

FIBROADÉNOME MAMMAIRE GÉANT JUVÉNILE : À PROPOS D'UN CAS GIANT JUVENILE FIBROADENOMA: REPORT OF ONE CASE

ALLAH KC, KOSSOKO H et YÉO S.

Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, Chirurgie de la Main et Brûlologie
CHU de Treichville ; 01 BP V 3 Abidjan 01 - Côte d'Ivoire

Correspondant: ALLAH KC (E-mail : allahkchristophe@yahoo.fr)

RÉSUMÉ

Objectif : Rapporter un fibroadénome mammaire géant de type juvénile chez une jumelle homozygote qui a eu une puberté précoce.

Patient : Il s'agissait d'une adolescente de 12 ans, jumelle homozygote, pubère, alors que à sa sœur jumelle était impubère et non réglée. Elle présentait une asymétrie mammaire tumorale. Il n'y avait pas de notion de contraception, ni de tumeur du sein familiale dans ses antécédents. Le bilan clinique, radiologique et histologique avait mis en évidence un fibroadénome géant unilatéral. La tumorectomie associée à la reconstruction mammaire immédiate a corrigé l'asymétrie.

Discussion : Le fibroadénome géant juvénile est une mastopathie bénigne rare. Il représente 4% de tous les fibroadénomes mammaires. L'hyperoestrogénie relative en rapport avec une puberté précoce en est le facteur étiopathogénique essentiel. La tumorectomie associée à une reconstruction mammaire en un temps corrige l'asymétrie.

Conclusion : Le fibroadénome juvénile représente la mastopathie bénigne la plus fréquente de l'adolescente. La fibroadénomectomie associée à une reconstruction mammaire immédiate corrige l'asymétrie et donne un confort de vie à l'adolescente porteuse. La surveillance postopératoire reste essentielle.

Mots-clés : Fibroadénome juvénile, Jumeau, Puberté précoce

SUMMARY

The aim of this work is to report one case of giant juvenile breast fibroadenoma in a twin adolescent girl.

Patient: A 12 years old, neither twin adolescent without any contraception or breast tumour in family history presented a giant and unilateral fibroadenoma which is responsible of breast asymmetrical and aesthetic embarrassment. She had precocious puberty contrary of her sister who is pre-pubescent and none well ordered. Surgical treatment associated with breast reconstruction correct breast asymmetric.

Discussion: Juvenile giant fibroadenoma is a rare and benign mastopathy. It is represent 4% of all breast fibroadenoma in adolescent. Relative hyperoestrogeny due to precocious puberty is the essential aetiopathogenical factor. Surgical treatment associated with breast reconstruction correct breast asymmetric with good aesthetic result.

Conclusion: Juvenile fibroadenoma is a benign mastopathy. Surgical treatment associated with breast reconstruction correct breast asymmetric and gives a comfort of life. Postoperative supervision is interested.

Key words: Juvenile fibroadenoma, twin, Precocious puberty

INTRODUCTION

Le fibroadénome est une tumeur bénigne composée d'un stroma et de cellules épithéliales glandulaires. Il représente 10% des cas des tumeurs bénignes de la population féminine¹ et 75% des cas de lésions mammaires chez la jeune fille, en période pubertaire^{2,3}. Le fibroadénome mammaire géant est un fibroadénome dont la taille est supérieure à cinq centimètres de diamètre et/ou pesant plus de 500 grammes^{2,4}. Dans sa forme dite juvénile, le fibroadénome survient pendant la période pubertaire, en général après la survenue des premières règles. La population cible est la très jeune fille dont l'âge est compris entre 10 et 18 ans⁵.

Les auteurs rapportent un cas de fibroadénome mammaire géant juvénile chez une jumelle homozygote, de 12 ans, pubère, contrairement à sa sœur jumelle, impubère. La tumorectomie associée à la reconstruction mammaire immédiate a corrigé l'asymétrie avec un bon résultat esthétique et fonctionnel.

