

## Sein surnuméraire axillaire : à propos d'un cas

### Supernumerary axillary breast: A case report

M.Laidouci 1\*, N.Tine 1, M.Boussadra 1, A.Rahmani 1, F.Dellouli1, F.Boufroua1, L.Khananf 1

1 Service de Chirurgie Générale, EPH Timimoun

(\* ) Auteur correspondant : LAIDOUCI MOHAMED, service de chirurgie générale, EPH Timimoun.

E-mail : [mohamed2015laidouci@gmail.com](mailto:mohamed2015laidouci@gmail.com)

#### Résumé

Nous rapportons l'observation d'un cas de localisation axillaire de sein surnuméraire chez une femme âgée 25 ans. Chez qui une masse axillaire droite a été diagnostiquée pour la première fois comme un lipome à examen clinique et échographique. Ce travail explique la possible de confusion entre un sein surnuméraire et un lipome. L'objectif est de préciser les caractéristiques cliniques et échographiques voir mammographiques d'une masse axillaire qui orientent vers un sein surnuméraire. Exérèse chirurgicale et étude histologique ont permis de confirmer le diagnostic de sein surnuméraire.

Mots-clés : Sein surnuméraires, axillaire, lipome

#### Summary

We report the case of a case of axillary localization of supernumerary breast in a 25-year-old woman. In whom a right axillary mass was first diagnosed as a lipoma on clinical and ultrasound examination. This work explains the possible confusion between a supernumerary breast and a lipoma. The objective is to specify the clinical and ultrasound or even mammographic characteristics of an axillary mass which point to a supernumerary breast. Surgical excision and histological study confirmed the diagnosis of supernumerary breast.

Keywords : Supernumerary breast, axillary, lipoma

#### Introduction

Le sein surnuméraire siège à 90 % au thorax ,5 % à l'abdomen et 5 % à l'aisselle [4]. Lors de son développement embryologique le tissu mammaire peut être surnuméraire, notamment en position axillaire [1]. Si le diagnostic en est facile en présence d'un mamelon, aréole, et d'un écoulement lacté, il est plus difficile en leur absence ou en cas de prédominance du tissu graisseux. Son diagnostic clinique et échographique peut s'avérer difficile et peut prêter à confusion avec les autres causes de masse axillaire. Le but de cette observation est de préciser les caractères cliniques distinctifs entre un lipome et un sein surnuméraire et la prise en charge.

#### Observation

Patiente âgée de 25 ans est deuxième geste, deuxième pare (G2P2) sans antécédent familiale pathologique particulier Présentée en consultation pour masse axillaire droite depuis la naissance douloureuse au milieu du cycle menstruel qui augmentait progressivement de volume notamment au période de grossesse et l'allaitement. Examen physique notait la présence d'une masse axillaire de 6 cm de diamètre, masse de consistance molle, indolore à la

palpation, régulière adhérente à la peau mais mobile par rapport au plan profond, elle située sur la ligne axillaire moyenne sans modification cutanée en regard. (Fig. 1). Évoquant alors le diagnostic de lipome axillaire. Le reste de l'examen somatique était sans particularité les aires ganglionnaires libres. La première échographie (Fig. 2) indiquée pour étayer le diagnostic était en faveur de lipome : masse homogène hypo échogène à contours réguliers sans kyste ni calcification, sans continuité avec la glande mammaire.

Devant l'augmentation de volume de cette masse axillaire pendant la grossesse et période de l'allaitement. Mammographie (Fig. 3) a été faite revient en faveur : d'une formation sous cutanée axillaire droite de contenu majoritairement grasseuse avec des travées hyperéchogène de 60 mm de diamètre, cet aspect évoque un sein surnuméraire. Une exérèse chirurgicale a été réalisé (Fig.4). Examen histologique en faveur d'un sein surnuméraire. Les suites post opératoire ont été simples.



**Fig. 1** – Masse axillaire arrondie bien limitée sans modification cutanée en regard.



**Fig. 2** – Aspect échographique d'un lipome : Masse homogène hypo échogène à contours réguliers sans kyste ni calcification, sans continuité avec La glande mammaire



**Fig. 3** – Mammographie 02 incidences obliques externe à 60° : objective un tissu fibro-glandulaire opaque au niveau la région axillaire droite.et comparaison avec l’aspect des deux seins droit et gauche.



**Fig. 4** – Pièces opératoires du sein surnuméraire

## Discussion

Toute anomalie de l’involution de la crête mammaire entraîne la persistance de tissu glandulaire n’importe où le long de la ligne lactée, de l’aisselle à la région inguinale, ce qui peut aboutir à l’apparition d’autres bourgeons dont la persistance aboutit à des seins accessoires ou surnuméraires ou polymastie [1]. Des cas familiaux ont été rapportés [3-5] et il existe une hypothèse de transmission génétique autosomique dominante [6]. Dans notre observation, aucun antécédent familial n’avait été trouvé. La polymastie est présente dès la naissance mais elle est rarement décrite chez l’enfant. Généralement, elle est découverte au cours de la grossesse ou de la lactation du fait de l’imprégnation hormonale qui entraîne une augmentation de son volume ainsi que l’apparition d’une sensibilité voire même d’une douleur [1,5,6]. Les difficultés de diagnostic clinique et échographique de ces seins surnuméraire chez cette patiente trouvent des explications anatomique et physiologique ; l’absence d’aréole et mamelon explique que ces

tumeurs n’orientent pas d’emblée vers un sein surnuméraire à confusion avec lipome axillaire. C’est le cas de notre patiente dont la tuméfaction axillaire a longtemps été négligée prise pour simple lipome en absence aréole et mamelon. La symptomatologie de notre patiente a été déclenchée par la grossesse et l’allaitement : un engorgement mammaire responsable de l’augmentation du volume des tumeurs pendant l’accouchement et la lactation. Concernant l’imagerie, le sein est composé de tissu conjonctivo-glandulaire qui apparaît hyperéchogène à l’échographie, et tissu adipeux qui est hypo échogène [1]. La prédominance du tissu adipeux dans les seins surnuméraires peut souvent en imposer pour un lipome à l’échographie. (Fig. 2). Lipome axillaire est une situation rare que selon étude de De Andrade [2] ; il se présente comme une masse sous cutanée de consistance élastique à contours réguliers, indolore et très sensible, mobile par rapport aux plans profond et superficiel, il hypo échogène et peu apparaît encapsulé. De formation

embryologique cutanée, le sein est solidaire à la peau ainsi les seins surnuméraires ne sont pas mobiles par rapport la peau en revanche il existe un plan de décollement rétroglandulaire. C'est un plan de glissement entre la couche graisseuse retro mammaire dont la face profonde est limitée par le fascia transversalis et l'aponévrose de recouvrement du muscle sous-jacent [5], ceci rend le sein indépendant du muscle sous-jacent par rapport auquel il est mobile. Au total, les principaux caractères cliniques qui orientent vers les seins surnuméraires plutôt que vers lipome axillaire sont : la localisation axillaire, mobilité par rapport plan profond non au plan superficiel, augmentation transitoire de volume lors de la grossesse et la lactation. La controverse persiste quant à l'attitude thérapeutique si certains auteurs préconisent l'abstention en dehors de complication, autres optent pour une exérèse chirurgicale systématique non seulement pour le handicap esthétique qu'elle entraîne, Mais aussi afin de prévenir les complications telle la dégénérescence [1,2,6], autre attitude ;une combinaison de l'exérèse chirurgicale et liposuction [14]. Notre attitude est l'exérèse de tout masse axillaire en cas sein surnuméraire volumineux, inesthétique et aussi le risque de dégénérescence. Examen histologique en précise la nature et l'exérèse chirurgicale prévient les complications.

**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 des pathologies bénignes et malignes, ce qui impose son exérèse chirurgicale pour prévenir les complications.

### Conflit d'intérêt

Aucun.

### Références

- [1] Abita T, Lachachi F, Durand-Fontanier S, et al. A` propos d'un cas de seins surnuméraires axillaires bilatéraux. *Morphologie* 2004 ;88(280) :39–40
- [1`] V Velanovitch. Ectopic breast tissue, supernumerary breasts and supernumerary nipples *Southern Mediterranean J.* 1995 sept. ; 88(9) : 903-6.
- [2] Nayak S, Acharjya B, Devi B. Polymastia of axillae. *Indian J Dermatol* 2007 ;52 :118–20.
- [3] Weinberg SK, Motulsky AG. Aberrant axillary breast tissue : a report of family with six affected women in two generations. *Clin Genet* 1976 ;10 :325–8.
- [4] Brown J, Schwartz RA. Supernumerary nipples and renal malformations : a family study. *J Cutan Med Surg* 2004 ;8 : 170–2
- [5]. Galli-Tsinopoulou A, Krohn C, Schmidt H. Familial polythelia over three generations with polymastia in the youngest girl. *Eur J Pediatr* 2001 ;160 :375–7.
- [6] Anthony LT, Viera J. Breast-feeding with ectopic axillary breast tissue. *Mayo Clin Proc* 1999 ;74 :1021–2.
- [7] Velanovich V. Fine needle aspiration cytology in the diagnosis and management of ectopic breast tissue. *Am Surg* 1995 ;61 : 277–8.
- [8] Bhambhani S, Rajwanshi A, Pant L, et al. Fine needle aspiration

**cytology of supernumerary breasts. Report of three cases. Acta Cytol 1987 ;31 :311–2.**

**[9] Conde DM, Torresan RZ, Kashimoto E, et al. Fibroadenoma in axillary supernumerary breast: case report. Sao Paulo Med J 2005 ;123 :253–5.**

**[10] Giron GL, Friedman I, Feldman S. Lobular carcinoma in ectopic axillary breast tissue. Am Surg 2004 ;70 :312–5.**

**[11] Urbani CE, Betti R. Accessory mammary tissue associated with congenital and hereditary nephroureteral malformations. Int J Dermatol 1996 ;35 :349–52.**

**[12] Ferrara P, Giorgio V, Vitelli O, et al. Polythelia: still a marker of urinary tract anomalies in children? Scand J Urol Nephrol 2009 ;43 :47–50.**

**[13] Grotto I, Browner-Elhanan K, Mimouni D, et al. Occurrence of supernumerary nipples in children with kidney and urinary tract malformations. Pediatr Dermatol 2001 ;18 :291–4.**

**[14] Motsumi M, Narasimhamurthy M, Gabolwelwe M. Fibroadenoma in the axillary accessory breast. S Afr J Surg 2018 ;56(3)**

**[15] Down S, Barr L, Baildam AD, Bundred N. Management of accessory breast tissue in axilla. Br J Surg. 2003 ;90(10) :1213-4.**

**[16] Fan J. Removal of accessory breasts: a novel tumescent liposuction approach. Aesthetic Plast Surg. 2009 ;33(6) :809-13.**

**[17] Arora BK, Arora R, Aora A, Singh K. Axillary accessory breast: presentation and treatment. Int Surg J 2016 ;3 :2050-3.**

**[18] D andrade JM, Marana HR, Sarmento Filho JM, Murta EF, Velludo MA, Bighetti S. Differential diagnosis of axillary masses tumori. 1996 ;82(6) :596.**