

## UN CAS DE PREMATURE TELARCHE OBSERVE A L'HOPITAL JOSEPH RASETA BEFELATANANA D'ANTANANARIVO

Raherison RE<sup>1\*</sup>, Rakotomalala LH<sup>2</sup>, Razanamparany T<sup>1</sup>, Andrianasolo RL<sup>1</sup>, Rakotomalala ADP<sup>3</sup>

1. Service d'Endocrinologie de l'Hôpital Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo. Madagascar
2. Service de Pédiatrie de l'Hôpital Mère Enfant de Tsaralalàna d'Antananariv. Madagascar o
3. Service d'Endocrinologie - Cardiologie de l'Hôpital Mahavoky Atsimo. Faculté de Médecine. Mahajanga. Madagascar

\* Auteur correspondant :

Raherison RE

Email : [rjaherison@yahoo.fr](mailto:rjaherison@yahoo.fr)

### RESUME

**Introduction :** La prémature télarche correspond au développement mammaire isolé non accompagné d'autres signes clinico-biologiques pubertaires, avant l'âge de 8 ans, chez la fille. Notre objectif était de décrire les aspects cliniques et paracliniques de cette anomalie à travers un cas.

**Observation :** Une fille âgée de 21 mois avait présenté spontanément un développement mammaire bilatéral confirmé à l'échographie mammaire. Elle ne présentait aucun autre signe pubertaire clinique. Les taux sanguins des hormones gonadotropes et ovariennes n'étaient pas en faveur d'un début de puberté. De même, l'échographie abdomino-pelvienne retrouvait un utérus et des ovaires impubères. Ce qui a permis de porter le diagnostic de prémature télarche. Aucune étiologie n'a été retrouvée.

**Conclusion :** Une télarche avant l'âge de 8 ans pose un problème de diagnostic. Elle nécessite un examen clinique minutieux et des bilans hormonaux et iconographiques à la recherche de signe de développement pubertaire afin de pouvoir faire la différence entre une puberté précoce nécessitant une prise en charge spécifique et une simple prémature télarche le plus souvent spontanément régressive.

**Mots-clés :** télarche, œstradiol, LH, FSH, impubère.

## INTRODUCTION

---

Le début du développement mammaire ou télarche constitue le premier signe de la puberté normale chez la fille [1]. Physiologiquement, la télarche débute en moyenne vers l'âge de 10,5 ans avec une variabilité physiologique de 8 ans à 13,5 ans. Elle s'accompagne d'un développement de la pilosité pubienne ou pubarche, des modifications vulvaires et des organes génitaux internes, et un peu plus tard, de l'apparition des premières règles ou ménarche [1]. Puis vont s'ensuivre l'accélération de la vitesse de croissance et celle de l'âge osseux, la soudure des cartilages de croissance et finalement l'arrêt de la croissance.

Ces modifications physiologiques sont liées à la mise en route de l'axe hypothalamo-hypophysio-ovarien (AHHO) qui permet la stimulation ovarienne et la sécrétion d'œstradiol [2].

Le développement mammaire avant l'âge de 8 ans engendre toujours des craintes pour la famille et pose un problème de diagnostic pour le clinicien. S'agit-il d'un signe de puberté précoce avec des conséquences néfastes tant physiques que psychologiques ou d'une simple prématurité télarche, phénomène transitoire sans retentissement ultérieur sur le développement pubertaire et sans risque tumoral? La distinction entre ces deux entités est primordiale afin de planifier le suivi de la patiente et prendre à temps la bonne décision thérapeutique qui s'impose.

Nous rapportons un cas de prématurité télarche et apportons les éléments du

diagnostic. A notre connaissance, aucun cas malgache n'a été décrit.

## OBSERVATION

---

La patiente était une fille âgée de 21 mois amenée par ses parents pour un développement mammaire bilatéral depuis 2 mois. Elle n'avait suivi aucune diététique particulière. Elle n'avait aucun antécédent personnel ni familial notable. Sa mère n'utilisait aucune méthode contraceptive notamment hormonale.

L'examen physique montrait des seins augmentés de volume, classés stade II de TANNER, fermes, élastiques, réguliers et non sensibles (Figure 1). Le sein droit mesurait, en effet, 35 x 35mm et le sein gauche 30 x 40mm. Il n'y avait ni pilosité pubienne ni pilosité axillaire ni modification vulvaire. Sa taille était de 77cm, son poids de 9 kg.

Elle ne présentait aucun morphotype particulier. Aucun signe en faveur d'une dysthyroïdie n'a été observé.



**Figure 1 :** Augmentation bilatérale des seins

Biologiquement, les bilans hormonaux étaient normaux [Follicle Stimulating Hormone (FSH) : 3,78 mUI/mL, Luteinizing Hormone (LH) : 0,09 mUI/mL, rapport LH/FSH : 0,02, Œstradiol : 1,3 pg/mL, Prolactine : 8,91 ng/mL, Thyroid Stimulating Hormone (TSH) : 1,17 µUI/mL, Thyroxine Libre (T<sub>4</sub>L) : 15,19 pmol/L].

L'échographie mammaire retrouvait une prolifération bilatérale des glandes mammaires, sans nodule ni collection liquidienne ni adénopathie satellite. L'échographie abdomino-pelvienne retrouvait un utérus et des ovaires impubères. Par ailleurs, aucune masse ovarienne ni surrénalienne suspecte n'était découverte.

L'âge osseux estimé à partir de la radiographie du poignet et de la main gauche correspondait à l'âge chronologique.

Aucun traitement n'a été entrepris.

## DISCUSSION

L'observation que nous venons de rapporter représente un cas de prématurité télarche. En effet, il s'agit du développement uni ou bilatéral des seins, sans bombement des aréoles, chez une fillette en général de 1 à 3 ans ne présentant par ailleurs aucun autre signe clinique de développement pubertaire. Sur le plan biologique, les résultats des examens hormonaux sont de types impubères avec taux d'œstradiol inférieur à 10 pg/mL et pic de LH inférieur à 6mUI/mL. L'échographie pelvienne montre des organes génitaux internes impubères et l'âge osseux n'est pas en avance, au moins par rapport à l'âge statural [2].

Son incidence est de 21 pour 100000 personnes par an [3]. Elle est plus fréquente dans les deux premières années de vie avant la deuxième inhibition de l'AHHO [4].

Le mécanisme pathogénique n'est pas encore complètement élucidé. Des hypothèses portant sur des facteurs hormonaux endogènes ont été émises telles une augmentation de la sensibilité mammaire aux œstrogènes [4], une augmentation du taux d'œstradiol en rapport avec l'activation temporaire et partielle de l'AHHO avec sécrétion prédominante du FSH [5] ou une sécrétion temporaire d'œstrogènes par un kyste folliculaire de l'ovaire [5], d'une part. D'autre part, l'exposition exogène à des hormones telles les œstrogènes et d'autres stéroïdes anabolisants retrouvés dans certains aliments ont été incriminés [6]. Rarement, la prématurité télarche figure parmi les conséquences d'une hypothyroïdie primaire profonde [7] dont les mécanismes pourraient être une augmentation de la sécrétion hypophysaire de TSH et de la prolactine sous l'effet de la Thyrotropin Releasing Hormone (TRH) ou une action de la TSH élevée sur les récepteurs hormonaux de la FSH en raison de leurs similitudes moléculaires [8]. De notre côté, nous n'avons pas retrouvé de cause évidente à cette prématurité télarche, tout comme dans les observations rapportées par Mills et al [9]. Toutefois, la prématurité télarche reste le plus souvent un épiphénomène sans valeur pathologique, sans retentissement sur le développement pubertaire ultérieur et sans risques ultérieurs de pathologie mammaire bénigne ou maligne [3]. Aucun traitement n'est souvent nécessaire et elle peut régresser

complètement surtout si la glande mesure moins de 50 mm de diamètre [10].

Dans tous les cas, à l'affût d'un signe de puberté précoce, une surveillance clinique régulière doit être réalisée, et les explorations paracliniques répétées si besoin.

## CONCLUSION

---

Un développement mammaire avant l'âge de 8 ans nécessite la recherche clinique et paraclinique de signes de développement pubertaire. Associé à de tels signes, il s'agit vraisemblablement d'une puberté précoce nécessitant une prise en charge particulière. Isolé, il s'agit d'une probable prémature télarche comme nous venons de rapporter, souvent spontanément régressive mais qui nécessite toutefois une surveillance régulière, essentiellement clinique et au besoin paraclinique.

## REFERENCES

---

1. Lebrethon MC, Bourguignon JP. Les mécanismes du déclenchement pubertaire : signaux périphériques, hypothalamiques et environnementaux. *Act Méd Int Métabolismes - Hormones – Nutrition*. 2001;5(3):101-6.
2. Colle M, Despert F. Les anomalies de la puberté chez la fille. *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie*. 2013;15(Suppl4):301-7.
3. Bosenge NJD, Maindo AMA, Likilo O, Neema U, Juakali SKV, Modia O et al. Premature thelarche : quoi de neuf ? *KisMed*. 2017;7(Suppl 2):305-7.

4. Borges MF, Pacheco KD, Oliveira AA, Rita CVC, Pacheco KD, Resende EAM et al. Premature thelarche Clinical and Laboratorial Assessment by immunochemiluminescent Assay. *Arq Bras Endrocrinol Metab*. 2008;52(Suppl 1):93-100.
5. Illicki A, Prager LR, 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. Bongiovanni AM. An epidemic of premature thelarche in Puerto Rico. *J Pediatr*. 1983; 103(Suppl 2):245-6.
7. De Silva NK, Brandt ML. Disorders of the breast in Children and Adolescent, Part 1. Disorders of growth and infection of the breast. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006; 19:345-9.
8. Yassine A, Benbouchta F, Moussaid R, Kriouille Y, Imane Z. Une étiologie rare de la puberté précoce : l'hypothyroïdie primaire. *Ann Endocrinol*. 2015;76 (Suppl 4):499-500.
9. Mills JL, Stolley PV, Davies J, Moshang T. Premature thelarche. Natural history and etiologic investigation. *Am J Dis Child*. 1981;135:743-5.
10. Lansac J, Lecompte R, Marret H. *Gynécologie pour le praticien*. Paris: Elsevier/Masson; 2012.