

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de  
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



**U.S.T.T-B**

**Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako**

**Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**



*Année Universitaire 2021 - 2022.*

*Mémoire N° :/...../*

*Mémoire*

**PLACE DE L'HISTOLOGIE DANS LE DIAGNOSTIC DES  
TUMEURS BENIGNES DU SEIN AU CHU GABRIEL TOURE**

Soutenu publiquement le 01/04/2023 devant le jury de la FMOS

Par

**Dr Bintou SANOGO**

**Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées en  
Gynécologie - Obstétrique**

**JURY**

**Président du jury** : Pr TRAORE Youssouf

**Membres du jury** : Pr KANTE Ibrahim

: Pr FANE Seydou

: Pr KOUMA Aminata

## **REMERCIEMENTS**

A **ALLAH** Le Tout Puissant, Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux pour m'avoir créé et permis d'embrasser cette voie, qui m'a permis de vivre ces moments d'intenses émotions.

**Au Prophète Mouhammad** (paix et salut sur lui) qui nous incite à la recherche.

### **A mon père Feu Zoumana SANOGO**

*Certes, je n'ai pas grandi à tes côtés, cependant je reste convaincue que de mon baptême à ta disparition, tes prières m'ont toujours accompagné. Dors en paix papa.*

### **A ma mère Feue Korotoumou SANOGO**

*Très chère mère, tu as été si tôt arrachée à notre affection. Comme j'aurais voulu partager mes échecs et mes réussites durant ma scolarité avec toi, profiter de tes conseils, tes bénédictions, tes encouragements, ton affection mais hélas ! Nul ne peut résister à la volonté divine. Même si je n'ai pas eu la chance de te connaître, si c'est vrai que le sort d'un enfant est fortement lié aux faits et gestes de sa mère envers les enfants d'autrui, je me dis avec certitude que toutes ces chances, ces opportunités et surtout la façon avec laquelle je me suis toujours débrouillée dans ma vie n'est pas un hasard. Alors, merci d'avoir préparé le terrain pour nous. Je suis fière d'être ta fille et je ferai tout ce qui est à mon pouvoir pour honorer ta mémoire. Repose en paix chère mère.*

### **A ma grand-mère Feue Djéneba TRAORE**

*Tu m'as tellement comblé d'affection et d'amour que j'ai grandi en pensant que tu étais ma mère. Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance de m'avoir donnée la chance de téter, d'avoir supporté mes caprices et surtout de m'avoir inscrite à l'école. Merci de m'avoir rassurée dans mes moments de doute, boostée quand il le fallait mais également grondée quand je le méritais !!!*

*Merci de t'avoir sacrifiée pour me donner une éducation exemplaire et d'avoir fait de ma réussite une de tes préoccupations. Je me souviendrai toujours de tes conseils qui continuent de me guider jour après jour. Tu resteras toujours graver dans mon cœur Maman. Que la terre te soit légère.*

### **A mon Oncle Yacouba SANOGO**

*Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je te porte. Tu as été plus qu'un père pour moi, tu as cru en moi et je me suis toujours senti en confiance, rassurer et même favoriser.*

*Sans ta présence, ta patience et tes énormes sacrifices, je n'aurai jamais pu arriver à ce niveau. Que ce travail soit le fruit de l'affection et de la bienveillance que tu as consenti pour mon éducation et ma formation.*

*Puisse Dieu te donner la santé, le bonheur, la prospérité et une longue vie.*

### **A mon mari Dr Zié Drissa OUATTARA**

*Aucun mot ne saurait exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entouré. J'espère que tu trouveras dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères, car c'est grâce à ton aide et à ta patience que ce travail a pu être réalisé. Puisse Le Tout Puissant nous aider à former cette famille dont nous avons toujours rêvée et t'accorder la santé, la longévité et le succès dans la réalisation de tes projets.*

### **A nos enfants adorés Aminata et Adama Zanafon OUATTARA**

*Vous êtes le plus grand cadeau que Dieu nous est offert et sachez que vous avez apporté assez de joie et de bonheur dans notre vie. Puisse DIEU nous donner à votre papa et moi, le pouvoir de remplir avec rigueur et abnégation notre devoir de parents. Qu'Il nous aide dans votre éducation à travers les valeurs de l'amour, la religion, la tolérance, la patience, la persévérance et le respect d'autrui. Qu'il vous permette de grandir en paix et vous accorde la santé et le bonheur*

**A mon frère Siaka SANOGO**

*Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu as toujours été mon exemple, car depuis notre enfance je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté en toi.*

*Tu m'as toujours soutenu et motivé lorsque j'étais désespérée et accablée. Saches que je suis très fière de toi. Merci d'avoir essayé de jouer tous les rôles. Ce travail est aussi le tien. Puisse Dieu te donner une longue vie.*

**A ma sœur Fatoumata SANOGO**

*Affectueusement, je t'appelle SIRABA. Chère sœur, ta gentillesse, ta disponibilité, ton attachement à la famille font de toi un exemple.*

*C'est grâce à tes conseils, ton aide, ton soutien moral et financier en toutes circonstances que j'ai pu réaliser ce travail. Merci du fond du cœur*

**A mes frères et sœurs :**

*Mariam SANOGO, Yaya SANOGO, Salimata SANOGO, Ramatou SANOGO, Lassina SANOGO. Sachant que l'union est la plus grande richesse d'une famille, vous vous êtes toujours battu corps et âme pour qu'on ait une famille très unie malgré la distance. Ce mémoire est aussi le vôtre. Je vous aime tous et sachez que chacun de vous occupe une place particulière dans mon cœur.*

*Puisse Le Tout Puissant vous accorder toujours la paix et la cohésion au sein de cette belle famille.*

**A mes tontons et tantes**

*J'ai toujours bénéficié de vos conseils qui m'ont permis d'avancer. Votre soutien et votre aide m'ont été très précieux. J'espère que vous trouverez satisfaction pour tous vos efforts à travers ce travail. Que le bon Dieu vous paye pour votre générosité.*

**A mes cousins et cousines**

*Vous êtes si nombreux que je ne peux vous citer individuellement. Que ce travail vous serve d'exemple et de modèle, qu'il vous donne courage, car la vie appartient à ceux qui se battent et qui gardent toujours espoir....*

### **A ma belle famille**

*Vous avez été pour moi une deuxième famille et avez su m'accueillir.*

*Vous avez su m'accompagner lors de nombreuses périodes de révision et ce n'est pas évident de faire une spécialisation de gynécologie-obstétrique dans sa belle-famille... Sans votre soutien, ce travail ne serait pas le même.*

*Trouvez ici le témoignage de notre sincère gratitude.*

### **A monsieur le Professeur TEGUETE Ibrahima**

*Toujours tout remettre en cause, voici une qualité que vous essayez de nous transmettre et je vous en remercie. Votre enthousiasme à travailler n'a pas d'égal... Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser cette étape. Je ne trouverai jamais assez de mots pour vous exprimer ma profonde gratitude. Puisse Le Tout Puissant vous donner une bonne santé et une très longue vie.*

### **A monsieur le Docteur SISSOKO Abdoulaye**

*Les mots ne suffiront pas pour vous remercier pour toutes les heures, de jour comme de nuit, à la maison comme à l'hôpital, passées à faire, faire encore et refaire les analyses statistiques pour ce travail.*

*Merci pour votre disponibilité, votre patience et surtout votre humanisme. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance. Puisse Le Bon Dieu réaliser vos vœux les plus ardents.*

### **A mes Encadreurs**

*Pr MOUNKORO N, Pr TEGUETE I, Pr TRAORE Y, Pr BOUCOUMA, Pr FANE S, Dr SANOGO S et tant d'autres...*

*Merci pour tout ce que vous nous avez appris dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Nous sommes fières d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements. Merci pour tout... je vous dois beaucoup... Et je ne l'oublie pas...*

**A mes amis et collègues DES de Gynécologie-Obstétrique**

*Mes sincères remerciements pour votre accompagnement en particulier la 12<sup>ème</sup> promotion qui a toujours été là à chaque fois que le besoin s'est fait ressentir. Mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité. Merci pour votre attachement fraternel et pour les moments partagés. A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé à la réalisation de ce travail, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

**A tous ceux que j'ai croisé à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer...**

**A ceux qui ont toujours cru en moi. A ceux qui m'ont toujours encouragé  
Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation, j'espère être à la hauteur de vos espérances.**

## LISTES DES TABLEAUX

TABLEAU I : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA GESTITÉ.....	25
TABLEAU II : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA PARITÉ.....	25
TABLEAU III : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE .....	27
TABLEAU IV: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE DE CONTRACEPTIF.....	28
TABLEAU V : RÉPARTITION DES PATIENTES EN FONCTION DU QUADRANT ATTEINT. ....	29
TABLEAU VI: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE TYPE D'ANOMALIE ÉCHOGRAPHIQUE MAMMAIRE.....	31
TABLEAU VII : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE RÉSULTAT DE LA MAMMOGRAPHIE..	32
TABLEAU VIII : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE RÉSULTAT HISTOLOGIQUE. ....	33
TABLEAU IX : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE PROFIL DIAGNOSTIC COMPARÉ .....	34
TABLEAU X : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE.....	34
TABLEAU XI : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA GUÉRISON.....	34

## LISTES DES FIGURES

FIGURE 1: REPRÉSENTATION DE LA LIGNE DES CRÊTES MAMMAIRES .....	4
FIGURE 2 : COUPE PARA SAGITTALE SCHÉMATIQUE PASSANT PAR LE MAMELON DE LA GLANDE MAMMAIRE.....	7
FIGURE 3 : VASCULARISATION DU SEIN .....	8
FIGURE 4: SCHÉMA DU DRAINAGE LYMPHATIQUE DU SEIN.....	9
FIGURE 5: IMAGE HISTOLOGIQUE DU SEIN NORMAL .....	12
FIGURE 6: IMAGE MAMMOGRAPHIQUE D'UN FIBROADÉNOME MAMMAIRE.....	16
FIGURE 7: IMAGE ÉCHOGRAPHIQUE D'UN FIBROADÉNOME MAMMAIRE .....	16
FIGURE 8: EXÉRÈSE CHIRURGICALE D'UN ADÉNOFIBROME.....	17
FIGURE 9 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA TRANCHE D'ÂGES .....	24
FIGURE 10 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON L'UTILISATION DES MOYENS CONTRACEPTIFS .....	27
FIGURE 11 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE MOTIF DE CONSULTATION.....	26
FIGURE 12 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE DÉLAI DE CONSULTATION .....	26
FIGURE 13 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE SEIN ATTEINT .....	28
FIGURE 14 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA TAILLE DE LA TUMEUR .....	29
FIGURE 15: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA DOULEUR .....	30
FIGURE 16 : RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA MOBILITÉ DES NODULES .....	30
FIGURE 17: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON L'ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE. ....	31
FIGURE 18: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LA MAMMOGRAPHIE.....	32
FIGURE 19: RÉPARTITION DES PATIENTES SELON L'HISTOLOGIE. ....	33



## SOMMAIRES

.....	1
1. INTRODUCTION .....	1
2. OBJECTIFS .....	3
2.1. Objectif général .....	3
2.2. Objectifs Spécifiques .....	3
3. GÉNÉRALITÉS.....	4
3.1 Rappels embryologiques .....	4
3.2 Rappels anatomiques .....	5
3.3 Rappels histologiques .....	11
3.4 Etude clinique .....	12
4. MÉTHODOLOGIE.....	21
4.1. Cadre d'étude.....	21
4.2. Type d'étude .....	21
4.3. Période d'étude .....	21
4.4. Population d'étude.....	21
4.5. Échantillonnage .....	21
4.6. Déroulement de l'étude .....	22
4.7. Collecte des données .....	22
4.8. Aspects éthiques .....	23
5. RÉSULTATS .....	24
5.1. Fréquence.....	24
5.2. Fréquence des tumeurs bénignes selon l'âge .....	24
5.3. Fréquence des tumeurs bénignes selon la Gestité .....	25

5.4.	Fréquence des tumeurs bénignes selon la parité .....	25
5.5.	Profil clinique et prise en charge .....	26
6.	DISCUSSION .....	35
6.2.	Fréquence.....	23
6.3.	Données sociodémographiques .....	35
6.4.	Aspects clinique et paraclinique .....	36
6.5.	Aspects thérapeutiques .....	40
	CONCLUSION .....	40
	RECOMMANDATIONS .....	41
	REFERENCES .....	42

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>%</b>	: Pourcentage
<b>AES</b>	: Auto examen des seins
<b>Anapath</b>	: Anatomopathologie
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>Cm</b>	: Centimètre
<b>CS. Réf</b>	: Centre de Santé de Référence
<b>Cyto</b>	: Cytoponction
<b>ECHO</b>	: Echographie
<b>FA</b>	: Fibroadénome
<b>FSH</b>	: Hormone de Stimulation Folliculaire
<b>HGT</b>	: Hôpital Gabriel Touré
<b>LH</b>	: Hormone Lutheïsante
<b>Mammo</b>	: Mammographie
<b>MFK</b>	: Maladie Fibrokystique
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>TBS</b>	: Tumeur bénigne du sein

## 1. INTRODUCTION

Les tumeurs mammaires bénignes sont très courantes en Sénologie. Elles présentent une diversité clinique et pronostique qui justifie toute la variabilité de l'approche thérapeutique. Sous le terme de mastopathies bénignes, on regroupe diverses affections bénignes du sein dont la plus importante et la plus répandue est la maladie fibrokystique (MFK) mais aussi l'adénofibrome, les papillomes, Les kystes, les mastites inflammatoires etc...On les retrouve autant en Occident qu'en Afrique [1].

