

REPUBLIQUE DU MALI

--□--

UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET TECHNOLOGIQUES DE BAMAKO-MALI

--□□--

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE DU MALI

---□□□---

CAPA-SENO-FMOS-USTTB

----□□□□----



Année Universitaire 2021-2022.

Mémoire N°

**PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES MAMMAIRES
BENIGNES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
BANDIAGARA.**

MEMOIRE

*Présenté et soutenu le 11 Mars 2022 devant la faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako*

Dr DIAKITE Sidy Moctar

Gynécologue-Obstétricien

pour obtenir

LE DIPÔME UNIVERSITAIRE DE SENOLOGIE

Directeur de Mémoire

Professeur KAMATE Bakarou

Jurys de Mémoire

Professeur Ibrahima TEGUETE

Professeur Mamadou T THERA

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	3
I GENERALITES	5
II CADRE ET METHODE D'ETUDE	9
III RESULTATS	15
IV COMMENTAIRES	28
V CONCLUSION	31
VI RECOMMANDATIONS	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
RESUME.....	36
ANNEXES	37

ABREVIATIONS

ATCD : antécédents

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

DGS : Direction Générale de la Santé

AMPC : Adénosine Mono Phosphorique Cyclique

Cm : centimètre

CSTN : Cytostéatonécrose

PASH : Hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse nodulaire du sein

HSD : Hôpital Sonine Dolo

HTA : Hyper Tension Artérielle

IR : Insuffisance rénale

IC : insuffisance cardiaque

ES : Effets secondaires

CPN : consultation prénatale

SPSS: Statistical Package for the Social Science

mmHg : millimètre de mercure

mm : millimètre

INTRODUCTION

La glande mammaire est constituée de lobules et de canaux galactophores entourés de tissu conjonctif dense dans lequel cheminent les vaisseaux.

Les canaux principaux s'ouvrent à l'extérieur au niveau du mamelon et en profondeur.

Après s'être divisés en canaux plus étroits, de moyens et petits calibres, ils se terminent par l'unité terminale ductulo-lobulaire de la glande mammaire [5]

La vascularisation :

- Artérielle : elle est composée par trois réseaux
 - Un réseau sous dermique,
 - Un réseau pré-dermique
 - Un retro-glandulaire, réuni aux précédents par un système anastomotique intra-glandulaire.

L'origine de ces réseaux provient :

- ❖ De l'artère acromio-thoracique (a. thoraco-acromialis),
- ❖ De l'artère mammaire externe,
- ❖ Et de l'artère mammaire interne.

- Veineuse

Le drainage veineux du sein ne présente pas de particularité. On retrouve l'existence de deux réseaux, l'un superficiel et l'autre profond, anastomosés par le système intra-glandulaire et à leur périphérie.

- Le drainage lymphatique

La constitution du système lymphatique du sein est superposable au système artériel la richesse des anastomoses, si intéressante en ce qui concerne le système artériel et ses applications chirurgicales, devient préoccupante devant une lésion maligne : aucun secteur du sein n'a de voie exclusive de drainage.

Les pathologies mammaires constituent un problème de santé publique.

Ce qui est important : faire le point d'une situation en regroupant les éléments pertinents venant de la clinique, des examens complémentaires pour définir une attitude utile à la patiente.

Car à chaque consultation concernant la pathologie mammaire, la crainte du cancer est toujours sous-jacente (que ce soit « douleur » ou « boule »).

Les pièges à éviter : être TROP rassurant et ne rien faire ou au contraire multiplier les examens +/- utiles [11].

Trois grands types de situation en pratique courante :

- Lésion tumorale,
- Mastose,
- Ecoulement mammelonnaire.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux pathologies mammaires bénignes et leur prise en charge car on était limité par le plateau technique.

Objectif général :

- Déterminer les aspects cliniques des pathologies mammaires bénignes.

Objectifs spécifiques :

- Diagnostiquer une pathologie mammaire bénigne du sein,
- Décrire les aspects cliniques des pathologies du sein,
- Argumenter l'attitude thérapeutique
- Planifier le suivi thérapeutique du patient.

I GENERALITES

1.1 Définitions

On désigne sous le terme **mastopathie** les principales maladies bénignes du sein : **Les kystes, les adénofibromes, les mastites inflammatoires [14].**

- **Le kyste** est une cavité néoformée à contenu liquidien possédant un revêtement propre (épithélium), (37,5 à 90% selon l'âge et séries).
- **L'adénofibrome** est un nodule arrondi parfois volumineux qui roule sous les doigts à la palpation.



Fig1 : Image échographique d'un adénofibrome.



Fig 2 : Exérèse de l'adénofibrome

- **Lipomes** : c'est une tumeur bénigne, mésenchymateuse primaire à croissance lente
- **Hamartome** : c'est une tumeur bénigne faite de tissu glandulaire, adipeux, et fibreux.



Fig 2 : Pièce post opératoire d'un hamartome.

- **Les mastites inflammatoires** sont des maladies inflammatoires du sein qui peuvent être dans de rares cas d'origine infectieuse ou survenir en dehors de tout contexte infectieux, de la grossesse et de l'allaitement. Elles peuvent évoluer vers un abcès non infectieux récidivant [5].
- **Tumeur papillaire** : prolifération épithéliale à types à point de départ intra canalaire et développée autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.
- **Tumeur Phyllode** : Prolifération cellulaire d'origine stromale périductale du sein, difficile de distinguer des fibroadénomes.



FigN°3 : Tumeur phyllode

Autres tumeurs bénignes du sein

- **Cytostéatonécrose (CSTN)** : autodigestion du tissu adipeux par ses propres lipases adipocytaires.
- **Fibromatose mammaire ou tumeur desmoïde du sein** : prolifération fibroblastique (moins de 0,2 % des tumeurs primitives du sein).
- **Hémangiome mammaire** : c'est une tumeur vasculaire se développant dans le parenchyme mammaire ou le tissu sous-cutané adjacent.



FigN°14 : Hémangiome mammaire.

Le cancer du sein est un problème de santé publique :

- **Extrême** fréquence : 1^{er} cancer de la femme dans le monde et en Afrique.
- Implications sociales et psychologiques
- Intéresse tous les acteurs du système de santé : du dépistage aux soins palliatifs.

A chaque consultation concernant la pathologie mammaire, la crainte du cancer est toujours sous-jacente (que ce soit « douleur » ou « boule »).

Les pièges à éviter : être TROP rassurant et ne rien faire ou au contraire multiplier les examens +/- utiles.

Ce qui est important : faire le point d'une situation en regroupant tous les éléments pertinent venant de la clinique, des examens complémentaires pour définir une attitude utile à la patiente.

Les différents types de situation en pratique courante :

- Lésion tumorale,
- Mastose
- Ecoulement mamelonnaire.
- **Hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse nodulaire du sein (PASH):** lésion mésoenchymateuse bénigne rare caractérisée par des fentes anastomotiques bordées de cellules aplaties donnant un aspect pseudo-vasculaire.
- **Tumeur syringomateuse du mamelon :** c'est un nodule ou une ulcération ou encore une rétraction du mamelon, unilatérale, associée à un écoulement mamelonnaire.

De nos jours, la forte hausse des cancers du sein dans le monde entier représente un problème de santé publique.

Le cancer du sein est le premier cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans le monde et le 1^{er} cancer de la femme. Chaque année 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Depuis les estimations de 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20% et la mortalité de 14%. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez la femme (522 000 décès) [1].

Le cancer du sein est aussi l'une des principales causes de décès par cancer dans les pays en développement.

Bien que l'incidence soit en augmentation dans la plus part des régions du monde, il y a d'énormes inégalités entre les pays développés et les pays en développement. Les taux d'incidence demeurent les plus élevés dans les régions les plus développés mais la mortalité est beaucoup plus élevée relativement dans les pays en développement faute de détection précoce et d'accès aux traitements.

Quelle est la stratégie diagnostique devant la découverte d'un nodule du sein ?

La prise en charge moderne d'un nodule mammaire repose sur la confrontation des données cliniques, radiologiques, et anatomopathologiques.

1.2 . CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence (CS Réf) de Bandiagara. Le CS Réf dessert la population de Bandiagara et environ. Il tient lieu de centre hospitalier où se déroulent des activités de soins, d'enseignement et de recherche.

Brève description de la région de Bandiagara (superficie, population, situation géographique)

Chef-lieu de cercle située au Nord-est de Bamako et au cœur de la région de Mopti sur le plateau Dogon.

La ville de Bandiagara est fondée vers 1770 par le grand chasseur Nagabanou Tembely du village de Gandakiléma d'où il partit à la recherche de sa sœur Sabéry. La brousse était giboyeuse à souhait dans cette région. Nagabanou installa son hangar à un carrefour reliant la falaise à la zone inondée et se livra à la chasse. Pour quelques cauris, le chasseur donnait le contenu en viande d'une écuelle en bois. Bandiagara serait la déformation de deux mots Dogon Bagna et Gara qui signifie grandealebasse [24]

Nagabanou fut par la suite rejoint par la famille et ses frères avec lesquels, ils constituèrent le noyau du village de Bandiagara.

Un siècle plus tard, vinrent les Toucouleurs sous la conduite de Tidiani Amadou neveu d'El Hadj Omar Tall. A la mort de ce dernier en 1887, Amadou Amadou, fils aîné d'El Hadj Omar lui succéda après que celui-ci eut été chassé par Archinard de Ségou en 1890, puis de Niono en 1891. Mais harcelé par les soldats Français, il mourra en 1890 dans le village de Maikoulouky. Aguibou, le sixième fils d'El Hadj Omar alors Roi de Dinguiraye, fut investi Roi de Macina avec résidence à Bandiagara en 1899, sur invitation du gouverneur Français, le Roi se rendit en France accompagné de quelque uns de ses enfants dont Moctar Aguibou. Mis à la retraite en 1902, Aguibou fut nommé chevalier de la légion d'honneur Française avant de s'éteindre en 1908. Alpha Macky, Roi de Dinguiraye succéda à son père, et à ce jour, l'exercice du pouvoir à Bandiagara est assumé par les fils d'Aguibou. Ainsi le dernier chef de village était Macki

Tall décédé le 10 Mars 2021 qui avait été intronisé par la suite du décès d'Aguibou Moctar Tall en plein exercice de ses fonctions de chef de village.

