

LA MASTITE GRANULOMATEUSE LOBULAIRE : UN DIAGNOSTIC A NE PAS MECONNAITRE

THE GRANULOMATOUS MASTITIS : NOT TO UNDERESTIMATE THE DIAGNOSIS

F. Larbi Ammari, C. Loussaief, A. Aouam,
H. Ben Brahim, A. Toumi, F. Ben Romdhane,
M. Chakroun.

Service des Maladies Infectieuses, EPS Fattouma Bourguiba, Monastir.

Correspondance :

Fatma Larbi Ammari
Service des Maladies Infectieuses, EPS
Fattouma Bourguiba, Monastir.
Tél : 20900488
E-mail : ammari.fatma@wanadoo.tn

Résumé :

La mastite granulomateuse lobulaire est une pseudotumeur inflammatoire du sein pouvant provoquer d'importantes séquelles morphologiques chez les femmes jeunes. Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres granulomatoses, en particulier, la tuberculose mammaire. Nous rapportons un cas de mastite granulomateuse lobulaire chez une femme de 32 ans qui avait consulté pour un abcès du sein droit. Le diagnostic de mastite granulomateuse lobulaire était anatomopathologique. Une corticothérapie par voie orale était instaurée avec une bonne réponse clinico-radiologique.

Mots clés : Mastite granulomateuse, Tumeur du sein, Corticothérapie.

Abstract:

The granulomatous mastitis is an inflammatory pseudotumor of the breast involving young women. This affection may be confused with tuberculous mastitis. We report a case of 32-year-old woman who presented a tumefaction of the right breast. The diagnostic of granulomatous mastitis was confirmed after histopathological examination. The patient was treated by steroids. The answer was rather favorable.

Key words: Granulomatous mastitis, Tumor of the breast, Corticosteroids.

INTRODUCTION

La mastite granulomateuse lobulaire est une pseudotumeur inflammatoire du sein pouvant provoquer d'importantes séquelles morphologiques chez les femmes jeunes. Cette entité anatomoclinique d'étiologie incertaine jusqu'à ces dernières années pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres granulomatoses et surtout avec la tuberculose mammaire.

OBSERVATION

Madame S, âgée de 32 ans, mère d'un enfant, sans antécédents pathologiques, était admise pour une douleur du quart supérieur externe du sein droit, sans fièvre, ni altération de l'état général. L'examen physique avait noté une tuméfaction inflammatoire du sein droit associée à une adénopathie axillaire homolatérale supracentimétrique d'allure inflammatoire. Les globules blancs étaient à 9800/mm³ et la CRP à 98 mg/l. L'échomammographie avait montré une large zone inflammatoire avec des petites formations abcédées (Fig.1). Le diagnostic d'abcès du sein droit était évoqué. La ponction de

pus avait isolé *Pseudomonas aeruginosa* sensible à l'imipénème. Une antibiothérapie à base d'imipénème, 3 g/j, associée à l'amikacine, 15 mg/kg/j, était instaurée. L'évolution après 7 jours, était marquée par l'aggravation de l'état local et la fistulisation à la peau. Le drainage chirurgical avait ramené un matériel stérile riche en polynucléaires neutrophiles. Une antibiothérapie antistaphylococcique était prescrite mais sans amélioration. Une biopsie percutanée pratiquée, avait conclu à une mastite suppurée. La recherche de mycobactéries au niveau du prélèvement biopsique était négative. L'IDR à la tuberculine, la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistant (BAAR) dans les crachats et dans les urines étaient négatives. Les marqueurs tumoraux étaient à un taux normal. Le dosage de l'enzyme de conversion et la calcémie étaient normaux. La radiographie du thorax et l'échographie abdominopelvienne étaient normales. Malgré la négativité du bilan tuberculeux, une quadrithérapie antituberculeuse, associant Rifampicine (10 mg/kg/j) ; Isoniazide (5 mg/kg/j) ; Piazoline (30 mg/kg/j) et Ethambutol (20 mg/kg/j), était instaurée et poursuivie pendant 15 jours. Devant l'absence d'amélioration clinique, une deuxième biopsie avait montré une inflammation granulomateuse plus ou moins centrée par les lobules

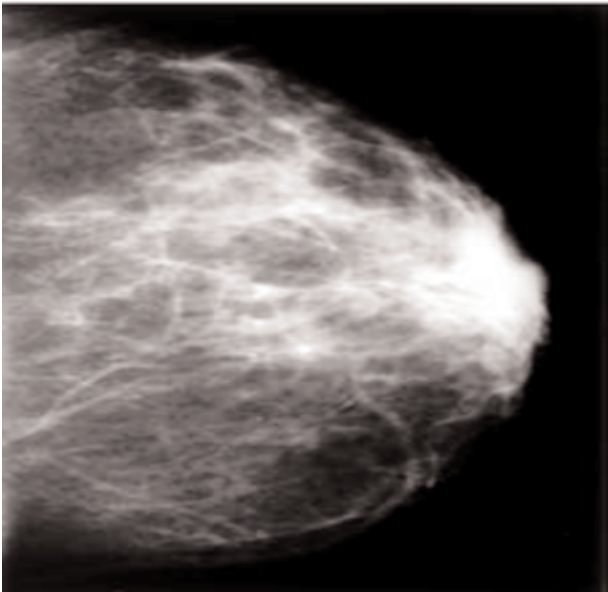


Figure 1 : Mammographique : opacité dense mal limitée.

