



Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein à Lubumbashi

Dieudonné Citenga Kabengele^{1,2}, Richard Mukendi a Mutshimbe¹, Hugues Tshikung Tamb^{1,3}, Justin Kujirabwinja Karhagomba¹, Edouard Abedi katitua¹, Aristrid Biongo L, Guelord Kahinga Mukwiza^{1,4}, Xavier Kinenkinda Kalume¹, Albert Mwembo Tambwe a Nkoy¹

¹Département de gynécologie et obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi

²Centre Hospitalier Universitaire de la Renaissance (CHUR)

³Centre Médical de la communauté (CMDC)

⁴Institut supérieur des techniques Médicales de Kolwezi

Résumé

Introduction : L'objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein dans différents services de gynécologies de Lubumbashi inclus dans notre étude.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale à collecte historique dans les services gynécologiques de Lubumbashi inclus dans cette étude, durant la période allant 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2024. Un total de 180 dossiers des patientes a été retenu. Les données ont été analysées à l'aide des statistiques descriptives classiques.

Résultats : La fréquence des tumeurs bénignes du sein était de 32.03% parmi les cas recensés. L'âge moyen était de 26±6 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de 18 à 35 ans soit 59% de cas. Le motif principal de consultation était la présence d'une masse mammaire observée dans 36.16% des cas. Le sein gauche était le plus souvent concerné, dans 56.67% des cas. Sur le plan histologique l'adénofibrome était le diagnostic le plus fréquent, avec 35.00% des cas. Une tumorectomie a été réalisée dans 53,89% de cas, toutes tumeurs bénignes confondues.

Conclusion : La fréquence des tumeurs bénignes du sein s'est révélée élevée à Lubumbashi. L'adénofibrome était la tumeur bénigne prédominante. Le diagnostic reposait sur une approche combinée incluant l'examen clinique, les explorations par imagerie et analyse histologique. La prise en charge variait selon la nature de la tumeur, cependant, la chirurgie, notamment la tumorectomie, est restée la modalité la plus fréquemment utilisée.

Mots-clés : Tumeurs bénignes ; Sein, épidémiologie, aspects cliniques, traitement, Lubumbashi

Correspondance

Citenga Kabengele Dieudonné, Département de gynécologie et obstétrique, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, RDC

Téléphone : +243xxxxxxxxxxxxx

Email : citenga.kabengele@unilu.ac.cd

Article reçu : 30-08-2025

Accepté : 27-11-2026 **Publié :** 02-08-2026



Copyright © 2026. Citenga Kabengele D. et al. 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.

Pour citer cet article : Citenga Kabengele D. et al. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein à Lubumbashi. 2026 ; 9(2) : 170 - 194

I Introduction

Les tumeurs bénignes du sein représentent un groupe diversifié d'affections mammaires définies par leurs caractéristiques cliniques, radiologiques et histopathologiques. Elles incluent les anomalies du développement mammaire, les lésions prolifératives des tissus épithélial et stromal, ainsi que les néoplasies bénins, constituant ainsi un spectre pathologique distinct des lésions malignes du sein. Sur la base de ces diagnostics pathologiques, le Comité du cancer du College of American Pathologists a recommandé quatre catégories de risque de tumeurs bénignes du sein en 1985(Fitzgibbons et al. 1998).

La pathologie tumorale bénigne est fréquente et constitue un problème de santé. Surtout en ce moment où la RDC implémente la couverture santé universelle et au vu de sa prévalence de 10.2% et dont la fréquente était le Fibroadénome avec 71.6% sur les 58 cas des pathologies tumorales bénignes du sein à Kinshasa (Ingala et al 2023).

À Lubumbashi, malgré le nombre croissant des patientes qui consultent pour différentes plaintes en rapport avec les pathologies mammaires, les études sur les tumeurs mammaires bénignes sont rares sinon inexistantes ; surtout que l'unité d'oncologie sénologique est inexistante. Nous avons pensé combler ce vide en réalisant cette étude.

