

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

**UNIVERTE DE SCIENCE, DE TECHNIQUE
ET DE TECHNOOGIE DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

Thèse N°.....

THEME

**LES PATHOLOGIES MAMMAIRES CHEZ L'HOMME :
ASPECTS DIAGNOSTIQUE, THERAPEUTIQUE ET
PRONOSTIQUE DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 18 /12/2024 devant la
Faculté de médecine et d'odontostomatologie

Par **M. Mody TOURE**

**Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(Diplôme d'État)**

JURY

Président du jury : Mr Bakary Tientigui DEMBELE, Professeur

Membres du jury : Mr Bourama COULIBALY, Maître de conférences agrégé

Mr Zakari SAYE, Chargé de recherché

Directeur de thèse : Mr Adégné TOGO, Professeur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Ce travail est dédié à :

✓ **À mon père Diadié TOURE** : Cher papa, j'en suis là aujourd'hui c'est grâce aux multiples sacrifices que tu as fait pour nous. Tu nous as toujours encouragé à étudier d'où cette phrase « Ne faites rien concentrez-vous sur vos études ». Trouve dans ce travail mon éternel reconnaissance. Qu'ALLAH te donne une longue vie en bonne santé pour voir et goûter le fruit de l'arbre que tu as planté.

✓ **À ma mère Sallé TOURE** : Maman, les mots ne seront suffisants pour exprimer mon amour et ma reconnaissance envers toi. Femme battante, patiente, l'incarnation de la bonté. Tu es mon modèle, mon soutien, ma motivation celle sur qui je compte pour faire face au monde, mon paradis sur terre. Voici que ton fils à accomplir cet œuvre par la volonté de Dieu et avec ton soutien, tes prières et l'aide de mes chers maitres. Aucune œuvre ni discours ne sera suffisante pour exprimer mon amour pour toi, néanmoins trouves dans ce travail l'expression de mon amour profond. Puisse le tout puissant te donner une longue et heureuse vie en bonne santé.

✓ **À mes frères et sœurs** : Séckou TOURE, Sané TOURE, Hawa TOURE, Mariam TOURE, Henda TOURE, Dado TOURE, Dodo TOURE, merci la famille pour vos encouragements et accompagnement. Qu'Allah fortifie notre amour et bénit notre famille.

✓ **À ma femme Hawa TOURE** : mon amour, par la volonté d'Allah nos destins ont été liés. Tu as fait de moi l'homme le plus heureux du monde en acceptant d'être ma compagne, mon soutien. Tu es le soleil qui fait rayonner ma journée ; je t'aime tellement. Puisse Allah bénit notre union, amine.

✓ **Iringo TOURE, Kany DABO, Dr TOURE Mamadou, Youssouf TOURE, Diango Diarra, Dr TRAORE Kassim, Kadiatou SISSOKO, à la famille TOURE** à Baco djicoroni, un grand merci à vous pour votre

encouragement, accompagnement et votre soutien. Qu'Allah vous récompense aux centuples.

✓ **À tous ceux qui souffrent des pathologies mammaires** prompt rétablissement à vous.

REMERCIEMENTS

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 Tientigui DEMBELE, Pr Lassana KANTE, Pr Madiassa KONATE, Pr Amadou TRAORE Col, Dr Ibrahim DIAKITE, Dr Amadou MAIGA, Dr Tany KONE, Dr Boubacar Yoro SIDIBE, Dr Zakari SAYE, Dr Arouna DOUMBIA : merci pour l'encadrement et enseignement.

À mon maitre Dr Amadou BAH que la terre te soit légère repose en paix.

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, trouvez dans ce travail tous mes vœux de bonheur, de sante et de réussite.

✓ **À mes tantes et oncles** : particulièrement Mamoudou TOURE, Mahamadou TOURE, Fodié TOURE, Diadié TOURE merci pour vos soutiens et encouragements en vous souhaitant longévité et santé.

✓ **À mes cousins et cousines** : vous avez toute ma reconnaissance pour votre amour, soutien et encouragement. Je vous souhaite une longue vie prospère dans la quiétude avec beaucoup de succès.

✓ **À mes grands-parents** : vivant ou décédé merci pour votre amour, soutien, et accompagnement. Je souhaite une santé de fer et une longévité aux vivant, au disparu vous resterai à jamais dans mon cœur, reposez en paix.

✓ **À mes enseignants du premier et second cycle :** particulièrement Mr Salif DOUMBIA (teacher) merci pour vos enseignements et encouragements. Le rêve que vous avez alimenté s'est réalisé.

✓ **À L'association des élèves et étudiants ressortissants de Toya (AEERT) :** merci les amis pour cette aventure, elle a été fructueuse et pleine de divertissement. On restera toujours ensemble « vive Toya, vive AEERT ».

✓ **À mes aînés de la faculté** particulièrement Dr Mamadou GOUMANE, Dr Moumoune GUINDO, Dr Youssouf TOURE et à l'état-major les bâtisseurs. Je vous suis reconnaissant pour votre accueil, formation et accompagnement. « Le bleu est dans mon cœur comme l'air est dans l'atmosphère ».

✓ **À mes compagnons de la faculté :** Adama SALL, Mamou Diaby COULIBALY, d'une rencontre hasardeuse naquis une belle amitié. QU'ALLAH fortifie cette amitié.

✓ **À mes camarades et amis de la faculté :** Toukouney BARRY, Yacouba KODIO, Oumar TRAORE, Aristide MACOUL, Salimata SANGARE, Sanata SANOU, Bibatou KAREMBE, Kader DJITE, sans oublié personne. Merci à tous pour votre collaboration.

✓ **À mes aînés chirurgiens et DES du service :** Dr Bambaké DEMBELE, Dr Lamine DIALLO, Dr Daouda COULIBALY, Dr Mohamed AK TRAORE, Dr Abdoulaye COULIBALY, Dr Zeinab COULIBALY, Dr Carole MEDEDE, Dr Madou COULIBALY, Dr Youssouf DEMBELE, Dr Habib CISSE, Dr Youssouf KONE, Dr Baba E TOGOLA, Dr CLAUDE DEMBELE, Dr Barthélémy, Dr Daniel DAKOUO, Dr Mamadou SARRE, Dr Agzé, Dr Karim TRAORE, Dr SIMPARA, Dr KOITA, Dr Souleymane TRAORE, Dr Dina YABLONGO, Dr Habib KONE, Dr Moumoune, Dr Adama DRABO, Dr Malick TRAORE, Dr Moustapha DICKO, Dr Mohamed TAPILY, Dr Falé TRAORE, Dr Daouda K COULIBALY, à vous tous les DES de Ce chirurgie général : merci pour tout.

✓ **À mes aînés ancien thésards du service :** Dr SIDIBE Karamoko, Dr COULIBALY Oumar, Dr TRAORE Kassim, Dr COULIBALY Mounina, Dr

DIONDO Ogotba, Dr KONE Djeliman, Dr DIARRA Mohamed, Merci chers aînés pour vos enseignements.

✓ **À mes camarades thésards du service :** Harouna TOUNKARA, Mohamed KEITA, Ousmane SAMAKE, Ninelle DOSSOU, Moussa SIDIBE, Butt hiba tul WADUD, David SOW, Aichata Léotine DIARRA, Baké DIARRA, Mésack SAGARA, Marius FANOU, Souleymane COULIBALY, Ousmane CISSOUMA, merci les compagnons, Qu'Allah parachève notre formation à tous.

✓ **Aux externes :** Mounta DIALLO, Diahara DIALLO, Steve, Clinton, Fatoumata TRAORE, Haby CAMARA, Jean, Fatou DIARRA, Adam BAGAYOGO, Bintou CAMARA, Mouneissa DIALLO, Badiallo SACKO et tous les externes du service, merci pour votre aide et collaboration.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY

Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

- **Professeur titulaire (CAMES) à la FMOS/USTTB ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré de Bamako ;**
- **Diplômé de pédagogie en science de la santé ;**
- **Agrégé en chirurgie générale et responsable de la traumatologie viscérale, des soins péri-opératoires en chirurgie viscérale et de chirurgie de guerre.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous que vous ayez accepté de présider ce Jury.

Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admirable. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et considération.

Veillez recevoir cher maître, toute notre considération et profonde gratitude.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JUGE

Professeur Bourama COULIBALY

- **Maître de conférences agrégé à la FMOS ;**
- **Spécialiste en anatomopathologie**
- **Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- **Collaborateur du registre national des cancers du Mali ;**
- **Secrétaire général adjoint de la société malienne de pathologie (S.M.P).**

Cher Maître,

Avec indulgence et gentillesse, vous avez accepté de juger ce travail. Vous nous faites un grand honneur. Votre abord facile, votre disponibilité, votre rigueur et votre sens du travail bien fait, sont des atouts qui nous fascinent. Vous avez réussi avec modestie à concilier en vous l'homme et le grand Maître que vous êtes. Recevez ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Zakari SAYE

- **Chargé de recherche ;**
- **Spécialiste en Oncologie chirurgie ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**

Cher Maître,

L'opportunité nous est donnée de faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Nous sommes honorées que vous ayez accepté de codiriger ce travail. Vos qualités intellectuelles et de pédagogue, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable. Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Adégné TOGO

- **Chirurgien proctologue spécialiste en oncologie digestive ;**
- **Fellow du WACS ;**
- **Professeur titulaire en chirurgie générale ;**
- **Professeur agrégé du CAMES ;**
- **Chef de service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré ;**
- **Chef de département d'études et de recherche en chirurgie.**

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger ce travail. Durant notre travail, vous avez guidé nos pas avec rigueur et simplicité.

Votre dynamisme, votre générosité à transmettre vos connaissances, votre savoir-faire et votre courtoisie nous ont marqué. Faire partie de vos disciples est une fierté et un honneur pour nous. Retrouvez ici cher maître, toute notre admiration et profonde gratitude. Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle. Nous vous souhaitons longue et heureuse vie.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACR: American College of Radiology

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : centimètre

HTA : hypertension artérielle

IP/OMS : Indice de Performance de l'Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

MCA : Mastectomie avec curage axillaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TNM : Tumor, Node, Metastasis

TDM TAP: tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne

UGD : Ulcère Gastroduodénale

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

QSE : Quadrant Supéro-Externe

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableaux :

Tableau I: répartition des patients selon les pathologies	21
Tableau II: répartition des patients selon l'âge.....	21
Tableau III: répartition des patients selon la profession	22
Tableau IV: répartition des patients selon l'ethnie	22
Tableau V: répartition des patients selon l'état civile.....	23
Tableau VI: répartition des patients selon le mode d'entrée	23
Tableau VII: répartition des patients selon le motif de consultation.....	23
Tableau VIII: répartition des patients selon le délai de consultation	24
Tableau IX: répartition des patients selon l'IMC	24
Tableau X: répartition des patients selon l'indice de performance OMS.....	24
Tableau XI: répartition des patients selon le signe physique	25
Tableau XII: répartition des patients selon la localisation de la tumeur	26
Tableau XIII: répartition des patients selon taille de la tumeur	26
Tableau XIV: répartition des patients selon l'antécédent médical	27
Tableau XV: répartition des patients selon l'antécédent familial de cancer.....	27
Tableau XVI: répartition des patients selon l'atteinte ganglionnaire	27
Tableau XVII: répartition des patients selon l'imagerie réalisée	28
Tableau XVIII : répartition des patients selon le classification ACR	28
Tableau XIX: répartition des patients selon la cytologie.....	28
Tableau XX: répartition des patients selon le type histologique	29
Tableau XXI: répartition des patients selon la classification TNM	29
Tableau XXII: répartition des patients selon le but du traitement.....	30
Tableau XXIII: répartition des patients selon la chirurgie	30
Tableau XXIV: répartition des patients selon les complications post opératoire.....	31
Tableau XXV: répartition des patients selon la radiothérapie	31
Tableau XXVI: répartition des patients selon la chimiothérapie.....	32
Tableau XXVII: répartition des patients selon les complications de la chimiothérapie	32
Tableau XXVIII: répartition des patients selon l'hormonothérapie.....	32
Tableau XXIX: répartition des patients selon le devenir à la sortie	33
Tableau XXX : répartition des patients selon l'évolution à 1 an	33
Tableau XXXI: répartition des patients selon l'évolution à 5 ans.....	33
Tableau XXXII: répartition des patients selon la récurrence tumorale	34
Tableau XXXIII: répartition des patients selon la tranche d'âge.....	35
Tableau XXXIV: répartition des patients selon la profession	36
Tableau XXXV: répartition des patients selon l'ethnie	36
Tableau XXXVI: répartition des patients selon la nationalité.....	37
Tableau XXXVII : répartition des patients selon l'état civile	37
Tableau XXXVIII: répartition des patients selon le mode d'entrée.....	37
Tableau XXXIX: répartition des patients selon les symptômes.....	38
Tableau XL: répartition des patients selon le délai de la consultation	38
Tableau XLI: répartition des patients selon l'IMC.....	38
Tableau XLII: répartition des patients selon l'antécédent médical.....	39

