

Mastite lymphocytaire

Lymphocytic mastitis

التهاب الثدي اللمفاوي

M. Maliki ; N. Lamalmi ; Z. Alhammany.

Introduction

La mastite lymphocytaire (M L) ou lobulite lymphocytaire sclérosante du sein est une entité de description récente [1]. Cette affection rare, bénigne et d'étiologie encore inconnue, complique le plus souvent un diabète de type 1 ancien ou se rencontre rarement en association avec les maladies auto-immunes.

Observation

La patiente S. A. âgée de 25 ans connue diabétique insulino-dépendante depuis 10 ans, présentait un nodule mammaire droit douloureux évoluant depuis une année et ayant augmenté progressivement de volume. Une mammographie réalisée, a objectivé une opacité parenchymateuse irrégulière sans micro-calcifications, siégeant au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit. Une tumorectomie a été réalisée. L'étude histologique de ce prélèvement montrait un tissu fibreux dense d'allure desmoplastique (figure 1), parsemé de quelques cellules épithélioïdes (figure 2). Le reste du parenchyme mammaire était réduit à quelques lobules atrophiques abritant un infiltrat d'éléments lymphocytaires matures (figure 3). Ils s'y associaient également des lésions de

vascularite. Le diagnostic retenu était alors celui d'une mastite lymphocytaire.

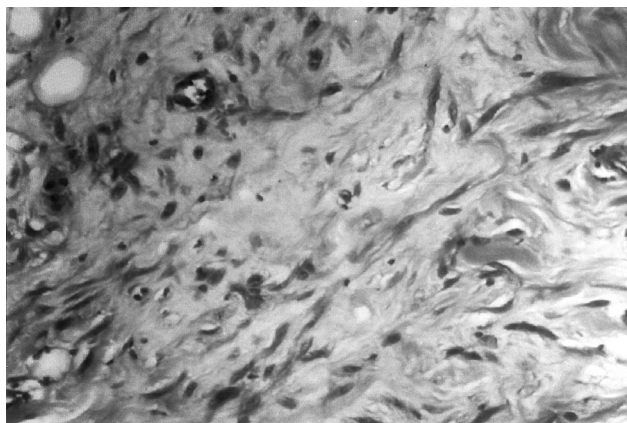


Figure 2. Grandes cellules d'aspect « épithélioïde » (HE : GX250).

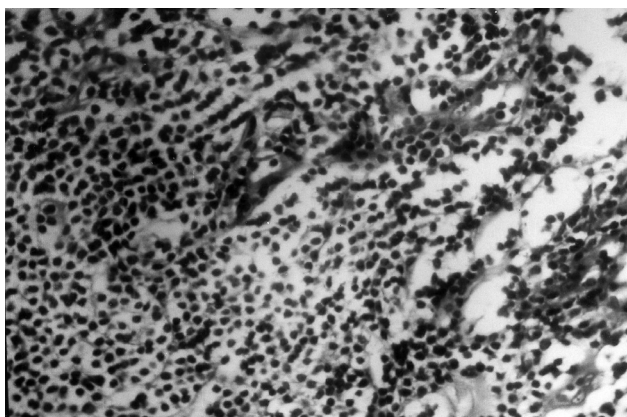


Figure 3. Infiltrat lymphocytaire intra-lobulaire dense (HE : GX250).

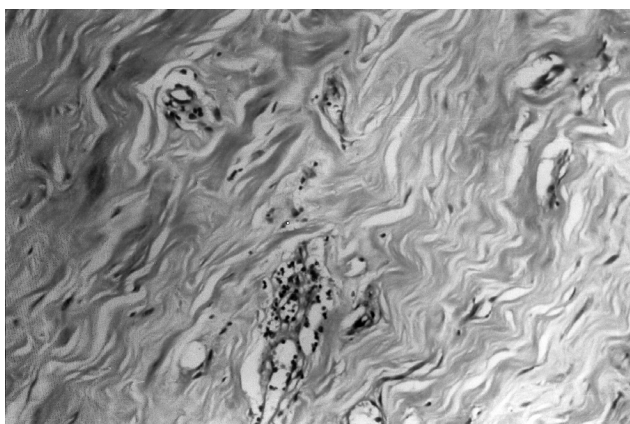


Figure 1. Fibrose dense desmoplastique renfermant des lobules mammaires atrophiques (HE : GX100).

Discussion

La ML, appelée également « mastopathie diabétique » ou « lobulite lymphocytaire sclérosante » est une affection

Tiré à part : M. Maliki. Laboratoire d'anatomie pathologique hôpital Ibn Sina - Rabat.

bénigne et rare du sein, sa prévalence est estimée à moins de 1/1000 lésions mammaires [2]. Elle est principalement rencontrée dans le cadre du diabète de type 1 ancien ou plus rarement en association avec des maladies auto-immunes [2]. Cette affection a été décrite pour la première fois en 1984 par Soler et Khardori comme une maladie fibrotique inflammatoire du sein [1].

Cliniquement, la ML survient le plus souvent chez des femmes d'âge moyen ou en pré-ménopause, rarement chez l'homme [3]. Il s'agit de tuméfactions mammaires de taille variable, uniques ou multiples, parfois bilatérales, fermes, plus ou moins bien limitées et peu évocatrices [4]. Ces lésions siègent le plus souvent en rétro-aréolaire ou au niveau du quadrant supéro-externe comme c'était le cas de notre patiente.

Les examens iconographiques n'apportent que peu d'information. En effet, les clichés mammographiques montrent des surdensités, des opacités plus ou moins régulières mais sans spécificité. L'échographie révèle des masses et des cônes d'ombre peu spécifiques [4, 5]. Dans notre cas, le nodule mammaire était cliniquement et radiologiquement suspect de malignité.

Les prélèvements cytologiques sont peu contributifs ceci s'explique par le fait que les lésions sont très scléreuses rendant l'extraction cellulaire difficile.

La définition de la ML est strictement histologique et on retrouve une fibrose diffuse dense renfermant des cellules épithélioïdes de nature myofibroblastique. Les lobules sont atrophiques avec présence d'un infiltrat lymphocytaire péri-lobulaire, péricanalaire et péri-vasculaire. L'immunohistochimie

n'a pas d'indication diagnostique sauf pour exclure une lésion maligne en particulier un carcinome lobulaire infiltrant qui peut se poser comme diagnostic différentiel [6].

L'étiopathogénie de la ML n'est pas encore élucidée. Certains auteurs retiennent l'hypothèse d'une réaction auto-immune du fait de l'accumulation anormale associée à une baisse de la dégradation du tissu conjonctif dans la matrice extra-cellulaire sous l'effet de l'hyperglycémie ; d'autres suggèrent que l'insuline exogène serait à l'origine de la ML par le biais d'une réaction inflammatoire ou immunologique. Enfin une participation hormonale n'a jamais été prouvée [1, 7].

L'évolution de cette entité montre un fort taux de régression spontanée suivie de récurrence homo ou contre-latérale. De ce fait, un geste chirurgical n'est pas requis et une surveillance simple sera préconisée. En effet aucune relation directe entre ML et cancer du sein n'a été rapportée dans la littérature et le risque de développement ultérieur de cancer du sein semble égal à la population générale [6].

Conclusion

Le clinicien doit être informé de l'association diabète et mastite lymphocytaire. Dans ce cadre approprié, la distinction clinique avec une lésion maligne peut être difficile ; pourtant la nature bénigne de la lésion est facilement mise en évidence par une simple biopsie qui évitera aux malades une chirurgie inutile surtout en cas de lésions multiples et bilatérales.

Références

1. Kudva YC, Reynolds CA, O'Brien T. Mastopathy and diabetes. *Curr Diab Rep* 2003 ; 3: 56- 9.
2. Bouté V, Denoux Y, Feillel V, Lemery S, Lacroix J. La mastopathie diabétique : complication peu commune du diabète de type 1. A propos de 10 nouveaux cas et revue de la littérature. *Le sein* 2003 ; 13 : 261-9.
3. Lee AH, Zafrani B, Kafiri G, Rozan S. Sclerosing lymphocytic lobulitis in the male breast. *J Clin Pathol* 1996 ; 49 : 609-11.
4. Royer B, Klijanienko J. Lésions inflammatoires du sein. *Ann Pathol* 1999 ; 19 : 406-11.
5. Bayer U, Horn LC, Schulz HG. Bilateral, tumorlike diabetic mastopathy: progression and regression of the disease during 5-year follow up. *Eur J Radiol* 1998 ; 26 : 248-53.
6. Labit-Bouvier C, Horschowski N, Andracs-Mayer L. Mastite lymphocytaire. *Ann Pathol* 1997 ; 17 : 94-9.
7. Ely KA, Tse G, Simpson JF, Clarfild R. Diabetic mastopathy. A clinicopathologic review. *Am J Clin Pathol* 2000 ; 113: 541-5.