

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année 2018

N° 302

LES VOIES D'ABORD DANS LA CHIRURGIE DES FIBROADENOMES À L'INSTITUT JOLIOT CURIE DE L'HOPITAL ARISTIDE LE DANTEC DE DAKAR À PROPOS DE 50 CAS

MEMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE
CANCEROLOGIE OPTION CHIRURGIE
PRESENTE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 26 Décembre 2018

Par

Dr IDRISSI SOFIA

Née le 10 Octobre 1986 à Kénitra (MAROC)

MEMBRES DU JURY

Président :	M. Ahmadou	DEM	Professeur Titulaire
Membres :	M. Sidy	KA	Professeur Assimilé
	M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Professeur Assimilé
Directeur de mémoire :	M. Sidy	KA	Professeur Assimilé

LISTE DES ABREVIATIONS

AAF	: Aspiration à l'aiguille fine
ACR	: American College of Radiology
AINS	: Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Fig	: Figure
PA	: Prolongement axillaire
PAM	: Plaque aréolo-mamelonnaire
PCR	: Polymerase chain reaction (Réaction de polymérase en chaîne)
QIE	: Quadrant inféro-externe
QII	: Quadrant inféro-interne
QSE	: Quadrant supéro-externe
QSI	: Quadrant supéro-interne
RCP	: Réunion de concertation pluridisciplinaire
Sein D	: Sein droit
Sein G	: Sein gauche
SFSPM	: Société française de sénologie et de pathologie mammaire
UQE	: Union des quadrants externes
UQInf	: Union des quadrants inférieurs
UQInt	: Union des quadrants internes
UQS	: Union des quadrants supérieurs

LISTE DE FIGURES

Figure 1: Coupe sagittale du sein et de la paroi thoracique antérieure	4
Figure 2: Segments et quadrants du sein	6
Figure 3: Représentation du sein	7
Figure 4: Vascularisation artérielle de la glande mammaire.....	10
Figure 5: Vascularisation veineuse de la glande mammaire.....	11
Figure 6: Représentation du drainage lymphatique de la glande mammaire	13
Figure 7: Innervation mammaire	14
Figure 8: Aspect macroscopique d'un fibroadénome mammaire	16
Figure 9: Coupe histologique d'un fibroadénome	17
Figure 10: Aspect échographique typique d'un fibroadénome	19
Figure 11: Incidence oblique du sein gauche, correspondant à un fibroadénome à l'histologie	20
Figure 12: Types d'incision.....	25
Figure 13: Incision périaréolaire avec refend distal.	27
Figure 14: Incision périaréolaire avec trait de refend médian.....	27
Figure 15: Incision radiaire	28
Figure 16: Incision circulaire	29
Figure 17: Incision sous-mammaire	29
Figure 18: Incision axillaire verticale.....	30
Figure 19: Incision axillaire circulaire	30
Figure 20: Incisions à éviter.	32
Figure 21: Incision à recommander.....	32
Figure 22: Voies d'abord du sein.	33
Figure 23: Bloc opératoire de petite chirurgie de l'Institut Curie	40
Figure 24: Infiltration de la xylocaïne 2%	43
Figure 25: Instruments utilisés dans la chirurgie du sein	44

Figure 26: Incision péri-aréolaire	45
Figure 27: Incision arciforme	45
Figure 28: Incision au niveau du sillon sous mammaire.....	46
Figure 29: Décollement superficiel aux ciseaux type Mayo	46
Figure 30: Dissection du nodule facilitée par sa traction.....	47
Figure 31: Exérèse du nodule.....	47
Figure 32: Fermeture	48
Figure 33: Pansement	48
Figure 34: Fréquence des fibroadénomes de sein selon l'âge.....	49
Figure 35: Cicatrice chéloïdienne.....	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Motifs de consultation	50
Tableau II: Localisation	51
Tableau III: Nombre de nodules et la bilatéralité.....	51
Tableau IV: Données sur la localisation du nodule dans le sein	51
Tableau V: Répartition selon la taille des nodules dans le sein	52
Tableau VI: Répartition selon la distance des nodules par rapport à l'aréole....	52
Tableau VII : Type d'anesthésie	53
Tableau VIII: Types d'incision selon le siège de la masse.....	53
Tableau IX: Types d'incision selon leur fréquence.....	54
Tableau X: Rapprochement et types de fermeture cutanée	54
Tableau XI: Complications selon le type d'incision	55
Tableau XII: Contrôle à trois mois.....	55

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	3
1. Anatomie	4
1.1. Le sein.....	4
1.1.1.Situation.....	5
1.1.2. Configuration externe.....	5
1.1.3. Configuration interne	7
1.1.4. Les rapports	8
1.1.5. La vascularisation	8
1.1.6. Les réseaux lymphatiques.....	11
1.1.7. Innervation.....	13
1.2. L'aisselle	14
2. Epidémiologie	15
3. Anatomie pathologique	15
4. Diagnostic.....	17
4.1. Diagnostic positif	17
4.1.1. Les circonstances de découverte	17
4.1.2. L'examen clinique.....	17
4.1.3. Les examens paracliniques.....	18
4.1.3.1. L'imagerie.....	18
4.1.3.2. La cytologie.....	20
4.1.3.3. La biopsie	21
5. Diagnostic différentiel.....	22
5.1. Tumeurs phyllodes	22
5.2. Hamartome	22
5.3. Les kystes	23
5.4. Lipome	23
6. Traitement	24
6.1. Buts.....	24
6.2. Moyens	24
6.2.1. Médicaux.....	24
6.2.2. Chirurgicaux	24

6.2.2.1. Type d'anesthésie.....	24
6.2.2.2. Instrumentation.....	24
6.2.2.3. Voies d'abord.....	24
6.2.2.4. Gestes	34
6.2.2.5. Complications.....	34
6.2.3. Soutien psychologique	35
6.3. Indications	35
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL	38
1. CADRE D'ÉTUDE	39
1.1. Vocation de la structure.....	39
1.2. Les infrastructures	39
1.3. Le personnel	40
2. OBJECTIFS.....	41
3. PATIENTS ET MÉTHODES.....	41
3.1. Type de l'étude.....	41
3.2. Critères d'inclusion	41
3.3. Critères d'exclusion.....	41
3.4. Les paramètres étudiés	41
3.5. Méthodes de recueil.....	42
3.6. Méthodes d'analyse.....	42
4. RESULTATS	49
4.1. Données épidémiologiques.....	49
4.1.1. L'âge.....	49
4.1.2. Fréquence	49
4.2. Antécédents	49
4.2.1. Gynéco-obstétricaux.....	49
4.2.2. Antécédents chirurgicaux	50
4.3. Données cliniques.....	50
4.3.1. Délai diagnostique.....	50
4.3.2. Motifs de consultation	50
4.3.3. Signes physiques	51
4.4. Données paracliniques.....	52
4.4.1. L'échographie	52
4.4.2. La mammographie.....	52

4.4.3. La cytologie de la masse.....	52
4.4.4. La biopsie percutanée de la masse.....	52
4.5. Données thérapeutiques.....	53
4.6. Complications.....	54
4.6.1. Complications de l'anesthésie.....	54
4.6.2. Complications de la chirurgie.....	55
4.7. Évaluation.....	55
4.7.1. A 3 mois	55
4.7.2. A 6 mois	56
COMMENTAIRES	57
1. Caractéristiques épidémiologiques	58
2. Données cliniques.....	59
3. Données paracliniques.....	61
4. Traitement chirurgical	64
5. Complications.....	69
6. Evaluation.....	70
CONCLUSION	71
RÉFÉRENCES.....	71
ANNEXE	

INTRODUCTION

Les fibroadénomes sont des lésions bénignes communes du sein qui se présentent généralement sous la forme d'une masse mammaire unique ou multiples survenant chez la femme jeune.

Histologiquement il s'agit de proliférations cellulaires et fibreuses bénignes.

Ils posent le problème de la nécessité de leurs exérèses. Les indications sont discutées et deviennent de plus en plus rares. Lorsqu'elles se posent, il n'existe pas de consensus sur la technique d'exérèse et les voies d'abord.

Le choix est guidé par la taille de la tumeur, sa localisation, les impératifs esthétiques, organiques et fonctionnelles.

A l'institut Joliot Curie de Dakar, les fibroadénomes du sein sont pris en charge régulièrement. Il n'existe pas jusqu'à ce jour d'évaluation de la chirurgie de cette affection.

Notre objectif était d'étudier les voies d'abord dans la prise en charge chirurgicale des fibroadénomes mammaires et les résultats esthétiques et fonctionnels.

PREMIERE PARTIE

1. Anatomie

1.1. Le sein

Le sein est une glande exocrine d'origine ectodermique. Il présente une quinzaine de canaux galactophores qui se distribuent en autant de lobes et qui s'abouchent indépendamment au niveau du mamelon et de l'aréole (fig. 1).

Cette glande est également composée de graisse en quantité plus ou moins importante en fonction de l'âge, du statut hormonal et de la morphologie, ce qui explique la densité du sein tant au toucher que sur les mammographies [1,3].

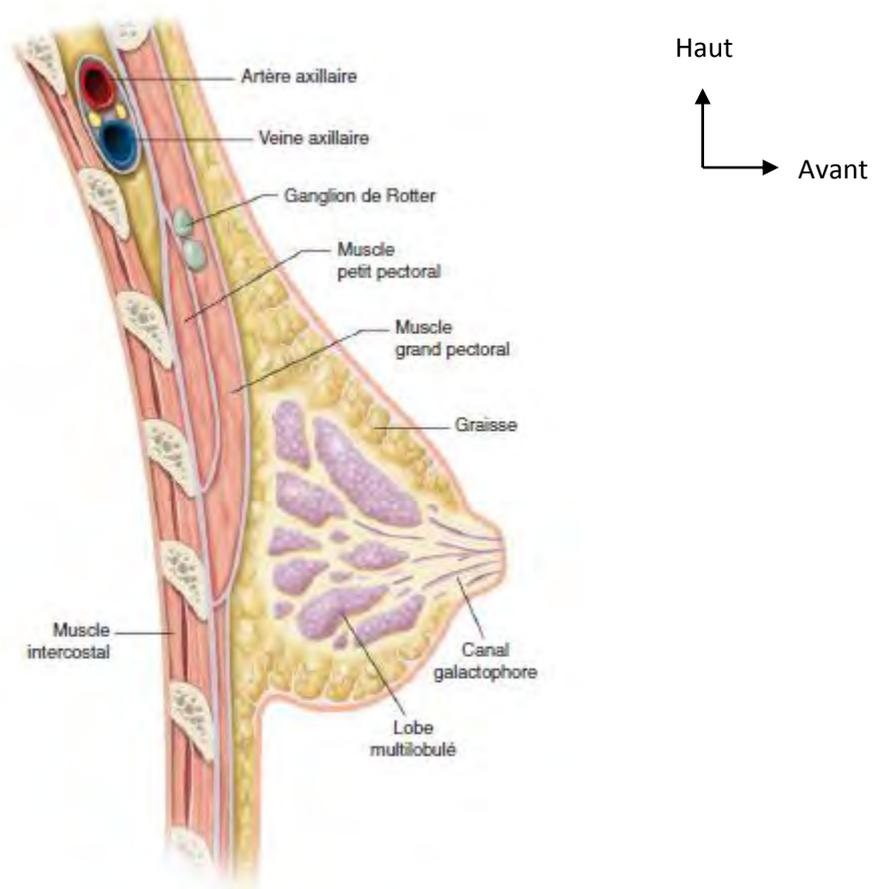


Figure 1: Coupe sagittale du sein et de la paroi thoracique antérieure [1]

1.1.1. Situation

Le sein se positionne au niveau du thorax, en avant du muscle grand pectoral. Sa base s'étend du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'au sixième cartilage costal et, transversalement, du bord externe du sternum à la ligne axillaire antérieure.

1.1.2. Configuration externe

➤ Anatomie descriptive (fig. 2)

Les limites du sein, sa forme et son volume sont, cependant, variables d'un sujet à l'autre. Elle comporte à son sommet la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), composée de l'aréole et du mamelon.

Le sein est divisé en quatre quadrants (supéro-externe, supéro-interne, inféro-interne et inféro-externe), centré sur la plaque aréolo-mamelonnaire; le prolongement axillaire du sein est la zone frontière entre le quadrant supéro-externe et le creux axillaire.

Le sein est composé de 4 segments et de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) :

- le segment I correspond à la partie thoracique antérieure allant de la clavicule jusqu'au sillon sus-mammaire;
- le segment II entre le sillon sus-mammaire et le bord supérieur de l'aréole;
- la plaque aréole-mamelonnaire (PAM);
- le segment III bord inférieur de la PAM et le sillon sous-mammaire;
- le segment IV correspond à la peau thoracique allant du sillon sous-mammaire au rebord costal.

A sa partie inférieure, il possède un étai : le sillon sous-mammaire, zone de faible épaisseur hypodermique, où le fascia superficialis, la peau et les fibres distales de l'aponévrose antérieure du muscle grand pectoral entretiennent des liens étroits.

Principales dimensions du sein :

- Les segments I et II additionnés mesurent environ 15,5 à 17 cm ;
- La PAM mesure 4 à 5 cm ;
- Le segment III mesure 4 à 6 cm ;
- La distance séparant la ligne médiane du bord interne de la PAM est d'environ 9 à 11 cm ;

La hauteur mammaire est définie par la longueur des segments II et III et de la PAM.

Les rapports anatomiques du sein qualifiés de standards sont les suivants :

- Hauteur / projection > 2 ;
- Hauteur / largeur : 0,7 à 1,3 ;

Le sein est situé entre la 3^{ème} et la 7^{ème} côte.

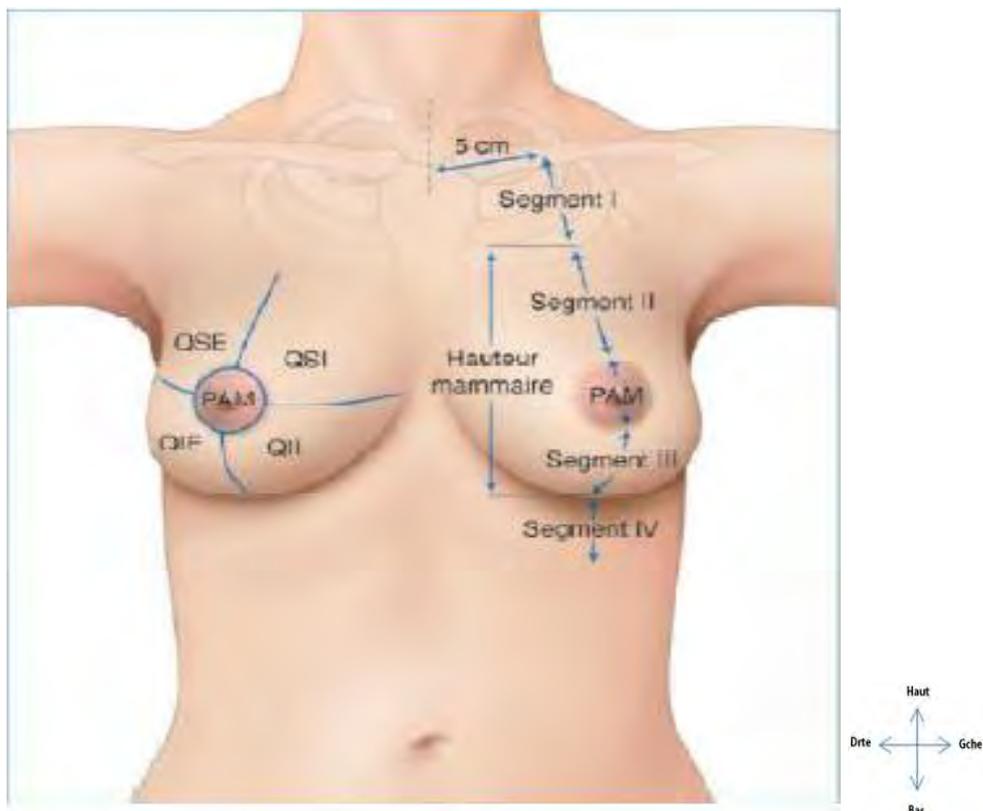


Figure 2: Segments et quadrants du sein[1]

1.1.3. Configuration interne (fig. 3)

Chacune des deux glandes mammaires est une glande exocrine tubulo-alvéolaire, sécrétant le lait. On y trouve un système ramifié de canaux excréteurs terminés en cul-de-sac par des portions sécrétrices tubulo-alvéolaires.

Chaque glande mammaire est constituée de 10 à 20 lobes drainés par des canaux galactophores collecteurs « lactifères » s'ouvrant individuellement à la peau au niveau du mamelon. Chaque lobe est lui-même constitué de 20 à 40 lobules, et chaque lobule étant constitué de 10 à 100 alvéoles, ou acini, correspondant à la partie sécrétrice de la glande.

Les canaux galactophores convergent vers le mamelon, ils s'élargissent pour former les sinus lactifères, puis se rétrécissent et débouchent au niveau des pores du mamelon. [1]

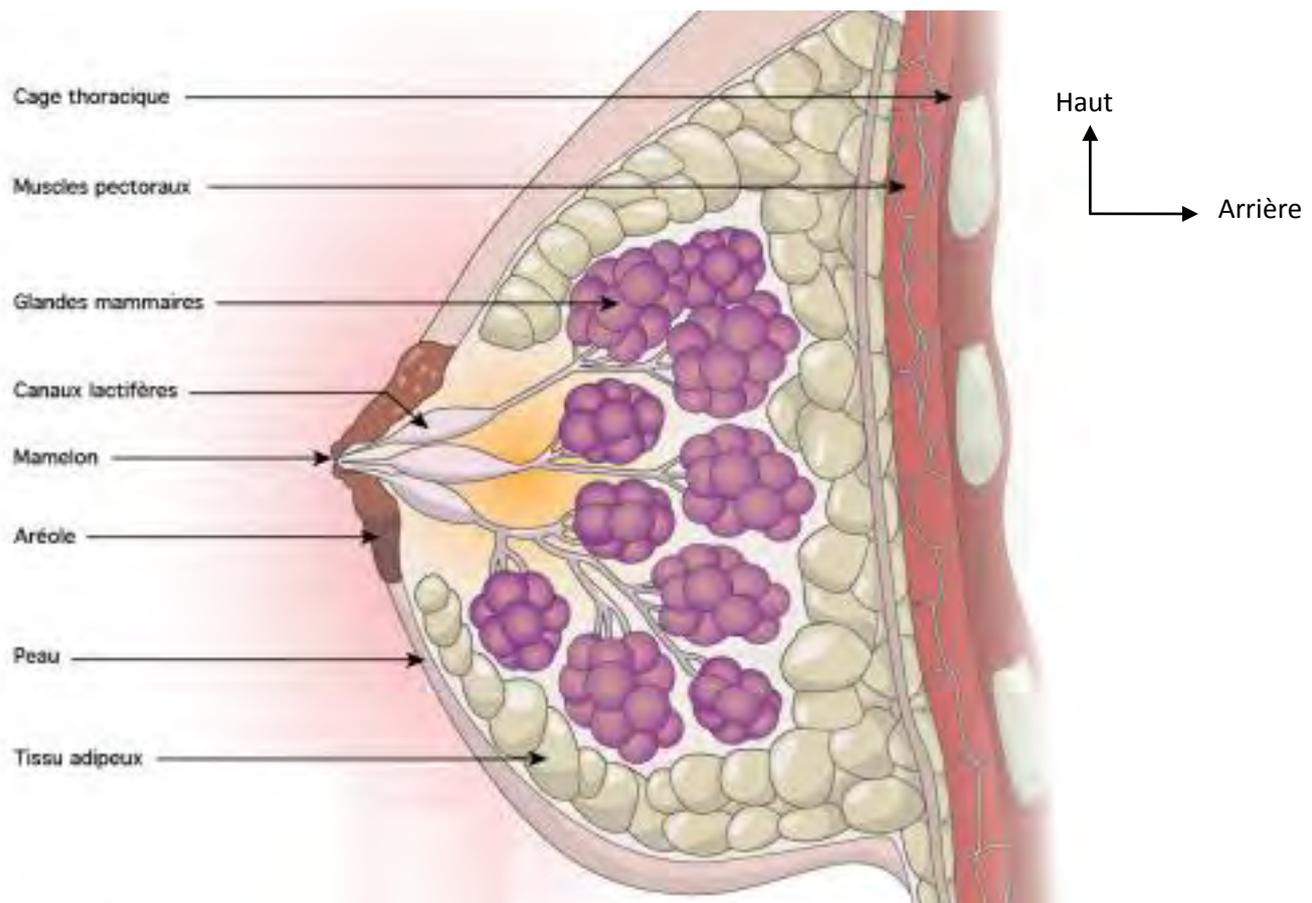


Figure 3: Représentation du sein [1]

1.1.4. Les rapports

La glande mammaire est attachée à la paroi thoracique, sur le muscle grand pectoral, par la bourse séreuse de Chassaignac qui procure un espace de glissement qui facilite la dissection.

L'enveloppe cutanée du sein est constituée d'une peau fine qui entretient des rapports étroits avec la glande en profondeur par l'intermédiaire des crêtes de Duret.

Ce plan est un espace virtuel que l'on s'attache à disséquer lors d'une mammectomie. Cette dissection ne doit pas être trop profonde pour ne pas laisser trop de glande et ne pas léser le réseau vasculaire pré-glandulaire, ni trop superficielle pour épargner le derme et ses plexus vasculaires.

Une seule zone adhère vraiment à la glande mammaire, c'est la plaque aréolo-mamelonnaire, car il n'y a pas de tissu graisseux dans sa partie la plus centrale. Ces deux espaces (bourse séreuse et espace virtuel des crêtes de Duret) sont peu vascularisés; on imagine donc l'intérêt chirurgical qui permet de libérer complètement une zone de la glande mammaire et qui facilite le remodelage de celle-ci après l'ablation d'une zone glandulaire.

Les rapports anatomiques en surface se font avec la peau et en profondeur avec les muscles grand et petit pectoraux. Plus en profondeur et, surtout, à la partie inférieure, le sein est en rapport avec les côtes et les muscles intercostaux expliquant le risque de brèche pleurale en cas de dissection trop profonde [4].

1.1.5. La vascularisation [1,5]

➤ la vascularisation artérielle

La vascularisation de la glande mammaire repose sur un réseau rétro-glandulaire et un réseau antérieur. Celui-ci est composé d'un réseau sous-dermique (plus dense à proximité de la plaque aréolo-mamelonnaire) et d'un réseau pré-glandulaire (à la surface de la glande), qui communiquent par l'intermédiaire des crêtes de Duret.

Un réseau anastomotique intraglandulaire assure la distribution du réseau antérieur.

Deux pédicules principaux et trois pédicules accessoires assurent l'alimentation du sein (fig.4).

Les deux pédicules principaux sont :

- les branches de l'artère thoracique latérale (anciennement artère mammaire externe, qui est issue de l'artère axillaire), entrant par le quadrant supéro-externe;
- les branches perforantes des deuxième, troisième et quatrième intercostaux issues de l'artère thoracique interne (auparavant dénommée artère mammaire interne, naissant de l'artère subclavière).

Les trois pédicules accessoires sont :

- supérieur: branches de l'artère acromiothoracique ;
- inféro-externe: branches latérales cutanées des artères intercostales postérieures (du troisième au cinquième espace intercostal principalement) ;
- inféro-interne : branches perforantes inférieures de faible calibre de l'artère thoracique interne.

En outre, des rameaux grêles émergent des artères intercostales antérieures (issues de l'artère thoracique interne) irriguent la glande mammaire par sa base.

Les variations anatomiques sont nombreuses et fréquentes. Chaque pédicule peut assurer à lui seul la vascularisation.

Outre la conservation du réseau antérieur, la chirurgie conservatrice impose le respect d'au moins un de ces pédicules.

La vascularisation de la plaque aréolo-mamelonnaire repose sur un réseau profond (le long des canaux galactophores) et un réseau sous-dermique (de disposition radiaire ou annulaire) qui définit le cercle péri-aréolaire.

On peut :

- soit réaliser une incision circonférentielle : l'aréole est alors vascularisée par le réseau profond ;

➤ soit décoller la plaque aréolo-mamelonnaire par une incision hémicirconférentielle qui préserve le réseau sous-dermique.

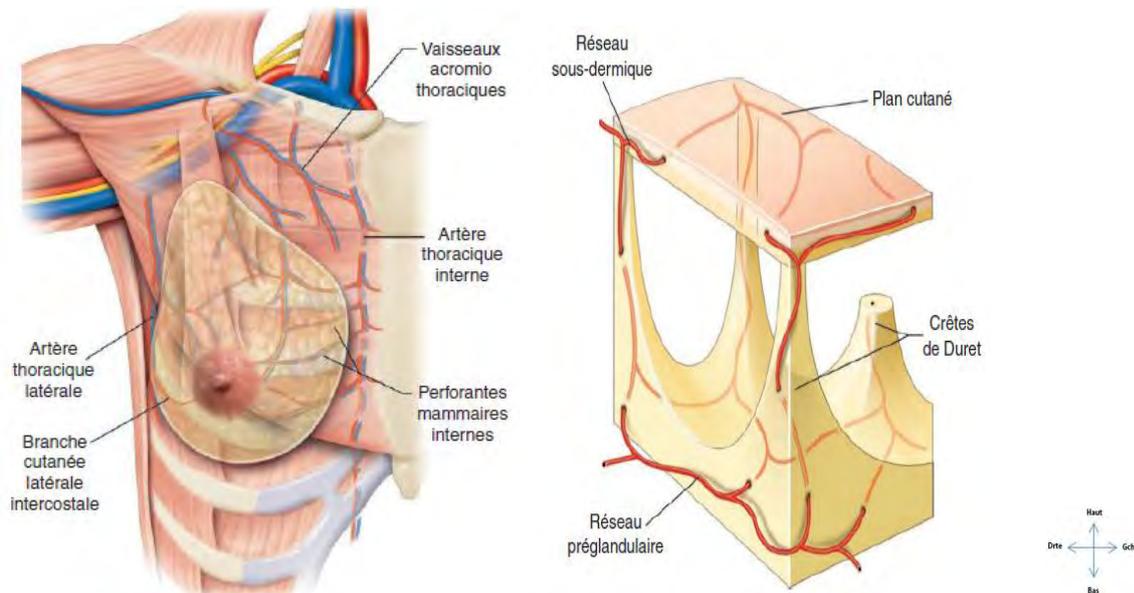


Figure 4: Vascolarisation artérielle de la glande mammaire [1].

➤ **la vascularisation veineuse (fig.5)**

Le retour veineux est calqué sur la vascularisation artérielle.

Quatre groupes de veines drainent le sein:

- Les branches perforantes de la veine mammaire interne
- La veine axillaire dont le trajet veineux conduit également au réseau capillaire du poumon et constitue une seconde voie pour les embolies carcinomateuses.
- Les veines intercostales, les plus importantes, qui se jettent dans la veine azygos pour aboutir à la veine cave supérieure puis aux poumons.
- Le système veineux vertébral draine les os du bassin, les extrémités supérieures du fémur, la ceinture scapulaire, et les os du crâne.

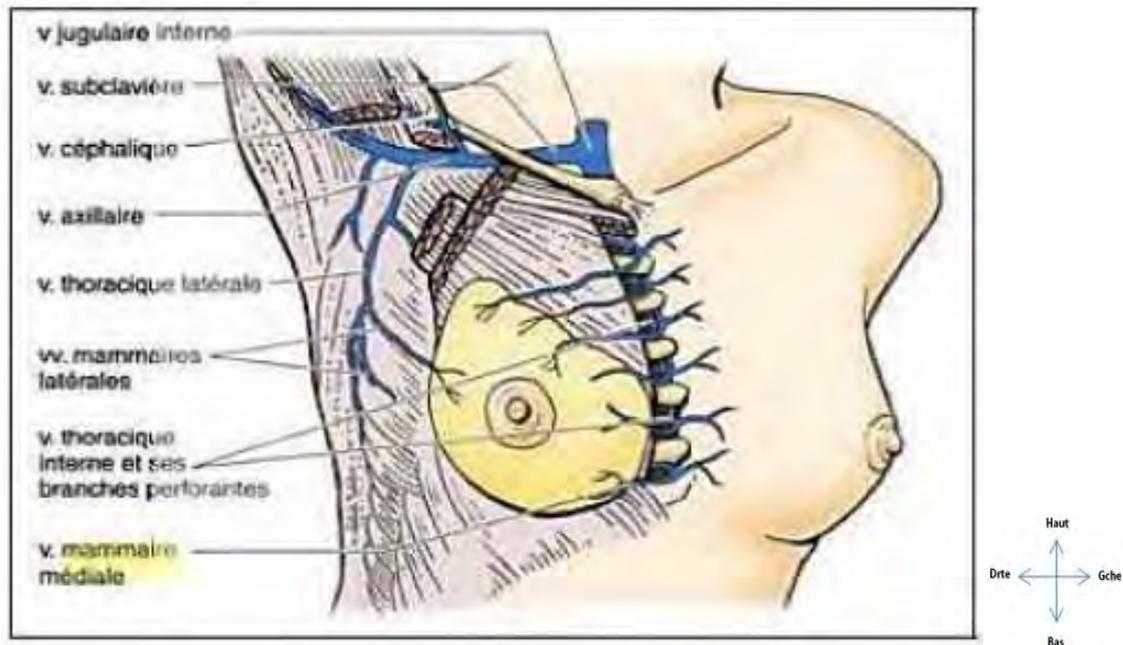


Figure 5: Vascularisation veineuse de la glande mammaire [1]

1.1.6. Les réseaux lymphatiques

Le drainage mammaire est constitué (fig. 6) :

- d'un riche réseau cutané dans la couche profonde du derme ;
- d'un réseau glandulaire profond associé aux lobes ;
- d'un réseau péri-aréolaire (cercle de Sappey [1]) aux tubules de plus gros calibre et valvulés, sur lequel repose l'anastomose entre les deux premiers réseaux.

Du cercle péri-aréolaire partent quatre canaux collecteurs qui se dirigent vers l'aisselle, principalement vers le groupe ganglionnaire thoracique latéral.

La lymphe de la partie médiale est drainée vers la chaîne parasternale (ou chaîne ganglionnaire mammaire interne). Une voie lymphatique supérieure inconstante est parfois décrite, qui va directement vers les ganglions de la fosse supraclaviculaire majeure (son envahissement garde valeur de métastase).

Les ganglions lymphatiques du sein convergent donc vers deux groupes essentiels : les ganglions axillaires et les ganglions parasternaux.

Les ganglions parasternaux sont situés au niveau des trois premiers espaces intercostaux en arrière des cartilages costaux et des muscles intercostaux et en avant de la plèvre.

Les ganglions axillaires sont répartis en cinq groupes :

- axillaires pectoraux (ou thoraciques latéraux, le long de l'artère thoracique latérale);
- axillaires postérieurs (ou subscapulaires);
- axillaires latéraux (ou huméraux);
- axillaires centraux (situés devant le muscle sous-scapulaire, sous la veine axillaire);
- axillaires apicaux (sous-claviculaires).

Ces groupes, formant un continuum au sein de la graisse du creux axillaire, ne sont pas individualisables cliniquement :

les classiques trois étages ganglionnaires de Berg [2] (le niveau I en dessous du petit pectoral, le niveau II en arrière, le niveau III au-dessus du tendon du petit pectoral) gardent toute leur valeur pour le chirurgien.

Les ganglions axillaires et parasternaux se jettent dans des ganglions de second niveau supraclaviculaires. L'espace interpectoral (entre les muscles grand pectoral et petit pectoral) est le siège des ganglions de Rotter, répartis le long des branches pectorales des vaisseaux thoracoacromiaux.

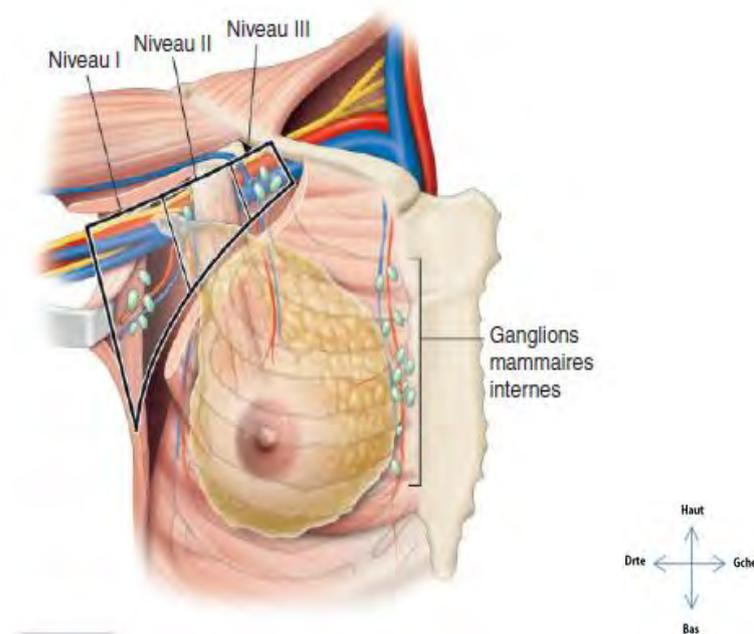


Figure 6: Représentation du drainage lymphatique de la glande mammaire [1]

1.1.7. Innervation

Le sein est innervé par des nerfs issus du plexus cervical et les nerfs intercostaux:

- 4 nerfs issus du plexus cervical (C5 à C8) :
 - Le nerf pectoral latéral (C5-C6-C7) et le nerf pectoral médial (C8-T1) vont cheminer entre le muscle grand pectoral et le muscle petit pectoral. Le nerf pectoral médial innerve la partie interne de la glande mammaire et les muscles pectoraux. Le nerf pectoral latéral innerve la partie externe de la glande mammaire et les muscles pectoraux.
 - Le nerf thoraco-dorsal ou subscapulaire moyen (C6-C7-C8) chemine sur la paroi latérale du thorax et innerve le muscle grand dorsal.
 - Le nerf thoracique long (C5-C6-C7) longe la paroi latérale du thorax et innerve le muscle serratus antérieur ou grand dentelé.
- Les nerfs intercostaux antérieurs et latéraux sont les rameaux antérieurs des nerfs rachidiens de la deuxième à la cinquième racine thoracique (T2-T5 voir T6). Les nerfs issus du plexus cervical présentent de nombreuses variantes

anatomiques surtout à leurs extrémités distales rendant les blocs distaux plus aléatoires en comparaison des blocs à la racine des nerfs (fig. 7).

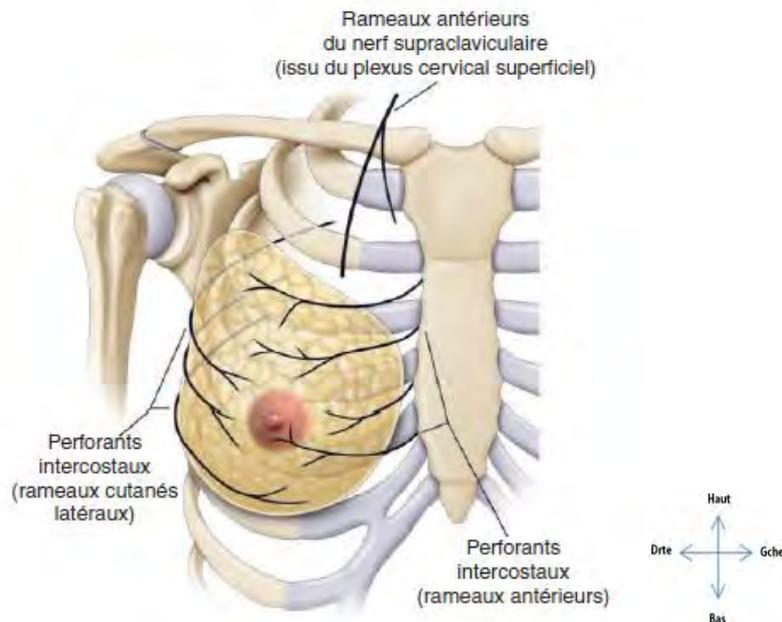


Figure 7: Innervation mammaire [1]

1.2. L'aisselle [1, 2,3]

L'aisselle, décrite comme une pyramide à quatre faces au sommet tronqué, est limitée :

- en avant par la face postérieure du grand pectoral en superficie et par les muscles sous-clavier et petit pectoral en profondeur ;
- en dedans par la paroi thoracique, constituée des cinq premières côtes recouvertes par le muscle dentelé antérieur (anciennement grand dentelé) ;
- en arrière par le muscle sous-scapulaire et le muscle grand dorsal ;
- en dehors par le bord antérieur du muscle grand dorsal ;
- en haut par la veine axillaire.

La base du creux axillaire est fermée par l'aponévrose clavi-pectoro-axillaire.

L'aisselle comporte des éléments vasculaires et nerveux:

- le nerf thoracique long (ou nerf de Charles Bell), qui descend le long du muscle dentelé antérieur : ce nerf à préserver impérativement constitue la limite interne du curage ;
- les branches cutanées latérales des premier, deuxième et troisième nerfs intercostaux; la branche cutanée latérale du deuxième intercostal, dénommée nerf intercostobrachial, fusionne avec le nerf cutané médial du bras ;
- le nerf du grand dorsal (nerf thoracodorsal);
- l'artère subscapulaire, qui accompagne le nerf du grand dorsal;
- la veine axillaire transversale : qui représente la limite supérieure du curage.

