

Gigantomastie gravidique bilatérale : à propos d'un cas au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune et revue de littérature

Bilateral gigantomastia of pregnancy : about a case at the university hospital center for mother and child lagune and review of the literature

Dangbemey DP¹, Aboubakar M¹, Ogoudjobi M¹, Otchoun U², Tshabu-Aguemon C¹, Denakpo JL¹

¹Département Mère Enfant, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou Bénin

Correspondances : DANGBEMEY Djima Patrice, Maître-Assistant en Gynécologie Obstétrique, 01BP 780, Cotonou, Tel : (00229) 66 25 75 24 Mail : ddpatous78@yahoo.fr

Reçu le 3 novembre 2022 - Accepté le 29 décembre 2022 - Publié le 3 janvier 2023

RESUME

Résumé

Les auteurs rapportent un cas de gigantomastie gravidique bilatérale enregistré dans un hôpital universitaire de Cotonou. La grossesse a été menée jusqu'à la maturité fœtale permettant un accouchement par césarienne. L'hypertrophie mammaire exagérée et invalidante a régressé considérablement au troisième mois après l'accouchement sous un traitement médicamenteux et des conseils éducatifs.

Mots clés : gigantomastie, sein, grossesse, Cotonou

SUMMARY

The authors report a case of bilateral gestational gigantomastia recorded in a university hospital in Cotonou. The pregnancy was carried out to fetal maturity allowing delivery by caesarean section. Exaggerated and disabling breast hypertrophy regressed significantly at the third month after delivery under drug treatment and educational advice

Keywords: gigantomastie, breast, pregnancy, Cotonou

INTRODUCTION

La gigantomastie gestationnelle est une pathologie rare. Son incidence selon plusieurs auteurs tourne autour de 1 pour 100 milles naissances [1-3]. Elle se définit comme une augmentation invalidante de la taille des 2 seins survenant pendant la période de la grossesse [4]. Cette pathologie pose des problèmes étiopathogéniques car plusieurs hypothèses sont émises : origine hormonale ou auto immune. [5]. Elle est considérée comme une affection bénigne (un seul cas de prolifération maligne lymphomateuse sur plus de 100 cas recensés) [6]. Elle peut cependant être physiquement invalidante en absence d'un traitement adapté. Dans certains cas, la condition se résout d'elle-même, mais de nombreuses femmes atteintes de gigantomastie devront subir une chirurgie de réduction mammaire ou une mastectomie.

Nous rapportons un cas de gigantomastie gravidique bilatérale pris en charge au CHU- MEL de Cotonou au Bénin dans le but de discuter les mécanismes physiopathologiques, les aspects étiopathogéniques, diagnostiques et les stratégies thérapeutiques.



Figure 1 : Volumineuse hypertrophie mammaire bilatérale sur grossesse à 30 SA

L'examen sénologique a objectivé des seins très augmentés de volume comme un ballon de basketball et très impressionnant (**Figure 2**). Ils étaient le siège d'une importante circulation veineuse collatérale. On notait également une tuméfaction du prolongement axillaire gauche d'allure d'un sein surnuméraire axillaire gauche. A la palpation, les seins étaient souples, sans masse palpable, indolores sans écoulement. Les aires ganglionnaires axillaires, sus et sous-claviculaires et étaient libres.

L'échographie mammaire a conclu à une mastite par dilatation galactophorique bilatérale gravidique et classait les deux seins ACR 1.



Figure 2 : Aspect évolutif de l'hypertrophie mammaire bilatérale trois mois après l'accouchement

La masse du prolongement axillaire était qualifiée de fibroadénome. Une microbiopsie a été réalisée sur la masse du prolongement axillaire. L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie était en faveur d'une prolifération glandulaire faisant évoquer adénome lactant, sans signe de malignité.

Les caractéristiques cliniques de cette tuméfaction mammaire bilatérale sur grossesse et les conclusions de l'examen anatomopathologique ont permis de poser le diagnostic de gigantomastie gravidique. Elle a été gardée en hospitalisation et a bénéficié d'un traitement fait de trimétazidine, d'héparine de bas poids moléculaire et de veinotonique en pommade en application locale et d'éducation sur la mobilisation des seins dans le lit et d'usage des soutiens gorges traditionnels. L'évolution a été marquée par la persistance de la tuméfaction de plus en plus croissant et pesant avec l'apparition d'une sécrétion lactescente abondante qui a motivé un traitement complémentaire avec de la carbégoline.

L'inconfort maternel fait de douleur mammaire et de dos à faire indiquer une césarienne à 35 semaines d'aménorrhée ayant permis la naissance d'un garçon pesant 2700 grammes, le score d'APGAR était coté à 9 à la 1^{ère} minute. L'allaitement maternel était artificiel. La patiente a poursuivi la carbégoline en postpartum pendant toute la période postpartum (42 jours après l'accouchement). Elle était revue en contrôle clinique à trois (03) semaines puis à troisième (03) mois du postpartum. Les suites opératoires étaient simples. L'hypertrophie mammaire bilatérale a connu une régression importante à trois (03) mois du postpartum (**Figure2**).

DISCUSSION

La gigantomastie gestationnelle est une pathologie rare. Son incidence varie d'un auteur à un autre et d'un pays à un autre. Elle est estimée à 1 pour 100

mille naissances [1]. Seulement quelques centaines ont été signalées dans la littérature médicale. Au Sénégal trois (03) cas ont été rapportés [2]. La littérature médicale béninoise est pauvre en matière d'informations sur la gigantomastie en générale.

