

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

République du Mali

Un peuple Un But Une Foi



**U.S.T.T-B**

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Année académique : 2021-2022

N°/...../

Faculté de Médecine et  
d'Odonto-stomatologie

**MEMOIRE**

**UN CAS RARE DE SEIN SURNUMERAIRE INGUINAL  
GAUCHE A L'HOPITAL NIANAKORO FOMBA DE  
SEGOU**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2022 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

***Dr. Housseyni ONGOIBA***

Pour obtenir le DIU en Echographie générale

**Jury**

Président : Pr. Adama Diaman Keita  
Membre : Dr. Mamadou N'Diaye  
Codirecteur : Dr. Hamidou Tounkara  
Directeur : Pr. Mahamadou Diallo

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## Sommaire

<b>Introduction :</b> .....	5
<b>I- Généralité :</b> .....	7
<b>2. RAPPELS :</b> .....	7
<b>II- Matériel et méthodes :</b> .....	12
<b>1. Observation clinique</b> .....	12
<b>2. Matériel pour exploration et méthode d'exploration</b> .....	12
<b>III- RESULTAT</b> .....	14
<b>1. Echographie</b> .....	14
<b>2. Prise en charge</b> .....	14
<b>IV- Commentaires et discussion :</b> .....	16
<b>Conclusion :</b> .....	18
<b>Références bibliographiques :</b> .....	20
<b>Résumé :</b> .....	23

Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital  
Nianakoro Fomba de Ségou

---

**PLAN**

**Introduction**

**I. Généralité**

**II. Matériels et Méthodes pour cas clinique**

**III. Résultat**

**IV. Commentaires et discussion**

**Conclusion**

**Références bibliographiques**

**Résumé**

Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital  
Nianakoro Fomba de Ségou

---

# INTRODUCTION

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## **Introduction :**

Au cours de l'embryogenèse du développement embryologique, les seins apparaissent sur les deux crêtes mammaires initiales se situant sur une ligne se prolongeant à la face antéro-interne de la cuisse. Les seins surnuméraires (polymastie ou encore hypermastie) sont dus à l'absence de régression des bourgeons mammaires au cours de la vie embryonnaire [1]. Les glandes mammaires accessoires inguinales sont rares. Leur diagnostic reste difficile en l'absence de mamelon et d'engorgement mammaire pendant l'allaitement et la gestation.

La polymastie est présente chez 0,4 à 6% des femmes et 1 à 3% des hommes. 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 siègent le long de la ligne lactée, représentant 20%. Cependant dans de rares cas, la polymastie peut siéger en dehors de la ligne lactée, au niveau du cou, visage, bras et les hanches [2]. Les seins surnuméraires sont majoritairement asymptomatiques avant la puberté [3] et doivent faire l'objet d'un suivi radiologique régulier du fait du risque de dégénérescence bénigne mais le plus souvent maligne [4].

Nous rapportons un cas d'observation de sein surnuméraire inguinal chez une patiente de 27 ans ayant une masse inguinale gauche dont l'échographie a trouvée du tissu fibroglandulaire et une biopsie qui montre une ectopie de tissu mammaire.

**Objectif :** Décrire un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche à l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou et faire la lecture de la revue littérature

Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital  
Nianakoro Fomba de Ségou

---

# GENERALITE

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## I- Généralité :

1. **DEFINITION** : Le sein surnuméraire est une anomalie de développement du sein par excès de nombre, liée à la persistance des structures vestigiales. Une malformation mammaire rare caractérisée par la présence chez plusieurs membres d'une même famille, d'un ou plusieurs mamelon(s) et/ou leurs tissus associés, en plus des mamelons bilatéraux thoraciques normaux. L'anomalie se situe habituellement le long de la ligne de lait embryonnaire, depuis la région axillaire à la région inguinale, mais d'autres localisations sont aussi possibles. Elle peut être associée à des anomalies dentaires, un nævus de Becker, une tumeur rénale ou affectant le tissu mammaire sous-jacent, et des malformations génito-urinaires.