I- CAS CLINIQUE

Une adolescente de 12 ans, jumelle homozygote, consultait en mai 2005 le service de chirurgie plastique pour la prise en charge d'un gros sein unilatéral droit. Elle connaissait une puberté précoce contrairement à sa sœur jumelle qui était impubère et non réglée. Ses premières règles étaient apparues le 3 janvier 2005. Au fil des jours, elle remarquait une augmentation rapide du volume du sein droit. Il n'y avait pas de notion de contraception, ni de tumeur du sein familiale dans ses antécédents. L'interrogatoire n'avait pas non plus retrouvé de notion de traumatisme mammaire, ni d'hyperthermie avec engorgement mammaire. A l'examen clinique, on notait une asymétrie, associant une hypertrophie mammaire unilatérale (figure 1).

La palpation mettait en évidence une masse arrondie, ferme, régulière, indolore, mobile par rapport aux deux plans. La glande mammaire n'était pas individualisable. Cette masse mesurait environ dix centimètres de diamètre. La ptose était évidente. La peau était tendue, luisante avec des vergetures par endroits. L'expression du sein ne montrait pas d'écoulement mammaire. La plaque aréolomamelonnaire était sans anomalie. Il n'y avait pas d'intertrigo dans le sillon sous mammaire. La recherche d'adénopathies axillaires et sus-claviculaires était infructueuse. Le sein gauche était normal pour l'âge, et ne contenait pas de nodule à la palpation. Les autres caractères sexuels secondaires étaient présents. L'état général était normal.

L'échographie mammaire réalisée avait montré une volumineuse masse tissulaire qui occupait la totalité des quadrants. L'examen histologique du produit de la cytoponction effectuée dans un service de gynécologie et obstétrique en février 2005 était en faveur d'une mastopathie bénigne. La tumorectomie était réalisée le 22 juin 2005. La voie d'abord associait une incision périaréolaire hémicirculaire inférieure à une incision verticale au niveau du segment III. Cette voie donnait un grand jour qui facilitait l'énucléation de cette tumeur encapsulée. La reconstruction mammaire et la correction de l'asymétrie étaient réalisées par l'application de la technique à pédicule supérieur, ce qui donnait une cicatrice périaréolaire et une cicatrice en L (figure 2). Un drain aspiratif était mis et retiré à J5 postopératoire, jour du premier pansement. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire (figure 3) montrait une tumeur massive, bien encapsulée, mesurant 19cmx9cm, homogène et blanc nacré à la coupe, siège d'un fibroadénome péri et intracanalair. Il n'y avait pas de signe histologique de malignité. Les suites opératoires étaient simples. Aucune souffrance ni nécrose de la plaque aréolomamelonnaire n'était constatée. Le dernier contrôle réalisé le 28 août 2007, deux ans et deux mois (26 mois) après la tumorectomie, montrait un développement normal des glandes mammaires avec une tendance à l'hypertrophie mammaire (figure 4) ; et une régression de l'hypertrophie des cicatrices observée quelque mois plus tôt. La symétrie était conservée. On ne notait pas de récurrence tumorale.

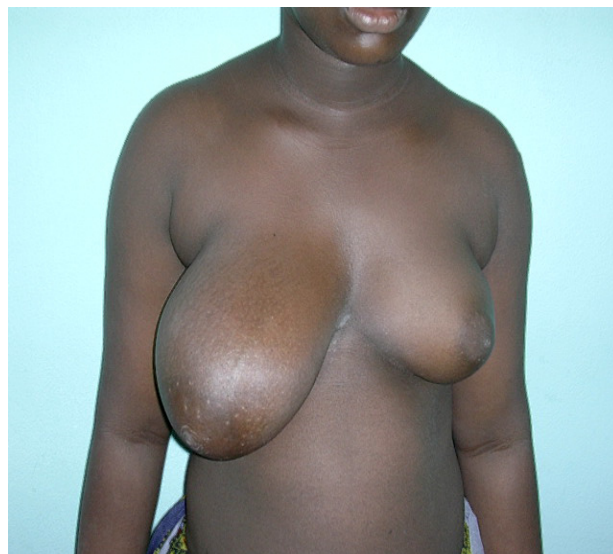


Figure 1 : Hypertrophie mammaire unilatérale chez une adolescente de 12 ans. *Unilateral breast hypertrophy in a 12 years old girl*



