

République du Cameroun
Paix-Travail-Patrie

Ministère de l'enseignement
supérieur

Université de Yaoundé I

Faculté de Médecine et des
Sciences Biomédicales
(FMSB)



Republic of Cameroon
Peace-Work-Fatherland

Ministry of higher education

University of Yaounde I

Faculty of Medicine and
Biomedical Sciences
(FMBS)

DÉPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**POLYADENOMATOSE MAMMAIRE EN GROSSESSE : A PROPOS
D'UN CAS A L'HÔPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET
PÉDIATRIQUE DE YAOUNDE**

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire en Sénologie
et pathologies mammaires par :

Dr NSEFOUM MBA Julien Cyrille

Résident de 4^e année de Gynécologie-Obstétrique

Matricule : 22P0709

Directeur :

Pr MEKA Née NGO UM Esther

Maitre de conférences, Agrégée en
Gynécologie-obstétrique

Co-Directeur :

Dr METOGO NTSAMA Junie

Chargée de cours en Gynécologie-
obstétrique

Année académique 2022/2023

République du Cameroun
Paix-Travail-Patrie

Ministère de l'enseignement
supérieur

Université de Yaoundé I

Faculté de Médecine et des
Sciences Biomédicales
(FMSB)



Republic of Cameroon
Peace-Work-Fatherland

Ministry of higher education

University of Yaounde I

Faculty of Medicine and
Biomedical Sciences
(FMBS)

DÉPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**POLYADENOMATOSE MAMMAIRE EN GROSSESSE : A PROPOS
D'UN CAS A L'HÔPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET
PÉDIATRIQUE DE YAOUNDE**

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Diplôme Universitaire en Sénologie
et pathologies mammaires par :

Dr NSEFOUM MBA Julien Cyrille

Résident de 4^e année de Gynécologie-Obstétrique

Matricule : 22P0709

A été évalué à Yaoundé le 07 Décembre 2023

Par un jury composé des personnes suivantes :

Président : Pr SANDO Zacharie

Rapporteur : Pr MEKA Esther

Membres : Dr METOGO NTSAMA Junie

Dr ATENGUENA Etienne

Dr SEME Ambroise

Année académique 2022/2023

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
LISTE DES ENSEIGNANTS DU «DU» EN SÉNOLOGIE ET PATHOLOGIES MAMMAIRES	6
I. GÉNÉRALITÉS.....	7
II. PRÉSENTATION DU «DU» EN SÉNOLOGIE ET PATHOLOGIES MAMMAIRES	8
III. RAPPORTDESTAGE	9
IV. CAS CLINIQUE : POLYADENOMATOSE MAMMAIRE EN GROSSESSE	10
Introduction.....	12
Observation médicale du cas clinique.....	13
Discussion	15
1. Radiologie	16
2. Anatomo-pathologie.....	17
Conclusion	18
Figures	19
Limites	19
Références.....	20
ANNEXES	24

REMERCIEMENTS

- *AU DIEU TOUT-PUISSANT : MERCI JÉHOVAH POUR TOUT.*
- Au Pr Maurice Aurélien SOSSO, Recteur de l'Université de Yaoundé I, pour avoir autorisé l'ouverture du Diplôme Universitaire en Sénologie et pathologies mammaires
- Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, pour votre soutien constant accordé à vos étudiants.
- Au Pr MEKA Née NGO UM Esther, merci pour votre disponibilité et la rigueur dans le travail. Merci surtout pour vos conseils prodigués dès nos premiers jours des cours de ce Diplôme Universitaire en Sénologie et pathologies mammaires dont vous êtes le chef d'ouvrage et pour votre amour maternel.
- Au Pr NOA NDOUA Claude Cyrille, merci d'avoir accepté de superviser ce mémoire. Nous avons été marqués par votre amour d'enseigner, de transmettre, votre attention, encadrement et disponibilité durant cette formation.
- Au Dr METOGO NTSAMA Junie, merci d'avoir accepté de codiriger ce travail, de lui avoir donné une orientation et pour tous les conseils ainsi que les encouragements.
- A tous nos enseignants à savoir Pr TCHENTE NGUEFACK Charlotte, Pr ESSIBEN Félix, Pr BELINGA Etienne, Pr SANDO Zacharie, Pr ZEH Odile, Pr KORBI Asma, Pr KABEYENE, Dr EYOUM Christian, Dr MAPENYA Ruth, Dr ATENGUENA Etienne, Dr KOUOTOU Née MENDOUGA Coralie, Dr MOUELLE Michel : merci d'avoir accepté de faire partie des encadreurs, pour votre disponibilité et la rigueur dans le travail.
- Aux MEMBRES DU JURY : merci d'avoir accepté de juger ce travail.
- A tout le personnel de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I : merci pour tout.
- A mes parents, mon père MBA Bernard Marie et ma chère maman TCHEUFFA Rose merci pour l'amour incommensurable que vous m'avez toujours apporté.
- A ma tendre et très belle compagne NGASSA SANI Marthe Julienne pour tes prières, ton amour, ton soutien et tes encouragements durant toute cette formation. Tu es ma motivation.

- A mon frère MBA François Cédric et mes sœurs Lyliane TCHAMENI, Corine KAMENI et Manuella ABESSOLO merci pour votre soutien
- A mes collègues candidats à ce DU : Drs KODOUME, KAMGA, NEMBE, CHEBU, SULE, NEKOU et MOL merci pour votre soutien et vos encouragements pendant toute cette année.
- A tous ceux qui m'ont soutenu pendant cette formation et dont les noms ne figurent pas ici merci du fond du cœur

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : American College of Radiology

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BI-RADS : Breast Imaging-Reporting and Data System

BU : Bandelette Urinaire

CHRACERH : Centre Hospitalier de Recherche Appliquée de Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

CNGOF : Collège National de Gynécologues-Obstétriciens Français

CPN : Consultation prénatale

DDR : Date des dernières règles

DPA : Date probable d'accouchement

DU : Diplôme Universitaire

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

FC : Fréquence cardiaque

GAJ : Glycémie à jeun

GS-Rh : Groupe sanguin-Rhésus

HGY : Hôpital Général de Yaoundé

HGOPY : Hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

HU : Hauteur Utérine

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

MILDA : Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action

NFS : Numération et formule sanguine

PA : Pression artérielle

PAM : Polyadénomatose Mammaire

PFE : Poids Fœtal Estimé

QI : Quadrant Inférieur

QIE : Quadrant Inféro-Externe

QII : Quadrant Inféro-Interne

QS : Quadrant Supérieur

QSE : Quadrant Supéro-Externe

QSI : Quadrant Supéro-Interne

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaires

SA : Semaine d'Aménorrhée

SGPT(ALT) et SGOT(ASAT) : enzymes hépatiques (transaminases)

