

La gigantomastie gravidique bilatérale : A propos d'un cas

Mohamed Adnane Rhaidouni, Fatima Zohra Fdili Alaoui, Yassine Outifa, Sofia Jayi, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf.

Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Department of Gynecology - Obstetrics II, Hassan II Teaching Hospital, Fez

Abstract : *Objectifs :* Nous rapportons un cas rare de gigantomastie gravidique bilatérale dans le but de discuter les aspects diagnostiques, les résultats radiologiques aux différents examens et la stratégie thérapeutique. *Méthodes :* Il s'agissait d'une patiente âgée de 25 ans, grossesse actuelle estimée à 29 semaines d'aménorrhée, adressée chez nous pour prise en charge de l'augmentation insidieuse du volume des deux seins. L'échographie mammaire objectivait une lésion tissulaire du sein gauche et dont l'examen anatomopathologique retrouvait une hyperplasie lobulaire bénigne. *Résultats :* Les explorations radiologiques n'ont pas montrés de lésions malignes chez notre patiente. Elle a bénéficiée d'un traitement médicale qui n'a prouvé aucune réponse. L'évolution en post partum a été marquée par une discrète régression spontanée du volume mammaire. La patiente est en attente d'une réduction mammaire bilatérale type T inversé. *Conclusion :* La gigantomastie gravidique est une maladie rare dont l'étiologie reste inconnue mais qui pose un problème de gestion de l'état gravidique. Le traitement de base est la mastectomie bilatérale suivi d'une reconstruction mammaire du fait des récives fréquentes après réduction mammaire.

Keywords : (Mots clés) : Gigantomastie – Grossesse – Biopsie - Imagerie.

Introduction

La gigantomastie gravidique est une hypertrophie mammaire exagérée et pathologique survenant au cours de la grossesse, chez une patiente aux seins préalablement normaux, l'apparition a lieu dans deux tiers des cas au premier trimestre [1]. Cette hypertrophie est caractérisée par une évolution rapide et excessive de l'hyperplasie épithéliale. C'est une pathologie rare, dont l'incidence est variable autour d'une naissance sur 100 000 [1-2-3].

Cette pathologie pose des problèmes étiopathogéniques, cependant plusieurs hypothèses laissent supposer une origine hormonale.

Observation

Il s'agit de Madame N.D, âgée de 25 ans, sans antécédents pathologiques, primigeste, grossesse actuelle estimée à 29 semaines d'aménorrhée, adressé chez nous pour bilan radiologique afin d'orienter la prise en charge de son augmentation insidieuse et indolore du volume des deux seins depuis le 2ème mois, avec apparition de lésions cutanés multiples douloureuses.

L'examen clinique trouve une importante hypertrophie mammaire en bilatérale arrivant au pubis, rendant la position debout de la patiente difficile, associé à des placards d'allure inflammatoire avec aspect de peau d'orange, et des ulcérations multiples et diffuses au niveau des deux seins, marqué par la présence d'une lésion ulcéro-bourgeonnante surinfecté au niveau de son quadrant inféro-externe gauche (fig1). L'échographie obstétricale objective une grossesse monofoetal évolutive de 29 semaines d'aménorrhée avec biométrie correcte.

Les dosages hormonaux révélaient un taux de prolactinémie normale à 7.52 ng/ml.

Une IRM cérébrale a été indiquée dans le but de chercher un adénome hypophysaire, ayant revenue normale avec absence d'image pathologique intra-sellaire : un aspect convexe de l'anté hypophyse et une post hypophyse difficilement individualisable en rapport avec la grossesse (fig. 2).

L'échographie mammaire objectivait une lésion tissulaire de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche, lobulée supérieure à 4 lobulations, mesurant 4cm et classée ACR4a, il s'y associe une importante infiltration glandulaire et sous cutanée avec dilatation des canaux galactophoriques (fig. 3).

Une micro biopsie écho guidée de la lésion du sein gauche a été réalisée et dont l'examen anatomopathologique montrait une dystrophie hyperplasique lobulaire, avec des canaux dilatés et augmentés en nombre et un tissu conjonctif rétréci, l'ensemble était compatible avec une variation morphologique du parenchyme mammaire secondaire à une imprégnation hormonale (fig. 4). Une macro biopsie de la lésion ulcéro-bourgeonnante était en faveur d'une mastite ulcérée.

