

Un Cas Rare De Seins Surnuméraires Axillaires Bilatéraux : Revue De La Littérature

JANATI IDRISSE. K, QUENUM, SOULEY. L, LAHLOU A.M, A,
HALOUA M, ALAMI B., LAMRANI A.Y, MAAROUFI. M, BOUBBOU. M.

Service de radiologie Mère-Enfant,

CHU Hassan II de Fès, Maroc

Correspondance : JANATI IDRISSE.K

Service de radiologie Mère-Enfant, CHU Hassan II de Fès, Maroc

RESUME

Les seins surnuméraires axillaires sont une cause d'anxiété et de consultation chez les femmes. Le plus souvent asymptomatique, ils peuvent être le siège de modifications cycliques associées à des douleurs pendant la période pubertaire ou la grossesse. Leur transformation maligne étant une possibilité réelle, il est essentiel de réaliser un bilan radiologique et histologique.

L'exérèse chirurgicale de ces seins surnuméraires est fiable et recommandée pour toute les patientes.

Nous rapportons un nouveau cas de seins surnuméraires axillaires en bilatéral.

Mots-clés : Seins surnuméraires, axillaires, mammographie, échographie.

SUMMARY

Axillary supernumerary breasts are women's common cause of consultation. Primary asymptomatic, they can be modified with pain during the pubertal period or pregnancy. Their malignant transformation is a real risk, so it's essential to perform a radiological and histological assessment. Surgical removal of these breasts is reliable and recommended for any patient.

We report here new case of axillary supernumerary breasts sitting bilaterally.

Keywords : Supernumerary, axillary, mammogram, ultrasound.

Date of Submission: 14-05-2020

Date of Acceptance: 29-05-2020

I. Introduction

La polymastie ou sein surnuméraire, est une affection congénitale dans laquelle on trouve un tissu mammaire anormalement localisé, généralement le long de la ligne lactée [1], en plus du tissu mammaire normal. La polymastie est présente chez 0,4 à 6% des femmes et 1 à 3% des hommes [2].

Environ 67% des cas de polymastie se localisent dans les parties thoracique ou abdominale de la ligne lactée, souvent juste en dessous du pli infra-mammaire ; 20% se localisent dans l'aisselle ; les autres sièges le long de la ligne lactée, représentant 20% [2].

Cependant dans de rares cas, la polymastie peut siéger en dehors de la ligne lactée, au niveau du cou, visage, bras et les hanches [3].

Le caractère bilatéral est également rarement rapporté [4]. Les seins surnuméraires sont majoritairement asymptomatiques avant la puberté [5] et doivent faire l'objet d'un suivi radiologique régulier du fait du risque de dégénérescence bénigne mais le plus souvent maligne [6].