TPI : Traitement Préventif Intermittent contre le paludisme

TCK : Temps de Céphaline-Kaolin

UI : Unité International

UQE : Union des Quadrants Externes

UQI : Union des Quadrants Inférieurs

UQS : Union des Quadrants Supérieurs

VAT : Vaccin Antitétanique

VPP : Valeur Prédictive Positive

VPN : Valeur Prédictive Négative

LISTE DES ENSEIGNANTS DU «DU» EN SÉNOLOGIE ET PATHOLOGIES MAMMAIRES

Pr MEKA Née NGO UM Esther, MC de Gynécologie-obstétrique
Pr NOA NDOUA Claude Cyrille, MC de Gynécologie-obstétrique
Pr ESSIBEN Félix, MC de Gynécologie-obstétrique
Pr BELINGA Etienne, MC de Gynécologie-obstétrique
Pr ZE MINKANDE Jacqueline, Professeur d'anesthésie-réanimation
Pr ONGOLO ZOGO Pierre, Professeur de radiologie et imagerie médicale
Pr ZEH Odile, Professeur de radiologie et imagerie médicale
Pr TCHENTE NGUEFACK Charlotte, Professeur de Gynécologie-obstétrique
Pr SANDO Zacharie, MC d'anatomo-pathologie
Pr KORBI Asma, Professeur de Gynécologie-obstétrique
Pr KABEYENE, MC d'anatomo-pathologie
Dr EYOUM Christian
Dr MAPENYA Ruth
Dr SEME Ambroise
Dr ATENGUENA Etienne
Dr KOUOTOU Née MENDOUGA Coralie
Dr METOGO NTSAMA Junie
Dr ESSON MAPOKO Berthe
Dr MOUELLE Michel

I. GÉNÉRALITÉS

Le Diplôme Universitaire (DU) en Sénologie et pathologies mammaires est le fruit d'un long combat et d'un travail de fond sans précédent de nos maitres de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, dont la responsable pédagogique est le Professeur MEKA Née NGO UM Esther, Maitre de conférences, agrégée en Gynécologie-Obstétrique assistée par les Professeurs NOA NDOUA Claude Cyrille et ESSIBEN Félix tous deux Maitres de conférences, agrégés en gynécologie-obstétrique. Ce DU de Sénologie vise non seulement à vulgariser la pratique médicale en ce qui concerne les pathologies mammaires mais aussi surtout à transmettre les bonnes techniques méthodiques, la rigueur, le systématisme dans le travail et à enseigner les bonnes pratiques aux gynécologues obstétriciens en matière de sénologie. C'est un réel privilège pour nous de faire partir de la toute première cuvée des médecins spécialistes et résidents retenus pour cette formation.

Il était grand temps qu'une telle initiative soit mise sur pied, car malgré les enjeux, nous sommes tous conscients qu'il y'a plusieurs professionnels ou praticiens qui abordent les pathologies mammaires sans toutefois avoir une formation minimale en sénologie. Il y'a quelques mois, nous faisons partie de ce groupe de personnes. Cependant, il existe plusieurs obstacles à cette formation mais nos encadreur ont pu ménager leurs emplois de temps chargés afin de bien mener à terme cette formation professionnelle de DU en Sénologie et pathologies mammaires. Nous leurs en sommes très reconnaissants.

Nos attentes durant ce DU étaient grandes et fondées essentiellement sur une formation de qualité et sur l'acquisition de toutes les compétences possibles pour être un bon sénologue connaissant les obligations de compétence scientifique et d'efficacité technique normalement attendue afin d'apporter notre modeste contribution pour la réduction de la mortalité liée au cancer du sein. A travers ce mémoire nous vous invitons à parcourir ensemble le dérouler de notre formation et le cas clinique que nous avons rapporté.

II. PRÉSENTATION DU DIPLOME UNIVERSITAIRE EN SÉNOLOGIE ET PATHOLOGIES MAMMAIRES

Le Diplôme Universitaire (DU) en Sénologie et pathologies mammaires est un diplôme de formation organisé à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'Université de Yaoundé I. Il concerne les spécialités de gynécologie-obstétrique, chirurgie générale, radiologie, anatomopathologie, oncologie et psychologie. Cette formation a pour objectifs d'acquérir les connaissances sur la pathologie bénigne et maligne du sein, les différentes explorations, les moyens de traitement avec les protocoles, les indications et les effets secondaires et l'impact psychologique des cancers du sein. Tout ceci dans le but de développer des compétences en matière de chirurgie du sein, chirurgie de reconstruction, protocole de chimio et thérapies ciblées, hormonothérapie, histopathologie des cancers du sein, examens radiologiques et anatomopathologiques relatifs au sein, protocoles de radiothérapie, soins palliatifs, prise en charge des affections bénignes du sein. Pour atteindre ces objectifs, le déroulement de notre formation s'est effectué comme suit :

- Quatre séminaires de cours magistraux en quatre mois soit une semaine de cours par mois dans l'enceinte du nouveau bloc de la formation continue de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I,
 - Horaires : 08H00-17H00 de Lundi à Vendredi avec une pause d'une heure
 - Séances de travaux pratiques organisés
 - 02 mois de stage pratique dans les différents hôpitaux que sont : HGY, HGOPY et CHRACERH qui consistait à assister au temps que faire se peut à tous les cas opératoires de chirurgie mammaire programmée dans ces différentes structures sanitaires à vocation universitaire
- Le tout soldé par un examen de fin de formation comportant une épreuve faite de questions à choix multiples, questions à réponses ouvertes et cas cliniques

III. RAPPORT DE STAGE

Notre stage pratique s'est déroulé principalement dans trois formations sanitaires de la ville de Yaoundé à savoir l'HGY, le CHRACERH et HGOPY. Il consistait à prendre part aux séances de réunions de concertation pluridisciplinaires, assister aux différentes chirurgies mammaires selon la programmation des blocs opératoires des différents sites de stage. Tout ceci dans le but d'acquérir des compétences pratiques en sénologie et chirurgie mammaire. Durant les activités de consultation, nous avons eu à suivre plusieurs cas parmi lesquels celui que nous allons présenter.

