



Cas Clinique

Cancer Primitif d'un Sein Accessoire Infra Mammaire Chez un Homme : À Propos d'un Cas

Primary Cancer of an Inframammary Accessory Breast in a Male patient: A Case Report

Ella-Ondo Timothée¹, Mba Angoue Jean-Marie Siégel², Nguema-Edzang Béatrice¹, Ernest Belemboago³

Affiliations

1. Service de radiologie, Hôpital d'instruction des armées d'Akanda, Libreville-Gabon. Département d'imagerie médicale et explorations fonctionnelles, Université des sciences et technique de la santé, Libreville.
2. Service de Médecine physique et réadaptation, Hôpital d'instruction des armées d'Akanda, Libreville-Gabon. Département de médecine et spécialités médicales, Université des sciences et technique de la santé, Libreville.
3. Institut de cancérologie d'Akanda, Chef de département de cancérologie et imagerie médicale, Université des sciences de la santé de Libreville.

Auteur correspondant

Dr Timothée Ella-Ondo, Service de radiologie
HIAA, BP : 9555 Libreville, Gabon.
Email : thimotheellao@yahoo.com
Téléphone : 00241 62419023

Mots clés : sein accessoire, homme, fibrosarcome, paroi thoracique, ligne lactée

Key words : accessory breast, man, fibrosarcoma, chest wall, milk line

RÉSUMÉ

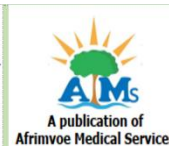
Le cancer primitif du sein accessoire demeure une maladie rare souvent découverte à un stade tardif. Sa localisation axillaire sur la ligne lactée primitive est majoritaire et étayée par la littérature dans les deux sexes. Exceptionnelle est la survenue d'un cancer primitif d'un sein accessoire masculin sur la ligne lactée primitive. Nous présentons le cas d'un homme de 82 ans chez qui un fibrosarcome primitif d'un sein accessoire infra mammaire gauche, sur la ligne lactée primitive, a été diagnostiqué au stade de métastases ganglionnaires à la suite d'une tuméfaction négligée de son sein accessoire connu depuis son enfance. Ce cas illustre une maladie rare souvent vue tardivement et rappelle que toute modification clinique d'un sein accessoire exige un bilan d'imagerie.

ABSTRACT

Primary accessory breast cancer remains a rare disease, often discovered at a late stage. It is mostly found in the axilla, on the primitive milk line, and is well documented in the literature in both sexes. The occurrence of primary cancer of a male accessory breast on the primitive milk line is exceptional. We present the case of an 82-year-old man in whom a primary fibrosarcoma of a left infra mammary accessory breast, on the primitive milky line, was diagnosed at the stage of lymph node metastasis following a neglected swelling of his accessory breast known since childhood. This case illustrates a rare disease often seen late and reminds us that any clinical change in an accessory breast requires an imaging work-up.



High Quality
Research with
Impact on
Clinical Care



INTRODUCTION

Le sein complet surnuméraire ou sein complet accessoire ou polymastie de type 1 est une malformation congénitale [1] qui aboutit à la persistance anormale des composantes d'un sein normal sur la ligne lactée primitive s'étendant depuis le creux axillaire jusqu'à la région vulvaire. Tout type confondu, la polymastie concerne environ 2 à 6% de la population générale. Elle ne doit pas « être laissée pour

compte car pouvant avoir les mêmes pathologies que le sein anatomique » [2,3].

Le cancer primitif du sein accessoire est très rare chez l'homme. Quelques cas ont été rapportés dans la littérature scientifique : 26 cas seulement signalés au Japon entre 2014 et 2020 [4]. 6 cas masculins sur 171 cas dans l'étude Visconti et al. entre 1861 et 2009 [5]. Sa localisation axillaire est majoritaire comme chez la

femme. Seulement deux cas de localisation au niveau la paroi abdominale sont rapportés [6,7].

La rareté de la maladie et probablement les insuffisances statistiques pourraient expliquer qu'à ce jour aucun cas publié ne rapporte de cas masculin de localisation infra mammaire d'un cancer du sein accessoire. En 2021, Yuka Eguchi et al. avaient rapporté un cas exceptionnel de cancer du sein accessoire dans la région infra mammaire chez la femme [8].

Notre rapport de cas est le premier cas masculin publié de cancer et de fibrosarcome d'un sein accessoire dans la région infra mammaire sur la ligne lactée primitive. Il rappelle la nécessité de sensibiliser médecins et porteurs sur toute modification clinique d'un sein accessoire.

OBSERVATION CLINIQUE

Un homme africain de 82 ans vivant avec sa famille avait été adressé dans notre service pour « bilan d'imagerie d'une tuméfaction infra mammaire gauche évoluant dans un contexte d'altération de l'état général avec palpation d'un ganglion dans le creux sus claviculaire ».

Cette tuméfaction dure et sensible à la palpation était sur la ligne lactée primitive gauche en position infra mammaire et surmontée par un mamelon. En l'interrogeant, il avait dit qu'il était porteur d'un « petit sein sous le sein gauche depuis la naissance et que sa tante maternelle décédée en avait aussi sous chaque sein ».

Dans notre service, il avait bénéficié d'une échographie mammaire bilatérale qui avait montré à gauche un sein accessoire infra mammaire avec une lésion à limites floues et irrégulières, rétro aréolaire, hypoéchogène avec quelques fines plages de nécrose et effaçant la ligne graisseuse sous cutanée et d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et après injection d'iodes (Figures 1, 2,3).

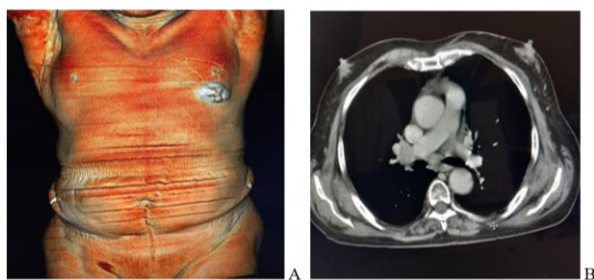


Figure 1 : TDM thoraco-abdomino-pelvienne

A : 3D montrant les deux seins orthotopiques et le sein accessoire tumoral infra mammaire gauche.

B : Coupe axiale transverse passant par les deux seins orthotopiques

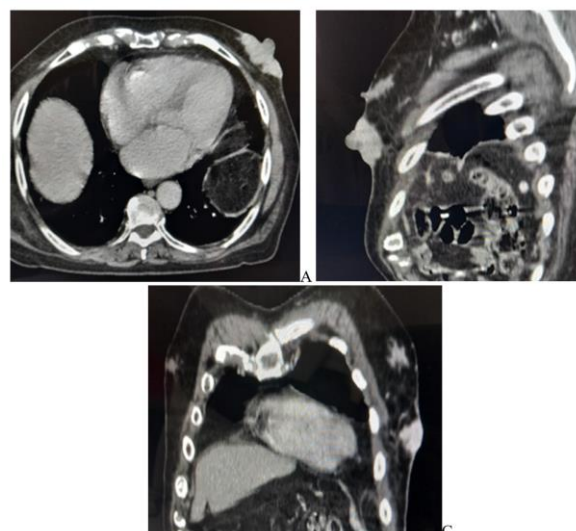


Figure 2 : TDM thoraco-abdomino-pelvienne

Coupe axiale transverse (A) et vues sagittale (B) et coronale (C) passant par le sein accessoire tumoral infra mammaire gauche après injection d'iode

La lésion avait une densité spontanée moyenne comprise entre 35 et 51UH. Elle était centrée par le mamelon et avait une envergure de 67 mm. Elle prenait le contraste iodé avec une densité moyenne au temps portal entre 91 et 100 UH. A distance, il y avait des adénopathies dans le creux sus claviculaire dont trois mesurées à plus de 11 mm de petit axe et médiastinales dont deux mesurant plus de 11 mm de petit axe (Figure 3).

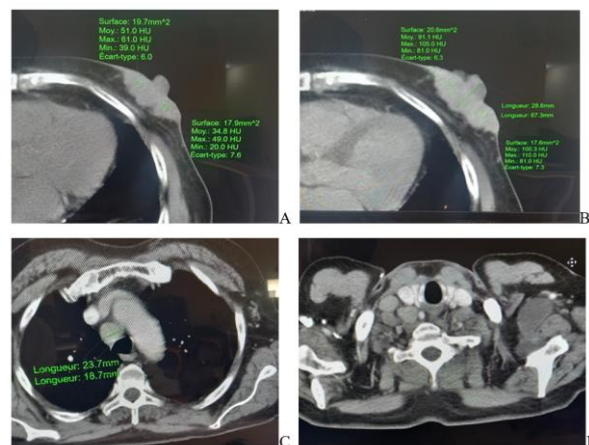


Figure 3 : TDM abdomino-pelvienne

A : densité spontanée de la lésion

B : densité après injection, temps portal

C et D : adénopathies médiastinales et sus claviculaires

Le reste de l'examen était normal. Ce bilan d'imagerie avait permis de classer le patient en T3N3 selon l'American Joint Committee on Cancer, correspondant au stade 3. Le patient avait été adressé à l'institut spécialisé de cancérologie où le cytodagnostic de fibrosarcome peu différencié avait été réalisé avec identification du tissu mammaire normal. Sa prise en charge thérapeutique est effective depuis trois semaines dans un contexte de dégradation progressive.

- d'avoir un cancer du sein héréditaire. Dans la revue International Cancer Conference (Vol. 10, pp. 107-111). Springer, Singapour.
5. Visconti, G., Eltahir, Y., Van Ginkel, R. J., Bart, J., & Werker, P. M. (2011). Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(1), e1-e11.
 6. Zhong, G. B., Ye, X. Q., Liu, J. L., Xiao, S. Z., Huang, Q. H., & Wei, W. (2018). Male accessory breast cancer on the abdominal wall: a case report and literature review. *OncoTargets and therapy*, 6625-6631
 7. Kopanakis N, Tzaida O, Nikolaou G, Ermidis D, Manou V, Efstathiou E, Spiliotis J. Cancer du sein masculin prenant naissance dans un tissu mammaire ectopique dans l'ombilic A Rapport de cas. *Ann Ital Chir.* 4 novembre 2016; 87: S2239253X16024920. PMID: 28098564.)
 8. Eguchi Y, Yoshinaka H, Hayashi N, Sueyoshi K, Uchikura K, Nomoto Y, Nagata A, Saho H, Shinden Y, Ohtsuka T. Cancer du sein accessoire dans la région inframammaire : un rapport de cas et une revue de la littérature. 2021 8 septembre ; 7(1):203. DOI: 10.1186/S40792-021-01285-6. PMID: 34495428; PMCID: PMC8426447.
 9. Bellahsene-Bendib, S., Achir, Y., Aiche, D., & Aimeur, C. (2022). Polymastie: ce qu'il faut savoir—À propos d'un cas chez l'homme de découverte fortuite. *Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle*, 5(3), 157-162.
 10. Salemis NS. Primary ectopic breast carcinoma in the axilla: A rare presentation and review of the literature. *Breast Dis.* 2021; 40(2):109-114. doi: 10.3233/BD-201027.
 11. Naseer MA, Mohammed SS, George SM, Das Majumdar SK. Cancer du sein ectopique primaire imitant une tumeur maligne vulvaire. *J Obstet Gynaecol.* août 2011 ; 31(6):553-4. DOI: 10.3109/01443615.2011.587054. PMID: 21823871.
 12. Haddad H, Bourhaleb Z, El Harroudi T, Mezouar L, El Hfid M. Cancer du sein sur tissu mammaire ectopique: à propos de 2 cas [Breast cancer in ectopic breast tissue: report of 2 cases]. *Pan Afr Med J.* 2012; 13:50. French. Epub 2012 Nov 14. PMID: 23330041; PMCID: PMC3542775.
 13. Nihon-YanagiYUedaTKamedaNOkazumiSA case of ectopic breast cancer with a literature review *Surg Oncol* 2011201354219853438.
 14. YamamuraJMasudaNKodamaYMale breast cancer originating in an accessory mammary gland in the axilla: a case report *Case Rep Med*2012201228621023251170).
 15. Tauchen AJ, Kueberuwa E, Schiffman K, Mudaliar KM, Noland SS. Un cas rare d'un garçon de 15 ans avec deux mamelons accessoires : un dans l'avant-bras et un dans la ligne de lait. 2015; 2015:752479. DOI: 10.1155/2015/752479. Epub 10 décembre 2015. PMID: 26783489; PMCID: PMC4689912.
 16. Miguel M, Lopez I, Carrera A, Götzens V, Llusà M. Sein surnuméraire sur la cuisse d'une femme. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* août 2006 ; 20(7):869-70. DOI: 10.1111/J.1468-3083.2006.01545.x. PMID: 16898914.
 17. Camisa C *J Am Acad Dermatol.* novembre 1980 ; 3(5):467-9. DOI: 10.1016/S0190-9622(80)80110-1. PMID: 7217376.
 18. Yanagi YN, Ueda T, Kameda N, Okazumi S. A case of ectopic breast cancer with a literature review. *Surgical Oncology.* 2011; 20:35-42.
 19. DARRÉ, T., AMÉGBOR, K., Sonhaye, L., Kouyate, M., Aboubaraki, A., N'timo, B., ... & NAPO-KOURA, G. (2013). Profil histo-épidémiologique des cancers du sein. *Médecine d'Afrique Noire*, 60(2).]
 20. Kidmas, A. T., Ugwu, B. T., Manasseh, A. N., Iya, D., & Opaluwa, A. S. (2005). Male breast malignancy in Jos university teaching hospital. *West African Journal of Medicine*, 24(1), 36-40.
 21. Dangou, J. M., Dem, A., Dembele, B., Diop, M., Diop, P. S., Fall, M. C., ... & Toure, P. (2004). Cancer du sein chez l'homme africain: 46 observations dakaraises. *Carcinologie Pratique en Afrique*, 19-23.
 22. de Lara, C. T., Goudy, G., MacGrogan, G., Durand, M., Dilhuydy, J. M., Avril, A., ... & Mauriac, L. (2008). Cancers du sein chez l'homme: à propos de 52 cas pris en charge à l'institut Bergonié de Bordeaux entre 1980 et 2004. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(4), 386-394.
 23. Nicole Remmert, Nawal Moin, Karla Daniele, Rakhsanda Layeequr Rahman. Accessoire Cancer du sein : une série de cas. *Journal de chirurgie et de recherche.* 6 (2023): 217-220.
 24. Zhong, G. B., Ye, X. Q., Liu, J. L., Xiao, S. Z., Huang, Q. H., & Wei, W. (2018). Male accessory breast cancer on the abdominal wall: a case report and literature review. *OncoTargets and therapy*, 6625-6631.
 25. Ducimetière, F., Lurkin, A., Ranchère-Vince, D., Decouvelaere, A. V., Isaac, S., Claret-Tournier, C., ... & Ray-Coquard, I. (2010). Incidence, épidémiologie des sarcomes et biologie moléculaire. Résultats préliminaires de l'étude EMS en Rhône-Alpes. *Bulletin du cancer*, 97(6), 629-641.
 26. Ouedraogo, M. S., Zongo, N., Ouedraogo, N. A., Tapsoba, G. P., Korsaga, N. N., Nyamba, Y. B., ... & Traoré, A. (2015, December). Cancers cutanés sur peau noire en milieu tropical africain. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* (Vol. 142, No. 12, p. S529). Elsevier Masson.