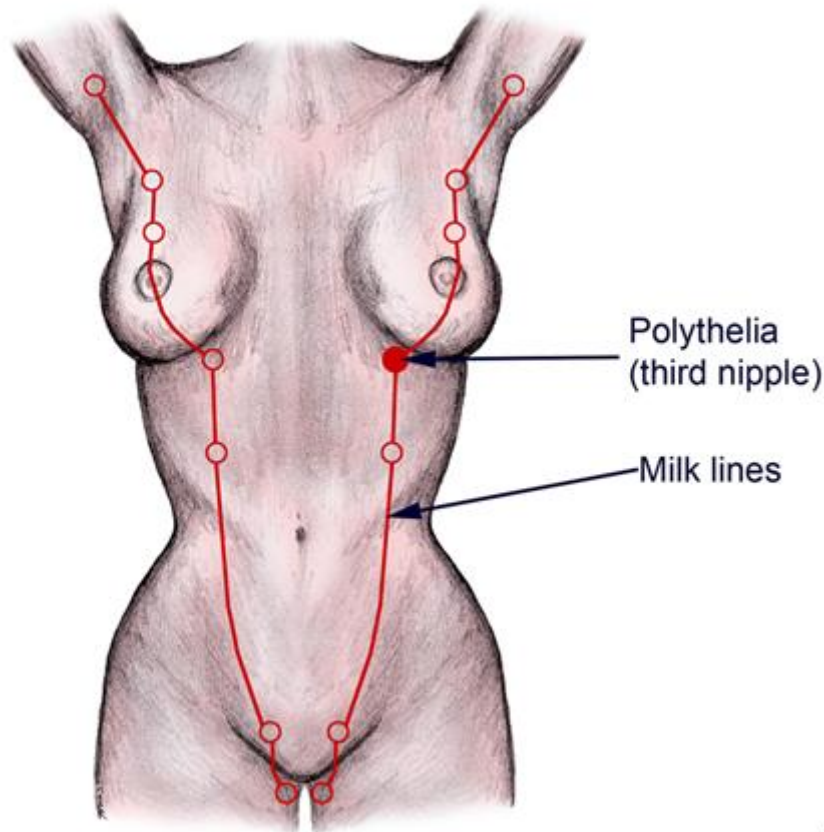
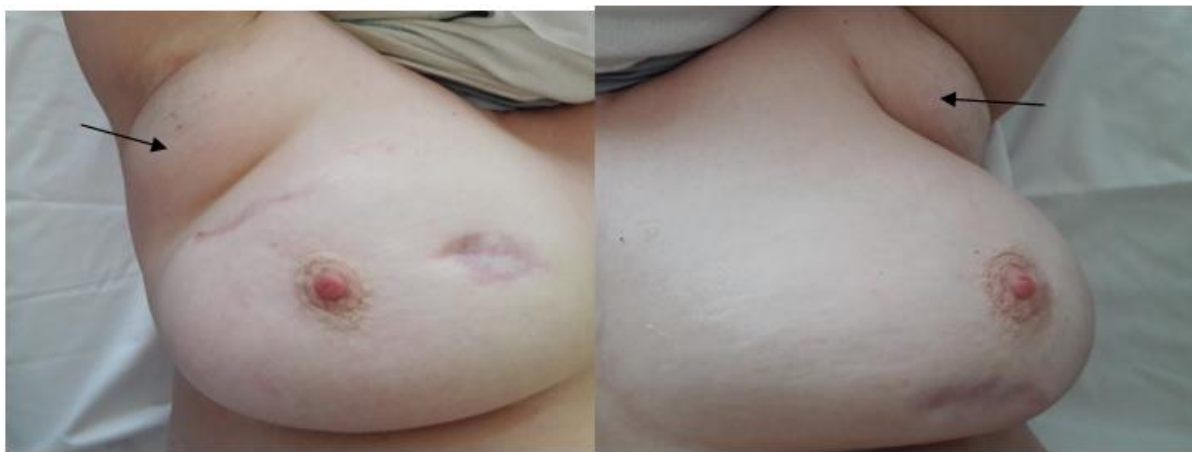


Image 1 : objectivant les lignes lactées [1]

II. Observation

Patiente âgée de 40 ans, mariée, mère d'un enfant non ménopausée, ayant subi une tumorectomie des deux seins (lésions ACR IV) revenue en faveur d'adénofibrome, elle rapporte une tuméfaction axillaire bilatérale indolore depuis la naissance, ayant augmentée de taille en post-partum (fig. 1).



Sein droit

Sein gauche

Fig 1 : montre une hypertrophie axillaire bilatérale (flèche)

L'examen clinique des creux axillaires a révélé deux masses axillaires bilatérales, de consistance molle, indolores, régulières, adhérentes à la peau mais mobiles par rapport au plan profond, sans individualisation de plaque aréolaire ou de mamelon. Elles mesuraient 6 cm de grand axe à droite, contre 5 cm à gauche. Une mammographie (fig. 2), réalisée objective la présence au niveau des deux prolongements axillaires de tissu fibro-glandulaire, mélangé à de la graisse. Le complément échographique (fig. 3) révèle les mêmes constats qu'en mammographie.

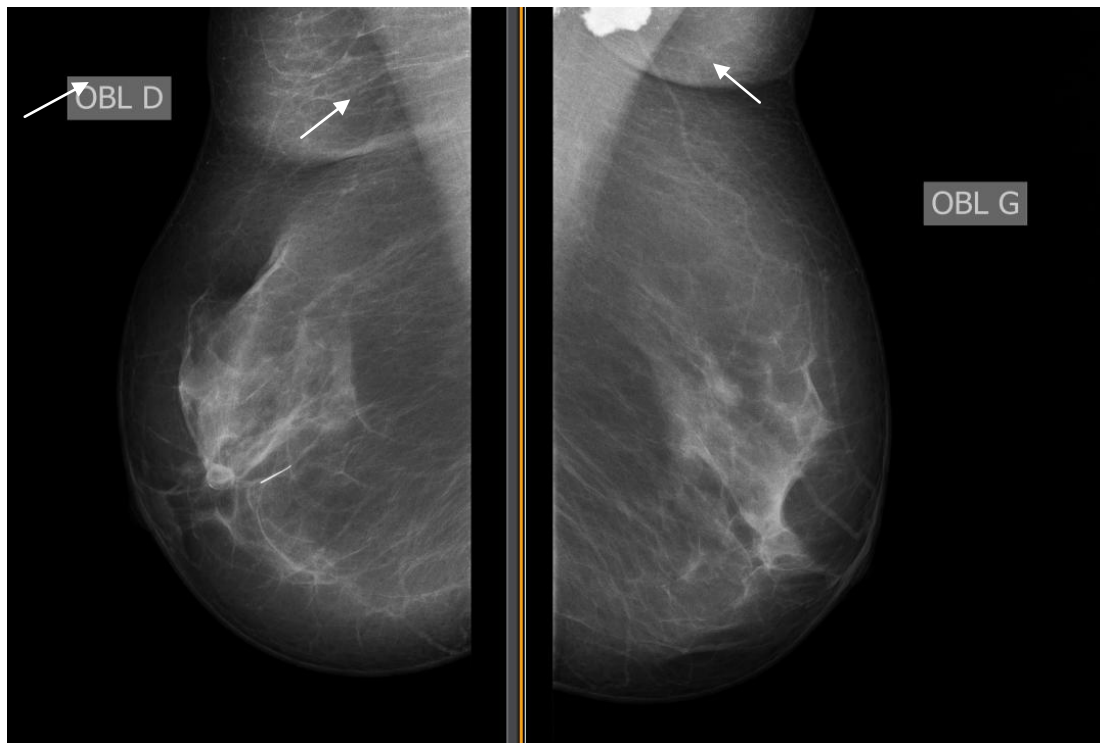


Fig 2 : mammographie 02 incidences obliques externe à 60° : objective un tissu fibro-glandulaire opaque au niveau axillaire en bilatéral

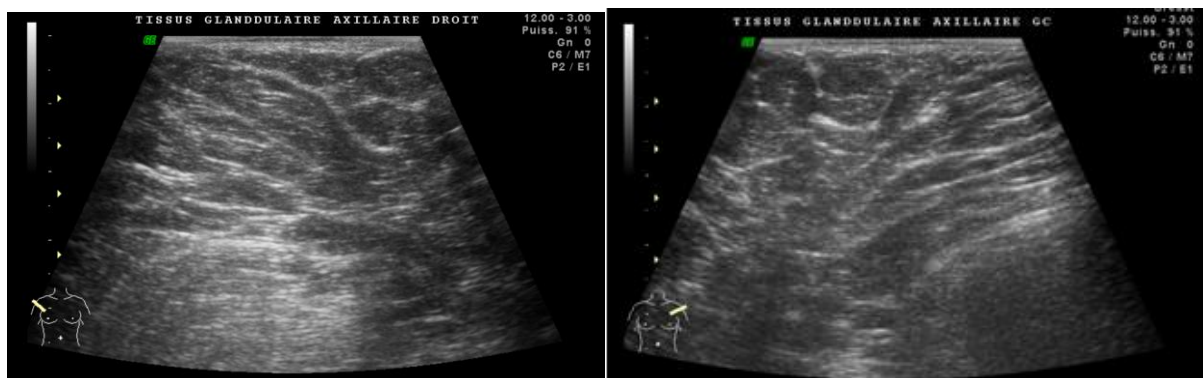


Fig 3 : images échographiques : objectivent un tissu fibro-glandulaire axillaire bilatéral

Un scanner thoracique, réalisé chez la patiente dans le cadre de l'exploration d'une dyspnée aigue confirme également la présence de seins surnuméraires axillaires bilatéraux, visibles sur les reconstructions bi et tridimensionnelles (fig. 4). La patiente est en attente d'une exérèse chirurgicale en bilatéral.

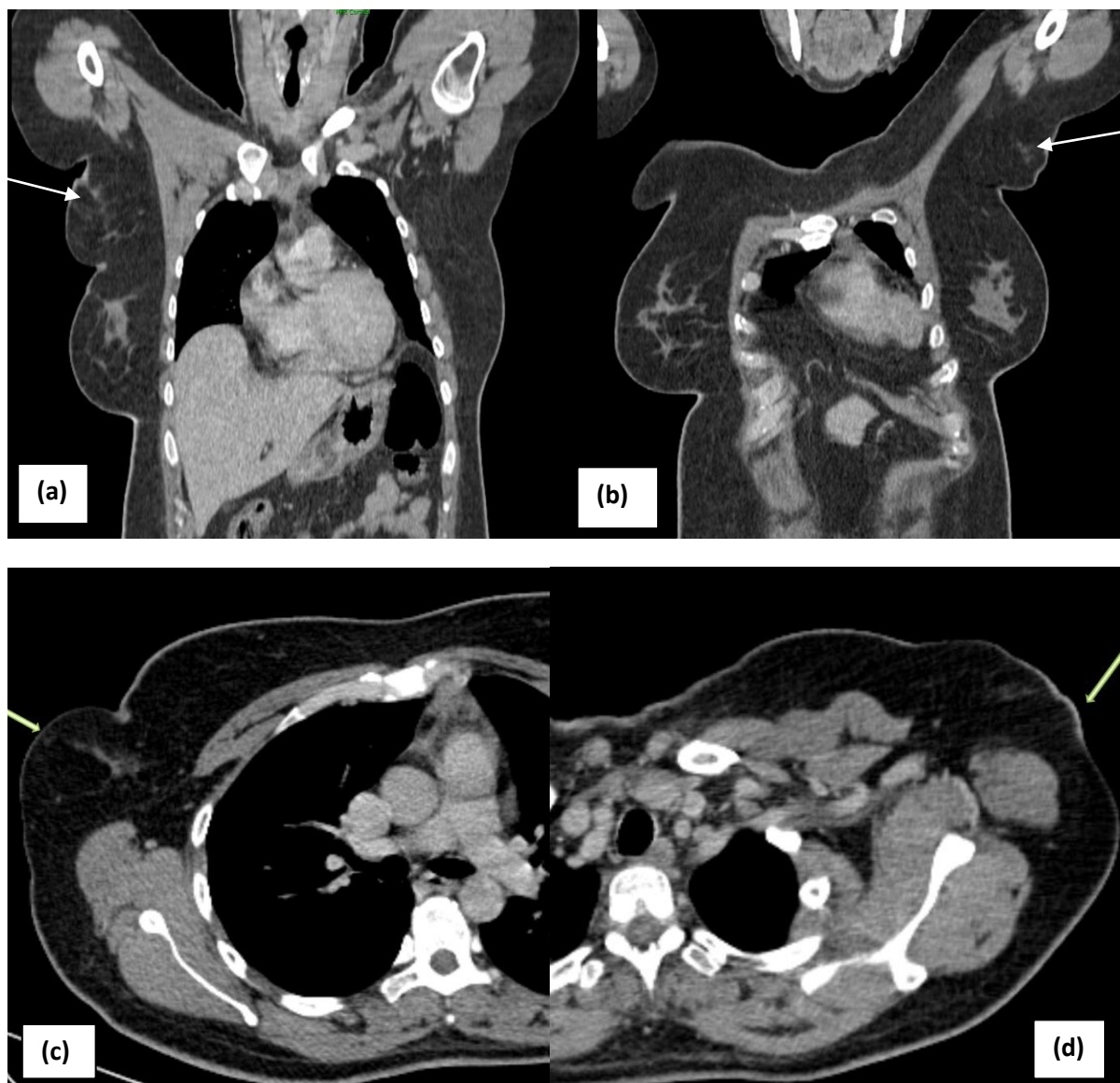


Fig 4 : coupes TDM coronales (a et b) et axiales (c et d) : montre une hypertrophie axillaire bilatérale graisseuse, contient un tissu fibro-glandulaire de densité élevée

III. Discussion

Les glandes mammaires, commencent leur développement au début de la vie embryologique. À 5 semaines de développement embryologique, les stries mammaires ectodermiques s'étendent bilatéralement de l'aisselle à l'aîne (ligne lactée : Image.1). A la 7^{ème} semaine, une crête mammaire se développe dans la partie thoracique des stries primitives et commence à proliférer en tant que bourgeon mammaire primaire. Ce bourgeon primaire croît ensuite dans le derme sous-jacent.

