



**Aspects épidémiologique, clinique et anatomopathologique des tumeurs bénignes du sein aux Cliniques Universitaires de Kinshasa**

*Epidemiological, clinical and anatomopathological aspects of benign breast tumors at the Kinshasa University Hospital*

Pierre Joseph Amasa Ingala<sup>1</sup>, Blanchard Tadika Ibanda<sup>1</sup>, Arsène Lobota Mputu<sup>1</sup>

**Auteur correspondant**

Pierre Joseph Amasa Ingala MD, PhD

Courriel : [ingpierrejo@yahoo.fr](mailto:ingpierrejo@yahoo.fr)

Phone: +243997693645

**Summary**

*Context and objective.* Benign breast tumors (BBT) are poorly documented in our country. The aim of the present study was to describe the clinical and anatomopathological profile of BBT.

*Methods.* This was a series of cases of BBT followed at the Kinshasa University Hospital (CUK) between 1996 and 2020. The variables of interest included socio-demographic profile, gynecological history, complaints and clinical aspects for the patients; and senological, anatomopathological, therapeutic aspects and associated factors for the tumors. Multivariate logistic regression method was used to search for factors associated with BBT. *Results.*

Out of 682 medical records collected for senological problems, 231 cases had a presumptive diagnosis of BBT and only 70 cases were histologically confirmed, i.e. a frequency of BBT of 10.2%. Their mean age was  $27.8 \pm 13.8$  years, 76.5% were nulliparous, 17.6 % had breast-fed. Fibroadenoma was more frequent (68.5%) followed by fibrocystic disease (20.0%). In univariate analysis, age less than 40 years [crude OR 4.00 (1.18-13.54),  $p=0.026$ ], nulliparity [5.17 (1.44-18.57),  $p=0.012$ ] and lack of breastfeeding [0.16 (0.04-0.63),  $p=0.009$ ] were associated with fibroadenoma while age greater than 40 years [4.50 (1.23-16.45);  $p=0.023$ ], marriage [5.22 (1.47-18.55);  $p=0.011$ ], multiparity [5.89 (1.53-22.63);  $p=0.010$ ] and breastfeeding [6(1.55-23.30);  $p=0.010$ ] to fibrocystic disease. No factor emerged as an independent determinant of BBT. *Conclusion.* BBT, although poorly diagnosed in this tertiary institution, shows some similarity with data in the literature

**Keywords:** Breast benign tumors, epidemiology, clinical, anatomopathology  
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.6>

Received: September 26<sup>th</sup>, 2022

Accepted: May 2<sup>nd</sup>, 2023

**Résumé**

*Contexte et objectif*

Les données sur les tumeurs bénignes du sein (TBS) sont peu documentées dans nos contrées. La présente étude avait pour objectif de décrire le profil clinique et anatomopathologique des TBS.

*Méthodes*) aspects cliniques et, pour les tumeurs : les aspects sénologique, anatomopathologique, thérapeutique et les facteurs associés. Nous avons recouru à la méthode de régression logistique multi variée pour rechercher les facteurs associés aux TBS.

*Résultats*

Sur 682 dossiers médicaux colligés pour problèmes sénologiques, 231 cas portaient le diagnostic présomptif de TBS et seulement 70 cas étaient confirmés histologiquement soit une fréquence des TBS de 10,2 %. Leur âge moyen était de  $27,8 \pm 13,8$  ans, 76,5 % étaient nullipares, 17,6 % avaient allaité. Le fibroadénome était plus fréquent (68,5%) suivi de la maladie fibrokystique (20,0 %). En analyse univariée, l'âge inférieur à 40 ans [OR brut 4,00 (1,18-13,54),  $p=0,026$ ], la nulliparité [5,17 (1,44-18,57),  $p=0,012$ ] et l'absence d'allaitement [0,16 (0,04-0,63),  $p=0,009$ ] étaient associés au fibroadénome tandis que l'âge supérieur à 40 ans [4,50 (1,23-16,45);  $p=0,023$ ], le mariage [5,22 (1,47-18,55);  $p=0,011$ ], la multiparité [5,89 (1,53-22,63);  $p=0,010$ ] et l'allaitement [6(1,55-23,30) ;  $p=0,010$ ] à la maladie fibrokystique. Aucun facteur n'a émergé comme déterminant indépendant de TBS.

*Conclusion* Les TBS quoique peu diagnostiquées dans cette institution tertiaire présentent une certaine similarité avec les données de la littérature

**Mots-clés :** Tumeurs bénignes du sein, épidémiologie, clinique, histopathologie

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.6>

Reçu le 26 novembre 2022

Accepté le 2 mai 2023

1. Département de Gynécologie obstétrique, Université de Kinshasa, RD Congo



## **Introduction**

Les tumeurs bénignes du sein (TBS) sont des proliférations clonales cosmopolites et très fréquentes (1-2) de ses composantes anatomiques (3-4). Selon la composante concernée, il peut s'agir soient des proliférations épithéliales, fibro-épithéliales ou mésenchymateuses (1). Leur étiopathogénie est mal connue et les récurrences ne sont pas rares après traitement. Quoique bénignes, il a été observé ces dernières années que certaines formes ont un risque de transformation malignes (5-7) et donc susceptibles de contribuer de manière substantielle à la survenue du cancer du sein. Ce risque est faible à modéré dans les lésions prolifératives sans atypies et élevé dans les hyperplasies respectivement, de l'ordre de 30 à 50 % et 75 % (8-9). Depuis lors, l'intérêt porté à ces tumeurs a considérablement changé et conduit à reconsidérer leur prise en charge eu égard à l'obligation des analyses anatomopathologiques, la qualité de la chirurgie d'exérèse et la surveillance post thérapeutique. Ainsi, dans l'obligation de s'appliquer à ces nouvelles dispositions pour la femme Congolaise, le présent travail avait pour but de faire un état des lieux de ces tumeurs. Les objectifs spécifiques étaient donc de déterminer la fréquence des TBS, de rechercher les facteurs associés aux TBS et de décrire les aspects anatomopathologiques et thérapeutiques.

## **Méthodes**

### *Nature, cadre et période*

C'était une série des cas documentaire et analytique des tumeurs bénignes du sein diagnostiquées, aux Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), entre les 1<sup>er</sup> janvier 2016 et 31 décembre 2020.

### *Critères de sélection*

Pour être éligible, les dossiers portaient le diagnostic présomptif et histologique des tumeurs bénignes du sein. Les dossiers non exploitables et introuvables étaient exclus.

### *Variables d'intérêt*

Les variables d'intérêt englobaient les données sociodémographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, le motif de consultation, les aspects sénologique et anthropométrique et, pour les tumeurs, les aspects clinique, anatomopathologique, thérapeutique et les facteurs associés aux tumeurs les plus fréquentes.

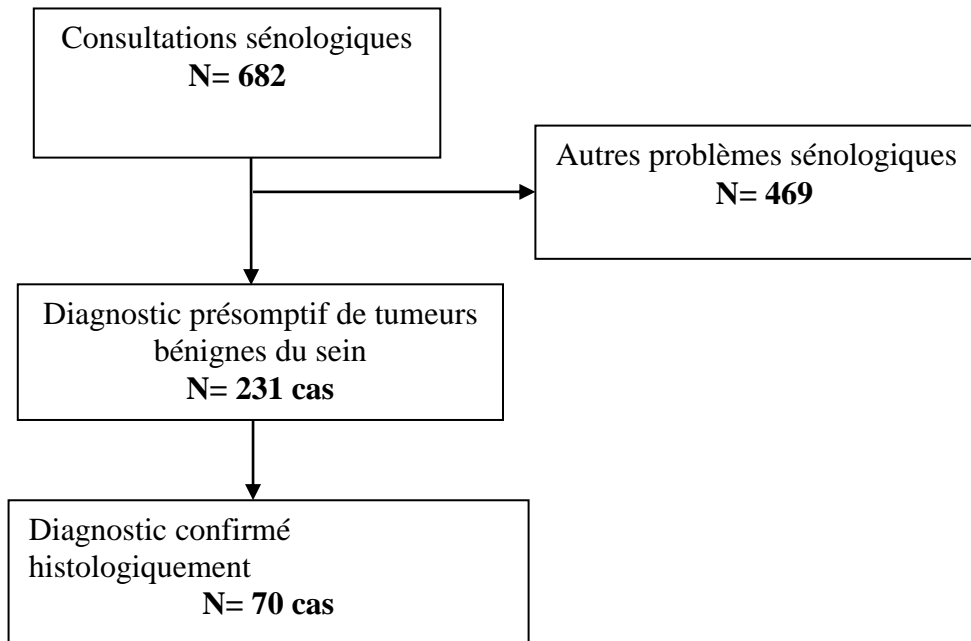
### *Analyse statistique*

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel et exportées dans le logiciel SPSS for Window pour analyse. Les résultats ont été exprimés de fréquence absolue et relative ainsi que des moyennes majorées de l'écart -type. Nous avons recouru au test de chi-carré de Pearson et Exact de Fischer le cas échéant pour comparer les proportions. L'analyse de régression logistique multivariée a été utilisée pour rechercher les facteurs associés à la tumeur bénigne du sein. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5 %. Toutes les règles de confidentialité et d'anonymat ont été respectées.

## **Résultats**

### *Fréquence des tumeurs bénignes du sein*

Sur 682 consultations sénologiques enregistrés aux CUK pendant la période de l'étude, 231 cas avaient un diagnostic présomptif de TBS (30, 3 %) et seulement 70 cas étaient confirmés histologiquement (10, 2 %).



