

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But–Une Foi



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2021 – 2022 Mémoire N° _____/Med

TITRE

**ETUDE DE LA GIGANTOMASTIE DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE B DU CHU POINT G :
A PROPOS DE 4 CAS**

MEMOIRE

Présentée et soutenue, le 11/ 03/ 2022
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR :

Dr Aïssata dite Yamidjiri TOGO KEITA

Pour l'obtention du Diplôme Universitaire (DU) en Senologie

JURY

Président : Pr Drissa TRAORE

Membre : Pr Adégné TOGO

Co-directeur : Dr Mamadou SIMA

Directeur : Pr Bakary T DEMBELE

REMERCIEMENTS

Au nom d'Allah le Tout Miséricordieux le Très Miséricordieux. Je remercie Le Tout Puissant Allah, le très Haut et Son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) de m'avoir donné la bonne santé et la force d'accomplir ce travail.

Mes remerciements vont:

A mes Chers parents

*Ce travail est le résultat d'esprit de sacrifice dont vous avez toujours fait preuve, l'encouragement incomparable et sans limite que vous ne cessez de manifester, ainsi que de l'amour et de la compréhension dont vous m'avez entouré. Permettez-moi juste de vous exprimer mon éternelle reconnaissance et vous souhaiter une longue vie pleine de bonheur et de santé, et de prier le bon **DIEU** de vous préserver, de vous entourer de sa bénédiction et de vous prêter une longue vie. Avec tout mon amour, mon respect et ma reconnaissance merci pour tout ce que vous avez consenti pour moi.*

A mon tendre et cher époux Kalifa KEITA

La valeur d'un homme tient dans sa capacité à donner, ce qui est le plus important dans la vie, c'est de donner à quelqu'un un peu de bonheur. Ce sont ces petites complicités, ces centaines de sourires qui ont façonné ma vie. Merci pour ta grande générosité et ton aide si précieuse.

Au président du jury, Professeur Drissa TRAORE

Professeur titulaire de chirurgie générale au CHU du Point G

Cher Maître, Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de mémoire malgré vos multiples et importantes occupations. Trouvez ici l'expression de notre remerciement pour avoir bien voulu participer activement à l'élaboration de ce document. Votre simplicité et surtout votre rigueur dans le

travail bien fait font de vous un enseignant remarquable et respectueux. Puisse le Tout Puissant vous accorder longue vie et beaucoup de santé. Amen!

A Mon Maître et directeur de mémoire, le Professeur Bakary Tientigui DEMBELE

Professeur titulaire de Chirurgie Générale Au CHU Gabriel Touré

Ma plus gratitude va à mon encadreur, pour sa disponibilité et la confiance qu'il m'a accordée. J'ai profité pendant longtemps de votre savoir-faire au cours de nombreuses années. J'aimerais aussi vous remercier pour vos exigences pour le travail bien fait et vos précieux. Qu'Allah vous donne une bonne santé et une longue vie pour que nous puissions toujours profiter de vos connaissances. Amen !

Au membre de jury, Professeur Adégné TOGO

Professeur titulaire de Chirurgie Générale Au CHU Gabriel Touré

Cher Maître, Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous avons été très impressionnés par votre modestie, votre leadership, vos critiques et suggestions ont permis d'améliorer la qualité scientifique de ce travail. Trouvez ici, cher maître, le témoignage de notre profonde admiration

Au co-directeur de mémoire, Dr Mahamadou SIMA,

Maître Assistant à la FMOS, praticien hospitalier et chercheur au service de Gynécologie Obstétrique du CHU point

Nous vous remercions pour l'intérêt, que vous avez bien voulu accorder à ce travail, en acceptant de le co-diriger malgré vos multiples occupations. Veuillez trouver ici l'expression de notre humble reconnaissance.

A nos chers Maîtres et enseignant de cours de CAPA SENO Mali pour l'éducation et la formation donnée. Nous avons beaucoup appris à vos côtés et nous prions Dieu de vous donner une longue vie, pleine de santé pour que vous puissiez continuer à nous enseigner.

Un grand merci l'équipe de MSF au Mali, pour leur disponibilité et soutien sans lesquels cette formation n'allait pas être une réussite.

A tous les personnels de la FMOS pour l'accueil et l'hospitalité.

Afin de n'oublier personne, mes vifs remerciements s'adressent à tous ceux qui, de loin ou de près ont participé à la réalisation de ce travail.

TABLE DE MATIERES

1	INTRODUCTION	1
2	OBJECTIFS	3
2.1	Objectif général	3
2.2	Objectifs spécifiques.....	3
3	METHODOLOGIE.....	4
3.1	Type d'étude	4
3.2	Cadre d'étude.....	4
3.3	Période d'étude	4
3.4	Critères d'inclusion.....	4
3.5	Critères de non inclusion	4
3.6	Population d'étude	4
3.7	Aspects éthiques	4
4	OBSERVATIONS	5
4.1	Observation 1	5
4.2	Observation 2.....	6
4.3	Observation 3.....	9
4.4	Observation 4.....	12
5	RESULTATS	14
6	DISCUSSION	16
	<u>CONCLUSION</u>	22
7	RECOMMANDATIONS.....	23
	<u>REFERENCES</u>	24
	<u>FICHE SIGNALÉTIQUE</u>	27

LISTE DES ABREVIATIONS

A : Avortement

ACE : Antigène carcino-embryonnaire

ACR : American College of Radiology

ALAT : Alamine Amino-transférase

ATCD : Antécédent

AS : Trait drépanocytaire

ASAT : Aspartate Amino-Transférase

°C : Celsius

CAPA SENO : Capacitation En Senologie

CC : Centimètre Cube

CCMH : Concentration Corpusculaire Moyen de l'hémoglobine

CDD : Circonstance de découverte

Cm : Centimetre

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CVC : Circulation Veineuse Colaterale

D : Décédé

dl : decilitre

E2 : Estradiole ou oestradiol

Fl : femtolitre

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

G : Gestité

g : gramme

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GR : Globule Rouge

H : Heure

Hb : Hémoglobine

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine

HPL : Hormone Placentaire Lactogène

FSH : Hormone de Stimulation Folliculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

J : Jour

Kg : Kilogramme

LH : Hormone Lutéinisante

N° : Numero

NFS : Numeration Formule Sanguine

M : Metre

M² : Mettre carré

Mn : Minute

MmHg : Milimètre de Mercure

NFS : Numeration Formule Sanguine

OMS : Organisation Modiale de la Santé

P : Parité

PA : Préssion Artérielle

Pg : Progesterone

Pg : picigramme

PMR : Plastie Mammaire de Réduction

PRL : Prolactine

Pul : Pulsation

µl : microlitre

T° : Temperature

TCA : Temps de Céphaline Activée

TP : Taux de Protronnine

V : Vivant

VGM : Volume Globulaire Moyen

TCMH : Teneur Corpusculaire Moyen en Hémoglobine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Image préopératoire de gigantomastie, patiente assise.	7
Figure 2 : Dessin pre opératoire, ulcération sur le sein gauche, patiente en decubitus dorsal. Source : CHU Point G (Chirurgie B).....	7
Figure 3 : Image per opératoire réduction mammaire gauche. Source : CHU Point G (Chirurgie B).	8
Figure 4 : Image préopératoire, mise en place du drain, reinplattation de la plaque aréolomamelonnaire, fermeture. Source : CHU Point G (Chirurgie B).	9
Figure 5 : Image post opératoire. Source : CHU Point G (Chirurgie B).....	9
Figure 6 : Gigantomastie bilatérale avec le dessin préopératoire chez une patiente assise. Source : CHU Point G (Chirurgie B).....	10
Figure 7 : Image post opératoire. Source : CHU Point G (Chirurgie B).....	11
Figure 8 : Images postopératoires mammoplastie de réduction bilatérale. Source : CHU Point G (Chirurgie B).	11
Figure 9 : gigantomastie bilatérale chez une adolescente de 15 ans non réglée en position debout. Source : CHU Point G (Chirurgie B).....	13

1 INTRODUCTION

La gigantomastie est une mastopathie bénigne rare, qui survient très généralement chez la femme en période pré pubertaire. Elle est à l'origine d'une diminution de la qualité de vie et des complications psychologiques et physiques important.

« C'est une forme exubérante d'hypertrophie mammaire définie par des seins dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³, les normes variant habituellement de 200 à 350 cm³ » [1].

Sa prévalence est mal connue. Cependant, quelques cas sporadiques et isolés sont rapportés dans la littérature mondiale. Actuellement, on dénombre une centaine de cas trop étalés dans le temps sans aucune prédominance raciale ou géographique [2].

L'incidence de la gigantomastie gravidique est variable, elle tourne au tour de 1/100 000 grossesse selon les auteurs [3, 4, 5].

L'étiologie n'est pas entièrement comprise, mais cependant les formes habituelles de cette entité exceptionnelle sont la forme juvénile qui touche la fille en période pubertaire entrant rarement dans le cadre du syndrome de Cowden, la forme gravidique qui se manifeste durant les premières semaines de grossesse, plus rarement la gigantomastie peut être iatrogène secondaire à une prise médicamenteuse ou associée avec une leucémie ou un lymphome, la gigantomastie idiopathique est encore plus exceptionnelle, atteignant la femme adulte de plus de 20 ans en dehors de la grossesse [6, 7, 8]. La gigantomastie est uni- ou bilatérale, d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme, indolore, d'aspect inflammatoire, siège d'une macération cutanée au niveau du sillon sous-mammaire, responsable de véritables lésions infectieuses voire même de nécrose. Cette hypertrophie mammaire est à l'origine d'une véritable détresse psychologique et d'un grand malaise physique. Elle

occasionne souvent des modifications posturales (du fait de l'excès de poids) vers l'avant que la patiente adopte, plus ou moins consciemment, dans le but de dissimuler la taille de ses seins avec une position de cyphose dorsale, épaules projetées en avant. Ces attitudes conditionnées peuvent persister même après l'intervention.

Nous rapportons le cas de trois (4) jeunes femmes porteuses d'une gigantomastie invalidante dont la prise en charge, essentiellement chirurgicale par une mammoplastie de réduction a été effectuée au service de chirurgie B du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) du Point G.

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif général

Décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique de la gigantomastie.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil clinique et les aspects radiologiques de la gigantomastie.
2. Décrire les lésions anatomo-pathologies de la gigantomastie.
3. Déterminer les aspects thérapeutiques et pronostiques.

3 METHODOLOGIE

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

3.2 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service de chirurgie B du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.

3.3 Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 6 ans allant du 1^{er} Octobre 2016 au 31 Octobre 2021.

3.4 Critères d'inclusion

Nous avons inclus toutes les patientes ayant consulté pour gigantomastie.

3.5 Critères de non inclusion

Ont été exclues les patientes dont les dossiers étaient incomplets et celles qui avaient d'autre pathologie mammaire qui n'est pas la gigantomastie.

3.6 Population d'étude

Il s'agit de l'ensemble des patientes qui une gigantomastie, tout âge confondu vues en consultation externe.

3.7 Aspects éthiques

Toutes les données seront gardées conformément au standard international.

Les informations cliniques ne seront pas relevées sans autorisation écrite.

4 OBSERVATIONS

4.1 Observation 1

Mme S.T, 32 ans, G5P3V3A1GEU1D0 ayant un antécédent (ATCD) d'hémoglobinopathie forme AS, de 3 césariennes (respectivement en 2009, 2012 et 2018) et de salpingectomie pour grossesse extra-utérine en 2015. Menarchée à l'âge de 11 ans, avec un cycle irrégulier accompagné de dysménorrhée et de polyménorrhée. Elle a un antécédent familial de mastopathie inflammatoire chez un neveu.

Elle a été vue en consultation au service de Chirurgie B le 14.05.2018 pour malformation mammaire bilatérale plus douleur thoracique.

Le début de la symptomatologie remonterait à la naissance, marqué par une malformation au niveau des mamelons à type d'enfoncement des mamelons non douloureux avec un écoulement lacté. Ces symptomatologies sont exagérées surtout après l'accouchement, accompagné de trouble de règles (polyménorrhée, dysménorrhée), douleur mammaire pendant les règles et la grossesse, ayant motivé plusieurs traitements médicaux qui ont amendé le trouble des règles.

Il y a 10 mois de cela qu'une douleur thoracique serait associée (selon la patiente, liée au poids des seins).

A l'examen clinique elle avait retrouvé une patiente avec un bon état général, OMS1, conjonctives normocolorées, pression artérielle 120/70 mmHg, pouls= 80 pul/mn, poids= 75 kg, taille= 1m57, IMC= 35 kg/M².

Il y avait une hypertrophie mammaire bilatérale avec des mamelons ombiliqués plus ptose des seins.

Le bilan sanguin (Groupe rhésus=O positif, NFS, TP, TCA) et mammographie bilatérale réalisés sont revenus normaux.

Elle a bénéficié d'une mammoplastie de réduction le 22.05.2018 avec la réduction de 500 g à droite et 450 g à gauche selon la technique de Mac Kisson. La durée d'intervention était de 3 heures.

Les suites post opératoire ont été simples. Elle a été exaltée à J3 post opératoire. A l'examen de contrôle le 13.08.2018, il avait une bonne cicatrisation, la patiente était satisfaite à 10/10, le reste de examen était normal. Un rendez-vous de 6 mois a été donné.

4.2 Observation 2

Mme B. S, 15 ans, G0, sans antécédent particulier, ménarchée à l'âge de 13 ans avec un cycle régulier. Reçu en consultation le 19.01.2021 pour tumeur du sein gauche.

Le début de la symptomatologie remonterait à 3 ans environ, marqué par le constat d'un nodule dans le sein gauche suite à l'autopalpation, augmentant de volume progressivement jusqu'à la taille actuelle, associée à une douleur à la type de picotement et de prurit, sans notion de traumatisme ni d'infection. Devant ces signes, elle aurait bénéficié d'un traitement médical non spécifié puis traditionnel sans succès.

L'examen clinique retrouve une patiente avec on etat général, OMS1, conjonctives normocolorées, pression artérielle 110/60 mmhg, pouls= 96 pul/mn, poids= 52 kg, taille= 1m58, IMC= 20, 82 kg/M².

Le sein gauche Présentait une volumineuse tumefaction multinodulaire, des circulations veineuses collatérales et des ulcérations.

Le sein droit Présentait des nodules avec de multiples adénopathies axillaires homolatérale, mobiles d'environ 2 cm, indolores. Le reste de l'examen était sans particularités.



Figure 1 : Image préopératoire de gigantomastie, patiente assise.
Source : CHU Point G (Chirurgie B).

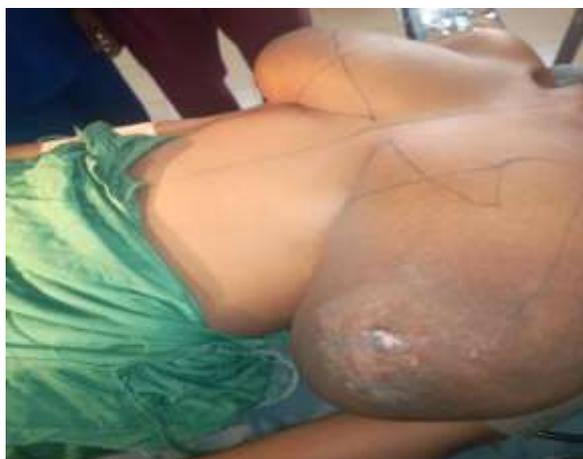


Figure 2 : Dessin pre opératoire, ulcération sur le sein gauche, patiente en decubitus dorsal. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

Le couple mammographie échographie a objectivé une hypertrophie fibro glandulaire du sein gauche d'étiologie lymphatique la plus probable ACR2. La cytoponction a révélé un aspect cytologique en faveur d'une adénofibrome. La microbiopsie préchirurgicale a objectivé un aspect histologique d'un adénofibrome associé à une hyperplasie épithéliale non atypique du sein. La

numération formule sanguine a objectivé une anémie a 8,5 g/dl. Après la transfusion de 2 unités de concentré erythrocytaire le taux Hb de contrôle est revenu à 9,8 g/dl, hematocrite à 30,4%, VGM à 69 fl, TCMH à 22, 3 pg, CCMH à 32,2 g/dl, les plaquettes à $376 \cdot 10^3$ /UL, GR à $4,4 \cdot 10^6$ /UL, lymphocyte à $2,4 \cdot 10^3$ /UL, monocyte à $1,0 \cdot 10^3$ /UL, neutrophile à $3,4 \cdot 10^3$ /UL. Le reste des bilans (les marqueurs tumoraux : Ca 15,3 ; ACE ; TP, TCA, glycémie à jeun, créatininémie, ASAT, ALAT sont revenus normaux.

Le dossier a été présenté à la reunion de concertation pluridisciplinaire, une plastie mammaire de réduction pour gigantomastie bilatérale plus marquée à gauche plus adenome fibrome bilatérale a été indiquée.

Le 25.03.2021 elle a bénéficié d'une réduction mammaire bilatérale selon la technique de Mac Kisson à droite et de Mac Kisson modifiée à gauche avec réduction mammaire de 700g à droite et de 3400g à gauche.



Figure 3 : Image per opératoire réduction mammaire gauche. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



Figure 4 : Image préopératoire, mise en place du drain, reinplantation de la plaque aréolomamelonnaire, fermeture. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



Figure 5 : Image post opératoire. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

L'exat a été faite à J7 d'hospitalisation, les suites opératoires ont été simples.

4.3 Observation 3

Mme D.T, 26 ans, menarchée à l'âge de 20 ans avec, cycle irrégulier, G0, sans antécédent particulier. Elle a un ATCD familial de gros sein (mère), venue en consultation pour augmentation bilatérale mammaire.

Le début de la symptomatologie remonterait à 3 ans environ, marqué par l'installation progressive d'une tumefaction indolore bilatérale des seins, jusqu'à la taille actuelle. La tumefaction est associée à un trouble des règles nécessitant la

prise de prumolit Nord comprimé. Devant ce tableau, elle décide de consulter pour réduction mammaire pour raison esthétique.

L'examen clinique retrouve une patiente avec un bon état général, OMS1, conjonctives normocolorées, pression artérielle 120/80 mmhg, pouls= 92 pul/mn, poids= 75 kg, taille= 1m78, IMC= 23,67 kg/m².

Seins symétriques, anodulaires sans adénopathies axillaires. Le reste de l'examen étaient sans particularité.

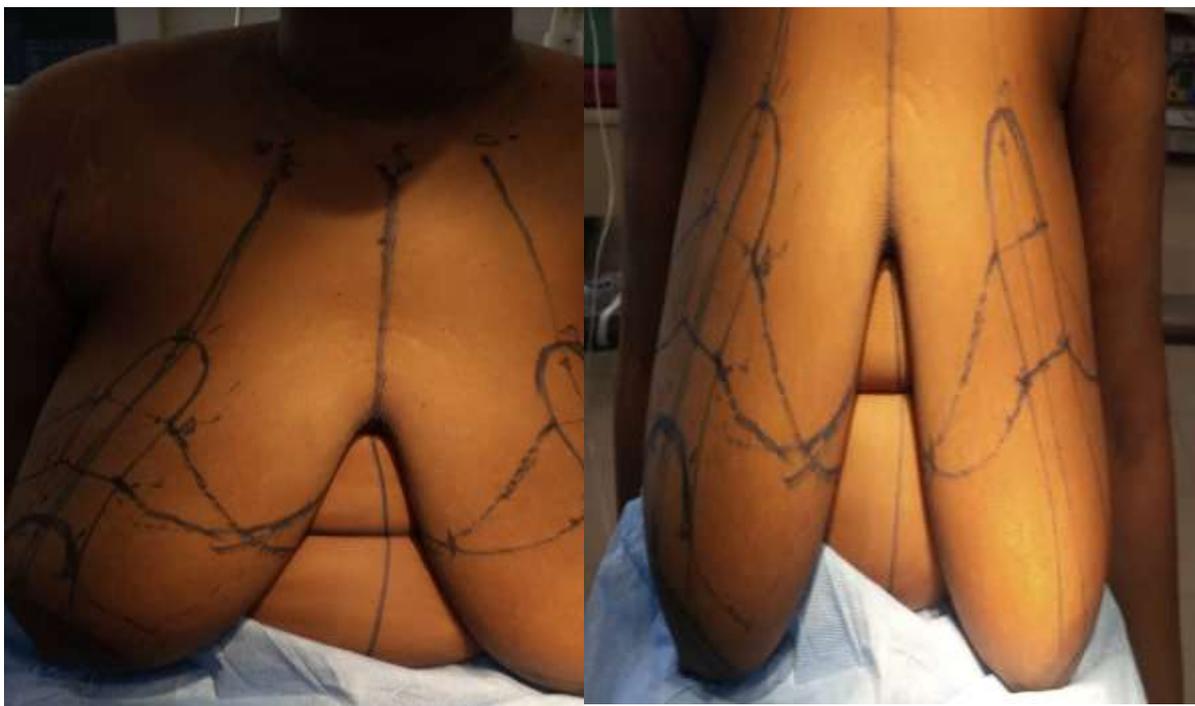


Figure 6 : Gigantomastie bilatérale avec le dessin préopératoire chez une patiente assise. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

Le bilan sanguin (Groupe rhésus, NFS, TP, TCA, Glycémie à jeun, Créatininémie) sont revenus normaux.

Le diagnostic retenu était hypertrophie mammaire bilatérale par trouble hormonal.



Figure 7 : Image post opératoire. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

Elle a bénéficié d'une mammoplastie de réduction de ptose et d'hypertrophie bilatérale (780 g à droite et 760 g à gauche), selon la technique de Mac Kisson le 05.01.2021. L'intervention a duré 3 heures.



Figure 8 : Images postopératoires mammoplastie de réduction bilatérale. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

Les suites opératoires ont été simples.

➤ **A J1** : Plainte néant

. PA=110/70 mmhg, T°=37,4°C, pouls=85 puls/mn,

. Traitement : Rehydratation (2 litre/24h), ciprofloxacine perfusion paracetamol perfusion, néfopam chlorhydrate injectable,

. Drain droit : trace, drain gauche : 30 cc

➤ **J2** : Plainte= Douleur au niveau de la plaie opératoire,

. PA=110/70 mmhg, T°=37,4°C,

. Drain droit= 20cc, drain gauche=10cc

. Traitement : Amoxicilline acide clavulamique, tramadol néfopam chlorhydrate

➤ **J3** : Plainte : Douleur légère au niveau des seins

. Pansement propre, drain trace

. Traitement : Ablation des drains, amoxicilline acide clavulamique, tramadol néfopam chlorhydrate,

L'exeat a été faite à J 3 post opératoire.

4.4 Observation 4

Mme S. S, 15 ans, non ménarchée, sans antécédent particulier. Ses parents l'amènent en consultation le 07.12.2020 pour augmentation du volume des seins. Le début de la symptomatologie remonterait à 4 ans environ, marqué par la constatation d'une augmentation progressive du volume des deux seins jusqu'à la taille actuelle, associée à une lourdeur des seins, difficulté à la marche et des ulcérations.

L'examen clinique retrouve une patiente avec un bon état général, OMS1, conjonctives bien colorées, poids= 75 kg, taille= 1m50, IMC= 33,33 kg/m².

Des seins asymétriques avec des CVC, le sein gauche plus volumineux que le sein droit.

- **Sein gauche** : plus volumineux présente des ulcérations disséminées à sa surface avec une rétraction mammelonnaire. Il ya pas d'adénopathie axillaire à la palpation.

Sein droit : Moins volumineux avec des ulcérations, pas d'adenopathie axillaire. Le reste de l'examen était sans particularité.



Figure 9 : gigantomastie bilatérale chez une adolescente de 15 ans non réglée en position debout. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

La mammographie avait objectivé une hypertrophie bilatérale du tissu fibroglandulaire sans image nodulaire nettement. L'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie thoracique étaient normales. Le bilan sanguin (groupe rhésus, NFS, TP, TCA, glycémie à jeun Créatininémie) est revenu normal. La patiente fut hospitalisée le même jour.

Une mammoplastie de réduction de ptose et d'hypertrophie bilatérale a été réalisée le 10.12.2020 avec réduction de 1700g à droit et 2000g à gauche, selon la technique de Mac Kisson. Durée d'intervention était de 3 heures30 minutes. Les suites opératoires ont été simples. Elle a été exécutée à J 2 post opératoire.

5 RESULTATS

Notre étude a porté sur une série de 4 cas colligé entre le 1^{er} Octobre 2016 et le 31 Octobre 2021, au service de Chirurgie B du CHU Point G. l'âge de nos patientes variait de 15 à 32 ans avec une moyenne de 22 ans. Une seule de nos patientes avait un antécédent médical d'hémoglobinopathie forme AS (observation N°1), deux patientes avaient un antécédent familial de mastopathie chez un neveu (observation N°1) et de gros sein chez la mère (observation N°1). Deux de nos patientes avaient un cycle irrégulier (observation N°1 et N°3). Nous avons eu deux cas de gigantomastie juvénile (observation N°2 et N°4) au cours de notre étude dont une patiente non menarchée (observation N°4). Deux de nos patientes avaient une douleur thoracique avec gêne physique (observation N°1 et N°4). Deux patientes avaient un trouble du cycle avec hormonothérapie à base de progestatif (observation N°1 et N°3). Deux patientes avaient un IMC élevé (observation N°1 et N°4). Il y avait des CVC et des ulcérations sur les seins chez 2 de nos patientes (observation N°2 et N°4). Une patiente avait des adénopathies axillaires (observation N°2). La mammographie a été réalisée chez trois de nos patientes (observation N°1, N°2 et N°3) et l'échographie mammaire chez deux (observation N°1 et N°2). Une de nos patiente avait été classée ACR2 (observation N°2). Nous avons eu un cas d'adénofibrome associé à l'hyperthrophie mammaire (observation N°2). Les marqueurs tumoraux (Ca15, 3 et ACE) ont été demandés chez une de nos patiente (observation N°2) qui sont revenus normaux. Une de nos patiente (observation N°2) avait une anémie à 8,5 g/dl nécessitant une transfusion de deux unités en préopératoire et deux unités en peropératoire. Aucune de nos patientes n'a bénéficié de traitement médical à base de progestatif ou de bromocriptine. Toutes nos patiente ont été traité chirurgicalement (soit 100%), avec un poids d'exérèse moyen de 1286,25 g. La technique opératoire la plus utilisée était mammoplastie de réduction selon la technique de Mac Kisson. La technique de Mac Kisson plus Mac Kisson

modifié a été réalisée chez une patiente de nos patientes (observation N°2). La durée moyenne d'intervention était de 3h17 minutes. La pièce a été fixée et envoyé à l'examen anatomopathologique pour toutes nos patientes. Les suites opératoires ont été simples chez toutes nos patientes. Il ya pas eu de nécrose de la plaque aréolomamelonnaire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours. Toutes nos patientes étaient satisfaites à 10/10 en post opératoire.

Tableau récapitulatif

Patientes	Age (année)	IMC (kg/m ²)	Type de Gigantomastie	Technique opératoire	Durée d'intervention (heure)	Poids D'exérèse (kg)		Complications (post opératoires)
						Sein droit	Sein gauche	
Observation 1	32	35	Juvenile	Mac Kiskey	3h	500	450	Néant
Observation 2	15	20, 82	Juvenile	Mac Kiskey plus Mac Kiskey modifié	-	700	3400	Néant
Observation 3	26	23, 67	Juvenile	Mac Kiskey	3h	780	760	Néant
Observation 4	15	33, 33	Pré-pubertaire	Mac Kiskey	3h30	1700	2000	Néant

6 DISCUSSION

La gigantomastie est marquée par une augmentation très rapide du volume mammaire supérieur à 1500 cc [9]. Elle est uni ou bilatérale, d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme, indolore, d'aspect inflammatoire, siège d'une macération cutanée au niveau du sillon sous-mammaire, responsable de véritables lésions infectieuses voire même de nécrose. La gigantomastie était bilatérale dans notre série d'étude. Deux patientes avaient des ulcérations mammaires (observation N°2 et N°4).

Cette hypertrophie mammaire est à l'origine d'une véritable détresse psychologique et d'un grand malaise physique. Elle occasionne souvent des modifications posturales du fait de l'excès de poids vers l'avant que la patiente adopte, plus ou moins consciemment, dans le but de dissimuler la taille de ses seins avec une position de cyphose dorsale, épaules projetées en avant. Ces attitudes conditionnées peuvent persister même après l'intervention. Dans notre étude deux patientes avaient une douleur thoracique avec gêne physique (observation N°1 et N°4).

Les formes habituelles de cette entité exceptionnelle sont:

La forme juvénile

Elle touche la fille en période pubertaire, sa physiopathologie est très discutée. Le facteur le plus important serait dû à un déséquilibre hormonal. Le facteur le plus important serait dû à un déséquilibre hormonal. L'augmentation du nombre des récepteurs d'estrogène et/ou de progestérone a été mise en cause [10]. Cette hypothèse n'a pas été retrouvée par Lafrenière et al. [11]. Nous avons retrouvé deux cas de gigantomastie juvénile dans notre série étude (observation N°2 et N°4) dont un cas chez une patiente non menarchée (observation N°4). Malgré que les récepteurs

hormonaux n'ont pas été dosés dans notre étude, la survenue de la gigantomastie avant la puberté, nous laisse exclure cette hypothèse d'élévation de récepteurs d'estrogènes et/ou de progesterone.

La forme gravidique

La gigantomastie gravidique est une augmentation diffuse du volume du sein au cours de la grossesse [6]. Elle est consécutive à une évolution exacerbée de l'hyperplasie épithéliale physiologique au cours ou au décours de la grossesse. C'est un désordre rare 1 cas/100.000 [3]. Elle apparaît au cours des premières semaines d'aménorrhée [3]. L'hypertrophie est énorme et les troubles trophiques sont très étendus [12]. Cette hypertrophie ressemble à celle de l'adolescente à l'exception d'une hyperplasie lobulaire plus marquée. L'étiologie reste mystérieuse pour certains autres [3]. Par contre, d'autres mettent en cause une surproduction hormonale (HCG, HPL, estrogènes) durant la grossesse ou une hypersensibilité de l'organe cible à ces hormones notamment à la prolactine [6]. Wolf a retrouvé dans son étude une possibilité de lien de causalité entre le sexe du fœtus et la survenue de gigantomastie au cours de la grossesse [6]. Nous n'avons pas retrouvé de cas de gigantomastie gravidique dans notre série.

La gigantomastie héréditaire

L'antécédent familial de gigantomastie peut être un facteur étiologique [6]. Nous notons un cas d'antécédent familial de gigantomastie dans notre étude.

La gigantomastie pré pubertaire

La gigantomastie en dehors de la puberté et la grossesse est en fait très rare. SKILLMAN J al ont rapporté un seul cas auparavant [8]. Notre étude ne corrobore avec celle de SKILLMAN J al, nous avons retrouvé un cas de gigantomastie prépubertaire (observation N°4).

✚ La Gigantomastie menstruelle

C'est une forme exceptionnelle décrite uniquement par quelques auteurs Geschieter, elle survient vers l'âge de 30 ans [13]. Le développement mammaire prend naissance à des degrés modérés au cours de la menstruation. L'hypertrophie est rarement remarquée l'augmentation peut atteindre 10 à 25% du volume du sein et elle s'accompagne d'une mastodynie.

✚ La gigantomastie iatrogène

Elle est secondaire à une prise médicamenteuse. La progestérone garde un rôle discutable. La recherche d'une hormonodépendance a été effectuée par patientes retrouvant un faible marquage des récepteurs des œstrogènes et un marquage élevé pour le récepteur de la progestérone [14]. Nous avons eu deux cas de gigantomastie chez des patientes traités par progestatif pour trouble du cycle (observation N°1 et N°3). D'autres médicaments ont été incriminés dans la survenue de la gigantomastie qui n'ont pas été retrouvés dans notre étude, telque D-pénicillamine, le Néothétazone, la cyclosporine et la bucillamine [7, 15, 16].

✚ **La gigantomastie idiopathique** Elle est encore plus exceptionnelle, atteignant la femme adulte de plus de 20 ans en dehors de la grossesse [8]. Histologiquement, on observe une hypertrophie du tissu conjonctif plutôt qu'une hyperplasie du tissu glandulaire. Hedberg et al. rapportent une accumulation intracellulaire d'une substance plutôt qu'une prolifération du tissu conjonctif [17].

La gigantomastie peut être parfois accompagnée de fibroadénome, de foyers d'abcedations et plus exceptionnellement de carcinome canalaire dont la relation de cause à effet n'est pas démontrée. Une de nos patiente avait été classée ACR2 (observation N°2). Nous avons eu un cas d'adénofibrome associé à l'hyperthrophie mammaire (observation N°2). Les marqueurs tumoraux (Ca15, 3

et ACE) ont été demandés chez une de nos patientes (observation N°2) qui sont revenus normaux.

Le diagnostic de la gigantomastie est clinique. Les examens complémentaires ont comme intérêt surtout d'éliminer une autre pathologie qui pourrait être associée à la gigantomastie. L'imagerie est pauvre. L'échographie n'est pas indispensable pour confirmer le diagnostic de la gigantomastie. Elle constitue un examen de référence chez l'adolescente. Si la mammographie perd ses qualités chez la femme jeune, l'échographie mammaire permet de reconnaître facilement les différents éléments qui constituent un sein normal. Toutefois, elle a un grand intérêt dans la recherche des lésions associées tel qu'un fibroadénome, une abcédation ou un cancer. La mammographie a un intérêt qui se limite à la recherche de calcifications [18]. Sur le plan pratique, les seins hypertrophiés se prêtent mal à l'examen radiologique. La mammographie bilatérale, et/ou échographie mammaire, sont nécessaires chez les femmes de plus de 35 ans, ou chez celles présentant des antécédents personnels et/ou familiaux particuliers. Dans tous les cas, il est recommandé de faire pratiquer une mammographie quelques mois après l'intervention, afin de servir de référence à la surveillance ultérieure des seins. L'échographie est l'examen de routine le plus performant en situation gravidique et inflammatoire. Elle montre un épaississement œdémateux des structures cutanées et glandulaires [10, 19]. Le bilan hormonal (FSH, LH, PRL, E2, Pg, hormones thyroïdiennes, hormone de croissance) est normal, au cours de la gigantomastie virginale. Le bilan hormonal n'a pas été réalisé au cours de notre cas. Par contre au cours de la gigantomastie gravidique, une augmentation variable de la prolactinémie non liée à une anomalie hypophysaire. La radiographie de la selle est nécessaire pour éliminer une pathologie hypophysaire. Au cours de la gigantomastie gravidique, L'histologie nécessaire devant une augmentation inflammatoire des seins montre une prolifération épithéliale pluristratifiée floride avec des structures papillaires, sans atypie, les cellules

épithéliales sont vacuolisées témoignant d'une activité sécrétoire importante. Au niveau du stroma on retrouve œdème, sclérose et nécrose [7, 10]. L'aspect caricatural dans ce contexte ne doit pas occulter la possibilité d'autres mastopathies rares comme les lymphomes mammaires [7]. Il n'y a pas de conduite thérapeutique standard de la gigantomastie vu le faible nombre des cas rapportés dans la littérature. La majorité des auteurs proposent l'hormonothérapie comme traitement de première intention en cas de gigantomastie gravidique par médroxyprogestérone, dydrogestérone, tamoxifène, danazol, les androgènes ou la gosereline [7, 8, 15, 16, 20]. À fortes doses, ce médicament peut entraîner l'arrêt voire même la régression de la gigantomastie surtout dans sa forme gravidique [17]. Le Tamoxifène serait utile pour prévenir les récives après mammoplastie de réduction [17]. Les corticoïdes et les diurétiques, peuvent être utilisés prudemment [17]. En cas de non-réponse au traitement médical, la chirurgie s'impose avant l'installation de la nécrose. Aucune de nos patientes n'a bénéficié d'un traitement médical de la gigantomastie. La mammoplastie de réduction a été réalisée chez toutes nos patientes. Les techniques les plus souvent utilisées dans la littérature sont celles de Mac Kisson, la réduction à la Thorek, ou le T inversé. La technique de Mac Kisson étaient la plus utilisée dans notre étude, la technique de Mac Kisson modifiée a été utilisée chez une patiente de nos patiente (observation N°2).

La plastie mammaire de réduction (PMR) est désormais une intervention chirurgicale courante en cas de gigantomastie juvénile, motivée par des raisons essentiellement fonctionnelles, psychologiques et/ou esthétiques. Les raisons de recourir à la mammoplastie de réduction étaient fonctionnelle et psychologique chez nos patientes. Seulement une dans un cas notre patiente avait des douleurs rachidiennes et des difficultés à marcher à cause d'une cyphose. Il s'agit d'une chirurgie réalisée le plus souvent à partir de l'âge de 15- 16 ans pour que les seins terminent leur maturation et les qualités mécaniques de la peau sont meilleures,

tout en tenant compte du caractère fonctionnel des seins (allaitement) [15, 20]. Peu d'articles ont été publiés tant sur la prise en charge de l'hypertrophie mammaire juvénile que sur les possibilités d'allaiter après une PMR [6, 17, 21].

Après mammoplastie l'évolution est marquée par la fréquence des récurrences dans un délai de quelques mois, voire des années. La grossesse en serait une des causes, en raison de l'hyperœstrogénie associée [6, 21, 22, 23, 24]. Dans le cas où une intervention est décidée, il faut respecter un délai de deux ans avant d'envisager une grossesse. Des mammographies bilatérales, et/ou échographie mammaire, sont nécessaires chez les femmes de plus de 35 ans, ou chez celles présentant des antécédents personnels et/ou familiaux particuliers. Dans tous les cas, il est recommandé de faire pratiquer une mammographie quelques mois après l'intervention, afin de servir de référence à la surveillance ultérieure des seins.

CONCLUSION

La gigantomastie ou hypertrophie virginale est une mastopathie rare qui touche essentiellement la jeune fille. L'analyse de cette série de cas ainsi qu'une revue de la littérature ont permis de dégager des arguments indirects, en faveur des hypothèses hormonale et auto-immune qui seraient impliquées dans son étiopathogénie. La preuve directe n'a pas encore été démasquée. Le retentissement physique, psychique et social causé par cette affection reste préjudiciable. L'absence de traitement médical efficace, et les récurrences quasi-constantes après traitement chirurgical conservateur, forcent la main au chirurgien pour un traitement radical devant cette pathologie bénigne.

7 RECOMMANDATIONS

Aux Autorités politiques et sanitaires

- Mettre en place une base de données Nationales pour l'informatisation des données sanitaires.
- Mettre en place des stratégies d'éducation et de sensibilisation sur la gigantomastie et sa prise en charge en y impliquant les décideurs, le grand public, les médias et les prestataires de soins de santé.
- Mettre en place un programme de dépistage de portant sur tous les segments de la population.
- Mettre en place un politique de prise en charge.
- Equiper les plateaux techniques et former des personnels en fin de développé d'avantage la chirurgie mammaire au Mali.

Aux prestataires de service de santé

- Remplir correctement les supports en fin de permettre une bonne collecte de données.
- Faire un dépistage systématique de la gigantomastie.
- Faire un suivi correct des patientes et renseigner ces données dans les dossiers médicaux en fin de détecter les cas de récurrence.
- Faire des recherches scientifiques sur la gigantomastie.

A la population

- Consulter tôt pour une prise en charge adéquate.

REFERENCES

1. J. Hafidi, S. El Mazouz*, N. Gharib*, A. Abbassi*, S. El Khloufi**, A. El Ayoubi**, M. Boutarbouch**, Y. Bjjjou**, M. Bouchikhi**, M. Jiddane**
Prise en charge d'une gigantomastie.
2. Adégné T, Karim K, Zakari S Ap.togo@yahoo.f LA GIGANTOMASTIE ; cours du Diplôme Universitaire (DU) de Sénologie année 2021-2022 Mali.
3. Beischer NA, Hueston JH, Pepperell RJ. Massive hypertrophy of the breasts in pregnancy : report of 3 cases and review of the literature, "never think you have seen everything". *Obstet Gynecol Surv* 1989;44:234-43.
4. Lewison EF, Jones GS, Trimble FH, da Lima LC. Gigantomastia complicating pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1960;110:215-23.
5. Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Management of gestational gigantomastia. *Plast reconstr Surg* 2006;118:840-8.
6. Wolf Y., Pauzner D., Groutz A., Walman I., David M.P. Gigantomastia complicating pregnancy. Case report and review of the literature *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 1995 ; 74 : 159-163.
7. Windom K.W., McDuffie R.S. Non-Hodgkin's lymphoma presenting with gigantomastie in pregnancy *Obstet. Gynecol.* 1999 ; 93 (5 Pt 2) : 852.
8. Skillman J., Beechey-Newman N., Hamed H. Gigantomastia unrelated to pregnancy or puberty : a case report *Breast* 2002 ; 11 : 179-180.
9. Dem A, Wone H, Faye ME, Dangou JM, Toure P. la gigantomastie gravidique : à propos d'un cas. *JournGynObstBiolReprod.* 2009; 38(3):254-257. PubMed | Google Scholar.
10. Noczinska A, Wasikova R, Myczkowski T. Hypersensitivity of estrogen receptors as a cause of gigantomasty in two girls. *Pol Merkur Lekarski.* 2001; 11:507-9. PubMed | Google Scholar.
11. Lafrenière R, Temple W, Ketchman A. Gestationnal macromastia. *Am J Surg.* 1984; 148(3): 413-8 . PubMed | Google Scholar.
12. SOUTAR. SIMPSON. B. Clinical Record, Notes on a case of diffuse hypertrophy of the breasts *Edin. Med. J,* 1920, vol 24, PP: 176-179.

13. GESCHIETER. C.F, Diseases of the breast : Biagnosis, Pathology, and treatment - ed 2. Lippincott, philadelphie, 1945, PP : 114 - 119.
14. ANDERSON, C., RICCI A., JR., PEDERSEN C. A., et al. Immunocytochemical analysis of estrogen and progesterone receptors in benign stromal lesions of the breast. *Am J Surg Pathol.*1991;15:145-9.
15. DESAI. S.N, Sudden Gigantism of breasts : Drug induced? *British Journal of plastic surgery*, 1973, vol 26, PP : 371 - 372.
16. Sakai Y, Wakamatsu S, Ono K, Kumagai N. Gigantomastia induced by bucillamine. *Ann Plast Surg.* 2002; 49(2):193-5. PubMed | Google Scholar.
17. HEDBERG. K, KARLSSON. K, LINDSTEDT. G, Gigantomastia during pregnancy : Effect of dopamine agonist – *Am. J. obstet. Gynecol.* 1979, April 1.5, Pp928-931.
18. GURIN. C, LOGET. PH, WATIER. E, KERISIT. J, PAILHERET. J - P, GI RAUD J. R. Le Fibroadénome géant juvénile chez l'adolescente *Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique*, 1993, vol 88, n° 1, PP : 27 - 31.
19. Charguia R, Houimlid S, Damaka T, Khomsia F, Ben Hasounaa J, Gamoudib A, Boussenc H and Rahala K. Récidive d'une gigantomastie après mammoplastie : à propos d'un cas et revue de la littérature. *J anchor.*2005 March; 8 :130. PubMed | Google Scholar.
20. Taylor PS, Cumming DC, Corenblum B. Successful treatment of D-penicillamine-induced breast gigantism with danazol. *BMJ.* 1981; 282:362-3. PubMed | Google Scholar.
21. SHIP AG, SHULMAN J. Virginal and gravid mammary gigantism:recurrence after reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg* 1971;24:396–401.
22. Albert H. Diffuse idiopathic hypertrophy of the mammary glands of the female: a report of a new case and a consideration of the etiology and pathology based on data of recorded cases. *JAMA.*1910; 55:1339-43. PubMed | Google Scholar.
23. Van-Heeden JA, Gharib H, Jackson IT. Pseudohyperparathyroidism secondary to gigantic mammary hypertrophy. *Arch Surg.* 1988; 123: 80-2. PubMed | Google Scholar.

24. Sperling RL, Gold JJ. Use of an anti-estrogen after a reduction mammoplasty to prevent recurrence of virginal hypertrophy of breasts: case report. *Plast Reconstr Surg.* 1973; 52(4):439-42. PubMed | Google Scholar.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TOGO

Prénoms : Aïssata Y.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Resumé:

Objectif: Nous apportons quatre cas gigantomastie dans le but de décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique.

Methode et materiel : Il s'agissait d'une étude rétrospective transversale allant du 1^{er} Octobre 2016 au 31 Octobre 2021, soit une période de 6 ans, au service de chirurgie B du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G. Ont été incluses toutes les patientes ayant consulté pour gigantomastie, tout âge confondu.

Resultat : Sur une série de quatre cas, nous avons trouvé trois cas de gigantomastie juvénile et un cas de gigantomastie pré pubertaire. L'âge de nos patientes était entre 15 et 32 ans avec une moyenne de 22 ans. Nous avons eu un cas d'adénofibrome associé à l'hyperthrophie mammaire (observation N°2).

Discussion : La gigantomastie est définie par des seins dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³. Il en résulte une véritable détresse psychologique et un grand malaise physique. Son traitement est chirurgical et fait appel à la mammoplastie de réduction qui peut être soit conservatrice soit radicale. Les techniques les plus utilisées sont le Mc Kisson et le Thorek. Notre traitement a été la mammoplastie de réduction selon la technique de Mac Kisson. Les suites opératoires ont été simples chez toutes nos patientes. Toutes nos patientes étaient satisfaites à 10/10 en post opératoire.

Conclusion : La gigantomastie est une mastopathie bénigne rare invalidante. Elle L'analyse de séries de cas, ainsi qu'une revue de la littérature ont permis de dégager des arguments indirects, en faveur des hypothèses hormonale et auto-immune qui seraient impliquées dans son étiopathogénie. La mammoplastie de réduction qui peut être soit conservatrice soit radicale

Mots clés: Gigantomastie, mammoplastie, mastectomie, Mac Kisson.