

## Gynécomastie

La gynécomastie est un développement excessif des seins chez l'homme, d'un seul côté ou des deux côtés, de façon symétrique ou non

Elle est généralement peu ou pas douloureuse, mais elle peut parfois s'accompagner d'une sensibilité de la poitrine

Théoriquement, la véritable gynécomastie n'est liée qu'à la glande mammaire, et la fausse gynécomastie ne contient que de la graisse. En pratique, les deux composantes, glandulaire et graisseuse, sont très souvent associées

La gynécomastie est **très fréquente**, en particulier à certaines périodes de la vie : chez le nouveau né (60% des cas), puis au moment de la puberté (60% des cas) où elle disparaît généralement en moins de deux ans. Chez l'homme adulte, la gynécomastie survient dans 30% des cas environ (jusqu'à 60% des cas après 70 ans).

Dans la grande majorité des cas, la gynécomastie est normale, ou « physiologique », ou « idiopathique », c'est à dire qu'aucune cause n'est retrouvée. Toutefois, avant de pouvoir l'affirmer, il faut pratiquer un bilan complet, à la recherche d'une éventuelle cause pathologique ou médicamenteuse. Ce bilan doit être réalisé par un médecin endocrinologue. Il comprend un interrogatoire, un examen clinique, et une prise de sang. Une échographie et/ou une mammographie sont souvent utiles pour préciser la composante glandulaire et éliminer une tumeur.

**Parmi les causes pathologiques**, c'est à dire parmi les maladies qui sont susceptibles d'entraîner une gynécomastie, il faut citer :

- les tumeurs du testicule, de la surrénale, de l'hypophyse, du poumon
- le syndrome de Klinefelter, caractérisé par l'existence chez un homme d'un, deux, ou trois chromosomes X surnuméraires
- maladies du rein, de la thyroïde, la cirrhose du foie
- Insuffisances testiculaires (hypogonadisme)

**Parmi les causes médicamenteuses**, c'est à dire parmi les médicaments qui sont susceptibles d'entraîner une gynécomastie, il faut citer : les oestrogènes, la cimetidine (TAGAMET®), la spironolactone (ALDACTONE®, ALDACTAZINE®).

### TRAITEMENT

Lorsqu'une cause est retrouvée, c'est bien sûr elle qui doit être traitée en priorité.

Dans certains cas, un traitement hormonal pourra être prescrit par l'endocrinologue pour réduire la gynécomastie.

**Le traitement chirurgical** de la gynécomastie ne doit être envisagé qu'après échec du traitement médical. Ce traitement s'adresse particulièrement aux formes gênantes par leur volume ou leur sensibilité, ainsi qu'aux gynécomasties psychologiquement mal tolérées. Chez l'adolescent, il faut attendre environ 2 ans d'évolution avant d'envisager la chirurgie.

La lipoaspiration est une méthode qui ne peut être envisagée seule **que dans le cas** où le contenu des seins est constitué uniquement par de la graisse (fausses gynécomasties).

Dans le cas des véritables gynécomasties, la glande mammaire, qui est dure, ne peut pas être aspirée. Elle ne peut être retirée que chirurgicalement. Tout dépend alors de la taille du sein et de l'élasticité de la peau.

- Lorsque la peau est élastique, et que le sein n'est pas trop gros, ce qui est la majorité des cas, toute l'intervention peut être réalisée par une incision courte et discrète. Située en périphérie de la moitié inférieure de chaque aréole, elle représente un petit demi-cercle.
- En revanche, lorsqu'il existe un excès important de peau et qu'elle n'est pas élastique, les incisions sont horizontales, plus ou moins longues, situées au niveau des aréoles.
- Enfin, dans le cas où le volume des seins est très important, les incisions horizontales sont bas situées, et les aréoles sont amputées et greffées.

### **APRES L'INTERVENTION**

- La cure chirurgicale d'une gynécomastie est une intervention prise en charge par la sécurité sociale, sans accord préalable, **à condition** qu'elle soit *"réalisée après bilan endocrinien, après la puberté, pour gynécomastie accusée, pouvant poser un problème d'ordre sexuel ou psychologique (en particulier gynécomastie asymétrique, douloureuse, avec distension aréolaire)"*.
- L'entrée à l'hôpital se fait soit la veille de l'intervention avant 17 heures, soit le matin même de l'intervention.
- L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale. Elle dure de 1 à 2 heures.
- Un drainage aspiratif (redons) ainsi qu'un pansement compressif sont mis à la fin de l'intervention.
- La durée de l'hospitalisation est habituellement de 2 à 4 jours.
- Les drains n'empêchent pas la sortie si elle est possible
- La douleur postopératoire est habituellement minime. Dans tous les cas, elle est facilement contrôlée par les médicaments antalgiques usuels.
- Un vêtement compressif (boléro) doit être porté en permanence pendant un ou deux mois. Il a pour but d'appliquer la peau décollée sur son sous-sol.
- Les fils sont retirés entre le 10ème et le 20ème jours après l'intervention.
- L'arrêt de travail prescrit est habituellement de 2 à 3 semaines.
- Le sport, les mouvements violents, le port de charges lourdes, sont interdits pendant un à deux mois.
- Des consultations de contrôle sont nécessaires jusqu'à la stabilisation du résultat, qui ne peut être apprécié qu'au bout de 6 à 12 mois.

## RISQUES DE L'INTERVENTION

- Risques de l'anesthésie générale (voir cette fiche).
- **Hématome, épanchement liquidien** : très fréquents, et possibles malgré le drainage. Leur évacuation peut nécessiter une réintervention sous anesthésie générale. (voir fiche sur les risques de la chirurgie)
- **Infection, nécrose de l'aréole**. Plus rares, mais pouvant conduire à la perte partielle ou totale de l'aréole.
- **Cicatrices**. Comme pour n'importe quelle cicatrice du corps, l'évolution s'étale sur 6 à 12 mois au moins, avec une phase de rougeur et d'induration initiale de la cicatrice pendant 2 à 3 mois. Une hypertrophie des cicatrices est possible, pouvant nécessiter un traitement propre (voir fiche sur la cicatrisation).
- **Résultats inesthétiques** : Sans parler des **ecchymoses de la région opérée**, qui peuvent être très étendues, mais qui sont normales et disparaissent spontanément en quelques semaines, il faut insister sur certains aspects inesthétiques dont le risque est relativement fréquent
  - **Correction insuffisante**, avec excès résiduel de graisse sous-cutanée et/ou de peau
  - **Aspect concave** (« en creux ») de la poitrine, lié à l'épaisseur de la couche graisseuse résiduelle autour du sein qui a été retiré. Une lipoaspiration complémentaire peut être proposée pour l'atténuer
  - **Aspect plus ou moins fripé de la poitrine**, lorsque la peau ne s'est pas rétracté suffisamment ni correctement. Cet aspect ne peut être amélioré qu'au prix d'une cicatrice horizontale plus ou moins longue sur le sein, car il faut retirer la peau en excès

### >>> Pour en savoir plus sur Internet :

- <http://www.hopitalsaintlouis.org/> (Service de chirurgie plastique de l'Hôpital Saint-Louis)
- [www.plasticiens.org](http://www.plasticiens.org) (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique)