

la place de l'interniste dans la gestion de la mastite granulomateuse : à propos d'une série monocentrique de 62 cas .

- Imène ALIA, interne , Médecine interne, CHU Bejaia, Bejaia, Algérie.
- Djamel Eddine OUAIL, Professeur, Médecine interne ,CHU Bejaia, Bejaia, Algérie
- Boualem BELLOUZ, Professeur, gynécologie obstétrique ,CHU Bejaia, Bejaia, Algérie
- Mariam TEBBANI, Maitre assistante, Médecine interne ,CHU Bejaia, Bejaia, Algérie
- Nabil Manseur ,interne , Médecine interne ,CHU Bejaia, Bejaia, Algérie

Introduction :

Les mastites granulomateuses sont des pathologies inflammatoires chroniques, rares, et peu connues, pouvant mimer un cancer du sein, elles sont d'étiologies diverses mais le caractère idiopathique est le plus dominant, le diagnostic reste exclusivement histologique. L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques, étiologiques, thérapeutiques et évolutives des mastites granulomateuses.

Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude descriptive, prospective, sur une durée de 18 mois de juin 2022 au mois de janvier 2024 incluant toutes les patientes orientées à notre consultation de médecine interne pour exploration d'un granulome à l'histologie mammaire. Les patientes consultaient en gynécologie pour un nodule du sein, l'examen est suivi systématiquement par une micro biopsie. Après l'étude histologique, Toutes les patientes présentant un granulome sont orientées à notre consultation de médecine interne pour bilan étiologique et prise en charge thérapeutique. L'enquête comporte principalement l'évaluation de l'extension de la maladie granulomateuse, et le bilan étiologique avec un bilan infectieux (prélèvement de sein, sérologie virale, bilan tuberculeux), un bilan biologique (phosphocalcique sanguin et urinaire , inflammatoire, bilan immunologique, dosage de prolactine ,ECA) et des examens morphologiques (Radio de thorax, échographie abdominale , scanner thoracique).

Discussion :

La mastite granulomateuse est une entité peu connue, souvent confondue avec la mastite carcinomateuse. Deux théories sont incriminées pour expliquer le mécanisme étiopathogénique selon Haagensen la première cause est la dilatation galactophorique avec une stase des produits de sécrétion engendrant une rupture mécanique de l'épithélium canalaire , et déclenchant ainsi une réaction inflammatoire; selon BOSNER c'est l'inflammation péri-canalaire qui va entrainer l'altération galactophorique ;D'autres théories ont été évoquées notamment une origine infectieuse à corynébactérie par Binelli et al ,L'hypothèse d'un processus auto-immun l'hyperprolactinémie , Les pilules contraceptives pourraient de la même façon jouer un rôle dans la stimulation de la sécrétion mammaire.

Dans notre série, Plus de la moitié de nos patientes n'avaient jamais allaité et 45% avaient mené un allaitement exclusivement unilatéral épargnant le sein malade. Ce qui ne concorde pas avec la littérature. Contrairement à ce qui est décrit ,Ketata et al ont étudié l'allaitement et le considère comme un facteur favorisant. L'allaitement pourrait -il réellement être un facteur protecteur de la mastite granulomateuse contrairement a ce que L'on croit ?

Conclusion :

La mastite granulomateuse est une mastopathie bénigne touchant surtout les femmes en âge de procréer.

A l'heure actuelle, Il n'ya Pas de consensus thérapeutique. La corticothérapie constitue la base du traitement des mastites idiopathiques. Le traitement étiologique est indispensable dans les formes secondaires.

Dans notre expérience, L'évolution était favorable avec un risque de récurrence faible sous traitement estimé à 3%.

Observation:

Soixante-deux patientes incluses dans notre série, l'âge moyen est de 37ans, toutes sont de sexe féminin, six(10%) étaient enceintes et trois (5%) avaient une mastite bilatérale. Plus de la moitié de nos patientes n'avaient jamais allaité du sein malade 56,29% , dont vingt huit femmes (45%) ayant déjà mené un allaitement exclusivement unilatéral, vingt femmes (33,3%) avaient déjà pris une pilule contraceptive, une avait pris des hormones substitutives ,huit (12.9%) avaient un antécédent de néoplasie familiale.Le délai diagnostic dans notre série est estimé à 4 mois .Sur le plan clinique, toutes les patientes présentaient une tuméfaction inflammatoire et douloureuse avec extension cutanée chez trois de nos patientes notant un aspect typique de pyoderma gangrenosum et des adénopathies axillaires chez cinq (8%) malades. Les signes associés étaient diverses à savoir six cas d'arthralgies, deux cas d'alopécie, trois érythèmes noueux une thyroïdite , un psoriasis , un syndrome de mickuliks , deux profils de patientes avec un retard mental non exploré. A la biologie on a noté cinq cas d'hyperprolactinémie et un cas de FAN positif sans cibles antigéniques , à la radiographie deux syndromes interstitielles .Toutes les Biopsies étaient en faveur d'une mastite granulomateuse non spécifiques avec 2 cas de P63 positif L'échographie mammaire faite au diagnostic avait retrouvé dans la majorité des cas une galactophorite chronique et une ectasie mammaire classés ACR 3 à 4. L'exploration étiologique avait révélé six cas (9.67%) de sarcoïdose, trois cas (4 ,83%) de tuberculose mammaires, un cas de maladie neutrophilique probable, une cause traumatique, une cause infectieuse à corynebacterium et cinquante cas (80%) de mastites granulomateuses idiopathiques. Le traitement était basé sur une Corticothérapie à raison de 0.5mg/kg/jr de 1 à 2mois avec dégression progressive et arrêt à 6mois associé à une antibiothérapie seulement en cas surinfection (on avait noté 8 cas de surinfection microbiologiquement documentée au cours du traitement)Nous avons prolongé le traitement pour les mastites sarcoidosiques et opté pour une abstention thérapeutique des mastites peu actives chez trois femmes enceintes dont nous avons remarqué une régression spontanée en post accouchement .Et trois de nos patientes avaient reçu un traitement anti antituberculeux avec réponse complète. La Réponse thérapeutique était satisfaisante à savoir cinquante cinq réponses favorables 88.70% (dont 49 femmes déclarées guéries et 6 en cours de traitement avec une très bonne évolution) trois échecs thérapeutiques, deux récurrences après arrêt de traitement et deux de nos patientes étaient perdue de vue.



FIGURE 1:Aspect d'un pyoderma gangrenosum



Figure 2 : Mastite granulomateuse en poussée inflammatoire



Figure 3 : mastite granulomateuse en poussée inflammatoire



Figure 4 : mastite granulomateuse en cours de cicatrisation

Références :

A. Jahouh ET ALL, Profil étiologique des mastites granulomateuses en médecine interne la Revue de médecine interne juin 2022

