

Gynécomastie IC-246

- Connaître la définition d'une gynécomastie
- Connaître les mécanismes impliqués dans le développement d'une gynécomastie
- Connaître les signes cliniques d'une gynécomastie
- Connaître la place de la mammographie dans l'exploration d'une gynécomastie
- Connaître les causes générales (insuffisance rénale chronique, cirrhose)
- Connaître les causes médicamenteuses et toxiques
- Connaître les explorations complémentaires nécessaires au diagnostic étiologique de gynécomastie
- Connaître les causes endocriniennes de gynécomastie
- Connaître la présentation d'une gynécomastie idiopathique

Connaître la définition d'une gynécomastie OIC-246-01-A

- La gynécomastie est une hyperplasie du tissu glandulaire mammaire, fréquente, qui peut être uni- ou bilatérale.
- Elle est parfois découverte de façon fortuite, plus souvent à l'occasion d'une gêne sensible de la région péri-aréolaire, voire d'une augmentation visible et indolore du sein chez l'homme.
- Il s'agit d'un symptôme fréquent, répondant à de nombreuses étiologies dont la caractéristique commune est d'augmenter le rapport œstradiol/testostérone.

Connaître les mécanismes impliqués dans le développement d'une gynécomastie OIC-246-02-B

- Le tissu mammaire dispose, dans les deux sexes, des mêmes potentialités de développement.
- Chez l'homme son absence de développement est liée à l'absence de stimulation par les œstrogènes en faible quantité et l'effet antagoniste de la testostérone.
- Tout déséquilibre entre la quantité circulante d'œstrogènes (augmentation) et/ou celle de la testostérone (diminution), entraîne une stimulation du tissu mammaire conduisant à une gynécomastie.
- Chez l'homme normal, 80 % des œstrogènes sont produits par conversion périphérique, en particulier dans le tissu adipeux, de la Delta 4-androstènedione et de la testostérone sous l'influence d'une aromatase.
- Plus que le rapport des hormones totales, c'est le rapport de la testostérone libre à l'œstradiol libre qui conditionne la survenue d'une gynécomastie.
- Comme les deux hormones (testostérone et œstradiol) circulent en partie sous forme libre et en partie sous forme liée à la TeBG (*Testosterone-estradiol Binding Globulin*, ou SHBG, *Sex Hormone Binding Globulin*), les variations des concentrations de TeBG sont aussi susceptibles d'influencer le rapport testostérone libre sur œstradiol libre et donc de favoriser une gynécomastie — la TeBG ayant une affinité supérieure pour la testostérone que pour l'œstradiol, son augmentation provoque une diminution de la testostérone libre plus importante que celle de l'œstradiol libre.

Connaître les signes cliniques d'une gynécomastie OIC-246-03-A

- Différencier une gynécomastie d'une adipomastie sans prolifération glandulaire. Anomalie de l'examen clinique mammaire SD-164
- L'examen se fait en position allongée en pressant le sein entre le pouce et l'index et en rapprochant les doigts progressivement autour du mamelon. Gynécomastie SD-041
- La palpation d'un tissu ferme mobile autour du mamelon confirme la gynécomastie. En cas d'adipomastie aucun tissu n'est palpé.
- Devant une gynécomastie, l'examen est complété par les aires ganglionnaires et surtout la palpation testiculaire. Anomalie des bourses SD-108
- La pression concentrique et l'expression du mamelon rechercheront aussi une galactorrhée évocatrice d'une pathologie de la prolactine. Écoulement mamelonnaire SD-040
- Tout doute diagnostique entre gynécomastie et adipomastie nécessite une mammographie. Demande d'un examen d'imagerie SD-231

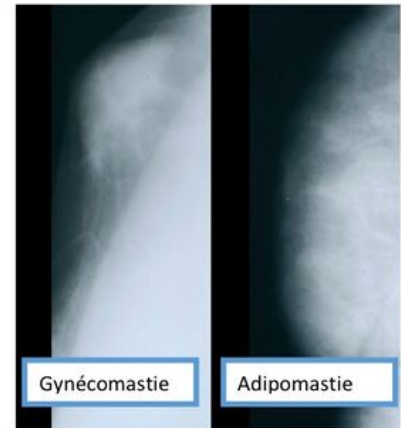


Gynécomastie clinique

Connaître la place de la mammographie dans l'exploration d'une gynécomastie OIC-246-04-B

- La mammographie, ou l'échographie, est nécessaire en cas de doute diagnostique à l'examen clinique.