## 2. RAPPELS :

- a) Rappels embryologiques [5] : Les glandes mammaires sont des glandes apocrines modifiées d'origine ectodermique qui se développent de chaque côté du corps, le long des crêtes mammaires vers la quatrième semaine de la gestation.
- b) Rappels anatomiques [5] :
- c) Morphologie : Le sein est un cône à base thoracique dont le sommet est le mamelon entouré de l'aréole. Il est constitué de 10 à 15 canaux galactophores s'abouchant par un port mamélonnaire après une dilatation appelée sinus lactifère. Ces canaux se ramifient en canaux secondaires jusqu'à l'unité terminale. Cette unité terminale est constituée d'un canalicule extra lobaire se continuant par un canalicule intra lobulaire dans lequel se jette plusieurs canalicules terminaux ou acini. La paroi des acini est constituée par une couche de cellules épithéliales sécrétantes reposant sur des cellules myo épithéliales à activité contractile, l'ensemble se disposant sur une membrane basale. Ces acini sont entourés d'un tissu conjonctif (tissu de soutien) lâche tandis que le tissu conjonctif extra lobaire est dense et peu cellularisé. Un tissu adipeux (gras) en proportion variable entoure tous ces constituants.
- d) Situation : Au nombre de deux, les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax de chaque côté du sternum, en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3ème et la 7ème côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique.
- e) Forme et dimension : La forme générale du sein féminin est variable, le plus souvent conique arrondie. Insignifiants avant la puberté, les seins présentent chez la jeune fille une forme ovoïde. A l'âge adulte, les seins acquièrent leur maturité, où leur forme est grossièrement hémisphérique à conique. Avec le vieillissement, les grossesses et l'allaitement, les seins ont tendance à la ptose et ils deviennent plus flasques. Chez l'adulte, en dehors de la grossesse, les seins mesurent en moyenne 10 à 11 cm de hauteur sur 12 à 13 cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse les seins augmentent de volume peu de temps après la nidation, mais le gonflement des seins s'arrête souvent vers le 4ème ou le 5ème mois, pour reprendre à la fin de la gestation. Durant l'allaitement, les seins peuvent doubler de volume, alors qu'à la ménopause le volume de la glande se réduit progressivement.

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

- f) Poids et consistance : Chez la jeune fille, il peut atteindre 150 à 250 g ; chez la nourrice, il est de 400 à 500 g pouvant atteindre 800 à 900 g. Chez la fille nulligeste, les seins sont fermes et élastiques.
- g) Rapports et moyens de fixité : Rapports : Les seins sont en rapport en avant avec le plan cutané et en arrière avec le plan musculo-facial et thoracique. Moyens de fixités : Le sein est fixé par Les ligaments suspenseurs : La glande mammaire est encapsulée par les fascias pré et rétro mammaires solidarisés par de nombreux septa qui pénètrent et cloisonnent la glande. Les septa fibreux, plus développés dans la partie supérieure et postérieure de la glande, constituent les ligaments suspenseurs du sein (ligaments de Cooper). La peau : Elle présente des connexions avec le fascia pré mammaire qui la double. Cette solidarité est si étroite que les mouvements de la peau et la glande sont inséparables.
- h) Configuration externe : Le revêtement cutané du sein n'est pas homogène, on en décrit trois zones : - La zone périphérique : Elle est lisse, souple et douce au toucher. - La zone moyenne : C'est l'aréole, elle est pigmentée, circulaire de 35 à 50 mm de diamètre. La coloration varie selon la race et cette coloration s'intensifie et s'élargit pendant la grossesse. Son aspect est rendu granuleux par de volumineuses glandes sébacées (tubercules de MORGANI). Les glandes deviennent plus volumineuses au cours de la grossesse et prennent le nom de tubercules de MONTGOMERY. - La zone centrale : C'est le mamelon, il occupe le centre de l'aréole, sa pigmentation est identique à celle de l'aréole. Les canaux galactophores y débouchent par des orifices (2-20 orifices).
- i) Configuration interne : Une coupe sagittale passant par le mamelon permet de reconnaître de la superficie vers la profondeur : l'enveloppe cutanée, le corps mammaire, la couche cellulo-adipeuse dite rétro mammaire. : On reconnaît les trois zones sus citées - Zone périphérique : le tissu cellulo-graisseux pré mammaire occupe ce plan, - Zone moyenne : la peau de l'aréole est fine et mobile, doublée du muscle aréolaire (muscle peaucier), - Zone centrale ou mamelon : son axe est occupé par les canaux galactophores entourés de fibres conjonctives élastiques et de fibres musculaires lisses. : Il est enveloppé par une mince lame de tissu conjonctif : La capsule. Il est composé de plusieurs lobes indépendants les uns des autres. - adipeuse rétro-mammaire : Elle est séparée du corps mammaire par la lame retro mammaire du fascia superficialis thoracique. Cette lame contient un réseau artériel et de nombreuses veines.