IV. CAS CLINIQUE : POLYADENOMATOSE MAMMAIRE EN GROSSESSE

Résumé :

Introduction : La polyadénomatose mammaire est une pathologie rare de la jeune femme marquée par la présence uni ou bilatérale de multiples fibroadénomes avec un âge moyen de diagnostic à 25 ans. De prévalence mal déterminée, la PAM est retrouvée dans 10 à 15% des situations avec FA.

Cas clinique : Nous rapportons le cas d'une primigeste de 30 ans, rendue à 07 SA 04 jours de grossesse, présentant des cicatrices mammaires de tumorectomie bilatérale et une masse mammaire gauche dont le plus grand diamètre mesure cliniquement 8 cm. L'échographie réalisée a montré un FA géant de 117x46 mm dans le sein gauche et des adénopathies axillaires bilatérales. Les résultats de micro-biopsie ont mis en évidence une adénose micro-glandulaire sans signe de malignité. Le diagnostic de fibroadénome mammaire sur grossesse de 7SA4J a été posé dont l'évolution clinique et échographique à 36SA fait état de 03 nodules tissulaires centimétriques dans le sein droit et un FA géant de 114x51 mm dans le sein gauche.

Conclusion : Nous avons donc retenu le diagnostic de polyadénomatose mammaire sur grossesse de 36SA. La conduite à tenir à consister à continuer le suivi de la grossesse et faire une surveillance clinique, échographique et histopathologique annuelle des lésions mammaires après l'accouchement.

Mots-clés : *Polyadénomatose – Fibroadénome - Grossesse*

Summary :

Introduction : Mammary polyadenomatosis is rare pathology in young women marked by the unilateral or bilateral presence of multiple fibroadenomas with average age of diagnosis of 25 years. Of poorly determined prevalence, MPA is found in 10 to 15% of situations with fibroadenoma.

Clinical case : We report the case of 30-year-old primigravida, at 7 weeks of amenorrhea and 4 days, presenting breast scars from bilateral lumpectomy and left breast mass whose largest diameter clinically measures 8 cm. The ultrasound performed showed a giant fibroadenoma measuring 117 x 46 mm in the left breast and axillary lymphadenopathy. The micro-biopsy results demonstrated microglandular adenosis without signs of malignancy. The diagnosis of breast fibroadenoma in pregnancy of 7 weeks of amenorrhea and 4 days was made, the clinical and ultrasound evolution at 36 weeks of amenorrhea shows 03 centimeter-sized tissue nodules in the right breast and a giant fibroadenoma of 114 x 51 mm in left breast.

Conclusion : We therefore retained the diagnosis of mammary polyadenomatosis in a pregnancy of 36 weeks of gestation. The action to be taken consists of continuing to monitor the pregnancy and carrying out clinical, ultrasound and histopathological monitoring of breast lesions after delivery.

Keywords: *Polyadenomatosis – Fibroadenoma – Pregnancy*

Introduction

La Polyadénomatose Mammaire (PAM) est une pathologie rare, définie par l'existence d'au moins 3 fibroadénomes simultanés ou 5 fibroadénomes successifs dans au moins un des deux seins. Il s'agit d'une pathologie qui concerne la femme jeune. Le plus souvent c'est la patiente elle-même qui découvre une ou plusieurs tumeurs par autopalpation.

Il est donc important dès lors de caractériser ces lésions. Un examen clinique rigoureux s'impose de la part du médecin référent de la patiente. Ensuite une échographie mammaire doit être réalisée pour caractériser au mieux les différentes lésions et réaliser une cartographie. L'IRM mammaire n'est pas un examen radiologique à réaliser de première intention alors que la mammographie n'aura pas sa place avant 35 ans.

Le radiologue jugera alors l'opportunité de réaliser un prélèvement mammaire, le plus souvent par micro biopsies avec lecture par un anatomo-pathologiste référent. Ce prélèvement est important pour ne pas méconnaître une tumeur phyllode, principal diagnostic différentiel.

On proposera une surveillance clinique et échographique dont la fréquence dépendra de l'évolution de la PAM. Une pratique de l'échographie à 4, 12 et 24 mois est préconisée. Dans tous les cas un suivi prolongé pendant plusieurs années est recommandé même si l'évolution est en général très favorable. Ainsi, une stabilité ou une diminution de la taille des fibroadénomes (FA) a été observée dans 60% des cas dans une étude portant sur le suivi au long cours de 72 patientes avec PAM. Une augmentation en taille est retrouvée dans 20% des cas environ.

L'abstention thérapeutique est le plus souvent proposée. Néanmoins un traitement macro progestatif à doses antigonadotropes peut être discuté avec une surveillance adaptée notamment lorsque la patiente souffre de mastodynies. Le traitement chirurgical est limité à certaines indications : lésion de grande taille, déformation du sein, suspicion de tumeur phyllode de grade 1. Des approches thérapeutiques de destruction des fibroadénomes par cryothérapie ou ultra-sons sont en cours de développement.

Les patientes avec PAM n'ont pas de contre-indication à utiliser une contraception oestroprogestative ou progestative. Ces contraceptions ne semblent pas avoir d'effet sur l'évolution de la PAM, mais on manque de données sur une large population. L'allaitement comme la grossesse sont associés à une diminution du nombre moyen de lésions de la PAM

Il est difficile actuellement de relier la PAM à un sur risque de développer un cancer du sein. Toutefois l'existence de FA apparus tardivement, avec atypies à l'examen anatomo-pathologique imposent une exérèse.

