

## MASTITE GRANULOMATEUSE IDIOPATHIQUE: A PROPOS DE DEUX CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

*D. Kasmi<sup>1</sup>, F.Z. Belkouchi<sup>2</sup>, and S. Bargach<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Résidente en Gynécologie Obstétrique, Maternité Souissi, Rabat, Maroc

<sup>2</sup>Résidente en Gynécologie Obstétrique, Maternité Souissi, Rabat, Maroc

<sup>3</sup>Professeur en Gynécologie Obstétrique, Maternité Souissi, Rabat, Maroc

---

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Idiopathic granulomatous mastitis is a chronic inflammatory benign mastopathy of the young woman. It is quite rare and its etiology remains poorly known. The clinic can sometimes be confused with a carcinomatous lesion, so the diagnosis is essentially histological, and the treatment is based on the use of anti-inflammatories, corticosteroids or colchicine to allow healing and avoid repetitive surgical mutilations. We report two cases of idiopathic granulomatous mastitis, one having been treated with colchicine and the other by corticosteroid with favorable evolution, while analyzing the clinical, radiological and therapeutic aspects.

**KEYWORDS:** mastitis, mastopathy, lesion.

**RÉSUMÉ:** La mastite granulomateuse idiopathique est une mastopathie bénigne inflammatoire chronique de la jeune femme. Elle est assez rare et son étiologie reste mal connue. La clinique peut parfois prêter à confusion avec une lésion carcinomateuse, de ce fait le diagnostic est essentiellement histologique, et le traitement repose sur l'utilisation d'anti inflammatoires, corticoïdes ou bien la colchicine pour permettre la guérison et éviter les mutilations chirurgicales répétitives. Nous rapportant deux cas de mastite granulomateuse idiopathique, l'une ayant été traitée par colchicine et l'autre par corticothérapie avec évolution favorable, tout en analysant les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques.

**MOTS-CLEFS:** mastite, mastopathie, lésion.

### 1 INTRODUCTION

La mastite granulomateuse idiopathique (MGI) est une pathologie rare, elle a été définie par KESSELER ET WOLLOCK EN 1972.[1], que 120 cas décrits jusqu'aujourd'hui dont l'étiologie est mal connue, posant une difficulté diagnostic et thérapeutique pour le clinicien. Le diagnostic est surtout histologique. Notre étude comporte deux cas de mastite granulomateuse idiopathique ayant bien évolué sous traitement, nous proposant une mise au point en se basant sur une revue de la littérature.

### 2 OBSERVATION

#### 2.1 CAS 1

Il s'agit d'une patiente âgée de 35 ans sans antécédent pathologique notable, primigeste primipare un enfant vivant accouché par voie basse âgé de 4ans, ayant allaité pendant 1 an, mise sous contraception orale pendant 3ans, présentant un

abcès unilatéral du sein droit fistulisé la peau. Une échographie mammaire a mis en évidence une mastite localisée du sein droit associée un épaissement du revêtement cutané faisant suspecter une origine inflammatoire ou carcinomateuse. Le sein gauche était le siège de plusieurs formations nodulaires avec un kyste simple et un ganglion axillaire d'allure bénigne. Une tumorectomie du sein droit fut réalisée revenant en faveur d'une mastite granulomateuse idiopathique après mise en évidence d'un infiltrat inflammatoire d'aspect granulomateux avec présence de cellules épithélioïdes, cellules géantes plurinuclées entourés de polynucléaires neutrophiles sans nécrose caséuse, ni lésions de vascularite. 3 mois après la patiente se présente avec un deuxième abcès du sein droit fistulisé à la peau. Une recherche de tuberculose a été faite, notamment une radiographie du poumon, une IDR, et la recherche de BK dans le prélèvement de pus. Ces examens sont revenus négatifs. Sérologie brucellose revenue également négative.



**Fig. 1. (Échographie) : Plage hypoéchogène mal limitée, renfermant des échos internes, au niveau du quadrant infero externe de 32,9x22,4**



**Fig. 2. (Échographie) : Plage hypoéchogène mal limitée, renfermant des échos internes, au niveau du quadrant infero interne collection abcédé contigüe de 15,2 x8,5**

Nous avons mis la patiente sous colchicine à raison de 2mg par jour pendant 10 jours, puis 1mg par jour pendant 4 mois avec bonne évolution. Le traitement fut arrêté car la patiente a nécessité une cure à base de méthotrexate pour une première poussée de polyarthrite rhumatoïde. Elle a bénéficié de contrôles échographiques réguliers gardant des images de petites formations nodulaires sans augmentation de taille, avec disparition des infiltrat inflammatoires sur un recul de 60 mois



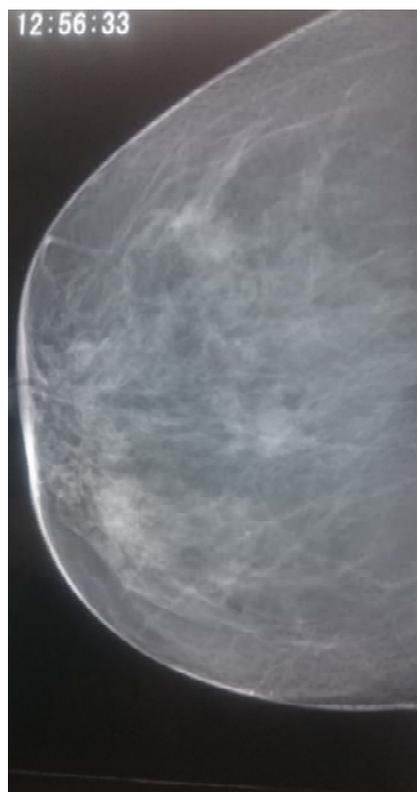
**Fig. 3.** (Échographie): lésions mal limitées, hypoéchogènes, hétérogènes, non atténuantes au niveau du quadrant interne de 23,3x7mm et 9x6,5 mm



**Fig. 4.** (Échographie): lésion en regard de la cicatrice opératoire mesurant 26x14mm

## 2.2 CAS 2

Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, G0P0 mariée depuis 20ans, sans antécédents particuliers, toujours réglé. Ayant consulté pour un nodule du sein gauche évoluant depuis 4 mois bien limité sans signes inflammatoire en regard, ni écoulement mamelonnaire associé. Une mammographie avec échographie mammaire (Fig 5 et 6) ont été réalisées revenant en faveur d'une mastite inflammatoire d'allure néoplasique retro aréolaire gauche du sein classé BIRADS 4 selon l'ACR.



**Fig. 5.** Mammographie montrant une densité mammaire type 2 , avec épaissement cutané , et trabéculaire gauche .  
Hyperdensité mal définie rétro aréolaire gauche



**Fig. 6.** Echographie en faveur d'un carcinome inflammatoire retro aréolaire gauche

Une micro biopsie faite est revenue en faveur de remaniements inflammatoires non spécifiques sans signes de malignité. Une exérèse large a été réalisée avec à l'anatomopathologie la présence d'une mastose scléro kystique, avec adénose et remaniements inflammatoires, et absence de granulomes épithélio giganto cellulaires et pas de signes de malignités. L'examen bactériologique était lui aussi stérile avec recherche de BK négative. Un complément de bilan a été demandé mais la patiente a été perdue de vue. Celle-ci est revenue 4 mois après avec un même sein tuméfié, inflammatoire, une peau d'orange, et rétraction de la cicatrice associée à la présence de plusieurs fistules au niveau de la peau ramenant du pus. Un prélèvement de pus a été demandé revenu encore une fois négatif, nous avons mis la patiente sous antibiotiques associés à un anti inflammatoire pendant 15 jours ce qui a permis la régression de l'inflammation, et cicatrisation progressive des fistules (fig 7).



**Fig. 7.** Aspect du sein gauche présentant une peau d'orange, une rétraction de la cicatrice et 3 fistules ayant cicatrisés

Une 2<sup>ème</sup> échographie a été demandé revenue en faveur de multiples collections hétérogènes évoquant en premier un syndrome infectieux, associé à de multiples abcès sans pour autant éliminer un processus tumoral.



**Fig. 8.** Échographie visualisant entre les quadrants supéro et infero externes des multiples collections, à contours imprécis, à renforcement postérieurs, dont la plus grande mesure 20x15 mm



**Fig. 9. Pièce d'exérèse de la masse à cheval entre quadrant super et infero externe**

Une 2<sup>ème</sup> exérèse tumorale a été réalisée avec comme résultat anatomopathologique la présence d'une réaction inflammatoire granulomateuse épithélioïde et giganto cellulaire, avec de multiples trajets fistuleux tapissés par des palissades cellulaires épithélioïdes à contenu purulent riche en polynucléaires neutrophiles altérés et de nombreux follicules épithélioïdes et giganto cellulaire sans nécrose caséuse plaçant en faveur d'une mastite granulomateuse idiopathique. La patiente était mise sous corticothérapie à la dose de 60 mg par jour pendant 10 jours, avec une diminution progressive des doses s'étalant sur deux mois. L'évolution était favorable avec absence de récurrence sur un délai de 6 mois.

### **3 DISCUSSION**

La mastite granulomateuse idiopathique est une mastopathie bénigne inflammatoire chronique pathologie touchant surtout la femme jeune, cependant quelques extrêmes d'âge ont été reportés de 15 ans et 80 [1, 2]. Son étiopathogénie reste mal connue. Certaines hypothèses concernant les facteurs étiologiques ont été émises en rapport avec une réaction inflammatoire secondaire à la prise de contraception orale, ou bien facteurs mécaniques ou traumatiques, ainsi que certains phénomènes auto immun dus à l'extravasation de sécrétions glandulaires dans le tissu conjonctif des lobules [3,4] créant des lésions inflammatoires locales. D'autres causes comme la grossesse ou bien l'allaitement, une hyperprolactinémie, déficit en alpha1antitrypsine ont un rôle dans la survenue de mastite granulomateuse idiopathique. [5,6]

La mastite granulomateuse se présente habituellement sous forme de lésions progressive douloureuse du sein, ces lésions sont de taille variable, situés à n'importe quel quadrant du sein, sauf la région sous-mamelonnaire. Elles sont généralement fermes, mal limitées unilatérales parfois bilatérales, ou associées à la présence de ganglions lymphatiques axillaires homolatéral [5, 7,8]. En raison de l'inflammation granulomateuse, il existe souvent une rétraction du mamelon ou peau d'orange qui peuvent mimer la structure d'une tumeur maligne. On note aussi la présence d'abcès du sein ou de fistules [1,2] comme pour notre cas.

À l'imagerie il n'y a pas de signes spécifiques. On retrouve sur clichés de mammographies une masse d'opacité nodulaire asymétrique mal limitée associée parfois à un épaississement cutané. Certains auteurs décrivent de multiples masses irrégulières, de petite taille, suspectes de malignité. Parfois la mammographie peut même être normale en cas de seins denses [9]. À l'échographie des lésions d'écho structures tissulaires non spécifiques [9,10]. L'IRM mammaire peut être une meilleure modalité d'imagerie, mais elle ne permet pas la différenciation entre une affection granulomateuse et d'autres pathologies du sein. La présence de données cliniques et paracliniques peut affirmer le caractère inflammatoire de la maladie ; cependant, le diagnostic exact repose sur l'histologie [7,9].

La mastite granulomateuse est caractérisée par la présence d'un infiltrat inflammatoire, siégeant au sein du tissu glandulaire et plus particulièrement au niveau du lobule, organisé sous la forme de nodules giganto-épithélio-cellulaires sans nécrose caséuse, comportant de façon variable des cellules épithélioïdes, des cellules géantes multinucléées, des lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles, des plasmocytes et plus rarement des polynucléaires éosinophiles. La confluence des lésions peut amener à un dépassement des limites du lobule mammaire et explique l'aspect de multiples nodules confluent ou tubulés hypoéchogènes à l'échographie [11]. Parfois on peut observer des îlots de nécrose tissulaire pouvant alors confluer et constituer des abcès de dimension variable [3]. Dans les pays d'endémie cet aspect est difficile à différencier d'une tuberculose, la prédominance des polynucléaires neutrophiles et l'absence de nécrose caséuse redressent

le diagnostic d'une mastite granulomateuse [12], comme pour notre cas. Avec une recherche bactériologique généralement négative.

La thérapeutique de la mastite granulomateuse idiopathique ne fait l'objet d'aucun consensus. Avant le traitement était chirurgical, mais certaines études ont montré que le taux de récurrence était augmenté par rapport à l'utilisation de corticothérapie [13]. L'utilisation de corticoïdes par voie générale a été préconisée par De Hertogh *et al.* Dès 1980 [14]. La dose de 60 mg de prednisone par voie orale et par jour avec une durée de traitement de 4 à 6 semaines. Dans notre observation, la 2<sup>ème</sup> patiente a été traitée chirurgicalement puis mise sous corticothérapie, la réponse au traitement était excellente. Aucune récurrence n'était notée à 6 mois de recul. Cependant, le taux d'échec de la corticothérapie reste élevé [7, 15], d'autres alternatives thérapeutiques, comme la colchicine utilisée pour notre 2<sup>ème</sup> malade comme ce qui a été rapportée pour cette indication par Plouvier *et al.* [16] à la dose de 2 mg/j pendant 10 jours puis de 1 mg/j pendant 16 semaines. Ou bien le méthotrexate associé à une antibiothérapie peut être adoptés [17]. La surveillance doit être rapprochée et régulière afin de détecter les récurrences et d'éviter des gestes chirurgicaux itératifs. L'auteur qui préconise la chirurgie avec exérèse large des lésions, propose de donner une corticothérapie ou anti inflammatoires avant le geste visant à réduire les lésions ainsi que la récurrence.

#### 4 CONCLUSION

La mastite granulomateuse est une pathologie qui peut être rencontrée dans une pratique générale, et qui égarer le diagnostic en mimant un carcinome du sein ou un abcès. Nous rapportons deux cas de mastite granulomateuse idiopathique et décrivons la présentation clinique, le diagnostic, et la prise en charge de cette affection. Ce diagnostic devrait être posé chez les femmes qui développent des abcès mammaires stériles récidivants avec une évaluation appropriée qui doit être effectuée sur ce genre de cas.

#### RÉFÉRENCES

- [1] M. Ayeva-Derman, F. Perrotin, Mastite granulomateuse idiopathique, revue de littérature illustrée par 4 observations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 28, N° 8 - décembre 1999
- [2] Binelli C, Lorimier G, Bertrand G, Parvery F, Bertrand AF, Verrielle V. Mastites granulomateuses et corynébactéries. À propos de 2 observations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1996 ; 25 : 27-32.
- [3] Non specific inflammatory lesions. In: Rosen PP, Oberman HA. Atlas of tumor pathology. Tumors of the mammary gland. Washington DC, Armed forces Institute of Pathology 1993; Fascicle 7: 27.
- [4] Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: A lesion clinically simulating carcinoma. Am J Clin Pathol. 1972;58:642–6.
- [5] Brown KL, Tang PH. Postlactational tumoral granulomatous mastitis: A localized immune phenomenon. Am J Surg. 1979;138:326–9.
- [6] Imoto S, Kitaya T, Kodama T, Hasebe T, Mukai K. Idiopathic granulomatous mastitis: Case report and review of the literature. Jpn J Clin Oncol. 1997;27:274–7.
- [7] Cserni G, Szajki K. Granulomatous lobular mastitis following drug-induced galactorrhea and blunt trauma. Breast J. 1999;5:398–403.
- [8] Granulomatous Mastitis In: Tavassoli F.A. Pathology of the breast, Norwalk, Appelton & Lange 1992; Chapter3: 613-23.
- [9] Sellami F, Sellami M, Daoud J, Cammoun H, Mourali N, Sellami A. La mastite granulomateuse. À propos de 16 cas. Presse Med 1987 ; 35 : 235-8.
- [10] Sabate J, Clotet M, Gomez A, De las Heras P, Torrubia S, Salinas T. Radiologic evaluation of uncommon inflammatory and reactive breast disorders. Radiographics 2005;25:411–24
- [11] H.L. CARMALT et Coll. Granulomatous mastitis : Med. J. Austr. 1981, 68 : 356 - 359.
- [12] Page DL, Anderson TJ. Diagnostic histopathology of the breast. London, Churchill Livingstone 1987: 64-5.
- [13] Taylor G, Paviour S, Musaad S, Jones W, Holland D. Clinicopathological review of 34 cases of inflammatory breast disease showing an association between corynebacteria infection and granulomatous mastitis. Pathology 2003;35: 109–19.
- [14] Sakurai T, Oura S, Tanino H, et al. A case of granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. Breast Cancer. 2002;9:265–8.
- [15] De Hertogh DA, Rossof AH, Harris AA, Economou SG. Prednisone management of granulomatous mastitis. N Engl J Med 1980; 304: 799-800.
- [16] F. MARTIN et Coll. Mastite granulomateuse d'évolution favorable sous corticothérapie : Presse médicale, 12 février 1983, 12, n°6 : 363 - 364.
- [17] Plouvier B, De Coninck P, Bouton Y, Wohlschies E, Thouvenin T, Busches-Seraphin B. Mastite granulomateuse associée à une dermo-hypodermite nodulaire. Ann Med Interne 1994 ; 145 : 265.
- [18] Salam IM, Alhomsy MF, Daniel MF, Sim A.J. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. Br J Surg 1995; 82: 214.