

Ministère de l'Education Nationale

* * * * *

Université de Bamako

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But - Une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie (FMPOS)

Année : 2005- 2006

N° :

TITRE

*La pathologie tumorale bénigne
du sein dans le service de
chirurgie «B» de l'hôpital du Point
« G »*

Thèse,
présentée et soutenue publiquement le.....devant la Faculté
de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie
par

Seyba Mohamed Kané

pour obtenir le grade de Docteur en médecine
(Diplôme d'état)

JURY:

- Président : Pr Fillifing SISSOKO
- Membres : Pr Nouhoum ONGOIBA
Dr Niani MOUNKORO
- Directeur : Pr Abdoul TRAORE dit DIOP

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail

A mon père Mohamed KANE

Cher père, les mots me manquent pour dire à quel degré tu as été à la base de ce travail. Ta rigoureuse éducation, ton encouragement, ton appui matériel et financier depuis l'école fondamentale, cher père ont été les racines de ce résultat.

Puisse l'Être Suprême nous guider dans le droit chemin. (Amen)

A ma regrettée Mère Aïché Zeïdé

Qu'Allah t'accepte dans Sa Miséricorde et te réserve une place de choix auprès de notre Prophète Mouhammad (SAW) (Amen).

Oh! Maman, nul doute que tu es parmi nous aujourd'hui car tu demeures notre source d'inspiration. Tu nous as légué un trésor inestimable : l'amour du prochain, le pardon, la patience, le sens de l'honneur, de la dignité, du travail bien accompli. Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes intarissables bénédictions.

Dors en paix Maman (Amen).

A tous mes frères et sœurs : Abdoulaye, Astan, Drissa, Mariam, Aminata, Samba, Aboubacar, Feue Bintou, Fanta :

Recevez ma reconnaissance et permettez-moi cette expression "Allah ka badenya to".

La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré.

Trouvez en ce modeste travail l'expression de mon amour et de mon profond attachement.

Qu'Allah affermisse notre foi, nous guide vers le bonheur et nous accorde une bonne fin (Amen).

A mes tantes : Korotimi, Nana Kadidia

Pour ma gratitude et toute ma reconnaissance.

A mon Oncle Daouda Coulibaly

Cher oncle, avec toi, je trouve un homme vraiment disponible. Tu n'as ménagé aucun effort pour que je réussisse dans cette voie. Cher oncle, je n'oublierai jamais cet appui. Ce travail est plus que jamais le tien.

Que Dieu te donne une longue vie couronnée de santé et de succès. Reçois ici l'expression de mes sentiments de profonde reconnaissance.

A mes cousins et cousines :

Pour vous exprimer toute ma reconnaissance.

A tous mes neveux, oncles et tantes

Pour le soutien moral, courage et persévérance.

A mes nièces chéries: Nana Kadidia, Yama

Veillez croire à ma totale disponibilité et soyez assurées de mon indéfectible attachement. Je vous aime.

A mes beaux-frères et belles sœurs :

Vos aides et surtout vos conseils ne m'ont jamais manqué. Soyez-en remercié. Qu'Allah vous accorde paix, stabilité et entente dans vos foyers et une vie pleine de bonheur (Amen).

A tous mes grands-pères et grands-mères

Merci infiniment pour toute l'affection que vous m'avez donnée.

A mon grand-père Mohamed Zeidé

Grâce à toi le voyage sur Ségou est toujours agréable. Educateur infatigable et dévoué, ton sens du respect de nos valeurs culturelles m'a toujours séduit. En toi je reconnais un grand-père plein de douceur. Trouves ici l'expression de mon profond attachement.

A ma bien aimée Bana CISSE

Pour que se réalisent nos vœux les meilleurs. Qu'Allah guide nos pas et nous protège contre satan et ses associés dans la grâce de notre Prophète Mouhammad (SAW) (Amen).

Trouves ici l'expression de mes sentiments les plus passionnés.

REMERCIEMENTS

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 par ceci : cherchez la science, même jusqu'en Chine, car posséder la science est un devoir qui incombe à tout musulman. (Nahjul Façala p63)

Mes remerciements sincères

A Mme DIARRA Astan Sangaré

Tu nous as toujours montré les chemins de la droiture et comment surmonter les difficultés qui jalonnent notre route. Ce travail est aussi tien. Reçois ici l'expression des sentiments d'un fils respectueux.

Aux familles KANE, de Markala, Ségou, Koulikoro, Kenenkou, Koutiala, Dioro :

Pour les conseils et encouragements

Aux familles Kanfana, Sacko, Cissé à Markala

Pour les conseils et encouragements

A mes amis Dr Alkadri DIARRA, Dr Mamadou Bayo COULIBALY, Mamadou KATILE, Moctar COULIBALY, M.K.DIABATE Eloi DARA, salia sacko, brahima kanfana, G.dramé M.sadessy, Lassi traoré, Mohamed traoré dit sengenis....

Des vrais amis se reconnaissent toujours lors des moments durs. Dans beaucoup de circonstances, vous m'avez prouvé qu'au-delà de l'amitié vous êtes des frères plus que jamais sincères. Sans vous, je n'aurais jamais pu mener à bien ce travail. Il est vôtre. Soyez-en remercié infiniment et soyez assuré de mon indéfectible fidélité. Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

A mes amis et camarades : Dr Modibo FOFANA, B Keita, B Coulibaly Yacouba Coulibaly Abdoulaye Sidibé, Marietou Traoré, Tenin Kanouté, Ousmane Sofara, Abdoulaye Tangara.....

Puisse cette fraternité demeurer entre nous pour que se réalisent nos vœux les plus chers (Amen).

A mes amis d'enfance : Natiki Komou, Check Diarra, Ousmane, Bill, Sinaly, Seydou, Madou, Djeneba, Oumou Diallo, Adama Diarra, Mohamed Komou, Madou Bouaré

Pour vous dire merci

Au Dr BERETE

Pour vos sages conseils, votre incommensurable encouragement, votre soutien moral et matériel et pour mon apprentissage. Toute ma reconnaissance !

A Mr Yacouba Garba

Pour ton soutien moral et matériel, merci pour le service rendu.

A mes collègues de service

Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance

A tout le personnel du service et à tous les internes

Pour votre franche collaboration

A mes frères et sœurs de la LIEEMA (Ligue Islamique des Elèves et Etudiants du Mali).

Courage et persévérance

A tous les membres de l'AENSA (Association des Etudiants Nionois en Santé), **du CERMASS** (Collectif des Etudiants Ressortissants de Markala en Santé et Sympathisants)

Pour la collaboration et les conseils

A tous les enseignants des établissements d'enseignement de Tombouctou et Markala,

Pour la qualité de vos cours et votre rigueur

A toute la population de Markala, et à mes promotionnaires des écoles fondamentale, secondaire et supérieure.

Tout en m'excusant d'éventuelles omissions, sachez qu'on ne voit qu'avec le cœur ; l'essentiel est invisible par les yeux.

Je vous prie d'accepter ce travail comme le vôtre. Recevez l'expression de mes sentiments de très haute considération.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury, **Professeur Filifing SISSOKO**

* Maître de Conférence en Chirurgie générale à la FMPOS

* Praticien hospitalier à l'hôpital national du point « G »

Homme de science réputé et admiré par tous, nous sommes au comble du bonheur, cher maître, d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse et cela malgré vos multiples occupations. Cher maître, nous avons bénéficié auprès de vous d'un enseignement de qualité. Au-delà de votre très grande compétence, votre savoir être impose le respect. Qu'Allah vous prête longue vie pleine de bonheur pour que nous puissions davantage bénéficier de vos expériences tant immenses (Amen). En nous rappelant d'une de vos expressions : « la médecine est d'abord un investissement personnel », recevez ici cher maître, l'expression de nos sentiments de profonde gratitude.

A Notre Maître et juge , Pr Nouhoum ONGOIBA

- Chirurgien à l'hôpital national du Point « G »
- Maître de conférence en Anatomie à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Cher maître, nous avons été marqué par votre disponibilité, votre immense gentillesse, votre sens élevé du respect de l'autre et surtout votre modestie qui vous valent toute notre admiration. Votre présence dans ce jury est un immense privilège pour nous. Veuillez recevoir cher maître, l'expression de notre sincère reconnaissance.

A Notre Maître et juge : Docteur Niani MOUNKORO

- Assistant chef de clinique en Gynécologie obstétrique
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré

Vous nous faites un grand honneur, cher maître, en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations.

Homme de sciences particulièrement pétri de connaissances, nous avons su apprécier vos qualités humaines, votre sens de la responsabilité. Nous ne saurons oublier toute votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre appui constant.

Nous sommes fier d'avoir appris de vous cher maître.

Recevez ici cher maître l'expression de notre indéfectible attachement et surtout notre profonde gratitude.

A Notre Maître et Directeur de thèse : Professeur Abdoul Kader TRAORE dit Diop

- Maître de conférence agrégé en chirurgie générale à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
- Praticien hospitalier dans le service de chirurgie « B » de l'hôpital national du Point G
- Fondateur du Magazine sud santé

Vous nous avez honoré en acceptant de diriger ce travail.

Cher maître les mots me manque pour vous signifier tout ce que je ressens pour vous, car plus qu'un directeur de thèse, vous avez été tout pour moi.

Votre exigence du travail bien fait, votre rigueur scientifique mais surtout votre simplicité et votre accessibilité nous ont séduit. C'est l'occasion pour nous de vous dire merci, cher maître, pour tout ce que nous avons appris auprès de vous. Que Dieu vous donne une meilleure santé et une longue vie.

Soyez assuré cher maître de notre gratitude et de notre profond respect.

SOMMAIRE

1. Introduction.....	1
Objectifs.....	2
A. Objectif général.....	2
B. Objectifs spécifiques.....	2
2- Généralités.....	3
2-1- Aperçu general.....	3
2-2-Rappel anatomo-physiologique.....	3
2-3-Etude clinique.....	8
2-4- Moyens d'exploration.....	10
2-5- Traitement.....	11
2-6- Etude de quelques tumeurs benignes.....	11
3- Méthodologie.....	19
3-1-Type d'étude.....	19
3-2- Periode d'étude.....	19
3-3- Lieu d'étude.....	19
3-4-Population d'étude	21
3-5Echantillonnage.....	22
- Critères d' inclusion.....	22
- Critères de non inclusion.....	22
3-6-Deroulement de l'étude.....	22
3-7-Gestion des données.....	22
4 Résultats.....	23
4-1-Frequence globale.....	23
4-2- Renseignements socio administratifs.....	24
4-3-Renseignements cliniques.....	27

5- Commentaires et discussions.....	45
Conclusion.....	52
Recommandations.....	53

ABREVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
GS	: Garçon de Salle
FA	: FibroAdénome
AMI	: Artère Mammaire Interne
AME	: Artère Mammaire Externe
HNPG	: Hôpital National du Point G
ECHO	: Echographie
Mammo	: Mammographie
Cyto	: Cytoponction
Anapath	: Anatomopathologie
TCHUT	: Technique chirurgicale utilisée
TBS	: Tumeur bénigne du sein

INTRODUCTION

1-INTRODUCTION

Les tumeurs du sein sont fréquentes, elles ont une distribution planétaire. Parmi elles, les tumeurs bénignes sont les plus fréquemment rencontrées, leur fréquence varie entre 57 et 70% [1]

En Guinée Conakry, une étude réalisée dans les services de chirurgie de l'hôpital Ignace Deen a trouvé 63,2% de tumeurs bénignes contre 36,8% de formes malignes. [2]

Au Bénin, les tumeurs bénignes du sein représentent 75% de l'ensemble des tumeurs du sein et le fibroadénome 59% des tumeurs bénignes. [3]

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]. Une autre étude réalisée de 1998 à 2003 sur 611 prélèvements de tumeurs du sein a relevé que 186 étaient des tumeurs bénignes, 178 étaient malignes, 247 étaient des lésions dystrophiques et hyperplasiques [5].