2. Epidémiologie

Le fibroadénome est la tumeur bénigne intra-parenchymateuse la plus fréquente des tumeurs bénignes du sein, le plus souvent découvert chez la femme jeune entre 20 et 30 ans, mais il existe en fait dans toutes les tranches d'âge. Il est le plus souvent unique mais il peut être multiple dans 10% des cas.

Il n'existe pas de donnée d'incidence des fibroadénomes dans la population générale.

Il s'agit d'une tumeur bénigne, hormonosensible. Les cas associés à un cancer sont exceptionnels dans la littérature [5, 6, 7,8].

3. Anatomie pathologique [9]

Macroscopie:

Macroscopiquement le fibroadénome se présente sous forme d'une masse sphérique qui est nettement circonscrite et pourrait être facilement séparée du

tissu mammaire environnant. Les marges des sections ont une couleur vert-blanc et contiennent des espaces semblables à des fentes (fig 8).



Figure 8: Aspect macroscopique d'un fibroadénome mammaire

Microscopie:

Les fibroadénomes se forment habituellement pendant la ménarche (15 à 25 ans), moment auquel les structures lobulaires sont ajoutées au système canalaire du sein (Fig. 9). Les lobules hyperplasiques sont courants à cette époque et peuvent être considérés comme une phase normale du développement du sein. Les lobules hyperplasiques étaient histologiquement identiques aux fibroadénomes. Les analyses des composants cellulaires des fibroadénomes par PCR ont montré que les cellules stromales et épithéliales sont toutes deux polyclonales, confirmant la théorie selon laquelle les fibroadénomes sont des lésions hyperplasiques associées à une aberration de la maturation normale du sein véritables néoplasmes.

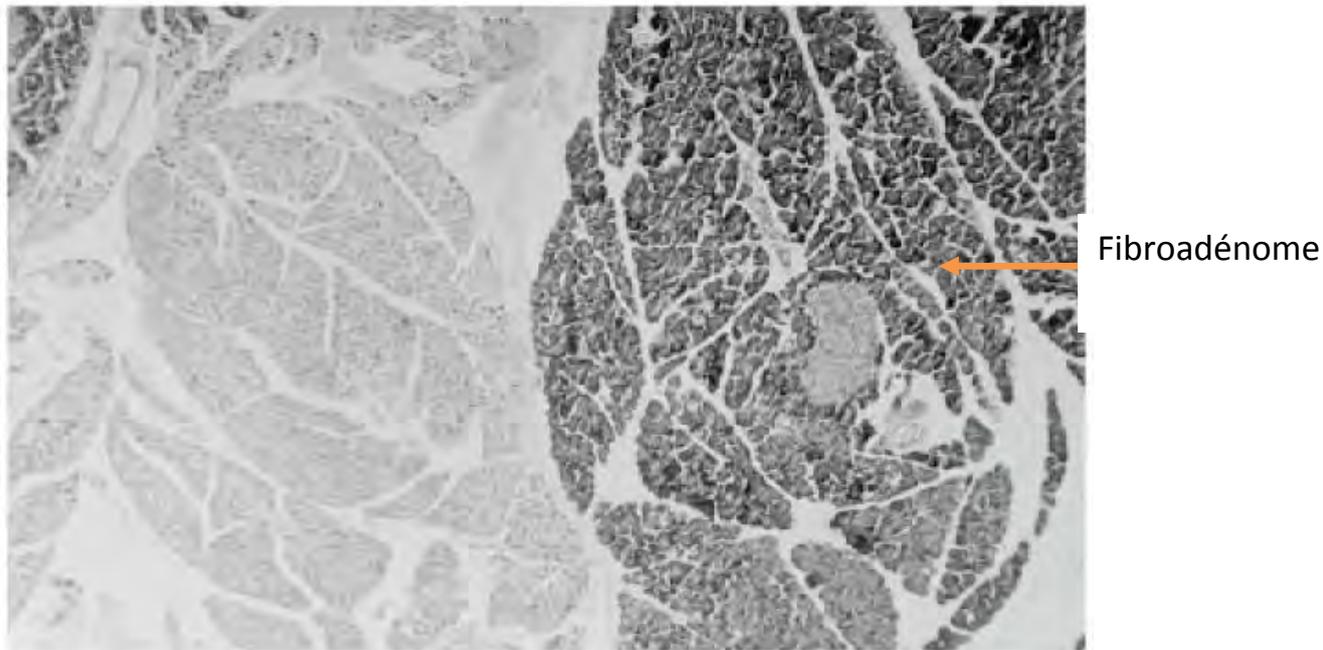


Figure 9: Coupe histologique d'un fibroadénome coloration à l'hématoxyline-éosine, grossissement ($\times 40$).

4. Diagnostic

4.1. Diagnostic positif

4.1.1. Les circonstances 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 ou d'un dépistage;
- Une douleur mammaire;
- Rarement d'un écoulement mammaire.

4.1.2. L'examen clinique

➤ L'interrogatoire: doit être rigoureux, précis, orienté sur le motif de consultation tout en précisant :

- l'âge ;
- la notion de contraception ;
- l'âge des premières et des dernières règles ;

- l'état marital, gésité, parité, l'âge à la première grossesse ;
- le délai entre la découverte et la consultation ;
- l'antécédent personnel et familiale de pathologie gynéco-mammaire.

➤ L'examen physique :

L'inspection permet d'évaluer:

- la symétrie des seins;
- l'aspect de la peau et de la PAM;
- le siège de la masse.

La palpation permet d'apprécier les caractéristiques de la masse:

- la taille;
- le siège (selon les quadrants du sein);
- la distance par rapport à la PAM;
- le nombre et la bilatéralité;
- la mobilité par rapport au plan cutanée et le plan musculaire en postérieur;
- la sensibilité;
- la température de la peau en regard;
- la consistance ainsi que les limites.

4.1.3. Les examens paracliniques

4.1.3.1. L'imagerie

➤ L'échographie

L'échographie montre le plus souvent le fibroadénome sous forme d'une image ronde ou ovalaire, à contours réguliers et à grand axe parallèle à la peau, souvent hypoéchogène homogène, réalisant un excellent milieu de propagation des ondes sonores, sans atténuation [10,11, 12]. (fig 10)

Le fibroadénome n'est pas déformable sous la sonde, très bien vu dans le tissu fibreux [13,14, 15].

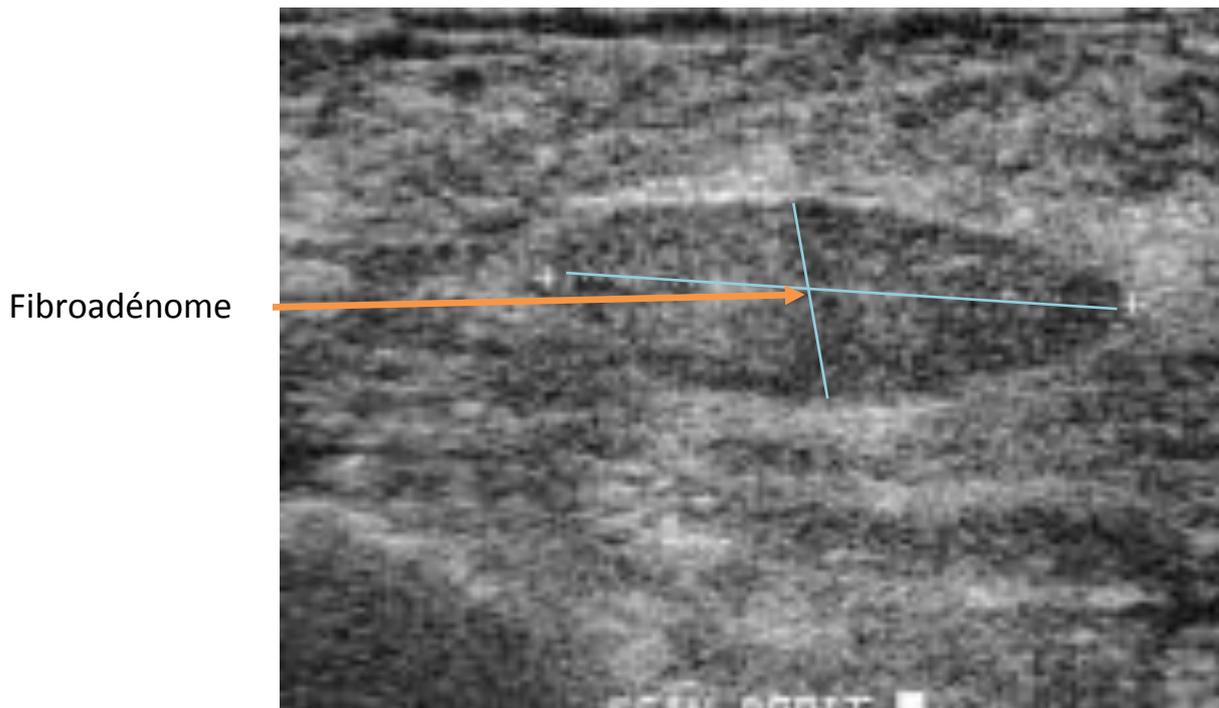


Figure 10: Aspect échographique typique d'un fibroadénome [6].

➤ **La mammographie** (Fig 11)

La mammographie peut identifier un fibroadénome si le sein n'est pas trop dense et si la lésion est de taille suffisante. Typiquement, il s'agit d'une opacité ovale, bien limitée, dont les contours sont parfois totalement visibles. Elle est parfois séparée du parenchyme sain adjacent par une zone radio-transparente («halo » par effet Mach, traduisant une transition brutale entre deux éléments de densités différentes).

Ailleurs, les contours sont plus ou moins masqués par le tissu mammaire dense. Cette opacité est évocatrice mais non spécifique, sauf si elle présente des calcifications grossières typiques. Il peut s'agir d'une calcification unique prenant la totalité ou presque du fibroadénome, ou de calcifications grossières, coralliformes (en « *pop-corn* »), plus ou moins confluentes. Parfois, les calcifications sont moins caractéristiques : rondes, linéaires, plus ou moins polymorphes. Des différences de forme des calcifications sont possibles selon la composante histologique du fibroadénome [6].

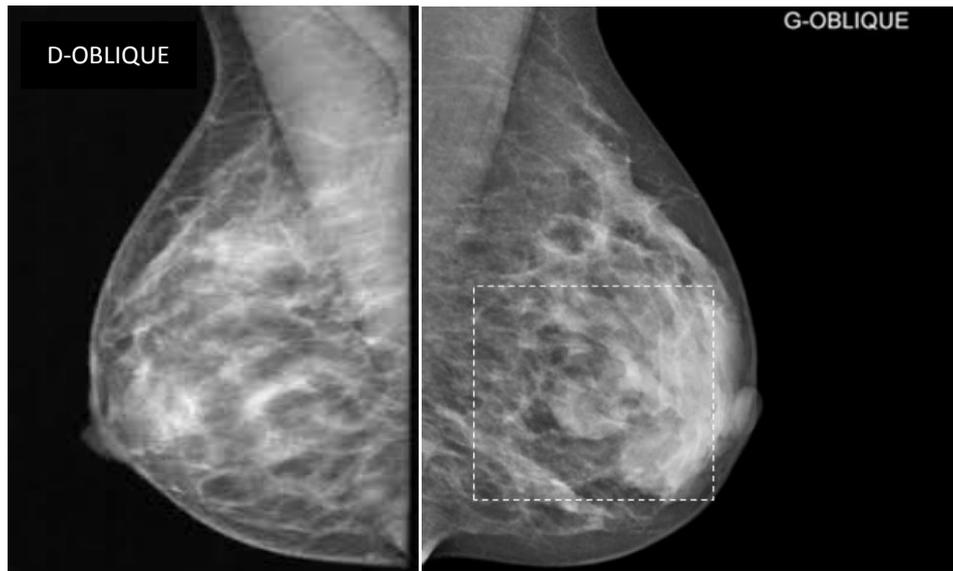


Figure 11: Masse sur une incidence oblique du sein gauche, correspondant à un fibroadénome à l'histologie [6]

4.1.3.2. La cytologie

La cytologie mammaire et plus particulièrement la cytoponction, fait partie intégrante du bilan sénologique avec l'examen clinique et la mammographie dans le cadre d'un triplet diagnostique [16,17, 18].

La cytoponction n'a de valeur que si elle est correctement réalisée et si elle est positive, mais elle ne peut dispenser de l'histologie [19].

A citer qu'il n'y a pas de critère cytologique formel de bénignité ou de malignité [20].

4.1.3.3. La biopsie

✓ Microbiopsie ou prélèvement sous repérage

Elle se fait sous anesthésie locale et sous guidage échographique ou stéréotaxique. Elle est réservée aux tumeurs infra-centimétriques, dont l'aspect clinique et mammographique implique une vérification histologique [21, 22].

Mammotome : Traitement par exérèse percutanée guidée par imagerie

La biopsie par mammotome est une méthode de prélèvement de tissu qui présente de nombreux avantages. La technologie de base du système utilise le vide (aspiration par dépression) et une aiguille creuse de 3 mm munie d'un petit couteau cylindrique rotatif. Ce système ne nécessite qu'une seule ponction, car l'aiguille coulisse dans un guide, il est ainsi possible de prélever sans interruption un nombre suffisant d'échantillons de tissus de la zone concernée et des zones adjacentes. Ceci permet un diagnostic fiable. Le geste est pratiqué en consultation externe et sans suture et ne laisse habituellement aucune cicatrice plusieurs semaines après l'intervention. Il peut être pratiqué avec un repérage échographique ou radiographique "stéréotaxie".

L'examen se fait en position allongée sur le dos lorsque le repérage est échographique qui utilise les ultrasons [21].

✓ La biopsie sur tumeur palpable

Elle consiste à un prélèvement de « carottes » tissulaires par forage soit à l'aiguille tournante (drill-biopsie), soit par aiguille tranchante (tru-cut) sur une tumeur palpable et sous anesthésie locale [23].

✓ Biopsie cutanée

Elle est faite en zone inflammatoire. Elle est indispensable à l'évaluation des tumeurs inflammatoires pour différencier des autres tumeurs [23].

✓ Biopsie chirurgicale

C'est un prélèvement chirurgical d'une pièce opératoire qui enlève tout ou partie de la lésion en monobloc avec un examen histologique extemporané.

L'histologie est le préalable indispensable à toute attitude thérapeutique [23].

✓ **Biopsie exérèse**

C'est l'exérèse de la tumeur en sa totalité sous anesthésie générale ou locale, dans un but diagnostique et thérapeutique (la technique va être développée dans le chapitre traitement).

5. Diagnostic différentiel

5.1. Tumeurs phyllodes

Il s'agit d'une tumeur fibro-épithéliale, constituée d'une double composante épithéliale et conjonctive. Ces tumeurs représentent 0,3 % à 0,9 % des tumeurs mammaires chez la femme, et 2 à 3 % des tumeurs mammaires fibro-épithéliales.

Quand la tumeur est encore de taille modérée et d'échostructure homogène se pose le diagnostic différentiel avec un simple fibroadénome. Les cytoponctions peuvent évoquer le diagnostic devant une substance conjonctive plus cellulaire que dans les fibroadénomes et des atypies nucléaires des fibroblastes. Les biopsies guidées font en règle le diagnostic, mais ne permettent pas de typer complètement la lésion. La biopsie-exérèse large reste la règle, afin d'éliminer une composante maligne et de réduire au mieux le risque de récurrence [6, 24, 25].

5.2. Hamartome

L'hamartome correspond à une lésion bénigne rare. Il s'agit d'une tumeur cliniquement souple et bien limitée. L'image mammographique typique, retrouvée dans un tiers des cas, correspond à une opacité ronde limitée par un liseré clair traduisant l'expression de «sein dans le sein». Dans les autres cas, l'image correspond à une opacité non spécifique. Le diagnostic est histologique par microbiopsie mais peut se révéler difficile. Il n'y a pas d'indication chirurgicale, hormis la taille du nodule, le rendant symptomatique à condition d'une bonne concordance clinique, radiologique et histologique. Quelques publications ont rapporté des cas de lésions précancéreuses ou cancéreuses

associées. Il s'agissait soit de découvertes fortuites soit d'associations à des images suspectes (microcalcifications) ayant motivé l'exérèse de la lésion [26].

5.3. Les kystes

La chirurgie a une place tout à fait limitée dans la prise en charge des mastopathies fibrokystiques. En l'absence d'image échographique suspecte, l'abstention est préconisée. En cas de kyste simple, une ponction évacuatrice peut être proposée uniquement à visée symptomatique. Si le kyste est suspect (cloisons ou parois épaisses, masse intrakystique), un prélèvement doit être proposé sous la forme d'une microbiopsie en première intention [23, 27]. Si techniquement le prélèvement se révèle difficile, une biopsie chirurgicale pourra alors être discutée.

5.4. Lipome

Le lipome est une tumeur bénigne, à croissance lente, mésoenchymateuse primaire qui représente 4 % à 5 % de toutes les tumeurs bénignes dans le corps. La fréquence des lipomes dans la population générale est de 1 à 2,1/1000. En cas de lipome mammaire, on retrouve une stabilité ou une disparition de la lésion dans 77 % et 21 % des cas, respectivement. Après exérèse chirurgicale, il n'est pas décrit de récurrence locale après un suivi allant jusqu'à 3 ans. En cas de lipome mammaire et d'absence de discordance clinico-radio-histologique, il n'est pas recommandé d'exérèse chirurgicale. Il n'est pas possible d'émettre des recommandations sur la surveillance d'un lipome [22].

5.5. Tumeurs malignes

En présence d'un syndrome de masse non inflammatoire du sein, aucun signe clinique ne permet d'éliminer formellement un cancer. Une double évaluation par mammographie et échographie est recommandée dans l'exploration d'un syndrome de masse clinique. La biopsie percutanée a une meilleure sensibilité et spécificité pour le diagnostic de cancer que la cytoponction [28].

6. Traitement

6.1. Buts

- Soulager les symptômes
- Réaliser une exérèse complète de la lésion, de manière à éviter la récurrence et à obtenir une analyse anatomopathologique de tout le tissu tumoral ;
- Réaliser un geste le plus discret possible de manière à ne pas abîmer le sein par une exérèse trop large ou par une cicatrice disgracieuse.

6.2. Moyens

6.2.1. Médicaux

Dans le fibroadénome aucun traitement médical efficace n'a été démontré.

Cependant, on peut prescrire:

- les antalgiques;
- les AINS;
- les progestatifs macrodosés.

6.2.2. Chirurgicaux [29]

6.2.2.1. Type d'anesthésie

Dans la majorité des cas, cette intervention est effectuée sous anesthésie générale.

6.2.2.2. Instrumentation

Même si un matériel spécifique pour la chirurgie du sein n'est pas obligatoire, des boîtes à composition adaptée au sein paraissent souhaitables et permettent de pratiquer tous les types de chirurgie sénologique.

6.2.2.3. Voies d'abord

Les voies d'abord au niveau du sein peuvent être directes ou indirectes, cachées ou non cachées. La chirurgie bénigne a pour but d'enlever le plus facilement possible la tumeur avec une rançon cicatricielle le plus minime possible.

De nombreuses incisions sont décrites (fig 12) : péri-aréolaire, radiée, circulaire, sous-mammaire, axillaire.

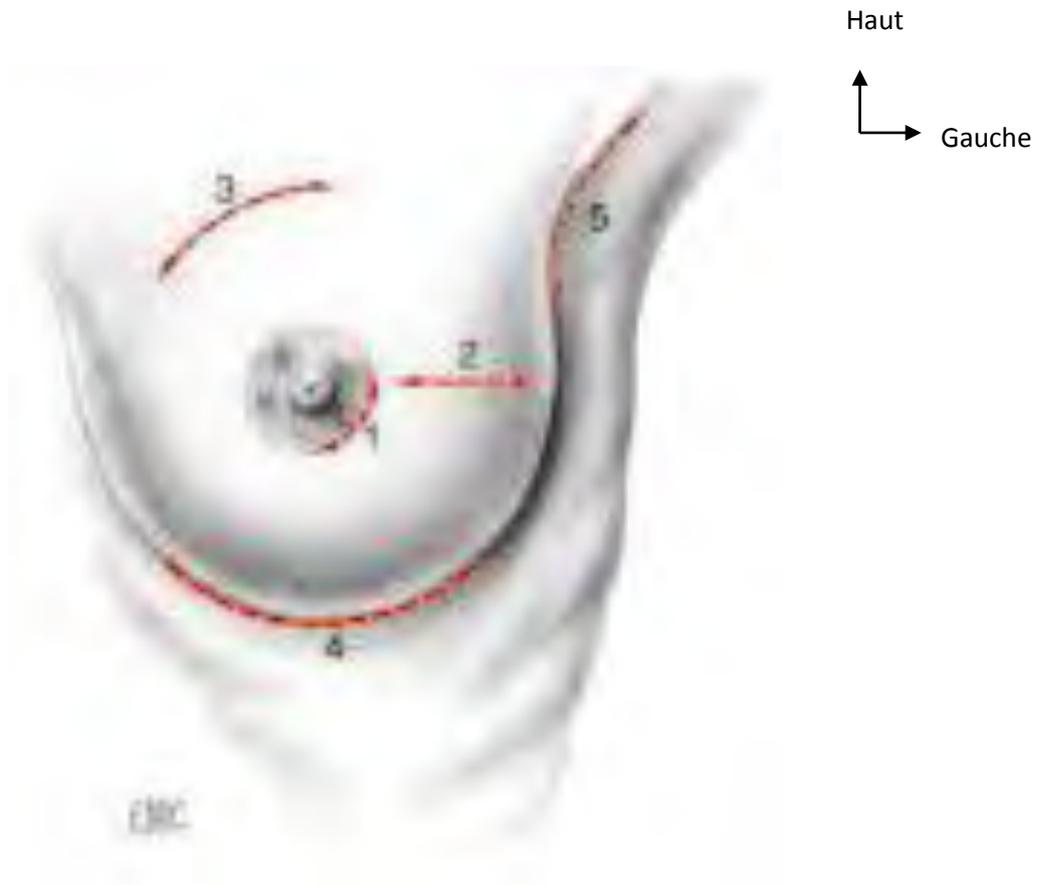


Figure 12: Types d'incision. 1. Périaréolaire ; 2. radiée ; 3. circulaire ; 4. sous-mammaire; 5. axillaire.

➤ **Incisions périaréolaires**

Même si ce ne sont pas les plus simples, ce sont les voies d'abord les plus fréquentes pour la chirurgie bénigne. L'abord obtenu est relativement limité. On décrit plusieurs types d'incisions périaréolaires.

- **Incision périaréolaire simple**

Il s'agit d'une incision circulaire pratiquée 1 mm en dedans de la limite entre l'aréole (de couleur brunâtre) et le plan du sein (plus clair). Nous réalisons l'incision en regard du territoire tumoral. Sa longueur ne doit pas dépasser la

demi-circonférence aréolaire. Au-delà, elle n'améliore pas la voie d'abord mais s'expose à un risque de nécrose aréolaire par une insuffisance vasculaire.

- Avantages

L'incision, de l'ordre de 3 à 7 cm. Peu ou pas visible après 6 mois, elle présente un intérêt esthétique évident.

- Inconvénients

Elle est difficile et inadaptée pour l'ablation des lésions à plus de 4 cm de l'aréole ou pour celles d'un volume important. Des propositions d'amélioration ont été données à cette voie périaréolaire permettant de l'agrandir. Plusieurs variantes sont décrites.

- Incision périaréolaire avec agrandissement distal (fig 13)

L'agrandissement est réalisé aux extrémités de l'incision aréolaire par un refend (fig 13) perpendiculaire de 1 à 2 cm. Ceci permet d'améliorer l'abord chirurgical. La cicatrice est un peu plus visible.

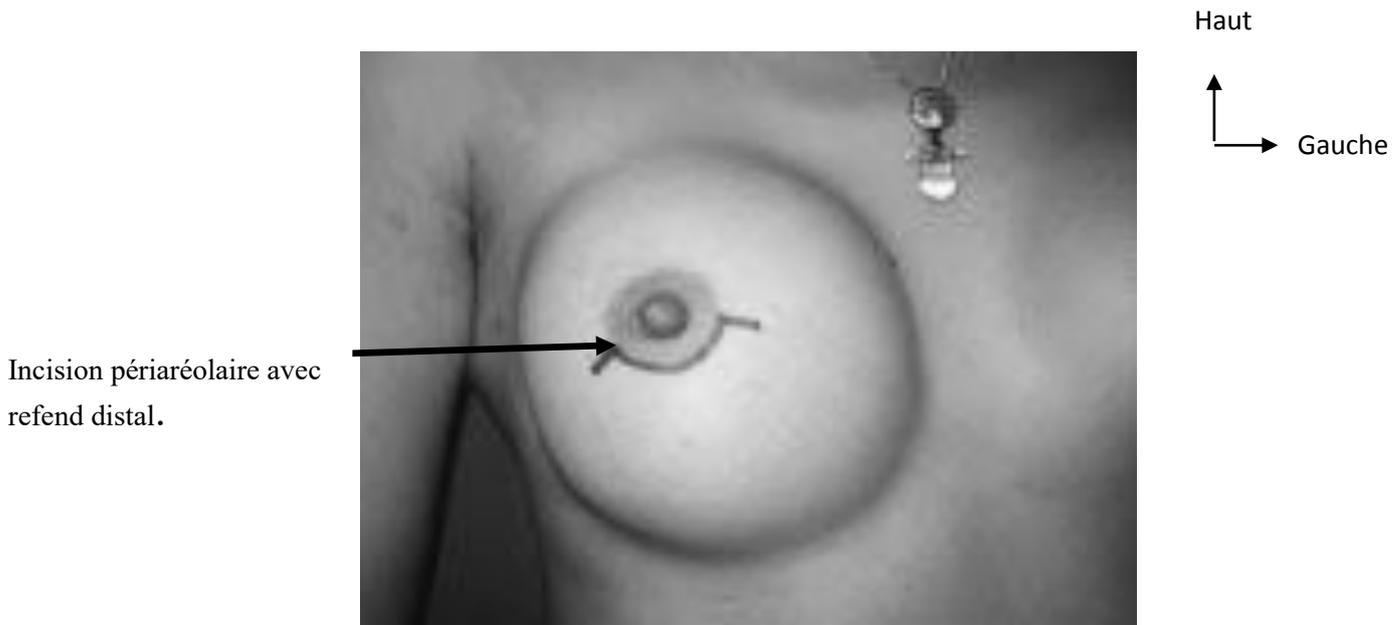


Figure 13: Incision périaréolaire avec refend distal.

- Incision périaréolaire avec refend médian radié (fig 14)

Le refend radié est initié au milieu de l'incision périaréolaire et s'étend sur 1 à 3 cm. Cette incision représente notre voie d'abord préférée car elle améliore beaucoup l'exposition, elle ne déforme pas le sein, est peu visible donc très esthétique.

Toutefois, le refend doit être limité à 3 cm pour ne pas perdre l'intérêt esthétique.

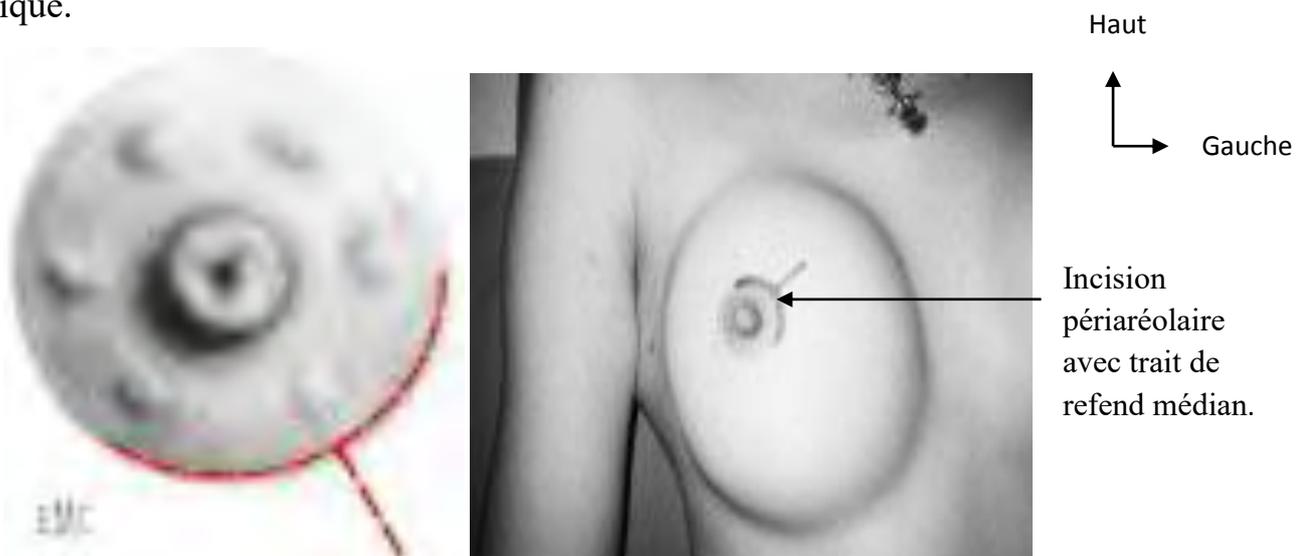


Figure 14: Incision périaréolaire avec trait de refend médian.

➤ **Incision radiaire (fig 15)**

C'est l'incision la plus classique de la chirurgie du sein. Elle peut être utilisée selon tous les rayons du sein, dans les quatre quadrants. Elle permet un abord direct, autorisant un agrandissement et est techniquement facile. En revanche, elle reste relativement visible en particulier dans le quadrant supéro-interne. Elle a tendance à déformer le sein dans les quadrants supéro-externes, surtout si la cicatrice se rapproche de l'aréole ou la rejoint. Elle déforme moins le sein que la cicatrice circulaire dans les quadrants inférieurs.

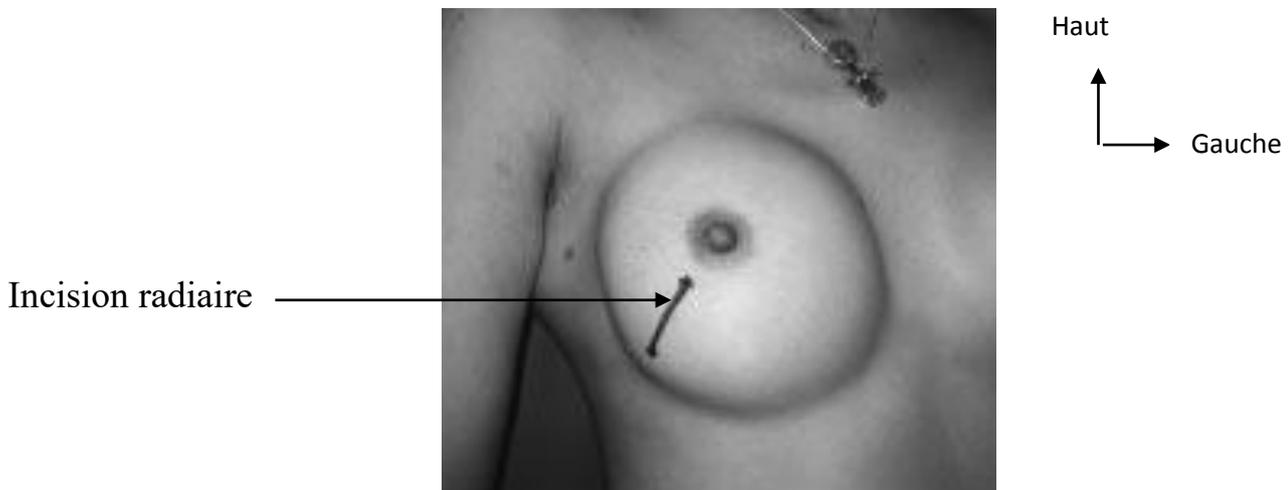


Figure 15: Incision radiaire

➤ **Incision circulaire (fig 16)**

Elle est aussi extrêmement utilisée, surtout pour les quadrants supérieurs. Elle permet un abord direct et peut être agrandie. Elle est techniquement facile et n'entraîne pas de déformation du sein dans les quadrants supérieurs. En revanche, elle engendre des déformations fréquentes et importantes dans les quadrants inférieurs.

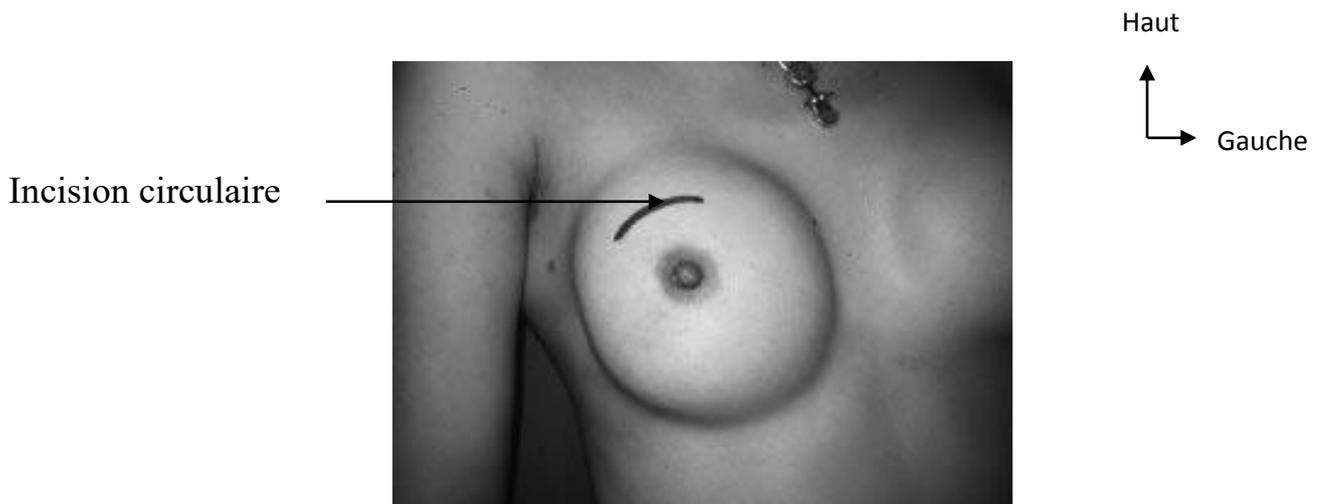


Figure 16: Incision circulaire

➤ **Incision sous-mammaire (fig 17)**

Il s'agit d'une très bonne incision car elle associe plusieurs avantages :

- elle est relativement cachée surtout sur les seins légèrement ptôses ;
- elle peut être agrandie facilement ;
- elle permet un abord large de la glande mammaire par voie postérieure.

Il faut éviter de la prolonger médialement car elle devient très visible et inesthétique.



Figure 17: Incision sous-mammaire

➤ Incisions axillaires

Incision axillaire verticale (fig 18): Elle est réalisée légèrement en arrière du bord externe du grand pectoral.

La cicatrice est relativement cachée.

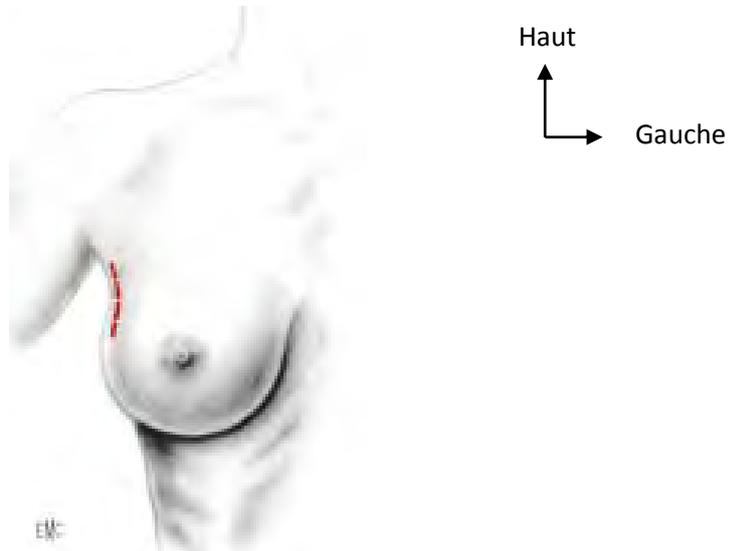


Figure 18: Incision axillaire verticale

Incision axillaire circulaire (fig 19): L'incision circonférencielle supéroexterne du sein est en général plus esthétique car elle ne déforme pas le sein et permet éventuellement un abord supéroexterne de la glande et axillaire.