- Elles permettent en outre d'*éliminer un rare cancer du sein* (< 1 %) chez l'homme : gynécomastie excentrée, dure, fixée aux plans profonds et parfois associée à une déformation du mamelon, voire à un écoulement sanglant. (Tumeurs du sein 312)
- En cas de gynécomastie simple, la mammographie montre une opacité nodulaire ou triangulaire, étoilée (Image), alors qu'elle ne trouve aucun tissu en cas d'adipomastie.



Aspect typique de gynécomastie sur la mammographie : îlot glandulaire nodulaire rétromamelonnaire.

Connaître les causes générales (insuffisance rénale chronique, cirrhose) OIC-246-05-B

Situations évidentes associées à une gynécomastie

- **Insuffisance rénale chronique** La gynécomastie peut être multifactorielle : liée à l'augmentation de la TeBG, à l'hypogonadisme secondaire à l'hyperprolactinémie en cas d'insuffisance rénale sévère. (Insuffisance rénale 264)
- **Cirrhose** Jusqu'à 8 % des étiologies de gynécomasties. La gynécomastie est fréquente (40 % des cas). Elle est souvent associée à des signes d'hypogonadisme. Le mécanisme de cette gynécomastie peut être double : baisse de la production d'androgènes et augmentation des concentrations d'œstradiol libre par activation de la synthèse hépatique de la TeBG. La toxicité de l'alcool est également en cause. La renutrition d'un patient dénutri s'accompagne aussi parfois d'une gynécomastie par un mécanisme proche de celui de la cirrhose. (Cirrhose 279)
- **Médicaments** (10 à 25 % des gynécomasties) [cf chapitre cause médicamenteuse](#)

Connaître les causes médicamenteuses et toxiques OIC-246-06-B

Les causes médicamenteuses sont à l'origine de 10 à 25 % des gynécomastie.

Suspicion d'un effet indésirable des médicaments ou d'un soin SD-348 Fichier:Tableau Médicaments gynécomastie.pdf

Connaître les explorations complémentaires nécessaires au diagnostic étiologique de gynécomastie OIC-246-07-B

Les examens complémentaires nécessaires au diagnostic étiologique d'une gynécomastie sont une exploration hormonale et une échographie testiculaire

Les dosages sanguins nécessaires sont : T4 libre, TSH, hCG, testostérone totale, LH, FSH, prolactine et œstradiol.

- Ils rechercheront un hypogonadisme périphérique ou central, une hyperthyroïdie, ou plus rarement une tumeur sécrétant de l'œstradiol ou sécrétant de l'hCG.
- Les autres examens biologiques et morphologiques seront guidés par ces résultats hormonaux.
- Un hypogonadisme central (testostérone abaissée avec gonadotrophines non élevées), avec l'information du dosage de la prolactine, doit faire rechercher une pathologie hypothalamo-hypophysaire (Adénome hypophysaire 244)
- Un hypogonadisme périphérique (insuffisance testiculaire) doit faire rechercher un syndrome de Klinefelter (Caryotype)
- Une sécrétion d'œstradiol doit faire rechercher une tumeur testiculaire (tumeur des testicules 313), un leydigome, ou plus rarement une tumeur surrénalienne maligne (corticosurrénalome)
- Un sécrétion d'hCG doit faire rechercher une tumeur testiculaire (Tumeurs testiculaires 313), choriocarcinome, ou une tumeur cérébrale (Tumeurs intracrâniennes 299), un germinome.

L'échographie testiculaire recherchera une tumeur testiculaire (Leydigome sécrétant de l'oestradiol, choriocarcinome sécrétant de l'hCG) (Tumeurs testiculaires 313).

Connaître les causes endocriniennes de gynécomastie OIC-246-08-B

Nous rappelons que l'exploration hormonale minimale indispensable comporte les dosages sanguins de T4 libre, TSH, hCG, testostérone totale, LH, FSH, prolactine et œstradiol. Cette exploration hormonale doit être complétée systématiquement par une échographie testiculaire.

- **L'insuffisance testiculaire, ou hypogonadisme périphérique** est responsable de 8 % des gynécomasties. Cliniquement peuvent s'associer des signes d'insuffisance gonadique et une diminution de volume des gonades à la palpation testiculaire Anomalie des bourses SD-108 . La gynécomastie peut être le premier signe d'un hypogonadisme périphérique.

Le diagnostic repose sur l'élévation des gonadotrophines avec testostérone basse (ou parfois encore normale).

Le syndrome de Klinefelter (caryotype 47,XXY) en est l'étiologie la plus fréquente (40 % des patients porteurs d'un syndrome de Klinefelter ont une gynécomastie). Le diagnostic est fait par le caryotype.