Certains auteurs ont noté la possibilité d'évolution vers un cancer après exérèse de certaines tumeurs bénignes histologiquement diagnostiquées [6 ,7] .

Des examens complémentaires comme l'échographie, la mammographie et l'examen anatomopathologique ont une place de choix dans le diagnostic des tumeurs du sein.

De pronostic meilleur que celui des tumeurs malignes, les tumeurs bénignes du sein sont cependant toujours inquiétantes à cause de la hantise du cancer dans l'esprit de la femme et du praticien.

C'est précisément cette hantise du cancer, exigeant une vigilance oncologique sans relâche qui contribue à conférer à la pathologie tumorale bénigne du sein toute l'importance qu'elle revêt actuellement. A l'heure des possibilités de dépistage précoce, de procédures chirurgicales et de traitements adjuvants efficaces, la connaissance approfondie des tumeurs bénignes intervient dans la lutte contre les cancers du sein.

Or, malgré leur fréquence et toute l'importance de la question, peu d'études ont porté sur les tumeurs bénignes du sein au Mali, ce qui motiva le présent travail.

Les objectifs de cette étude sont :

1- Objectif général :

Etudier la pathologie tumorale bénigne du sein dans le service de chirurgie «B» de l'hôpital du Point « G »

2-objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des tumeurs bénignes du sein
- Décrire leurs aspects cliniques
- Décrire leurs caractères anatomopathologiques
- Décrire les modalités de prise en charge
- Proposer un algorithme dans leur prise en charge.

GENERALITES

2-GENERALITES

2-1- APERCU GENERAL:

Le sein est une glande à sécrétion externe qui fonctionne après l'accouchement et permet grâce à l'élaboration du lait le développement du nouveau-né.

Les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax et sont situés de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3^{ème} et la 7^{ème} côte.

De façon générale, le sein est un cône à base thoracique dont le sommet est le mamelon entouré de l'aréole.

La forme du sein est variable :

- Chez la jeune fille européenne et asiatique, il a une forme semi ovoïde en décubitus dorsal
- par contre chez la noire africaine, il est conique.

Les grossesses, l'allaitement et l'âge modifient l'aspect des seins qui deviennent plus ou moins pendants.

Ils mesurent environ 10 à 11cm de long sur 12 à 13 cm de large. Cette dimension est variable, augmentant lors de la grossesse et pouvant même doubler voire tripler pendant l'allaitement ; ils se réduisent progressivement à la ménopause.

Chez l'homme, le sein est réduit à deux petites saillies représentant le mamelon de part et d'autre de la ligne médiane. Le volume du sein est réduit sauf en cas de pathologie mammaire.

2. 2. RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE :

2-2-1- Constitution et physiologie :

Le sein comporte quatre types de tissus : glandulaire, adipeux, vasculaire et du tissu de soutien fibreux.

Le tissu glandulaire est composé de 10-20 lobes, eux-mêmes composés de lobules au nombre d'une vingtaine. Ces derniers sont bordés de cellules épithéliales sécrétoires

responsables de la sécrétion lactée. De ces lobules partent les canaux mammaires ou galactophores qui drainent le lait après l'accouchement. Ces canaux se rejoignent au niveau du mamelon.

Les acini sont entourés de cellules myo-épithéliales qui se contracteront pour éjecter le lait dans les canaux lactifères jusqu'aux mamelons.

La taille de l'aréole est variable suivant les femmes ; le mamelon est au centre de l'aréole. Les deux étant situés dans une région riche en muscle annulaire dont la contraction provoquera l'érection du mamelon et l'éjection du lait hors des sinus lactifères. L'aréole comporte de nombreux corpuscules sensoriels et des fibres nerveuses non myélinisées ce qui fait que l'innervation sensitive de la zone mammaire est plus riche ; elle comporte également des glandes sébacées très développées, les tubercules de Montgomery qui participent à la lubrification du mamelon.

2-2-2- Configuration externe: le sein comprend trois zones :

- la zone périphérique : lisse, souple et douce au toucher ; elle est parcourue par des veines pendant la grossesse.
- la zone moyenne : elle constitue l'aréole qui est une région circulaire. Sa coloration varie selon les races ; elle s'élargit et se colore plus lors de la grossesse. Sur l'aréole se détachent des saillies appelées tubercules de Morgagni qui augmentent de volume pendant la grossesse et sont alors appelés tubercules de Montgomery.
- la zone centrale : représentée par le mamelon situé au centre de l'aréole, de même pigmentation que celle-ci ; sur son sommet se trouvent 12-20 orifices correspondant aux embouchures des canaux galactophores [8].

2-2-3- Configuration interne :

- le corps mammaire : masse fibro-adipeuse, gris jaunâtre parsemée de lobules qui évoquent la sensation grenue à la palpation.
- la couche cellulo-adipeuse rétro-mammaire : séparée du corps mammaire par la lame pré-mammaire du fascia superficialis thoracique.

2-2-4- Consistance :

Elle est variable, ferme et élastique chez la jeune fille et la femme nullipare, molle et flasque sous l'influence des grossesses et de l'âge.

2-2-5-Vascularisation et innervation :

2-2-5-1- les artères :

La glande est vascularisée par les branches perforantes des pédicules artériels mammaire interne et mammaire externe.

- L'artère mammaire interne (AMI) : branche de la sous clavière, irrigue la partie interne du sein [9]
- L'artère mammaire externe (AME) : naît directement de l'artère axillaire, irrigue avec l'artère scapulaire inférieure les parties externe et inférieure du sein
- enfin la glande mammaire reçoit quelques rameaux des artères intercostales [10]

2-2-5-2- Les veines :

- Le réseau des veines superficielles est constitué par des veines sous-cutanées qui sont visibles lors de la grossesse et particulièrement autour de l'aréole.
- Le réseau veineux profond est anastomosé au premier, il se dégage de la face postérieure de la glande vers trois directions de drainage :
 - le drainage latéral se fait vers la veine axillaire
 - le drainage médial abouti aux veines thoraciques internes
 - le drainage postérieur s'effectue vers les veines intercostales

2-2-5-3-Les lymphatiques :

On distingue trois chaînes ganglionnaires principales :

- le groupe axillaire
- le groupe mammaire interne
- le groupe supérieur

2-2-5-4- Les nerfs :

- les nerfs profonds, ce sont tous des filets sympathiques
- les nerfs superficiels, ce sont des filets sensitifs qui proviennent :
 - de la branche supra claviculaire du plexus cervical
 - des branches thoraciques du plexus brachial
 - des rameaux perforants des 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} nerfs intercostaux;

Tous ces nerfs envoient de nombreux filets à l'aréole et au mamelon.

2-2-6- Hormonodépendance de la glande mammaire:

Le sein comme l'endomètre est un récepteur hormonal pour les stéroïdes ovariens circulants.

2-2-6-1- La Mammogenèse :

C'est le développement de la glande mammaire à partir de la puberté puis pendant la grossesse. Pendant la grossesse, les seins augmentent de volume, la peau devient plus fine, le réseau vasculaire se développe, le diamètre de l'aréole augmente et sa pigmentation devient plus foncée. Les acini et les canaux lactifères se développent sous l'impact des taux croissants d'œstrogène, de progestérone et de prolactine.

2-2-6-2- La lactogénèse :

Pendant la seconde moitié de la grossesse, la glande mammaire commence à sécréter du colostrum, mais en dépit du taux élevé de prolactine en fin de grossesse, la sécrétion lactée proprement dite est inhibée par les taux élevés d'œstrogène et de progestérone. Après l'accouchement, les taux de ces hormones s'effondrent rapidement permettant à la prolactine qui est sécrétée par l'hypophyse antérieure de jouer son rôle dans la lactogénèse.

L'ocytocine, sécrétée par l'hypophyse postérieure lors de la tétée déclenche le réflexe d'éjection qui provoque l'écoulement du lait.

2-2-6-3- La galactopoïèse :

C'est la poursuite de l'allaitement et l'éjection du lait. Quand la lactation est bien établie, la production de prolactine diminue et la production du lait est stimulée par l'ocytocine et la succion. La libération de l'ocytocine qui se produit en réaction à la tétée a des effets favorables pour la nouvelle maman car elle stimule les contractions utérines et accélère l'involution utérine. [11]

2-2-7-Variations physiologiques :

Les seins sont très sensibles aux variations hormonales ; les oestrogènes d'origine ovarienne entraînent une croissance des canaux, la progestérone également d'origine ovarienne stimule le développement des acini. Pendant la puberté, les seins se développent sous l'effet de ces hormones.

2-2-7-1-Cycle menstruel :

La phase proliférative, première moitié du cycle sous l'effet des œstrogènes est marquée par une multiplication des cellules épithéliales, une réduction de la lumière des acini et un afflux de lymphocytes dans le tissu conjonctif.

La phase lutéale, seconde moitié du cycle sous l'effet de la progestérone, est caractérisée par une dilatation de la lumière des acini centrée parfois sur un matériel de sécrétion intra luminale, un épithélium quiescent , une vacuolisation des cellules myo-épithéliales et un œdème (surcharge en eau) du tissu conjonctif. Ces modifications entraînent une modification du volume du sein qui apparaît généralement plus tendu voire sensible ou douloureux.

2-2-7-2-La grossesse :

Elle s'accompagne d'une importante sécrétion d'œstrogènes et de progestérone associée à celle de l'hormone placentaire lactogène et de l'hormone chorionique somatique. Dès le second trimestre de la grossesse, on observe une augmentation en nombre et en taille des acini.

2-2-7-3-La lactation :

Après l'accouchement, la disparition des effets inhibiteurs de l'œstrogène et de la progestérone sur la prolactine induit la lactation. Les acini sont distendus par un matériel de sécrétion à la fois dans les cellules et dans la lumière des unités ductulo-lobulaires.

Une fois produit au niveau de ces unités, le lait est conduit au mamelon par les canaux galactophores.

La production de lait cesse dans les 7-10 jours s'il n'y a pas de stimulation par succion du mamelon. Cependant, il faut 3-4 mois au parenchyme mammaire pour retrouver son état de base.