La pathologie bénigne du sein est extrêmement fréquente puisque huit à neuf femmes sur dix, venant consulter pour un problème mammaire, repartent avec l'étiquette bénigne [2]. Leur fréquence varie entre 57 et 70% [3].

Au Sénégal, une étude réalisée sur 220 patientes suivies à l'unité de sénologie du centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec de Dakar en 2017 a retrouvé une fréquence de 22,5%.

Au Mali, une étude réalisée de mai 2001 à juin 2002 sur 91 nodules du sein a trouvé 36 cas de tumeurs bénignes soit 39,6%, 18 tumeurs malignes soit 19,8%, et 37 lésions dystrophiques et inflammatoires soit 43,7% [4].

La plupart des tumeurs bénignes du sein ont une évolution banale et nécessitent une simple surveillance tandis que pour d'autres, la prise en charge est chirurgicale, soit parce qu'elles entraînent des répercussions fonctionnelles gênantes soit parce qu'elles s'accompagnent d'un risque de cancérisation.

La prise en charge des tumeurs bénignes du sein est peu codifiée et ne fait pas l'objet de travaux de synthèse pour la rédaction de recommandations pour la pratique clinique (RPC), contrairement aux tumeurs malignes du sein qui font l'objet de nombreuses recommandations nationales ou internationales.

Le but de ce travail est d'élucider dans un premier temps le profil clinique et dans un second temps, d'établir une conduite pratique concernant le bilan recommandé et la prise en charge thérapeutique. Ceci évitera, du fait de la méconnaissance de ces pathologies, la mise en route de bilans lourds et onéreux ou des indications thérapeutiques inadaptées.

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

Etudier la place de l'histologie dans le diagnostic des tumeurs bénignes du sein dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE

### **2.2. Objectifs Spécifiques**

1. Déterminer la fréquence
2. Préciser les types histologiques des tumeurs bénignes du sein
3. Décrire les aspects thérapeutiques

### 3. GÉNÉRALITÉS

#### 3.1 Rappels embryologiques [5]

Le développement du sein est très lent : ébauché dans la vie fœtale, il ne s'achève qu'à la première lactation. Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique. Le tissu mammaire subit des variations durant les différents stades de la vie in utero et post natal. Au cours de la 4<sup>ème</sup> semaine, une paire d'épaississement épidermique, les crêtes mammaires se développent de chaque côté du corps depuis la région de la future aisselle à la future région inguinale et la partie médiale de la cuisse. Ces crêtes disparaissent habituellement sauf au niveau des seins, la portion persistante de la crête produit le bourgeon primaire de la glande mammaire au cours de la 5<sup>ème</sup> semaine. Ce bourgeon se développe en profondeur dans le derme sous-jacent dès la 12<sup>ème</sup> semaine. La première ébauche du mamelon apparaît au 4<sup>ème</sup> mois sous la forme d'un soulèvement du champ aréolaire. Chez le fœtus de 5 – 6 mois, le mamelon primitif est visible à l'œil nu.



**Figure 1: Représentation de la ligne des crêtes mammaires [6]**

## **3.2 Rappels anatomiques [7]**

### **3.2.1 Situation**

Le sein est un organe pair et globuleux situé à la partie antéropostérieure du thorax, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux, se développant à la puberté et contenant de la glande mammaire et du tissu adipeux. Ils s'étendent de la 3<sup>ème</sup> à la 7<sup>ème</sup> côte. Cette variation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

### **3.2.2 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.

### **3.2.3 Volume-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.

### **3.2.4 Poids**

Le poids du sein varie d'environ 150 à 200 g chez la jeune fille et d'environ 400 à 500 g chez la nourrice, pouvant atteindre 800 à 900 g.

### **3.2.5 Configuration externe**

Le revêtement cutané du sein n'étant pas homogène, on lui décrit trois zones à savoir :

- **Zone périphérique**

Cette zone est lisse, souple et douce au toucher.



- **Zone moyenne**

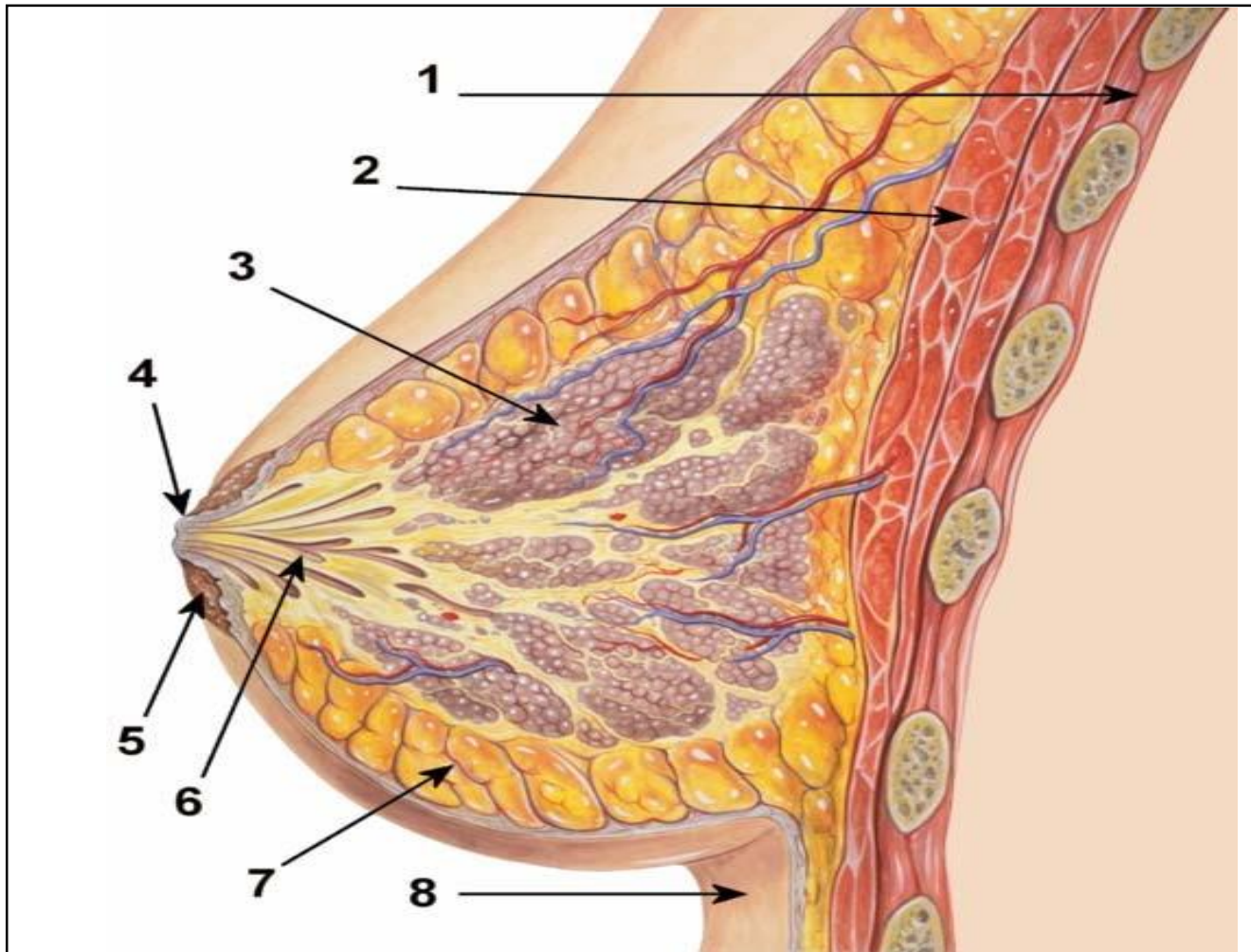
Il s'agit de l'aréole (ou l'auréole), annulaire et pigmentée, son diamètre varie de 4 à 5cm et entoure le mamelon, sa pigmentation varie du rose chez les blondes et les rousses, au noir mat chez les noirs, au cours de la grossesse cette zone s'élargit et se pigmente davantage. Sur l'aréole on note la présence de certaines saillies : il s'agit des tubercules de **MORGANI**, ce sont des glandes sébacées, qui, pendant la grossesse, augmentent de volume et prennent le nom de tubercules de **MONTGOMERY**.

- **Zone centrale**

Occupée par une saillie de forme cylindrique ou conique : c'est le mamelon, il se dresse au centre de l'aréole ; parfois irrégulier, rugueux ou crevassé, sa pigmentation est semblable à celle de l'aréole.

### **3.2.6 Configuration interne**

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



**Figure 2 : Coupe para sagittale schématique passant par le mamelon de la glande mammaire [7]**

1. cage thoracique ; 2. Muscles pectoraux ; 3. Lobules ; 4. Mamelon  
5. Aréole ; 6. Canaux galactophores ; 7. Tissu adipeux ; 8. Peau

### **3.2.7 Vascularisation du sein**

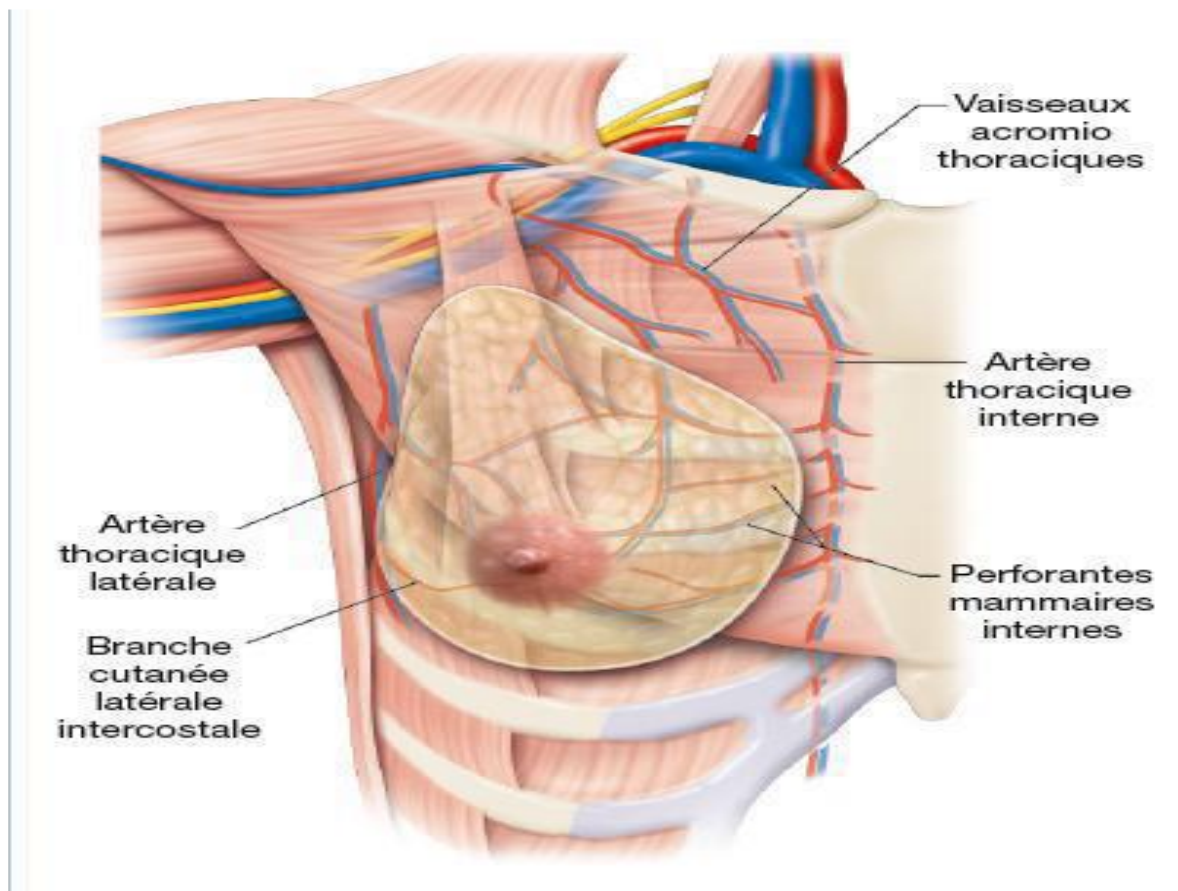
#### **✓ Les artères**

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.



