



**ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES TUMEURS DU SEIN CHEZ  
LES CONSULTANTES ADMISES AU CHU DE PARAKOU  
(BENIN).**

**DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF BREAST TUMORS ON ADMITTED  
PATIENTS IN CHU OF PARAKOU  
(BENIN).**

Mensah E<sup>1</sup>, Savi de Tove S<sup>1</sup>, Koudoukpo C<sup>1</sup>, Brun L<sup>1</sup>, Hodonou MA<sup>1</sup>, Tamou BE<sup>1</sup>, Godjo E<sup>1</sup>,  
Allode A<sup>1</sup>, Akele-Akpo MT<sup>2</sup>.

1- Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin.

2- Faculté des Sciences de la Santé Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

**Correspondance :** Dr Emile MENSAH  
BP: 1109 Parakou, Bénin.  
E.mail: emile\_mensah@yahoo.fr

#### RESUME

**Introduction :** Les tumeurs du sein sont fréquentes et surviennent à tout âge avec la hantise du cancer. Nous apportons notre contribution à leurs aspects diagnostiques et thérapeutiques chez les consultantes admises au CHU-P (Bénin).

**Patientes et Méthodes :** Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique couvrant une période allant du 15 janvier au 15 septembre 2014. L'étude a porté sur 549 consultantes du CHU-P choisies selon un sondage exhaustif. Les données ont été collectées en prenant en compte les variables cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

**Résultats:** Le délai moyen de consultation était de  $8,8 \pm 6$  mois. Les tumeurs du sein survenaient de façon statistiquement significative chez les patientes ayant les antécédents de dysménorrhées ( $p < 10^{-3}$ ), de nodulectomies ( $p < 10^{-5}$ ), d'absence d'allaitement maternel ( $p < 10^{-8}$ ), de nodule de sein dans la fratrie ( $p = 0,0153$ ) ou chez la mère ( $p < 10^{-5}$ ) et d'IMC  $\geq 25$ kg/m<sup>2</sup>. Les signes fonctionnels constatés étaient la douleur et le prurit mammaires. Quel que soit le sein concerné, il s'agissait surtout d'un seul nodule et le quadrant supéro-latéral était le plus affecté. Tant à l'échographie qu'à l'examen anatomopathologique, le fibroadénome était le type de tumeur le plus identifié. Les suites opératoires avaient été simples chez toutes les patientes opérées.

**Conclusion :** Le diagnostic des tumeurs du sein repose à la fois sur la clinique, l'imagerie et l'anatomie pathologique. La confirmation diagnostique du type de tumeur du sein ne peut être faite qu'à l'examen anatomopathologique. Les suites opératoires sont en général simples.

**Mots clés:** tumeur, sein, sexe féminin, anatomie pathologique.

#### SUMMARY

**Introduction:** Breast tumors are frequent and arise at any age with the obsessive fear of cancer. We contribute to their diagnostic and therapeutic aspects among female persons admitted in CHU-P (Benin).

**Patients and Methods:** It was about a cross sectional, descriptive and analytical study, covering a period from January 15th to September 15th 2014. The study involved 549 female individuals in CHU-P selected following an exhaustive survey. Data were collected using a questionnaire that took into account clinical, paraclinical and therapeutic variables.

**Results:** The mean time of consultation was  $8.8 \pm 6$  months. Statistically, breast tumors occurred significantly on patients with histories of dysmenorrhea ( $p < 10^{-3}$ ), nodulectomies ( $p < 10^{-5}$ ), lack of breast feeding ( $p < 10^{-8}$ ), breast nodule in their siblings ( $p = 0.0153$ ) or with their mother ( $p < 10^{-5}$ ), and BMI  $\geq 25$ kg/m<sup>2</sup>. The functional symptoms recorded were mammary pain and pruritus. Regardless of the breast at issue, it was mainly about a single nodule and the upper-lateral quadrant was the most affected. At both ultrasound scan and pathological examination, fibroadenoma was the most identified tumor type. Therapeutically, the postoperative status of all operated patients was uneventful.

**Conclusion:** The diagnosis of breast tumors is based on clinic, imaging, as well as on pathological anatomy. The diagnostic confirmation of the breast tumor type can only be made through anatomopathological examination. Generally, no uneventful postoperative is observed.