Le relief est dominé par une grande table de grès.

Le climat est caractérisé par une courte saison de pluie allant de juin-juillet à aout-septembre avec une pluviométrie de 400 à 700 mm d'eau par an et une saison sèche plus longue.

La végétation est de type sahélien sur un plateau rocailleux. Elle est dominée par des essences épineuses (dattiers sauvages, tamiers, gommiers) et d'autres tels que les balanzans, les tamariniers et les raisins sauvages.

La ville est irriguée par un affluent du fleuve Niger : le Yamé.

La ville de Bandiagara compte environ 19000 habitants [25]. La population est composée majoritairement de Dogon (environ 65%), suivis des Peulhs, Mossis, Bozos, Bambaras, Sonrhais, Sénoufos.

L'activité économique est essentiellement agropastorale, le tourisme est également assez développé.

Description du service de maternité :

-Situation du service de maternité dans le centre

Le personnel du service,

Le fonctionnement du service.

1.3 METHODE D'ETUDE

1.3.1 Type d'enquête et période d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et analytique d'observation avec collecte de données allant du 01 Août au 10 Octobre 2021.

Population d'étude et critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude toutes patientes admises au CSRef de Bandiagara chez qui le diagnostic de tumeur bénigne du sein était retenu.

Critères d'exclusion

Toutes les patientes ou gestantes ou accouchées récentes présentant une pathologie mammaire cliniquement ou échographiquement susceptible de malignité pendant la période d'étude.

Si une patiente présentait un risque thérapeutique vu le plateau technique insuffisant était référé à l'Hôpital Somine Dolo (HSD) de Mopti.

1.3.2 Critères thérapeutiques

- Critère de réussite : Guérison après la mise en route d'un traitement médical ou chirurgical adapté.
- Critère d'échec : une aggravation de l'état de santé par rapport à l'état clinique pré thérapeutique.

1.3.3 Variables

- Variables socio-démographiques :
 - L'âge
 - La gestité et la parité
 - La profession
 - Le mode de vie
- Variables liées aux antécédents :
 - ATCD familiaux de pathologies mammaires
 - Ménarche précoce
 - Ménopause tardive
 - Les accouchements prématurés
 - Suivi de la grossesse
- Variables cliniques et para cliniques
 - Mode d'admission : référence ou évacuation
 - Les autres signes associés : HTA, diabète, IC, IR, anémie
 - Etat bucco-dentaire
 - Protéinurie
 - Les données de l'échographie :
 - Numération Formule Sanguine (NFS)
- Variables thérapeutiques
 - Délai de mise en route du traitement
 - Molécules utilisées
 - Durée d'hospitalisation
 - Traitement étiologique
 - Effets secondaires (ES)
 - Gestion des effets secondaires

1.3.4 Plan de collecte des données

Les données étaient collectées :

- Lors des consultations Gynécologiques pour pathologie mammaire,
- Pendant les CPN,
- Après les examens cliniques des malades en hospitalisation dans le post partum.

Comme outils de collecte, nous utiliserons :

- la fiche d'enquête

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête qui sera corrigée à l'issue d'un pré-test.

Nous avons mis à la disposition des médecins généralistes, des internes et des sages-femmes de la CPN, de la consultation et en hospitalisation les fiches d'enquête. Dans un premier temps, les patientes admises pour pathologies mammaires ont été recensé au fur et à mesure avec en mentionnant le numéro des dossiers et les informations obtenues à l'examen initial. Dans un second temps, à partir des numéros des dossiers obtenus, nous avons recherché les dossiers des malades concernés afin de recueillir les informations utiles relatives à l'examen.

1.3.5 Plan d'analyse des données

Les différentes données ont été saisies sur un mini-ordinateur puis analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les variables retenues pour l'étude ont permis une analyse descriptive des données. Ces données ont été organisées sous forme de tableaux simples et croisés, pour une analyse des paramètres.

Pour la comparaison des variables qualitatives, nous allons utiliser les tests statistiques de Khi carré de Pearson, le test de khi2 corrigé ou encore le test exact de Fisher. Pour les variables numériques nous procéderons à une analyse des variances.

Les tests statistiques des résultats seront effectués au seuil alpha égal à 0.05 que nous allons considérer comme statistiquement significatif.

1.3.6 Considérations éthiques

Nous avons demandé l'autorisation du premier responsable du CSRef afin d'avoir accès aux dossiers des patientes. Les patientes entrant dans notre étude ont donné leurs consentements verbaux. Pour celles qui ne seront pas instruites, il leur sera expliqué le but de l'étude et les bénéfices futurs. Tout au long de notre étude le respect des valeurs, de la pudeur, des droits et lois propres à l'individu a été observé. En ce qui concerne l'identité des patientes et le contenu des dossiers l'anonymat fut respecté.

