

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

EPIDEMIOLOGIE DES ECOULEMENTS MAMELONNAIRES EN
DEHORS DE LA GROSSESSE ET OU DE L'ALLAITEMENT :
(Fréquence, différents types et étiologies)

Présentée et soutenue publiquement le/...../2023 devant
la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Pour obtenir le diplôme universitaire de sénologie

«CAPA SENO»

Dr. Seko Hassa DEMBELE

JURY

Président : Pr Ibrahima TEGUETE

Membre : Pr Bakarou KAMATE

REMERCIEMENTS :

A mon père

Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait.

Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice.

Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute ta famille. Ce travail est un modeste témoignage de tous les sacrifices que tu as consenti pour nous.

Puisse ce travail m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime et de ta confiance. Puisse Dieu te garder longtemps encore parmi nous pour goûter au fruit de ton labeur.

A ma mère

Pour toute l'affection et l'éducation que tu m'as donnée depuis le premier souffle de ma vie.

A mes encadreurs du :

CHU Gabriel Touré

CHU du Point G

CHU Mère-Enfant Luxembourg

Hôpital du Mali

Merci pour votre encadrement de qualité, que Dieu vous paye tous ce que vous faites pour nous.

A mes amis et parents :

A tous ceux que j'ai omis et j'ai côtoyés pendant ma formation.

Recevez ici mes sincères excuses et le témoignage de ma profonde amitié.

A mes encadreurs :

Mes chers Maitres les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Grace à vous j'ai acquis la base de la gynécologie, vos conseils, vos staffs et cours d'enseignements m'ont été d'un apport inestimable.

Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

Table des matières

Introduction.....	1
Objectifs	2
I. Généralités.....	3
Anatomie, développement et physiologie du sein.....	3
II. Etiopathogénie.....	7
III. Diagnostic	9
IV. Traitement.....	16
V. Methodologie	18
VI. Resultats.....	23
VII. Commentaires et discussions :.....	29
Conclusion :.....	31
Recommandations :	32
Références	33
Annexes	35

Liste des tableaux et Figures :

Tableau I: Phases du développement des seins chez l'adolescente	6
Tableau II - Variables.....	22
Tableau III: Antécédents médicaux personnel de maladie du sein :.....	24
Tableau IV: répartition des patientes selon la consommation d'alcool et de tabac :	24
Tableau : V:répartition des patientes selon la méthode contraception utilisée..	25
Tableau VI: Antécédents familiaux de maladie du sein.	25
Tableau VII: Répartition des patientes selon le motif d'admission.....	25
Tableau VIII : répartition des patientes selon le types de l'écoulement	26
Tableau IX: Signes à l'examen physique :.....	26
Tableau X: répartition des patientes selon le traitement.	28

Figures

Figure 1: Anatomie du sein (image par Jocelyne Chiquette et Justine Gagnon). 4	4
Figure 2: Crêtes mammaires, en pointillé.	5
Figure 3 : répartition des patientes selon l'âge.....	23
Figure 4 : répartition des patientes selon l'ethnie	24
Figure 5: répartition des patientes selon le résultat des examens complémentaires.	27
Figure 6: répartition des patientes selon le diagnostic.	27

Liste des abbreviations

ACR: American college of Radiology

BI – RADS: Breast Imaging Reporting and Data System

CPN : consultation prénatale

CPON : consultation post natale

CNGOF : collège national des Gynécologues et obstétriciens français

EPA : établissement publique a caractère administratif

EPH : établissement publique hospitalier

ECHO : échographie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

K : cancer

PLT : prolactine

Introduction

Troisième motif de consultation en sénologie après les mastodynies et les masses palpables avec une prévalence de 5 à 10%, apparaissant au moins une fois dans la vie de 80 % des femmes et représentant au moins 5% des motifs d'intervention chirurgicale.

En dehors des écoulements de la femme enceinte ou du post-partum, on distingue au quotidien :

- les galactorrhées : écoulements lactescents (ou verdâtres) bilatéraux et/ou multipores, considérés comme physiologiques pendant une grossesse et jusqu'à un an en post-partum ; pouvant avoir une cause endocrinologique ou pharmacologique ;
- les écoulements purulents, survenant dans un contexte infectieux ou inflammatoire sur ectasie canalaire ;
 - les écoulements multiorificiels : jaunâtres, verdâtres ou multicolores souvent bilatéraux, liés à une ectasie galactophorique à différents stades ou à une mastopathie fibrokystique ;
- les écoulements uni ou pauciorificiels : souvent spontanés, récidivants, de couleur variable mais plus souvent séreux ou hématiques, secondaires à une pathologie canalaire sous-jacente (1).

Les écoulement uniorificiels quelle que soit leurs couleurs (séreux ou sanglant) sont toujours suspect d'organicité et doivent être explorés complètement (2).

L'écoulement mamelonnaire reste le symptôme dont la prise en charge est la moins codifiée (1).

Objectifs

Objectif général :

Evaluer les aspects épidémiologiques des écoulements mamelonnaires

Objectifs spécifiques :

Déterminer la prévalence des écoulements mamelonnaire ;

Déterminer les différentes étiologies ;

Décrire les caractéristiques cliniques ;

Décrire les différents types d'écoulements mamelonnaires.

I. Généralités

1) Définition :

Par « écoulement mamelonnaire », on entend une fuite de liquide laiteux (vert, marron, jaune), aqueux ou sanglant au niveau du mamelon. (6)

La galactorrhée est l'écoulement de lait par le mamelon en l'absence de grossesse et à distance de l'allaitement (> 6 mois).

2) Incidence

L'écoulement mamelonnaire est un symptôme relativement fréquent puisqu'il s'agit de la troisième plainte mammaire après les mastodynies et les masses.

Entre 5 et 10% des femmes référées en chirurgie pour un symptôme mammaire le sont pour un écoulement du mamelon (Figure 3.2), bénin dans une bonne partie des cas.

Un écoulement du mamelon contenant du sang peut être observé chez environ 20% des femmes pendant les deuxièmes et troisièmes trimestres de grossesse et pendant la période postpartum. Cet écoulement sanguinolent est souvent bénin et sans danger pour le bébé. Si un homme se présente avec un écoulement du mamelon et une masse palpable, la probabilité de cancer est d'environ 50%. (2)

3) Rappel anatomique :

Anatomie, développement et physiologie du sein

3.1. Anatomie du sein adulte

Le sein est composé d'une glande mammaire, de fibres de soutien (ligaments de Cooper) et de graisse (tissus adipeux), le tout recouvert par la peau. La quantité de chacune de ces composantes peut varier d'une femme à l'autre. Le sein est situé au-dessus du muscle pectoral. On retrouve également des nerfs et des vaisseaux sanguins et lymphatiques. La glande mammaire, formée de parenchyme et de stroma, est divisée en 15 à 20 sections appelées lobes, qui sont eux-mêmes composés de lobules. Ceux-ci sont reliés à des canaux qui se rendent sous le mamelon, qui est situé au centre du sein. Le tissu glandulaire est maintenu par les ligaments de Cooper qui l'unissent à la peau et au fascia musculaire.

Certaines lésions tumorales ou inflammatoires peuvent exercer une traction sur ces ligaments pour produire des asymétries et des rétractions visibles à l'inspection. Le sein est formé de lobules glandulaires et de lobules graisseux ; il est donc normal que sa texture soit nodulaire. Cette nodularité est plus marquée chez certaines femmes, rendant ainsi l'examen plus compliqué^{c)}.