À la 10^{ème} semaine, le bourgeon primaire commence à se ramifier, donnant des bourgeons secondaires à la 12^{ème} semaine, qui se développent finalement en lobules mammaires.

La différenciation plus poussée en sein complet se produit pendant le reste de la gestation. Le reste de la strie mammaire régresse habituellement [7]. Cependant, une involution incomplète peut entraîner des foyers de tissu mammaire surnuméraires n'importe où le long de la ligne lactée [1]. Le sein surnuméraire peut aller d'un foyer sous-cutané de tissu mammaire à un sein complet avec aréole et mamelon.

La présence d'un petit mamelon est la forme la plus fréquente de sein surnuméraire [8]. En 1915, Kajava a publié un système de classification des tissus mammaires surnuméraires qui reste d'actualité aujourd'hui [9] :

- **Classe I** : sein surnuméraire complet avec mamelon, aréole et tissu glandulaire
- **Classe II** : présence d'un mamelon et du tissu glandulaire mais pas d'aréole
- **Classe III** : présence d'aréole et de tissu glandulaire mais pas de mamelon

- **Classe IV** : présence uniquement de tissu glandulaire
- **Classe V** : présence de mamelon et d'aréole, mais pas de tissu glandulaire
- **Classe VI** : présence uniquement d'un mamelon : polythélium)
- **Classe VII** : présence uniquement d'une aréole : polythelia areolaris
- **Classe VIII** : présence uniquement d'une mèche de cheveux : polythelia pilosa

Cependant cette classification a été simplifiée en polymastia, polythélie et tissu mammaire aberrante [9]. Dans notre cas, il s'agit d'une prolifération de tissu glandulaire, sans aréole ni mamelon, rarement rapportée dans la littérature, et correspondant à la **classe IV de Kajava**.

Initialement asymptomatiques, Les seins surnuméraires axillaires deviennent généralement symptomatiques après la puberté, ou pendant la grossesse : augmentation de la taille, douleur cyclique, inconfort, anxiété, sécrétion de lait et irritation cutanée locale [10].

La symptomatologie de notre patiente a été déclenché par la grossesse, avec augmentation en taille des tuméfactions axillaires en bilatéral,

Sur le plan clinique, le diagnostic erroné du sein surnuméraire axillaire est fréquent en l'absence d'aréole et de mamelon, prêtant à confusion avec un lipome ou une adénopathie [2]. C'est le cas de notre patiente, dont les tuméfactions axillaires ont longtemps été négligées, prises pour des simples lipomes, en l'absence d'aréole et de mamelon.

Le recours à l'imagerie, constitue une étape importante de la démarche diagnostique et du suivi.

Sur la mammographie, le sein surnuméraire axillaire présente l'aspect typique du parenchyme glandulaire mammaire mais est de siège axillaire et est séparé du sein 'normal' [3, 11].

La masse peut également être évidente sur l'échographie, notamment lorsqu'elle a une composante fibro-glandulaire.

L'IRM montre une masse sous-cutanée axillaire mal limitée mais ayant le même signal que le tissu mammaire [12]. Notre patiente a bénéficié d'une mammographie, échographie, scanner thoracique et le diagnostic a été porté facilement.

Cependant en cas de doute la confirmation du diagnostic est histologique [11].

Dans le sein surnuméraire axillaire peuvent se développer toutes les pathologies composant l'ANDI (aberrations du développement normal et involution) comme les abcès, mastites, mastodynies cycliques, kystes, fibroadénomes, hamartomes, tumeurs phyllodes et carcinomes [13].

Le site le plus commun du carcinome des seins surnuméraires est axillaire : son incidence est de 0,2% à 6% [14]. Et son mauvais pronostic est probablement due à la proximité des lymphatiques axillaires et ganglions lymphatiques [14]. Les seins surnuméraires axillaires de notre patiente ne contenaient pas de lésions bénignes ou malignes.

