



Cas Clinique

Galactorrhée Bilatérale Chez la Femme : Quand la Prolactine Nous Fait Errer

Bilateral Galactorrhea in Women: When Prolactin Makes Us Wander

Jocelyne Danho¹, Koné Famoussa², Nesta Ziza³, Assita Yao¹, Adelaïde Hué¹, Kouassi Franck¹, Anselme N'Guessan¹, Jocelyne Lecadou¹, Pierre Koffi-Dago¹, Jacko Abodo¹, Adrien Lokrou¹

Affiliations

1. Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire
2. Service de médecine interne CHU Bouaké, Côte d'Ivoire
3. Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHUL, Gabon

Auteur correspondant

Jocelyne Danho
Tel: 0748364610
Email : jocydanho@gmail.com

Mots clés : Galactorrhée ; hyperprolactinémie ; Abidjan.
Key words: Galactorrhea; hyperprolactinemia; Abidjan.

RÉSUMÉ

Introduction. La galactorrhée est un motif fréquent de consultation en gynécologie et en endocrinologie. Ses étiologies sont étroitement liées à celles des hyperprolactinémies. Nous rapportons ici un cas de galactorrhée bilatérale sans hyperprolactinémie. **Observation.** Mme K.M., 33ans, primigeste et primipare, étudiante, sans antécédents particuliers reçue en endocrinologie pour galactorrhée bilatérale. L'anamnèse retrouvait un accouchement 3 ans auparavant avec allaitement et sevrage du nourrisson à 9 mois sans tarissement spontané de la galactorrhée associée à une oligoménorrhée et dyspareunie, céphalées sans troubles visuels et un traitement avec 0,5mg par semaine de cabergoline institué par le gynécologue pendant un mois sans succès et interrompu. Pas de notion de prise médicamenteuse particulière. Notre examen retrouvait une obésité modérée et une galactorrhée lactescente bilatérale provoquée. L'écho mammographique et les cinq axes hypophysaires étaient sans particularités avec une prolactine à 11,23ng/ml. Nous avons retenu le diagnostic d'une galactorrhée idiopathique et la cabergoline a été réintroduite à 0,5mg par semaine avec réduction de l'écoulement au bout de 2 mois de traitement. **Discussion.** La galactorrhée idiopathique n'est pas rare mais reste un diagnostic d'exclusion qui devra être évoqué après un bilan étiologique exhaustif normal, notamment interrogatoire, examen physique et bilan paraclinique permettant d'éliminer les autres causes.

ABSTRACT

Introduction. Galactorrhea is a frequent reason for consultation in gynecology and endocrinology. Its etiologies are closely related to those of hyperprolactinemia. We report here a case of bilateral galactorrhea without hyperprolactinemia. **Observation.** Mrs K.M., 33 years old, primigravida and primiparous, student, with no particular history, was seen in endocrinology for bilateral galactorrhea. The history revealed a childbirth 3 years earlier with breastfeeding and weaning of the infant at 9 months without spontaneous cessation of the galactorrhea associated with oligomenorrhea and dyspareunia, headaches without visual disorders and a treatment with 0,5mg per week of cabergoline instituted by the gynecologist during one month without success and interrupted. No notion of particular medication. Our examination revealed moderate obesity and bilateral induced lactescent galactorrhea. The ultrasound mammography and the five pituitary axes were without particularities with a prolactin at 11,23ng/ml. We retained the diagnosis of idiopathic galactorrhea and cabergoline was reintroduced at 0,5mg per week with reduction of discharge after 2 months of treatment. **Discussion.** Idiopathic galactorrhea is not uncommon but remains a diagnosis of exclusion that should be evoked after an exhaustive normal etiological workup, including questioning, physical examination and paraclinical workup to eliminate other causes.

INTRODUCTION

La galactorrhée est définie comme un écoulement lactescent par le mamelon en l'absence de grossesse et à distance de l'allaitement (> 6-12 mois) [1]. Elle peut être intermittente ou persistante, peu abondante ou abondante, spontanée ou provoquée, unilatérale ou bilatérale. La

galactorrhée peut également survenir chez les femmes nullipares ou ménopausées et même chez les hommes et les enfants (surtout chez les nourrissons) [2]. Sa prévalence est inconnue mais on estime qu'elle survient chez 20 à 25% des femmes à un moment donné de leur vie [3] avec une incidence qui peut aller jusqu'à 90% en cas

d'hyperprolactinémie [4]. Ses étiologies sont ainsi très souvent liées à celles des hyperprolactinémies à la fois physiologiques et pathologiques, notamment la grossesse, l'allaitement, la stimulation du mamelon, les effets indésirables de certains médicaments, les pathologies hypophysaires et hypothalamiques (en particulier le prolactinome), l'hypothyroïdie et les maladies générales telle que l'insuffisance rénale chronique. Cependant dans près de 60% des cas, cette galactorrhée peut se révéler être normoprolactinique [3]. Nous rapportons ici un cas de galactorrhée bilatérale à symptomatologie clinique évocatrice d'hyperprolactinémie mais paradoxalement sans hyperprolactinémie.

OBSERVATION

Mme KM, patiente âgée de 33 ans, étudiante, domiciliée à Abidjan (Côte d'Ivoire) a été reçue en consultation d'endocrinologie pour galactorrhée bilatérale. L'anamnèse ne retrouvait aucun antécédent particulier hormis un accouchement 3 ans auparavant chez une patiente primigeste et primipare, avec allaitement et sevrage du nourrisson à 9 mois sans tarissement spontané de la galactorrhée. A cette galactorrhée étaient associés une oligoménorrhée, une dyspareunie et des céphalées non spécifiques sans troubles visuels. Une consultation en gynécologie a été réalisée et un traitement fait de 0,5mg par semaine de cabergoline a été institué et interrompu au bout d'un mois sans cessation de la galactorrhée. L'interrogatoire ne retrouvait par ailleurs aucune prise médicamenteuse particulière. A l'examen physique, c'était une patiente en bon état général avec une TA= 128/72 mmHg et un pouls à 89 pulsations par minutes. On notait une obésité modérée avec un poids de 99 kgs pour une taille de 1m64 soit un IMC=36,8 kg/m² et une galactorrhée lactescente bilatérale provoquée. L'échographie mammaire réalisée à la demande du gynécologue ne retrouvait pas de masse ni de calcifications et la mammographie notait des seins d'aspect normaux. Le bilan des cinq axes hypophysaires était sans particularités avec une prolactine à 11,23ng/ml. (Tableau 1). Nous avons alors retenu le diagnostic d'une galactorrhée normoprolactinique idiopathique et la cabergoline a été réintroduite à 0,5mg par semaine. L'évolution a été satisfaisante avec réduction notable de l'écoulement au bout de 2 mois de traitement et tarissement après 3 mois. Le cycle menstruel a aussi été rétabli et aucun effet indésirable du traitement n'a été notifié. Le traitement a donc été interrompu sans reprise ultérieure de la symptomatologie

Tableau I : Valeurs du bilan hormonal hypophysaire

Hormones	Taux mesuré	Normes du laboratoire
Prolactine ng/ml	11,23	1,3-25
FSH mUI/ml	3,8	3,2-15
LH mUI/ml	13,6	9,6-80
ACTH pg/ml	23,1	10,3-48,3
TSHus uUI/ml	3,13	0,27-4,20
Oestradiol pg/ml	351,2	22-417

DISCUSSION

La galactorrhée fait partie des écoulements mamelonnaires qui représentent 3 à 10 % des pathologies mammaires et le troisième motif de consultation sénologique après les mastodynies et les masses mammaires [1]. Elle pose souvent un problème de diagnostic étiologique tant ses causes sont variées. Le diagnostic de galactorrhée idiopathique ne peut ainsi se justifier qu'après avoir éliminé toutes les autres causes de galactorrhée, ce qui passe par un interrogatoire minutieux, un bon examen physique et des explorations paracliniques orientées et codifiées. Ainsi, après la recherche d'une grossesse et d'une prise médicamenteuse (anxiolytiques, antipsychotiques, inhibiteur de la recapture de la sérotonine, antihypertenseur, antiémétique, codéine, morphine, antihistaminique de type 2, inhibiteurs de protéase, contraception estroprogestative, antidopaminergiques), l'interrogatoire doit également passer en revue des symptômes liés à l'hyperprolactinémie, tels que l'aménorrhée ou l'oligoménorrhée, une baisse de libido, un dysfonctionnement érectile, l'infertilité, la gynécomastie, et des symptômes liés à l'effet de masse d'un adénome hypophysaire, tels que des maux de tête ou des troubles de vision et les antécédents personnels de chirurgie thoracique ou familiaux de néoplasie endocrinienne multiple (NEM) [3]. Chez notre patiente, sans antécédents pathologiques particuliers, la présence de troubles du cycle menstruels, de dyspareunie et de céphalées nous a fait suspecter à tort un déficit oestrogénique en rapport avec une hyperprolactinémie d'origine tumorale hypophysaire. Par ailleurs, toujours dans l'exploration de cette galactorrhée, l'examen clinique doit permettre de confirmer l'écoulement lactescent et ainsi d'éliminer les autres écoulements mamelonnaires pouvant faire évoquer des étiologies intra mammaires (liquide clair, hydrique, jaunâtre ou séreux, rosé, sérosanglant ou sanglant). Le patient doit être examiné assis et penché en avant. Les aréoles doivent être doucement massées vers le mamelon dans les quatre quadrants [5]. Notre patiente présentait un écoulement lactescent bilatéral à la pression des mamelons et l'examen ne retrouvait aucun signe d'hypersécrétion hypophysaire par ailleurs. La galactorrhée ainsi confirmée, l'examen fondamental à réaliser est le dosage de la prolactinémie. En effet, la galactorrhée est observée dans 30 à 80% des hyperprolactinémies et dans 85% des prolactinomes qui sont la cause endocrinienne la plus fréquente de galactorrhée [6]. En cas de taux élevé, l'IRM hypophysaire sera demandée en vue de rechercher ce prolactinome, ou une autre affection hypophysaire notamment l'adénome somatotrope ou sellaire et parasellaire, et l'on éliminera aussi une insuffisance rénale et une hypothyroïdie primaire. En cas de prolactine normale, comme c'était le cas pour notre patiente, se pose alors la question d'étiologie de cette galactorrhée avec bilan hormonal hypophysaire normal. Plusieurs hypothèses ont été formulées à cet effet, entre autres : épisodes d'hyperprolactinémie transitoire non détectée par un dosage unique ; molécule de prolactine anormale non dépistée par la radio-immunologie ; Cycle circadien altéré

; Dosage de la prolactine plasmatique non capable d'apprécier exactement les taux hormonaux actifs au niveau tissulaire mammaire [7]. En l'absence de cause évidente retrouvée, l'on est à mesure d'évoquer l'hypothèse d'une galactorrhée idiopathique, diagnostic que nous avons retenu pour notre patiente. Pour ce qui est de la prise en charge, les recommandations sont en faveur d'un traitement par agoniste dopaminergique, spécialement par la cabergoline si la patiente est symptomatique avec une galactorrhée gênante ou des irrégularités du cycle menstruel, le traitement est diminué une fois la galactorrhée résolue. Par contre le traitement n'est pas nécessaire en cas de symptômes minimes [1, 5, 8]. Notre patiente a reçu la cabergoline à raison de 0,5mg par semaine conformément aux recommandations pendant 3 mois avec tarissement de la galactorrhée et régularisation des menstruations.

CONCLUSION

La galactorrhée idiopathique est fréquente mais reste un diagnostic d'exclusion qui devra être évoqué après un bilan étiologique exhaustif normal, notamment interrogatoire, examen physique et bilan paraclinique permettant d'éliminer les autres causes. La décision thérapeutique devra se fonder la sévérité de la galactorrhée et les désirs de fertilité du patient.

CONFLITS D'INTERET

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

1. Canlorbe MD, Uzan C. Prise en charge d'une galactorrhée. Akos (traité de médecine). EMC 2016. [1-0605] - Doi : 10.1016/S1634-6939(16)55730-5.
2. Leung AKC, Pacaud D. Diagnosis and Management of Galactorrhea. Am Fam Physician. 2004;70(3):543-550
3. Peña KS, Rosenfeld JA. Evaluation and Treatment of Galactorrhea. Am Fam Physician. 2001;63(9):1763-1771
4. Bruehlman RD, Winters S, Mckittrick C. Galactorrhée : examen rapide des données probantes. Suis Fam Physician. 2022;106(6):695-700
5. Huang W, Molitch ME. Évaluation et gestion de la galactorrhée. Suis Fam Physician. 2012;85(11):1073-1080
6. Blanc B, Cravello L. Abord clinique en gynécologie. Springer Science & Business Media 200 ; 214 p
7. Aisaka. Irregular secretion of prolactin in infertile women with normoprolactinemic galactorrhea. Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. 1985;37(11):2385-92
8. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, Kleinberg DL, et al. Diagnosis and Treatment of Hyperprolactinemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, February 2011, 96(2):273–288, doi:10.1210/jc.2010-1692