



## Plasma Cell Mastitis Simulating Malignant Tumor: A Case Report

(Mastite plasmocytaire simulant une tumeur maligne : à propos d'un cas)

Authors

**Benali Saad<sup>1\*</sup>, El mangoub Fatima<sup>2</sup>, Moulay El Mehdi El Hassani<sup>3</sup>,  
Babahabib Moulay Abdellah<sup>4</sup>, Kouach Jaouad<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Service gynécologie-obstétrique Hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat

<sup>2</sup>Service gynécologie-obstétrique Hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat

<sup>3</sup>Service gynécologie-obstétrique Hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat  
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès université Sidi Mohamed Ben Abdellah

<sup>4</sup>Service gynécologie-obstétrique Hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat  
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès université Sidi Mohamed Ben Abdellah

<sup>5</sup>Service gynécologie-obstétrique Hôpital militaire d'instruction Mohamed V Rabat  
Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat université Souissi

\*Corresponding Author

**Benali Saad**

### Résumé

*La mastite plasmocytaire est une pathologie rare du sein, touchant les femmes de plus de 40ans. L'étiologie de cette pathologie reste inconnue. L'aspect clinique et radiologique est classiquement bénin, toutefois il peut être atypique et faire craindre une tumeur maligne.*

*Nous rapportons un cas de mastite plasmocytaire ayant un aspect radiologique particulier chez une femme âgée de 55 ans, ménopausée, qui consulte pour un nodule mammaire rétro-aréolaire associé à un écoulement mamelonnaire unipore séreux.*

**Motsclés:** Mastite à plasmocytes, nodule suspect, mammographie, échographie mammaire.

### Introduction

La mastite à plasmocytes est une mastopathie inflammatoire chronique bénigne, relativement rare, qui se caractérise par une dilatation des galactophores de grand et de moyen calibre avec inflammation péri-canalair et fibrose<sup>[1]</sup>. Elle se voit principalement chez la femme de plus de 40 ans, qui présente un écoulement mammaire multi-galactophorique bilatéral, épais blanchâtre ou verdâtre<sup>[1]</sup>. Le traitement est souvent médical à base d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques, mais la récurrence est fréquente.

### Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans, célibataire, nulligeste, sans antécédents pathologiques notables, ménopausée depuis 5 ans sans notion de prise de traitement hormonal substitutif de la ménopause. L'histoire de la maladie remonte à 2 mois par l'autopalpation d'un nodule au niveau du sein gauche, associé à un écoulement unipore séreux. L'examen clinique à l'admission trouvait des seins symétriques avec un nodule de localisation rétro-aréolaire, mesurant 1.5cm, ferme, bien limité, avec peau en regard rouge et

oedématisée. La pression du mamelon ramenait un liquide séreux. L'examen du sein controlatéral était sans anomalies, les aires ganglionnaires étaient libres.

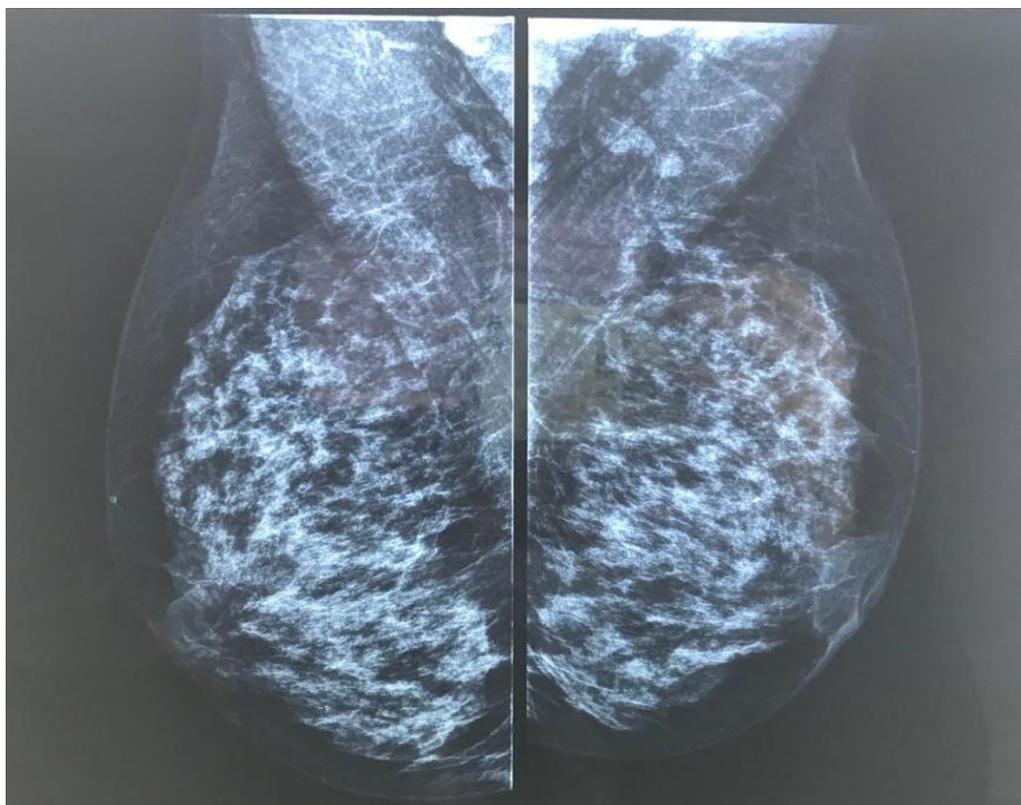
La mammographie trouvait un parenchyme mammaire présentant une structure nodulaire diffuse, de type B-C dans la classification de l'ACR de la densité mammaire, avec épaissement du tissu cutané franc de la région aréolo-mamelonnaire gauche. A noter, la présence de nombreux ganglions axillaires droits et gauches, sans grande valeur pathologique (**Figure 1**).

