



Journal Homepage: -[www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF  
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI:10.21474/IJAR01/9087  
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/9087>



## RESEARCH ARTICLE

### FIBROADENOME MAMMAIRE GEANT JUVENILE : A PROPOS D'UN CAS.

**R. Aitbouhou<sup>1</sup>, M. Bouzroud<sup>2</sup>, F. El Mangoub<sup>1</sup> And D. Moussaoui<sup>1</sup>.**

1. Service de Gynéco-Obstétrique, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.
2. Service de Chirurgie Viscérale, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 16 March 2019  
 Final Accepted: 18 April 2019  
 Published: May 2019

##### Key words:-

fibroadénome géant, pathologie  
 mammaire bénigne, puberté, sein,  
 tumeur phyllode, hormones.

#### Abstract

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. Son principal diagnostic différentiel est la tumeur phyllode. Son aspect peut être parfois inquiétant avec une peau en regard inflammatoire et une dilatation du réseau veineux, du fait même de sa grande taille et de sa croissance rapide. La fibroadénomectomie associée à une reconstruction mammaire immédiate corrige l'asymétrie et donne un confort de vie à l'adolescente porteuse.

Nous rapportons un cas d'adénofibrome géant au sein de l'hôpital militaire médico chirurgical de campagne à WAWIZERT dont le but est d'effectuer une mise au point de cette tumeur bénigne en précisant ses caractéristiques cliniques, radiologiques et histologiques ainsi que les principes thérapeutiques entrepris vis-à-vis de cette pathologie.

Copy Right, IJAR, 2019,. All rights reserved.

#### Introduction

Le fibroadénome géant est une forme particulière de fibroadénome, définie simplement par une taille supérieure à 5 cm de diamètre et/ou pesant plus de 500 grammes [1-2]. Son mécanisme physiopathologique est mal connu, il serait la conséquence d'une réponse locale inadaptée à la stimulation oestrogénique [3]. Il représente 2 à 4 % des fibroadénomes [3]. Il existe deux pics de fréquence. Le premier se constitue généralement durant la période pubertaire, l'année précédant ou suivant les premières règles, c'est le fibroadénome juvénile ; Puis le deuxième pic a lieu en péri-ménopause. Le diagnostic est clinique et échographique. Son principal diagnostic différentiel est la tumeur phyllode que seule l'histologie permet le diagnostic. L'intérêt d'un traitement chirurgical rapide est essentiellement esthétique afin d'éviter la perte d'élasticité de la peau [3].

#### Observation

Il s'agit d'une fille de 15 ans sans antécédent personnel notable ayant une ménarche depuis une année avec un cycle irrégulier et des dysménorrhées primaires. Aucune notion de prise de contraception orale ou autre médicament n'a été mentionnée. Comme antécédents familiaux ; elle a une sœur traitée pour un adénofibrome ayant bénéficié d'une tumorectomie à l'âge de 22 ans. La jeune fille s'est présentée pour prise en charge d'un nodule du sein droit apparu en dehors de tout traumatisme, évoluant depuis 6 mois, augmentant rapidement de volume, avec notion de mastodynies sans écoulement mamelonnaire. A l'examen clinique ; le sein droit était augmenté de volume ; la tumeur occupant la totalité du sein était ferme, de contours réguliers, mobile par rapport aux deux plans avec la

présence d'une circulation veineuse collatérale sans signes inflammatoires apparents. La plaque aréolo-mamelonnaire était sans anomalie (Figure 1). L'examen du sein gauche était sans particularités. Les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires étaient libres. Les autres caractères sexuels secondaires étaient présents et l'état général était normal. Une échographie mammaire a objectivé un énorme processus lésionnel d'échostructure tissulaire, hétérogène, hypervascularisé, bien limité de 12 X 8 cm prenant presque la totalité du sein avec absence d'adénopathie axillaire droite, évoquant une tumeur phyllode. La patiente a bénéficié d'une tumorectomie large (figure2), l'incision était radiaire au niveau du quadrant supéro-externe facilitant ainsi l'énucléation de cette tumeur encapsulé avec bon résultat esthétique (figure3). L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire était en faveur d'un adénofibrome géant montrant une tumeur massive, bien encapsulée, mesurant 12cmx9cm, 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. Le dernier contrôle réalisé deux ans après la tumorectomie, montrait un développement normal des glandes mammaires. La symétrie était conservée sans notion de récurrence tumorale.

## Discussion

Le fibroadénome mammaire géant ne représente que 2 à 4 % des fibroadénomes. Il se présenterait sous deux formes bien distinctes [4] : adénofibrome géant juvénile et adulte. La forme d'adénofibrome géant juvénile apparaît brutalement durant la période pubertaire et majoritairement dans la population africaine noire et asiatique [5]. Il se constitue généralement en moyenne 2,3 ans s'écoulent entre la ménarche et l'apparition du fibroadénome géant pour un âge compris entre 11 et 16 ans au moment du diagnostic [6]. Durant cette période pubertaire, l'étiopathogénie la plus admise semble être une hyperoestrogénie relative et/ou une anomalie des récepteurs aux oestrogènes [2-7]. En effet, les oestrogènes favorisent l'œdème et l'hyperplasie cellulaire, tandis que l'absence ou l'insuffisance de progestérone ne permet pas de contrôler leur action [8].

Le nodule apparaît et grossit rapidement jusqu'à atteindre une taille très importante entre 10 et 20 cm. Il s'agit en effet d'une tumeur, le plus souvent unilatérale occupant la totalité du sein de contours réguliers ; ronde ou lobulée parfois polylobée ; ferme ; de mobilisation facile ; indolore (parfois une douleur peut y être associée consécutive à une tension) [9]. L'effet de masse peut entraîner des effets musculo-squelettiques (maux de dos) et des traumatismes psychologiques significatifs [4]. En raison de leur taille et de leur vascularité accrues, ces lésions peuvent compresser les tissus adjacents et déformer l'architecture lobulaire créant ainsi une peau d'orange, une inversion du mamelon, une dilatation des veines superficielles et des ulcérations cutanées. Ces caractéristiques des fibroadénomes géants sont généralement considérées comme des indicateurs de malignité [10].

L'échographie est la modalité d'imagerie idéale pour évaluer le sein de l'adolescente. L'adénofibrome géant paraît comme une lésion bien circonscrite, ayant une forme ovale, ronde ou macro lobulée, hypoéchogène avec parfois un renforcement postérieur. La présence de plages d'écho structures hétérogènes avec des zones anéchogènes kystiques évoque l'existence de zones hémorragiques ou nécrotiques. Il n'existe pas de signe pathognomonique, mais on peut évoquer le diagnostic de tumeur phyllode sur la présence de lobulations et de contours indistincts, associés à des plages kystiques [11]. Au Doppler, elle peut être avasculaire ; avec une vascularité interne minime dans 67% des cas et des navires centraux dans 33%.

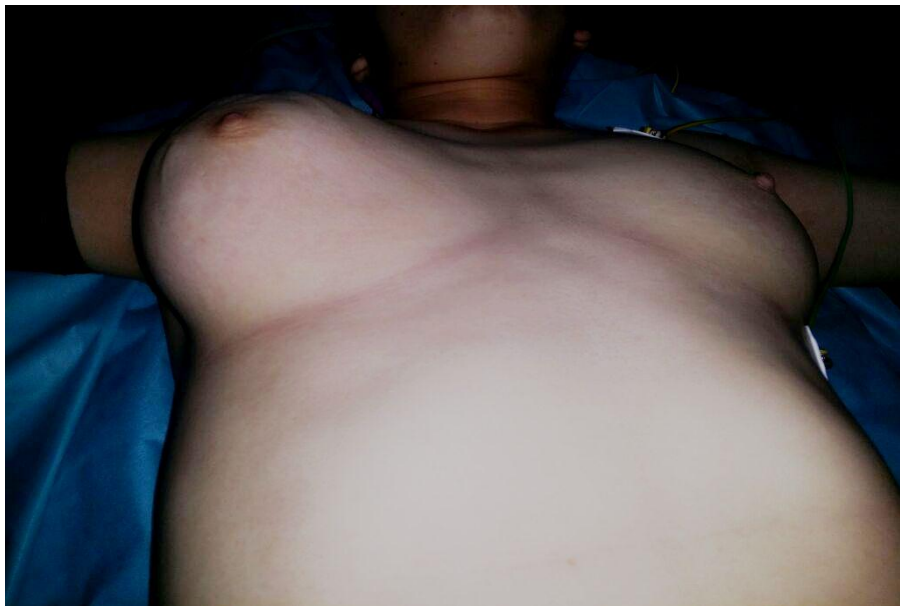
Cette tumeur fibro-épithéliale présente de nombreuses similitudes histologiques avec la tumeur phyllode de bas grade [12]. Toutes deux sont en effet des tumeurs fibro-épithéliales de cellularité stromale élevée [13]. Cependant à la différence de la tumeur phyllode cette forme d'adénofibrome cellulaire ne récidiverait pas et ne présente pas de caractère malin chez l'adolescente. L'étude de Bouhafa réalisée au Maroc et publiée en 2009, concernant 53 tumeurs phyllodes relève un point important. Il existe une réelle difficulté diagnostique entre le fibroadénome géant et la tumeur phyllode de grade I. Selon Bouhafa, l'adénofibrome géant se différencierait de la tumeur phyllode par la présence d'une capsule vraie et d'une répartition plus harmonieuse du stroma et de l'épithélium [4].

La question d'un traitement hormonal dans cette période et avant la chirurgie reste posée. Cette stratégie thérapeutique n'a jamais été évaluée dans ce contexte [4]. La fibroadénomectomie associée à une reconstruction mammaire immédiate corrige l'asymétrie et donne un confort de vie à l'adolescente. Cette 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 sont applicables chez l'adolescente ; chacune avec ses inconvénients et ses avantages [14-15]. Le fibroadénome peut récidiver après exérèse chirurgicale, d'où l'intérêt d'une surveillance prolongée. Des récurrences tumorales ont été décrites dans la littérature [1, 16, 17].

L'autre forme de fibroadénome géant, se rapproche de la forme adulte. Il apparaît chez des adolescentes plus âgées ou chez des jeunes femmes. Le nodule déjà préexistant grossit progressivement. Cette forme plus fréquente dans la population caucasienne associe souvent plusieurs fibroadénomes [5-6]. Les antécédents familiaux de pathologies mammaires bénignes sont plus fréquents. Histologiquement cette tumeur fibro-épithéliale présente une faible cellularité stromale [4].

### Conclusion:-

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. Son principal diagnostic différentiel est la tumeur phyllode. Son aspect peut être parfois inquiétant avec une peau en regard inflammatoire et une dilatation du réseau veineux, du fait même de sa grande taille et de sa croissance rapide. 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.



**Figure 1:-**Hypertrophie mammaire unilatérale chez une adolescente



**Figure 2:-**fibroadénome géant macroscopique



**Figure 3:-Résultat post-opératoire immédiat**

### References:-

1. Morris A., Shaffer K. Recurrent bilateral giant fibroadenomas of the breasts. Radiolog. Case Reports 2007;2(3):1-5.
2. Hawary M. B., Cardoso E., Mahmud S., Hassanain J. Giant breast tumors. Ann. Saud. Med. 1999;19(2):174-176.
3. Chang DS, McGrath MH. Management of benign tumors of the adolescent breast. Plast. Reconstr. Surg. juill 2007;120(1):13e-19e.
4. Marie Roux. Fibroadénome géant chez l'adolescente et influence hormonale : analyse d'une série de 90 cas (Thèse 2013).
5. Naidu AG, Thomson SR, Nirmul D. Giant fibro-adenomas in black and Indian adolescents. S Afr J Surg. déc 1989; 27(5):171-172.
6. El-Tamer MB, Song M, Wait RB. Breast masses in African American teenage girls. Journal of Pediatric Surgery. sept 1999;34(9):1401-1404
7. Uygur F., Yigitler C. Rare juvenile giant fibroadenoma. J. Breast health 2009;5(3):164-166.
8. MCGRATH MH. Benign tumors of the teenage breast. Plast Reconstr Surg, 2000, 105 :218-222.
9. L'Adénofibrome géant juvénile : À propos d'un cas et revue de la littérature M Bhihi \*; I Boughaza\*; R Benjannane \*; N Zeraiidi\*\*; A Lakhdar\*\*; A Baidada\*\*\*; A Kharbach\*\*\* Service de gynécologie obstétrique Maternité Souissi CHIS Rabat
10. Breast Asymmetry: Presentation of a Giant Fibroadenoma Christopher A. Park, MD, Lisa R. David, MD, and Louis C. Argenta, MD Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Wake Forest University Baptist Medical Center, Winston-Salem, North Carolina Journal compilation 2006, Blackwell Publishing, Inc., 1075-122X/06 The Breast Journal, Volume 12 Number 5, 2006 451–461 DOI: 10.1111/j.1075-122X.2006.00303.x
11. Dalia Gobbi, Patrizia Dall'Igna, Rita Alaggio, Donato Nitti, Giovanni Cecchetto: Giant fibroadenoma of the breast in the adolescents : report of 2 cases: Received 26 August 2008; Revised 10 November 2008; accepted 10 November 2008
12. CABARET V., DELOBELLE-DEROIDE A., VILAIN M.O. Les tumeurs phyllodes. Arch Anat Cytol Pathol. 1985; 43(1-2) : 59-72.
13. Ross DS, Giri DD, Akram MM, Catalano JP, Olcese C, Van Zee KJ, Brogi E. Fibroepithelial lesions in the breast of adolescent females: a clinicopathological study of 54 cases. Breast J 2017;23:182e92
14. gigantomastie à propos de 05 cas THESE N°: 152 UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE –RABAT

15. 15.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
16. 16. 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.
17. 17.Calcattera V., Coscia D. R., Sgerell A., Burrioni 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