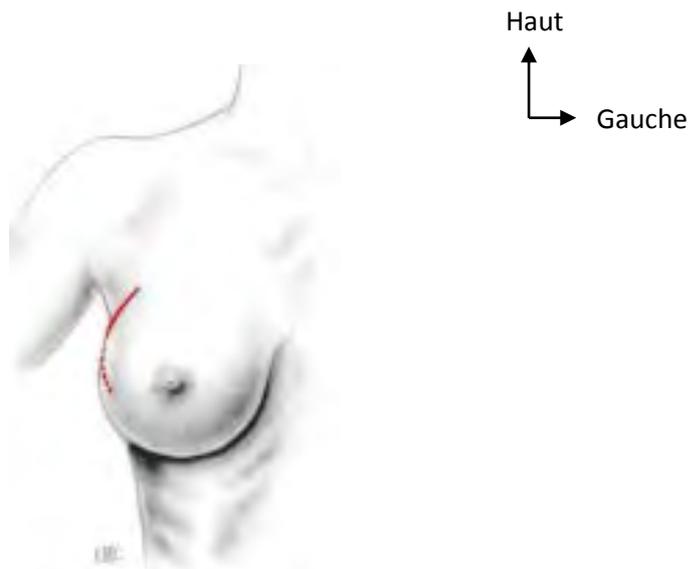


Figure 19: Incision axillaire circulaire

En résumé

1) Incisions à éviter (fig 20):

- axillaire débordant sur le sein
- radiaire externe atteignant l'aréole
- circulaire interne
- radiaire interne
- sous-mammaire interne
- circulaire inférieure

2) Incisions à Réaliser plutôt (fig 21):

- axillaire verticale
- axillaire circulaire
- circulaire quadrant supéroexterne
- périaréolaire (surtout pour quadrant interne)
- radiaire pour les quadrants inféroexterne et inféro-interne
- sous-mammaire pour le territoire inférocentral

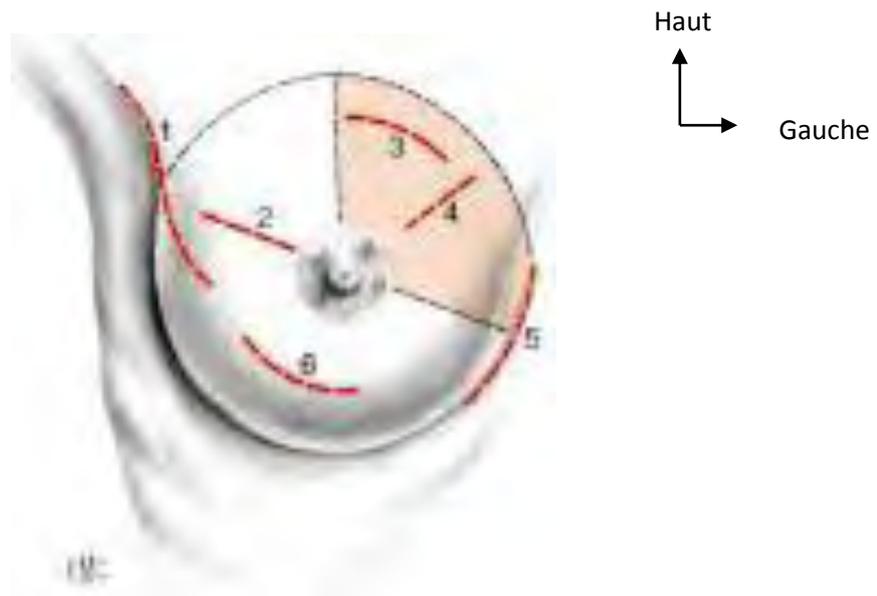


Figure 20: Incisions à éviter. 1. Axillaire débordant le sein ; 2. Radiaire externe atteignant l'aréole ; 3. Circulaire interne ; 4. Radiaire interne ; 5. Sous-mammaire interne ; 6. Circulaire inférieure.

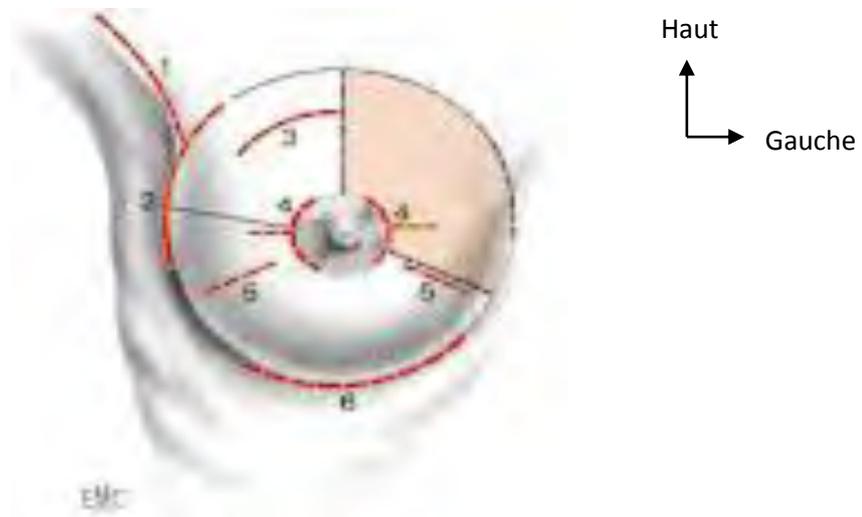


Figure 21: Incision à recommander. 1. Axillaire verticale ; 2. Axillaire circulaire ; 3. Circulaire quadrant supéroexterne ; 4. Périaréolaire surtout pour quadrant interne ; 5. Radiaire inféroexterne ou interne ; 6. Sous-mammaire .

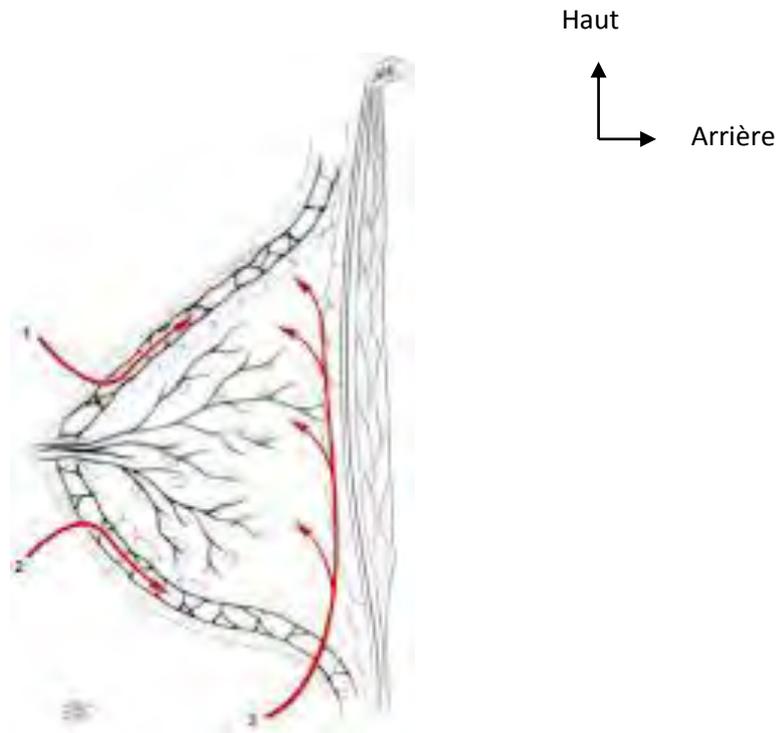


Figure 22: Voies d'abord du sein. 1,2. Sous-cutanée ; 3. Postérieure.

On peut progresser dans le sein au niveau de deux voies : sous-cutanée et rétromammaire (fig 22).

➤ **Voie sous-cutanée**

La première est une voie sous-cutanée. Elle se trouve entre la glande mammaire et la peau, dans l'espace grasseux enchâssé par les crêtes de Duret. Elle permet une progression facile et relativement exsangue puisqu'elle s'insinue entre les deux réseaux vasculaires superficiels. Elle rend possible un grand décollement, ce qui autorise un abord tumoral indirect, à partir d'une incision périaréolaire par exemple. Cette voie doit être utilisée au maximum dans toute la chirurgie du sein.

➤ **Voie rétromammaire**

C'est la deuxième voie de pénétration du sein. Elle est surtout utilisée à partir de l'incision sous-mammaire ou axillaire. Elle permet un large décollement entre la glande et la face supérieure du grand pectoral. Elle autorise l'abord par la face postérieure du sein de toutes les tumeurs mammaires. C'est une voie de choix

car elle est pratiquement exsangue. Ce décollement est facile et permet aussi les abords endoscopiques du sein.

Dans tous les cas, ces deux voies de pénétration du sein sont celles qui permettront ensuite l'abord réel de la glande et les incisions transglandulaires jusqu'à la tumeur.

6.2.2.4. Gestes

- Tracter le plan cutané au zénith favorisant son décollement superficiel à travers les crêtes de Duret.
- Décollement aux ciseaux, bien au-delà de l'aire tumorale. L'espace de décollement décrit ainsi un triangle dont le sommet est l'incision cutanée et dont la base se situe au-delà de la tumeur.
- L'hémostase doit être soigneuse.
- Vérifier au doigt que le décollement est suffisant pour accéder à la tumeur.
- Placer un fil transtumoral ou une pince à champ afin d'exercer une traction sur le nodule. Les berges cutanées sont refoulées par des écarteurs de Farabeuf. La simple énucléation est suffisante.
- Exérèse à marge étroite au ciseau type Mayo.
- Contrôler la qualité de l'hémostase.
- Fermeture en un ou deux plans.
- Pansement.

6.2.2.5. Complications

Per-opératoires:

Saignement per opératoire qui est contrôlé par une bonne hémostase soit par coagulation au bistouri électrique ou par du fil résorbable.

Postopératoire précoces:

Toutes les complications communes à la chirurgie :

- Douleur: traitée par l'administration d'antalgique.
- Hématome: traité par une évacuation de l'hématome suivi d'une bonne hémostase.

- Infection de la plaie opératoire: traitée par l'administration d'une antibiothérapie.

Postopératoires tardives:

- Perte de la sensibilité de l'aréole;
- Fonctionnelles: Lésions des canaux galactophores découvertes en cas d'allaitement.
- Esthétiques: Asymétrie surtout si lésion de taille importante ce qui nécessite une symétrisation;
- Rétraction de l'aréole;
- Déformation du sein;
- Chéloïde.

6.2.3. Soutien psychologique

6.3. Indications [8, 22, 29]

- Un soutien psychologique est proposé à toutes les malades.
- En l'absence de traitement, un fibroadénome peut garder la même taille, diminuer de taille ou augmenter de taille dans 55 %, 37 % et 8 % des cas, respectivement.
- Les douleurs sont soulagées parfois par une simple réassurance. Un discours rassurant du praticien ayant conduit les explorations est recommandé.
- il est possible de proposer le port d'un soutien-gorge de type brassière pour diminuer les mastodynies.
- Les AINS en gel ont montré leur efficacité dans le traitement des mastodynies.
- La progestérone. : Les progestatifs macrodosés, largement utilisés en pratique quotidienne, montrant une amélioration des mastodynies.
- En cas de diagnostic de fibroadénome à la biopsie percutanée, une biopsie histologiquement discordante par rapport au contexte clinico-radiologique, ou associant des lésions complexes ou prolifératives ou d'atypie, un antécédent

familial de cancer, il semble légitime de discuter la prise en charge en réunion de concertation multidisciplinaire.

- Les techniques d'exérèse ou de destruction percutanées ont été décrites et sont associées à un résultat esthétique satisfaisant et à une bonne satisfaction des patientes.

- **Chirurgie**

➤ **Incision péri-aréolaire:** permet un abord facile pour toute lésion située en dessous de l'aréole ou à 3-4 cm de celle-ci.

- Incision périaréolaire avec agrandissement distal : autorise l'ablation de tumeurs plus volumineuses et plus périphériques (jusqu'à 6 cm de l'aréole).

- Incision périaréolaire avec refend médian radié: permet la chirurgie des tumeurs bénignes jusqu'à 7-8 cm de l'aréole. Elle est surtout intéressante pour les tumeurs du quadrant supéro-interne car les incisions radiaires ou circulaires y sont très visibles et inesthétiques.

➤ **Incision radiée :** Sa meilleure indication est l'abord de lésions situées à la limite des quadrants supérieurs et inférieurs.

➤ **Incision circulaire:** Elle est bien adaptée à la chirurgie des quadrants supéro-externes et supéro-internes quand la voie péri-aréolaire ne peut être utilisée.

➤ **Incision sous-mammaire :** Elle est utilisée de façon préférentielle pour toutes les tumeurs situées dans la partie inférieure du sein. On peut l'utiliser facilement pour les tumeurs volumineuses.

➤ **Incisions axillaires:**

- Incision axillaire verticale: Cette incision ne peut être utilisée que pour les tumeurs très externes du quadrant supéro-externe et pour les tumeurs à la base du creux axillaire. Elle peut être utile pour la pose de prothèses.

- Incision axillaire circulaire: permet éventuellement un abord supéro-externe de la glande et axillaire.

6.4. Résultats

6.4.1. Modalités de surveillance

Les données épidémiologiques ne permettent pas d'apporter des recommandations spécifiques quant au suivi des patientes avec un fibroadénome simple [7].

La surveillance postopératoire des patientes ayant bénéficié de tumorectomie pour fibroadénome mammaire est clinique et paraclinique.

Clinique:

Examen clinique bien mené pour :

- rechercher une déformation du sein, rétraction mamelonnaire;
- vérifier la qualité de la cicatrisation et l'aspect de la cicatrice;
- examiner la sensibilité du mamelon;
- rechercher une douleur;
- rechercher une masse et la caractériser.

Paraclinique:

Un examen paraclinique à type d'échographie mammaire ou de mammographie, n'est indiqué pendant les premiers 6 mois que s'il y a un signe d'appel ou une complication.

6.4.2. Résultats esthétiques et fonctionnels

Les séquelles du traitement conservateur peuvent associer, à des degrés divers, les déformations élémentaires suivantes : asymétrie mammaire, amputation de la plaque aréolomamelonnaire, rétraction cicatricielle et altérations cutanées, déformations et désorientations aréolomamelonnaires, aboutissant à des déformations mineures, voire majeures du sein. Il faut également prendre en compte l'existence de troubles sensitifs après traitement conservateur à type d'hypoesthésies, de dysesthésies ou de réelles douleurs. Ce type de chirurgie peut également entraîner des séquelles psychologiques par atteinte de l'intégrité corporelle, de la féminité, et de la sexualité [30].

**DEUXIEME PARTIE :
NOTRE TRAVAIL**

1. CADRE D'ÉTUDE

Notre étude a été réalisée à L'institut Joliot-Curie de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

1.1. Vocation de la structure

L'institut Joliot-Curie de Dakar a une triple vocation de soins, d'enseignements et de recherche.

- Les soins

L'institut est au sommet de la pyramide sanitaire dans la prise en charge des cancers en général. Il est pratiqué en moyenne 3500 consultations par an dont la majeure partie relève de pathologies tumorales ayant motivé leur évacuation à partir des structures périphériques, des services hospitaliers, des autres hôpitaux régionaux et des pays limitrophes (les deux Guinées, la Mauritanie, le Mali, la Gambie et les Iles du Cap-Vert).

- L'enseignement

Il relève de ses attributions universitaires sur la formation des médecins en spécialisation en oncologie et des étudiants en médecine.

- La recherche

Elle est motivée par l'amélioration de la prise en charge et la prévention des cancers au Sénégal et dans la sous-région.

1.2. Les infrastructures

La structure compte 25 lits d'hospitalisation avec trois unités :

- une unité chirurgicale à vocation essentiellement gynéco-mammaire, digestive et les pathologies des parties molles ;
- une unité de chimiothérapie avec 7 lits et 26 fauteuils;
- une unité de radiothérapie avec un accélérateur de particules;
- une salle d'opération dédiée à la petite chirurgie;
- une salle opératoire au niveau du bloc opératoire central;



Figure 23: Bloc opératoire de petite chirurgie de l'Institut Curie

1.3. Le personnel

Il est composé de :

- 2 Professeurs titulaires et 1 Professeur Assimilé
- 2 Maitres de conférence titulaire et 1 maitre de conférences Assimilé;
- 2 praticiens hospitaliers ;
- 2 internes des hôpitaux ;
- 25 médecins en cours de spécialisation ;
- 6 physiciennes et techniciens supérieurs en imagerie médicale ;
- 12 infirmiers;
- 4 garçons de salle ;
- 3 agents sanitaires ;
- 3 secrétaires.

2. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude était d'étudier la technique d'incision pour abord chirurgical du sein dans le traitement chirurgical des fibroadénomes dans notre pratique courante et d'évaluer leurs résultats.

3. PATIENTS ET MÉTHODES

3.1. Type de l'étude

Notre travail est une étude transversale, descriptive et analytique, portant sur des patientes suivies à l'institut Joliot Curie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar entre avril 2016 et avril 2017.

3.2. Critères d'inclusion

Etaient incluses des patientes chez qui le diagnostic de fibroadénome du sein était retenu sur un trépied diagnostique clinique, à l'imagerie et cytologique et qui étaient âgées de moins de 30 ans.

3.3. Critères d'exclusion

Nous avons exclu de notre étude :

- les patientes allaitantes;
- une taille tumorale inférieure à deux centimètres;
- les patientes présentant un trépied discordant ;
- les patientes ayant eu un traitement autre que la biopsie exérèse chirurgicale.

3.4. Les paramètres étudiés

Il s'agissait :

- des caractéristiques épidémiologiques;
- des antécédents personnels de pathologie mammaire;
- des antécédents familiaux de cancer gynéco-mammaire,

- du délai diagnostique ;
- du motif de consultation;
- des signes cliniques et paracliniques de la tumeur mammaire;
- des traitements reçus: type d'incision réalisé à la chirurgie d'exérèse;
- et du suivi dont les complications, la cicatrisation et les résultats esthétiques à 3 et à 6 mois.

3.5. Méthodes de recueil

Toutes les données ont été recueillies et transcrites sur une fiche d'exploitation précisant les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et le suivi postopératoire, et figurant aux annexes (Annexe 1).

3.6. Méthodes d'analyse

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Epi Info version 7.1.1.14.

Les variables quantitatives ont été analysées en déterminant le minimum, le maximum et la moyenne. Quant aux variables qualitatives, elles ont été analysées en déterminant la fréquence et le pourcentage.

Les figures et tableaux ont été réalisés avec Microsoft Office Excel.

3.7. La conduite de la chirurgie

-L'anesthésie

La démarche commence par un interrogatoire précis avec nos patientes, à la recherche d'une intolérance ou une contre-indication à l'administration du produit anesthésiant.

L'anesthésie locale était réalisée par infiltration de la xylocaïne 2%, ou chlorhydrate de lidocaïne avec des quantités égales au niveau :

- intra-cutané du site de l'incision (~3 ml),
- du trajet de la dissection (~3 ml),

- et au pourtour de la masse (~3 ml).

