



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Comment je fais...

Comment je fais...pour la prise en charge chirurgicale de la gigantomastie gravidique


How I do...for the surgical management of gestational gigantomastia

L. Boulanger^a, M. SidAhmed-Mezi^b, A. Dhollande^c, J. Bouhassira^b, J.P. Meningaud^b,
M.-P. Chauvet^a, B. Hersant^{a,*,b}
^a Service de chirurgie sénologique, centre Oscar Lambret, 3, rue Frédéric Combemale, 59000 Lille, France

^b Department of Maxillofacial and Plastic & Reconstructive Surgery, Henri Mondor Hospital, 51, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil, France

^c Pôle femme mère nouveau-né, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 18 janvier 2018

Mots clés :

Pathologie mammaire
Gestationnel
Gigantomastie
Grossesse

Keywords:

Breast disease
Gestational
Gigantomastia
Macromastia
Pregnancy

1. Introduction

La gigantomastie gravidique est une pathologie rare, dont l'incidence est estimée autour de 1 pour 100 000 naissances [1]. Il s'agit d'une hypertrophie mammaire pathologique uni ou bilatérale, consécutive à une évolution monstrueuse et diffuse de l'hyperplasie épithéliale habituelle survenant au cours de la grossesse. Elle survient le plus souvent chez une patiente multipare. Elle peut être difficile à distinguer des autres lésions mammaires proliférantes [1]. La cause exacte reste incertaine, mais cette pathologie relève d'une prolifération bénigne. Il existe un risque de récurrence en cas de grossesse ultérieure bien que la littérature soit assez pauvre sur le sujet [2]. Environ 80 cas de gigantomastie gravidique sont rapportés dans la littérature, le plus

souvent sous la forme de cas unique [2]. La gigantomastie entraîne des conséquences fonctionnelles à type de mastodynie, dorsalgie et esthétique majeure avec des répercussions psychologiques.

Une controverse existe sur les modalités thérapeutiques car la physiologie de la gigantomastie gravidique n'est pas bien comprise. Il n'existe pas de conduite thérapeutique standard, à cause du faible nombre de cas. Le traitement médical est symptomatique et repose sur le soutien des seins par des bandages, la désinfection des sillons sous-mammaires et le traitement local des ulcérations. Le traitement hormonal par la testostérone et la progestérone a été employé mais sans succès.

La mammoplastie de réduction ne réduit pas le taux de récurrence en cas de nouvelle grossesse [2] mais une prise en charge chirurgicale de première intention permet une amélioration des séquelles fonctionnelles et esthétiques.

Dans notre pratique, la plastie de réduction dans ce contexte est difficile. En effet, le poids majeur de la glande dans le segment

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : barbara.hersant@gmail.com (B. Hersant).

3 entraîne un arrachement de celle-ci lors de la résection selon le patron de WISE [3] avec une difficulté pour obtenir un volume suffisant si la patiente souhaite conserver un bonnet opulent correspondant à sa morphologie et des nécroses de plaque aréolo-mamelonnaire (PAM).

Nous proposons pour les patientes présentant une gigantomastie gravidique désireuses, d'une grossesse ultérieure et acceptant une prise en charge chirurgicale radicale, la réalisation d'une mastectomie totale (MT) avec épargne cutanée et greffe de PAM selon la technique de Thorek [4] associée à une reconstruction immédiate par prothèse positionnée en rétro-musculaire et couverte en inférieur par un lambeau dermique autologue à pédicule inférieure.

2. Technique opératoire

2.1. Réalisation du dessin de Wise

La première étape était la réalisation du dessin sur patiente vigile en position debout (Fig. 1). La technique utilisée était inspirée du patron de « Wise » [4] pour la réduction mammaire. Cette technique permet d'assurer un résultat de qualité et de réduire le temps opératoire car la réalisation d'un bâti peropératoire n'est pas obligatoire.

2.2. Préparation de la patiente

La patiente était installée une position demie-assise avec un champage symétrique de tout le thorax permettant de visualiser les 2 seins et la ligne médiane reliant la fourchette sternale à l'ombilic.

Un bloc pexique préalable permettait de diminuer les douleurs postopératoires liées à la création de la loge rétro-musculaire.

2.3. Prélèvement de la Plaque aréolo-mamelonnaire (PAM)

L'intervention débutait par le prélèvement de la PAM en greffe de peau totale et maintenu dans du sérum physiologique pendant la durée de l'intervention. Elle était alors greffée à la fin de l'intervention au sommet de la verticale et maintenu par un bourdonnet gras pendant 5 jours.

