

ITEM 246 (ex-244) : GYNÉCOMASTIE

Gynécomastie = hyperplasie du tissu mammaire chez l'homme : fréquente, uni- ou bilatérale

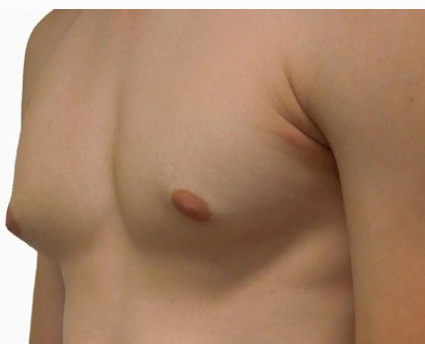
- Physiopathologie : même potentialité de développement dans les deux sexes. Chez l'homme, 80% des œstrogènes sont produits par aromatisation de la testostérone ou de la delta-4-androstènedione.

- Secondaire à un **déséquilibre testostérone/œstrogène** : par \searrow testostérone, \searrow fraction libre de testostérone (\nearrow de la TeBG ou SHBG), \nearrow production d'œstrogène, \nearrow aromatisation des androgènes en E2 et/ou \searrow sensibilité des récepteurs aux androgènes

- Cause : principalement **médicamenteuse** (25%) ou **idiopathique** (25%), ou **pubertaire** (15%), **hypogonadisme** (10%)...

<i>Etiologie</i>	Cause physiologique	<ul style="list-style-type: none"> - Néonatale : 2/3 des nouveau-nés, due aux œstrogènes maternels \rightarrow régresse en 2 à 4 semaines - Puberté : \nearrow production d'androgènes dont l'aromatisation aboutit à \nearrow transitoire d'œstrogènes, dès 10 ans, peut durer jusqu'à 20 ans \rightarrow persiste dans 10% des cas - Sujet âgé : déficit androgénique lié à l'âge et augmentation de la masse grasse (\nearrow aromatisation), fréquent après 65 ans, à explorer tout de même 		
	Déficit en testostérone	Hypogonadisme hypergonadotrope	Signes d'hypogonadisme	<ul style="list-style-type: none"> - Testicules atrophiés, mous - \searrow musculature, \searrow pilosité, peau fine et ridée, cheveux fins et soyeux - Impuissance : dysfonction érectile, baisse de libido - Infertilité
			Bilan	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan hormonal : testostérone \searrow avec FSH/LH \nearrow - Spermogramme : azoospermie sécrétoire - Biopsie testiculaire : absence de cellules germinales, hyperplasie des cellules de Leydig \rightarrow Caryotype indispensable
			Syndrome de Klinefelter	<ul style="list-style-type: none"> = Caryotype 47, XXY : cause la plus fréquente - Aspect eunuchoïde, grande taille, signes d'hypogonadisme à la puberté - Risque : cancer du sein, maladie thromboembolique, diabète
			Autres causes	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Delachapelle = 46, XX avec translocation du gène SRY : associée à des anomalies des OGE (hypospadias, cryptorchidie) - Chirurgie ou torsion bilatérale, orchite, chimiothérapie, radiothérapie - Déficit androgénique lié à l'âge - Médicament anti-androgène : acétate de cyprotérone, spironolactone
	Insuffisance gonadotrope	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme - Bilan hormonal : testostérone basse avec FSH/LH inadaptée (normale ou basse) \rightarrow IRM hypothalamo-hypophysaire + dosage de prolactine 		
Cause		<ul style="list-style-type: none"> - Hémochromatose - Anorexie mentale - Hyperprolactinémie - Syndrome de Cushing - Syndrome de Kallmann-De Morsier - Insuffisance antéhypophysaire : adénome hypophysaire... - Analogues de la GnRH : enantone, décapeptyl 		
\searrow Fraction libre de testostérone par \nearrow de SHBG	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme - Biologie « paradoxale » : testostérone normale avec \nearrow LH \rightarrow dosage de SHBG (TeBG) \nearrow 			
	Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperthyroïdie - Insuffisance hépato-cellulaire (cirrhose) - Syndrome de renutrition - Insuffisance rénale chronique 		

Etiologie	Hyperœstrogénie	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme (souvent partiel) - Bilan hormonal : - Hyperœstradiolémie absolue (de base) ou après test à l'hCG - LH effondrée avec testostérone normale ou diminuée → Echographie testiculaire, puis scanner surrénalien en 2nd intention 	
		Tumeur testiculaire	<ul style="list-style-type: none"> = Production d'œstradiol ou d'hCG + aromatasé tumorale - Leydigome ou tumeur des cellules de Sertoli - Gonadoblastome : tumeur des cellules germinales (FdR : cryptorchidie) - Autre tumeur hypersécrétante d'hCG : choriocarcinome testiculaire ou germinome hypothalamique
		Tumeur surrénalienne	<ul style="list-style-type: none"> = Tumeur surrénalienne féminisante ou corticosurrénalome malin - Syndrome de Cushing - ↗ des précurseurs surrénaliens : DHEA, SDHA, 17-hydroxyprogestérone, Δ4-androstenedione
	Aromatisation des androgènes en E2	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme - Bilan hormonal : hyperœstradiolémie modérée, LH ↘↘, testostérone normale ou diminuée → Diagnostic à évoquer après avoir éliminé une cause d'hyperœstradiolémie tumorale 	
		Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit androgénique lié à l'âge - Surpoids, obésité - Insuffisance hépatocellulaire - Tumeur testiculaire ou sécrétant de l'hCG - Hyperexpression familiale (rare) : dès l'enfance
	↘ Sensibilité des récepteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme - Bilan hormonal : testostérone ↗ avec œstradiol ↗ et LH ↗ 	
Cause		<ul style="list-style-type: none"> - Anti-androgène - Résistance aux androgènes : complète (pseudohermaphrodisme masculin) ou partielle 	
Excès conjoint de testostérone et œstradiol	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome d'hypogonadisme - Bilan hormonal : testostérone ↗ avec estradiol ↗ et LH ↘↘ 		
	Cause	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeur sécrétrice d'hCG : choriocarcinome ou séminome, testiculaire ou d'autre localisation (germinome hypothalamique, tumeur hépatique, tumeur bronchique...) - Prise d'androgène aromatisable : traitement, dopage 	
Idiopathique	= Aucune cause retrouvée : dans 25% des cas		
Diagnostic	C	<ul style="list-style-type: none"> - Tuméfaction rétro-aréolaire : centrale, uni- ou bilatérale, sensible et ferme à la palpation - Possible galactorrhée (écoulement laiteux) → en faveur d'une hyperprolactinémie - Sans adénopathie satellite → 3 stades : stade 1 = soulèvement du mamelon, stade 2 = intermédiaire, stade 3 = sein féminin 	
	PC	<ul style="list-style-type: none"> = Mammographie ± échographie : affirme le diagnostic, élimine un cancer du sein (< 1%) - Dendritique : opacité dense, hétérogène, contours réguliers en avant/irrégulier en arrière - Nodulaire : opacité dense homogène à contours réguliers en arrière du mamelon, de petit volume - Sein de femme 	
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - Adipomastie : excentrée vers le grand pectoral, bilatérale, insensible, molle et grenue à la palpation → pas d'excès de tissu glandulaire retrouvé par mammographie ou échographie - Tumeur du sein : gynécomastie excentrée, indurée, fixée au plan profond, associée à une déformation du mamelon, voire un écoulement sanglant, ADP satellite → argument diagnostique par mammographie ou échographie 	



Gynécomastie

Diagnostic	Bilan étiologique	Int	Prise médicamenteuse et toxique	<ul style="list-style-type: none"> - Anti-androgènes : acétate de cyprotérone (Androcur®), spironolactone (Aldactone®) - Antibiotiques et antiviraux : kétoconazole (Nizoral®), thérapie anti-VIH - Agonistes du GnRH - Stéroïdes sexuels : androgène et œstrogènes, stéroïdes anabolisants, hCG - Psychotrope (par hyperprolactinémie) : rispéridone, halopéridol, amisulpride, olanzapine, chlorpromazine, amitriptyline, imipramine, clomipramine - Antibiotique : isoniazide (Rimifon®), métronidazole (Flagyl®) - Antiulcéreux : cimétidine, ranitidine, oméprazole - Chimiothérapie : agent alkylant - Drogue : amphétamine, alcool, héroïne, méthadone, cannabis
		C		<ul style="list-style-type: none"> - IMC - Caractères sexuels primaires et secondaires : recherche de syndrome hypogonadique - Palpation testiculaire systématique : éliminer un cancer testiculaire avec sécrétion d'hCG - Recherche systématique d'ostéoporose (± fractures)
		PC		<ul style="list-style-type: none"> → Indispensable (en l'absence de cause physiologique évidente) pour éliminer une cause tumorale - Bilan hormonal minimal : testostéronémie totale, LH, FSH, hCG, prolactine, œstradiol + TSH et T4L - Echographie testiculaire systématique
TTT	Gynécomastie pubertaire	<ul style="list-style-type: none"> - Abstention : disparition spontanée dans la plupart des cas à 18 ans - En cas de persistance après 18 ans, sans cause retrouvée : exérèse du tissu glandulaire 		
	Gynécomastie idiopathique	Traitement hormonal	<ul style="list-style-type: none"> → Dans les 12 mois : phase proliférative de la gynécomastie, avant la phase fibreuse - Androgène non aromatisable (dihydrotestostérone) par voie percutanée en application sur la gynécomastie. Souvent efficace sur les douleurs. 	
		Chirurgie plastique	<ul style="list-style-type: none"> = En cas d'échec du traitement hormonal à 3 mois ou de gynécomastie fibreuse persistante après traitement étiologique 	