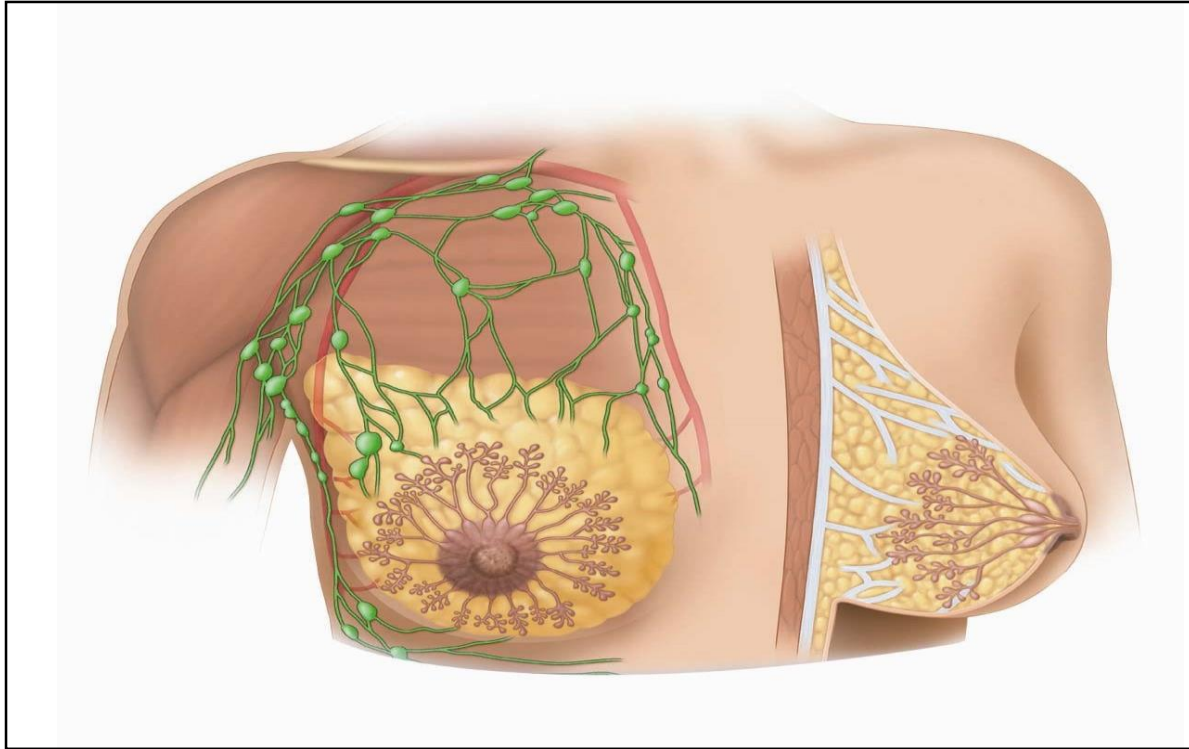
**Figure 3 : Vascularisation du sein [8]**

### ✓ Drainage lymphatique

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].

✓ **Les Nerfs**

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 4: Schéma du drainage lymphatique du sein [10]**

**3.2.8 Physiologie et Développement mammaire : [11,12]**

Après la naissance, la croissance de la glande mammaire est identique chez la fille et le garçon. Il faut attendre la puberté pour assister au développement du tissu mammaire par action des hormones de la glande mammaire. L'hormono-dépendance de la glande s'exprime certes au niveau glandulaire, mais également au niveau du conjonctif palléal et des lobules graisseux.

Des hormones et des facteurs de croissance agissent sur les cellules stromales et épithéliales pour réguler le développement de la glande mammaire, sa maturation et sa différenciation [13].

**a. Œstrogènes**

Les œstrogènes ont un rôle clé dans l'initiation du développement. L'augmentation de la vascularisation du tissu pillaire et de la perméabilité capillaire sont caractéristiques des œstrogènes. L'œstradiol est par ailleurs responsable du développement de l'épithélium galactophorique.

**b. Progestérone**

Elle est nécessaire à l'apparition des lobules. Elle agit en synergie avec l'œstradiol sur la partie terminale des canaux galactophoriques et l'organisation cellulaire des acini.

**c. Prolactine**

Elle intervient principalement sur la sécrétion lactée.

**d. Autres hormones**

Ils Interviennent dans le développement de la glande mammaire en synergie avec les précédentes : les glucocorticoïdes, l'hormone de la croissance, l'hormone lactogène placentaire et l'insuline. Il apparaît cependant que le développement harmonieux de la glande mammaire nécessite un équilibre quantitatif et chronologique entre les différentes hormones et notamment l'œstradiol et la progestérone.

**e. Les facteurs de croissance**

Ces facteurs produits localement par les cellules épithéliales et celles du stroma participent à de nombreux systèmes de régulation autocrine et paracrine de la croissance cellulaire. Certains, comme l'IGF1 et le TGF [alpha] sont des stimulants généraux de la croissance cellulaire. D'autres comme le MDGF1 (Mammary Derived Growth Factor I), produit par les cellules épithéliales, sont plus spécifiques du tissu mammaire ; les estrogènes augmentent la sensibilité des cellules épithéliales au MDGF1 mais en retour le MDGF1 stimule la production du collagène IV qui a un rôle inhibiteur sur la prolifération cellulaire. D'autres

facteurs comme le TGF [beta], le MDGFI (Mammary Derived Growth Inhibitor Factor), la mammostatine sont des inhibiteurs de la prolifération épithéliale.

### **3.3 Rappels histologiques**

#### **3.3.1 Histologie topographique**

Le corps mammaire est divisé par des travées conjonctives riches en cellules adipeuses en plusieurs territoires, qui ont la valeur des lobes.

Chaque lobule est formé d'un groupe d'acini pédiculés se réunissant en un canal inter lobulaire et cette réunion constitue un conduit lactifère. L'ensemble des lobules drainés par un conduit lactifère constitue un lobe ; on en compte environ 15 à 20 par corps mammaire.

#### **3.3.2 Structure [14]**

**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 Boll) ; 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.

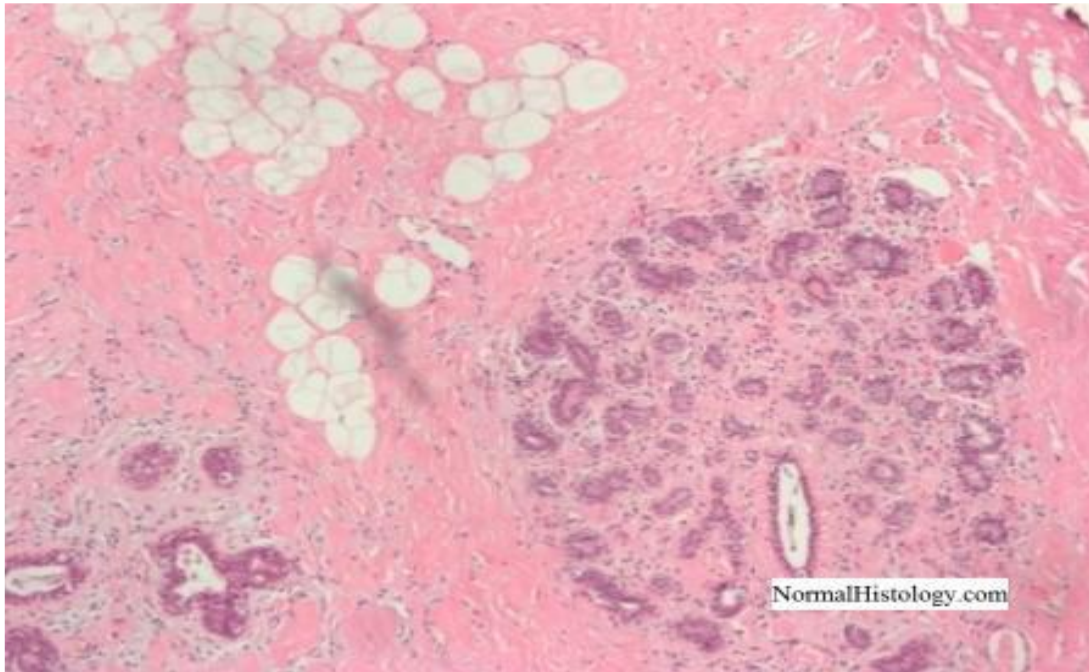
Les cellules myoépithéliales qui prennent la direction longitudinale des canaux, une couche de cellules épithéliales cubiques disposées en deux couches au niveau des conduits intra et inter lobulaire ; et en 3 ou 4 couches au niveau des conduits lactifères.

La lumière des conduits lactifères présente une dilatation appelée sinus lactifère.

**Le tissu conjonctif** interstitiel est assez dense dans la région inter lobulaire 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 5: image histologique du sein normal [15]**

### **3.4 Etude clinique**

#### **3.4.1 Etio-pathogénies**

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.[16].

Cependant certains facteurs de risque peuvent être en cause : Héritaire, Infectieuse (Virus), Physique (les rayonnements), Chimique (Substances contenues dans le tabac, issues de l'industrie) [17].

#### **3.4.2 Circonstance de découverte**

Il peut s'agir soit :

- D'une masse, c'est le motif le plus fréquent de consultation chez environ 60-80% des patients, découverte par auto palpation ou au cours d'une consultation de dépistage.

- D'une douleur mammaire.
- Rarement d'un écoulement mammaire pouvant être sanglant par un pore mamelonnaire
- D'une découverte fortuite.

### **3.4.3 Examen clinique**

- **Anamnèse**

Doit être rigoureuse, précise, orientée sur le motif de consultation tout en précisant :

- Le mode d'installation,
- Les signes associés,
- Le délai entre la découverte et la consultation,
- Le traitement avant consultation,
- L'antécédent de pathologie mammaire dans la famille, gynéco obstétricale (la notion de contraception).
- Le mode de vie (environnement ; tabac...)

- **Examen physique**

Patiente dévêtue jusqu'à la ceinture, assise puis couchée ; il est bilatéral et comparatif.

- ✓ **Inspection**

Elle se fait avec un bon éclairage, évalue la morphologie, l'état de la peau pour déceler d'éventuelle plaie mammaire, l'aspect de la peau, le mamelon pour un éventuel écoulement, les rétractions mamelonnaires. L'élévation du bras peut accentuer les anomalies cutanées. [18].

- ✓ **Palpation**

Temps essentiel de l'examen du sein, se fait les mains à plat ; pulpe des doigts comprime la glande sur le thorax quadrant par quadrant, d'abord les bras abaissés pour la palpation superficielle puis les bras relevés pour la palpation profonde,



sans oublier les fosses axillaires, sus claviculaires, sous maxillaires à la recherche d'adénopathies. La palpation permet également d'apprécier les caractères de la tumeur tels que la taille, le nombre, la mobilité, la consistance, l'uni ou la bilatéralité, les limites, l'adhérence au plan superficiel ou profond.

#### **3.4.4 Moyen d'exploration**

- **Mammographie**

Elle exige une technique rigoureuse radiologique, et un radiologue entraîné à la lecture des mammographies. Elle est actuellement l'examen para clinique de choix dans le diagnostic par la qualité des images fournies, donne des renseignements sur l'aspect de l'opacité tumorale, ses contours, les signes cutanés, dépiste les cancers occultes. Elle ne renseigne pas sur la nature solide ou liquide de la tumeur. Ses limites sont représentées par des situations telles que les seins denses.

- **Echographie mammaire**

C'est un moyen diagnostique très performant à condition que la méthodologie d'examen soit rigoureuse, qu'on utilise un appareillage adapté ; en outre c'est un examen qui est opérateur dépendant. Non traumatique et d'une innocuité totale, pouvant être répétée sans danger, elle permet :

- Une analyse structurale de la glande,
- De distinguer les tumeurs liquides des tumeurs solides, dans un grand nombre de cas les tumeurs malignes des tumeurs bénignes et de détecter les lésions associées. Elle est donc tout à fait propice à l'exploration des seins denses et dans la surveillance des mastopathies bénignes.

- **Ponction cytologique**

Réalisée systématiquement sur toute anomalie clinique, radiologique, échographique. C'est un complément très utile, faisant partie du bilan diagnostique et pouvant orienter le clinicien dans les cas incertains ; doit être de rigueur devant tout nodule. Toutefois il faut différencier les ponctions de masse

solide ou un peu de matériel est aspiré dans l'aiguille pour être envoyé à l'analyse cytologique, et des ponctions de masse liquide.