**Key words:** tumor, breast, female genital organ, pathological anatomy.

## INTRODUCTION

Hormis le côté esthétique, séducteur et sexuel, le sein joue un important rôle biologique de lactation pour le nourrisson. Il est souvent le siège d'affections diverses et variées avec au premier plan les tumeurs. La pathologie tumorale mammaire est dominée par la hantise du cancer du sein [1]. Le diagnostic repose sur la clinique, l'imagerie et l'anatomie pathologique qui, seule, peut affirmer la nature bénigne ou maligne de la tumeur. Dans les statistiques hospitalières, 63,2% de tumeurs bénignes ont été colligées à l'hôpital Ignace Deen en 1996 en Guinée [2]. Dans le sud du Bénin à Cotonou, une étude réalisée en 2012 a révélé que les tumeurs bénignes étaient représentées par 55,2% des tumeurs du sein. Dans le nord du Bénin, une étude sur les tumeurs du sein réalisée en 2011 à Parakou en milieu scolaire avait trouvé 100% de tumeurs bénignes [3]. Nous apportons dans le présent travail, notre contribution à l'étude des tumeurs du sein chez les consultantes, admises au Centre Hospitalier Universitaire de Parakou (CHU-P), au Bénin. L'objectif général de l'étude était d'étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs du sein chez ces consultantes.

## PATIENTES ET METHODES

L'étude s'était déroulée au CHU-P, notamment dans les Services de Chirurgie Générale, de Gynécologie-Obstétrique, d'Imagerie Médicale et l'Unité d'Anatomie Pathologique. Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique. La collecte a été effectuée du 15 janvier au 15 septembre 2014.

Ont été inclus dans l'étude, tous les sujets de sexe féminin de la puberté à la ménopause admis dans les Services de Chirurgie Générale ou de Gynécologie-Obstétrique du CHU-P soit suite à une sensibilisation radiodiffusée sur les tumeurs du sein, soit pour une activité de soin, soit pour la réalisation d'un examen paraclinique et ayant été sensibilisés pour un examen sénologique systématique.

N'ont pas été inclus dans l'étude, tous les sujets de sexe féminin de la puberté à la ménopause admis dans les Services ciblés et ayant refusé de participer à l'étude, ceux incapables de répondre aux questions et ceux admis dans les autres services du CHU-P au cours de la période d'étude.

La variable dépendante était la présence d'une tumeur du sein. Les variables indépendantes étaient celles liées aux aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

Après cinq (05) séances de sensibilisation radiodiffusée de la communauté de Parakou en français et dans les langues locales dominantes (bariba, dendi, nagot, fon et mina) sur la hantise du cancer devant

une tumeur du sein négligée ou non dépistée précocement, chaque consultante avait bénéficié d'une consultation sénologique. Les données ont été saisies puis analysées dans le logiciel Epi info (version 3.5.1).

Les autorités administratives à divers niveaux ont été informées de l'étude et ont donné leur accord. Le consentement oral éclairé des enquêtées avait été obtenu avant toute inclusion dans l'étude. L'anonymat des informations et la confidentialité des personnes enquêtées ont été garantis.

## RESULTATS

La population d'étude était faite de 549 sujets de sexe féminin sur la période du 15 janvier au 15 septembre 2014.

Les motifs de consultation étaient variés: douleur mammaire (n = 26), tuméfaction découverte lors d'une autopalpation des seins (n = 50), prurit mammaire (n = 4), motif autre qu'un symptôme mammaire (n = 492).

Données de l'anamnèse et antécédents :

Le délai moyen de consultation chez les patientes présentant une tumeur du sein était de  $8,8 \pm 6$  mois avec des extrêmes de 1 et 84 mois. Le tableau I montre la répartition des tumeurs du sein en fonction de l'utilisation d'une méthode contraceptive.

