre, nous avons admiré vos qualités scientifiques et pédagogiques tout au long de ce travail ; votre disponibilité, votre patience et votre amour du travail bien fait font de vous un maitre remarquable.

Cher maitre soyez rassuré de toute notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AES	:	Auto examen des seins
ACR	:	American college of radiology
ATCD	:	Antécédent
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
Cm	:	Centimètre
CS. Réf	:	Centre de Santé de Référence
FMOS	:	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
FSH	:	Hormone de Stimulation Folliculaire
HGT	:	Hôpital Gabriel Touré
IMC	:	Indice de masse corporelle
LH	:	Hormone Lutéinisante
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
P	:	Test statistique
%	:	Pourcentage

TABLE DES MATIERES

DEDICACE ET REMERCIEMENT.....	2
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY.....	6
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	12
LISTE DES TABLEAUX.....	15
LISTES DES FIGURES.....	18
INTRODUCTION.....	21
II.OBJECTIFS.....	24
2.1. Objectif Général	24
2.2.Objectifs Spécifiques	24
III. GENERALITES.....	26
1. RAPPELS	26
2. Epidémiologie.....	30
2.1. Facteurs de risque.....	31
2.2. Etiopathogénie.....	33
3. Clinique.....	34
4. Imagerie.....	34
5. Anatomopathologie.....	34
6. Traitement.....	35
6.1. But.....	35
6.2. Moyens et méthode.....	35
IV. METHODOLOGIE.....	57
1. Cadre d'étude.....	58
2. Type d'étude et période d'étude.....	60
3. Population.....	60
4. Echantillonnage.....	61
5. Supports.....	62

6. Analyse et Saisie	62
7. Ethique et déontologique.....	62
V. RESULTATS.....	63
1. Aspects épidémiologiques.....	64
2. Aspects diagnostiques.....	71
3. Aspects thérapeutiques.....	77
4. Suivi et évolution.....	81
VI. DISCUSSION.....	83
1. Aspects méthodologiques.....	84
2. Aspects épidémiologiques.....	84
3. Aspects diagnostiques.....	89
4. Aspects thérapeutiques.....	95
5. Suivi et évolution.....	96
CONCLUSION.....	97
RECOMMANDATIONS.....	99
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES.....	101
ANNEXES.....	110
ICONOGRAPHIE	123

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie.....	66
Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la nationalité.....	66
Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la gestité.....	67
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction la méthode de contraception..	67
Tableau V : Répartition des patientes en fonction du cycle menstruel.....	68
Tableau VI : Répartition des patientes en fonction des antécédents personnels...	68
Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des antécédents familiaux...	69
Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction des antécédents chirurgicaux.....	69
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque.....	70
Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'indice de masse corporelle.	70
Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du délai de consultation.....	71
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du sein atteint.....	72
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la localisation de la masse tumorale.....	72
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la nature de la masse.....	73
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la taille de la masse.....	73
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction de la masse par rapport aux deux (02) plans.....	74
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de la consistance de la masse tumorale.....	74
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les contours de la masse tumorale.....	74
Tableau XIX : Répartition des patientes selon la présence de douleur dans la masse tumorale.....	75

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'écoulement mamelonnaire.....	75
Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction de l'imagerie.....	75
Tableau XXII Répartition des patientes en fonction de la classification ACR à la mammographie.....	76
Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du type de prélèvement....	76
Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du résultat des prélèvements	77
Tableau XXV : Répartition des patientes selon les modalités de prise en charge.....	77
Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des indications chirurgicales.....	78
Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie.....	78
Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction du type d'incision.....	78
Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du type de chirurgie.....	79
Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de la nature de la pièce opératoire.....	79
Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'examen anatomopathologique.....	80
Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction du délai d'hospitalisation post-opératoire.....	80
Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction du suivi post-opératoire..	81
Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction des complications esthétiques.....	82
Tableau XXXV : Répartition des patientes en fonction de l'ACR et du traitement chirurgical.....	82

Tableau XXXVI : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge et du traitement chirurgical.....	82
Tableau XXXVII : Fréquences hospitalières selon les auteurs.....	85
Tableau XXXVIII : Age moyen selon les auteurs.....	86
Tableau XXXIX : Antécédents de pathologie mammaire et auteurs.....	87
Tableau XL : Gestité et auteurs.....	87
Tableau XLI : Motif de consultation et auteurs.....	88
Tableau XLII : Localisation de la tumeur et auteurs.....	89
Tableau XLIII : Echographie, mammographie et auteurs.....	91
Tableau XLIV : Cas de biopsie réalisée et auteurs.....	92
Tableau XLV : Le type histologique selon les auteurs.....	93
Tableau XLVI : Modalité de prise en charge et auteurs.....	94

LISTES DES FIGURES

Figure 1: Coupe sagittale et frontale du sein [9]	28
Figure 2: Schéma de l'innervation du sein droit [11]	30
Figure 3:: image histologique du sein normal [11]	32
Figure 4: A) Image mammographique B) image échographique du papillome intra-canaulaire papillome intra-canaulaire solitaire.....	38
Figure 5: aspect microscopique d'un papillome multiple [26]	39
Figure 6: image microscopique d'Adénome papillaire du mamelon [26]	39
Figure 7 : Image microscopique d'un adénome tubuleux [26]	40
Figure 8: A : image échographique B : aspect macroscopique d'un d'un adénome lactant	41
Figure 9: aspect microscopique d'un adénome lactant [26]	41
Figure 10: A Image échographique B: Image mammographique.....	42
Figure 11: A : aspect macroscopie d'un adénofibrome ; B : aspect microscopie d'un adénofibrome [30]	43
Figure 12: A) Image échographique de tumeur phyllode bénigne du sein B) Image mammographique.....	44
Figure 13: A) aspect macroscopique B) Image microscopique d'une tumeur phyllode bénigne du sein [34].....	45
Figure 14: Patient couchée, tumeur repérée.	48
Figure 15: Incision jusqu'à la graisse.....	49
Figure 16: Traction avec crochet de Gillies	49
Figure 17: Décollement. Incision des crêtes de Duret	50
Figure 18: A. Dissection soustraction et ablation. B. Dissection du fibroadénome	50
Figure 19: Fermeture sous-cutanée et drainage par voie mamelonnaire	51
Figure 20: Pose de Stéri-StripT pour une bonne cicatrisation sans traction	52

Figure 21:A. Incision sous-mammaire. B. Incision périaréolaire. C. Incision après désépidermisation.....	53
Figure 22:Mastectomie sous-cutanée. Incision sous-mammaire	53
Figure 23:Mastectomie sous-cutanée. Abord sous-mammaire	54
Figure 24:Nombre de cas par an	64
Figure 25: Répartition en fonction de la tranche d'âge.....	65
Figure 26: Répartition en fonction de la profession.....	65
Figure 27:Répartition en fonction du motif de consultation	71

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes du sein sont des néoformations bénignes développées dans le parenchyme de la glande mammaire. Elles constituent un ensemble de pathologies ubiquitaires et qui intéressent toutes les tranches d'âge. Elles sont particulièrement fréquentes chez la femme jeune et l'adolescente constituant une source d'inquiétude importante [1].

Elles font l'objet fréquemment de consultation avec un taux variant de 57% à 70% des pathologies mammaires dans le monde [2]. Aux États-Unis, les tumeurs bénignes du sein représentent environ un million de cas par an [3].

En Afrique, la fréquence des tumeurs bénignes du sein est estimée à 63,2% des pathologies mammaires [2]. Au Bénin, les tumeurs bénignes représentent 75% de l'ensemble des tumeurs du sein avec 59% de fibroadénome [4].

Au Mali, la fréquence des tumeurs bénignes est estimée entre 30% et 39% des tumeurs du sein[4,5].

La symptomatologie des tumeurs bénignes est souvent pauvre et dominée par la palpation d'un nodule.

La mammographie et l'échographie mammaire sont les examens qui permettent le dépistage et qui orientent le diagnostic des différentes tumeurs du sein. Seule l'histologie permet de confirmer la nature bénigne de la tumeur[5].

L'utilisation de la mammographie n'est pas souvent indiquée dans le diagnostic des tumeurs bénignes du sein chez les patientes de jeune âge. L'échographie permet souvent de poser le diagnostic et d'évoquer la nature histologique de certaines lésions comme le fibroadénome et la dystrophie kystique. Cependant l'existence de lésions frontières comme les tumeurs phyllodes et de lésions précancéreuses comme les hyperplasies atypiques de haut grade indiquent une grande prudence dans le diagnostic et le traitement [6].

Le traitement repose sur la prise en charge des symptômes ou parfois sur l'exérèse chirurgicale [1].

Selon la littérature, les femmes atteintes d'une maladie bénigne du sein présentent un risque de développer un cancer du sein [3]. Donc il est nécessaire que les cas de tumeurs bénignes du sein soient diagnostiqués et prises en charge dans le but de prévenir le cancer du sein.

Au Mali, il ressort peu d'études qui se sont intéressées sur ces types de tumeurs. La majorité des travaux sont axés sur les pathologies mammaires malignes chez la femme. C'est pourquoi nous avons initié ce travail pour décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako, au Mali.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS

2.1. Objectif Général :

Etudier les tumeurs bénignes du sein chez la femme dans le service de chirurgie générale du CHU GABRIEL TOURE de Bamako.

2.2. Objectifs Spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence des tumeurs bénignes du sein chez les femmes dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.
- ❖ Décrire les aspects cliniques et paracliniques.
- ❖ Décrire la prise en charge thérapeutique.
- ❖ Déterminer les aspects évolutifs des tumeurs bénignes du sein chez la femme.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Rappels :

1.1. Rappel anatomique [8] :

❖ **Situation :**

Au nombre de deux, les seins occupent la partie antérosupérieure de la poitrine de chaque côté du sternum, en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3^{ème} et la 7^{ème} côtes. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

❖ **Forme :**

Le sein a une forme ovoïde ou semi ovoïde, essentiellement chez la jeune fille européenne et asiatique, tandis que la forme conique est essentiellement observée chez la jeune fille africaine. Néanmoins, notons que sous l'influence du poids, de la grossesse, de l'allaitement, et du vieillissement, s'observent des modifications de l'aspect morphologique des seins.

❖ **Volume et Dimensions :**

Les seins mesurent en moyenne 10 à 11 cm de hauteur sur 12 à 13 cm de largeur, chez l'adulte et en dehors de la grossesse.

Au cours de la grossesse, les seins augmentent de volume surtout au début et à la fin de la gestation. À la ménopause le volume de la glande se réduit progressivement.

❖ **Poids et Consistance :**

Chez la jeune fille, le poids est de 150 g à 200 g. Alors que chez la nourrice ; il est de 400 g à 500 g pouvant atteindre 800 g à 900 g. Chez la jeune fille et nulligeste, les seins sont fermes et élastiques. Sous l'influence de la gestation et de l'âge, ils deviennent mous et flasques.

❖ **Rapports et Moyens de fixité :**

- Rapports :

Les seins sont en rapport avec le plan cutané en avant et le plan musculo- fascial et thoracique en arrière.

- **Moyens de fixité :**

- Les ligaments suspenseurs du sein et la peau constituent les moyens de fixité essentiels du sein.
- La peau : Mince, elle présente des connections très solidaires avec le fascia pré- mammaire qui la double. Cette solidarité est si étroite que les mouvements de la peau et de la glande sont inséparables.

❖ **Configuration externe :**

La surface extérieure du sein, fortement convexe et arrondie, présente trois zones :

- Zone périphérique : Elle est lisse ; souple et douce au toucher.
- Zone moyenne : c'est l'aréole ; elle est pigmentée ; circulaire de 15 mm à 30 mm de diamètre. Son aspect est rendu granuleux par des volumineuses glandes sébacées (tubercules de MORGAGNI). Les glandes deviennent plus volumineuses au cours de la grossesse et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY.
- Zone centrale : c'est le mamelon ; qui se dresse au centre de l'aréole comme une grosse papille. Sa pigmentation est identique à celle de l'aréole à l'exception du sommet qui reste toujours incolore. Les canaux galactophores y débouchent par des orifices (12 à 20).

❖ **Configuration interne :**

Grossièrement, on considère le sein comme une volumineuse glande cutanée en grappe, développée dans l'hypoderme.

Une coupe sagittale passant par le mamelon permet de reconnaître de la superficie vers la profondeur : l'enveloppe cutanée, le corps mammaire et une couche cellulo- adipeuse dite rétro- mammaire.

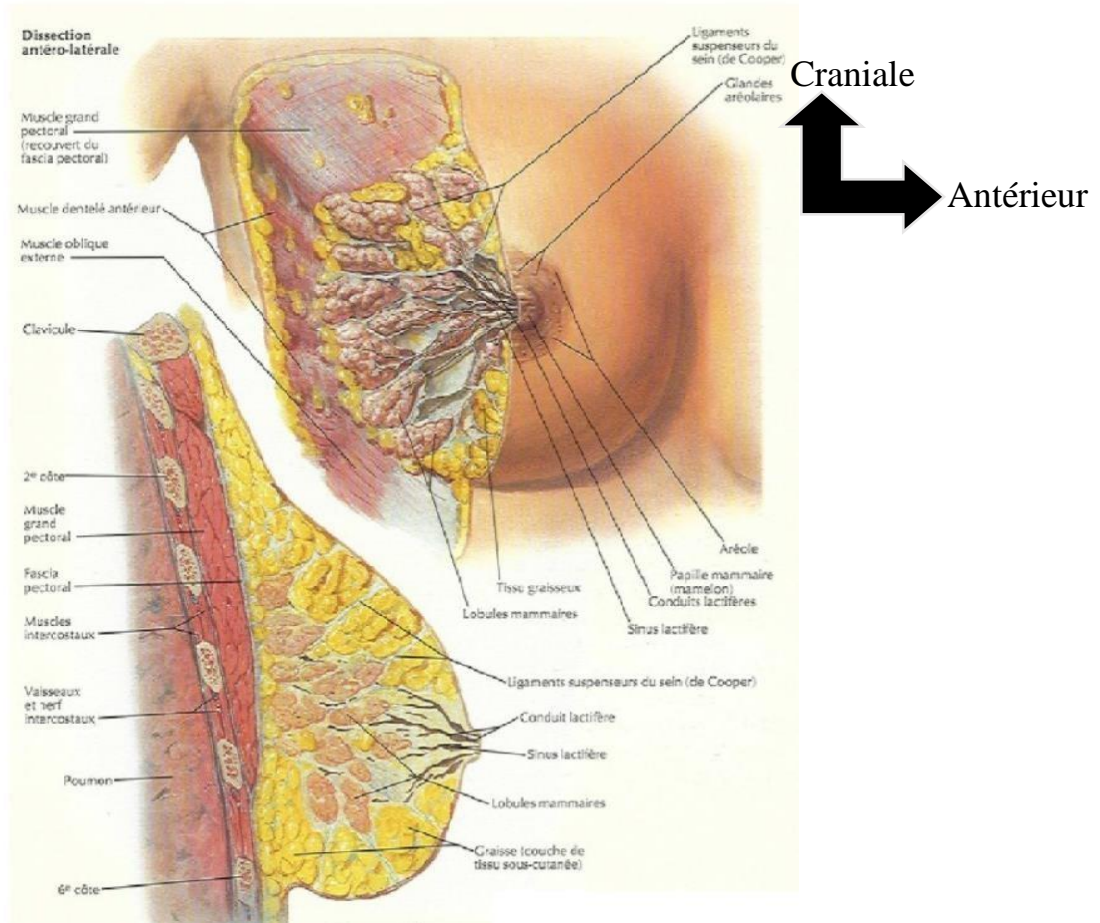


Figure 1: Coupe sagittale et frontale du sein [9]

❖ **Vascularisation :**

-Les artères :

La partie externe de la glande est irriguée par les branches de l'artère axillaire : l'artère mammaire externe, l'acromio-thoracique et la thoracique supérieure. La partie interne est irriguée par les branches perforantes de l'artère mammaire interne, et quelques rameaux des intercostales.

-Les veines :

Les veines ont un trajet analogue à celui des artères, et constituent un réseau superficiel et un autre profond. Les veines satellites des artères branches de l'artère

axillaire se jettent dans la veine axillaire, alors que les veines intercostales se jettent dans Les veines azygos.

L'artère mammaire interne est accompagnée par deux veines qui s'unissent en un vaisseau qui s'abouche dans le tronc veineux brachio-céphalique.

-Les lymphatiques [10]:

Les voies de drainage lymphatique mammaire semblent s'organiser de la manière suivante : un premier réseau lymphatique superficiel [9] drainant le parenchyme glandulaire superficiel jusque dans les ganglions axillaires, et un réseau profond, drainant le parenchyme glandulaire profond jusque dans les chaînes mammaires interne [10].

❖ **Innervation [8]:**

La glande mammaire est innervée par les perforantes antérieures du 2ème au 6ème nerf intercostal, et par la branche sus-claviculaire du plexus cervical superficiel.

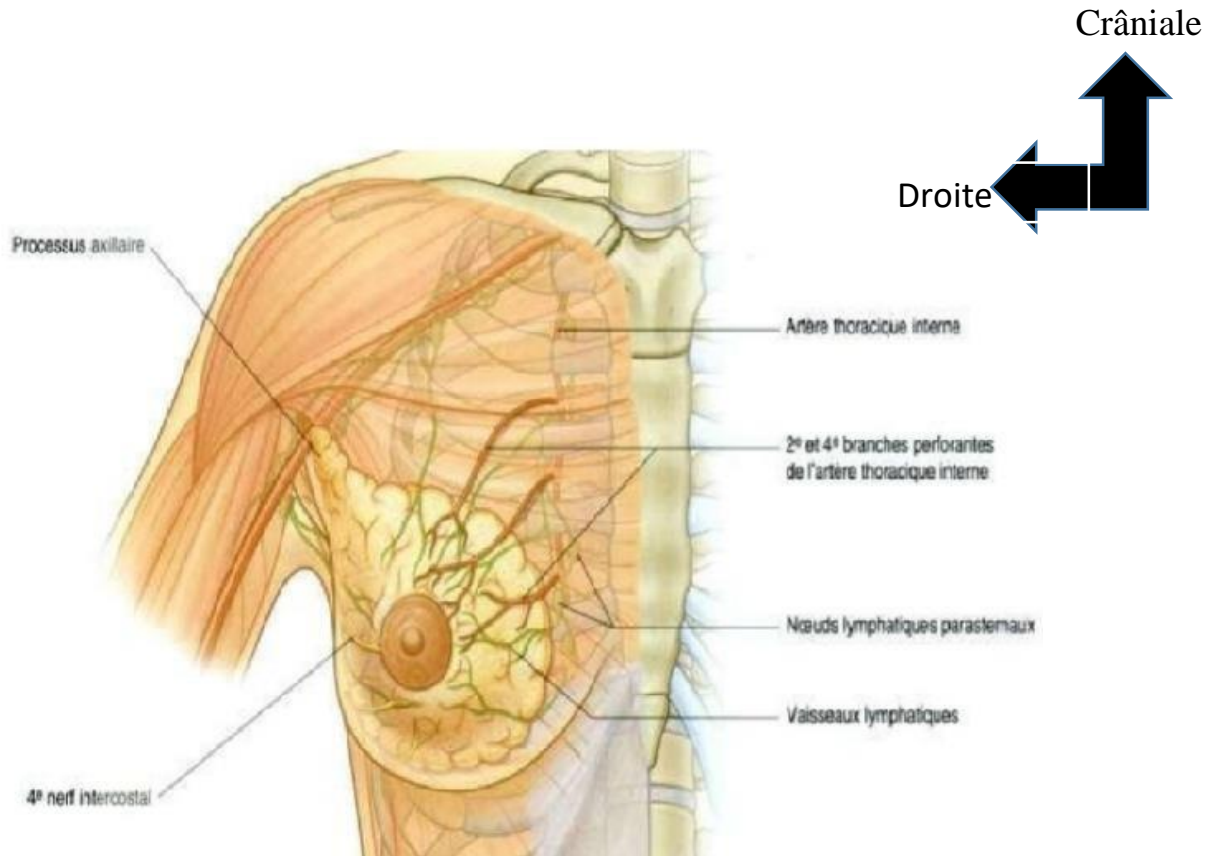


Figure 2 : Schéma de l'innervation du sein droit [11]

Schéma classique de la dissémination (d'après Gourin A).

