

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



USTTB



FMOS

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021/2022

MEMOIRE

N°

**ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES GIGANTOMASTIE DANS
LE SERVICE DE CHIRURGIE B DU CHU DU
POINT-G MALI**

Présenté et soutenu le .../.../ 2022 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : **Dr Yaya A ONGOIBA**

Pour Obtenir le diplôme d'étude spécialisée en chirurgie générale

JURY

Président : Pr Bakary T Dembélé

Membres : Pr Lassana Kanté

Directeur : Pr Drissa Traoré

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

La gigantomastie du (grec gigantikos : géant) est une affection rare caractérisée par une hypertrophie excessive et diffuse d'un ou des deux seins et peut être physiquement et psychosocialement handicapante pour la patiente [1].

La Gigantomastie est une hypertrophie mammaire exubérante, dont le volume dépasse 1500 cm³, les normes variant habituellement de 200 à 350 cm³ [2]. C'est une pathologie bénigne rare, depuis sa première description par Palmuth en 1648. On distingue habituellement quatre types de gigantomastie :

La gigantomastie juvénile ou hypertrophie virginale est caractérisée par une augmentation du volume mammaire à l'adolescence devenant inesthétique et invalidante. Elle est liée à une sensibilité particulière à l'œstrogène. C'est une maladie rare et seuls des cas isolés ou de très petites séries ont été décrites [3].

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

La gigantomastie gravidique est une hypertrophie mammaire pathologique consécutive à une évolution importante, voire monstrueuse de l'hyperplasie épithéliale survenant au cours ou au décours de la grossesse. [5,6].

La gigantomastie se retrouve dans d'autres situations comme la prise de certains médicaments tels que la cyclosporine [7,8].

L'incidence vraie de la gigantomastie juvénile reste inconnue. L'incidence de la gigantomastie gravidique citée dans la littérature, variait entre 1 / 28 000 et 1/ 100 000 grossesses.

Un cas de gigantomastie juvénile a été rapporté en 2015 et 2021, respectivement au Sénégal [11] et en Inde [1]. Au Mali en 2021 une étude menée par Dr Togo Aissata dans le service de chirurgie B sur les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la Gigantomastie à propos de quatre cas [9].

Les patientes ressentent une gêne physique et psychologique, telle que des douleurs, une gêne musculaire, des ulcérations cutanées dues à l'étirement excessif, une perte de sensation du mamelon et une stigmatisation sociale [10]. L'imagerie n'occupe pas une place importante dans le diagnostic car les seins ont un aspect très dense. L'examen histologique a montré une prolifération nodulaire du tissu mammaire glandulaire avec stroma fibreux œdémateux. Il n'y avait aucun signe de transformation maligne des tissus [11].

Il n'y a pas de conduite thérapeutique standard de la gigantomastie vu le faible nombre des cas rapportés dans la littérature [12].

L'absence de régression significative sous traitement médical fait proposer des options chirurgicales que sont la mastectomie et la réduction mammaire si l'état local le permet. Cependant les récurrences sont possibles [12].

De nos jours la technique de Mac Kisson (cicatrisation en T inversé), est le traitement chirurgical de référence [13]. Cependant la chirurgie peut compromettre la fonctionnalité de la glande mammaire, [13].

Depuis quelques années la prise en charge chirurgicale de la gigantomastie est réalisée dans notre service.

Le But de ce travail était d'évaluer la prise en charge chirurgicale des premiers cas de gigantomastie dans le service de chirurgie « B » du CHU du Point G de Bamako.

2. OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects diagnostic et thérapeutique de la gigantomastie dans le service de chirurgie « B » du CHU du point G.

Objectifs spécifiques :

- Décrire les aspects cliniques et paracliniques de la gigantomastie,
- Analyser les résultats de la prise en charge chirurgicale de la gigantomastie.

METHODOLOGIE

3.METHODOLOGIES :

3.1 Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale a collecté rétrospective des données sur une période de 5 ans allant de janvier 2017 à 31 Décembre 2021, et prospective sur une période de dix mois, allant de janvier 2022 au 31 octobre 2022.

3.2 Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de chirurgie B du centre hospitalier universitaire (CHU) du Point-G. Ce service comprend deux pavillons (pavillon DOLO et Chir I). Il y a 25 lits d'hospitalisation dont 12 de troisième catégorie, 8 de deuxième catégorie, 5 de première catégorie et deux salles de pansement.

3.3 Population d'étude : étaient concernées par l'étude toutes les patientes reçues en consultation pour pathologies mammaires.

3.3.1 Critères d'inclusion : ont été inclus dans l'étude toutes les patientes ayant consultés et opérés dans le service pour gigantomastie.

3.3.2 Critères de non d'inclusion :

Non pas été inclus dans l'étude toutes les patientes dont les dossiers étaient incomplets et celles qui avaient d'autres pathologies mammaires différentes de la gigantomastie.

3.3.3 Échantillonnage : Nous avons recensés de façon exhaustive toutes les patientes opérées pour gigantomastie durant la période d'étude.

3.4 Méthodes :

Pour la première phase : nous avons exploité l'observation médicale des patientes ;

Pour la deuxième phase : les patientes ont bénéficié un examen clinique complet et des examens complémentaires pour le diagnostic ;

Après la consultation d'anesthésie, elles étaient programmées et opérées,

Le traitement post opératoire était essentiellement médical à base de perfusion de soluté, d'antibiothérapie, d'antalgique, les pansements étaient réalisés de façons aseptiques par le chirurgien, son assistant ou les DES, le port de soutien de gorge était obligatoire.

Le rendez-vous de contrôle a été effectué à deux semaines, un mois, trois mois, six mois, un an, trois ans.

3.5 Collecte des données :

Nous avons exploité les supports des malades pour la collecte des données. Les registres de consultation et des cahiers de compte rendu opératoire ont été consultés pour des compléments d'information.

3.6 Saisie et analyse des données :

Les logiciels Excel et SPSS ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données.

3.7 Phase de suivi des patientes :

Les rendez-vous de contrôle ont été effectués à court, moyen et long terme : 3 mois, 6 mois, 1an et 3 ans. Ce suivi était essentiellement clinique pour apprécier

l'état de cicatrisation et le sentiment de satisfaction des patientes, mais aussi évaluer le risque de récurrence.

3.8 Aspects éthiques :

Toutes les données étaient gardées conformément au standard international.

Les informations cliniques ne seront pas relevées sans autorisation écrite. Le consentement éclairé des patientes était conservé.

RESULTS

4.RESULTATS

4.1 Fréquence :

Nous avons colligé 12 cas de gigantomastie chez 6 patientes, ce qui représente :

Zéro virgule soixante-dix pour cent 0.70% (12/1692) de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées.