II Matériel et Méthodes

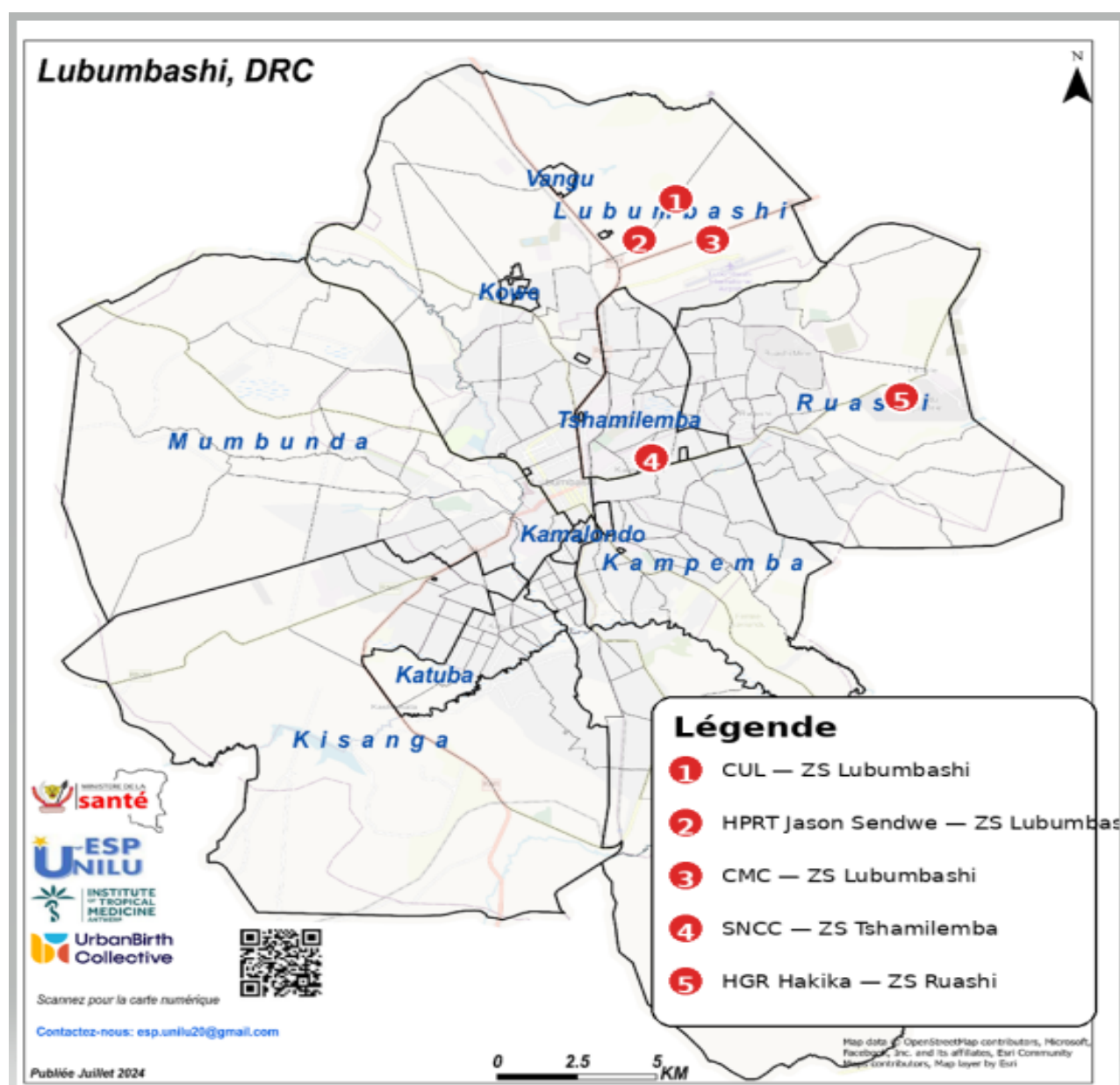
II.1 Cadre de l'étude

Le lieu retenu pour le déroulement de l'étude était la ville de Lubumbashi. Elle présente une accessibilité sanitaire, disponibilité du personnel de soins de santé et infrastructures médicales, plus importante que les autres villes de la région. À la base de l'organisation sanitaire se trouve le Centre de Santé de Référence (CSR) ; lorsque la situation clinique l'exige, le malade est transféré vers l'hôpital général de référence(HGR) : l'Hôpital général de référence Janson Sedwe (HPGRJS) ou les Cliniques Universitaires Lubumbashi(CUL), qui assurent la prise en charge au troisième niveau de référence (Chenge et al. 2010).

La ville de Lubumbashi est subdivisée en onze zones de santé dont deux spéciales (zone de santé camp Vangu et la zone de santé de Kowe).

Les différents sites choisis pour la réalisation de notre étude étaient les Cliniques Universitaires de Lubumbashi, l'Hôpital Public tertiaire de Référence Jason Sendwe, les hôpitaux généraux de référence de la Ruashi, le centre médical de la communauté.

Les sites ont été choisis dans le souci d'avoir une bonne représentativité des tumeurs bénignes du sein dans notre milieu.



II.2. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale descriptive à collecte rétrospective du premier janvier 2020 au 31 décembre 2024.

II.3. Population d'étude et échantillon :

II.3.1. Population d'étude :

La population d'étude était constituée de toutes les femmes ayant consulté pour pathologies sénologiques dans les hôpitaux sélectionnés durant la période de l'étude.

II.3.2. Échantillon

La taille de l'échantillon était calculée avec la formule de Schwartz pour les études transversales. Considérant une prévalence 10,2% (Ingala et al. 2023) de l'étude d'Ingala à Kinshasa, avec une précision de 5 % ; la taille théorique de l'échantillon était de 155 participantes, cependant au terme de notre étude nous avons considéré 180 participantes.

II.4. Critères d'inclusion et non inclusion :

II.4.1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes, ayant bénéficié d'un examen clinique et paraclinique complet pour pathologies mammaires et dont le diagnostic de tumeurs bénignes du sein étaient retenues.

II.4.2 Critères de non-inclusion.

Toutes les femmes avec tumeurs du sein sans diagnostic précis, Toutes les patientes porteuses d'un dossier incomplet. Toutes les femmes enceintes.

II.5. Variables d'étude

Deux types des variables : dépendante et indépendante.

II.5.1 Variable dépendante

La variable dépendante était la présence de la tumeur bénigne du sein.

II.5.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient composées de : âge maternel (âge déclaré par la patiente), parité(nombre de naissance repartit en nullipare, primipare, paucipare, multipare et grande

multiparite), gestité(nombre des grossesses ayant atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée), âge de ménarche, délai de consultation(< de 1 mois, 1 mois – 1 année, >1année), résidence(sept communes de la ville Lubumbashi), allaitement aux seins(présence/absence), antécédent familial de la tumeur du sein (présence/absence), ménopause (présence/absence), motif de consultation (Nodule, mastodynie, sécrétion mammaire), localisation du sein malade (droite, gauche, les deux), aspects sénologiques (aspects cliniques et anatomopathologiques), circonstance de découverte (autopalpation, spontané ou examen systématique), examen Clinique, échographie, examen Histologique, diagnostic histopathologique retenu, traitement médical, traitement médical /et chirurgical, traitement chirurgical et traitement psychologique.

