

Mastite à éosinophile : manifestation rare de la granulomatose éosinophilique avec polyangéite

Alaeddine MABROUK¹, Résident en médecine Interne

Nour El Houda GUEDICHE¹, Assistante Hospitalo-Universitaire en médecine interne

Bilel ARFAOUI¹, Assistant Hospitalo-universitaire en médecine interne

Najah BOUSSETTA¹, Professeur Agrégé en médecine interne

Faïda AJILI¹, Professeur en médecine interne

Sameh SAYHI¹, Professeur Agrégé en médecine interne

Nedia BEN ABDELHAFIDH¹, Professeur en médecine interne

1: Service médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, TUNISIE

Introduction:

La granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GEPA) est une vascularite systémique rare qui affecte les vaisseaux sanguins de petit et moyen calibres. Ses manifestations cliniques sont variées. Les plus caractéristiques sont l'asthme tardif et la polypose nasale associés à une hyperéosinophilie sanguine. L'atteinte de la glande mammaire est exceptionnelle dans la GEPA. Nous décrivons un cas de mastite bilatérale en rapport avec une GEPA.

Observation:

Il s'agit de Mme B.M âgée de 35 ans, qui a consulté pour une tuméfaction douloureuse des 2 seins avec signes inflammatoires locaux.

Ses principaux antécédents médicaux étaient un asthme allergique et une polypose naso-sinusienne. L'asthme évoluait depuis l'enfance, il était auparavant bien contrôlé, mais aggravé depuis 1 an, traité par beta mimétiques de courtes et longues durée d'action et corticoïdes inhalés. La polypose naso-sinusienne était obstructive bilatérale et a été opérée 4 mois auparavant.

La patiente a été diagnostiquée comme syndrome de Widal.

A l'examen, elle avait des seins tuméfiés érythémateux douloureux à la palpation avec présence d'un écoulement mamelonnaire bilatéral jaunâtre.

L'échographie mammaire a montré un aspect de mastite inflammatoire bilatérale : collection de 58mm du sein droit et de 26mm du sein gauche associées à une ectasie canalaire galactophorique aréolaire bilatérale.



