

# MASTITE GRANULOMATEUSE IDIOPATHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

K. TRABELSI<sup>1</sup>, H. AMOURI<sup>1</sup>, W. ABDENNADHEUR<sup>1</sup>, D. LOUATI<sup>1</sup>, H. HADJTAIB<sup>1</sup>,  
S. MAKNI<sup>2</sup>, M. GUERMAZI<sup>1</sup>

1- Service de gynécologie obstétrique CHU Hédi CHAKER Sfax Tunisie

2- Service d'anatomopathologie CHU Habib Bourguiba Sfax Tunisie

## Résumé

La mastite granulomateuse idiopathique est une lésion bénigne de la glande mammaire caractérisée par un état inflammatoire chronique non spécifique et amicrobien. Cette entité a été identifiée en 1972.

C'est une pathologie rare, son diagnostic est histologique après biopsie chirurgicale. Sa physiopathologie est inconnue. Sa survenue au cours de la grossesse pose un problème diagnostique et thérapeutique.

La récurrence de la mastite granulomateuse au cours de la grossesse et au cours de l'allaitement renforce les hypothèses étiopathogéniques évoquées dans la littérature. Nous rapportons un cas de mastite granulomateuse diagnostiquée et traitée par antibiotiques et anti-inflammatoires au service de gynécologie obstétrique de Sfax (Tunisie) survenant pendant la grossesse avec une évolution récurrente.

## Summary

The granulomatous mastitis (GM) is a benign breast disease characterised by a chronic non-specific inflammatory and amicrobial lesion.

It is identified recently in 1972. The diagnosis is obtained after surgical biopsy and histological exam. The review of literature finds a few cases of GM associated with pregnancy, and reinforces the etiopathogenic hypothesis.

We report a case of granulomatous mastitis during pregnancy treated with antibiotics and anti-inflammatory drugs in the department of gynecology and obstetrics Sfax hospital (Tunisia).

## INTRODUCTION

La mastite granulomateuse est une pathologie mammaire bénigne survenant chez la femme jeune. C'est une lésion amicrobienne se manifestant sur le plan anatomopathologique par une inflammation chronique non spécifique géantocellulaire sans nécrose caséuse.

Elle présente jusqu'à maintenant des difficultés diagnostiques, elle peut prendre divers aspects cliniques pouvant dans certains cas simuler un processus néoplasique ou infectieux particulièrement la tuberculose mammaire.

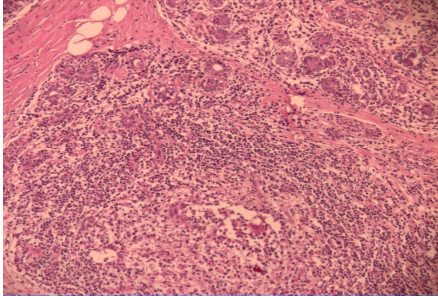
C'est une pathologie relativement rare, sa physiopathologie est inconnue et son traitement n'a pas fait l'objet de consensus.

Nous rapportons une observation de mastite granulomateuse au cours de la grossesse et pendant l'allaitement d'évolution récurrente vers l'abcédation, traitée par mise à plat chirurgicale, des antibiotiques et des anti-inflammatoires. A partir de cette observation nous appuyons le rôle de l'extravasation lobulaire de la sécrétion lactée dans

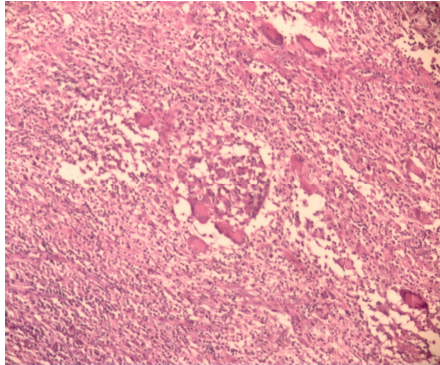
la genèse et les récurrences de cette pathologie.

