

Premature thelarche : quoi de neuf ?

Bosenge Nguma JD¹, Maindo A. Mike-Antoine¹, Likilo O¹, Neema U¹, Juakali SKV¹, Modia O¹, Katenga B¹, Komanda L¹

1. Département gynécologie et obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Kisangani ;

Citez cet article : Bosenge Nguma JD, Maindo A. Mike-Antoine, Likilo O, Neema U, Juakali SKV¹, Modia O, Katenga B, Komanda L, Premature thelarche : quoi de neuf ?, KisMed Mars 2017, Vol 7(2) : 305-307

RESUME

La premature thelarche ou la thélarche précoce correspond au développement prématuré isolé des seins avant l'âge de 8 ans. Elle est plus fréquente dans les deux premières années de la vie et sa véritable cause reste en ce jour inconnue, même si l'augmentation du taux sérique d'oestrogène ait été détectée. Dans la forme classique, le développement mammaire reste isolé, non accompagnée d'autres signes pubertaires. Ses explorations consistent à évaluer l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarienne et à exclure une cause thyroïdienne. La régression est plus souvent spontanée et sans séquelle. Les auteurs rattachent un cas clinique à cette formation continue dans le but de rappeler la bénignité de la lésion et l'attitude expectative à adopter.

Mots clés : Thélarche précoce, puberté précoce, glande mammaire, caractères sexuels secondaires

SAMMARY

Premature thelarche corresponds to premature development of breasts before the age of 8 years. It is more common in the first two years of life and its true cause remains unknown, even if the increase in serum estrogen levels has been detected. In the classical form, breast development remains isolated, unaccompanied by other pubertal signs. His investigations consist of evaluating the hypothalamic-pituitary-ovarian axis and excluding a thyroid cause. The regression is more often spontaneous and without sequelae. The authors discuss here a clinical case as a continuous training in order to recall the benignity of the lesion and the expectative attitude to adopt.

Key words: premature thelarche, precocious puberty, breast, secondary sexual characters

Correspondance: Bosenge Nguma JD: Département de gynécologie et obstétrique, Faculté de Médecine et de pharmacie, Université de Kisangani ; E-mail : jdbosenge86@gmail.com

A SOVOIR SUR LA PATHOLOGIE

Le développement des ébauches mammaires commence au cours de la vie embryonnaire. Le tissu mammaire dérive de l'ectoderme et il se sépare progressivement de la peau pour s'autonomiser. Ainsi in utero, autour de la 4^e et 5^e semaine de la gestation, il s'observe le premier indice du développement des glandes mammaires sous forme de deux épaississements linéaires symétriques de l'ectoblaste appelés *bandes mammaires ou lignes lactées*. Chacune d'entre elles s'étend de la racine du membre supérieur à la racine du membre inférieur soit d'un creux axillaire à un pli inguinal homolatéral(1,2)

Par la suite elles vont s'élever grâce à la participation du mésenchyme sous-jacent pour former ainsi les *crêtes mammaires*. Vers la 6^e semaine, les crêtes mammaires involuent rapidement avec la croissance embryonnaire et laissent persister 10 à 20 points mammaires répartis sur ligne axillaire moyenne de chaque côté. La plupart de ces points ne se développent pas et seul persiste les 2 bourgeons mammaires, symétriques, thoraciques à l'origine de la formation des seins, qui deviennent palpables que vers la 34^{ème} semaine de gestation. Ce développement mammaire est sous-dépendance hormonal : les œstrogènes stimulent la formation des canaux galactophores et le tissu adipeux, la progestérone stimule la croissance des lobules et alvéoles. La présence de bourgeon mammaire à l'naissance est secondaire au passage transplacentaire d'œstrogène maternel. Le plus souvent régressif, cette situation peut persister entre l'âge de 1 à 3 ans avec une incidence de 2% dans la population générale(1,3).

La thélarche ou le développement mammaire pubertaire débute en moyenne vers 11 ans (extrêmes : 8 à 13 ans) et s'étale sur une période de 2 à 4 ans. La prématurée thélarche, uni ou bilatérale, correspond au développement prématuré isolé des seins avant l'âge de 8 ans. Elle est plus fréquente dans les deux premières années de vie avant la 2^{ème} inhibition de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien(AHHO)(2,4). Les études sur les mécanismes pathogéniques ont été à l'origine de plusieurs hypothèses :

- Augmentation de la sensibilité mammaire aux œstrogènes(4,5)
- Augmentation du taux d'œstradiol en rapport avec l'activation temporaire et partielle de l'AHHO avec sécrétion prédominante du FSH (5,6), la sécrétion temporaire d'œstrogènes par un kyste folliculaire de l'ovaire (5) ; l'augmentation du taux sérique de SHBG ce qui pourra modifier (augmenter) la proportion de testostérone disponible pour œstradiol(7).

Cependant, la prématurée thélarche est le plus souvent un épiphénomène sans valeur pathologique, le développement mammaire pubertaire s'effectue normalement. Ces jeunes filles n'ont pas plus de risques ultérieurs de pathologie mammaire bénigne ou maligne. Dans 18% des cas, la prématurée thélarche précède une puberté précoce. Rarement, il s'agit d'un signe d'hypothyroïdie(1,3). Elle peut également faire suite à la consommation du thé à base de *Foeniculum vulgare*, plante utilisée entre autre, pour favoriser l'élimination des gaz et assurer la régulation du transit digestif chez l'enfant(8).

Son diagnostic n'est possible que si l'examen clinique soigneux ne retrouve pas de développement, même mineur, d'autres caractères sexuels, et que le développement reste isolé dans les mois qui suivent la découverte, imposant une surveillance clinique régulière. Cependant, il convient de distinguer deux formes cliniques : la forme classique et la forme atypique (non classique). La forme classique est d'apparition plus précoce. Son incidence est de 21 pour 100,000 personnes par an (8,9). La prématurée thélarche atypique, qui affecte les filles âgées, avec des saignements menstruels occasionnels, tend à être associée dans la suite à la puberté précoce d'origine centrale et peut avoir des séquelles à plus long terme, même si la puberté et la fertilité sont décrites comme normales(10). La forme typique de la prématurée thélarche ne nécessite pas de traitement, elle peut régresser complètement surtout si la glande mesure moins de 5 cm de diamètre(11).

PRESENTATION D'UN CAS

Une fille de 6 ans, sans antécédents médicaux notables, nous était amenée par ses parents pour une augmentation du volume mammaire gauche. A l'examen, les seins étaient asymétriques avec le gauche augmenté de volume (5,4x5cm), ferme-élastique, régulier, non sensible et sans masse sous-jacente. Le sein controlatéral n'avait pas de particularité. Elle n'avait pas des poils pubiens, ni de poils axillaires [fig. 1 et 2]. Aucun signe d'appel d'une maladie thyroïdienne n'était enregistré.

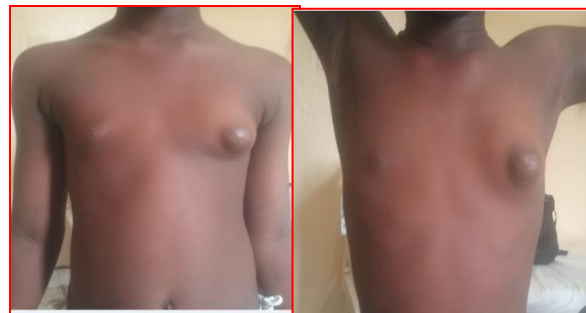


Figure 1: développement du sein gauche et absence de pilosité axillaire.

A l'échographie il y avait développement du bourgeon mammaire gauche et une morphologie impubère des organes génitaux pelviens.

Le profil sérique des hormones sexuelles s'était présenté de la manière suivante : FSH = 1,1IU/L ; LH = 0,7IU/L (Rapport LH/FSH = 0,6) et E₂ = 30,4pg/mL. La prolactinémie était normale (PRL=3ng/mL).

La régression de la glande était spontanée au courant de l'année suivante.

REFERENCES

1. Nirupama K De Silva and ML Brandt. Disorders of the breast in Children and Adolescent, Part 1. Disorders of growth and infection of the breast. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2006, 19: 345-349
2. Maindo A. et Bosenge N. *Glande mammaire : anatomie fonctionnelle et déductions cliniques*, 1^{ère} Edition, Presse de l'Université de Kisangani, 2016, 121p
3. Greydanus DE, Matytsina L, Gains M. Breast disorders in children and adolescents. *Prim Care* 2006;33:455-502
4. Maria F. Borges, Kátia D. Pacheco, Andréia A. Oliveira and al. Premature Thelarche: Clinical and Laboratorial Assessment by immunochemiluminescent Assay, *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008; 52(1) : 93-100
5. Ilicki A, Lewin RP, Kauli R, Kaufman H, Schachter A, Laron Z. Premature thelarche: natural history and sex hormone secretion in 68 girls. *Acta Paediatr Scand*. 1984; 73:756-62
6. Garibaldi LR, Aceto T Jr, Weber C. The pattern of gonadotropin and estradiol secretions in exaggerated thelarche. *Acta Endocrinol*. 1993; 126:345-50
7. Belgorosky A, Chaler E, Rivarola MA. High serum sex hormone-binding globulin (SHBG) in premature thelarche. *Clin Endocrinol*. 1992; 37: 203-6
8. Zafer T ; Ramazan K ; Kaan S. et Abdullah CB. A striking and frequent cause of premature thelarche in children: Foeniculum vulgare, *Journal of Pediatric Surgery* 2008; 43: 2109-2111
9. Van Winter JT, Noller KL, Zimmerman D, et al. Natural history of premature thelarche in Olmsted County, Minnesota, 1940 to 1984. *J Pediatr* 1990;116:278-80
10. Stanhope R. Premature thelarche: clinical follow-up and indication for treatment. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2000;13: 827-30
11. Lansac J, Lecompte R, Marret H. *Gynécologie pour le praticien*. 8^{ème} Edition, Elsevier/Masson, 2012, 580p

Citez cet article : Bosenge Nguma JD, Maindo A. Mike-Antoine, Likilo O, Neema U, Juakali SKV¹, Modia O, Katenga B, Komanda L, Premature thelarche : quoi de neuf ?, *KisMed Mars* 2017, Vol 7(2) : 305-307