**Tableau I : Répartition des tumeurs du sein en fonction de l'utilisation d'une méthode contraceptive (p=0,12)**

	Tumeur du sein (+)		Tumeur du sein (-)		Total
	n	%	n	%	
Oui	5	20,0	20	80,0	25
Non	46	8,8	478	91,2	524
Total	51	9,3	498	90,7	549

**Tableau II : Répartition des tumeurs du sein, en fonction de l'âge (en année) à la 1<sup>e</sup> grossesse (p = 0,4854).**

	Tumeur du sein (+)		Tumeur du sein (-)		Total
	n	%	n	%	
< 20	6	3,9	170	96,1	176
[20-25]	13	5,5	229	94,5	242
> 25	1	1,9	53	98,1	54
Total	20	4,2	452	95,8	472

Nous avons eu la notion de dysménorrhée chez 242 enquêtées dont 37 porteuses de tumeur du sein ( $p < 0,001$ ), d'irrégularité menstruelle chez 201 enquêtées dont 25 porteuses de tumeur du sein ( $p = 0,295$ ), de ménopause chez 15 enquêtées dont 5 porteuses de tumeur du sein ( $p = 0,494$ ) et de nodulectomie de sein chez 7 enquêtées et les 7 étaient encore porteuses de tumeur du sein ( $p < 10^{-5}$ ).

La moyenne d'âge à la 1<sup>ère</sup> grossesse chez les patientes présentant une tumeur du sein était de  $21,1 \pm 3,4$  ans avec des extrêmes de 14 et 36 ans (tableau II). Les tableaux III et IV montrent la répartition des tumeurs du sein en fonction de la pratique de l'allaitement maternel, et en fonction des antécédents familiaux de tumeur du sein.

**Tableau III Répartition des tumeurs du sein en fonction de la pratique de l'allaitement maternel.**

	Tumeur du sein (+)		Tumeur du sein (-)		Total
	n	%	n	%	
Oui	18	5,3	321	94,7	339
Non	33	15,9	175	84,1	208
Total	51	9,3	498	90,7	549

**Tableau IV : Répartition des tumeurs du sein, en fonction des antécédents familiaux de tumeurs du sein.**

	Tumeur du sein (+)		Tumeur du sein (-)		p
	n	%	n	%	
<b>Dans la fratrie</b>					0,0153
Oui	3	42,9	4	57,1	
Non	48	8,9	484	91,1	
<b>Chez la mère</b>					$< 10^{-5}$
Oui	5	55,6	4	44,4	
Non	46	8,5	494	91,5	
<b>Chez la tante</b>					0,8243
Oui	0	0,0	4	100,0	
Non	51	9,4	494	90,6	

Données cliniques :

La douleur mammaire a été le signe fonctionnel le plus évoqué (tableau V).

La fréquence des tumeurs du sein était de 13,6% chez les patientes dont l'indice de masse corporelle (IMC) était supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> (tableau VI).

A l'inspection et conformément au tableau VII : le sein droit était normal dans des 86,3% cas et le gauche dans 90,2% des cas. Une cicatrice opératoire avait été notée dans 9,8% des cas à droite et 5,9% des cas à gauche. Une asymétrie des seins avait été objectivée chez 3 patientes (5,9%) (Figure 1).

**Tableau V: Répartition des patientes en fonction des signes fonctionnels.**

	Effectif	Pourcentage
<b>Douleur mammaire</b>		
- Oui	21	41,2
- Non	30	58,8
<b>Prurit mammaire</b>		
- Oui	4	7,8
- Non	47	92,2
<b>Fièvre</b>		
- Oui	0	0,0
- Non	51	100

**Tableau VI: Répartition des patientes en fonction de l'IMC (en kg/m<sup>2</sup>).**

	Tumeur du sein (+)		Tumeur du sein (-)		Total
	n	%	n	%	
< 18,5	5	19,2	21	80,8	26
[18,5-24,9]	34	7,8	401	92,2	435
≥ 25	12	13,6	76	86,4	88
Total	51	9,3	498	90,7	549

( $p = 0,0463$ )

**Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de l'aspect du sein à l'inspection.**

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
Sein d'aspect normal	4	86,3	46	90,2
Mamelon ombiliqué	0	0,0	0	0,0
Aspect local de "peau d'orange"	1	2,0	2	3,9
Cicatrice opératoire mammaire	5	9,8	3	5,9
Sein ulcéré	1	2,0	0	0,0
Sein tuméfié	1	2,0	0	0,0
Sein déformé	2	3,9	3	5,9
Peau locale hyperpigmentée	1	2,0	1	2,0



Figure 1 : Asymétrie des seins avec aspect de peau d'orange.

