

INTRODUCTION

- L'hypertrophie virginale ou gigantomastie est une mastopathie rare de cause inconnue. Elle survient au moment de la puberté et se manifeste cliniquement par un accroissement rapide et bilatéral du volume des seins
- L'étiologie est inconnue, on évoque une hypersensibilité aux hormones sexuelles.
- Les complications mécaniques et psychologiques liées aux poids et volume excessifs des seins imposent une prise en charge rapide

LITTÉRATURE

- La gigantomastie est définie par des seins dont le volume mammaire dépasse 1500 cm³, les normes variant habituellement de 200 à 350 cm³.
- La gigantomastie est uni ou bilatérale, d'installation brutale et d'évolution rapide. Le sein est volumineux, ferme, indolore
- 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.
- Le facteur le plus important serait dû à un déséquilibre hormonal. L'augmentation du nombre des récepteurs d'estrogène et/ou de progestérone a été mise en cause.
- En 1973, Desai rapportait le premier cas de gigantomastie compliquant la prise de D-pénicillamine chez une patiente atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde, et depuis des cas similaires ont été décrits. D'autres médicaments ont été incriminés à savoir le Néothétazone, la cyclosporine et la bucillamine.
- Histologiquement, on observe une hypertrophie du tissu conjonctif plutôt qu'une hyperplasie du tissu glandulaire. Hedberg et al. rapportent une accumulation intracellulaire d'une substance plutôt qu'une prolifération du tissu conjonctif.
- L'imagerie n'occupe pas une place importante dans le diagnostic car les seins ont un aspect très dense.
- 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 proposent l'hormonothérapie comme traitement de première intention en cas de gigantomastie gravidique par médroxyprogestérone, dydrogestérone, tamoxifène, danazol, les androgènes ou la gosereline.

CAS CLINIQUE

- Patiente âgée de 13 ans, ménarche depuis 05 mois avec augmentation bilatérale, brutale et invalidante des seins



- **Echographie** : gigantomasite bilatérale, BIRADS II
- **Bilan hormonal** : FSH: 7 mUI/ml

Normal	}	▪ LH : 5,7m UI/ml
		▪ Oestradiol : 32 pg/ml
		▪ Progesterone : < 0,6 nmol/
		▪ Prolactine : 10,5 ng/ml
		▪ DHEA : 125,7ug/dl
		▪ Testostéronémie : 0,20 nmol / L
		▪ 17-OHP : 0,33 ng/ml

- Traitement reçu : dydrogestérone 10 mg 2 * / jour
- à 03 mois et à 12 mois de traitement : nette amélioration



- Une chirurgie de réduction mammaire avec technique de T inversé est prévue à la fin de la puberté



CONCLUSION

La gigantomastie est une entité rare, d'étiologie indéterminée. Elle pose le problème du traitement chirurgical qui peut être très rarement radical de nécessité. 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.

REFERENCES

- 1)- La gigantomastie juvénile: à propos d'un cas à l'institut Joliotcurie de Dakar PAMJ | Volume 21, Article 190, 09 Jul 2015 10.11604
- 2)- La gigantomastie: à propos d'un cas et revue de la littérature [Pan Afr Med J](#). 2014; 18: 154. published online 2014 juin 18