Figure 1 : Mammography : an opacity with ill defined limit.

mammaires confirmant le diagnostic d'une mastite

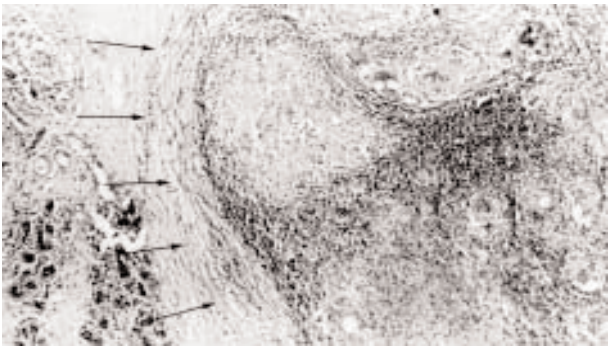


Figure 2 : Histologie : Mastite granulomateuse lobulaire.

Figure 2 : Histology : Granulomatous lobular mastitis.

granulomateuse lobulaire (Fig. 2).

Une corticothérapie à base de prédnisonne par voie orale à la dose de 1 mg/kg/j pendant 6 semaines avec une dégression de 5 mg/semaine, était instaurée pour une durée totale d'une année. La réponse clinico-biologique était favorable après 3 mois de corticothérapie au détriment de séquelle esthétique à type de rétraction mammaire. La disparition des aspects lésionnels à l'imagerie était notée après 6 mois de corticothérapie. Le recul actuel est de 18 mois.

DISCUSSION

La mastite granulomateuse est une affection rare. Elle représente 0,5% des tumeurs du sein touchant les canaux galactophoriques proximaux sous aréolaires [1]. Une revue de la littérature effectuée en 2003 a noté 120 cas publiés [2]. Il s'agit dans la majorité des cas de femmes jeunes âgées en moyenne de 32 ans et ayant déjà procréées [3, 4]. L'atteinte concerne habituellement un seul sein mais peut se bilatéraliser. Deux théories sont incriminées pour expliquer le mécanisme étiopathogénique, la théorie mécanique et celle inflammatoire [1, 3, 6, 7].

Pour Haagensen [6], le *primum movens* est la dilatation

galactophorique avec stase des produits de sécrétion, puis rupture mécanique ou chimique de l'épithélium canalaire et déclenchement de la réaction inflammatoire au contact des substances galactophoriques agressives.

Cependant, Bosner [6] pense que le point de départ de ces phénomènes résidait d'abord dans une inflammation péricanalaire, puis il va y avoir une altération galactophorique induite par les lésions conjonctives.

L'étiologie de cette maladie n'est pas univoque. L'hypothèse d'un processus auto-immun est retenue par de nombreux auteurs comme étant la plus vraisemblable [3, 4, 7]. Il s'agit d'une immunité à médiation cellulaire, à type d'hypersensibilité retardée. Leurs arguments se basent sur l'importance et la persistance de l'infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire. Cette hypothèse ne fait cependant pas l'unanimité, certains évoquent plutôt une cause infectieuse avec comme agents bactériens potentiellement responsables les *Corynebactéries*, en particulier, *Corynebacterium kroppenstedtii*, d'autres évoquent une étiologie iatrogène ou traumatique.

Au plan clinique, la mastite granulomateuse lobulaire se manifeste par une masse dure, de plusieurs centimètres de diamètre, volontiers adhérente à la peau, parfois douloureuse, pouvant simuler un cancer. Elle est associée dans tous les à des adénopathies axillaires homolatérales.

La mammographie peut montrer au stade inflammatoire une opacité diffuse avec un épaississement du revêtement cutané voire une opacité nodulaire. A un stade plus évolué de la maladie, on peut noter des opacités rubanées et linéaires en rapport avec une dilatation des canaux galactophoriques [1]. Chez notre malade, la mammographie avait montré une opacité dense mal limitée avec des petites formations abcédées.

Le diagnostic histologique reste indispensable car les lésions granulomateuses peuvent coexister avec une pathologie néoplasique. Il s'agit d'un processus inflammatoire touchant exclusivement le tissu glandulaire du sein avec un infiltrat cellulaire marqué par la présence de polynucléaires neutrophiles et de granulomes épithélioïdes avec des cellules géantes de type Langerhans et/ou à corps étranger, associé à des îlots de nécrose tissulaire confluant parfois en abcès de petites tailles [3].

Le diagnostic cytologique est difficile et la cytoaspiration peut exposer à des faux diagnostics de néoplasie avec une indication abusive de mastectomie. Le bilan doit s'efforcer d'éliminer les autres étiologies de granulomateuse, notamment la sarcoïdose, la maladie de Wegener, la tuberculose, les bartonelloses, la brucellose et certaines mycoses telles que l'histoplasmosse, la blastomycose, les cryptococcoses, les filarioses et l'aspergillose [5, 6, 7].

Au plan thérapeutique, la corticothérapie permet d'obtenir la guérison dans la majorité des cas. L'efficacité des corticoïdes pourrait s'expliquer par un contrôle des phénomènes d'hypersensibilité de type IV [8]. La chirurgie n'est pas recommandée en première intention. Elle n'est indiquée qu'en cas d'aggravation locale avec abcédation ou fistulisation. Elle peut exposer au risque de récurrence ou de retard de la cicatrisation [8]. L'antibiothérapie est prescrite en cas de surinfection microbiologiquement documentée.

Le méthotrexate garde un réel intérêt en cas d'échec de la corticothérapie [9].

Notre patiente avait bien répondu à la corticothérapie avec une rémission clinique et radiologique. L'évolution est favorable et stable avec un recul de 18 mois.

CONCLUSION

La mastite granulomateuse est une affection inflammatoire chronique bénigne. Son diagnostic doit être évoqué devant un pseudotumeur inflammatoire rebelle à une antibiothérapie à large spectre. Il est confirmé par l'examen anatomopathologique. Son traitement est médical basé sur la corticothérapie. La chirurgie peut être indiquée dans les formes chroniques et en cas d'aggravation locale. Cette observation illustre les difficultés diagnostiques et thérapeutiques d'une affection exceptionnelle.

Références

- 1- N. Amrani, M Khachani, CD Mounzil et al. Mastite granulomateuse. A propos d'un cas et revue de littérature. Méd Magreb 1998 ; 12 : 25-7.
- 2- Diesing D, Axt-Flidner R, Homung D, Weiss JM, Dietrich K, Friedrich M. Granulomatous mastitis. Arch Gynecol Obstet 2004 ; 269 : 233-6.
- 3- JC Weber, D Gros, G Blaison, T Martin, D Strock , JL Pasquali. Mastite granulomateuse, érythème noueux et oligoarthritis. A propos d'une observation. Rev Méd Interne 1994 ;15 : 190-2.
- 4- P. Kieffer, R. Dukic, M. Mueber, C. Kieffer, M. Bouhala, P.Riegel. Mastite granulomateuse récidivante chez une jeune femme : rôle potentiel de *Corynebacterium kroppenstedt*. Rev Méd Interne 2006 ; 15 : 550-4.
- 5- Paviour S, MUSAAD S, Robert S, Taylor S, Shore K, Lang S et al. *Corynebacterium* species isolated from patients with mastitis. Clin Infect Dis 2002 ; 35 : 1434-40.
- 6- Taylor G, Paviour S, MUSAAD S, Jones W, Holland D. Clinicopathological review of 34 cases of inflammatory breast disease showing an association between *Corynebacterium* infection and granulomatous mastitis. Pathology 2003 ; 35 :109-19.
- 7- Schelfout K, Tajalna WA, Cooreans ID, Coeman DC, Colpaert CG, Buyteart PM. Observations of an idiopathic granulomatous mastitis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001 ; 97 : 260-2.
- 8- Raj N, Macmillan RD, Ellis IO, Deighton CM. Rheumatologists and breasts : immunosuppressive therapy for granulomatous mastitis. Rheumatology 2004 ; 43 : 1055-6.
- 9- Kim J, Tymms KE, Buckingham JM. Methotrexate in the management of granulomatous mastitis. ANZ J Surg 2003 ; 73 : 247-9.



SOUS LE PATRONAGE DE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

LA SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE

Organise son

XX^{ème} CONGRÈS NATIONAL

Du 22 au 24 Avril 2010, à l'hôtel Regency – Gammarth, avec les thèmes suivants :

- Le bon usage des antibiotiques : L'apport des nouvelles molécules
- Les infections virales neuroméningées
- Les parasitoses et les mycoses opportunistes

Avec des conférences d'actualités sur les thèmes suivants :

- le paludisme
 - l'hépatite virale B chronique
 - l'épidémie de la grippe A "H1N1" en Tunisie
- et une Table Ronde :
La stratégie du bon usage des antibiotiques en Tunisie