A la palpation et conformément au tableau VIII, une (01) tumeur du sein était objectivée dans 83,4% des cas à droite et 90,0% à gauche lors de la palpation. Deux (02) tumeurs du sein avaient été objectivées dans 13,3% des cas à droite et 6,7 % des cas à gauche.

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du nombre de tumeurs dans le sein.

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
Sein d'aspect normal	4	86,3	46	90,2
Mamelon ombiliqué	0	0,0	0	0,0
Aspect local de "peau d'orange"	1	2,0	2	3,9
Cicatrice opératoire mammaire	5	9,8	3	5,9
Sein ulcéré	1	2,0	0	0,0
Sein tuméfié	1	2,0	0	0,0
Sein déformé	2	3,9	3	5,9
Peau locale hyperpigmentée	1	2,0	1	2,0

Les tumeurs du sein siégeaient dans 50% des cas à droite et 25,5% des cas à gauche dans le quadrant supéro latéral (Figure 2).

Les tumeurs du sein étaient mobiles sur le plan superficiel dans 91,7% des cas à droite et 94,3% des cas à gauche. Sur le plan profond, elles étaient mobiles dans 100% des cas à droite comme à gauche.

Sur les 51 patientes ayant des tumeurs du sein, 2 présentaient des adénopathies axillaires (3,9%).

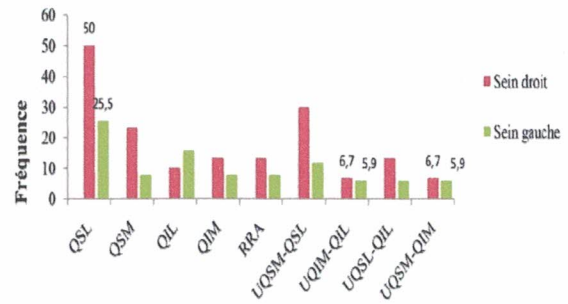


Figure 2 : Répartition des tumeurs du sein selon le siège à la palpation.

Une tumeur de taille inférieure ou égale à 10 mm était objectivée dans 8 cas à droite (22,2%) et dans 14 cas à gauche (40%), conformément au tableau IX.

Tableau IX: Répartition des tumeurs du sein selon la taille (en mm) à la mensuration.

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
]0-10]	8	22,2	14	40,0
]10 -20]	10	27,8	7	20,0
]20-30]	7	19,4	6	17,1
]30-40]	3	8,3	2	5,7
]40-50]	6	16,7	1	2,9
> 50	2	5,6	5	14,3
Total	36	100,0	35	100,0

La tumeur bénigne était suspectée à l'examen physique chez 45 patientes (88,2%) et la tumeur maligne chez 6 patientes (11,8%).

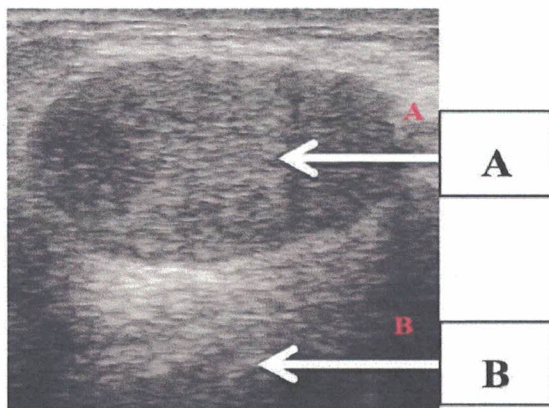
Données échographiques:

Les tumeurs du sein avaient une forme ovulaire dans 100% des cas, une échostructure hypoéchogène dans 89,6% des cas à droite et 100% des cas à gauche, une homogénéité dans 92,0% des cas à droite et 100% à gauche et un renforcement postérieur dans 85% des cas à droite et 85% des cas à gauche.

Le fibroadénome (figure 3) était identifié dans 38 cas à droite et 34 à gauche (72/89 tumeurs identifiées soit 80,9%) conformément au tableau X.

