

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur B. Hédon*

Troisième partie  
**Ménopause**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Dermatoses des seins

M. FAURE \*, E. DRAPIER-FAURE  
(Lyon)

## *Résumé*

*Les seins comme toute partie du revêtement cutané peuvent être le siège de dermatoses inflammatoires, infectieuses ou/et tumorales. Le diagnostic dermatologique est un diagnostic de coup d'œil qui repose parfois sur la confrontation anatomo-clinique. Le but de la présentation est d'initier le gynécologue à ce diagnostic dermatologique par une série de documents iconographiques correspondant aux différentes situations possibles en pratique quotidienne.*

*Mots clés : dermatologie, mamelons, seins*

Hôpital Edouard Herriot - Service de dermatologie - 69437 Lyon cedex 03

\* Correspondance : Michel.faure@chu-lyon.fr

### **Déclaration publique d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt avec le thème de cette présentation photographique.

## INTRODUCTION

Les seins comme toute partie du revêtement cutané peuvent être le siège de dermatoses inflammatoires, infectieuses ou/et tumorales. Le diagnostic dermatologique est avant tout un diagnostic de coup d'œil, qui repose sur l'examen de la lésion et s'aide de la recherche de signes associés. Les éléments d'orientation vont dans tous les cas être la recherche de la nature de la lésion élémentaire (macule, papule, vésicule, érosion...), la recherche d'autres localisations de la dermatose, le caractère évolutif aigu, chronique ou par poussées, le mode d'installation du trouble, la recherche de signes fonctionnels (cuissons, prurit...). Parfois une biopsie est nécessaire car le diagnostic repose sur la confrontation anatomo-clinique. Dans tous les cas, rien ne peut remplacer la mémoire visuelle acquise par le dermatologue. C'est dire que le premier geste en cas d'incertitude devant la découverte d'une lésion du sein, du mamelon, de l'aréole ou même de la poitrine, après l'examen du reste du tégument est la demande d'avis spécialisé.

## I. DERMATOSES TUMORALES

La préoccupation ordinaire du gynécologue étant lors d'un examen de la « gorge » le dépistage « du » cancer du sein, il est logique de débiter cet exposé par la question des cancers dermatologiques que l'on peut observer tant au niveau du mamelon que de la peau adjacente.

Le **carcinome mammaire** peut se manifester par des altérations de la peau en surface : rétraction, induration, placard inflammatoire, érysipèle, aspect cartonné en peau d'orange, ulcération, tuméfaction, écoulement... Aucun de ces aspects n'est pathognomonique. Ils peuvent être le signe d'un certain nombre de dermatoses inflammatoires, infectieuses, ou tumorales d'autre nature.

À part, l'aspect classique, mais trop souvent longtemps méconnu, de la **maladie de Paget mammaire**. L'aspect est le plus souvent celui d'un eczéma suintant et croûteux, mais les lésions peuvent être plus sèches, psoriasiformes ou pityriasiformes. Ce qui est fortement suspect, c'est leur extension lente et progressive en surface, et leur résistance à un traitement bien conduit par dermocorticoïdes. Le début au mamelon et le caractère unilatéral sont les deux éléments essentiels du diagnostic. Celui-ci est donné par l'analyse anatomopathologique d'un prélèvement biopsique. Les principaux diagnostics différentiels cliniques sont l'eczéma (atopique et/ou de contact), l'adénomatose érosive, la maladie de Bowen, le psoriasis. Les diagnostics différentiels histologiques d'avec un mélanome ou un carcinome intraépidermique (Bowen ou porocarcinome eccrine) s'aident des immunomarquages (cytokératine 7).

Le traitement est celui du cancer sous-jacent.

La peau du sein et du mamelon peut être le siège de processus tumoraux d'autre nature, parfois, heureusement, de proliférations bénignes. Il peut s'agir de **lymphomes T**, de **mélanomes**, de simples **nævus** ou **d'angiomes**, de carcinomes **baso-cellulaires** ou **spino-cellulaires** (carcinome *in situ* ou maladie de **Bowen** en particulier), de simples **kératoses séborrhéiques**, (très souvent) de **molluscum pendulum**, ou même de processus infectieux : **verrues et papillomes** (HPV) ou **molluscum contagiosum**, éventualité de plus en plus fréquente chez l'adulte jeune du fait de l'absence d'immunisation antérieure antipox-virus (depuis la disparition de la vaccination à l'échelle mondiale il y a quelques décennies).