D'une innocuité parfaite, n'a de valeur que positive ; nécessite un cytologiste Expérimenté [19].

- **Galactographie**

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pluri orificiel séreux ou sanglant.

- **Histopathologie**

Précise le type histologique, se fera à partir d'une ponction biopsique ou d'une biopsie d'exérèse.

### **3.4.5 Traitement**

Peut-être médical ou chirurgical mais souvent, une simple expectative suffit.

— **Traitement médical**

Par l'utilisation d'hormone (progestérone) ; on observe une diminution d'un adénofibrome au stade initial dans 50% des cas [20].

— **Traitement chirurgical**

On procédera à une ablation de la tumeur, une quadrantectomie, voire une mastectomie.

### **3.4.6 Etude de quelques tumeurs bénignes du sein**

#### **3.4.6.1 Tumeurs bénignes solides du sein**

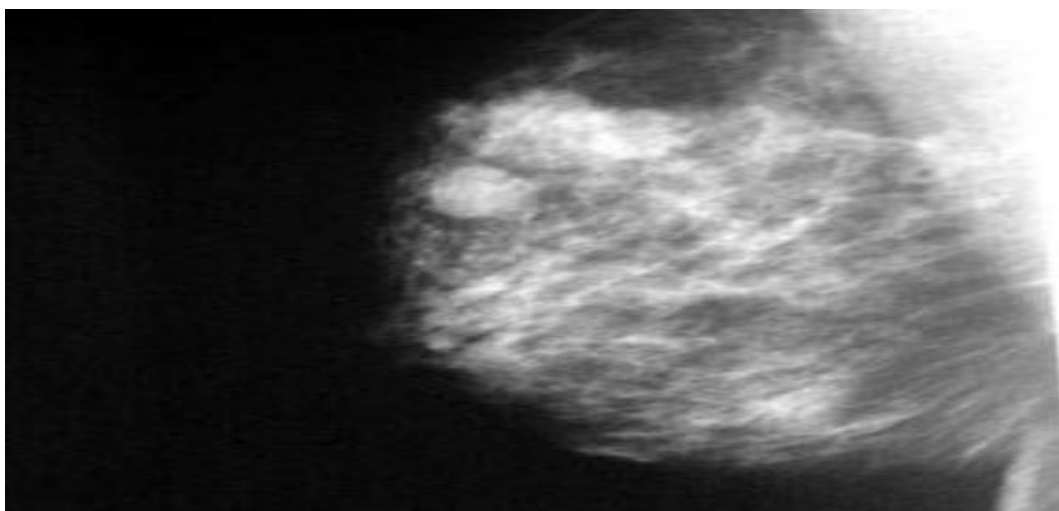
— **Fibroadénome**

✓ **Clinique**

Prolifération mixte épithéliale et conjonctive, tumeur bénigne solide du sein la plus fréquente, à croissance lente (taille moyenne : 2-3 cm) généralement chez la femme jeune (20-30 ans). Caractérisé par un nodule mammaire, indolore, bien limité, mobile par rapport à la glande et à la peau, de consistance élastique. Parfois multiple et/ou bilatéral.

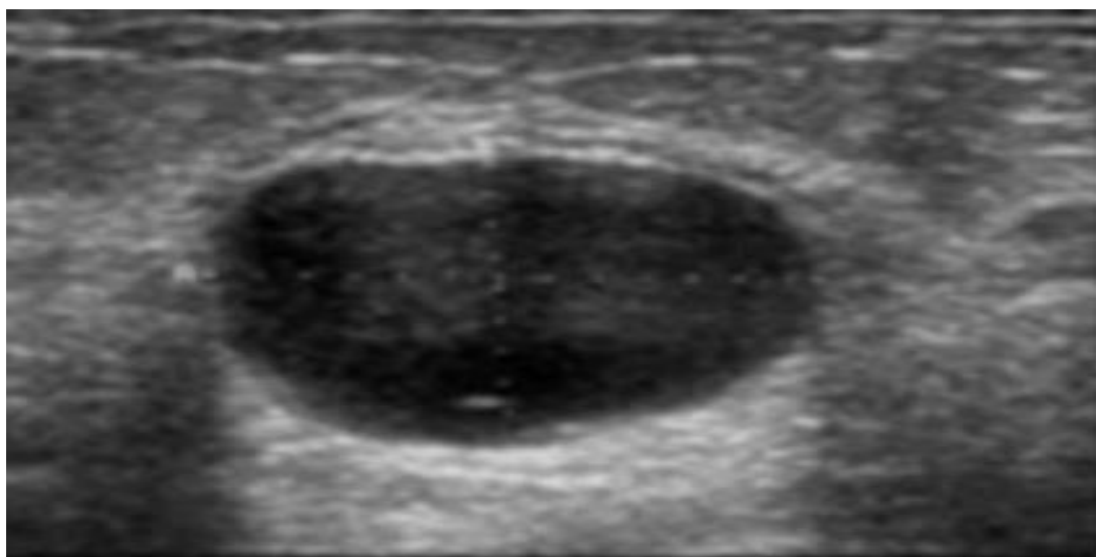
✓ **Radiologie**

**Mammographie** : opacité homogène bien limitée. Cet examen n'est pas recommandé chez les femmes de moins de 35 ans du fait d'une densité mammaire importante et du risque d'irradiation.



**Figure 6: Image mammographique d'un fibroadénome mammaire [16].**

**Echographie** : Elle est l'examen de référence à effectuer devant la découverte d'une masse mammaire chez une adolescente (seins denses). Elle retrouve une lacune hypoéchogène homogène bien limitée, sans cône d'ombre postérieur.



**Figure 7: Image échographique d'un fibroadénome mammaire [16].**

### **Evolution conduite à tenir**

Parfois, augmentation de volume pendant la grossesse, diminution de volume après la ménopause. Confirmation diagnostique histologique par cytoponction, micro ou macro-biopsies. Exérèse chirurgicale en cas de doute diagnostique ou de gêne esthétique. La voie péri-aréolaire, presque toujours possible, sera préférée à l'incision directe en regard du nodule, car les fibroadénomes s'énucléent bien [21].



**Figure 8: Exérèse chirurgicale d'un adénofibrome [21]**

### **— Tumeur phyllode bénigne**

**Clinique :** Prolifération fibro-épithéliale mixte à prédominance conjonctive. Tumeur rare. Croissance rapide, parfois très volumineuse (20-30 cm). Survenue vers 45 ans. Nodule mammaire indolore, plutôt mou, mobile.

**Radiologie :** Image mammographique et échographique identique au fibroadénome.

### **Evolution conduite à tenir**

Il existe 3 types de tumeurs phyllodes (TP)

- **TP de grade I : Bénigne.** Risque de **récidive** après exérèse (15%), parfois sous forme borderline

- **TP de grade II** : Tumeur borderline
- **TP de grade III** : Avec 10 % des cas, il s'agit d'un sarcome phyllode, avec risque de métastases par voie hématogène (poumons +++)

**Traitement** : Exérèse large passant en tissu sain.

#### — Papillome intra galactophorique

**Clinique** : Prolifération papillaire bénigne, végétant, naissant dans la lumière d'un canal galactophorique. Survenue vers 45-50 ans. Ecoulement séreux ou sanglant uniporique tumeur parfois palpable sous-aréolaire.

**Radiologie** : La galactographie (mammographie après opacification du canal galactophorique incriminé) est un examen pratiquement abandonné.

**Evolution conduite à tenir** : Exérèse chirurgicale du canal galactophorique pathologique (pyramidectomie) à but diagnostique (principal diagnostic différentiel : carcinome intra-canaire) et thérapeutique (arrêt de l'écoulement).

#### — Papillomatose juvénile

**Clinique** : Femmes jeunes de **moins de 25 ans**. Tuméfaction mobile souvent proche de l'aréole avec écoulement mamelonnaire.

**Radiologie** : l'échographie retrouve de petites cavités kystiques au sein du nodule.

**Evolution conduite à tenir** : Exérèse chirurgicale. Pour certains auteurs, la papillomatose juvénile serait un facteur de risque de cancer du sein (discuté).

#### —Hamartome

**Clinique** : Lésion limitée par une capsule **reproduisant du tissu mammaire normal** (« sein dans le sein »). Survenue possible **à tout âge**. Tumeur **bien limitée**, parfois **volumineuse**, d'autant plus **molle** qu'elle sera constituée de tissu adipeux.

**Radiologie** : Opacité bien limitée, de tonalité identique à celle de la glande mammaire.

**Evolution conduite à tenir :** Exérèse chirurgicale souvent nécessaire à dans un but diagnostique et esthétique.

— **Cytostéatonécrose**

**Clinique :** Tuméfaction de survenue spontanée ou suite à un traumatisme du sein. Le plus souvent chez la femme ménopausée examen clinique parfois suspect : masse limitée arrondie parfois indurée, adhérente à la peau avec rétraction cutanée. Souvent infraclinique.

**Radiologie :** A la mammographie, on retrouve une image radio claire, cerclée « en bulle de savon ».

**Evolution conduite à tenir :** Exérèse souvent nécessaire pour diagnostic histologique.

### 3.4.6.2 Tumeurs bénignes kystiques du sein

— **Kystes**

**Clinique :** c'est une formation liquidienne à point de départ galactophorique. Il s'agit d'une tumeur ronde, bien limitée, rénitente, apparaissant souvent en période prémenstruelle. Souvent unique ou multiple.

**Radiologie :** Il s'agit d'une opacité arrondie, bien limitée à la mammographie et à l'échographie, une lacune anéchogène, bien limitée, avec renforcement postérieur des échos.

**Evolution conduite à tenir :** Cytoponction du kyste si gêne esthétique, à but diagnostique (examen cytologique du liquide) et thérapeutique (affaissement du kyste).

— **Maladie fibrokystique**

**Clinique :**

Mastopathie très fréquente associant des éléments kystiques, avec une fibrose du tissu conjonctif et une hyperplasie (simple ou atypique) des cellules épithéliales

des canaux galactophoriques. Survenue surtout en péri-ménopause (40-50 ans) sur un terrain d'hyper-oestrogénie relative par insuffisance lutéale. Elle se manifeste par des mastodynies cycliques, en période prémenstruelle avec des Placards indurés, sensibles, avec palpation de multiples kystes.

**Radiologie :**

- **Mammographie** : fibrose donnant de larges opacités floues, associées à des opacités kystiques.

- **Echographie** : kystes au sein de la fibrose ; recherche d'anomalies suspectes associées.

**Evolution conduite à tenir :**

En cas de doute diagnostique (placard suspect) : réalisation de micro biopsies mammaires pour confirmation histologique.

Traitement par progestatifs (d'action anti-ostrogénique) en 2<sup>ème</sup> partie du cycle. Disparition après la ménopause.

## **4. MÉTHODOLOGIE**

### **4.1. Cadre d'étude**

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré à Bamako. Il occupe le 3<sup>ème</sup> niveau de la pyramide sanitaire du pays, c'est un hôpital de référence pour les patients du District de Bamako et environnants, mais également ceux provenant de l'intérieur du pays. Il est situé au cœur de Bamako, capitale du Mali.

### **4.2. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale et descriptive

### **4.3. Période d'étude**

Notre étude s'est étendue sur trois années, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 31 décembre 2021.

### **4.4. Population d'étude**

La population d'étude était constituée de toutes les patientes admises en consultation externe dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

### **4.5. Échantillonnage**

#### **4.5.1. Critères d'inclusion**

Sont incluses dans notre étude :

- Tous les cas de tumeurs bénignes évoqués cliniquement avec ou sans confirmation histologique
- Tous les cas de tumeurs bénignes évoqués en imagerie avec ou sans confirmation histologique

#### **4.5.2. Critères de non inclusion**

- Les tumeurs malignes du sein
- Les pathologies non mammaires



#### **4.6. Déroulement de l'étude**

La base de données est une base Gynéco-obstétricale complète incluant toutes les admissions et focalisée sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes admises. Elle a été conçue et complétée sur le logiciel SPSS version 18.fr. Elle comporte environ 124 variables relatives au profil des patientes et à leur prise en charge depuis l'admission jusqu'à l'exéat.

#### **4.7. Collecte des données**

##### **4.7.1. Source de données**

Les données ont été collectées à partir des dossiers Gynéco-obstétricaux. Aussi avons-nous eu recours, au besoin, aux registres de consultation externe, aux registres du bilan annuel des sages-femmes, aux registres de compte rendu opératoire.

##### **4.7.2. Technique de collecte des données**

C'est par la lecture des différents supports suscités que les bases de données ont été complétées.

##### **4.7.3. Plan d'analyse et traitement des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 18.fr. Plusieurs variables ont été mesurées et recodées suivant différentes modalités d'intérêt particulier. Les graphiques ont été réalisés sur MS Word office 2016.

Le test de Khi-Carré de Pearson a été utilisé pour étudier les associations entre les variables catégorielles, la régression logistique multivariée a été utilisée pour la quantification du risque (Odd Ratio : OR). Ainsi, nous avons effectué une analyse multivariée pour identifier les principaux facteurs de risque associés à la survenue des tumeurs bénignes du sein par la méthode de régression logistique.

#### **4.8. Aspects éthiques**

Les résultats obtenus seront à la disposition de tous les scientifiques et de la Direction Nationale de la Santé et ceci pour le bien des gestantes. Les noms des gestantes ne figureront pas dans les résultats, garant ainsi le secret médical.

#### **4.9. Difficultés et limites**

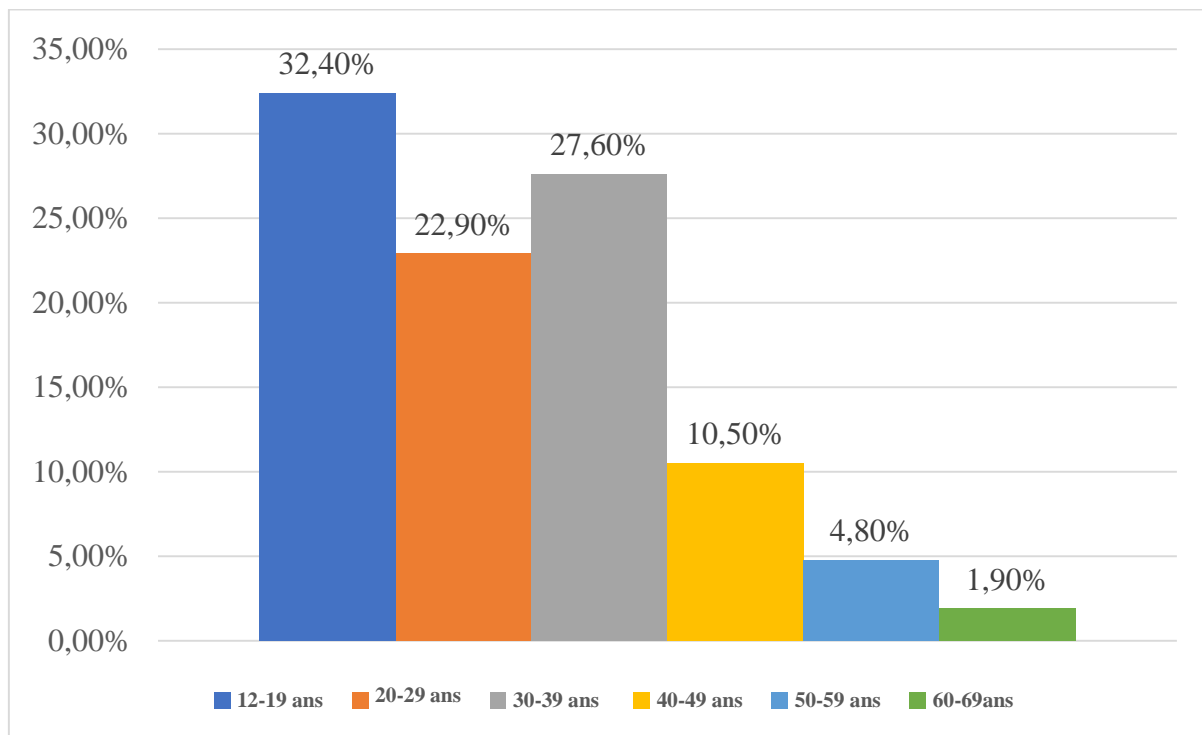
Les difficultés de l'étude ont été la perte et la pauvreté de certains dossiers médicaux. Comme limite, nous pouvons dire que compte tenu de la réalisation de l'étude dans un seul hôpital à Bamako, elle ne peut donc pas être transposable à la population générale.

## 4 RÉSULTATS

### 5.1. Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 105 cas de tumeurs bénignes du sein sur 992 cas de pathologies mammaires soit une fréquence de 10,58 %. Elle représentait 0,28 % sur l'ensemble des 37079 consultations réalisées pendant la période d'étude.

### 5.2. Fréquence des tumeurs bénignes selon l'âge



**Figure 9 : Répartition des patientes selon la tranche d'âges**

La fréquence des tumeurs bénignes était plus élevée parmi les femmes de 12 à 19ans. L'âge moyen était de  $28,42 \pm 12,04$  ans avec des extrêmes de 13 et 63 ans.

### 5.3. Fréquence des tumeurs bénignes selon la Gestité

**Tableau I : Répartition des patientes selon la gestité**

<b>Gestité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nulligeste	46	43,80
Primigeste	17	16,20
Paucigeste	17	16,20
Multigeste	25	23,80
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

### 5.4. Fréquence des tumeurs bénignes selon la parité

**Tableau II : Répartition des patientes selon la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nullipare	51	48,60
Primipare	17	16,20
Paucipare	17	16,20
Multipare	20	19,00
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

## 5.5. Profil clinique et prise en charge

### 5.5.1. Motif de consultation des patientes

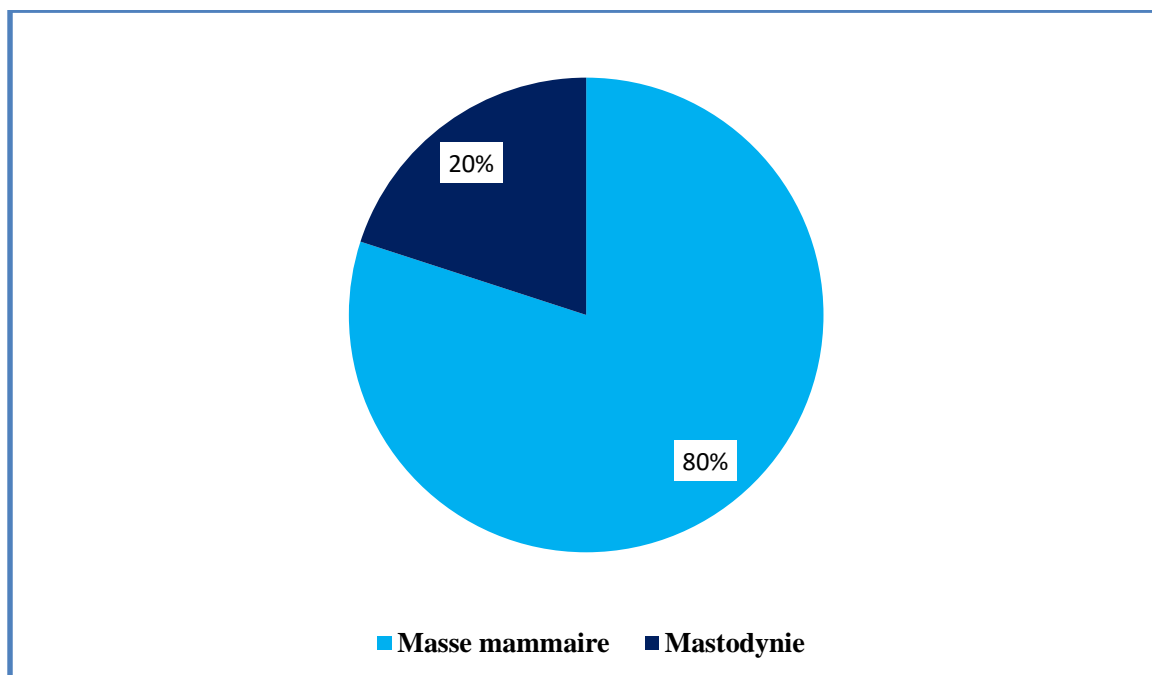


Figure 10 : Répartition des patientes selon le motif de consultation

### 5.5.2. Délai de consultation

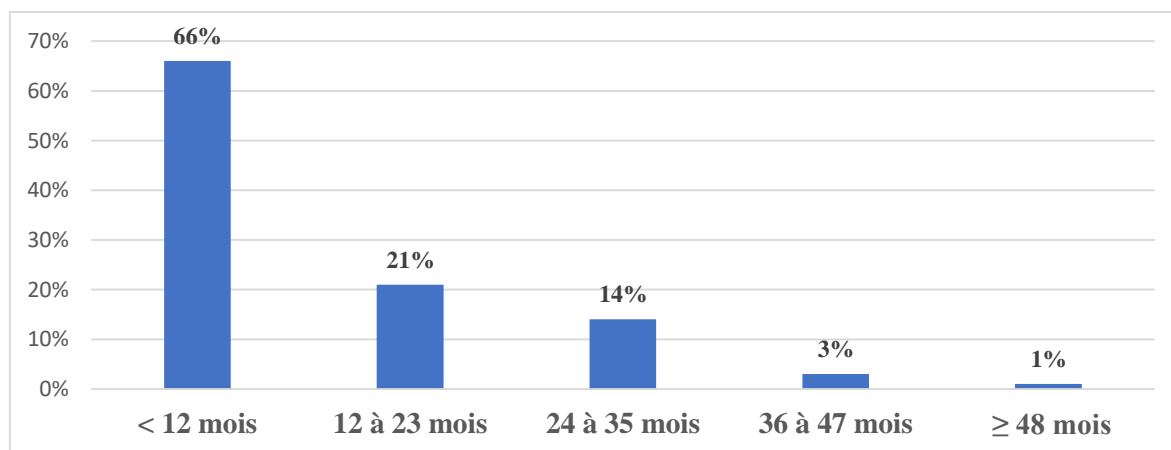


Figure 11 : Répartition des patientes selon le délai de consultation

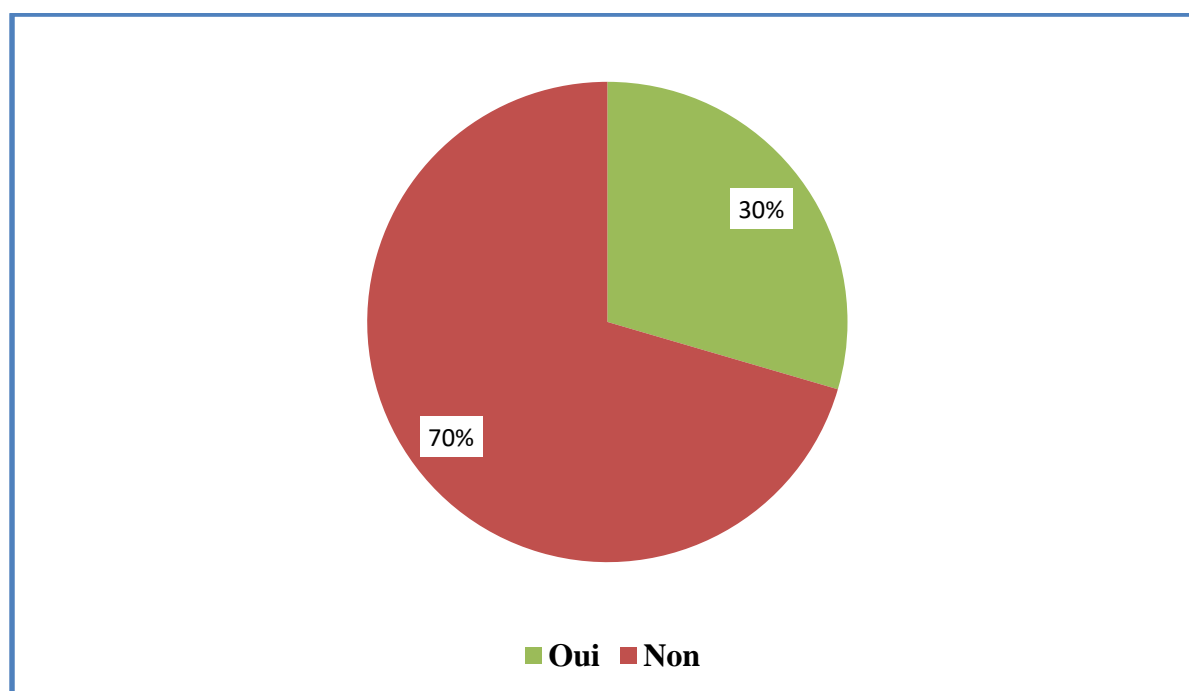
### 5.5.3. Indice de masse corporelle

**Tableau III : Répartition des patientes selon l'indice de masse corporelle**

Indice de masse corporelle	Effectifs	Pourcentage (%)
< 18,5	10	9,50
18,5 - 24,9	27	25,70
25 - 29,9	43	41,00
> 30	25	23,80
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

Nous avons remarqué dans notre étude que plus de 60% des patientes avaient un surpoids.

### 5.5.4. Utilisation d'une méthode contraceptive



**Figure 12 : Répartition des patientes selon l'utilisation des moyens contraceptifs**

### 5.5.5. Type de contraceptif

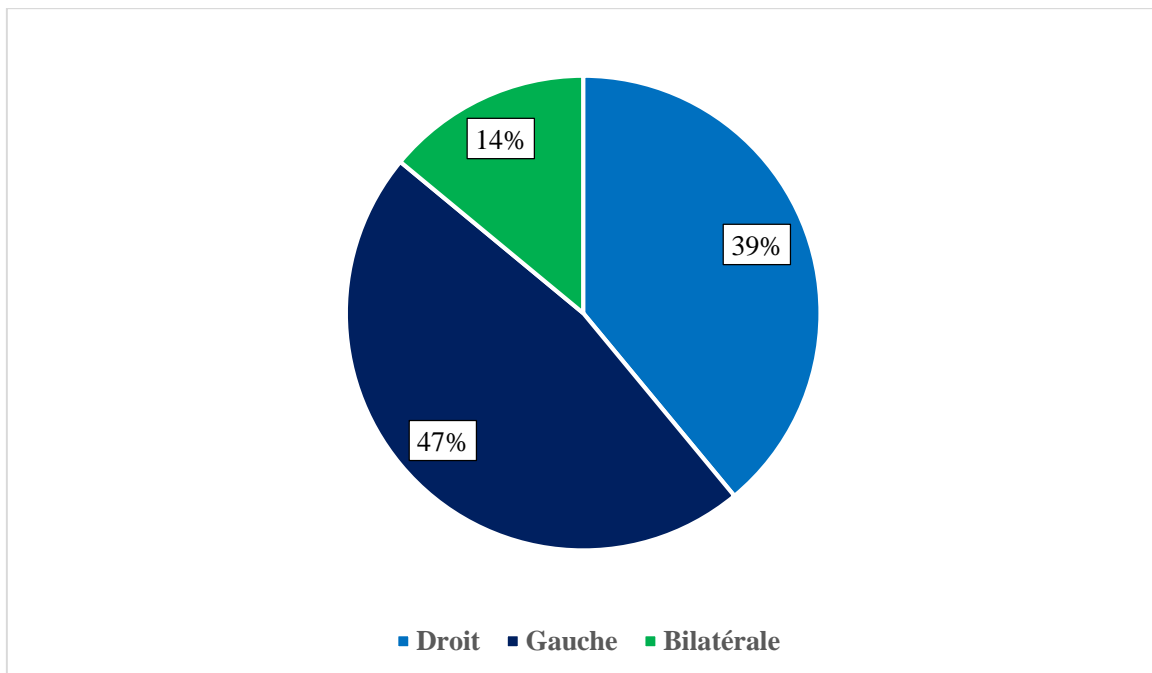
**Tableau IV: Répartition des patientes selon le type de contraceptif**

Type de contraceptif	Effectifs	Durée (année)
Pilule contraceptive	10 (32,26%)	(1-5)
Dépo-provera	3 (9,68%)	(1-3)
Implant	13 (41,94%)	(1-5)
Dispositif intra utérin	3 (9,68%)	(3-8)
Autres Méthodes	2 (6,45%)	(1-2)
<b>Total</b>	<b>31(100%)</b>	<b>(1-8)</b>

### 5.5.6. Tumeurs bénignes et grossesse

Au cours de notre étude, nous avons observé 4% de grossesse associé à une tumeur bénigne du sein.

### 5.5.7. Localisation de la tumeur



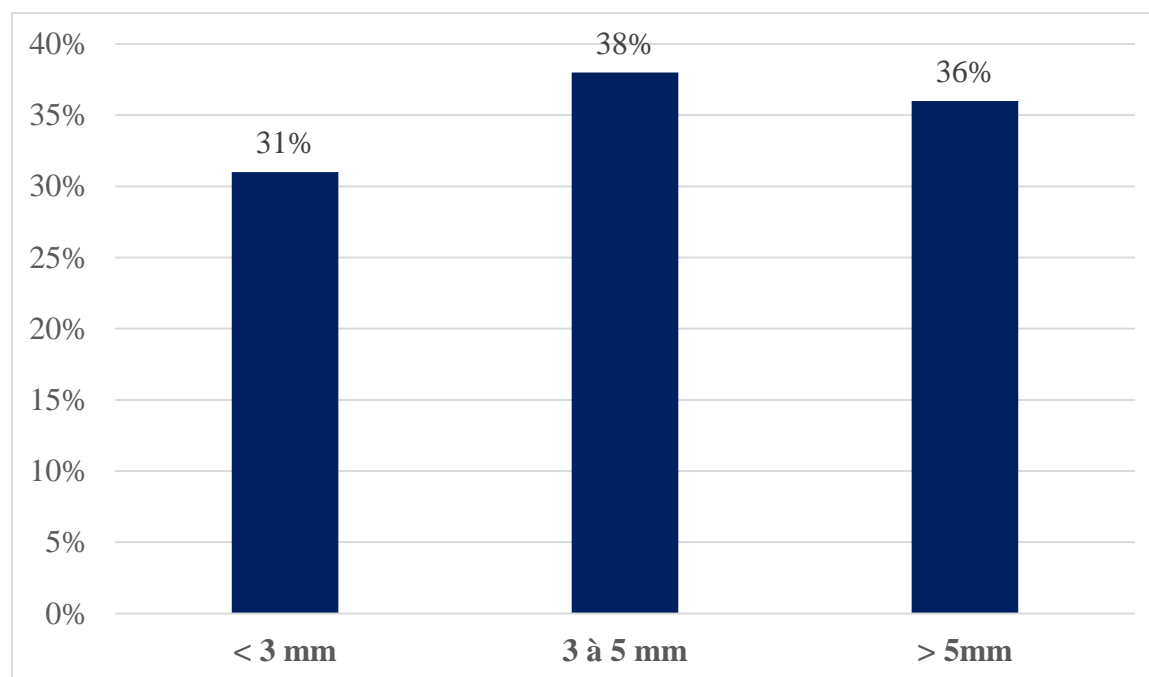
**Figure 13 : Répartition des patientes selon la localisation de la tumeur**

### 5.5.8. Siège de la tumeur

**Tableau V : Répartition des patientes en fonction du quadrant atteint.**

Localisation	Gauche	Droite	Total
	N (%)	N (%)	
QSE	36 (34,2%)	31 (29,6%)	67 (63,8%)
QIE	3 (2,9%)	8 (7,6%)	11(10,5%)
QSI	12 (11,4%)	6 (5,7%)	18 (17,1%)
QII	5(4,8%)	4(3,8%)	9(8,6%)

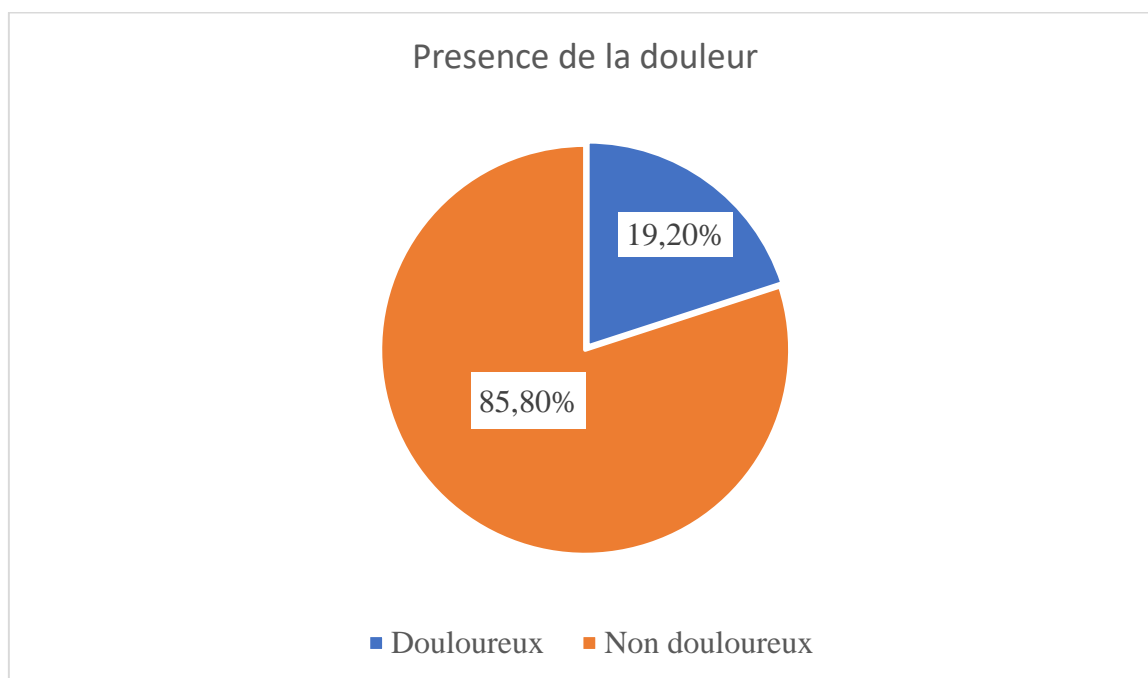
### 5.5.9. Taille de la tumeur



**Figure 14 : Répartition des patientes selon la taille de la tumeur.**

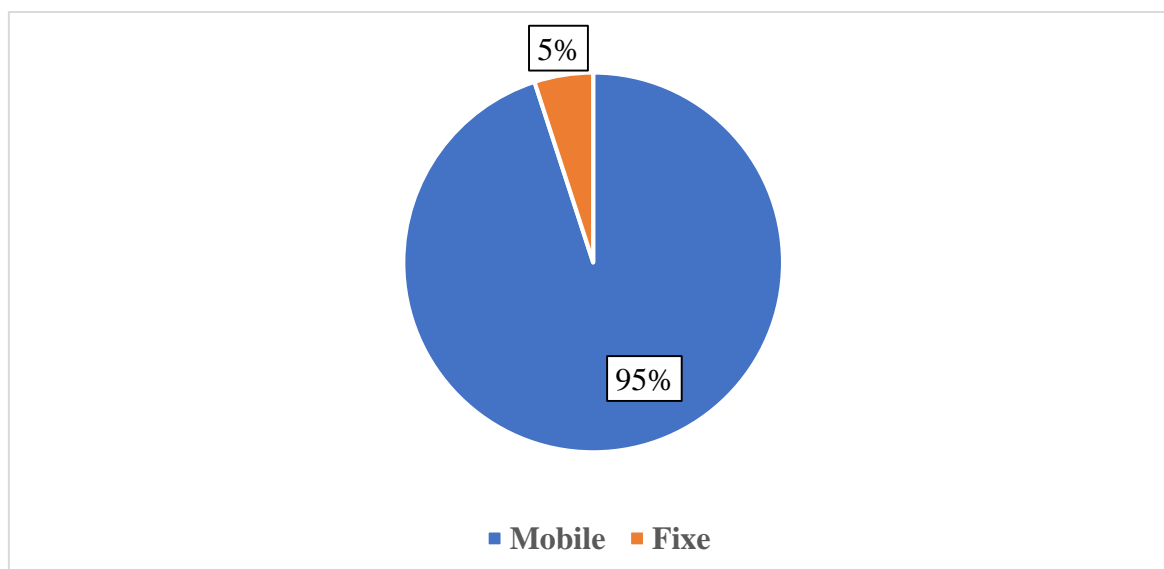


### 5.5.10. Douleur des nodules



**Figure 15: Répartition des patientes selon la douleur**

### 5.5.11. Mobilité des nodules



**Figure 16 : Répartition des patientes selon la mobilité des nodules**

Les nodules étaient mobiles par rapport aux deux plans chez 95% des patientes au cours de notre étude.