Tumeur du sein → veines de retour (jugulo-sous clavière) → cœur droit
→poumons cœur gauche→ organes de la grande circulation (os, vertèbres, ceinture scapulaire et pelvienne, foie, cerveau).

1.2. Rappel histologique :

❖ Histologie topographique :

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires, qui ont valeur de lobes. Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédiculés se réunissant en un canal inter lobulaire. La réunion de plusieurs canaux inter lobulaires forme un conduit lactifère, l'ensemble des

lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe ; on compte environ 15 à 20 par corps mammaire.

❖ **Structure [12] :**

L'acinus comporte une cavité bordée de dedans en dehors par :

- Une couche de cellules cubiques à noyaux volumineux riches en chromatine ;
- Une couche de cellules myoépithéliales (cellule en panier de Böll) ; ce sont des cellules plates, étoilées à noyau petit et sombre ; à cytoplasme parcouru de myofibrilles une membrane basale ou vitrée.

Les canaux excréteurs présentent de dehors en dedans :

- Une vitrée qui se renforce progressivement d'une gaine conjonctivale élastique.
- Les cellules myoépithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux, une couche de cellules épithéliales cubiques disposées en deux couches au niveau des conduits intra et inters lobulaires ; et en 3 ou 4 couches au niveau des conduits lactifères.

La lumière des conduits lactifères présente une dilatation appelée sinus lactifère. Le tissu conjonctif interstitiel est assez dense dans la région interlobulaire ou chemine les vaisseaux et nerfs mais devient délicat dans les lobules au contact des alvéoles, là les fibrilles collagènes sont fines.

La substance fondamentale est abondante et les histiocytes nombreux : c'est le « manteau » alvéolaire dont l'évolution semble être également sous commande hormonale.

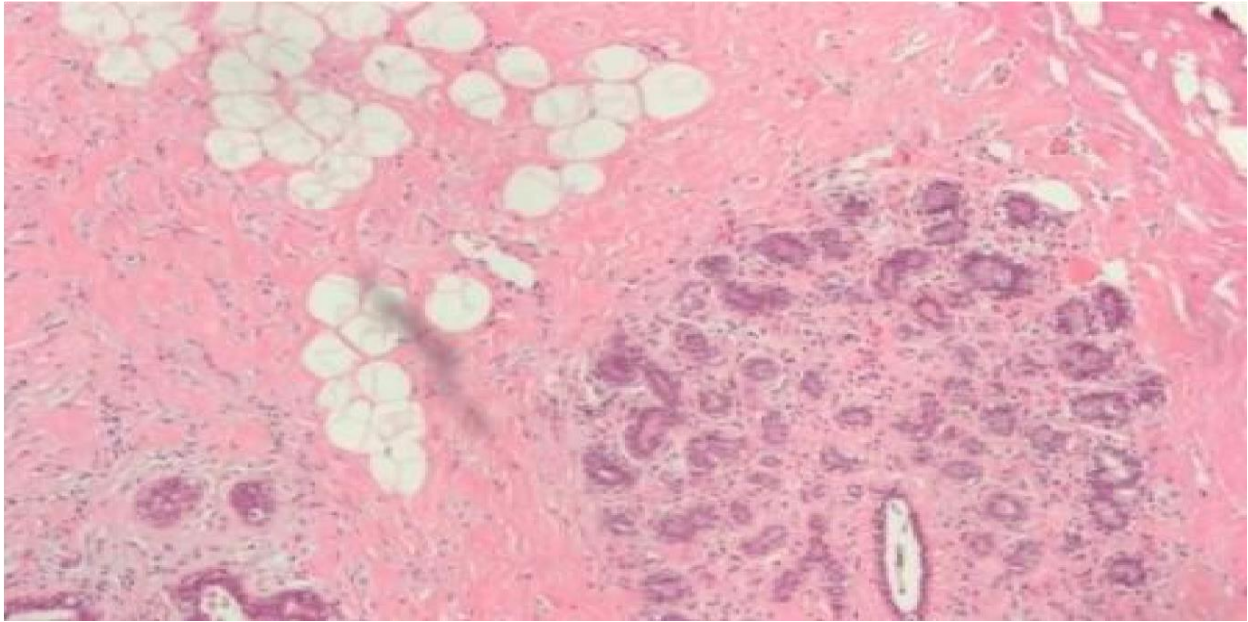


Figure 3 : image histologique du sein normal [11]

2. Epidémiologie :

Une femme sur deux environ développe au cours de sa vie une dystrophie fibrokystique et une femme sur cinq un adénofibrome, mais les études cliniques montrent que l'incidence des dystrophies mammaires biopsiées avant l'âge de 65 ans est d'environ 8 à 9% et celle des adénofibromes de 2,2 % [24]. Il n'y aurait donc que 10 à 12 % de ces maladies confirmées à la microscopie [25, 26, 27].

❖ Les adénofibromes :

Pathologie très fréquente depuis la période pubertaire jusqu'à la trentaine (30/100 000) avec un pic d'incidence entre 21 et 25 ans [44].

❖ Maladie fibrokystique :

La maladie fibro-kystique du sein (MFK) toucherait une femme sur deux entre 45 et 50 ans, mais ne serait histologiquement confirmée que dans 10 à 20% des cas. [44]

❖ Papillome et papillomatose :

L'âge moyen de survenue est de 50 à 54 ans.

✦ **Tumeur phyllode :**

Elle représente 0,3 à 4% des tumeurs du sein de la femme. Les 3/4 des cas surviennent entre 40 et 50 ans, mais il n'y a pas d'âge préférentiel. Elle est exceptionnelle chez la jeune fille avant 20 ans contrairement au fibroadénome.

Elles sont rarement bilatérales et rarement associées au cancer [44].

2.1. Facteurs de risques :

➤ **Sexe :**

Les tumeurs bénignes du sein sont quasi-exclusives au sexe féminin. Ainsi, la rareté des tumeurs du sein chez le sexe masculin s'expliquerait par le caractère atrophique de la glande, l'absence d'acini et l'abondance du tissu fibreux chez l'homme [29].

➤ **Âge des ménarches :**

La plupart des études réalisées montrent que l'âge aux ménarches n'influence pas le risque ultérieur de tumeurs bénignes du sein [28].

➤ **Âge à la ménopause :**

L'âge à la ménopause peut probablement être rapproché de la maladie fibrokystique du sein, mais pas à l'adénofibrome. Cole a trouvé un risque relatif de 1,4 pour les femmes ménopausées entre 49-51 ans et 3 pour celles ménopausées après 52 ans [31].

Concernant les femmes ménopausées avant 49 ans, des études avec les définitions histologiques plus raffinées de la pathologie bénigne du sein n'ont trouvé aucune association [30].

➤ **Nulliparité :**

Une étude de cas témoins [34] et une étude prospective [28] ont retrouvé un risque accru de la maladie fibrokystique pour la nullipare plus que les multipares.

Cole a signalé que cette association positive a été limitée aux femmes âgées de moins de 40 ans un risque relatif de 2,2 [31].

➤ **Multiparité :**

Une parité plus élevée peut être protectrice contre la maladie fibrokystique du sein, mais pas contre l'adénofibrome. Dans l'étude cas témoins de Hsieh et Trapido [35], le risque relatif était de 0,5 pour une parité supérieure ou égale à 5 contre une ou deux naissances. Ory [36] a constaté que les taux d'hospitalisations normalisées d'âge par 1000 années- femmes étaient 5,1 pour les nullipares contre 2,4 pour les femmes avec une parité supérieure à 5.

Cet effet protecteur était, cependant, absent dans l'étude de Pastides [37] ou non statistiquement significatif dans celle de Stein [30].

➤ **Allaitement :**

Les études qui ont examiné la relation entre le risque de développer une tumeur bénigne du sein et les femmes n'ayant jamais allaité ont échoué à trouver une association positive avec la maladie fibrokystique du sein ou avec l'adénofibrome.

En général les découvertes les plus saillantes liées à la parité et la reproduction affirment que la multiparité et l'âge précoce à la ménopause protégeraient les femmes contre la maladie fibrokystique du sein.

Le risque de développer un adénofibrome ne semble pas être sous l'influence des facteurs reproducteurs [37,38].

➤ **Les antécédents familiaux de cancer du sein :**

Les antécédents familiaux de cancer du sein maternel n'ont pas été rapprochés à la maladie fibrokystique du sein, au degré d'atypie, ou aux adénofibromes dans la plupart des études [30,45,43].

Cependant Pastides et coll [37], ont retrouvé un risque relatif de 2,8 de la maladie fibrokystique du sein chez les femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein observé chez la mère ou la sœur.

➤ **Obésité et prise de poids :**

De tous les facteurs de risque passés en revue, l'obésité avait l'association la plus forte et la plus cohérente tant avec l'adénofibrome qu'avec la maladie fibrokystique

du sein. Les résultats de toutes les études passées en revue sont cohérents dans la découverte d'un effet protecteur.

Cet effet protecteur a été prouvé dans cinq études [32,33,38,39,40].

➤ **Utilisation de contraceptif oral :**

Plusieurs études ont constaté que l'utilisation de contraception orale a un effet protecteur sur le risque de développer une maladie fibrokystique du sein.

Une forte relation entre maladie fibrokystique du sein et la durée d'utilisation de contraception orale a été trouvée dans la plupart des études de cas-témoins [36,41] et dans toutes les études de cohorte [32,42]. Comme le montre le tableau IV, le risque de développer une maladie fibrokystique du sein diminue d'autant que la durée d'utilisation de contraception orale est plus longue. Il y a des preuves que l'effet protecteur de la longue durée d'utilisation de contraception orale peut être plus fort dans les cas d'atypies sévères [31,41].

➤ **Autres facteurs de risque :**

- Le niveau socio-économique,
- Conditions nutritionnelles et mode de vie,
- Thérapeutique de substitution d'œstrogène.

2.2. Etiopathogénies :

Aucune étiologie précise n'est connue aux tumeurs bénignes du sein. Brinton pense que l'obésité protège contre le fibroadénome du sein ; quant à l'âge, la parité eux, ne jouent aucun rôle véritable [32].

Cependant certains facteurs de risque peuvent être en cause : Héréditaire, Infectieuse (Virus), Physique (les rayonnements), Chimique (Substances contenues dans le tabac, issues de l'industrie) [4].

3. Clinique :

À l'inspection on a rarement des signes. La palpation retrouve des nodules ou une tuméfaction du sein accompagnés ou non de douleur.

4. Imagerie :

- Mammographie :

Elle doit être systématique, on note l'aspect de l'opacité tumorale, ses contours, les signes cutanés. Elle ne donne aucune information sur la nature solide ou liquide de la tumeur [20].

-Echographie :

Elle permet de préciser les caractères de la tumeur et de détecter les lésions associées.

5. Anatomopathologie :

❖ **Cytologie :** elle permet de savoir, le caractère bénin, d'un nodule, d'un kyste ou d'une masse, elle se fait à partir d'une ponction à l'aiguille fine après avoir badigeonné la partie.

❖ **Aspects histologiques :**

Classification OMS des tumeurs bénignes du sein[21] :

-Tumeurs épithéliales :

Tumeurs épithéales-myo-épithéales :

Adénome pléomorphe

Adénomyoépithéliome

Lésions proliférantes intra canalaire :

Hyperplasie canalaire simple

Lésions papillaires :

Papillome intra canalaire simple

Proliférations épithéliales bénignes :

Adénose sclérosante

Adénose apocrine

Adénose micro glandulaire

Cicatrice radiaire/Lésion sclérosante complexe

Adénome tubuleux ; adénome lactant ; adénome apocrine ; adénome canalaire

-Tumeurs méenchymateuses :

Myofibroblastome,

Fibromatose de type desmoïde,

Tumeur myofibroblastique inflammatoire,

Lésions vasculaires bénignes : hémangiome ; angiomatose,

Hyperplasie pseudoangiomateuse du stroma,

Tumeur à cellules granuleuses.

-Tumeurs fibro-épithéliales :

Fibroadénome

Tumeur phyllode bénigne

Hamartome

-Tumeurs du mamelon : Adénome du mamelon

a. Tumeurs épithéliales :

-Papillome :

Lésion proliférative de l'épithélium canalaire, son architecture est papillaire en totalité ou partiellement. On note la présence d'un axe fibro-vasculaire tapissé par un revêtement épithélial.

- Lésion papillaire :

Le papillome intra canalaire solitaire : il se voit à tout âge, siège au niveau des galactophores de la région sous aréolaire et sinus lactifères[22][23], il est responsable d'écoulement mamelonnaire sanglant ou séreux dans 70% des cas.

Microscopie : l'architecture papillaire est dominante mais peut être aussi adénomateuse ou massive, on peut y noter des remaniements tels que : fibrose, calcification, métaplasie apocrine, infarctus et hémorragie.

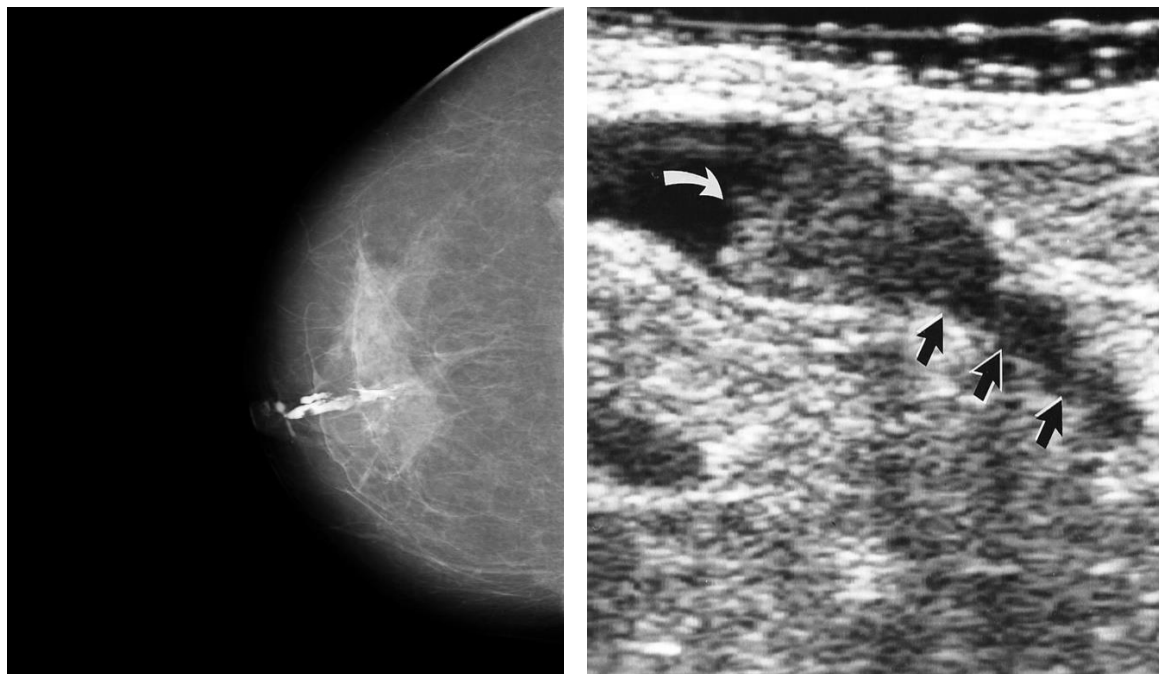


Figure 4: A) Image mammographique B) image échographique du papillome intra canalaire papillome intra canalaire solitaire

- Le papillome multiple :

Plus précoce avec un âge moyen de 40 ans, il est responsable d'écoulement mamelonnaire dans 20% des cas et est souvent bilatéral et récidivant, de siège distal et multifocal [23-46]; des évolutions vers la malignité ont été décrites par certains auteurs[46].

Microscopie : l'architecture est mixte on peut y noter des remaniements tels que la sclérose et la métaplasie malpighienne. Une association intra canalaire est possible.

A ce papillome multiple est associé un sous-groupe qui est le papillome multiple juvénile. Il se rencontre chez des jeunes et a un caractère localisé et unilatéral.

L'aspect histologique est essentiellement kystique et apocrine papillaire avec des zones d'hyperplasie épithéliale atypique et des foyers nécrose[46].

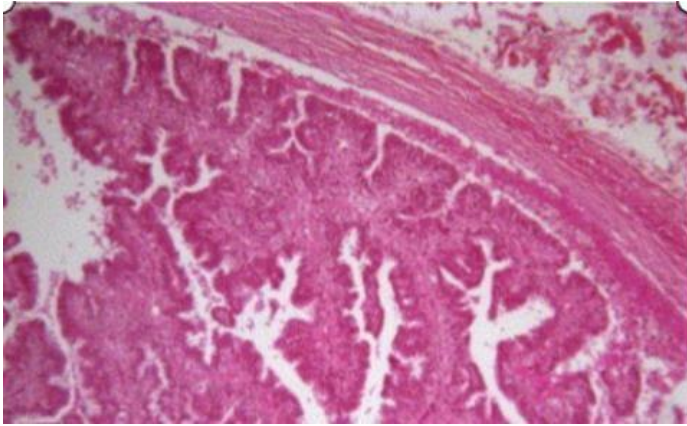


Figure 5 : aspect microscopique d'un papillome multiple [48]

- Adénome papillaire du mamelon :

Il se voit à tout âge, il est pris souvent pour la maladie de PAGET.

Deux stades évolutifs sont possibles : le stade pré-érosif (épaississement du mamelon, petit bombement, rougeur) et le stade érosif (lésion pseudo granulomateuse extériorisée à la surface du mamelon).

Microscopie : il s'agit d'une lésion mixte adénomateuse et papillaire dépassant les parois du canal et infiltrant le stroma mamelonnaire [49].

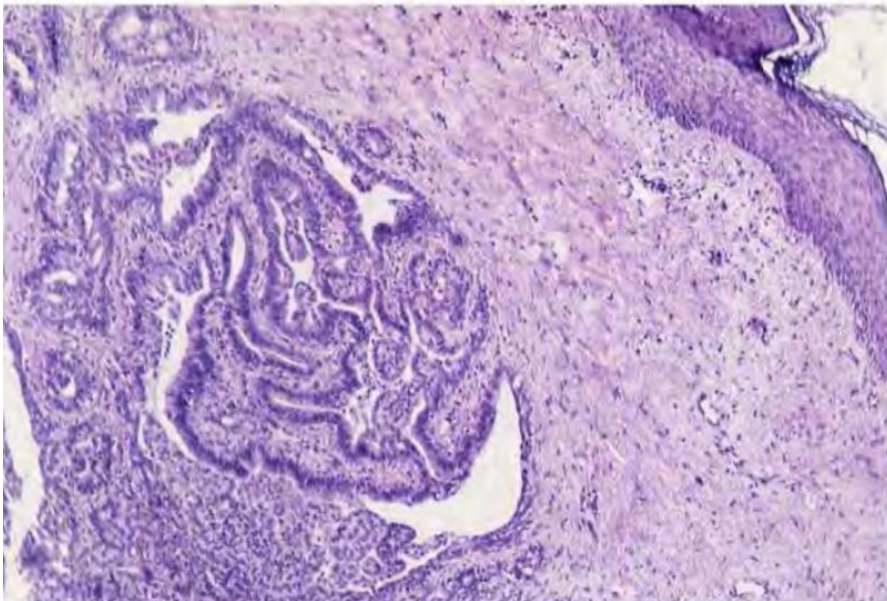


Figure 6 : image microscopique d'Adénome papillaire du mamelon [48]

- L'adénome syringomateux du mamelon :

Sa genèse est discutée : entre une tumeur des glandes sudorales du mamelon ou une forme fibrosée d'adénome papillaire du mamelon [50].

- Les adénomes :

Les adénomes sont rares, ils ont été décrits par plusieurs auteurs tels que GANDER HERTEL [51] :

Adénome tubuleux : il se voit entre 15 et 40 ans, l'âge moyen étant de 23 ans.

On note ici l'absence d'hémorragie et de nécrose mais parfois la présence des écoulements. Son diamètre varie de 1 à 4 cm, bien limité, il est de couleur jaunâtre sur les tranches de section. De consistance ferme, il n'est pas encapsulé. Microscopie : la lésion est constituée de nombreux tubules réguliers ressemblant aux canalicules d'un lobule quiescent (non sécrétant).

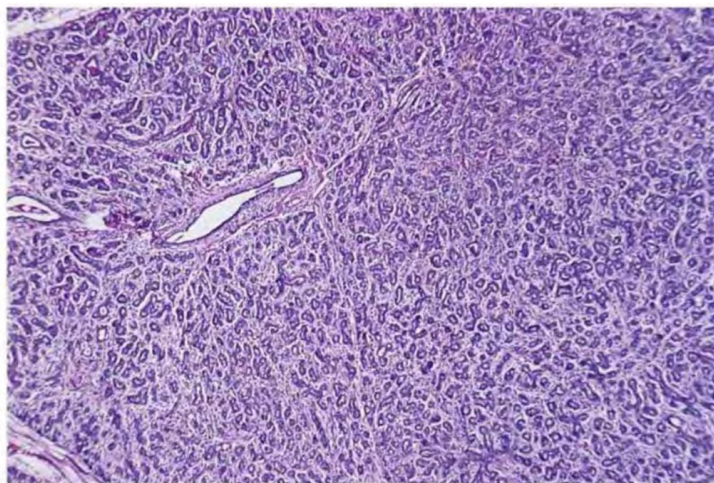


Figure 7 : Image microscopique d'un adénome tubuleux [48]

- Adénome lactant : son aspect macroscopique est identique à celle des adénomes tubuleux. - Microscopie :

Il présente un ensemble de formations tubulo-acineuses comportant d'importants signes sécrétoires tels qu'on les observe pendant la grossesse et la lactation [52].

Pour certains auteurs, les adénomes tubuleux et lactant sont toujours liés à la grossesse ou la lactation et peuvent naître d'un adénofibrome pré existant [53].

Généralement leur évolution est strictement bénigne, néanmoins des cas d'évolution vers la malignité ont été observés [52].

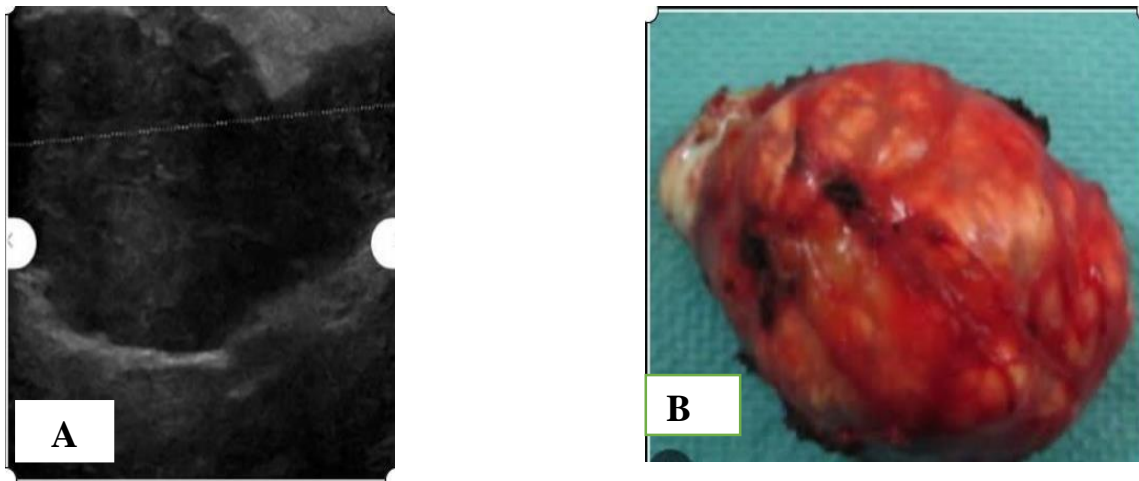


Figure 8 : A : image échographique B : aspect macroscopique d'un adénome lactant

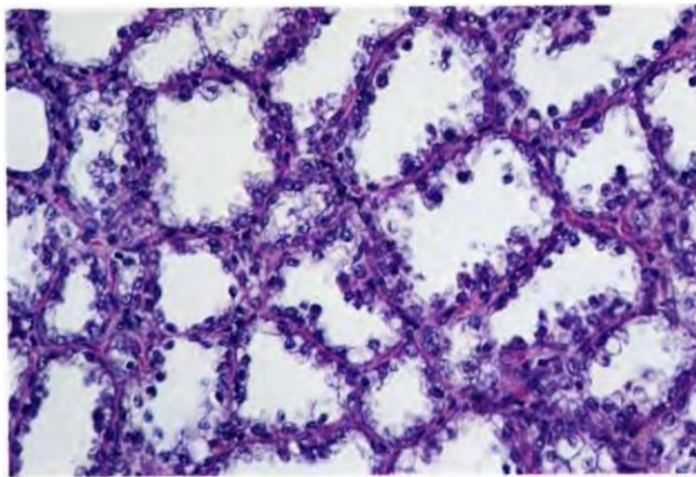


Figure 9 : aspect microscopique d'un adénome lactant [48]

a. Tumeurs fibro-épithéliales :

- Adénofibrome ou fibroadénome : C'est la plus fréquente des tumeurs bénignes. Elle se voit entre 15 et 45 ans et est rare après la ménopause. ESPIE estime qu'une femme sur cinq (1/5) ferait un adénofibrome au cours de sa vie [54]. CHEATLE et CUTLER les rencontrent dans 25% des seins anormaux et FRANZ

dans 9%. Dans 13 à 20% des cas, ils sont multiples soit dans un sein ou dans les deux [10].

✓ **Macroscopie** : de taille variant entre 1 à 10 cm, l'adénofibrome peut atteindre 20 à 22 cm quand il est de type juvénile [55,11]. Il est bien limité par une pseudo-capsule fibreuse. De consistance élastique plus ou moins dure surtout s'il se calcifie, il est indolore et mobile sur le reste du tissu mammaire.

✓ **Microscopie** : il existe deux variétés :

Le fibroadénome péri-canalair : la prolifération des canaux conserve une lumière circulaire, on y note également une hyperplasie du tissu conjonctif. **Le fibroadénome intra canalair** : la tumeur présente des canaux collabés étirés offrant des contours arciformes (ceci est le résultat de l'hyperplasie conjonctive qui va repousser les canaux).

Echographie : mise en évidence d'un nodule hypoéchogène, homogène de contours irrégulier, bien limité à grand axe parallèle au plan cutané avec un renforcement postérieur.

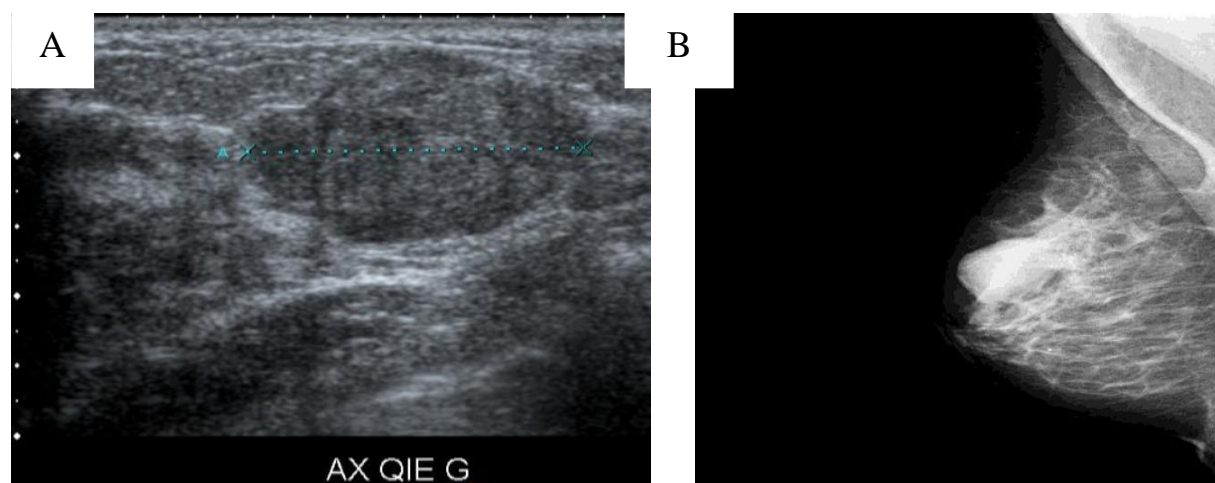


Figure 10 : A Image échographique B : Image mammographique

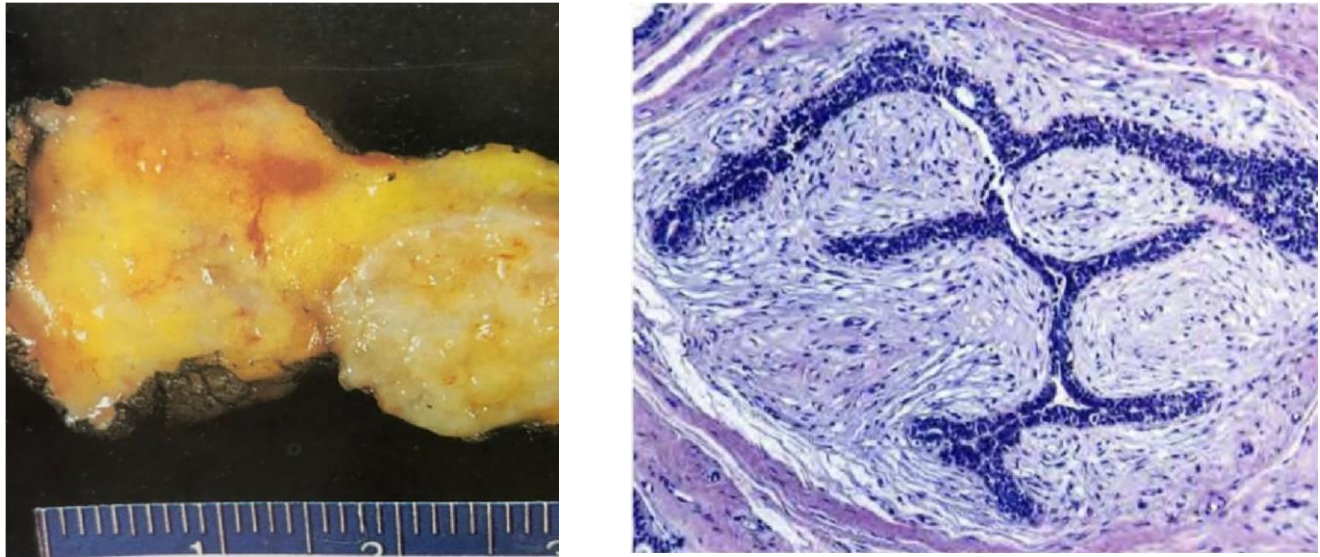


Figure 11 : A : aspect macroscopique d'un adénofibrome ; B : aspect microscopie d'un adénofibrome [52]

- **Tumeur phyllode bénigne** : Elle est rare moins de 1% des tumeurs du sein et 2 à 3% des tumeurs fibro-épithéliales. Elle apparaît aux extrémités de la vie sexuelle : période pré-pubertaire et ménopausique. Sa bilatéralité est exceptionnelle. Les récurrences locales sont fréquentes jusqu'à 25% des cas de même type histologique que la tumeur initiale, mais elle peut évoluer vers une tumeur maligne [56].

- ✓ **Macroscopie** : la tumeur apparaît pseudo-encapsulée. Sur les tranches de section, on note un aspect blanc-nacré avec des plages d'aspect mucoïde, des kystes à contenu gélatineux et des foyers hémorragiques. La pression sur les tranches de section fait jaillir de nombreuses formations en languette à l'intérieur des fentes galactophoriques réalisant ainsi l'aspect de fougères. C'est à cet aspect que cette tumeur doit son nom de tumeur phyllode.

- ✓ **Microscopie** : il s'agit d'une double prolifération mésenchymateuse et épithéliale mais la composante mésenchymateuse est très dense et très cellulaire par rapport à l'adénofibrome banal. Les structures épithéliales sont rares par rapport à la composante mésenchymateuse.

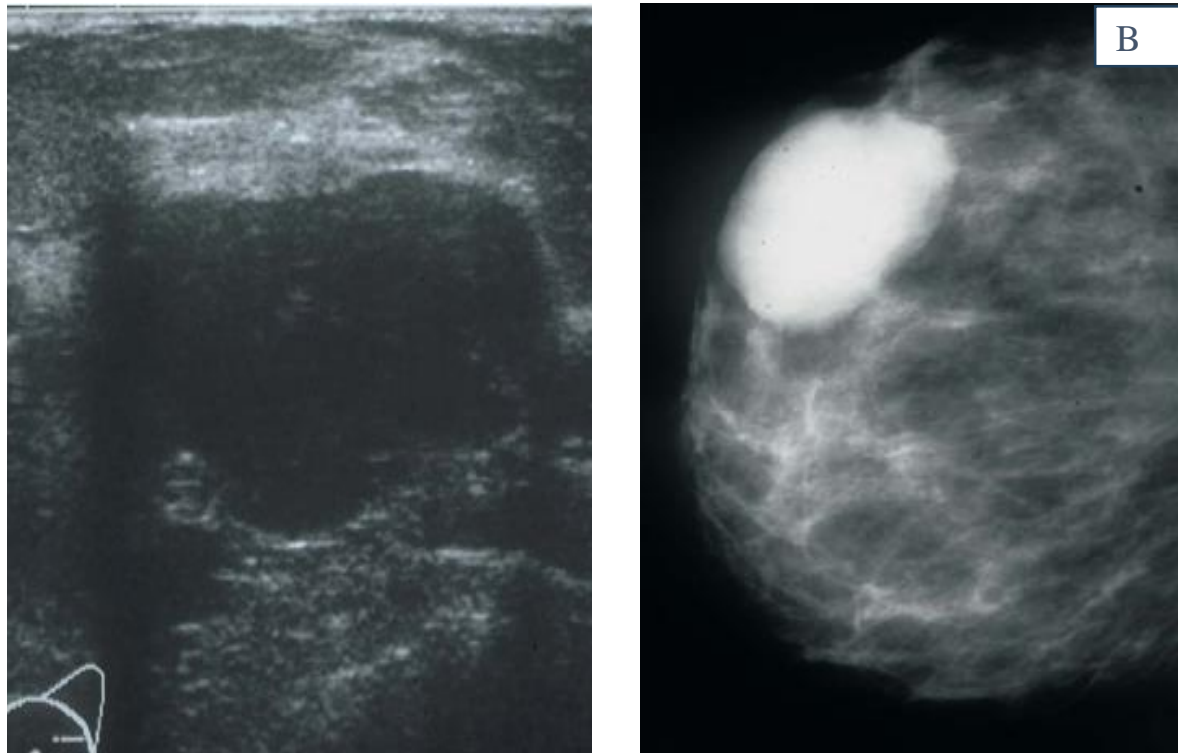


Figure 12 : A) Image échographique de tumeur phyllode bénigne du sein B) Image mammographique.

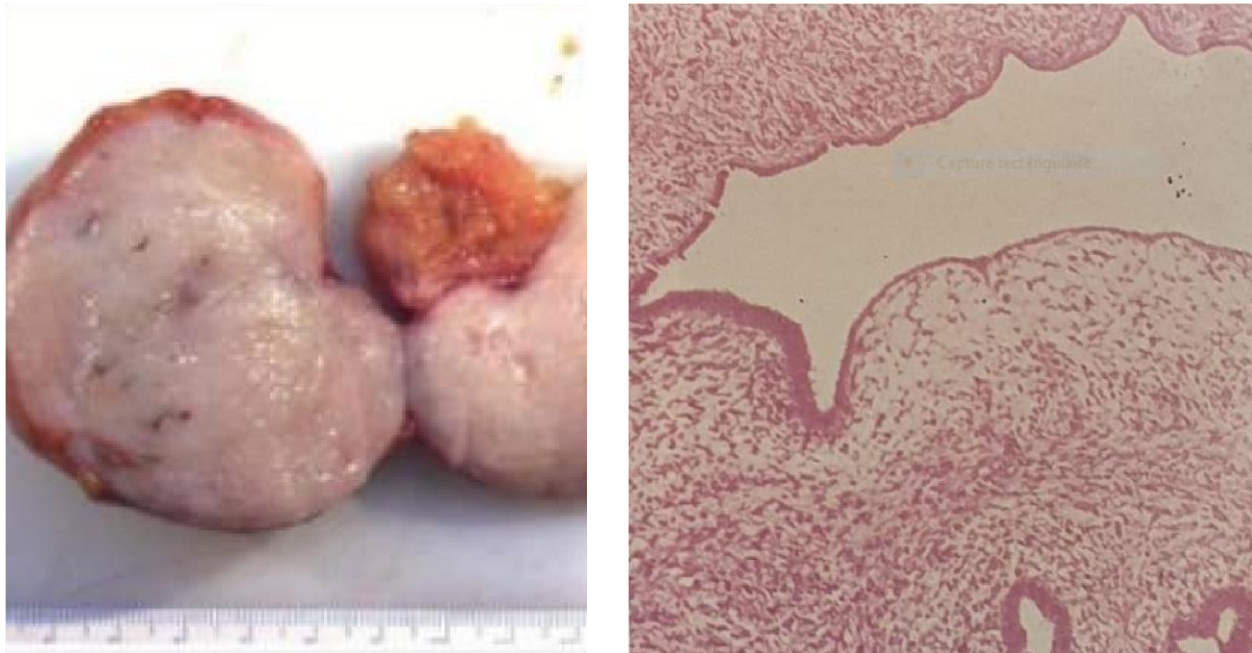


Figure 13 : A) aspect macroscopique B) Image microscopique d'une tumeur phyllode bénigne du sein [56].