Observation médicale du cas clinique

Il s'agissait d'une patiente de 30 ans G1P0 DDR : 24/03/2023, DPA : 31/12/2023, GS-Rh O+, sans notion de contraception hormonale, aux antécédents de tumorectomies bilatérales en 2007 (sein droit) et 2009 (sein gauche à 2 reprises) pour fibroadénomes, vue au premier contact de CPN à 7SA+4J avec une PA de base à 112/70 mmHg et un poids à 87 Kg dont l'examen physique initial faisait état de la présence de deux cicatrices linéaires d'environ 10 cm de long chacune intéressant les quadrants supérieurs des deux seins, une cicatrice arciforme sur les quadrants externes du sein gauche, une masse mammaire bilobée à contours irréguliers faisant 8 cm de grand axe à l'union des quadrants inférieurs du sein gauche, mobile sur le plan superficiel et profond, un signe de Chadwick positif et un utérus globuleux augmenté de taille comme 6-8 SA. Nous avons pensé à une masse mammaire gauche suspecte sur aménorrhée gravidique de 7SA4J. Les bilans demandés ont mis en évidence :

Echographie obstétricale T1 (16/05/2023) : Grossesse intra-utérine mono-embryonnaire évolutive de 06 semaines 03 jours d'aménorrhée ; FC : 121 bts/min ; col long de 43 mm et fermé ; DPA : 06/01/2024

Echographie mammaire (16/05/2023) : Nodule tissulaire bilobé de 15x10mm à l'union des QS du sein droit ; volumineuse masse titulaire polylobée hétérogène, vascularisée des QI du sein gauche mesurant environ 117 x 46 mm ; adénopathie axillaire droite de 09 mm ; adénopathie axillaire gauche de 20 mm ; classification ACR0

Tru-cut masse mammaire gauche (17/05/2023) : Caractères histopathologiques conformes à une adénose avec métaplasie cylindrique en hyperplasie lobulaire atypique. Lésion à surveiller

Revue à 11SA avec les résultats du tru-cut, nous proposons de réaliser une tumorectomie sur grossesse. Les bilans préopératoires seront disponibles 2 semaines plus tard à 13SA4J avec un TP à 100%, TCK à 28s et NFS (08/06/2023) montrant une Hb à 10,3g/dl, les plaquettes à 230.000/mm³ et les leucocytes à 7000/mm³

Echographie obstétricale T1 (09/06/2023) : Grossesse intra-utérine mono-

embryonnaire évolutive de 11 semaines d'aménorrhée ; FC : 158bts/min ; col long de 36mm et fermé ; DPA : 29/12/2023

Elle viendra demander un second avis à HGOPY et réalisera une **biopsie mammaire gauche (07/07/2023)** dont les résultats mettront en évidence des aspects histopathologiques conformes à une adénose micro-glandulaire. Absence de malignité dans les limites du matériel exploité. La conduite à tenir sera une surveillance clinique et radiologique de la masse suspecte et poursuivre le suivi de la grossesse.

Nous revoyons la patiente à 31SA1J ayant reçu toutes ses prophylaxies à savoir : MILDA +/- TPI4/VAT2/FAF/Calcium, les bilans biologiques tous réalisés et sans anomalie ainsi qu'une **échographie obstétricale T3 (25/10/2023)** : Grossesse intra-utérine mono-fœtale évolutive de 31 semaines 06 jours d'aménorrhées, présentation céphalique, mise en évidence d'une double circulaire du cordon ombilical ; DPA : 22/12/2023. L'examen physique du jour (28/10/2023) met en évidence une patiente avec un état général conservé, conjonctives rosées, masse mammaire ferme, mobile sur le plan superficiel et profond, multilobée, de 6-7 cm de grand axe intéressant le QII du sein gauche et un nodule de 2-3 cm dans le QSE du sein gauche. L'examen obstétrical fait état d'un utérus gravide avec une HU à 29 cm, BDCF : 144-153 bpm à gauche, présentation céphalique. Nous avons conclu à une adénose micro-glandulaire du sein gauche sur grossesse intra-utérine mono-fœtale évolutive de 31SA1J. Nous avons demandé une échographie mammaire pour la surveillance radiologique, bilan de fin de grossesse (NFS, TP, TCK) et échographie obstétricale à présenter à la 36^e semaine. A 36 SA 1j lorsque nous la revoyons, l'examen sénologique est inchangé par rapport à la dernière consultation, l'examen obstétricale fait état d'un utérus gravide avec une HU à 33 cm, BDCF : 148-156 bpm à droite, présentation céphalique. Les résultats des bilans ont mis en évidence **Echographie obstétricale (01/12/2023)** : Grossesse intra-utérine mono-fœtale évolutive de 36 semaines 00 jour d'aménorrhée, présentation céphalique, mise en évidence d'un circulaire non serré du cordon ombilical ; DPA : 29/12/2023, PFE 3246g, sexe masculin, score de Manning à 10/10, FC 151 bpm, Placenta antéro-fundique de grade 2 de maturité bien inséré, col long de 42 mm et fermé ; **Echographie mammaire (01/12/2023)** : Nodule tissulaire à l'UQS du sein droit de 17x08mm, Nodule tissulaire au QSI du sein droit de 13x07mm, Nodule tissulaire péri-aréolaire du sein droit de 11x06mm, Masse tissulaire hétérogène rétro-mamelonnaire du sein gauche mesurant environ 114x51 mm, circonscrite, vascularisée et polylobée avec classification ACR III (adénofibromatose probable).

Au vu de ces résultats, des antécédents de chirurgie pour fibroadénome, l'âge de la

patiente (30 ans), l'âge de survenue des masses mammaires précédentes (vers 14-15 ans), l'évolution stationnaire, la classification ACR, la classification histopathologique, le nombre de fibroadénomes, le caractère bilatéral et la conservation de l'architecture et de la forme des seins, nous avons retenu le diagnostic de **Polyadénomatose mammaire sur une grossesse mono-fœtale évolutive de 36SA1J**. La conduite à tenir a consisté à poursuivre le suivi de grossesse et de faire une surveillance clinique, échographique et histologique des lésions mammaires après l'accouchement.

Discussion

La polyadénomatose mammaire est une pathologie rare de la jeune femme se définissant comme étant la présence de plus de 3 FA simultanés ou 5 FA successifs dans au moins un des deux seins [1]. Notre patiente également présentait 03 fibroadénomes dans le sein droit avec une notion de bilatéralité des lésions mammaires à savoir un FA géant dans le sein gauche.

Epidémiologie

Prévalence mal déterminée avec un âge moyen au diagnostic de PAM de 25 ans [2,3]. La PAM est retrouvée dans 10 à 15% des situations avec FA [4,5] avec une fréquence de FA de 2% selon les études épidémiologiques et 10% selon une série systématique d'autopsies. Nous avons une patiente âgée de 30 ans avec de multiples fibroadénomes.