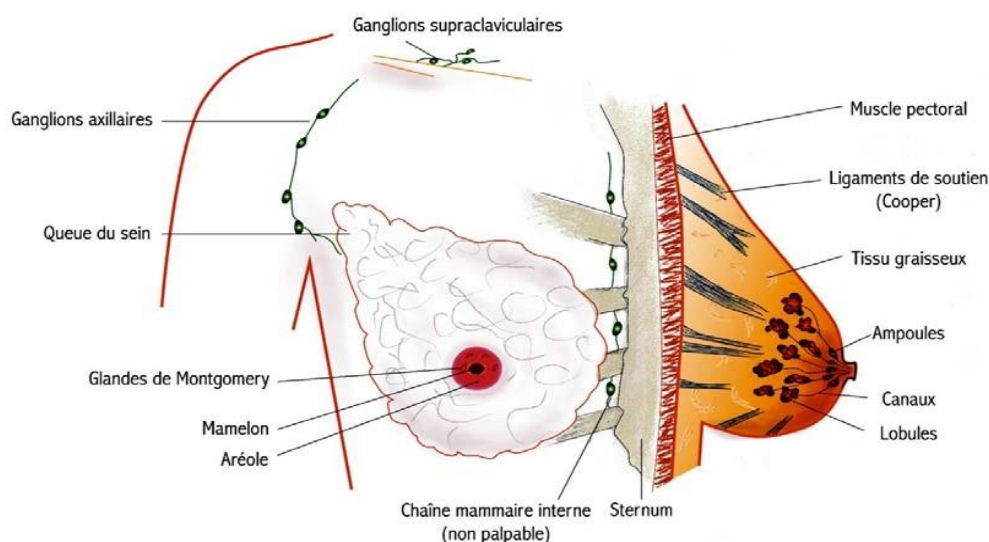


Figure 1: Anatomie du sein (image par Jocelyne Chiquette et Justine Gagnon). (3)

L'irrigation sanguine du sein est assurée par les artères mammaires internes et thoraciques latérales. Le système lymphatique draine la lymphe de manière unidirectionnelle, du mamelon vers les couches profondes, puis vers les régions axillaires (97%) et les chaînes mammaires internes (3%). Les ganglions axillaires, situés sous la veine axillaire, peuvent être arbitrairement séparés en trois groupes en se référant au muscle petit pectoral : les ganglions de niveau I se retrouvent dans l'aisselle jusqu'au rebord externe du muscle petit pectoral ; ceux de niveau II se retrouvent derrière le muscle petit pectoral ; et ceux du niveau III sont médiaux à la bordure médiale du muscle petit pectoral. Les ganglions mammaires internes se retrouvent dans les espaces intercostaux de la région parasternale. (3)

3.2. Développement du sein

Le développement du sein commence *in utero* avec le développement de la crête mammaire, qui prend naissance au niveau de l'aisselle et se termine à la partie médiane de la cuisse, de chaque côté du corps (Figure.2). (3)

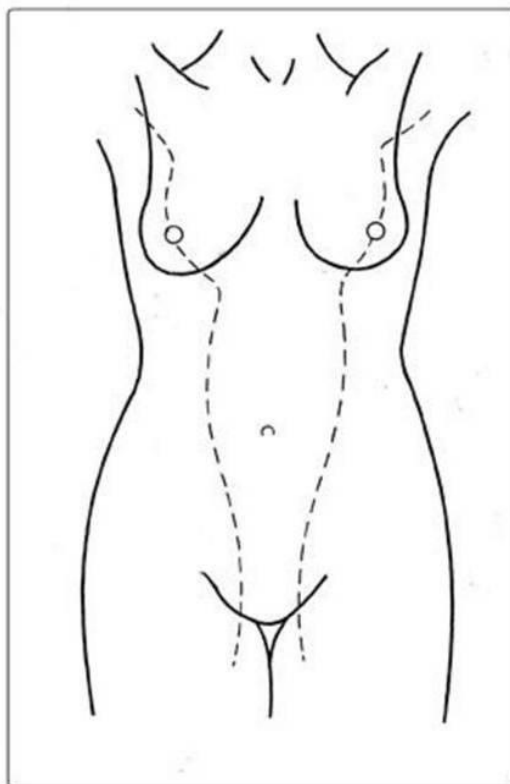
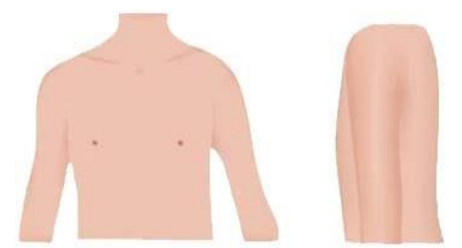
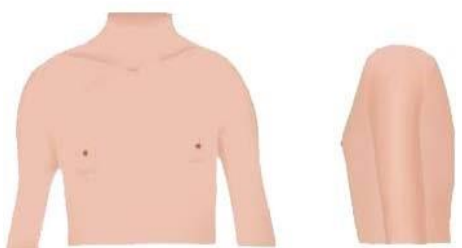
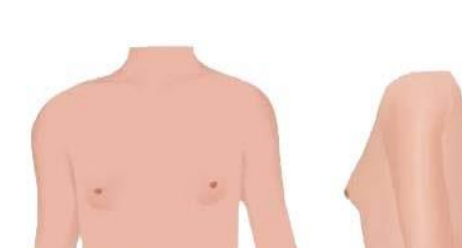

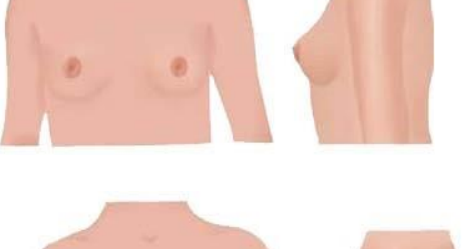


Figure 2: Crêtes mammaires, en pointillé. (3)

La puberté commence vers l'âge de 10 à 12 ans chez les filles par l'influence de la gonadolibérine produite par l'hypothalamus, résultant en la production d'hormones ovariennes, principalement la 17-œstradiol. Ces hormones induisent le développement des seins et des organes génitaux. Pendant la première et la deuxième année de puberté, la production ovarienne d'œstrogènes domine la production lutéale de progestérone, induisant la maturation des seins par la stimulation de la croissance longitudinale de l'épithélium canalaire. Les canaux terminaux forment également des bourgeons qui précèdent la formation des lobules. Dans le même temps, les tissus connectifs péri canaux gagnent en volume, en élasticité, en vascularisation et en dépôts graisseux. (3)

Tableau I: Phases du développement des seins chez l'adolescente (3)

Phase I	10.5 ± 1.0 années	Élévation du mamelon sans tissu glandulaire palpable et sans pigmentation aréolaire.	
Phase II	11.1 ± 1.1 années	Présence de tissu glandulaire palpable dans la région sous aréolaire. Le mamelon et le sein forment une seule surélévation.	
Phase III	12.2 ± 1.1 années	Augmentation de la quantité de tissu glandulaire palpable et du volume du sein. Augmentation de la pigmentation de l'aréole. Le contour du sein et du mamelon demeurent sur un seul plan.	
Phase IV	13.1 ± 1.2 années	Agrandissement de l'aréole et augmentation de sa pigmentation. Le mamelon et l'aréole forment une seconde projection au-dessus du sein.	
Phase V	15.3 ± 1.7 années	Développement final du sein avec un contour égal sans projection du mamelon et de l'aréole.	

II. Etiopathogénie

L'étiologie bénigne est la plus fréquente : papilloadénome (35 à 56% des cas) et/ou ectasie galactophorique (6 à 59%) (1, 4). Mais une lésion maligne sous-jacente doit toujours être éliminée.

Les causes possibles d'un écoulement mamelonnaire (galactorrhée) sont diverses :

Tumeurs : papillome : 56 % des cas (papillome central ou « solitaire » : 21 % ; papillome périphérique anciennement « papillomatose » : 36 %) ; ectasie galactophorique ou galactophorite ectasiantes : 14 à 36 % ; lésions malignes : 5 à 23 % des cas dont environ 2/3 de carcinomes infiltrants et 1/3 de carcinomes in situ ;

Anomalie hormonale : La prolactine est produite par les cellules lactotropes qui représentent environ 30% des cellules de l'antéhypophyse.