La dose administrée peut aller jusqu'à 10 ml sans la dépasser.

En cas de masse volumineuse, on fait une dilution de 10 ml du produit dans 10 ml de sérum salée isotonique 9 %.

Les patientes ayant de volumineuses tumeurs avaient bénéficié d'un scope.

Les paramètres de surveillance chez nos patientes étaient :

- L'état de conscience ;
- l'existence ou non de vertige ;
- la tension artérielle ;
- le pouls ;
- la fréquence respiratoire.

Un matériel complet de réanimation est toujours disponible lors de l'administration d'anesthésiques locaux.

L'anesthésie générale était faite au masque sans intubation de la patiente.



Figure 24: Infiltration de la xylocaïne 2%

-La tumorectomie

- Instrumentation:



Figure 25: Instruments utilisés dans la chirurgie du sein

- l'installation est identique à celle de la chirurgie mammaire non oncoplastique. badigeonnage et champage.
- L'incision:
L'incision est faite à la lame froide, et peut être complétée au bistouri électrique de manière à dégager le plan des crêtes de Duret.
- Les types d'incisions réalisées étaient comme suite:
Péri-aréolaire
Sillon sous mammaire
Radiaire
Arciforme
Axillaire arciforme

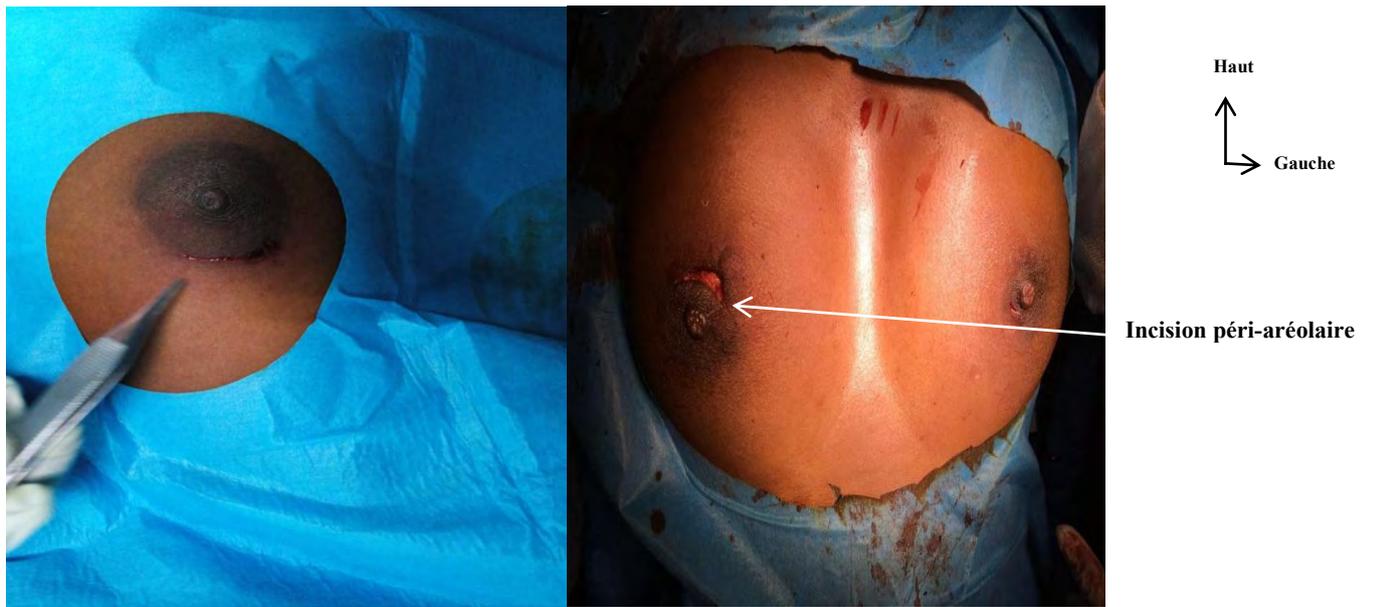


Figure 26: Incision péri-aréolaire



Figure 27: Incision arciforme



Figure 28: Incision au niveau du sillon sous mammaire

- L'exérèse:

Traction des berges permettent de tracter le plan cutané au zénith favorisant son décollement superficiel à travers les crêtes de Duret. Le décollement est mené aux ciseaux, bien au-delà de l'aire tumorale. L'espace de décollement décrit ainsi un triangle dont le sommet est l'incision cutanée et dont la base se situe au-delà de la tumeur.



Figure 29: Décollement superficiel aux ciseaux type Mayo

Après avoir vérifié au doigt que le décollement est suffisant pour accéder à la tumeur, une pince à champ serrée directement dans le nodule est placée afin d'exercer une traction. L'exérèse de la lésion débute alors sous traction. Les

berges cutanées sont refoulées par des écarteurs de Farabeuf. La simple énucléation est suffisante et nous réalisons habituellement une exérèse à marge étroite au ciseau type Mayo. La dissection est facilitée par la traction qui est le geste « clé » de ce temps opératoire.



Figure 30: Dissection du nodule facilitée par sa traction



Figure 31: Exérèse du nodule

Contrôle satisfaisant de la qualité de l'hémostase.



Figure 32: Fermeture

- La fermeture:

Le rapprochement sous cutané est fait par des points au vicryl 2/0.

La fermeture est réalisée soit par des points séparés au fil non résorbable 3/0, ou par un surjet intradermique au vicryl 3/0.

- Le pansement :

Le type de pansement réalisé: compressif.



Figure 33: Pansement

4. RESULTATS

4.1. Données épidémiologiques

4.1.1. L'âge

L'âge moyen de nos patientes était de 20,5 ans, avec des extrêmes de 14 et 27 ans. Cinquante-quatre pour cent de nos patientes étaient âgées entre 18 et 22 ans.

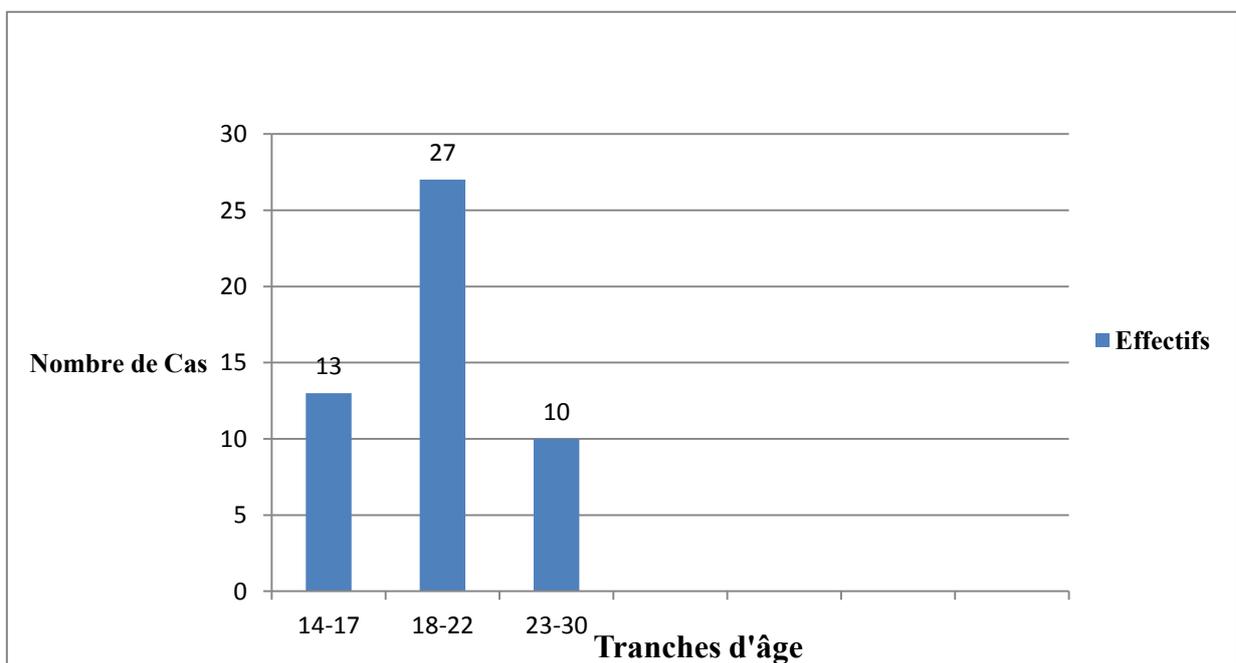


Figure 34: Fréquence des fibroadénomes de sein selon l'âge

4.1.2. Fréquence

Notre étude a porté sur 50 cas de fibroadénomes du sein sur une durée de 12 mois.

4.2. Antécédents

4.2.1. Gynéco-obstétricaux

- L'âge moyen des premières règles était de 14 ans;
- Il n'y avait pas de notion de contraception chez nos patientes;
- trois de nos patientes ont présenté un antécédent de fibroadénome mammaire;

- aucune de nos patientes ne présentait d'antécédent familial de pathologie mammaire.
- parmi nos patientes, 46 étaient nulligestes;
- la notion d'antécédent d'allaitement a été rapportée par 4 de nos patientes.

4.2.2. Antécédents chirurgicaux

Aucune de nos patientes n'a été opérée pour autre pathologie. Par ailleurs trois ont eu un antécédent de chirurgie mammaire pour fibroadénome mammaire.

4.3. Données cliniques

4.3.1. Délai diagnostique

Le délai diagnostique était, en moyenne de 15 mois avec des extrêmes de 1 et 60 mois.

4.3.2. Motifs de consultation

Le principal motif de consultation était représenté par le nodule mammaire (82%). Il était associé à une douleur chez 08 patientes (18 %).

Tableau I: Motifs de consultation

Motifs de consultation	Nombre	Pourcentage
Nodule mammaire	41	82
Nodule mammaire+ mastalgie	09	18
Total	50	100

4.3.3. Signes physiques

Les tableaux suivants résument les données de l'examen physique des seins :

Tableau II: Localisation

Masse mammaire	Nombre	Pourcentage
Droite	16	32
Gauche	24	48
Masses bilatérales	10	20

Le tableau suivant résume les données sur le nombre de nodules selon la localisation.

Tableau III: Nombre de nodules et la bilatéralité

Nombre de nodules		Fréquence	Pourcentage
unique		36	72
multiples	Unilatérales	4	8
	Bilatérales	10	20

Le tableau suivant résume les localisations des nodules selon les quadrants:

Tableau IV: Données sur la localisation du nodule dans le sein

	QSE	QSI	QIE	QII	UQS	UQE	UQInt	UQInf	PA
Sein D	13	4	5	3	3	2	0	0	0
Sein G	21	4	7	4	3	5	0	0	2

La localisation la plus fréquente des nodules était au niveau du sein gauche et préférentiellement au quadrant supéro-externe.

Le tableau suivant résume la répartition des nodules dans le sein selon leur taille :

Tableau V: Répartition selon la taille des nodules dans le sein

Taille	Nombre	Pourcentage
> 4 cm	3	4
<4 cm	73	96

La répartition selon la distance des nodules par rapport à l'aréole est présentée dans le tableau suivant :

Tableau VI: Répartition selon la distance des nodules par rapport à l'aréole

Distance par rapport à l'aréole	Nombre	Pourcentage
> 5 cm	10	13,2
<5cm	66	86,8

4.4. Données paracliniques

4.4.1. L'échographie

Une échographie mammaire avait été réalisée chez toutes nos patientes (100% des cas) et était en faveur de bénignité.

4.4.2. La mammographie

La mammographie n'avait pas été demandée chez nos patientes.

4.4.3. La cytologie de la masse

La cytologie a été demandée chez toutes nos patientes et n'avait montré aucun signe de malignité.

4.4.4. La biopsie percutanée de la masse

La biopsie percutanée n'a été demandée chez aucune de nos patientes.

4.5. Données thérapeutiques

- L'anesthésie:

Tableau VII : Type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Nombre de patientes	Pourcentage
Locale	48	96
Générale	2	4

- L'incision:

Les types d'incisions réalisées sont résumés dans le tableau VIII.

Tableau VIII: Types d'incision selon le siège de la masse

	Péri-aréolaire	Sillon sous mammaire	Radiaire	Arciforme	Axillaire arciforme
QSE	19	-	2	3	-
QSI	5	-	2	2	-
QIE	4	2	1	3	-
QII	4	2	-	-	-
UQS	6	-	-	-	-
UQE	1	-	5	-	-
PA	-	-	-	-	2

Tableau IX: Types d'incision selon leur fréquence

Type d'incision	Fréquence	Pourcentage
Péri-aréolaire	39	61,9
Sous mammaire	4	6,3
Radiaire	10	15,9
Arciforme	8	12,7
Axillaire arciforme	2	3,2

- La fermeture cutanée

Tableau X: Rapprochement et types de fermeture cutanée

	Fréquence	Pourcentage
Rapprochement sous cutané	50	100
Surjet intradermique	45	90
Points séparés	5	10

Aucune de nos patientes n'a bénéficié de drainage.

4.6. Complications

4.6.1. Complications de l'anesthésie

Pas d'intolérance à l'anesthésie notée.

4.6.2. Complications de la chirurgie

Tableau XI: Complications selon le type d'incision

Type d'incision	Complication	Nombre	Pourcentage
Péri-aréolaire	Hématome	1	2
Radiaire	Infection avec lâchage	1	2
Sous mammaire	-	-	-
Arciforme	-	-	-
Axillaire arciforme	-	-	-

Le suivi n'a noté aucun cas de complication post opératoire tardive.

4.7. Évaluation

4.7.1. A 3 mois

Les résultats de l'évaluation à 3 mois sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau XII: Contrôle à trois mois

Evaluation	Nombre de patientes	Pourcentage
Cicatrisation normale	47	94
Cicatrisation disgracieuse	3	6
Sensibilité de la PAM	Conservée	100
Rétraction du mamelon	0	0
Déformation du sein	0	0



Figure 35: Cicatrice chéloïdienne

4.7.2. A 6 mois

- **Existence d'une masse mammaire**

L'examen clinique était normal chez toutes nos patientes à 6 mois de l'intervention, on n'a pas noté de masse palpable ni d'écoulement.

On a noté des mastalgies chez deux patientes.

Aucune de nos patientes n'était allaitante, pas de séquelles fonctionnelles notées.

L'état psychologique de la plupart de nos malades était conservé.

COMMENTAIRES

1. Caractéristiques épidémiologiques

Le fibroadénome est le plus souvent découvert chez la femme jeune entre 20 et 30 ans, mais il existe en fait dans toutes les tranches d'âge [6]. L'âge moyen de nos patientes était de 20,5 ans, avec des extrêmes de 14 et 27 ans. La majeure partie de nos patientes se situe dans la tranche d'âge comprise entre 20 et 25 ans ce qui est superposable aux données de la littérature.

Il n'existe pas de données précises sur l'incidence des fibroadénomes dans la population générale. Dans une étude faite par Cant P J [31], le taux de survenue de fibroadénomes chez les femmes examinées dans les cliniques du sein était compris entre 7% et 13%, alors qu'il était de 9% dans une autre étude d'autopsies faite par Jaffin A E.[32] les fibroadénomes représentent environ 50% de toutes les biopsies du sein, et ce taux atteint 75% pour les biopsies chez les femmes de moins de 20 ans [33, 34].

Les fibroadénomes sont plus fréquents chez les femmes dans les classes socio-économiques supérieures et dans les populations à peau foncée (les mélanodermes). Il a été démontré que l'âge des ménarches, l'âge de la ménopause et le traitement hormonal, y compris les contraceptifs oraux, ne modifiaient pas le risque associé à ces lésions. L'âge moyen des ménarches dans notre étude était de 14 ans un résultat similaire à celui de la série de Kan et al [8].

Le modèle de croissance stromale dans un fibroadénome dépend de sa composante épithéliale: l'activité mitotique stromale s'est avérée plus élevée près de cette composante. Les fibroadénomes sont stimulés par les œstrogènes et la progestérone, ainsi que par l'allaitement pendant la grossesse et subissent des modifications atrophiques pendant la ménopause. Certains fibroadénomes ont des récepteurs et répondent à l'hormone de croissance et au facteur de croissance épidermique. [9]

À l'inverse, l'indice de masse corporelle et le nombre de grossesses à terme avaient une corrélation négative avec le risque de fibroadénome. Parmi nos

patientes, 46 étaient nulligestes; la notion d'antécédent d'allaitement a été rapportée par 4 de nos patientes .Il n'y avait pas de notion de contraception chez nos patientes.

En outre, la consommation de grandes quantités de vitamine C et le tabagisme étaient associés à une réduction du risque de fibroadénome.

Aucun facteur génétique n'est connu pour modifier le risque de fibroadénome. Cependant, certains chercheurs ont indiqué que les antécédents familiaux de cancer du sein chez des parents au premier degré étaient liés à un risque accru de développer ces tumeurs [9] aucune de nos patientes ne présentait d'antécédents familial de pathologie mammaire.

Trois de nos patientes ont présenté un antécédent de fibroadénome mammaire.

2. Données cliniques

Devant une tumeur bénigne du sein, il convient d'être très rigoureux quant à la démarche à adopter. L'interrogatoire et l'examen physique soigneusement menés restent obligatoires avant d'avoir recours à des examens complémentaires radiologiques ou anatomo-pathologiques [8].

Sur le plan clinique, les fibroadénomes peuvent être détectés par le patient ou le médecin lors de l'examen mammaire comme une masse bien délimitée, librement mobile et ferme, dont le diamètre est généralement inférieur à 3 cm [23]. Le fibroadénome, quand il est palpable, se traduit par un nodule arrondi ou ovalaire, bien limité, ferme, mobile, indolore le plus souvent. Il peut être stable dans le temps, grossir progressivement, plus rarement diminuer de taille [6]. Les tumeurs sont généralement solitaires mais peuvent être multiples (20%) [23].

Dans notre étude le nodule mammaire était le principal motif de consultation dans (82 %) des cas. L'association à une douleur a été marquée chez 08 patientes soit (18 %). Dans la série de Kane et al. [8] le principal motif de consultation était représenté par le nodule mammaire (94,5%). Elle était associée à une

douleur chez 40 patientes (18,2%). Foko [35] au Mali, avait retrouvé (91,9%) de nodule mammaire.

Le délai diagnostique dans notre étude était, en moyenne de 15 mois avec des extrêmes de 1 et 60 mois dont 51% des consultations au cours de la première année d'évolution de la maladie. Dans la série de Kane[8], La moitié des patientes (53%) avait consulté dans la première année avec des extrêmes de 1 semaine et 15 ans

Lutula [36] avait trouvé un peu moins (44,6%). Cela témoigne des efforts considérables de sensibilisation et de dépistage qui restent à faire dans des pays en développement afin de réduire les délais de consultation.