**Tableau X : Types de tumeurs du sein après l'échographie.**

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
Fibroadénome	38	79,2	34	82,9
Hématome mammaire	3	6,3	1	2,4
Lipome mammaire	1	2,1	1	2,4
Tumeur phyllode	2	4,2	2	4,8
Néoplasie intragalactophorique	3	6,3	0	0,0
Dysplasie mammaire	1	2,1	0	0,0
Kyste mammaire	0	0,0	3	7,3
Total	48	100,0	41	100,0



**Figure 3 : Aspect échographique d'un fibroadénome (A) avec renforcement postérieur (B)**

**Données thérapeutiques et évolution:**

Sur les 51 patientes présentant une tumeur du sein, 16 ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale (31,37%) et 20 n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale (39,22%). Quinze (15) patientes (29,41%) étaient en attente d'être opérées. Chez les patientes opérées, l'anesthésie était locale dans 87,5% des cas, à base de Lidocaïne non adrénalinée à 2%, en infiltration. L'incision cutanée était axillaire ou péri aréolaire dans 31% des cas, sous-mammaire dans 19% des cas, en raquette dans 13% des cas et en regard de la tumeur dans 6% des cas. Parmi les patientes opérées, 2 (13%) ont bénéficié d'une mastectomie totale suivie d'un curage ganglionnaire. Le sein droit était opéré dans 8 cas (50%) et le sein gauche dans 6 cas (38%). Dans 2 cas (12%), les 2 seins ont été opérés d'un seul tenant. Les suites opératoires avaient été simples dans 100% des cas. Les opérées avaient été gardées en observation sous surveillance pendant 6 heures de

temps avant leur mise en exeat, dans 87,5% des cas. L'ablation totale des fils de suture était réalisée au 9e jour postopératoire. Les opérées étaient revues en contrôle clinique un mois après l'ablation totale des fils.

Aspects anatomopathologiques des pièces opératoires:

Vingt et une (21) pièces opératoires avaient fait l'objet d'examen anatomopathologique. Il s'agissait de 12 pièces de tumeurs du sein droit et 9 pièces de tumeurs du sein gauche. Les aspects macroscopiques figurent au tableau XI.

**Tableau XI : Répartition des tumeurs opérées, en fonction des aspects macroscopiques des pièces opératoires.**

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
<b>Limites de la tumeur</b>				
Régulières	11	92	9	100,0
Irrégulières	1	8	0	0,0
<b>Couleur</b>				
Blanchâtre	7	58	8	89,0
Beige	4	33	1	11,0
Blanc-rosée	1	8	0	0,0
Grisâtre	0	0	0	0,0
<b>Consistance</b>				
Ferme	3	25	6	67,0
Elastique	9	75	3	33,0

Le tableau XII montre la répartition des tumeurs du sein opérées, en fonction de la taille.

**Tableau XII : Répartition des tumeurs du sein opérées en fonction de la taille (en mm).**

	Sein droit		Sein gauche	
	n	%	n	%
]10-20]	1	8,3	3	33,3
]20-30]	3	25,0	3	33,3
]30-40]	0	0,0	1	11,1
]40-50]	6	50,0	0	0,0
> 50	2	16,7	2	22,3
Total	12	100	9	100,0

La figure 4 montre l'aspect macroscopique d'un fibroadénome.



Figure 4 : Aspect macroscopique d'un fibroadénome.

A la microscopie lors de l'examen anatomopathologique, le fibroadénome avait été retrouvé dans 71,4% des cas (tableau XIII).

Tableau XIII : Répartition des tumeurs du sein opérées en fonction de l'aspect microscopique.

	Effectif	Pourcentage
Fibroadénome		
Péricanalaire	8	38,1
Intracanalalaire	1	4,8
Mixte	6	28,5
Maladie fibrokystique	3	14,2
Lipome	1	4,8
Tumeur phyllode (grade 1)	1	4,8
Sarcome	1	4,8
Total	21	100,0

## DISCUSSION

Le délai moyen de consultation est de  $8,8 \pm 6$  mois. Ce retard à la consultation sénologique pourrait être lié à la négligence des femmes et ou au manque d'informations sur les tumeurs du sein. Il existe une association statistiquement significative entre la tumeur du sein et certains antécédents des enquêtées tels que ceux de tumeurs du sein dans la fratrie ( $p = 0,0153$ ), de tumeurs du sein chez leurs mères ( $p < 10^{-5}$ ) et de notion de nodulectomies antérieures ( $p < 10^{-5}$ ). Pour certains auteurs [4, 5], un antécédent familial de tumeur du sein est évoqué comme étant un facteur de risque de tumeur du sein, et ce risque serait plus important quand le lien de parenté est plus étroit.

La majorité des patientes n'avaient pas évoqué de signes fonctionnels ; pour celles qui les ont soulevés, la douleur mammaire était le plus cité. La

fréquence des tumeurs du sein était de 13,6% chez les patientes dont l'indice de masse corporelle était supérieur ou égal à  $25\text{kg/m}^2$  ( $p = 0,0463$ ). Pour certains auteurs [6, 7], la surcharge pondérale et l'obésité constitueraient un facteur de risque des tumeurs du sein. Dans notre série, la tumeur du sein était palpée dans les 2 seins dans 17,6% des cas. Brux [8] avait fait le même constat. Angaté et al [9] en Côte d'Ivoire et Onuigbo [10] au Nigeria retrouvaient une atteinte droite prédominante. Diallo et al [2] en Guinée Conakry retrouvaient une atteinte prédominante à gauche.

Le quadrant supéro-latéral est le plus atteint quel que soit le type de sein. Une étude antérieure [3] avait déjà également signalé cette localisation prédominante.

L'exploration échographique avait identifié 89 tumeurs contre 71 retrouvées à l'examen clinique. Cette différence entre la clinique et l'échographie avait été également observée par Fechner [11] qui incriminait certains paramètres tels que le volume de la tumeur, sa localisation (superficielle ou profonde) et la densité mammaire. Dans notre étude, la plupart des patientes sont jeunes. Or, l'examen sénologique de la jeune femme peut être normal même en présence de tumeurs du sein à cause de la densité élevée des seins de cette dernière. L'image échographique dominante était en faveur d'une tumeur bénigne, le fibroadénome (72 cas). Cette fréquence élevée du fibroadénome avait été notifiée par plusieurs auteurs. Certains de nous [3] à Parakou avaient trouvé une fréquence de 88,9% parmi les élèves dans les collèges. Des résultats similaires avaient été obtenus aux Etats-Unis d'Amérique par Hong et al [12] et au Brésil par Paulinelli et al [13]. Seize (16) patientes sur les 51 avaient bénéficié d'une intervention chirurgicale. Selon Blanc et al [14], la chirurgie serait indiquée en cas de lésion à croissance rapide ou responsable de douleurs et en cas de lésion volumineuse ( $> 3$  cm). Mais cette attitude serait moins tranchée chez les jeunes filles porteuses d'une petite lésion stable dans le temps, ou en cas de lésions multiples, à cause des cicatrices itératives inesthétiques; elle était recommandée par d'autres auteurs [15, 16] à cause du risque de cancérisation éventuelle et d'augmentation de taille comme dans le cas du fibroadénome géant. Cependant, 20 patientes n'ont pas eu besoin d'intervention chirurgicale à cause de la petite taille des tumeurs objectivées ( $< 1\text{cm}$ ) ou à cause de l'existence à la fois dans le même sein de tumeurs multiples. En conformité avec Houssami et al [17], ces patientes avaient bénéficié d'une surveillance mensuelle. Pour les patientes ayant subi une intervention chirurgicale, l'anesthésie locale à la Lidocaïne prédominait (87,5%). Dans notre étude, les suites opératoires avaient été simples dans tous les cas contrairement à une précédente étude [3] qui avait recensé des complications à type de suppuration et de lâchage de fil de suture.

Au plan anatomopathologique, le fibroadénome

était la tumeur bénigne la plus retrouvée (71,4% des cas). Cette prédominance de fibroadénome avait été également retrouvée par Mensah et al [3] dans 98,1% des cas. A la macroscopie, une tumeur de couleur blanchâtre était majoritairement retrouvée suivie de la couleur beige. Mensah et al [3] à Parakou, avaient souligné une prédominance de la couleur blanc-grisâtre dans leur série. A la microscopie, le fibroadénome péricanaliculaire était le plus prépondérant. Contrairement à Arno et al [15], aucun cas d'adénome tubuleux n'avait été retrouvé dans notre étude. Cependant, nous avons enregistré un cas de tumeur phyllode similaire au fibroadénome. De taille généralement plus volumineuse, les tumeurs phyllodes ont un pronostic réservé, pouvant évoluer vers une transformation sarcomateuse et surviendraient à un âge plus tardif; leur croissance plus rapide que les fibroadénomes ne serait pas interrompue à la ménopause [16]. Le sarcome mammaire était trouvé dans notre série chez une jeune femme de 22 ans. Ce type de tumeur maligne, rare, serait le fait de la transformation d'une tumeur phyllode de grade 1 négligée ou mal prise en charge. Les suites opératoires avaient été simples, mais dans notre série, il s'agissait d'un sondage exhaustif.