Figure 1: Collection mammaire du sein droit à l'échographie

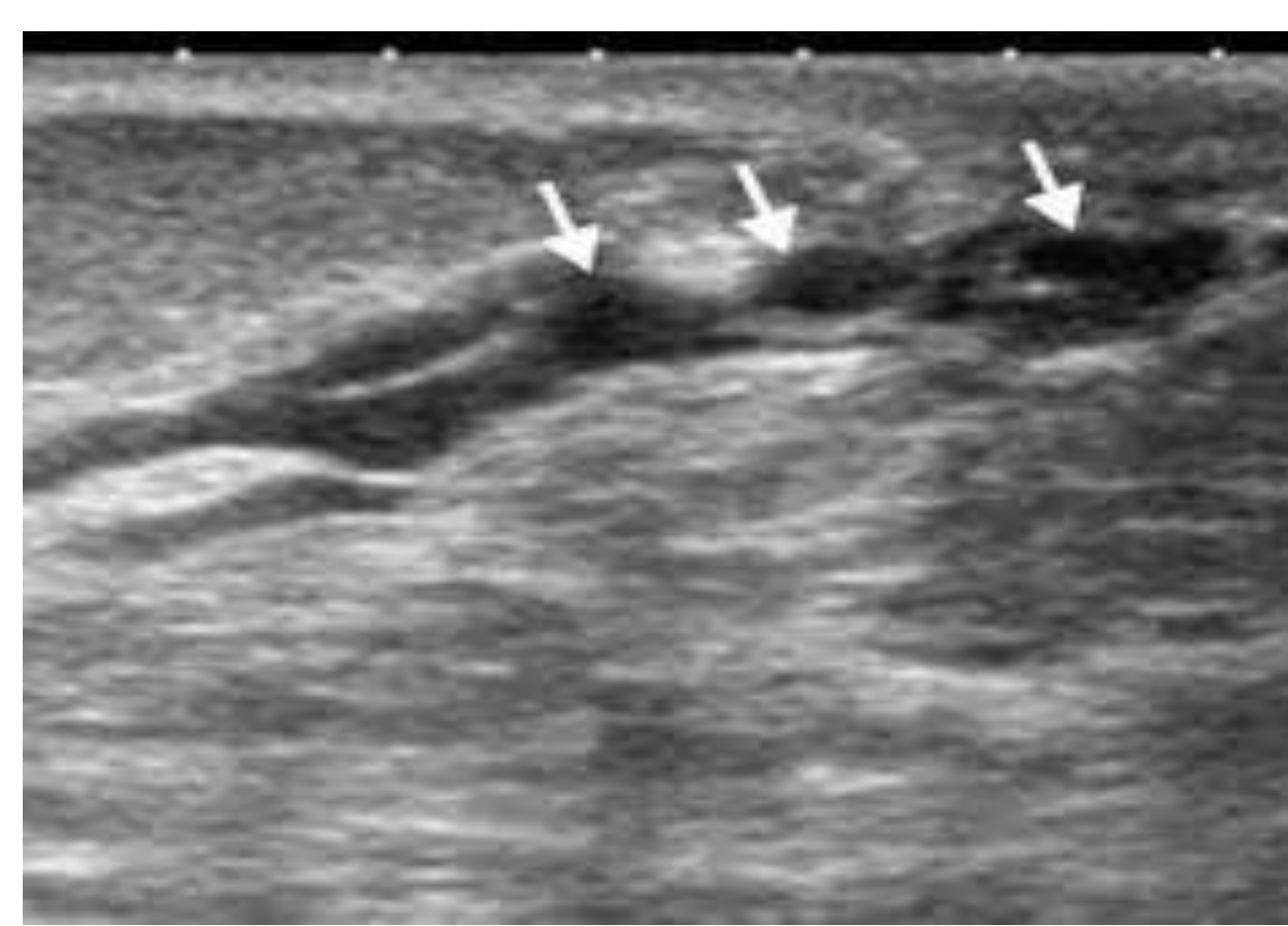


Figure 2: Ectasie des canaux galactophores à l'échographie

Sur le plan biologique, on notait la présence d'une hyperéosinophilie à 1800 éléments/mm³, et un syndrome inflammatoire biologique.

La patiente a été mise initialement sous antibiothérapie par amoxicilline et acide clavulanique pendant 7 jours sans amélioration. Elle a eu une mise à plat chirurgicale des collections avec biopsie mammaire. L'examen bactériologique du contenu des collections était négatif. L'examen anatomopathologique des pièces biopsiques a montré un important remaniement inflammatoire aigu abcédé riche en polynucléaires éosinophiles des 2 seins. La recherche des anticorps anticytoplasme des neutrophiles (ANCA) était positive de type c-ANCA.

Devant ce tableau clinique le diagnostic de syndrome de Widal a été remis en cause. Le diagnostic retenu était une GEPA avec atteinte mammaire à type de mastite à éosinophile. Il n'y avait pas d'atteinte parenchymateuse pulmonaire au scanner thoracique. L'électroneuromyogramme était sans anomalies. La patiente a été mise sous corticothérapie 1mg/kg/j par voie orale. L'évolution était favorable avec régression complète de la mastite et équilibration de son asthme.

Discussion:

Il s'agissait d'une mastite inflammatoire aiguë bilatérale faisant suspecter tout d'abord à l'examen clinique une origine infectieuse. Mais cette atteinte s'intégrait dans le cadre d'une GEPA devant l'ensemble des critères de l'American College of Rheumatology 2022 que la patiente présente : un asthme, une polypose nasale, une hyperéosinophilie, un infiltrat à éosinophiles prédominant en extravasculaire en histologie. Les c-ANCA se voient plus dans la granulomatose avec polyangéite mais peuvent se voir dans 10% des cas de GEPA. Le traitement de la mastite dans la GEPA n'est pas bien codifié mais les corticoïdes semblent efficaces pour cette atteinte (1,2).

Conclusion:

L'atteinte mammaire reste exceptionnelle dans la GEPA mais devant une mastite à éosinophile il faut évoquer ce diagnostic.

Références: 1) Villalba-Nuño, V., Sabaté, J. M., Gómez, A., Vidaller, A., Català, I., Escobedo, A., & Torrubia, S. (2002). *Churg-Strauss syndrome involving the breast: a rare cause of eosinophilic mastitis*. *European Radiology*, 12(3), 646–649.

2) Dannepond, C., Le Fourn, E., de Muret, A., Ouldamer, L., Carmier, D., & Machet, L. (2014). *Mastite révélatrice d'un syndrome de Churg-Strauss*. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 141(1), 30–33.