**Figure 1.** Diagramme de flux de la population d'étude

*Profil sociodémographique des patientes*

Les principales caractéristiques de la population d'étude sont consignées dans le tableau 1. Leur âge moyen était de  $27,8 \pm 13,8$  ans avec des extrêmes de 12 ans et 63 ans. La majorité des patients était célibataire (77,1 %), de niveau d'étude secondaire (77,8 %), sans emploi (90,6 %), niveau socioéconomique bas (72 %) et habitant le district du Mont Amba (45,5 %). Une différence statistiquement significative a été observée dans quelques catégories de variables. Il s'agit de l'état civil ( $p=0,015$ ), le niveau d'étude ( $p=0,037$ ) et de profession ( $p=0,016$ ).

**Tableau 1.** Profil sociodémographique des patientes

Variabiles	n	Effectifs n (%)	p
Age (an)	70		
Moyenne		27,8 ± 13,8	
Tranche d'âge			NS
< 20		19 (27,1)	
20-29		29 (41,4)	
30-39		8 (11,4)	
40-49		5 (7,1)	
50-59		6 (8,6)	
≥ 60		3 (4,3)	
Etat civil	70		<b>0,015</b>
Mariée		16 (22,9)	
Célibataire		54 (77,1)	
Niveau d'étude	49		<b>0,037</b>



Primaire		3 (6,7)	
Secondaire		35 (77,8)	
Universitaire/supérieur		7 (15,5)	
Profession	53		<b>0,016</b>
Employée		5 (9,4)	
Sans emploi		48 (90,6)	
Niveau socio-économique	50		NS
Bas		36 (72,0)	
Moyen		11 (22,0)	
Elevé		3 (6,0)	
Habitation à Kinshasa	55		NS
Lukunga		6 (10,9)	
Mont Amba		25 (45,5)	
Funa		14 (25,5)	
Tshangu		8 (14,5)	
Hors kinshasa		2 (3,6)	
Province d'origine	70		NS
Kinshasa et Provinces limitrophes		39 (55,7)	
Autres provinces		31 (44,3)	

Les données sont exprimées sous forme de fréquence absolue (n), fréquence relative (%) et moyenne  $\pm$  ET

#### Antécédents gynécologiques et obstétricaux des patientes

Le tableau 2 liste les antécédents gynéco-obstétricaux des patientes. La majorité des patients étaient des nullipares (80,9 %), nulligestes (80,2 %), âgées entre 12 et 18 ans (81,4 %), et avaient un cycle menstruel régulier (95 %). L'âge moyen au premier accouchement était de 26 ans. Hormis, la gestité et la notion d'avortement qui étaient statistiquement différentes ( $p < 0,05$ ), aucune différence statistique n'avait été observée pour les autres variables.

**Tableau 2.** Antécédents gynécologiques et obstétricaux des patientes

Variabes	n	Effectifs n (%)	P
Parité	68		0,012
0		52 (76,5)	
$\geq 1$		16 (23,5)	
Gestité	68		NS
0		55 (80,9)	
$\geq 1$		13 (19,1)	
Avortements	68		NS
Non		60 (88,2)	
Oui		8 (11,8)	
Age à la ménarche	59		NS
Moyenne		13,29 $\pm$ 2,08	



Catégorie			
<12		10 (16,9)	
12-18		48 (81,4)	
>18		1 (1,7)	
Régularité du cycle menstruel	60		NS
Régulier		57 (95,0)	
Irrégulier		3 (5,0)	
Flux menstruel	62		NS
Normal		58 (93,5)	
Abondant		4 (6,5)	
Dysménorrhées	62		NS
Non		50 (80,6)	
Oui		12 (19,4)	
AMPA		26,0 ± 3,3	NS
Allaitement au sein	68		0,009
Non		56 (82,4)	
Oui		12 (17,6)	
Ménopausée	70		NS
Oui		5 (7,1)	
Non		65 (92,9)	

AMPA =âge moyen au premier accouchement. Les données sont exprimées sous forme de fréquence absolue (n), fréquence relative (%) et moyenne ± ET

*Motif de consultation, aspects sénologique anamnestique et anthropométrique des patientes*

Les aspects sénologiques anamnestiques et anthropométriques des patients sont consignés dans le tableau 3. Elles consultaient plus fréquemment pour nodule mammaire (87,1 %), la mastodynie (22, 9 %) dans un délai de consultation entre 1 mois- 1an (44, 4 %). Le sein gauche était le plus touché (41, 4 %). Les anomalies mammaires étaient souvent découvertes à l'autopalpation (89,8 %). La moyenne de l'indice de masse corporelle IMC) était 25,2 ± 4 Kg/m<sup>2</sup>.