Cinq pour cent 5% (12/234) des pathologies mammaires opérées

Vingt-six pour cent 26% (12/46) des plasties mammaires réalisées.

4.2 Données Sociodémographiques :

Tableau 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Age en année	Effectif	%
12	1	16.7
15	3	50
26	1	16.6
32	1	16.7
Total	6	100

L'âge moyen de nos patientes était de 19 ans, \pm 7.8 ans avec des extrêmes de 12 et 32 ans.

Tableau 2 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Célibataire	4	67
Marié	2	33
Total	6	100

Les célibataires étaient les plus représentés.

Tableau 3 : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	%
Femme au foyer	2	33
Aide-ménagère	3	50
Elève	1	17
Total	6	100

Les aides ménagères ont représenté la moitié des patientes.

Tableau 4 : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	%
Bambara	4	67
Malinké	1	16.4
Senoufo	1	16.6
Total	6	100

L'Ethnie Bambara était la plus représentative.

Tableau 5 : Répartition des patientes selon le mode de référence

Mode de référence des patientes	Effectif	%
Agent de santé	3	50
Ancienne patiente	1	16.4
Venue de lui même	2	33.6
Total	6	100

Les patientes étaient référées à l'hôpital dans la moitié des cas par un agent de santé.

4.2. Données cliniques :

Tableau 6 : Répartition des patientes selon le mode d'apparition

Mode d'apparition	Effectif	%
Brutal	4	67
Progressif	2	33
Total	6	100

Le Mode d'apparition de la maladie était brutal dans plus part des cas.

Tableau 7 : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Malformation Mammaire	2	33
Tuméfaction Mammaire	3	50
Tumeur du sein	1	17
Total	6	100

La tuméfaction mammaire était le motif principal de la consultation.

Tableau 8 : Répartition des patientes selon la survenue d'ATCD de mastopathie familiale

ATCD Mastopathie	Effectif	%
Présent	2	33
Aucun	4	67
Total	6	100

Les patientes avaient un antécédent de Mastopathie dans moins de la moitié des cas.

Tableau 9 : Répartition des patientes selon l'ATCD gynéco-obstétricaux

ATCD Gynéco-obstétricaux	Effectif	%
Cycle irrégulier, multipares	2	33.3
Ménarche non connue, cycle régulier	1	16.7
La non ménarche et nulligestité	3	50
Total	6	100

La nulligestité et la non ménarche étaient la moitié des antécédents gynéco-obstétricaux.

Tableau 10 : Répartition des patientes selon le statut pondéral

Statut pondérale	Effectif	%
Normal	4	67
Obésité	2	33
Total	6	100

Les patientes avaient un poids normal dans plus de la moitié des cas.

Tableau 11 : Répartition des patientes selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif	%
Douleur mammaire	5	83
Gene musculaire	5	83
Hypertrophies bilatérales des seins	6	100
Aspect peau d'orange	1	17
CVC	2	33
Aréole et PAM dilatés	6	100
Lésion cicatricielle	3	50
Nodules mammaires	2	33
Adénopathies Axillaires	1	17
Total	100	100

L'aréole et la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) dilatés étaient les principaux signes cliniques, suivi de l'hypertrophie mammaire bilatérale.

Tableau 12 : Répartition des patientes selon l'histologie après micro biopsie du sein

Histologique après micro biopsie mammaire	Effectif	%
Adénofibrome + hyperplasie épithéliale atypique des seins	1	17
Hyperplasie épithéliale des seins	5	83
Total	6	100

L'hyperplasie épithéliale sans signe de malignité était le principal résultat d'histologique.

Tableau 13 : Répartition des patientes selon le résultat de l'imagerie

Imagerie Réalisée	Résultat	Effectifs	%
Echographie	Hypertrophie des seins	2	33
Mammographie	Hypertrophie fibroglandulaire	4	67

Hypertrophie fibroglandulaire était le résultat de l'imagerie dans plus de la moitié des cas.

Tableau 14 : Répartition des patientes selon le résultat de numération formule sanguine

NFS	Effectif	%
Normale	5	83
Anémie	1	17
Total	6	100

La NFS avait objectivé une anémie chez une patiente.

Tableau 15 : Répartition des patientes selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectif	%
Gigantomastie idiopathique bilatérale	1	17
Gigantomastie juvénile bilatérale	5	83
Total	6	100

La gigantomastie juvénile était le principal diagnostic retenu.

Tableau 16 : Répartition des patientes selon la motivation à la chirurgie

Motivation à la chirurgie	Effectif	%
Réduction Mammaire	2	33
Esthétique	1	17
Raison psychologique + douleur mammaire	5	83

La raison psychologique et la douleur mammaire étaient la principale motivation à la chirurgie.

4.3 Données thérapeutiques :

Tableau 17 : Répartition des patientes selon le traitement avant la chirurgie

Traitement avant chirurgie	Effectif	%
Aucun	5	83
Transfusion sanguine + soins locaux	1	17
Total	6	100

La transfusion sanguine et les soins locaux étaient le traitement avant la chirurgie.

Tableau 18 : Répartition des patientes selon le type de plastie

Type de plastie	Effectif	%
Mac Kisson	12	100
Total	12	100

La technique de Mac Kisson était le type de plastie utilisé chez toutes nos patientes.

Tableau 19 : Répartition des patientes selon le poids du spécimen reséqué

Spécimen reséqué par sein	Poids Sein	Poids sein G	Poids Cumulé
Patiente 1	500	450	950
Patiente 2	700	3400	4100
Patiente 3	1500	1600	3100
Patiente 4	1020	1230	2250
Patiente 5	780	760	1540
Patiente 6	1700	2000	3700
Total	6200	9440	15640

Le poids moyen du spécimen reséqué par sein était de 1303 g \pm 763 avec des extrêmes de 450 et 3400 g.

Tableau 20 : Répartition des patientes selon la durée d'intervention

Durée d'intervention	Effectif	%
3 heures	4	67
3heures30mn	1	16.5
4 heures	1	16.5
Total	6	100

La durée moyenne d'intervention chirurgicale était de 3 heures20mn avec des extrêmes de 3 heures et 4 heures.

Tableau 21 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	%
2	1	16.7
3	2	32.3
4	1	16.7
5	0	0
6	2	32.3
Total	6	100

La durée moyenne d'hospitalisation des patientes était de 4 jours, \pm 1.67 jour avec des extrêmes de 2 et 6 jours.

Tableau 22 : Répartition des patientes selon les suites opératoires

Suites opératoires Immédiates	Effectif	%
Simple	10	83
Complicées	2	17
Total	12	100

Les suites opératoires étaient simples dans la majorité des cas.

Tableau 23 : Répartition des patientes selon les complications

Les complications	Effectif	%
Infection du site opératoire	1	50
Nécrose de la PAM	1	50
Total	2	100

Les infections du site opératoire et la nécrose de la PAM étaient les principales complications.

Tableau 24 : Répartition des patientes selon l'appréciation de la patiente

Appréciation de la patiente	Effectif	%
Très Satisfaite	5	83
Satisfaite	1	17
Total	6	100

Plus de la moitié des patientes étaient très satisfaites du geste opératoire.

Tableau récapitulatif

Patientes Paramètres	B S	S S	S t	D T	B K	B T
Age (ans)	15	15	32	26	15	12
OMS	1	1	1	1	1	1
IMC kg.m2	20,52	33,33	35	23,67	20.4	23
Principaux signes cliniques	Douleur mammaire, gêne musculaire, stigmatisation sociale, hypertrophie mammaire bilatérale, dilatation de l'areole et la PAM, nodule dans les deux seins, adénopathie axillaire droite	Douleur mammaire, gêne musculaire, stigmatisation sociale, hypertrophie mammaire bilatérale, dilatation de l'areole et la PAM, Plaie+ ulcération,	Douleur thoracique, gêne musculaire, hypertrophie mammaire bilatérale, mamelon ombiliqué, ptose mammaire	Douleur mammaire, gêne musculaire, stigmatisation sociale, hypertrophie mammaire bilatérale, dilatation de l'areole et la PAM	Douleur mammaire, gêne musculaire, stigmatisation sociale, hypertrophie mammaire bilatérale, dilatation de l'areole et de la PAM, Plaie+ ulcération du sein	Douleur mammaire, gêne musculaire, stigmatisation sociale, hypertrophie mammaire bilatérale, dilatation de l'areole et de la PAM, cicatrice du sein, nodule dans les deux seins

Gigantomastie: Aspects Diagnostiques et Therapeutiques en Chirurgie B CHU Point G Mali

Résultat histologique de la micro biopsie du sein	Adénofibrome + hyperplasie épithéliale non atypique du sein	Hyperplasie épithéliale des seins sans signes de malignité	Hyperplasie épithéliale des seins sans signe de malignité	Hyperplasie épithéliale des seins sans signe de malignité	Hyperplasie épithéliale des seins sans signe de malignité	Hyperplasie épithéliale des seins sans signe de malignité
Type de gigantomastie	Gigantomastie juvénile	Gigantomastie juvénile	Gigantomastie idiopathique	Gigantomastie juvénile	Gigantomastie juvénile	Gigantomastie juvénile
Techniques chirurgicales	Mac Kisson	Mac Kisson	Mac Kisson	Mac Kisson	Mac Kisson	Mac Kisson
Poids du spécimen	Sein D. 1020 g	1700 g	500 g	780 g	700 g	1500 g
	Sein g :1230 g	2000 g	450 g	760 g	3400 g	1600 g
Duré de l'intervention chirurgicale	3 heures	3 heures 30 mn	4 heures	3 heures	3 heures 30 mn	3 heures
Complications	Néant	Néant	Néant	Néant	Infection du site opératoire	Nécrose de la PAM à droite+ légère tuméfaction du sein droit
Satisfaction des patientes	Très satisfaite	Très satisfaite	Très satisfaite	Tres satisfaite	Très satisfaite	Satisfaite

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1- Matériel et méthodes :

L'étude a comporté une phase rétrospective et une phase prospective.

La taille de l'échantillon était de six patientes (douze seins), qui ont été traité chirurgicalement dans le service durant la période d'étude soit ...100.%.

Ce type d'étude retrospective a pour avantage la rapidité, la simplicité et le caractère peu onéreux. Les inconvénients sont la qualité des données de routine et les biais.

La difficulté majeure rencontrée au cours de ce travail était la suspension temporaire des activités à l'hôpital à cause des perturbations au bloc opératoire.

Points forts : Malgré ces difficultés nous avons atteint nos objectifs.

5.2. Données sociodémographiques :

- Nous avons colligé 12 cas de gigantomastie chez 6 patientes répartie entre 5 cas de gigantomastie juvénile bilatérale et deux cas de Gigantomastie idiopathique bilatérale pour une période d'étude de 5 ans dix mois. Cette faible fréquence pourrait s'expliquer par la rareté des cas d'une part et d'autre part par la méconnaissance de la maladie par la population. Les séries décrites sont très courtes et concernent 1 ou 2 cas selon Ngowa JDK Cameroun (2008).

L'âge moyen de nos patientes était de 19 ans avec des extrêmes de 12 et 32 ans, ceci est conforme aux donnés Ngowa JDK Cameroun (2008), qui a trouvé dans

son étude que l'âge de survenue de la gigantomastie juvénile tourne autour de 13 et 14 ans. Selon Allah KC, Kosovo H Paris (2011), la gigantomastie se développe très tôt au début de la puberté. La gigantomastie idiopathique est encore plus exceptionnelle, atteignant la femme adulte de plus de 20 ans en dehors de la grossesse, dans notre série de cas nous avons trouvé la même tranche d'âge. Les célibataires ont représenté plus de la moitié (2/3) des patientes, ceci est conforme aux données de la littérature.

5.3. Données cliniques :

Les patientes étaient référées à l'hôpital dans la moitié des cas (1/2) par un agent de santé. Ceux-ci s'expliquent par le fait que la gigantomastie était méconnue par la population. Les patients atteints de gigantomastie juvénile se présentent avec des croissances rapides et alarmantes, elles connaissent une période initiale de croissance particulièrement rapide de 3 à 6 mois, suivie d'une période plus longue de croissance plus lente, mais continue, qui si elle n'est traitée, peut durer jusqu'à l'âge de la procréation [1]. Dans notre série de cas le mode d'apparition de la maladie était brutal dans plus de la moitié (2/3) des cas, elle est conforme avec les données de cette étude. Les patients atteints de gigantomastie souffrent de problèmes physiques, tels que des myalgies, ulcérations, infection, problèmes posturaux, douleurs lombaires, lésion chronique par traction des quatrièmes, cinquièmes et sixièmes nerfs intercostaux d'où une perte de sensation du mamelon et des problèmes psychologiques tels que la stigmatisation sociale [25]. Dans notre série de cas, la tuméfaction mammaire était le motif de consultation des patientes dans la moitié des cas. La douleur mammaire et la gêne musculaire étaient représentées dans plus de la majorité des cas (5/6). L'hypertrophie mammaire était bilatérale chez toutes nos patientes (6/6). L'ulcération, la cicatrice mammaire ont représenté plus de la

moitié (2/3) des cas. Les patientes avaient un antécédent familial de mastopathie dans (1/3) des cas. La puberté est un temps pour tout enfant et le dérangement de la normale, la transformation physique peut avoir de profonds compromis sur leur bien-être social et psychologique. Extrême conscience de soi et une mauvaise estime de soi peut en résulter. Les seins étaient ptosiques d'apparence avec des mamelons et une aréole grossièrement dilatée. Les veines superficielles étaient proéminentes et dilatées, avec un amincissement ou ulcération de la peau à la suite d'une tension excessive sur la peau. Les seins sont fermes à la palpation et souvent tendre de manière diffuse. Des nodules discrets pourraient également être présents [1]. Ces signes sont conformes aux différents signes retrouvés à l'examen clinique des malades de notre série de cas. Quelques rares fois les signes à caractère malin (aspect en peau d'orange) étaient retrouvées dans 17%.

Les patientes avaient un poids normal dans plus de la moitié (2/3) des cas, et l'obésité était présente dans (1/3) des cas.

L'imagerie n'occupe pas une place importante dans le diagnostic car les seins ont un aspect très dense. La mammographie peut être d'interprétation difficile, car le tissu adipeux est réduit et le tissu glandulaire apparaît souvent très dense avec des opacités hétérogènes nodulaires et confluentes. L'échographie est l'examen de routine le plus performant en situation gravidique et inflammatoire. Elle montre un épaissement œdémateux des structures cutanées et glandulaires [3,17]. Elle permet de caractériser ou de dépister des lésions associées. Il est conforme au résultat trouvé dans notre série de cas. A l'adolescence les lésions les plus fréquemment retrouvés sont l'adénofibrome. Il est volontiers géant et solitaire ou multiple [16] L'hypertrophie fibroglandulaire a été le principal résultat de la mammographie dans plus de la moitié (2/3) des cas. L'hypertrophie des seins était le résultat de l'échographie dans (1/3) des cas.

La gigantomastie juvénile était le principal diagnostic retenu dans cas (5/ 6). L'adénofibrome a représenté (1/6) 17 % des résultats de l'histologie, il est volontiers géant et solitaire ou multiple [12]. Certains auteurs ont décrit des lésions d'hyperplasie épithéliale [18,19]. Ces lésions sont conformes au résultat de notre série de cas puisque l'hyperplasie épithéliale était le principal résultat de l'histologie sans signe de malignité. Hedberg et al ont rapportés une accumulation intracellulaire d'une substance plutôt qu'une prolifération du tissu conjonctif [16].

5.4. Stratégie thérapeutique :

Le traitement médical reposait sur le soutien des seins par des bandages, la désinfection des sillons sous-mammaires et des ulcérations, la prescription des transfusions sanguines en cas d'anémie et l'usage d'anti-inflammatoires en présence d'une inflammation [12]. Une patiente de cette étude a bénéficié une transfusion sanguine et les soins locaux avant la chirurgie, cette anémie était secondaire au saignement chronique, à la séquestration sanguine assez importante dans les seins hypertrophiés d'une part et par une insuffisance d'hygiène locale de la glande d'autre part.

La raison psychologique et la douleur mammaire étaient la principale motivation à la chirurgie des patientes dans (5/6) des cas. 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 avaient proposé l'hormonothérapie comme traitement de première intention en cas de gigantomastie par médroxyprogestérone, dydrogestérone [12-13]. À fortes doses, ce médicament pourrait entraîner l'arrêt voire même la régression de la gigantomastie surtout dans sa forme gravidique [18]. Dans notre série de cas toutes nos patientes ont été traité chirurgicalement

et cette chirurgie s'imposait avant l'installation de la nécrose. Les impératifs de la chirurgie de réduction mammaire étaient : la diminution du volume mammaire, le repositionnement et la viabilité de la plaque aréolo-mamelonnaire, les cicatrices cutanées les plus discrètes possibles et une forme harmonieuse et stable, adaptée à la morphologie de la patiente et à ses désirs. 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 [18]. 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 [12,13] et les qualités mécaniques de la peau sont meilleures, tout en tenant compte du caractère fonctionnel des seins (allaitement) [18, 19,20]. Il existe plusieurs Techniques de mammoplastie de réduction du sein parmi lesquelles nous avons utilisé la technique de Mac Kisson, avec cicatrisation en T inversé chez toutes nos patientes.

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, la patiente était installée en position demi assise sur la table opératoire.

Principes de la technique de Mac Kisson sont les suivants :

- Double pédicule dermo-glandulaire vertical supérieur et inférieur,
- Dessin préétabli de type Wise,
- Résection glandulaire latérale et rétro-pédiculaire,
- La remise en place d'une plaque aréolo-mamelonnaire bien vascularisée,
- Cicatrice en T inversé.

Technique :

- Dessin préopératoire cutané de type Wise et dessin du double pédicule,

- Clivage cutané-glandulaire « épais » des zones latérales du schéma cutané de Wise,
- Taille glandulaire latérale directe interne et externe, le long du pédicule vertical et jusqu'au plan thoracique,
- L'aide récline la glande au moment de la taille pour ménager au pédicule une base large,
- Excision de la glande située sous le pédicule en central et en supérieur,
- Le pédicule vertical a 3 cm d'épaisseur dans sa portion supérieure et s'épaissit pour devenir postérieur dans la portion inférieure,
- Pexie de la glande au thorax à points séparés pour ramasser et concentrer le volume restant,
- Adaptation cutanée en T inversé.

Indications :

- Hypertrophie, ptôse importante à très importante. Gigantomastie,
- Facteurs de risque vasculaire et/ou surpoids.

Inconvénients :

- Désépidermisation longue,
- Cicatrice sous-mammaire longue.

Forme :

- Sein « carré »
- Tendance au déroulement secondaire du segment III [21,22].

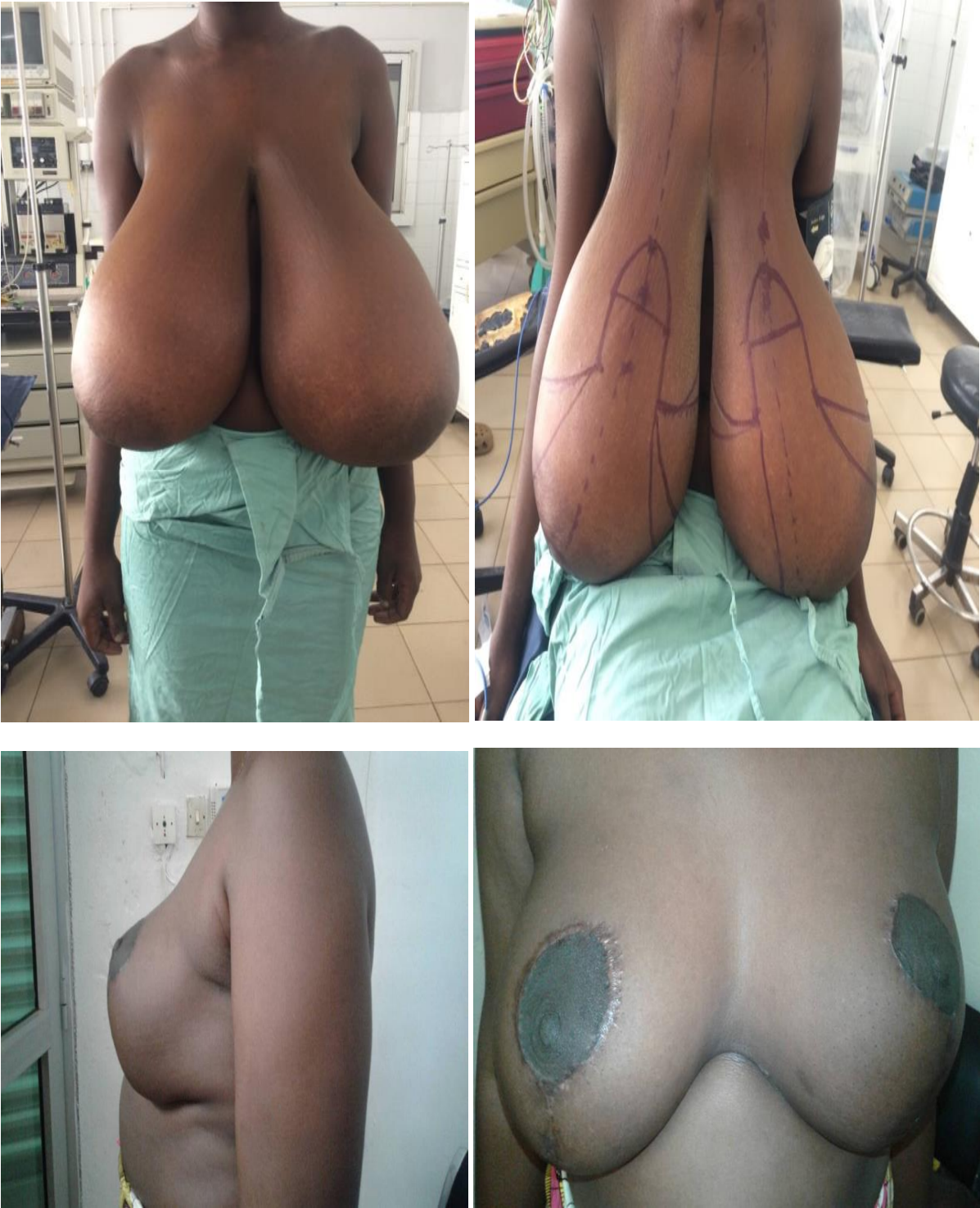
La durée moyenne d'intervention chirurgicale était de 3H20mn. Un drain aspiratif a été placé chez toutes nos patientes dans (6/6). Les suites opératoires ont été simples dans (3/4) des cas. Les infections du site opératoire, la nécrose

de la PAM, étaient les principales complications retrouvées. Huit mois après l'opération nous avons noté une augmentation assez sensible de la taille du sein droit chez une patiente ne justifiant pas actuellement une ré intervention d'autant plus que la patiente est satisfaite du résultat. Elle est en observation. Les soins locaux étaient le geste réalisé pour la prise en charge des complications post-opératoires de nos patiente. La durée moyenne d'hospitalisation des patientes était de 4 jours dans plus de (5/6) des patientes. Les patientes étaient très satisfaites du geste réalisé.

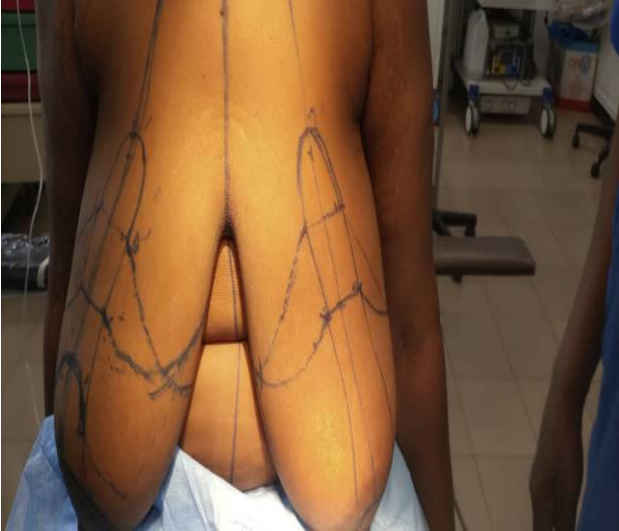
Iconographie 1 : Image d'une patiente de 15 ans opérée pour gigantomastie juvénile bilatérale, chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



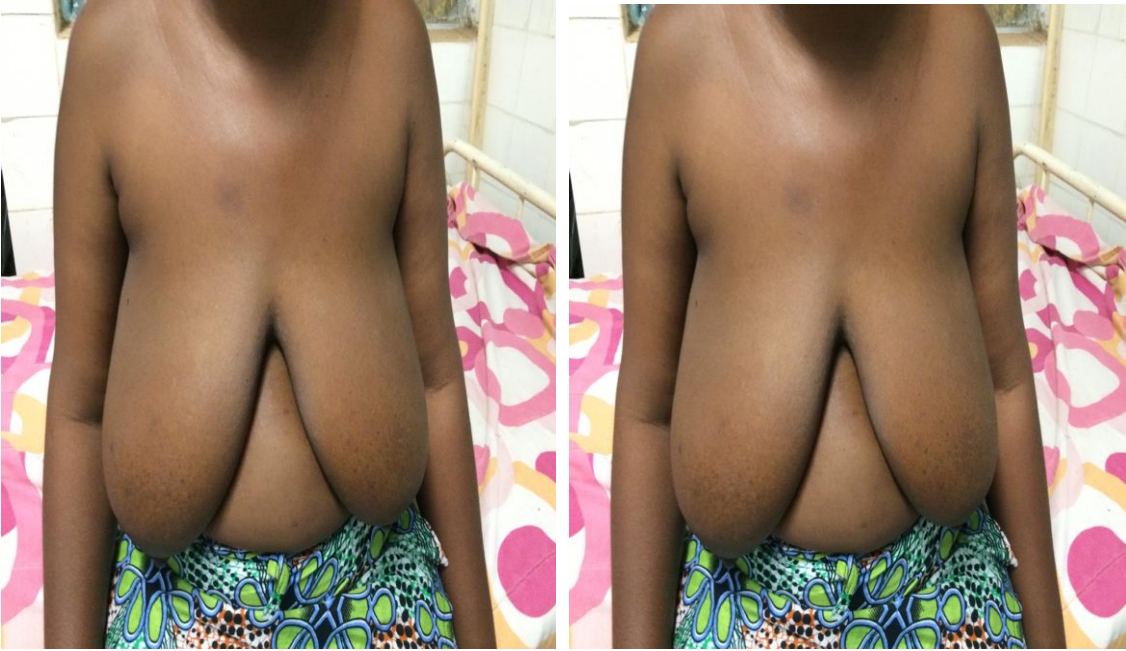
Iconographie 2 : Image d'une patiente de 15 ans opérée pour Gigantomastie juvénile bilatérale chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



Iconographie 3 : Image d'une patiente de 36 ans opérée pour gigantomastie bilatérale idiopathique chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



Iconographie 4 : Image d'une patiente de 26 ans opérée pour gigantomastie juvénile bilatérale, chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé. Source : CHU Point G (Chirurgie B).

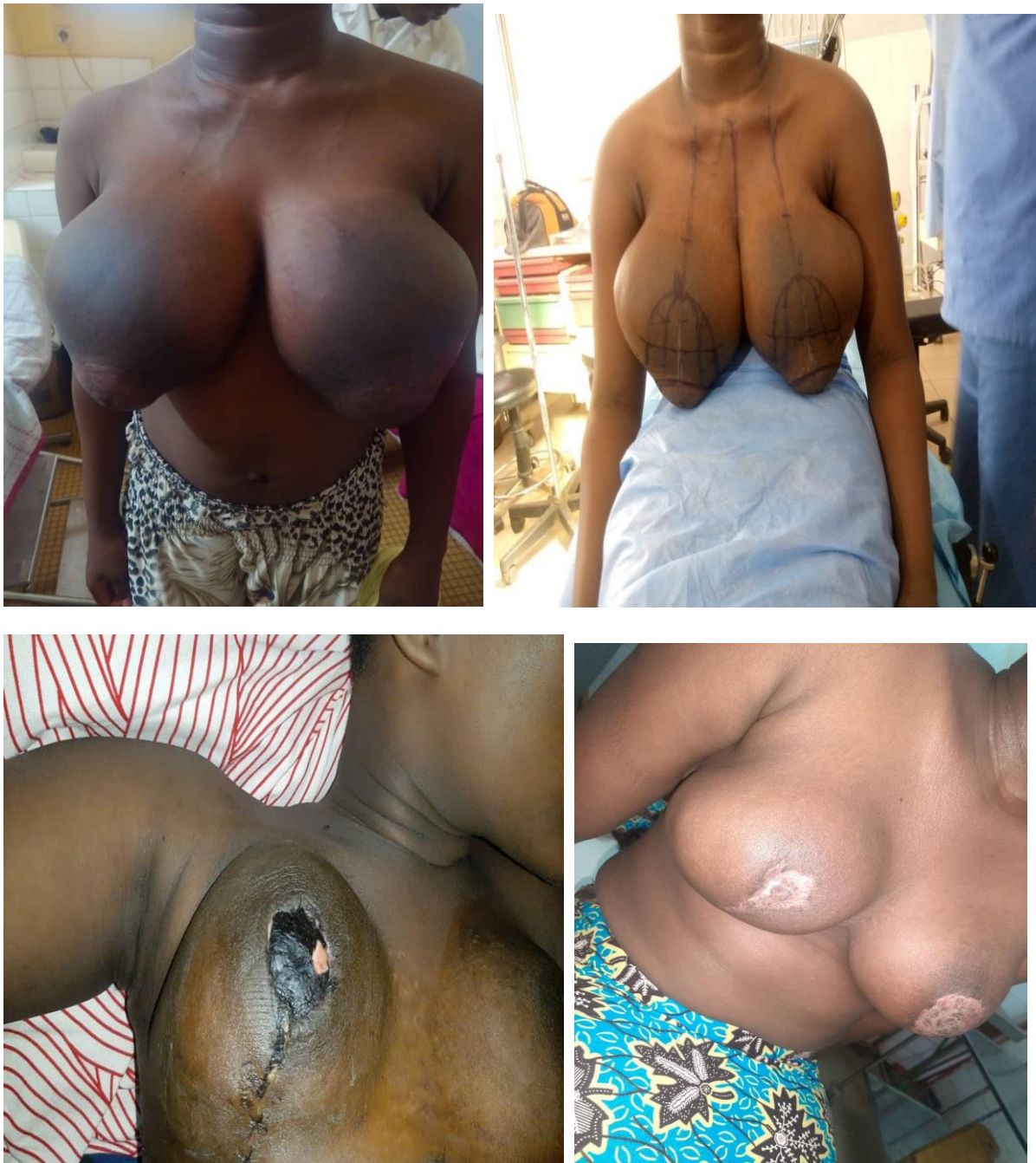


Iconographie 5 : Image d'une patiente de 15 an opérée pour Gigantomastie juvénile Bilatérale, chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé suite émaillée d'infection du site opératoire.

Source : CHU Point G (Chirurgie B).



Iconographie 6 : Image d'une patiente de 12 an opérée pour gigantomastie juvénile bilatérale, chez qui une réduction mammaire bilatérale a été réalisé, suite émaillée de nécrose de la PAM gauche et d'une légère tuméfaction de la glande mammaire gauche. Source : CHU Point G (Chirurgie B).



CONCLUSION

CONCLUSION :

La gigantomastie est une pathologie extrêmement rare, dont l'étiologie reste inconnue, elle apparait le plus souvent à l'âge jeune, entraînant une véritable souffrance physique et psychologique, le diagnostic est essentiellement clinique, l'imagerie permet souvent de rechercher les lésions associées. Le traitement de référence est la mammoplastie de réduction, la technique chirurgicale de choix est celle de Mac Kessock, le résultat est satisfaisant mais, les récurrences sont possibles.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après :

Aux autorités sanitaires et politiques du pays

La mise en place d'une politique nationale de lutte contre la Gigantomastie,

La formation et le recyclage du personnel de santé sur les manifestations de la gigantomastie,

Assurer une couverture sociale totale de tous les cas liés à la Gigantomastie,

La création d'une unité spécialisée de prise en charge pour une chirurgie plastique.

Aux professionnels de la santé

Assurer le diagnostic rapide et la prise en charge adéquate de la gigantomastie,

Sensibiliser la population sur les manifestations cliniques de la Gigantomastie,

Orienter les malades souffrant de Gigantomastie vers les centres agréés de prise en charge,

Assurer le suivi correct des malades souffrants de Gigantomastie,

Assurer la collecte et l'archivage des données de la Gigantomastie.

Aux populations.

La consultation médicale précoce devant tous cas de gigantomastie avant la survenue des complications

ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : ONGOIBA

Prénoms : Yaya A

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Gigantomastie : Aspect Diagnostic et Thérapeutique de la Gigantomastie dans le service chirurgie « B » du CHU-Point “G”.

Résumé

But : Aspect Diagnostic et Thérapeutique de la Gigantomastie dans le service chirurgie « B » du CHU-Point “G”.

Méthodologie : il s'agit d'une étude transversale a collecté rétrospective pour une période de 5 ans et prospective pour une période de dix mois, allant du premier janvier 2017 au 31 octobre 2022, soit 12 cas. Ont été inclut dans cette étude toutes les patientes admises et opérées pour gigantomastie dans le service de chirurgie « B » du CHU-Point “G” durant la période d'étude.

Ont été inclus de l'étude toutes les patientes ayant consultés et opérés dans le service pour gigantomastie. Le But de ce travail était de partager l'expérience du service de chirurgie B dans la prise en charge chirurgicale de la gigantomastie.

Résultats : Durant 5 ans et dix mois nous avons programmés et opérés 12 cas de gigantomastie chez 6 patientes (10 cas de gigantomastie juvénile, deux cas de gigantomastie Idiopathique). Soit une prise en charge de 100%.

L'âge moyen de nos patients était de 19 ans avec des extrêmes de 12 et 32 ans. L'hypertrophie mammaire était bilatérale dans 100%. L'hypertrophie mammaire bilatérale étaient les principaux signes cliniques, suivi de La douleur et la gêne musculaire et psychologique. La gigantomastie juvénile était

la plus représentée, suivi de la gigantomastie idiopathique. La technique chirurgicale utilisée a été celle de Mac Kisson chez toute nos patientes, les suites opératoires étaient complications d'infection du site opératoire, de nécrose de la PAM. Les patientes étaient très satisfaites dans la majorité des cas.

Références Bibliographiques

1.Aakansha. V, Manish. R. Idiopathic gigantomastia with Pseudoangiomatous stromal hyperplasia. Journal of surgery. A case report 19 Sept 2020 ; 290 : 687-712.<https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-surgery-case>

[2]. 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. March 2005 ; 8 :130.

3.Ngowa JDK, Kasia JM, Suzanne F, Bourdel N, Enow-Orock G, Atangana R, Binam F, Bruhat MA. Juvenile Gigantomastia Treated By Reduction Mammoplasty With Nipple-Areola Complex Grafting In The Yaounde General Hospital, Cameroon. Clinics in Mother and Child Health. 2008 ; 5 (2) : 951-953. PubMed | Google Scholar.

4. Hedberg K, Karlsson K, Lindstedt G. Gigantomastia during pregnancy: effect of a dopamine agonist. Am J Obstet Gynecol. 1979 ;133(8) :928–31. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

5.Aakansha, Vashistha, ManishRundla.Idiopathic, gigantomastia. With Pseudoangiomatous stromal hyperplasia : A case report, chirurgie plastique de stone,bibliotequeavecworldcat,19Sept2020.Disponiblesur:https: www.worldcat.org/title.stones-plstic-srgery,facts-and figures.oclc.768771290.

6. Jun Hyeok Kim, Soung Eun Bae, K, Tae, Kyung Yoo, Ahwon Lee, Deuk Young oh, Relapsed bilateral gigantomastia caused by Pseudoangiomatous stromal Hyperplasia after reduction mammoplasty, Arch. Aesthetic Plast-surg-2018 ; 24(2) : 78-82. [http://dx doi.org/10.14730/aaps.2018](http://dx.doi.org/10.14730/aaps.2018) ; 24.2.78, pISSN; 2234-0831 eISSN:2280-9337.

7. RA.Agha, M.R Borreli, R Farwana, A Fowler, D.P Orgill, Pour, le groupe SCARE, The SCARE 2018 statement: Updating Consensus Surgical Case Report (Scare) guidelines, Int.J.Surg. 2018 ; 60 :132- 136.

8.Sharma. K, Nigan.S, Khurama. N, Chaturvedi. K.U, Unilatéral gestationel macromastia a rara disorder, Malays.J Pathol.2004 ; 26 (2) : 125-128.

9. Aïssata dite Yamidjiri Togo keita. Mémoire DU Sénologie. Etude de la gigantomastie dans le service de chirurgie B du CHU du Point G : à propos de 4. FMPOS 2021.

10. Sidy. K, Jaafar. T, Maimouna. M et al. La gigantomastie gravidique à l'Institut du Cancer de Dakar : à propos de 2 cas. Pan African. Médical Journal.2015 ; 22 : 314.

11. Sidy Ka1, Doudou Diouf1, Mamadou Moustapha Dieng1, Jaafar Thiam1, Rokhaya Niang1, Ahmadou Dem1. La gigantomastie juvénile : à propos d'un cas à l'institut Joliotcurie de Dakar et revue de la littérature 2015 ; 21 :190 doi :10.11604/pamj.2015 ; 21 :190.7003.

12. Desai SN. Sudden gigantism of the breast ; drug induced ? Br J Plast Surg. 1973 ; 26 : 371-471. PubMed | Google Scholar.

13. Skillman J, Beechey-Newman N, Hamed H. Gigantomastia unrelated to pregnancy or puberty : à case report. Breast. 2002 ; 11(2) :179-80. PubMed | Google Scholar.

14. Noczinska A, Wasikova R, Myczkowski T. Hypersensitivity of estrogen receptors as à cause of gigantomasty in two girls. Pol Merkur Lekarski. 2001 ; 11 :507-9. PubMed | Google Scholar.

15.Lafrenière R, Temple W, Ketchman A. Gestationnal macromastia. Am J Surg. 1984 ; 148(3) : 413-8. PubMed | Google Scholar.

[16]. Schmid N, De Greef C, Calteux N, Duhem C, Faverly D. Reduction mammaire selon la technique verticale pour gigantomastie avec fibroadénomatose massive : à propos d'un cas clinique. Ann Chir Plas Esth. 2006 ; 51(6) :536-541. PubMed | Google Scholar.

[17]. Allah KC, Kossoko H, Assi DB, Yeo S, Kadio MR. Two cases of juvenile gigantomastia treated by reduction mammoplasty with nipple-areola complex graft. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011 ; 40(4) :363-6. PubMed | Google Scholar.

18. Taylor PS, Cumming DC, Corenblum B. Successful treatment of D-penicillamine-induced breast gigantism with danazol. *BMJ*. 1981 ; 282 :362-3. PubMed | Google Scholar.

19. Wolf Y, Pazner D, Groutz A, Walman I, David MP. Gigantomastia complicating pregnancy, case report and review of the literature. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995 ; 74(2) :159-63. PubMed | Google Scholar.

20. Ship A G. Virginal and gravid mammary gigantism recurrence after reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg*. 1971 ; 27(1) :396-401. PubMed | Google Scholar.

21. McKissock PK. Reduction mammoplastie with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg*. Mars 1972 ; 49(3) :245-52.

22. Goldwyn RM, editor. *Plastic and Reconstructive Surgery of the breast*. Boston : Little Brown. 1976 ; 215.

23. Kibadi K, Mpiana L, Bilonda K, Kilembe M, Lokengo L, Kimpiatu K. Gigantomastie juvénile droite traitée par plastie de réduction mammaire avec un

lambeau dermo-glandulaire à pédicule supéro-interne : à propos d'un cas. Ann Afr Méd. 2011 ; 5(4) : 1181-1186. PubMed | Google Scholar.

24. Stephan. B, Brooker. A, Burkey. BS, Paul. Thomtan, Don. Larossa : Gigantomastie juvénile à propos de 4 cas et revue de la littérature. Anale de chirurgie plastique. Mai 2001 ;16 (5).

25. Ngowa JDK, Kasia JM, Suzanne F, Bourdel N, Enow-Orock G, Atangana R, Binam F, Bruhat MA. Juvenile Gigantomastia Treated By Reduction Mammoplasty With Nipple-Areola Complex Grafting In The Yaounde General Hospital, Cameroon. Clinics in Mother and Child Health. 2008 ; 5 (2) 2008: 951- 953. PubMed | Google Scholar 2. Allah KC, Kossoko H, Assi DB, Yeo S, Kadio MR. Two cases of juvenile gigantomastia treated by reduction mammoplasty with nipple-areola complex graft. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2011;40(4):363-6. PubMed | Google Schola

Fiche d'enquête

Identification

N° fiche d'enquête :

N° du dossier :

1. Nom :

2. Prénom :

N° Tel

Caractéristiques sociodémographiques des patientes

3. Age : ans

4. Ethnie: 1: Bambara 2: malinké 3: Sarakolé 4: Peul 5: Senoufo 6: Dogon

5. Nationalité :

6. Profession : 1 : Femme au foyer 2 : Aides ménagères 3 : Eleve 4 : Autres :

7. Provenance : 1. Bamako 2 : Intérieur 3 : Autres :

8. Situation de famille : 1 : Célibataire 2 : Mariée 3 : Divorcée 4 : Veuve

9. Niveau d'étude : 1 : Primaire 2 : Secondaire 3 : Supérieur 4 : analphabète

10. Numéro de Téléphone :

11. Protection sociale : ANAM CANAM AMO MSF Payant

Données cliniques :

13. Date d'entrée :

14. Mode d'admission : 1 : agent de santé 2 : venue de lui-même 3 : sous conseil d'un ancien malade

15. Motif de consultation : 1 : tuméfaction mammaire 2 : Hypertrophie mammaire 3 : cancer du sein 4 : Autres à préciser :

17. Seins concernés : 1 : deux seins 2 : sein droit 3 : sein gauche

18. Circonstance de survenue : 1 : Spontanée 2 : Prise Médicamenteuse 3 : Autres à préciser

19. Evolution de la symptomatologie :

20. Signes fonctionnels et psychologiques : 1 : Douleur 2 : gêne musculaire 3 : perte de sensation du mamelon 4 : Stigmatisation sociale.

Antécédents :

21. Personnels :

22.Médicaux : 1 : Diabète 2 : HTA 3 : Drépanocytose 4: Asthme 5: Autres à préciser:

23.Chirurgicaux :

24.Gynéco-Obstétricaux : 1: Ménarche : absente ou présente 2: GPVDA

3 : contraception

25. Familiaux : 1 : Mastopathies 2 : Autres à préciser

26.Facteurs de risque, Mode de vie : 1 : Tabac 2 : Alcool 3 : Mastopie familiale 4 : Prise de certain médicament

Examen physique :

27.Signes Généraux : OMS poids taille IMC état des conjonctives

Signes physiques : seins

28.Inspection : 1 : asymétrie 2 : hypertrophie mammaire du sein

29.modification de la peau : 1: dilatation de l'areole et du mamelon, 2: aspect de peau d'orange, 3: CVC, 4: ulceration cutanée, 5: cicatrice cutanée

6 : Autres à préciser :

30.Palpation : 1 : douleur 2 : nodule, 3 : adénopathie axillaire

Examens complémentaires :

31.Microbiopsie :

32.Echographie Mammaire :

33.Mammographie :

35. Biologie :

37. Consultation d'anesthésie :

TRAITEMENT :

34. Décision du Staff à la RCP :

35. Type de traitement chirurgical : conservateur non conservateur

36. Si conservateur technique :

37. Techniques opératoires :

1. T inversé selon Mac Kisson : 2. T inversé selon Thoreck :

37. Si non conservateur technique : 1: Mastectomie; 2: mastectomie+ réduction mammaire

38. Geste opératoire :

1. Dessin dermographique 2 : Désépidermisation : Conservation de la PAM 3 : Remodelage 4 : Réduction mammaire 5 : Autres à préciser

39. Spécimen réséqué : Sein droit : sein gauche :

40. Traitement Médical :

41. Réhydrations :l/24h,

42. Antibiotique : 1 : oui, 2 : non,

43. Antalgique : 1 : oui, 2 : non

44. Drain de Redon : J1..., J2..., J3.....

45. Complications :

46. Complications précoces : 1: Douleur 2: Hématome 3: nécrose 4: infection 5: désunion cicatricielle 7: Accident Thromboembolique 8: Autres à préciser

47. Si oui : Délai d'apparition : 1 : 1 semaine 2 : 2 semaines 3 : 3 semaines 4 : 1 mois

48.Complication Tardives : 1 : difficulté d'allaitement 2: diminution de la sensibilité du mamelon, 3: Autres à préciser

49. délai d'apparition :

Evolution :

50- Durée d'hospitalisation postopératoire (en jours) :|____|

51-Suites opératoires précoces à 1mois : |____|

1= simple, 2= Suppuration pariétale ; 3= nécrose partielle, 4 : nécrose totale

52- suites opératoires tardives : 1 : mauvaises cicatrisations ; 2 : difficultés d'allaitement, 3 : diminution de la sensibilité du mamelon.

52.Examen anapath pièce opératoire :

53.Résultats : 1. excellent 2 : bon 3 : moyen bon 4 : mauvais

54. Qualité de vie : 1 : Très satisfaisant 2 : satisfaisant 3 : Peu satisfaisant

55.Critere psychologique :

56.Identity féminine : 1 : retrouvée, 2 : non retrouvée

57.Estime de soi : 1 : amélioré, 2 : stable, 3 : dégradé

58.Devenir des malades : Vivantes, Perdue de vie, Décédés.