1.3.7 Difficultés rencontrées

L'impossibilité de réaliser le bilan paraclinique au complet à cause du moyen financier des patientes et du plateau technique (impossibilité de faire une mammographie ou le Scanner).

II RESULTATS

2.1 Profil socio-épidémiologique

2.1.1 Age

Tableau I : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
Moins de 19 ans	2	25
20-39 ans	6	75
Total	8	100

La tranche d'âge de 29-39 ans était la plus représentée. La moyenne d'âge était de 27,12 ans avec des extrêmes de 19 ans et de 34 ans.

2.1.2 Statut matrimonial

Tableau II : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	3	37,5
Célibataire	5	62,5
Total	8	100

La majorité de nos patientes étaient des célibataires avec 62,5 %.

2.1.3 Ethnie

Tableau III : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de leurs ethnies.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Mossi	1	12,5
Bambara	1	12,5
Sonrhäï	1	12,5
Dogon	4	50
Peulh	1	12,5
Total	8	100

Les dogons étaient majoritairement représentés soit la moitié de l'effectif.

2.1.4 Provenance

Tableau IV : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de leurs provenances.

Provenance	Fréquence	Pourcentage
DS de Bandiagara	6	75
DS de Bankass	1	12,5
DS de Koro	1	12,5
Total	8	100

La majorité des patientes résidait dans le district sanitaire (DS) de Bandiagara avec 75%.

2.1.5 Gestité

Tableau V : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la gestité.

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste	4	50
Primigeste	3	37,5
Multigeste	1	12,5
Total	8	100

Les nulligestes représentaient la plus grande proportion de notre étude avec un pourcentage 50.

2.1.6 Parité

Tableau VI : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	4	50
Primipare	3	37,5
Multipare	1	12,5
Total	8	100

La proportion des nullipares était la plus fréquente avec un pourcentage de 50.

2.1.7 Age a la première grossesse

Tableau VII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'âge lors de la 1^{ère} grossesse.

Age à la première grossesse	Fréquence	Pourcentage
16-20 ans	2	25
20-30 ans	3	37,5
Pas enceinte	3	37,5
Total	8	100

La tranche d'âge 20-30 ans était la période de première grossesse pour la majorité de nos patients.

2.1.8 Profession

Tableau VIII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	3	37,5
Elève/Étudiante	3	37,5
Auxiliaire de santé	1	12,5
Elève	1	12,5
Total	8	100

La majorité de notre population d'étude était constituée de ménagères, et d'élèves/étudiantes soit 37,5 % chacune.

2.1.9 Sexe

Toutes étaient de sexe féminin.

2.2 Etude clinique

2.2.1 Motif de consultation

Tableau IX : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction du motif de consultation.

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Nodule ou tuméfaction du sein	6	75
Douleur mammaire	2	25
Total	8	100

La majorité des patientes avait consulté pour un nodule ou une tuméfaction du sein.

2.2.2 Début de la symptomatologie

Tableau X : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction du début des symptômes.

Début de la symptomatologie	Fréquence	Pourcentage
Moins de 6 mois	3	37,5
6 mois à 1 an	3	37,5
Plus de 2 ans	1	12,5
Ne sais pas	1	12,5
Total	8	100

La majorité des patientes avait consulté dans la première année du début de la symptomatologie.

2.2.3 Antécédents des patientes

2.2.4 Antécédents médicaux

Sur 8 patientes, 01 étaient drépanocytaires.

2.2.5 ATCD de cancer

Il n'y avait pas d'ATCD personnel ou familial de cancer de sein dans la population étudiée.

2.2.6 ATCD d'avortements tardifs

Des 8 patientes, 01 avait un antécédent d'avortement tardif.

Tableau XI : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction du début des règles.

Ménarche	Fréquence	Pourcentage
Inconnue	2	25
10-16 ans	6	75
Total	8	100

La majorité des patientes avait vu les premières menstrues entre 10-16 ans soit 75%.

2.2.7 Utilisation de méthode contraceptive

Tableau XII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'usage d'une méthode contraceptive.

Usage d'une méthode contraceptive	Fréquence	Pourcentage
Oui	3	37,5
Non	5	62,5
Total	8	100

La majorité de nos patientes n'avait eu recours à aucune méthode contraceptive soit 62,5%.

2.3 Examen physique

2.3.1 Etat général

Tableau XIII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'état général.

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Bon	7	87,5
Passable	1	12,5
Total	8	100

La majorité de nos patientes avait un bon état général lors de la 1^{ère} consultation soit 87,5%.

2.3.2 Signe cutané et l'existence de ganglions

Nous n'avons pas observé de signe cutané à l'inspection des seins ni de ganglions palpables à l'admission.

2.3.3 Sein atteint

Tableau XIV : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction du sein atteint.

Sein atteint	Fréquence	Pourcentage
Sein gauche	5	62,5
Sein droit	2	25
Deux seins	1	12,5
Total	8	100

Le sein gauche était atteint chez la plus part de nos patientes avec 62,5%.