- **Maladie fibro-kystique**

C'est la plus fréquente des mastopathies bénignes, elle est également appelée dystrophie fibro-kystique ou maladie de Reclus.

Microscopie :

Elle associe de façon variable deux types de lésions dystrophiques :

- Hyperplasie simple de l'épithélium galactophorique (composante glandulaire), sans anomalie nucléaire ou mitose anormale,
- Sclérose conjonctive : elle est responsable des douleurs et de la compression des canaux galactophores, à l'origine de formations kystiques de tailles variables. Elle est responsable d'un tissu glandulaire dense avec des petits kystes et parfois des kystes plus importants.

6. Traitements :

6.1. Buts :

- ✓ Permettre la résorption ou la stabilisation des tuméfactions et nodules

palpables ;

- ✓ Corriger le déséquilibre hormonal et prévenir l'apparition de nouvelles lésions ;
- ✓ Le contrôle des résultats fonctionnels et esthétiques.

6.2. Moyens et Méthodes :

❖ Médicaux[57]

-Antalgiques : utilisés dans les mastopathies bénignes qui s'accompagnent de mastodynies notamment la maladie fibrokystique du sein.

-Anti-inflammatoires : Ils peuvent être utilisés en cas de poussée inflammatoire locale. L'application de cataplasmes d'Antiphlogistine à titre local peut rendre de réels services.

-Hormonothérapie :

Les progestatifs de synthèse, utilisés seuls, peuvent donner des résultats à des degrés variables, mais souvent peu efficaces à long terme et mal tolérés du fait de leurs effets secondaires. Donnés du 5ème au 25ème jour du cycle menstruel, ils entraînent un blocage de l'ovulation et une mise au repos ovarien.

Ainsi, le traitement progestatif est prescrit à titre curatif dans les mastodynies et les adénofibromes récents du fait de son efficacité sur l'œdème interstitiel et l'hyperplasie épithéliale, tandis qu'il a un rôle uniquement stabilisateur dans les cas d'adénofibromes anciens, les kystes (après aspiration) et la mastose fibrokystique parce qu'il est inefficace sur la sclérose.

-Locale : La progestérone percutanée (PROGESTOGEL)

-Générale :

- La progestérone naturelle (UTROGESTAN) et son isomère (DUPHASTON, PRÉCYCLAN), plus active sur le syndrome prémenstruel que sur les mastodynies.

Les progestatifs de synthèse (dérivé prégnant) peuvent être prescrits du 16ème

au 25^{ème} jour du cycle ou du 5^{ème} au 25^{ème} en fonction de la durée des mastodynies avec une efficacité plus marquée sur les mastodynies (80 %) que sur les kystes et les placards (40%).

- Le DANAZOL est une molécule androgénique, efficace dans 80 % des cas à la posologie de 200 à 400 mg/jour mais source de troubles cutanés et métaboliques.
- Tamoxifène : Les anti-œstrogènes (TAMOXIFÈNE) sont efficaces dans 70 à 95 % des cas à la posologie de 10 à 20 mg/jour, par inhibition de la lésion de l'œstradiol sur son récepteur avec diminution de la prolifération cellulaire ; cependant, il existe un effet clomid-like hypothalamique avec augmentation de la FSH, entraînant un taux d'œstradiol plasmatique élevé source d'hyperplasie de l'endomètre, et la constitution de kyste ovarien fonctionnel.

✦ **Chirurgicaux[58]**

Lorsque la chirurgie est jugée nécessaire, il faut alors relever deux défis a priori contradictoires :

- Réaliser une exérèse complète de la lésion, de manière à éviter la récurrence et à obtenir une analyse anatomopathologique de tout le tissu tumoral ;
- Réaliser un geste le plus discret possible de manière à ne pas abîmer le sein par une exérèse trop large ou par une cicatrice disgracieuse.

a) **Exérèse des nodules :** En préopératoire, il est indispensable de bien repérer la lésion palpable et nous avons l'habitude de tracer ses contours à l'aide d'un crayon dermique (fig.28). Ce tracé doit avoir lieu debout. De même, on choisira dans cette même position le tracé de l'incision. C'est ainsi que l'on peut utiliser au mieux le galbe du sein et juger de l'emplacement d'une incision la plus discrète possible en tenant compte de la position naturelle du sein. Il est impératif de contrôler les dessins en position allongée (position peropératoire). Cette précaution permet de vérifier que la tumeur reste techniquement accessible par les tracés choisis, car le décubitus peut majorer la distance tumeur-tracé.



Figure 14 : Patiente couchée, tumeur repérée.

Dans le cadre d'une localisation juxta-aréolaire, il est commode de réaliser une voie d'abord par incision péri aréolaire simple ou avec refend radiaire. Nous pratiquons cette incision à la lame froide légèrement en dedans de la limite floue séparant la zone pigmentée aréolaire de la peau du sein(fig.26).



Figure 15 : Incision jusqu'à la graisse.

Nous complétons alors l'incision à bistouri électrique de manière à dégager le plan des crêtes de Duret. Deux crochets de Gillie permettent de tracter le plan cutané au zénith (fig. 27) favorisant son décollement superficiel à travers les crêtes de Duret (fig. 27). Nous menons ce décollement aux ciseaux, bien au-delà de l'aire tumorale. L'espace de décollement décrit ainsi un triangle dont le sommet est l'incision cutanée et dont la base se situe au-delà de la tumeur.

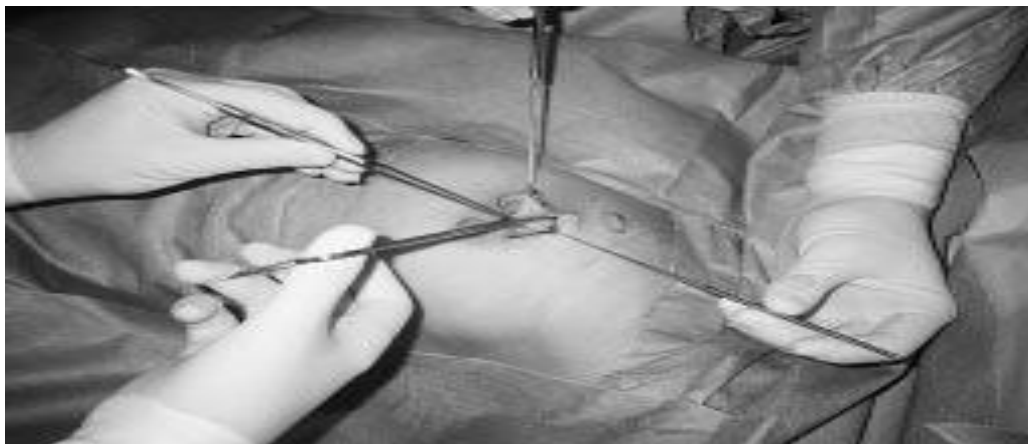


Figure 16 : Traction avec crochet de Gillie



Figure17 : Décollement. Incision des crêtes de Duret

L'hémostase doit être soignée mais il ne faut pas redouter un décollement large car le recollement est toujours satisfaisant en postopératoire.

Après avoir vérifié au doigt que le décollement est suffisant pour accéder à la tumeur, nous plaçons un fil trans-tumoral afin d'exercer une traction sur le nodule (ce fil peut être remplacé par une pince à champs errée directement dans le nodule).

L'exérèse de la lésion débute alors soustraction (fig.32). Les berges cutanées sont refoulées par des écarteurs de Farabeuf. La simple énucléation est suffisante et nous réalisons habituellement une exérèse à marge étroite au ciseau type Mayo. La dissection est facilitée par la traction qui est le geste « clé » de ce temps opératoire.

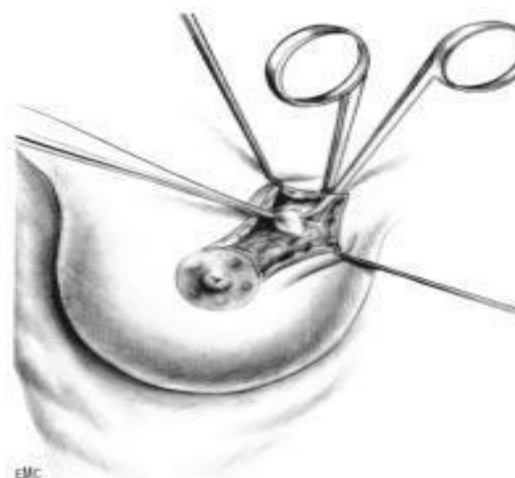


Figure 18 : A. Dissection soustraction et ablation. B. Dissection du fibroadénome

Après l'exérèse, il s'agit de contrôler la qualité de l'hémostase. Nous limitons ainsi la durée du drainage aspiratif. L'inconvénient majeur du drainage est le risque d'induire une adhérence du plan superficiel à la cavité d'exérèse avec déformation cutanée persistante (fig30).

La fermeture se réalise alors en un ou deux plans. Il est préférable de combler la cavité d'exérèse grâce à quelques points rapprochant les berges glandulaires.

Sur le plan cutané, nous pratiquons une suture par points inversés de fils résorbables (Monocrylt 4.0) mais il est également possible de suturer au fil non résorbable le plus souvent par points séparés.



Figure 19 : Fermeture sous-cutanée et drainage par voie mamelonnaire

Le pansement doit être compressif et nous appliquons fréquemment du Stéri-Strip et de la Biogaz sur la peau (fig34). La sortie est possible dans les 12-24 heures.

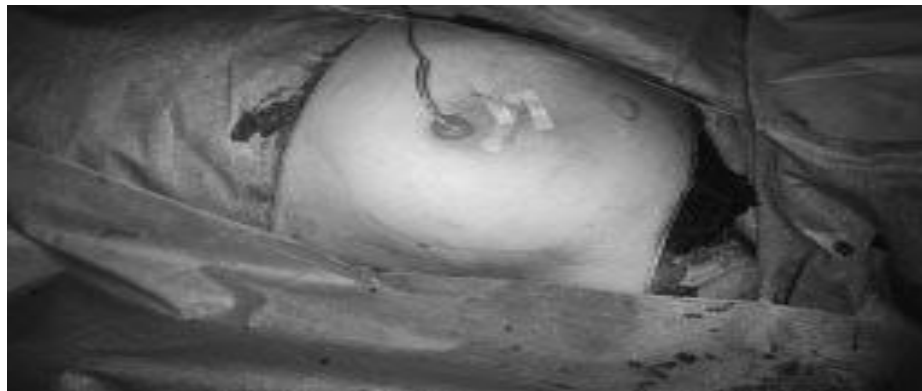


Figure 20 : Pose de Stéri-Stript pour une bonne cicatrisation sans traction

➤ **Mastectomie partielle**

Emportant la tumeur en totalité avec des berges macroscopiquement saines, et le cas échéant recoupes glandulaires. L'exérèse est effectuée sur toute l'épaisseur du tissu mammaire jusqu'au plan musculaire. Pièce orientée dans l'espace (fils, clips et/ou schéma), non morcelée.

Mastectomie totale : qui entre dans le cadre de la chirurgie prophylactique.

a) Indications :

On assiste actuellement à un regain d'intérêt de la chirurgie prophylactique sous la forme de mastectomies sous-cutanées. En effet, si le concept de l'ablation du tissu mammaire à titre préventif est connu depuis de nombreuses années, la médiocrité des résultats avait entraîné une grande diminution de ses indications, que ce soit pour les mastopathies multi kystiques invalidantes ou les hyperplasies épithéliales avec atypie cellulaire. Actuellement, l'indication reste discutable chez des patientes cancérophobes ; chez celles porteuses des gènes BRCAI ou BRCAII, il semble s'agir d'une nouvelle et meilleure indication.

b) Technique opératoire :

-Principe général[59]

L'objectif est de séparer la peau de la glande mammaire sous-jacente dont l'exérèse doit être complète. Une reconstruction est réalisée dans le même temps opératoire ou à distance.

-Premier temps opératoire[60]

La patiente est installée en décubitus dorsal ou légèrement proclive. Trois incisions sont possibles (fig32,33) :

- Incision sous-mammaire (sans dépasser le méridien du sein en dedans) ;
- Incision péri-aréolaire inférieure et verticale sous-aréolaire ;
- Incision type round-block.

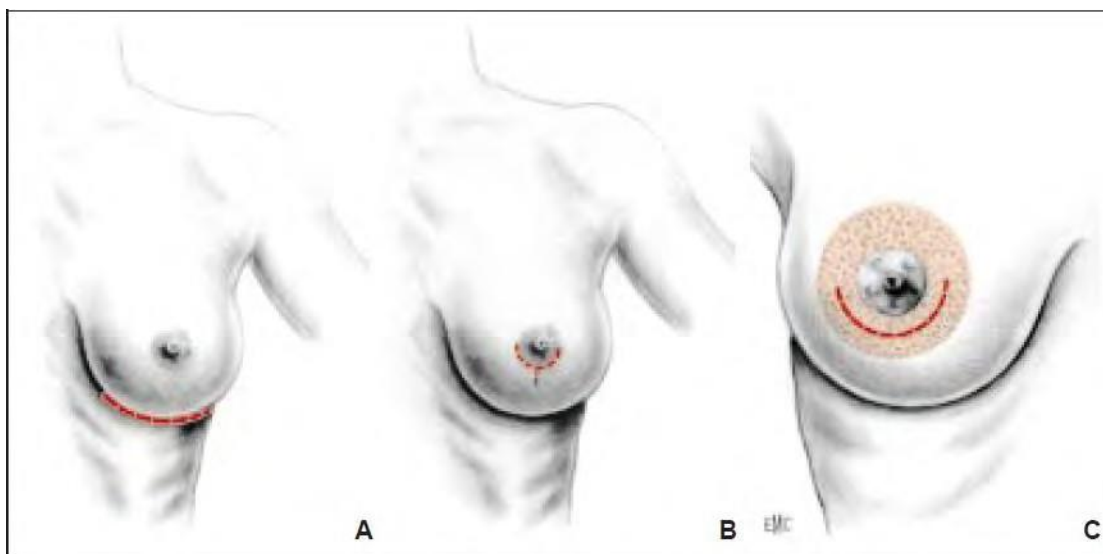


Figure 21 : A. Incision sous-mammaire. B. Incision péri aréolaire. C. Incision après désépidermisation.

Dans notre pratique, nous utilisons préférentiellement l'incision sous mammaire qui offre une meilleure exposition et une plus grande sécurité. La peau est incisée à la lame froide. Nous complétons l'incision au bistouri électrique jusqu'à l'aponévrose du grand pectoral. Nous réalisons un décollement rétroglandulaires au travers de la bourse séreuse de Chassaignac. Le décollement se mène depuis le pôle inféro-externe

du sein jusqu'à dépasser le pôle supérieur. Il impose l'hémostase des pédicules perforants, la section des adhérences avec le sternum et la section du ligament cléido-pectoral.

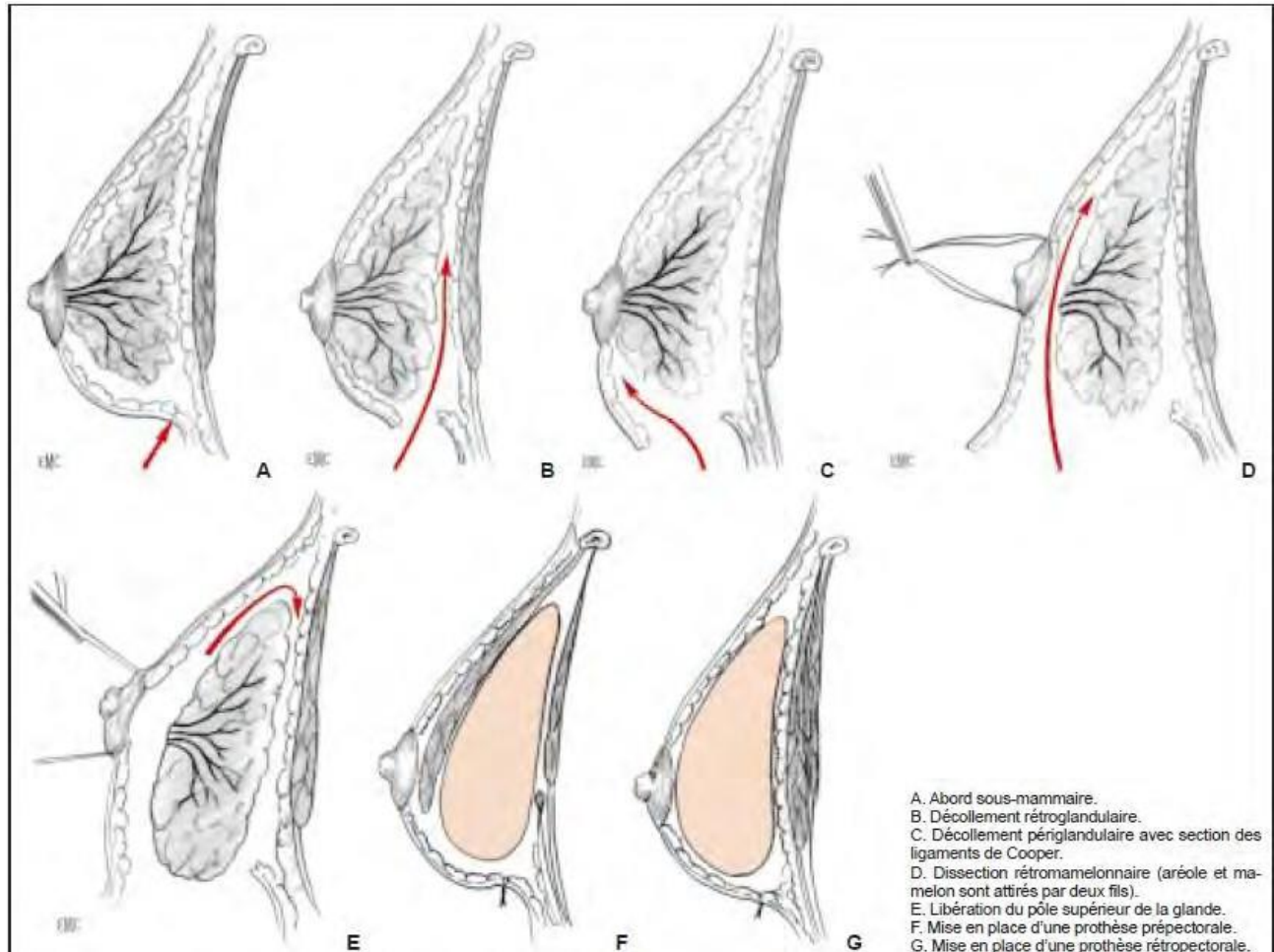


Figure 23 : Mastectomie sous-cutanée. Abord sous-mammaire

Le décollement pré-glandulaire est mené au travers des crêtes de Duret. C'est ce décollement qui est le plus difficile car l'opérateur est confronté à deux dangers :

- Réaliser un décollement trop superficiel qui augmente le risque de nécrose cutanée
- Réaliser un décollement trop profond qui laisse en place un volume glandulaire important.

Il est commode de tracter le parenchyme glandulaire au moyen d'une à deux pinces pour présenter correctement le plan de dissection, surtout dans la moitié supérieure du sein.

Le décollement doit permettre l'exérèse d'éventuels prolongements glandulaires (axillaire notamment) dont le volume ne doit pas être négligé. Une exérèse, même très méticuleuse, n'est jamais complète et Goldwyn a prouvé, sur le cadavre, qu'il est quasiment impossible de retirer plus de 96 à 98 % de la glande [9].

La libération de la plaque aréolo-mamelonnaire se fait à la lame froide et très superficiellement (l'épaisseur de l'aréole doit être comparable à une greffe de peau totale). Il ne reste plus qu'à contrôler l'hémostase de la face profonde du plan cutané et de la paroi thoracique.

-Deuxième temps opératoire :

C'est le temps de la reconstruction mammaire qui aura lieu immédiatement sauf si le mamelon ou la peau semble menacés de nécrose.

Après ce traitement primaire :

- Si l'on est sûr d'avoir retiré la lésion et que l'histologie est bénigne, aucun autre traitement n'est nécessaire.
- S'il existe une hyperplasie atypique ou irrégulière, une surveillance s'impose, voire des recoupes en cas de doute.
- En cas de découverte de lésion carcinomateuse in situ ou invasive, la question est de savoir si l'exérèse a été suffisante.
- Pour cela, des clichés de contrôle post-opératoires sont parfois nécessaires.
- En cas de lésion maligne, on a alors recours au traitement secondaire.

❖ Moyens non médicamenteux :

Comprenant des règles hygiéno-diététiques (sport, consommation d'huile d'onagre) et psychothérapie reposant sur la relation médecin-malade devant ces patientes souvent anxieuses.

6.3. Indications [57] :

Mastodynie : Psychothérapie, ATG, Anti-inflammatoires, Tamoxifène local ou général.

Tumeurs Phyllodes : Exérèse chirurgicale ou mastectomie partielle ou totale selon la taille de la tumeur.

Adénofibromes : Deux conduites à tenir peuvent se discuter :

Abstention avec surveillance annuelle en cas d'âge inférieur à 30ans, taille inférieure à 3cm et diagnostic certain à la cytoponction.

Par contre l'exérèse s'impose en cas de doute cytologique, apparition après 30 ans avec notion d'antécédents familiaux de cancer du sein, augmentation de volume (nécessité d'un diagnostic différentiel avec la tumeur phyllode), déformation esthétique d'un adénome géant, ou en fin préoccupation de la patiente.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel Touré de Bamako.

1.1. Présentation du CHU Gabriel Touré :

Situé au centre commercial de la ville de Bamako (commune III) ; le CHU Gabriel Touré est limité à l'Est par le quartier populaire de Médina-coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (E.N.I.), au Nord le Quartier Général de l'Etat-major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX.

Ancien dispensaire, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant soudanais, Gabriel Touré, mort de peste, contractée au chevet de son malade. L'hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996. C'est un hôpital de 3ème référence de notre système de santé.

Dans l'enceinte de l'hôpital, le bâtiment <Benitieni Fofana> situé du côté Nord-Ouest abrite le service de chirurgie générale.

Ce pavillon regroupe toutes les spécialités chirurgicales à l'exception de l'ORL et de la Neurochirurgie.

1.2. Service de chirurgie générale :

✓ **Les locaux sont constitués de :**

- 33 lits d'hospitalisation repartis entre 9 salles,
- Deux (2) salles de première catégorie (lit unique, toilette intérieure, climatisée),
- Six (6) salles de deuxième catégorie (2 à 5lits),
- Une (1) salle de troisième catégorie (8 lits),

- Quatre (4) bureaux pour les chirurgiens maîtres de conférences et maîtres-assistants,
- Un (1) bureau pour le chef de service,
- Un (1) secrétariat,
- Les salles de garde (DES, thésards, infirmiers),
- Une (1) salle de pansement.

Le bloc opératoire situé au premier étage comprend 3 salles d'opération partagées avec le service de traumatologie-orthopédie, le service d'urologie, le service de neurochirurgie et le service de chirurgie pédiatrique, et une salle de Coelio-chirurgie. Une salle de stérilisation, un vestiaire, une salle de réveil ou d'attente et un bureau pour l'infirmier major du bloc.

Le service a une équipe permanente au service d'accueil des urgences (SAU) qui s'occupe des urgences chirurgicales.

✓ **Le personnel :**

Le personnel permanent :

- Trois (03) professeurs titulaires en chirurgie générale dont le Chef de service ;
- Trois (03) Maîtres de conférences agrégés ;
- Quatre (04) Maîtres de recherche ;
- Deux (02) Chargés de recherche.

À cette liste s'ajoutent le personnel infirmier et deux (02) techniciens de surface.

Le personnel non permanent :

Il est composé des médecins stagiaires, des médecins en formation de DES, des thésards, des étudiants en stage de médecine ou de soins infirmiers.

✓ **Les activités :**

- Le staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 07h 45mn.

- La visite est effectuée tous les jours ouvrables après le staff du matin par les différents maîtres assistants et maîtres de conférences.
- Les consultations externes ont lieu du lundi au vendredi après la visite.
- Les interventions chirurgicales à froid se déroulent du lundi au jeudi.
- Les gardes se font tous les jours.
- Un staff de programmation des interventions tous les jeudis à 13 h.
- La réunion des thèses a lieu les vendredis avec le chef du service, les enseignants chercheurs, les chirurgiens et les thésards.
- Les hospitalisations se font tous les jours.
- Les soins aux malades hospitalisés sont effectués tous les jours.

Par ailleurs, il faut noter la tenue d'un staff hebdomadaire les vendredis à 08h, auquel participent toutes les spécialités chirurgicales et le département d'anesthésie, réanimation et médecine d'urgence.

2. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, allant de janvier 2012 à décembre 2023 soit 12 ans.

3. Population :

Elle était constituée de toutes les patientes reçues en consultation et les patientes hospitalisées durant la période d'étude.

4. Echantillonnage :

4.1. Critères d'inclusions :

Ont été inclus toutes les patientes opérées ou non chez qui le diagnostic de tumeurs bénignes du sein a été confirmé à l'examen anatomopathologique.

4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Toutes les patientes admises pour tumeur bénigne du sein ayant une preuve histologique dont les dossiers n'étaient pas exploitables ;
- Toutes les patientes ayant un âge inférieur à 16 ans ;
- Toutes les patientes admises pour d'autres pathologies du sein.

4.3. Outils et collecte des données

Les données ont été notées sur une fiche d'enquête sous forme de variables quantitatives ou qualitatives. Les différentes variables ont été réparties en cinq chapitres comme suit :

- Données civiles et administratives
- Signes cliniques
- Signes para cliniques
- Données thérapeutiques
- Suites post opératoire

L'enquête s'est déroulée en deux (02) temps :

- La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation et celui de l'examen anatomopathologique.
- La phase de vérification.

5. Supports :

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête qui a été renseignée par l'exploitation des outils suivants :

- Les dossiers des patientes,
- Les registres de consultation de la chirurgie générale,
- Les registres d'hospitalisation des malades,
- Les registres de compte-rendu opératoire et d'examens anatomopathologiques.

6. Saisie et Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les **logiciels Word 2016, Excel 2016, Epi info version 3.5.3, Epi info version 7.0.**

Le test statistique de comparaison utilisé a été le test de **Fischer** avec un seuil de signification de **P < 0,05**.

7. Ethique et déontologique :

Les données ont été recueillies dans le respect de l'anonymat des patientes et la confidentialité des informations.

RESULTATS

V. RESULTATS :

1. Aspects épidémiologiques :

❖ Fréquence :

Durant notre période d'étude de janvier 2012 à Décembre 2023, nous avons colligé 59 patientes pour tumeur bénigne du sein confirmées par l'histologie.

Représentant :

- 1,3% des pathologies mammaires (4594)
- 1,4% des interventions chirurgicales (4350)
- 0,2% des consultations (27683)
- 0,6% des hospitalisations (9665)
- 5,4 cas par an

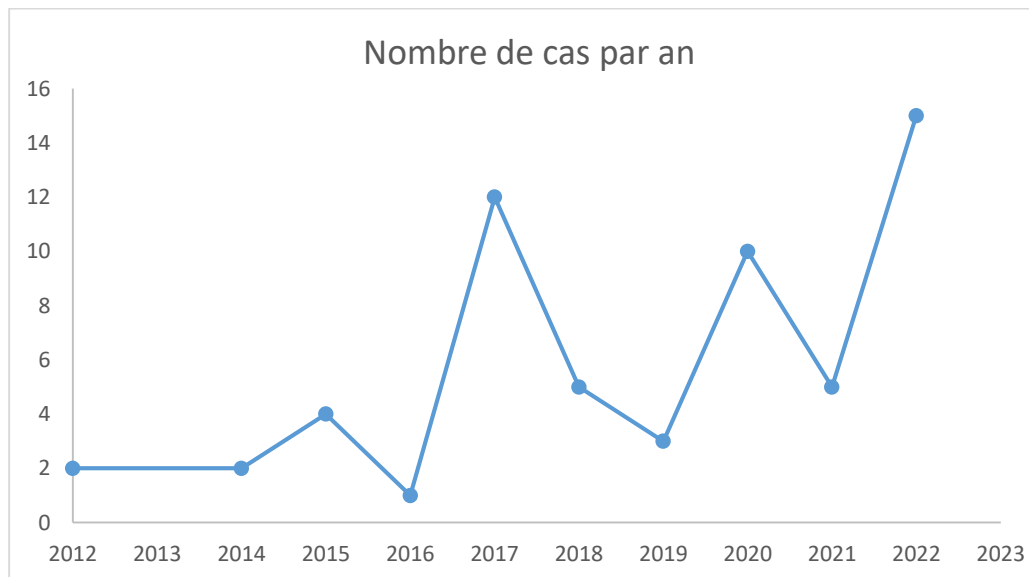


Figure 24 : Nombre de cas par an.

La majorité des tumeurs bénignes était diagnostiquée en 2022.

❖ **L'âge :**

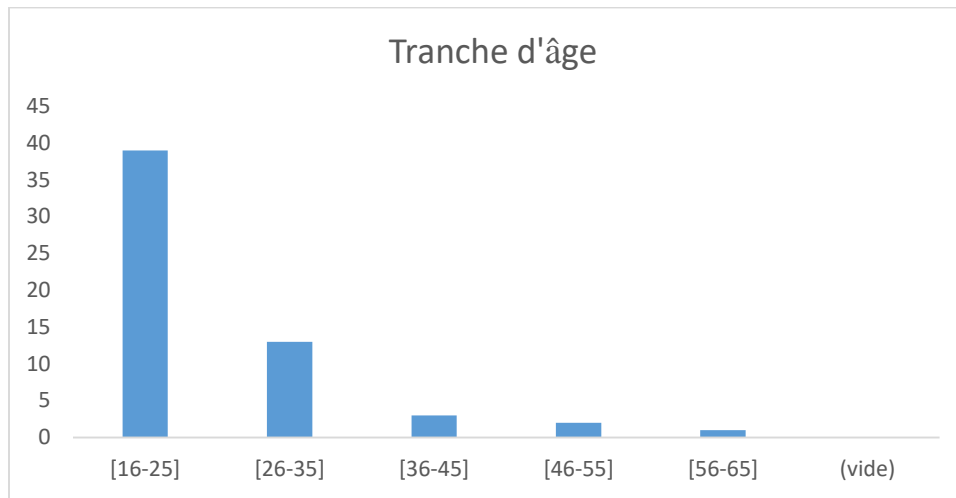


Figure 25 : Répartition en fonction de la tranche d'âge.

La tranche d'âge de 16 à 25ans a été la plus représentée dans 67,8% des cas. L'âge moyen a été de $24,08 \pm 9,2$ ans et des extrêmes de 16 et 65 ans.

❖ **Profession :**

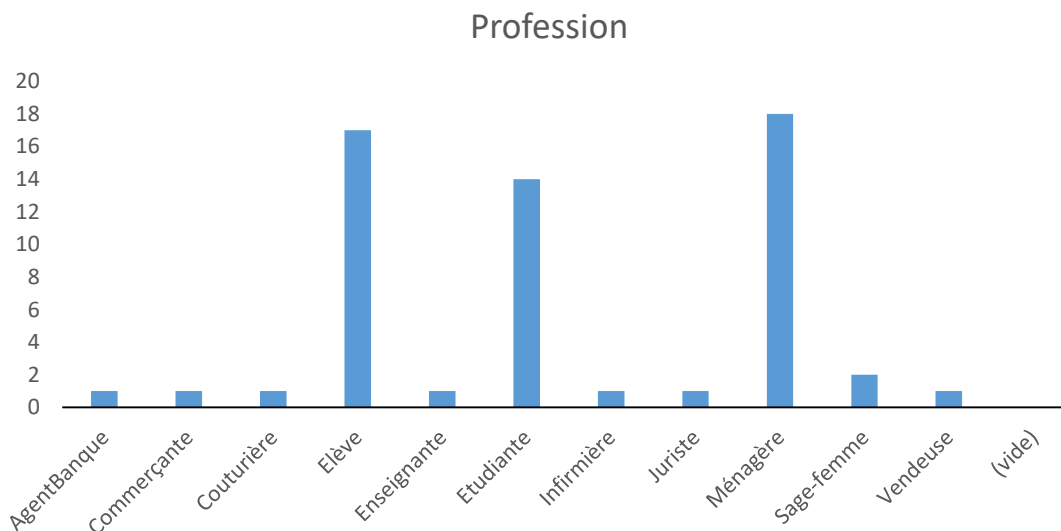


Figure 26 : Répartition en fonction de la profession.

La majorité de nos patientes étaient des élèves ou étudiantes soit 54,2%.

❖ **Ethnie des patientes :**

Tableau I: Répartition des patientes en fonction de l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	17	28,8
Bôh	3	5,1
Dogon	1	1,7
Malinké	8	13,6
Minianka	4	6,7
Peulh	9	15,3
Senoufo	4	6,7
Soninké	9	15,3
Sonrhäï	2	3,4
Autres	2	3,4
Total	59	100

Les Bambaras ont été les plus représentés dans 28,8% des cas.

❖ **Nationalité :**

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la nationalité.

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Béninoise	1	1,7
Maliennne	56	94,9
Mauritanienne	1	1,7
Togolaise	1	1,7
Total	59	100

La quasi-totalité des patientes était des maliennes soit 94,9%.

❖ **Gestité :**

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	9	15,3
Multigeste	13	22,0
Nulligeste	37	62,7
Total	59	100

Nos patientes étaient des nulligestes dans 62,7% des cas.

❖ **Méthode de contraception utilisée :**

Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la méthode de contraception utilisée.

Méthode-contraceptions utilisée	Effectif	Pourcentage
Pilule	8	13,6
Jadelle	7	11,8
Aucune	44	74,6
Totale	59	100

Seulement 15 de nos patientes utilisaient des méthodes de contraceptions dont la pilule a représenté 13,6%.

❖ **Cycle menstruel :**

Tableau V : Répartition des patientes selon le cycle menstruel.

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
En activité sexuelle	56	94,9
En Ménopause	3	5,1
Total	59	100

La majorité de nos patientes étaient en période d'activité sexuelle soit 94,9%.

❖ **Antécédents personnels :**

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction des antécédents personnels.

ATCD personnels	Effectif	Pourcentage
Arthrose	1	1,7
Asthme	1	1,7
Pathologie mammaire	10	16,9
Aucun	47	79,7
Total	59	100

L'antécédent personnel de pathologie mammaire a été le plus représenté soit 16,9%.

❖ **Antécédents familiaux :**

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction des antécédents familiaux.

ATCD Familiaux	Effectif	Pourcentage
Asthme	1	1,7
Drépanocytose	1	1,7
HTA	4	6,8
Pathologies mammaires	10	16,9
Aucun	43	72,9
Total	59	100

Les antécédents familiaux de pathologies mammaires ont été les plus représenté soit 16,9% parmi les antécédents.

❖ **Antécédents chirurgicaux :**

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif (n=59)	Pourcentage
Appendicectomie	1	1,7
Césarienne	5	8,5
Hernie inguinale	1	1,7
Hystérectomie	1	1,7
Nodulectomie du sein	6	10,2
Aucun	46	78,0

Dans les antécédents chirurgicaux, la nodulectomie mammaire était majoritaire dans 10,2%.

❖ **Facteurs de risque :**

Tableau IX : Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque.

Facteur de risque	Effectif (n=59)	Pourcentage
ATCD pathologies mammaires	20	33,89
Usage de contraceptif	15	25,4
Nulligeste	37	62,7
Surpoids	5	8,5

La nulligestité était le facteur de risque le plus représenté avec 62,7%.

❖ **Indice de masse corporelle :**

Tableau X : Répartition des patientes en fonction de l'indice de masse corporelle.

IMC	Effectif	Pourcentage
IMC < 18,5	13	22,0
18,5<IM<24,9	35	59,3
25<IMC<29,9	8	13,6
IMC >= 30	3	5,1
Total	59	100

La majorité des patientes avait un indice de masse corporelle dans la fourchette normale avec 59,3%.

2. Aspects diagnostiques :

2.1. Aspects cliniques :

❖ Motif de consultation :

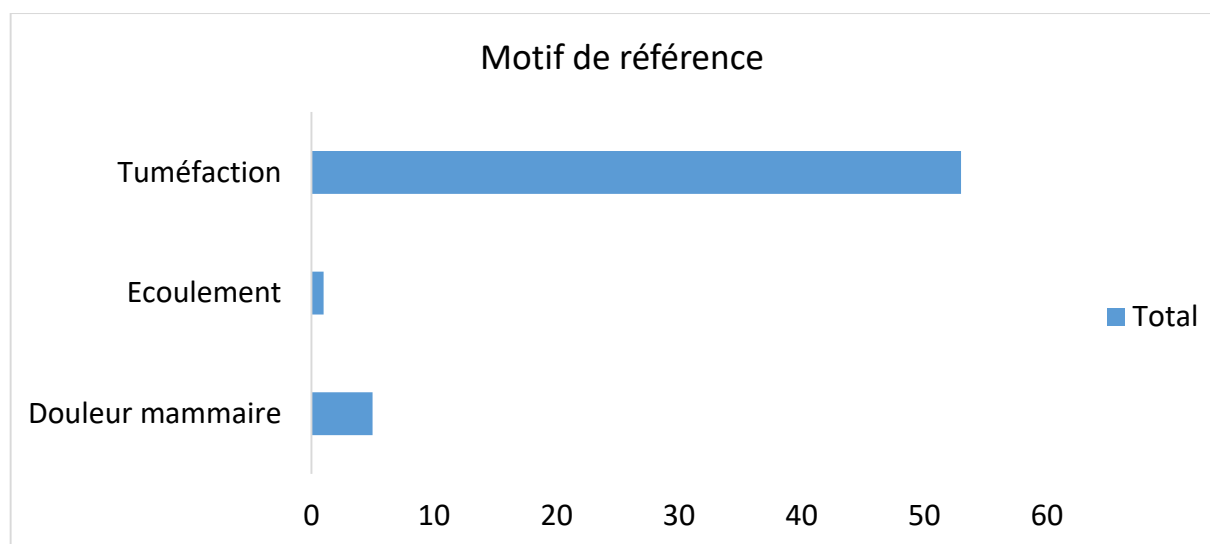


Figure 27 : Répartition en fonction du motif de consultation.

Les Tuméfactions du sein ont été les plus cités comme motif de référence avec 53 cas soit 89,8%.

❖ Délai de consultation :

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du délai de consultation.

Délais Consultation	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 3 mois	15	25,4
Entre 3-6 mois	18	30,5
Supérieur à 6 mois	26	44,1
Total	59	100

Plus de la moitié de nos patientes soit 44,1% de nos patientes avaient consulté après 6 mois d'évolution. Le délai moyen de consultation a été 15,52 mois avec un écart type de 26,94 mois et des extrêmes entre 1 et 132 mois.

❖ **Sein atteint :**

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du sein atteint.

Sein atteint	Effectif	Pourcentage
Sein droit seul	36	61
Sein gauche seul	17	28,8
Sein bilatéral	6	10,2
Total	59	100

Le sein droit était majoritairement atteint dans 61% des cas.

La totalité de nos patientes ne présentait aucun signe cutané.

❖ **Localisation de la masse tumorale :**

Tableau XIII : Répartition en fonction de la localisation de la masse tumorale.

Localisation tumeur	Effectif	Pourcentage
Quadrant Inféro-Externe	11	18,6
Quadrant Inféro-Interne	9	15,3
Quadrant Supéro-Externe	28	47,5
Quadrant Supéro-Interne	8	13,5
Rétro-aréolaire	3	5,1
Total	59	100

Le quadrant supéro-externe était la partie du sein la plus atteinte dans 47,5%.

❖ **Nature de la masse :**

Tableau XIV : Répartition selon la nature de la masse

Nature de la tuméfaction	Effectif	Pourcentage
Solide	49	83
Liquide	10	17
Total	59	100

Les nodules étaient les plus retrouvés comme type de tuméfaction avec 49 cas soit 83%

❖ **Taille de la masse :**

Tableau XV : Répartition en fonction de la taille de la masse tumorale.

Taille Tumeur	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 3cm	37	62,7
Entre 3- 5 cm	15	25,4
Supérieure à 5 cm	7	11,9
Total	59	100

La majorité de taille de la tumeur était inférieure à 3cm avec un taux de 62,7%.

La taille moyenne de la tumeur était de $2,34 \pm 1,93$ cm avec des extrêmes de 1cm et 7cm.

❖ **L'état de la masse par rapport aux deux (02) plans :**

Tableau XVI : Répartition de la masse par rapport aux deux (02) plans.

Type	Effectif	Pourcentage
Mobile	54	91,5
Fixe	5	8,5
Total	59	100

Les nodules étaient mobiles dans 91,5%.

❖ **Consistance de la masse :**

Tableau XVII : Répartition selon la consistance de la masse tumorale.

Consistance de la tumeur	Effectif	Pourcentage
Ferme	43	72,9
Molle	16	27,1
Total	59	100

Les nodules étaient de consistance ferme dans 72,9% des cas.

❖ **Contours de la masse :**

Tableau XVIII : Répartition selon les contours de la masse tumorale.

Contours	Effectif	Pourcentage
Régulier	56	94,9
Irrégulier	3	5,1
Total	59	100

Les contours des nodules étaient réguliers dans 94,9% des cas.

❖ **Douleur dans la masse :**

Tableau XIX : Répartition selon la présence de douleur dans la masse tumorale.

Douleur mammaire	Effectif	Pourcentage
Non	53	89,8
Oui	6	10,2
Total	59	100

Les patientes ne présentaient pas de douleurs nodulaires dans 89,8% des cas.

❖ **Ecoulement mamelonnaire :**

Tableau XII : Répartition en fonction de l'écoulement mamelonnaire

Ecoulement mamelonnaire	Effectif	Pourcentage
Non	56	94,9
Oui	3	5,1
Total	59	100

Les patientes ne présentaient pas d'écoulement mamelonnaire dans 94,9%.

2.2. Aspects paracliniques :

2.2.1. Imagerie :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'imagerie réalisée.

Imagerie réalisée	Effectifs (n=59)	Pourcentage
Écho-mammaire	55	93,2
Mammographie	42	71,2

L'échographie mammaire était la plus représentée, réalisée chez 55 patientes soit 93,2%.

❖ **Mammographie :**

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction de la classification ACR à la mammographie.

Mammographie	Effectif	Pourcentage
ACR2	30	71,4
ACR3	12	28,6
Total	42	100

Parmi nos patientes, nous avons constaté que plus de 70% des patientes avait un résultat en faveur d'une tumeur bénigne du sein à la mammographie.

2.2.2. Prélèvements

❖ **Type de prélèvement:**

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du type de prélèvement.

Type de prélèvement	Effectif	Pourcentage
Cytoponction	7	31,8
Microbiopsie	15	68,2
Total	22	100

La biopsie a été réalisée dans 22 cas avec un taux de 37,3%.

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du résultat de la biopsie

Résultat de la biopsie	Effectif	Pourcentage
Adénofibrome	11	50
Maladie fibrokystique	4	18,2
Adénome lactant	4	18,2
Papillome intra canalaire	1	4,5
Phyllode de bas grade	2	9,1
Total	22	100

Les adénofibromes étaient le type histologique le plus retrouvé dans 50% des cas.

3. Aspects thérapeutiques :

❖ Modalités de prise en charge :

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les modalités de prise en charge.

Modalités de prise en charge	Effectif	Pourcentage
Abstention thérapeutique	16	27,1
Exérèse chirurgicale	43	72,9
Total	59	100

L'exérèse chirurgicale a été réalisée chez 72,9% de nos patientes.

❖ **Indications d'exérèses chirurgicales :**

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des indications d'exérèses chirurgicales.

Critères d'exérèse	Effectif	Pourcentage
Taille T \geq 5cm et ACR	16	37,2
ATCD de pathologie mammaire et ACR	10	23,3
Volonté de la patiente	5	11,6
Age $>$ 30 et volonté de la patiente	12	27,9
Total	43	100

Parmi les indications d'exérèse, l'augmentation de la taille de la tumeur supérieure ou égale à 5 cm associée à l'ACR était la plus représentée avec 37,2%.

❖ **Type d'anesthésie :**

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie.

Type Anesthésie	Effectif	Pourcentage
AG	8	18,6
AL	35	81,4
Total	43	100

L'anesthésie locale était l'anesthésie la plus réalisée dans 81,4%.

❖ **Type d'incision :**

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction du type d'incision.

Type incision	Effectif	Pourcentage
Péri-aréolaire	37	86
Radiaire	2	4,7
Sillon infra mammaire	4	9,3
Total	43	100

L'incision péri-aréolaire était majoritairement réalisée dans 86%.

❖ **Geste chirurgical :**

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction du geste chirurgical.

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Kystectomie	6	14
Nodulectomie	37	86
Total	43	100

La nodulectomie mammaire a été le geste chirurgical le plus réalisé dans 86%.

❖ **Nature de la pièce opératoire :**

Tableau XXX : Répartition des patientes en fonction de la nature de la pièce opératoire.

Nature de la pièce	Effectif	Pourcentage
Kyste	6	14
Nodule	37	86
Total	43	100

La pièce opératoire était nodulaire dans 86%.

❖ **Examen anatopathologie :**

Tableau XXXI : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'examen anatomopathologique.

Histologie	Effectif	Pourcentage
Adénofibrome	42	71,2
Maladie fibrokystique	10	16,9
Adénome lactant	4	6,8
Phyllode de bas grade	2	3,4
Papillome IC	1	1,7
Total	59	100

Le résultat histologique était en faveur d'un adénofibrome dans 71,2%.

❖ **Délai d'hospitalisation post-opératoire :**

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction du délai d'hospitalisation post-opératoire.

Délais Hospitalisation post-opératoire	Effectif	Pourcentage
< 1 jour	31	72,1
Entre 1-2 jour	12	27,9
Total	43	100

La durée d'hospitalisation était inférieure à 1 jour dans 72,1% des cas.

4. Suivi et évolution :

Tableau XXXIII : Répartition en fonction des suivis post-opératoires.

Suites post-opératoire	Immédiate	30 jours	6 mois	1 an
Aucune complication	40	42	41	42
Douleur	3	0	0	0
Déformation du sein	0	0	1	1
Cicatrice disgracieuse	0	1	0	0
Cicatrice chéloïde	0	0	1	0
Total	43	43	43	43

La guérison a été constatée chez 100% de nos patientes après exérèse chirurgicale. La majorité des patientes présentait une bonne cicatrisation dans plus 90% des cas. Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes en fonction des complications esthétiques.

Complication esthétique	Effectif	Pourcentage
Asymétrique	2	4,7
Symétrique	41	95,3
Total	43	100,0

La majorité des patientes avait des seins symétriques soit 95,3%.

Tableau XXXV : Répartition des patientes en fonction de l'ACR et du traitement chirurgical.

Résultat mammographique	Nodulesctomie	Kystectomie	Total
ACR2	36	0	36
ACR3	0	3	3
Total	36	3	39
Khi 2= 561	ddl= 48	p= 0,000	

Tableau XXXVI : Répartition de la tranche d'âge et du traitement chirurgical.

Age	Nodulesctomie	Kystectomie	Total
[16-25]	10	8	18
[26-35]	12	1	13
[36-45]	5	1	6
[46-55]	3	0	3
[56-65]	3	0	3
Total	33	10	43
Khi2= 561	ddl=48	p=0,000	

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques :

Notre étude rétrospective de janvier 2012 à Décembre 2023, nous a permis de recenser 59 cas de tumeurs bénignes du sein dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré.

Nous avons rencontré certaines difficultés dans notre étude, telles que :

- ✓ Le non-respect des rendez-vous par les malades
- ✓ La mauvaise conservation des dossiers et des archives ainsi que l'absence de dossiers électroniques pour les malades.

En dépit de ces barrières, cette étude nous a permis d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré de Bamako.

2. Aspects épidémiologiques :

2.1. La fréquence :

Tableau XXXVII : Fréquences hospitalières selon les auteurs.

Auteurs	Effectif	Fréquences en P fonction des pathologies mammaires	en P des
Gueye et al, 2017 Sénégal [11]	220	22.5	0.00001
Bintou S, Mali 2023[61]	105	10,58	0,0217
Ingala et al, Congo, 2023[62]	70	10.2	0.01309
Notre étude, Mali 2024	59	1,3	-

Elles font l'objet fréquemment de consultation avec un taux variant de 57% à 70% de cas de pathologies mammaires dans le monde [2].

De 2012 à 2023, nous avons enregistré 59 cas tumeurs bénignes du sein chez la femme sur 4594 pathologies mammaires soit une fréquence de 1,3%.

Cette fréquence est inférieure de façon significative ($P < 0,00001$), à celles rapportées par Gueye S, à Dakar 2017[11], Ingala, Kinshasa 2023 [62] et Bintou S, 2023 à Bamako qui ont retrouvé respectivement 22,5%, 10,2% et 10,58% [11,61,62].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les pathologies mammaires ne sont pas uniquement des pathologies du service de chirurgie générale ; d'autres services s'y intéressent tels que le service de gynécologie.

Dans les études hospitalières comme celles de Gueye et al et Bintou S [11,61] nous donnent l'impression que ce sont les pathologies malignes qui sont les plus fréquentes. Ceci s'explique par le fait que c'est surtout devant la malignité que les femmes consultent.

Ces tumeurs bénignes ne deviennent pas forcément malignes !

2.2. Âge :

Tableau XXXVIII : Âge moyen selon les auteurs.

Age et auteurs	Age moyen (ans)
Diakité, Mali, 2022 [63]	27,12
Bintou S, Mali, 2022 [61]	28,42
Gueye S et al, Sénégal, 2017[11]	24
Notre étude, Mali, 2024	24,08

Les tumeurs bénignes du sein restent l'apanage des adolescentes car cette étape de la vie sexuelle correspond aux états de dysovulation et de déséquilibres hormonaux qui expliqueraient cette constatation [64,43].

En effet l'âge moyen a été de 24,08 ans et des extrêmes de 16 et 65 ans. Ce résultat concorde avec ceux rapportés dans les études de la littérature dans lesquelles l'âge moyen varie entre 24 ans et 28,42 ans [11][61][63].

À l'instar de la littérature occidentale, les tumeurs bénignes du sein peuvent survenir à tout âge [44].

2.3. Antécédent de pathologie mammaire dans la famille :

Tableau XXXIX : Antécédents de pathologie mammaire et auteurs

Auteurs	N	Fréquence	P
Ndounga et al, Congo, 2020[65]	33	12,1%	0,4222
Gueye S et al, Sénégal, 2017[11]	220	10,4%	0,00193
Bintou Sanogo [61] au Mali, 2022	105	3%	0,0015
Notre étude, Mali, 2024	59	16,9%	-

Des antécédents familiaux de pathologie mammaire ont été retrouvés chez 16,9% des patientes. Ce taux concorde avec celui de Ndounga E et al [65] qui ont rapporté des antécédents familiaux de pathologie mammaire chez 12,1% des patientes au Congo en 2017. Par contre, ce taux est différent de celles rapporter par Bintou Sanogo [61] et Gueye S et al [11], 10,4% des patientes avaient un antécédent de pathologies mammaires. Cette différence s'explique par le fait que notre étude était basée strictement sur les tumeurs bénignes du sein.

2.4. Contraception :

Dans l'étude Women's Health Initiative (WHI), l'utilisation d'œstrogènes et de progestatifs a été associée à une augmentation de 74 % du risque de maladie bénigne du sein proliférative [rapport de risque : 1,74 ; Intervalle de confiance (IC) à 95 %, 1,35-2,25] [65].

Plusieurs hormones (œstrogènes, progestérones) agissent sur l'épithélium et les cellules stromales du sein et régulent le développement du sein et sa maturation [66][72].

Dans notre étude seulement 25,4% des patientes avaient utilisé une méthode contraceptive et pour une durée supérieure à 3ans. Ce résultat est similaire à ceux rapportés par Bintou S et Diallo S à Bamako qui ont eu respectivement 30% et 26,9%. Il y a des preuves que l'effet protecteur de la longue durée d'utilisation de contraception orale peut être plus fort dans les cas d'atypies sévères [67] [68].

2.5. Gestité :

Tableau XL : Gestité et auteurs.

Auteurs	N	Fréquence Nulligestes	P
Ingala et al, Congo, 2023[62]	231	76,5%	0,06533
Gueye S et al, Sénégal, 2017[11]	220	58,6%	0,66362
Bintou S, Mali, 2022[61]	105	43,8%	0,01071
Notre étude Mali, 2024	59	62,7%	-

Nos patientes étaient majoritairement des nulligestes dans 62,7% des cas. Ce taux est similaire à ceux rapportés par Ingala et Gueye S qui ont trouvé respectivement 76,5% et 58,6% des cas. Ce taux est différent de celui rapporté par Bintou S [61]. Cela s'explique par le fait que la plupart des femmes considère le service de gynécologie comme uniquement la maternité.

Des facteurs de risque des tumeurs du sein liés à la vie génitale ont été retenus, essentiellement la ménarche précoce et la nulliparité [65].

2.6. Cycle menstruel :

Dans notre étude, 94,9% de nos patientes étaient d'activité sexuelle, ce résultat est similaire à ceux rapportés par Gueye et al et Kané SM qui ont trouvé respectivement 95% et 89,6% [11, 69].

3. Aspects diagnostiques :

3.1. Données cliniques :

3.1.1. Motif de consultation :

Tableau XLI : Motif de consultation et auteurs.

Motif de consultation et auteurs	Fréquence	Valeur p
Gueye S et al, Sénégal, 2017[11]	94,5%	0,43425
Bintou S, Mali,2022 [61]	80%	0,07470
Notre étude, Mali 2024	89,8%	-

L'autopalpation d'un nodule du sein a été le motif de consultation le plus fréquent dans notre série soit 89,8% et a été associée à des mastodynies dans 10,2% des cas tandis que 10,1% des patientes consultaient pour une mastodynie.

Le délai d'évolution était supérieur à 6 mois dans 44,1% après l'apparition des premiers symptômes. Selon Gueye S et al [11] à Dakar en 2017, le nodule mammaire était le principal motif de consultation dans 94,5% et 53% des patientes avaient consulté durant la première année d'évolution de la maladie avec des extrêmes de 1

semaine et 15 ans. Bintou S [61] en 2022 à Bamako avait fait le même constat que le motif le plus fréquent de consultation était la masse mammaire avec 80% des cas et un délai de consultation inférieur à 1 an dans 66% des cas après l'apparition des premiers signes. Le délai de consultation peut s'expliquer par l'itinéraire de nos patientes avant la première consultation et nécessite des efforts de sensibilisation et de dépistage qui restent à faire dans des pays en développement afin de réduire les délais de consultation.

3.1.2. Localisation de la tumeur :

Tableau XLII : Localisation de la tumeur et auteurs

Localisation de la tumeur et auteurs	Sein atteint plus prédominant
NKumar et al, Inde, 2019 [70]	Sein droit (52%) P = 0,22348
Sanogo Bintou [61] en 2022 à Mali	Sein gauche (49,47%) P = 0,00571
Gueye et al [11], Sénégal 2017	Sein gauche (49,5%) P = 0,00368
Notre étude, Mali, 2024	Sein droit (61%)

Dans notre étude, le sein droit était majoritairement atteint dans 61% des cas. Ce résultat est comparable à celui rapporté par B Kumar et al au Rajendra Institute of Medical Sciences en Inde qui avait retrouvé une prédominance au niveau du sein droit avec 52% [70]. Contrairement à celui rapporté par Bintou S [61] en 2022 à Bamako, chez qui le sein gauche était le plus atteint avec 49,47% et l'atteinte était bilatérale chez 14% des patientes et Gueye S et al [11] au Sénégal avaient rapporté

49,5% d'atteinte gauche avec 8,2% d'atteinte bilatérale Selon la littérature la survenue de tumeurs bénignes ne semble pas liée à la latéralité [5].

Le quadrant supéro-externe était la partie du sein la plus atteinte dans 39% dans notre série et 41,6 % dans celle Gueye S et al [11] en 2017 à Dakar. Cette topographie s'explique par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présent dans la partie centrale et supéro-externe [70]. Comparativement au quadrant supéro-interne, le quadrant supéro-externe a été fréquemment le siège des tumeurs dans plusieurs autres séries [70].

3.1.3. Taille de la tumeur :

La taille de la tumeur était inférieure à 3cm dans 62,7% et la taille moyenne était de 2,34 cm. Dans l'étude de S Diakité, la majorité des tumeurs avait une taille moins de 2 cm soit 75% [63]. Dans l'étude de Hicham El. H à l'institut Curie du CHU Dantec de Dakar [1], la taille moyenne des tumeurs était de 2,2cm et la taille allant de 2cm à 4cm était la plus fréquente avec 58,1%.

Dans la littérature les tumeurs bénignes du sein peuvent atteindre 20 à 22 cm [71]. La méconnaissance de la technique de l'autopalpation des seins par bon nombre de femmes fait qu'elles ne se rendent compte de la présence de la tumeur que lorsque celle-ci a une grande dimension.

3.1.4. Mobilité, consistance et contours à la palpation :

Dans notre étude les nodules étaient respectivement mobiles dans 91,5%, de consistance ferme dans 72,9% et de contours réguliers dans 94,9%, ceux-ci confirment le caractère des tumeurs bénignes du sein décrit dans la littérature. [5]

3.2. Moyens diagnostiques :

3.2.1. Echographie, mammographie :

Tableau XLIII : Echographie, mammographie et auteurs.

Auteurs	Echo-mammaire	Mammographie	Couple Echo et mammographie
Gueye et al, Sénégal,2017 [11]	65,9%(P<0,05)	16,3%(P<0,05)	58,4%(P>0,05)
B. Ibanda et al, Congo,2022 [73]	98,6%(P>0,05)	11,1%(P<0,05)	9,9% (P<0,05)
Dans notre étude, Mali, 2024	93,2%	71,2%	60%

La mammographie, souvent associée à une échographie [74,75], est nécessaire pour l'évaluation de lésions palpables discrètes chez les femmes de plus de 35 ans, tandis que l'échographie constitue un substitut facultatif chez les femmes plus jeunes [5,74]. En effet dans notre étude, l'échographie mammaire a été réalisée chez 93,2% des cas, la mammographie dans 71,2% et l'échographie couplée à la mammographie a été réalisée chez 60% des cas, ce résultat est similaire à celui rapporté par Gueye. [11] Ce résultat est différent de celui rapporté par B. Ibanda et al, Kinshasa, 2022[73], cette différence s'explique par le fait qu'avec le jeune âge des patientes, on fait recours moins à la mammographie, car sa sensibilité et sa spécificité sont faibles à cet âge.

3.2.2. Biopsie mammaire :

Tableau XLIV : Cas de biopsie réalisée et auteurs

Auteur	Effectif (%)	P
N Kumar et al, Inde, 2019 [70]	75 (12%)	P<0,05
Hicham El .H, Sénégal ,2012[1]	122 (93,8%)	P<0,05
Notre étude, Mali,2024	59 (37,3%)	-

La biopsie mammaire fait partie intégrante du bilan sénologique, avec l'examen clinique et l'imagerie, dans le cadre d'un triple diagnostique.

Depuis la première grande étude relative aux cytoponctions mammaires, publiée en 1930 aux États-Unis par Martin et Ellis, suivie dans les années 1950 d'un développement important en Europe sous l'impulsion de Zajiceket Franzen en Suède et de Zajdela en France, de multiples travaux ont démontré son intérêt [75, 76, 77].

Dans notre étude, la biopsie mammaire a été réalisée chez 22 patientes soit 37,3%, ce résultat est différent de ceux rapportés par Hicham EL.H et de N. Kumar [1] [62]. Cette différence s'explique par le fait que la clinique domine le plus souvent et aussi par le manque de moyens financiers de certaines patientes.

3.2.3. Histologie :

Tableau XLV : Types de tumeurs bénignes et auteurs.

Auteurs	Adénofibrome		M. F K		Tumeur		Autres	
	N (%)	P	N (%)	P	Phyllode	N (%)	P	
Hicham El .H, Dakar, 2012[1]	51 (69%)	P>0,05	7 (9,5%)	P>0,05	7 (9,5%)	P>0,05	9 (12%)	P>0,05
Sanogo Bintou, Bamako 2022 [61]	41 (82%)	P>0,05	1 (2%)	P<0,05	3 (6%)	P>0,05	2 (4%)	P>0,05
Notre étude, Mali, 2024	42 (71,2%)		10(16,9%)		2 (4,6%)		5 (11,6%)	

La cytologie peut être suffisante (en cas de triade Cyto-radio-clinique concordante) si pratiquée par un opérateur expérimenté, mais en cas de doute il faut recourir à l'histologie. Plusieurs auteurs sont pour une confirmation histologique d'emblée et pour toutes tumeurs bénignes du sein [80,81,5]. L'examen histologique de certaines pièces opératoires a conclu un adénofibrome dans 71,2% des cas, une maladie fibrokystique 16,9% des cas, une tumeur phyllode 4,6% des cas et autres tumeurs (adénome lactant et papillome intra-canalair) 11,6% des cas. Ce résultat concorde avec celui rapporté par Hicham El H [1] et également similaire aux cas d'adénofibrome rapportés par Bintou S soit 82% mais différents des cas de maladies fibrokystiques, de tumeurs phyllodes et autres tumeurs bénignes rapportés par celle-ci [61]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a plus d'abstention

chirurgicale dans l'étude menée par Bintou S réalisée le service de gynéco-obstétrique qui n'est par un service essentiellement chirurgical.

Par ailleurs plusieurs auteurs sont pour une confirmation histologique d'emblée et pour toutes [11]. Dans tous les cas, il est indispensable de réaliser l'imagerie et l'histologie afin de poser le diagnostic de certitude et d'établir le traitement adapté.

4. Aspects thérapeutiques :

4.1 Modalité de prise en charge :

Tableau IV: Modalité de prise en charge et auteurs.

Auteurs et modalités de prise en charge	Abstention chirurgicale	Exérèse chirurgicale
Gueye S et al, Dakar, 2017 [11]	16,8% (P>0,05)	12,7% (P<0,05)
Bintou S, Bamako, 2022[61]	47,6%(P<0,05)	31,4%(P<0,05)
Notre étude, Mali, 2024	27,1%	72,9%

Devant les tumeurs bénignes du sein, les indications thérapeutiques sont fonction de la nature de la lésion [60].

L'exérèse chirurgicale a été le geste thérapeutique le plus réalisé dans 72,9%. Ce résultat diffère de ceux rapportés par de Gueye S et al[11] au Sénégal et Bintou S à Bamako[61] qui ont rapporté respectueusement une abstention thérapeutique dans 16,8% et 47,6% et une exérèse chirurgicale dans 12,7% et 31,4%.

Une sanction chirurgicale est de règle pour certaines tumeurs mammaires bénignes tandis que pour d'autres, l'abstention avec une surveillance peut suffire. Parfois un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire [60].

4.2. Critères d'exérèses :

L'excision chirurgicale est suggérée pour les masses présentant des caractéristiques échographiques bénignes de plus de 5cm ou à croissance rapide [80][81].

En effet dans notre étude, les critères d'exérèses ont été une taille tumorale supérieure ou égale à 5cm soit 37,2%, l'âge supérieur à 30 ans soit 27,9%, des antécédents de pathologie mammaire personnels et/ou familiaux soit 23,3% et une gêne due à la masse 11,6% des cas. Ces critères sont comparables à ceux retrouvés dans l'étude de Greenberg R et al [84].

Par ailleurs Gordon et coll ont proposé l'excision des masses augmentant de plus de 20 % en taille en 6 mois ou dépassant 3 cm afin de les distinguer d'une tumeur phyllode. [83]

5. Suivi et évolution :

En ce qui concerne le suivi et l'évolution, la majorité des patientes n'ont eu aucune complication post-opératoire allant de 84,7% à 100% des cas. Pour Sanogo Bintou, la guérison a été observée chez 67,6% des patientes, 11,4 % avait une évolution stationnaire. On notait deux (02) de cas d'asymétries mammaires en une année de suite post-opératoire chez des patientes ayant subi l'exérèse chirurgicale.

CONCLUSION

CONCLUSION :

Les tumeurs bénignes du sein sont très fréquentes. Le motif de consultation fréquemment rencontré est la présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein. L'échographie est l'examen d'imagerie de référence devant une masse mammaire chez la femme jeune et l'histologie reste l'examen de confirmation diagnostique. La prise en charge est fonction de la nature de la tumeur pouvant aller de la simple surveillance à la tumorectomie. Ces tumeurs bénignes ont un bon pronostic, pas de récurrences dans la majorité des cas et l'état général de la patiente est conservé.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités :

- ❖ Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage des tumeurs du Sein

Aux agents de santé :

- ❖ Faire bénéficier toute patiente ayant une tuméfaction mammaire, d'investigation rigoureuse,
- ❖ Enseigner l'auto-examen des seins aux patientes,
- ❖ Surveiller attentivement toute tumeur bénigne

Aux structures hospitalières :

- ❖ Une bonne tenue des dossiers médicaux si possible leurs informatisations.

Aux femmes :

- ❖ Effectuer régulièrement la technique de l'auto palpation des seins
- ❖ Consulter précocement devant toute pathologie mammaire,

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Hicham El Houssaimi. Aspects épidémiologique, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein au sein de l'Institut Curie du CHU le Dantec de Dakar. Université Cheikh Anta DIOP. Dakar,2012 : 187p. Google. Http :196.1.97.20.
- [2] Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien : Masson éditeur,4ème édition, Paris 1994 :554p.
- [3] Figueroa JD, Pfeiffer RM, Brinton LA, Palakal MM, Degnim AC, Radisky D et al. Mesures standardisées de l'involution lobulaire et du risque ultérieur de cancer du sein chez les femmes atteintes d'une maladie bénigne du sein : une étude cas-témoins imbriquée. Recherche et traitement du cancer du sein 2016 ;159(1) :163-172.
- [4] Darboux R, Sotton D et Zevounou L. Aspects cyto-anatomopathologiques des tumeurs du sein au Bénin. J. Soc. Biol., Benin 1996 ; (1) : 64-73
- [5] Foko I. Etude épidémiologique et anatomopathologique des tumeurs bénignes du sein au Mali. Thèse de doctorat de médecine. UB 04-M-54.
- [6] Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. Radiology 2002 ; 225(1) : 165-175.
- [7] Antoine M. Pour le recours à l'histologie dans le diagnostic des tumeurs du sein. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2005 ; 33 : 540-542.
- [8] Larsen WJ. Embryologie humaine. Bruxelles : 2ème édition française de Boeck 2003 ; 474-475.
- [9] Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale.4ème édition. Maloine, Paris 1984 ; 487-498
- [10] Brux J et Hollman KH. Histopathologie du sein. Paris, New York, Barcelone: MASSON 1979 ; 1 : 139-169.

- [11] Gueye SM, Gueye M, Thiam M, Mahtouk D, Moreau JC. Tumeurs bénignes du sein à l'unité de sénologie du centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec de Dakar. *Pan. Afr. Med. J.* 2017 ;(27) : 251,7p
- [12] Haller MM. Variations morphologiques et volumétriques du sein. Thèse (Pr. C. gros), Strasbourg 1973 ; 29p
- [13] Diarra Y. Corrélation radio-clinique et anatomopathologique des nodules du sein. Thèse de doctorat de médecine. UB 02-M-10
- [14] Peto R, Borcham J, Clarke M, Davies C, and Beral V. UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. *Lancet.* 2000; 355(9217): 1822.7
- [15] Tavassoli FA. Normal development and anomalies pathology of the breast. Cap1 : Appleton & Lange 1992 ; 1-24
- [16] Thiam D. Cancer du sein : Etude clinique dans le service de Gynéco Obstétrique de l'HNPG à propos de 43 cas. Thèse de doctorat de médecine. UB 02-M-32 ; 122 p
- [17] Hendrick JW. Intraductal papilloma of the breast. *Surg. Gynecol Obstet.*1957; 105 (2):215-223.PMID13455399
- [18] Burnet SJD, Ng YY, Perry NM, Allum WH, Carpenter R, Wells CA. Benign biopsies in the prevalent round of breast screening: A review of 137 Cases. *Clin.Radiol.*1995 ;50(4) :254-25.do: [http://doi.org/10.1016/S00099260\(05\)834816](http://doi.org/10.1016/S00099260(05)834816)
- [19] Leconte I, Feger C, Galant C, Berlière M, Berg BV, D'Hoore W et al. Mammography and subsequent Whole-breast sonography of nonpalpable breast cancers: the importance of radiologic breast density. *AJR. Am. J. Roentgenol.* 2003 ; 180(6) : 1675-1679.doi :10.2214/ajr.180.6.1801675
- [20] Mauvais JP. Le traitement hormonal des mastopathies bénignes *Bull cancer* 1991 ; 78 : 365-371

- [21] Camilo A, Thomas P. Mémento de pathologie 5ème édition VernazotesGrego paris 2017 : 266-269
- [22] Ohuchi N, Abe R, and Kasai M. Possible cancerous change of Intraductal papilloma of the breast. A 3-D reconstruction studie of 25 cases. *Cancer* 1984;54(4):60511
- [23] Flint A, and Oberman HA. Infracation and squamous metaplasia of Intraductal papilloma: a benign breast lesion that may simulate carcinoma *Hum.Pathol.*1984; 15(8): 764 -767.
- [24] Goehring C, Moralia A. Epidemiology of benign breast disease, with special attention to histologic types. *Epidemiol Rev* 1997 ; 19 : 310-327
- [25] Bartow SA, Pathak DR, Black WC. Prevalence of benign, atypical and malignant breast lesions in populations at different risk for breast cancer: a forensic autopsy study. *Cancer* 1987 ; 60 : 2751-2760.
- [26] Nielsen M, Jensen J, Andersen J. Precancerous and cancerous breast lesions during lifetime and at autopsy : a study of 83 women. *Cancer* 1984 ; 54 : 612-615.
- [27] Nielsen M, Thomsen J L. Primdahl S. Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: a study of 110 medico-legal autopsies. *Br J Cancer* 1987 ;56 :814-819.
- [28] Hislop T G, Band P R, Deschamps M, et al. Diet and histologic types of benign breast disease defined by subsequent risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 1990 ;131 :263-70
- [29] Sereidouma E, Doudoumgb A., Koffi B, Les aspects épidémiologiques et cliniques des affections mammaires chez la femme à Bangui (RCA) *Médecine d'Afrique Noire Edition électronique Octobre 2006.*
- [30] London S J, Stein E A, Henderson I C, et al. Carotenoids, retinol, and vitamin

E and risk of proliferative benign breast disease and breast cancer. *Cancer Causes Control* 1992 ;3 :503-12.

[31] Cole P, Elwood JM, Kaplan SD. Incidence rates and risk factors of benign breast neoplasms. *Am J Epidemiol* 1978 ;108 :112-20

[32] Brinton LA, Vessey MP, Flavel R, et al. Risk factors for benign breast disease. *Am J Epidemiol* 1981 ;113 :203—14

[33] Cisse R, Lougue C, Sano D. Pathologie tumorale mammaire à l'âge de 30 ans chez la femme africaine à Ouagadougou. *J Le Sein*, 2002 n°3 pp. 245-251

[34] Kelsey JL, Lindfors KK, White C. A case-control study of the epidemiology of benign breast diseases with reference to oral contraceptive use. *Int J Epidemiol* 1974 ;3 :333-40

[35] Hsieh CC, Walker AM, Trapido EJ, et al. Age at first birth and breast atypia. *Int J Cancer* 1984 ;33 :309-12.

[36] Ory H, Cole P, MacMahon B, et al. Oral contraceptives and reduced risk of benign breast diseases. *N Engl J Med* 1976 ; 294 :419-22.

[37] Pastides H, Kelsey JL, Holford TR, et al. An epidemiologic study of fibrocystic breast disease with reference to ductal epithelial atypia. *Am J Epidemiol* 1985 ;121 :440-7.

[38] Yu H, Rohan TE, Cook MG, et al. Risk factors for fibroadenoma : a case-control study in Australia. *Am J Epidemiol* 1992 ;135 :247-58.

[39] Soini I, Aine R, Lauslahti K, et al. Independent risk factors of benign and malignant breast lesions. *Am J Epidemiol* 1981 ;114 :507-14.

[40] Ravnihar B, Seigel DG, Lindtner J. An epidemiologic study of breast cancer and benign breast neoplasias in relation to oral contraceptive and estrogen use. *Eur J Cancer* 1979 ;15 :395-405.

[41] Pastides H, Kelsey JL, LiVolsi VA, et al. Oral contraceptive use and fibrocystic breast disease with special reference to its histopathology. *J Natl Cancer Inst* 1983 ;71 :5-9.

[42] Hsieh CC, Crosson AW, Walker AM, et al. Oral contraceptive use and fibrocystic breast disease of different histologic classifications. *J Natl Cancer Inst* 1984 ;72 :285-90.

[43] Duffy SW, Roberts MM, Elton RA. *Risk factors relevant to cystic breast disease: a case-control study.* *J Epidemiol Community Health* 1983 ; 37 :271-3.

[44] Seror J.-Y. Apport de l'imagerie dans la pathologie bénigne du sein www.lesjta.com. 12P.

http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=104&PHPSESSID=5dcc9be00a7006ffb51eaf505eef2fee

[45] Nomura A, Comstock GW, Tonascia JA. Epidemiologic characteristics of benign breast disease. *Am J Epidemiol* 1977 ;105 :505-12.

[46] Silbernagl S, Despopoulos A. Atlas de poche de physiologie. 3ème édition. Flammarion médecine-sciences, 2001 : 436p.

[47] Bazzochi F, Santini D, Martinelli G, Piccaluga A, Taffurelli M, Grassigli A. Juvenile papillomatosis (epitheliosis) of the breast. A clinical and pathologic study of 13 cases. *Am.J.Clin.Pathol.* 1986 ;86(6) : 745-748.

[48] Gerard-Marchand R et Contesso G. Types histologiques des tumeurs du sein 2ème édition. Organisation mondiale de la santé, GENEVE 1981 ; 18-68.

[49] Jones MW, Norris HJ and Snyder RC. Infiltrating Syringomatous adenoma of the nipple. A clinical and Pathological study of 11 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1989 ; 13 (3) : 197-201.

[50] Collectif d'anatomie pathologique gynécologique Office des publications universitaires. Alger 1994 ; p 111.

- [51] Tavassoli F. Pathology of the breast. Second ed. Appleton & Lange, Stamford 1999; 669p.
- [52] James K, Bridger J, and Anthony PP. Breast tumour of pregnancy (“lactating adenoma”). J. Pathol.1988; 156(1): 3744
- [53] O’Hara MF, et Page DL. Adenoma of the breast and ectopic breast under lactational influences. Hum.Pathol. 1985 ; 16(7) : 707-712
- [54] Espie M, Roquancourt ADE, Tournant B, Perret F. Mastopathies bénignes et risques de cancers du sein. Cancer 2002; 78: 258-266
- [55] Dupont WD, David L, Page, Fritz F, Parl, Cindy L. Long term risk of the breast cancer in women with fibroadenoma. N. Engl. J. Med. 1994 ; 331 : 10-15
- [56] Bendib A, Aoudia N. Cancer du sein. Les cahiers de la santé 1998 : 16-22
- [57] Grall J. Les bases du traitement de la pathologie bénigne du sein Service Gynécologie Hôpital Sud CHRU Rennes [en ligne] <http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/immam/rennes/014.html>
- [58] Suzanne F, Emering C, Fernandez M, Gallot D Chirurgie des lésions bénignes du sein ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE 41-950
- [59] Baratte B., J.M. TEISSIER, Y. GRUMBACH Les tumeurs bénignes du sein de la femme Radiologie J CEPUR 1990 10 : 33-37.
- [60] Bastian D. Développement et anatomie du sein normal. ESKA p 21-40.
- [61] Bintou Sanogo. Place de l’histologie dans le diagnostic des tumeurs bénignes du sein au CHU Gabriel Touré. USTTB- FMOS 2021-2022
- [62] PJA Ingala, B T Ibanda, A L Mputu.Epidemiological, clinical and anatomopathological aspects of benign breast tumors at the Kinshasa University Hospital. Anafrimed.net. vol 16, n°3, Juin 2023, 12p.

[63] S.M. Diakité. Prise en charge des pathologies mammaires bénignes au centre de sante de référence de Bandiagara. USTTB [Mémoire de médecine], Bamako, 2022 : 42p. www.bibliosanté.ml.

[64] Delaloye J.F., Lehr HA

Faut-il opérer toutes les lésions pré malignes du sein ?

Revue médicale Suisse 2007,30 P.

[65] Ndounga E, Bambara AT, Liboko AFB, Itoua C, Moukassa D, Mbon JBN. Cancer du sein chez la femme de 35 ans et moins au CHU de Brazzaville. PAMJ - Clin Med [Internet]. 10 mars 2020 [cité 23 oct 2022] ;2(94). Disponible sur : <https://www.clinical-medicine.panafrican-medjournal.com/content/article/2/94/full>

[66] Rohan TE, Negassa A, Chlebowski RT, Lasser NL, McTiernan A, Schenken RS et al. Œstrogène plus progestatif et risque de maladie mammaire proliférative bénigne. Épidémiologie du cancer, biomarqueurs et prévention 2008 ;17(9) :2337-2343.

[67] Ginger MR, Gonzalez-Rimbau MF, Gay JP, Rosen JM. Modifications persistantes de l'expression des gènes induites par les œstrogènes et la progestérone dans la glande mammaire du rat. Mole Endocrinol. 2001 ;15 :1993-2009.

[68] Cohen MA. Role of sonography in evaluation of radials cars of the breast. AmJRoentgenol2000 ;174 :1075-1078

[69] Kané SM. La pathologie tumorale bénigne du sein dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital national du point « G ». Thèse de doctorat de médecine. UB 06-M-364 ; 91p

[70] Navin Kumar¹*, Janardan Prasad. Epidemiology of benign breast lumps, is it changing: a prospective study in 2019.

[71] Diallo S. Etude épidémiologique, clinique et histopathologique des cancers du sein diagnostiqués dans les hôpitaux de Bamako. Thèse de doctorat en médecine USTTB-2017-M-452-109p

[72] Russo J. Hormonal control of breast development. In: DeGroot LJ, Jameson JL, editors. Endocrinology. Fourth edition ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2001.p.2181-2188

[73] Blanchard Tadika Ibanda. Performance of clinical investigations and breast ultrasound in the diagnosis of benign breast tumors in low-resource settings in sub-Saharan Africa in 2022.

[74] Smith GE, Burrows P. Diagnostic échographique du fibroadénome - la biopsie est-elle toujours nécessaire ? [voir commentaire]. Radiologie clinique 516 ;63(5) :511-515.

[75] Shetty MK, Shah YP, Sharman RS. Évaluation prospective de l'intérêt de l'évaluation combinée mammographique et échographique chez les patientes présentant des anomalies palpables du sein. Journal of Ultrasound in Medicine 2003;22(3):263-268.

[76] Flobbe K, Bosch AM, Kessels AG, Beets GL, Nelemans PJ, von Meyenfeldt MF et al. La valeur diagnostique supplémentaire de l'échographie dans le diagnostic du cancer du sein. Archives de médecine interne 2003 ;163(10) :1194-1199.

[77] Bremond A. Les cancers gynécologiques et mammaires. Progrès en Gynécologie. 2 Juin 1982, 31-34. Google Scholar.

[78] Frouge C, Juras J. Imagerie des tumeurs bénignes et des pseudotumeurs du sein Feuillet de Radiologie 1994;34p. 387-397. Google Scholar.

[79] Zajdela A, Ghossein N A, Pilleron J P, Ennuyer A. The value of aspiration cytology in the diagnosis of breast cancer: experience at the Foundation Curie. Cancer 1975 ; 35 : 499-506. Google Scholar

- [80] Lutula S. Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali, Bamako. Bamako. 2008. Google Scholar
- [81] Diallo M, Diallo S, Camara M, Diallo F, Diallo Y, Diaw S. Les tumeurs du sein : épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et pronostic. Médecine Afr Noire. 1996 ; 43(5) : 298-301. Google Scholar.
- [82] Sanchez R, Ladino-Torres MF, Bernat JA, Joe A, DiPietro MA. Fibroadénomes mammaires dans la population pédiatrique : résultats échographiques courants et rares. Radiol Pédiatre 2010 ; 40 :1681-1689. PubMed.
- [83] Gao Y, Saksena MA, Brachtel EF, terMeulen DC, Rafferty EA
Comment aborder les lésions mammaires chez l'enfant et l'adolescent.
Eur J Radiol 2015 ;84 :1350-1364
- [84] Greenberg R, Skornick Y, Kaplan O. Prise en charge des fibroadénomes du sein. J Gen Intern Med. 1998 ;13(9) :640-645. est-ce que je:10.1046/j.1525-1497.1998.cr188. x.
- [85] Gordon PB, Gagnon FA, Lanzkowsky L. Masses mammaires solides diagnostiquées comme un fibroadénome lors d'une biopsie par aspiration à l'aiguille fine : taux de croissance acceptables lors d'un suivi à long terme. Radiologie 2003 ;229 : 233-238.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Q1. N° fiche d'enquête : _____ /

Q2. N° du dossier : _____ /

Q3. Noms et Prénoms :

_____ /

Q4. Age (ans) : _____ /

Q5. Contact : _____ /

Q6. Année : _____ /

Q7. Profession : _____ /

1= Ménagère

4= Etudiante

2= Fonctionnaire

5= Autres (à préciser) 3=

Commerçante

77= Indéterminée

Q8. Ethnie : _____ /

1= sarakolé

5= Bambara

9= Dogon

2= Malinké

6= Minianka/Sénoufo

10= Peulh

3= Khassonké

7= Sonrhäi

11= Autres (à préciser)

4=Touareg

8= Bobo

Q9. Adresse habituelle :

_____ /

Q10. Région de provenance : _____ /

1= Kayes

5= Mopti

9= Bamako

2= Koulikoro

6= Tombouctou

10= Autres (à préciser)

3= Sikasso

7= Gao

4= Ségou

8= Kidal

Q11. Nationalité : _____/

1= Malienne 2= Autres (à préciser)

Q12. Etat civil : _____/

1= Mariée 3= Divorcée 5= Autres (à préciser)
2= Célibataire 4= Veuve

Q13. Motif de consultation : _____/

1= Nodule ou tuméfaction du sein 7= Autres (à préciser)
2= Déformation de la peau ou du mamelon
3= Ecoulement mamelonnaire
4= Douleur mammaire
5= Ulcération végétante

Q14. Délai de consultation : _____/

1= < à 12 mois 4= 36 – 47 mois
2= 12 – 23 mois 5= + de 47 mois
3= 24 – 35 mois

Q15. Age des premières règles : _____/

1= âge < à 12 ans 3= âge < 14 ans
2= 12 – 14 ans

Q16. Age de la première grossesse : _____/

Q17. Parité (nombre de grossesses) : _____/

Q18. Contraception : _____/

1= Oui 2= Néant

Q19. Si oui ; Méthode utilisée : _____/

1= Orale 2= Injectable 3= autres (à préciser)

Q20. Durée de la prise : _____/

1= < à 1 an 3= 6 – 10 ans 2=
1 – 5 ans 4= > à 10 ans

Q21. La ménopause : _____/

1= Oui 2= Non 77= Indéterminée

Q22. Age de la ménopause : _____/

Q23. Mode d'allaitement : _____/

1= Maternel 2= Mixte 3= Artificiel

Q24. Durée de l'allaitement : _____/

0= Pas d'allaitement 2= 1 – 2 ans

1= < à 1 an 3= > à 2 ans

Q25. Antécédents personnels de mastopathies : _____/

1= Adénofibrome 3= Mastite 5= Autres (à préciser)

2= Maladie fibro-kystique 4= Kyste 6= Pas d'ATCD

Q26. Antécédents familiaux de tumeurs bénignes du sein : _____/

1= Mère 3= Sœurs 5= Autres (à préciser)

2= Grands-parents 4= Tante 6= Pas d'ATCD

Q27. Antécédent chirurgical : _____/

1= Sein 2= Autres à préciser 3= Pas d'ATCD

Q28. Mode de vie : _____/

1= Thé 2= Tabac 3= Alcool 4= Autres à préciser

Q29. Signes généraux : Etat général : _____/

1= Bon 3= Passable

2= Altéré

Conjonctives : _____/

1= Colorées 3= Ictère

2= Pâles

Température (°C) : _____/

Q30. IMC : _____/

Q31. Signes cutanés : _____/

1= Pas de signes

4= Ulcération

7= Association (à

préciser)

2= Tuméfaction

5= Rétraction

77= Indéterminée

3= Peau d'orange

6= Autres (à préciser)

Q32. Seins atteints : _____/

1= Sein gauche

2= Sein droit

3= 1 + 2

Q33. Localisation de la tumeur : _____/

1= Quadrant supéro—externe

3= Quadrant inféro-externe

5= Autres à

précisés

2= Quadrant Supéro-interne 4= Quadrant inféro-interne

Q 34. Nature de la masse : _____/

1= Nodule

2= Kyste

3= Autre (à préciser)

Q35. Taille de la tumeur : _____/

1= T0 (pas de tumeur palpable)

4= T3 (tumeur de taille > 5 cm de

Φ)

2= T1 (tumeur de taille < 3 cm de diamètre)

3= T2 (3cm et 5 cm)

Q36. Consistance de la tumeur : _____/

1= Molle

3= Ferme

2= Dure

4= Autres (à précis

Q37. La masse par rapport aux (02) plans : _____/

1= Mobile

2= Fixe

Q38. Contours de la masse : _____/

1= Régulier

2= Irrégulier

Q39. Douleur dans la masse : _____/

1= Oui

2= Non

Q40. Ecoulement mammaire : _____/

1= Oui

2= Non

Q41. Atteinte du sein controlatéral : _____/

1= Oui

2= Non

Q42. Echographie : _____/

1= Liquide

3= Normale

2= Solide

4= Autres (à préciser)

Q43. Mammographie : _____/

1=ACR 0

2= ACR 1

3=ACR 2

4=

ACR3

5=ACR4

6=ACR 5

4= Autres (à

préciser)

Q44. Biopsie : _____/

1= Microbiopsie

3= Autre (à préciser)

2= Cytoponction

Q45. Résultat de la Biopsie : _____/

1= Adénofibrome

2= Maladie fibrokystique

3= Adénome lactant 4= Tumeur

phyllode de bas grade 5= Papillome mammaire 6= Autres (à préciser)

Q46. Traitement reçu antérieurement : _____/

1= Traditionnel

2= Médical

3=Autres à préciser

Q47. But du traitement : _____/

1= Curatif

2= Palliatif

3= Autres à préciser

Q48. Moyen thérapeutique : _____/

1= Chirurgie

2= Médical

3= Autres (à préciser)

Q49 Indication chirurgicale : _____/

1= Taille de la tumeur >= 5cm 2=ATCD de pathologie mammaire 3= Age >= 30 ans
4= ACR 5= BIRAD 6= Volonté de la patiente 7= Autres (à préciser)

Q50. Qualité de l'opérateur : _____/

1=Chirurgien 2= DES 3= Autres (à préciser)

Q51. Type d'anesthésie : _____/

1= Anesthésie Générale 2= Anesthésie Locale 3= Autre (à préciser)

Q52. Type d'incision : _____/

1= Péri-aréolaire 2= Radiaire 3= Sillon infra mammaire 4=Autres (à préciser)

Q53. Geste chirurgical : _____/

1=Nodulectomie 2= Kystectomie 3= Quadrantectomie
4= Mastectomie 5= Pyramidectomie 6= Autre à préciser

Q54. Nature de la pièce opératoire : _____/

1= Nodule 2= Kyste 3=Masse 4=
Autres (à préciser)

Q55. Histologie : _____/

1=Adénofibrome 2= M. fibrokystique 3= Adénome lactant 4= Papillome
mammaire

5=Phyllode de bas grade 6= Autres (à préciser)

Q56. Délais d'hospitalisation post-opératoire (en nombre de jour) :
_____/

1= 0 2= 1 3= 2 4= 3 5= Autres (à préciser)

Q57. Suite immédiate post-opératoire : _____/

1= Douleur 2= Saignement 3= Aucun 4= Autres (à préciser)

Q58. Suivi à J 30 : _____ /

1=Suppuration 2= Désunion 3= Douleur 4= Bonne cicatrisation 5=
Cicatrice disgracieuse, 6= Chéloïde 7=Aucun 8= Autres (à préciser)

Q59. Suivi à 6 mois : _____ /

1= Désunion 2= Déformation du sein 3= Déviation du mamelon 4= Bonne
cicatrisation 5=Cicatrice disgracieuse, 6= Chéloïde 7=Aucun 8= Autre (à
préciser)

Q60. Suivi à 1an : _____ /

1= Déformation du sein 2= Déviation du mamelon 3= Récidive 4= Aucun 3=
Autres (à préciser)

Q61. Complication esthétique : _____ /

1= Symétrique 2= Asymétrique 3= Autres (à préciser)

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Mohamed

Titre de la thèse : Tumeurs bénignes du sein chez la femme : Aspects Epidémiologiques, Diagnostiques et Thérapeutiques.

Année universitaire : 2023-2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako.

E-mail : md3318738@gmail.com

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

Résumé :

Nos objectifs étaient de déterminer la fréquence hospitalière, de décrire les signes cliniques et paracliniques, de décrire la prise en charge thérapeutique et de déterminer les aspects évolutifs dans notre service. Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de 2012 à 2023 soit une période de 12 ans. Nous avons colligé 59 cas de tumeurs bénignes du sein chez la femme. Ces tumeurs ont représenté **1,3%** (59/4594) de toutes les pathologies mammaires. L'âge moyen a été de **24,08** ans avec un écart type de 9,2 ans et des extrêmes d'âge de 16 ans à 65 ans. La fréquence des tumeurs bénignes a été plus élevée chez les nulligestes et les nullipares. La tuméfaction mammaire a été présente dans 53 cas soit **89,8%**, le sein droit a été le plus atteint dans 36 cas soit **61%**, le quadrant supéro-externe a été dans 28 cas soit **47,5%**, les nodules ont été les plus retrouvés dans 49 cas soit **83%**, la taille de la tumeur était inférieure à 3cm dans 37 cas soit **62,7%**. L'échographie mammaire, la

mammographie et l'histologie étaient concordante d'une manière générale. Elles retrouvaient l'adénofibrome comme la tumeur bénigne la plus fréquente.

L'exérèse chirurgicale a représenté la modalité de prise en charge la plus fréquente avec **72,9 %** des cas. Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé.

Conclusion : Les tumeurs bénignes du sein sont très fréquentes. Le motif de consultation fréquemment rencontré est la présence d'une tuméfaction du sein. L'échographie est l'examen d'imagerie de référence devant une masse mammaire chez la femme jeune et l'histologie reste l'examen de confirmation diagnostique. La prise en charge est fonction de la nature de la tumeur pouvant aller de la simple surveillance à la tumorectomie. Ces tumeurs bénignes ont un bon pronostic, pas de récurrences dans la majorité des cas et l'état général de la patiente est conservé.

Mots Clés : Tumeur, Sein/ Epidémiologique/ Diagnostique/ Thérapeutique.

DATA SHEET

Name: DIARRA

First Name: Mohamed

Title of the thesis: Benign breast tumors in women: Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects.

Academic year: 2023-2024

Country of Origin: MALI

Place of defense: Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology of Bamako

Place of deposit: FMOS library

E-mail: md3318738@gmail.com

Sector of interest: General surgery Center Hospitalier Universitaire Gabriel Toure

SUMMARY:

Our objectives were to determine the hospital frequency, to describe the clinical and paraclinical signs, to describe the therapeutic management and to determine the evolving aspects in our department.

This was a retrospective study ranging from 2012 to 2023, a period of 12 years. We collected 59 cases of benign breast tumors in women. These tumors represented **1,3%** (59/4594) of all breast pathologies. The average age was **24,08** years with a standard deviation of 9,2 years and age ranges from 16 years to 65 years.

The frequency of benign tumors was higher in nulligests and nulliparous women. Breast swelling was present in 53 cases or **89,8%**, the right breast was the most affected in 36 cases or 61%, the upper outer quadrant was in 28 cases or **47,5%**, the nodules were the most found in 49 cases or **83%**, the size of the tumor was less than 3cm in 37 cases or **62,7%**. Breast ultrasound, mammography and histology were generally concordant. They found adenofibroma as the most common benign tumor. Surgical excision represented the most frequent treatment modality with **72,9%** of cases. No cases of recurrence have been found.

Conclusion : Benign breast tumors are very common. The frequently encountered reason for consultation is the presence of breast swelling.

Breast ultrasound is the reference imaging test for a breast mass in young women and histology remains the diagnostic confirmation test.

Management depends on the nature of the tumor, which can range from simple monitoring to lumpectomy. These benign breast tumors have a good prognosis, no recurrences in the majority of cases and the patient's general condition is preserved.

Keywords: Tumor, Breast/ Epidemiological / Diagnosis/ Therapeutic.

Iconographie



Figure 3: Adénofibrome du sein droit avant l'intervention.



Figure 4: Adénofibrome. Pièce opératoire.

SERMENT D' HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.