2-2-7-4-La ménopause :

Elle se caractérise par une raréfaction des acini suite à une chute des taux d'œstrogène et de progestérone. Les cellules épithéliales et myo-épithéliales s'atrophient alors que la membrane basale s'épaissit.

Le tissu conjonctif subit aussi une involution avec altération des fibres élastiques et collagènes aboutissant à une ptose mammaire.

Le sein de la femme ménopausée devient essentiellement du tissu adipeux. [12].

2-3 -ETUDE CLINIQUE:

2-3-1-Etio-pathogénies :

Aucune étiologie précise n'est connue aux tumeurs bénignes du sein. Brinton [14] pense que l'obésité protège contre le fibroadénome du sein ; quant à l'âge, la parité et l'allaitement, ne jouent aucun rôle véritable. [5]

Cependant de façon générale, les tumeurs peuvent être de cause :

- Inconnue
- Héritaire
- Infectieuse (Virus)
- Physique : (les rayonnements)
- Chimique : (Substances contenues dans le tabac, issues de l'industrie). [3]

2-3-2-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.

2-3-3-Examen clinique :

2-3-3-1-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 surtout de pathologie mammaire dans la famille, gynéco-obstétricale (surtout la notion de contraception).

2-3-3-2- L'examen physique :

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

- l'inspection : se fait avec un bon éclairage, évalue la morphologie, l'état de la peau pour déceler d'éventuelle plaie mammaire , l'aspect de peau d'orange , le mamelon pour un éventuel écoulement , les rétractions mamelonnaires.

L'élévation du bras peut accentuer les anomalies cutanées. [13]

- la palpation : Temps essentiel de l'examen du sein, se fait les mains à plat ; la 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.

2-4-MOYEN D'EXPLORATION :

2-4-1- Mammographie : 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.

2-4-2- 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.

2-4-3- la 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 [14].

2-4-4- la galactographie

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

2-4- 5-histopathologie :

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

2-5-TRAITEMENT :

Il est soit :

2-5-1 – médical : par l'utilisation d'hormone (progestérone) ; on observe une diminution d'un adénofibrome au stade initial dans 50% des cas (15)

2-5-2-chirurgical : où on procédera à une ablation de la tumeur, une quadrantectomie, voire une mastectomie.

2-6-ETUDE DE QUELQUES TUMEURS BENIGNES :

2-6-1-Le fibroadénome (FA)

2-6-1-1-Epidémiologie et histologie:

C'est la plus fréquente des tumeurs bénignes du sein avec environ 30 Fibro adénomes/100000 femmes, apparaissant fréquemment chez la jeune femme dans 15-30 % des cas.

Unique ou multiple, bilatéral dans 10-15% des cas. Comporte une double prolifération épithéliale et conjonctive d'origine lobulaire. Le tissu fibreux est le composant principal, les structures épithéliales ont la même apparence que dans les autres secteurs du sein.

Il n'y a généralement pas de récurrence quand elle est opérée. Le risque de dégénérescence ou l'association à un cancer est rare (0.1% des FA), certaines régresseraient spontanément, d'autres pouvant se transformer en tumeur phyllode.

2-6-1-2-Clinique :

Le plus souvent, il s'agit d'un nodule palpable d'allure bénigne, élastique, indolore, de volume modéré (3-4 Cm de diamètre) lisse, régulier et bien limité, mobile sous la peau et sur les plans profonds ; il peut être récent ou connu de façon ancienne par la femme. Il peut être asymptomatique et de découverte d'imagerie.

2-6-1-3-Mammographie :

Il s'agit d'une opacité bénigne ronde ou polylobée à contours nets, de densité homogène, sa forme varie selon l'incidence car non compressible. Il peut y avoir des calcifications en mottes dans les zones de nécrose au bout d'un certain temps d'évolution. Dans 8% des cas, la tumeur est noyée dans la densité du tissu fibroconjonctif mammaire.

2-6-1-4-Echographie :

Elle montre un nodule rond ou ovalaire à grand axe parallèle à la peau, hypoéchogène, homogène avec parfois des travées fibreuses hyperéchogènes internes. En fait le contour varie selon la prépondérance de la composante fibreuse ou de la composante cellulaire. Il peut être régulier ou polylobé avec un aspect de capsule pas toujours visible. Ce nodule n'est pas déformable sous la sonde. Il peut exister un petit renforcement postérieur et des ombres latérales fines.

2-6-1-5 - La cytologie : Montre de nombreux placards épithéliaux formés de cellules régulières et contenant de nombreux fibroblastes entre les placards.

2-6-1-6 -Traitement :

- Avant 30 ans, la surveillance radio clinique est conseillée afin de ne pas multiplier le sein en cas de récurrence. Une ponction cytologique peut être réalisée.
- Ailleurs l'exérèse chirurgicale est de règle sauf si l'on dispose d'une cytologie ou d'une biopsie sous anesthésie locale affirmant le fibroadénome.

2-6-1-7-Les formes cliniques :

- Le FA juvénile de la jeune fille de 15 ans
- Polyadénomatosité
- Fibroadénome et grossesse.

2-6-2-Tumeur phyllode (TP) du sein :

2-6-2-1. Epidémiologie et histologie :

Représente 0.3-4% des tumeurs du sein de la femme. Les $\frac{3}{4}$ des cas surviennent entre 40 et 50 ans ; mais il n'y a pas d'âge préférentiel. Elle est exceptionnelle avant vingt ans contrairement au FA.

Contesso décrit un âge moyen de survenue à 32 ans pour les stades 1 et 56 ans pour les stades 4. Elles sont rarement bilatérales et rarement associées au cancer. Le risque de récurrence après intervention est fréquente contrairement au fibroadénome (16-30% surviennent dans les trois ans après l'intervention.)

6-17% des TP peuvent dégénérer en sarcome.

Elles appartiennent au groupe des tumeurs fibro-épithéliales. La prolifération cellulaire a une composante conjonctive disharmonieuse qui prédomine sur la composante épithéliale.

Il existe 4 stades : du bénin (stade 1) au malin (stade 4 : sarcome)

2-6-2-2 -Clinique :

Il s'agit d'une masse bénigne molle, indolore, bosselée ou polylobée, mobile. Elle refoule les tissus voisins et est parfois responsable d'anomalies de la peau inquiétantes quand elle est de grande taille. Il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire, mais les ganglions peuvent être augmentés de taille dans 20% des cas à cause de l'inflammation. Sa caractéristique principale est sa croissance rapide.

2-6-2-3-Mammographie :

Les aspects sont les mêmes que ceux du FA ; il s'agit d'une opacité régulière, à contour net, arrondie, ovalaire ou polylobée parfois calcifiée pouvant coexister avec les FA. Par contre il s'agit souvent de tumeur de grande taille (3-40 Cm)

2-6-2-4-Echographie :

Nodule hypoéchogène, homogène, parfois calcifié, sans différence avec les FA.. Une échographie fine montrera cependant de petites lésions kystiques au bord ou à l'intérieur d'un nodule solide.

2-6-2-5-histologie :

Montre des cellules épithéliales et conjonctives rappelant un FA géant.

2-6-2-6 -Traitement :

Il est chirurgical, le taux de récurrence étant inversement proportionnel à la taille de la marge de sécurité enlevée autour de la tumeur.

Le pronostic reste discuté, les récurrences sont assez fréquentes après tumorectomie simple.

2-6-2-7-Formes cliniques

Il s'agit surtout de tumeur phyllode de l'enfant ou de l'adolescent.

2-6-3- Adénome :

Prolifération épithéliale pure : adénome lacté chez la jeune femme avant 40 ans enceinte ou allaitante ou adénome tubuleux.

Le diagnostic est fait par l'histologie au cours d'un geste chirurgical. Il ne présente pas de risque de cancer.

2-6-4-Lipome

2-6-4-1-Epidémiologie et histologie :

Age moyen : 45 ans ; il s'agit d'une prolifération bénigne de tissu graisseux entourée d'une capsule développée dans la lame graisseuse antérieure.

2-6-4-2- Clinique :

Masse molle, indolore, mobile.

2-6-4-3-Mammographie :

Hyper clarté cernée par une capsule finement opaque.

2-6-4-4 - Echographie :

Inutile car le contraste du lipome avec les lobules graisseux normaux peut être très faible.

2-6-4-5-Ponction biopsie :

Egalement inutile car non indispensable au diagnostic qui est surtout clinique.

2-6-4-6 -Traitement :

Il n'existe pas de traitement sauf si anxiété particulière de la femme qui palpe constamment ce nodule ou si topographie gênante pour la patiente, auxquels cas une exérèse peut être préconisée.

2-6-5-Papillome :

2-6-5-1- Epidémiologie et histologie

L'âge moyen de survenu est de 50-54 ans ; il est soit unique (papillome solitaire) soit multiple (papillomatose).

➤ Papillome solitaire ou adénome dendritique :

Souvent proximal, sous aréolaire avec un écoulement spontané ou provoqué important, sans risque de dégénérescence. Il représente 70-90% des cas,

➤ Papillomatose :

(10-30% des cas) ; survient à un âge plus jeune (40 ans), plus souvent distale avec atteinte multi focale, écoulement intermittent, à risque de dégénérescence cancéreuse dans 38% des cas pour Haagensen ou associée à un cancer.

C'est une tumeur bénigne développée à partir des canaux galactophores avec un axe fibro conjonctif recouvert de deux couches de cellules épithéliales.

2-6-5-2-Clinique :

- Ecoulement mamelonnaire plutôt uni galactophorique, unilatérale, et plutôt spontané de toutes les couleurs possibles (incolore, brun, vert, sanglant plus suspect), parfois pluri galactophorique.
- Nodule palpable ou tuméfaction due à de multiples papillomes lisses, sous aréolaire ou radiée. Il n'existe aucune adénopathie axillaire.

2-6-5-3- Galactographie :

Radiographie avec injection d'un produit de contraste iodé hydrosoluble par l'orifice du mamelon, révèle la dilatation d'un galactophore avec l'image lacunaire selon la forme :

➤ papillome solitaire ou adénome dendritique

Lacune sur un gros canal galactophore de 1^{er} ou 2^{ème} ordre près de l'aréole à 1 ou 2 Cm du mamelon. Ce canal est parfois dilaté et les canaux distaux peuvent être mal opacifiés en raison de la stase. Cette lacune mesure quelques mm à 2 Cm de diamètre et est parfois cernée de produit de contraste. Les clichés orthogonaux montreront la base d'implantation en cochant le bord du canal.

Quand elle obstrue complètement la lumière, on retrouve une image d'arrêt cupuliforme du produit de contraste.

Il n'y a pas de signe de malignité, les signes étant plutôt bénins : régularité des contours, caractère homogène ou non de la lacune.

➤ papillomatose :

Lacune multiple de petite taille, très distale parfois en chaînette, il y a une sténose modérée des canaux, il faut souvent des injections répétées par clichés successifs.

Des frottis faits sur l'écoulement montrent des cellules parfois conjonctives, mais ne décèlent pas d'anomalies cytologiques.

2-6-5-4-Traitement :

L'exérèse chirurgicale est systématique pour éliminer un cancer dont le tableau est le même.

