

Les mastites granulomateuses : à propos d'une série de 12 cas

IMEN Chabchoub, Assistante hospitalo-universitaire, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

- Chifa Dammak, Professeure agrégée, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mayeda Ben Hamad, Assistante hôpitalo-universitaire, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Nesrine Regaieg, Assistante hôpitalo-universitaire, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mouna Snoussi, Professeure agrégée, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Feten Frikha, Professeure, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir Bahloul, Professeur, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh Marzouk, Cheffe de service, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

La mastite granulomateuse (MG) est une pathologie inflammatoire chronique bénigne, qui correspond à une granulomateuse localisée rare, d'étiologie inconnue.

Son diagnostic repose sur l'examen anatomopathologique. Elle représente un réel challenge du fait de son hétérogénéité clinique et évolutive, et de son retentissement sur la qualité de vie.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive colligeant tous les cas de mastites granulomateuses pris en charge au service de médecine interne entre 1996 et 2024. Le diagnostic était posé sur l'étude anatomopathologique objectivant le granulome mammaire.

Résultats

Il s'agissait de 12 patientes dont l'âge moyen était de 43 ans (28–67 ans). Les signes cliniques révélateurs sont résumés dans le **tableau 1**. Le délai moyen diagnostique était de 23 mois.

L'enquête étiologique comportant le bilan phosphocalcique dans le sang, la calciurie, le dosage de l'enzyme de conversion qui étaient normaux dans tous les cas. Les sérologies virales (HVB, HVC, HIV, CMV, EBV) étaient négatives, les marqueurs tumoraux, le bilan immunologique (anticorps antinucléaires (AAN) et les anticorps anticytosol des polynucléaires (ANCA) étaient sans anomalies. Le dosage de Quantiféron pratiqué dans 1 cas revenait positif. Les données radiologiques sont résumées dans le **tableau 2**.

Le diagnostic était retenu sur l'étude anatomopathologique confirmant le granulome mammaire dans tous les cas. Au plan étiologique nous avons retenu 2 cas de tuberculose mammaire où la PCR BK sur biopsie était positive et le quantiféron positif dans 1 cas chacun, et 1 cas de mastite histiocytaire avec à la biopsie mammaire un infiltrat lympho-plasmocytaire et de cellules géantes histiocyaires CD68(+), PS100 (-) en immunohistochimie. Le bilan étiologique était négatif chez 9 patientes permettant ainsi de retenir la forme idiopathique. Les données relatives au traitement sont détaillées sur le **tableau 3**. L'évolution était favorable dans les 6 cas traités, stable dans 3 cas et marquée par une récurrence à 6 mois de traitement dans 1 cas.

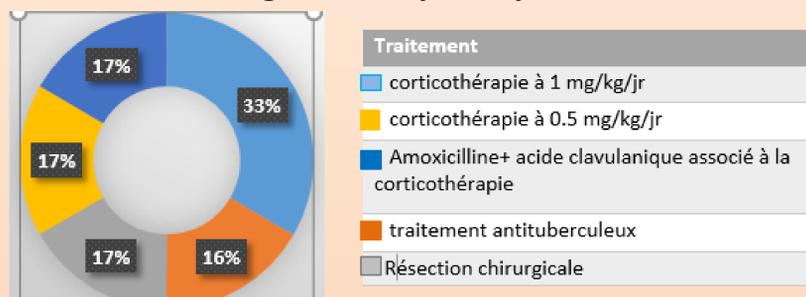
Tableau 1: Signes cliniques révélateurs

Manifestation clinique	Effectif
Tuméfaction mammaire	12 cas
Douleur mammaire	9 cas
Induration mammaire	3 cas
Signes inflammatoires cutanés	4 cas
Fistulisation à la peau	1 cas
Adénopathie axillaire satellite	1 cas
Atteinte unilatérale	9 cas
Signes généraux (fièvre)	1 cas
Signes systémiques	0 cas

Tableau 2: Données radiologiques

Données échographiques mammaires	Effectif (%)
Nombre de patients ayant eu une échographie mammaire	10 (83%)
Masse hypoéchogène à contours flous	7 (58%)
Masse de contours spiculées + halo hyperéchogène	1 (8.3%)
dystrophie fibrokystique	1 (8.3%)
des ganglions intra-mammaires et axillaires	1 (8.3%)
Ectasies galactophoriques	3 (24.9%)
Trajet fistuleux	2 (16.6%)
Données de l'IRM mammaire	
Nombre de patients ayant eu une IRM mammaire	3 (25%)
Cystostéato-nécrose	1 (8.3%)
plages en hypo signal T1	1 (8.3%)
adénopathies intra-mammaires et axillaires	1 (8.3%)
lésions annulaires hétéroogènes à centre liquéfié	1 (8.3%)

Tableau 3 : Stratégies thérapeutiques



Conclusion

La mastite granulomateuse est une affection inflammatoire rare qui simule sur le plan clinique et radiologique un carcinome mammaire constituant le principal diagnostic différentiel. Les causes sont diverses mais restent dominées par les formes idiopathiques. L'histologie est la clé du diagnostic. Le traitement n'est pas codifié. L'évolution est généralement bonne sous corticoïdes pour les formes idiopathiques et conditionnées par l'étiologie sous jacente pour les autres formes.

