

## Sein surnuméraire axillaire : A propos d'un cas et revue de la littérature

### [ Axillary supernumerary breast : Case report and literature review ]

*K. Benchakroun, Z. Idri, Y. Essaadi, O. Outaghyame, J. Kouach, and D. Moussaoui*

Department of Gynecology and Obstetrics, Military and Training Hospital Mohammed V, Rabat, Morocco

Copyright © 2019 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** During embryological development, the mammary glands appear on the mammary crests that extend from the armpit to the inguinal fold. The persistence of gland on these ridges outside the usual localization of the breasts describes the supernumerary breast. Through the case of a patient who presents a breast supernumerary we put light on the data of the literature on this entity but remains under diagnosed.

**KEYWORDS:** Supernumerary breast, embryonic development, thelarche, breast ultrasound, surgery.

**RÉSUMÉ:** Au cours du développement embryologique les glandes mammaires apparaissent sur les crêtes mammaires qui se prolongent de l'aisselle au pli inguinal. La persistance de glande sur ces crêtes en dehors de la localisation habituelle des seins décrit le sein surnuméraire. A travers le cas d'une patiente qui présente un sein surnuméraire nous metons la lumière sur les données de la littérature sur cette entité mais qui reste sous diagnostiquée.

**MOTS-CLEFS:** Sein surnuméraire, développement embryonnaire, télarche, échographie mammaire, chirurgie.

## 1 INTRODUCTION

Les seins surnuméraires se définissent par la présence de tissu mammaire en dehors de la localisation habituelle des seins chez l'espèce humaine. La localisation la plus fréquente est le thorax suivi des aisselles et de l'abdomen. Le diagnostic est évident en cas de polythélie associée, cependant l'absence de mamelon rend nécessaire des investigations paracliniques pour étayer le diagnostic étiologique.

## 2 OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente âgée de 25 ans nulligeste, ayant un antécédent d'hernie ombilicale opérée dans l'enfance. Dans l'histoire gynéco-obstetricale on trouve une ménarche à l'âge de 14 ans, des cycles menstruels réguliers de 5jours/ 28 jours, et une contraception orale à base d'oestro-progestatifs depuis 18 mois.

La patiente a été vue pour la première fois pour prise en charge d'un nodule axillaire isolé.

L'histoire de la symptomatologie remonte à 8 mois auparavant par la constatation à l'autopalpation d'une tuméfaction axillaire bilatérale molle augmentant progressivement de volume associé à des mastodynies ce qui a motivé sa consultation.

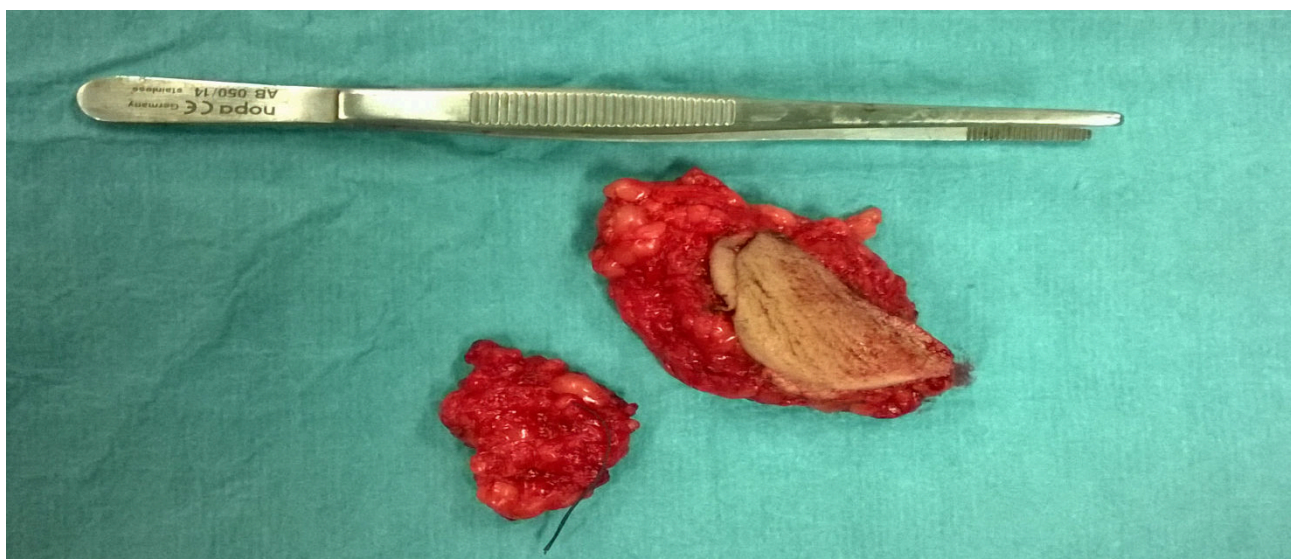
L'examen clinique de la patiente trouve des seins de taille moyenne, symétriques, sans écoulement mamelonnaire, ni nodule, ni signes cutanés. L'examen des aires axillaires trouve une tuméfaction bilatérale molle de consistance semblable au tissu mammaire (Figure N°1), sans nodule mammaire ni autres anomalies.



**Fig. 1.** Photographie de face du tronc d'une patiente présentant des seins surnuméraires axillaires bilatéraux

Une échographie mammaire associée à une mammographie ont été réalisées ; l'échographie a mis en évidence la présence d'éléments fibroglandulaires et graisseux au niveau des creux axillaire plus évidents à gauche correspondants à des seins surnuméraires sans lésions notables.

Devant le préjudice esthetique occasionné par les nodules axillaires, une resection bilatérale des nodules a été réalisée (Figure N°2). L'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de sein surnuméraire.



**Fig. 2.** Pièce opératoire d'un sein surnuméraire axillaire réséqué

### 3 DISCUSSION

Le développement des seins commence à la cinquième semaine par l'apparition des crêtes mammaires. Il s'agit d'un épaissement épidermique au niveau de la face ventrale du fœtus qui se prolongent de l'aisselle jusqu'à la partie supérieure

du milieu du pli de l'aîne. Chez l'Homme on assiste à une involution de ces crêtes pour ne persister qu'au niveau du thorax et donner lieu à des seins dans leur position habituelle [1]. La persistance de ces crêtes en dehors de cette position donnera lieu à un sein surnuméraire, sur le trajet de ces crêtes. Le sein surnuméraire est largement plus fréquent chez la femme, avec une prédisposition familiale [2]. Cette forme ectopique du sein peut se voir sur des localisations variables au niveau du trajet des crêtes mammaires ainsi et par ordre de fréquence on peut avoir un sein axillaire unilatéral [3], axillaire bilatéral, thoracique, abdominal, inguinal, ou vulvaire, bien que des examens vulvaires systématiques de nouveau-nés retrouvent un taux beaucoup plus important de formations glandulaires mammaires siégeant au niveau de la vulve.

Selon la présence ou non de tissu glandulaire et d'aréole plusieurs formes de seins surnuméraires sont retrouvés, et on peut assister à un sein fonctionnel permettant même une lactation comme on peut retrouver une aréole sans tissu glandulaire sous-jacent ou au contraire un tissu glandulaire sous une peau normale.

Le diagnostic est évident lorsqu'on est face à un sein surnuméraire associé à son mamelon (polythélie). Autrement on cherchera d'autres paramètres qui vont orienter le diagnostic et éliminer les diagnostics différentiels à type d'un lipome, d'une adénopathie axillaire, d'une hydrosadénite ou de kyste folliculaire [4,5]. Les éléments cliniques qui réconfortent le diagnostic sont :

La localisation sur le trajet des crêtes mammaires sinon la présence d'un tissu glandulaire mammaire en dehors de ce trajet définit le tissu mammaire aberrant qu'on peut retrouver sur différent tissu de l'organisme du pied au cœur [6].

La sensibilité au changement hormonaux : en effet comme tout tissu glandulaire mammaire, le sein surnuméraire se développe à la télarche, augmente de volume dans la période prémenstruel, et s'engorge de lait pendant la grossesse et la lactation [7] et en absence de mamelon ce sein continuera d'augmenter progressivement de volume durant la vie génitale ce qui était le cas pour notre patiente.

Après suspicion du diagnostic il est judicieux de réaliser une échographie qui retrouvera une échostructure mammaire avec alternance d'hyperéchogénités (tissu conjonctif) et d'hypoéchogénicité (tissu glandulaire et graisseux).

Plusieurs auteurs préconisent une cytoponction en cas de doute [8], avec une étude anatomopathologique qui retrouvera du tissu glandulaire associé à du tissu conjonctif et graisseux.

Après confirmation du diagnostic il est justifiable d'établir un bilan malformatif minimal vu le risque d'association à des malformations notamment de l'appareil urinaire [9,10,11,12].

Les complications possibles sont celles qu'on retrouve sur des seins en position normale notamment les mastites, modification fibrokystique, fibradénome, tumeurs phyllodes et enfin les néoplasies du sein, en effet le tissu glandulaire en position ectopique présenterait plus de risque de dégénérescence maligne et ceci a été expliqué en partie par la stagnation du lait non drainé [13,14,15,16].

Après confirmation du diagnostic l'exérèse suivie de l'étude anatomopathologique reste la règle, ainsi on va pallier au préjudice esthétique vécu par la patiente, et éviter les complications qui risquent de survenir sur un sein qui n'est pas fonctionnel [17,18].

## REFERENCES

- [1] SYED A. HODA, Abnormalities of Mammary Development and Growth, Rosen's Breast Pathology 4<sup>th</sup> ed.
- [2] Weinberg SK, Motulsky AG. Aberrant axillary breast tissue: A report of a family with six affected women in two generations. *Clin Genet.* 1976 Dec;10(6):325-8.
- [3] Fausto Famá, Marco Cicciú et al. Prevalence of Ectopic Breast Tissue and Tumor: A 20-Year Single Center Experience - *Clinical Breast Cancer* - March 2016
- [4] SILVERBERG M.A., RAHMAN M.Z. Axillary breast tissue mistaken for suppurative hydrosadenitis: an avoidable error. *J. Emerg. Med.*, 2003, 25(1), 51-55.
- [5] DE ANDRADE J.M., MARANA H.R., SARMENTO FILHO J.M., MURTA E.F., VELLUDO M.A., BIGHETTI S. Differential diagnosis of axillary masses. *Tumori*, 1996, 82(6), 596-599.
- [6] T Balakrishnan, Anil Madaree, Case report: Ectopic nipple on the sole of the foot, an unexplained anomaly, *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery* 63(12):2188-90 · April 2010
- [7] David A. Farcy, MD, David Rabinowitz, MS, Marshall Frank, DO. Ectopic Glandular Breast Tissue in a Lactating Young Woman. *The journal of emergency medicine* – December 2011 Volume 41, Issue6, Page 627-629
- [8] Bhamhani S, Rajwanshi A, Pant L, et al. Fine needle aspiration cytology of upnumerary breasts. Report of three cases. *ActaCytol* 1987;31:311-2.

- [9] Brown J, Schwartz RA. Supernumerary nipples and renal malformations: a family study. *J Cutan Med Surg* 2004;8:170
- [10] 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
- [11] 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.
- [12] Urbani CE, Betti R. Accessory mammary tissue associated with congenital and hereditary nephrourological malformations. *Int J Dermatol* 1996;35:349–52.
- [13] Elisa Francone, Marco J. Nathan, Federica Murelli, Maria Santina Brun, Enrico Traverso, Daniele Friedman Ectopic Breast Cancer: Case Report and Review of the Literature. *Aesth Plast Surg* (2013) 37:746–749 DOI 10.1007/s00266-013-0125-
- [14] Nakao A, Saito S (1998) Ectopic breast cancer: a case report and review of the Japanese literature. *Anticancer Res* 18:3737–3740
- [15] Ghosn S, Khatri K (2007) Bilateral aberrant axillary breast tissue mimicking lipomas: report of a case and review of the literature. *Cutan Pathol* 34(Suppl 1):9–13
- [16] Cogswell H, Czerny E (1961) Carcinoma of aberrant breast of the axilla. *Am Surg* 27:388–390
- [17] BARUCHIN A.M., ROSENBERG L. Axillary breast tissue: clinical presentation and surgical treatment. *Ann. Plast. Surg.*, 1996, 36(6), 661-662.
- [18] LESAVOY M.A., GOMEZ-GARCIA A., NEDL R., YOSPUR G., SYIAU T.J., CHANG. Axillary breast tissue: clinical presentation and surgical treatment. *Ann. Plast Surg.*, 1995, 35(4), 356-360.