Diagnostic

Circonstance de découverte fortuite d'une ou de plusieurs au cours d'une autopalpation par la patiente nécessitant une imagerie mammaire [6], prolongement axillaire rare [7]. Rarement la PAM va entraîner une augmentation de la taille du sein [8], une déformation de la peau [9], une compression du réseau veineux avec dilatation veineuse sous cutanée [10] ou des douleurs [11]. Nous avons retrouvé des caractéristiques similaires dans notre cas.

Clinique

➤ Interrogatoire : âge du pic entre 15 – 35 ans avec le diagnostic du 1^{er} FA à 21 ans et de la PAM à 25 ans, possible à 40 ans car déjà décrit [13]. Toute masse mammaire après 40 ans doit faire évoquer une pathologie tumorale maligne. Notre patiente a présenté les premières lésions mammaires vers l'âge de 14 – 15 ans avec le diagnostic de PAM autour de 30 ans.

➤ Antécédents : sur le plan personnel on a l'apparition de FA multiples de manière synchrone et successive, ATCD de tumeur phyllode, FA ou lésion bénigne à risque

(hyperplasie avec atypie, carcinome lobaire in situ). Dans notre cas clinique nous avons des ATCD de FA et une lésion bénigne à risque sur le résultat du tru-cut. Sur le plan familial, nous n'avons retrouvé aucun ATCD chez notre patiente ceci parce que les facteurs familiaux sont rarement associés à la PAM. Ce qui n'est pas le cas de Naraynsingh et al qui sont les seuls à décrire une fratrie de 7 sœurs dont 3 ont été opérées de FA multiples [17]

➤ Examen physique : FA typique [14] soit un nodule bien limité et régulier, de forme ovale ou arrondie, de taille variable souvent < 5cm (si supérieur = adénome géant), mobile, ferme et rénitent, indolore et sans adénopathies. Toutes ces caractéristiques étaient présentes dans notre cas au moment du diagnostic de PAM.

Paraclinique

1. Radiologie

Devant une masse cliniquement bénigne, mobile et rénitente, le CNGOF [26] recommande :

Avant 35 ans : Echographie mammaire seule

Après 35 ans : couple échographie mammaire – mammographie en dehors de tout contexte génétique, le cas échéant faire IRM mammaire et Mammographie

Ceci se justifie par le fait que les FA représentent près de 75 % des lésions mammaires avant 35 ans et 15% des masses palpables entre 35 et 50 ans [27] et aussi à cause de la densité mammaire chez la jeune femme rendant la mammographie peu contributive.

Compte tenu de l'âge de notre patiente nous avons réalisé une échographie mammaire seule comme bilan imagerie.

➤ Echographie mammaire : FA a une morphologie bénigne c'est-à-dire de forme ovale ou ronde, échostructure hypoéchogène homogène, contours circonscrits, grands axes parallèles à la peau, pas d'hypervascularisation centrale, pas d'atténuation postérieure du faisceau ultrasonore. Elle précise la cartographie (nombre, taille en 2 dimensions, localisation avec une sensibilité (Se) de diagnostic de FA de 98% et une valeur prédictive positive (VPP) de 94%. Les images d'échographie mammaire de notre patiente étaient similaires.

➤ Mammographie : elle se réalise sur un sein moins dense, masse mammaire de taille suffisante, âge après 35 ans. Elle met en évidence le FA comme une opacité ovale parfois lobulée, bien limitée dont les contours sont circonscrits et doivent être totalement visibles avec l'existence de micro-calcifications coralliformes ou en « pop-corn ». Cela n'a pas été réalisé comme examen vu l'âge de notre patiente.

➤ **IRM mammaire :** un franc hyposignal en T2 est un signe de bénignité. La présence de septa internes en hyposignal non rehaussés après injection de gadolinium est caractéristique de FA. Cet examen n'avait pas d'indication dans notre cas car les facteurs génétiques étaient méconnus en ce qui concerne notre patiente.

2. Anatomo-pathologie

Un FA, aussi appelé adénofibrome est une prolifération tumorale bénigne, bien limitée, développée au niveau de l'unité terminale ductulo-lobulaire. Elle associe une double prolifération glandulaire et conjonctive.

➤ **Taille :** FA souvent inférieure à 3 cm et seulement dans 10 à 15 % des cas plus de 4 cm [2], plus fréquemment observée chez les patientes jeunes âgées de moins de 20 ans [35]. Les FA dits « géants » sont décrits après la puberté sous forme d'un nodule ou de masse multiples dont la taille se situe entre 5 et 17cm avec une moyenne de 7,4 cm, le principal diagnostic différentiel étant la TP [36]. Dans notre cas, nous avons l'association de FA et FA géants.

➤ **Examen macroscopique :** lésion à la surface lisse bosselée, formant un nodule, dur ou ferme, encapsulé et bien limité. L'aspect à la coupe est homogène, peu hémorragique, de couleur beige, avec des fentes.

➤ **Examen microscopique :** une prolifération biphasique associant des canaux galactophores et un tissu conjonctif   variabilité morphologique selon la distribution des éléments.

Prise en charge thérapeutique

L'abstention thérapeutique et l'instauration d'une surveillance sont en général la règle dans la PAM. La pratique de l'exérèse chirurgicale ne doit pas concerner l'ensemble des FA mais plutôt la réduction de taille et/ou le nombre de FA en utilisant des traitements médicamenteux et/ou une approche chirurgicale ou radiologique. Dans notre cas nous avons opté pour cette modalit  thérapeutique mais il en existe d'autres telles que :

➤ **Traitement chirurgical :** il consiste en un traitement conservateur du sein avec exérèse de la lésion ou tumorectomie simple.

- Traitement radio-interventionnel : techniques d'exérèse ou de destruction percutanées ont été décrites et sont associées à un résultat esthétique positif et une satisfaction des patientes. Elles sont réalisées sous guidage échographique après résultat bénin d'une microscopie ou échographie. Il s'agit de la lathermodestruction percutanée par cryothérapie, exérèse per cutanée par macrobiopsie-aspiration et la destruction cutanée par High Intensity Focused Ultrasound (HIFU)
- Traitement médical : utilisation des macroprogestatifs associée à une diminution de la taille des nodules et avec un effet bénéfique sur les mastodynies

Surveillance

Elle est clinique, échographique à 4, 12 puis 24 mois [40] et histopathologique en cas de nouvel évènement tel qu'une augmentation significative de la taille des lésions (>20%).