- **L'Hypogonadisme d'origine hypothalamique ou hypophysaire, ou hypogonadisme hypogonadotrope**, associe cliniquement à la gynécomastie des signes d'hypogonadisme. En fonction de l'étiologie, peuvent s'associer cliniquement d'autres signes d'insuffisance antéhypophysaire ou d'autres signes cliniques en rapport avec l'étiologie (adénome hypophysaire, tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire, hypercortisolisme...) (Adénome hypophysaire 244)

Le diagnostic repose sur une testostérone basse associée à une non-élévation des gonadotrophines (FSH et LH abaissées ou normales).

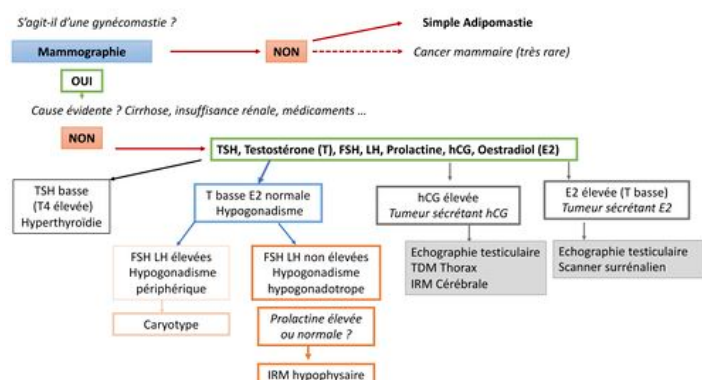
Une imagerie de la région hypophysaire par scanner ou IRM est alors indispensable, de même qu'un **dosage de prolactine**. L'hyperprolactinémie freine la sécrétion des gonadotrophines et donc de la testostérone et stimule le développement mammaire, quelle que soit la cause de l'hyperprolactinémie.

- **L'hyperthyroïdie** : La gynécomastie est rarement signe révélateur d'une hyperthyroïdie (Hyperthyroïdie 242) (cf intitulé physiologie)

Les autres causes tumorales sont plus rares :

- **Tumeur sécrétant des œstrogènes** (concentration élevée (> 40 pg/ml) d'œstradiol, associée ou non à une testostéronémie basse) **testiculaire le plus souvent (leydigome)** ou surrénalienne (tumeur maligne : corticosurrénalome)). *L'échographie testiculaire constitue l'examen clé*. Elle permet même parfois de visualiser des tumeurs non palpables. (Tumeurs testiculaires 313)
- **Tumeurs sécrétant hCG** : Un dosage d'hCG est indispensable. En cas d'élévation, ceci justifie la réalisation d'abord d'une **échographie testiculaire** à la recherche d'une tumeur maligne germinale (choriocarcinome testiculaire) (Tumeurs testiculaires 313) et d'une **IRM cérébrale** (germinome hypothalamique) (Tumeurs intracrâniennes 299) Ces tumeurs sécrétant de l'hCG peuvent intéresser les bronches, le foie. Un scanner est toujours indiqué lors du bilan d'extension de ces tumeurs malignes

Stratégie diagnostique en cas de gynécomastie



Arbre diagnostique d'une gynécomastie

Connaître la présentation d'une gynécomastie idiopathique OIC-246-09-B

Fréquemment, aucune cause n'est trouvée. La gynécomastie disparaîtra d'elle-même ou persistera. Elle est plus fréquente à certaines périodes de la vie.

- **Gynécomastie du nouveau-né** (Evaluation et soins du nouveau-né à terme 32)

70% des nouveau-nés, par passage transplacentaire des œstrogènes maternels.

- **Gynécomastie pubertaire** (Puberté normale et pathologique 49)

Parfois dès l'âge de 10 ans, elle est plus fréquente vers 13–14, puis elle diminue avec l'âge, mais elle peut durer jusqu'à 18–20 ans (30 à 70 % des garçons de 10 à 17 ans). Elle est liée à l'augmentation des androgènes dont l'aromatisation augmente transitoirement les œstrogènes.

Elle rétrocede habituellement après la puberté de façon spontanée.

La palpation testiculaire est néanmoins indispensable, à la recherche d'une atrophie testiculaire ou d'une tumeur (+++), ainsi que l'évaluation du stade pubertaire. (Tumeurs testiculaires 313) (Pathologie génitoscrotales 50)

En cas de persistance d'une gynécomastie après l'âge de 20 ans, il est légitime d'explorer ces patients à la recherche d'une pathologie.

- **Gynécomastie du sujet âgé**

Fréquente après l'âge de 65 ans, elle est en rapport avec la diminution de la fonction testiculaire et à l'augmentation l'aromatisation en œstrogènes par augmentation relative de la masse grasse.(Andropause et déficit androgénique lié à l'âge 124)

Néanmoins, chez un patient consultant pour ce problème, même en cas de palpation testiculaire normale, il est légitime de l'explorer à la recherche d'une pathologie