Enfin un aspect érosif, suintant, eczématiforme, comparable à celui d'une maladie de Paget, ou tumoral, papulo-nodulaire peut correspondre à l'**adénomatose érosive bénigne du mamelon**. Elle se développe à partir des canaux galactophores. C'est l'analyse anatomopathologique qui permet le diagnostic en montrant une prolifération de cellules glandulaires. Le traitement est chirurgical (exérèse).

## II. DERMATOSES INFECTIEUSES (PAPILLOMES ET MOLLUSCUM EXCEPTÉS)

Des lésions vésiculeuses avec prurit ou cuissons peuvent orienter vers un **herpès**, ou un zona. L'**impétigo** associe des lésions bulleuses et croûteuses. Des lésions de pyodermite sont toujours possibles, de même que furoncles, abcès et anthrax. L'**érysipèle** est une complication classique des stases lymphatiques. L'atteinte mycosique des plis sous-mammaires ne doit pas être confondue avec un psoriasis inversé.

L'intertrigo mycosique est d'ordinaire **candidosique** et non dermatophytique chez la femme. L'atteinte mycosique la plus fréquente est cependant celle du **pityriasis versicolor**, à évoquer devant toute atteinte pityriasique hypo ou hyperpigmentée.

Le **pityriasis rosé** de Gibert quant à lui est d'aspect souvent caractéristique mais reste difficile à distinguer d'une simple dermatophytie en cas de médaillon initial isolé.

## III. DERMATOSES INFLAMMATOIRES

Ces pityriasis doivent être distingués d'un **psoriasis**. Le diagnostic de psoriasis est facile quand existent des localisations cutanées caractéristiques avec plaques papuleuses érythématosquameuses en cartes de géographie. Le diagnostic est plus difficile en cas de simple intertrigo sous-mammaire ou de lésions isolées des mamelons ou des aréoles.

Une atteinte suintante du mamelon est classique en cas d'**eczéma de contact**. Mais des lésions chroniques, qui peuvent évoluer par poussées, uni- ou bilatérales peuvent correspondre à des localisations d'un **eczéma atopique constitutionnel**.

L'atteinte érosive, squameuse du mamelon ou du sein est classique en cas de **pemphigus** auto-immun, moins classique en cas de pemphigoïde, mais un aspect d'impétigo mammaire peut correspondre à un début de dermatoses bulleuses auto-immunes. Là plus qu'ailleurs, l'examen anatomopathologique et la recherche d'auto-anticorps fixés et

circulants (immunofluorescences directe et indirecte) sont essentiels au diagnostic.

Des lésions le plus souvent papuleuses, parfois infiltrées, le plus souvent superficielles, parfois de caractère urticarien sont possibles en cas de **lupus**, de **lucite**, de **toxidermie**. Le **lichen plan** cutané réalise une éruption papuleuse prurigineuse d'évolution assez aiguë avec des éléments séméiologiquement le plus souvent évocateurs.

Une sclérose cutanée se voit bien sûr en cas de sclérodermie mais aussi en cas de sclérodermie cutanée pure. Il s'agit de lésions dites **morphées**, caractérisées par l'aspect arrondi ou annulaire avec hyperpigmentation violine des bords (*lilac ring*). Le **lichen scléreux cutané** (*white spot disease*) au contraire associe sclérose cutanée et dépigmentation. Il peut être isolé ou associé à une atteinte vulvaire. Lichen scléreux cutané, lichen plan muqueux, lichen plan pileux peuvent d'ailleurs être associés. Du fait de la possibilité de lésions dépigmentées au cours de sclérodermies cutanées, c'est l'analyse histologique qui seule permet parfois de trancher entre morphée et lichen scléreux.

La peau du sein peut également être le siège d'anomalies moins fréquentes : taches café au lait, hamartomes pigmentaires, verruqueux, linéaires... maladie de Darier, pemphigus bénin familial, dermatose de Grover que nous ne pourrions illustrer que si le temps vient à nous rester...

## CONCLUSION

Un même aspect clinique peut correspondre à une lésion tumorale (maladie de Bowen, maladie de Paget), à un psoriasis, un eczéma ou une mycose, par exemple. C'est dire l'importance du recours à un avis spécialisé. Alors, parfois un coup d'œil suffit pour établir le diagnostic. Parfois au contraire, l'analyse anatomopathologique de la lésion après biopsie cutanée est nécessaire.

## **Bibliographie**

- [1] Saurat JH, Lachapelle JM, Lipsker D, Thomas L. Nous ne pouvons que conseiller le recours à un traité de dermatologie, donc, en langue française, en ce début de millénaire. *Dermatologie et infections sexuellement transmissibles*. eds. Masson Elsevier Paris 2009;5.