La survenue de tumeurs bénignes ne semble pas liée à la latéralité.

Dans notre série les masses étaient localisées préférentiellement au niveau du sein gauche (48 %) et préférentiellement le quadrant supéro-externe (44,7 %).

Les masses bilatérales étaient mises en évidence chez 20 % de nos patientes, un résultat superposable à celui de la littérature.

A l'examen clinique, Kane [8] avait retrouvé une masse mammaire dans 97,3% des cas : Le côté gauche était le plus atteint (49,5%). L'atteinte était bilatérale dans 8,2 % des cas. Des deux côtés, le quadrant supéro-externe était le plus touché (41,6%).

Lutula [36] avait rapporté 68,5% de localisation gauche alors que selon Foko [35], l'atteinte prédominait au sein droit (50,8%). Le quadrant supéro-externe est le siège de prédilection des tumeurs mammaires bénignes (40,6%) dans celle de Lutula [36].

De 10% à 16% des patientes atteintes de fibroadénomes multiples en ont deux ou quatre dans un seul sein, ce qui peut se présenter initialement ou être découvert sur plusieurs années. Contrairement aux femmes atteintes d'un seul fibroadénome, la plupart des patients atteints de fibroadénomes multiples ont des antécédents familiaux importants pour ces tumeurs. Un lien possible entre

les fibroadénomes multiples et les contraceptifs oraux a été proposé mais n'a pas encore été prouvé [9].

Les nodules uniques étaient mis en évidence chez (72 %) et multiples concernaient (28 %) des patientes.

Dans (96 %) des cas les nodules avaient une taille inférieure à 4 cm .

Dans la démarche diagnostique, même si certains aspects cliniques et radiologiques sont très évocateurs, le diagnostic doit être confirmé par l'anatomie pathologique (cytologie ou histologie). La cytologie peut être suffisante (en cas de triade cyto-radio-clinique concordante) si pratiquée par un opérateur expérimenté, mais en cas de doute il faut recourir à l'histologie. Plusieurs auteurs sont pour une confirmation histologique d'emblée et pour toutes [35, 36, 37].

3. Données paracliniques

La sonographie des seins est souvent utilisée pour le diagnostic des fibroadénomes.

Cette technique d'imagerie est très utile pour différencier les lésions solides des lésions kystiques. Cependant, les tentatives de corrélation entre les caractéristiques sonographiques des masses compatibles avec les fibroadénomes et les résultats pathologiques ont été décevantes. Il y a un certain chevauchement dans les critères échographiques pour fibroadénomes et pour le cancer du sein, et environ 25% des fibroadénomes apparaissent avec des marges irrégulières, ce qui peut impliquer que les lésions sont malignes. En outre, seulement 82% des fibroadénomes confirmés par biopsie ont été visualisés par échographie dans une étude [9, 38].

Le rendement de la mammographie chez les femmes jeunes est faible et son rôle dans le diagnostic des fibroadénomes est limité [9].

Une échographie mammaire avait été réalisée chez toutes nos patientes (100% des cas) et était en faveur de bénignité (ACR 1 ou 2). La mammographie n'avait pas été demandée chez nos patientes.

La mammographie était réalisée chez 36 patientes (16,3%) dans la série de Kane et al [8] et retrouvait une anomalie chez 34 d'entre elles (94,5%). Elle était couplée à une échographie chez 21 patientes (58,4%). L'échographie réalisée chez 145 femmes (65,9%) retrouvait une image solide dans 94,5 % des cas et une image kystique dans 5,5% des cas. La classification de l'American College of Radiology (ACR) des résultats radiologiques était précisée dans 84 cas avec 82,2% de classe ACR 1 ou 2 (Voir annexe 2).

Le diagnostic doit être confirmé par l'anatomie pathologique (cytologie ou histologie). La cytologie peut être suffisante (en cas de triade cyto-radio-clinique concordante) si pratiquée par un opérateur expérimenté, mais en cas de doute il faut recourir à l'histologie. Plusieurs auteurs sont pour une confirmation histologique d'emblée et pour toutes [35, 36, 37].

Deux techniques sont disponibles, la cytoponction à l'aiguille fine et la microbiopsie. Souvent opposées, elles présentent des avantages et inconvénients respectifs liés à leur technique et à l'analyse des échantillons respectifs [39].

La cytologie, a pour avantage d'être la méthode la plus simple et la moins onéreuse qui peut être mise en œuvre facilement.

L'autre avantage de la cytoponction réside dans la rapidité de la technique, les colorations nécessitant 30 minutes. Cela peut permettre de fournir un diagnostic le jour de la ponction. Certaines structures ont conçu autour de la cytoponction, des unités diagnostiques permettant dans la journée (diagnostic d'un jour) de réaliser la totalité des examens clinique, d'imagerie afin de pouvoir proposer une attitude thérapeutique in fine [40].

L'amélioration du matériel de biopsie en fait une technique presque aussi simple que la cytoponction, pouvant être réalisée durant ou dans les suites d'une consultation.

Associé au diagnostic clinique du fibroadénome, l'aspiration à l'aiguille fine (AAF) peut améliorer la sensibilité du diagnostic à 86% avec une spécificité de 76%, Ainsi, bien que la cytologie par aspiration puisse confondre les fibroadénomes avec d'autres lésions bénignes du sein, le diagnostic incorrect d'un processus malin est rare [9].

Dans la série de Kane, la cytoponction mammaire était réalisée chez (93,6%) des patientes. La cytologie retrouvait une hyperplasie épithélio-conjonctive bénigne chez 198 patientes (96,1%). Pour préciser la nature histologique, une biopsie et/ou une tumorectomie étaient réalisées chez 44 patientes (20%). A l'issue de cette exploration clinique et paraclinique, la pathologie dominante était représentée par le fibroadénome (86,3%) [8]. La pathologie tumorale bénigne était dominée par le fibroadénome et la maladie kystique [6]. Le même constat est fait par Lutula [36] au Mali avec 33,3% pour le fibroadénome et 27,8% pour les états fibrokystiques ; tandis que Diallo, en Guinée, rapporte 53,6% de fibroadénome [37].

La cytologie a été demandée chez toutes nos patientes et n'avait montré aucun signe de malignité.

La biopsie percutanée n'a été demandée chez aucune de nos patientes

L'efficacité diagnostique globale de ces trois modalités: à savoir l'examen manuel du sein, l'imagerie et la cytologie, est d'environ 70% à 80%, mais elles permettent une différenciation précise à 95% ($\pm 2\%$) de la lésion entre une lésion bénigne et maligne. Une période de suivi de 1 à 3 ans après le diagnostic du fibroadénome et l'exclusion du cancer du sein en utilisant les trois modalités peuvent améliorer la précision du diagnostic [9].

Les lésions étaient diagnostiquées après association d'un examen clinique, d'une échographie et d'une cytoponction; La combinaison de la cytologie avec les autres examens complémentaires apparaît donc nécessaire [7].

4. Traitement chirurgical

Comme les fibroadénomes sont des lésions bénignes du sein, on pourrait soutenir qu'elles ne doivent pas être excisées et qu'elles peuvent régresser spontanément. En outre, 30% des tumeurs du sein diagnostiquées comme fibroadénomes se révèlent postopératoires comme d'autres types de lésions bénignes [9].

- Les indications:

- devant une taille importante ou en augmentation rapide (>2 cm);
- devant une gêne mécanique (armature du soutien-gorge), gêne esthétique ("boule" située dans le décolleté) ou des douleurs;
- à la demande de la patiente, si le stress, l'angoisse de la surveillance ou les antécédents le justifient.

Dans la série de Kane [8], l'indication chirurgicale a été posée dans 16,8% des cas; le plus souvent pour des raisons de gros volume et pour des raisons liées à l'âge supérieur à 40 ans.

- L'installation

L'installation était celle de la chirurgie du sein non oncoplastique.

- L'anesthésie:

L'anesthésie générale était effectuée chez deux patientes soit (4 %) dont la taille de la tumeur était supérieure à 4 cm;

Chez 48 de nos patientes soit 96 % la tumorectomie était sous anesthésie locale. Ce type d'anesthésie n'a pas été très efficace, avec l'installation rapide de douleur surtout chez les patientes avec des lésions multiples, ce qui a causé à la fois un retentissement psychologique chez ces dernières, et un inconfort du chirurgien lors de sa pratique.

La procédure dans la série de Kong [41] a été réalisée sous anesthésie générale.

- l'incision

Lorsque la chirurgie est jugée nécessaire, il faut alors relever deux défis a priori contradictoires [29] :

- réaliser une exérèse complète de la lésion, de manière à éviter la récurrence et à obtenir une analyse anatomopathologique de tout le tissu tumoral ;
- réaliser un geste le plus discret possible de manière à ne pas abîmer le sein par une exérèse trop large ou par une cicatrice disgracieuse.

En préopératoire, il est indispensable de bien repérer la lésion palpable par un tracé de ses contours à l'aide d'un crayon dermique. Ce tracé doit avoir lieu debout, de même que le tracé de l'incision de façon qu'elle soit la plus discrète possible en tenant compte de la position naturelle du sein [29]. Il est impératif de contrôler les dessins en position allongée. Cette précaution permet de vérifier que la tumeur reste techniquement accessible par les tracés choisis, car le décubitus peut majorer la distance tumeur-tracé [29].

Cette méthode ne fait pas partie de notre pratique courante.

L'incision péri-aréolaire était l'incision la plus pratiquée dans 61,9 % des cas de notre série, ce qui concorde avec les résultats de la littérature.

Dans la littérature, pour satisfaire au mieux les impératifs esthétiques, la SFSPM interdit la pratique d'incisions radiées ou circulaires dans le cas des fibroadénomes[29].

Elle s'astreint à n'utiliser que trois types d'incisions :

- périaréolaire avec éventuel refend ;
- sous-mammaire ;
- circulaire axillaire.

Cette limitation impose des décollements sous-cutanés étendus qui sont invisibles en postopératoire mais empêchent une chirurgie sous simple anesthésie locale. Le choix de privilégier la discrétion de la cicatrice est fait, même si cela implique le plus souvent une chirurgie sous anesthésie générale [29].

Certaines études ont précédemment montré qu'il n'y avait pas de différence entre une incision périaréolaire et une incision directe en ce qui concerne la durée de la chirurgie ou l'ampleur du saignement [42, 43]. Cependant, d'autres études ont

indiqué l'inverse, indiquant qu'une résection par une incision périaréolaire nécessite plus de temps (~ 2 min) et entraîne davantage de saignements (~ 10 ml) par rapport à la méthode chirurgicale traditionnelle. Bien que ce résultat soit corroboré par des statistiques, il n'a guère d'importance pratique en pratique clinique selon Kong [41].

Il a déjà été signalé qu'une incision périaréolaire ne convient pas lorsque le diamètre de la tumeur est supérieur à 5 cm ou lorsque la distance entre la tumeur et l'aréole est supérieure à 3–4 cm, car l'opération entraînerait des lésions importantes des canaux lactifères [41]. Cependant, dans les cas actuels, une incision périaréolaire était utilisée même lorsque la distance entre la tumeur et l'aréole était de 7,5 cm pour assurer de bons résultats pour les patientes. Une incision périaréolaire a également été utilisée lors d'une mastectomie sous-cutanée avec de bons effets chirurgicaux [41].

Les incision qui ne devaient pas être réalisées par rapport aux nombre de patientes étaient de la façon suivante :

- une incision radiaire atteignant la PAM dans 2cas (4%);
- une incision radiaire dans le décolleté dans 4 cas (8 %);
- une incision arciforme interne et inférieure dans 2cas (4%);
- une incision sous mammaire trop interne dans 2 cas (4 %).

Les type d'incision qu'on ne devait pas faire étaient réalisés chez 10 patientes soit (20 %) des cas soit 15,9 % des incisions.

- L'exérèse:

L'exérèse est faite en respectant les étapes décrites dans la littérature.

Chez une patiente au moins, cette procédure n'avait pas été respectée, le décollement étant insuffisant, et la dissection étant faite en déchiquetant le tissu intra mammaire, ce qui pourrait causer des complications postopératoires à type d'hématome ou des séquelles fonctionnelles.

L'hémostase doit être soignée mais il ne faut pas redouter un décollement large car le réaccolement est toujours satisfaisant en postopératoire [29].

Il n'y avait pas de données concernant les berges à respecter dans la prise en charge chirurgicale des fibroadénomes mammaires [7].

- La fermeture

La perte de substance glandulaire, généralement peu importante, est comblée par simple adossement des berges à points simples par Vicryl®2/0.

Après l'exérèse, il s'agit de contrôler la qualité de l'hémostase [29].

La fermeture se réalise alors en un ou deux plans. Il est préférable de combler la cavité d'exérèse grâce à quelques points rapprochant les berges glandulaires.

Dans le corps, la cavité résiduelle nécessite généralement une fermeture par suture après le retrait du tissu. Pour les cavités résiduelles plus importantes et le saignement de la plaie, un tube de drainage doit être placé pour éviter les complications telles que l'hémorragie sous-cutanée et l'infection, pour limiter ainsi la durée du drainage aspiratif dont l'inconvénient majeur est le risque d'induire une adhérence du plan superficiel à la cavité d'exérèse avec déformation cutanée persistante [29]. Cependant, il a été rapporté que pour les patients ayant plus de tissus mammaires, la suture de la cavité résiduelle est plus difficile. Ainsi, si la cavité résiduelle était forcée de suture, cela provoquerait des changements d'apparence plus ou moins importants [41]. Dans la série de KONG [41] tube de drainage n'a été placé chez aucun des 153 patients. Au lieu de cela, la compression a été appliquée à l'aide de bandages. Cela a réduit l'exsudation de la zone chirurgicale et a contribué à la récupération du sein. Dans notre série aucune patiente n'a bénéficié de drainage [41].

Sur le plan cutané, une suture par points inversés de fils résorbables (Monocryl 4.0) est pratiquée, mais il est également possible de suturer au fil non résorbable le plus souvent par points séparés [29].

Le rapprochement sous cutané au vicryl 2/0 a été effectué chez toutes les patientes dont 3 ont bénéficié d'une fermeture par des points simples au fil non résorbable 3/0, deux avec des points Allgower, et le reste par un surjet intradermique au vicryl 3/0.

- Le pansement

Suzanne F [29] a recommandé que le pansement soit compressif et on applique fréquemment du Stéri-Strip et de la Biogaz sur la peau. La sortie est possible dans les 12-24 heures.

Chez nos patientes le pansement est gardé pendant 8 jours, la sortie se fait le même jour.

- Les résultats esthétiques

➤ L'incision péri-aréolaire était associée à plus d'insensibilité du mamelon mais à un meilleur résultat esthétique à 6 mois que l'incision directe selon une étude rétrospective portant sur 158 patientes [44], Pour les 153 patients d'une étude réalisée en chine, il n'y avait pas de cicatrices évidentes, à l'exception de 3 patients présentant une diathèse de la cicatrice. La satisfaction des patients était élevée à 98% [41]. Dans notre série la sensibilité était conservée avec un résultat esthétique satisfaisant.

➤ La technique de Round-Block a permis l'exérèse de lésions multiples (2-6) d'une taille moyenne de 2,2 cm(\pm 0,5 cm) avec 95 % de satisfaction des patientes selon une étude rétrospective portant sur 20 patientes effectuée par Lai [45].

Cette situation appelée polyadénomatoïse ou maladie polyadénomateuse présente chez moins de 5 % des patientes porteuses de fibroadénomes [24]. Il ne serait pas raisonnable de multiplier les voies d'abord pour pratiquer indépendamment l'exérèse de chaque localisation lésionnelle. On doit donc faire le choix d'une ou deux incisions, les plus économes possible [29], ce qui a été respecté dans notre étude.

- La voie d'abord dans le sillon sous-mammaire permet d'accéder à un maximum de territoires. De plus, la voie choisie doit permettre une éventuelle reprise chirurgicale en cas de récurrences (fréquentes dans les cas de polyadénomatoses). L'usage des techniques de chirurgie plastique est très intéressant car elles permettent d'exposer l'ensemble du sein en peropératoire [29].

Une de nos patientes avait bénéficié d'une exérèse de fibroadénome géant par incision sous-mammaire sans chirurgie de symétrisation. Le plus souvent, le volume tumoral déforme le sein. Toutefois, la peau conserve suffisamment d'élasticité pour que le sein retrouve son galbe et son volume initial après l'exérèse. Le recours à des techniques de chirurgie plastique est exceptionnel [29]. Chez des patientes ayant présenté une tumorectomie pour asymétrie mammaire en rapport à un fibroadénome géant, l'abord sous-mammaire était associé à la persistance d'une asymétrie mammaire postopératoire par rapport à une incision de mammoplastie de réduction selon une étude prospective randomisée portant sur 15 patientes [46].

- L'abord chirurgical par voie axillaire était associé à un résultat esthétique satisfaisant et à une grande satisfaction des patientes selon une étude rétrospective portant sur 50 patientes [47].

5. Complications

Une incision périaréolaire endommage davantage le tunnel sous-cutané et les glandes mammaires. Elle nécessite donc de se concentrer davantage sur les techniques chirurgicales, notamment l'exposition peropératoire, le saignement peropératoire et la fermeture de l'incision, sans quoi le risque de complications chirurgicales pourrait augmenter [41]. Sur les 153 patients, un seul (0,7%) a développé un hématome, tandis que 2 (1,3%) ont présenté une légère ischémie du mamelon.

Le suivi post opératoire a été marqué par la constatation d'un cas d'hématome et d'un cas d'infection avec lâchage de points de suture qui avait nécessité de garder le pansement pour 15 jours.

La prescription d'antibiotique est systématique dans notre contexte du fait du risque infectieux lié à la prise en charge en ambulatoire.

Le suivi n'a noté aucun cas de complication post opératoire tardive.

6. Evaluation

Nous avons évalué la cicatrisation à 3 mois et elle était normale chez 46 de nos patientes soit (92%).

Le seul inconvénient de l'incision périaréolaire en ce qui concerne l'apparence est la possibilité d'effondrement de la région du mamelon et de l'aréole.

Dans la série de Kong [41] 17,6% des seins ont développé un effondrement du mamelon.

L'effondrement et le défaut de la planéité sont les principales complications esthétiques de l'incision périaréolaire. Chez nos patientes pour des raisons génétiques, il s'y ajoute une plus grande fréquence de cicatrice chéloïde (4% dans notre série). Nous n'avons pas noté de troubles sensitifs de l'aréole. Cependant, ils peuvent exister jusqu'à l'ordre de 28% [41]. Au cours de leur suivi, il a été constaté que les patientes atteintes de paresthésie du mamelon se rétablissaient progressivement au fil du temps. Aucun dommage irréversible ne s'est produit.

