



Prise en charge des gynécomasties

Gynecomastia support

بالجنكماستيا التكفل

K. Bourra, L. Cherkab, L. Bensaida, S. El mazouz, N. Gharib, A. Abassi, A. Belmahi

الملخص :

مقدمة : الجنكماستيا عبارة عن تشنج خلوي أحادي أو ثنائي الجانب اللا سرطاني لغدة الثدي عند الإنسان. تعتبر نسبتها 35% ملاحظة عند سن المراهقة أو عند البالغ مع مضاعفات سکولوجية مهمة، إنها تستوجب مجموعة من التحاليل البيولوجية قبل الشروع في أي عملية جراحية.

مرضى وأساليب: يشير المؤلفون من خلال سرد مجموعة 15 مريضاً خضعوا لعملية جراحية في الفترة الممتدة من يناير 2006 إلى دجنبر 2011، على أن الجنكماستيا أحادية الجانب لوحظت عند 3 حالات وثنائية الجانب عند 12 حالة مع معدل السن الملاحظ هو 32 سنة (22 – 47 سنة). وتعد عملية استئصال الثدي المباشرة مع عملية شفط الدهون العمليتان المقام بهما عادة.

نتائج : مظهر غير جميل للصدر عند كل الرجال قبل أي عملية جراحية. آلام في الثدي عند 3 مرضى والخوف من سرطان الثدي عند مريض واحد. تصنيف الجنكماستيا يظهر أن الجنكوماستيا من الدرجة II ثنائية الجانب هي الأكثر. الفحص بالصدى للثدي عند كل المرضى سليمة، والفحص بالصدى للخصيتين والبطن لا يظهر أي خلل، التحاليل الهرمونية المقام بها هي التستسترون LH، FSH، أستراديول.

مناقشة: تعتبر نسبة الجنكماستيا 35% من البالغين والأسباب الأكثر شيوعاً هي: جنكوماستيا شبه البلوغ، جنكوماستيا المكتسبة عند البلوغ، ثم هناك أسباب أخرى مثل عدم قصور الغدد التناسلية، قصور الكبد والكلبي، قصور الغدة الدرقية والغموض الجنسي.

خاتمة : و تعتبر الجنكماستيا من بين العمليات الأكثر تداولاً في جراحة التجميل وتعد نتائجها الجراحية من بين النتائج الجراحية الجيدة والحسنة، بصفتها تمكن الأشخاص الخاضعين لها من استرجاع شكلهم الجسمي الطبيعي الذي يمكنهم من مواصلة أعمالهم الاجتماعية والمهنية على أحسن وجه.

الكلمات الأساسية : الجنكماستيا – أدبوماستيا – استئصال الثدي – شفط الدهون – الثدي.

Résumé :

Introduction : Appelée gynécomastie l'hyperplasie uni- ou bilatérale, non tumorale de la glande mammaire, est observée chez l'adolescent ou adulte avec un retentissement psychologique important. Pathologie fréquente qui nécessite toujours un bilan étiologique avant d'entreprendre un traitement chirurgical. La mastectomie par voie péri aréolaire et la liposuction sont souvent associées dans son traitement chirurgical. Il faut respecter la position propre au thorax masculin à savoir la position des aréoles.

Patients et méthodes : Quinze patients ont opéré dans le service dans la période allant de janvier 2006 à décembre 2011, on a observé 3 cas unilatéraux avec 12 cas bilatéraux et la moyenne d'âge était de 32 ans (22 à 47 ans).

Résultats : L'aspect inesthétique est observé chez tous les patients. La mastodynie est observée chez trois patients avec crainte du cancer du sein chez un patient. La classification des Gynécomasties au grade II bilatéraux est la plus fréquente. L'écho-mammographie a été réalisée chez tous les patients et est revenue normale. Le bilan hormonal usuel est le dosage de la Testostérone, de l'Oestradiol, de la LH et l'FSH ainsi que le bilan hépatique. Les échographies testiculaires et abdominales sont normales. Lorsque la gynécomastie idiopathique a été observée, le bilan étiologique était négatif chez tous ses patients.

