

**LES SEINS SURNUMERAIRES DIAGNOSTIQUES A L'UPFR
D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES DU CHU JRA**
(*SUPERNUMERARY BREAST DIAGNOSED AT THE UPFR OF PATHOLOGICAL ANATOMY
AND CYTOLOGY OF THE UHC JRA*)

RANAIVOSON HVR¹, RANAIVOMANANA VF¹, ANDRIANTOKY V², RAIVOHERIVONY ZI¹,
ANDRIAMAMPIONONA TF¹, RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA NS³

¹ : UPFR Anatomie et Cytologie pathologique, CHU JRA

² : CHU Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana

³ : Faculté de Médecine d'Antananarivo

RESUME

Le sein surnuméraire est une anomalie de développement du sein par excès de nombre, liée à la persistance des structures vestigiales. Nous rapportons 08 cas de sein surnuméraire colligés à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques sur une période de 4 ans. Les patients sont tous de sexe féminin avec un âge moyen de 32 ans et des extrêmes de 15 à 51 ans. La circonstance de découverte a été la présence de tuméfaction de localisation axillaire dans 6 cas et thoracique dans un cas. Le diagnostic évoqué par les cliniciens a été une adénopathie ou un lipome. Le diagnostic de sein surnuméraire est posé après examen histologique sur des pièces d'exérèse de ces tuméfactions. Aucun cas de cancer n'a été observé.

Mots clés: Crêtes mammaires, sein, surnuméraire, pathologies mammaires.

SUMMARY

Supernumerary breast is abnormal breast development by excess number linked to the persistence of vestigial structures. We report 08 cases of supernumerary breast collected in UPFR of Anatomy and Cytology over a 4 year period. The patients are female with an average age of 32 and extremes of 15-51 years. The fact of discovery was the presence of swelling axillary localization in 6 cases and chest in one case. The diagnosis referred by clinicians was lymphadenopathy or a lipoma. The diagnosis of supernumerary breast is placed on histologic examination after excision of parts of these swellings. No case of cancer was observed.

Keywords: breast peaks, supernumerary, breast, breast disease.

INTRODUCTION

Au cours du développement, les bourgeons mammaires thoraciques évoluent en glandes mammaires. Les autres bourgeons involuent progressivement mais certaines ébauches extrathoraciques peuvent persister comme structures vestigiales. La persistance de ces structures vestigiales est à l'origine des seins surnuméraires. Son diagnostic est aisé en cas de présence de mamelon ou d'écoulement lacté. Il devient plus difficile en leur absence et/ou en cas de prédominance de tissu graisseux. Il peut également être le siège des mêmes pathologies observées dans les seins de localisation normale.

Cette étude constitue la première étude réalisée à Madagascar concernant les seins surnuméraires. Notre objectif est de décrire l'aspect épidémiologique et anatomopathologique des seins surnuméraires diagnostiqués à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l'HU/JRA.

NOS OBSERVATIONS

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive des seins surnuméraires observés à l'UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques de l'HU/JRA, pendant une période de 4 ans, allant de Janvier 2010 à Décembre 2013. Nous avons inclus dans cette étude tous les cas de sein ectopique confirmé à l'histologie. Nous avons étudié les paramètres épidémiologiques (âge, sexe, localisation) et les paramètres anatomopathologiques (examen macroscopique et microscopique).

Durant la période d'étude, nous avons colligé 8 cas. L'âge moyen de nos patients est de 32 ans avec des extrêmes de 15 à 51 ans. Notre observation est résumée dans le tableau I.

La maladie est découverte dans tous les cas par l'apparition d'une tuméfaction qui a augmenté progressivement de volume et rythmé par le cycle menstruel. La localisation est axillaire dans 7 cas et latéro-thoracique supérieur gauche et droit sur 1 cas, sans prédominance de côté. Ces tuméfactions sont unilaté-

rales dans 6 cas et bilatérales dans 2 cas. L'âge moyen de nos patients est de 32 ans avec des extrêmes de 15 à 51 ans. Tous nos patients sont de sexe féminin.

Dans tous les cas, une tumorectomie a été effectuée et le plus souvent parvenues au laboratoire sous forme de multiples fragments. La taille des tumeurs varie de 3 à 46 cm (Figure 1). Dans 6 cas, l'histologie a montré des lobules mammaires sécrétantes (Figure 2), un cas d'adénofibrome (Figure 3) et un cas de mastose fibro-kystique (Figure 4). Nous n'avons pas observé de cas de tumeur maligne.

DISCUSSION

Chez les mammifères, le développement de la crête mammaire commence à la 4^{ème} semaine de la vie embryonnaire. Il se fait par la formation de la crête mammaire ou ligne lactéale. Il s'agit d'un épaississement de l'ectoderme de chaque côté de la face ventrale de l'embryon, allant de la future aisselle au pli de l'aîne. Le long de cet épaississement, apparaissent des bourgeons mammaires par paires symétriques. Ces bourgeons sont pectoraux chez l'homme et subsiste après la disparition de la crête mammaire à la septième semaine [1]. Cependant, le long de la crête mammaire, peuvent apparaître d'autres bourgeons dont la persistance aboutit aux seins accessoires ou surnuméraires [1].

