

# Gynécomastie révélant un microprolactinome : à propos de deux cas

Dr K. Rifai, Dr M. Benkacem, Dr H. Eljadi, Dr S. Elmoussaoui, Pr G. Belmejdoub

Service d'endocrinologie-diabétologie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V Rabat

## INTRODUCTION :

L'hyperprolactinémie a un retentissement sur l'axe gonadotrope ; chez la femme la symptomatologie fonctionnelle est plus précoce, et est diagnostiquée devant un microadénome, alors qu'elle est plus tardive chez l'homme, souvent révélée au stade de macroadénome.

Les adénomes à prolactine constituent la cause la plus fréquente d'hyperprolactinémie non médicamenteuse, et ils sont 5 fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

Nous rapportons deux cas de microprolactinome révélés par une gynécomastie.

## OBSERVATION n° 1 :

Patient âgé de 52 ans, sans antécédents notables, qui consulte pour mastodynie gauche d'apparition récente. A l'interrogatoire, on note une baisse de la libido sans syndrome tumoral hypophysaire ni prise médicamenteuse.

L'examen retrouve une gynécomastie unilatérale gauche sans galactorrhée et l'examen des organes génitaux externes est normal.

Le bilan biologique révèle une hyperprolactinémie à 5 fois la normale et une testostéronémie basse avec un taux de FSH et de LH normal. Les bilans thyroïdiens, hépatiques et rénaux sont normaux. L'échographie mammaire montre une formation ovoidale hypoéchogène mesurant 22\*14 mm en rétro-mamelonnaire, alors que l'échographie scrotale est normale ; l'imagerie par résonance magnétique hypothalamo-hypophysaire met en évidence un microadénome de 6 mm, le patient est mis sous agonistes dopaminergiques avec bonne évolution clinico-biologique.

## OBSERVATION n° 2 :

Patient de 32 ans, sans antécédent notable, hospitalisé pour exploration d'une gynécomastie unilatérale droite confirmée à l'échographie mammaire. A l'interrogatoire le patient rapporte des céphalées chroniques sans baisse d'acuité visuelle.

Sur le plan biologique : la prolactine est augmentée à 6 fois la normale avec un taux effondré de testostérone à 2 ng /ml.

Après avoir éliminé les causes évidentes d'hyperprolactinémie, une IRM hypothalamo-hypophysaire retrouve un microadénome de 5 mm latéralisé à gauche ; le patient est mis sous Cabergoline avec bonne évolution clinico-biologique



Figure 1 observation n°2 : microadénome de 5 mm latéralisé à gauche

## DISCUSSION / CONCLUSION :

Les adénomes à prolactine sont les plus fréquents des adénomes de l'hypophyse. Ce sont des tumeurs bénignes dues à la prolifération de cellules lactotropes de l'antéhypophyse [1]. Cette prolifération revêt des formes très diverses du microadénome tout à fait bénin en dehors des signes fonctionnels dus à l'hyperprolactinémie au macroadénome géant particulièrement impressionnant dans ce type de tumeur.

La présentation clinique dépend de l'âge et du sexe du patient, de la durée d'évolution de la tumeur et de sa taille. L'hypogonadisme est la caractéristique quasi-universelle de l'hyperprolactinémie.

Chez l'homme adulte, ce sont des troubles sexuels à type de baisse de la libido, impuissance qui doivent attirer l'attention et faire pratiquer systématiquement un dosage de prolactine de dépistage. En revanche, les gynécomasties sont rares et la galactorrhée l'est également[2].

## REFERENCES :

[1] Molitch ME. Prolactinoma. In: Melmed S, editor. The pituitary. Blackwell Ed; 2002. p.455-95.

[2] Delemer B. Adénomes à prolactine : diagnostic et prise en charge. Presse Med. 2009; 38: 117-12