Discussion : La gynécomastie est fréquente observée chez 35 % des adultes. Les étiologies les plus fréquentes sont les gynécomasties para-pubertaires, les gynécomasties acquises à l'âge adulte, et d'autres étiologies aussi impliquées tel que l'hypogonadisme, l'insuffisance hépatique et rénale, l'hyperthyroïdie, l'ambiguïté sexuelle.

Conclusion : Les gynécomasties sont un motif fréquent de consultation en chirurgie plastique. La technique chirurgicale repose sur des principes communs de chirurgie mammaire avec quelques précisions adaptées au thorax masculin. La liposuction et la mastectomie sont souvent associées. Les patients sont satisfaits de retrouver une silhouette masculine normale, leur permettant de se substituer à une ambivalence qui peut peser dans leur activité socio-professionnelle.

Mots clés : Gynécomastie – adipomastie – mastectomie.

Abstract :

Introduction : Called gynecomastia, the hyperplasia unilateral or bilateral, non-tumor mammary gland in men, is observed in adolescent or adult with an important psychological impact. Common condition that always requires an etiological prior to surgery. Mastectomy by periareolar incision and liposuction are often associated in this surgery. We must respect the position specific chest male in the position of the areola.

Patients and methods : 15 patients operated in service in the period from January 2006 to December 2011, there were three cases with unilateral and twelve cases with bilateral, the average age was 32 years (22-47 years).

Results : An unsightly appearance was observed in all patients. Breast pain was observed in three patients with fear of cancer in one patient. On examination the lymph nodes was free and there were no nipple discharge. Gynecomastia stage II bilateral is the most frequent. Echo mammography was performed in all patients and was normal. Hormonal balance was: Testosterone, Estradiol, LH, FSH, liver function tests. Testicular and abdominal ultra-sonography were good. When idiopathic gynecomastia was observed, the etiological was negative in all patients.

Discussion : Gynecomastia is common in 30 % of adults. Which causes the most common were the para-pubertal gynecomastia, the gynecomastia acquired in adulthood, also referred to other causes such as hypogonadism, hepatic and renal failure, hyperthyroidism and the sexual ambiguity.

Conclusion : The gynecomastia is a common reason for consultation in plastic surgery. The surgical technique is based on common principles of breast surgery adapted with some details on the thorax male. Liposuction and mastectomy are often associated. Patients were satisfied to find a male figure, leaving an clear ambivalence that can weigh in their socio-professional activity.

Keywords : Gynecomastia – adipomastie – mastectomy.

Tiré à part : K. Bourra : Service de chirurgie Plastique et réparatrice, chirurgie de la main, hôpital Ibn Sina, CHU de Rabat- Maroc
Email : dr_bourra@hotmail.com

Introduction

La gynécomastie est l'hyperplasie uni- ou bilatérale, non tumorale de la glande mammaire chez l'homme, observée chez l'adolescent ou l'adulte avec un retentissement psychologique important.

Pathologie fréquente (30 à 40 %), qui nécessite un bilan étiologique avant d'entreprendre le traitement chirurgical. Elle est soit idiopathique en relation avec un hyperoestrogénisme, soit d'origine iatrogène. La mastectomie par voie péri aréolaire et la liposuccion sont les deux techniques le plus souvent utilisées et associées dans le traitement chirurgical de la gynécomastie.

Patients et méthodes

De janvier 2006 à décembre 2011, 12 patients ont été opérés dans le service et l'on a observé 3 cas unilatéraux avec 12 cas bilatéraux de moyenne d'âge de 32 ans (22 à 47 ans).

Résultats

Les gynécomasties sont centrées sur l'aréole. Elles sont fermes, sensibles le plus souvent bilatérales et asymétriques, associées à la présence de tubercules de Montgomery.

L'aspect inesthétique pré-opératoire est pratiquement observé chez tous les patients.

La mastodynie rencontrée chez 3 patients avec la crainte de cancer du sein chez 1 patient.

À l'examen les aires ganglionnaires étaient libres et il n'y avait pas d'écoulement mammaire, les testicules étaient normaux.

Enfin l'examen général était sans anomalie.

La gynécomastie de grade II bilatérale, est la plus fréquente, elle est observée chez sept patients.

L'écho-mammographie était normale chez tous les patients.

Le bilan hormonal usuel est le dosage de la testostérone, l'œstradiol, la LH et l'FSH, ainsi que le bilan hépatique. Les échographies testiculaires et abdominales étaient normales.

Lorsque la gynécomastie était idiopathique, le bilan étiologique était négatif chez tous les patients.

Discussion

Le terme gynécomastie provient de gyne et mastos soit littéralement poitrine de femme.

Cette augmentation du volume mammaire est la première pathologie mammaire chez l'homme.

On lui attribue une prévalence allant jusqu'à 35 % [7] voir 38 % [8,9] chez les jeunes patients.

Les étiologies les plus fréquemment observées sont :

Gynécomasties para-pubertaires

On distingue les gynécomasties associée à un syndrome de Klinefelter dont le diagnostic est clinique.

De la gynécomastie physiologique et transitoire, fréquemment observés chez les adolescents, elles sont soit petites (moins de 4 cm) qui disparaissent spontanément en 2 ans environ, soit prolongées ou macromasties (plus de 4 cm) ou gynécomasties idiopathiques de l'adolescent.

Elles ne régressent pas spontanément et on retrouve une cause dans 12 % des cas (Klinefelter, insensibilité partielle aux androgènes, tumeur hépatique, stimulation de l'aromatase...)

Aussi fréquemment observés chez les patients atteints du Syndrome de Klinefelter...Il est donc important, devant une gynécomastie para-pubertaire, prolongée et/ou volumineuse de réaliser un bilan avant de proposer l'exérèse chirurgicale. La chirurgie est nécessaire devant une mauvaise tolérance psychologique et l'efficacité inconstante de l'androstanolone (Andractime *).

Gynécomasties acquises à l'âge adulte

Proviennent dans 50% des cas de l'évolution des gynécomasties para-pubertaires.

Les causes iatrogènes sont les plus fréquentes, et dans 50% cas l'étiologie n'est pas retrouvée. Parmi les cause iatrogène on retrouve l'hypogonadisme périphérique, les prises médicamenteuses tel que spironolactone, kétoconazole, finastéride, trithérapie anti-VIH avec stavudine.

D'autres causes peuvent être observées à savoir les tumeurs du testicule de Leydig, de la surrénale, qui provoquent une production ectopique d'HCG.

Autres étiologies évoquées [2] :

- L'hypogonadisme,
- l'insuffisance hépatique et rénale,
- l'hyperthyroïdie ;
- l'ambiguïté sexuelle [6].

Diagnostic différentiel

Les gynécomasties sont en principe faciles à différencier [4,5] :

Des adipomasties qui sont fréquentes, non centrées par l'aréole, molles, insensibles, bilatérales et symétriques, sans tubercule de Montgomery.

Du cancer du sein de l'homme, qui est rare, mais qui peut se produire plus fréquemment après 40 ans, les tumeurs sont centrées ou non, durs, non sensibles, parfois associés à une rétraction mamelonnaire, un écoulement sanglant ou des adénopathies axillaires satellites [4].

Des adénopathies (lymphome, leucémie), abcès, ectasies, kystes, tumeurs bénignes, métastases, ou de la mastopathie diabétique.

Classification à visée chirurgicale

Classification de Simon simplifiée par Wiesman [1] :

Grade I : petite gynécomastie sans excès de peau

Grade II : gynécomastie modérée sans excès de peau

Grade III : gynécomastie sévère avec excès cutané important

Traitement

C'est aujourd'hui un motif fréquent de consultation en chirurgie plastique.

Souvent, le patient est adressé par un endocrinologue ou un généraliste.

Parfois, la démarche est spontanée en raison de douleur et du retentissement psychologique important.

Moyens

- Attitude attentiste et rassurante : gynécomastie para-pubertaire idiopathique susceptible de régresser spontanément en 2 ans.
- Traitement étiologique : si cause identifiée, surveillance d'une régression possible.
- Traitement hormonal simple : résultat conditionné par l'ancienneté de la gynécomastie.
- Chirurgie.

