

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année académique 2020 - 2021

N°...../

TITRE

ADENOFIFROME DU SEIN: Aspects clinique et thérapeutique au CHU Gabriel TOURE

Présenté le 11 /03/2022

Par DR Bintou SANOGO

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME UNIVERSITAIRE DE SENOLOGIE

MÉMOIRE

Présent du jury : Pr Pierre TOGO

Membres du jury : Dr Fatoumata SIDIBE

Dr Cheick B TRAORE

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A ALLAH LE Tout Puissant

A ceux qui me sont chers

A ceux qui ont toujours cru en moi

A ceux qui m'ont toujours encouragé

Je dédie ce travail...

Remerciements

Je remercie **Allah Le Tout Miséricordieux** pour m'avoir créé et permis d'embrasser cette voie, qui m'a permis de vivre ces moments d'intenses émotions.

Je remercie notre **Prophète Mouhammad (SAW)** qui nous incite à la recherche.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

A tous les encadreurs du DU « CAPA-SENO »

Au tous les participants du DU « CAPA-SENO »

A tous mes collègues qui m'ont donné un coup de main pour la réalisation de ce document

A toute ma famille

A ma chère belle famille...

Merci pour tout !

Liste des Tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau I : Répartition des patientes selon l'IMC | 10 |
| Tableau II: Répartition des patientes en fonction du quadrant atteint..... | 11 |
| Tableau III: Répartition des patientes selon la mobilité des nodules | 12 |
| Tableau IV : Répartition des patientes selon la douleur | 13 |
| Tableau V: répartition des patientes selon la concordance entre les résultats échographique et histologique | 13 |
| Tableau VI : répartition des patientes selon la concordance entre les résultats échographique et la clinique | 14 |
| Tableau VII : Répartition des patientes selon la modalité de prise en charge... | 15 |

Liste des figures

Figure 1 : fréquence de l'adénofibrome selon l'âge des patientes7

Figure 2 : Fréquence de l'adénofibrome selon la gestité.....8

Figure 3: Fréquence de l'adénofibrome selon la la parité8

Figure 4: Répartition des patientes selon l'utilisation d'une méthode
contraceptive9

Figure 5: Répartition des patientes selon le motif de consultation..... 10

Figure 6 : Répartition des patients en fonction du sein atteint 11

Figure 7:Répartition des patientes selon la taille de la tumeur..... 12

Table des matières

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 2. Objectifs | 3 |
| 2.1 Objectif général..... | 3 |
| 2.2 Objectifs Spécifiques | 3 |
| 2. METHODOLOGIE..... | 4 |
| 2.1 Cadre d'étude | 4 |
| 2.2 Type d'étude | 4 |
| 2.3 Période d'étude | 4 |
| 2.4 Population d'étude | 4 |
| 2.5 Échantillonnage..... | 4 |
| 2.5.1 Critères d'inclusion..... | 4 |
| 2.6 Déroulement de l'étude..... | 5 |
| 2.7 Collecte des données..... | 5 |
| 2.7.1 Source de données | 5 |
| 2.7.2 Technique de collecte des données :..... | 5 |
| 2.8 Plan d'analyse et traitement des données | 5 |
| 2.9 Aspects éthiques..... | 6 |
| 3. RESULTATS | 7 |
| 4. Discussion | 16 |
| Conclusion | 20 |
| Bibliographie..... | 21 |

1. INTRODUCTION

Les adénofibromes ou fibroadénomes sont des tumeurs solides bénignes a prolifération intra parenchymateuse a partir des canaux intra lobulaires et des acini. Il existe une double composante proliférative épithéliale et conjonctive [1]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le fibroadénome comme une tumeur bénigne développée au dépend de la glande mammaire formée d'une prolifération de l'épithélium et du tissu conjonctif. Les spécialistes estiment que 10 % des femmes développeront un adénofibrome du sein au cours de leur vie. Cette tumeur est la plus fréquente des tumeurs bénignes du sein et s'observe à tous les âges, avec un pic de fréquence entre 15 et 35 ans. L'incidence rapportée varie de 0,002 % a 0,0125 % [1]. Il constitue la pathologie mammaire bénigne la plus fréquente (68%) à l'adolescence [2].

L'adolescence est une période de transition de l'enfance à l'âge adulte et de maturité sexuelle. C'est une période de fragilité psychologique et de métamorphose, au cours de laquelle, l'adolescente doit accepter les modifications de son corps, reconnaître et acquérir son identité sexuelle, gagner son autonomie, et devenir sa propre personne sociale. Toute anomalie corporelle chez l'adolescente est une source d'inquiétude [3]. La pathologie mammaire, bien que peu fréquente à cette période de la vie, est source d'inconfort et d'angoisse. On distingue les dysmorphies, à la limite de la pathologie, et la pathologie tumorale, quasiment toujours bénigne.

Concernant ces tumeurs bénignes, le diagnostic se fait grâce à la clinique associée à l'échographie qui est l'examen complémentaire de choix à cet âge [4]. Elle se situe dans la classification ANDI comme une simple variante ou aberration de la normale [5]. Cette tumeur fait partie des mastopathies bénignes du sein. Il s'agit d'une pathologie fréquente qui ne comporte aucune gravité [6]. Selon sa taille et son évolution, un adénofibrome sera pris en charge différemment (d'une simple surveillance à une ablation chirurgicale en passant par un traitement médical). Récemment, l'échothérapie a montré son bénéfice

pour traiter les adénofibromes du sein. Sous contrôle échographique, la procédure utilise des ultrasons focalisés de haute intensité appelés HIFU. Ce thème ayant fait l'objet de très peu d'étude au CHU Gabriel TOURE,

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 cette pathologie, la mise en route de bilans lourds et onéreux ou des indications thérapeutiques inadaptées)

2. Objectifs

2.1 Objectif général

Etudier le profil clinique et la prise en charge de l'adénofibrome du sein dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE

2.2 Objectifs Spécifiques

Déterminer la fréquence

Déterminer le profil clinique

Déterminer les aspects thérapeutiques

2. METHODOLOGIE

2.1 Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré à Bamako. Il occupe le 3^{ème} 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.

2.2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive.

2.3 Période d'étude

Notre étude s'est étendue sur trois années, allant du 1^{er} juillet 2018 au 31 juillet 2021.

2.4 Population d'étude

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

2.5 Échantillonnage

2.5.1 Critères d'inclusion

Sont incluses dans notre étude :

- Tous les cas d'adénofibrome évoqués cliniquement avec ou sans confirmation histologique
- Tous les cas d'adénofibrome évoqués en imagerie avec ou sans confirmation histologique

2.5.2 Critères de non inclusion

Tous les cas non évoqués à l'imagerie et ou la clinique

Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif et toutes les consultations répondant aux critères d'inclusion ont été systématiquement retenus.

2.6 Déroulement de l'étude

La base de données est une base de données 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.

2.7 Collecte des données

2.7.1 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.

2.7.2 Technique de collecte des données :

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

2.8 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 2007.

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 de l'adénofibrome par la méthode de régression logistique.

2.9 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.

3. RESULTATS

3.1 Fréquence

Nous avons enregistré pendant la période d'étude 50 cas d'adénofibrome sur 992 cas de pathologies mammaires en Gynéco-obstétrique soit une fréquence de 5,4%.

3.1.1 Fréquence de l'adénofibrome selon l'âge

L'âge moyen des patientes était de 27 ans [13-62]. La fréquence de l'adénofibrome était plus élevée parmi les femmes de 20-35 ans par rapport aux femmes âgées de plus de 50ans.

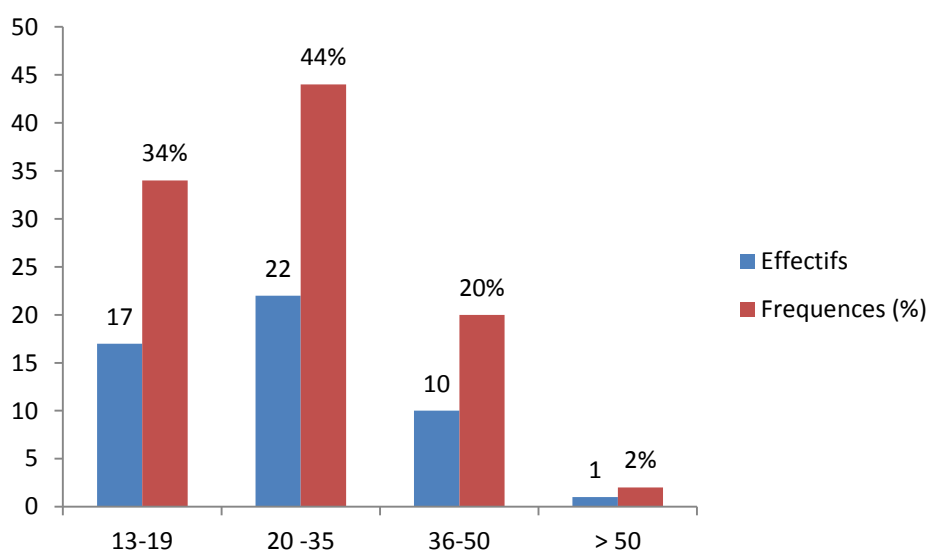


Figure 1: fréquence de l'adénofibrome selon l'âge des patientes

3.1.2 Fréquence de l'adénofibrome selon la Gestité

La Figure 15 représente le nombre de l'adénofibrome selon la gestité. Nous avons observé que la fréquence de l'adénofibrome diminuait avec l'augmentation de la gestité.

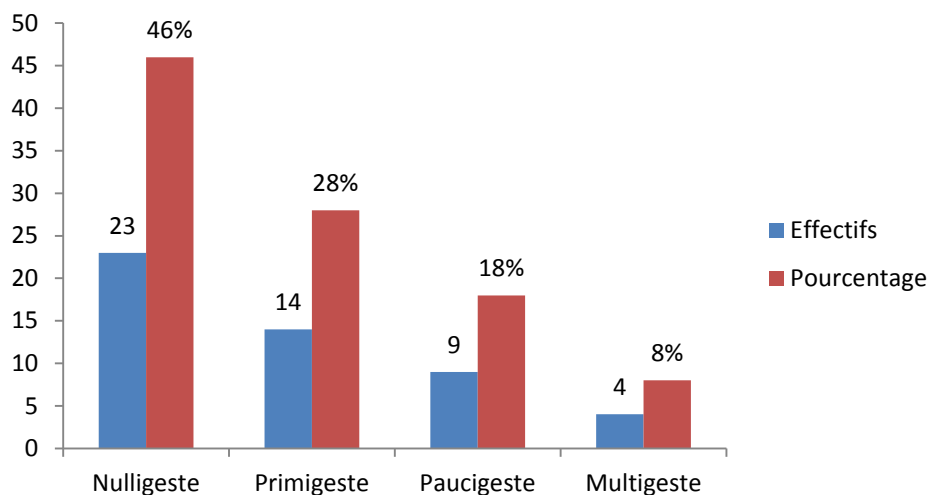


Figure 2: Fréquence de l'adénofibrome selon la gestité

3.1.3 Fréquence de l'adénofibrome selon la parité

Dans notre étude, Nous avons observé que la fréquence de l'adénofibrome diminuait avec l'augmentation de la parité.

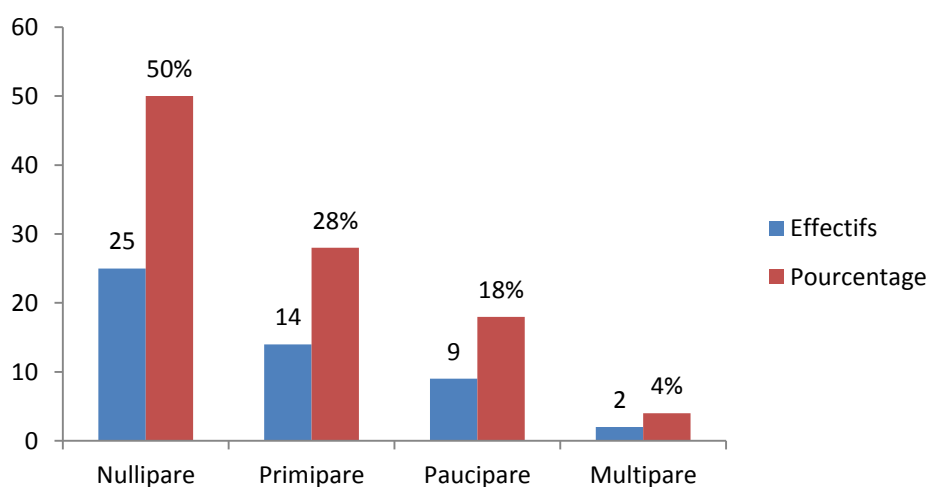


Figure 3: Fréquence de l'adénofibrome selon la parité

2.2 Profil clinique et prise en charge

3.2.1 Utilisation d'une méthode contraceptive

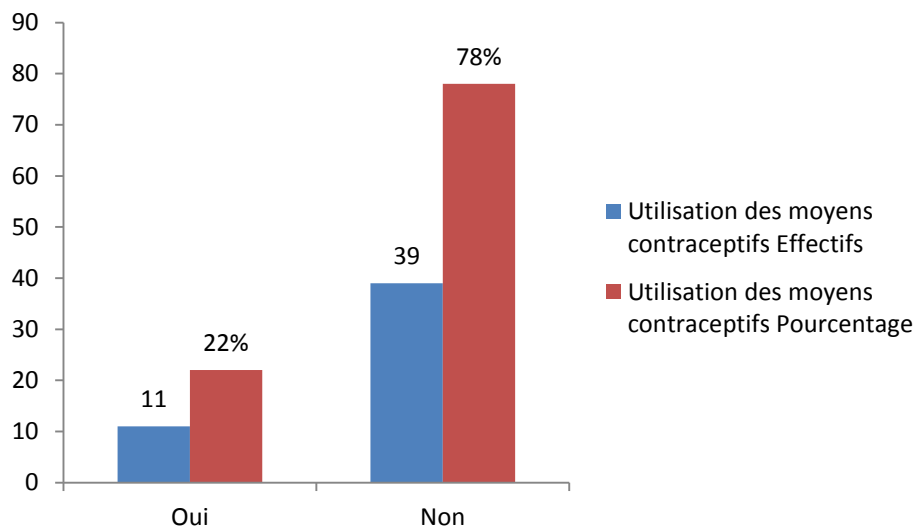


Figure 4: Répartition des patientes selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

3.2.2 Antécédents des patientes

Dans notre seulement 4% des patientes avaient un antécédent familial de pathologie mammaire, 2% avaient un antécédent personnel de pathologie mammaire et 18% représentaient d'autres pathologies dont 8% d'hypertension artérielle, 4% de diabète.

3.2.3 Motif de consultation des patientes

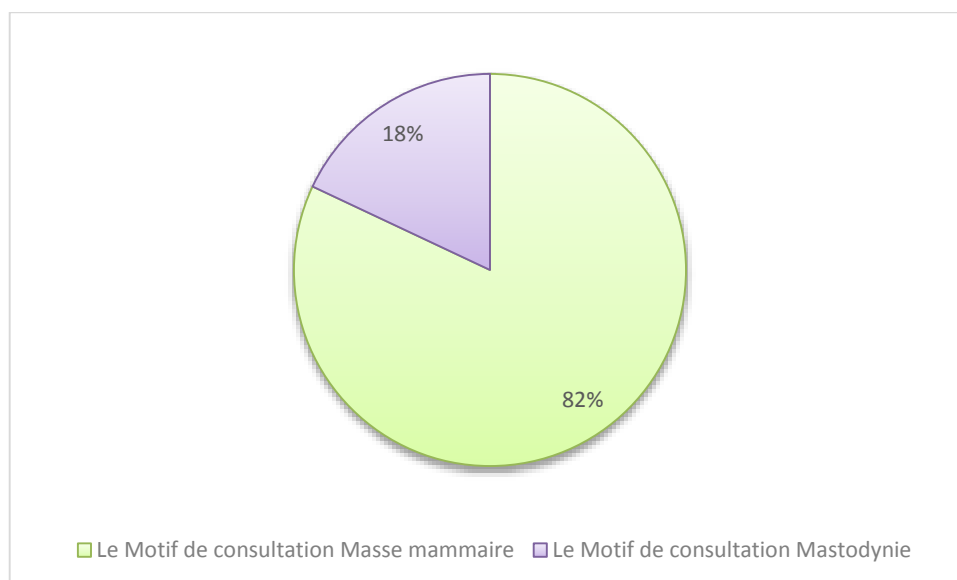


Figure 5: Répartition des patientes selon le motif de consultation

3.2.4 : Indice de masse corporel

Tableau I : Répartition des patientes selon l'IMC

| IMC | Effectifs | Pourcentage |
|------------------|-----------|-------------|
| <18,5 | 7 | 14,0 |
| 18,5<IMC<24,9 | 12 | 24,0 |
| 25<IMC<29,9 | 17 | 34,0 |
| Sup ou égal à 30 | 14 | 28,0 |
| Total | 50 | 100 |

3.2.5 : Seins atteints

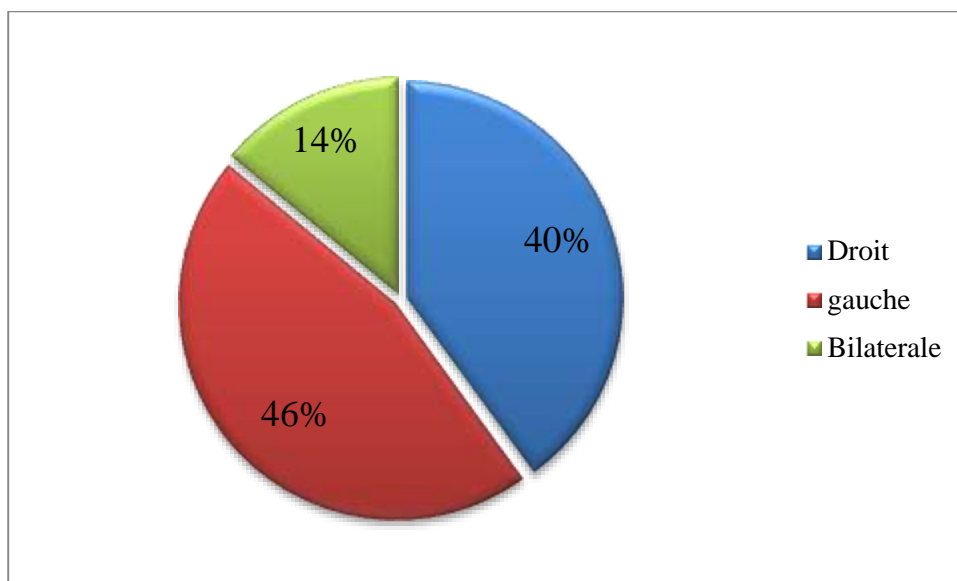


Figure 6 : Répartition des patients en fonction du sein atteint

3.2.6 Localisation de la tumeur

Tableau II: Répartition des patientes en fonction du quadrant atteint

| Quadrant | Effectifs | Pourcentage |
|----------|-----------|-------------|
| QSE | 25 | 50,0 |
| QSI | 11 | 22,0 |
| QIE | 7 | 14,0 |
| QII | 7 | 14,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

3.2.7 Taille de la tumeur

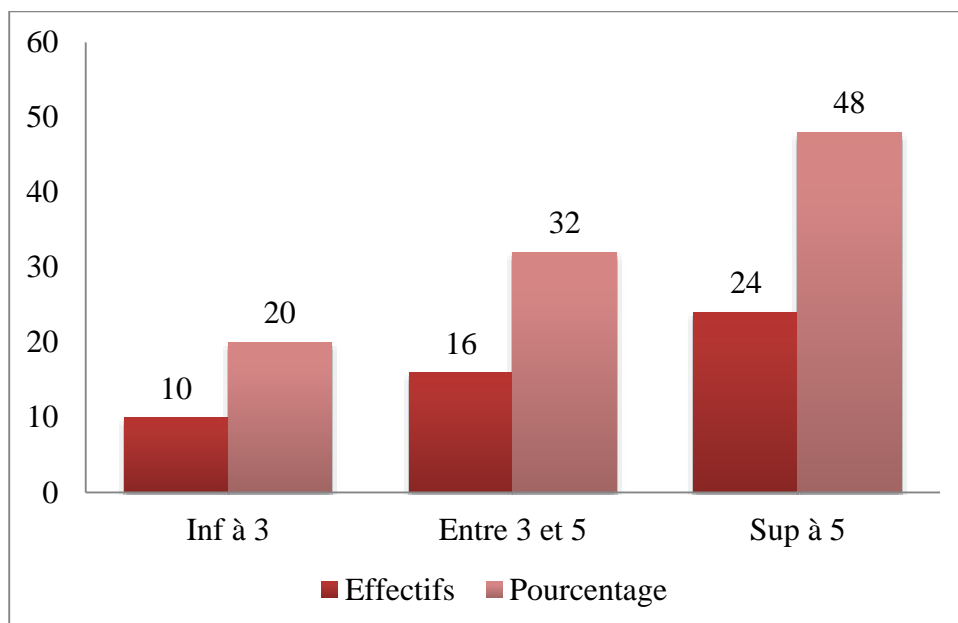


Figure 7: Répartition des patientes selon la taille de la tumeur

3.2.8 Mobilité des nodules

Tableau III: Répartition des patientes selon la mobilité des nodules

| Mobilité des nodules | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| Mobile | 48 | 96,0 |
| Fixe | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

3.2.9 Douleur des nodules

Tableau IV : Répartition des patientes selon la douleur

| Douleur | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------|------------------|--------------------|
| Douloureux | 6 | 12,0 |
| Non Douloureux | 44 | 88,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

3.2.10 Concordance Histologique et échographique

Tableau V: répartition des patientes selon la concordance entre les résultats échographique et histologique

| Echographie et Histologie | Histologie | | Total | |
|----------------------------------|-------------------|--------------|--------------|-------------|
| | Oui | Non | | |
| Echographie | Oui | 26 89,7% | 20 95,2% | 46 92,0% |
| | Non | 3 10,3% | 1 4,8% | 4 8,0% |
| Total | 29 100,0% | 21 100,0% | 50 100,0% | |

3.2.11 Concordance Echographique et Clinique

Dans notre étude, l'échographie et la clinique était concordant dans 88% des cas, cependant, la taille des nodules était surestimée à la clinique.

Tableau VI : répartition des patientes selon la concordance entre les résultats échographique et la clinique

| Echographie et Clinique | | Clinique | Total |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| | | Adénofibrome | |
| | Adénofibrome | 44 | 44 |
| | | 88,0% | 88,0% |
| Echographie | Tumeur | 2 | 2 |
| | Phyllode | 4,0% | 4,0% |
| | Non fait | 4 | 4 |
| | | 8,0% | 8,0% |
| Total | | 50 | 50 |
| | | 100,0% | 100,0% |

3.2.12 Modalités de prise en charge

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

| Modalités de prise en charge | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Abstention thérapeutique | 26 | 52,0 |
| Traitement Hormonal | 10 | 20,0 |
| Exérèse Chirurgicale | 14 | 28,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

L'**abstention thérapeutique** requiert une surveillance régulière de la patiente. Elle est préconisée lorsque l'adénofibrome est détecté chez une femme de moins de 35 ans n'ayant pas d'historique de cancer du sein et si l'adénofibrome est de petite taille (inférieur à 3 cm) et qu'il n'est pas gênant.

L'**Exérèse chirurgicale** était essentiellement basée sur la tumerectomie.

Le **traitement médical** consistait à mettre les patientes sous progestérone locale matin et soir du 5^{ème} au 25^{ème} jour du cycle pendant trois cycles.

4. Discussion

4.1 Méthodologie

Notre travail a porté sur les aspects cliniques et thérapeutiques de l'adénofibrome 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 50 cas.

Notre but était d'étudier le profil clinique et la prise en charge

4.2 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 du fait que l'étude s'est déroulée dans un seul hôpital à Bamako, elle ne peut donc pas être généralisable à la population.

4.3 Fréquence

Dans notre étude nous avons retrouvé une fréquence de 5,04%. Cette fréquence par rapport à la littérature dont la prévalence est de 2,2% [7] s'explique par le fait que notre étude était basée les pathologies mammaires. Aussi, certains nodules notamment très petites ne font pas 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. Cette notion fondamentale permet au médecin d'être d'emblée rassurant, ce qui est d'autant plus important que l'intolérance psychologique de la patiente devant toute anomalie corporelle est toujours une source d'anxiété majeure [8]. La charge affective et sensorielle de cet organe qu'est le sein ne doit pas être occulté [9]

4.3.1 Fréquence selon l'âge

L'âge moyen était de 27 ans dans notre étude avec des extrêmes de 13 ans et 62 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 35ans. Ce résultat confirme celui de la littérature : Les tumeurs bénignes du sein sont surtout observées chez l'adolescente et l'adulte jeune et la pathologie mammaire de l'adolescente est essentiellement bénigne, correspondant d'après Neinstein à un adénofibrome dans 68,3 %. [7]

4.3.2 Fréquence selon la gestité et la parité

Nous avons observé une diminution de l'adénofibrome avec l'augmentation de la gestité et de la parité au cours de notre étude et cela s'explique par la fréquence élevée de l'adénofibrome à l'adolescence qui a tendance à diminuer avec l'âge selon la littérature.

4.4 Utilisation de méthode contraceptive

Dans notre étude 78% des patientes n'ont pas utilisé de méthode contraceptive surtout hormonale qui est un facteur protecteur de tumeur du sein selon la littérature.

4.5 Les antécédents

Dans notre étude seulement 4% des patientes avaient un antécédent familial de pathologie mammaire, 2% avaient un antécédent personnel de pathologie mammaire et 18% représentaient d'autres pathologies dont 8% d'hypertension artérielle, 4% de diabète.

4.6 Motif de consultation

Nous avons constaté que 82% des patientes avaient consulté pour masse mammaire et 18% pour mastodynie. Selon la littérature, Cette masse est découverte par la patiente elle même dans 86.5%, de façon spontanée dans 98.9%

4.7 Indice de masse corporel

Dans notre étude 60% des patientes étaient en surpoids.

4.8 Caractéristiques cliniques des tumeurs

4.8.1 Seins atteints

Notre étude a retrouvé 46% d'atteinte gauche, 40% d'atteinte droite et dans 14% des cas, l'atteinte était bilatérale. Ce résultat corrobore celui de COULIBALY du Mali avec 48,7% d'atteinte gauche contre 37,6% d'atteinte droite [10], et celui de DIALLO et collaborateurs en Guinée Conakry qui retrouve 56,32% de cas qui intéressait le sein gauche[11]. Cliniquement, le fibroadénome est le plus souvent unilatéral. Les formes bilatérales de fibroadénome juvénile ont été décrites dans la littérature [12]

4.8.2 Taille de la tumeur

Dans notre étude, la taille des tumeurs variait entre 1 et 16cm et dans 48%des cas, celle-ci était supérieure à 5 cm. 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

4.8.3 Sièges de la tumeur

Le quadrant supéro-externe était le plus concerné dans notre étude avec 50% de cas. Lutula S a obtenu 54,1% [14]. Cette topographie s'explique par la quantité de tissu glandulaire toujours plus présent dans la partie centrale et supéro-externe [15]. Comparativement au quadrant supéro-interne, le quadrant supéro-externe a été fréquemment le siège des tumeurs dans plusieurs autres séries [15,16]

4.8.4 Mobilité et douleur

Nous avons remarqué au cours de notre études que 88% n'étaient pas douloureux, dans 96% des cas, les nodules étaient mobiles. Toute chose qui confirme la littérature La tumeur est solitaire, indolore, mobile, caractérisée par sa croissance rapide. Il peut simuler une forme unilatérale d'hypertrophie mammaire juvénile.

Le fibroadénome demeure une tumeur rare chez les caucasiennes [17]. Son incidence dans la population noire, afro-américaine et la race orientale semble plus élevée dans la littérature [7,8].

4.8.5 Données para cliniques

Dans notre étude, l'échographie a été l'examen complémentaire le plus réalisé avec 92%. Elle était concordante avec l'histologie dans 89,7% et avec la clinique dans 88,4%.

La mammographie a été réalisée dans 58% des cas, cela s'explique par le fait qu'elle n'est pas l'examen de première intention en cas de suspicion d'un adénofibrome généralement évoqué chez les adolescentes qui ont des seins denses selon la littérature

À cet âge, l'échographie est l'examen de première intention [13], 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 La lecture est généralement difficile en raison de la densité des glandes, encore que certaines jeunes filles présentent des glandes en involution adipeuse assez marquée.

4.9 Modalités de prise en charge

L'abstention thérapeutique a représenté 52% dans notre série, le traitement médicale a base de progestérone et ou antalgique a été réalisé dans 20% des cas. Une exérèse chirurgicale à type de nodulectomie a été nécessaire dans 28% des cas. Nous avons été confortés avec ce résultat selon la littérature. Le traitement du fibroadénome est conservateur étant donné l'aspect bénin de la tumeur. Le préjudice psychologique souvent important, associé aux retentissements fonctionnel et esthétique qu'offre cette tumeur bénigne, nécessite souvent une chirurgie d'exérèse [15].

Conclusion

L'adénofibrome du sein est une affection qui peut survenir relativement à tout âge avec une nette prédominance entre 20 et 30 ans. Le motif de consultation fréquemment rencontré est la présence d'un nodule ou d'une tuméfaction du sein qui ne doit pas faire l'objet d'une panoplie d'examen complémentaire.

Le fibroadénome mammaire étant une anomalie morphologique majeure des seins, Une explication explicite sur le caractère bénin de cette anomalie s'impose chaque fois que les circonstances l'exigent, eu égard au préjudice psychologique parfois important. Cela procure certainement à l'adolescente qui les porte un confort de vie. Les récurrences étant fréquentes après exérèse chirurgicale, une surveillance postopératoire régulière et prolongée s'avère indispensable.

Bibliographie

1. Lansac J, Lecomte P. Gynécologie pour le praticien. 9ème édition. Paris : Masson éditeur ; 1994.
2. BL M. Pathologie mammaire de l'adolescente : tableau clinique et stratégie diagnostique 32èmes Journées de la SFSPM ; novembre 2010 ; Strasbourg.
3. Lemerle S. L'adolescence, ses prises de risque : la place du pédiatre, psychologie de l'adolescent Rev. 2005 ; 55(10)1064
4. Deguelte-Lardièrre, SE Monceau, T Routiot ML, Poli-Mérol. Pathologie mammaire de l'adolescente. EMC - Gynécologie 2007:1-8 [Article 802-A-35].
5. Marie Roux. Fibroadénome géant chez l'adolescente et influence hormonale : analyse d'une série de 90 cas. Paris ; 2013
6. IB Ana. Analyse des lésions mammographiques par Classification BI-RADS ACR : à propos de 94. Bobo Dioulasso ; 2018
7. M Boisserie-Lacroix et col. Pathologie mammaire de l'adolescente tableau clinique et stratégie diagnostique.
8. Boutet G. Consultation en gynécologie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie, 43-A-10,1999, 18 p.
9. Slama L. Sein et Sexualité. In: M Espié, A Gorins. Le Sein ; Paris : Eska édition ; 2001.
10. **KEITA M.** Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali. Bamako ; 2005. 66p.

11. DIALLO M S et col. Les tumeurs du Sein : Épidémiologie, Clinique, Anatomie Pathologique Et Pronostic. Conakry ; 1996.
12. Mukhopadhyay M, Patra R, Mondal S, Ghosh S, Ray A. Bilateral giant juvenile fibroadenoma of breasts. J. Indian Assoc. Pediatr. Surg. 2009, P. 68-69.
13. **Zafrani B, Vincent Salomon A.** Lésions et tumeurs bénignes du sein. Ann, Pathol, 2000 ; 20, (6) :570-87
14. **Safi L.** Etude épidémiologique, Clinique et morphologique des tumeurs du sein au mali. Bamako ; 2008.
15. 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
16. 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.
17. Hawary M B, Cardoso E, Mahmud S, Hassanain J. Giant breast tumors. Ann. Saud. Med. 1999,19(2):174-176.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SANOGO

Prénom : Bintou

Titre : Adénofibrome 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 : bintousanogooouattara@gmail.com

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé du mémoire : Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 50 cas d'adénofibrome 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 de l'adénofibrome est de 5,4 %
- La tranche d'âge 20-35ans domine, la moyenne d'âge est de 27 ans avec des extrêmes de 13-62ans.
- La fréquence de l'adénofibrome diminuait avec l'augmentation de la gestité et de la parité
- 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 dans 89,7 % et avec la clinique dans 88 % des cas.
- L'abstention thérapeutique a représenté la modalité de prise en charge la plus fréquente avec 52 % des cas

- L'adénofibrome du sein est une affection qui peut survenir relativement à tout âge avec une nette prédominance entre 20 et 30 ans
- Une explication explicite sur le caractère bénin de cette anomalie 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 : Adénofibrome, Sein, Clinique, Thérapeutique