Tableau XLIII: répartition des patients selon l'antécédent chirurgical.....	39
Tableau XLIV: répartition des patients selon le sein atteint	39
Tableau XLV: répartition des patients selon le signe physique	40
Tableau XLVI: répartition des patients selon la localisation de la tumeur	40
Tableau XLVII: répartition des patients selon la taille de la tumeur	40
Tableau XLVIII: répartition des patients selon L'imagerie.....	41
Tableau XLIX: répartition des patients selon le dosage hormonal	41
Tableau L: répartition des patients selon la cytologie	41
Tableau LI: répartition des patients selon la biopsie	42
Tableau LII: répartition des patients selon la chirurgie.....	42
Tableau LIII: répartition des patients selon le geste chirurgical.....	42
Tableau LIV: répartition des patients selon la complication chirurgicale.....	42
Tableau LV: la fréquence du cancer selon les auteurs	46
Tableau LVI: l'âge moyen dans le cancer selon les auteurs	47
Tableau LVII: le délai moyen de consultation du cancer selon les auteurs	47
Tableau LVIII: le motif de consultation du cancer selon les auteurs.....	48
Tableau LIX: le sein atteint dans le cancer selon les auteurs	49
Tableau LX: le type histologique du cancer selon les auteurs.....	50
Tableau LXI: le geste chirurgical réalisé dans le cancer selon les auteurs	51
Tableau LXII: la récurrence tumorale selon les auteurs	52
Tableau LXIII: fréquence de la gynécomastie selon les auteurs	53
Tableau LXIV: l'âge moyen des patients atteints de la gynécomastie.....	53
Tableau LXV: délai moyen de consultation de la gynécomastie	54
Tableau LXVI: le sein atteint dans la gynécomastie	55
Tableau LXVII: traitement de la gynécomastie selon les auteurs.....	55
Tableau LXVIII: les complications post opératoire de la gynécomastie	56

Figures :

Figure 1 : image d'un embryon de 4 SA montrant la crête mammaire et l'ébauche des membres	7
Figure 2 : embryon de 5 SA montrant les bourgeons mammaires	7
Figure 3 : image montrant la formation de l'aréole du 6 ^{ème} mois et à la naissance et les futurs canaux galactophores	7
Figure 4 : comparaison du sein de l'homme et femme	8
Figure 5 : structure mammaires féminin	9
Figure 6 : sein féminin montrant les rapports et les moyens de fixité.....	10
Figure 7 : fréquence selon le nombre de cas-année	20
Figure 8 : image d'une pièce opératoire après mastectomie pour cancer sein.....	72

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS :	4
1. OBJECTIF GENERALE :	4
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	4
III. GENERALITES :.....	6
1. Rappel Embryologique [5] [6] [7] :.....	6
2. Rappel Anatomique.....	8
3. Rappel clinique :.....	12
IV. METHODOLOGIE.....	15
1. Cadre et lieu d'étude :	15
2. Type et Période d'étude :.....	16
3. Population d'étude.....	16
4. Méthodes :	17
5. Supports des données (matériels) :.....	18
6. Analyse des données :	18
7. Éthique et déontologique :.....	18
V. RESULTATS :	20
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	46
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	58
7.1. Conclusion :	58
7.2. Recommandations :	59
VIII. REFFERENCES.....	61

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les seins sont des glandes lactifères et sexuelles qui tiennent chez la femme un rôle plastique très important alors qu'ils sont rudimentaires chez l'homme [1]. Les pathologies retrouvées peuvent être tumorales, bénignes ou malignes, infectieuses ou inflammatoires. Les principaux facteurs de risque de ces maladies sont l'alcool, le tabac, les antécédent familiaux de cancer de sein, les irradiations thoraciques, les troubles hormonales, etc. [2]

Les pathologies mammaires sont moins fréquentes chez l'homme par rapport à la femme. Sur une étude réalisée en Haïti le sexe féminin représentait 94 % et le sexe masculin 6% [2]. De même que la femme les seins de l'homme aussi sont susceptibles à diverses pathologies. La majorité des lésions sont bénignes, vu que la gynécomastie est de loin l'étiologie la plus commune [3], elle a été retrouvée chez 48 à 64% des patients lors de la puberté et 60% après 70 ans [4]. Le cancer du sein chez l'homme est rare, représentant 1% de toutes les lésions mammaires et moins d'1% de toutes les néoplasies masculines mondiale [3,5].

L'homme peut présenter les mêmes maladies bénignes de la glande mammaire que la femme mais avec une fréquence moindre, en particulier pour la pathologie d'origine lobulaire du fait de l'absence des lobules chez l'homme à l'état normal. La gravité de ces pathologies est due à la hantise du cancer de sein qui est très souvent diagnostiqué tardivement. Il est classé comme 5^{ème} cause de décès dans les deux sexes réunis [6]. L'incidence du cancer du sein a connu une hausse de 3,1% par an, et ce dans toutes les régions du monde [7].

Ces pathologies ont une lourde répercussion sur l'état mentale du patient principalement la gynécomastie pouvant être considérée comme l'atteinte de sa virilité (diminuant son estime de soi) avec un lourd préjudice esthétique et aussi la dépression liée au cancer. Le motif le plus fréquent de la consultation est l'augmentation de la taille du mamelon ou la douleur [3].

Au Mali, peu de données sont disponibles sur les pathologies mammaires en particulier celles de l'homme. Les travaux effectués sont surtout centrés sur le cancer du sein et il n'y a pratiquement pas de données sur les affections mammaires bénignes. C'est pourquoi nous avons initié ce travail dans le but d'étudier les pathologies mammaires chez l'homme dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré de Bamako au Mali.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. OBJECTIF GENERALE :

Étudier les pathologies mammaires chez l'homme au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence hospitalière des pathologies mammaires chez l'homme ;
- Décrire les aspects diagnostiques ;
- Décrire les aspects thérapeutiques des pathologies mammaires ;
- Déterminer le pronostic.

GENERALITES

III. Généralités :

1) Rappel Embryologique [5] [6] [7] :

Le tissu mammaire est issu embryologiquement de l'ectoderme seul le stroma et les vaisseaux sanguin sont issu du mésenchyme. Il est visible très tôt sous la forme d'un épaissement longitudinal situé de chaque côté de la ligne médiane, sur la face ventrale de l'embryon. Le développement prénatal du sein humain ne diffère pas entre les sexes, il peut être divisé en deux processus principaux : la formation d'un bourgeon mammaire primaire et le développement d'une glande mammaire rudimentaire.

4^{ème} semaine : on observe la crête mammaire qui relie le membre inférieur et le membre supérieur de façon bilatérale, symétrique (de chaque côté). (Figure 1)

À la 5^{ème} semaine : le bourgeon primaire apparait sur la partie supérieure de cette crête. (Figure 2)

Dès la 6^{ème} semaine : les crêtes mammaires régressent et l'aréole commence à se former.

Au 5^{ème} mois : ébauche du bourgeon primaire qui va donner le tissu de la glande mammaire.

Au 7^{ème} mois : Le bourgeon primaire se creuse en profondeur pour former le bourgeon secondaire, on aperçoit une ébauche des canaux galactophoriques

Au 8^{ème} mois : les canaux galactophores vont continuer à se développer et à fusionner et faire creuser une ébauche : le mamelon

Au 9^{ème} mois : une ouverture se crée au niveau de la peau, c'est la formation du mamelon, les canaux vont former des acini qui plus tard secrèteront le lait, c'est l'arbre galactophorique.

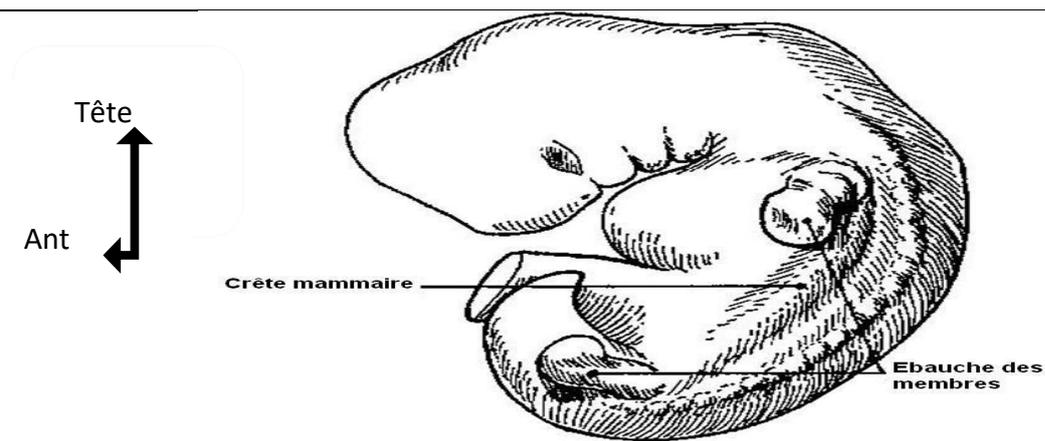


Figure 1 : image d'un embryon de 4 SA montrant la crête mammaire et l'ébauche des membres [8]

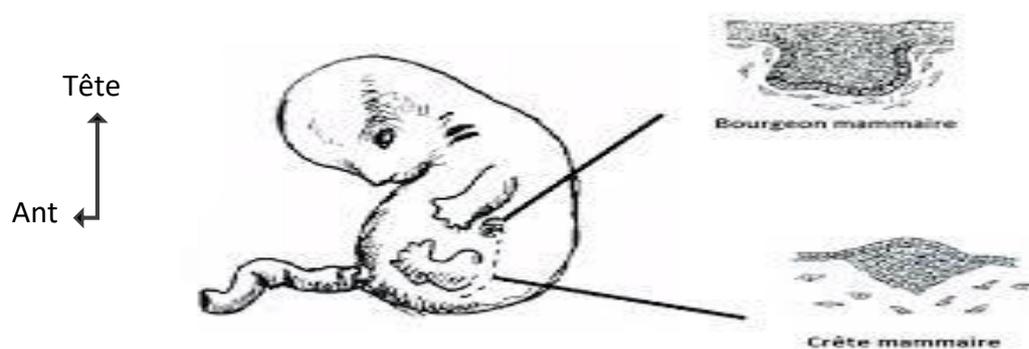


Figure 2 : embryon de 5 SA montrant les bourgeons mammaires [8]

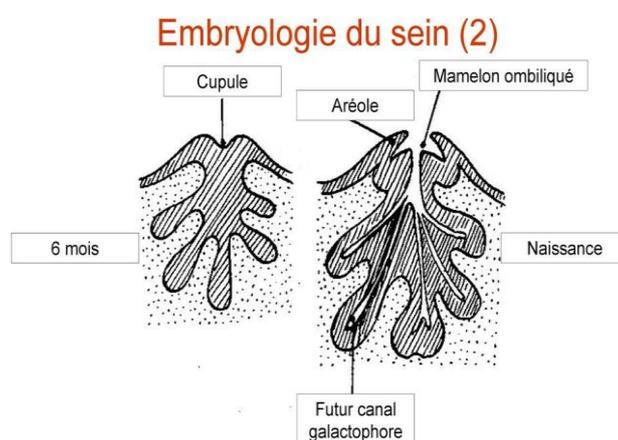


Figure 3 : image montrant la formation de l'aréole du 6^{ème} mois et à la naissance et les futurs canaux galactophores[8]

2) Rappel Anatomique

Les glandes mammaires sont des glandes exocrines et font partir du système tégumentaire de même que les glandes sudoripares. Leur développement est identique dans les deux sexes. Elles sont rudimentaires chez l'homme et formé simplement des petits canaux qui, ne sont composés que des cordons cellulaires et qui s'étend pas hors de l'aréole [1]

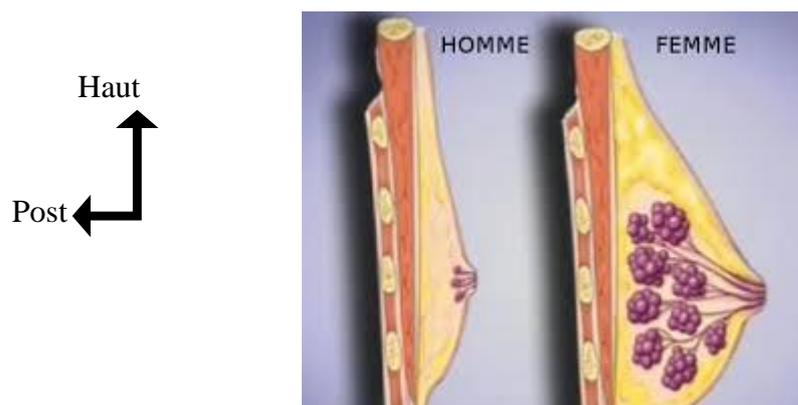


Figure 4 : comparaison du sein de l'homme et femme [9]

2.1 Situation et rapports :

Les seins sont situés sur la partie antéro-supérieure de la paroi thoracique de part et d'autre du sternum entre le 3ème et le 7ème espace intercostale limité en bas par le sillon infra-mammaire, sa limite supérieure est floue.