**Tableau 3.** Aspects anamnestique, sénologique et anthropométrique des patientes.

Variables	n	Effectifs n (%)	p
Motif de consultation			
Nodule	70		<b>0,005</b>
Non		9 (12,9)	
Oui		61(87,1)	
Mastodynie	70		NS
Non		54 (77,1)	
Oui		16 (22,9)	
Secrétions mammaires	70		-



Non		70 (100,0)	
Oui		0	
Check up	70		
Non		70 (100,0)	-
Oui		0	
Sein concerné par les symptômes	70		NS
Sein Droit		27 (38,6)	
Sein Gauche		29 (41,4)	
Les deux seins		14 (20,0)	
Délai de consultation	63		NS
< 1 mois		21 (33,3)	
1 mois à 1 année		28 (44,4)	
> 1 année		14 (22,2)	
Circonstance de découverte	70		NS
Autopalpation		65 (89,8)	
Spontanée		4 (10,2)	
Données manquantes		1 (1,4)	
	70		-
Traitement reçu avant la consultation			
Oui		2 (2,9)	
Non		68 (97,4)	
Indice de masse corporelle	31		NS
Moyenne		25,9 ± 4,2	
Catégories			
Déficit		0	
Poids normal		16 (51,6)	
Excès pondéral		15 (48,4)	

Excès pondéral = surpoids et obésité. Les données sont exprimées sous forme de fréquence absolues (n), fréquence relative (%), moyenne ± ET

#### Aspects cliniques sénologiques des tumeurs

Les aspects cliniques sénologiques des tumeurs sont consignés dans le tableau 4. Les TBS étaient souvent unitaires (78,6 %), affectaient en général le sein droit (51,4 %), préférentiellement le QSE (45,6 %) et revêtaient toutes les caractéristiques des tumeurs bénignes : mobilité (98,5 %), régularité de contour (100,0 %), indolence (95,2 %), absence d'altération de la peau sus-jacente (98,5 %) et absence d'adénopathies satellites (98,6 %).

**Tableau 4.** Aspects sénologiques des tumeurs bénignes du sein

Variabiles	n	Effectifs n (%)	P
Nombre de masses	70		0,005
0		3 (4,3)	
1		55 (78,6)	
≥2		12 (17,1)	
Sein concerné	70		NS



Aucun		2 (2,9)	
Sein Droit		36 (51,4)	
Sein Gauche		27 (38,6)	
Les deux seins		5 (7,1)	
Quadrant	68		NS
Qse		31 (45,6)	
Qsi		17 (25,0)	
Qie		7 (10,3)	
Qii		5 (7,4)	
Retro aréolaire		2 (2,9)	
Autres		6 (8,8)	
Mobilité des masses	65		NS
Non		1 (1,5)	
Oui		64 (98,5)	
Consistance des masses	65		NS
Ferme		65 (100,0)	
Autres		0	
Contour des masses	65		NS
Régulier		65(100,0)	
Irrégulier		0	
Sensibilité des masses	70		NS
Indolore		59 (95,2)	
douloureuse		11 (4,8)	
Aspect de la peau	66		NS
Normal		65 (98,5)	
Rétraction		1 (1,5)	
Adénopathies satellites	70		NS
Oui		1 (1,4)	
Non		69 (98,6)	

QSE= quadrant supéro externe QSI= quadrant supéro externe QIE=quadrant infero externe QII= quadrant infero interne. Les données sont exprimées sous forme de fréquence absolue (n) et relative (%).\*

*Aspects anatomopathologiques des tumeurs*

Le fibroadénome du sein était la tumeur bénigne la plus fréquente (68,5%) suivie de la maladie fibrokystique (20,0 %, tableau 5).

**Tableau 5.** Aspects anatomopathologiques des tumeurs bénignes du sein

Diagnostic	Effectifs (%) n=70
Fibroadénome	48 (68,5)
Maladie Fibrokystique	14 (20,0)
Adénome tubuleux	6 (8,6)
Tumeur Phyllode Bénigne	1 (1,4)
Kyste mammaire	1 (1,4)



Total	70
-------	----

Les données sont exprimées sous forme de fréquence absolue (n) et relative (%)

*Aspects thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein*  
 L'attitude thérapeutique des CUK (tableau 6) devant des tumeurs bénignes du sein a été dans la majorité de cas en une tumorectomie (87,1%).

**Tableau 6.** Traitement des tumeurs bénignes du sein

Traitement	N	%
Tumorectomie seule	61	87,1
Tumorectomie + Progestatifs	9	12,9
Total	70	100,0

Les données sont présentées sous forme de fréquence absolue (n) et de fréquence relative (%).

*Facteurs associés aux tumeurs bénignes du sein les plus fréquentes*  
 a) Facteurs associés au Fibroadénome (FA)  
 Les déterminants du fibroadénome du sein sont présentés dans le tableau 7. En analyse univariée, l'âge inférieur à 40 ans [OR non ajusté 4,00 (1,18-

13,54), p=0,026] et la nulliparité [5,17 (1,44-18,57), p=0,012] étaient associés au FA. En revanche, l'allaitement était plutôt protecteur [0,16 (0,04-0,63), p=0,009]. Après ajustement des variables précitées, aucun facteur n'a persisté (p > 0,05).

**Tableau 7.** Facteurs associés au fibroadénome (FA)

Variables	FA présent	OR non ajusté (IC 95%)	P	ORa (IC 95 %)	p
Age (an)	48				
≥ 40	42	1		1	
< 40	6	4,00 (1,18-13,54)	0,026	3,67 (0,81-16,54)	0,09
Parité	47				
≥ 1	5				
0	42	5,17 (1,44-18,57)	0,012	3,67 (0,81-16,54)	0,09
Allaitement	46				
Non	42	1		1	
Oui	4	0,160 (0,04-0,63)	0,009	5,7 (0,88-36,85)	0,096

Les données sont présentées sous forme de fréquence absolue (n) et de fréquence relative (%).

b) Facteurs associés à la maladie Fibrokystique  
 Les facteurs associés à la maladie fibrokystique (MFK) sont repris dans le tableau 8. En analyse univariée, l'âge supérieur à 40 ans [OR non ajusté 4,50 (1,23-16,45); p=0,023], le mariage [5,22 (1,47-18,55); p=0,011], la multiparité [5,89 (1,53-22,63); p=0,010] et l'allaitement [6 (1,55-23,30); p=0,010] étaient significativement associés à la maladie fibrokystique. Après ajustement, aucun n'a persisté comme déterminant indépendant de la MFK (p > 0,05).





**Tableau 8.** Facteurs associés à la maladie fibrokystique (MFK)

Variabes	MFK présent	OR non ajusté (IC 95 %)	P	OR ajusté (IC 95 %)	p
Age (ans)	14				
≥ 40	8	1		1	
< 40	6	4,50 (1,23-16,45)	0,023	3,71 (0,76-18,0)	0,14
Parité	13				
≥1	7				
0	6	5,89 (1,53-22,63)	0,010	-	-
Allaitement	14				
Non	8	1		1	
Oui	6	6 (1,55-23,30)	0,010	3,71 (0,76-18,0)	0,14
Etat civil	14				
Célibataire	7	1			
Mariée	7	5,22 (1,47-18,65)	0,011	-	-

Les données sont présentées sous forme de fréquence absolue (n) et de fréquence relative (%).

## Discussion

### Fréquence des TBS

Dans la présente étude, la fréquence des TBS était de 10,2 %. Cette fréquence est inférieure à celle de 22,5 % trouvée par Serigne *et al.* (3) au Sénégal et pourrait s'expliquer par la non réalisation systématique de l'analyse anatomopathologique sur les pièces des tumorectomies (30,3 %).

### Age des patientes

Les patientes étaient en majorité jeunes et en âge de procréer, dont 68,5 % âgés de moins de 30 ans. Ce résultat se rapproche de ceux obtenus en Afrique de l'Est et de l'Ouest par Phillippo *et al.* en Tanzanie (5) 69,9 %, Serigne *et al.* au Sénégal (3) 70 %, Okoth *et al.* au Nigeria (10), 73,7 %. Ce résultat s'accorde avec les données théoriques selon lesquelles le fibroadénome dès par ses origines n'est qu'une aberration du développement mammaire et donc susceptible de se manifester plus précocement au cours de la vie (11).

### Antécédents gynécologiques et obstétricaux

#### Parité, gestité et allaitement

La TBS était prépondérante chez les nulligestes et les nullipares (80,9 % et 76,5 %). Phillippo *et al.* (5), Serigne *et al.* (3) ainsi que Sepideh *et al.* (12) ont trouvé des fréquences des nulligestes et nullipares, respectivement de 58,4 %, 58,6 % et 50 %. Ces fréquences relativement inférieures aux nôtres tiendraient aux facteurs socio-culturels favorisant l'entrée des femmes en mariage plus tôt avec comme conséquence une maternité précoce en particulier, dans les milieux islamiques et asiatiques. En effet, la grossesse permet l'achèvement du développement de la glande mammaire, et réduit sa susceptibilité à développer

des tumeurs bénignes (13). Par conséquent, plus tôt survient la première grossesse menée à terme au cours de la vie de la femme, vite s'achève le processus de développement mammaire et mieux le sein est protégé. Très peu de femmes avec TBS avaient déjà allaité un enfant (17,6 %). Dans une série des patientes porteuses des TBS présentant une moyenne d'âge de 21,4 ans, Serigne *et al.* (3) ont trouvé 37,7 % d'antécédent d'allaitement au sein. Sepideh *et al.* (12) dans une série similaire mais avec une moyenne d'âge de 21,0 ans ont trouvé 48% d'antécédent d'allaitement au sein. Dans ces deux séries, la moyenne d'âge des patientes est inférieure au notre (27,8 ± 13,8 ans) mais le pourcentage des femmes ayant allaité supérieur au nôtre (17,6 %). Ces différences seraient aussi liées aux facteurs socio-culturels influençant l'entrée en mariage dans chaque milieu.

#### Caractéristiques du cycle menstruel et des menstruations

Les règles indolores (80,6 %), un flux menstruel normal (93,5%) et un cycle menstruel régulier (95,0 %) étaient très fréquents parmi les patientes avec tumeurs bénignes du sein. Sepideh *et al.* (12) ont trouvé plus d'irrégularités du cycle menstruel chez les femmes avec tumeurs bénignes du sein que chez les femmes indemnes. Ces résultats suggèrent l'existence de deux origines pathogéniques des tumeurs bénignes du sein : une origine centrale liée aux perturbations de l'axe de reproduction et une origine périphérique susceptible de s'activer indépendamment de l'axe de reproduction.

#### Aspects anamnestiques des TBS

La sensation de nodule du sein était le principal motif de consultation (87,1%). Le délai moyen de



consultation était de 120 jours. En Afrique de l'ouest, Serigne (3) et Odedin SO *et al.* (14) ont respectivement trouvé que 94,5 % et 91,9 % des femmes avec TBS consultaient pour sensation d'un nodule du sein. Comme Phillippo *et al.* (5) en Tanzanie, nous avons rapporté un délai de consultation de 120 jours.

La sensation par la femme d'un corps étranger dans son sein constitue un stress, soit par crainte du cancer du sein, soit à cause des répercussions esthétiques, motif qui devrait la pousser à consulter un professionnel de santé immédiatement pour la prise en charge. Paradoxalement, ce délai est long dans celle de Phillippo *et al.* (5) et dans la présente étude. Dans l'étude de Phillippo *et al.* (5), les malades justifiaient ce retard par les contraintes financières (53 %), la faible symptomatologie des TBS (29 %) et l'espoir de voir la tumeur disparaître (16 %). Bien que n'étant pas une étude exploratoire, les facteurs pouvant expliquer le retard de consultation observé dans la présente étude sont multiples. Il peut s'agir de la culture de l'automédication et l'influence montante des tradipraticiens, la situation socio-économique déplorable, la faible symptomatologie des TBS, le manque d'information, et l'influence de l'entourage et la cancérophobie.

#### Aspects sénologiques des TBS

L'atteinte mammaire était unilatérale dans 78,6 % des cas avec une localisation préférentielle au sein droit par rapport au sein gauche (51,4% vs 38,6%). Seules 7,1% avaient une atteinte bilatérale. Dans la littérature, la prédominance de l'atteinte de l'un ou l'autre sein varie d'une étude à une autre et demeure sans explication plausible. En effet, Serigne *et al.* (3) au Sénégal, et Rhonda *et al.* (4) aux Etats-Unis ont trouvé plus de masses au sein droit, tandis que Odedine *et al.* (14) au Mali et Forae *et al.* (15) au Nigeria ont rapporté une prédominance de l'atteinte du sein gauche. Dans la série de Sérigne *et al.* (3) 8,2 % des femmes avec TBS avaient présenté une atteinte bilatérale.

#### Aspects anatomopathologiques des TBS

Parmi les TBS diagnostiqués le fibroadénome était le plus fréquent (68,5%), suivi de MFK (20,0%) puis l'adénome tubuleux (8,6 %) et la tumeur phyllode (1,4 %) ex aequo avec le kyste mammaire (1,4 %).

##### a) Fibroadénome

Le Fibroadénome est la tumeur bénigne du sein la plus trouvée dans la présente étude (68,5 %).

Cette proportion se rapproche de celles de Serigne *et al.* (3), au Sénégal, Olu-Eddo *et al.* (6) au Mali, Bewtra *et al.* (16) au Ghana, Okoth *et al.* (10) en Ouganda et Phillippo *et al.* (5) en Tanzanie qui ont rapporté des fréquences respectives de 83 %, 43.1%, 70%, 57% et 60%. De plus Ezeonu *et al.* (17) au Nigeria et Bell *et al.* (18) aux USA ont trouvé que le fibroadénome était très fréquent même chez les femmes enceintes à cause de l'imprégnation hormonale gravidique. En effet, la fréquence élevée du fibroadénome associée à l'atteinte préférentielle des femmes jeunes confirme la vulnérabilité de la glande mammaire au cours de son développement et sa dépendance aux fluctuations hormonales même chez la congolaise.

##### b) Mastopathie fibrokystique

La mastopathie fibrokystique vient en deuxième position après le fibroadénome. Sa fréquence est de 20,0 % dans la présente étude et se rapproche de celles trouvées par Phillippo *et al.* (5) (19,0%) ainsi que Olu-Eddo *et al.* (6) (23,0%), tandis qu'elle est trois fois supérieure à celle de Serigne *et al.* (3) (5,9 %).

L'âge moyen des patientes est de 34 ans et se rapproche des observations d'Olu-Eddo *et al.* (6) (30 ans), Oshisha *et al.* (19) (32 ans) et Irabor *et al.* (13) (33 ans).

La fréquence et la moyenne d'âge des femmes concernées par la MFK dans notre série est donc en accord avec les données de la littérature et corroborent les données théoriques qui considèrent que, la MFK n'est qu'une aberration de l'involution mammaire (13), un processus qui commence vers l'âge de 35 ans.

##### c) Adénome tubuleux

L'adénome tubuleux, est la troisième tumeur la plus fréquente dans notre série (8.6 %). Ce résultat est largement supérieur à la moyenne retrouvée dans la littérature qui est de 0,13% -1,7% (13, 20) et suggère l'existence des facteurs étiopathogéniques propres au milieu Congolais.

##### d) Tumeur phyllode bénigne

Un seul cas de tumeur phyllode bénigne était diagnostiqué (1,4 %). Des proportions similaires ont été rapportées par d'autres auteurs Africains, dont Phillippo *et al.* (5) (1,4 %) en Tanzanie, Olu-Eddo (6) (1,8 %) et Anyikam *et al.* (20) (3,9 %) au Nigeria. Il se trouve donc que les femmes qui consultent les CUK ne sont pas plus exposées à développer des tumeurs phyllodes bénignes par rapport à d'autres femmes Africaines.

##### e) Kyste mammaire



Un seul cas de Kyste du sein a été retrouvé (1,4 %). Cette proportion se rapproche de celles rapportées par Phillippo *et al.* (5), Stanley *et al.* (21) et Olu-Eddo *et al.* (6), qui sont respectivement ; de 2,4 %, 2,6 % et 0,9 %. Les kystes mammaires ne seraient donc que des anomalies sporadiques non caractéristiques des pathologies tumorales mammaires.

#### Attitude thérapeutique

Le traitement chirurgical était pratiqué chez toutes les femmes diagnostiquées de TBS, dans un but diagnostic et thérapeutique contrairement aux observations rapportées par Serigne *et al.* (3) au Sénégal où l'abstention thérapeutique avec surveillance sont de règle (77,0 %).

Le recours fréquent à la chirurgie rapporté dans la présente étude est d'une part liée, au fait qu'aux CUK, la seule technique de prélèvement des échantillons des lésions d'allure bénigne pour les analyses histologiques consiste en des exérèses biopsiques. Cette chirurgie y est donc beaucoup plus à visée diagnostique que thérapeutique.

#### Facteurs associés aux tumeurs bénignes du sein

##### Facteurs associés aux Fibroadénomes

L'âge inférieur à 40 ans, la nulliparité et l'absence d'allaitement étaient associés à la survenue des fibroadénomes. Ces résultats confirment les données théoriques soulignant la vulnérabilité des femmes jeunes à développer ce type de tumeur (13).

##### Facteurs associés à la MFK

Les femmes âgées de plus de 40 ans, les femmes mariées, les multipares et celles qui avaient déjà allaité un enfant étaient significativement associés à la maladie fibrokystique. Cependant, aucun facteur n'a émergé comme déterminant indépendant de la MFK. Toutefois, la maladie fibrokystique est une aberration de l'involution normale de la glande mammaire, processus qui commence vers l'âge de 35 ans. Il paraît donc logique que cette catégorie des femmes aient été la plus affectée. En effet, les glandes mammaires des femmes âgées, mariées, avec notion de maternité et d'allaitement sont supposées avoir achevé leur développement et commencer le processus d'involution qui en est une suite normale, d'où leur vulnérabilité aux anomalies mammaires propices à cette période de la vie (13).

#### Limites et force de l'étude

La relative petite taille de l'étude, la revue documentaire comme source des données et la non-conformité de certains dossiers médicaux sont des facteurs limitant qui n'ont pas permis de

cerner les déterminants indépendants de tumeurs du sein. Cependant, la présente étude a pour la première fois fait un état des lieux des TBS aux CUK et a mis à la disposition de la communauté un continuum d'informations sur ce qu'ont été ces tumeurs durant la période d'étude.

#### Conclusion

Les TBS quoique peu diagnostiquées aux Cliniques universitaires de Kinshasa, se présentent avec les mêmes caractéristiques telles qu'elles sont connues dans la littérature mais ils doivent désormais bénéficier des analyses histopathologique et immunohistochimique systématiques pour leur mise au point et leur surveillance post thérapeutique à long terme propre à notre milieu doit être définie.

#### Conflit d'intérêt

Aucun

#### Contribution des auteurs

Ingala PSA : conception, interprétation, rédaction

Ibanda BT : collecte, rédaction

Mputu AL : supervision et rédaction. Tous ont approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

#### Références

1. Stefan Paepke S, Stefan Metz, Anika Brea Salvago and Ralf Ohlinger. Benign Breast Tumors-Diagnosis and Management. *Breast care*. 2018; **13**:403-412.
2. Selvakumaran, Mimamaychet B. Sangma. Study of various benign breast diseases. *Int Surg J*. 2017;**4** (1):339-343.
3. Serigne Modou Kane Gueye, Mamour Gueye, Mariétou Thiam Coulibaly, Diana Mahtouk et Jean Charles Moreau. Tumeurs bénignes du sein à l'unité de sénologie du Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar (Sénégal). *Pan African Medical Journal*. 2017; **27**:251-258.
4. Rhonda Arthur, Yihong Wang, Kenny Ye. Association between lifestyle, menstrual/reproductive history, and histological factors and risk of breast cancer in women biopsied for benign breast disease. *Breast Cancer Res Treat*.2017; **165** (3):623-631.
5. Phillippo LC, Mange M, Peter F, Anthony k, Sospatro E, Nestory M et al. Clinicopathological pattern of benign breast diseases among female patients at a tertiary health institution in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*. 2016;**18** (1):1-9.
6. Olu-Eddo AN, Ugiagbe EE. Benign breast lesions in an African population: A 25-year



- histopathological review of 1864 cases. *Niger Med J.* 2011; **52** (4):211-216.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Classification histologique internationale des tumeurs : Types histologiques des tumeurs du sein. Genève.1981.
  8. Yaoyu Huang Hao Zhang. Giant tubular adenoma of the accessory breast in the anterior chest wall occurred in a pregnant woman. *Diagnostic Pathology.* 2015; **10** : 60-65.
  9. Sanoli E, Trichopoulos D, Lagiou A, Zourna P, Georgila C, Minaki P, *et al.* The hormonal profile of benign breast disease. *British Journal of Cancer.* 2013; **108**: 199-204.
  10. Okoth C, Galukande M, Jombwe J, et Wamala D. Benign proliferative breast diseases among female patients at a sub Saharan Africa tertiary hospital: a cross sectional study. *BMC Surg.* 2013;**13**:9-14.
  11. Dupont WD. Long-term risk of breast cancer in women with fibro adenoma. *The New England Journal of Medicine.* 1994; **331**:10-15.
  12. Sapideh Aradi Bidgoli, Tara Eftekhari. Role of Exogenous and Endogenous sources of Estrogen on the Incidence of Breast Fibroadenoma : Case-control Study in Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2011 ; **12** :1289-1293.
  13. Irabor DO, Okolo CA. An audit of 149 consecutive breast biopsies in Ibadan, Nigeria. *Pak J Med Sci.* 2008 ; **24** :257-262.
  14. Odedina SO, Ajayi IO, Adeniji-Sofoluwe A, Morhason-Bello IO, Huo D, Olopade OI, *et al.* A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. *BMC Womens Health.* 2018;**18** (1):152-162.
  15. Forae G, Igbe A, Ijomone E, Nwachokor F, Igb A et Odocuma E. Benign breast diseases in Warri Southern Nigeria: a spectrum of histopatjhological analysis. *Ann Niger Med.*2014; **8**: 28-31.
  16. Bewtra C. Fibroadenoma in women in Ghana. *Pan Afr Med J.* 2009; **2**: 163-166.
  17. Ezeonu. Evaluation of clinical breast examination and breast ultrasonography among pregnant women in Abakaliki, Nigeria. *Onco Targets and Ther.*2015; **8**: 1025-1029.
  18. Bell H, Peters G, Lynch A, et Harie R. Breast disorders during pregnancy and lactation»: the differential diagnoses. *J Clin Gynecol Obstet.* 2013; **2** :47-50.
  19. Ochicha O, Edino ST, Mohamed AZ, Amin SN. Benign breast lesions in Kano. *Nig J Surg Res.* 2002; **4**:1-50.
  20. Anyikam A, Nzegwu MA, Ozumba BC, Okoye I, Olusina DB. Benign breast lesions in Eastern Nigeria. *Saudi Med J.* 2008; **29** (2): 241-244.
  21. Stanley Chibuzo Uwaezuoke, Ezenwa Patrick Udoye. Benign breast lesions in Bayelsa State, Niger Delta Nigeria: a 5-year multicentric histopathological audit. *Pan Afr Med J* 2014 ; **19** :394-399.

Comment citer cet article : Ingala PJA, Ibanda BT, Mputu AL. Aspects épidémiologique, clinique et anatomopathologique des tumeurs bénignes du sein aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Ann Afr Med* 2023; **16** (3): e5199-e5210.  
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v16i3.6>