Figure 2 : Résultat peropératoire immédiat
Precocious result after mammaplasty

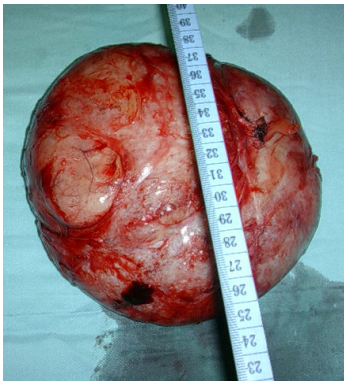


Figure 3 : fibroadénome géant macroscopique
Postoperative view of giant fibroadenoma

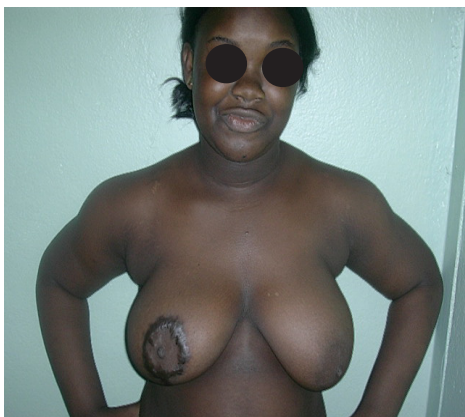


Figure 4 : Résultat à 26 mois postopératoire
Postoperative view 26 mouths later

II- DISCUSSION

Cinquante pour cent des modifications mammaires sont physiologiques à l'adolescence

selon Boissière-Lacroix et Boutet⁶. Pour ces auteurs les lésions mammaires bénignes de la jeune fille ne représentent que 4,5% des cas. Tout porte à croire que les autres cinquante pour cent sont pathologiques. A quoi pourrait-on donc attribuer les autres 46,5% des cas de lésions mammaires ? Les lésions mammaires malignes représentent 0,9% des cas⁶. En effet les tumeurs malignes primitives du sein de l'adolescente sont rares⁷. Pour ces auteurs, lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à cet âge, il s'agit dans la majorité des cas de tumeurs secondaires, métastases de certains cancers tels que le sarcome, le rhabdomyosarcome, le lymphome, le lymphome non hodgkinien, la leucémie et le neuroblastome.

Le diagnostic différentiel à craindre est la tumeur phyllode surtout que le plus jeune âge actuellement rapporté dans la littérature est de 10 ans⁶. La tumeur phyllode est rare à l'adolescence. Elle représente 1% des cas des masses mammaires à cet âge⁷. La prédisposition raciale pour la tumeur phyllode n'est pas admise dans la littérature⁴. Pour ses auteurs, seulement 5 à 10% des tumeurs phyllodes sont malignes, notamment chez l'adulte. Le diagnostic de tumeur phyllode est histologique, par sa composante conjonctive qui y est prédominante. Tous les auteurs^{1,5,8} s'accordent pour reconnaître le fibroadénome comme étant la principale tumeur bénigne du sein de l'adolescente. Son association à un cancer du sein est rare mais possible. Cette association a été rapportée par Devi et al.¹, notamment dans sa forme fibrokystique. L'antécédent familial de cancer du sein n'a pas été retrouvé dans notre cas. La présence d'une histoire familiale de cancer du sein a été rapportée par certains auteurs^{1,8}. En effet la prédisposition génétique du cancer du sein est présente dans 6 à 10% des cas selon Rochefort et Rouesse⁹, ce qui augure de son caractère héréditaire. Les gènes en cause sont nommés BRCA1/2. Cependant, les mutations BRCA1 et BRCA2 ne sont retrouvées que dans environ 20% des cas. Pour ces auteurs le risque au cours de la vie d'une femme porteuse d'une mutation de développer un cancer du sein est respectivement de 60% pour le gène BRCA1 et de 40% pour le gène BRCA2. Cette prédisposition génétique est réelle mais non exclusive, surtout que seulement 2% des tumeurs malignes du sein son retrouvées chez l'adolescente^{8,10}. Depuis les travaux de Chauvet et al.⁵, on sait que le fibroadénome juvénile n'augmente pas le risque de cancer du sein. Selon Uygur et Yigitler³, 95% des cas de

