

Écoulement mamelonnaire

par le Dr Jimmy FONTAINE*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@ssmg.be

Madame F, 32 ans, vient me consulter car un écoulement mamelonnaire bilatéral est présent depuis une semaine. Ses seins sont tendus et douloureux.

À l'anamnèse, la patiente n'a pas d'autre plainte. Elle prend juste une pilule œstro-progestative sans oubli. Elle n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux importants. L'écoulement mamelonnaire est bilatéral et légèrement lactescent.

À l'examen clinique, les paramètres sont bons, je ne palpe aucune masse au niveau des seins, ni d'adénopathie axillaire. L'auscultation cardio-pulmonaire et abdominale est normale. La palpation de la thyroïde est sans particularité. L'examen oculomoteur et du champ visuel est normal.

Je suis plutôt rassuré par l'anamnèse et l'examen clinique. Je lui demande de revenir le lendemain pour faire une prise de sang.

Définition

La galactorrhée se définit par un écoulement lactescent mamelonnaire uni- ou bilatéral plus souvent, spontané ou provoqué, en dehors de la grossesse et de l'allaitement (intervalle d'au moins un an).

Elle doit se différencier d'autres écoulements plus souvent unilatéraux et spontanés (séreux, sanguinolents, bruns, verdâtres, etc.) qui doivent évoquer une pathologie locale du sein (abcès, papillome intracanalair, ectasie canalaire, cancer...).

Il existe **deux types de galactorrhée** :

d'une part, elle peut être associée à des troubles menstruels, faisant suspecter une hyperprolactinémie (valeurs normales : 4-30 microg/L) ;

d'autre part, elle peut être isolée (souvent idiopathique).

Symptomatologie de l'hyperprolactinémie

Chez la femme pré-ménopausée, on retrouve essentiellement une oligo- ou aménorrhée (> 90%), galactorrhée (50%), infertilité, baisse de libido, dyspareunie, ostéopénie, retard pubertaire, etc. Les symptômes de compression (troubles visuels) sont plus rares et sont le fait bien souvent d'un macroprolactinome.

Chez la femme post-ménopausée, elle est bien souvent asymptomatique.

Chez l'homme, on retrouve une baisse de libido, une dysfonction érectile, une infertilité, de l'ostéopénie, de la gynécomastie, une diminution des caractères sexuels. Les symptômes de compression sont plus fréquents (> 50%) puisqu'on retrouve plus souvent un macroprolactinome invasif.

Étiologies de l'hyperlactinémie

Les causes physiologiques

On retrouve le stress, l'ovulation, la grossesse et les rapports sexuels.

Bien souvent, l'élévation de la prolactine reste modérée (< 2 fois la valeur

ABSTRACT

Case report of a 32-year-old patient with nipple flow for one week.

Keywords : galactorrhea, hyperprolactinemia, nipple flow.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'une patiente de 32 ans qui présente un écoulement bilatéral du mamelon depuis une semaine.

Mots-clés : galactorrhée, hyperprolactinémie, écoulement mamelonnaire.

normale supérieure), sauf dans la grossesse où l'élévation peut atteindre 200-300 microg/L au 3^e trimestre.

Les causes pathologiques

- prolactinome ou adénome hypophysaire mixte ;
- lésion hypothalamique (tumeur, granulome, irradiation) ;
- section ou compression de la tige pituitaire par un macroadénome, une autre tumeur, un arachnoïdocèle (hyperprolactinémie de « déconnexion » hypothalamique) ;
- médicaments ;
- hypothyroïdie primaire ;
- insuffisance rénale ;
- idiopathique.

Hyperprolactinémie iatrogénique

- on retrouve les médicaments à effet anti-dopaminergique :
 - beaucoup de neuroleptiques (phénothiazines, butyrophénones, risperidone, olanzapine, amisulpiride, quétiapine...), excepté la clozapine et l'aripiprazole ;
 - les antidépresseurs : tricycliques, SSRI... ;
 - métoclopramide, alizapride, dompéridone... ;
- les anti-acides : ranitidine, inhibiteurs de la pompe à protons ;
- l'alpha-méthyl dopa ;
- la cocaïne et les dérivés morphiniques ;
- la prise d'œstrogènes.

La macroprolactinémie

Il s'agit d'un agrégat de plusieurs molécules de prolactine liées entre elles par des auto-anticorps de type IgG. Cet artéfact de dosage est fréquent : il représente 10 à 20 % des hyperprolactinémies au laboratoire. Un test de précipitation par le polyéthylène glycol peut être réalisé pour doser la « macroprolactine » dans le surnageant. Il faudra donc demander au laboratoire de rechercher cette macroprolactine.

Premier bilan

Je revois donc ma patiente le lendemain pour faire sa prise de sang.

Je dose :

- la prolactine (doit être dosée le matin à jeun, en évitant une ponction veineuse trop traumatique qui pourrait stimuler la sécrétion de prolactine) ;

- la TSH ;
- l'urée et la créatinine ;
- un hémogramme et la CRP.

Doute diagnostique

La prise de sang est revenue « négative » avec une prolactine à 27 microg/L (normes : 4-30 microg/L). Il s'agit d'un résultat qui est proche de la norme supérieure. Dans ce contexte, une galactorrhée d'origine iatrogène (pilule œstroprogestative) et une cause idiopathique sont possibles.

Le plus raisonnable, dans un premier temps, est d'arrêter la médication responsable (la pilule). Le non-amendement de la galactorrhée fera suspecter une origine idiopathique : un traitement par cabergoline^a (1/2 co de 0,5 mg toutes les 12h pendant 2 jours) peut être proposé en vue de soulager la patiente.

Si malgré cela, la galactorrhée subsiste ou récidive, un bilan complémentaire devra être envisagé : nouveau dosage de la PRL, IRM hypophysaire, etc.

Conclusion

Face à un symptôme inhabituel, il n'est pas toujours évident d'agir méthodiquement. On pourrait être tenté de prescrire une panoplie d'examen pour se rassurer, comme une IRM avec le danger de se retrouver avec un incidentalome.

Dans notre cas, la patiente ne présente aucun autre symptôme d'une hyperprolactinémie. Même le fait de doser la prolactine peut être source d'erreurs : si les conditions de prélèvements ne sont pas respectées ou si le laboratoire ne mentionne pas la présence d'une macroprolactine, on se retrouve avec une « pseudo-hyperprolactinémie » qui va générer du stress chez la patiente et nous pousser à prescrire des examens complémentaires inutiles.

Bibliographie

1. Rédaction Prescrire. Galactorrhées médicamenteuses. Revue Prescrire. Avril 2018 ; 38 (414) : 268.
2. M Moraillon et A Gompel. Galactorrhée. O Blétry et I Marroun. Du symptôme à la prescription en médecine générale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014 : 705-7.
3. E Delgrange. Galactorrhée avec ou sans trouble du cycle ? La Revue de Médecine Générale. Mai 2016 ; 333 : 4-16.
4. https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/333/RMG333_14-16.pdf

a. Sostilar®, Dostinex®