L'échographie mammaire trouvait une image ovoïde, lobulée, à contenu échogène, dont une partie est tissulaire, mesurant 8/12/19mm, avec épaissement des plans superficiels en regard. Cet aspect étant compatible avec des ectasies galactophoriques ayant un contenu tissulaire classées dans la catégorie 4b de la classification BIRADS de l'ACR (**Figure 2**).

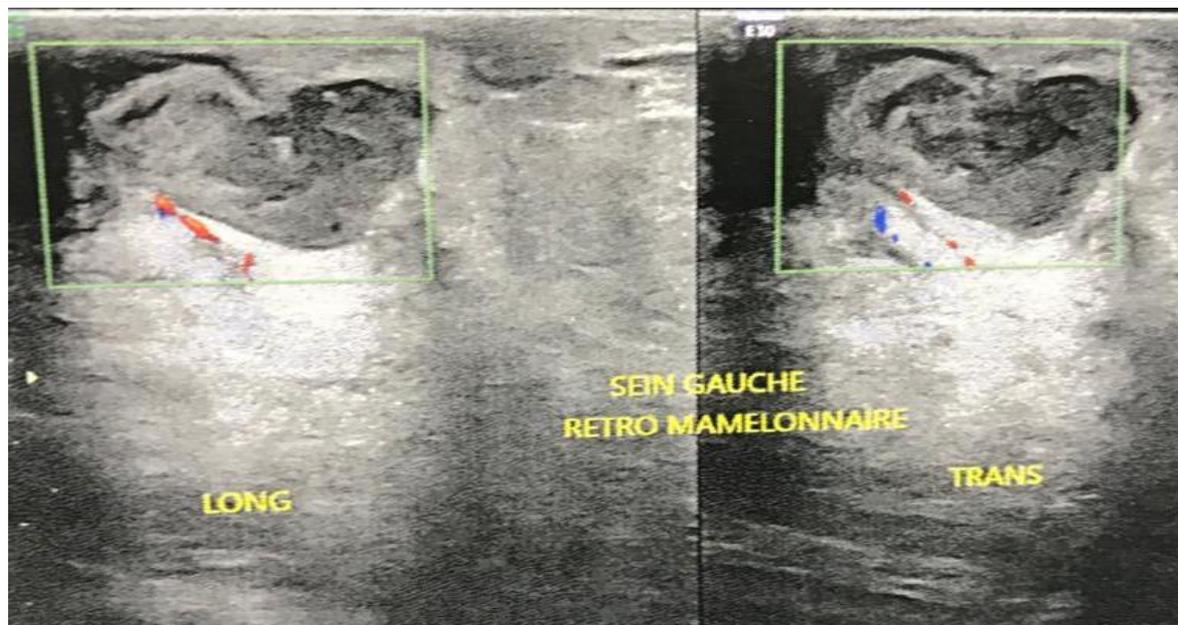
La microbiopsie de la masse était réalisée sous guidage clinique, en raison de son caractère

superficiel, au tru-cut de gros calibre 14 Gauge avec réalisation de 5 passages. Elle offrait à l'étude microscopique un tissu mammaire rétro-aréolaire renfermant des canaux galactophores et des canalicules ectasiques, leur bordure épithéliale étant atrophique et abrasée. Certains canaux étant rompus et entièrement entourés d'un granulome inflammatoire comportant des histiocytes et des cellules géantes phagocytant des débris d'épithélium. Le tissu mammaire était par ailleurs dystrophique, montrant une fibrose dense. Cet aspect histologique correspondait à une mastite péri-canalair à plasmocytes sur ectasie canalaire avec absence de signe histologiques de malignité.

La prise en charge était purement médicale et la patiente a été mise sous traitement antibiotique à base de flucloxacilline à raison de 500mg deux fois par jour pendant 7 jours avec métronidazole 500mg deux fois par jour pendant 10 jours, associés à un traitement anti-inflammatoire à base de diclofénac 50mg à raison de deux comprimés par jour pendant 5 jours avec bonne évolution.



**Figure 1 :** Mammographie cliché oblique externe montrant l'épaississement du tissu cutané de la région aréolo-mamelonnaire gauche



**Figure 2 :** Echographie mammaire (sonde haute fréquence 7,5Mhz) objectivant une image rétro-mamelonnaire discrètement hypoéchogène, hétérogène, avec des composantes liquidiennes classée ACR 4 selon le système BIRADS

### Discussion

La mastite plasmocytaire est définie par un infiltrat inflammatoire à nette prédominance plasmocytaire, abondant et diffus, entourant des canaux extra-lobulaires et des lobules. C'est une lésion inflammatoire caractérisée par une dilatation des galactophores associée à une fibrose et à une inflammation péri-canalair, touchant principalement les galactophores sous-aréolaires. L'évolution se fait vers la chronicité avec apparition de calcifications typiques. Une surinfection bactérienne est possible.

Parmi les facteurs de risque décrits dans la littérature, on trouve l'hyperprolactinémie. Des auteurs ont décrit un lien entre une sécrétion anormale de prolactine et une mastite à plasmocytes [2]. Sur 108 patientes présentant une mastite à plasmocytes, 20,4 % présentaient une hyperprolactinémie persistante après l'épisode inflammatoire ( $78 \pm 56 \text{g/L}$ ) et 14% un adénome à prolactine. Pour 11%, la mastite était le premier symptôme de l'hyperprolactinémie.

Sur le plan clinique, le tableau est généralement bénin et non spécifique. Dans l'étude de Browning et al. portant sur 1256 patientes opérées du sein dont 154 étaient porteuses d'une mastite

plasmocytaire<sup>[3]</sup>, deux tiers des patientes étaient asymptomatiques. Les douleurs étaient présentes chez deux tiers des patientes symptomatiques (41 % cycliques, et 25 % non cycliques). Une masse juxta-aréolaire était notée chez 45 % des patientes symptomatiques (le cas de notre patiente) et 32% des patientes non symptomatiques. On retrouvait une rétraction du mamelon pour 34 % des femmes symptomatiques et un écoulement (le plus souvent clair, laiteux ou coloré et rarement sanglant) pour 65 % d'entre elles. L'ectasie canalaire était bilatérale pour 29% des patientes symptomatiques et ces dernières avaient des signes d'infection (abcès ou fistule) dans 20% des cas.

Sur le plan radiologique, la mammographie peut montrer :

Au stade inflammatoire, une opacité diffuse avec épaissement du revêtement cutané (le cas de notre patiente) voire opacité nodulaire, à un stade plus évolué de la maladie, on peut noter des opacités rubanées et linéaires en rapport avec une dilatation des canaux galactophoriques. Des calcifications bénignes sont souvent notées.

La galactographie<sup>[4]</sup> peut montrer des images de dilatation, de déformation, ou de lacunes. L'étude cytologique du liquide d'écoulement du mamelon

ou celui prélevé par ponction montre des cellules inflammatoires.

La bactériologie est généralement stérile sauf en cas de complication.

Des données cliniques et paracliniques ne peuvent qu'affirmer le caractère inflammatoire de la maladie; cependant, le diagnostic exact revient à l'histologie. Macroscopiquement, la lésion se présente comme un abcès plurifocal ou pseudo-tumoral irrégulier, grisâtre, molle, parfois nécrotique avec des galactophores dilatés bleutés et contenant des granulomes péricanalaires faits d'infiltration lymphoplasmocytaire, et de cellules géantes plurinuclées spumeuses et épithéloïdes, auxquelles s'associe une fibrose importante. Les lobules avoisinants sont souvent siège d'ectasies galactophoriques peu importantes et ont tendance à l'infiltration lymphoplasmocytaire.

Pour ce qui est de la prise en charge et en cas de mastite à plasmocytes, un traitement antibiotique associant métronidazole et flucloxacilline a été proposé dans une étude préliminaire<sup>[5]</sup>. La pratique courante est en effet d'éviter la biopsie chirurgicale chez la femme jeune et de les traiter avec une association d'antibiotiques. La mastite à plasmocytes se manifestant par des masses péri-aréolaires inflammatoires a en effet tendance à récidiver. Il n'est cependant pas certain que l'antibiothérapie modifie l'histoire naturelle de ces lésions.

### Conclusion

La mastite plasmocytaire est une pathologie bénigne et rare. L'imagerie reste le premier outil diagnostique. La confirmation diagnostique est histologique. La prise en charge médicale est souvent suffisante mais le risque de récurrence est fréquent.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

### Références

1. Croce S, Bretz-Grenier MF, Mathelin C. Les principales lésions mammaires épithéliales bénignes et à risque. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. *GynecolObstetFertil* 2008; 36: 788–99.
2. Peters F, Schuth W. Hyperprolactinemia and nonpuerperalmastitis (ductectasia). *JAMA* 1989;261:1618–20. Rahal RMS, de Freitas-Júnior R, Paulinelli RR. Riskfactors for ductectasia. *Breast J* 2005;11:262–5.
3. Browning J, Bigrigg A, Taylor I. Symptomatic and incidental mammary duct ectasia. *J R Soc Med* 1986;79:715–6.
4. Dixon JM, Chetty U, Forrest AP. Wound infection after breastbiopsy. *Br J Surg* 1988;75:918–9.
5. Zuska JJ, Crile G, Ayres WW. Fistulas of lactiferousducts. *Am J Surg* 1951; 81:312–7.