Au plan physiopathologique, la gigantomastie s'expliquerait par exagération des phénomènes hyperplasiques physiologiques de la grossesse conduite par une augmentation des récepteurs aux œstrogènes ou à la progestérone. Ceci n'est pas décrit par tous les auteurs [3]. Selon Griénay N et al la gigantomastie gravidique ont suspecté une augmentation ou hypersensibilité des récepteurs à l'œstrogène et à la progestérone du fait de l'hormonologie de la grossesse ou du fait d'un processus auto-immun déclenché par la grossesse. Quelques cas de gigantomastie ont été décrits en association au lupus érythémateux disséminé, la myasthénie, la thyroïdite d'Hashimoto, et la polyarthrite rhumatoïde. [4]

Les premiers signes apparaissent dans 2/3 des cas au premier trimestre de grossesse [5] chez une multipare sans antécédent particulier. Notre patiente était une paucipare et qui a consulté au deuxième trimestre de sa grossesse. Elle a certainement confondu les premiers signes de la gigantomastie avec les modifications de la glande mammaire du fait de la grossesse.

Le principal symptôme est une surcroissance excessive du tissu mammaire, le volume mammaire dépassant 1500cm³. La croissance peut être lente sur une période de quelques années rapides sur quelques jours ou quelques semaines. Le développement bilatéral est de règle et un seul cas unilatéral a été décrit [6]. L'évolution était rapide en quelques semaines chez notre patiente. Plusieurs complications sont possibles durant la grossesse telles que des ulcérations cutanées voire nécrose, troubles trophiques, l'anémie multifactorielle (inflammation, dilution, pertes, infections). C'est une affection mal tolérée du fait de la douleur. [7] L'éducation de la gestante sur les mesures de mobilisation et d'usage des soutiens-gorge traditionnels avaient permis de lutter efficacement contre les lésions cutanées.

Les explorations biologiques peuvent objectiver une hyperprolactinémie d'origine non hypophysaire. Ils sont cependant parfois normaux. Dans notre cas les dosages n'ont pas été réalisés faute de moyens financiers.

L'imagerie n'occupe pas une place importante dans le diagnostic car les seins ont un aspect dense. L'histologie confirme le diagnostic et retrouve une dystrophie hyperplasique diffuse et bénigne

développée surtout aux dépens des lobules. Hedberg et al. ont rapporté une accumulation intracellulaire d'une substance plutôt qu'une prolifération du tissu conjonctif. [8]

Il n'existe pas de traitement standard pour la gigantomastie. L'affection est habituellement traitée au cas par cas. La gigantomastie induite par la grossesse peut disparaître d'elle-même après l'accouchement. C'est ce qui était observé dans notre cas. En fonction de l'âge de la grossesse les auteurs proposent au premier trimestre un avortement thérapeutique suivi de mastectomie simple. Au deuxième et troisième trimestre il faut recourir aux traitements médicamenteux et aux soins locaux. Ils visent à stabiliser la tumeur, traiter les éventuelles infections, les ulcères, la douleur et les autres complications (antibiotiques, pansements, analgésiques...) afin d'atteindre le terme de viabilité fœtale pour une extraction. Les alternatives médicamenteuses (bromocriptine, tamoxifène, danazol et médroxyprogestérone, corticoïdes) apportent des réponses inconstantes et souvent temporaires. La bromocriptine semble cependant apporter les meilleurs résultats sur les symptômes de la gigantomastie. Elle freine la croissance mammaire sans diminution notable du volume. Il permet de lutter contre la galactorrhée. La césarienne sera effectuée dès la maturité fœtale. Selon Sidy Ka et col au Sénégal en 2015, le traitement de choix reste la mastectomie bilatérale complète, en post partum, en diminuant significativement le risque de récidives. Après un traitement chirurgical il faut recommander une période de deux ans avant une autre grossesse [9,10].

CONCLUSION

La gigantomastie gravidique est une entité rare. Elle est bénigne dans la majorité des cas. Sa pathogénie reste incertaine. Il est possible moyennant des traitements médicamenteux de conduire la grossesse à un terme de viabilité permettant une extraction fœtale.

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont participé à l'élaboration de cet article. Ils ont donné leur accord au correspondant principal pour publication.

REFERENCES

1. **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 Avr; 44(4): 234-43.
2. **Dem A, Wone H, Faye ME, Dangou JM, Toure P.** la gigantomastie gravidique : à propos d'un cas. *Journ Gyn Obst Biol Reprod.* 2009; 38(3):254-257.
3. **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.
4. **Grienay N et al.** Gigantomastie: un lien étroit avec l'auto-immunité. *La Revue de médecine interne.* 2017; 38(2) : A180-A181
5. **Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA.** Management of gestational gigantomastia. *Plast Reconstr Surg.* 15 septembre 2006; 118(4) : 840-8.
6. **Sharma K, Nigam S, Khurana N, Chaturvedi KU.** Unilateral gestational macromastia-a rare disorder. *Malays J Pathol* 2004 décembre; 26(2): 125-8.
7. **Lapid O, de Groof EJ, Corion LU, Smeulders MJ, van der Horst CM.** The effect of breast hypertrophy on patient posture. *Arch Plast Surg.* 2013; 40(5):559-62.
8. **Hedberg K, Karlsson K, Linstedt G.** Gigantomastie in pregnancy: effect of dopamine agonist. *Am J Obstet Gynecol.* 1979 Apr 15;133(8):928-31
9. **Chargui R et al.** Relapse of gigantomastia after mammoplasty. Report of a case and literature review. *Ann Chir* 19 Jan 2005, 130(3):181-185
10. **Sidy Ka, Jaafar Thiam, Maimouna Mane, Rolland O. et al.** La gigantomastie gravidique à l'Institut du Cancer de Dakar : à propos de 2 cas. *Pan African Medical Journal.* 2015; 22:314