2.3.4 Localisation de la tumeur

Tableau XV : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la localisation de la tumeur.

Localisation de la tumeur	Fréquence	Pourcentage
Quadrant supéro-externe	1	12,5
Quadrant supéro-interne	1	12,5
Quadrant inféro-interne	3	37,5
Quadrant inféro-externe	2	25
Douleur tout le sein	1	12,5
Total	8	100

Le quadrant inféro-externe était la localisation la plus fréquente des tumeurs avec 37,5%.

2.3.5 Taille de la tumeur

Tableau XVI : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la taille de la tumeur.

Taille de la tumeur	Fréquence	Pourcentage
Tumeur de moins de 2 cm	6	75
Tumeur de 2 à 5 cm	1	12,5
Pas de tumeur	1	12,5
Total	8	100

La majorité des tumeurs avait moins de 2 cm soit 75%.

2.3.6 Consistance de la tumeur

Tableau XVII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la taille de la tumeur.

Consistance de la tumeur	Fréquence	Pourcentage
Ferme	6	75
Molle	1	12,5
Douleur seule	1	12,5
Total	8	100

Dans 75% des cas la tumeur avait une consistance ferme.

2.3.7 Adhérence et l'existence de ganglions

Sur les 8 pathologies mammaires on n'a pas observé d'adhérence cutanée ou au plan profond ; ni de ganglions palpables au niveau des sites ganglionnaires.

2.3.8 Douleur mammaire

Tableau XVIII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de la douleur.

Douleur mammaire	Fréquence	Pourcentage
Oui	5	62,5
Non	2	25
Par moment	1	12,5
Total	8	100

Dans 62,5% des cas il existait une douleur.

2.3.9 Ecoulement mammaire

Tableau XIX : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction d'un écoulement mammaire.

Ecoulement mammaire	Fréquence	Pourcentage
Galactorrhée	2	25
Purulent	1	12,5
Pas d'écoulement	5	62,5
Total	8	100

Dans 62,5% des cas il n'existait pas d'écoulement mammaire.

2.3.10 Atteinte du sein controlatéral

Tableau XX : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'atteinte du sein controlatéral.

Atteinte du sein controlatéral	Fréquence	Pourcentage
Oui	3	37,5
Non	5	62,5
Total	8	100

Dans 62,5% des cas il n'y avait pas d'atteinte du sein controlatéral.

2.3.11 ATCD personnel de mastopathies

Tableau XXI : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction des ATCD personnels de mastopathies.

ATCD personnel de mastopathies	Fréquence	Pourcentage
Adénofibrome	1	12,5
Mastite	1	12,5
Kyste	2	25
Pas d'ATCD	4	50
Total	8	100

Dans 50% des cas il n'y avait pas d'ATCD personnel de mastopathies.

2.4 Examens complémentaires

2.4.1 Echographie mammaire

Tableau XXIV : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes en fonction de l'exploration échographique.

Echographie	Fréquence	Pourcentage
Oui	4	50
Non	4	50
Total	8	100

Dans 50% des cas, l'échographie fut réalisée.

2.5 Traitement

2.5.1 Type de traitement

Tableau XXII : Répartition des patientes traitées pour pathologies mammaires bénignes.

Traitement	Fréquence	Pourcentage
Médical	2	25
Chirurgie	3	37,5
Chirurgie proposée	3	37,5
Total	8	100

Une prise en charge chirurgicale a été faite dans 37,5% des cas.

2.5.2 Traitement traditionnel

Tableau XXIII : Répartition des patientes ayant fait recours à un traitement traditionnel.

Traitement traditionnel	Fréquence	Pourcentage
Oui	1	12,5
Non	7	87,5
Total	8	100

Une patiente parmi les huit a avait effectué un traitement traditionnel.

2.5.3 Délai de mise en route du traitement

Toutes les femmes avaient un délai bref de mise en route d'un traitement.

2.5.4 Molécules et techniques utilisées

Les molécules utilisées étaient les antalgiques, les anti-inflammatoires, les antibiotique, les hormones ainsi que la chirurgie.

A l'admission :

- Après un examen gynécologique et buccodentaire un bilan biologique était demandé pour la confirmation clinique et échographique.

Puis un délai de prise en charge chirurgical était discuté après accord de la patiente et un examen histologique de la pièce opératoire souhaité.

- les cas nécessitant un traitement médical ont fait l'objet d'un suivi.

2.6 Surveillance

Tout d'abord un conseil rassurant était donné. Aucun cas n'a fait une surveillance spécifique. Mais un cas de douleur mammaire après un traitement chirurgical a été rapporté qui était lié au port d'un soutien-gorge trop serré.

Pour le cas de kyste simple également on a proposé une surveillance échographique. Le rythme de surveillance était discuté en tenant compte du lieu de résidence de la patiente.

III COMMENTAIRES

3.1 Profil socio-épidémiologique

3.1.1 Age

Dans notre étude, la tranche d'âge de 29-39 ans était la plus représentée. La moyenne d'âge était de 27,12 ans avec des extrêmes de 19 ans et de 34 ans; constat qui se rapprochait de celui fait par Marie Mariam KEITA au service d'Anatomie-Cytologie Pathologique du CHU-Point G en 2018 qui retrouvait une moyenne d'âge de 28,8 ans. Gueye et al (2015) à Dakar (Sénégal) et Ayyad (2008) à Fès (Maroc) avec respectivement 29,7 ans et 29,5 ans [35, 36]. Cette tranche correspondait bien aux tranches d'âge de la fécondité maximale.

3.1.2 Statut matrimonial

Dans notre étude la majorité de nos patientes était des célibataires avec 62,5%.

3.1.3 Ethnie

Les dogons étaient majoritaires avec 50% de l'effectif total. Cela s'explique par l'ethnicité dans certaines zones de la région de Mopti.

3.1.4 Gestité et Parité

La proportion des nullipares dans notre étude était majoritaire avec 50%.

3.1.5 Age à la première grossesse

La tranche d'âge 20-30 ans était la période à laquelle 37,5% de nos patientes avaient contracté leur première grossesse. Cela est un facteur rassurant car la première grossesse tardive constitue un facteur qui expose au cancer du sein.

3.1.6 Profession

Les ménagères, étaient majoritaires dans notre étude avec 37,5%.

3.2 Etude clinique

3.2.1 Motif de consultation

La présence de nodule ou tuméfaction du sein était le maitre motif de consultation dans notre étude avec 75% des cas.

3.2.2 Etat général

Elles avaient un état général bon à l'examen clinique.

3.2.3 Signe cutané et l'existence de ganglions

Nous n'avions pas observer de signe cutané à l'inspection des seins ni de ganglions palpables à l'admission.

3.2.4 Sein atteint

Le sein gauche était atteint chez la plus part de nos patientes avec 62,5%.

3.2.5 Localisation de la tumeur

Le quadrant inféro-externe était la localisation la plus fréquente des tumeurs avec 37,5%.

3.2.6 Taille de la tumeur

La majorité des tumeurs avait moins de 2 cm soit 75%.

3.2.7 Consistance de la tumeur

Dans 75% des cas la tumeur avait une consistance ferme.

3.2.8 Adhérence et l'existence de ganglions

Dans notre étude, il n'y avait pas d'adhérence cutanée ou au plan profond ; ni de ganglions palpables au niveau des sites ganglionnaires.

3.2.9 Ecoulement mammaire

Dans 62,5% des cas il n'existait pas d'écoulement mammaire.

3.2.10 Atteinte du sein controlatéral

Dans 62,5% des cas il n'y avait pas d'atteinte du sein controlatéral.

3.2.11 ATCD personnel de mastopathies

Dans 50% des cas il n'y avait pas d'ATCD personnel de mastopathies

3.3 Examens paracliniques

3.3.1 Echographie mammaire

Dans 50% des cas, l'échographie a été réalisée.

3.4 Traitement

Une prise en charge chirurgicale a été faite dans 37,5% des cas. Dont le résultat de l'examen anatomo-pathologique était une adénose simple avec absence de signe de malignité.

3.5 Surveillance

Sur les 8 cas une surveillance était en cours et juste un cas de douleur post traitement chirurgical a été rapporté qui était lié au port de soutien-gorge serré.

Pour le cas de kyste une surveillance échographique est en cours.

IV CONCLUSION

Au terme de cette étude prospective de type analytique portant sur la prise en charge des pathologies mammaires bénignes au centre de santé de référence de Bandiagara du 01 Août au 10 Octobre 2021. ; Il ressort que :

- Le profil socio démographique était celui d'une nulligeste nullipare d'un niveau d'instruction moyen, dont l'âge était compris entre 19 et 34 ans et célibataire sans ATCD particulier.

Le motif de consultation des patientes était un nodule ou une tuméfaction du sein dont le délai d'apparition variait entre 6 mois à un peu plus de 2 ans et pour une taille de la tumeur comprise entre 1 et 3 cm.

Après un examen clinique soigneux, une exploration échographique et un traitement médico-chirurgical adapté :

- Dans le groupe de patiente ayant bénéficié d'un traitement médical, nous avons constaté une satisfaction totale.
- Dans le groupe des patientes ayant bénéficié d'un traitement chirurgical un soulagement et une confiance s'est établi entre les bénéficiaires et les soignants.

Il en ressort que la chirurgie ne peut être utilisé comme un traitement de première intention compte tenu de l'efficacité du traitement médicamenteux dans certaines pathologies mammaires bénignes et des effets secondaires négligeables. Cependant, une étude multicentrique pourrait continuer cette étude afin de démontrer d'avantage de l'efficacité de la prise en charge conventionnelle.

V RECOMMANDATIONS

Après cette étude, nous avons formulé quelques suggestions pour améliorer la prise en charge des pathologies mammaires dans le district sanitaire de Bandiagara.

