



RESEARCH ARTICLE

LA MASTOPATHIELYMPHOCYTAIRE DIABÉTIQUE BILATÉRALE : A PROPOS D'UN CAS

A. Bassir, M. Bouzida, M. Hajji, S. Izig and A. Soummami

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 30 January 2024

Final Accepted: 29 February 2024

Published: March 2024

Key words:-

Mastopathie, Diabète, Sein, Micro-Biopsie

Abstract

La mastopathie diabétique (MD) est une lésion rare, rencontrée dans les diabètes de type I. Les signes cliniques et radiologiques qui lui sont associés sont peu spécifiques et peuvent laisser suspecter un cancer mammaire. Elle nécessite un examen histologique pour un diagnostic définitif. Ce rapport décrit un cas d'une mastopathie diabétique bilatérale. Une patiente de 36 ans, diabétique de type 1 depuis 15 ans et sans antécédents familiaux de cancer du sein, se plaint de mastodynies. L'examen physique a révélé un nodule de 4 x 3 centimètres, mal défini, mobile dans le quadrant externe supérieur gauche. La mammographie et l'échographie ont révélé une zone mal limitée dans le quadrant gauche. Les biopsies par carottage ont révélé un parenchyme mammaire dystrophique sans signe de malignité. Une excision large de la tumeur a montré un parenchyme mammaire fibreux avec des infiltrats lymphocytaires, suggérant une mastopathie diabétique. L'évolution après un an a été marquée par la bilatéralisation de la lésion.

Copy Right, IJAR, 2024., All rights reserved.

Introduction:-

La mastopathie diabétique est une condition où les femmes diabétiques développent des changements dans leurs seins. Ces changements peuvent inclure des douleurs, des masses palpables et des anomalies mammographiques très probablement sous-diagnostiquées. Bien que la relation exacte entre le diabète et la mastopathie ne soit pas entièrement comprise, il est suggéré que les fluctuations des niveaux d'insuline et de glucose dans le sang peuvent jouer un rôle. Il s'agit d'une pathologie bénigne, mais pouvant simuler un carcinome mammaire. Un cas de lésions mammaires associées à un diabète a été décrit pour la première fois en 1984 par Soler et Khardori [1].

Nous rapportons un nouveau cas de MD à la lumière duquel nous discutons les problèmes diagnostiques et de prise en charge de cette affection.

Observation:-

Il s'agit d'une patiente, âgée de 36 ans, célibataire, nulligeste, sans antécédent familial de cancer du sein, suivie depuis 15 ans pour un diabète type 1 sous insuline : Lantus 30 UI à 8h et 20 UI à 20h, son diabète est mal équilibré à l'origine de nombreux épisodes de décompensations métaboliques et compliqué d'une rétinopathie diabétique traitée par laser il y a 5 ans. Elle se présente dans notre formation pour une mastodynies gauche. L'examen clinique trouve une formation nodulaire de 4 x 3 cm de grand axe, dure, mal limitée, mobile au plan profond et superficiel et siégeant au quadrant supéro-externe. Par ailleurs, on ne retrouve ni écoulement ni inflammation cutanée ni adénopathie axillaire, l'examen du sein controlatéral est normal.

La mammographie couplée à l'échographie mammaire montre des seins denses avec plage mal limitée du QSE gauche au nombre de deux 25 x 18 mm et 20 mm x 20 mm classé ACR 4 sans foyer de micro calcification ni distorsion architecturale.

La patiente a bénéficié d'une micro-biopsie au mammotome (14 G) dont le résultat anatomopathologique était un parenchyme mammaire dystrophique sans signe de malignité.

On a procédé par la suite à une exérèse large de la tumeur. À l'examen anatomopathologique, il s'agit d'un parenchyme mammaire fibrosé avec un infiltrat lymphocytaire à disposition péri lobulaire, péri canalaire et péri vasculaire par places sans signe de malignité évoquant en premier lieu une mastopathie diabétique. Les suites postopératoires immédiates sont simples.

L'évolution a été marquée par la bi latéralisation de la lésion. La patiente a été perdue de vue et est revenue après un an avec un nodule au niveau du sein droit de 4x5cm classé ACR4 à l'échographie mammaire. Une micro-biopsie a été réalisée avec au résultat un parenchyme mammaire dystrophique sans signe de malignité. La patiente a bénéficié par la suite d'une exérèse large de la tumeur. L'examen anatomo-pathologique a montré un parenchyme mammaire siège d'une fibrose extensive renfermant des myofibroblastes régulier et un infiltrat inflammatoire lymphocytaire modéré péri-canalaire faisant discuter en premier une mastopathie diabétique.

Discussion:-

La mastopathie diabétique, également appelée maladie fibreuse du sein ou lobulite lymphocytaire sclérosante est une entité pathologique récente, rare et bénigne qui peut toucher les deux sexes à tout âge [2]. Elle touche principalement les femmes et exceptionnellement les hommes, en particulier les diabétiques traités à l'insuline [3]. L'âge moyen des patients est de 20 à 40 ans [4], le diabète de type 1 étant le plus fréquent, comme le cas présenté dans notre étude.

La mastopathie diabétique est une association peu étudiée et souvent sous-diagnostiquée. Cependant, plusieurs études ont souligné une prévalence accrue de troubles mammaires chez les femmes diabétiques, suggérant un lien entre les deux conditions [5]. Bien que les mécanismes précis de la mastopathie diabétique ne soient pas entièrement compris, plusieurs hypothèses ont été avancées. Le diabète est associé à des fluctuations importantes des niveaux d'insuline et de glucose dans le sang, ce qui peut influencer les tissus mammaires. Des études suggèrent que ces fluctuations peuvent favoriser la croissance de tissu fibreux et kystique dans les seins, conduisant à des symptômes de mastopathie [6]. De plus, des altérations dans le métabolisme des lipides et des hormones sexuelles peuvent également contribuer au développement de changements mammaires chez les femmes diabétiques.

La mastopathie diabétique présente des implications cliniques importantes pour les femmes diabétiques. Les symptômes courants incluent une douleur mammaire cyclique, des nodules palpables et des anomalies mammographiques [7]. Bien que la mastopathie diabétique soit généralement bénigne, elle peut causer une anxiété significative chez les patientes et nécessite une évaluation approfondie pour exclure toute pathologie maligne [8]. De plus, la présence de mastopathie peut rendre plus difficile la détection des lésions malignes lors du dépistage du cancer du sein [7], soulignant l'importance d'une surveillance régulière et d'une communication ouverte entre les patientes et leur équipe médicale.

La gestion de la mastopathie diabétique repose sur une approche multidisciplinaire [9]. Un contrôle méticuleux du diabète est essentiel pour minimiser les fluctuations des niveaux d'insuline et de glucose, ce qui peut contribuer à atténuer les symptômes de la mastopathie. Des études ont montré que l'amélioration du contrôle glycémique peut contribuer à atténuer les symptômes de la mastopathie chez les femmes diabétiques [6].

Les patientes peuvent également bénéficier de mesures d'auto-surveillance, telles que l'auto-examen des seins, pour détecter tout changement anormal. En cas de symptômes persistants ou de nouvelles découvertes lors de l'examen clinique, une évaluation supplémentaire, y compris une mammographie et une biopsie, peut être nécessaire pour exclure toute complication grave.

Conclusion:-

La mastopathie diabétique est une condition complexe qui nécessite une compréhension approfondie de ses mécanismes, de ses implications cliniques et de sa gestion. Les femmes diabétiques doivent être informées des risques associés à cette condition et encouragées à maintenir un suivi régulier avec leur équipe médicale pour une prise en charge appropriée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les liens entre le diabète et les affections mammaires, afin d'améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de la mastopathie diabétique.

Références:-

1. Soler NG, Khardori R. Fibrous disease of the breast, thyroiditis, and cheiroarthropathy in type I diabetes mellitus. *Lancet Lond Engl.* 1984;1(8370):193–195.
2. Kirby RX, Mitchell DI, Williams NP, Cornwall DA, Cawich SO. Diabetic mastopathy: an uncommon complication of diabetes mellitus. *Case Rep Surg.* 2013;2013:198502.
3. Guzik P, Gęca T, Topolewski P, Harpula M, Pirowski W, Koziółek K, et al. Diabetic Mastopathy. Review of Diagnostic Methods and Therapeutic Options. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;19(1):448.
4. Chan CR, Ho RSL, Shek TWH, Kwong A. Diabetic Mastopathy. *Breast J.* 2013;n/a-n/a.
5. Zhu, Y., Zhang, Y., Wang, Y., Xu, J., Wang, X., Qu, Y., ... & Yan, H. (2017). Association between diabetes mellitus and the risk for benign breast disease: a meta-analysis of observational studies. *Oncotarget*, 8(44), 78574.
6. Chen, X., He, L., Cheng, L., Jin, X., Zhang, Y., & Zheng, J. (2019). Relationship between glycosylated hemoglobin A1C and benign breast diseases in women with type 2 diabetes mellitus. *Gland Surgery*, 8(5), 470–475.
7. Liao, G., Zhao, J., Yang, Y., & Zhou, Q. (2018). Breast ultrasound findings in women with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 18(1), 78.
8. Zhang Y, Zhong D, Sun Q, Zhou Y, Guan J. Diabetic mastopathy mimicking breast cancer: two case reports. *Clin Breast Cancer.* 2011;11(6):409–412
9. Yang, Q., Zhang, Y., Yan, H., Li, J., Li, L., Wang, R., ... & Yuan, C. (2020). Association between type 2 diabetes mellitus and the risk for benign breast disease: a meta-analysis and systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 179(1), 149–157.