



**16<sup>e</sup> Journée  
Scientifique conjointe  
du Groupe de Recherche  
sur le PSORIASIS  
et du Groupe HS France**

---

**Vendredi 7 octobre 2022**

Espace du Centenaire  
Maison de la RATP – Paris

---

# **Mastite granulomateuse: une forme localisée d'hidradénite suppurée répondant à une antibiothérapie adaptée?**

## **A propos d'un cas, série de 12 patientes**

**A Nassif**

# Cas clinique (1)

- Femme de 32 ans
- Mastite granulomateuse évoluant depuis 8 mois
- Pas d'antécédent familial, ni personnel d'HS, ni mal inflamm
- Pas de diabète
- BMI= 30,4
- Différents traitements successivement en échec:
  - Incision + Augmentin 3 semaines
  - Pyostacine 3 cures de 3 semaines → Dg de MG
  - Solupred 80mg/j + Dalacine 2 mois → quasi-fonte complète, mais rechute immédiate à 10mg/j de Solupred → Solupred 40mg : x collections confluentes ds ½ sup du sein G --> **Mastectomie proposée** → adressée à Port-Royal
  - Solupred 40mg/j + Roc + Flagyl 3 sem → échec

→ Arrêt progressif du Solupred + Pose de PICC-line en HDJ pour ertapénème



Atteinte diffuse de la ½ du sein  
= stade 3 de Hurley



# Cas clinique (2)- traitement et évolution

Traitement reçu:

- Ertapénème 6 semaines
  - Ertapénème + linezolide 3 semaines
  - Rifampicine +moxifloxacine + métronidazole pdt 6 semaines
  - Rifampicine + moxifloxacine pendant 2 mois
  - Cotrimoxazole 2 semaines, puis interruption
- Rémission à 3 mois ½:  
= disparition des douleurs, du suintement, assouplissement et pâlissement
- Recul de 5 ans: sans rechute



Sein à 3 mois de traitement  
= rémission complète



# Qu'est-ce que la mastite granulomateuse?

Mastite granulomateuse (MG) = maladie inflammatoire chronique bénigne des lobules des seins rare et d'origine inconnue.

- Cultures standard pour bactéries et mycobactéries : stériles.
- Il n'existe aucun consensus de traitement actuellement.
- Les traitements comprennent :
  - Corticoïdes systémiques / AINS +/- antibiotiques
  - Chirurgie (localisée ou large) : mastectomie dans les cas sévères, étendus et ne répondant pas aux traitements ou rechutant régulièrement
- Evolution classique :
  - Nombreuses rechutes: évolution chronique et mutilante
  - Rémission complète (rare)



# Série de 12 MG- Rationnel

Nous avons rapporté précédemment un cas de MG confirmée histologiquement et associée à une hidradénite suppurée (HS)<sup>1</sup> durant depuis 12 ans.

La stratégie antibiotique (AB) adaptée à la microbiologie de l'HS a permis de mettre en rémission la MG.

Nous avons alors traité une série de MG avec/sans HS en utilisant notre stratégie AB selon la sévérité des lésions de MG, selon la classification de Hurley.

*1- Join-Lambert et al, EJD, 2009*



# Objectifs

- Evaluer rétrospectivement l'efficacité et la tolérance d'une stratégie antibiotique adaptée dans une série de 12 MG, associées ou non à l'HS
- **Objectif principal** : rémission clinique, ie disparition complète de douleurs, suintement et inflammation dans les lésions de MG
- Objectifs secondaires: tolérance du traitement et suivi (rechutes)



# Méthodes:

## Traitement utilisé selon le stade de Hurley

Hurley Stage	Induction	Consolidation	Maintenance
1	6 weeks: rifampin + moxifloxacin + metronidazole	4 weeks: rifampin + moxifloxacin	cotrimoxazole for > 1 year
2	3 weeks: IV / IM ceftriaxone + metronidazole Then 3 weeks: rifampin + moxifloxacin + metronidazole	6 weeks: rifampin + moxifloxacin	cotrimoxazole for > 1 year
3	6-10 weeks: IV ertapenem then 6 weeks: rifampicin + moxifloxacin + metronidazole	8 weeks: rifampicin + moxifloxacin	cotrimoxazole for > 1 year

**Supprimer les facteurs favorisants :**  
**Corticoïdes et AINS systémiques, diabète, limiter le surpoids**

# Résultats:

## Caractéristiques des patients

Série de 12 MG suivies en Gynécologie (Port-Royal-Cochin, Prs Gompel et Plu-Bureau) et à l'Institut Pasteur entre 2011 et 2018:

- Age: 30 - 56 ans (Moyenne = 43,25 ans)
- 8 patientes présentaient une HS dans d'autres localisations.
- 4 patientes présentaient une lésion isolée du sein
- Stade de Hurley des lésions de MG :
  - Stade 1: 5 patientes
  - Stade 2: 3 patientes
  - Stade 3: 4 patientes



Patients	Familial History	NSAIDs Steroids	Smoking	BMI	Age at first HS lesions	Age at breast lesion
1	Sister : Crohn D	-	-	22	-	47
2	Sister : HS	-	-	21	25	38
3	-	-	-	24	-	45
4	-	+	-	32	-	31
5	-	+	-	37	35	44
6	-	+	+	21	24	29
7	-	-	+	23	15	19
8	-	+	+	34	34	39
9	Sister : HS	-	+	19	36	35
10	-	+	-	36	14	27
11	-	+	- weaned	-	26	19
12	-	+	+	-	26	33
<b>TOTAL</b>	<b>3/12</b>	<b>7/12</b>	<b>6/12</b>	<b>Mean: 27</b>	<b>Mean: 23</b>	<b>Mean: 34</b>

## RESULTATS

### Traitements précédemment utilisés avant la stratégie AB adaptée à l'HS

Treatments	Nb of patients / 12	Nb of Flares	Remissions	Failures
Surgery (wide + drainage)	8	22	2 (9%)	20 (91%)
drainage	2	2	0	2 (100%)
Non targeted AB	11	39	3 (7.3%)	36 (92.7%)
steroids	5	8	0	8 (100%)
NSAID	1	1	0	1 (100%)
steroids + NSAID	2	2	1 (50%)	1 (50%)
Steroids + Non targeted AB	4	12	2 (17%)	10 (83%)
NSAID + Non targeted AB	3	8	4 (50%)	4 (50%)
Antituberculosis	2	2	0	2 (100%)
Antituberculosis + AB	1	1	1 (100%)	0 (0%)
TOTAL		97	13 (13,4%)	84 (85,6%)

## RESULTATS

### Efficacité des traitements AB adaptés au stade de Hurley

- 11/12 patientes, évolutives lors de la 1° visite ont bénéficié d'une stratégie AB adaptée au stade de Hurley et **ont obtenu une rémission en moyenne en 5 mois.**
- **4 patientes ont annulé une mastectomie programmée.**
- **Une patiente**, en rémission lors de la 1° visite, a simplement arrêté les AINS régulièrement pris et n'a reçu aucun traitement: elle est **restée en rémission sans aucun traitement.**



AVANT

APRES



# RESULTATS

## Efficacité de la stratégie: rechutes

Durée moyenne de suivi : 32 mois

- 5 patientes ont présenté une rechute mineure dans les 3-5 ans, calmée sous pristinamycine et métronidazole en 3 semaines
- **10/12 patientes sont en rémission persistante** après une antibiothérapie adaptée et **sans chirurgie.**
- 2 patientes ont été perdues de vue après rémission.



# RESULTATS

## Tolérance

Les AB ont été modifiés pour effet indésirable chez 3 patientes:

- Urticaire = 1/12 (moxifloxacine)
  - Thrombocytopénie (linezolid) à 3 semaines
  - Tendinite transitoire = 1/12 (moxifloxacine → pristinamycine)
- Les autres effets indésirables ont été mineurs et n'ont pas nécessité d'interruption de traitement:
    - Nausées, vomissements = 1/12
    - Diarrhée = 1/12



# Conclusions

- Les MG associées ou non à une HS peuvent obtenir une rémission prolongée avec une antibiothérapie adaptée, même après de nombreuses rechutes et un échec des traitements dits conventionnels.
- La MG isolée sans HS est-elle un sous-groupe d'HS ou une entité séparée?
- Des études prospectives incluant des cultures prolongées pendant une semaine et de la métagénomique bactérienne sont nécessaires pour confirmer ces résultats et mieux caractériser cette entité.





- Microbiologie, Hôpital Necker et CHU Caen-Normandie, EA2656 Groupe de Recherche sur l'Adaptation Microbienne:
  - **Pr. O Join-Lambert**, Dr. H Guet-Revillet, Pr X Nassif
- Gynécologie, Hôpital Port-Royal: **Pr G Plu-Bureau**, Pr A Gompel, I Boufekane
- Maladies Infectieuses, Hôpital Necker:
  - Dr. H Coignard, Pr. O Lortholary, Pr C Charlier
- Genetique: INSERM UMR 1163, Genetics of skin diseases, Hôpital Necker et Institut Imagine:
  - Pr. A Hovnanian, S Duchatelet, S Myskinite
- Anatomico-pathologie, Hôpital Necker: Dr. S Fraitag
- Métabolomique, Institut Pasteur: Pr C. Demangel
- Centre Médical de l'Institut Pasteur: **Dr M Delage**, Dr Thi Lam, Dr C Pierre

... et les patients!