Conclusion

La polyadénomatose mammaire est une pathologie rare de la jeune femme associant la présence uni ou bilatérale de 03 nodules simultanés ou 5 nodules successifs dans au moins un des deux seins. Elle présente les mêmes caractéristiques cliniques et échographiques que la FA isolé, il est nécessaire d'avoir une preuve histologique pour confirmer son caractère bénin. Le diagnostic est posé sur la base d'un interrogatoire minutieux, un examen physique complet et comparatif, une échographie mammaire et des prélèvements de micro-biopsie. L'abstention thérapeutique et la surveillance clinico-échographique sont de règle mais penser à une exérèse chirurgicale en cas de lésion à risque de cancer associée ou de problèmes esthétiques au vu de l'augmentation de la taille des lésions ou de déformation visible du sein.

Figures

Figure 1 : Image du sein droit à 36SA

Figure 2 : Image du sein gauche à 36SA

Figure 3 : Image d'échographie mammaire à 7SA4J

Figure 4 : Image d'échographique mammaire à 36SA

Limites

- Manque d'image de l'examen physique réalisé à 7SA4J
- Cas clinique non présenté en RCP pour prise de décision collégiale
- Réticence de la patiente à la chirurgie mammaire sur grossesse

REFERENCES

1. Hugues LE, BrMedBull. 1991 Apr; 47(2):251-7.
2. Courtillot C, Chakhtoura Z, Bogorad R, Genestie C, Bernichtein S, Badachi Y, et al. Characterization of two constitutively active prolactin receptor variants in a cohort of 95 women with multiple breast fibroadenomas. J Clin Endocrinol Metab. 2010 95(1):271-9.
3. Grouthier V, Chakhtoura Z, Tejedor I, Badachi Y, Goffin V, Touraine P. Positive association between progestins and the evolution of multiple fibroadenomas in 72 women. Endocr Connect. 2020 9(6):570-57.
4. CH Organ Jr, BC Organ. Fibroadenoma of the female breast: a critical clinical assessment J Natl Med Assoc 1987; 75(7):701-4.
5. Greenberg R, Skornick Y, Kaplan O. J. Management of breast fibroadenomas. Gen Intern Med. 1991; 3(9):640-5.
6. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl Int. 2019; 116(33-34):565-574.
7. Singh S, Mishra AK, Tewari S, Kumar S. BMJ. Bilateral axillary masses mimicking an accessory breast with multiple fibroadenoma and bilateral giant masti in HIV-positive patient. Case Rep. 2013; bcr2013008563.
8. Schneider B, Laubenberger J, Kommos F, Madjar H, Gröne K, Langer M. Multiple giant fibroadenomas: clinical presentation and radiologic findings. Sc. Gynecol Obstet Invest. 1997; 43(4):278.
9. M Baxi, A Agarwal, A Mishra, G Agarwal, S K Mishra. Multiple bilateral giant juvenile fibroadenomas of breast Eur J Surg, 2000 166 (10):828-30.
10. Zhang RR, Bevan S, Sun P, Lu JZ, Peng Y. Unusual presentation of multiple fibroadenomas in bilateral breasts and axillary accessory breast. Breast Cancer (Auckl). 2012; 6:95-9.
11. Kaur N, Saini S, Somasekhar S, Gupta A. J. Bilateral Florid Juvenile Fibroadenomas of the Breast in an Adolescent: A Rare Indication for Subcutaneous Mastectomy. Pediatr Adolesc Gynecol. 2012; 56(5):e135-7.
12. C Duflos, G Plu-Bureau, E Thibaud, F Kuttann. Breast diseases in adolescents Endocr Dev 2012; 22:208-22.

13. Panda KM, Naik R.J Clin Diagn Res. A Clinicopathological Study of Benign Phyllodes Tumour of Breast with Emphasis on Unusual Features. 2016,10(7):EC14
14. Paepke S, Metz S, Brea Salvago A, Ohlinger R. Benign Breast Tumours - Diagnosis and Management. Breast Care (Basel). 2018;13(6):403-4
15. Rao S, Latha PS, Ravi A, Thanka J.J Ductal carcinoma in a multiple fibroadenoma: diagnostic inaccuracies. Cancer Res Ther. 2000,6(3):38
16. Tan PH. Fibroepithelial lesions revisited: implications for diagnosis and management. Mod Pathol. 2021 34 (Suppl 1):15-37
17. Naraynsingh V, Raju GC Familial bilateral multiple fibroadenomas of the breast. Postgrad Med J. 1985 ;61(715):439-40.
18. Cecilia J Im, Ashlie Miller, Ronald Balassanian, Rita A Mukhtar Early onset, multiple, bilateral fibroadenomas of the breast: a case report BMC Womens Health; 2021 ;21(1):170
19. Baidam AD, Higgins RM, Hurley E, Furlong A, Walls J, Venning MC, Ackrill P, Mansel RE Cyclosporin A and multiple fibroadenomas of the breast. Br J Surg. 1996, 83(12):17
20. A Campbell, N Moazami, B A Ditkoff, E Kurtz, A Estabrook, F Schnabel Short-term outcome of chronic immunosuppression on the development of breast lesions in premenopausal heart and lung transplant patients Surg Res 1988,;78(1):27-3
21. Cyrlak D, Pahl M, Carpenter B Breast imaging case of the day. Multiple giant fibroadenomas associated with cyclosporin A therapy. SE. Radiographics. 1999;19(2):549
22. Muttarak M, Peh WC, Chaiwun B, Lumlertgul D Multiple bilateral giant fibroadenomas associated with cyclosporine A therapy in a renal transplant recipient. Australas Radiol. 2001 45(4):57-9
23. Caetano Stefenon C, de Oliveira Lima R, Gualandi Murad A L Cyclosporine and the development of multiple mammary nodules. Breast J. 2002, 8(3):177-9
24. Courtillot C, Plu-Bureau G, Binart N, Balleyguier C, Sigal-Zafrani B, Goffin V, Kuttann F, Kelly PA, Touraine P. J Benign breast diseases. Mammary Gland Biol Neoplasia. 2005,10(4):325-35
25. CE Amshel, E Sibley Multiple unilateral fibroadenoma Breast J 2001;7(3):189-9
26. RPC-SEIN-TUMEURS-BENIGNES.pdf [Internet]. [cited 2020 Sep 21]. Available from:

<http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/2015-RPC-SEIN-TUMEURS-BENIGNES.pdf>

27. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. *N Engl J Med*. 2005 Jul 21;353(3):275–85.
28. CartyNJ, CarterC, RubinC, RavichandranD, RoyleGT, TaylorI. Management of fibroadenoma of the breast. *Ann R Coll Surg Engl*. 1995;77(2):127–30.
29. Sawa M, Kawai N, Sato M, Sawa M, Kawai N, Sato M, Takeuchi T, Tamaki T, Oura S. Fibroadenoma of the axillary accessory breast: diagnostic value of dynamic magnetic resonance imaging. *Jpn J Radiol*. 2010, 28(8):613–7.
30. GordonPB, GagnonFA, LanzkowskyL. Solid breast masses diagnosed as fibroadenoma at fine-needle aspiration biopsy: acceptable rates of growth at long-term follow-up. *Radiology*. 2003 229(1):233–8.
31. Boerner S, FornageBD, Singletary E, Sneige N. Ultrasound-guided fine-needle aspiration (FNA) of nonpalpable breast lesions: a review of 1885 FNA cases using the National Cancer Institute-supported recommendations on the uniform approach to breast FNA. *Cancer*. 1999, 25;87(1):19–24.
32. Hubbard JL, Cagle K, Davis JW, Kaups KL, Kodama M. Criteria for excision of suspected fibroadenomas of the breast. *Am J Surg*. 201, 209(2):297–301.
33. AslamHM, SaleemS, ShaikhHA, ShahidN, MughalA, UmahR. Clinico-pathological profile of patients with breast diseases. *Diagn Pathol*. 2013, 9;8:77.
34. Kuijper A, MommersEC, vanderWalleE, vanDiestPJ. Histopathology of fibroadenoma of the breast. *Am J Clin Pathol*. 2001, 115(5):736–42.
35. Wiratkapun C, Piyapan P, Lertsithichai P, Larbcharoen S, N. Fibroadenoma versus phyllodes tumor: distinguishing factors in patients diagnosed with fibroepithelial lesions after a core needle biopsy. *Diagn Interv Radiol Ank Turk*. 2014, 20(1):27–33.
36. Hartmann LC, SellersTA, FrostMH, LingleWL, DegnimAC, GhoshK, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2005 353(3):229–37.
37. Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer Jr WD, Rados MS, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *N Engl J Med*. 1994;331(1):10–15.

38. Virginie Grouthier. Suivi prospectif de 60 femmes présentant une polyadénomatose mammaire : description radiologique et facteurs associés à son évolution.Médecine humaine et pathologie.2015. dumas-01223448.

39. Dent DM, Cant PJ.Fibroadenoma.WorldJSurg.198913(6):706–10.

40. Harvey JA, Mahoney MC, Newell MS, Bailey L, Barke LD, D'Orsi C, et al. ACR appropriateness criteria palpable breast masses. J Am Coll Radiol JACR. 2013 Oct;10(10):742-74

