

Gynécomastie chez l'enfant

N. Belhamri, I. Boubagura ,G .El Mghari, N .El Ansari

Service d’endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU Mohamed VI, Laboratoire PCIM, FMPM

INTRODUCTION

❑ La gynécomastie est une hypertrophie de la glande mammaire due à un déséquilibre entre androgènes et œstrogènes. Ses étiologies sont multiples, la principale étant idiopathique suivie des causes iatrogènes, tumorales et de l’hypogonadisme essentiellement. L’hyperaromatisation des androgènes reste une cause exceptionnelle. Nous rapportons à ce propos le cas d’un enfant de 9 ans, admis pour prise en charge d’une gynécomastie unilatérale stade 2, confirmée radiologiquement, évoluant depuis l’âge de 8 ans.

Objectif :

❑ Relever les caractéristiques clinicobiologiques et de l’imagerie du patient consultant pour gynécomastie afin de mettre en route une démarche diagnostique.

RESULTATS

Aymane ,9 ans , aux antécédents familiaux d’obésité sans gynécomasties dans la famille , admis pour prise en charge d’une gynécomastie unilatérale stade 2, confirmée radiologiquement, évoluant depuis l’âge de 8 ans, sans autres signes associés notamment pas de micropénis et sans avance de l’âge osseux.

Bilan hormonal :
*FSH = 0.1 UI/l , LH = 0.3 , test osterone =0.03
* prolactinémie et b HCG : normaux .
*TSH =0.27 , T4= 13pmol/l



Figure 1 : Gynécomastie stade II



Figure 2 : Echographie testiculaire normal



Figure 3 : Echographie mammaire normal

DISCUSSION

- ❑ L’hyperactivité de l’aromatase est une cause rare de gynécomastie due dans ce cas à une hyperaromatisation des androgènes au niveau des tissus périphériques (glande mammaire, graisse, peau...).
- ❑ Elle reste un diagnostic d’élimination, évoquée essentiellement devant un bilan hormonal normal ou un rapport œstradiol/testostérone élevé mais aussi devant des cas similaires dans la famille (transmission autosomique dominante ou récessive liée au sexe) et un tableau clinique apparaissant au moment de l’adrénarchie.
- ❑ Ces trois critères sont réunis chez notre patient ce qui nous a permis d’évoquer le diagnostic.
- ❑ La prise en charge repose, d’une part, sur la chirurgie réparatrice surtout devant le retentissement psychologique sur l’enfant et sa famille. D’autre part, les inhibiteurs de l’aromatase sont un moyen d’éviter les récives.
- ❑ Enfin, la prise en charge psychologique reste essentielle dans ces cas.
- ❑ Même si la gynécomastie péri-pubertaire est l’étiologie la plus fréquente, la gynécomastie peut révéler ou accompagner une affection grevant le pronostic vital.

CONCLUSION

❑ La gynécomastie est une situation clinique peu fréquente, elle peut être un signe de maladie sous jacente. Une évaluation clinique associée à un bilan initial minimal guide le diagnostic étiologique. Le traitement médical quoi que son efficacité est controversé sera préféré au début de la gynécomastie, la chirurgie est indiquée chez lez enfants ayant une gynécomastie persistante gênante sur le plan esthétique.

BIBLIOGRAPHIE

[1] [Schanz S¹](#), [Schreiber G²](#), [Zitzmann M³](#), [Krapohl BD⁴](#), [Horch R⁵](#), [Köhn FM⁶](#). S1 guidelines: Gynecomastia in adults. [J Dtsch Dermatol Ges](#). 2017 Apr;15 (4):465-472

[2] Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. N Engl J Med. 2007;357(12):1229-37.

[3] [Neslihan Cuhaci](#), [Sefika Burcak Polat](#), [Berna Evranos](#), [Reyhan Ersoy](#), and [Bekir Cakir](#). Gynecomastia: Clinical evaluation and management. [Indian J Endocrinol Metab](#). 2014 Mar-Apr; 18(2): 150–158.

[4]Harmeet Singh Narula, MD, Harold E. Carlson, MD*. Gynecomastia. Endocrinol Metab Clin N Am 36 (2007) 497–519.

[5] Daniels IR, Layer GT. Gynaecomastia. Eur J Surg. 2001;167:885–92.