2-6-5-5-Formes cliniques :

- papillome palpable,
- papillome juvénile
- Papillome kystique.

2-6-6-Pseudo tumeurs du sein :

2-6-6-1- Glandes axillaires accessoires :

Tuméfaction mobile isolée du reste de la glande au niveau du prolongement axillaire du sein souvent douloureuse suivant le cycle comme le reste du sein.

- . Mammographie et échographie :

Structure conjonctivo- glandulaire, localisée, harmonieuse comme en capsule sans aucune hypogénéité suspecte.

2-6-6-2 -Ganglion intra mammaire :

Rarement palpable, sa découverte est souvent d'imagerie.

- Mammographie :

Petite opacité ronde, à contours nets et à centre claire, à la limite externe du sein ou du prolongement axillaire.

- Echographie :

Lacune hypoéchogène ovalaire à centre hyper-échogène

2-6-6-3- Noyau mastosique fibreux : n'est pas facilement reconnaissable.

2-6-6-4- Harmatome ou adéno fibro lipome :

Survient en moyenne autour de 40 ans sans âge préférentiel, du à la prolifération de 3 tissus : conjonctif, épithélial, et graisseux cernée d'une pseudo capsule.

➤ Clinique et mammographie :

Masse parfois volumineuse homogène ou hétérogène en fonction de son contenu. Parfois non palpable.

➤ Echographie :

Alternance de plages hyper et hypoéchogènes en tranche de saucisson.

➤ Ponction biopsie :

Inutile sauf si l'on a un aspect d'opacité ronde non spécifique.

➤ Traitement :

Abstention chirurgicale sauf si gêne ressentie par la femme en cas de topographie ou de volume particulier.

2-6-6-5-Mastite à plasmocyte ou ectasie canalaire :

Dilatation canalaire, touche les canaux proximaux souvent juxta-aréolaires. Souvent asymptomatique ou écoulement multi galactophorique bilatéral.

➤ Mammographie :

Calcification linéaire orientée vers le mamelon, intra-canalaire.

2-6-6-6-Maladie de Mondor ou thrombophlébite superficielle du sein :

Phénomène isolé qui ne traduit pas une pathologie sous jacente. L'imagerie ne servira qu'à éliminer un cancer associé du sein .

➤ Clinique :

Douleur localisée avec fin cordon induré et attraction cutanée. Le retour à la normale est de règle avec ou sans traitement médical.

2-6-7-Quelques rares tumeurs conjonctives :

- Hémangiome : découverte histologique fortuite
- Myoblastome : aspect rond ou suspect
- Fibromatose : rare, d'aspect mammographique suspect, d'évolution locale.
- Léiomyome

2-6-8- Pathologies masculines bénignes :

Sont représentées par :

- adipomastie,
- gynécomastie unie ou bilatérale. [16]

METHODOLOGIE

3-METHODOLOGIE

3-1- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale et descriptive.

3-2-Période d'étude :

L'étude couvre la période allant 1978 à avril 2006, soit 28 ans.

3-3-Lieu d'étude :

Service de chirurgie B de l'hôpital du Point G.

3-3-1-Hôpital du Point G :

3-3-1-1 Présentation :

Situé sur une colline au nord de Bamako dont il porte le nom, d'accès relativement difficile, l'hôpital du point G reçoit des malades venant aussi bien de Bamako que du reste du pays.

Construit en 1906, c'est l'un des trois hôpitaux nationaux du Mali. Il se compose de :

- une administration générale
- un service de maintenance
- des services médicaux tels que :
 - service d'anesthésie et de réanimation,
 - service de cardiologie A et B
 - service de maladie infectieuse,
 - service d'hémo-oncologie,
 - service de médecine interne,
 - service de rhumatologie,
 - service de néphrologie et d'hémodialyse,
 - service de neurologie,
 - service de pneumo-phtisiologie,
 - service de psychiatrie,
 - laboratoire,
 - pharmacie hospitalière,

- service d'imagerie et de médecine nucléaire,
- des services de chirurgie tels que :
 - Chirurgie A : chirurgie viscérale, thoracique et coelioscopie,
 - chirurgie B : chirurgie viscérale vasculaire, et endocrinienne
 - service d'urologie,
 - service de gynéco obstétrique,
- morgue,
- l'hôpital abrite également des logements pour certains cadres de l'hôpital

3-3-1-2-Mission :

- assurer la prise en charge des malades, des blessés, et des femmes enceintes.
- Participer à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

3-3-2- Notes sur le service de chirurgie B :

3-3-2-1- Présentation :

C'est un des services de chirurgie du point « G », spécialisé en chirurgie viscérale vasculaire et endocrinienne comprenant 2 pavillons (chirurgie I et pavillon Dolo) ; il se compose de :

- un bureau pour le chef de service
- un bureau pour son adjoint
- 3 bureaux pour les 3 assistants
- une salle d'archive
- un secrétariat
- 2 bureaux pour les 2 majors
- 2 salles de garde pour les infirmiers
- 2 salles de garde pour les Garçons de Salle
- 2 salles de pansement
- une salle de garde pour les internes
- 11 salles d'hospitalisation réparties en catégories :

- première : 2 lits par chambre climatisée avec une douche intérieure, située dans le pavillon Dolo,
 - deuxième : 4 lits par chambre ventilée avec douche intérieure située également dans le pavillon Dolo
 - troisième : 6 lits par chambre non ventilé avec douche externe commune.
- un bloc opératoire, situé dans un bâtiment comprenant toutes les salles d'opération du point G, se compose de:
- une salle d'attente pour les malades,
 - une salle ou zone septique qui permet au personnel soignant de se laver les mains et de changer de tenue ou chaussure avant d'accéder à la salle d'opération,
 - une salle d'opération de 24,15 mètres-carré

3-3-2-2-Personnels du service de chirurgie B :

- un professeur titulaire
- un maître de conférence agrégé
- deux maîtres de conférence (dont un en anatomie et un en chirurgie générale)
- un praticien hospitalier
- une secrétaire
- six infirmiers dont deux majors
- trois infirmiers aides de bloc
- six techniciens de surface (garçons de salle)

A ceux-ci s'ajoutent les aides soignants et les internes de la FMPOS qui sont dans le service pour leurs travaux de thèse et leur formation.

3-4-Population d'étude :

Notre étude a concerné tous les malades vus en consultation dans le service de chirurgie B pendant la période d'étude.

3-5-Echantillonnage :

3- 5-1-Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude les patients :

- ayant consulté dans le service pour problème mammaire chez qui le diagnostic de tumeur bénigne du sein a été cliniquement posé,
- ayant consulté pour autre problème mais l'examen retrouve une tumeur bénigne du sein
- ayants été opérés ou non,

3- 5-2-Critères de non inclusion :

- Patients ayant consulté pour autres problèmes que mammaire, et l'examen ne retrouve pas de tumeur bénigne du sein
- Patients ayant consulté pour un problème mammaire chez qui le diagnostic de TB du sein n'a pas été cliniquement posé.

3-6- Déroulement de l'étude :

3- 6-1-Elaboration de la fiche d'enquête :

Nous avons élaboré une fiche d'enquête dans le but de prendre en charge les questions relatives à nos objectifs. Après correction par le directeur de thèse, elle a été soumise à un pré test sur 25 cas. Cette fiche d'enquête comprend 3 parties:

- donnés sociodémographiques,
- donnés cliniques et para cliniques,
- donnés thérapeutiques.

3- 6-2 -Recrutement :

Nous avons recruté sur la base des dossiers les patients répondant à nos critères d'inclusion.

3-7-Gestion des données :

La saisie des données a été faite sur Epi info .Dans un premier temps, une analyse descriptive des données recueillies a été faite, puis une comparaison de variables qualitatives a été faite en utilisant le test de X² de Pearson avec le risque alpha de 0,05.

RESULTATS

4- RESULTATS :

4-1- fréquence globale des tumeurs bénignes du sein :

TABLEAU I : Répartition selon la consultation

Consultations	Effectif	Pourcentage
Tumeurs bénignes	215	0,1
Autres consultations	361129	99.9
Total	361344	100

Les tumeurs bénignes du sein ont représenté 0.1% de l'ensemble des consultations.

TABLEAU II : Répartition selon les interventions chirurgicales

Interventions	Effectif	Pourcentage
Tumeurs bénignes	85	1,1
Autres interventions	7928	98.9
Total	8013	100

Les tumeurs bénignes du sein ont représenté 1.1% de l'ensemble des interventions chirurgicales.

TABLEAU III : Répartition selon l'année de consultation

Année	Effectif	Pourcentage
1980-2000	86	48.3
2001-2003	42	23.6
2004-2006	50	28.1
Total	178	100

86 soit 48.3% de nos patients ont consulté entre 1980 à 2000.

4.2. RENSEIGNEMENTS SOCIO ADMINISTRATIFS :

TABLEAU IV : Répartition selon la classe d'âge

Classe d'âge	Effectif	Pourcentage
11 à 20 ans	61	34.27
21 à 40 ans	85	47.75
Plus de 40 ans	32	17.97
Total	178	100

85 soit 47.75% de nos patients ont un âge compris entre 21 et 40 ans avec une moyenne de 28,25 .

TABLEAU V : Répartition selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	6	3.4
Féminin	172	96.6
Total	178	100

172 soit 96.6% de nos patients étaient de sexe féminin avec un ratio de 28.6 en faveur des femmes.

Tableau VI : Répartition selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	45	25.3
Peulh	36	20.2
Minianka	2	1.1
Sonninké	22	12.4
Dogon	7	3.9
Sonrhäi	11	6.2
Bozo	1	0.6
Malinké	23	12.9
Somono	2	1.1
Maure	2	1.1
Sénoufo	8	4.5
Mossi	2	1.1
Diawando	4	2.2
Ethnie étrangère	8	4.5
Autres	5	2.8
Total	178	100

Les bambaras représentaient 45 soit 25.3% des patients.

TABLEAU VII : Répartition selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	55	30.9
Cadre supérieur	8	4.5
Cadre moyen	26	14.6
Elèves-étudiant	70	39.3
Commerçant	8	4.5
Aide ménagère	6	3.4
Autres	5	2.8
Total	178	100

70 soit 39.3% de nos patients étaient élèves –étudiants.

TABLEAU VIII : Répartition selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	134	95.7
Chrétienne	6	4.3
Total	140	100

134 soit 95.7% de nos patients étaient musulmans, lesquels représentent environ 90% de la population malienne.

TABLEAU IX : Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié (e)	54	50
Divorcé (e)	1	0.9
Célibataire	52	48.2
Veuf (ve)	1	0.9
Total	108	100

54 soit 50% de nos patients étaient mariés.

TABLEAU X : Répartition selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage
Malienne	170	95.5
Autres	8	4.5
Total	178	100

170 soit 95.5% de patients étaient de nationalité Malienne.

TABLEAU XI : Répartition selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Kayes	5	3.4
Koulikoro	7	4.8
Sikasso	2	1.4
Mopti	3	2
Gao	1	0.7
Bamako	128	87.7
Total	146	100

128 soit 87.7% de nos patients résidaient à Bamako

4.3. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

TABLEAU XII : Répartition selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
TMD	73	41
TMG	71	39.9
TMB	7	3.9
DMD	5	2.8
DMG	9	5.1
PMB	1	0.6
TMD+DMD	6	3.3
TMG+DMG	3	1.7
TMB+DMB	1	0.6
TMB+DMG	2	1.1
TOTAL	178	100

La tuméfaction mammaire droite a été la plus fréquente dans 73 cas soit 41% des patients.

N.B : signification

- TMD : tuméfaction mammaire droite
- TMG : tuméfaction mammaire gauche
- TMB : tuméfaction mammaire bilatérale
- DMD : douleur mammaire droite
- DMG : douleur mammaire gauche

-PMB : plaie mammaire bilatérale

TABLEAU XIII : Répartition selon la circonstance de découverte

CDD	Effectif	Pourcentage
Autopalpation	154	86.5
Douleurs mammaires	19	10.7
Examen systématique	3	1.7
Indéterminée	2	1.1
Total	178	100

L'autopalpation a été la circonstance la plus fréquente avec 154 soit 86.5%

N.B : signification

CDD : circonstance de découverte

TABLEAU XIV: Répartition selon le mode d'installation

Mode d'installation	Effectif	Pourcentage
Spontané	176	98.9
Post-traumatique	2	1.1
Total	178	100

Le mode d'installation a été spontané dans 176 cas soit 98.9%

TABLEAU XV : Répartition selon le délai entre la découverte et la consultation

Délai	Effectif	Pourcentage
0 à 1 an	124	69.7
> 1 à 5 ans	39	21.9
> 5 à 10 ans	9	5.1
> 10 ans	4	2.2
Indéterminé	2	1.1
Total	178	100

Plus d'un patient sur 5 a consulté plus d'un an après la découverte de la tumeur.

TABLEAU XVI : Répartition selon les symptômes

Symptômes	Effectif	Pourcentage
TMD	34	19.1
TMG	24	13.5
TMB	5	2.8
DMD	4	2.2
DMG	3	1.7
DMB	2	1.1
TMD+DMD	48	26.9
TMG+DMG	43	24.2
TMB+DMB	12	6.7
PMB+TMB	1	0.6
TMB+DMG	2	1.1
TOTAL	178	100

L'association tuméfaction mammaire droite + douleur mammaire droite a été retrouvée chez 48 soit 26.9 %de nos patients

NB : signification

- TMD : tuméfaction mammaire droite
- TMG : tuméfaction mammaire gauche
- TMB : tuméfaction mammaire bilatérale
- DMD : douleur mammaire droite
- DMG : douleur mammaire gauche
- DMB : douleur mammaire bilatérale

-PMB : plaie mammaire bilatérale

TABLEAU XVII : Répartition selon le traitement avant consultation

Traitement	Effectif	Pourcentage
Aucun	124	69.6
Traditionnel	12	6.7
Moderne	37	20.8
Traditionnel+moderne	5	2.8
Total	178	100

124 soit 69.6 %de nos patients n'avaient fait aucun traitement avant consultation

TABLEAU XVIII : Répartition selon les antécédents de pathologie mammaire dans la famille

ATCD familiaux	Effectif	Pourcentage
Présents	21	19.4
Absents	87	80.6
Total	108	100

87 soit 80.6 % de nos patients n'avaient aucun antécédent de pathologie mammaire dans la famille.

TABLEAU XIX : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	83	49.7
Primigeste	17	10.2
Multigeste	67	40.1
Total	167	100

83 soit 49.7% de nos patientes étaient nulligestes.

TABLEAU XX : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	89	53.3
Primipare	14	8.4
Multipare	64	38.3
Total	167	100

89 soit 53.3% de nos patientes étaient nullipares.

TABLEAU XXI : Répartition selon la notion de contraception

Contraception	Effectif	Pourcentage
Oui	29	23
Non	97	77
Total	126	100

97 soit 77% de nos patientes n'avaient pas fait de contraception.

TABLEAU XXII : Répartition selon le cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	Pourcentage
Femme réglée	147	89.6
Avant ménarche	2	1.2
Ménopause	15	9.1
Total	164	100

147 soit 89.6% des patientes étaient réglées.

TABLEAU XXIII : Répartition selon l'âge de la ménarche

Age de la ménarche	Effectif	Pourcentage
11 à 14 ans	44	63.8
15 à 18 ans	25	36.2
Total	69	100

L'âge de la ménarche était situé entre 11 à 14 ans chez 44 soit 63.8% de nos patients

TABLEAU XXIV : Répartition selon l'indice de masse corporelle

Indice de masse corporelle	Effectif	Pourcentage
16 à 20	8	36.36
21 à 30	10	45.45
> 30	4	18.18
Total	22	100

L'indice de masse corporelle était entre 21 à 30 chez 10 soit 45.45% de patients

TABLEAU XXV : Répartition selon l'aspect de la peau en regard de la tumeur

Aspect de la peau en regard	Effectif	Pourcentage
Normal	167	97.1
Autres	5	2.9
Total	172	100

167 soit 97.1% de nos patients avaient un aspect normal de la peau en regard de la tumeur du sein.

TABLEAU XXVI : répartition selon la localisation

Localisation	Effectif	Pourcentage
Gauche	84	47.2
Droit	84	47.2
Bilatérale	10	5.6
Total	178	100

Les deux seins ont été atteints dans la même proportion avec 84 cas soit 47.2% chacun.

TABLEAU XXVII : Répartition selon la consistance de la tumeur

Consistance	Effectif	Pourcentage
Dure	39	39.4
Ferme	56	56.6
Molle	4	4
Total	99	100

La consistance de la tumeur a été ferme chez 56 soit 56.6% de nos patients.

TABLEAU XXVIII : Répartition selon le contour de la tumeur

Contour	Effectif	Pourcentage
Régulier	54	74
Irrégulier	19	26
Total	73	100

La tumeur a été de contour régulier chez 54 soit 74 % de nos patients.

TABLEAU XXIX : Répartition selon le diamètre de la tumeur

Diamètre	Effectif	Pourcentage
0.5 à 5 cm	99	69,7
6 à 10 cm	29	20,4
11 à 14 cm	11	7,8
Plus de 14 cm	3	2,1
Total	142	100

99 soit 69,7% de nos patients avaient une tumeur de diamètre variant entre 0.5 à 5 cm.

TABLEAU XXX : Répartition selon le nombre de nodule

Nombre de nodule	Effectif	Pourcentage
Unique	152	87.4
Multiple	22	12.6
Total	174	100

152 soit 87.4% de nos patients avaient une tumeur uni nodulaire.

TABLEAU XXXI : Répartition selon la mobilité de la tumeur

Mobilité	Effectif	Pourcentage
Mobile	133	98.5
Fixe	2	1.5
Total	135	100

La tumeur était mobile chez 133 soit 98.5% de nos patients.

TABLEAU XXXII : Répartition selon la topographie de la tumeur

Topographie	Effectif	Pourcentage
QSED	23	15.1
QSEG	12	7.9
QSEB	2	1.3
QIED	16	10.6
QIEG	12	7.9
QIID	6	3.9
QIIG	8	5.3
QIIB	1	0.7
QSID	19	12.5
QDIG	16	10.6
RAD	2	1.3
RAG	7	4.6
QSED+QSID	10	6.6
QSEG+QSIG	6	3.9
QIED+QIID	4	2.6
QIEG+QIIG	2	1.3
QSED+QSEG	4	2.6
QIED+QIEG	2	1.3
TOTAL	152	100

Nos patients avaient une tumeur située dans le quadrant supéro externe droit dans 23 cas soit 15.1 % .

N.B : signification

-QSED : quadrant supéro externe droit
 -QSEG : quadrant supéro externe gauche
 -QSEB : quadrant supéro externe bilatéral
 -QIED : quadrant inféro externe droit
 - QIEG : quadrant inféro externe gauche
 -QIID : quadrant inféro interne droit

-QSID : quadrant supéro interne droit
 -QSIG : quadrant supéro interne gauche
 -RAD : rétro aréolaire droit
 -RAG : rétro aréolaire gauche
 -QIIG : quadrant inféro interne gauche
 -QIIB : quadrant inféro interne bilatérale

TABLEAU XXXIII : Répartition selon l'existence ou non d'adénopathie

Adénopathie	Effectif	Pourcentage
Présent	34	21.8
Absent	122	78.2
Total	156	100

122 soit 78.2% de nos patients n'avaient aucune adénopathie.

TABLEAU XXXIV : Répartition selon la localisation de l'adénopathie

Localisation	Effectif	Pourcentage
Axillaire homolatérale	25	73.5
Axillaire controlatérale	2	5.9
Axillaire bilatérale	7	20.6
Total	34	100

Dans 25 cas soit 73.5%, l'adénopathie était axillaire homolatérale.

TABLEAU XXXV : Répartition selon le moyen diagnostique

Moyen	Effectif	Pourcentage
Mammographie	28	20
Echographie	11	7.9
Cytoponction	2	1.4
Mammo +Echo +Cyto	53	37.9
Mammo +Echo	37	26.4
Mammo + Cyto	9	6.4
Total	140	100

La mammographie, l'échographie et la cytoponction ont été effectués 53 fois soit 37.9 % de nos patients.

TABLEAU XXXVI : Répartition selon le traitement effectué

Traitement	Effectif	Pourcentage
Abstention	22	20.6
Chirurgical	85	79.4
Total	107	100

85 cas soit 79.4% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical

TABLEAU XXXVII : Répartition selon la technique chirurgicale utilisée

Technique	Effectif	Pourcentage
Nodulectomie	77	90.6
Quadrantectomie	4	4.7
Mastectomie	4	4.7
Total	85	100

La nodulectomie a été la plus utilisée des techniques avec 77 cas soit 90.6%.

TABLEAU XXXVIII : Répartition selon les suites post opératoires immédiates

Suites	Effectif	Pourcentage
Simple	80	97.6
Hémorragie	1	1.2
Infection	1	1.2
Total	82	100

La suite opératoire immédiate a été simple dans 80 cas soit 97.6%.

TABLEAU XXXIX : Répartition selon le résultat de l'examen anatomopathologique

Résultat	Effectif	Pourcentage
Adénofibrome	32	53.3
Tumeur phyllode	2	3.4
Adénome	2	3.4
Lipome	5	8.3
Dystrophie fibrokystique.	19	31.6
Total	60	100

Dans 32 cas soit 53.3% l'anapath a conclu à un adénofibrome du sein.

