

Exploration échographique des douleurs mammaires au CHU Mitsinjo Betanimena Toliara Madagascar

*Ultrasound investigation of breast pain at the Mitsinjo Betanimena University Hospital, Toliara,
Madagascar*

A.H. Randriamarolahy (1), N.C.R. Randriamalala (2)*, A.H.M. Ranaivomanana
(3), S. Rafamatanantsoa (2), H.I. Raharivahoaka (1), M.S. Fenomanana (2),
F. Rafaramino (4), A. Ahmad (4)

(1) Service d'Imagerie Médicale, CHU Mitsinjo Betanimena Toliara Madagascar

(2) Faculté de Médecine de Toliara, Madagascar

(3) Service d'oncologie, CHU Tamboho Fianarantsoa, Madagascar

(4) Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

*Auteur correspondant: N.C.R. Randriamalala (njarouffin@yahoo.fr)

Résumé

Introduction : La douleur mammaire (mastodynie) constitue un motif fréquent de consultation en radiologie et en gynécologie, souvent à l'origine d'une anxiété liée à la crainte du cancer du sein. L'objectif de cette étude était de déterminer la classification BI-RADS des échographies réalisées pour mastodynie et d'analyser leur corrélation avec les données clinico-démographiques.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période de trois ans (1er janvier 2019 au 31 décembre 2021) au service d'Imagerie Médicale du CHU Mitsinjo Betanimena de Toliara. Ont été incluses toutes les patientes ayant bénéficié d'une échographie mammaire pour douleur mammaire. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 25, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Parmi 154 échographies mammaires réalisées, 54 (35,06%) concernaient des mastodynies. L'âge moyen était de 35,5 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge de 18 à 45 ans (68,5%). Les résultats échographiques étaient classés comme suit : BI-RADS 1 (31,5 %), BI-RADS 2 (55,5 %), BI-RADS 3 (5,5 %), BI-RADS 4 (7,5%). Une association significative a été retrouvée entre la classification BI-RADS et la latéralité de la douleur ainsi que la présence de signes cliniques associés à la douleur mammaire.

Conclusion : La mastodynie est le plus souvent associée à des résultats bénins. Toutefois, la présence de lésions suspectes souligne l'intérêt de l'échographie mammaire, en particulier dans les contextes où la mammographie est peu accessible.

Mots-clés : BI-RADS, échographie mammaire, mastodynie, Toliara

Abstract

Introduction: Breast pain (mastalgia) is a common reason for radiological consultation and a major source of anxiety due to fear of breast cancer. The aim of this study was to determine the BI-RADS classification of breast ultrasound findings in patients presenting with mastalgia and to assess their correlation with clinico-demographic data.

Methods: This was a retrospective, descriptive, and analytical study conducted over a three-year period (January 1, 2019 to December 31, 2021) in the Medical Imaging Department of Mitsinjo Betanimena University Hospital in Toliara. All female patients who underwent breast ultrasound for mastalgia were included. Statistical analysis was performed using SPSS version 25, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: Among 154 breast ultrasounds performed, 54 (35.06%) were indicated for mastalgia. The mean age was 35.5 years, and 68.5% of patients were aged 18–45 years. Ultrasound findings were classified as follows: BI-RADS 1 (31.5%), BI-RADS 2 (55.5%), BI-RADS 3 (5.5%), BI-RADS 4 (7.5%). A significant association was found between BI-RADS classification and pain laterality, as well as the presence of associated clinical signs.

Conclusion: Mastalgia is most often associated with benign findings. However, the presence of suspicious lesions highlights the important role of breast ultrasound, particularly in settings where mammography is not readily available.

Key words: BI-RADS, breast ultrasound, mastalgia, Toliara.

Pour citer cet article: A.H. Randriamarolahy, N.C.R. Randriamalala, A.H.M. Ranaivomanana, et al. Exploration échographique des douleurs mammaires au CHU Mitsinjo Betanimena Toliara Madagascar. Rev med Madag 2023;13(1):894-897
<https://doi.org/10.62606/RMMao00230>

Article publié sous la licence CC BY-NC 4.0

Online ISSN 2222-792X

Introduction

La douleur mammaire, également appelée mastalgie ou mastodynie, est un motif de consultation courante, suscitant fréquemment une anxiété importante chez les patientes. Elle se subdivise en douleurs mammaires cycliques, non cycliques et douleurs associées à d'autres symptômes. Les causes sont nombreuses et, dans la majorité des cas, correspondent à des affections bénignes [1]. Il est estimé que 70 à 80% des femmes présentent une douleur mammaire au cours de leur vie, particulièrement en période d'activité hormonale [2,3]. Dans la majorité des cas, la mastodynie est d'origine bénigne. Toutefois, une évaluation clinique et radiologique peut être nécessaire afin d'éliminer une pathologie sous-jacente. Le risque de cancer associé à une douleur mammaire isolée reste faible, généralement inférieur à 2%, notamment en l'absence de signes cliniques associés [4]. L'imagerie médicale joue un rôle essentiel dans cette évaluation. Les recommandations actuelles préconisent l'échographie mammaire comme examen de première intention chez les femmes jeunes ou en cas de douleur focale, tandis que la mammographie est réservée aux patientes plus âgées ou en cas de suspicion clinique [5,6]. Dans les pays à ressources limitées, comme Madagascar, l'échographie mammaire constitue souvent la seule modalité d'imagerie disponible, occupant ainsi une place centrale dans la prise en charge. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport de l'échographie mammaire dans l'exploration des mastodynies au CHU Mitsinjo Betanimena de Toliara, en analysant la classification BI-RADS et ses corrélations avec les données cliniques.

Matériels et méthodes

L'étude a été réalisée dans l'unité d'échographie du Service d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Mitsinjo Betanimena (CHU MB), situé dans le district de Toliara II, région Sud-Ouest de Madagascar. Ce service constitue la principale structure de référence pour l'imagerie mammaire dans la région. Un échographe de marque PHILIPS mis en service en 2014, muni d'une sonde linéaire et du mode doppler a été utilisé pour la réalisation des examens. Plusieurs opérateurs dont deux radiologues et un échographiste ont effectué les échographies mammaires.

Il s'agissait d'une étude transversale, rétrospective, descriptive et analytique, menée sur une période de 36 mois, du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2021. La population d'étude comprenait toutes les patientes ayant bénéficié d'une échographie mammaire durant la période d'étude.

Les critères d'inclusion étaient : les patientes de sexe féminin, réalisation d'une échographie mammaire réalisée pour douleur mammaire comme indication principale. Les dossiers incomplets ou non exploitables étaient exclus. Un échantillonnage exhaustif a été réalisé. Les données ont été recueillies à partir des registres manuscrits et des comptes rendus échographiques archivés électroniquement. Les variables étudiées comprenaient les caractéristiques socio-démographiques des patientes, leurs antécédents gynécologiques, obstétricaux et familiaux, les caractéristiques cliniques de la douleur mammaire, ainsi que la classification BI-RADS de l'American College of Radiology (ACR) établie à l'issue de l'examen échographique. Les données ont été saisies sous Excel 2019 et analysées avec SPSS version 25. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les associations ont été étudiées à l'aide du test du Chi-deux, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

La confidentialité des données a été respectée conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki. L'étude a été autorisée par les responsables du CHU et du service.

Les limites sont liées au caractère rétrospectif, au risque de données manquantes, au caractère opérateur-dépendant de l'échographie, à l'absence de confirmation histologique systématique et à l'effectif limité.

Résultats

Au total, 154 échographies mammaires ont été réalisées, dont 54 pour mastodynie, soit 35,06% des examens. L'âge moyen des patientes était de 35,5 ans, avec une prédominance de la tranche 18-45 ans (68,52%). La majorité des patientes était non ménopausée (75,93%) et multipare. Sur le plan clinique, la douleur était isolée dans 79,63% des cas et bilatérale dans 62,96%.

À l'échographie, les résultats étaient majoritairement bénins, avec une prédominance des classifications BI-RADS 1 (31,48%) et BI-RADS 2 (55,56%). Les lésions suspectes (BI-RADS 4) représentaient 7,41% des cas. Une association statistiquement significative a été ob-

servée entre la classification BI-RADS et la présence de signes cliniques associés ($p=0,01$) ainsi que la latéralité de la douleur ($p=0,005$). Les résultats détaillés sont présentés dans les tableaux I, II et III.

Tableau I. Répartition des patientes selon les données épidémiologiques (n=54)

Variables		Fréquence	Pourcentage
Age (ans)	< 18	2	3,70
	[18 - 45]	37	68,52
	> 45	15	27,78
Ménarche	Précoce	00	00,00
	Normale	38	70,37
	Tardive	16	29,63
Ménopause	Oui	13	24,07
	Non	41	75,93
Parité	Nullipare	18	33,33
	Paucipare	15	27,78
	Multipare	21	38,89
	Nullipare	18	33,33
Contraception hormonale	Oui	15	27,78
	Non	39	72,22
Antécédent personnel de cancer du sein	Oui	4	7,41
	Non	50	92,59
Antécédent familial de cancer	Oui	7	12,96
	Non	47	87,04
Type de la douleur	Douleur isolée	43	79,63
	Douleur associée	11	20,37
Siege de la douleur	Bilatéral	34	62,96
	Unilatéral	20	37,04

Tableau II. Classification BI-RADS selon les caractéristiques échographiques (n=54)

Classification	Fréquence	Pourcentage
Bi-rads-ACR 0	0	0,00
Bi-rads-ACR 1	17	31,48
Bi-rads-ACR 2	30	55,56
Bi-rads-ACR 3	3	5,56
Bi-rads-ACR 4	4	7,41
Bi-rads-ACR 5	0	0,00

Discussion

Dans notre étude, la mastalgie représentait 35,06% des indications d'échographie mammaire, confirmant sa fréquence élevée en pratique clinique. Ces résultats sont cohérents avec la littérature, qui rapporte une prévalence élevée de la douleur mammaire au cours de la vie des femmes [2,3]. Le profil de notre population, dominé par des femmes jeunes en période d'activité génitale, concorde avec les données physiopathologiques reliant la mastodynie aux fluctuations hormonales [3,7]. Sur le plan clinique, la prédominance des douleurs isolées et bilatérales suggère une origine bénigne, ce qui est en accord avec les études montrant que la mastalgie isolée est rarement associée à une pathologie maligne [4,8].

Les résultats échographiques confirment cette tendance, avec une prédominance des classifications BI-RADS 1 et 2 (87,04%). La proportion de lésions suspectes reste faible, ce qui rejoint les données de la littérature soulignant le faible rendement diagnostique de l'imagerie en cas de douleur mammaire isolée [5,6]. L'analyse des facteurs associés met en évidence le rôle du caractère clinique de la douleur. La présence de signes associés et le caractère unilatéral apparaissent comme des éléments prédictifs de lésions suspectes, conformément aux recommandations actuelles [5,9]. À l'inverse, les douleurs bilatérales isolées sont généralement bénignes. Aucune corrélation significative n'a été retrouvée avec les facteurs démographiques ou hormonaux, ce qui confirme le caractère peu spécifique de la mastalgie comme symptôme de pathologie mammaire [2,8].

Dans notre contexte, l'échographie mammaire constitue un outil diagnostique essentiel, permettant à la fois d'exclure une pathologie suspecte et de rassurer les patientes. Néanmoins, une utilisation raisonnée, guidée par les données cliniques, reste indispensable afin d'éviter les explorations inutiles [6].

Conclusion

La mastalgie constitue un motif fréquent de consultation en imagerie mammaire dans notre contexte. Elle concerne principalement des femmes jeunes, non ménopausées, et se présente le plus souvent sous forme de douleur isolée et bilatérale. Les résultats échographiques sont majoritairement bénins, avec une prédominance des classifications BI-RADS 1 et 2, confirmant le faible risque de malignité associé à la mastodynie isolée. Cependant, la présence de signes cliniques associés et le caractère unilatéral de la douleur sont significativement liés à des lésions suspectes, soulignant l'importance d'une évaluation clinique rigou-

reuse. Ainsi, l'échographie mammaire occupe une place centrale dans la prise en charge des mastodynies, en particulier dans les contextes à ressources limitées.

Tableau III. Corrélation entre la Classification BI-RADS et les variables épidémiologiques avec taux de significativité (n=54)

Variables	CLASSIFICATION DE BI-RADS-ACR N (%)				p-value
	1	2	3	4	
Age					
< 19 ans	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,99
[19 à 45 ans]	11 (29,73)	21 (56,76)	2 (5,41)	3 (8,11)	
> 45 ans	5 (33,33)	8 (53,33)	1 (6,67)	1 (6,67)	
Ménarche					
Normale	14 (36,84)	21 (55,26)	2 (5,26)	1 (2,63)	0,16
Tardive	2 (18,75)	9 (56,25)	1 (6,25)	3 (18,75)	
Statut hormonal					
Oui	4 (30,77)	7 (53,85)	0 (0,00)	2 (15,38)	0,48
Non	13 (31,71)	23 (56,10)	3 (7,32)	2 (4,88)	
Parité					
Nullipare	4 (22,22)	13 (72,22)	1 (5,56)	0 (0,00)	0,30
Paucipare	3 (20,00)	9 (60,00)	1 (6,67)	2 (13,33)	
Multipare	10 (47,62)	8 (38,10)	1 (4,76)	2 (9,52)	
Utilisation de la contraception hormonale					
Oui	6 (40,00)	7 (46,6)	0 (0,00)	2 (13,33)	0,40
Non	11 (28,21)	23 (58,97)	3 (7,69)	2 (5,13)	
Antécédent personnel de cancer					
Oui	1 (25,00)	2 (50,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	0,54
Non	16 (32,00)	28 (56,00)	3 (6,00)	3 (6,00)	
Antécédent familial de cancer					
Oui	3 (42,86)	4 (57,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,7
Non	14 (29,79)	26 (55,32)	3 (6,38)	4 (8,51)	
Type de douleur					
Douleur isolée	16 (37,21)	23 (53,49)	3 (6,98)	1 (2,33)	0,01
Douleur associée	1 (9,09)	7 (63,64)	0 (0,00)	3 (27,27)	
Siège de la douleur					
Bilatérale	15 (44,12)	8 (52,94)	1 (2,94)	0 (0,00)	0,005
Unilatérale	2 (10,00)	12 (60,00)	2 (10,00)	4 (20,00)	

Références

1. Balleyguier C, Arfi-Rouche J, Haddag L, *et al.* Douleur mammaire et imagerie. *J Radiol Diagn Interv* 2015;96(5):425-33.
2. Onstad M, Stuckey A. Benign breast disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013;40:459-73.
3. Ader DN, South-Paul J, Adera, T, *et al.* Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psych Obs Gyn* 2001;22(2):71-6.
4. Tumyan L, Hoyt AC, Bassett LW. Negative predictive value of sonography and mammography in patients with focal breast pain. *The Breast J* 2005;11(5):333-7.
5. Leddy R, Irshad A, Zerwas E, *et al.* Role of breast ultrasound and mammography in evaluating patients presenting with focal breast pain in the absence of a palpable lump. *Breast J* 2013;19(6):582-9.
6. Leung JWT, Kornguth PJ, Gotway MB. Utility of targeted sonography in the evaluation of focal breast pain. *J Ultra Med* 2002;21(5):521-6.
7. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. *Mayo Clin Proc* 2004;79(3):353-72.
8. ACR. BI-RADS Atlas. 5th ed. 2013.
9. American College of Radiology. Appropriateness criteria breast pain. *J Am Coll Radiol* 2018;15:S276-82.