## CONCLUSION

Le nombre de tumeurs du sein à l'examen clinique reste inférieur à celui obtenu à l'échographie mammaire. Le fibroadénome est le plus identifié à l'exploration paraclinique. La confirmation diagnostique du type de tumeur du sein ne peut être faite qu'à l'examen anatomopathologique. Les suites opératoires sont en général simples.

## REFERENCES

- 1- Bild E. High-risk breast lesions. *Surgery* 1998; 102(1-2): 29-35.
- 2- Diallo MS, Diallo TS, Diallo SB et al. Les tumeurs du sein : épidémiologie, clinique, anatomie pathologique et pronostic. *Méd d'Afr Noire* 1996 ; 43(5) : 298-301.
- 3- Mensah E, Savi De Tovè KSM, Allodé SA et al. Aspects diagnostiques des tumeurs du sein chez la jeune fille en milieu scolaire à Parakou (Bénin). *Journal de la Société de Biologie Clinique* 2013; 19 : 45-52.
- 4- Coutant C, Bremaud N, Berranger E. Tumeurs du sein. *Rev Prat* 2008 ; 58 : 413-23.
- 5- Ricks LJ, Ewing A, Thompson N et al. Family history of cancer associated with breast tumor clinic pathological features. *J Community Genet* 2014 ; 5(3) : 233-40.
- 6- Elkum N, Al-Tweigeri T, Ajarim D, Al-Zahrani A, Amer SM, Abousekhra A. Obesity is a significant risk factor for breast cancer in Arab women. *BMC cancer* 2014 ; 14(1) :788-790.
- 7- Tamaki k, Tamaki N, Terukina S et al. The correlation between Body Mass Index and breast cancer risk or estrogen receptor status in Okinawan women. *Tohoku J Exp Med* 2014 ; 234(3) : 169-74.
- 8- Brux J. *Histopathologie du sein : Les tumeurs mixtes*. Paris, Masson 199 ; 72p.
- 9- Angaté ALY, Kebe M. Les cancers du sein en Côte d'Ivoire. *Revue Méd Côte d'Ivoire* 1986 ; 75 : 119-29.
- 10- Onuigbo W. Breast fibroadenoma in teenage females. *Turk J Paediatr* 2003 ; 45(4) : 326-8.
- 11- Fechner RE. Fibroadenoma and related lesions. In : *Diagnostic histopathology of the breast*. Churchill Livingstone Edinburg London Melbourne and New York 1987 ; 72-85.
- 12- Hong AS, Rosen EL, Baker JA. Bi-Rads for sonography : positive predictive values of sonography features. *AJR Am J Roentgenol* 2005 ; 184(4) : 1260-5.
- 13- Paulinelli RR, Freitas R, Moreira MA. Risk of malignancy in solid breast nodules according to their sonographic features. *J Ultrasound Med* 2005 ; 24(5) : 635-41.
- 14- Blanc B, Cravello L. *Abord clinique en gynécologie. La pathologie bénigne du sein*. Paris, 1e édition Springer 2004 ; 187.
- 15- Arno K, Ellen CMM, Elsen VDW, Paul J, Van D. Histopathology and fibroadenoma of the breast. *Am J Clin Pathol* 2001 ; 115 : 736-42.
- 16- Opric S, Opric D, Gugic D, Granic M. Phyllodes tumors and fibroadenoma common beginning and different ending. *Coll Antropol* 2012 ; 36(1) : 235-41.
- 17- Houssami N, Cheug MN, Dixon JM. Fibroadenoma of the breast. *Med J Aust* 2001 ; 174(4) : 185-8.