TABLEAU XXXX: Répartition selon l'étiologie et la localisation

Localisation Etiologie	Gauche		Droit		Bilatérale		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	17	53.1	13	40.6	2	6.3	32	53.3
Tumeur phyllode	1	50	1	50	0	0	2	3.3
Adénome	2	100	0	0	0	0	2	3.3
Lipome	4	80	1	20	0	0	5	8.3
Autres	7	36.8	10	52.6	2	10.5	19	31.7
Total	31	51.7	25	41.7	4	6.7	60	100

17 cas soit 53.1% des adénofibromes étaient localisés au niveau du sein gauche

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXXI : Répartition selon l'étiologie et la topographie

Etio Topo	QSED		QSEG		QSEB		QIED		QIEG		QIID		QIIG		QIIB	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	4	12.5	3	9.4	0	0	3	9.4	2	6.3	0	0	1	3.1	0	0
Tumeur phyllode	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adénome	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0
Lipome	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres	1	5.3	3	15.8	1	5.3	2	10.5	0	0	2	10.5	1	5.3	1	5.3
Total	5	10	7	14	1	2	5	10	3	6	2	4	2	4	1	2

SUITE TABLEAU XXXXI

QSID		QSIG		RAD		RAG		ASSO		Total	
E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
4	12.5	5	15.6	0	0	0	0	7	21.9	29	58
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	2	4
0	0	1	20	0	0	0	0	1	20	3	6
2	10.5	2	10.5	0	0	0	0	1	5.3	16	32
6	12	9	18					9	18	50	100

L'adénofibrome a concerné une association de quadrant dans 7 soit 21.9%des cas.

N.B : signification

- Etio : étiologie
- Topo : topographie
- QSED : quadrant supéro externe droit
- QSEG : quadrant supéro externe gauche
- QSEB : quadrant supéro externe bilatéral
- QIED : quadrant inféro externe droit
- QIEG : quadrant inféro externe gauche
- QIID : quadrant inféro interne droit
- E : effectif
- P : pourcentage
- QIIG : quadrant inféro interne gauche
- QIIB : quadrant inféro interne bilatérale
- QSID : quadrant supéro interne droit
- QSIG : quadrant supéro interne gauche
- RAD : rétro aréolaire droit
- RAG : rétro aréolaire gauche
- ASSO : association

TABLEAU XXXXII : Répartition selon l'étiologie et la consistance

Anapath \ Consistance	Dure		Ferme		Molle		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	7	21.9	13	40.6	2	6.3	22	61.1
Tumeur phyllode	0	0	2	100	0	0	2	5.6
Adénome	1	50	0	0	0	0	1	2.8
Lipome	0	0	3	60	1	20	4	11.1
Autres	2	10.5	5	26.3	0	0	7	19.4
Total	10	27.8	23	63.9	3	8.3	36	100

La consistance de l'adénofibrome était ferme dans 13 cas soit 40.6% des cas

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXXIII : Répartition selon l'étiologie et les symptômes

Etiologie \ Symptôme	TMD		TMG		TMB		Association		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	3	9.4	3	9.4	2	6.3	24	75	32	53.3
Tumeur phyllode	0	0	0	0	0	0	2	100	2	3.3
Adénome	0	0	1	50	0	0	1	50	2	3.3
Lipome	1	20	2	40	0	0	2	40	5	8.3
Autres	4	21.1	2	10.5	0	0	13	68.4	19	31.7
Total	8	13.3	8	13.3	2	3.3	42	70	60	100

Les tumeurs bénignes du sein sont en général caractérisées par une association symptomatique avec 24 soit 75% de cas pour les adénofibromes

NB :

--TMD : tuméfaction mammaire droite

-TMG : tuméfaction mammaire gauche

-TMB : tuméfaction mammaire bilatérale

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXIV : Répartition selon l'étiologie et la présence de l'adénopathie axillaire

Symptôme Etiologie	Homolat		Controlat		Absent		Association		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	6	18.8	0	0	21	65.6	1	3.1	28	51.9
Tumeur phyllode	1	50	0	0	1	50	0	0	2	3.7
Adénome	0	0	0	0	2	100	0	0	2	3.7
Lipome	0	0	0	0	4	80	1	20	5	9.2
Autres	5	26.3	0	0	12	63.2	0	0	17	31.5
Total	12	22.2			40	74.1	2	3.7	54	100

L'adénopathie axillaire est en général absente dans les tumeurs bénignes du sein avec 21 cas soit 65.6% pour les adénofibromes

NB :signification

-Homolat : homolatérale

-controlat : controlatérale

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXV : Répartition selon l'étiologie et la technique chirurgicale utilisée

TCHUT Etiologie	Nodulect.		Quadrantect.		Mastect.		Autres		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	31	96.9	1	3.1	0	0	0	0	32	53.1
T .phyllode	1	50	0	0	1	50	0	0	2	3.3
Adénome	2	100	0	0	0	0	0	0	2	3.3
Lipome	5	100	0	0	0	0	0	0	5	8.3
Autres	14	73.7	2	10.5	2	10.5	1	5.3	19	31.7
Total	53	88.3	3	5	3	5	1	1.7	60	100

La nodulectomie a été la technique la plus utilisée dans les tumeurs bénignes du sein avec 31 cas soit 96.9% pour les adénofibromes

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

-nodulect : nodulectomie

-quadrantect : quadrantectomie

-mastect : mastectomie

TABLEAU XXXVI : Répartition selon l'étiologie et les suites opératoires immédiates

suite Etiologie	Simple		Hémorragie		Infection		autres		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	30	93.8	0	0	0	0	0	0	30	52.6
T .phyllode	1	50	1	50	0	0	0	0	2	3.5
Adénome	2	100	0	0	0	0	0	0	2	3.5
Lipome	4	80	0	0	0	0	1	20	5	8.7
Autres	17	89.5	0	0	1	5.3	0	0	18	31.6
Total	54	94.7	1	1.7	1	1.7	1	1.7	57	100

Les suites opératoires immédiates ont été en général simple dans les tumeurs bénignes du sein avec 30 cas soit 93.8% pour les adénofibromes.

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXVII : Répartition selon les suites opératoires tardives

Suite op. tardive	3 à 12 mois				Après 12 mois			
	E	P	E	P	E	P	E	P
Simple	29	16.3	29	60.4	1	0.6	1	50
Récidive	2	1.1	2	4.2	1	0.6	1	50
Douleur séquellaire	16	8.9	16	33.3	0	0	0	0
Cicatrice vicieuse	1	0.6	1	2.1	0	0	0	0
Total			48	100			2	100

Les suites opératoires tardives a été simple chez 29 patients soit 60.4% entre 3 à 12 mois et 1 soit 50% après 12 mois.

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

TABLEAU XXXXVIII : Répartition selon l'étiologie et les suites post opératoires à 3 mois

Suite à 3mois Etiologie	Simple		Récidive		Dx. sequellaire		Total	
	E	P	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	9	28.1	1	3.1	5	15.6	15	51.7
T .phyllode	1	50	0	0	0	0	1	3.4
Adénome	1	50	0	0	0	0	1	3.4
Lipome	1	20	0	0	1	20	2	6.9
Autres	7	36.8	0	0	3	15.8	10	34.5
Total	19	65.5	1	3.4	9	31	29	100

La suite opératoire à 3 mois a été en général simple dans les tumeurs bénignes du sein avec 1 cas de récurrence pour les adénofibromes

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

-Dx : douleur sequellaire

TABLEAU XXXXIX : Répartition selon l'étiologie et les suites post opératoires à 6 mois

Suite à 6 mois Etiologie	Simple		Dx .sequellaire		Total	
	E	P	E	P	E	P
Adénofibrome	4	12.5	4	12.5	8	80
Autres	2	10.5	0	0	2	20
Total	6	60	4	40	10	100

La suite à 6 mois a été marquée par 4 cas de douleur sequellaire pour un total observé de 10.

NB :

-E : effectif

-P : pourcentage

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5-COMMENTAIRES et DISCUSSIONS

5-1-Methodologie :

Il s'agissait d'une étude rétrospective couvrant la période allant de 1978 à avril 2006. Durant la période d'étude, nous avons conformément à nos critères d'inclusion recensé 178 cas de tumeurs bénignes du sein.

Notre critère de choix a été surtout clinique contrairement à l'étude de Diarra [4] où le critère de choix était clinique, radiologique, et anatomopathologique ; par contre celui de Foko [5] était basé sur la confirmation histologique de la tumeur bénigne.

Ce critère de choix clinique qui a été le nôtre pose des problèmes réels sur la certitude diagnostique. Nous avons cependant été obligé de retenir un tel critère opérationnel pour les raisons suivantes :

- la rareté relative des cas examinés à l'anatomopathologie : cela s'explique par la création relativement récente d'un service d'Anatomie pathologique aux normes internationales dans le pays (à la fin des années 70) et l'institution encore plus récente d'un registre du Cancer dans les années 85-86. Les chirurgiens maliens ont ainsi longtemps travaillé sur le jugement clinique.
- sur l'ensemble des patients qui consultent spontanément dans le service pour le suivi à un an (de l'ordre de 37%) , nous n'avons pas observé un seul cas de ré-intervention sur une tumeur mammaire initialement étiquetée comme bénigne. Cela est une forte présomption (mais pas une certitude) par rapport à l'exactitude des diagnostics posés.

Mais maintenant que l'offre est disponible, la nécessité du diagnostic histologique s'impose plus que jamais dans la prise en charge des tumeurs mammaires.

5-2- Aspects épidémiologiques :

5-2-1. Fréquence :

Durant la période d'étude, les tumeurs bénignes du sein ont représenté 0.1% de l'ensemble des consultations et 1.1% de l'ensemble des interventions chirurgicales. Selon une étude rétrospective réalisée dans le service de chirurgie de l'Hôpital IGNACE DEEN, les tumeurs bénignes du sein ont représenté 0,76% des hospitalisations [2]

5-2-2- Caractéristiques socio-demographiques :

5-2-2-1-Age :

Il s'agissait de 178 patients âgés de 11 à plus de 40 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans. Diarra a trouvé une moyenne d'âge de 37.4 ± 4 [4]

Zanfrani et Salomon ont trouvé une moyenne d'âge de 30 ans [17].

Nos patients sont plus jeunes que ceux des pays développés dont l'âge moyen des porteurs de masse du sein est classiquement évalué à 45 ans.

Lamarque conclut dans ses statistiques que l'âge moyen est de 47 ans[18], de même Viollet G [19] Gricourof G [20] le situe entre 45 et 55 ans.

5-2-2-2- Sexe :

Notre étude a montré une grande fréquence des tumeurs bénignes du sein chez les femmes avec un sex-ratio de 28,6.

Diallo et Al trouvent un sex-ratio à 14 pour les femmes dans une étude menée en Guinée Conakry [2], et 17 selon Foko.[5]

Pour certains auteurs cette différence de sex-ratio pour les femmes peut s'expliquer par chez l'homme :

- Le caractère atrophique de la glande,
- La finesse des canaux galactophores,
- L'absence d'acini et l'abondance du tissu fibreux [2]

5-3- Caractéristiques cliniques et para cliniques :

5-3-1- Symptômes et motif de consultation :

La tuméfaction mammaire droite et la douleur mammaire droite ont été la symptomatologie la plus fréquente avec 26.9%, cependant la tuméfaction mammaire droite a constitué le motif de consultation le plus observé avec 41%. Ce résultat est comparable à celui de Diarra qui a trouvé 69.22%, Thiam [21] et Wellé [22] ont trouvé respectivement 65.1% et 60.7% de tuméfaction mammaire comme motif de consultation ainsi que Vololonantenaina 66.8% dans une étude réalisée à Madagascar [23]

Cette tuméfaction est découverte par la patiente elle même dans 86.5%, de façon spontanée dans 98.9%, par contre dans une étude réalisée en Guinée la tuméfaction était découverte dans 31.03% à l'examen systématique [2]

5-3-2- Delai entre la découverte et la consultation :

Ce délai est de 0-1 an chez 69.7% de nos patients, seulement 13 soit 7.3% de nos patients ont consulté entre plus de 5 ans à plus de 10 ans.

[1] a trouvé un délai moyen de 13 mois dont 34.1 % avaient attendu un an ou plus pour la consultation.

Dans l'étude menée en Guinée 35.4% ont consulté entre 11 et 15 mois.[2]

5-3-3-Antécédent de pathologie mammaire dans la famille:

La notion de pathologie mammaire familiale n'a été retrouvée que chez 19.4 %, Diarra a trouvé 11.4%, dans les séries européennes, on parle de 22.1% [24, 25].

5-3-4-Notion de contraception :

Seulement 23% de nos patientes pratiquaient une contraception orale ; Diarra a trouvé 33%.

Dargent [26] et Viollet G [19] font apparaître une grande fréquence soit 57% de contraception.

Malgré ces observations, il nous a été difficile d'établir une relation entre la contraception et la genèse de la tumeur du sein.

5-3-5-Gestité et parité :

Les nulligestes ont été les plus atteintes avec 49.7% ainsi que les nullipares avec 53.3% contrairement à l'étude de Diarra qui a montré que les multipares étaient atteintes dans 53.8%.

5-3-6-Cycle menstruel :

89.6% de nos patientes étaient réglées, ce résultat est conforme à l'hormonodépendance décrite dans la littérature. Presque tous les auteurs s'accordent sur le fait que les tumeurs bénignes du sein sont l'apanage des adolescentes et des femmes pré ménopausiques. [5]

5-3-7-Siège :

Le sein droit et gauche ont été atteints dans la même proportion soit 47.2%, cependant le quadrant supéro externe droit a été le plus atteint avec 15.1%. Diarra a montré que le sein droit est le plus atteint de même que Peltiere E et Al en France [27] et Foko à Bamako.

Par contre dans les travaux menés en Guinée le sein gauche a été le plus concerné avec 56.32% des cas. [2]

5-3-8-Consistance, contour, mobilité :

Dans notre étude, la consistance était ferme dans 56.6%, le contour était régulier dans 74%, la tumeur était mobile dans 98.5%, toute chose qui confirme le caractère des tumeurs bénignes du sein décrit dans la littérature.

Foko a montré que les tumeurs bénignes du sein sont bien limitées, de contour régulier, et que les lipomes, fibro lipomes et les adénomes lactants ont une consistance molle par contre les adénofibromes et les adénomes tubuleux sont de consistance dense et ferme [5]

5-3-9-Nombre de nodule et diamètre de la tumeur :

La tumeur était uni nodulaire dans 87.4% et dans 69.7% des cas le diamètre se situait entre 0.5 et 5 cm, on en a rencontré de plus de 14 cm de diamètre.

Foko a trouvé un diamètre compris entre 0 et 3 cm dans 72.1% des cas.

Dans la littérature les tumeurs bénignes du sein peuvent atteindre 20 à 22cm [17]

5-3-10- Moyens diagnostiques :

La mammographie a été l'examen le plus demandé soit 20% suivi de l'échographie avec 7.9%. Cependant 37.9% de nos patients ont bénéficié de l'association mammographie, échographie et cytoponction.

Diarra a montré que tous les patients ont bénéficié d'une mammographie couplée à une échographie mammaire bilatérale aussi bien que pour Frouge [28]

Ce qui montre l'importance de la mammographie dans la pathologie mammaire.

5-4-Modalités Thérapeutiques :

5-4-1-Traitement effectué :

L'abstention thérapeutique a représenté 20.6% dans notre série soit pour la petite taille de la tumeur soit, pour le doute sur le caractère inflammatoire de la tuméfaction.

Cependant dans 79.4% des cas, une intervention chirurgicale a été nécessaire avec 90.6% de nodulectomies comparable à l'étude faite en Guinée ou 69.56% des patients ont bénéficié d'une tumorectomie [2]

5-4-2-Suite opératoire :

La suite opératoire a été simple dans l'ensemble soit 97.7% pour la suite immédiate, 60.4% pour la suite tardive entre 3 et 12 mois, et 50% après 12 mois compatible avec les tumeurs bénignes dans la littérature contrairement aux tumeurs malignes. Cependant il faut noter 2 cas de récurrence, 16 cas de douleur séquellaire, 1 cas de cicatrice vicieuse entre 3 et 12 mois, 1 cas de récurrence après 12 mois.

5-5-Caractéristiques Anatomopathologiques :

5-5-1-Fréquence :

Dans notre série, l'adénofibrome a représenté 53.3% suivi des lipomes 8.3%, l'adénome et les tumeurs phyllodes 3.4% chacun.

Foko a trouvé 72% des fibroadénomes, suivi des lipomes 8.7% l'adénome tubuleux 5.9%

L'étude menée en Guinée a trouvé 53.6% de F A [2]

Diarra a trouvé 29.7% de F A sur 91 nodule du sein.

Nous pouvons dire que le fibroadénome domine la pathologie tumorale bénigne, ce qui rejoint le résultat d'autres auteurs [29, 3,2]

5-5-2-Lien étiologie –localisation –topographie –consistance –symptômes :

Le FA dans 53.1% a concerné le sein gauche. Pratiquement tous les quadrants ont été concernés avec une association de quadrant dans 21.9% des cas.

Diarra a montré que les F A sont de siège variable mais avec une grande fréquence au niveau du QSE.

La consistance du F A était ferme dans 40.6%, 100% des cas pour les tumeurs phyllodes.

L'association symptomatique a généralement caractérisé les TBS avec 24 soit 75% des cas pour les fibroadénomes, cela pourra s'expliquer par le retard généralement pris avant consultation.

La nodulectomie a été effectuée dans 96.9% des F A, 50% des TP, 100% des adénomes et lipomes.

CONCLUSION

CONCLUSION :

La pathologie tumorale bénigne du sein revêt une importance particulière à cause de la hantise du cancer.

Notre étude montre que les tumeurs bénignes du sein sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes soit environ 28.6 fois .Tous les âges sont concernés.

Le motif de consultation le plus fréquent a été la constatation d'une masse dans le sein environ 41% de localisation et de topographie variable.

De nombreuses variétés histologiques ont été retrouvées dont le plus fréquent a été le fibroadénome avec 53.3%.

Des examens complémentaires tels que la mammographie, l'échographie, et la cytoponction ont une place de choix dans le diagnostic même si la confirmation de la bénignité reste réservée à l'anatomopathologie.

Le traitement chirurgical reste le traitement radical des tumeurs bénignes du sein, environ 79.4% de nos patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

La prise en charge des tumeurs bénignes du sein passe par un examen clinique rigoureux, et des examens complémentaires pour asseoir ou confirmer le diagnostic. Ainsi à cause des habitudes socio sanitaires qui changent notamment la prise de plus en plus fréquente des contraceptifs oraux et par le fait que les populations sont de plus en plus informées sur la pathologie mammaire, l'accent doit être mis sur la documentation des TBS pour ne pas passer à coté du cancer dont le pronostic est beaucoup plus grave.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux autorités :

- Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage des tumeurs du sein,
- Doter les centres de santé des moyens de diagnostique des tumeurs du sein tel que la mammographie,
- Baisser le tarif des examens complémentaires des tumeurs du sein.

Aux agents de santé :

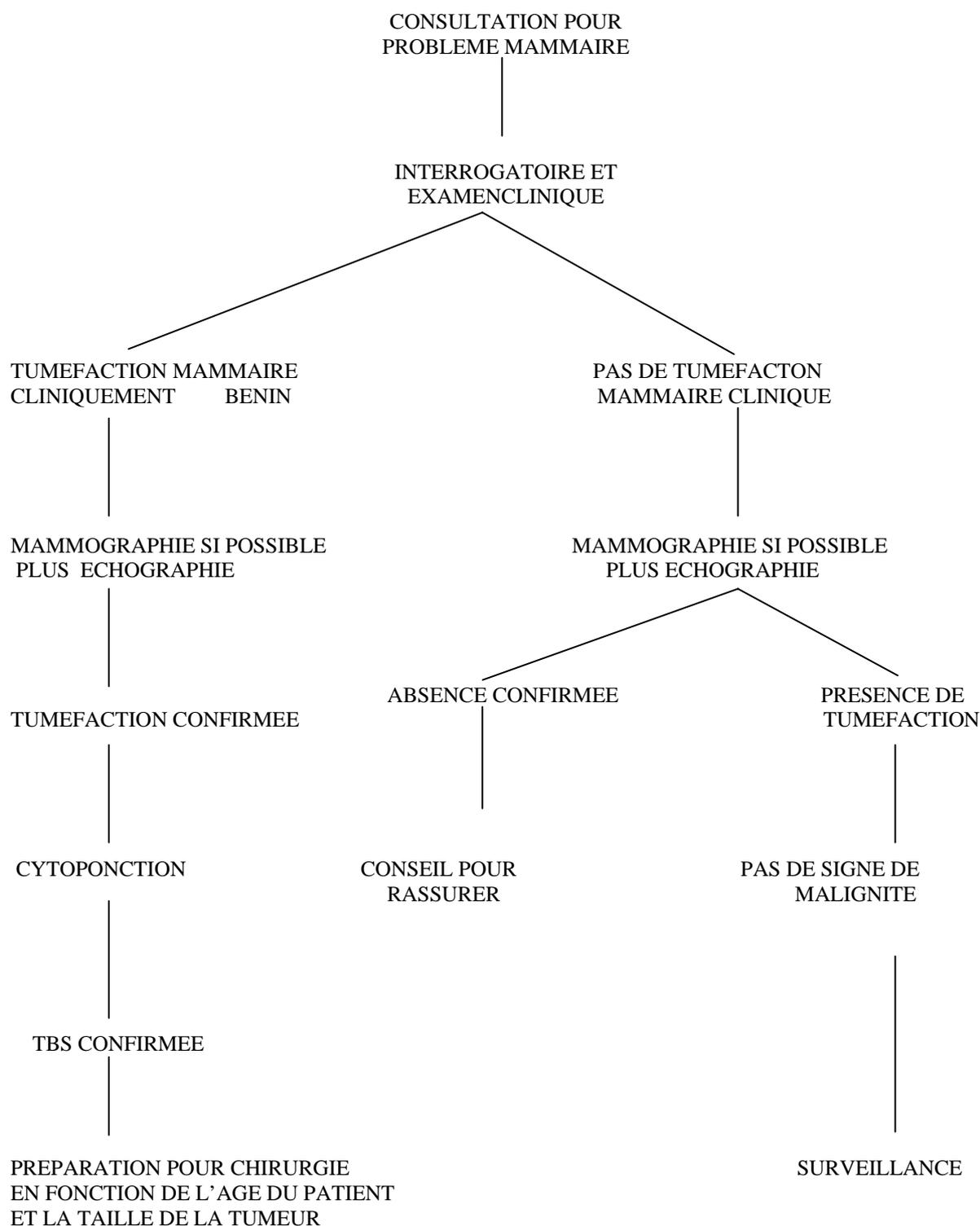
- Procéder à un examen des seins chez toutes femmes quelque soit le motif de consultation,
- Faire bénéficier tout patient ayant une tuméfaction mammaire, d'investigation sérieuse
- Une rigueur dans les dossiers médicaux

Aux structures hospitalières :

Une bonne tenue des dossiers médicaux si possible leurs informatisations.