Les glandes mammaires reposent sur un plan musculo-fascial thoracique et présente de prolongement axillaire, processus latéral ou axillaire du sein.

En profondeur, elle est limitée par l'aponévrose superficielle du muscle grand pectoral. Elle repose sur le plan musculo fascial thoracique superficiel (Muscle grand pectoral, oblique externe, droit de l'abdomen et dentelé antérieur) et profond (Muscle petit pectoral et subclavière) et présente un prolongement axillaire. Ce plan musculo fascial est séparé du fascia rétro mammaire par une couche de tissu cellulo-adipeux : l'espace rétro mammaire [1].

2.2 Structure du sein :

Le sein est un organe tubulo-alvéolaire constitué de glande mammaire est d'un plan cutané.

La glande mammaire chez la femme est constituée de 15 à 20 lobes réunis par les canaux galactophores au niveau du mamelon mais chez de l'homme ressemble à celui d'un enfant avant la puberté.

Le plan cutané est constitué de : l'aréole, peau péri-aréolaire et les papilles mammaires.

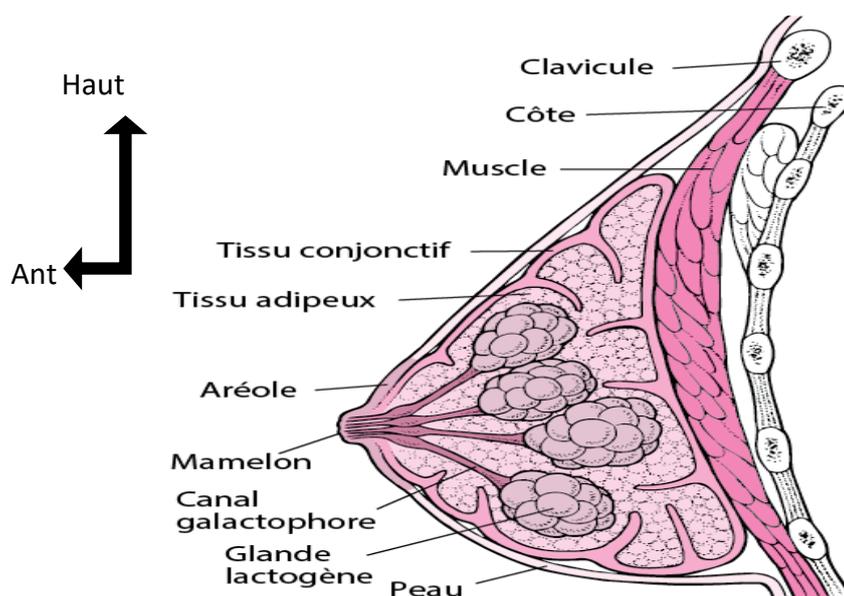


Figure 5 : structure mammaires féminin [10]

2.3 Moyens de fixité :

La peau mammaire enveloppe la glande mammaire,

La glande mammaire est encapsulée par les fascias pré et rétro mammaire, dédoublement du fascia superficiel du thorax. Son épiderme est uni au fascia pré mammaire par des tractus fibreux : les rétinaculum cutanés. Les ligaments suspenseurs du sein sont constitués par les nombreux septums qui unissent les fascias pré et rétro mammaires cloisonnant la glande en lobes. Les ligaments de Cooper, qui sont présents dans le sein féminin, sont absents chez les hommes.

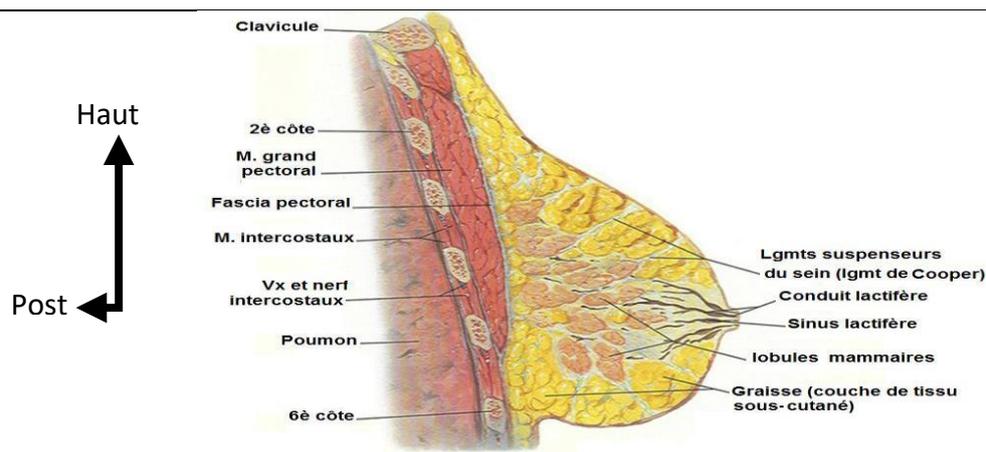


Figure 6 : sein féminin montrant les rapports et les moyens de fixité [8]

2.4 Vascolarisation :

2.4.1 Vascolarisation artérielle

Les seins sont en relation avec la paroi thoracique et les structures associés aux membres supérieurs, la vascolarisation provient de plusieurs origine et forme entre elle des anastomoses :

➤ Les branches mammaires latérales

Elles (artère thoracique supérieur, artère thoraco-acromiale, artère subscapulaire, artère thoracique latérale) proviennent de l'artère axillaire et sont destinées à la moitié latérale du sein.

➤ Les branches mammaires médiales

Elles naissent de l'artère thoracique interne et traversent les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux pour aborder la partie médiale de la glande.

2.4.2 Vascolarisation veineuse

Les réseaux veines assure un drainage, médian vers les veines thoraciques internes, latéral vers les veines axillaires et postérieur vers les veines intercostales.

Il y a la présence d'un réseau superficiel péri-mamelonnaire et péri-aréolaire constituant le réseau de Haller et un réseau profond qui chemine vers les lobes.

2.5 Innervation

L'innervation est assurée par deux groupes des nerfs un superficiel cutané et l'autre profond

➤ Les nerfs superficiels cutané : issues des plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux

➤ Les nerfs profonds : suivent le trajet des vaisseaux dans la glande

Tous ces nerfs envoient des nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon.

2.6 Drainage lymphatique

Il est assuré principalement par deux réseaux de drainage :

➤ Les réseaux lymphatiques d'origine

Ils sont constitués aussi par trois (03) réseaux qui : cutané ou superficiel ; sous-aréolaire et le réseau de la glande mammaire ou profond.

➤ Les réseaux lymphatiques latéral

Constitués des collecteurs axillaires et les lymphocentres axillaires.

➤ Le drainage lymphatique médial

Constitué des collecteurs para sternaux et des lymphocentres para sternaux.

➤ Le réseau lymphatique postérieur

Constitué des collecteurs retro mammaires (un pédicule Trans pectoral et un pédicule intercostal), ils se jettent dans les nœuds para-sternaux, intercostaux et apicaux.

3) Rappel clinique :

Les pathologies mammaires chez l'homme sont dans de la majorité des cas bénins, bien que rare mais les seins de l'homme aussi et tout autant affecté par les maladies que celles de femmes.

3-1. Les pathologies mammaires bénignes :

Plus fréquentes que les pathologies malignes et le tableau est largement dominé par la gynécomastie ; entre autres nous pouvons citer : abcès du sein, lipomastie, kyste mammaire, abcès du sein, tuberculose mammaire, etc.

3.1.1. Gynécomastie :

C'est une prolifération bénigne de la glande mammaire chez l'homme. C'est une pathologie mammaire masculine la plus fréquente. Elle résulte d'un déséquilibre de la balance hormonale entre les androgènes et l'œstrogènes. Il est favorisé par la prise de certains médicaments, le syndrome de Klinefelter, hypogonadisme, cirrhose hépatique, etc. Il est le plus souvent physiologique ou idiopathique.

Il se manifeste par une tuméfaction rétro aréolaire, ferme, mobile, qui peut être douloureuse ; il est souvent associé à des galactorrhées.

La plupart des temps elle ne nécessite pas de traitement et régresse avec le temps, s'il existe une gêne physique ou psychologique, un traitement médical ou chirurgical peut être proposé.

3.1.2. Abcès du sein :

C'est une collection purulente dans une cavité néoformée dans le tissu mammaire.

Il se manifeste en deux étapes (2) :

La phase inflammatoire : elle se manifeste par une tuméfaction rougeâtre très douloureuse avec une augmentation de la chaleur locale (c'est la phase de la mastite).

La phase de la collection : elle se manifeste par une tuméfaction fluctuante avec une douleur lancinante, insomnante, intense.

Le traitement consiste à la mise à plat de l'abcès avec une antibiothérapie de large spectre.

3.1.3. Kyste mammaire :

Il s'agit d'une collection liquidienne dans une coque au sein du tissu mammaire. Il est le plus souvent bénin résultant d'un trouble hormonal. Il se manifeste par une tuméfaction mammaire mobile de consistance liquidienne, pouvant être douloureux.

Une abstention médicale est observée si le kyste est asymptomatique. S'il est gênant ou douloureux une aspiration peut être réalisée. La chirurgie est le dernier recours en cas de récurrence ou un kyste présentant des caractéristiques douteuses.

3.2. Le cancer du sein [11]:

C'est une prolifération anormale et incontrôlée des cellules mammaires qui forme la tumeur. Les cellules cancéreuses sont d'origine galactophore du fait que le sein de l'homme est dépourvu de lobule. Il est rare chez l'homme et découvert généralement à un stade tardif forme (*invasive*), ce qui rend le pronostic sombre. La forme la plus précocement détecté (*In situ*) n'engage pas le pronostic vital. Il est favorisé par l'obésité, l'abus d'alcool, le tabagisme, le syndrome de klinefelter, l'antécédent d'irradiation thoracique, certains médicaments (cimétidine, digitaline, isoniazide et spironolactone), etc.

À un stade précoce il est en générale asymptomatique, d'où la nécessité de faire un examen systématique des seins.

Il se manifeste à un stade avancé par une tuméfaction mammaire le plus souvent indolore, excentrée, une ulcération cutanée, des écoulements anormaux ou sanglants, une rétraction mamelonnaire, etc.

Le traitement est fonction du type de cancer, de sa propagation aux ganglions et aux autres organes. Il peut s'agir d'une chirurgie, d'une chimiothérapie néo adjuvante ou adjuvante, d'une radiothérapie ou d'une hormonothérapie.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré du Mali. 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-Courra, à l'Ouest par l'École Nationale d'Ingénieur (E.N.I.), au Nord le Quartier Général de l'État-major de l'Armée de Terre, au Sud le TRANIMEX.

Ancien dispensaire National de Bamako, il a été érigé en hôpital le 17 février 1959. Il porte le nom d'un étudiant Malien, 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 3^{ème} référence de notre système de santé.

Dans l'enceinte de l'hôpital, le bâtiment « Bénitieni 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.

Le personnel :

- Le personnel permanent :

Douze (12) chirurgiens dont 03 professeurs titulaires en chirurgie générale, 03 professeurs maîtres de conférences agrégés, 04 professeurs maîtres de recherche, 02 chargés de recherche.

Un technicien supérieur en santé, infirmier major du service.

Quatre agents techniques de santé et quatre aides-soignants.

Une secrétaire médical installé auprès du chef de service.

Deux techniciens de surface ou manœuvres.

- 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 d'infirmier.

2. Type et Période d'étude :

C'était une étude descriptive avec collecte des données rétrospective et prospective allant de janvier 2010 à décembre 2023. La phase rétrospective s'étendait de 2010 à 2022 et la phase prospective en 2023, soit au total une période de 13 ans.

3. Population d'étude

Tous les cas de pathologie mammaire chez l'homme vus en consultation dans le service de chirurgie générale Gabriel Touré pendant notre période d'étude.

3.1 Échantillonnage :

Nous avons procédé à une recueille exhaustive des patients.

3.2 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude tout patient :

- Ayant consulté pour une pathologie mammaire ;
- Patient dont le consentement fut obtenu pour l'étude ;
- Un dossier complet dans notre période d'étude.

3.3 Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans notre l'étude :

- Toutes pathologies mammaires chez un homme en dehors de la période d'étude ;
- Patient avec un dossier incomplet ;
- Toutes pathologies mammaires chez la femme.

4. Méthodes :

Notre méthode comportait deux (2) phases.

a. La phase Rétrospective :

Cette phase s'étend du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2022. Elle est réalisée par le recueil des données à l'aide d'un questionnaire dans les dossiers des patients : Les données sociodémographiques (Age, statut matrimonial, ethnie, profession, adresse) puis nous avons recensé les symptômes recueillis à l'interrogatoire du malade. À l'examen générale nous avons recherché une notion d'amaigrissement, anorexie, asthénie, fièvre et l'indice de performance OMS. L'examen physique fait ressortir les signes recherchés (masse, écoulement, rétraction mammaire, peau d'orange, ulcération, adénopathie...), les examens complémentaires sont réalisés en fonction du besoin (échographie, mammographie, TDM, radiographie du thorax, cytologie, biopsie et les dosages hormonales). Le diagnostic étant posé, nous avons discuté de la modalité du traitement médical ou chirurgical et du type de chirurgie s'il y'a lieu. Le suivi et consigné et nous appelons certains patients si nécessaires.

b. La phase prospective :

Cette période s'étend du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 soit une année. Pendant cette période les données sont recueillies par l'interrogatoire du patient et dans son dossier médical à l'aide d'un questionnaire. Les patients sont recrutés à la consultation. L'interrogatoire nous recherchons une douleur, une tuméfaction, une ulcération, un prurit, un écoulement mammaire. Après avoir recherché les signes généraux (amaigrissement, anorexie, asthénie, indice de performance, IMC,) nous procédons à l'examen physique de tous les organes, l'examen du sein quadrant par quadrant à la recherche d'une décoloration cutanée, une rétraction aréolaire, une ulcération, une tuméfaction, une chaleur locale, une douleur. Les examens complémentaires sont demandés en fonction de la pathologie. Le diagnostic étant posé le traitement est médical ou chirurgical en fonction de la pathologie. Si le diagnostic posé est un cancer, nous délivrons un bilan

d'extension puis le dossier est présenté à la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) pour adopter un plan thérapeutique. Le suivi des patients est fait à la consultation externe.

5. Supports des données (matériels) :

Nous avons consulté :

- Les registres de consultation de la chirurgie générale ;
- Les registres de compte-rendu opératoire du bloc opératoire et de garde ;
- Les registres d'hospitalisation des malades ;
- Le registre de codage ;
- Les dossiers des patients.

6. Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Word 2016, Excel 2016, le logiciel SPSS version 2016. Le test statistique de comparaison utilisé était le Chi2 avec un seuil de signification $P < 0,05$.

7. Éthique et déontologique :

La confidentialité des données est respectée et le consentement des patients obtenu au préalable. Les noms des patients ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Nous n'avons aucun conflits d'intérêt.

RESULTATS

V. RESULTATS :

5.1. Les fréquences hospitalières :

5.1.1. Les fréquences générales :

Durant notre période d'étude nous avons récolté :

- 42 cas de pathologies mammaires chez l'homme ;
- Le nombre total de consultation des hommes était de 16180 patients ;
- La fréquence globale de consultation pour les pathologies mammaires est de 0,26%(42/16180).

5.1.2. Les fréquences spécifiques :

La fréquence du cancer du sein chez l'homme représentait :

- 0,14%(23/16180) des consultations ;
- 0,25%(23/9113) de tous les cancers ;
- 1% (23/1852) de tous les néoplasies mammaires ;
- La gynécomastie représentait 0,1% (17/16180).

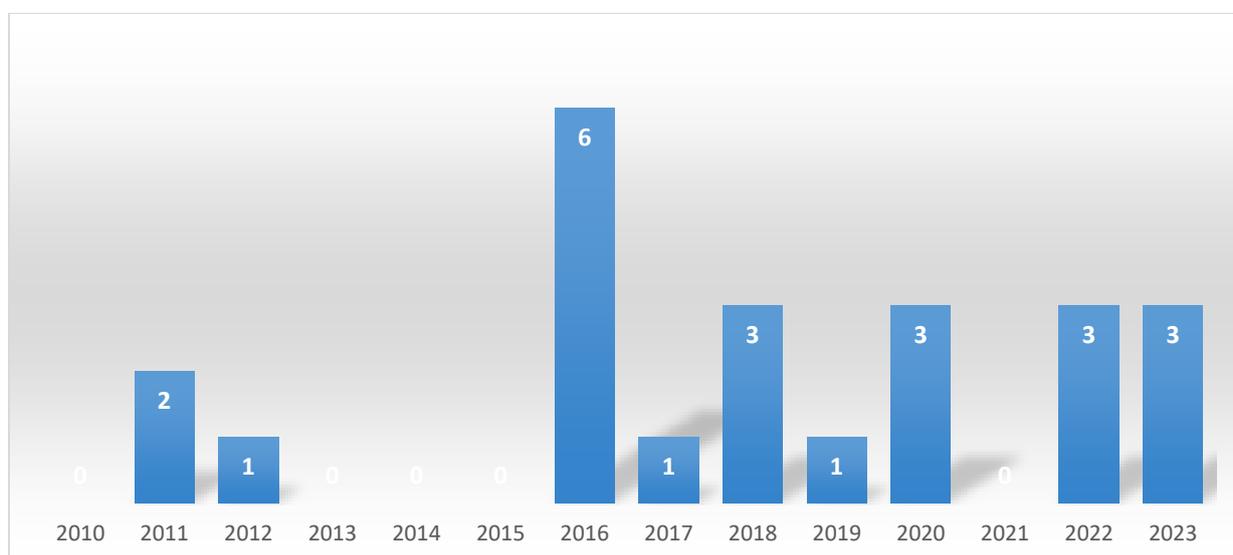


Figure 7 : fréquence selon le nombre de cas-année

Nous avons eu plus de cas en 2016 par rapport aux autres années soit 26,1% des pathologies mammaires chez l'homme

Tableau I: répartition des patients selon les pathologies

Pathologies	Effectif	Pourcentage
Cancer	23	54,8
Gynécomastie	17	40,5
Tumeur phyllode de bas grade	1	2,4
Kyste mammaire	1	2,4
Total	42	100

Le cancer représentait 54,8% des cas

5.2. Le cancer du sein :

5.2.1. Aspects diagnostiques :

Tableau II: répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[16-25]	2	8,7
[26-35]	3	13,0
[36-45]	2	8,7
[46-55]	4	17,4
[56-65]	5	21,7
[66-75]	6	26,1
[86-95]	1	4,3
Total	23	100

La tranche d'âge la plus représentée était de [66-75]. La moyenne d'âge est 54,91 ans avec un écart type de 18,58. Le minimum est à 18 ans et le maximum à 92 ans.

Tableau III: répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Chauffeur	2	8,7
Commerçant	3	13,0
Cultivateur	8	34,8
Élève/étudiant	1	4,3
Imprimeur	1	4,3
Inconnu	5	21,7
Ingénieur	1	4,3
Juriste	1	4,3
Mécanicien	1	4,3
Total	23	100

Tableau IV: répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	4	17,4
Dogon	4	17,4
Inconnu	5	21,7
Malinké	4	17,4
Maure	1	4,3
Peulh	3	13,0
Sénoufo	1	4,3
Sonrhäï	1	4,3
Total	23	100

Les ethnies les plus représentées sont bambara, dogon et malinké 17,4% chacune.

Tableau V: répartition des patients selon l'état civile

État civil	Effectif	Pourcentage
Célibataire	1	4,3
Marié	21	91,4
Veuf	1	4,3
Total	23	100

Tableau VI: répartition des patients selon le mode d'entrée

Mode d'entrée	Effectif	Pourcentage
Adressé	5	21,8
Conseillé	1	4,3
Lui même	17	73,9
Total	23	100

Tableau VII: répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur mammaire	2	8,7
Écoulement mammaire	1	4,3
Tuméfaction mammaire	18	78,3
Ulcération mammaire	2	8,7
Total	23	100

Tableau VIII: répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation (mois)	Effectif	Pourcentage
]0 -3]	12	52,2
]3-6]	1	4,3
]6-12]	2	8,7
Plus de 12 mois	8	34,8
Total	23	100

52,2% de nos patients avaient consulté dans les 3 premiers mois de l'apparition des symptômes. Le délai moyen de consultation était de 12,74 mois avec un écart type de 21,77 mois et des extrêmes de 1 mois à 96 mois.

Tableau IX: répartition des patients selon l'IMC

Interprétation IMC	Effectif	Pourcentage
Normal	22	95,7
surpoids	1	4,3
Total	23	100

Tableau X: répartition des patients selon l'indice de performance OMS

Indice de performance OMS (IP/OMS)	Effectif	Pourcentage
IP/OMS 1	18	78,3
IP/OMS 2	2	8,7
IP/OMS 3	3	13,0
Total	23	100

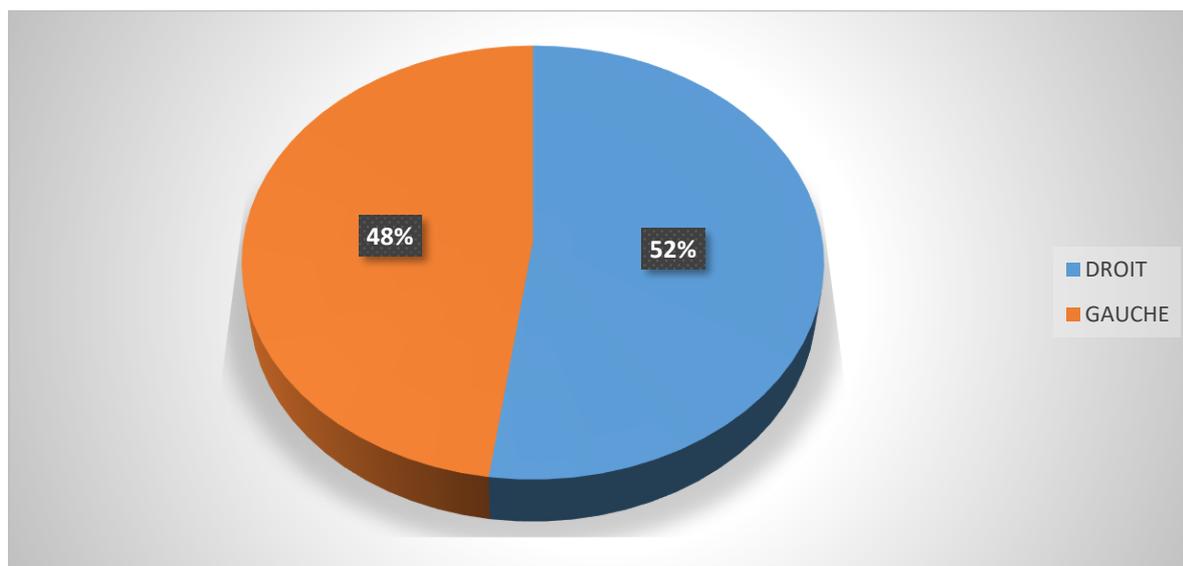


Figure 8 : répartition des patients selon le sein atteint

Le sein droit prédominait dans 52,2% des cas.

Tableau XI: répartition des patients selon le signe physique

Signes physique	Effectif	Pourcentage
Écoulement mammaire	1	4,3
Douleur mammaire	14	60,9
Lésions de grattage	1	4,3
Ulcération cutanée	11	47,8
Tuméfaction	17	73,9
Rétraction cutanée	7	30,4
Peau orangée	2	8,7

Le signe fréquemment retrouvé était la tuméfaction mammaire avec 73,9% des cas, suivi de la douleur mammaire avec 60,9% des cas.

Tableau XII: répartition des patients selon la localisation de la tumeur

Localisation de la tumeur	Effectif	Pourcentage
Aréolo-mamelonnaire	2	8,7
QSE	6	26,1
Rétro-aréolaire	2	8,7
Tout le sein	13	56,5
Total	23	100

Tableau XIII: répartition des patients selon taille de la tumeur

Taille de la tumeur (cm)	Effectif	Pourcentage
]0 -2]	5	21,7
]2-5]	5	21,7
>5	13	56,6
TOTAL	23	100

La taille moyenne était de 6,86 cm avec un écart type de 5,7 cm, la taille minimale est de 0,5 cm et la maximale 20 cm.