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

et de nombreuses veines.

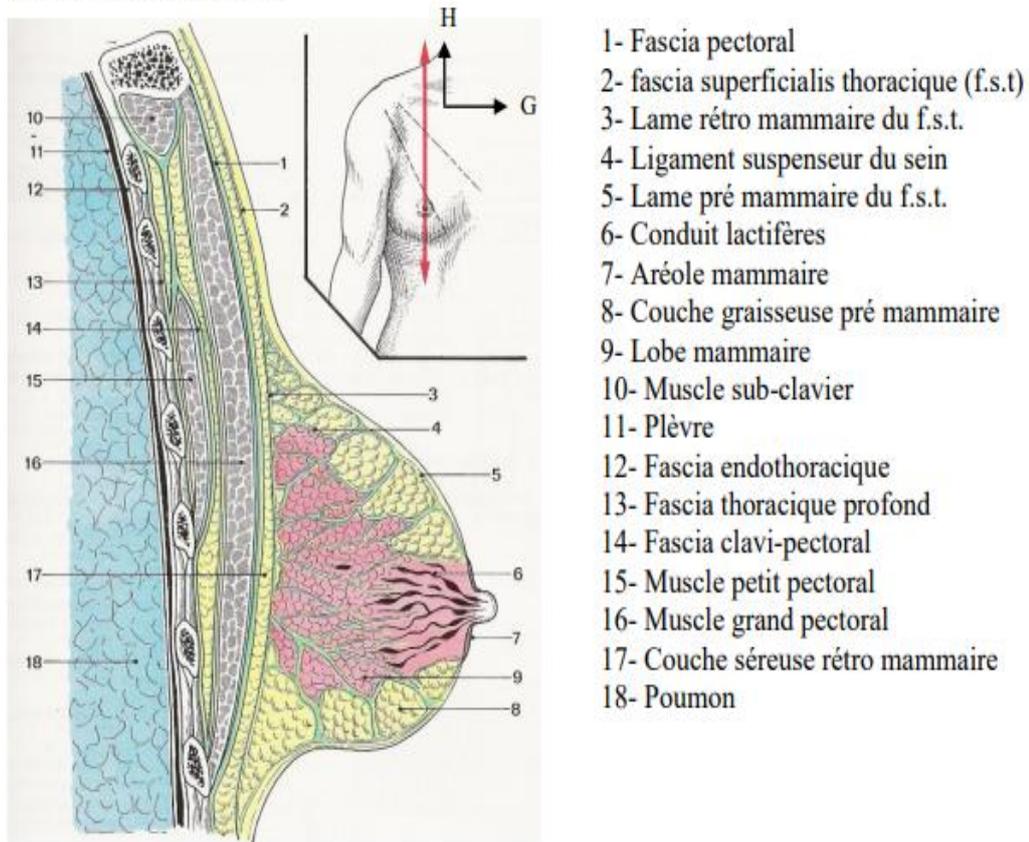


Fig.1 : Coupe sagittale de la mamelle [14].

Fig.1 : Coupe sagittale de la mamelle [5].

- a) Vascularisations et innervations : La partie interne de la mamelle est irriguée par les branches perforantes de la mammaire interne qui traversent les six premiers espaces intercostaux. Les parties externes et inférieures reçoivent leur sang de la mammaire externe, de la capsule inférieure, de l'acromion - thoracique et de la thoracique supérieure. L'une d'entre elles est plus importante que les autres : c'est l'artère principale externe. La glande mammaire reçoit quelques rameaux des intercostales. La plupart des artères abordent la glande mammaire surtout par sa face superficielle. Les artères retro glandulaires sont peu nombreuses. : Il existe un réseau veineux superficiel surtout visible pendant la grossesse et la lactation dans lequel on reconnaît parfois autour de l'aréole un anneau anastomotique appelé cercle veineux de Haller. Ce réseau superficiel se déverse dans les régions voisines. Les veines profondes sont drainées vers les veines mammaires externes en dehors, la veine mammaire interne en dedans et vers les veines intercostales en arrière. : Leur importance dans la dissémination des tumeurs mammaires est bien connue. Selon leur siège on distingue plusieurs chaînes :
- Les ganglions mammaires externes : ils siègent au-dessous du bord latéral du grand pectoral, au milieu du creux axillaire suivant aussi la course de l'artère thoracique

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

latérale. • Les ganglions mammaires internes : ils suivent le trajet des vaisseaux mammaires internes au sein d'un tissu conjonctivo-graisseux abondant. Ils se situent au-dessus du fascia endothoracique dans les espaces intercostaux. Les troncs lymphatiques mammaires internes se jettent à gauche dans le canal thoracique, à droite dans le canal lymphatique. • Les lymphatiques croisés des glandes mammaires : la présence des ganglions dans le sein opposé de celui atteint par le carcinome n'est probablement que le résultat d'un blocage par métastases des voies lymphatiques habituelles et de l'infiltration des ganglions du sein opposé par voie rétrograde. On distingue les nerfs profonds et les nerfs superficiels : • Les nerfs profonds sont des filets sympathiques qui se rendent à la glande avec des vaisseaux.

- a) Les nerfs superficiels sont des filets sensitifs qui proviennent de la branche supraclaviculaire du plexus cervical, des branches thoraciques du plexus brachial, des rameaux perforants des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> nerfs intercostaux. Tous ces nerfs envoient de nombreux filets à l'aréole et au mamelon qui sont de ce fait parmi les régions les plus sensibles de l'organisme. Schéma classique de la voie de dissémination (Gourin A) : Tumeur du sein → veines de retour (jugulo sous Clavière) → cœur droit → poumons → cœur gauche → organes de la grande circulation (os, vertèbres, ceinture scapulaire et pelvienne, foie, cerveau).
- 2.3. Rappels physiologiques : : - Œstrogènes : Ils favorisent la croissance des canaux galactophores, élèvent l'index mitotique à l'extrémité du canal, entraînent la pigmentation de l'aréole. Ils stimulent la différenciation et le développement de l'épithélium galactophorique. - Progestérone : L'action directe de la progestérone sur la glande mammaire ne semble pouvoir s'exercer que si celle-ci a été préalablement préparée par les œstrogènes. Elle entraîne une prolifération alvéo-acineuse, son action complète celle des œstrogènes pour qu'elle limite la croissance des canaux galactophorique. Elle permet le développement des acini. : - La FSH : Provoque le développement des follicules et la sécrétion d'œstrogène (folliculine). En plus elle développe et maintient les caractères sexuels secondaires. - La LH : Provoque l'ovulation avec formation de corps jaune et sécrétion de progestérone. - La prolactine : C'est l'hormone lactogène : après l'accouchement, la sécrétion intense de PRL provoque la montée laiteuse. Elle a un rôle dans la mammogénèse, elle contribue à la différenciation des alvéoles au cours de la grossesse ; elle potentialise l'action de l'œstradiol sur les cellules épithéliales et possède in vivo un effet prolifératif. : Les seins sont très sensibles aux variations hormonales. Les œstrogènes d'origine ovarienne entraînent une croissance des canaux. La progestérone également d'origine ovarienne stimule le développement des acini. Pendant la puberté, les seins se développent sous l'effet de ces hormones ovariennes.

Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital  
Nianakoro Fomba de Ségou

---

# MATERIEL ET METHODES

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## **II- Matériel et méthodes :**

### **1. Observation clinique**

Patiente âgée de 27 ans, mariée, G4P4V4, présentait des antécédents concernant une tuméfaction ressemblant à une poire située sur le pli inguinal gauche. Cette tuméfaction n'était pas douloureuse et avait connu une lente croissance avec le temps. Au cours de l'évolution, de multiples ulcères donnant lieu à un écoulement purulent y étaient apparus.

### **2. Matériel pour exploration et méthode d'exploration**

L'examen clinique a noté une tuméfaction pédiculée ferme, dont la forme rappelait celle d'une poire, sur le pli inguinal gauche. Ses dimensions étaient de 14 cm sur 09 cm de consistance molle, indolore, régulière, adhérente à la peau mais mobiles par rapport au plan profond, avec individualisation d'un mamelon.

# RESULTAT

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## **III- RESULTAT**

### **1. Echographie**

Une échographie, réalisée objective la présence au niveau du prolongement inguinal de tissu fibro-glandulaire, mélangé à de la graisse.

### **2. Prise en charge**

Une large excision locale a été menée sous anesthésie générale ; l'examen histologique a révélé la présence de tissu mammaire normal, ce qui correspond à la présence de tissu mammaire ectopique au niveau inguinal gauche.

Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital  
Nianakoro Fomba de Ségou

---

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## IV- Commentaires et 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. A la 7<sup>ème</sup> 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 croit ensuite dans le derme sous-jacent. À la 10<sup>ème</sup> semaine, le bourgeon primaire commence à se ramifier, donnant des bourgeons secondaires à la 12<sup>ème</sup> 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 [2]. Toute anomalie de l'involution de la crête mammaire entraîne la persistance de tissu glandulaire le long de la ligne lactée, de l'aisselle à la région inguinale [6]. La présence d'un petit mamelon est la forme la plus fréquente de sein surnuméraire [2].

En 1915, Kajava a publié un système de classification des tissus mammaires surnuméraires qui reste d'actualité aujourd'hui [8] :

- 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 : polytheliaareolaris
- Classe VIII : présence uniquement d'une mèche de cheveux : polytheliapilosa.

Dans notre cas, il s'agit d'un sein surnuméraire complet avec mamelon, aréole et tissu glandulaire, rarement rapportée dans la littérature, et correspondant à la classe I de Kajava. Initialement asymptomatiques, Les seins surnuméraires 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 [9]. C'est le cas de notre patiente, dont la tuméfaction inguinale a longtemps été négligée.

Le recours à l'imagerie, constitue une étape importante de la démarche diagnostique et du suivi. La masse peut également être évidente sur l'échographie, notamment lorsqu'elle a une composante fibro-glandulaire [10]. Notre patiente a bénéficié d'une échographie qui a posé facilement le diagnostic.

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

Dans le sein surnuméraire peut 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 [12]. Notre patiente a signalé plusieurs épisodes d'ulcération donnant lieu à des écoulements purulents du sein surnuméraire au cours de l'évolution.

# CONCLUSION

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## **Conclusion :**

Le sein surnuméraire inguinal est une cause d'anxiété chez les femmes du fait 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 inguinal doit être pris en charge chirurgicalement.

# **REFERENCES**

# **BIBLIOGRAPHIQUES**

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## Références bibliographiques :

- 1- Nadia Khoummane et al. Seins surnuméraires axillaires bilatéraux Pan African Medical Journal. 2014; 17:45 doi:10.11604/pamj.2014.17.45.3203
- 2- JANATI IDRISIK, et. al. “Un Cas Rare De Seins Surnuméraires Axillaires Bilatéraux : Revue De La Littérature.” IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), 2020; 19(5): 34-39
- 3- Patel P, Ibrahim A, Zhang J, Nguyen J, Lin S, Lee B. Accessory Breast Tissue. www.ePlasty.com, Interesting Case, 23 Avril 2012 a 10 H 00
- 4- Madej B, Balak B, Winkler I, et al. Cancer of the accessory breast—a case report. Adv Med Sci. 2009; 54:308-10
- 5- COULIBALY Zeïnabou et al. Cancer du sein en chirurgie générale du CHU.GT Thèse de Médecine 2016 -2017 numéro 17M264
- 6- Kopans DB. Anatomy, histology, physiology and pathology. In: Breastimaging. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998: 3-27
- 7- Bland KI, RomrellLJ: 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 : 214-232
- 8- Kajava Y. The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. Duodecim 1915; 31:143-170
- 9- Lakkawar NJ, Maran G, Srinivasan S, Rangaswamy T. Axillary breast tissue in the axilla in a puerperalwoman-case study. Acta Medica Medianae. 2010; 49(4):45-7
- 10- 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 peri pubertal or pubertal girl. AJR 2004; 183:1779-1781
- 11- Yang WT, Suen M, Metreweli C. Mammographic, sonographic and histopathological correlation of benignaxillary masses. Clin Radiol 1997; 52:130-135
- 12- 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

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---



Fig 1 : Patiente debout montrant une hypertrophie inguinale gauche

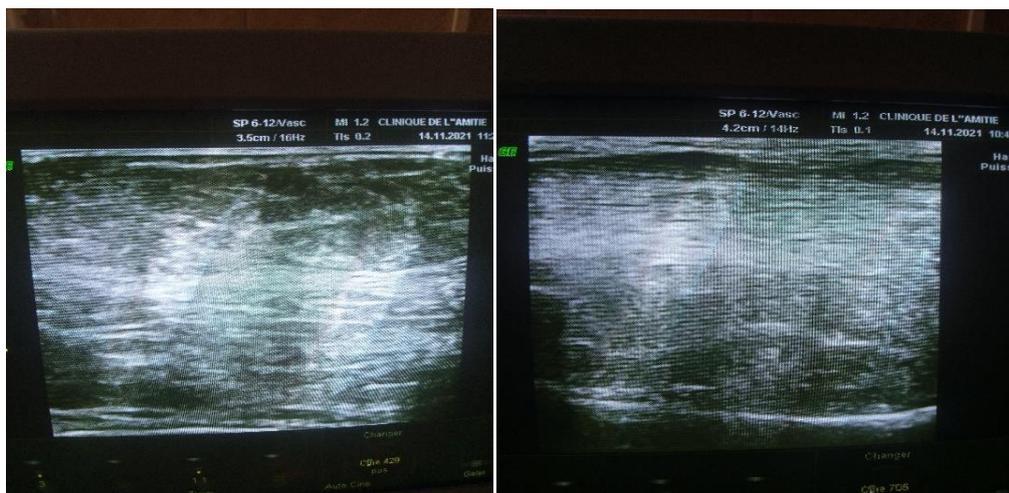


Fig2 : Coupe transversale d'un tissu fibro-glandulaire inguinale gauche.

# RESUME

# Un cas rare de sein surnuméraire inguinal gauche a l'hôpital Nianakoro Fomba de Ségou

---

## **Résumé :**

La polymastie est présente chez 0,4 à 6% des femmes et 1 à 3% des hommes. 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. Cependant dans de rares cas, la polymastie peut siéger en dehors de la ligne lactée, au niveau du cou, visage, bras et les hanches. Les seins surnuméraires sont majoritairement asymptomatiques avant la puberté et doivent faire l'objet d'un suivi radiologique régulier du fait du risque de dégénérescence bénigne mais le plus souvent maligne.

Nous rapportons un cas d'observation de sein surnuméraire inguinal chez une patiente de 27 ans ayant une masse inguinale gauche. Une échographie réalisée objective la présence au niveau du prolongement inguinal de tissu fibro-glandulaire, mélangé à de la graisse. L'examen histologique après une excision locale menée sous anesthésie générale a révélé la présence de tissu mammaire normal.

**Mots clé :** sein, surnuméraire, inguinal, échographie.