Sur le plan épidémiologique, dans la série de Abita T et coll, le sein surnuméraire se rencontre fréquemment chez les hommes avec un sex ratio de 5/1[2]. Dans notre étude, les patients sont tous de sexe féminin. Chez les hommes, il peut rester longtemps asymptomatique en dehors de sa transformation tumorale. L'augmentation de volume au décours de la lactation rencontrée dans la moitié de nos cas, par exemple, alerte la femme à consulter un médecin, ce qui explique la prédominance féminine dans notre étude.

Un caractère familial est retrouvé dans 6 à 11 % des cas [3-4]. Il existe une hypothèse de transmission génétique autosomique dominante, liée à X dans la genèse de la persistance des bourgeons mammaires [5]. Aucun antécédent familial n'a été observé dans nos cas.

Dans la majorité des cas observés dans la littérature comme

Correspondance: Docteur Ranaivoson Haingo
Adresse: UPFR Histologie-Embryologie- Cytologie
CHU-JRA, Antananarivo
Mail: mahaingo@yahoo.fr

Cas	Age	localisation	latéralité	Type de prélèvement	Taille	Résultats histologiques
1	15	axillaire	unilatéral	exérèse	4,5cm	glande mammaire sécrétante
2	24	axillaire	bilatéral	exérèse	1,8cm	glande mammaire sécrétante
3	25	axillaire	unilatéral	exérèse	3cm	glande mammaire sécrétante
4	30	axillaire	unilatéral	exérèse	4,5cm	glande mammaire sécrétante
5	34	axillaire	unilatéral	exérèse	4,5cm	adénofibrome
6	37	axillaire	unilatéral	exérèse	3cm	glande mammaire sécrétante
7	45	thoracique	bilatéral	exérèse	46cm	mastose fibro-kystique
8	51	axillaire	unilatéral	exérèse	3cm	glande mammaire sécrétante

Tableau 1: Caractéristiques de nos patientes

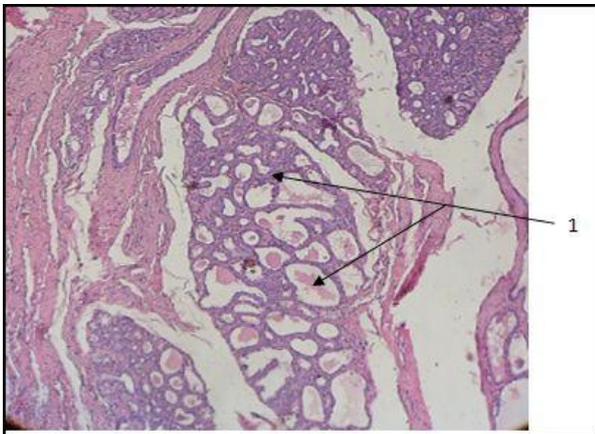
Caracteristics of our patients

Figure 1: Lobules mammaires sécrétants.

Hématéine Eosine x 10

1 : Acini mammaires bien développés, parfois dilatés, remplis de produit de sécrétion

(Source: UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA)

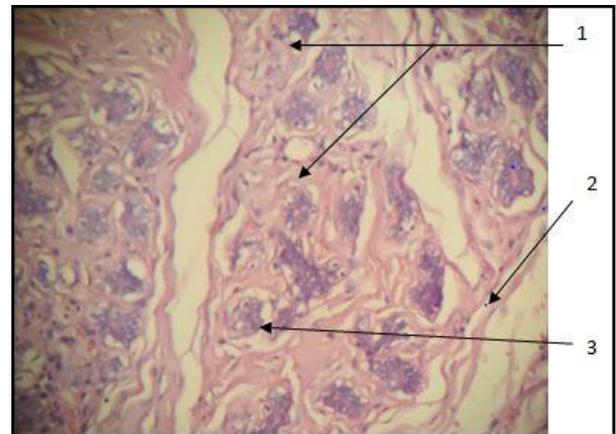


Figure 2: Adénofibrome.

Hématéine Eosine x 40

1 : Prolifération stromale

2 : Fine capsule fibreuse

3 : Prolifération adénomateuse

(Source: UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA)

celles rapportées par Abita T et coll. et Margi M coll, la localisation thoracique est prédominante avec 67 à 90 % [2;6] Par contre, dans notre étude, une nette prédominance de la localisation axillaire a été remarquée (7 cas sur 8).

Concernant la latéralité, souvent le sein surnuméraire est unilatéral, ce qui est retrouvé dans 6 cas de notre série.

Dans sa localisation axillaire, cliniquement, il pose le plus souvent un problème de diagnostic différentiel avec une adénopathie ou un lipome. Sur le plan échographique, la prédominance de tissu adipeux peut orienter vers un lipome axillaire surtout quand il n'y pas d'aréole ou de mamelon [7]. C'est l'examen anatomo-pathologique qui permet d'éliminer ces suspicions diagnostiques clinique et échographique. Le diagnostic de sein ectopique est posé par l'observation de parenchyme mammaire.

Comme le sein de localisation normale, le sein ectopique peut être concerné par toutes les pathologies mammaires, notamment le cancer même si cela reste rare. Selon Houssam H et coll, il est estimé à 0,2 à 0,6% de l'ensemble des cancers du sein et représenté surtout par les carcinomes [7]. Des cas de mastite, de modification fibro-kystique, de fibro-adénome et de tumeur phyllode sur sein surnuméraire ont été rapportés [8]. Dans notre série, nous avons observé des glandes mammaires sécrétantes (figure 2), une lésion de mastose fibro-kystique (figure 3) et un adénofibrome (figure 4).

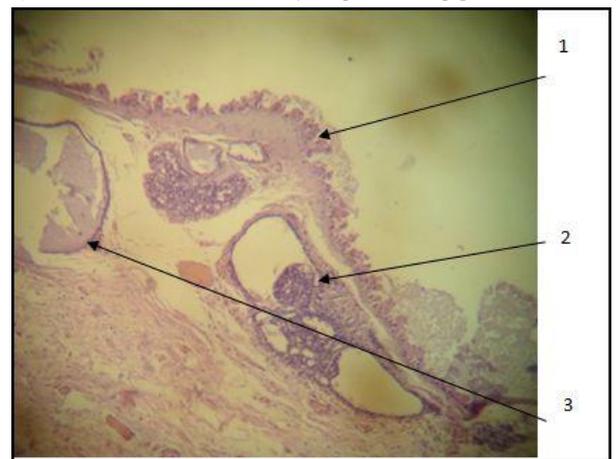


Figure 3: Lésion mastosique

Hématéine Eosine x 40

1 : Glande dilatée en métaplasie apocrine

2 : Foyer d'adénose

3 : Canal dilaté

(source: UPFR d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-JRA)

La présence de sein surnuméraire peut être associée à d'autres malformations. Des cas de malformations urinaires associées ont été décrits : comme la polykystose rénale, la sténose congé-

nitale par jonction pyélo-urétérale, l'agénésie rénale unilatérale, ... [3;9]. Certains préconisent de rechercher systématiquement ces malformations par la réalisation d'une échographie de l'arbre urinaire [4;6], examen non effectué dans notre série. Concernant l'attitude thérapeutique, certains auteurs préconisent l'abstention en dehors de complications, alors que d'autres préfèrent une exérèse systématique, ceci en raison de problème esthétique et aussi pour prévenir les complications [9,10]. Dans notre étude, toutes nos patientes ont bénéficié d'une exérèse chirurgicale.

Conclusion

Le sein surnuméraire est une pathologie dont l'incidence est encore mal connue à Madagascar. Le diagnostic de confirmation est anatomopathologique. La hantise est la transformation tumorale. Une exérèse chirurgicale constitue l'attitude thérapeutique adéquate à la fois esthétique et thérapeutique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Velanovich V. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts and supernumerary nipples. *South Med J*, 1995, 88 (9): 903 – 6.
- [2] Abita T, Lachachi F, Durand-Fontanier S, Maisonnette F, Valleix D, Descottes B. A propos d'un cas de seins surnuméraires axillaires bilatéraux. *France*. 2004. 208 : 39 – 40
- [3] Schmidt H. Supernumerary nipples: prevalence, size, sex and side predilection - a prospective clinical study. *Eur J Pediatr* 1998; 157: 821 - 3.
- [4] Urbani CE, Betti R. Familial aberrant mammary tissue: a clinic epidemiological survey of 18 cases. *Dermatology* 1995; 190 : 207 - 9.
- [5] Loukas M, Clarke P, Tubbs RS. Accessory breasts: a history and current perspective. *Am Surg* 2007;73: 525 – 28.
- [6] Margi M, Azhary O, Oulahyane R, Cherkaoui A, Abdelhak M, Benhmamouch MN. Sein surnuméraire axillaire : à propos d'un cas. *Maroc* 2010. 17:1162-4.
- [7] Houssam H, Zouhour B, Tijani EH, Loubna M, Mohamed EH. Cancer du sein sur tissu mammaire ectopique: à propos de 2 cas. *Pan Afr Med J* 2012;13:50.
- [8] Conde DM, Torresan RZ, Kashimoto E, Carvalho LE, Cardoso Filho C. Fibroadenoma in axillary supernumerary breast: Case report. *Sao Paulo Med J* 2005;123:253-5
- [9] Nayak S, Acharjya B, Devi B. Polymastia of axillae. *Indian J Dermatol* 2007; 52:118–20.
- [10] Hassani H et al. Cancer du sein sur tissu mammaire ectopique : à propos d'un cas. *France*. *J Radiol* 2009; 90: 1089 - 9.