Traitement chirurgical

Visé à restaurer une anatomie normale avec des impératifs esthétiques concernant [1,3]: le volume mammaire, l'excès cutané, l'aspect masculin de la poitrine (discrète dystopie externe des aréoles). Le traitement chirurgical des formes importantes à composante graisse-glandulaire consiste en l'infiltration par du sérum froid adrénaliné, incision hémipériaréolaire inférieure (voie de Dufourmentel et Webster), liposuction radiaire tout autour de l'aréole et résection de la majorité de la glande mammaire en respectant toutefois 10 mm de glande en rétro-aréolaire (ce qui permet la vascularisation de l'aréole et d'éviter l'aspect creusé invaginé du mamelon) et enfin hémostase soignée et sutures cutanées. Dans les formes moyennement souples avec excès cutané important, la réduction de l'excédant cutané peut être fait par désépidermisation cutanée péri-aréolaire (ce qui permet la concentration cutanée) et fermeture cutanée en Round bloc.

Résultats

La liposuction simple a été réalisée chez huit patients. Association mastectomie réduction cutanée et liposuction chez quatre patientes. La mastectomie simple par voie péri aréolaire réalisée chez trois patients. Les pièces opératoires sont systématiquement adressées pour étude anatomopathologique. Les suites post-opératoires ont été globalement simples avec 2 cas d'hématomes pariétaux traités par ponction et renforcement du pansement compressif.

Il n'y a pas eu de nécrose aréolaire.

Cas cliniques

Trois cas cliniques parmi la série sont décrits

* *Forme souple* accessible à la liposuction :

Introduction de fines canules à distance (région axillaire et sous mammaire), lipoaspiration de la totalité de la glande selon des plans croisés en éventail, le port d'une ceinture thoracique compressive en post-op est toujours préconisé.

Figure 1



Gynécomastie unilatérale traitée par liposuction simple

Observation 1 : Gynécomastie unilatérale traitée par liposuction simple

* *Forme moyennement souple* avec excès graisse-glandulaire et cutané :

La liposuction est complétée par la réduction de l'excédant cutané par désépidermisation péri-aréolaire, puis résection du noyau fibreux glandulaire restant et fermeture cutanée en Round bloc.

Figure 2



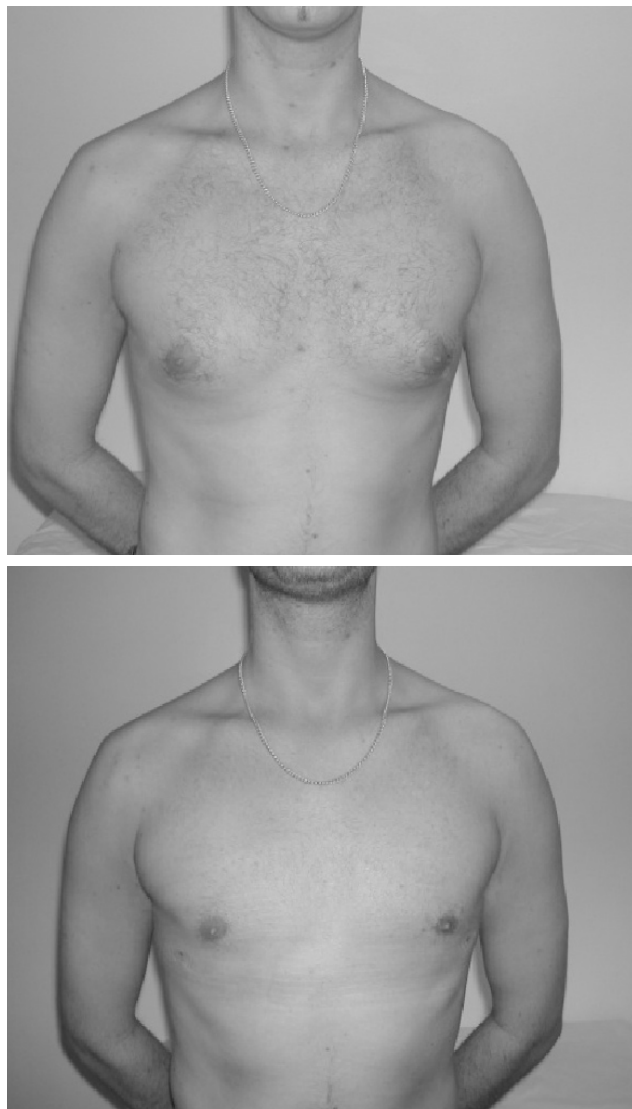
Gynécomastie bilatérale concentration cutanée, résection glandulaire et liposuction

Observation 2 : Gynécomastie bilatérale concentration cutanée, résection glandulaire et liposuccion

* *Forme dense sans excès graisseux ni cutané :*

Mastectomie par résection glandulaire (voie péri-aréolaire), l'incision est hémi péri-aréolaire supérieure ou inférieure. L'incision transaréolaire est à proscrire.

Figure 3



Gynécomastie bilatérale mastectomie par la voie de Dufourmentel et Webster

Observation 3 : Gynécomastie bilatérale mastectomie par la voie de Dufourmentel et Webster.

Complications du traitement chirurgical

- *Immédiates :*

hémorragies et hématomes sont fréquents favorisés par les décollements massifs et à l'aveugle (voie axillaire) ou l'absence de contention, d'où l'intérêt d'un pansement compressif maintenu pendant 1 mois. Les séromes et nécrose aréolaire sont rares, les sepsis exceptionnels. Par contre la sous correction est très fréquente.

- *Secondaires :* ce sont souvent des problèmes esthétiques. Le relâchement cutané est corrigé par des vêtements compressifs (Elastoplaste*) et massage. Par contre les excès de réduction aboutissent à des dépressions cupuliformes, la réinjection de graisses par la méthode Colman peut les corriger.

L'asymétrie par défaut de réduction nécessite un complément chirurgical. Les cicatrices hypertrophiques voir chéloïdes sont à craindre chez le jeune à peau foncée, la compression et la corticothérapie permettent la prévention.

Conclusion

Les gynécomasties sont un motif fréquent de consultation en chirurgie plastique.

La technique chirurgicale repose sur des principes communs de chirurgie mammaire avec quelques précisions adaptées au thorax masculin. La liposuccion et mastectomie sont souvent associées.

Les patients sont satisfaits de retrouver une silhouette masculine évidente, quittant une ambivalence qui peut peser dans leur activité socio-professionnelle.

Références

- 1- Fabié - Boulard A., Fabre G., Gangloff D., Grolleau J.-L., Chavoïn J.-P. Gynécomastie. EMC (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-668-D, 2006.
- 2- Kuhn J.-M. Gynécomasties. EMC (Elsevier SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 3-0660, 2006.
- 3- Leclerc FMP, et al., La gynécomastie, ses étiologies et sa prise en charge chirurgicale : y a-t-il une différence entre les cas bilatéraux et unilatéraux ?, Annales de chirurgie plastique esthétique (2007), doi:10.1016/j.anplas.2007.06.007.
- 4- D. Voulliaume et al. Un risque inhabituel de la liposuction : la liposuction d'une tumeur maligne : à propos de 2 cas. Annales de chirurgie plastique esthétique (2003) 48 : 187-193.
- 5- A Cordova, F Moschella. Algorithm for clinical evaluation and surgical treatment of gynecomastia* Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2008) 61, 41e49.
- 6- S. Ouhilal, M.D. J. Turco, M.D., A Nangia, M.D., M. Stotland, M.D., P. D. Manganiello, M.D. A true hermaphroditism presenting as bilateral gynecomastia in an adolescent phenotypic male. American Society for Reproductive Medicine (2005).
- 7- Rhorich RJ, Ha RY, Krenkel JM et al. Classification and management of gynecomastia : definition the role of ultrasound assisted liposuction Plast. Reconstr. Surg 2003; 111: 909-23.
- 8- Nydick M, Bustos J, Dale JH, Rawson W. Gynecomastia in adolescent boys. JAMA 1961; 178: 449-54.
- 9- Nutfall FQ Gynecomastia as a physical finding in normal man J. clin Endocrinol Métab 1979; 48: 338 - 40.