### 5.5.12. Echographie

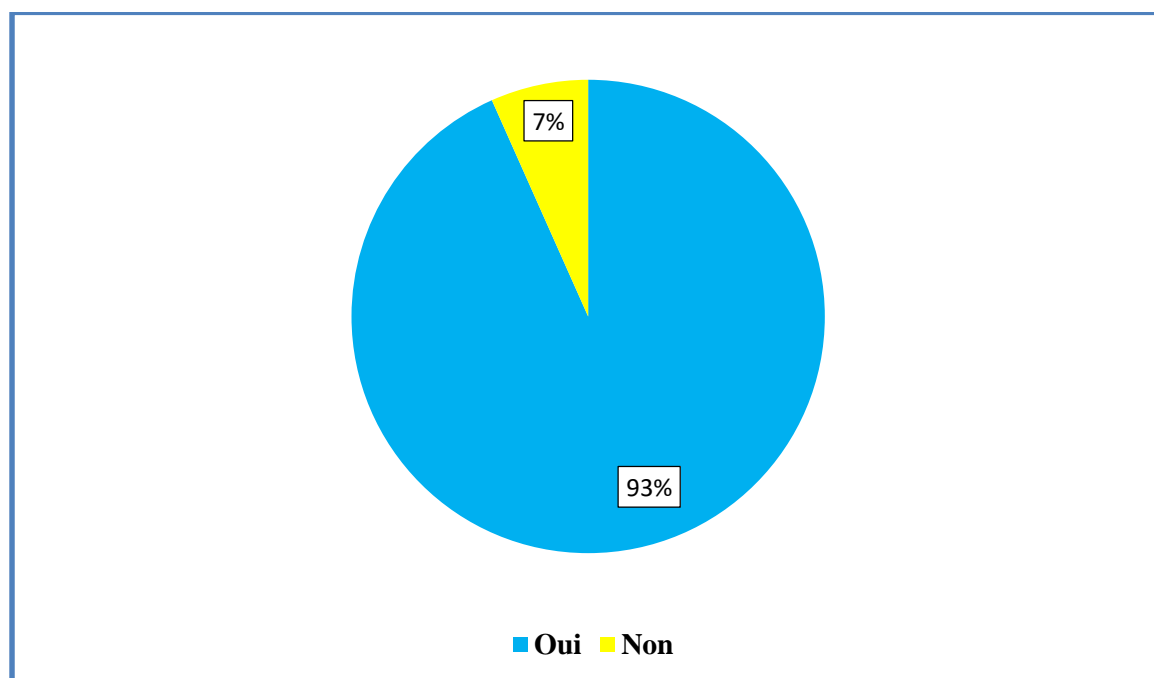


Figure 17: Répartition des patientes selon l'échographie mammaire.

### 5.5.13. Type d'anomalie à l'échographie

Tableau VI: Répartition des patientes selon le type d'anomalie échographique mammaire

Type d'anomalie échographique mammaire	Effectifs	Pourcentage (%)
Adénofibrome	74	70,48
Tumeur Phyllode	5	4,76
Kyste	12	11,43
Angiome	5	4,76
Mastite	2	1,90
Nodule	5	4,76
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

### 5.5.14. Mammographie

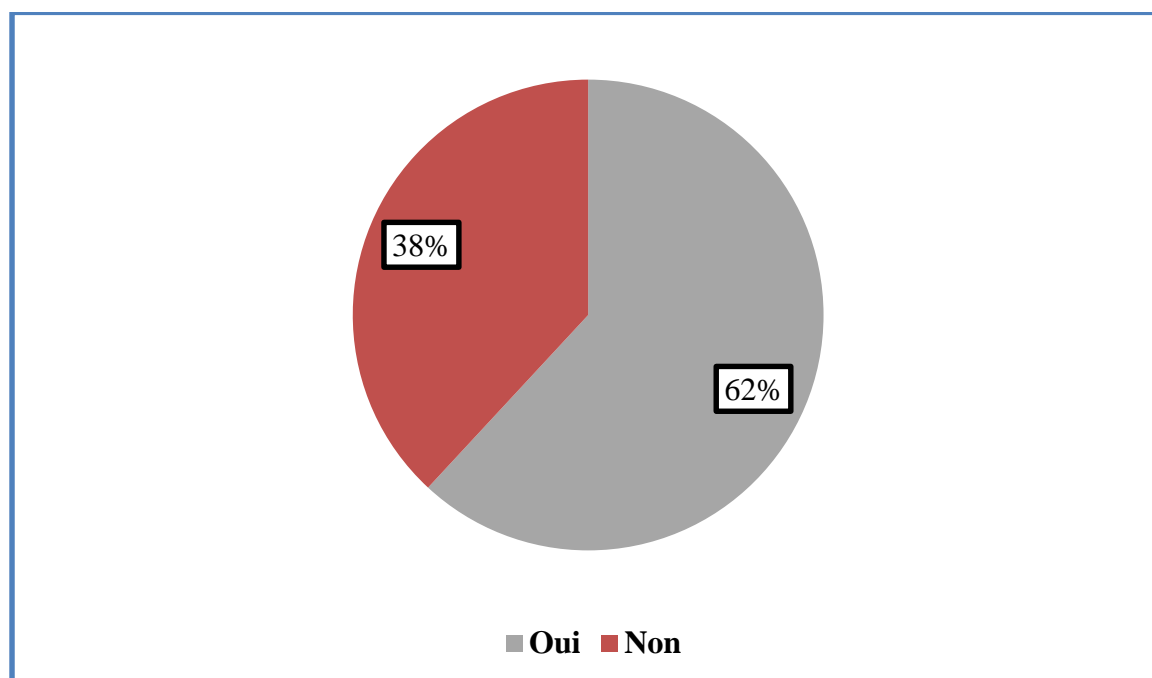


Figure 18: Répartition des patientes selon la mammographie.

### 5.5.15. Résultat mammographique

Tableau VII : Répartition des patientes selon le résultat de la mammographie

Résultat mammographie	Fréquence	Pourcentage
ACR1	9	13,8
ACR2	31	47,7
ACR3	16	24,6
ACR4	9	13,8
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>

Le tableau VII représente les résultats mammographiques et nous avons constaté que 87% des patientes avait un résultat en faveur d'une tumeur bénigne du sein. Parmi les patientes ayant une mammographie suspecte (ACR4) et ayant réalisé l'histologie, la nature bénigne de la tumeur a été confirmée.

### 5.5.16. Histologie

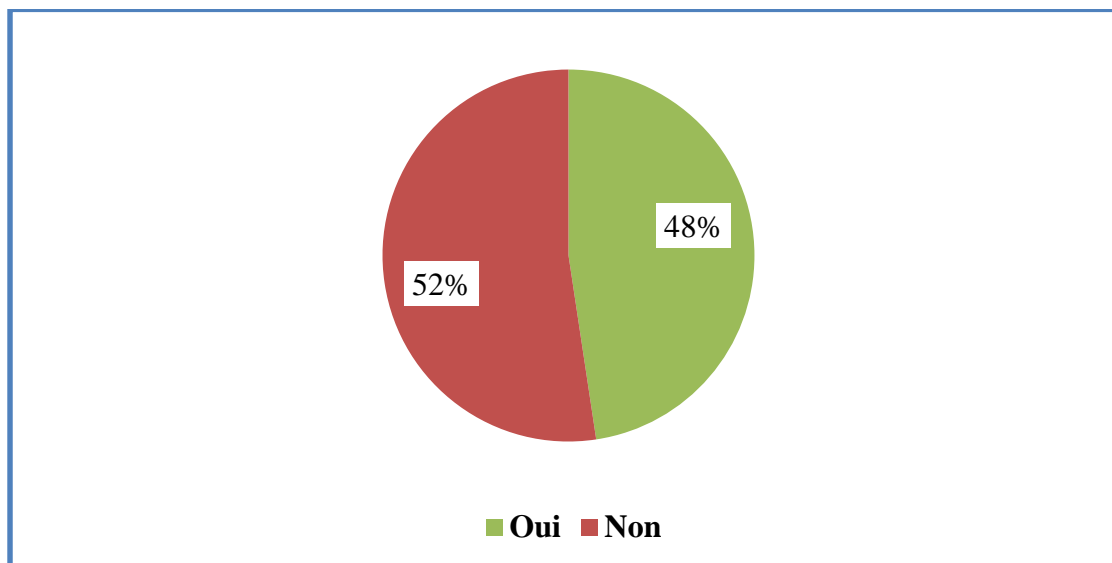


Figure 19: Répartition des patientes selon l'histologie.

### 5.5.17. Type histologique

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le résultat histologique.

Résultats	Effectifs	Pourcentage (%)
Adénofibrome	41	82,00
Mastite	3	6,00
MFK	1	2,00
Papillome	2	4,00
Tumeur Phyllode	3	6,00
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00</b>

**Tableau IX : Répartition des patientes selon le profil diagnostique comparé**

Diagnostic	Age moyen	Douleur	PEC médical	PEC chirurgical	Abstention
Tumeur Phyllode	14,67 ans	100,0%	-	100,0%	-
Adénofibrome	27,17 ans	4,9%	21,9%	29,2%	48,8%
Mastite	36,67 ans	33,3%	66,7%	33,3%	-
MFK	38,00 ans	100,0%	-	100,0%	-

### 5.5.18. Modalités de prise en charge

**Tableau X : Répartition des patientes selon la modalité de prise en charge**

Modalité de prise en charge	Effectifs	Pourcentage (%)
Abstention thérapeutique	50	47,60
Traitement médical	22	21,00
Exérèse chirurgicale	33	31,40
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100,00</b>

L'abstention thérapeutique était la modalité de prise en charge la plus fréquente avec 47,6% de cas. Le traitement médical était basé sur les antalgiques et les hormones (progestérone de synthèse).

### 5.5.19. Evolution

**Tableau XI : Répartition des patientes selon la guérison.**

Guérison	Effectifs	Pourcentage (%)
Disparition de la tumeur	71	67,6
Persistance de la tumeur	12	11,4

En ce qui concerne l'évolution, La guérison a été observé chez 67,6% des patientes, 11,4 % avait une évolution stationnaire. Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé chez les patientes ayant subi l'exérèse chirurgicale au bout d'une année de suivi.

## 5 DISCUSSION

### 6.1. Méthodologie

Notre travail a porté sur les aspects cliniques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein au service de Gynéco-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE. C'est une étude descriptive et transversale. Elle a été effectuée sur une période de 3 ans durant laquelle nous avons colligé 105 cas. Notre but était d'étudier le profil clinique et la prise en charge.

Au cours de notre étude, nous avons remarqué quatre points importants qui feront l'objet de notre discussion.

- ✓ La fréquence de ces tumeurs bénignes
- ✓ L'Adénofibrome qui est la tumeur bénigne la plus fréquente
- ✓ Tumeur phyllode et le bas âge
- ✓ L'Histologie et l'Imagerie indispensables pour poser le diagnostic

### 6.2. Fréquence

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 105 cas de tumeurs bénignes du sein sur 992 cas de pathologies mammaires soit une fréquence de 10,58 %. Cette fréquence est inférieure à celle de Gueye S et al [21] à l'unité de sénologie du centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec de Dakar qui ont trouvé 22,6% en 2017 et celle de FOKO I [22] au Mali en 2003 qui note 30,45% de tumeurs bénignes. Cela s'explique par le fait que certains nodules notamment très petits ne font plus l'objet d'investigations plus poussées car éthiquement quel qu'il soit, le symptôme clinique qui amène la patiente à consulter présente la particularité de n'être qu'exceptionnellement en rapport avec une lésion maligne, même si certaines causes justifient un geste chirurgical. Dans tous les cas, ces chiffres témoignent de la fréquence relativement élevée des tumeurs bénignes du sein en Afrique subsaharienne.

### 6.3. Données sociodémographiques :

La fréquence des tumeurs bénignes était plus élevée parmi les femmes de 12 à 19ans. L'âge moyen était de  $28,42 \pm 12,04$  ans avec des extrêmes de 13 et 63 ans. Gueye S et al [21] ont trouvé un âge moyen de 24 ans avec des extrêmes de 12 et 67 ans en 2017 à Dakar ; Au Congo Brazaville Ndounga E et al ont trouvé une moyenne d'âge de 30,6 ans [24]. Dans la littérature, la moyenne d'âge varie entre 31 et 32 ans [25,26]. Dans ce contexte, la population concernée est relativement jeune ; et les tumeurs bénignes du sein reste l'apanage des adolescentes et des femmes en activité génitale [26,27].

La majorité des patientes étaient des nulligestes soit 43,8% de cas. Ce résultat est similaire à celui de Gueye S et al [21] qui ont trouvé les nulligestes en majorité soit 58,6% des cas. Des facteurs de risque des tumeurs du sein liés à la vie génitale ont été retenus, essentiellement la ménarche précoce et la nulliparité [29,30]. Seulement 30% des patientes avaient utilisé une méthode contraceptive. Ce résultat est similaire à celui de Diallo S à Bamako [31] avec 26,9%. L'utilisation de méthode contraceptive surtout hormonale est un facteur protecteur de tumeur du sein selon la littérature.

Un antécédent familial de pathologie mammaire a été retrouvé chez 3% des patientes. Ce taux est inférieur à celui de Ndounga E et al [24] qui ont rapporté des antécédents familiaux de pathologie mammaire chez 12,1% des patientes au Congo en 2017. Dans l'étude de Gueye S et al [21] 10,4% des patientes avaient un antécédent de pathologie mammaire. Cette différence s'explique par le fait que notre étude était basée strictement sur les tumeurs bénignes du sein.

La présence d'une masse mammaire était le motif le plus fréquent de consultation avec 80% des cas et un délai de consultation inférieur à 1 an dans 66% des cas après l'apparition des premiers signes. Ces résultats sont comparables à ceux de Gueye S et al [21] qui ont rapporté comme principal motif de consultation, le nodule mammaire 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. Le délai de consultation peut s'expliquer par l'itinéraire de nos patientes avant la première consultation et nécessite des efforts considérables de sensibilisation et de dépistage qui restent à faire dans des pays en développement afin de réduire les délais de consultation.