➤ A l'endroit des autorités politiques et administratives

- Mener des campagnes d'information et de sensibilisation à l'endroit de la population en général et des filles et femmes en particulier sur l'intérêt des consultations de dépistages des pathologies mammaires.
- Favoriser l'éducation des filles et des femmes.
- Encourager la formation d'agents de santé qualifiés comme.
- Doter les CSRef en équipement et ressources humaines nécessaire pour la prise en charge des pathologies mammaires sur place.

➤ A l'endroit du personnel soignant :

- Réaliser des dépistages systématiques des pathologies mammaires lors des consultations.
- Proposer un second avis devant tout cas de pathologie mammaire suspecte
- Permettre la réalisation des examens histologique dans les hôpitaux les plus proches.
- A l'endroit de la population :
- Faire l'autopalpation des seins pour dépister à temps les pathologies mammaires,
- Consulter vite un personnel de santé qualifié en cas de pathologies mammaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **1. Globocan 2012** [http : globocan.iarc.fc](http://globocan.iarc.fr) Communiqué de presse n°223.
- **2. Traoré CB, Kamaté B, Coulibaly B, Malla B et Keita ML.** Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 : Données du registre des cancers au Mali. Rev Afr Path 2012 ; 11(1) : 5-10.
- **3. Larra F.** Manuel de cancérologie. Doin éditeur Paris 1984; p239.
- **4. Donegan WL, Spratt JS** (eds). Cancer of the breast.WB. saunders, Philadelphia, 1988; pp 46-73.
- **5. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris; Maloine; 1984; 513p.
- **6. Haler Montejo M.** Variations morphologiques et volumétriques du sein. Thèse (Pr. C. gros), Strasbourg, 1973.14. UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. Lancet 2000; 355: 1822.
- **7. Boyle P & Ferlay J.** Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. Annals of oncology 2005; 16: 481-488.
- **8. Diallo MS, Diallo TS, Diallo SB et al.** Les tumeurs du sein: épidémiologie, clinique, anatomo-pathologie et pronostic. Med Afr Noire 1996; 43 (5): 298-301.
- **9. Touré P.** Bilan de la prise en charge des cancers du sein chez la femme, Expérience sur 10 ans présenté à l'institut Curie de l'université Cheick Anta Diop de Dakar le 18 juin 2000.
- **10. Rouësse J, Martin PM, Contesso G.** Incidence et mortalité des cancers du sein en Europe 1990. Le praticien face au cancer du sein. Paris : Arnette ; 1997.
- **11. 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.
- **12. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orechia R, Viale G.** Breast cancer.

- Lancet 2005; 365: 1727-1741. **Cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans au Mali : profils épidémiologiques et histopathologiques**
- 71 Thèse de Médecine USTT – B 2018 KEITA M M **13. Bishop HM, Blamer RW.** A suggested classification of breast pain
- Post Prad Med J 1979; 59-60.
- **14. Lansac J, Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien. 4ème éd. Paris: Masson 1994. 554p.
- **15. Vogel PM, Geogiade NG, Fetter BF.** The correlation of histology changes
- In the human breast with the menstrual cycle. American journal of pathology 1981; 104: 3-34.
- **16. Sine B, Koumaré AK, Ba T, Diombana ML, Kané S.** Registre du cancer
- du Mali, 87-89. C Scientific Pub, 1992; VI (120).
- **17. Keïta M.** Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali. Thèse: Méd ; Bamako 05-M-102; 66p.
- **18. Mathelin C, Gairard B, Brette JP, Renaud R.** Examen clinique du cancer du sein. Encycl Méd Chir Gynécologie 1997 ; 865 C10 :11.
- **19. Gelbert RD.** Adjuvant treatment of post menopausal patients with breast Cancer: Chemo-endocrine or endocrine therapy? Proc Am Soc Clin Oncol 1986; 6: 78.
- **20. Rouësse J, Contesso G.** Le cancer du sein. Paris: Ed. Herman ; 1985.
- **21. Haagensen CD.** Diseases of the breast. WB Saunders Philadelphia; 1971.
- **22. Quenum R, Camain D, Bauer R.** Epidémiologie, pathologie et géographie du cancer du sein. Rev Afr Noire 1971; 8 (3): 166-185.
- **23. Contamin R, Vernard P, Ferrieu J.** Gynécologie générale, partie 2. Paris; Vigot; 1997. 736p.
- **24. Annonier C.** Exploration des seins de la femme. Paris, Vigot. 1983.

- **25. Gouzien P, Bourhis T, Boyer B et al.** Le cancer du sein chez l'homme.
Rev Im Méd 1994; 4: 141-147.
- **26. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.**
- Le cancer du sein métastatique. Standards, options et recommandations.
2001; 13: 103-109.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE POUR LE DIPLOME UNIVERSITAIRE DE SENOLOGIE

- **Q1.** N° fiche d'enquête : / _____ /
- **Q2.** N° du dossier : / _____ /
- **Q3.** Noms et Prénoms : / _____ /
- **Q4.** Age (ans) : / _____ /
- **Q5.** Poids (Kg) : / _____ /
- **Q6.** Groupe sanguin : / _____ /
- **Q7.** Sexe : / _____ /
 - 1= Masculin 2= Féminin
- **Q8.** Profession : / _____ /
 - 1= Ménagère 4= Etudiante
 - 2= Fonctionnaire 5= Autres (à préciser)
 - 3= Commerçante 77= Indéterminée
- **Q9.** Ethnie : / _____ /
 - 1= Sarakolé 5= Bambara 9= Dogon
 - 2= Malinké 6= Minianka/Sénoufo 10= Peulh
 - 3= Kassonké 7= Sonrhäï 11= Autres (à préciser)
 - 4= Touareg 8= Bobo 77= Indéterminée
- **Q10.** Provenance : / _____ /
- **Q11.** Nationalité : _____ /
 - 1= Malienne 2= Autres (à préciser) 77= Indéterminée
- **Q12.** Etat civil : / _____ /
 - 1= Mariée 3= Divorcée 5= Autres (à préciser)
 - 2= Célibataire 4= Veuve 77= Indéterminée
- **Q13.** Motif de consultation : _____ /
 - 1= Nodule ou tuméfaction du sein 6= Ulcération végétante
 - 2= Déformation de la peau ou du mamelon 7= Association à préciser
 - 3= Ecoulement mamelonnaire 8= Néo récidivée

- 1= T0 (pas de tumeur palpable) 4= T3 (tumeur de taille \square 5 cm de \square)
- 2= T1 (tumeur de taille \square 2 cm de \square) 5= T4 (tumeur avec extension à la paroi)
- 3= T2 (2 cm \square de la tumeur \square 5 cm) et ou à la peau)
- **Q35.** Consistance de la tumeur : / _____ /
- 1= Dure 3= Molle 77= Indéterminée
- 2= Ferme 4= Autres (à préciser)
- **Q36.** Adhérence au plan profond : / _____ /
- 1= Oui 2= Non 77= Indéterminée
- **Q37.** Adhérence au gril costal : _____ /
- 1= Oui 2= Non 77= Indéterminée
- **Q38.** Atteintes ganglionnaires : / _____ /
- 1= N0 (pas de ganglion palpable) 3= N2 (Adénopathie axillaire fixe)
- 2= N1 (Ganglion axillaire homo latéral mobil) 4= N4 (ADP sus claviculaire ou oedème du bras)
- **Q39.** Douleur mammaire : _____ /
- 1= Oui 2= Non 77= Indéterminée
- **Q40.** Ecoulement mammaire : _____ /
- 1= Oui 2= Non 77= Indéterminée
- **Q41.** Atteinte du sein controlatéral : _____ /
- 1= Oui 2= Non 77= Indéterminée
- **Q42.** Antécédents personnels de mastopathies : _____ /
- 1= Adénofibrome 3= Mastite 5= Autres (à préciser)
- 2= Maladie fibro-kystique 4= Kyste 6= Pas d'ATCD
- **Q43.** Autres Antécédents : _____ /
-
- **Q44.** Echographie : _____ /
- 1= Cancer 3= Normale 77= Indéterminée
- 2= Tumeur bénigne 4= Autres (à préciser)

- **Q45. Traitement :** _____/
- 1= Chimiothérapie 4= Hormonothérapie 7= 2 + 3
- 2= chirurgie 5= 1 + 2 77= Indéterminée
- 3= Radiothérapie 6= 1 + 2 + 3
- **Q46 Notion de Traitement traditionnel**
- 1= Oui
- 2= Non
- **Q47. Evolution :** _____/
- 1= Guérison 3= Perdu de vue 77= Indéterminée
- 2= Complications 4= Décès
- **Q48. Automédication**
- 1= Oui
- 2= Non

Fiche Signalétique

Nom : DIAKITE

Prénom : Sidy Moctar

Email : sidymoctar09@yahoo.fr ou sidymoctar09@gmail.com

Titre : Prise en charge des pathologies mammaires bénignes au centre de sante de référence de Bandiagara.

Année Universitaire : 2021-2022.

Ville de Soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Anatomopathologie, Oncologie, Gynécologie.

Résumé

Notre étude avait pour but de déterminer les aspects cliniques des pathologies mammaires bénignes au Centre de santé de référence de Bandiagara. Il s'agissait d'une étude prospective et analytique d'observation avec collecte de données allant du 01 Août au 10 Octobre 2021. Cette étude a permis de recenser 8 cas de pathologies mammaires bénignes. La tranche d'âge la plus représentée était 20-39 ans soit 75%. La moyenne d'âge était de 27,12 ans avec des extrêmes de 19 et 34 ans. Le maître symptôme était le nodule du sein soit 75%. Le début de la symptomatologie remonterait à moins d'un an soit 37,5% et le sein gauche était atteint soit 62,5 %. La localisation était le quadrant inféro-interne 37,5% avec une taille de la tumeur inférieure à 2 cm. Les pathologies mammaires bénignes étaient une source de préoccupation car la prise en charge était difficile parfois compte tenu du plateau technique. Des efforts restent à faire pour potentialiser la sensibilisation et le dépistage précoce des pathologies mammaires bénignes.