II.6. Collecte des données

La collecte de donnée été réalisée par des médecins et des stagiaires à l'aide d'un questionnaire pré-testé, sous notre supervision.

II. 6.1. Source de données

Les données ont été récoltées dans les registres, compte rendu d'anatomopathologie, et les fiches de consultations médicales des hôpitaux sélectionnés.

II. 6.2. Technique

L'étude avait procédé à l'identification des dossiers des toutes tumeurs bénignes, dans les différents registres de gynéco –obstétriques pour les consultations sénologiques dans les cabinets de consultations médicales et aux dispensaires des structures médicales incluses dans cette étude. Après avoir identifié les codes nous avons scruté les dossiers médicaux pour y prélever les données complémentaires. La fiche de collecte des données contenait des variables sur les caractéristiques sociodémographiques, les motifs de consultation, les éléments cliniques et paracliniques ainsi que les modalités de prise en charge de différentes pathologies tumorales bénignes du sein.

II.7. Traitement et analyse statistique des données

Les différentes données ont été encodées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010, puis analysées avec le logiciel Stata cal.

Nous avons calculé les fréquences absolues (effectifs) et relatives (pourcentage) pour

certaines variables sociodémographiques tels que la résidence, certains antécédents gynécologiques, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les aspects de la démarche diagnostique, les approches de la prise en charge. Les moyennes avec les écarts- types et la médiane avec les quartiles selon qu'il s'agissait d'une variable qualitative ou d'une variable quantitative (l'âge maternel, âge de ménarche, parité).

II.8. Considérations éthiques

L'étude a respecté les principes d'éthique (autonomie, justice et bienfaisance)

Le recueil de données a été anonyme et confidentiel. En effet, dans la grille de recueil de données, le nom des patients n'a pas apparue et les informations nominatives permettant de remonter aux patientes n'ont pas été colligées. Par ailleurs, nous n'avons noté de conflit d'intérêt.

L'étude avait obtenu approbation du comité d'éthique (UNILU/CEM/042/2024), et des autorités académiques et sanitaires des différents sites.

III. Résultats.

Tableau I : Prévalence

Consultation	Effectif	Pourcentage
Tumeurs bénignes du sein	180	32.03
Autres pathologies mammaires	382	67.97
Total	562	100

La prévalence des tumeurs bénignes du sein représentait 32.03% de cas avec un dossier complet (imagerie et histologie) contre 67.97% dont 19.21% des tumeurs bénignes avec dossiers incomplets et, ou grossesse ; autres pathologies mammaires avec 48.75% soit 274 consultations.

Tableau II. Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge(année)	Effectif	Pourcentage
<18	24	13,00
18-35	106	59,00
>35	50	28,00
Total	180	100,00

Le tableau ci-dessous montre que les femmes se trouvant dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans étaient majoritaire avec 106 soient 59,00% de cas.

Tableau III. Répartition des patientes selon le Motif de consultation

Manifestation clinique et Motif de consultation	Effectif(n)	Pourcentage
Nodule	65	36,16
Douleur mammaire	43	23,88
Ecoulement mammaire	21	11,66
Seins augmente de volume	27	15,00
Asymétrie des seins	9	5,00

Adénopathie axillaire	15	8,30
Total	180	100,00

De ce tableau, il ressort que le nodule était représenté dans 36.16%, suivi de la mastodynies dans 23.88, l'hypertrophie mammaire dans 15% et écoulement mammaire dans 11.66% de cas.

3. Identité Obstétricale

Tableau IV. Répartition des patientes selon la Parité

Parité	Effectif	Pourcentage
P0	99	55,00
P≥1	81	45,00
Total	180	100,00

De ce tableau nous notons que, l'identité obstétricale la plus majoritaire était de la parité 0 soit une proportion de 55,00%

Tableau V. Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
G0	104	57,70
G≥1	76	42,30
Total	180	100,00

Selon ce tableau l'identité obstétricale de la Gestité 0 était plus représenté dans 104 cas soit 57,70%.

4. Antécédents gynéco-obstétricaux.

Figure 2 : Répartition des patientes selon le mode d'allaitement.

Il ressort de la figure ci-dessous que 50.56% des patientes n'avaient pas utilisé l'allaitement aux seins et que 48.34% représente celles qui avaient utilisé l'allaitement aux seins.

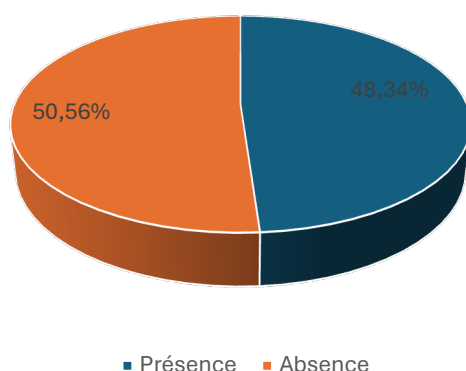


Tableau VII. Répartition des patientes selon les antécédents familiaux de tumeur du sein

Atcd familial de tumeur de seins	Effectif	Pourcentage
Présence	3	1,67
Absence	177	98,33
Total	180	100,00%

Il ressort de ce tableau ci-dessus que 177 cas soit 98.33% des patientes n'avaient pas d'antécédents familiaux de tumeur de sein. Celles avec antécédents familiaux étaient minoritaires avec 3 cas soit 1,67%.

Tableau VIII. Répartition des patientes selon la dysménorrhée.

Dysménorrhée	Effectif (n)	Pourcentage
Présence	3	1,67
Absence	177	98,33
Total	180	100,00

Il se dégage de ce tableau qu'une proportion de 98.33% n'avaient pas la dysménorrhée et qu'une proportion de 1,67% avaient la dysménorrhée.

Tableau IX. Répartition des patientes selon la Régularité du cycle

Régularité du cycle	Effectif	Pourcentage
Régulier	174	96,67
Irrégulier	6	3,33
Total	180	100,00

Il ressort de ce tableau que 96.67% des patientes avaient un cycle régulier et celles avec un cycle irrégulier n'étaient qu'à 3.33%.

Tableau X. Répartition des enquêtés selon l'âge de ménarche

Âge de ménarche	Effectif	Pourcentage
10-12	131	72,80
13-15	49	27,20
Total	180	100,00%

De ce tableau, il se dégage que 72.8% des enquêtées avaient eu leurs ménarche entre 10 et 12 ans, suivi de 27.2 % entre 13 et 15ans. L'âge moyen était de 14 ± 2 ans avec les extrêmes de 10 à 15 ans.

Figure n°3 Répartition des enquêtés selon la localisation de sein malade

La figure ci-dessous montre que le sein gauche était atteint dans 56.6% des cas, contre 25.6% pour le sein droit. L'atteinte bilatérale n'avait concerné que 17.8% des patientes.

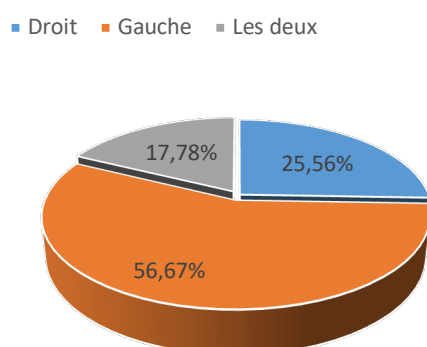


Tableau XI. Répartition des patientes selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Pourcentage
>1 année	138	76.70
≤1 année	42	23.3
Total	180	100,00

De ce tableau, il se dégage que dans 76.7 % des enquêtées consultaient dans un délai > 1 année, Vs 23, 3% avez consulté avant 1année.

Tableau XII. Répartition des patientes selon les circonstances de découverte

Circonstance de découverte	Effectif	Pourcentage
Autopalpation	175	97,22
Spontané	5	2,78
Total	180	100,00

De ce tableau, il se dégage que dans 97.22% des enquêtées avaient découvert la tumeur par autopalpation et que l'examen systématique (découverte spontanée) n'avait représenté que 2.78%.

Tableau XIII. Aspect anatomopathologique des tumeurs bénignes du sein

Diagnostic	Effectif	Pourcentage
Fibroadénome	63	35,00
Maladie fibrokystique	39	21,67
Adénome tubuleux	35	19,44
Tumeur phyllode	34	18,88
Kyste mammaire	9	5,00
Total	180	100,00

De ce tableau, il ressort que le fibroadénome était la tumeur bénigne la plus fréquente avec 63 cas soit une proportion de 35%, suivi de maladie fibrokystique avec 21.67%, l'adénome tubuleux avec 35 cas soit 19.44%, la tumeur phyllode avec 34 cas soit 18.88% et le kyste mammaire avec 9 cas soit 5%.

Modalités thérapeutiques

Tableau XIV. Répartition des patientes selon la modalité thérapeutique

Modalités Thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
Traitement chirurgical	97	53,89
Traitement médical	24	13,33
Traitement médical et chirurgical	59	32,77
Traitement psychologique	0	0
Total	180	100,00

De ce tableau, l'analyse des 180 dossiers a montré une prédominance de l'approche chirurgicale avec tumorectomie, adoptée dans 97 cas, soit 53,88 %. L'approche médicale, utilisée dans 13,33 % des cas. Enfin, une stratégie mixte, combinant traitement chirurgical et médicamenteux, a été adoptée dans 32,77 % des cas.

IV. DISCUSSION

IV.1. Caractéristiques épidémio- cliniques

IV.1.1 Fréquence

La fréquence des tumeurs bénignes de sein à Lubumbashi est de 32.02 %. Ingala et al à Kinshasa , ont observé une fréquence de 10.2%, chiffre inférieur au notre (Ingala et al. 2023). Chalya et al , en Tanzanie avaient observé une fréquence de 80.4% (Chalya et al. 2016). Khalid Usman et al , en inde avaient observé une fréquence de 79.00%, chiffre supérieur au nôtre (Usman et al. 2012). Nos résultats démontrent que la tumeur bénigne est une pathologie fréquente à Lubumbashi. La variabilité de fréquence entre étude suggère que la nature du type d'étude, l'échantillon et la disponibilité de service de sénologie jouerait comme facteur clé de la différenciation des résultats.

IV.1.2 L'âge

La tranche d'âge comprise entre 18 et 35 ans a été la plus représentée dans 59.00% de cas et l'âge moyen de 29 ± 6 ans avec des extrêmes de 14 et 63ans, tel qu'observé dans cette étude. Ingala et al, dans leur étude, ont observé que la tranche d'âge comprise entre 20 et 29 ans avait une proportion de 41.4% et l'âge moyen était 27.8 ± 13.8 ans avec des extrêmes de 12 et 63 ans (Ingala et al. 2023).

Chalya et al, en Tanzanie avait observé que la majorité était âgée de moins de 30 ans (Chalya et al. 2016). Ramesh,K et Bookya, K., avaient observé que la tranche d'âge comprise entre 21 et 30 ans avait une proportion de 60% avec un âge moyen de 30 ans (Ramesh et Bookya 2017). Bhargava Gs et al, avaient observé que la tranche d'âge comprise entre 25 et 40 ans avait une proportion de 47% avec un âge moyen de 35 ans (Bhargava et al. 2015). En Arabie Saoudite, un âge moyen de $36,71 + 2$ ans avec 42,37% dans la tranche d'âge de 31-45ans (Almatrafi et al. 2022).

Dans le contexte de cette étude, la population concernée est relativement jeune ; et les tumeurs bénignes du sein reste l'apanage des adolescentes. En résumé, des disparités de tranche d'âge et la moyenne d'âge sont observées en fonction de pays et ceci serait dû probablement à la méthodologie de l'étude, au système de santé, facteur de mode de vie et à la génétique.

IV.1.3 Motif de consultation

Les motifs de recours à une consultation en sénologie pour les tumeurs bénignes du sein ont été observés dans 36.10%, 23.88%, 27% de cas respectivement, en rapport avec manifestations cliniques telles que la présence d'un nodule mammaire palpable, la douleur mammaire et l'écoulement mammaire. Ingala et al avaient observé respectivement 87.1% et 22,09% pour le nodule et la douleur mammaire (Ingala et al. 2023). Khalid Usman et al , en inde avaient observé respectivement 84.1%, 64.6% et 5.5% pour le nodule, la douleur mammaire et l'écoulement mammaire (Usman et al. 2012).

Krishaswamy en inde avait rapporté respectivement la proportion de 56.9%, 13% et 1.4% de cas pour la douleur mammaire, le nodule et l'écoulement mammaire (Krishnaswamy 2003). Dans la présente étude, la proportion de consultation pour les tumeurs bénignes du sein liées à la présence d'un nodule mammaire est de 36.1%, ce qui reste inférieur aux taux rapportés dans d'autre travaux, tel que celui de Ingala et al et Khalid U et al, qui ont fait état d'une prévalence de 87,1% (Ingala et al. 2023) et 84.1% (Usman et al. 2012), mais supérieur aux taux rapporté par Krishaswamy, qui rapporte 13% (Krishnaswamy 2003).

Cette différence pourrait s'expliquer par une moindre sensibilisation au dépistage et par un accès plus limité aux structures spécialisées en pathologies mammaires de notre population cible, car les consultations en sénologie ne sont sollicitées qu'en cas de signes cliniques évident.

IV.1.4 Identité obstétricale

Dans la présente étude, les tumeurs bénignes du sein ont été observées chez les nullipares dans 47.78% de cas. Ingala et al, en 2023 dans leur les tumeurs bénignes du sein avaient une proportion 75.6% chez les nullipares (Ingala et al. 2023).

Kane et al, au Sénégal ,en 2017, à Dakar avaient une proportion de 58.6% pour les nullipares (Kane Gueye et al. 2017). Komboingo, en 2017, au burkina faso avaient une proportion de 34.1%

pour les nullipares (Komboigo 2017). Christopher O et al , en Ouganda à Kampala avaient une proportion de 22.9% pour les nullipares (Okoth et al. 2013).

Dans la présente étude, les tumeurs bénignes du sein ont été diagnostiquées chez les nullipares dans une proportion de 47.78% de cas. Ce taux, bien qu'élevé, reste inférieur à celui rapporté par Ingala et al , 75.6% dans étude menée aux cliniques universitaires de Kinshasa (Ingala et al. 2023), ainsi que celui de Kane et al , 58.6% au Sénégal (Kane Gueye et al. 2017). À l'inverse, les résultat de komboingo , 34.1% et ceux de Christopher O et al[15], 22.9% indiquent des faibles proportions (Komboigo 2017).

Cette disparité peut s'expliquer par des différences dans les caractéristiques sociodémographiques des populations étudiées notamment l'âge moyen des patientes, accessibilité aux soins spécialisés ou encore le niveau de sensibilisation aux pathologies sénologiques. Par ailleurs, la nulliparité étant reconnue comme facteur associé à certaines formes des tumeurs bénignes du sein, ce qui pourrait expliquer le taux observé dans cette étude.

IV.1.5 Localisation

L'analyse de la localisation des tumeurs bénignes du sein montre une prédominance du sein gauche dans 56.67% des cas, devant le sein droit 25.56% et une atteinte bilatérale de 17.78%. ces résultats contrastent avec ceux rapportés par Ingala et al, qui ont observé une prédominance du sein droit 51.4 % par rapport au sein gauche avec 38.6% et une atteinte bilatérale plus rare de 7.1% (Ingala et al. 2023). De même, Ramesh,K et al. ; Khalid Usman et al ont respectivement rapporté une atteinte droite dans 47,63% (Ramesh et Bookya 2017) et 52% de cas (Usman et al. 2012). Tandis que, Kane note une prévalence de 49.5% qui se rapprochent de résultat de cette étude (Kane Gueye et al. 2017).

Le mécanisme exact de cette variabilité dans la latéralisation des tumeurs bénignes du sein est mal élucidé, certaines hypothèses avancent que la prédominance du sein gauche pourrait être liée à des asymétries anatomiques, des spécificités hormonales et vasculaires rendant ce sein plus sensible aux modifications hormonales. Toutefois, l'absence de consensus dans la littérature suggère que la latéralisation pourrait être influencée par des facteurs encore mal

compris d'où l'importance d'étude complémentaire pour mieux comprendre cette distribution latérale.

IV.1.6 Circonstance de découverte

L'autopalpation s'est révélée être le principal mode de découverte des tumeurs bénignes du sein avec un taux de 97.26%. Ingala et al, dans leur étude avaient renseigné 89.8% de cas de la découverte de la tumeur bénigne du sein par la patiente au moyen de l'autopalpation (Ingala et al. 2023). Karia et al, en Inde dans leur étude avaient renseigné 85.1% de cas de la découverte de la tumeur bénigne du sein par la patiente au moyen de l'autopalpation (Karia et al. 2014).

La proportion de 97.26% dépasse celles rapportées par Ingala 89.8% à Kinshasa (Ingala et al. 2023) et par Karia en Inde de 85,1% (Karia et al. 2014), traduisant une vigilance accrue des patientes vis-à-vis de la pathologie sénologique dans notre milieu. Ces résultats soulignent l'importance de renforcer les campagnes de sensibilisation des patientes sur les bonnes pratiques de l'autopalpation pour permettre la détection précoce des tumeurs bénignes du sein. Le résultat de cette étude est similaire à d'autres études.

IV.1.7 Antécédents

Dans cette étude, les proportions rapportées concernant les antécédents étaient les suivantes : ménopause (1.67%), allaitement au sein (48,34%), avortement (23,89%), dysménorrhée (1,67%), et antécédents familiaux des tumeurs du sein (1,67%). En comparaison, Ingala et al, avaient observé des fréquences respectives de 7,1%, 17,6%, 11,8%, et 19,4% pour l'allaitement, l'avortement, la dysménorrhée et les antécédents familiaux des tumeurs du sein. Pour sa part, Kane et al, au Sénégal (Kane Gueye et al. 2017), à Dakar dans leur étude en 2017 avaient rapporté des taux de 3.6% pour la ménopause et 10,4% pour les antécédents familiaux des tumeurs du sein.

L'analyse des antécédents gynéco-obstétricaux et familiaux met en évidence certaines spécificités de la population étudiée. La forte proportion de femmes ayant allaité (48,34%) contraste avec les données rapportées par Ingala (17,6%) (Ingala et al. 2023). Ce taux élevé peut être attribué à des facteurs socio- culturels valorisant l'allaitement maternel.

Concernant les antécédents d'avortement, la prévalence de 23.89% est également supérieure à celle rapportée par Ingala (11.8%) (Ingala et al. 2023). Cette différence pourrait s'expliquer par la

disparité dans l'accès à la consultation sénologique ou résulter d'une variabilité dans la déclaration des antécédents personnels selon les études. La faible proportion des femmes ayant rapporté une ménopause (1.67%), similaire à celle des antécédents familiaux de tumeurs du sein (1.67%), semble indiquer une population relativement jeune. Néanmoins ces chiffres pourraient également refléter une méconnaissance ou une sous déclaration par crainte de stigmatisation ou par oubli.

En, comparaison, Kane rapporte un taux de 3.6% pour la ménopause et 10,4% pour les antécédents familiaux tumoraux, ce qui souligne là encore l'importance du contexte local, mais aussi des méthodes de collecte des données utilisées (Kane Gueye et al. 2017).

Les résultats de cette étude révèlent des particularités locales concernant les facteurs gynéco-obstétricaux et familiaux influençant la santé sénologique des femmes. Les différences constatées par rapport aux travaux d'Ingala et al. ou de Kane et al. Soulignent la nécessité de prendre en compte le système de santé, la méthodologie propre à chaque étude ainsi que les spécificités épidémiologiques et socio-culturelles de chaque population. Ces constats plaident en faveur de la réalisation d'une étude analytique approfondie pour explorer les liens potentiels entre ces facteurs et la survenue des tumeurs bénignes du sein chez les femmes à Lubumbashi.

IV.2 Moyens Diagnostics

IV.2.1 Aspects anatomopathologiques

La prévalence de fibroadénome était élevée parmi les tumeurs bénignes du sein à 35% de cas, suivi de la maladie fibrokystique 21.67%, de l'adénome tubuleux 19.44%, de la tumeur phyllode 18.88% et du kyste mammaire 5%. Les données de Ingala et al (Ingala et al. 2023), dans leur, avaient rapporté 68.5%, 20%, 8.6%, 1.4% et 1.4% respectivement pour le fibroadénome, la maladie fibrokystique, l'adenome tubuleux, la tumeur phyllode et le kyste. Ramesh,K et Bookya, K. (Ramesh et Bookya 2017), en 2017 dans leur avaient observé une proportion de 57.6% cas de fibroadénome. Khalid Usman et al.(Usman et al. 2012) , en inde avaient observé une proportion de 86.3% de cas de fibroadénome. En Allemagne , le fibroadénome représentait 25% de cas (Stachs et al. 2019).

Ces données confirment que le fibroadénome est la tumeur bénigne du sein la plus fréquente, bien que sa prévalence varie selon les milieux. Les écarts entre les études de 25% en Allemagne

à 86% chez Khalid en Inde, peuvent refléter des différences d'accès au dépistage, ou encore des facteurs génétiques et hormonaux.

La prédominance de fibroadénome justifie une attention particulière dans le diagnostic différentiel des tumeurs du sein, notamment chez les jeunes femmes. Sa nature bénigne n'exclut pas un suivi, surtout en cas de croissance rapide ou de doute diagnostique.

La présence non négligeable des autres lésions bénignes telles que la maladie fibrokystique et de tumeurs phyllodes souligne l'importance d'une évaluation histologique rigoureuse pour éviter les confusions avec les tumeurs malignes.

IV.3 Moyens Thérapeutiques

La prise en charge des tumeurs bénignes du sein demeure peu standardisée à l'échelle mondiale, et particulièrement dans notre contexte de Lubumbashi. Dans cette étude, les modalités thérapeutiques les plus fréquemment utilisées étaient la chirurgie seule 53.89% (une nodulectomie) et la chirurgie associée à un traitement médical 32.77% (une hormonothérapie suivie d'une nodulectomie). En comparaison, Khalid Usman et al (Usman et al. 2012), en Inde avaient rapporté 12.7%, 11.9% et 100% en rapport avec la chirurgie, le traitement médical et le soutien psychologique. Au Sénégal, Kane et al (Kane Gueye et al. 2017), au Sénégal, à Dakar dans leur étude en 2017 avaient rapporté 21,3% de cas traités par chirurgie.

Ces résultats suggèrent que les décisions thérapeutiques sont largement influencées par la nature histologique et la taille de la tumeur. Par ailleurs, un déficit notable en soutien psychologique a été constaté, probablement en lien avec le faible recrutement des psychologues cliniciens dans le service d'oncologie. Il convient de rappeler que l'exérèse chirurgicale reste l'intervention de référence pour les tumeurs bénignes symptomatiques du sein (Dixon et al. 1996).

L'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques observées entre les différentes études souligne l'absence de protocoles universellement établis pour la prise en charge des tumeurs bénignes du sein. Dans les contextes à ressource limitées, la chirurgie demeure l'option privilégiée, souvent en l'absence d'alternatives médicales ou de suivi spécialisé.

La variabilité des taux rapportés par Khalid et Kane pourrait refléter des dans les critères de sélection des patientes et l'accessibilité aux soins. L'absence de soutien psychologique constitue une lacune majeure, alors que ce dernier est reconnu comme un pilier essentiel dans la prise en charge globale des patientes atteintes des pathologies sénologiques.

V. Limites de l'étude

Cette étude présente quelques limites qu'il convient de reconnaître afin d'en apprécier pleinement les résultats et d'orienter les futures recherches.

La nature rétrospective de la collecte a constitué un obstacle, en particulier du fait de l'absence de certaines variables pourtant prévues dans la fiche de recueil, de ce fait certains dossiers ont été écarté. Cette carence a compromis l'exhaustivité des données et, de ce fait, la robustesse des analyses.

En raison de l'incomplétude des variables, les analyses statistiques se sont limitées à des approches statistiques usuelles.

Par ailleurs, la qualité des données issues des fiches de consultations et des registres d'hospitalisation, a été impacté par l'absence d'un service de sénologie structuré et d'experts dans le domaine.

La rareté des publications locales sur les tumeurs bénignes du sein, en particulier dans le contexte congolais, a représenté une contrainte pour l'élaboration d'une discussion approfondie et contextualisée des résultats obtenus.

VI. Forces de l'étude

Cette étude apporte une contribution non négligeable à la compréhension de la problématique dans notre milieu en indiquant la prévalence, le portrait démographique, clinique ainsi que les aspects thérapeutiques. En outre, elle met en lumière l'urgence de renforcer les infrastructures de soins, les outils de collecte de données et la dynamique de recherche en sénologie pour améliorer à terme la prise en charge des pathologies mammaires dans notre milieu.

Cette étude s'inscrit dans le prolongement des travaux antérieurs, avec des résultats qui confirment en grande partie les tendances observées dans la littérature

VII. Conclusion.

L'analyse des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs bénignes du sein réalisée dans cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs éléments essentiels. Cette étude met en évidence une prévalence élevée des tumeurs bénignes à Lubumbashi, soulignant un enjeu de santé publique non négligeable, sur le plan démographique, une juvénilisation de la tumeur bénigne de sein est observée dans cette étude.

Cliniquement, la prédominance des nodules mammaires, majoritairement localisés au sein gauche, ainsi que la découverte fréquente par l'autopalpation avec un délai de consultation supérieure à douze mois témoignent d'une certaine sensibilisation, bien que partielle, des patientes. Sur le plan histologique, l'adénofibrome domine le spectre tumoral bénigne du sein. Le diagnostic repose sur une approche intégrée combinant clinique, imagerie et histologie. Enfin, la prise en charge est essentiellement chirurgicale, avec un déficit marqué en accompagnement psychologique, soulignant la nécessité d'une approche thérapeutique globale et centrée sur la patiente.

VIII. Suggestions.

A la lumière des résultats obtenus dans cette étude, il serait pertinent de mener des recherches complémentaires sur les tumeurs bénignes du sein à Lubumbashi, en vue d'élaborer un protocole de prise en charge adapté aux réalités locales.

Faciliter l'accessibilité des patientes au service d'histopathologie pour une meilleure prise en charge des tumeurs bénignes du sein dans notre milieu.

Mettre en place des campagnes de sensibilisation destinée aux femmes sur les pathologies sénologiques, afin de promouvoir le dépistage précoce et une meilleure connaissance de la clinique de tumeurs bénignes du sein.

Établir un cadre de concertation pluridisciplinaire et créer un service spécialisé de sénologie pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des patientes.

Implication en rapport à la revue de littérature

La tumeur bénigne du sein chez la femme est fréquente. Cette fréquence est différente d'un milieu à un autre.

Les aspects épidémiologiques, cliniques, histologiques sont concordants avec les études antérieures.

IX RÉFÉRENCES

1. Almatrafi MI, Almalki MA, Althagafi JA, AlSindi TS, Masarit RM, Almatrafi RM. Benign Breast Disease in Makkah, Saudi Arabia: A Retrospective Analytical Cross-Sectional Study. *Cureus*. nov 2022;14(11):e31174.
2. Arthur R, Wang Y, Ye K, Glass AG, Ginsberg M, Loudig O, et al. Association between lifestyle, menstrual/reproductive history, and histological factors and risk of breast cancer in women biopsied for benign breast disease. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. oct 2017 [cité 12 mars 2024];165(3):623-31. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10549-017-4347-9>
3. Almatrafi MI, Almalki MA, Althagafi JA, AlSindi TS, Masarit RM, Almatrafi RM. Benign Breast Disease in Makkah, Saudi Arabia: A Retrospective Analytical Cross-Sectional Study. *Cureus*. nov 2022;14(11):e31174.
4. Bhargava GS, Gupta A, Grover A, Ded KS. Benign breast disorders: rural Punjab population study compared with urban population studies. *International Surgery Journal* [Internet]. 2015 [cité 19 févr 2025];2(4):629-33. Disponible sur: <https://www.ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/783>
5. Chalya PL, Manyama M, Rambau PF, Kapesa A, Ngallaba SE, Masalu N, et al. Clinicopathological pattern of benign breast diseases among female patients at a tertiary health institution in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research* [Internet]. 2016 [cité 12 mars 2024];18(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/thrb/article/view/104671>
6. Dixon JM, Dobie V, Lamb J, Walsh JS, Chetty U. Assessment of the acceptability of conservative management of fibroadenoma of the breast. *Journal of British Surgery* [Internet]. 1996 [cité 25 mai 2025];83(2):264-5. Disponible sur: <https://academic.oup.com/bjs/article-abstract/83/2/264/6166703>
7. Grady D. Study of breast biopsies finds surgery used too extensively. *The New York Times*. 2011;A1.
8. Ingala PJA, Ibanda BT, Mputu AL, Ingala PJA. Aspects épidémiologique, clinique et anatomopathologique des tumeurs bénignes du sein aux Cliniques Universitaires de Kinshasa Epidemiological, clinical and anatomopathological aspects of benign breast tumors at the Kinshasa University Hospital. *Ann Afr Med* [Internet]. 2023 [cité 12 mars 2024];16(3). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/aamed/article/view/249766>

9. Kane Gueye SM, Gueye M, Coulibaly MT, Mahtouk D, Moreau JC. [Benign tumors of the breast in the department of senology at the University Hospital Aristide Le Dantec, Dakar (Senegal)]. *Pan Afr Med J*. 2017;27:251.
10. Kamate B, Traore CB, Diallo D, Foko I, Sangare F, Malle B, et al. Epidemiology and morphology of breast benign tumors in Mali: about 186 cases. *Le Mali Medical* [Internet]. 2008 [cité 12 mars 2024];23(3):36-9. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/med/19617151>
11. Krishnaswamy U. Profile of benign breast diseases in urban India. *Indian J Surg* [Internet]. 2003 [cité 19 févr 2025];65(2):178-81. Disponible sur: <https://tspace.library.utoronto.ca/html/1807/21828/is03031.html>
12. Komboigo BE. Pathologies mammaires dans le service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo: épidémiologie, diagnostic et pronostic. *JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie–Obstétrique et Santé de la Reproduction)* [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2024];18(2). Disponible sur: <http://www.jsago.org/index.php/jsago/article/view/12>
13. Karia JB, Kothari MD, Palekar HD, Patel UA, Patel J. Clinical features and pattern of presentation of breast diseases in surgical outpatient clinic of a tertiary hospital. *National Journal of Medical Research* [Internet]. 2014 [cité 12 mars 2024];4(01):40-3. Disponible sur: <http://njmr.in/index.php/file/article/view/453>
14. Lutula S. Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali. Bamako Bamako. 2008;
15. Levy L. Imagerie de la pathologie tumorale benigne de la femme jeune. *Journal de Radiologie* [Internet]. 1 oct 2008 [cité 25 mai 2025];89(10):1484. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0221036308765363>
16. Laufer MR, Goldstein DP. The breast: examination and lesions. *Pediatric & Adolescent Gynecology* 5th ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins [Internet]. 2005 [cité 25 mai 2025];729-59. Disponible sur: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/8857/1/969.pdf#page=749>
17. Okoth C, Galukande M, Jombwe J, Wamala D. Benign proliferative breast diseases among female patients at a sub Saharan Africa tertiary hospital: a cross sectional study. *BMC Surg* [Internet]. déc 2013 [cité 12 mars 2024];13(1):9. Disponible sur: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2482-13-9>

18. (PDF) Analysis of the diagnostic efficacy of ultrasound, MRI, and combined examination in benign and malignant breast tumors [Internet]. [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/388939122_Analysis_of_the_diagnostic_efficacy_of_ultrasound_MRI_and_combined_examination_in_benign_and_malignant_breast_tumors
19. Paepke S, Metz S, Brea Salvago A, Ohlinger R. Benign breast tumours-diagnosis and management. Breast Care [Internet]. 2018 [cité 12 mars 2024];13(6):403-12. Disponible sur: <https://karger.com/brc/article-abstract/13/6/403/52686>
20. Stachs A, Stubert J, Reimer T, Hartmann S. Benign Breast Disease in Women. Dtsch Arztebl Int [Internet]. août 2019 [cité 25 mai 2025];116(33-34):565-74. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794703/>
21. Selvakumaran S, Sangma MB. Study of various benign breast diseases. International Surgery Journal [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2024];4(1):339-43. Disponible sur: <https://www.ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/712>
22. Usman K, Ullah E, Hussain S, Shafiq S. Benign breast diseases-an experience at Victoria Hospital Bahawalpur. Pak J Med Health Sci [Internet]. 2012 [cité 12 mars 2024];6(4):877-9. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Ehsan-Ullah-8/publication/234101233_Benign_Breast_Diseases_-
23. Ramesh K, Bookya K. A study on clinical and pathological correlation of benign breast lesions. International Surgery Journal [Internet]. 2017 [cité 12 mars 2024];4(8):2700-5. Disponible sur: <https://www.ijsurgery.com/index.php/isj/article/view/1657>