#### **6.4. Aspects clinique et paraclinique**

Nous avons observé que plus de 60% des patientes avaient un surpoids. De nos jours, Le surpoids et l'obésité constituent un problème de santé de grande envergure touchant un grand nombre de populations à travers le monde quel que soit leur revenus et leur niveau de vie. Ainsi, selon les derniers chiffres de l'OMS parus en 2014, plus de 1,9 milliards d'adultes âgés de 18 ans et plus seraient en surpoids et près de 600 millions obèses. L'obésité serait impliquée dans la survenue des pathologies mammaires à travers l'aromatisation des androgènes en œstrogènes. Le sein gauche était le plus atteint avec 49,47% et l'atteinte était bilatérale chez 14% des patientes. Selon la littérature la survenue de tumeurs bénignes ne semble pas liée à la latéralité. Gueye S et al au Sénégal avaient rapporté 49,5% d'atteinte gauche avec 8,2% d'atteinte bilatérale alors que Foko [22], avait retrouvé une prédominance au niveau du sein droit avec 50,8%.

Le quadrant supéro-externe est le siège de prédilection des tumeurs mammaires bénignes ; il était le plus représenté dans notre série soit 34,3% des patientes et 41,6% dans celle Gueye S et al [21]. Cette topographie s'explique par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présent dans la partie centrale et supéro-externe [31]. Comparativement au quadrant supéro-interne, le quadrant supéro-externe a été fréquemment le siège des tumeurs dans plusieurs autres séries [31,32].

La taille de la tumeur était supérieure à 5 cm chez 36% des patientes. Ndounga E et al [24] au Congo ont rapporté une taille moyenne de tumorale de 8,36 cm dans leur étude en 2017. Dans la littérature les tumeurs bénignes du sein peuvent atteindre 20 à 22cm [13]. 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.

Au cours de notre étude, l'échographie a été réalisée dans 93% des cas. L'adénofibrome était le type d'anomalie le plus retrouvé à l'échographie avec 70% des cas et d'image kystique dans 11,43% des cas. La mammographie fut effectuée par 62% des femmes. La classification de l'American College of Radiology (ACR) des résultats radiologiques avait retrouvé 47,7% de classe ACR2 et 24,6% de classe ACR3. Ces résultats corroborent ceux de Gueye S et al [21], dont la mammographie était réalisée chez 16,3% des patientes avec 79,% de classe ACR2 contre l'échographie réalisée chez 65,9% de femmes qui a retrouvé une image solide dans 94,5% avec l'adénofibrome en majorité et une image kystique dans 5,5% des cas. Cette prédominance de l'échographie s'explique par le fait que la mammographie n'est pas l'examen de première intention en cas de suspicion d'une tumeur bénigne généralement évoquée chez les femmes relativement jeunes qui ont des seins denses selon la littérature. A cet âge, l'échographie est l'examen de première intention [33], avec pour rôle majeur de différencier une masse solide d'une masse liquidienne. La mammographie n'est pas recommandée, car sa sensibilité et sa spécificité sont faibles dans cette tranche d'âge. Parmi les 50 patientes qui ont réalisé l'histologie, le type histologique le plus fréquent était l'adénofibrome avec 70% des cas. Ce résultat est comparable à celui de Diallo, en Guinée, qui rapporte 53,6% de fibroadénome [35]. Dans la démarche diagnostique, même si certains aspects cliniques et radiologiques sont très évocateurs, le diagnostic doit être confirmé par l'anatomie pathologique (cytologie ou histologie). 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 [21]. 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.

### **6.5. Aspects thérapeutiques**

Dans notre étude, nous avons fait une abstention thérapeutique dans la majorité des cas soit 47,6% suivi d'une exérèse chirurgicale dans 31,4%. Ce résultat est supérieur à celui de Gueye S et al au Sénégal qui ont rapporté une abstention thérapeutique dans 16,8% et une tumorectomie dans 12,7% des cas.

Devant les tumeurs bénignes du sein, les indications thérapeutiques sont fonction de la nature de la lésion. Une sanction chirurgicale est de règle pour certaines tumeurs mammaires bénignes tandis que pour d'autres, l'abstention avec une surveillance peut suffire. Une décision d'exérèse chirurgicale pourra être prise soit d'emblée pour une taille supérieure à 3 cm, un âge supérieur à 35 ans, des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein [35]. En ce qui concerne l'évolution, la guérison a été observé chez 67,6% des patientes, 11,4 % avait une évolution stationnaire. Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé chez les patientes ayant subi l'exérèse chirurgicale. Ce taux élevé de guérison peut s'expliquer par le caractère bénin de la majorité des tumeurs diagnostiquées dans notre étude.

## **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.

## **RECOMMANDATIONS**

Au dénouement de cette étude, quelques recommandations méritent d'être formulées

### **Aux autorités :**

- Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage des tumeurs du sein

### **Aux agents de santé :**

- Faire bénéficier tout patient ayant une tuméfaction mammaire, d'investigation sérieuse
- 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

1. Traoré AS. Profil épidémiologique et clinique des tumeurs du sein chez la femme à l'hôpital de Sikasso en 2021. USTTB. [Mémoire de médecine], Bamako, 2021 :90p.
2. Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien. 9ème édition. Paris : Masson éditeur ; 2017 : 261p.
3. Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien : Masson éditeur, 4ème édition, Paris 1994 :554p.
4. Diarra Y. Corrélation radio-clinique et anatomopathologique des nodules du sein. USTTB. [Thèse de médecine], Bamako, 2002, N°10 : 57p.
5. LARSEN William J. , DHEM A. Embryologie humaine. Editeur de Boeck université et Larcin Sarne minime : 2003 ; p 474.
6. Hugues, Mansel & Webster 's, Benign Disorders and Diseases of the Breast, third edition, 2009, Saunders Elsevier.
7. KAMINA P. Anatomie gynécologique et obstétricale Maloine Paris 1984 :p 513 .
8. Agur, A.M.R., Dalley A.F. Grant's Atlas of Anatomy. 12th Ed Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2009 : 864 pp.
9. Sappey C (1885). Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques. Paris. Sci. USA, 101 (48), 16801-16806.
10. Oliveira JB, Verhaeghe JL, Butarelli M, Marchala F et Houvenaeghel G (2006). Functional anatomy of the lymphatic drainage of the breast: contribution of sentinel lymph node biopsy. Annales de chirurgie 131 608–615.
11. Boissierie- Lacroix.M Sénologie de l'enfant et de l'adolescente Edition Flammarion. Paris 1998.
12. Poli-Mérol.M.L, Souchon.P.F, Lawane.M et al Pathologie mammaire de l'enfant EMC- Pédiatrie 2005, 2: 187-195.
13. 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.

14. Radesa F, Dioc R, Zafy A. Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observés dans notre service (à propos de 117 cas). *Afr Méd.* 1979; 18 (173): 591-596.
15. Stevens A, Lowe J. *Histologie humaine 3e édition: Peau et glande mammaire.* Paris : Elsevier SAS, 2006 : 408.
16. BRINTON LA., VESSEY MP., FLAYEL R ET YEATES Risk factors for benign proliferate disease *Am.J.Epidemiol.*,1981 ; 113:203-240.
17. DARBOUX. R, ZEVOUNOU. L, SOTTON.D. Aspects cyto-anatomopathologiques des tumeurs du sein au Bénin *J, Soc, Biol, Clin, Bénin*, 1994 ; (1) :64-73.
18. KINNE DW ,KOPANS DB. Physical examination and Mammography in the diagnosis of breast diseases in HARRIS JK, HELLMAN S, HENDERSSON IC, KINNE DW, Eds *Breast diseases philadelphia : LIPPINCOTT JB*, 1991 :81-106.
19. DE TOURRIS H, HENIRON R, DELECOUR M. *Abrege de Gyneco-obstetrique*, 6ème édition Masson 1994 : 268-73.
20. SITRUK-WARE, KUTTENN F, CONTESSO G et al. Aspects thérapeutiques des mastopathies bénignes. *Contracept Fertil Sex*, 1987.15:435-438.
21. Gueye SMK, Gueye M, Coulibaly MT, Mahtouk D, Moreau JC. Tumeurs bénignes du sein à l'unité de sénologie du centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal). *Pan Afr Med J [Internet]*. 4 août 2017 [cité 23 oct 2022];27(251). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/27/251/full>
22. FOKO I. Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes du sein au Mali. *Thèse Méd. Bamako* 2003.
23. 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-med-journal.com/content/article/2/94/full>
24. Maalej M, Frikha H, Ben Salem S, Daoud J, Bouaouina N, Ben Abdallah M, et al. [Breast cancer in Tunisia: clinical and epidemiological study]. *Bull Cancer (Paris)*. mars 1999;86(3):302-6.

25. Znati K, Bennis S, Abbass F, Akasbi Y, Chbani L, Elfatemi H, et al. [Breast cancer in young patient in Morocco]. *Gynecol Obstet Fertil.* mars 2014;42(3):149-54.
26. Bremond A. Les cancers gynécologiques et mammaires. *Prog En Gynécologie.* 1982; 31: 4. Google Scholar.
27. Laffargue F, Maudelonde T, Benos P. Thérapeutiques adjuvantes des cancers du sein. *Mise À Jour En Gynécologie-Obstétrique.* 1990; 41(5):418-426. PubMed | Google Scholar.
28. Espié M, Cottu PH. [Breast cancer in young women: problem and questions]. *Pathol Biol (Paris).* sept 2003;51(7):391-2.
29. Belkacémi Y, Boussen H, Hamdi-Cherif M, Benider A, Errihani H, Mrabti H, et al. Épidémiologie des cancers du sein de la femme jeune en Afrique du Nord. In: 32<sup>o</sup> Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Strasbourg, 2010 La femme jeune face au cancer du sein. Datebe SAS; 2010. p. 56-68.
30. Diallo S. Etude épidémiologique, clinique et histopathologique des cancers du sein diagnostiqué dans les hôpitaux de Bamako. Thèse de doctorat en médecine USTTB-2017-M-452-109p.
31. Tsan-Pai L, Chi-Yuan T, Wei-Hong C, Shih-Ping C, Tsen-Long Y, Kuo-Shyang J, et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of breast: retrospective review of 172.
32. Marty M, Rossignol C, Srys G, Petrissans JI, Baillet F, Netter Pinon G, et al. Le cancer du sein au moment de diagnostic, étude nationale de la CANAM : analyse de 3007 cas. *Presse Méd,* 1992 ; P. 21-22.
33. Zafrani B, Vincent Salomon A. Lésions et tumeurs bénignes du sein. *Ann, Pathol,* 2000 ; 20, (6) :570-87.
34. 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.
35. Hughes L, Mansel R, Webster DT. Aberrations of normal development and involution (ANDI): a new perspective on pathogenesis and nomenclature of benign breast disorders. *The Lancet.* 1987; 330(8571):1316-9. PubMed | Google Scholar.

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** SANOGO

**Prénom :** Bintou

**Titre :** Tumeurs bénignes du Sein : Aspects Clinique et Thérapeutique

**Année universitaire :** 2021-2022

**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 :** [bintousanogouattara@gmail.com](mailto:bintousanogouattara@gmail.com)

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie Obstétrique

**Résumé du mémoire :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 105 cas de tumeurs bénignes du sein colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE sur une période de trois ans.

De cette étude, il ressort que :

- La fréquence des tumeurs bénignes est de 10,58 %
- La tranche d'âge 12-19ans domine, la moyenne d'âge est de 28 ans avec des extrêmes de 13-62ans.
- La fréquence des tumeurs bénignes était plus élevée chez les nulligestes et les nullipares
- Plus de 60 % de nos patientes avaient un surpoids
- Le motif de consultation le plus fréquent était la présence d'une masse mammaire
- L'échographie était concordante avec l'histologie d'une manière générale. Elles retrouvaient l'adénofibrome comme la tumeur bénigne la plus fréquente.
- L'abstention thérapeutique a représenté la modalité de prise en charge la plus fréquente avec 47,6 % des cas
- Aucun cas de récurrence n'a été retrouvé après exérèse chirurgicale



- Les tumeurs bénignes du sein sont fréquentes. Elles ont une distribution planétaire.
- Une explication explicite sur le caractère bénin s'impose chaque fois que les circonstances l'exigent, eu égard au préjudice psychologique parfois important
- Les récurrences étant fréquentes après exérèse chirurgicale, une surveillance postopératoire régulière et prolongée s'avère indispensable.

**Mots Clés :** Tumeur, Sein, Clinique, Thérapeutique