tumeurs du sein découvertes avant la quatrième décennie de la vie chez une femme sont bénignes. L'association du fibroadénome mammaire à des anomalies génétiques est fréquente, notamment le syndrome de Turner décrit par Calcaterra et al.¹¹. En période pubertaire, 75% des lésions mammaires sont des fibroadénomes^{2,3}. Pour ces auteurs, seulement 0,5 à 2% de ces fibroadénomes sont classés fibroadénomes mammaires géants. Les formes juvéniles ne représentent que 4% des cas^{8,10}. Cliniquement, le fibroadénome est le plus souvent unilatéral. La tumeur est solitaire, indolore, mobile, caractérisée par sa croissance rapide. Il peut simuler une forme unilatérale d'hypertrophie mammaire juvénile. Selon Grolleau et al.¹², ces hypertrophies virginales représentent 6% des cas des anomalies morphologiques du sein de l'adolescente. Les formes bilatérales de fibroadénome juvénile ont été décrites dans la littérature^{2,10}. Elles représentent 15% des cas de fibroadénomes mammaires². La forme bilatérale peut se confondre avec une hypertrophie mammaire juvénile notamment dans sa forme bilatérale. Le fibroadénome demeure une tumeur rare chez les caucasiennes¹³. Son incidence dans la population noire, afro-américaine et la race orientale semble plus élevée dans la littérature^{2,4,13}, ce qui concorde avec le cas rapporté ici. Le fibroadénome est toujours associé à une ptose d'autant plus importante que l'hypertrophie liée à la taille de la tumeur est excessive. Sa cause réelle reste actuellement inconnue.

L'étiopathogénie la plus admise semble être une hyperoestrogénie relative et/ou une anomalie des récepteurs aux oestrogènes^{3,4} ; c'est la caractéristique commune entre un fibroadénome juvénile et une hypertrophie virginale. Dans notre cas, l'étiologie retenue est l'hyperoestrogénie en rapport avec la puberté précoce, ce qui concorde avec les données de la littérature.

Le traitement du fibroadénome juvénile est conservateur étant donné l'aspect bénin de la tumeur. Le préjudice psychologique souvent important, associé aux retentissements fonctionnel et esthétique qu'offre cette tumeur bénigne, nécessite non seulement une chirurgie d'exérèse, mais aussi et surtout la reconstruction plastique du ou des seins malades; ce qui pourrait améliorer cet état pathologique et donner un confort de vie à ces adolescentes qui les portent. La reconstruction est conditionnée par la taille du fibroadénome et le degré de ptose qui en résulte. Toutes les techniques classiques de plastie mammaire de réduction, notamment le pédicule supérieur, le pédicule inférieur et la

greffe aréolaire sont applicables chez l'adolescente chacune, avec ses inconvénients et ses avantages. Uygur et Yigitler³ ont réalisé une greffe aréolaire avec son risque majeur sur l'allaitement. Certains auteurs¹⁰ ont été contraints à réaliser une mastectomie pour fibroadénome juvénile géant, suivie par une reconstruction prothétique. Nous avons réalisé la technique à pédicule supérieur avec un résultat esthétique satisfaisant. La difficulté d'obtenir en un temps la symétrie notamment dans les formes unilatérales, conduit parfois à réaliser une mastopexie du sein non malade, pour corriger ultérieurement l'asymétrie résiduelle postopératoire. Nous n'en avons pas fait l'expérience, la symétrie était conservée dans notre cas. Le fibroadénome peut récidiver après exérèse chirurgicale, c'est dire l'intérêt d'une surveillance prolongée. Des récurrences tumorales ont été décrites dans la littérature^{2,10,11}. Avec un recul de vingt et six mois, nous n'avons pas observé de récurrence tumorale. La cicatrice hypertrophique et la cicatrice chéloïde imprévisibles chez les mélanodermes, sont apparues surtout qu'elles ont été favorisées par la tension cutanée liée à la poussée mammaire et aggravées par l'absence de port de soutiens-gorge.

CONCLUSION

Le fibroadénome mammaire juvénile est une anomalie morphologique majeure des seins. Le caractère bénin du fibroadénome juvénile impose d'associer la tumorectomie à une correction plastique de ces anomalies chaque fois que les circonstances l'exigent, eu égard au préjudice psychologique parfois important. Cela procure certainement à l'adolescente qui les porte un confort de vie. Les récurrences étant fréquentes après exérèse chirurgicale, une surveillance postopératoire régulière et prolongée s'avère indispensable.

RÉFÉRENCES

- 1 - Devi P.M., Singh L. R., Gathphoh E.D. Fibroadenoma with squamous metaplasia. Singapore Méd. J., 2007,48(7):682-683.
- 2 - Morris A., Shaffer K. Recurrent bilateral giant fibroadenomas of the breasts. Radiolog. Case Reports 2007,2(3):1-5.
- 3 - Uygur F., Yigitler C. Rare juvenile giant fibroadenoma. J. Breast health 2009,5(3):164-166.
- 4 - Hawary M. B., Cardoso E., Mahmud S., Hassanain J. Giant breast tumors. Ann. Saud. Med. 1999,19(2):174-176.
- 5 - Chauvet M. P., Jafari M., Lambaudie E., Girard S. Tumeurs bénignes et mastopathies complexes. Point de vue du chirurgien. 28es journées de la SFSPM, Lille, novembre 2006 : 355-360.

- 6- Boisserie-Lacroix M., Boutet G. Sein de l'enfant et de l'adolescente. EMC-Radiologie. Imagerie Médicale. : Génito-urinaire Gynéco obstétricale Mammaire [34-835-A-10] Doi :10.1016/S1241-8218(09)51673-3.
- 7 - Schaffer V. J., Coniglio D. A worrisome increasingly painful breast masse in an adolescent female. J. A. A.P. A. 2008,21(8):30-35.
- 8- Stehr K. G., Lebeau A., Stehr M., Grantzow R. **Fibroadenoma** of the breast in an 11-year-old girl. Eur. J. Pediatr Surg., 2004,14(1):56-59. Doi:10.1055/s-2004-815782.
- 9- Rochefort H., Rouesse J. Cancers du sein, incidence et prévention. Bull. Acad. Nat. Méd., 2008,192(1) :161-180
- 10 - Mukhopadhyay M., Patra R., Mondal S., Ghosh S., Ray A. Bilateral giant juvenile fibroadenoma of breasts. J. Indian Assoc. Pediatr. Surg. 2009,14(2):68-69.
- 11 - Calcaterra V., Coscia D. R., Sgerell A., Burroni B., Podetta M., Andorno A., Ferrari A., Larizza D. Recurrence of giant juvenile breast fibroadenoma in a girl with Turner's syndrome. J. Pediatr. Endocrinol. Metabol. 2009,22(3) :281-3.
- 12 - Grolleau J.L., Pienkowski C., Chavoïn J.P., Costagliola M., Rochiccioli P. Anomalies morphologiques des seins de l'adolescente et leur correction chirurgicale. Arch. Ped. 1997,4(12) :1182-1191
- 13 - Raganoonan C., Fairbairn J. K., Williams S., Hughes L. E. Giant breast tumors of adolescence. Aust. H. Z. J. Surg., 1987,57(4):243-7.