



Prise en charge d'une gigantomastie

Care of a gigantomasty

علاج ضخامة الثدي

J. Hafidi, S. El Mazouz*, N. Gharib*, A. Abbassi*, S. El Khloufi**, A. El Ayoubi**, M. Boutarbouch**, Y. Bjijou**, M. Bouchikhi**, M. Jiddane**

المخلص :

مقدمة : إنه مرض نادر لكنه حميد : لأسباب غير معروفة والذي يتمثل في ان نمو المَفرط والغير عادي للثدي. فإنه غالبا ما يحدث خلال فترة البلوغ أو أثناء الحمل والذي ينعكس سلبيًا على الحالة النفسية والبدنية، لذلك فإنه يتطلب تدخل سريع وفعال.

ملاحظة : فتاة تبلغ من العمر 15 عاما، والتي إستفادت من عملية تصغير الثدي بطريقة Thorek، هذه الأخيرة تخصّ بالذات الثدي ذو الحجم المفرط، فهذه العملية سمحت باستخلاص أكثر من 4 كلغ من كل ثدي، و التي كانت ناجحة مما أدى إلى اقتناع المريضة بالنتيجة وعزمها الشديد على المراقبة لمدة 18 شهرا.

مناقشة : الحجم المفرط للثدي يمكن تعريفه كالآتي ثدي يفوق حجمه 1500 سنتم مكعب، والذي يتسبب في محن نفسية وجسدية عويصة. فالعلاج يعتمد على الجراحة والتي تعتمد هي الأخرى إما على طريقة استئصال الثدي بأكمله أو الحفاظ على جزء منه. فعلى الأغلب هناك مجموعة من الطرق المستعملة فاختيارنا يعتمد اساسا على الطريقة التي تمكننا من الحصول على نتائج تجميلية ووظيفية جيدة

خلاصة : علاج تضخم الثدي بطريقة Thorek تمكننا من الحصول على نتائج تجميلية ووظيفية جيدة

كلمات البحث : ضخامة الثدي، العلاج، جراحة الثدي، Thorek

Résumé :

Introduction : C'est une maladie rare, bénigne et d'étiologie inconnue, qui se manifeste par un développement anormal et excessif des seins. Elle survient le plus souvent lors de la puberté ou lors de la grossesse. Son retentissement à la fois physique et psychologique, considérable, exige une prise en charge rapide et efficace.

Observation : Il s'agit d'une jeune patiente de 15 ans qui a bénéficié d'une réduction mammaire dite de Thorek. Cette technique est particulièrement adaptée au traitement des gigantomasties évoluées. L'intervention a permis de retirer plus de 4 kgs dans chacun des 2 seins. Les suites opératoires sont simples et la patiente est très satisfaite du résultat avec un recul de 18 mois.

Discussion : l'hypertrophie mammaire lors de la maladie 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 préférence va vers cette dernière parce qu'elle ménage pour le mieux la viabilité de l'aréole et minimise les risques de complications locales : œdème, ulcère, nécrose, infection.

Conclusion : La technique de Thorek utilisée pour traiter la gigantomastie de notre patiente a donné des résultats satisfaisants sur le plan fonctionnel et esthétique. Cependant la patiente demeure sous surveillance régulière car les récidives sont fréquentes et peuvent nécessiter une réintervention.

Mots clés : Gigantomastie, mammoplastie, mastectomie, Thorek.

Abstract :

Introduction : This is a rare, benign and of unknown etiology illness that is characterized by abnormal and excessive development of the breasts. It occurs most often during puberty or during pregnancy. Its physical and psychological impacts requires a quick and efficient care.

Observation : This is a 15 years old patient who received a breast reduction called Thorek. This technique is particularly suitable for the treatment of advanced gigantomasty. The intervention was successful in removing more than 4 kgs in each of two breasts. The postoperative course is simple and the patient is very satisfied with the result with a decline of 18 months.

Discussion : The disease is defined by a breast volume superior to 1500 cm³. This results in a psychological distress and physical discomfort. Its treatment is surgical and involves the reduction mammoplasty that can be either conservative or radical. The most common techniques used are the Mc Kisson and Thorek. Our preference goes to the Thorek because it respects the viability of the areola and minimizes the risk of local complications : oedema, ulceration, necrosis, infection.

Conclusion : The technique of Thorek used to treat the gigantomasty of our patient gave satisfactory results in terms of function and aesthetics. However, she remains under regular survey because of recurrences that are common and may require reoperation.

Key words : Mgigantomastia, mammoplasty, mastectomy, Thorek.

Tiré à part : M. Outarahout : Service de chirurgie plastique, hôpital Al-Ghassani, CHU de Fés, Maroc

*Service de chirurgie plastique et reconstructrice, hôpital Ibn-Sina, CHU de Rabat - Salé, Maroc.

**Département d'anatomie, Faculté de médecine et de pharmacie, CHU de Rabat - Salé, Maroc.

Introduction

La gigantomastie est une affection bénigne rare qui touche habituellement la jeune femme à la période pubertaire ou au décours d'une grossesse. Aucune étiologie n'est connue, cependant certains auteurs penchent pour une hypersensibilité aux hormones sexuelles [1,2]. Les conséquences physiques et le retentissement psychologique de la gigantomastie imposent une prise en charge chirurgicale des plus rapides ainsi qu'un suivi post-opératoire rigoureux car les récives sont fréquentes.

Observation

Sakina est une jeune patiente de 14 ans sans antécédents personnels ou familiaux particuliers. Issue d'un milieu rural défavorisé de la région d'El Jadida, elle se présente à notre consultation en présentant une gigantomastie. La taille des seins est impressionnante, l'hypertrophie est symétrique, chacun des seins pèse plus de 5 kgs (figure 1, 2, 3). Le seul traitement d'une telle gigantomastie est la cure chirurgicale. Vu l'handicap physique et psychologique qu'occasionne une gigantomastie de cette taille, la patiente est rapidement programmée pour une mammoplastie de réduction.

Nous utilisons la technique de Thorek. L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, la patiente est installée en décubitus dorsal. Le dessin préopératoire comprend l'axe des seins ainsi que le patron de Wise. L'intervention

Figure 1



Aspect pré-opératoire, vue de face

Figure 2



Aspect préopératoire, vue de profil gauche

Figure 3

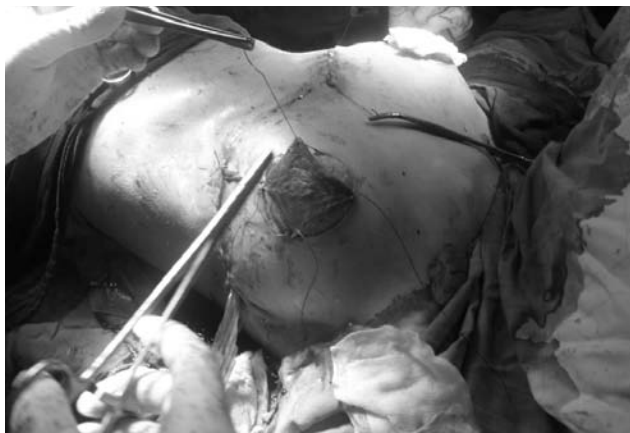


Aspect préopératoire, vue de profil droit

commence ensuite par la plaque aréolomamelonnaire qui est réduite à un diamètre de 4 cm, puis levée en peau totale et conservée dans une compresse humide. On réalise ensuite la résection cutanéoglandulaire en quille de bateau. Les piliers glandulaires sont ensuite rapprochés au fil résorbable et le cône mammaire est reconstitué. En fin d'intervention, les aréoles sont reposées sur une zone désépidermée située au sommet du nouveau cône mammaire (figure 4). Le saignement peropératoire était prononcé du fait de la dilatation des vaisseaux, contribuant à ralentir le déroulement de l'intervention, chacun des vaisseaux qui saigne étant électrocoagulé ou ligaturé.

La pièce opératoire est pesée et envoyée au service d'anatomopathologie pour examen histologique. La pièce opératoire du sein droit pèse 4,3 kgs et celle du sein gauche 4,4 kgs. Les suites opératoires sont simples, avec mise en place d'un élastoplast conservé une semaine (figure 5) suivi d'un changement de pansement quotidien. Le résultat de

Figure 4 : En per opératoire



Mise en place de la greffe de plaque aréolo-mammelonnaire

Figure 5



Mise en place de l'élastoplast

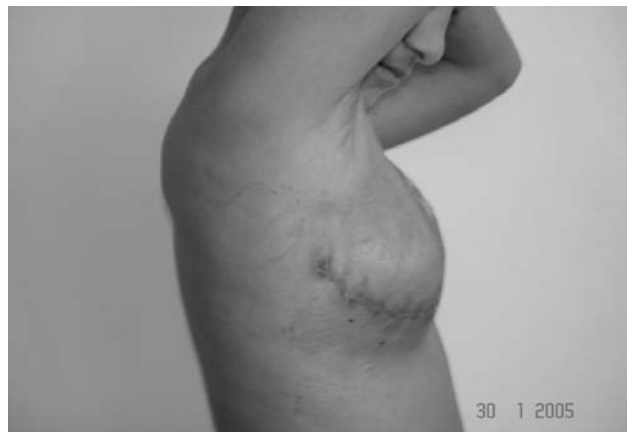
l'examen anatomopathologique révèle une macromastie pubertaire. La patiente est revue tous les 3 mois. 18 mois après l'opération on note une augmentation assez sensible de la taille des deux seins ne justifiant pas actuellement une réintervention d'autant plus que la patiente est très satisfaite du résultat (figures 6, 7, 8, 9 et 10). Elle demeure sous surveillance.

Figure 6



Résultat à 6 mois, vue de face

Figure 7

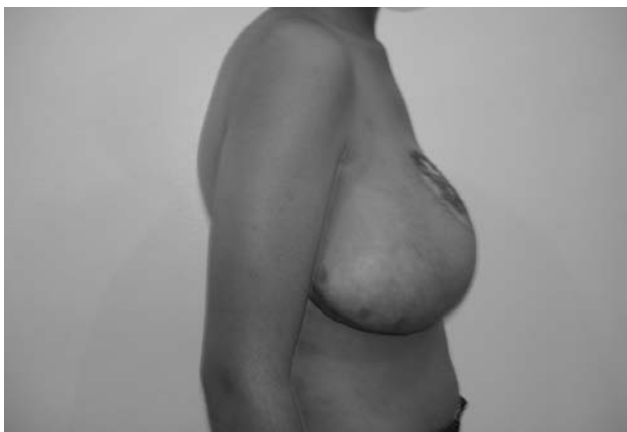


Résultat à 6 mois, vue de profil droit

Figure 8



Résultat à 18 mois, vue de face

Figure 9*Résultat à 18 mois, profil gauche***Figure 10***Résultat à 18 mois, profil droit*

Discussion

La gigantomastie 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. 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 [3], 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 [4], la gigantomastie idiopathique est encore plus exceptionnelle, atteignant la femme adulte de plus de 20 ans en dehors de la grossesse [1].

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.

La distance manubrium sternal-mamelon est souvent supérieure à 22 cm, 54 et 55 cm chez notre patiente, et celle du sillon mammaire-mamelon de plus de 7 cm. Le poids des seins peut atteindre le quart à la moitié du poids corporel total, et peut tomber jusqu'aux cuisses voire même les genoux de la patiente [5]. Microscopiquement, on observe une hypertrophie du tissu conjonctif plutôt qu'une hyperplasie du tissu glandulaire [6], Hedberg et al rapportent une accumulation intracellulaire d'une substance plutôt qu'une prolifération du tissu conjonctif.

Certains auteurs proposent l'hormonothérapie comme traitement de première intention par médroxyprogestérone, dydrogestérone, tamoxifène, danazol, les androgènes ou la gosereline, cependant ces traitements sont souvent décevants et présentent des effets secondaires non négligeables [7,8,9]. Nous préférons donc la solution chirurgicale, celle-ci s'impose aussi rapidement que possible et préférentiellement avant l'installation de la nécrose. L'attitude oscille entre la mammoplastie de réduction, traitement de choix de la gigantomastie juvénile, à faire cependant à partir de l'âge de 15-16 ans pour que les seins terminent leur maturation si l'état de la patiente le permet. À cet âge, les qualités mécaniques de la peau sont meilleures, la glande est plus plastique. Ceci aura pour conséquences une réadaptation plus facile de la peau sur le volume glandulaire réduit,

avec des cicatrices plus courtes, un résultat morphologique meilleur et un sein plus stable dans le temps. À l'inverse, l'hypertrophie mammaire de la femme non obèse après 40 ans, est souvent constituée, soit par une glande dystrophique ou mastosique, plus difficile à modeler, soit par une glande en involution graisseuse. La peau ayant de moins bonnes qualités mécaniques, la cicatrisation sera plus longue mais de bonne qualité et souvent fine. Les techniques les plus souvent utilisées sont celles de McKissock ou celle de Thorek comme pour notre patiente. La technique de McKissock, dite à pédicule inférieur, permet la transposition de l'aréole sur un pédicule dermoglandulaire vertical. Chez les patientes présentant une gigantomastie, la viabilité de l'aréole risque d'être précaire et le risque de complications locales accru, c'est pour cela que notre préférence va vers la technique de Thorek.

Après mammoplastie l'évolution est marquée par la fréquence des récurrences dans un délai de quelques mois,

voire des années. Certains auteurs préfèrent la mastectomie radicale à cause du vol sanguin assez important occasionné par l'engorgement mammaire, d'autant plus que l'hémostase est mieux contrôlée en cas de mastectomie. Malgré le traitement radical, quelques cas d'hypertrophie de tissu mammaire axillaire résiduel nécessitant une exérèse chirurgicale de rattrapage sont possibles [10].

Conclusion

La gigantomastie est une forme extrême d'hypertrophie mammaire. Uni- ou bilatérale, elle est de survenue brutale et d'évolution rapide en période péripubertaire. Elle est à l'origine d'une véritable détresse psychologique et d'un grand malaise physique. Elle nécessite un traitement rapide et efficace. Un suivi à long terme est nécessaire, des récurrences étant possibles, conduisant dans les cas extrêmes à une mastectomie bilatérale avec reconstruction mammaire immédiate ou secondaire.

Références

1. Skillman J., Beechey-Newman N., Hamed H. Gigantomastia unrelated to pregnancy or puberty: a case report *Breast* 2002 ; 11 : 179-180.
2. 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.
3. Sood A., Garg R.K., Saily R., Dash R.J. A patient with congenital hypertrichosis, gum hyperplasia and macromastia *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* 2000 ; 13 : 561-563.
4. Windom K.W., McDuffie R.S. Non-Hodgkin's lymphoma presenting with gigantomastie in pregnancy *Obstet. Gynecol.* 1999 ; 93 (5 Pt 2) : 852.
5. 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 : 1339-1343.
6. Hedberg K., Karlsson K., Linstedt G. Gigantomastie in pregnancy: effect of dopamine agonist *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979 ; 133 : 928-931.
7. Cliquez ici pour aller à la section Références, 5 Desai S.N. Sudden gigantism of the breast. Drug induced? *Br. J. Plast. Surg.* 1973 ; 26 : 371-471.
8. Taylor P.S., Cumming D.C., Corenblum B. Successful treatment of D-penicillamine-induced breast gigantism with danazol *BMJ* 1981 ; 282 : 362-363.
9. Sakai Y., Wakamatsu S., Ono K., Kumagai N. Gigantomastia induced by bucillamine *Ann. Plast. Surg.* 2002 ; 49 : 193-195.
10. Baker S.B., Burkey B.A., Thornton P., LaRossa D. Juvenile gigantomastia: presentation of four cases and review of the literature *Ann. Plast. Surg.* 2001 ; 46 : 517-525 discussion 525-526.