

L'adénomatose érosive du mamelon à propos d'un cas et revue de la littérature

J.EL HAUDANI, E. NGAWA NGALANDE, Y.BELHADJ, S JAYI, FZ FDILI, HHIKMAT, MA MELHOUF

Service de gynécologie-obstétrique II CHU HASSAN II FES

Abstract : *It is a benign tumor developed at the expense of a lactiferous sinus of the nipple. Clinically, the differential diagnosis arises with breast carcinoma, Paget's disease, and galactophoric ectasia. The positive diagnosis is anatomopathological. Treatment is usually surgical. Erosive adenomatosis of the nipple is a very rare condition that should be considered in the presence of any erosion or tumor of the nipple. The prognosis is excellent.*

Keywords : Erosive adenomatosis, nipple, benign tumor.

RESUME :

C'est une tumeur bénigne développée aux dépens d'un sinus lactifère du mamelon. Cliniquement, le diagnostic différentiel se pose avec le carcinome du sein, la maladie de Paget et l'ectasie galactophorique. Le diagnostic positif est anatomopathologique. Le traitement est habituellement chirurgical.

L'adénomatose érosive du mamelon est une affection très rare qu'il faudra évoquer devant toute érosion ou une tumeur Du mamelon. Le pronostic est excellent.

Mots clés : Adénomatose érosive, mamelon, tumeur bénigne

INTRODUCTION :

L'adénomatose érosive du mamelon est une lésion bénigne qui se développe à partir d'un sinus lactifère du mamelon. Bien que cette lésion présente un pronostic excellent, elle peut poser un problème de diagnostic différentiel avec la maladie de Paget.

PATIENTE ET OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente âgée de 55 ans, ayant eu une tumorectomie du sein gauche il y a 5 ans, avec un résultat histopathologique revenu bénin selon la patiente. Elle est multipare, ménopausée depuis 4 ans, et consulte pour une tumeur du sein gauche évoluant depuis plus d'un an, associée à un écoulement mamelonnaire séreux. L'examen sénologique a révélé la présence d'une lésion ulcérée et eczématiforme du mamelon et du quadrant supérieur de l'aréole mesurant 4x3 cm (Fig. 1). Le sein controlatéral et les aires ganglionnaires axillaires sont libres.



Figure N1

La mammographie objective au niveau du sein gauche une masse rétro-mamelonnaire dense de nature tissulaire, grossièrement ovulaire infiltrant le plan cutané superficiel. L'échographie mammaire confirme la nature tissulaire de la masse classée ACR4b

Une résection tumorale large est réalisée ; elle a intéressé le mamelon et la région aréolaire concernée. L'analyse histopathologique de la pièce confirme le diagnostic d'adénomatose érosive du mamelon

DISCUSSION :

L'adénomatose érosive du mamelon est une lésion bénigne décrite en 1955 par Jones. Elle est également connue sous le nom de papillomatose floride ou papillomatose sous-aréolaire.

Cette affection tumorale, qui se développe à partir des canaux galactophores, est souvent confondue avec un carcinome mammaire ou une maladie de Paget. Elle survient dans la grande majorité des cas chez les femmes à des âges variables, mais souvent au cours de la cinquième décennie de la vie [1].

Son expression clinique polymorphe peut correspondre à un petit nodule charnu, à une lésion eczématiforme, érosive ou crouteuse ou encore à un écoulement mamelonnaire parfois sanglant qui survient spontanément ou à la pression du mamelon.

Occasionnellement les patientes présentent une légère douleur, un prurit ou une sensation de tension au niveau de la zone intéressée. L'évolution spontanée peut être marquée par des complications infectieuses locales avec parfois même abcès du sein. [2, 3, 4]

La mammographie complétée de l'échographie permettent de rechercher une tumeur sous-jacente. Le cytodagnostic n'est pas fiable pour poser le diagnostic [5]. Seule une biopsie permet de le faire. L'adénomatose érosive du mamelon se traduit par une prolifération bénigne comportant une double composante cellulaire faite de cellules épithéliales bordantes et des cellules myoépithéliales périphériques. La membrane basale est bien individualisée. L'étude immunohistochimique permet de différencier entre adénomatose érosive du mamelon et le carcinome infiltrant du sein mais ne permet pas de différencier entre adénomatose érosive du mamelon et les autres proliférations bénignes du sein [6, 8, 10].

Le traitement de choix de cette pathologie est celui qui assure l'exérèse complète de la lésion et en permettant une reconstruction plastique du mamelon, mais le diagnostic doit être évoqué avant l'intervention ou en tout cas confirmé par un examen extemporané avant toute exérèse intempestive [4, 7]. Certains auteurs utilisent la chirurgie micrographique pour traiter cette lésion afin d'éviter les récurrences et de minimiser la déformation du sein [7, 10].

BIBLIOGRAPHIE :

1. El Idrissi F, Fadli A. Adénomatosse érosive du mamelon. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:813—4.
2. Bourlond J, Bourlond-Reinert L. Erosive adenomatosis of the nipple. *Dermatology* 1992;185:319—24.
3. Bioulac P, Coville MP, Sorhouet M, Meuge C, Beylot C. Erosion du mamelon chez une femme jeune : adénomatosse érosive ou maladie de Paget ? *Bordeaux Médical* 1977, 10 : 31 4. 3
4. Albers SE, Barnard M, Thorner P, Krafchik BB. Erosive adenomatosis of the nipple in a eight-year-old girl. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40 : 834-7. 4 nipple. *Dermatology* 1992;185:319—24.
5. Pinto RG, Mandreker S. Fine needle aspiration cytology of adenoma of the nipple. A case report. *Acta Cytol* 1996; 40 : 789-91.
6. Bergdahl L, Bergman F, RaisC, Westling F. Bilateral adenoma of the nipple. Report of a case. *Acta Chir Scand* 1971; 137 : 583-6.
7. Miller L, Tayler W, Maroon M, Miller OF. Erosive adenomatosis of the nipple: a benign imitator of malignant breast disease. *Cutis* 1997; 59 : 91-2.
8. Adant JP, Paquet P, Bluth F, Nelissen X, Pierard G. Adénomatosse érosive du mamelon. À propos de 2 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 1997 ; 42 : 638-41.
9. Civatte J, Restant S, Delomenie DC. Adénomatosse érosive sur mamelon surnuméraire. *Ann Dermatol Venereol* 1977 ; 104 : 177-9.
10. Cordoliani F, Rybojad M, Verola O, Espié M. Dermatoses of the nipple and the areola. *Arch Anat cytol pathol* 1995;43: 82—7. *Mod Pathol* 1992;5:179—84