

Introduction

La gynécomastie se définit par une hyperplasie du tissu mammaire chez l'homme, secondaire à un déséquilibre de la balance entre les œstrogènes/testostérone. C'est une affection fréquente et les étiologies sont nombreuses.

Objectif

L'objectif de notre étude est d'étudier les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques des gynécomasties afin d'améliorer sa prise en charge.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 70 patients, menée au service d'Endocrinologie du CHU Hassan II de Fès sur une période de 8 ans.

Résultats

Il s'agit de 70 patients présentant une gynécomastie. L'âge moyen était de 34,28 ans avec des extrêmes d'âge allant de 13 ans à 79 ans. La gynécomastie était diagnostiquée après une évolution moyenne de 3 ans.

La gynécomastie était bilatérale dans 57,14% des cas. 64,7% des patients présentait une gynécomastie stade II, 14,7% stade I et 20,6% stade III.

Concernant les étiologies, la gynécomastie pubertaire était trouvée dans 32,69% des cas, l'hypogonadisme dans 17,3%, une gynécomastie sénile dans 11,53% des cas ; d'origine toxique dans 5,76% des cas; médicamenteuse dans 9,61% des cas, idiopathique dans 19,23% des cas et 1,92% des cas présentait une tumeur testiculaire et une hyperthyroïdie pour chacun.

Pour la prise en charge thérapeutique, 32% des patients ont bénéficié d'un traitement chirurgical, 28% d'un traitement médical; l'abstention avec surveillance dans 28% des cas et l'arrêt du médicament en cause dans 10% des cas. Une chirurgie pour tumeur testiculaire a été réalisée chez 1 patient.

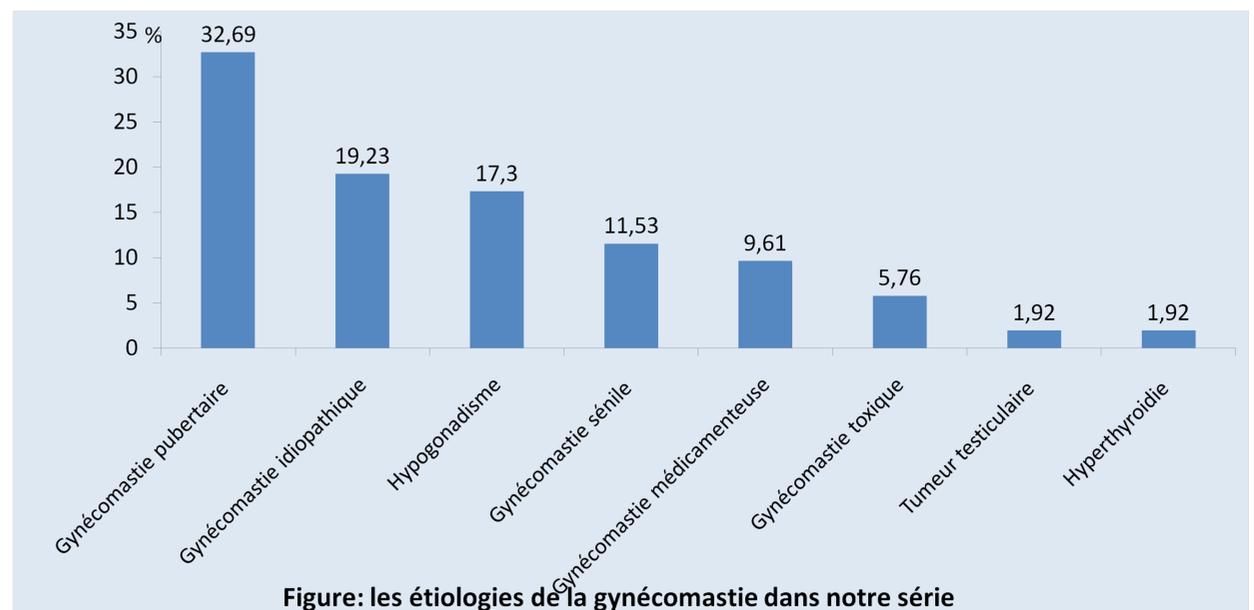


Figure: les étiologies de la gynécomastie dans notre série

Discussion

La gynécomastie correspond à la prolifération bénigne du tissu glandulaire mammaire dans le sexe masculin. Elle est la conséquence d'un déséquilibre des influences respectives des androgènes et des estrogènes en faveur de ces derniers [1].

Elle est le plus fréquemment bilatérale et asymétrique (84 %), mais peut être unilatérale (14 %) ou bilatérale symétrique (2 %) [2].

Les fréquences respectives des différentes causes de gynécomastie doivent être prises en compte. De 15 % à 20 % des gynécomasties de l'adulte jeune correspondent à des gynécomasties pubertaires incomplètement résolutes. Environ 25 % des gynécomasties de l'adulte sont d'origine médicamenteuse. Un hypogonadisme plus ou moins profond est retrouvé dans 9 % des cas. Les origines tumorales s'observent dans 6 % des cas. Pour 15 %, les gynécomasties relèvent d'autres causes aussi diverses qu'insuffisance hépatique, phénomène de renutrition, hyperthyroïdie, etc. Le reste, soit 30 % des gynécomasties, demeure sans cause identifiable au terme d'une enquête étiologique exhaustive [3]. Dans une autre étude de 26 cas, l'exploration a trouvé 12 cas de gynécomastie pubertaire, 5 cas d'hypogonadisme, 3 cas de tumeurs testiculaires, 2 cas sénile, un cas de d'adénome à prolactine, 2 cas de prise médicamenteuse [4].

Les modalités du traitement de la gynécomastie installée dépendent du résultat de l'enquête étiologique.

Conclusion

La gynécomastie est une pathologie fréquente souvent bénigne mais qui peut constituer le seul signe clinique d'une atteinte endocrinienne ou tumorale, d'où l'intérêt d'explorer toute gynécomastie.

Références

- [1] Menon S, Kuhn J-M. Gynécomastie. EMC - Endocrinologie-Nutrition 2009;1-11.
- [2] Charlot M, Béatrix O, Château F, Dubuisson J, Golfier F, Valette P.J, Réty F. Pathologie du sein chez l'homme. Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle 2012; Vol 94 - N° 1:26-36.
- [3] Braunstein GD. Gynecomastia. N Engl J Med 1993; 328: 490-5.
- [4] Mazouzi H. Les étiologies des gynécomasties . 2008; Vol 33 - N° Hs1: P 283.