## OBSERVATION

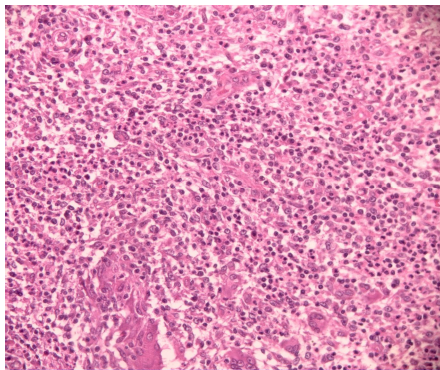
Madame S., 39 ans, de faible niveau socioéconomique, sans antécédents pathologiques particuliers, mère de deux enfants vivants, allaitement au sein pour une durée moyenne de 6 mois. Hospitalisée au terme de 8 semaines d'aménorrhée pour une inflammation du quadrant inféro-externe et retroaréolaire du sein gauche d'apparition récente. Seule une échographie mammaire a été réalisée concluant à une mastite du sein gauche. La patiente a été mise sous traitement antibiotique et une mise à plat après collection de l'abcès. L'examen bactériologique du pus a été négatif. L'évolution a été marquée par une récurrence inflammatoire, une large biopsie chirurgicale avec examen anatomopathologique a conclu à la présence d'une large réaction granulomateuse centrée parfois de matériel purulent, une infiltration lymphoplasmocytaire sans nécrose caséuse (fig 1,2,3).



**Fig 1 :**



**Fig 2 :**



**Fig 3 :**

La réaction inflammatoire détruite largement les lobules mammaires évoquent une mastite granulomateuse. Une antibiothérapie par Métronidazole pendant 3mois a été indiquée après la chirurgie, et on a évité les corticoïdes pendant la grossesse.

L'évolution a été entravée par une autre récurrence de l'abcès au niveau de la même région.

Après 12 jours de son accouchement, la patiente a présenté un abcès collecté, après une autre chirurgie la patiente a bien évolué sous corticoïdes et bromocriptine pour inhiber la montée laiteuse.

Une échomammographie réalisée 6mois après la fin du traitement a été normale.

## DISCUSSION

La mastite granulomateuse est une pathologie féminine exclusive, survenant le plus souvent chez la femme jeune en période d'activité génitale [7]. Les âges extrêmes rapportés sont de 17 et 78 ans avec un âge moyen de 32 ans [1]. La reconnaissance de la MG comme entité nosologique est relativement récente par KESSLER et WOLLOCH en 1972 [5]. Cependant elle demeure mal. C'est une pathologie caractérisée par une évolution récidivante.

C'est une pathologie qui peut simuler cliniquement et radiologique un processus néoplasique. Elle évolue souvent vers l'abcédation. Son diagnostic est histologique nécessitant une biopsie adéquate pour une bonne analyse anatomopathologique.

L'étiologie exacte reste inconnue, elle est souvent idiopathique. La mastite peut être une affection autoimmune à médiation cellulaire déclenchée par un antigène extrinsèque [9]. Elle peut également être infectieuse. Binelli et al [2], ont incriminé la responsabilité des corynébactéries comme des agents pathogènes possibles.

Fletcher et Haagensen ont avancé l'hypothèse de l'extravasation des sécrétions glandulaires dans le tissu conjonctif du lobule ce qui est à l'origine d'une réaction inflammatoire à corps étranger par atteinte de l'épithélium canalaire [6].

La MG est associé à la grossesse, puisque les femmes affectées ont déjà conçu et la plupart d'entre elles ont développé la maladie après un court délai par rapport à la dernière grossesse. Elle est associée à l'utilisation de pilules contraceptives œstroprogestatives et à l'allaitement. Mais certains auteurs n'ont trouvé aucune relation entre le développement de MG et ces données cliniques.

Dans notre observation, il semble que la grossesse a été le facteur déclenchant et l'allaitement a été un facteur de récurrence. En effet Gábor Cserni[3] a supposé que les lésions histologiques observées représentent les étapes différentes du processus pathogénique. La première étape pourrait être une inflammation lobulaire chronique non spécifique avec une infiltration lymphoplasmocytaire. La destruction des lobules pourrait être identifiée dans certains cas. Cela pourrait par la suite entraîner une extravasation de sécrétion et la formation de granulomes, avec occasionnellement une nécrose centrale suppurante. La coalescence de tels foyers peut mener à la formation d'abcès plus définis.

Les auteurs ont soulevé le rôle de l'hyperprolactinémie avec ou sans galactorrhée

dans la genèse de la MG. Les sécrétions dans les acini intacts pourraient être la cause immédiate dans la plupart des cas. L'hyperprolactinémie peut être le plus souvent dans le post partum ou plus rarement au cours de la grossesse. Les pilules contraceptives pourraient de la même façon jouer un rôle dans la stimulation de la sécrétion mammaire [8]. La sensibilité accrue du sein à niveaux de prolactine normaux circulants, La galactorrhée peut être négligée par la patiente et que une sécrétion mineure pourrait être suffisante pour déclencher la MG. Le traumatisme mammaire peut aussi être un facteur favorisant.

Les mastites granulomateuses ont été assimilées aux thyroïdites granulomateuses suggérant le rôle de traumatismes dans l'extravasation des sécrétions, le traumatisme chirurgical pourrait être en cause, et les auteurs recommandent d'éviter les chirurgies du sein inutiles.

L'hyperprolactinémie et la sécrétion des acini représentent un rôle central mais pas unique dans la genèse de la maladie. Les autres facteurs sont l'auto-immunité de type IV allergique à un antigène non encore identifié.

Cependant, la MG peut être associée à l'érythème noueux ou à des polyarthralgies dans certains cas [10], de ce fait il a été suggéré que la MG puisse aussi être une manifestation d'une maladie de système.

Il n'existe actuellement pas de données épidémiologiques suffisantes impliquant le rôle d'un agent infectieux dans la genèse de la maladie, mais les lésions peuvent se sur-infecter secondairement.

Il n'y a aucun traitement généralement admis et aucun traitement optimal pour la maladie n'a été décrit. Une large excision était souvent employée [3,4], mais un traitement chirurgical a été associé à un haut risque de récurrences et le besoin de ré-interventions. Les surinfections peuvent compliquer des excisions chirurgicales [4].

Le traitement par corticoïdes a été suggéré pour la maladie, quelques succès thérapeutiques ont été documentés avec un traitement prolongé.

La bonne évolution de notre patiente peut être due à l'utilisation des corticoïdes ou à la bromocriptine ou inhiber la montée laiteuse et la diminution de l'hyperprolactinémie.

## CONCLUSION

La mastite granulomateuse peut être associée à la grossesse et son évolution sera marquée par la récurrence expliquée par l'hyperprolactinémie, le traitement recommandé est fonction des situations basé sur la chirurgie les anti-inflammatoires par les corticoïdes, la bromocriptine pour diminuer le taux de prolactine et les antibiotiques pour prévenir la surinfection.

## REFERENCES :

- 1- AYEVA DERMA M, Perrotin F, et al mastites granulomateuses idiopathiques, revue de la littérature illustrées par 4 observations. *J Gynecol Obstét Bio Reprod* 1999 ; 28, 800-7.
- 2- Binelli C. Bertrant G Parvry F Mastite granulomateuse et corynébactéries à propos de 2 observations. *J gynécol Obstétrique Bio Reproduction* 1996 ; 25 : 27-32
- 3- Gábor Cserni; Granulomatous Lobular Mastitis Following Drug-Induced Galactorrhea and Blunt Trauma. *The Breast Journal* Volume 5 Page 398 - November/December 1999
- 4- Howell JD, Barker F, Gazet J-C. Granulomatous lobular mastitis: report of a further two cases and a comprehensive literature review. *Breast* 1994;3:119-23
- 5- Kamal E. Bani-Hani, et al Idiopathic Granulomatous Mastitis: Time to Avoid Unnecessary Mastectomies. *The Breast Journal*, Volume 10, Number 4, 2004 318-322
- 6- M. Laghzaoui Boukaidi, M. Ghazli, O. Bennani, S. Hermas, A. Soummani, S. Bouhya, M. Aderdour Mastite granulomateuse récurrente et grossesse *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 102-104.
- 7- Martin F – Origet G- Smadja A Mastite granulomateuse une observation d'évolution favorable sous corticothérapie : concours médical 1984, 6, 17, 1543-9
- 8- Murthy MSN. Granulomatous mastitis and lipogranuloma of the breast [letter]. *Am J Clin Pathol* 1983;60:432.
- 9- Pons JY Legros R la mastite granulomateuse périlactophorique signification nosologique, dans le cadre de l'autoimmunité mammaire ; *Gynécologie* 1982;33, 6, 493- 500
- 10- Pouchot J, Damade R, Barge J, Gaudin H, Vinceneux P. Idiopathic granulomatous mastitis and extramammary manifestations [letter]. *Arch Pathol Lab Med* 1995;119:680.