

Gigantomastie juvénile:

à propos de deux cas traités par la plastie mammaire de réduction

Auteurs: N.Benachenhou, S Rabahi, F Krim, F Chentouf, H Guendouz, S Dilem, W.M Boubnider.
Service de Chirurgie B sénologie. Centre de Pierre et Marie Curie Alger. benachenhounabil@yahoo.fr

Introduction. La gigantomastie est une forme exubérante d'hypertrophie mammaire qui touche la fille en période pubertaire. Elle peut être uni ou bilatérale, d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme, inesthétique. Souvent, la douleur à type de pesanteur ainsi que le retentissement psychologique qui amènent l'adolescente à formuler une demande de prise en charge chirurgicale.

Patientes et observation Il s'agit de 2 adolescentes âgées respectivement de 14 et 17 ans, qui présentent depuis plus de 3 ans une augmentation progressive du volume des seins. L'examen clinique objective une augmentation asymétrique de la taille des deux seins. L'échographie mammaire, ne montre pas de nodule kystique ou tissulaire. Le dosage hormonal d'œstrogène et de Prolactine est normal. Les patientes ont bénéficié d'une réduction mammaire (technique en T inversé). L'intervention est pratiquée en position demi-assise.

L'excès totale était de 3500 et 2900 g de tissu mammaire chez l'une et de 3100 g chez l'autre.

L'appréciation des résultats fonctionnels et esthétiques (forme, volume et symétrie) était satisfaisante.

L'impact psychologique était favorable chez les deux patientes.

L'évolution après un recul de 36 mois est favorable.



Patiente R.S Avant



Patiente R.S Après



Patiente G..H Avant



Patiente G..H Après

Discussion : La gigantomastie est une forme exubérante d'hypertrophie mammaire dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³. La gigantomastie est uni ou bilatérale, d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme et indolore. L'étiologie de la gigantomastie juvénile reste actuellement inconnue. Noczinska et al (1) ont retrouvé dans leur étude un taux élevé de récepteurs aux estrogènes, alors que cette hypothèse n'a pas été retrouvée par Lafrenière et al. L'hypertrophie virgineale peut être unilatérale ou bilatérale. L'hypertrophie mammaire bilatérale est la pathologie mammaire la plus fréquente chez l'adolescente selon Grolleau et al (2). Quant à la gigantomastie unilatérale, elle ne représente que 6% des cas. Les cas que nous décrivons ici associent une gigantomastie asymétrique. La gigantomastie juvénile est toujours associée à une ptose très importante, ce qui explique les douleurs scapulaires et les troubles de la statique rachidienne présents chez ces adolescentes qui en sont porteuses. Le traitement est avant tout chirurgical et fait appel à la plastie mammaire de réduction. Les traitements hormonaux n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité. 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 (3). La correction plastique oppose 3 grandes familles de réduction selon Loury et al (4): l'amputation greffe aréolaire décrite par Thorek, le pédicule dermo-glandulaire supérieur et inférieur. La supériorité des 2 dernières techniques tient à la conservation de la PAM et aux possibilités d'allaitement. La technique du pédicule inférieure est la technique de choix pour nos 2 patientes. L'histologie des pièces opératoires des 2 patientes était en faveur d'une dystrophie fibrokystique des seins.

Conclusion La gigantomastie est une entité rare, d'étiologie indéterminée. La réduction mammaire par une plastie en T inversé occupe une place importante. 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.

Bibliographie

(1) Noczinska A, Wasikova R, Myczkowski T. Hypersensitivity of estrogen receptors as a cause of gigantomasty in two girls. 2001;11:507-9. [\[PubMed\]](#)

(2) Grolleau JL, Chavoïn JP, Costagliola M. Chirurgie des malformations du sein. Encycl Med Chir. Techniques chirurgicales. Chir Plast Reconstr Esthet 45-667. Techniques chirurgicales-Gynecol, 41-940, 1999, 15 p

(3) Desai SN. Sudden gigantism of the breast; drug induced? Br J Plast Surg. 1973;26:371-471. [\[PubMed\]](#)

(4) Loury J, Piquet M, Letertre P, Pauchot J, Tropet Y. Étude rétrospective des complications et imperfections : à propos de 100 cas de mammoplastie de réduction à pédicule supérieur. Ann Chir Plast Esthet. doi:10.1016/j.anplas.2009.06.011.