Une incision était réalisée selon le dessin pré-établi.

2.4. Réalisation de la mastectomie

La MT était ensuite réalisée par une incision située à la limite supérieure du futur lambeau dermique avec toutes les précautions nécessaires pour éviter la nécrose cutanée : dissection dans le plan (crêtes de Duret) respectant la graisse sous-cutanée et emportant la totalité de la glande. Une hémostase soigneuse était également nécessaire pour éviter un hématome qui favoriserait une coque périprothétique.

Une loge rétro-pectorale était ensuite créée par décollement puis désinsertion du muscle grand pectoral à sa partie inféro-interne. Dans cette technique, il existait deux plans de décollement : sous-cutané et rétro-musculaire.

2.5. Mise en place des implants

L'implant définitif était alors mis en place sous le muscle grand pectoral. Puis le lambeau dermique inférieure était alors rabattu et suturé au bord inférieur du muscle grand pectoral par des points de vicryl 2-0 de façon à couvrir totalement la prothèse (Fig. 2). Une couverture complète composite musculo-dermique de l'implant était alors obtenu (Fig. 2).

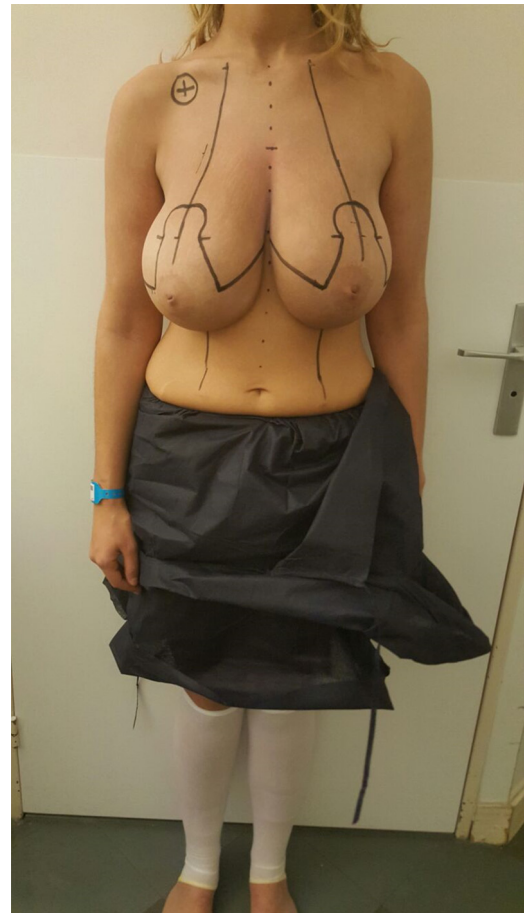


Fig. 1. Patron de Wise.

Un à deux drains de Redon aspiratifs pouvaient être mis en place : le premier dans la loge prothétique et le second en sous-cutané.

Un bâti aux agrafes était alors réalisé pour vérifier le résultat en position demi-assise avant fermeture. L'étui cutané était fermé en T inversé.

Le port d'un soutien-gorge de maintien pouvait être proposé pendant 1 mois jour et nuit.

Trois cas avec gigantomastie gestationnelle ont été pris en charge avec cette technique.

Première patiente : elle était âgée de 25 ans, sans antécédent particulier, primipare, deuxième geste, d'origine caucasienne. Elle nous a été adressée, à trois mois du post-partum, pour gigantomastie bilatérale associée à une inflammation locale, apparue en début de grossesse. Avant sa grossesse, elle pesait 85 kg pour 168 cm (BMI : 30,1) et avait un bonnet C. L'hypertrophie avait débuté vers huit semaines d'aménorrhées de manière bilatérale.

Une échographie mammaire réalisée au cours de la grossesse était compatible avec une gigantomastie gravidique.

Dans le post-partum, la patiente a reçu de la bromocriptine afin d'inhiber la lactation.

À la consultation du post-partum, on retrouvait une gigantomastie gravidique stable, avec une flèche aréolo-mamelonnaire à 42 cm à gauche et 48 cm à droite (Fig. 3a).

La patiente souhaitait d'autres enfants, il lui a été proposé la réalisation d'une mastectomie totale bilatérale avec reconstruction immédiate par prothèses rétro-pectorales associées à un lambeau dermique autologue inférieur ainsi qu'une greffe aréolo-mame-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926217>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926217>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)