Aux femmes :

- Procéder à l'autopalpation des seins,
- Consultation précoce devant toute pathologie mammaire,



N.B : si l'âge est inférieur à 30 ans et le diamètre de la tumeur inférieur à 5 Cm pas d'urgence chirurgicale sauf en cas de gêne psychologique.

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- LANSAC J, LECOMTE P.

Gynécologie pour le praticien : Masson éditeur, 4eme édition, Paris 1994 ; 554p

2- DIALLO M S, DIALLO SB , CAMARA MD, DIALLO FB, DIENG A, DIALLO Y, DIAW ST.

Les tumeurs du sein : épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et pronostic. Med d'Afrique Noire : 1996 ; 43 (5)

3- DARBOUX. R, ZEVOUNOU. L, SOTTON.D.

Aspects cyto-anatomopathologiques des tumeurs du sein au Bénin
J, Soc,Biol, Clin, Bénin, 1994 ; (1) :64-73.

4- DIARRA Y.

Corrélation radio clinique et anatomopathologique des nodules du sein.
Thèse Med: Bamako (Mali), 2002; M32.

5- FOKO I.

Etude épidémiologique et anatomo-clinique des tumeurs bénignes du sein au MALI
Thèse Med : Bamako 2004; M10.

6- MOORE SW, PEARCE J et RING E.

Intraductal papilloma of the breast.
Surg,Gynec,Obstet, 1981; 112: 153.

7- HERTEL BF, ZALOUDEK C, KEMPSON R.

Breast adenomas. Adenomas of the breast: relation ship of adenofibromas to pregnancy and lactation.

Cancer, 1976; (37):2891-2905.

8- KAHLE W,LEONHARDTH, PLATZER W

Anatomie des viscères,

Médecine Sciences Flammarion, 1994.

9- ROUVIERE A, DELMAS A.

Anatomie humaine, description topographique et fonctionnelle,

Tome 2, sein, 13ème edition Masson, 1992, 560 Pages.

10- PETIT J.Y.

Cancer du sein, chirurgie diagnostique curative et reconstructive.

Paris, 6-18 ; 1991.

11- <http://sandy.fraval.org/c41.htm>

Généralités sur l'allaitement

12- http://home.tiscali.be/salvatore.murgo/variation_physiologiques.htm

13- 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.

14- DE TOURRIS H, HENIRON R, DELECOUR M

Abrege de Gyneco-obstetrique, 6ème édition Masson 1994 : P268-73

15- SITRUK-WARE, KUTTENN F, CONTESSO G et al.

Aspects thérapeutiques des mastopathies bénignes.

Contracept Fertil Sex, 1987.15:435-438.

16- <http://noemed.univ-rennes1.fr/cgi-bin/iw/fichiers> de

codeadm.pl?F02286,M09821,Y00929,Y00931

17- ZAFRANI B, VINCENT SALOMON A.

Lésions et tumeurs bénignes du sein.

Ann, Pathol, 2000 ; 20, (6) :570-87

18- LAMARQUE J.L.

Le sein radiodiagnostic clinique.

Med, Paris 1981

19-VIOLLET G.

Six années d'enquête permanentes sur les nodules du sein.

Bull, Inh, France 1960 ; 5(3) : 372-77.

20-GRICOUROF G

Néoplasmes mammaires et perimammaires.

Enc. Med.chir.Gyn.T2870 A10 P1

21- THIAM D.

Cancer du sein : Etude clinique dans le service de Gynéco Obstétrique de l'HNPG à propos de 43 cas

Thèse Med : Bamako (Mali), 2002 ;32

22- ALI dit AGALI WELLE.

Etude clinique du cancer du sein en chirurgie « B » del'HNPG à propos de 55 cas.

Thèse de médecine, Bamako 1998 ; 102p N°55.

**23- VOLOLONANTENAINA RAHARISOLO CR RABARIJAONA LP ;
RAJEMIMARIMOELISOA C RASENDRAMINO M; MIGLIANI R.**

Bilan des cancers du sein diagnostiqués à l'institut Pasteur de Madagascar de 1995 à 2001;

Arch. inst. Pasteur de Madagascar 2002 ; 68 (1 et 2) : 104-108

24- PEETRONS P.

Les ponctions écho guidé du sein.

Cours de mammographie, Centre René Duguerin, 8-9-10 mars 1990.

**25- BOISSERIE LACROIX M. ; LAFITTE J.J. ; SIRBENC ; LATRABE ; GRELET PH. ;
ZEINOUN R. ; et BRUN G.**

Les lésions inflammatoires et infectieuses du sein ; contribution de l'échographie
Radiol. ; 1993,74(3), 157-163.

26- DARGENT.A

Etat pathologique du sein pendant la contraception

Enc.Obst. T1 5047 V10 P5

27- PELTIER E, GUINEBRETIERE JM.

Anatomie du sein normal et Pathologique. Echographie mammaire de l'image à la thérapeutique.

Masson 1998 ; 6-14.

28- FROUGE.C.

Stratégie diagnostique en sénologie.

Collection d'imagerie radiologique, Masson, Paris 1995, vol33 N°2 Pages 71-144

29- Collectif d'anatomie pathologique gynécologique.

Office des publications universitaires Alger 1994, 111p.

ANNEXES

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Kané

Prénom : Seyba Mohamed

Année Universitaire : 2005-2006

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'OdontoStomatologie (FMPOS)

Secteurs d'intérêt : Chirurgie, Gynécologie, Santé Publique

Résumé :

Les tumeurs du sein sont fréquentes .Elles ont une distribution planétaire.

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

Notre étude a été rétrospective et transversale, et s'est déroulée dans la période allant de 1978 à mi 2006 soit depuis la création du Service de chirurgie B de l'hôpital du point G.

L'objectif principal était d'étudier la pathologie tumorale bénigne du sein dans le service de chirurgie «B» de l'hôpital national du Point « G »

Il ressort de notre étude que :

- les tumeurs bénignes du sein sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes soit environ 24.6 fois
- Le motif de consultation le plus fréquent a été la constatation d'une masse dans le sein environ 41% de localisation et de topographie variable.
- De nombreuses variétés histologiques ont été retrouvées dont le plus fréquent a été le fibroadénome avec 53.3%.
- Le traitement chirurgical reste le traitement radical des tumeurs bénignes du sein, environ 79.4% de nos patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

Ainsi la prise en charge des tumeurs bénignes du sein passe par un examen clinique rigoureux, et des examens complémentaires pour asseoir ou confirmer le diagnostic.

Mots clés : Tumeur, Sein, Chirurgie, Hôpital du Point G, Mali

- B- Antécédents gynéco-obstétricaux
 Q21- Gestité/.../
 1-nulligeste 2-primigeste 3- multigeste 9-indeterminé
 Q22- Parité...../.../
 1-nullipare 2-primipare 3-multipare 9-indeterminé
 Q23- Notion de contraception/.../
 1- oui (La quelle) 2- non 9-indeterminé
 Q24-Cycle :...../.../
 1-réglée 2-non réglée 9-indeterminé
 Q 25-Menarche à (en année)...../.../ 99-indeterminé

B Examen physique :

- Signes generaux :
 Q26- Poids(en Kg)...../.../
 Q27- taille...../.../ -I.M.C:...../.../ 9-indeterminé
 Q28- Etat Général /.../
 1-bon 2-passable 3- mauvais 9- indeterminé

Signes physique :

- Q29-Aspect de la peau en regard/.../
 1-normal 2-peau d orange 3- autre 9-indeterminé
caractère de la tumeur :
 Q30-Siège:...../.../
 1-gauche 2-droit 3- bilatéral 9- indeterminé
 Q31-Consistance :...../.../
 1-dure 2-ferme 3-molle 9- indeterminé
 Q32-Contour :/.../
 1- régulier 2-irrégulier 9- indeterminé
 Q33- Mensuration : (diamètre en Cm)/.../ 9-indeterminé
 Q34- Nombre de nodule :/.../
 1- unique 2-multiple 9- indeterminé
 Q35- Mobilité :/.../
 1- oui 2- non 9- indeterminé
 Q36- Localisation selon le quadrant...../.../
 1-qsed 2-qseg 3-qseb 4-qied 5-qieg 6-qieb7-qiid 8-qiiq 9-qiib 10- qsid 11-qsig 12-qsib
 13-rad 14-rag 15-rab 16-autre 17-association 99-ind
 Q37-Adénopathies...../.../
 1 :axillaire homolatérale, 2 :axillaires controlatérale, 3-autres 9-ind
 Q38- Moyens diagnostics...../.../
 1- mammographies 2-échographie 3- cytoponction
 4- autres (à préciser), 5-association 9- ind
III- DONNEES THERAPEUTIQUE
 Q39-Traitement effectué...../.../
 0-abstention 1- médical 2- chirurgical
 Q40-technique chirurgical utilisé/.../
 1 :nodulectomie, 2 :quadrantectomie, 3 :Mastectomie, 9 :autres 9- indeterminé
 Q41- Suites postopératoires immédiates/.../
 1- simples 2-hemorragie 3- infection 4- autre 9- indeterminé
 Q42- Etude anatomo-pathologique :...../.../
 1: Adenofibrome, 2:T phyllode, 3 : Adenome, 4 :Adenome lacté, 5:kyste,6:paget du sein ,7:cytosteatose, 8: galactophorite ectasiant, 9 :lipome, 10 :autres ,99 :indeterminé
 Q43-Suites à 3 mois:...../.../
 1-Simple 2-récidive 3-dx sequellaire 4-cicatrice vicieuse 5-atrophie mammaire,6- autres 9-indeterminé
 Q 44-suite à 6mois:...../.../
 1-Simple 2-récidive 3- dx sequellaire 4-cicatrice vicieuse 5-atrophie mammaire 6-autres 9- indeterminé
 Q 45-suite à 12mois/.../
 1-Simple 2-récidive 3-dx sequellaire 4-cicatrice vicieuse 5-atrophie mammaire 6- autres 9- indeterminé
 Q 46- suite à 18 mois...../.../
 1-Simple 2-récidive 3-dx sequellaire 4-cicatrice vicieuse 5-atrophie mammaire 6-autres 9-indeterminé
 Q47-suites à 24 mois et plus...../.../

1-Simple 2-récidive 3-dx séquellaire 4-cicatrice vicieuse 5-atrophie mammaire 6-autres 9- indéterminé

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail

je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure