



Les mastites lymphocytaires

DR MARJORIE LALLOUM. DR ANNE DE ROQUANCOURT. DR MARCELLA ALBITER

JOURNÉES DU CENTRE DES MALADIES DU SEIN

XVIII JOURNÉES DE SÉNOLOGIE

Introduction

- ▶ Les mastites lymphocytaires (ancienne mastopathie fibreuse) sont des lésions non infectieuses du parenchyme mammaire
- ▶ Il s'agit d'une entité histologique avec présence d'infiltrats lymphocytaires périlobulaires et périvasculaires
- ▶ Pathologie rare et bénigne
- ▶ Touche essentiellement les femmes jeunes porteuses d'un diabète de type 1, fréquemment au stade de complications dégénératives (neuropathie diabétique, rétinopathie diabétique)

Introduction

- ▶ Peut survenir plus rarement dans d'autres pathologies auto-immunes (dysthyroïdie, lupus, myasthénie, cholangite sclérosante) ou un diabète de type 2 insulinodépendant
- ▶ Représente moins de 1% de toutes les lésions bénignes du sein
- ▶ Touche environ 13% des femmes diabétiques insulinodépendantes

Physiopathologie

- ▶ La physiopathologie serait multifactorielle:
 - L'hyperglycémie serait à l'origine d'une accumulation anormale et d'une baisse de la dégradation du tissu conjonctif dans la matrice extracellulaire
 - Toxicité propre de l'insuline exogène

Physiopathologie

- Un processus auto-immun secondaire à l'excès de glycosylation au niveau de la matrice extra-cellulaire formant ainsi des néoantigènes.
 - Réaction auto-immunitaire contre ces néoantigènes avec infiltration lymphocytaires à prédominance de cellules B et de macrophages.
 - La présence de cytokines accentuerait le phénomène de collagénisation

Présentation clinique

- ▶ Patientes diabétiques de type 1 dont la durée d'évolution atteint généralement une vingtaine d'années
- ▶ Diabète mal contrôlé au stade de complications dégénératives multiples
- ▶ Moyenne d'âge de 34 ans
- ▶ Lésion unique mais le plus souvent multiples et bilatérales

Présentation clinique

- ▶ Masse du sein :
 - Contours irréguliers, de consistance dure voire pierreuse, douloureux pouvant simuler un adénofibrome douloureux
 - D'apparition récente et de croissance rapide
 - Mobile par rapport au siège superficiel et profond
 - De siège variable mais souvent rétro aréolaire
 - Pas d'écoulement mammelonnaire ni de phénomènes inflammatoires cutanés

Mme M

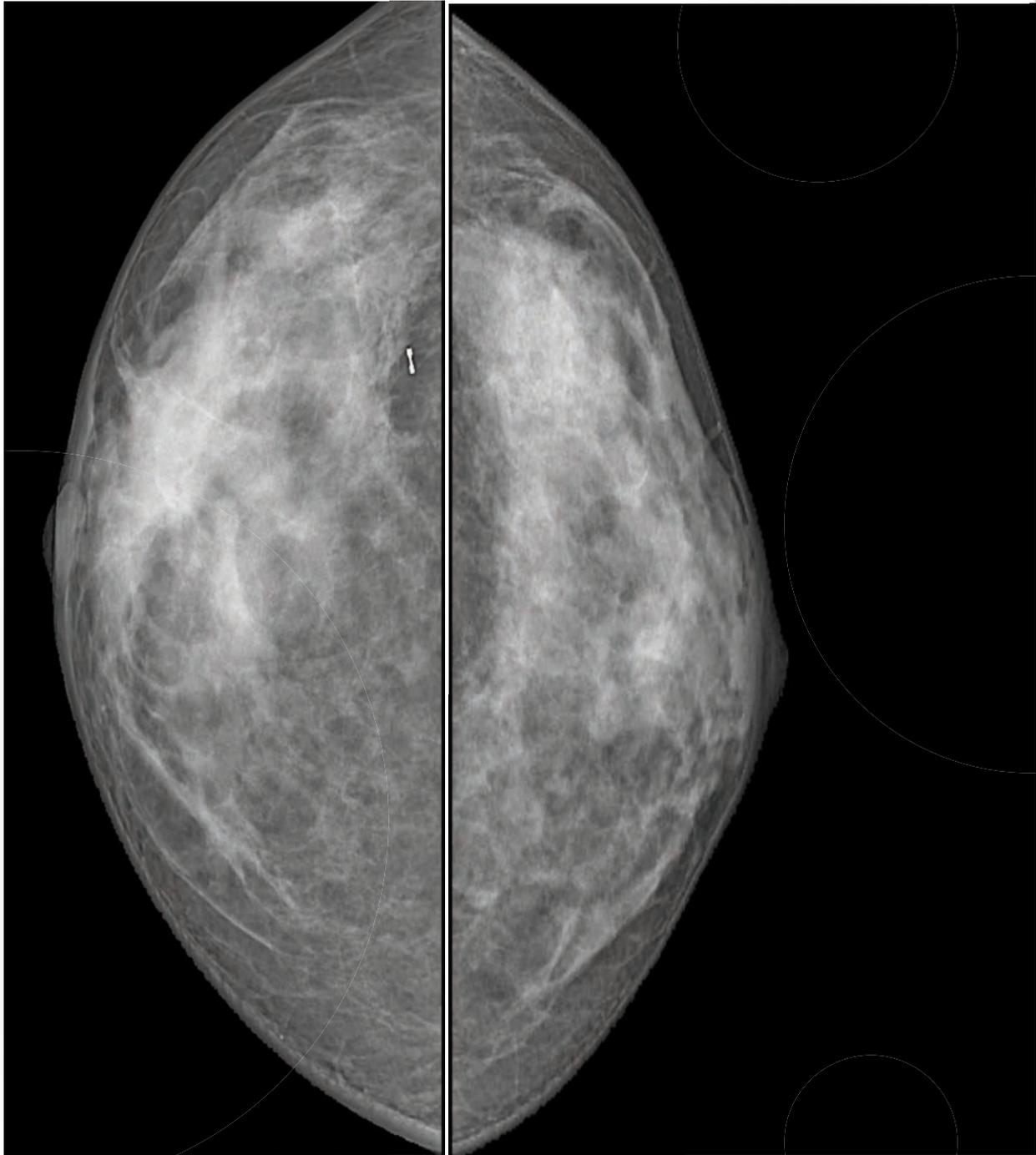
- ▶ 40 ans.
- ▶ Diabétique depuis l'âge de 8 ans, sous pompe à Insuline depuis 10 ans
- ▶ Diabète mal équilibré à l'origine de nombreuses décompensations métaboliques et source de multiples complications dégénératives (rétinopathie diabétique, néphropathie glomérulaire chronique avec insuffisance rénale débutante)
- ▶ Pas d'antécédents familiaux de cancer du sein

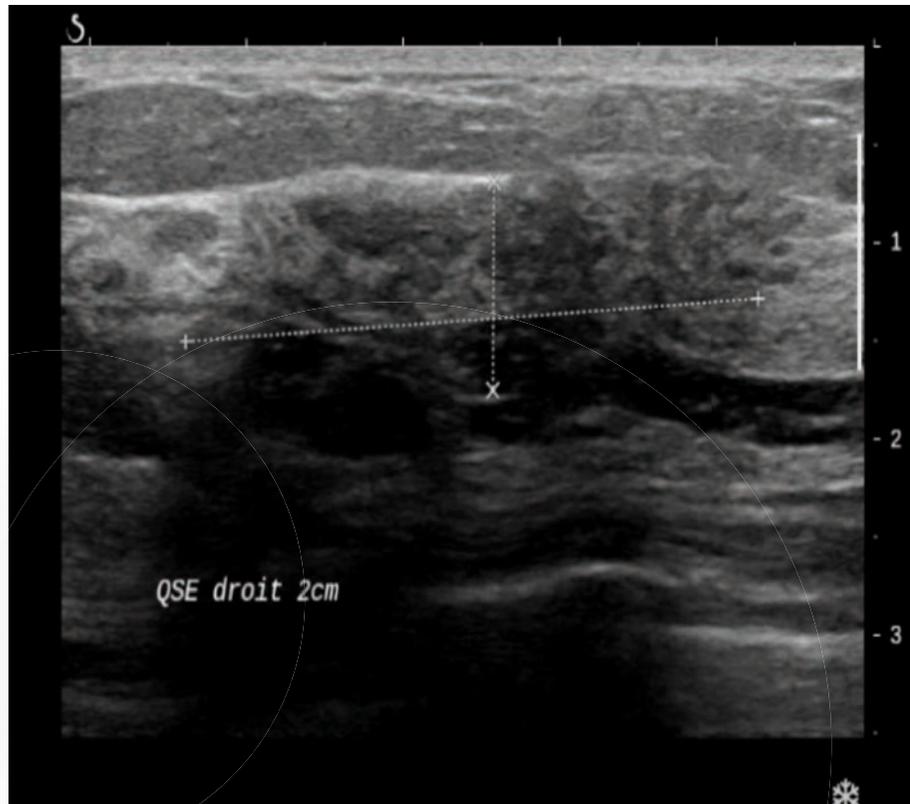
Mme M

- Consulte en 2014 pour l'apparition récente (depuis 3 mois) d'une masse du sein droit puis du sein gauche
- 85b
- A l'inspection: pas d'aspect de peau d'orange
pas de rougeur cutanée
pas de rétraction mamelonnaire
- A la palpation:
 - Sein droit: masse de 7*7 cm au niveau des quadrants supérieurs et rétroaréolaire mal limitée de consistance pierreuse et indolore
 - Sein gauche: masse de 2*2 cm à l'UQE mal limitée
- Pas d'écoulement mamelonnaire ni d'adénopathie loco-régionale

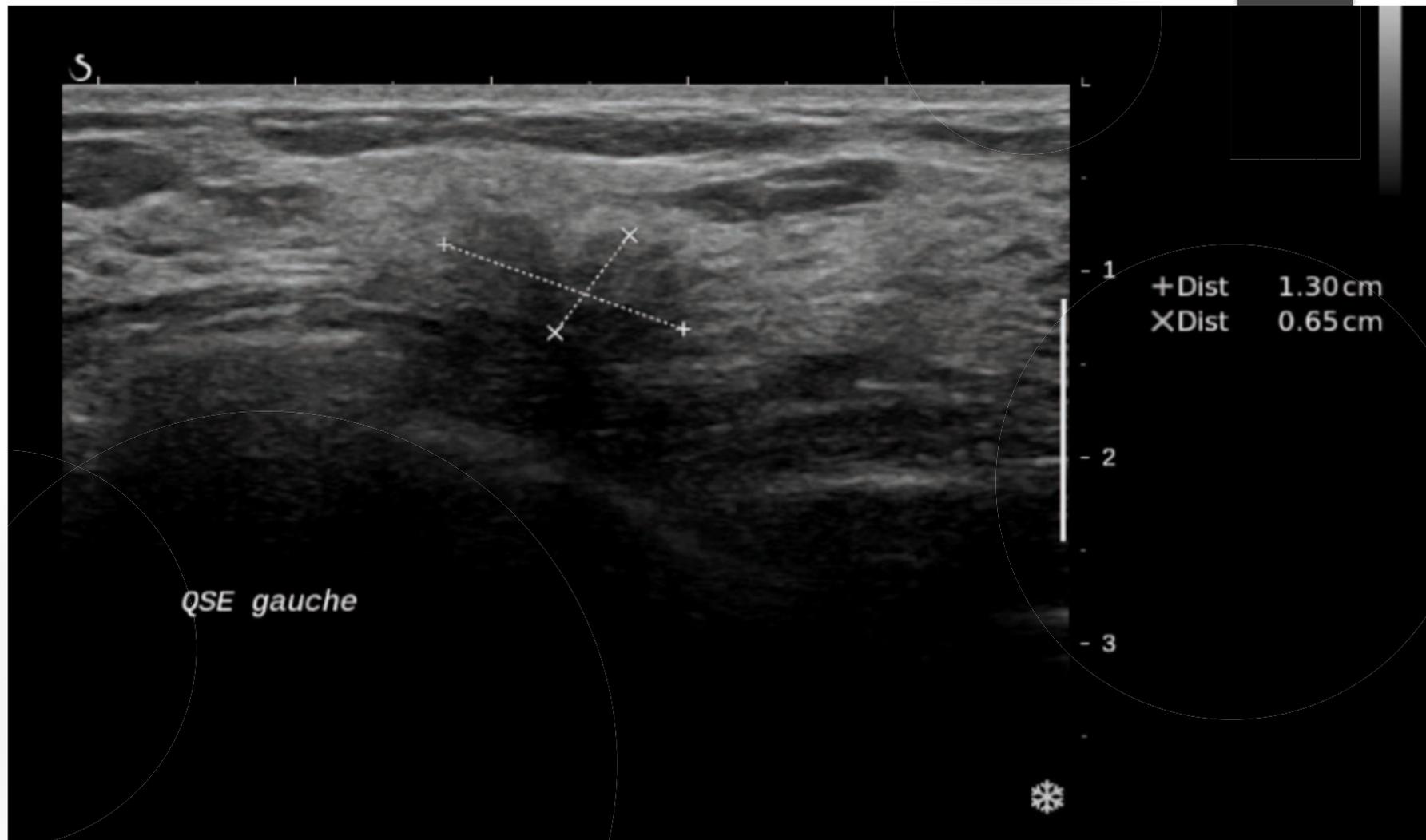


- Surcroit de densité mal limité dans:
 - _ QSE sein gauche
 - _ Retro-aréolaire et QSE sein droit





Masses mal limitées avec atténuation postérieure dans le quadrant supéro-externe , union des quadrants inférieurs , rétroaréolaire et le quadrant inféro-externe

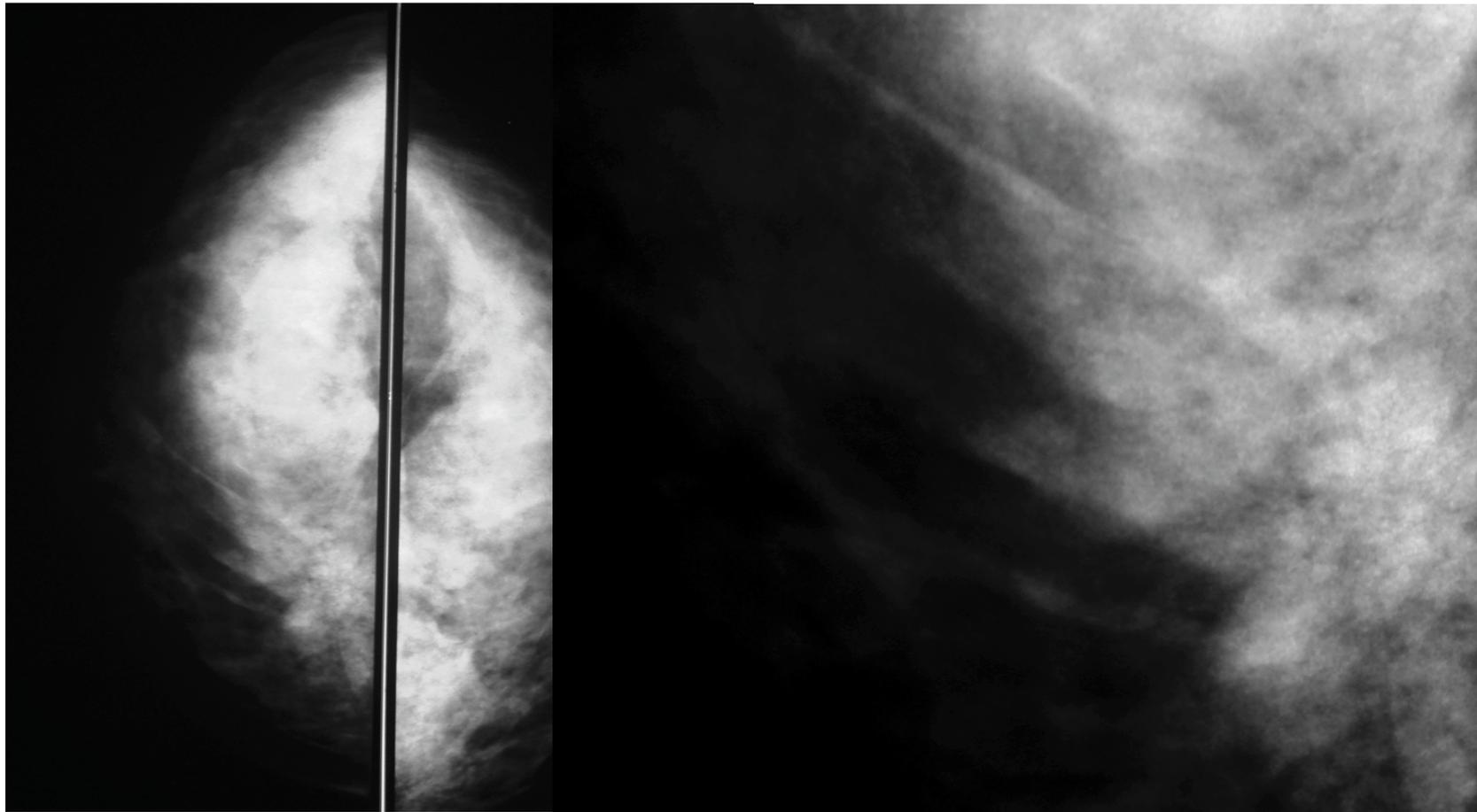


Masse hétérogène mal limitée avec atténuation postérieure dans le quadrant supéro-externe

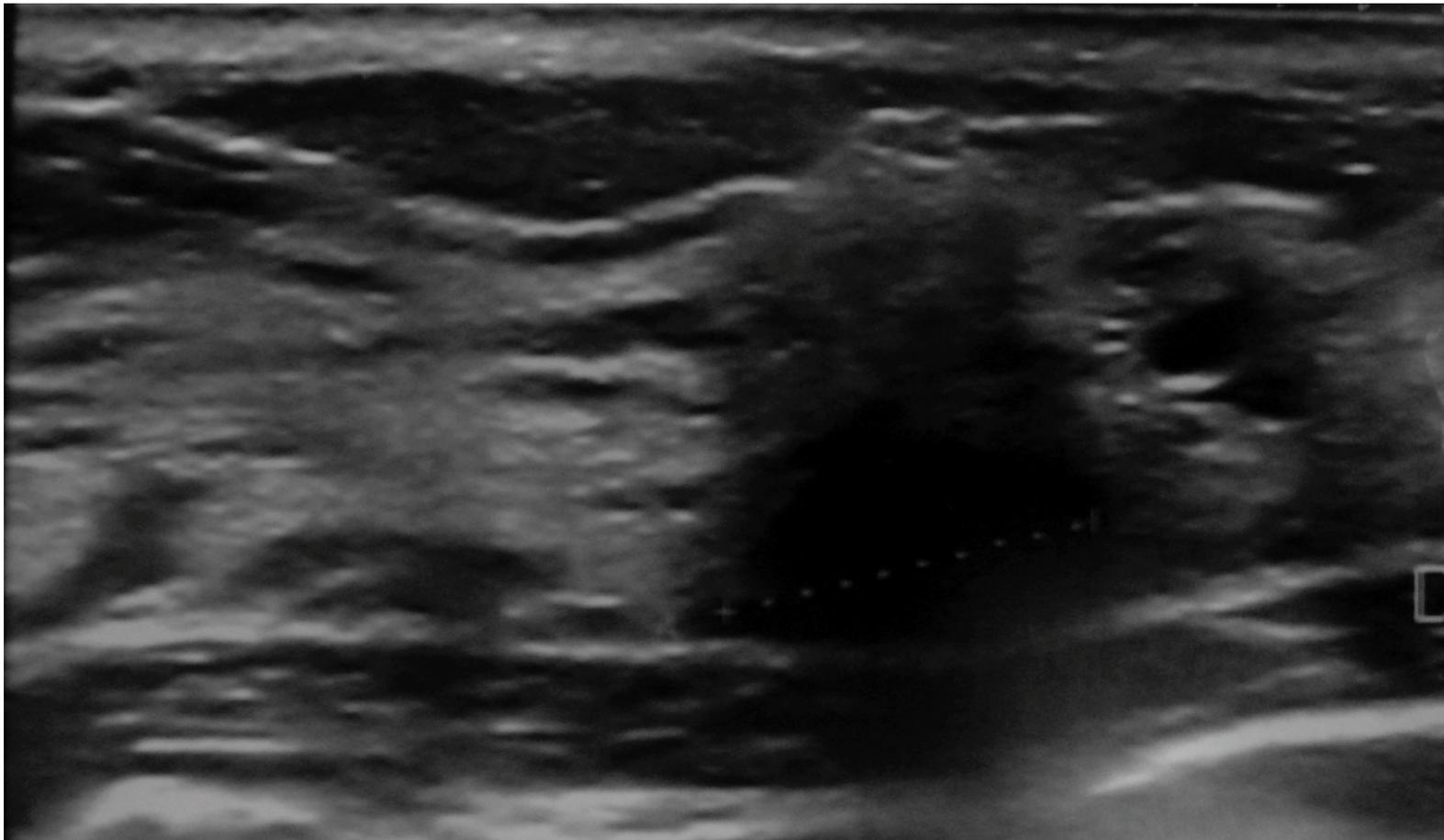
Imagerie

- ▶ L'aspect en imagerie de la mastite lymphocytaire n'est pas spécifique mais suspect (> ACR 4B)

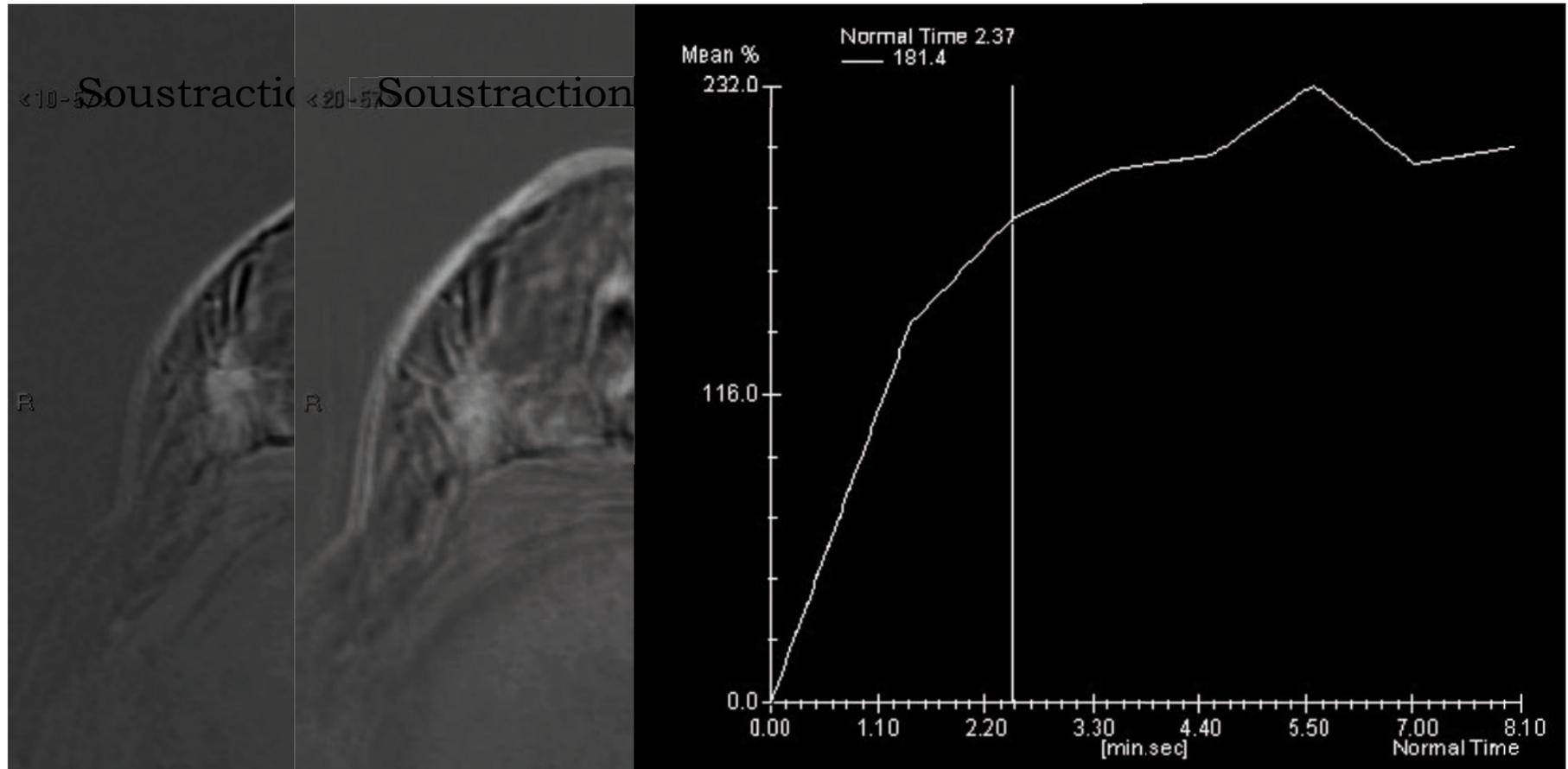
Surcroît de densité ou masse mal limitée



Masse hypoéchogène mal circonscrite, atténuante



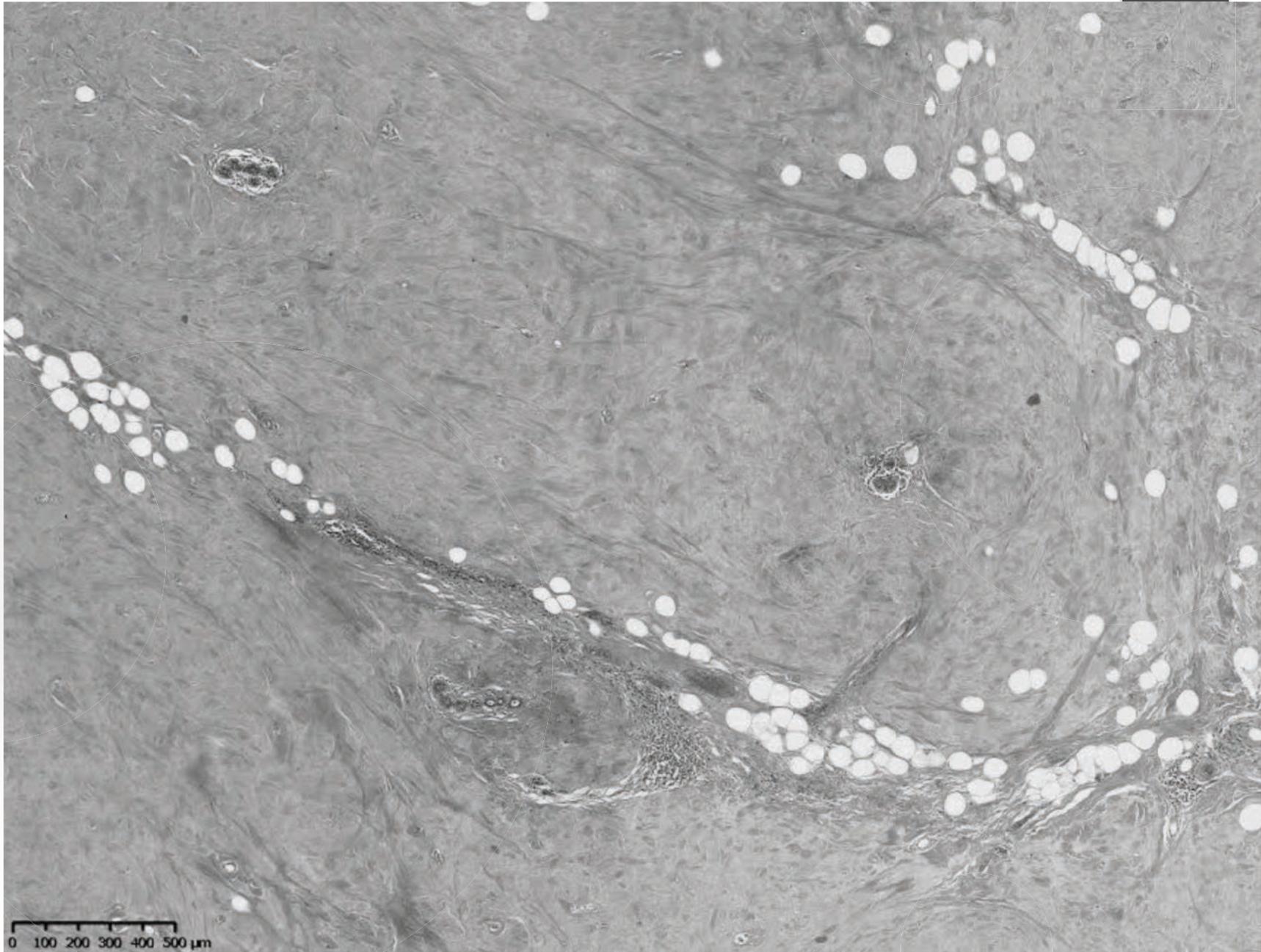
Masse irrégulière rehaussement progressif

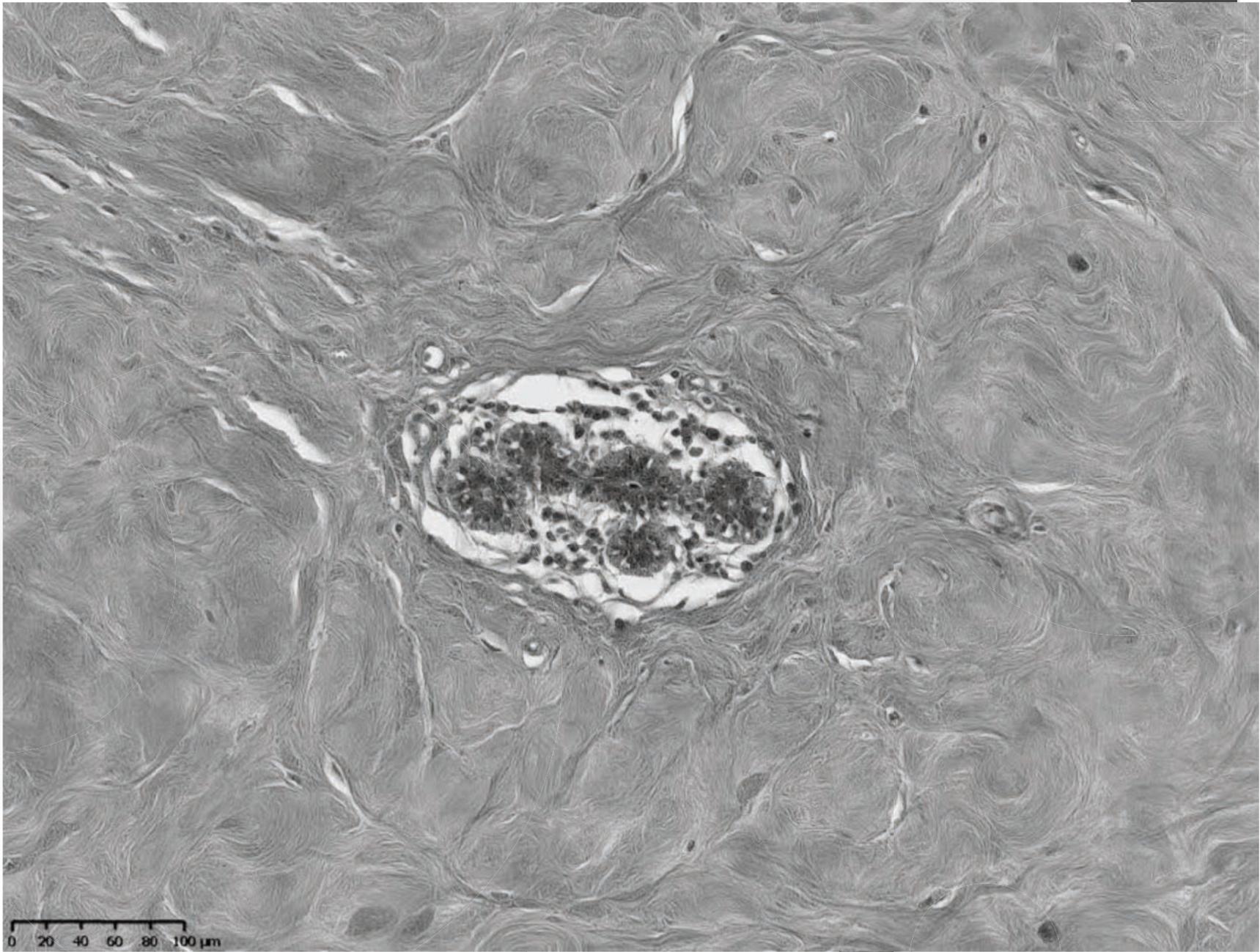


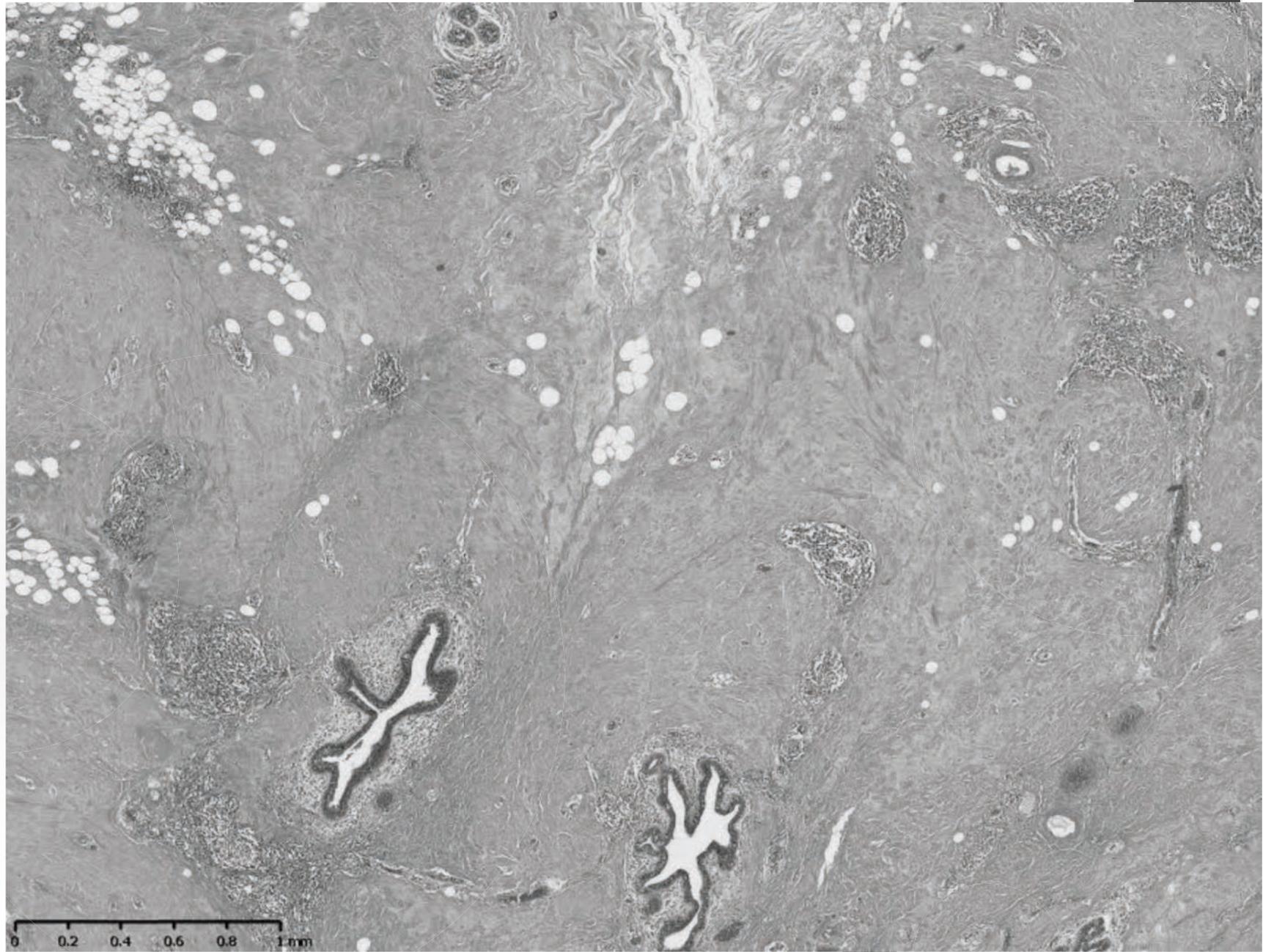
Anatomopathologie

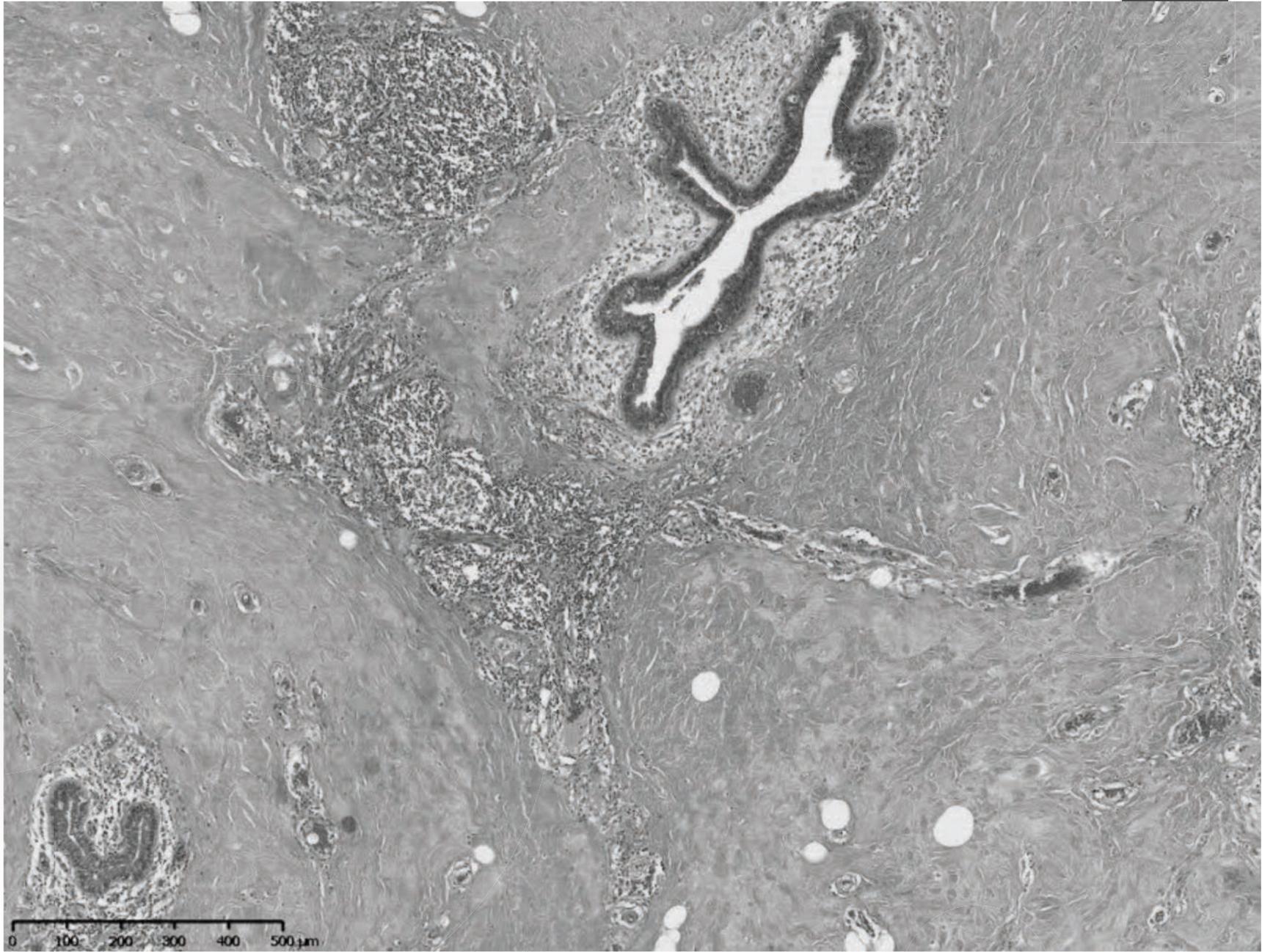
- ▶ Le diagnostic est histologique:
 - Présence d'un stroma collagénique entourant des canaux et des lobules atrophiques avec une infiltration lymphocytaire prédominante

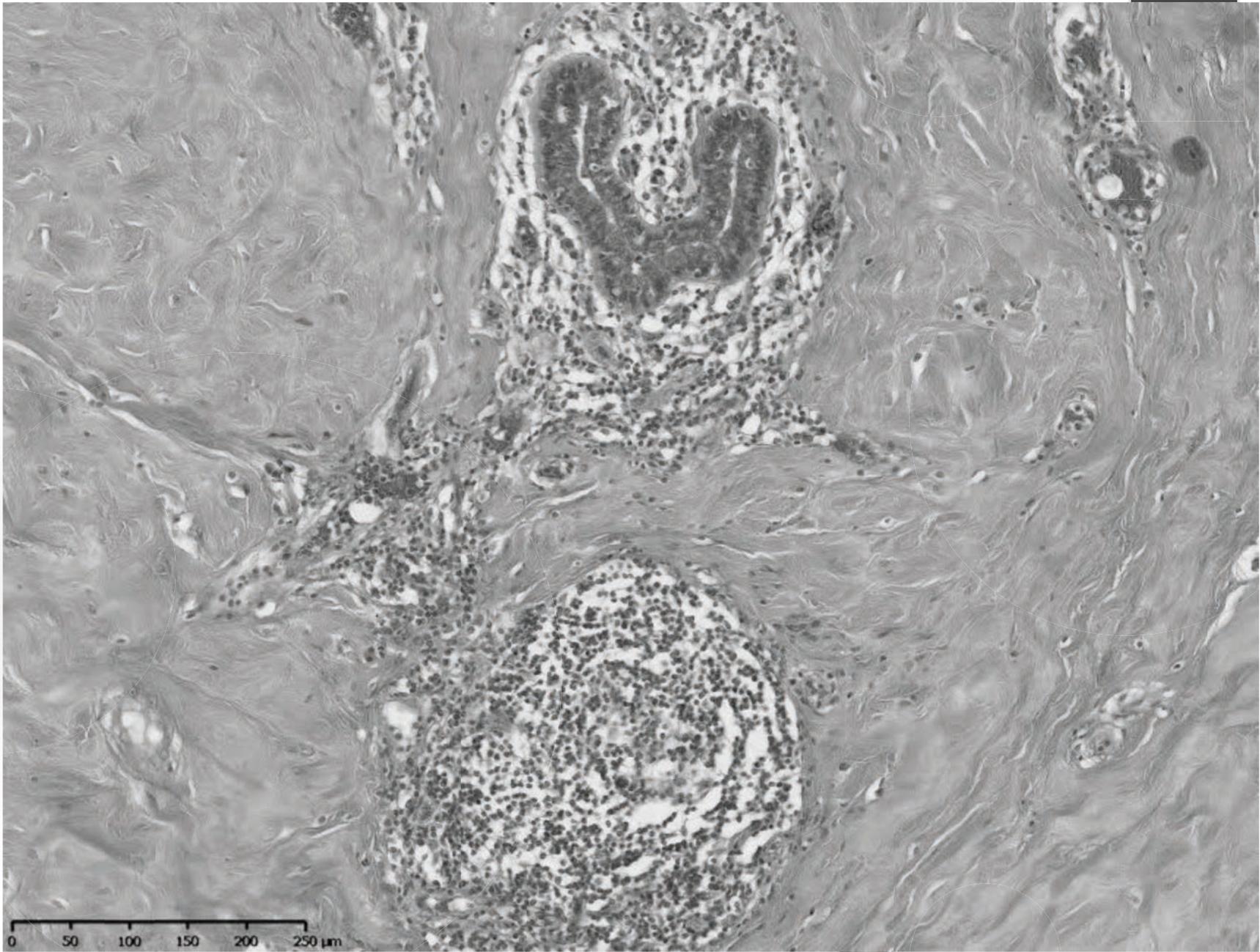
- ▶ Trois lésions élémentaires sont décrites , non spécifiques, associées en proportion variable:
 - La lobulite lymphocytaire: infiltrat inflammatoire mononuclé plus ou moins dense , associant de petits lymphocytes surtout B, plasmocytes et histiocytes. Elle siège essentiellement dans les lobules mammaires, mais également de façon moins marquée en péri-vasculaire et parfois en péri-canalalaire
 - Une fibrose du tissu palleal , toujours retrouvé, est homogène et dense
 - Des cellules épithélioïdes stromales réparties de façon homogène de manière inconstante

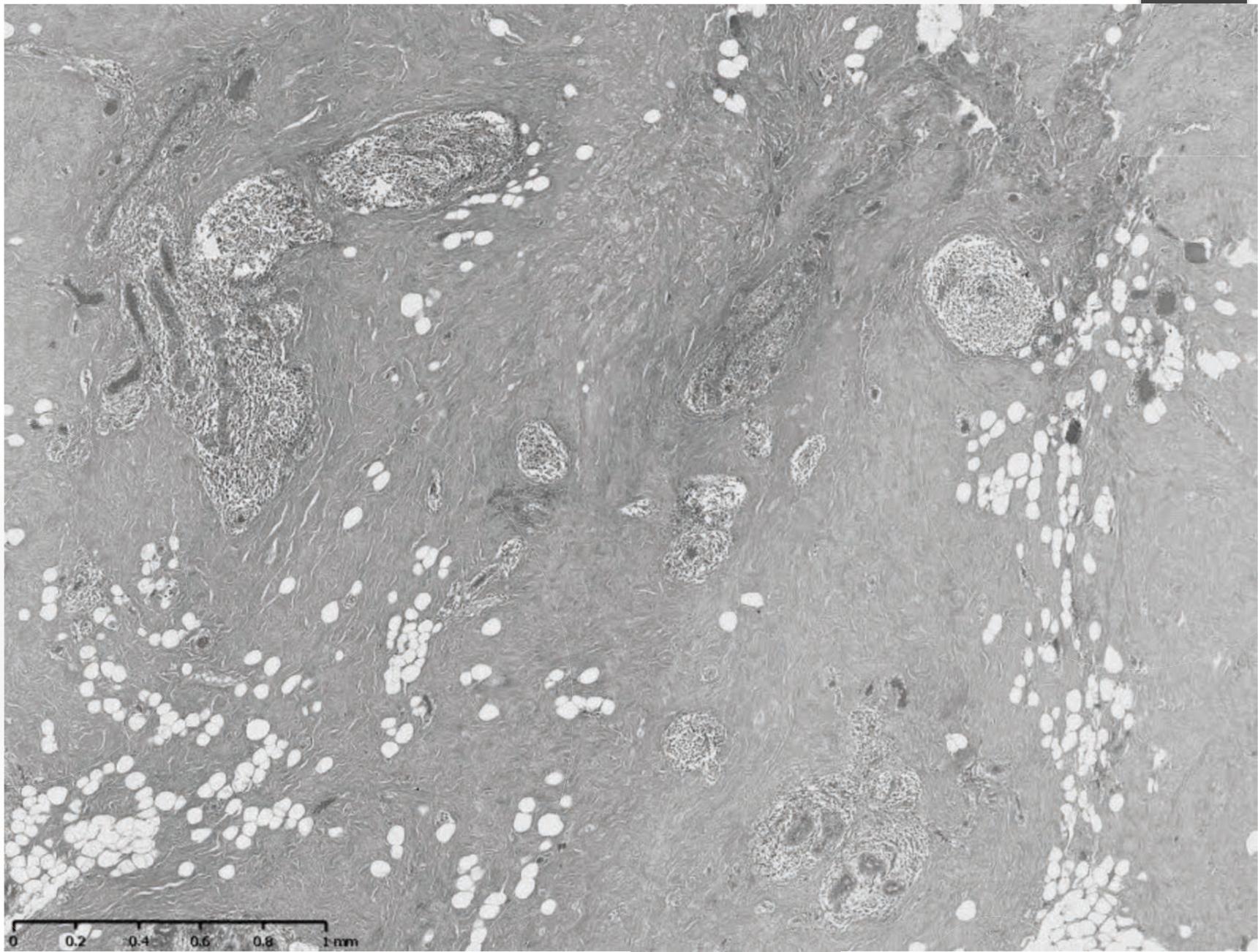


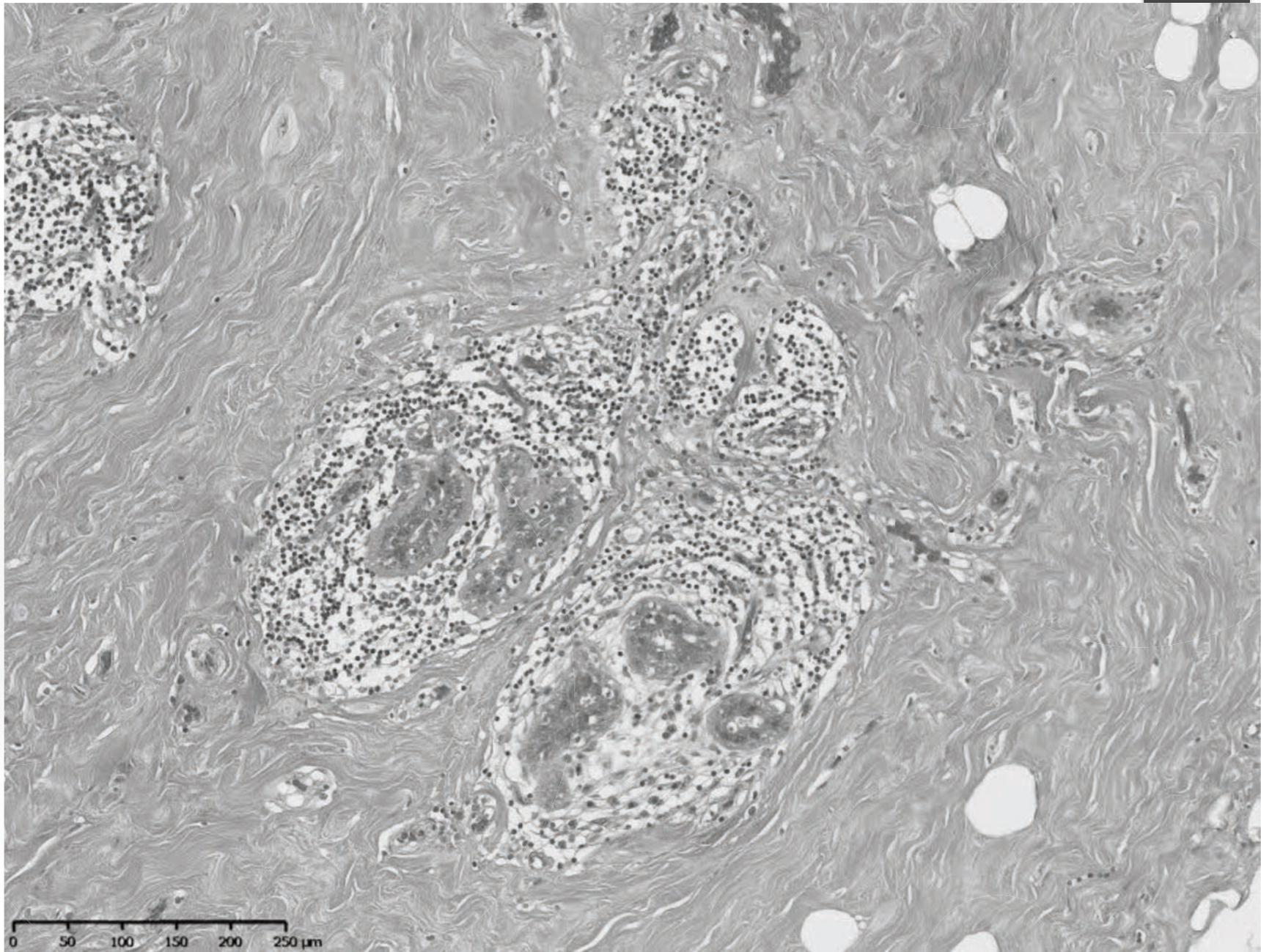












Diagnostic différentiel



1) Mastite granulomateuse

- Pathologie inflammatoire chronique bénigne du sein touchant la femme jeune à distance de tout allaitement
- Hypothèse d'une origine auto-immune et virale
- Contexte psychologique difficile souvent retrouvé
- Présentation clinique
 - ❖ Atteinte nodulaire unilatérale mal limitée de siège plutôt périphérique , plus rarement bilatérale, pouvant s'abcéder
 - ❖ La peau sus-jacente à la lésion peut être inflammatoire voire le siège d'une attraction
 - ❖ Peut se révéler par des abcès récidivants

1) Mastite granulomateuse (suite)

▶ La mammographie montre des seins denses avec distorsion
L'échographie retrouve des masses avec atténuation des ultrasons

▶ Histologie:

- ❖ Infiltrat à granulomes épithéloïdes et géantocellulaires associé à des microabcès
- ❖ Absence de nécrose caséuse
- ❖ Topographie lobulocentrique

➤ Traitement : AINS.

- ❖ La chirurgie ne limite pas le risque de récurrences et conduit souvent à une mastectomie

➤ Les récurrences sont fréquentes: 50% à 6 mois

Diagnostic différentiel

2) Mastite à plasmocytes

- Stade évolutif de la galactophorite ectasiente
- Rôle favorisant du tabac
- **Clinique** : tuméfaction inflammatoire péri aréolaire, juxta aréolaire ou rétro aréolaire associée à un écoulement
- Histologie:
 - La stase persistante des produits de sécrétion intracanalaires va entraîner une destruction des parois canalaire
 - Le matériel contenu dans le canal se comporte comme un corps étranger entraînant un granulome inflammatoire
 - Large infiltration d'histiocytes, de lymphocytes avec prédominance de plasmocytes
- Traitement : AINS

3) Cancer du sein

Prise en charge

- ▶ Le traitement chirurgical reste le traitement de choix
- ▶ Exérèse complète pour éviter le risque de récurrence
- ▶ Risque de récurrence estimée à 32%
- ▶ Pas d'augmentation de risque du cancer du sein
- ▶ Pas de risque de transformation lymphomateuse

Mme M

- Traitement chirurgical: Mastectomie sous cutanée droite et RMI par prothèse du sein droit +Tumorectomie du sein gauche avec pose de prothèse
- Retard de cicatrisation au niveau du sein droit lié au diabète
- Pas de récurrence à 1 an

Conclusion

- ▶ Pathologie rare et bénigne
- ▶ Savoir l'évoquer chez une jeune diabétique de type 1 ayant des complications dégénératives
- ▶ Peut simuler cliniquement un cancer du sein
- ▶ Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique
- ▶ Indication à un traitement chirurgical