Le traitement de choix pour les seins surnuméraires axillaires symptomatiques est l'exérèse chirurgicale. L'aspect esthétique est la principale indication dans la majorité des cas [15]. *Down et al* dans une analyse rétrospective de 28 patientes ayant bénéficié d'une exérèse chirurgicale de seins surnuméraires axillaires, recommandent aussi la chirurgie, malgré le taux élevé de complications rapporté (39%) [16].

Cependant pour des approches esthétiques la liposuccion devient une alternative thérapeutique plus couramment utilisé de nos jours [17]. Un nouvel algorithme a été proposé par l'American Association of Plastic Chirurgie en 2011 pour le traitement du sein surnuméraire axillaire en utilisant une combinaison de l'exérèse chirurgicale et la liposuccion [14].

IV. Conclusion

Le sein surnuméraire axillaire est une cause d'anxiété chez les femmes du fait de l'esthétique et de sa potentielle transformation maligne. Quelle que soit l'aspect clinique, cette entité doit faire l'objet d'une enquête radiologique fine et parfois histologique. En raison de la forte incidence de survenu de pathologies bénignes et malignes, le sein surnuméraire axillaire doit être pris en charge chirurgicalement.

Références

- [1]. The Geneva Foundation for Medical Education and Research, Natural milk lines. 8 April 2008, 11:17:11.
- [2]. Sahu S, Husain M, Sachan P. Bilateral Accessory Breast. The Internet Journal of Surgery. 2007 Volume 17 Number 2.
- [3]. Adler DD, Rebner M, Pennes DR. Accessory breast tissue in the axilla: mammographic appearance. Radiology 1987; 163:709-711.
- [4]. Bertschinger K, Caduff R, Kubik-Huch RA. Benign intramammary and axillary lesions mimicking malignancy. Eur Radiol 2000; 10:1029-1030.
- [5]. Patel P, Ibrahim A, Zhang J, Nguyen J, Lin S, Lee B. Accessory Breast Tissue. www.ePlasty.com, Interesting Case, April 23, 2012.
- [6]. Madej B, Balak B, Winkler I, et al. Cancer of the accessory breast—a case report. Adv Med Sci. 2009;54:308-10.
- [7]. Bland KI, Romrell LJ: Congenital and acquired disturbances of breast development and growth. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. Bland KI, Copeland EM III (eds). Philadelphia, WB Saunders, 2nd Ed., 1998; pp 214-232.
- [8]. Haagensen CD. Diseases of the Breast, 3rd ed, Philadelphia: Saunders, 1986; pp. 5-7.

- [9]. Kajava Y. The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim* 1915; 31:143-170.
- [10]. Lakkawar NJ, Maran G, Srinivasan S, Rangaswamy T. Axillary breast tissue in the axilla in a puerperal woman-case study. *Acta Medica Medianae*. 2010;49(4):45-7.
- [11]. Yang WT, Suen M, Metreweli C. Mammographic, sonographic and histopathological correlation of benign axillary masses. *Clin Radiol* 1997; 52:130-135.
- [12]. Laor T, Collins MH, Emery KH, Donelli LF, Bove KE, Ballard ET. MRI appearance of accessory breast tissue: a diagnostic consideration for an axillary mass in a peripubertal or pubertal girl. *AJR* 2004; 183:1779-1781.
- [13]. Solanki R, Choksi DB, Duttaroy DD. Accessory breast tissue presenting as a large pendulous mass in the axilla: a diagnostic dilemma. *N Z Med J*. 2008;121(1277):76-8.
- [14]. Arora BK, Arora R, Aora A, Singh K. Axillary accessory breast: presentation and treatment. *Int Surg J* 2016;3:2050-3.
- [15]. Motsumi M, Narasimhamurthy M, Gabolwelwe M. Fibroadenoma in the axillary accessory breast. *S Afr J Surg* 2018;56(3)
- [16]. Down S, Barr L, Baidam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in axilla. *Br J Surg*. 2003;90(10):1213-4.
- [17]. Fan J. Removal of accessory breasts: a novel tumescent liposuction approach. *Asthetic Plast Surg*. 2009;33(6):809-13.

JANATI IDRISLI.K, et. al. “Un Cas Rare De Seins Surnuméraires Axillaires Bilatéraux : Revue De La Littérature.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(5), 2020, pp. 34-39.