Une IRM mammaire fut réalisée en position de décubitus dorsale en raison du volume mammaire important non compatible avec l'antenne sein, les deux seins débordaient latéralement rendant l'acquisition difficile et l'examen artefacté, cependant elle nous a permis d'innocenter le reste du parenchyme mammaire notamment en profondeur (fig. 5).

L'évolution a été marquée par l'augmentation de la taille des seins avec l'évolution de la grossesse.

La patiente fut hospitalisée et ayant bénéficié d'un bandage mammaire, un changement de pansement et une prescription de bromocriptine, dostinex et de la corticothérapie à visée

La patiente a accouchée par voie basse a terme d'un nouveau née de sexe féminin bien portant. L'évolution en post partum a été marquée par une discrète régression spontanée du volume mammaire et une cicatrisation subtotale des ulcérations cutanées.

La patiente est programmée pour une réduction mammaire bilatérale type T inversé.

Discussion

La gigantomastie est une forme excessive d'hypertrophie mammaire définie par des seins dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³, les normes variant habituellement de 200 à 350 cm³ [1-4].

La Gigantomastie est une maladie extrêmement rare. Depuis sa première description, il y a plus de trois siècles, quelques cas sporadiques et isolés sont rapportés dans la littérature mondiale. Son incidence varie de 1/28 000 à 1/100 000 grossesses dans le monde [4].

C'est une pathologie souvent bilatérale, comme c'est le cas de notre patiente. Elle survient le plus souvent chez la multipare sans antécédents particuliers et n'ayant présenté aucune pathologie lors des premières grossesses. Elle apparaît souvent dès la fin du premier trimestre de la grossesse, comme c'est le cas de notre patiente.

A l'inspection, les seins miment une mastite inflammatoire, apparaissent très volumineux, recouvrant toute la base thoracique et l'abdomen, dépassant la région inguinale en position orthostatique et arrivant jusqu'aux genoux en position assise. Sous l'effet de leur propre poids, les seins deviennent ptosiques et déformés. A un stade avancé de la maladie, les seins deviennent tendus, rouges, oedématiés et douloureux.

Sous l'effet de la pesanteur, des troubles trophiques peuvent apparaître au niveau des zones déclives des seins à type de nécrose et d'ulcérations. Ces dernières peuvent s'infecter facilement ou saigner à répétition et retentir sur l'état hémodynamique de la patiente.

Au cours de la gigantomastie gravidique, la progestérone, l'oestradiol et les hormones thyroïdiennes sont dans les limites de la normale. Toutefois, une hyperprolactinémie ainsi qu'une augmentation de l'hormone de croissance peuvent être notées, mais ceci peut se voir au cours de la grossesse normale [2-3-5].

La mammographie peut être d'interprétation difficile, car le

tissu adipeux est réduit et le tissu glandulaire gravidique apparaît souvent très dense avec des opacités hétérogènes nodulaires et confluentes.

La protection fœtale par tablier plombé permet une irradiation négligeable de 0,3 mGy pour une mammographie en double incidence [6].

Il est cependant recommandé de limiter ses indications lors du premier trimestre de grossesse. Elle ne doit être réalisée que si l'échographie ne permet pas de conclure ou devant une lésion calcifiée ou des microcalcifications.

L'échographie mammaire est l'examen de diagnostic radiologique de première intention dans l'exploration des lésions du sein gravidique [6]. Le tissu mammaire gravidique normal est hyperéchogène en raison de l'accroissement du tissu fibroglandulaire. Cet examen a un grand intérêt dans la recherche des lésions associées tel qu'un fibroadénome, une abcdation ou un cancer, quoiqu'il reste difficile d'explorer la partie profonde du sein hypertrophié. Elle permet de montrer une hypertrophie glandulaire associée à une infiltration œdémateuse cutanée et sous-cutanée et d'éliminer des lésions mammaires sous-jacentes suspectes de malignité [2], elle permet secondairement de diriger les prélèvements cytologiques ou micro-biopsiques. Une compression mammaire est ensuite indispensable pour éviter les fistules laiteuses et les hématomes plus fréquents en raison de l'hypervascularisation gravidique [7].

Concernant l'imagerie par IRM, il n'y a pas à ce jour de preuve d'un effet néfaste sur le fœtus de l'usage des champs magnétiques ou du gadolinium passant la barrière placentaire [8].

Cependant, l'IRM est d'interprétation difficile en raison notamment de prises de contraste importantes et diffuses aspécifiques liées à l'état d'hypervascularisation de la glande gravidique [8], par contre, elle permet l'exploration des zones profondes d'accès difficile en échographie.

L'examen histologique confirme le diagnostic et retrouve une dystrophie hyperplasique diffuse et bénigne développée surtout aux dépens des lobules. Il existe une prolifération et une dilatation des alvéoles des ductiles intermédiaires. Le tissu conjonctif palléal s'hypertrophie avec œdème, fibrose et nécrose. Les cellules épithéliales présentent un cytoplasme riche en vacuole reflétant une activité sécrétoire. Il n'y a pas d'atypies cellulaires. Cette entité anatomopathologique rare est caractérisée par une hypertrophie conjonctive associée à une hyperplasie

épithéliale : sur un tissu scléreux, peu cellulaire, les canaux galactophoriques apparaissent dilatés et anfractueux, tapissés d'un épithélium floride pluristratifié, constitué souvent de petites touffes papillaires intracanalaires.

L'absence d'encapsulation nette permet d'éliminer l'adénofibrome et la tumeur phyllode[2-3-4].

Le traitement médical repose sur le soutien des seins par des bandages, la désinfection des sillons sous-mammaires et des ulcérations, la prescription de transfusions sanguines en cas d'anémie et l'usage d'anti-inflammatoires en présence d'une inflammation. Ces traitements sont généralement inefficaces. Le traitement hormonal par la testostérone, la progestérone, et l'hydrocortisone ont été employés mais sans succès. La bromocriptine a produit une réponse partielle dans quelques cas. Certains auteurs trouvent que ces traitements ne doivent pas être trop recommandés parce que leur efficacité n'est pas réellement prouvée et qu'ils pourraient avoir des effets tératogènes [3].

Le traitement de choix est la chirurgie. Cette dernière prend en considération le volume de la gigantomastie, le terme de la grossesse et le désir d'une autre grossesse ultérieure. Au premier trimestre, un avortement thérapeutique suivi d'une plastie mammaire peut être proposé. Au deuxième et troisième trimestre, les traitements hygiéniques associés aux bandages mammaires et aux antalgiques sont instaurés avant l'extraction à maturité fœtale[1-2]. Après l'accouchement, il n'y a aucune urgence à opérer mais il paraît raisonnable d'attendre au moins six mois après la grossesse afin d'obtenir une régression maximale spontanée du volume mammaire [10-4].la mammoplastie de réduction peut être proposée.

La mastectomie reste la plus logique et rapide et expose à des pertes sanguines limitées. La réduction mammaire est plus esthétique, mais expose au risque de récurrence durant les grossesses ultérieures. Ce risque de récurrence est presque absolu. Le désir d'une autre grossesse est, ainsi, un critère majeur de choix entre les techniques de mastectomie-reconstruction ou celles de plastie mammaire de réduction [2].

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 [2]. 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 est une forme extrême d'hypertrophie mammaire. Elle est de survenue brutale et d'évolution rapide. Le diagnostic est clinique, cependant une exploration radiologique est nécessaire, basé sur l'échographie mammaire couplée à une biopsie échoguidée si découverte d'une lésion afin d'orienter la prise en charge. L'IRM a un grand intérêt pour détecter les lésions mammaires profondes non accessible à l'échographie. 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. Chargui R, Houimli S, Damak T, Khomsi F, Ben Hasouna J, Gamoudi A, et al. Relapse of gigantomastia after mammoplasty. *Ann Chir* 2005;130:181—5.
2. Boufettal H, Khalkane L, Dlia H, Mahdaoui S, et al. Gigantomastie gravidique bilatérale: à propos d'un cas. *Jour Gyn Obs Biol Reprod*. 2009;38, 3:254–257.
3. Dem A, Wone H, Faye M, Dangou JM, Touré P. La gigantomastie gravidique bilatérale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009;38:254—7.
4. Mangla M, Singla D. Gestational Gigantomastia: A Systematic Review of Case Reports. *J Midlife Health*. 2017;8, 1:40-44.
5. Türkan H, Gökgöz MŞ, Taşdelen, Dündar HZ. Gigantomastie gestationnelle. *J Santé du sein*. 2016; 12, 2: 86-87.
6. Robbins J, Jeffries D, Roubidoux M, Helvie M. Accuracy of diagnostic mammography and breast ultrasound during pregnancy and lactation. *AJR Am J Roentgenol* 2011;196,3:716–22.
7. Canoy JM, Mitchell GS, Unold D, Miller V. A radiologic review of common breast disorders in pregnancy and the perinatal period. *Semin Ultrasound CT MR* 2012;33, 1:78–

8. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. Eur Radiol 2005;15,6 :1234–40.

9. KA, Sidy, THIAM, Jaafar, MANE, Maimouna, et al. La gigantomastie gravidique à l’Institut du Cancer de Dakar: à propos de 2 cas. Pan African Medical Journal, 2015 ; 22,

10. NAIL-BARTHELEMY R., DES ROZIERES B. Burin G., et al. Reconstruction mammaire après gigantomastie gestationnelle: à propos d’un cas exceptionnel. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. Elsevier Masson, 2015 ; 330-335.

Liste des figures

Figure 1. Gigantomastie gravidique chez une patiente de 25 ans enceinte de 29 SA, **a)** les deux seins recouvrant toute la base thoracique et l’abdomen, associé à une lésion ulcéro-bourgeonnante surinfecté au niveau de son QIE gauche (flèche noir) ; **b)** Placards d’allure inflammatoire avec aspect de peau d’orange (flèche blanche).

Figure 2 : IRM cérébrale : **a)** T1 sagittal ; **b)** T1 sagittal avec GADO : absence d’anomalie intra-sellaire avec un aspect convexe de l’anté hypophyse associée à une post hypophyse difficilement individualisable en rapport avec la grossesse.

Figure 3 : échographie mammaire : Lésion tissulaire de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche, lobulée supérieure à 4 lobulations, mesurant 4cm, classée ACR4a.

Figure 4 : Etude anatomo-pathologique de la lésion mammaire après biopsie écho-guidée : **a)** HES x 4 ; **b)** HES x 40 : variation morphologique du parenchyme mammaire secondaire a une imprégnation hormonale, sans atypie cytonucléaire ou figures de mitoses.

Figures 5 : IRM mammaire : **a)** Image de la position de la patiente en IRM montrant les deux seins qui débordent latéralement rendant l’acquisition difficile et l’examen artefacté, (antenne « body»); **b)** Coupes axial T2 FIESTA ; **c)** après injection de gadolinium en phases précoces ;**d)** en phases tardives : Absence de lésion suspecte profonde.

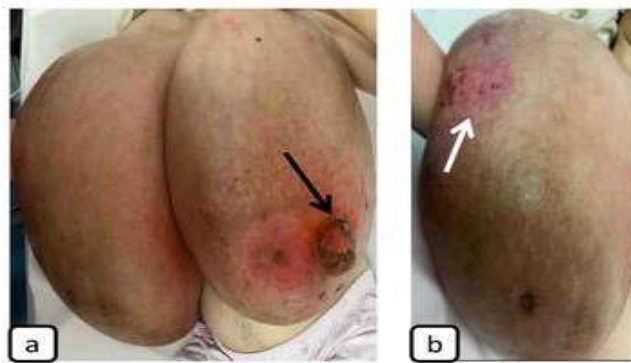


Figure 1. Gigantomastie gravidique chez une patiente de 25 ans enceinte de 29 SA: **a)** les deux seins recouvrant toute la base thoracique et l'abdomen, associé à une lésion ulcéro-bourgeonnante surinfecté au niveau de son QIE gauche (flèche noir). **b)** Placards d'allure inflammatoire avec aspect de peau d'orange (flèche blanche).



Figure 2. IRM cérébrale : **a)** T1 sagittal, **b)** T1 sagittal avec GADO : absence d'anomalie intra-sellaire avec un aspect convexe de l'anté-hypophyse associée à une post hypophyse difficilement individualisable en rapport avec la grossesse .



Figure 3 : échographie mammaire : Lésion tissulaire de la jonction des quadrants supérieurs du sein gauche, lobulée supérieure à 4 lobulations, mesurant 4cm, classée ACR4a.

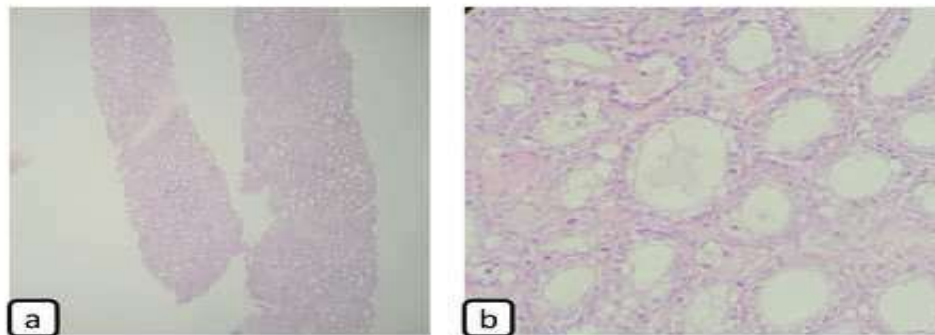
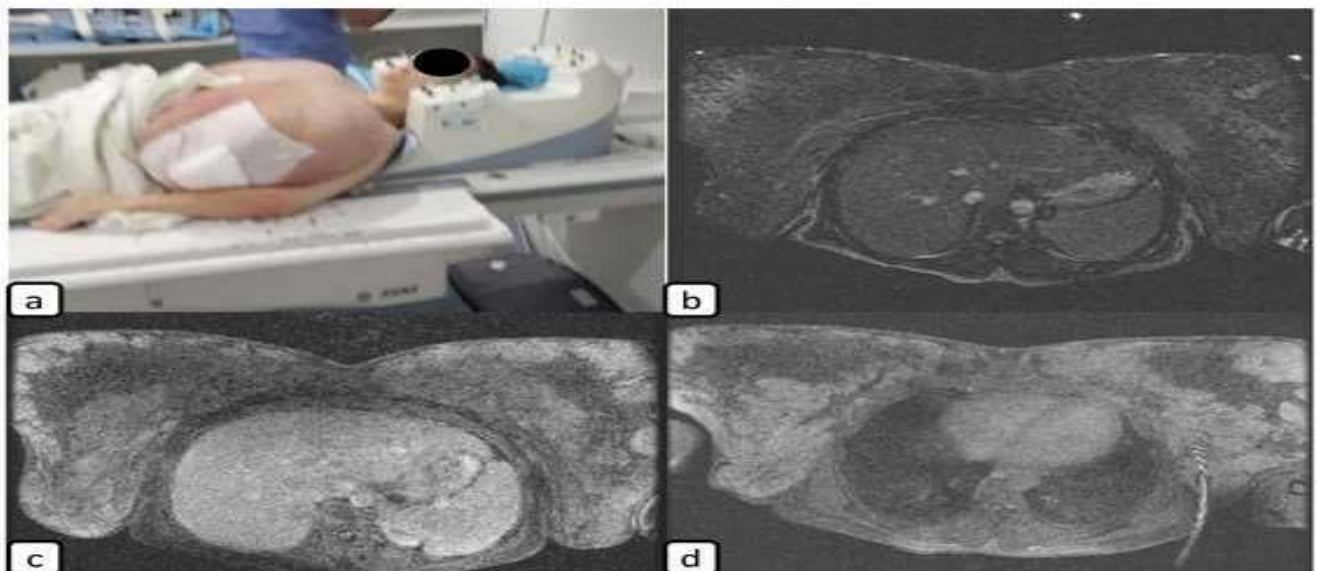


Figure 4. Etude anatomo-pathologique de la lésion mammaire après biopsie écho-guidée : **a)** HES x 4; **b)** HES x 40 : variation morphologique du parenchyme mammaire secondaire a une imprégnation hormonale, sans atypie cytonucléaire ou figures de mitoses



Figures 5 : IRM mammaire :

a) Image de la position de la patiente en IRM montrant les deux seins qui débordent latéralement rendant l'acquisition difficile et l'examen artefacté (antenne « body»); **b)** Coupes axial T2 FIESTA; **c)** après injection de gadolinium en phases précoces; **d)** en phases tardives : Absence de lésion suspecte profonde.