Dans le cadre du suivi, l'examen clinique effectué à 6 mois de l'intervention était normal chez toutes nos patientes, sans noter de masse palpable. Par contre deux de nos patientes ont présenté des mastalgies.

On ne pouvait pas évaluer les séquelles fonctionnelles car aucune de nos patientes n'était allaitante.

Aucune affection de l'état psychologique suite à l'intervention n'a été notée, notre évaluation a montré une conservation de ce paramètre chez toutes nos patientes.

CONCLUSION

Les fibroadénomes sont la pathologie mammaire la plus fréquente chez la femme jeune. En règle générale, un traitement médical ne peut pas guérir la tumeur bénigne et la résection chirurgicale est le traitement le plus efficace et le plus complet.

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique, portant sur 50 patientes suivies à l'institut Joliot Curie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar entre avril 2016 et avril 2017 et présentant des fibroadénomes du sein, qui avaient bénéficié d'une biopsie excisée chirurgicale. Notre objectif était d'étudier les voies d'abord et les résultats esthétiques et fonctionnels dans la prise en charge chirurgicale des fibroadénomes du sein.

L'âge moyen de nos patientes était de 20,5 ans, avec des extrêmes entre 14 et 27 ans.

Parmi nos patientes, 54 % étaient âgées entre 18 et 22 ans.

Le principal motif de consultation était représenté par le nodule mammaire (82 %). Il était associé à une douleur chez 08 patientes (18 %).

Le délai diagnostique dans notre étude était, en moyenne de 15 mois avec des extrêmes de 1 et 60 mois.

Les masses étaient localisées plus fréquemment au niveau du sein gauche (48 %) et préférentiellement le quadrant supéro-externe (44,7 %).

Les masses bilatérales étaient mises en évidence chez 20 % de nos patientes.

Les nodules uniques étaient mis en évidence chez (72 %) et multiples concernaient (28 %) des patientes.

Dans (96 %) des cas les nodules avaient une taille inférieure à 4 cm.

L'imagerie et la cytologie étaient en faveur de bénignité chez toutes nos patientes.

L'incision péri-aréolaire était l'incision la plus pratiquée dans 61,9 % des cas.

Les types d'incision non recommandées étaient réalisés chez 10 patientes soit (20 %) des cas.

Aucune intolérance causée par l'anesthésie n'a été notée.

Notre pratique chirurgicale a été marquée par la constatation de complications postopératoires à type d'hématome chez une patiente (soit 2%) et d'un cas d'infection avec lâchage de points de suture (2%).

Le suivi n'a noté aucun cas de complication post opératoire tardive.

Le résultat esthétique dans notre série était satisfaisant avec une cicatrisation correcte chez 94% de nos patientes. La cicatrisation était disgracieuse chez 3 patientes (soit 6%).

Aucune de nos patientes n'a présenté de rétraction du mamelon.

La sensibilité de la PAM était Conservée chez toutes nos patientes.

Malgré que notre technique chirurgicale nous a rapporté une amélioration de la symptomatologie avec des résultats esthétiques satisfaisants; l'amélioration de celle-ci doit passer par:

- Discuter la prise en charge à la RCP;
- Privilégier l'anesthésie générale surtout pour les lésions multiples;
- Faire des dessins préopératoires de la lésion et de l'incision;
- Éviter de réaliser les types d'incision non recommandés;
- Respecter les règles de dissection;
- Privilégier le surjet intradermique pour les fermetures cutanées;
- Faire une surveillance rapprochée du malade en postopératoire ;
- Faire le suivi du malade dans un réseau de prise en charge des pathologies mammaires.

RÉFÉRENCES

[1] Sappey C.

Anatomie, physiologie, pathologie des vaisseaux lymphatiques.

Paris : Adrien Delahaye Librairie ; 1874. Éditeur.

[2] Berg J.W.

The significance of axillary node levels in the study of breast carcinoma.

Cancer 1955 ; 8(4) : 776–8.

[3] Mathes S.J., Nahai F.

Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps.

St Louis : Mosby ; 1982.

[4] Bartlett SP., JW May Jr., Yaremchuk MJ.

The latissimus dorsi muscle : a fresh cadaver study of the primary neurovascular pedicle.

Plast Reconstr Surg 1981 ; 67(5) : 631–6.

[5] Blondeel P.N., Arnstein M., Verstraete K., et al.

Venous congestion and blood flow in free transverse rectus abdominis myocutaneous and deep inferior epigastric perforator flaps.

Plast Reconstr Surg 2000 ; 106(6) : 1295–9.

[6] Levy L., Tristant H., Balleyguier C.

Pathologie bénigne du sein

Encyclopédie Médico-Chirurgicale (2003) 34-800-A-22

[7] Bendifallaha S., Canlorbea G.

Common benign breast tumors including fibroadenoma, phyllodes tumors, and papillary lesions: Guidelines

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 1017—1029

[8] Kane Gueye S. M., Gueye M., Thiam Coulibaly M., et al

Benign tumors of the breast in the department of senology at the University Hospital Aristide Le Dantec, Dakar (Senegal)

Pan African Medical Journal. 2017; 27:251

[9] Ron G., Yehuda S. , Ofer K.

Prise en charge des fibroadénomes du sein

J Gen Intern Med . Septembre 1998; 13 (9): 640–645.

[10] Garnier C.

Fibroadénome du sein : corrélation entre l’histologie et l’IRM dynamique.

Thèse Médicale. Paris, 1995, n°95PA060055.

[11] Treut Le.

ALes masthopaties bénignes.

Arnette Blackwell, Ed. 1995

[12] Tardivon A. , Guinebretiere J.M. , Dromain C.

Correlations radio histologiques en pathologie mammaire.

J radiol 2002 ; 83 :555-563

[13] Skaane P. , Engedal K.

Analysis of senographic features in the differentiation of fibroadenoma and invasive ductal carcinoma ,

American journal of Roentology 1998 ;170 :109-114

[14] Fornage B.D. , Lorigan J.G. , Andry E.

Fibroadenomas of the breast : senographic apperance.

Radiology 1989 ;172 :671-675

[15] Goldberg C Cole-Beuglet , Soriano R.Z. , Kurtz A.B. , et al.

Fibroadenomas of the breast : senography correlated with pathology in 122 patients.

American Journal of Radiology 1983 ;140 :369-375

[16] Ranchere V.

Cytopathologie mammaire.

Encycl. Méd. Chir 1998, 810-F-10 : 10p.

[17] Marson C.

Cytopathologie par ponction.

Masson ed 2001

[18] Zajdela A., Ghossein N.A., Pilleron J.P., Ennuyer A.

The value of aspiration cytology in the diagnosis of breast cancer. Experience at the Fondation CURIE.

Cancer, 1975, n° 35, p. 499-506..

[19] Rouesse J.

Tumeurs malignes du sein.

Rev. Pratique. Gynécol. Obstét 1995, 45.

[20] Sylvia H., Kobrunner H. , Schreer I.

Imagerie diagnostique du sein

Masson ed 2007 ; pages 19-96

[21] Kibil W., Hodorowicz-Zaniewska D., Kulig J.

Mammotome biopsy under ultrasound control in the diagnostics and treatment of nodular breast lesions - own experience.

Pol Przegl Chir. 2012 May;84(5):242-6.

[22] Lavouéa V., Fritel X., Antoined M., et al.

Benign breast tumors: Recommendations of Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) — Short text

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 1049-1064

[23] James Williams H. , MD

Cas éducatif: fibroadénome du sein

Acad Pathol . 2018 janvier-décembre; 5: 2374289518790926.

[24] Krishnamurthy S., Ashfaq R., Shin HJ. et al.

Distinction of phyllodes tumor from fibroadenoma: a reappraisal of an old problem.

Cancer 2000;90(6):342-9.

[25] Chauvet M.P., Jafari M., Lambaudie E., Giard S.

Benign tumors and complex lesions: Surgeon's point of view
28es journées de la SFSPM, Lille, novembre 2006 P: 355-359

[26] Ruiz-Tovar J., Reguero-Callejas M.E., Alaez A.B. et al.

Infiltrating ductal carcinoma and ductal carcinoma in situ associated with
mammary hamartoma.

Breast J 2006;12(4):368-70.

[27] Berg W.A., Campassi C.I., Ioffe O.B.

Cystic lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation.

Radiology 2003;227(1):183-91.

[28] Legendre G., Guilhen N., Nadeau C., et al.

Exploration d'un syndrome de masse clinique non inflammatoire du sein :
recommandations pour la pratique clinique

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44,
904-912

[29] Suzanne F., Emering C., Fernandez M., Gallot D.

Chirurgie des lésions bénignes du sein

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE 1999: 41-950

[30] Delay E. , Gosset J. , Toussoun G. , et al.

Séquelles thérapeutiques du sein après traitement conservateur du cancer du sein

Annales de chirurgie plastique esthétique Vol 53 - N° 2 avril 2008: 135-152

[31] Cant P.J. , Madden M.V. , Close PM, Learmonth et al.

Case for conservative management of selected fibro-adenomas of the breast.

Br J Surg 1987;74:857—9.

[32] Jaffin A.E.

Fibro-adenoma of the ovary with ascites and hydro-thorax (Meigs' syndrome).

J Mt Sinai Hosp N Y 1951;17:596-604.

[33] Schuerch C. , Rosen P.P. , Hirota T. , et al.

A pathologic study of benign breast diseases in Tokyo and New York.

Cancer 1982;50:1899-903.

[34] Onuigbo W.I.

Adolescent breast masses in Nigerian Igbos.

Am JSurg 1979;137:367-8.

[35] Foko I.

Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des tumeurs bénignes du sein au Mali, Bamako.

Bamako. 2003.

[36] Lutula S.

Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali, Bamako.

Bamako. 2008.

[37] Diallo M., Diallo S., Camara M., et al.

Les tumeurs du sein: épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et pronostic.

Médecine Afr Noire. 1996; 43(5): 298-301.

[38] Cale B.C. , Soriano R.Z., Kurtz A.B. , et al.

Le fibroadénome de la sonomammographie du sein était en corrélation avec la pathologie chez 122 patientes.

AJR. 1983; 140 : 369–75.

[39] Guinebretière J. M., Menet E., Briffod M.

Cytoponctions vs microbiopsies dans les tumeurs palpables. Pour qui, pour quoi?

Oncologie (2006) 8: 220–225

[40] Vielh P.

la cytoponction à l'aiguille fine a-t-elle encore des indications en 2006 ?

Imagerie de la femme(2005), 15: 199-200

[41] Kong X. ,Chen Xi. ,Jiang L. ,MaT. , et al.

Incision périaréolaire pour la prise en charge des tumeurs bénignes du sein

Oncol Lett . 2016 nov; 12 (5): 3259 à 3263.

[42] Chen XY.

Observation clinique de la chirurgie par une incision minimale autour de l'aréole mammaire dans le traitement de la tumeur bénigne des glandes mammaires.

Hebei Yixue. 2014; 20 : 777–780.

[43] Hu N.

Les effets cliniques de différents types de résection de fibromes mammaires.

Zhongguo Yiyao Daokan. 2013; 15 : 1135-1137.

[44] Liu X.F., Zhang J.X., Zhou Q., et al

Clinical study on the resection of breast fibroadenoma using two types of incision.

Scand J Surg 2011;100:147—52.

[45] Lai H.W. , Kuo Y.L. , Su C. , Chen C. , et al.

Round block technique is a useful oncoplastic procedure for multicentric fibroadenomas.

Surgeon 2014.

[46] Ugburo A.O., Olajide T.O., Fadeyibi I.O., et al.

Differential diagnosis and management of giant fibroadenoma: comparing excision with reduction mammo-plasty incision and excision with inframammary incision.

J PlastSurg Hand Surg 2012;46:354-8.

[47] Khan P.S., Hayat H., Hayat G.

Transaxillary approach with use of traction suture for excision of breast fibroadenoma: a new technique and its results.

Surg Innov 2012;19:NP10-3.

ANNEXE

Annexe 1

FICHE D'EXPLOITATION

1. Etat civil

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. Numéro de dossier | 5. Sexe |
| 2. Prénom | 6. Date de la première consultation |
| 3. Nom | 7. Numéro de téléphone |
| 4. Age (ans) | |

2. Antécédents

1. Antécédents gynéco-obstétricaux

- **Ménarches**
- **Gestité**
- **Âge de la première grossesse**
- **Parité**
- **notion d'allaitement**
- **grossesse en cours**
- **Contraception**
 - Oui Non Non précisé
- **Type de contraception**
- **Durée**
- **Âge de début**

2. Antécédents médicaux

- **HTA**
 - Oui Non Non précisé
- **Maladie vasculaire**
 - Oui Non Non précisé
- **Mastalgies**
 - Oui Non Non précisé

➤ **Thiouraye**

- Oui Non Non précisé

3. Clinique

1. Motifs de consultation

- Mastalgies
- Masse mammaire
- Ecoulement
- Autres

2. Signes cliniques

- Masse mammaire
 - Nombre:
 - Siège:
 - Taille:
 - Consistance:
 - Mobilité:
 - Sensibilité à la palpation:
 - Distance par rapport à l'aréole:
- Adénopathie:
- Durée d'évolution:

3. Paraclinique

➤ **Echographie**

• **Echo-structure :**

- Echogène: Hypo-échogène: Hyper-échogène:

• **Nombre:**

- **Siège:**
- **Taille:**
- **ACR:**
 - **Distance par rapport à l'aréole:**
 - **Cône d'ombre postérieure:**
 - **Axe transversal:**

➤ **Cytologie:**

- **Positive**
- **Négative**

➤ **Indication:**

- **Exérèse large:**

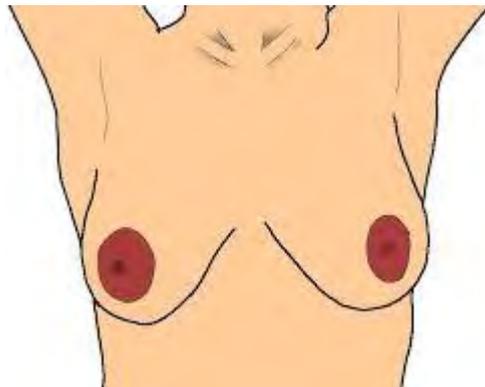
4. Traitement

1. Anesthésie

- **Locale**
- **Générale**

2. Chirurgie

➤ **Type d'incision**



➤ **Remodelage:**

- **oui**
- **non**

➤ **Rapprochement sous cutané**

- oui
- non

➤ **Type de fermeture**

- Points simples
- Surjet
- Algower

3. Complications

➤ **Anesthésie**

- Intolérance au produit

➤ **Chirurgie**

- **Complications précoces**

- Hématome
- Infection
- lâchage de sutures

- **complications tardives**

- sensibilité de la PAM
- rétraction du mamelon
- déformation du sein

4. Histologie:

- Dystrophie fibro-kystique
- Adénofibrome
- Tumeurs phyllodes de bas grade
- Autres

5. Evaluation

- A 3mois :

- Cicatrisation :
 - Correcte
 - Disgracieuse
- Chéloïde
- sensibilité de la PAM
- rétraction du mamelon
- déformation du sein

- A 6 mois :

- **Existence d'une masse mammaire:**

- Oui:
- Non:
- Non précisé:

- Localisation

- Histologie

- **sensibilité du sein**
- **séquelles fonctionnelles**
- **l'état psychologique de la malade**

6. Recul :

- Date de la dernière consultation:
- Devenir du malade

Annexe 2

CLASSIFICATION DES ANOMALIES MAMMOGRAPHIQUES

Classification des anomalies mammographiques de l'ACR (American College of Radiology)		
ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et attitude
ACR 0	Non classée car manquent les documents antérieurs	
ACR 1	Aucune anomalie	
ACR 2	<ul style="list-style-type: none">-Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)-Opacités ovales à centre clair (ganglion intramammaire)-Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie-Image de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome)	Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	<ul style="list-style-type: none">-Microcalcifications de type 2 après Le Gal en foyer unique ou multiple ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard-Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie	Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée
ACR 4	<ul style="list-style-type: none">- Microcalcifications de type 3 d'après Le Gal groupée en amas, ou de type 4 peu nombreuses-Images spiculées sans centre dense-Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué- Distorsion architecturale	Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification
ACR 5	<ul style="list-style-type: none">- Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal nombreuses et groupées- Amas de microcalcifications de topographie galactophorique- Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité	Forte probabilité de malignité
ACR 6	Lésion maligne « prouvée » par histologie	

RÉSUMÉ

Introduction

L'essentiel des études sur la pathologie mammaire concerne les cancers, mais la majorité des lésions mammaires est bénigne. Le but de ce travail était d'étudier les types d'incision et les aspects esthétiques dans la prise en charge chirurgicale des fibroadénome du sein, et d'analyser nos résultats afin d'apprécier notre prise en charge par rapport aux données de la littérature.

MALADES ET METHODES:

L'étude transversale portait sur 50 patientes suivies dans le service pour fibroadénome mammaire entre avril 2016 et avril 2017, ayant bénéficié d'une biopsie exérèse chirurgicale. Nous avons analysé les paramètres épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et les résultats esthétiques et fonctionnels.

RESULTATS :

Il s'agissait de 50 femmes avec un âge moyen de 20,5 ans. Le principal motif de consultation était représenté par le nodule mammaire (82%). Le délai diagnostique était en moyenne de 15 mois avec des extrêmes de 1 et 60 mois. Les masses étaient localisées plus fréquemment au niveau du sein gauche (48 %) et préférentiellement le quadrant supéro-externe (44,7 %). Les masses bilatérales étaient mises en évidence chez 20 % de nos patientes. Les nodules uniques étaient mis en évidence chez (72 %) et multiples concernaient (28 %) des patientes. Dans (96 %) des cas les nodules avaient une taille inférieure à 4 cm. L'imagerie et la cytologie étaient en faveur de bénignité chez toutes nos patientes. L'incision péri-aréolaire était l'incision la plus pratiquée dans 61,9 % des cas. Les types d'incision non recommandées étaient réalisés chez 10 patientes soit (20 %) des cas. Aucune intolérance causée par l'anesthésie n'a été notée. Notre pratique chirurgicale a été marquée par la constatation de complications postopératoires à type d'hématome chez une patiente (soit 2%) et d'un cas d'infection avec lâchage de points de suture (2%). Le suivi n'a noté aucun cas de complication post opératoire tardive. Le résultat esthétique dans notre série était satisfaisant avec une cicatrisation correcte chez 94% de nos patientes. La sensibilité de la PAM était Conservée chez toutes nos patientes.

Conclusion :

Le choix de l'incision décide du résultat esthétique ultérieur.

Mots-clés

Incisions; chirurgie; tumorectomie; fibroadénome.