Infection : inflammation, abcès. (4)

Insuffisance rénale chronique (1 femme sur 4 en insuffisance rénale chronique présente un écoulement mamelonnaire),

Effets secondaires de médicaments (pilule, métoclopramide, médicaments contre les allergies et certains médicaments utilisés dans le traitement de maladies cardiaques et de troubles psychiatriques).

Autres causes rares : mastopathie fibrokystique, hyperplasie canalaire. (4, 6, 7)

Ecoule
associé
éventue
souvent
sécréta
Noter q
plan aré
enfouiss
particul
séquelle
(ectasie



Écoulement mamelonnaire pathologique ;
en règle spontané, unicanalaire, séreux ou
séro-sanglant. La recherche par la palpation
du quadrant reproduisant l'écoulement
précise la topographie de la lésion. (5)





Écoulement «
mamelonnaire » ectopique
au niveau aréolaire. (5)



III. Diagnostic

➤ Signes Fonctionnels :

La sémiologie clinique est simple, facile à bien connaître et permet d'emblée de faire un tri extrêmement fiable et pertinent en séparant les écoulements non suspects des écoulements suspects en dehors, bien sûr, du contexte de la grossesse ou d'un allaitement. (12)

○ Écoulement non suspect :

- provoqué,
- bilatéral,
- souvent ancien et intermittent,
- couleur : lactescent, crémeux, marron ou vert foncé.

○ Écoulement suspect :

- spontané,
- unilatéral,
- persistant,
- couleur : clair (translucide), séreux (jaune) ou sanglant (rosé, rouge ou noir).

Les autres signes fonctionnels :

- Troubles du cycle,
- Une baisse de libido, frigidité
- Une infertilité, □ ou des signes en rapport avec une lésion compressive hypothalamohypophysaire (neuroophtalmologiques)

➤ **Examen clinique :**

Galactorrhée. L'écoulement doit être recherché en position assise et allongée. Le sein doit être massé dans les 4 quadrants puis en ramenant l'écoulement jusqu'à l'aréole.

➤ **Examens Paracliniques :**

A.Mammographie

Elle est indiquée en première intention selon les recommandations du Collège national des Gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et de l'American Collège of Radiology (ACR) (8,10). On ne dispose pas de données dans la littérature concernant les modalités techniques de réalisation de la mammographie. Sachant que la région rétro aréolaire est souvent d'analyse difficile, l'ACR a précisé que des clichés additionnels « peuvent être nécessaires », à type de compression localisée ou d'agrandissements (10). La tomosynthèse est utile, remplaçant le cliché en compression localisée (8). Mais il n'y a pas d'études sur son rôle dans cette situation clinique particulière.

Souvent peu informative : seins denses des femmes jeunes, lésions de petite taille
Ectasie des gros galactophores bien visible Mammo négative dans 50% des papillomes
Microcalcifications fréquentes dans les papillomes et absentes dans les Hyperplasies atypiques ou Cancers in situ Sensibilité < 60% (Murphy Dillon 2007)

Des macro calcifications de type bénin, rondes en coquille d'œuf, de localisation rétro aréolaire sont évocatrices d'un papillome. Mais quand il s'agit de micro calcifications, aucun aspect particulier ne permet d'orienter vers une pathologie canalaire bénigne de type papillome, les micro calcifications des papillomes étant d'ailleurs plutôt d'aspect indéterminé (11). La mammographie peut révéler des micro calcifications classées ACR 5 orientant d'emblée vers une pathologie canalaire maligne.

L'examen peut mettre en évidence une masse qu'on analysera selon les critères descriptifs du Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS) (Figure 1). Ronde et de localisation rétro aréolaire, elle est évocatrice d'un papillome. Enfin, la mammographie peut aussi montrer une asymétrie focale de densité, une ectasie canalaire, voire plusieurs images associées, que l'échographie précisera. **Une Mammo normale n'est en rien rassurante (Addepoju 2005)**

B.Échographie

Elle doit être systématiquement réalisée (grade C) même si la mammographie est normale (8). La sonde doit être placée parallèlement au grand axe du canal, et on peut s'aider d'une légère pression distale pour « béquer » la sonde sur le mamelon afin d'éviter les artéfacts (12).

L'échographie peut montrer une ectasie canalaire (calibre supérieur à 3 mm), concordante avec un(des) écoulement(s) vert(s) ou laiteux, mais difficile à corréler avec des écoulements clairs ou colorés.

Le canal dilaté peut être tortueux, de contenu hypoéchogène : l'aspect n'est pas spécifique d'une étiologie (sécrétions épaisses, hyperplasie canalaire, papillome, papillomatose) et doit être classé ACR 4.

L'échographie peut révéler une masse intraluminale, le problème étant alors le diagnostic différentiel entre papillome (Figure 2), cancer intracanalair et lésions complexes de mastopathie fibrokystique.

Le papillome, même de petite taille (quelques millimètres), est vascularisé. Lorsqu'il s'étend dans le galactophore, il progresse à travers les arborisations

canalaires, ce que Stavros décrit comme le signe du « lazy Y » (12) (Figure 3). Il faut savoir que les papillomes peuvent avoir un aspect suspect de masse extraluminale avec pseudo-invasion. Enfin, l'échographie peut montrer une masse parenchymateuse qu'il conviendra d'analyser selon les critères du BI-RADS (Figure 4), la vascularisation devant être décrite.

C.Frottis d'écoulement

- Écoulement unipore quelle que soit la couleur
 - recueil sur lames de la fin de l'écoulement
 - rendement moindre que la cytoponction (12 à 35% faux négatifs : Dinkel 2001)
 - cytologiste compétent +++
 - la présence de cellules galactophoriques (même normales) signe l'organicité •
- Intérêt réaffirmé quand l'imagerie est en défaut (Gupta 2004, Montroni 2010)

D.Cytologie

Résultats 35% non contributive :

Sensibilité :50%

Spécificité :90 à100% Sur 313 patients (1 homme) 5% K invasifs (15% si plus de 50 ans) 9% K si écoulement sanglant 18% K si masse associée

Résultats de la cytologie

- Cellules spumeuses pauvres en cellules inflammatoires : ectasie- mastites.
- Cellules glandulaires cohésives = papillome richesse cellulaire proportionnelle à l'intensité de la prolifération épithéliale Cellules néoplasiques isolées ou en petits amas inflammatoires= k canalaire

En l'absence de preuve sur la performance diagnostique de l'analyse cytologique du frottis d'écoulement, le GNGOF n'a pas émis de recommandations sur sa réalisation (1, 6).

APPORTS ET LIMITES :

L'écoulement mamelonnaire continue de poser des dilemmes diagnostiques pour le clinicien, mais aussi pour le pathologiste. L'intérêt de la cytologie dans la prise en charge d'un écoulement mamelonnaire reste, en effet, un sujet de controverse.

Certains auteurs reprochent à la cytologie son manque de sensibilité pour le diagnostic des pathologies malignes responsables d'un écoulement mamelonnaire, avec jusqu'à 30% de cancers non diagnostiqués (7). Il faut cependant souligner qu'il s'agit d'une étiologie rare (3 à 6% selon les séries) (7), et ce, d'autant plus qu'il n'existe pas de masse palpable associée (6). **Dosage de prolactine**

Si celui-ci est élevé (20 ng/ml) il convient de le reconstrôler afin de confirmer l'hyperprolactinémie.

✓ D'autre part, face aux variations du taux selon le nyctémère,

✓ il est préférable de réaliser le dosage le matin

E. GALACTOGRAPHIE

Si écoulement uniorificiel cathétérisme du pore qui coule (indolore) liquide radio-opaque 3 images : Dilatation, Lacune, Amputation, arbre galactophore irrégulier Artéfacts (bulle d'air, compression extrinsèque) intérêt surtout topographique (augmente réussite de la chirurgie) Réalisation délicate, de plus en plus délaissée au profit d'une échographie performante et de l'IRM.

La galacto-IRM : une nouvelle méthode d'exploration des écoulements mamelonnaires

Dans les écoulements intermittents, une galactographie conventionnelle est techniquement non réalisable : il est donc décidé de pratiquer une galacto-IRM dite « indirecte ». Celle-ci est réalisée sur une IRM 1.5 Tesla (Achieva Philips Medical System) à l'aide d'une antenne sein quatre éléments. La technique comprend : une séquence «hydrographique» non invasive T2TSEFatSat appelée séquence galactographique (TR 7000, TE 121, FOV 160, coupes jointives de 3 mm) réalisée dans le plan sagittal ; des séquences « classiques » d'IRM mammaire en axial T2 et sagittal T1 avec injection dynamique de gadolinium. (4)

F. IRM

Valeur ajoutée

Le rôle potentiel de l'IRM a émergé un peu avant 2010, exploitant son excellente sensibilité. Mais la majorité des études sont focalisées sur la détection des papillomes (dans un contexte d'écoulement ou en dehors) ou dans la détection d'une lésion cancéreuse ou atypique. Or l'imagerie est utilisée pour rechercher une cause à l'écoulement, bénigne ou maligne et adapter la conduite à tenir. D'où les limites de la littérature dans ce contexte clinique particulier.

Description des images IRM

Dans le cadre d'un écoulement mamelonnaire pathologique, le rehaussement sans masse est l'anomalie la plus fréquemment retrouvée que ce soit pour les lésions malignes, atypiques ou papillaires (4).

Par ordre de fréquence décroissant, on observe :

Les rehaussements non-masse de type canalaire,

Les zones focales homogènes,

Puis les rehaussements de distribution segmentaire ou régionale. Ces prises de contraste ne sont pas spécifiques : un rehaussement non-masse de

7 type canalaire ou segmentaire peut être retrouvé dans les cas de papillomes et papillomatoses .

Dans ce contexte, les caractéristiques d'un rehaussement sans masse ayant la valeur prédictive positive de malignité la plus élevée sont sa distribution spatiale segmentaire et son caractère micronodulaire ou annulaire (8).

Les images à type de masses sont moins fréquentes. Les papillomes solitaires intraductaux sont décrits comme des masses rondes ou au contraire finement spiculées, suspectes (8).

Ce sont les tumeurs les plus vascularisées, ce qui rend compte de leur courbe de rehaussement souvent de type 2 voire 3 avec un lavage sur la deuxième partie de la courbe.

Une étude récente rétrospective sur 158 cas de papillomes a cherché à mettre en évidence des critères en faveur de lésions à risque ou malignes associées au papillome. Le risque augmentait avec l'âge de la patiente (plus de 50 ans), le caractère sanglant de l'écoulement, l'antécédent de cancer ; une masse IRM de taille supérieure à 10 mm, l'association masse et rehaussement non-masse ; un rehaussement non-masse de distribution segmentaire ou régionale (8).

Enfin, les ectasies galactophoriques sont également relativement fréquentes et apparaissent assez souvent en hypersignal T1 spontané pouvant être en rapport avec des sécrétions riches en protéines ou un contenu hématique au sein du canal. Elles sont classées ACR 2 en l'absence de rehaussement suspect associé.

Devant une prise de contraste anormale, un bilan de second-look doit être réalisé : éventuellement des clichés mammographiques agrandis à la recherche de microcalcifications, une échographie, des prélèvements quand une cible en probable concordance avec l'IRM est trouvée, suivis de pose de clip. Lorsque ce bilan post-IRM est normal, l'indication de macrobiopsies sous antenne IRM doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Limites et inconvénients de l'IRM

En ce qui concerne la sensibilité de l'IRM, les petits papillomes de moins de 2 mm ne sont pas détectés (8).

Un inconvénient est la détection de prises de contraste additionnelles ou incidentalomes faisant établir une surveillance ACR 3, ou conduisant à d'inutiles biopsies.

Prélèvements

Lorsqu'une lésion papillaire est suspectée, des prélèvements par macro biopsie sont souhaitables afin de limiter le risque de sous-estimation (association avec des lésions plus défavorables telles que les lésions atypiques ou de carcinome intra canalaire voire infiltrant) (4,8).

Un résultat de papillome simple, sans atypie, avec exérèse de la cible en macro biopsie, peut désormais faire surseoir à l'intervention(4,13).

G.Nouvelles techniques d 'exploration : non validés

- aspiration mamelonnaire
- lavage ductal
- ductoscopie

IV.Traitement

1. But

➤ Il convient d'arrêter les facteurs favorisants

- stimulation mammaire, médicaments

Si le médicament peut être interrompu, le dosage de prolactine sera reconstrôlé (délai en fonction de la demi-vie du médicament).

➤ Traitement de la cause :

- La cause sera traitée si cela est possible (hypo- thyroïdie, adénome hypophysaire, etc.)
- Pour les micro-adénomes, le traitement médical ou chirurgical sera discuté, en fonction du désir de la patiente et de la tolérance du traitement.

2. Moyens

2.1.Médicaux

➤ **Agoniste dopaminergique :**

Bromocriptine 2,5 mg (Parlodel)

Posologie : Dose progressive : De ½ à 2 cps/ J pdt 6 semaines

Effets secondaires : Céphalées, vertiges, nausées, vomissement.

Cabergoline 0,5 mg (Dostinex)

Posologie : 0,25 – 0,5 mg deux fois/ semaine

Effets secondaires : Céphalées, vertige, Hypotension

Quinagolide 25,75,150µg (Norprolac.)

Posologie : 25 à 150 µg/ semaine

Effets secondaires : Céphalées, vertige, Hypotension

2.2.Chirurgicaux

➤ Ablation du canal galactophore(pyramidectomie)

Lorsque l'ensemble de l'imagerie est normal

Le CNGOF recommande une pyramidectomie seulement en cas d'écoulement sanglant (grade C) (8).

L'intervention peut également s'envisager lorsque la gêne liée à l'écoulement est importante.

➤ Ablation des tumeurs hypophysaires

○ Microprolactinome

○ Macroprolactinome

Dans les autres cas, voire dans tous les cas d'écoulements à bilan complet d'imagerie normal et quelle qu'en soit la couleur, le risque de lésion maligne est très faible et concerne surtout des lésions in situ ou infiltrantes de bas grade (16).

Une surveillance est alors proposée. Ashfaq et al. ont suggéré une surveillance clinique et échographique tous les 6 mois, mammographique tous les 12 mois pendant 2 ans, délai au bout duquel l'écoulement disparaît habituellement (22).

La poursuite de l'écoulement au-delà de 2 ans peut faire envisager une chirurgie ; n'oublions pas qu'en l'absence de toute cible radiologique permettant un repérage, un écoulement doit être présent le jour de l'intervention pour permettre au chirurgien de repérer le canal en cause et effectuer la pyramidectomie après coloration au bleu.

V.METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU de Kati.

1.1. Présentation du CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati :

L'hôpital de Kati est une structure de 3ème référence. Par conséquent nous recevons toutes les urgences provenant de Kati ; Kita ; Kolokani et Bamako.

Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, elle fut créée en 1916 ; transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1968. En 1992 il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA). Puis érigé en établissement publique hospitalier (EPH) en 2003. Il fut baptisé CHU Pr Bocar Sidi SALL de Kati le 17 Novembre 2016. Le centre hospitalo-universitaire de Kati est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali. Il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "Camp Soundiata Keita » à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

- A l'Est par le quartier général du commandant zone et l'aile Est de l'infirmerie militaire,
- A l'ouest par le Prytanée militaire et la cité des médecins,
- Au nord par les logements militaires camp du nord et l'aile nord de l'infirmerie militaire, une partie,
- Au sud par la polyclinique des armées et le quartier Sananfara,

De nos jours l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier c'est ainsi que nous avons 17 services dont 13 services techniques et 4 services administratifs.

Les services techniques :

- Le service de gynécologie-obstétrique,
- Le service de traumatologie et d'orthopédie,
- Le service des urgences,
- Le service d'anesthésie et réanimation,
- Le service d'imagerie médicale,
- Le service de chirurgie générale,
- Le service de médecine interne,
- Le service de cardiologie,
- Le service d'Odontostomatologie,
- Le service d'urologie,
- Le service d'ophtalmologie,
- Le service de kinésithérapie et d'acupuncture,
- Le laboratoire d'analyses biomédicales,
- La pharmacie hospitalière,
- Le service de pédiatrie.

- Les services administratifs :

- L'agence comptable,
- Les ressources humaines,
- Le service social,
- La maintenance.

1.2. Le service de Gynécologie-Obstétrique :

Le service de Gynécologie Obstétrique : ouvert en Avril 2014, est construit en un étage muni d'un ascenseur. Il se situe au côté sud de l'hôpital.

Au rez-de-chaussée : dans l'aile droite se trouvent les bureaux des médecins gynécologues, la salle d'échographie ; les toilettes ; la salle d'archives et la salle d'admission des urgences.

Dans l'aile gauche se trouvent la salle des soins intensifs, la salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement, un bloc opératoire, une salle de garde de

D.E.S ; la salle de garde des sage-femmes, une salle de néonatalogie, la salle de pré-travail et les toilettes.

A l'étage dans l'aile droite se trouve l'unité d'obstétrique composée :

- Du bureau d'un Gynécologue,
- De quatre (4) salles d'hospitalisation dont une salle de césarienne, une salle de suites de couche pathologique, deux salles de grossesses pathologiques,
- Une salle de garde des manœuvres,
- Une salle de staff dans laquelle se déroulent les réunions de comptes rendus des gardes,
- Et d'une toilette.

Dans l'aile gauche se trouve l'unité de gynécologie composée :

- Du bureau de la Sage-femme Maitresse,
- D'une salle de CPN et CPON,
- De la salle de garde des étudiants faisant fonction d'interne,
- De la salle de garde des infirmières,

De quatre (4) salles d'hospitalisation,

- D'une toilette.

Entre les deux (2) unités se trouve une salle de vaccination et de déclaration des nouveau-nés

Personnels :

- ❖ Chef de service Gynécologue-obstétricienne maitre assistante à la FMOS.
- ❖ Trois Gynécologues – Obstétriciens,
- ❖ Un Médecin généraliste,
- ❖ 12 Sage-femmes,
- ❖ Un infirmier de bloc,
- ❖ 12 Infirmière-obstétriciennes dont 5 en formation,
- ❖ 2 étudiants hospitaliers faisant fonction d'internes,
- ❖ 4 manœuvres,
- ❖ 2 vigiles.

➤ **Les activités du service :**

- Consultations externes : du lundi au jeudi
- Dépistage du cancer du col : Vendredi
- Interventions chirurgicales programmées sont du mardi au jeudi ;
- Hospitalisations
- Visite des malades admis au service se fait tous les jours ;
- Des urgences gynéco-obstétricales sont prises en charge tous les jours.
- Un staff est tenu du lundi au vendredi, dans la salle de Staff, avec pour but de faire le compte rendu de la garde faite par des sage-femmes, des faisant Fonction d'Interne, des médecins DES.

2. Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes admises et prise en charge pour écoulement mamelonnaire dans le service pendant la période d'étude.

3. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur les aspects épidémiologiques des écoulements mamelonnaires chez la femme en dehors de la grossesse et du post partum du 1^{er} Janvier 2022 au 31 Décembre 2022.

4. Population d'étude :

Femmes non enceintes, non allaitante et admises dans le service de gynécologie obstétrique pour pathologies mammaires.

5. Echantillonnage :

Toutes femmes admises dans le service en dehors de la grossesse et de l'allaitement chez qui un écoulement mammaire est retrouvé durant la période d'étude.

6. Critères d'inclusion :

Toutes femmes non enceintes, non allaitante reçues dans le service chez qui un écoulement mammaire anormal est cliniquement retrouvé durant la période d'étude.

7. Critères de non inclusion :

Les femmes présentant un écoulement mammaire pendant la grossesse ou la période d'allaitement.

8. Saisie et Analyse des données :

Le traitement de texte et les tableaux ont été réalisés avec les Microsoft office Word 2016, le logiciel IBM SPSS Statistics 25 pour les analyses, le test de Fisher en fonction des effectifs. Le seuil de significativité était retenu pour $P < 0,05$.

Tableau II - Variables

Nom de la variable	Type de la variable	Echelle
Age	Quantitatif	Année
Profession	Qualitative	1 : Ménagère, 2 : Fonctionnaire, 3 : Etudiante.
Niveau d'instruction	Qualitative	1 : supérieur, 2 : secondaire, 3 : primaire, 4 : non scolarisée.
Type d'écoulement	Qualitative	1. Lactescent 2. Citrin 3. sanguinolent 4. purulent

VI. RESULTATS

1. Fréquence :

Du 1^{er} Janvier 2022 au 31 Décembre 2022 nous avons enregistré 25 femmes non enceintes en dehors de l'allaitement dans le service de gynéco / obstétrique et de département du CHU de Kati chez qui un écoulement mammaire anormal a été retrouvé. Soit une fréquence de 8,8% sur une période 12 mois.

2. Les caractéristiques socio démographiques des patientes :

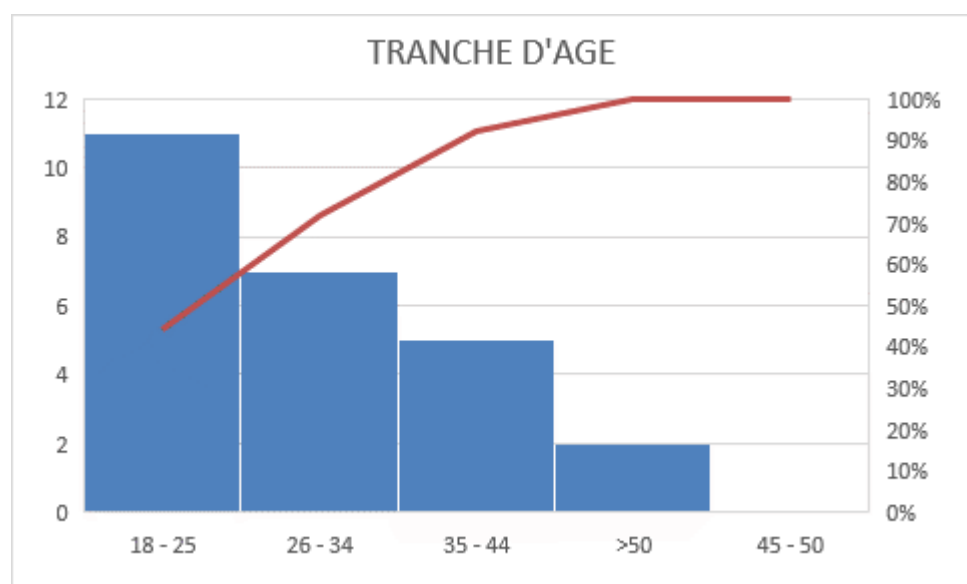


Figure 3 : répartition des patientes selon l'âge

La tranche d'âge 18 - 24 ans était la plus fréquente avec 11 patientes soit 44%.

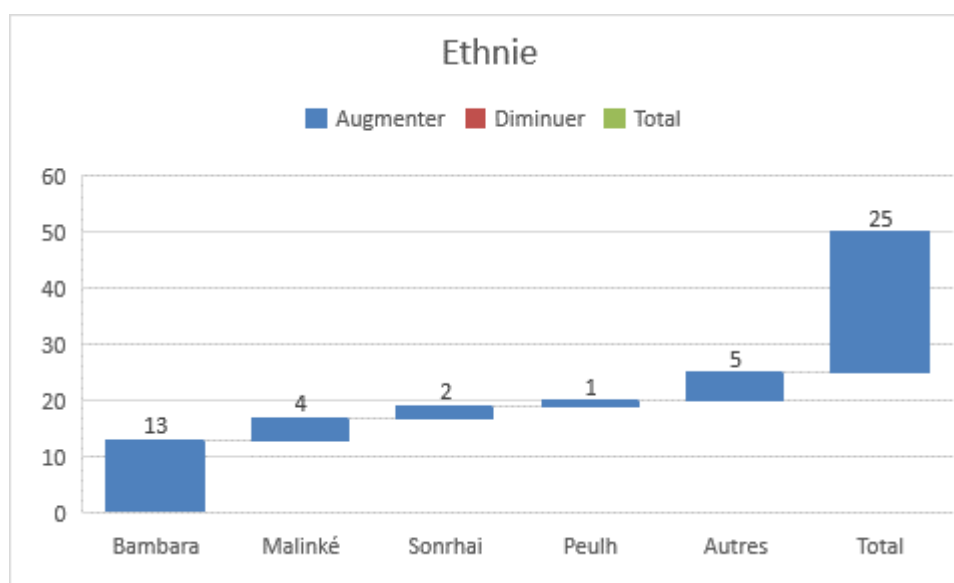


Figure 4 : répartition des patientes selon l'ethnie

Les bambaras étaient les plus représentés avec 13 patientes soit 52%.

Tableau III: Antécédents médicaux personnel de maladie du sein :

<i>CANCER SEIN MFK</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE%</i>
<i>Oui</i>	00	00
<i>Non</i>	25	100

Tableau IV: répartition des patientes selon la consommation d'alcool et de tabac :

<i>ATCD</i>		<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE%</i>
<i>ALCOOL</i>	OUI	00	00
	NON	25	100
<i>TABAC</i>	OUI	00	00
	NON	25	100

Il y'avait aucun antécédent personnel de pathologies du sein, ni de consommation d'alcool et de tabac chez ces patientes.

Tableau : V:répartition des patientes selon la méthode contraception utilisée.

<i>CONTRACEPTION</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE%</i>
<i>Hormonale</i>	10	40
<i>Mécanique</i>	00	00
<i>Pas de contraception</i>	15	60
<i>Total</i>	25	100

La méthode de contraception utilisée était hormonale essentiellement le jabelle et le dépôt provera.

Tableau VI: Antécédents familiaux de maladie du sein.

<i>ATCD FAMILLE</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE</i>	
<i>CANCER DU SEIN</i>	OUI	1	4
	NON	24	96
<i>MALADIES BENIGNES DU SEIN</i>	OUI	6	24
	NON	19	76

Six patientes avaient un antécédent familial de maladies bénignes du sein et une seule patiente avait un antécédent familial de tumeur maligne du sein.

3. Examen clinique des patientes :

Tableau VII: Répartition des patientes selon le motif d'admission.

<i>MOTIF</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE%</i>
<i>Désir d'enfants</i>	11	44
<i>Ecoulement mammaire</i>	4	16
<i>Mastodynie</i>	7	28
<i>Masse mammaire</i>	2	8
<i>Tuméfaction</i>	1	4

Les 2/3 des patientes ont consultés pour désir d'enfants

Tableau VIII : répartition des patientes selon le type de l'écoulement

<i>CARACTERES DE L'ECOULEMENT</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTAGE %</i>
<i>Lactescent</i>	18	72,0%
<i>citrin</i>	2	8,0%
<i>sanguinolent</i>	2	8,0%
<i>purulent</i>	3	12,0%
<i>Total</i>	25	100,0%

Les écoulements lactescents ont été retrouvés chez 72% des cas.

Tableau IX: Signes à l'examen physique :

Signes		Fréquence	Pourcentage %
Localisation de l'écoulement	Unilatérale	8	32
	Bilatérale	17	68
Ecoulement spontanée	9	9	36
Caractères	clair	18	72
	citrin	2	8
	sanguinolent	2	8
	purulent	3	12
Rétraction mamelonnaire		00	00
Nodule mammaire		3	12
Douleur à la palpation		8	32
ORIFICE d'écoulement	Uniorificiel	1	4
	Multiorificiels	24	96
Adénopathies		00	00
Ecoulement liquidien à la pression du mamelon		25	100

La totalité des patientes avaient un écoulement mammaire, qui était multiorificiels dans 96% des cas, bilatérale dans 68% des cas et accompagner de douleur dans 32% des cas.

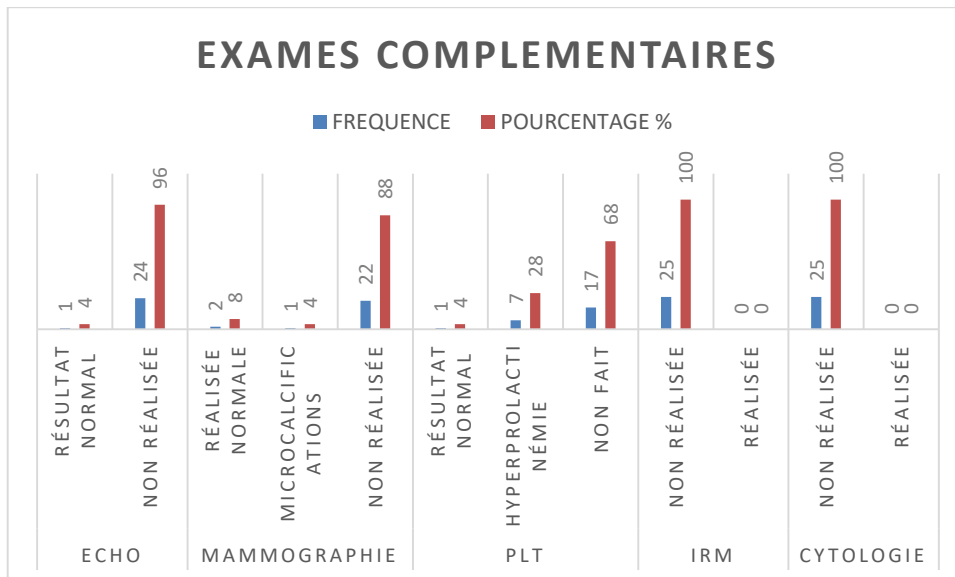


Figure 5: répartition des patientes selon le résultat des examens complémentaires.

Dans la grande majorité des cas, le bilan complémentaire n'a pas été réalisé.

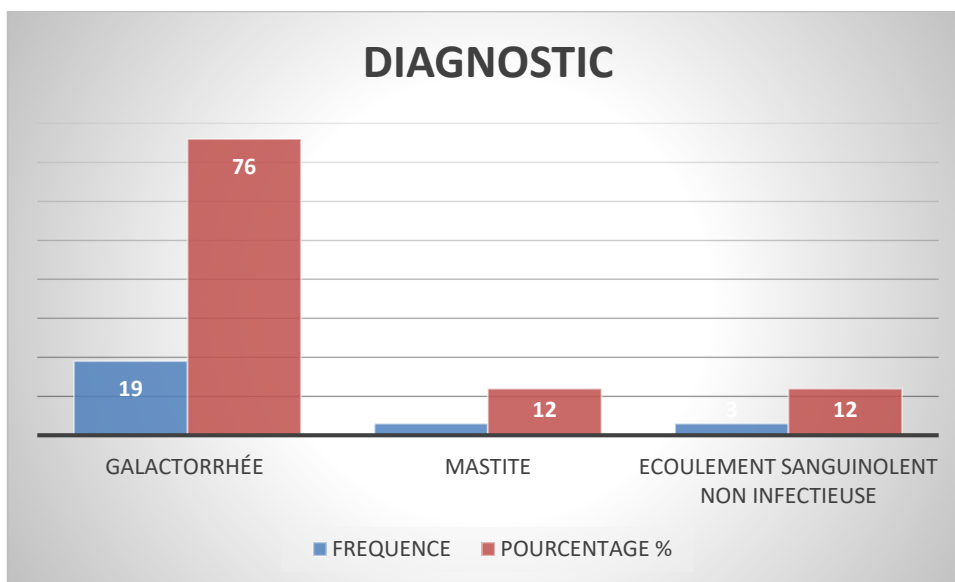


Figure 6: répartition des patientes selon le diagnostic.

La galactorrhée a été retrouvée dans 76% des cas suivis des mastites infectieuses.

4. Prise en charge des patientes :

Tableau X: répartition des patientes selon le traitement.

<i>TRAITEMENTS</i>	<i>FREQUENCE</i>	<i>POURCENTANGE %</i>
<i>Parlodel</i>	13	52
<i>Dostinex</i>	8	32
<i>Autres traitements</i>	18	72

Treize patientes ont reçu le parlodel, huit le dostinex dont 3 parmi elles ont reçues les deux médicaments selon le calendrier de leur rendez-vous et 18 au total ont reçues autre traitement de plus (clomid, acfol, antibiotique) avec un drainage chirurgical.

VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Approche méthodologique :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur les Femmes non enceintes, en dehors de la période d'allaitement et admises dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Kati.

Dans l'élaboration de ce travail nous avons rencontré des difficultés notamment dans la collecte des données et le suivi des patientes. Ces problèmes ont été résolus grâce au recours aux supports d'enregistrement des données au niveau du service de gynécologie/ Obstétrique, et du système d'information hospitalier (SIH).

2. Prévalence :

Du 1^{er} janvier 2022 au 31 Décembre 2022 nous avons enregistré **25 cas d'écoulement mammaire chez des femmes non enceintes, non allaitantes** dans le service de gynécologie / obstétrique du CHU de Kati sur un total de **2830** consultations externes. Soit une **fréquence de 8,8%** sur une **période de 12 mois**. Soit **1 cas** d'écoulement mammaire/100 consultations avec 0 cas de décès. **Une fréquence de 0,2% de mastodynies et 0,1% d'écoulement sanguinolent**. Il se rencontre chez **3 à 10%** des femmes qui consultent et la cause est le plus souvent bénigne selon **Boisserie Lcroix M et al. (8)**

3. Les caractéristiques socio démographiques et cliniques des patientes :

Répartition des patientes selon l'âge :

La tranche d'âge 18 à 25 ans était majoritaire dans notre étude soit 44% avec un âge moyen de 34 ans. Cette moyenne d'âge correspond à la période d'activité génitale très active et la vie de couple dans notre pays.

Nos résultats sont similaires à ceux de **Boisserie Lcroix M et al. (8)** qui trouvent que la fréquence de l'écoulement diminue avec l'âge, les patientes ayant un écoulement d'origine bénigne sont les plus jeunes (souvent moins de 40ans).

4. Répartition des patientes selon la fréquence de facteurs de comorbidité.

Il y'avait aucun antécédent personnel de pathologies du sein, ni de consommation d'alcool et de tabac chez ces patientes. Six patientes avaient un antécédent familial de maladies bénignes du sein et une seule patiente avait un antécédent familial de tumeur maligne du sein.

5. Répartition des patientes selon le motif de consultation

Les 2/3 des patientes ont consultés pour désir d'enfants.

La totalité des patientes avaient un écoulement mammaire, qui était multiorificiels dans 96% des cas, bilatérale dans 68% des cas et accompagner de douleur dans 32% des cas.

6. Répartition des patientes selon le résultat des examens complémentaires :

Dans la grande majorité des cas, le bilan complémentaire n'a pas été réalisé. La prolactinémie était l'examen le plus réalisé, les autres examens étant très peu ou même pas du tout réalisés pouvant s'expliquer par le manque de moyens financiers et la non disponibilité de certains de ces examens dans notre pays.

7. Prise en charge des patientes :

Treize patientes ont reçu le parlodel, huit le dostinex dont 3 parmi elles ont reçues les deux médicaments selon le calendrier de leur rendez-vous et 18 au total ont reçues autre traitement de plus (clomid, acfol, antibiotique). Dans notre étude nous avons réalisez un cas de pyradectomie.

Selon Garbay JR (12), la présence de cellules épithéliales, même régulières, à la cytologie est une indication opératoire. Si l'on ne tient compte que des cellules épithéliales suspectes, la spécificité est excellente (97%), mais la sensibilité reste faible (31%).

8. PRONOSTIC :

Dans notre étude nous avons trouvé une prévalance de 0,38% de galactorrhée dans un contexte d'infertilité du couple, une prévalence d'écoulement

sanguinolent de 0,1% et de 0,2% de douleurs mammaires. Le pronostic était favorable pour toutes les patientes avec un taux de létalité de 0% et survenue de grossesse pour certaines.

CONCLUSION :

La galactorrhée est un symptôme fréquent au cours des troubles du cycle menstruel et d'infertilité du couple. L'étiologie endocrinienne en est la plus fréquente (**44%**) des patientes nécessitant un traitement médicamenteux dans (**84%**) des cas. Les moyens d'exploration sont le plus souvent d'accès difficile et très coûteux dans les pays moins développés.

RECOMMANDATION :

Pour mieux connaître les causes, les types et améliorer la prise en charge des cas d'écoulement mamelonnaire en dehors de la grossesse et de l'allaitement, nous formulons les recommandations suivantes et s'adressant :

❖ Aux Femmes :

- D'apprendre l'auto examen des seins pour faciliter le diagnostic précoce des maladies du sein ;
- De consultez un professionnel de santé le plus tôt possible en cas d'écoulement mammaire ;

❖ Aux Autorités :

- La formation continue des prestataires qualifiées pour la prise en charge des pathologies du sein ;
- Une amélioration du plateau technique pour les moyens d'exploration des pathologies du sein ;
- Améliorer le plateau technique pour une prise en charge optimale des pathologies du sein.

❖ Aux Personnels Médical et Paramédical :

- Une collaboration collégiale dans la prise en charge des pathologies du sein.

Références

1. Boisserie-Lacroix M, Marie-Pierre D, Vittorio C, Foucauld C. Elsevier manson France. Écoulements mamelonnaires : Nouveaux standards, Unité de radiosénologie, institut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France, 18 avril 2019.
2. Perret F, Louis St. Clinique Des Ecoulements Mamelonnaires. Ouldamer, Chopier, Body, 2015 : 61-2
3. Jocelyne Chiquette MD, Jean-Charles Hogue PhD. la sénologie au quotidien. Centre des Maladies du Sein Deschênes-Fabia Hôpital du St-Sacrement CHU de Québec Québec, QC, Canada 2014,160: 14-17.
4. Bermenta H, Dolores M, Genevoisb A, Dacherb JN. Radiodiagnostic, La galacto-IRM : une nouvelle méthode d'exploration des écoulements mamelonnaires. Hôpital René-Huguenin, institut Curie, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France b Pôle imagerie médicale, CHU Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76000 Rouen, France Reçu le 16 février 2010 ; accepté le 9 février 2011 Disponible sur Internet le 21 avril 2011.
5. Dr Baron M, Dr Julien JP. Pathologies mammaires, Centre Henri Becquerel haute normandie.2021, 1-21.
6. Guide de pratique clinique étranger. Écoulement mamelonnaire (galactorrhée) et inflammation de la glande mammaire (mastite) CHEZ la femme qui n'allait pas (2000). Mise à jour le 09.08.2017 et adapté au contexte belge francophone le 19.12.2017- ebpraticenet.
7. Lacroix Triki M, Mery E. Cytologie d'un écoulement mamelonnaire : apports et limites. Service d'anatomie et de cytologie pathologique, institut claudius regaud Toulouse, la lettre du sénologue. 34- octobre – novembre – decembre 2006.
8. Boisserie Lcroix M, Boutet G, Lebiez Michel N, Cavigni P, Bentolila J, Laumonier H, Trillaud H. Ecoulements mamelonnaires : diagnostic sénologique. Unité de sénologie, service de radiologie du Pr H Trillaud, Hopital saint André,

CHU, 1, rue Jean-Burguet, 33075 Bordeaux. Cabinet de Gynécologie, 28, rue de Norvège, 17000 La Rochelle.

9. Mnif H, Ellouze S, Charfi S, Hakim L, Kosentini M, Khabir A, Sallemi T. La cytologie d'un écoulement mamelonnaire : aide précieuse au diagnostic des pathologies mammaires organiques. Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologique, département d'anatomie et cytologie. P08.

10. Ka S, Some R, Thiam J, Dieng MM, Diouf D, Gaye PM, Dem A. La pyramidectomie dans l'écoulement mamelonnaire pathologique à l'institut Joliot Curie de Dakar :2020,99 :1-10.

11. Lydia Choi MD. Écoulement mamelonnaire. Karmanos Cancer Center examen médical. Manuel MSD : Mars 2022.

12. Garbay JR. Conduite à tenir devant un écoulement mamelonnaire en dehors de la grossesse ou du post-partum. Fiche technique N°10. Département de chirurgie, service des Ardennes, IGR, 39, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif Cedex. La Lettre du Sénologue - nos 13-14 - 3e-4e trimestres 2001.

13. Ouldamer L, Kellal I, Legendre G, Ngô C, Chopier J, G. Body G Exploration d'un écoulement mamelonnaire du sein uni- ou bilatéral : bilatéral : recommandations. *Département de gynécologie, hôpital Bretonneau, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnellé, 37044 Tours France, Faculté de médecine François-Rabelais, 37044 Tours, France, Unité Inserm 1069, 37044 Tours, France, CESP Inserm U1018, service de gynécologie obstétrique, CHU d'Angers, 49000 Angers, France, Service de chirurgie cancérologique, gynécologique et du sein, hôpital européen Georges-Pompidou, le 3 novembre 2015.*

Annexes

FICHE D'ENQUETE

Fiche no

I. Données sociodémographiques

1) Nom :

2) Prénoms :

3) Âges :

4) Ethnie : (1 : Bambara, 2 : Sarakolé, 3 : malinké, 4 : sonrhäï, 5 : peulh, 6 : autres)

5) Adresse : (1 : Kati, 2 = Bamako, 3 = Autres)

6) Niveau d'instruction : (1 = supérieur, 2 = secondaire, 3 = primaire, 4 = non scolarisée)

7) Profession : (1 = fonctionnaire, 2 = ménagère, 3 = étudiante, 4 = commerçante)

8) Etat matrimonial : (1= mariée, 2 = célibataire, 3 = divorcée, 4 = veuve)

II. Antécédents

1. Personnel :

Inflammation du sein : (1= oui, 2= non)

MFK sein : (1= oui, 2= non)

Obésité : (1= oui, 2= non)

Consommation d'alcool : (1= oui, 2= non)

Consommation de tabac : (1= oui, 2= non)

Pesticide : (1= oui, 2= non)

Sédentarité : (1= oui, 2= non).

Men arche :

Cycle : (1= régulier, 2= irrégulier)

Durée des règles :

Dysménorrhées : ... (1 = oui, 2 = non)

Première grossesse : (1 = oui, 2 = non)

Age ménopause : (1= avant 40 ans, 2= avant 45 ans, 3= après 45 ans, 4= non ménopausée)

Contraception : (1 = hormonale, 2= mécaniques, 3 = sans contraception)

Traitement pour stérilité : (1 = oui, 2 = non)

Gestité : (1= nulligeste, 2= primigeste, 3= multigeste)

Parité : (1= nullipare, 2= primipare, 3= multipare)

Allaitement : ... (1= oui, 2= non)

Avortement : (1= spontané, 2 = clandestin, 3 = non)

2. Familiaux :

Cancer du sein : (1= oui, 2= non)

Pathologies bénignes du sein : (1= oui, 2= non)

III. Admission :

Date d'admission :

Mode : (1 = venue d'elle-même, 2 = référée / évacuée)

IV. Données cliniques à l'admission :

1) Interrogatoire :

Motif d'admission :

Mode de début de l'écoulement : (1=brutale, 2= progressive)

Caractères : (1=abondant, 2 = lactescent, 3 = citrin, 4 = sanguinolant, 5 = purulent)

Localisation : (1= unilatérale, 2= bilatérale)

Orifice d'écoulement : (1= uniorificiele, 2=multiorificiele)

Spontané : (1=oui, 2= non)

Isole : (1 oui, 2= non)

Autres signes cliniques :

2) Examen clinique :

TA...../..... mm hg

Poids : kg

T°..... °c

Π : pul/ mn

Fr: Cycle/mn

✓ Inspection:

Retraction mamélonnaire ou cutanée: ... (1= oui, 2 = non)

Orifice de fistulisation: (1 = unique, 2 = multiples)

Inflammation: (1 = oui, 2 = non)

✓ Palpation:

Nodules: ... (1= oui, 2= non)

Douleurs :.... (1= oui, 2= non)

Ganglions: (1= absents, 2 = axillaries, 3 = sous clavières)

Compression centripète de la glande: (1= écoulement, 2= pas d'écoulement)

3) Examens para cliniques :

✓ **Echographie** : (1= ectasie, 2= kystes. 3= nodule echogène, 4 = non réalisée, 5 = normale)

✓ **Mammographie** : (1= normale, 2= micro calcifications, 3= macrocalcifications, 4 = non réalisée,)

✓ **Galactographie** : (1= Ecoulement uniorificiel, 2= écoulement multiorificiel, 3 = dilatation galactophorique, 4 = lacune galactophorique, 5 = amputation galactophorique, 6 = arbre galactophore irrégulier, 7 = non réalisée)

✓ **IRM** : (1 = normal, 2 = rehaussements non-masse de type canalaire, 3 = Zones focales homogènes, 4 = rehaussements de distribution segmentaire ou régionale, 5 = non réalisée)

✓ **Cytologie** : (1 = normal, 2 = cellules spumeuses, 3 = cellules glandulaires cohesives, 4 = cellules néoplasiques, 5 = non réalisée)

✓ **Prolactinémie** :(1= normale, 2= élevée, 3 = non réalisée)

V.Diagnostic: (1= ectasie canalaire, 2= papilloma intra canalaire, 3= carcinoma intra canalaire, 4= galactophorite aigue ou subaigue, 5= galactorrhee, 6 = autres diagnostic)

VI. Traitement :

Arrêt facteurs de stimulation : (1= oui, 2= non, 3= absent)

Arrêt médicament en cause : (1= oui, 2= non, 3 = absent)

Traitement médicamenteux : (1 oui, 2= non)

Parlodel 2,5 mg : (1= oui, 2= non)

Dostinex : (1= oui, 2= non)

Autres traitements : (1= oui, 2= non)

Traitement chirurgical : (1= non, 2= pyramidectomie, 3 = mastectomie).

Evolution :

Fiche Signalétique :

Nom : Dembélé

Prénom : Seko

Titre : épidémiologie des écoulements mamelonnaires en dehors de la grossesse et de l'allaitement : (Fréquence, différents types et étiologies).

Mémoire de fin de formation : 2021- 2022

Ville de Mémoire : Kati

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique, santé public.

N° tél : 64757962 / 79188144

E-Mail: dsekohas @yahoo.fr

Résumé :

Par « écoulement mamelonnaire », on entend une fuite de liquide laiteux (vert, marron, jaune), aqueux ou sanglant au niveau du mamelon. (6)

La galactorrhée est l'écoulement de lait par le mamelon en l'absence de grossesse et à distance de l'allaitement (> 6 mois).

Nous avons mené une étude transversale sur une période de 12 mois portant sur l'étude épidémiologique des écoulement mamelonnaires en dehors de la grossesse et de l'allaitement pris en charge dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Kati.

Durant cette période, nous avons enregistré **25 cas** d'écoulements mamelonnaires en dehors de la grossesse et d'allaitement sur un total de 2830 consultations. Soit une **fréquence de 8,8%**.

Les signes fonctionnels sont dominés par l'écoulement laiteux (44%), les troubles du cycle survenus dans un contexte d'infertilité nécessitant un traitement médicamenteux avec le Parlodel (52%) et le Dostinex (32%).

Mots clés : écoulement mamelonnaire, types, période, étiologies.