Tableau XIV: répartition des patients selon l'antécédent médical

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage
HTA	4	17,3
Diabète	1	4,3
Insuffisance cardiaque	1	4,3
UGD	1	4,3
Cancer	2	8,7
VIH	1	4,3

L'HTA était l'antécédent médical le plus retrouvé avec 17,3%.

Tableau XV : répartition des patients selon l'antécédent familial de cancer

Antécédent familial de cancer	Effectif	Pourcentage
Cancer	1	4,3
Pas d'antécédent	22	95,7
Total	23	100,0

Tableau XVI: répartition des patients selon l'atteinte ganglionnaire

Atteint ganglionnaire	Effectif	Pourcentage
Ganglion axi-claviculaire	12	52,2
Ganglion mammaire interne	10	43,5
Absence de ganglion	1	4,3
Total	23	100

Tableau XVI: répartition des patients selon l'imagerie réalisée

Imagerie médicale	Effectif	Pourcentage
Échographie mammaire	18	78,3
mammographie	7	30,4
TDM TAP	14	60,9

L'échographie a été réalisée dans 78,3% des cas et la TDM dans 60,9% des cas.

Tableau XVII : répartition des patients selon le classification ACR

ACR	Effectif	Pourcentage
ACR 3	2	8,7
ACR 4	7	30,4
ACR 5	14	60,9
Total	23	100

Tableau XVIII: répartition des patients selon la cytologie

Cytologie mammaire	Effectif	Pourcentage
Faite	19	82,6
Non faite	4	17,4
Total	23	100

Tableau XIX: répartition des patients selon le type histologique

Type histologique	Effectif	Pourcentage
Carcinome épidermoïde cutané	1	4,3
Carcinome infiltrant de type non spécifique	21	91,4
Carcinome mucineux	1	4,3
Total	23	100

Une biopsie a été réalisée chez tous nos patients et le carcinome infiltrant de type non spécifique était le type histologique le plus prédominant soit 91,4% des cas.

Tableau XX: répartition des patients selon la classification TNM

Classification		Effectif	Pourcentage
Tumeur	T2	6	26
	T3	2	8,7
	T4	15	65
Ganglion	N0	5	21,7
	N1	7	38,9
	N2	1	5,6
	N3	10	55,5
Métastase	M1	1	4,3

M0	22	95,7
----	----	------

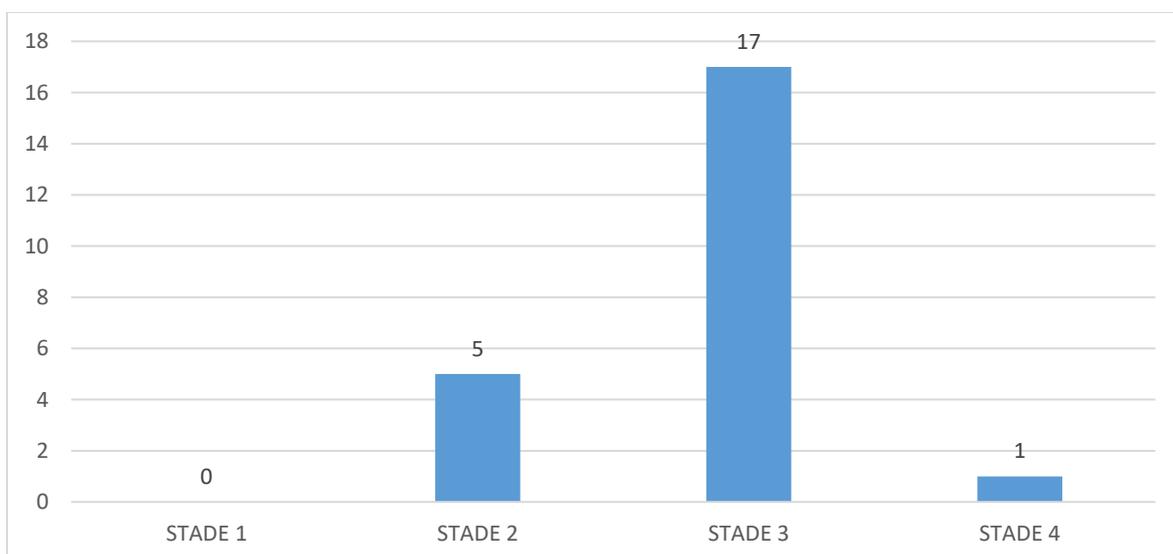


Figure 9 : répartition des patients selon le stade TNM du cancer

4,3% étaient déjà au stade 4.

5.2.2 Aspects thérapeutique :

Tableau XXI: répartition des patients selon le but du traitement

But	Effectif	Pourcentage
curatif	18	78,3
palliatif	5	21,7
Total	23	100

Tableau XXII: répartition des patients selon la chirurgie

Chirurgie	Effectif	Pourcentage
Non	2	8,7
Oui	21	91,3
Total	23	100

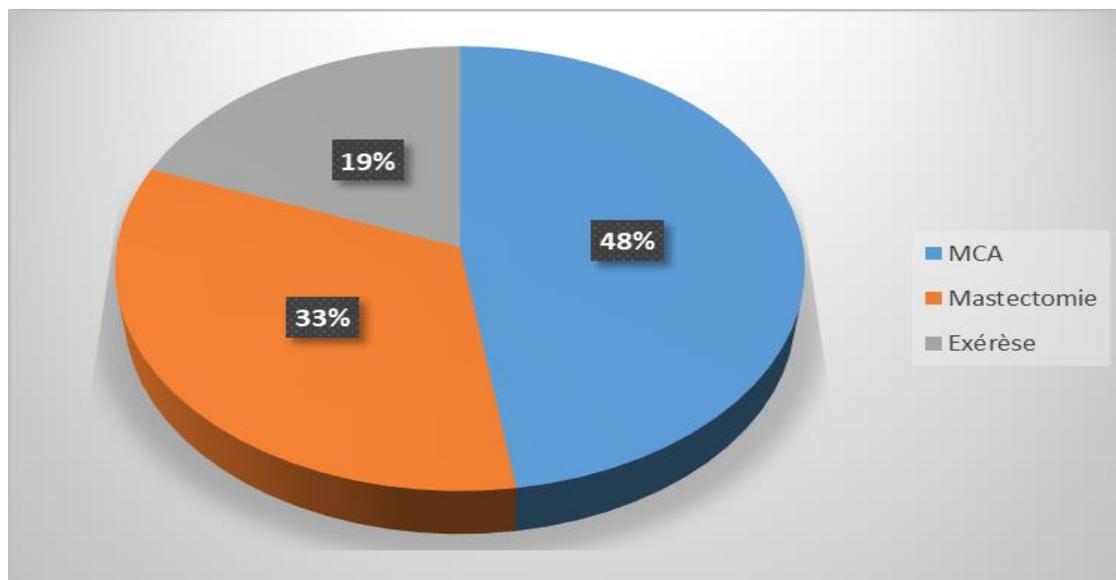


Figure10 : répartition des patients selon le type de chirurgie

La mastectomie a été la plus réalisée avec curage axillaire dans 48% et sans curage dans 33% des cas.

Tableau XXIII: répartition des patients selon les complications post opératoire

Complication chirurgie	Effectif	Pourcentage
Aucune	20	95,2
Infection du site opératoire	1	4,8
Total	21	100

Tableau XXV : répartition des patients selon la radiothérapie

Radiothérapie	Effectif	Pourcentage
non	22	95,7
oui	1	4,3
Total	23	100

Tableau XXVI: répartition des patients selon la chimiothérapie

Chimiothérapie	Effectif	Pourcentage
Chimiothérapie néo-adjuvante	6	26,1
Chimiothérapie adjuvante	17	73,9

Tableau XXVII : répartition des patients selon les complications de la chimiothérapie

Complication de la chimiothérapie	Effectif	Pourcentage
Alopécie	3	13,0
Amaigrissement	1	4,3
Non	19	82,6
Total	23	100

Tableau XXVIII : répartition des patients selon l'hormonothérapie

Hormonothérapie	Effectif	Pourcentage
Non	22	95,7
Oui	1	4,3
Total	23	100

4.2.3 Les aspects pronostiques :

Tableau XXIX : répartition des patients selon le devenir à la sortie

Devenir à la sortie	Effectif	Pourcentage
Décédé	2	8,7
Vivant	21	91,3
Total	23	100

Tableau XXX : répartition des patients selon l'évolution à 1 an

Suite à 1 an	Effectif	Pourcentage
Décédé	3	13
Perdue de vue	6	26,1
Vivant	14	60,9
Total	23	100

Tableau XXXI : répartition des patients selon l'évolution à 5 ans

Suite 5 ans	Effectif	Pourcentage
Décédé	4	17,4
Perdue de vue	5	21,7
Vivant	14	60,9
Total	23	100

La mortalité était difficile à calculer vue que tous nos patients n'ont pas 5 ans après l'intervention chirurgicale et aussi avec la perte de vue des patients.

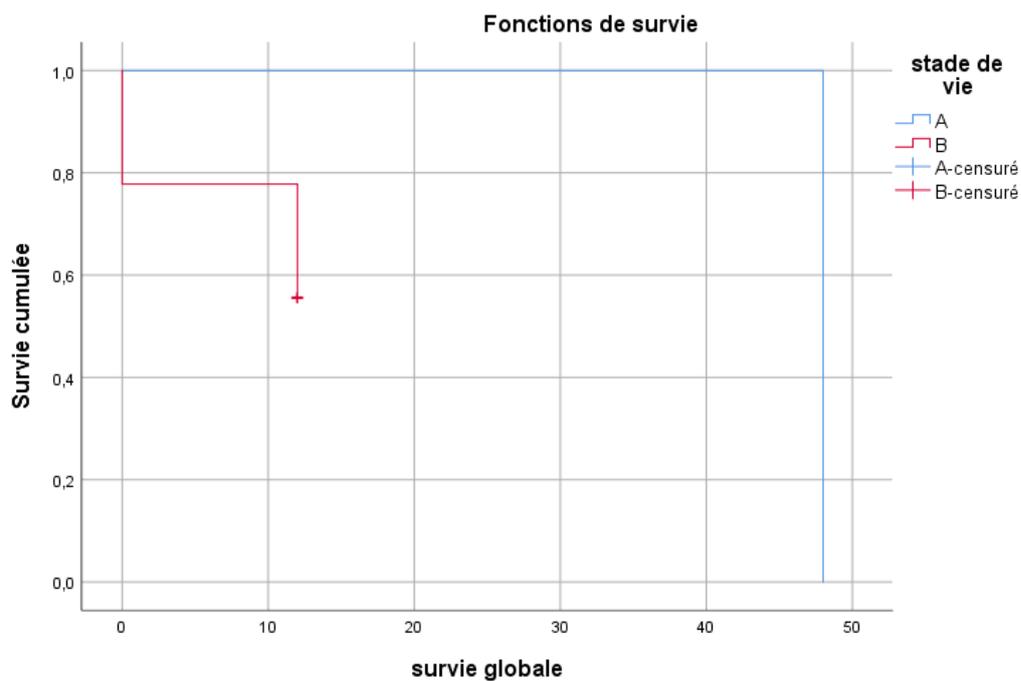


Figure 11 : courbe de survie globale

Tableau XXIV: répartition des patients selon la récurrence tumorale

Récidive	Effectif	Pourcentage
Pas de récurrence	22	95,7
Récidivé	1	4,3
Total	23	100

5.3. Pathologie bénigne :

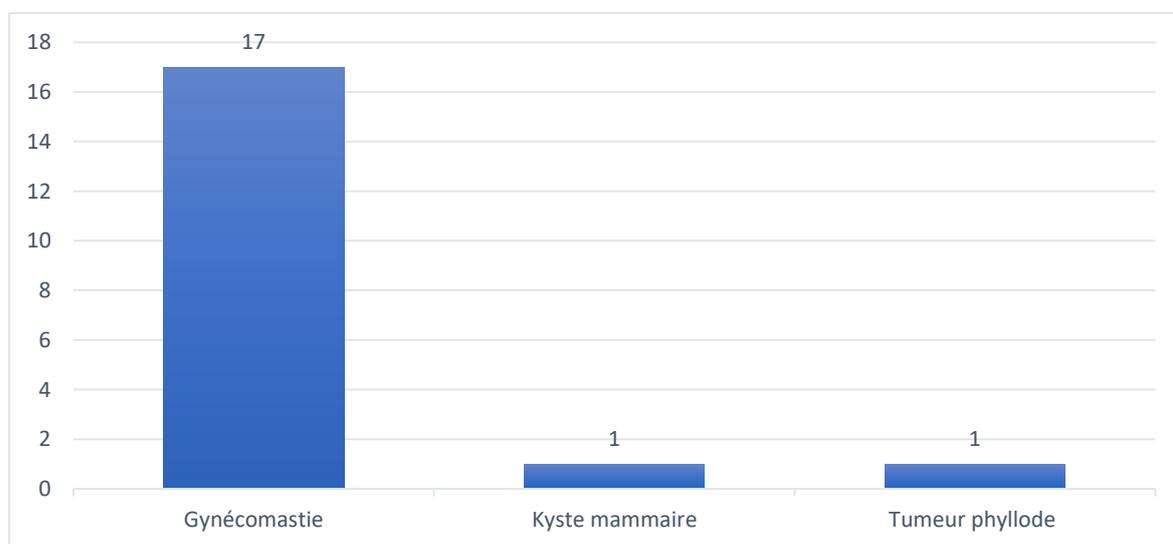


Figure 11 : répartition des patients selon les pathologies bénignes

Sur les 19 cas bénins nous avons noté 17 cas de gynécomastie, un cas de tumeur phyllode et un cas de kyste mammaire.

5.3.1. Gynécomastie :

5.3.1.1. Aspects diagnostics :

Tableau XXV: répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
[16-25]	11	64,7
[26-35]	5	29,4
[36-45]	1	5,9
Total	17	100

La tranche d'âge la plus représentée était [16-25] ans avec une moyenne d'âge de 24,47 ans ; un écart type de 6,80 ans. Le minimum était à 16 ans et le maximum à 39 ans.

Tableau XXVI: répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	2	11,8
Contrôleur	1	5,9
Électricien	1	5,9
Élève/Étudiant	10	58,8
Informaticien	1	5,9
Réparateur	1	5,9
Bâtiment	1	5,9
Total	17	100

Tableau XXVII: répartition des patients selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	4	23,5
Malinké	4	23,5
Maure	1	5,9
Mossi	1	5,9
Peulh	1	5,9
Soninké	4	23,5
Sonrhäï	2	11,8
Total	17	100

Les bambaras, malinkés et soninké représentaient chacune 23,5%.

Tableau XXVIII: répartition des patients selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Burkinabé	1	5,9
Maliennne	16	94,1
Total	17	100

Seulement une personne est de nationalité étrangère soit 5,9%.

Tableau XXIX : répartition des patients selon l'état civile

État civile	Effectif	Pourcentage
Célibataire	10	58,8
Marié	7	41,2
Total	17	100

Nous avons 58,8% de célibataire.

Tableau XXX: répartition des patients selon le mode d'entrée

Mode d'entrée	Effectif	Pourcentage
Adressé	3	17,6
Conseillé	2	11,8
Lui-même	12	70,6
Total	17	100

Tableau XXXI: répartition des patients selon les symptômes

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur mammaire	3	17,6
Tuméfaction	14	82,4
Total	17	100

Tableau XXXII: répartition des patients selon le délai de la consultation

Délai consultation (mois)	Effectif	Pourcentage
[0-6]	7	41,2
]7-12]	3	17,6
Plus de 12 mois	7	41,2
Total	17	100

41,2% ont consulté avant 6 mois et plus d'une année. Le délai moyen de consultation était de 24,39 mois.

Tableau XXXIII: répartition des patients selon l'IMC

Interprétation IMC	Effectif	Pourcentage
Normal	14	82,4
Surpoids	3	17,6
Total	17	100

Tableau XXXIV: répartition des patients selon l'antécédent médical

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage
Asthme	1	5,9
Pas d'antécédent	16	94,1
Total	17	100

Tableau XXXV: répartition des patients selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectif	Pourcentage
Non	14	82,4
Oui	3	17,6
Total	17	100

Nous avons trouvé dans 17,6% des cas.

Tableau XLIV: répartition des patients selon le sein atteint

Sien atteint	Effectif	Pourcentage
Bilatérale	4	23,5
Droit	3	17,6
Gauche	10	58,8
Total	17	100

Tableau XLV: répartition des patients selon le signe physique

Signe physique	Effectif	Pourcentage
Douleur mammaire	8	47,2
Galactorrhée	2	11,8
Tuméfaction mammaire	16	94,1

Tableau XLVI : répartition des patients selon la localisation de la tumeur

Localisation de la tumeur	Effectif	Pourcentage
Aréolo-mamelonnaire	1	5,9
QSE	2	11,8
Rétro aréolaire	8	47,1
Tout le sein	6	35,3
Total	17	100

Tableau XXXVIII : répartition des patients selon la taille de la tumeur

Taille de la tumeur (cm)	Effectif	Pourcentage
[0-2]	11	64,7
]2-5]	4	23,5
Plus de 5 cm	2	11,8
Total	17	100

Tableau XXXVII: répartition des patients selon l'imagerie

Imagerie médicale	Effectif	Pourcentage
Échographie mammaire	10	58,8
Mammographie	1	5,9

L'échographie mammaire a été réalisée dans 58,8% des cas.

Tableau XXXVIII: répartition des patients selon le dosage hormonal

Dosage hormonale	Effectif	Pourcentage
Non	10	58,8
Oui	7	41,2
Total	17	100

Tableau XXXIX: répartition des patients selon la cytologie

Cytologie mammaire	Effectif	Pourcentage
Faite	2	11,8
Non faite	15	88,2
Total	17	100

Tableau XL: répartition des patients selon la biopsie

Biopsie	Effectif	Pourcentage
Non	15	88,2
Oui	2	11,8
Total	17	100

5.3.1.2 Aspects thérapeutiques :

Tableau XLI: répartition des patients selon la chirurgie

Chirurgie	Effectif	Pourcentage
Non	10	58,8
Oui	7	41,2
Total	17	100

Tableau XLII: répartition des patients selon le geste chirurgical

Geste chirurgical	Effectif	Pourcentage
Exérèse	5	71,4
Mastectomie sous cutanée	2	28,6
Total	7	100

Tableau XLIII: répartition des patients selon la complication chirurgicale

Complication chirurgicale	Effectif	Pourcentage
----------------------------------	-----------------	--------------------

Aucune	5	71,4
Lymphœdème	2	28,6
Total	7	100

5.3.2 Tumeur phyllode de bas grade :

Il s'agit d'un patient de 25 ans sans antécédent médical et chirurgical particulier connu, qui consulte pour une tuméfaction du sein gauche. L'examen clinique a permis de retrouver une tumeur de 6 cm de diamètre du sein gauche, mobile par rapport au deux plans, indolore, rougeâtre.

L'échographie mammaire a objectivé une masse mammaire gauche bien circonscrite et hyper vascularisée au doppler.

La micro biopsie était en faveur d'une tumeur phyllode de bas grade de malignité. Nous avons retenu le même diagnostic.

Ainsi nous l'avons opéré. Le geste réalisé était la mastectomie sous cutanée avec conservation du mamelon. Les suites post opératoires ont été simple sans complication.

5.3.3. Kyste mammaire :

Il s'agit d'un patient de 21 ans sans antécédent médical et chirurgical particulier connu, étudiant, adressé pour kyste du sein gauche.

L'interrogatoire a retrouvé une tuméfaction mammaire douloureuse apparue depuis 7 mois dans le sein gauche sans autres symptômes associés ni de notion de traumatisme mammaire.

Notre examen clinique a objectivé une tuméfaction mobile, indolore, polylobée, de contour régulier, de consistance liquidienne, dans le quadrant inféro-externe du sein gauche.

Le sein controlatéral était sans particularité. L'échographie mammaire réalisée à objectivée une collection liquidienne d'allure kystique.

Nous avons retenu le diagnostic d'un kyste mammaire.

Le patient a été perdu de vue après avoir informé et proposer l'intervention.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude prospective et rétrospective de 2010 à 2023 soit une durée de 13 ans portant sur les pathologies mammaires chez l'homme. La phase rétrospective s'étendait de 2010 à 2022 et la phase prospective de 2022 à 2023. Durant notre période d'étude nous avons eu 42 cas de pathologie mammaire chez l'homme. Parmi ces 42 cas nous avons 23 cas de cancer, 17 cas de gynécomastie et 2 cas de tumeur bénigne du sein. Vu le caractère rétrospectif de notre étude, certaines données sont manquantes et sont indiquées par inconnu dans les résultats ci-dessus. Les dossiers non exploitables, la non réalisation de l'immunohistochimie et la non disponibilité de la radiothérapie constituent les difficultés et les limites de cette étude.

2. Le cancer :

➤ Fréquence :

Tableau XLIV: la fréquence du cancer selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Nombre cas/année
SQUALI Z, Maroc , 2016 [12]	16	2,29
LAMGHARI M , Maroc, 2017 [13]	13	2,17
ELBACHIRI M et Al ; Maroc, 2012[14]	40	3,08
Notre étude, Mali, 2023	23	1,64

Le cancer du sein est très rare chez l'homme, avec une incidence mondiale de 3,1% par an [7]. Il représente la 5ème cause de décès les deux sexes réunis [6]. Notre étude a retrouvé 1,64 cas de cancer du sein chez l'homme par an ; des études réalisées au Maroc par SQUALI Z en 2016 ont eu 2,29 cas par ans, LAMGHARI M lui a eu 2,17 cas en 2017 et ELBACHIRI M et Al en 2012 ont eu 3,08 cas par année.

Ces différences s'expliquent par le caractère multicentrique et le service de recrutement.

➤ **Age :**

Tableau XLV: l'âge moyen dans le cancer selon les auteurs

Auteurs	Age moyenne (ans)	Extrême(ans)
KEITA M; Mali, 2021, N =17 [15]	54,56	8 à 77
SQUALI Z ; Maroc, 2016, N =16 [12]	58,44	26 à 84
OGER A-S et Al, France, 2015 [16]	65	36 à 87
Notre étude, Mali, 2023	54,91	18 à 92

Le cancer du sein chez l'homme est rare voir exceptionnel avant 30 ans et les 2/3 des patients ont entre 50 et 80 ans [12].

L'âge moyen de nos patients est de 54,91 ans le minimum est à 18 ans et le maximum à 92 ans. Notre résultat est comparable à celui trouvé par KEITA M avec 54,56 ans.

Il est inférieur à l'âge moyen trouvé par SQUALI Z au Maroc 58,44 ans et OGER A-S en France qui a eu 65 ans.

Cette différence peut s'explique par la jeunesse de la population Malienne.

➤ **Délai moyen de consultation :**

Tableau XLVI: le délai moyen de consultation du cancer selon les auteurs

Auteurs	Délai moyen de consultation(mois)	Extrême
ELBACHIRI M et Al ;Maroc, 2012 N=40 [14]	12	3 mois à 28 mois
LAMGHARI M ; Maroc, 2017 N=13 [13]	24	2 mois à 18 ans
Notre série, Mali, 2023	12,74	1 mois à 17 ans

Le cancer du sein est diagnostiqué tardivement et généralement à un stade avancé. Le délai moyen de consultation de nos patients est de 12,74 mois. Il est

comparable à celui de ELBACHIRI M et Al au Maroc 12 mois mais inférieur à celui de LAMGHARI M au Maroc 24 mois.

La faible taille de l'échantillon explique cette différence.

➤ **Motif de consultation :**

Tableau XLVII: le motif de consultation du cancer selon les auteurs

Auteurs	Tuméfaction mammaire	Autres
KEITA M; Mali, 2021, N =17 [15]	70,6% P=0,2591	29,4%
OGER A-S et Al, France, 2015 [16]	88% P=0,0902	12%
Notre étude, Mali, 2023	78,2%	21,8%

La présentation clinique la plus classique du cancer de sein est une masse dure excentrée [4], non douloureuse dans 75% des cas [3].

Cependant nous avons trouvé la tuméfaction chez 78,2% des cas valeur qui est comparable sans différence significative avec celle de KEITA au Mali et de OGER et Al en France.

La tuméfaction accompagnée ou non avec d'autres signes ou symptômes est le maître symptômes dans le cancer du sein.

➤ **Sein atteint :**

Tableau XLVIII: le sein atteint dans le cancer selon les auteurs

Auteurs	Sein droit	Sein gauche
SQUALI Z ; Maroc, 2016, N =16 [12]	43,80%	56,30
	P=0,3218	
KEITA M; Mali, 2021, N =17 [15]	41,2%	58,8%
	P=0,1563	
LAMGHARI M ; Maroc, 2017 N=13 [13]	61,54%	38,5%
	P=0,1986	
Notre étude, mali, 2023	52%	48%

Dans notre série l'atteinte du sein est presque pareil des deux côtés avec une légère prédominance à droite.

Il n'y a pas de différence significative avec celle trouvée au Maroc [12], [13] et au Mali [15].

➤ **Type histologique :**

Tableau XLIX: le type histologique du cancer selon les auteurs

Auteurs	Carcinome infiltrant type non spécifique ou carcinome canalaire infiltrant	Autres types
KEITA M; Mali, 2021, N =17 [15]	76,4% P=0,0007	23,6% P=0,0077
LAMGHARI M ; Maroc, 2017 N=13 [13]	77%	33% P=0,0001
ZAYTOUNE I, Maroc, 2021, N= 5 [17]	60%	40% P=0
Notre étude, Mali, 2023	52,2%	8,7%

Dans la littérature le type histologique le plus fréquemment retrouvé est le carcinome canalaire infiltrant [3], [4], [18].

Dans notre étude le carcinome infiltrant type non spécifique est le plus fréquent. Nous avons trouvé une différence comparée aux données dans le tableau ci-dessus.

Cette différence peut s'expliquer par la performance des matériels d'analyse et de l'expérience de l'anatomo-pathologiste.

➤ **Le geste chirurgical :**

Tableau L: le geste chirurgical réalisé dans le cancer selon les auteurs

Auteurs	Mastectomie avec curage axillaire	Mastectomie	tumorectomie
KEITA M; Mali, 2021, N =17 [15]	11,8% P=0	0% P=0	41,2% P= 0,0012
SQUALI Z ; Maroc, 2016, N =16 [12]	56,3 P=0,3218	6,3% P=0	18,8% P=1
Notre étude, Mali, 2023	48%	33%	19%

La mastectomie reste le traitement de référence pour les carcinomes infiltrant [20].

La mastectomie avec curage axillaire est le geste le plus réalisé chez nos patients. Cette valeur est comparable à celle de SQUALI Z mais différente de KEITA M. cette différence s'explique par le fait que la tumorectomie plus radiothérapie a été la plus réalisée chez les patients de KEITA M et la difficulté d'accès à la radiothérapie pour nos patients.

La mastectomie avec curage axillaire reste le gold standard de la chirurgie carcinologie du sein avec un faible risque de récurrence.

➤ **La récurrence tumorale :**

Tableau LI: la récurrence tumorale selon les auteurs

Auteurs	Récurrence
LAMGHARI M ; Maroc, 2017 N=13 [13]	7,7% P=0,3717
SQUALI Z ; Maroc, 2016, N =16 [12]	25% P=0,0001
Notre étude, Mali, 2023	4,3%

Le taux de rechutes après une mastectomie est de 1,6% alors qu'il est de 5% après un traitement conservateur [20].

Nous avons eu un seul cas de récurrence sur 23 cas, cette valeur est comparable à celle de LAMGHARI M. Il y a une différence avec SQUALI Z qui s'explique par le stade avancé, l'agressivité et la survenue des métastases du cancer.

La récurrence après un traitement bien conduit est très faible avec un taux de survie à 60,9% pendant 5 ans

3. Gynécomastie :

➤ Nombre de cas année

Tableau LII: fréquence de la gynécomastie selon les auteurs

Auteurs	Effectif	Nombre de cas/année
JAAFAR M, Maroc, 2021,N=24 [21]	24	12
AABI H, Maroc, 2020, N=86 [22]	86	8,6
Notre étude, Mali, 2023	23	1,2

La gynécomastie est la pathologie mammaire masculine la plus fréquente [4], elle est retrouvée dans 55% des seins d'homme dans une série d'autopsie [3].

Durant notre période d'étude nous avons eu 1,2 cas de gynécomastie par année. Cette fréquence est différente de celle de JAAFAR M et de AABI H qui ont eu respectivement 12 et 8,7 cas année.

Cette différence s'explique par le mode de recrutement et le service d'accueil des patients.

➤ Age :

Tableau LIII: l'âge moyen des patients atteints de la gynécomastie

Auteurs	Age moyenne (ans)	Extrême (ans)
JAAFAR M, Maroc, 2021,N=24 [21]	25,33	17 à 46
AABI H, Maroc, 2020, N=86 [22]	33,36	15 à 86
COSTANZO et Al, Italie,2014, N=237 [23]	32	18 à 85
NGO B et Al, France, 2022, N=148 [24]	24,7	-
Notre étude, Mali, 2023	24,47	16 à 39

La prévalence est élevée en particulier lors de la période néonatale 60 à 90%, lors de la puberté 48 à 64% et chez les sujets âgés 60% après 70 ans [3].

La moyenne d'âge de notre étude est de 24,47 ans avec un extrême allant de 16 à 39 ans. Elle est semblable à celui de NGO B en France 24,7 ans et de JAAFAR M au Maroc 25,33 ans et diffère de celui de AABI H (33,36 ans) et COSTANZO et Al (32 ans).

Cette différence s'explique par la jeunesse de la population malienne et/ou le caractère multicentrique de l'étude.

➤ **Délai moyen de consultation :**

Tableau LIV: délai moyen de consultation de la gynécomastie

Auteurs	Délai moyen de consultation (ans)
Dr KHELIFI D et Al, Tunisie, 2021,N=26 [25]	4,2
AABI H, Maroc, 2020, N=86 [22]	3
COSTANZO et Al, Italie,2014, N=237 [23]	1
Notre étude, Mali, 2023	2

Le délai moyen de consultation de notre étude était de 2 ans. Il diffère du délai moyen trouvé par Dr KHELIFI D et Al, AABI H et CCOSTANZO et Al. Le délai moyen excède une année dans notre étude et celle de Dr KHELIFI et AL, AABI H et COSTANZO et AL.

➤ **Sein atteint :**

Tableau LV: le sein atteint dans la gynécomastie

Auteurs	Sein droit	Sein gauche	Bilatérale
JAAFAR M, Maroc, 2021, N=24 [21]	37,5%	12,5%	50%
	P=0,0028	P=0	P=0,0003
AABI H, Maroc, 2020, N=86 [22]	23%	23%	54%
	P=0,4835	P=0	P=0
Notre étude, Mali, 2023	17,6%	58,8%	23,5%

La gynécomastie est le plus souvent bilatérale dans 90% des cas [4].

Dans notre étude la gynécomastie était bilatérale dans 23,5% des cas, cette valeur diffère des autres auteurs dans le tableau qui ont trouvé dans la moitié des cas une gynécomastie bilatérale. Le sein le plus atteint dans notre étude était le sein gauche.

➤ **Le traitement :**

Tableau LVI: traitement de la gynécomastie selon les auteurs

Auteurs	Chirurgie	Médical	Abstention et surveillance	Traitement étiologique
NGO B et Al, France, 2022, N=148 [24]	100% P=0	-	-	-
AABI H, Maroc, 2020, N=86 [22]	28% P=0,0743	15% P=0,0002	15% P=0	42% P=0
BCHIR et Al, [26]	20% P=0,0021	17% P=0	52% P=0,3933	11% P=0,0019
Notre étude	41,2%	-	58,8%	-

Le traitement de la gynécomastie n'est pas toujours chirurgical mais la chirurgie reste le meilleur traitement de la gynécomastie.

Nous avons eu une différence significative avec les autres auteurs dans le tableau ci-dessus sur le traitement chirurgical. Cette différence s'explique par la nature du centre d'accueil la diversité des moyens de traitement (médical et chirurgical) et le refus d'une intervention chirurgicale de certains patients.

La chirurgie reste le meilleur traitement de la gynécomastie.

➤ **Les complications post-opératoires :**

Tableau LVII: les complications post opératoire de la gynécomastie

Auteurs	Lymphœdème	ISO	Hématome
NGO B et Al, France, 2022, N=148 [24]	-	-	2,7%
Notre étude, Mali, 2023	28,6%	-	-

Les complications post opératoires sont peu fréquentes après une chirurgie de la gynécomastie. Le lymphœdème était la seule complication présentée par nos patients tandis que NGO B et Al ont trouvé l'hématome.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

7.1. CONCLUSION :

Les pathologies mammaires chez l'homme sont peu fréquentes. Parmi les pathologies bénignes, la gynécomastie est la plus fréquente représentée par une tuméfaction retro aréolaire suite à un trouble hormonal dont la cause n'est pas toujours connue. Son pronostic est d'ordre esthétique.

Le carcinome infiltrant prédomine le tableau malin généralement découvert tard avec un très mauvais pronostic du fait de son caractère invasif, sa découverte tardive et son tendance métastatique élevée.

7.2. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités politiques et sanitaires

- Former les personnels en oncogénétique ;
- Former les personnels en oncologie ;
- Mettre en place d'un système de sensibilisation et de dépistage du cancer de sein ;
- Doter l'hôpital Gabriel Touré d'un service d'oncologie.

Aux personnels de la santé

- Examiner systématique les seins lors d'une consultation ;
- Demander l'examen anatomopathologique devant tout nodule du sein ;
- Informer, éduquer et sensibiliser sur le cancer du sein.

À la population

- Faire fréquemment l'autopalpation des seins ;
- Consulter précoce devant tout symptôme mammaire ;
- Éviter les facteurs cancérogènes (tabac, alcool, hormonothérapie abusive non contrôlée).

REFFERENCES

VIII. REFFERENCES

- [1] Pierre kamina. Anatomie clinique. 3^{ème} édition. Paris : Maloine ;2009
- [2] Infochir-RHCA. La revue Haitienne de chirurgie et d'anésthologie.2021 ; 3 (36) : 4
- [3]M.Charlot, O.Béatrix, F.Chaateau, J.Dubuisson, F.Golfier , P.JValette, F. Réty. Pathology of the male breast. Diagnostic and interrventionnal imaging, 2013 ;93(26-37) : p26.
- [4] Firmin-Lefebvre D, Misery L. Pathologie du sein de l'homme. Anales de dermatologie et vénérologie, 2013 ; 140(436-443)
- [5] Iriss A. Darar, Zakari Saye et al. Male Breast Cancer : Diagnostic and Prognostic Features in Mali. Journal of Cancer Therapy, 2022 fév 9 ; 13(71-79) : 71
- [6] Berrendero F, Kieffer BL, Maldonado R. Attenuation of nicotine-induced antinociception, rewarding effects, and dependence in -opioid receptor knock-out mice. J Neurosci 22 : 10935-10940
- [7] Manuel de prise en charge du cancer du sein, république démocratique et populaire d'Algérie. Février 2016 : 4
- [8] « Iconographie » <https://images.app.goo.gl/2JKJFatZsgiJuh3A8>
- [9] Thevenet, Michel cymes et Benoît. [En ligne] 11 04 2011
- [10] Dr collignon p, Dr Moreau J. le sein. Centres de sénologie Sierre Sion Martigny. Image [En ligne] [http:// images.app.goo.gl/mlaQo2WMCUC2jiLi8](http://images.app.goo.gl/mlaQo2WMCUC2jiLi8)
- [11] Cancer du sein [Internet]. [Cité 6 sept 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.

- [12] Squali Z. Tumeur du sein chez l'homme. Maroc : Université sidi Mohamed ben Abdelah ; 2017.
- [13] Lamghari M. Cancer du sein chez l'homme. Rabat : Université Mohamed V ; 2017.
- [14] Elbachiri M et al. Cancer du sein chez l'homme : à propos de 40 cas et revue de la littérature. Pan african medical journal.2017 ; 28 :287.
- [15] Kéita M. Cancers du sein chez l'homme les aspects épidémiologiques et histologies. Bamako : Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako ; 2021
- [16] Oger A-S et al. Le cancer du sein : approche épidémiologique, diagnostique, et thérapeutique : étude multicentrique rétrospective à propos de 95 cas. Gynécologie et fertilité. 2015; 43(4) :290-296.
- [17] Zaytoune I. Cancer du sein chez l'homme : expérience de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. Marrakech : université Mohamed VI ;2021.
- [18] Muhammad shafiq Gill et al. Breast deseases in males- a morphological review of 150 cas. Departement of pathologie and laboratory medecine ; medical college, Pakistan. 2000 ; 50(6) :177-179
- [19] Mohamed Issam Beyrouiti et al. Cancer du sein chez l'homme. La presse médicale. 2007 ; 36(12) :1919-1924
- [20] Tribondeau P,Soffray, Fitoussi. Chirurgie du sein chez l'homme. Dans : Fitoussi A et al. Chirurgoe du cancer du sein traitement conservateur, oncoplastie et reconstitution.1^{ère} ed. Paris : Elviser Masson ; 2011 :280-287
- [21] Jaafar Marrakchi Benjaafar. La gynécomastie du diagnostic au traitement. Maroc : Université sidi Mohamed Ben Abdellah ; 2021.