ANNEXES

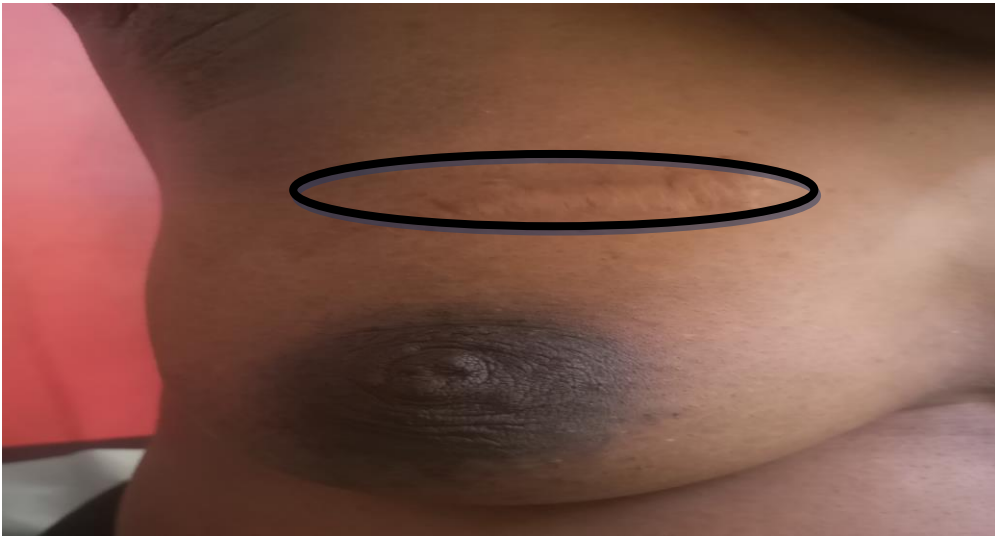


Figure 1 : Image du sein droit à 36SA



Figure 2 : Image du sein gauche à 36SA



Cicatrices linéaires de 6 à 8cm de nodulectomie

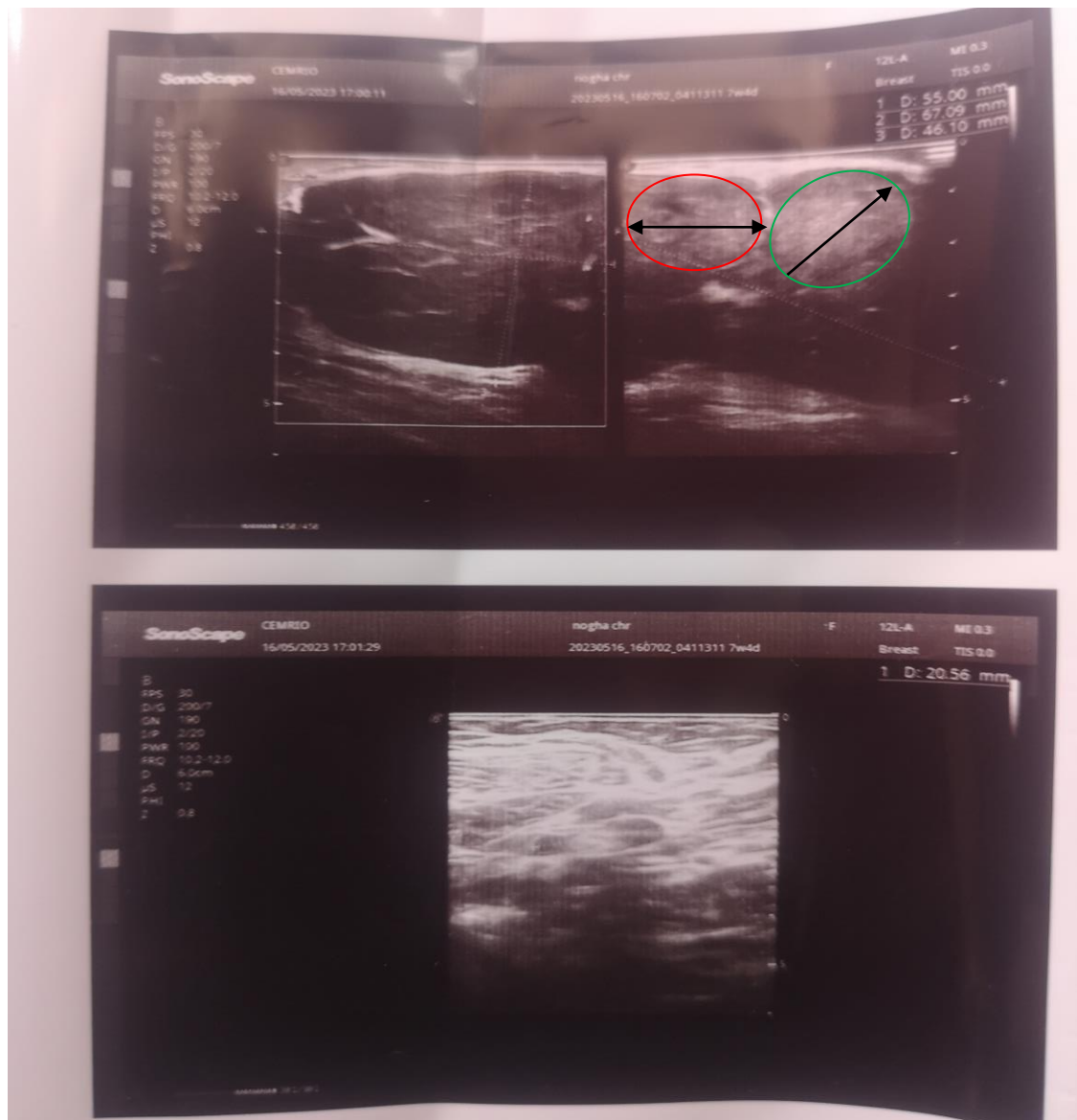


Figure 3 : Image du cliché d'échographie mammaire à 7SA4J

- Fibrome horizontal par rapport au plan de peau
- Fibrome perpendiculaire au plan de la peau

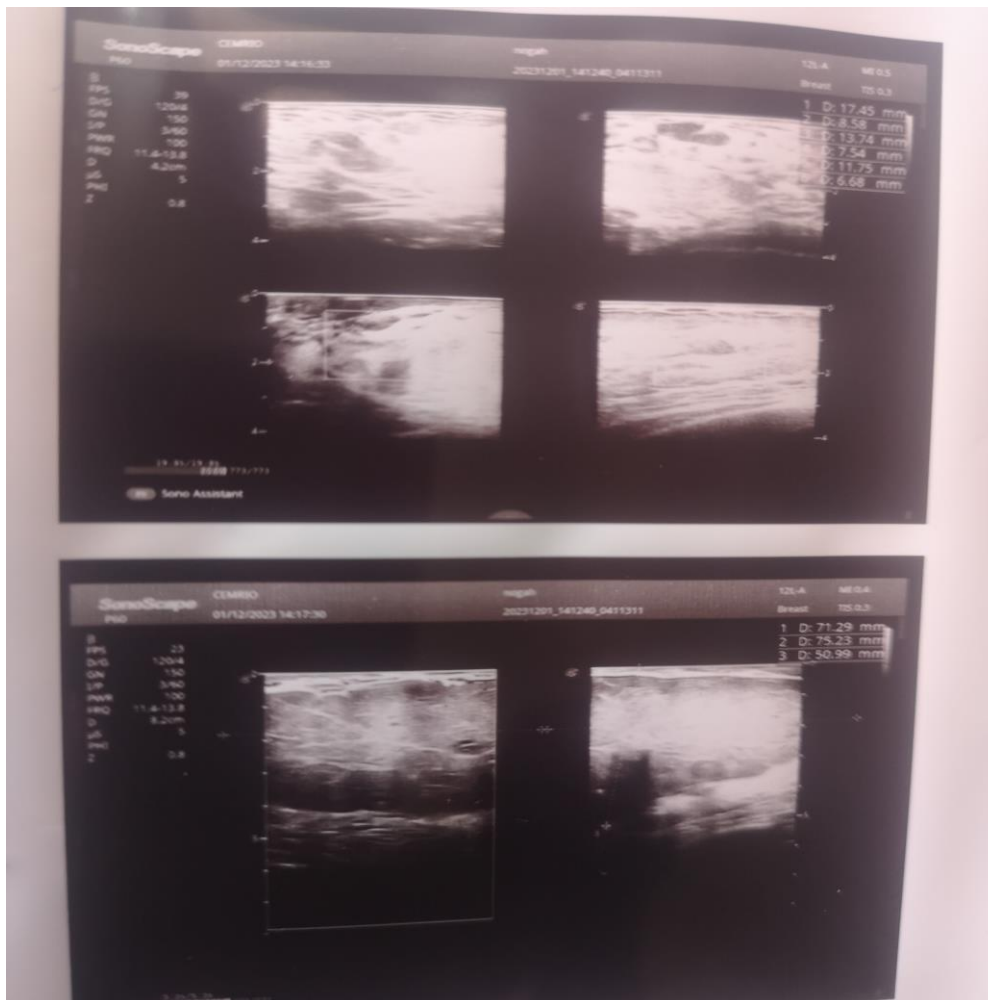


Figure 4 : Image du cliché d'échographie mammaire à 36SA