

Traitements des mastodynies à l'Institut Marie Curie de Dakar : à propos de 80 cas

S. KA¹, D. DIOUF², N. ZONGO³, M. M. DIENG⁴, A. DEM⁵

Résumé

L'objectif de ce travail était d'évaluer sur une série prospective continue le diagnostic et la prise en charge de la mastodynie à l'institut Joliot Curie de Dakar.

Nous avons suivi 80 patientes sur une période de 36 mois. Le bilan diagnostique était constitué d'une échographie chez les patientes jeunes, d'une mammographie chez les patientes de plus de 40 ans. En cas de découverte fortuite d'une lésion parenchymateuse une cytologie ou une biopsie était effectuée. En cas de persistance de la symptomatologie après 3 mois on demandait un bilan hormonal fait d'un dosage de la FSH, de la LH, et de la prolactinémie. Plus de la moitié des patientes avaient moins de 35 ans. Les patientes répondaient à une psychothérapie dans 20 % des cas, à un traitement anti-inflammatoire en topique associée à un antalgique de classe 2 dans 85 % des cas, à une progestérone locale dans 50 % des cas et à un traitement anti-oestrogénique oral dans 100 % des cas.

Mots-clés : mastodynies, diagnostic, traitements.

Treatment of mastalgia at Joliot Curie Institute in Dakar : about 80 cases

Abstract

The objective of this study is to estimate on a continuous forward-looking series the diagnosis and treatment of mastalgia at Joliot Curie Cancer Institute in Dakar.

We followed 80 patients during 36 months. All young patients had ultrasound and those who are up to 40 years had mammograms. In case of underlying previously unknown lesions, cytology or core needle biopsy were made. After 3 months of non effective treatment we asked for hormonal check by FSH, LH and prolactin level. More than 50% of patients were less than 35. We had good response to treatment by psychotherapy in 20% of cases, by local non steroidal anti-inflammatory with analgesic in 85% of cases, by local progesterone in 50% of cases and by antioestrogen in 100% of cases.

Keywords: mastalgia, diagnosis, treatments.

¹ Chirurgien oncologue, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal, E-mail : kasidy@hotmail.com

² Chimiothérapeute, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal, E-mail : doudougaradiouf@gmail.com

³ Chirurgien oncologue, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal, E-mail : colsa3@yahoo.fr

⁴ Radiothérapeute, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal, E-mail : mamadou77050@yahoo.fr

⁵ Chirurgien Oncologue, Institut Joliot Curie, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar Sénégal, E-mail : adem@refer.sn

Introduction

Motif fréquent de consultation en gynécologie et en oncologie, les mastodynies, douleurs mammaires survenant en dehors de tout contexte de lésions mammaires définies, bénignes ou malignes, sont diversement prises en charge. Elles posent un problème essentiellement fonctionnelle parce parfois invalidantes et psychologique dominée par la hantise du cancer. Le diagnostic est aisé après élimination d'une cause organique. Mais le traitement est souvent décevant dominée par la résistance aux antalgiques usuels et la fréquence de la récurrence après traitement. L'approche diagnostique et thérapeutique des mastodynies ou mastalgies n'est pas bien codifiée (ADER D. N. *et al.*, 2001). L'approche diagnostique dépend de l'âge et du profil clinique. Chez les adolescentes, l'immaturation de la glande en pleine croissance, considérée à raison comme la principale cause des mastodynies, les explorations sont effectuées en seconde intention. Chez les patientes en activité génitale, les douleurs mammaires sont essentiellement cycliques. Les douleurs survenant en dehors des périodes menstruelles et inter menstruelles plus rares doivent faire craindre une lésion organique (DAVIES E. L. *et al.*, 1998). L'échographie joue un rôle important pendant cette période. Chez les patientes plus âgées, la mastodynie est plus rare. Le diagnostic passe par une élimination systématique d'une lésion mammaire sus jacente par une mammographie (LEINSTER S. J. *et al.*, 1987). Le traitement est variable et dépend des habitudes des équipes. L'escalade thérapeutique est la règle. Elle associe des antalgiques classiques de niveau 2 en topique et par voie générale. De plus en plus sans consensus réel, les traitements hormonaux prennent leur place. Les anti œstrogènes sont utilisés en courtes durées et semblent donner de meilleurs résultats (FAIZ O. *et al.*, 1988 ; FENTIMAN, 1986 ; MANSEL *et al.*, 1990).

L'objectif de ce travail était d'évaluer sur une série prospective continue le diagnostic et les traitements proposés dans la prise en charge des mastodynies à l'Institut du Cancer de Dakar.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude prospective continue menée à l'Institut Joliot Curie de Dakar de Juin 2010 à Mai 2013 soit une période de 36 mois. Nous avons pris en compte toutes les patientes en âge d'activité génitale et qui présentait à la consultation une douleur mammaire uni ou bilatérale. Le diagnostic reposait sur un interrogatoire à la recherche de signes associés, un examen physique qui montrait le caractère isolé de la douleur et une mammographie et ou échographie mammaire selon que la patiente était âgée ou non de plus de 35 ans pour éliminer une lésion sous jacente. Un tiers des patientes avait bénéficié d'un bilan biologique à base de dosage de FSH (follicle-Stimulating Hormon), LH (Luteinizing Stimulating Hormon) et Prolactine (PRL). Toutes les patientes en âge d'activité génitale et non ménopausées non prégnantes étaient prises en compte. Toutes les patientes porteuses de lésions inflammatoires, dysplasiques ou néoplasiques étaient non incluses. Une mastodynie était considérée comme non invalidante lorsqu'elle était peu intense et ne nécessitait pas de prise médicamenteuse. On considérait une mastodynie comme invalidante lorsqu'elle était intense, nécessitait une prise médicamenteuse. Elle était considérée comme très invalidante lorsqu'elle était très intense et rebelle aux traitements. Nous avons proposé à toutes les patientes qui présentaient une mastodynie sans lésion focale un protocole thérapeutique codifié. Dans le cas des mastodynies non invalidantes on commençait par une psychothérapie pendant un mois. En cas de persistance de la douleur ou de l'insistance de la patiente, un cas sur deux recevait un AINS en topique à base de diclofénac,

un cas sur deux, de la progestérone en topique et après évaluation on associait les deux traitements. Dans la mastodynie invalidante nous avons mis les patientes d'emblée sous traitement local à base de diclofénac associé à un antalgique de classe 2 associant du paracétamol 1 g à la dose de 3 g par jour et de la codéine. Chez les patientes résistantes à toute médication et dont la mastodynie était très invalidante, nous avons proposé un anti estrogène par voie orale type tamoxifène dosé à 20 mg. L'efficacité du traitement était appréciée sur la disparition complète ou non de la douleur.

Résultats

Nous avons colligé 80 patientes dont 53, soit 66,25 % des cas, avaient moins de 35 ans. La douleur était prémenstruelle et per menstruelle chez 35 patientes soit 43,75 %. Elle était indépendante des règles chez tout le reste des patientes. Elle n'était pas invalidante chez 69 patientes soit 86 % des cas, invalidante chez 9 patientes soit 11,25 % et très invalidante chez 2 patientes soit 2,5 % des cas. Les bilans institués comportaient une mammographie systématique après 35 ans et une échographie avant. On retrouvait après 35 ans une image d'adenofibrome chez 3 patientes (3,75 %) et une image de kyste simple chez 3 autres (3,75 %). L'exploration systématique par la cytologie ou la biopsie sous échographie confirmait la bénignité dans tous les cas. L'exérèse effectuée chez 5 patientes ne modifiait pas le diagnostic. Chez les patientes de moins de 35 ans, on retrouvait 7 cas d'adénofibromes (8,75 %) uniques ou multiples de petites tailles dont la cytologie confirmait la bénignité. Une exérèse a été effectuée chez 5 patientes sans apport sur le diagnostic.

Tableau I : Examens demandés et résultats trouvés dans le bilan de la mastodynie

	clinique	Mammographie	Echographie	FSH/LH/PRL	Cytologie histologie	IRM selle turcique
Nombre	80()	27()	53()	26()	9()	2()
Mastose	27	0	26	-	-	-
ADF	0	3	7	-	-	-
Kystes	0	0	3	-	-	-
Cancer	0	0	0	-	-	-

Un bilan biologique fait de dosage de la FSH, de la LH et de la prolactine était demandé sur la base de la persistance de la symptomatologie après 3 mois ou de l'intensité de la symptomatologie. Il montrait une hyperprolactinémie chez 2 patientes (2,5 %). Un contrôle après 1 mois montrait une normalisation chez une patiente de 37 ans et une persistance chez une patiente de 48 ans. Une IRM cérébrale chez cette dernière montrait un adénome hypophysaire. Elle a été référée en neurochirurgie. Toutes les patientes bénéficiaient d'une psychothérapie qui essayait de retrouver des facteurs de stress associés à la hantise du cancer. Une amélioration de la symptomatologie était obtenue chez 16 patientes soit 20 % des cas. Chez les patientes qui souffraient de mastodynies non invalidantes, la mise sous diclofenac topic a été fructueuse dans 85 % des cas.

Dans le bras des patientes sous progestérone locale le traitement a été jugé efficace dans 50 % des cas. En cas de persistance de la douleur l'association de l'AINS et de la progestérone a été efficace dans 90 % des cas. Dans la mastodynie invalidante l'association de l'AINS et de l'antalgique d'emblée a été efficace dans 80 % des cas. Nous avons prescrit du tamoxifène oral chez une patiente de 29 ans en courte durée avec succès au bout d'un mois de traitement.

Tableau II : Efficacité des différents traitements institués

	Psychothérapie	Traitement	AINS	Association AINS/topiques	Anti-oestrogène
Effectif	80 (100 %)	25 (31 %)	15 (19 %)	23 (29 %)	1 (1,25 %)
Efficacité	16 (20 %)	11 (44 %)	13 (85 %)	22 (96 %)	100 %

Commentaires

Les douleurs mammaires représentent le plus fréquent motif de consultation en gynécologie (ROBERTS M. M. *et al.*, 1987). La hantise du cancer en est la principale raison (FOX H. *et al.*, 1997 ; RAMIREZ A. J. *et al.*, 1994). Elles concerneraient toutes les femmes à un moment ou un autre de leur vie (ROBERTS M. M. *et al.*, 1987). La mastodynie cyclique est la plus fréquente (ADER *et al.*, 1997 ; 2001 ; LEINSTER S. J. *et al.*, 1987). Dans notre population les patientes se plaignent plus de douleurs non cycliques. Le biais en est probablement la référence de la périphérie au centre anticancéreux. La plupart de nos patientes était jeune et âgée de moins de 35 ans. La mastodynie se retrouve à tout âge même après la ménopause (DAVIES E. L. *et al.*, 1998 ; WISBEY J. R. *et al.*, 1983). Le bilan clinique et l'imagerie permettent d'apprécier la morphologie du sein et la recherche de lésions palpables. La mastose se retrouve très fréquemment chez la personne jeune et est volontairement douloureuse spontanément et à la palpation (FAIZ O. *et al.*, 2000 ; FENTIMAN I. S. *et al.*, 1988). L'imagerie la retrouve facilement notamment l'échographie sous forme de plages hypoéchogènes hétérogènes mal limitées et volontiers diffuses à tout le sein et sous la forme d'une accentuation de la densité et de l'hétérogénéité à la mammographie. Elle peut cependant cacher des lésions bénignes ou malignes (FAIZ O. *et al.*, 2000 ; WISBEY J. R. *et al.*, 1983). Dans notre série les sensations de mastose ne cachaient aucun cas de lésions suspectes de malignités (tableau I). On peut retrouver des lésions bénignes rarement responsables de la symptomatologie douloureuse (FARISELLI G. *et al.*, 1988). Les adénofibromes (ADF), très fréquents peuvent être sensibles voire douloureux (HUGHES L. E. *et al.*, 1989). L'indication chirurgicale dépend de beaucoup de facteurs. La patiente doit être prévenue de la possible persistance de la douleur après exérèse de la lésion. Les kystes simples du sein survenant surtout après 35 ans sont reconnus par l'échographie complémentaire de la mammographie (HORNER N. K. *et al.*, 2000). La psychothérapie en absence de lésions organiques évidentes est le premier traitement proposé (Tableau II). L'acharnement chirurgical est inutile (FARISELLI G. *et al.*, 1988 ; HORNER N. K. *et al.*, 2000). Les dosages hormonaux sont onéreux et invasifs. Cependant sur certains cas particuliers notamment dans les cas de mastodynies invalidantes et persistantes, ils peuvent démasquer une endocrinopathie (DUNN L. J. *et al.*, 1967 ; VERKASALO P. K. *et al.*, 2011). Nous avons retrouvé un cas d'hyperprolactinémie d'origine hypophysaire et tumorale. Le traitement médicamenteux n'est pas bien codifié. Plusieurs classes thérapeutiques et

des mesures hygiéno-diététiques notamment les brassières de sport et l'huile d'onagre, ont été essayées avec des résultats différents (BLOMMERS J. *et al.*, 2002 ; HADI M. S., 2000 ; PYE J. K. *et al.*, 1985). Les traitements médicamenteux les plus utilisés sont les antalgiques, les AINS, la progestérone, le danazol, la bromocriptine, le tamoxifène (GATELEY C. A. *et al.*, 1992 ; MILLET A. V. *et al.*, 2002). Différentes associations ont été proposées. Les antalgiques mineurs sont souvent inefficaces (GATELEY C. A. *et al.*, 1992). Les AINS en topiques donne des résultats satisfaisant chez beaucoup de patientes surtout en association avec des antalgiques (COLAK T. *et al.*, 2003 ; GATELEY C. A. *et al.*, 1992). Le danazol donne d'excellents résultats mais comporte beaucoup d'effets secondaires contre indiquant son utilisation de routine (O'BRIEN P. M. *et al.*, 1999 ; VERKASALO *et al.*, 2011). La bromocriptine est diversement appréciée et ses effets controversés (GATELEY C. A. *et al.*, 1992 ; MANSEL R. E. *et al.*, 1990). Le tamoxifène en courte durée en topique ou par voie orale donne de bons résultats et un bon rapport bénéfices/effets aduerses. Son efficacité est identique pour une prise journalière de 10 mg ou de 20 mg (FENTIMAN I. S., 1986). Il est incriminé dans la survenue du cancer de l'endomètre mais sa prescription pour de courtes durées ne semble pas faire courir le risque (DUNN L. J. *et al.*, 1967 ; FENTIMAN I. S. *et al.*, 1988).

Conclusion

Les mastodynies sont retrouvées fréquemment dans notre pratique. Elles sont indépendantes la plupart du temps de toutes lésions mammaires sous-jacentes individualisables. Au point de vue diagnostique, la clinique et l'échographie sont prépondérantes. Dans notre pratique, c'est une pathologie de tout âge. La mastose domine les étiologies retrouvées et elle est volontiers à expression cyclique. Le traitement est multimodal. L'utilisation des anti-inflammatoires et de la progestérone locale sont encore les moyens les plus utilisés. L'utilisation des anti-estrogènes, très timide reste le meilleur traitement dans les cas les plus rebelles.

Références bibliographiques

- ADER D. N., SHRIVER C. D., 1997.** Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. *J Am Coll Surg* 185:466-70.
- ADER D. N., SOUTH-PAUL J., ADERA T. *et al.*, 2001.** Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 22:71-6.
- BLOMMERS J., DE LANGE-DE KLERK E. S., KUIK D. J., *et al.*, 2002.** Evening primrose oil for severe chronic mastalgia: a randomized, double-blind, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 187(5):1389-94.
- COLAK T., IPEK T., KANIK A., *et al.*, 2003.** Efficacy of topical nonsteroidal antiinflammator y drugs in mastalgia treatment. *J Am Coll Surg* 196:525-30.
- DAVIES E. L., GATELEY C. A., MIERS M., *et al.*, 1998.** The long-term course of mastalgia. *J R Soc Med* 91:462-4.
- DUNN L. J., BRADBURY J. T., 1967.** Endocrine factors in endometrial carcinoma. A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 97:465-71.
- FAIZ O., FENTIMAN I. S., 2000.** Management of breast pain. *Int J Clin Prac* ; 54:228-32.
- FARISELLI G., LEPERA P., VIGANOTTI G., *et al.*, 1988** Localized mastalgia as presenting symptom in breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 14:213-5.
- FENTIMAN I. S., 1986.** Tamoxifen and mastalgia: An emerging indication. *Drugs* 32:477-80.
- FENTIMAN I. S., CALEFFI M., HAMED H., *et al.*, 1988.** Dosage and duration of tamoxifen treatment for mastalgia: a controlled trial. *Br J Surg* 75:845-6.

- FOX H., WALKER L. G., HAYES S. D. et al., 1997.** Are patients with mastalgia anxious and does relaxation help? *Breast* 6:138-42.
- GATELEY C. A., MIERS M., MANSEL R. E., et al., 1992.** Drug treatments for mastalgia: 17 years experience in the Cardiff Mastalgia Clinic. *J R Soc Med* 85:12-5.
- HADI M. S., 2000.** Sports brassiere: is it a solution for mastalgia? *Breast J* 6:407-9.
- HORNER N. K., LAMPE J. W., 2000.** Potential mechanisms of diet therapy for fibrocystic breast conditions show inadequate evidence of effectiveness. *J. Am. Diet. Assoc.* 100(11): 1368-80.
- HUGHES L. E., MANSEL R. E., WEBSTER D. J. T., 1989.** Benign disorders and diseases of the breast. Concepts and clinical management. London: Balliere-Tindallp. 75-92.
- LEINSTER S. J., WHITEHOUSE G. H., WALSH P. V., 1987.** Cyclical mastalgia: clinical and mammographic observations in a screened population. *Br J Surg* 74:220-2.
- MANSEL R. E., DOGLIOTTI L., 1990.** European multicentre trial of bromocriptine in cyclical mastalgia. *Lancet* 335(8683):190-3.
- MILLET A. V., DIRBAS F. M., 2002.** Clinical management of breast pain: a review. *Obstet Gynecol Surv* 57:451-61.
- O'BRIEN P. M., ABUKHALIL I. E., 1999.** Randomized controlled trial of the management of premenstrual syndrome and premenstrual mastalgia using luteal phase-only danazol. *Am J Obstet Gynecol* 180:18-23.
- PYE J. K., MANSEL R. E., HUGHES L. E., 1985.** Clinical experience of drug treatments for mastalgia. *Lancet* 17(2):373-7.
- RAMIREZ A. J., JARRET S. R., HAMED H., SMITH P., FENTIMAN I. S., 1994.** Psychosocial distress associated with severe mastalgia. In: Mansel RE, editor. Recent developments in the study of benign breast disease. London: Parthenon.
- ROBERTS M. M., ELTON R. A., ROBINSON S. E., et al., 1987.** Consultations for breast disease in general practice and hospital referral patterns. *Br J Surg* 74:1020-2.
- VERKASALO P. K., THOMAS H. V., APPLEBY P. N. et al., 2011.** Circulating sex hormones and breast cancer risk factors in postmenopausal women: reanalysis of 13 studies. *Br J Cancer* 105(5), 709-722.
- WISBEY J. R., KUMAR S., MANSEL R. E., et al., 1983.** The natural history of breast pain. *Lancet* 2:672-4.