[22] Aabi Hanane. Le profil clinique, étiologique et thérapeutique des gynécomasties. Maroc : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah ; 2020.

[23] Costanzo P et al. Clinical and etiological aspects of gynecomastia in adult males : a multicenter study. Biomed research international. 2018 ;2018

Article ID 8364824:7

[24] Ngo B et al. Gynécomastie : actualisation des données diagnostiques et thérapeutiques. À propos de 148 patients. Service de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, hôpital roger-salengro. 2022. Disponible :

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0294126022001145

[25] Dr Khalfi D et al. Gynécomastie : à propos de 26 cas. Annales d'endocrinologie. 2021. 82(5) :459-460

[26] Bchir N et al. Gynécomastie : environ 35 cas. Annale endocrinologie. 2017. 78(4) :199-454

ANNEXES

Fiche d'enquête :

Les pathologies mammaires de l'homme dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

I. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Q1- Numéro de fiche

Q2- Numéro du dossier.....

Q3- Nom..... Prénom

Q4-Age(année).....

Q5- Sexe :

1.Masculin

2.Féminin

Q6- Profession

1.Paysan

2.Chauffeur

3.commerçant

4.Ouvrier

5.mançon

6.Etudiant/élève

7.Rétraité

8. Autres

Q7- Ethnie.....

1.Bambara

2.Soninké

3.Peulh

4.Dogon

5.Sorhai

6.Bobo

7.Malinké

8.sénéfo

9.Autres

Q8-Réligion.....

1.Musulman

2.Chrétien

1. 3.Autres

Q9-Résidence.....

1. kayes

2. koulikoro

3. Sikasso

4. Ségou

5. Mopti

6. Gao

7. Tomboctou

8. Kidal

9. Ménaka

10. Tésalit

Q10-Nationalité.....

1. Malienne

2. Autres.....

Q11-Statut matrimoniale.....

1. Marié

2. Divorcé

4. Veuf

3. Célibataire

II. DONNEES CLINIQUES ET PARACLIQUES

A. INTERROGATOIRE

Q12-Motif de consultation.....

- | | | |
|--------------|---------------|--------------|
| 1.Mastodynie | 2.Tuméfaction | 3.Ecoulement |
| 4.Autres | | |

Q13-MODE D'ENTREE.....

- | | | |
|--------------|------------------|---------------------|
| 1. Référence | 2. Ad par Parent | 3. Venu de lui même |
|--------------|------------------|---------------------|

Q14-Circonstance de découverte.....

- | | | |
|----------------|-------------|------------------|
| 1. Douleur | 2. Fortuite | 3. Autopalpation |
| 4. Association | 5. Autres | |

Q15-Délai de consultation.....

- | | | | |
|-------------------|---------------|---------------|--------------------|
| 1.moins de 3 mois | 2. 3 à 6 mois | 3.6 à 12 mois | 4. Plus de 12 mois |
|-------------------|---------------|---------------|--------------------|

Q16-Mode d'installation.....

- | | | |
|-----------|----------------|------------------|
| 1.Brutale | 2. Progressive | 3. Intermittente |
|-----------|----------------|------------------|

Q17-ATCD.....

a) PERSONNELS

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------|
| 1. HTA | 2. Diabète | 3. Drépanocytose |
| 4. Cancer | 5. Pathologies testiculaires | 6. Autres |

b) Familiale

- | | | |
|-----------------|----------------|-----------|
| 1. Tumeur | 2.Drépnocytose | 3.Diabète |
| 4. Embryopathie | 5.Autres | |

Q18-EXAMEN GENERALE.....

- | | | |
|------------------|-------------------|---------------|
| 1.Poids : | 2. Taille : | 3.IMC : |
| 4.IP/OMS : | | |

B. EXAMEN PHYSIQUE.....

Q19-SEIN ATTEINT.....

- | | | |
|---------|-----------|-------------------|
| 1.Droit | 2. Gauche | 3. Les deux seins |
|---------|-----------|-------------------|

Q20-INSPECTION.....

- | | | | |
|----------------------|--------------|----------------|---------------|
| 1. Aspect de la peau | 2. Cicatrice | 3. Tuméfaction | 4. Écoulement |
| 5. Ulcération | 6. Nécrose | 7. Œdème | 8. Autres |

Q21-PALPATION.....

- | | | | |
|------------|----------------|---------------|---------------------------|
| 1. Douleur | 2. Tuméfaction | 3. Induration | 4. Infiltration pariétale |
|------------|----------------|---------------|---------------------------|

Q22-TUMÉFACTION.....

- | | | | |
|----------|-------------|-----------|-----------|
| 1. Siège | 2. Mobilité | 3. Nombre | 4. Taille |
|----------|-------------|-----------|-----------|

Q23-ADÉNOPATHIE.....

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Homolatérale | 2. Controlatérale |
|-----------------|-------------------|

Q24- ADÉNOPATHIE HOMOLATERALE.....

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Adénopathie axillaire | 2. Adénopathie sus claviculaire |
| 3. Adénopathie Mammaires interne | 4. Absent |

Q25- SEIN CONTROLATERALE.....

- | | |
|-----------|------------|
| 1. Normal | 2. Atteint |
|-----------|------------|

Q26- ADÉNOPATHIE CONTROLATERALE.....

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Adénopathie axillaire | 2. Adénopathie sus claviculaire |
| 3. Adénopathie Mammaires interne | 4. Absent |

III. DONNEES PARACLIQUES

Q27-HORMONE SANGUIN.....

- | | | |
|---------------|-----------|-----------------|
| 1. Œstrogène | 2. TSHus | 3. Testostérone |
| 4. Prolactine | 5. Autres | 6. Non fait |

Q28-ECHOGRAPHIE MAMMAIRE.....

- | | | |
|-----------|-----------|----------------|
| 1. Normal | 2. Nodule | 3. Adénopathie |
| 4. Abscès | 5. Autres | 6. Non fait |

Q29-Mammographie.....

-
1. Opacité mammaire 2. Hyperclarté 3. Normal 4. Non fait

Q30-CLASSIFICATION ACR.....

1. ACR 0 2. ACR 1 3. ACR 2 4. ACR 3 5. ACR 4 6. ACR 5

Q31-CYTOLOGIE.....

- 1-Benigne 2-maligne 3-Inflammatoire 4- non fait

Q32-BIOPSIE.....

- 1-Benigne 2-maligne 3-Inflammatoire 4- non fait

Q33- CLASSIFICATION TNM DES CANCER.....

- TUMEUR : 1. T1 2. T2 3. T3 4. T4 5. TX

- NODE : 1. N1 2. N2 3. N3 4. NX

- METASTASE : 1. M0 2. M1 3. MX

Q 34-DIAGNOSTIQUE RETENU.....

1. Gynécomastie 2. Cancer du sein 3. Lipomastie
4. Abcès du sein 5. Mastite 6. Autres

Q35-TRAITEMENT.....

1. Traitement médical
2. Traitement chirurgical
3. Radiothérapie
4. Chimiothérapie

Q36-TYPE DE CHIRURGIE.....

1. MCA 2. CHIRURGIE DE PROPRIETE 3. MASSECTOMIE

Q37-TYPE D'ANESTHESIE.....

1. Générale 2. Locorégionale 3. Locale

Q38-CHIMIOOTHERAPIE.....

1. FAIT 2. NON FAIT

Q39- TYPE DE CHIMIOOTHERAPIE.....

1. Adjuvant

2. Néo adjuvant

Q40- RADIOTHERAPIE.....

1. FAIT

2. NON FAIT

Q41- HORMONOTHERAPIE.....

FAIT

2. NON FAIT

Q42- EVOLUTION.....

1. Guérison

2. Récidive

3. Chronicité

4. Décès

Q43- SURVIE.....

1. 1ans

2. 5ans

3. 10ans

4. Perdu de vue

Q44- DELAI DE DECES APRES L'INTERVATION.....

1. 6 mois

2. 6 mois à 1 ans

3. 1 à 3ans

4. 3 à 5 ans

5. Plus de 10 ans

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOURE

Prénom : Mody

Titre de la thèse : Pathologies mammaires chez l'homme

Année universitaire : 2022-2023

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

RESUME :

Nous avons collecté 42 cas de pathologie mammaire chez l'homme. Le cancer du sein a représenté 54,8% (23/42), la gynécomastie 40,5% (17/42), la tumeur phyllode de bas grade 2,4% (1/42) et un kyste mammaire 2,4% (1/42). Pour le cancer du sein l'âge moyen des patients était de 54,91 ans avec un écart type de 18,58 et des extrême de 18 à 92 ans, le symptôme le plus fréquemment retrouvé est la tuméfaction mammaire dans 78,2% des cas. Le délai moyen de consultation est de 12,74 mois et le type histologique le fréquemment retrouvé est le carcinome infiltrant de type non spécifique dans 91,3% des cas. La mastectomie avec curage axillaire est le plus réalisé soit 48% des cas chez ces patients. La survie à 5 ans est 60,87%. Quant à la gynécomastie l'âge moyen de nos patients était de 24,47 ans avec un écart type de 6,80 et des extrême allant de 16 ans à 39 ans. La tuméfaction mammaire est le symptôme le plus fréquent soit 82,4% des cas. Cette tuméfaction est rétro aréolaire dans 47,1% avec un délai moyen de consultation de 24,39 mois. Le sein gauche est atteint préférentiellement dans 58,8% des cas. L'exérèse de la masse a été la plus réalisé soit dans 71,4% parmi les 58,8% des patient opéré. Pour le cas de la tumeur phyllode le patient avait consulté pour tuméfaction du sein gauche, l'histologie a conclue à une tumeur phyllode de bas grade de malignité. Nous avons réalisé une mastectomie sous cutanée avec conservation du mamelon. Pour le kyste mammaire il nous avait été adressé pour tuméfaction douloureuse du sein gauche, nous avons retenu le diagnostic de kyste mammaire du sein gauche. Le patient après être informer de l'intervention chirurgicale est perdue de vue.

CONCLUSION : les pathologies mammaires chez l'homme sont moins fréquentes dans le CHU Gabriel Touré. Elles sont découvertes tardivement ce qui rend le pronostic sombre pour certaines pathologies comme cancer.

Mot clés : cancer/gynécomastie/sein/diagnonstic/thérapeutique

IDENTIFICATION SHEET

Last name : TOURE

First name : Mody

Title of the thesis : Breast pathologies in men

Academic year : 2022-2023

Country of origin : MALI

Place of defense : Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako

Place of deposit : FMOS Library

Sector of interest : General surgery of the Gabriel Touré University Hospital

ABSTRACT :

We collected 42 cases of breast pathology in men. Breast cancer represented 54.8% (23/42), gynecomastia 40.5% (17/42), low-grade phyllodes tumor 2.4% (1/42) and a breast cyst 2.4% (1/42). For breast cancer, the average age of patients was 54.91 years with a standard deviation of 18.58 and extremes of 18 to 92 years, the most frequently found symptom is breast swelling in 78.2% of cases. The average consultation time is 12.74 months and the most frequently found histological type is non-specific invasive carcinoma in 91.3% of cases. Mastectomy with axillary curettage is the most performed, i.e. 48% of cases in these patients. The 5-year survival rate is 60.87%. As for gynecomastia, the average age of our patients was 24.47 years with a standard deviation of 6.80 and extremes ranging from 16 to 39 years. Breast swelling is the most common symptom, i.e. 82.4% of cases. This swelling is retro-areolar in 47.1% with an average consultation time of 24.39 months. The left breast is preferentially affected in 58.8% of cases. The mass was most commonly removed, i.e. in 71.4% of the 58.8% of patients operated on. In the case of phyllodes tumor, the patient had consulted for swelling of the left breast; histology concluded that it was a low-grade phyllodes tumor of malignancy. We performed a subcutaneous mastectomy with preservation of the nipple. For the breast cyst, he had been referred to us for painful swelling of the left breast, we retained the diagnosis of breast cyst of the left breast. The patient after being informed of the surgical intervention is lost to follow-up.

CONCLUSION : breast pathologies in men are less frequent in the Gabriel Touré University Hospital. They are discovered late which makes the prognosis poor for certain pathologies such as cancer.

Keywords : cancer/gynecomastia/breast/diagnosis/therapeutics

ICONOGRAPHIE :



Figure 8: image d'une pièce opératoire après mastectomie pour cancer sein

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres 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 la 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 maitres, 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 mépriser de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !