

# Une poitrine asymétrique

par le Dr Jimmy FONTAINE\*

\* Médecin généraliste  
1480 Tubize  
[jimmy.fontaine@ssmq.be](mailto:jimmy.fontaine@ssmq.be)

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

**Monsieur G., 59 ans, est inquiet : son sein droit s'est développé ! Sa virilité (biologique) serait-elle remise en doute ?**

Cette croissance du tissu mammaire est apparue il y a 2 semaines. Il se sent en bonne forme et ne présente aucun symptôme particulier (absence de fièvre, de galactorrhée, de trouble visuel récent). Monsieur fume 10 cigarettes/jour depuis ses 16 ans (21,5 UAP). Sa consommation alcoolique est occasionnelle. Il prend deux médicaments : oméprazole 20 mg et domperidone pour soulager ses lourdeurs gastriques. Il est suivi pour une polypose colique et a subi une vagotomie en 1985 dans un contexte d'ulcère gastrique. Ses deux parents ont présenté un cancer du côlon vers 80 ans.

## Palpation du sein

Au niveau du sein droit, une masse élastique ferme mais non indurée est palpée au niveau sous-aréolaire. Cette palpation est sensible pour le patient sans être douloureuse. Le sein gauche est sans particularité et les adénopathies axillaires sont absentes.

La palpation de la thyroïde ainsi que l'examen des organes génitaux sont sans particularité. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie. L'examen visuel sommaire (réflexes pupillaires, champ visuel et oculomotricité) est normal.

## Gynécomastie

### Définition

La gynécomastie est une prolifération bénigne de la glande mammaire chez l'homme. La lipomastie (absence de masse palpable) et le carcinome mammaire (souvent unilatéral, palpation ferme, indolore, excentré du mamelon, associé éventuellement à une rétraction du mamelon et présence d'adénopathies axillaires) peuvent donner le change.

À l'examen clinique, la gynécomastie se présente comme une masse tissulaire molle ou ferme mais non indurée et souvent rétro-aréolaire. Elle est unilatérale dans 50% des cas.

### Étiologies

La gynécomastie peut être physiologique ou non.

#### Gynécomastie physiologique

On dénombre 3 périodes où la prévalence de la gynécomastie est importante :

- période néo-natale (60-90%) : excès d'œstrogènes placentaires dans la circulation fœtale ;
- adolescence (50-70%) : production retardée de testostérone, activité transitoire accrue de l'aromatase et sensibilité majorée aux œstrogènes (la gyné-



#### ABSTRACT

Case report of a 59-year-old patient with gynecomastia.

Keywords : gynecomastia, lipomastia, breast carcinoma, iatrogeny.

#### RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient de 59 ans qui présente une gynécomastie.

Mots-clés : gynécomastie, lipomastie, carcinome mammaire, iatrogénie.



- comastie va persister chez 10 % après 17 ans) ;
- après 50 ans (> 50 %) : majoration de l'adiposité avec augmentation de l'aromatase de la testostérone, diminution de la production de testostérone testiculaire et élévation de la SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) qui diminue la testostérone libre active.

### Gynécomastie non physiologique

Les étiologies sont nombreuses :

- idiopathique (25 %) ;
- gynécomastie de la puberté persistante (25 %) ;
- iatrogénie (25 %) ;
- cirrhose/malnutrition (8 %) ;
- hypogonadisme primaire (infection, chirurgie, radiothérapie, toxique) (8 %) ;
- hypogonadisme secondaire (origine hypothalamo-hypophysaire, hyperprolactinémie, radiothérapie, génétique) (2 %) ;
- tumeurs testiculaires (3 %) ;
- autres tumeurs (surrénalienne, pulmonaire, hépatique, etc.) (rare) ;
- hyperthyroïdie (1-2 %) ;
- insuffisance rénale chronique (1 %) ;
- autres (défauts enzymatiques, hermaphrodisme vrai, etc.) (rare).

### Gynécomastie iatrogène

Voici un tableau non exhaustif reprenant les principales substances responsables d'une gynécomastie :

#### Anti-androgènes / inhibiteurs de la synthèse des androgènes

Acétate de cyprotérone, Flutamide, bicalutamide, Finastéride, Spironolactone, Kétoconazole, Traitement anti-VIH (éfavirenz, antiprotéases)

#### Antibiotiques

Ethionamide, Isoniazide, Métronidazole

#### Antiulcéreux

Cimétidine / anitidine, Oméprazole

#### Agents chimiothérapeutiques

Agents alkylants, Méthotrexate, Vincristine / cisplatine / imatinib

#### Toxiques

Alcool, Amphétamines, Héroïne / méthadone, Marijuana

#### Hormones

Androgènes / œstrogènes, Stéroïdes anabolisants, hCG, Hormone de croissance

#### Psychotropes

Diazépam, Halopéridol, Phénothiazines, Antidépresseurs tricycliques

#### Divers

IEC (énalapril, captopril), Anticalciques (nifédipine), Amiodarone / digitoxine, Métoclopramide, Phénytoïne, Théophylline

Tableau 1. Évaluation et prise en charge d'une gynécomastie. P. Meyer. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 783-7.

La spironolactone est le médicament le plus souvent incriminé : 10 % des hommes sous spironolactone 25 mg/jour présentent une gynécomastie. Ce chiffre atteint quasi les 100 % si la dose journalière est de 100 mg.

Certains topiques cutanés « naturels » peuvent contenir des produits à action œstrogénique.

## Retour à la situation clinique

Si on se base sur l'algorithme de prise en charge proposé (cf. annexe 1 – [https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/RMG/373/RMG373\\_22-23\\_annexe.pdf](https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/RMG/373/RMG373_22-23_annexe.pdf)), monsieur G. présente une gynécomastie vraie, non suspecte d'être un cancer du sein (une masse unilatérale, de croissance rapide, non sensible, fixe et excentrique par rapport à l'aréole est plus suspecte d'être une tumeur). Une mammographie et une échographie mammaires ne sont donc pas réalisées d'emblée. Vu l'apparition récente de la masse qui est sensible et sur base de l'examen clinique général, les dosages sanguins suivants sont réalisés : formule sanguine, fonction rénale, les tests hépatiques, la fonction thyroïdienne, l'HCG, l'œstradiol, la testostérone totale et la LH.

Le bilan sanguin est revenu rassurant.

L'oméprazole et le dompéridone ont été arrêtés par le patient qui a vu disparaître sa gynécomastie au bout de 6 semaines.

La cause semble donc être iatrogène. Un contrôle clinique est préconisé à distance (6 mois).

## Conclusion

Cette situation clinique met en avant un point important de notre pratique médicale : la gestion de l'incertitude. Il s'agit peut-être de la 3<sup>e</sup> gynécomastie que je rencontre. Quand j'ai rencontré mon premier cas de gynécomastie, j'étais assistant. J'ai de suite « plongé » sur les diagnostics potentiellement graves tels le cancer mammaire ou testiculaire. J'ai lancé de suite des bilans radiologiques et sanguins avec rendez-vous chez le spécialiste. Tout ceci a engendré beaucoup de stress et d'inconfort chez mon patient également. Cette gestion de l'incertitude est d'autant plus périlleuse quand on est face à une situation nouvelle, inhabituelle. Il ne faut pas hésiter à redonner un rendez-vous pour prendre le temps de faire des recherches, d'interroger des collègues, prendre du recul.

## Bibliographie

1. P. Meyer. Évaluation et prise en charge d'une gynécomastie. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 783-7. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-198/Evaluation-et-prise-en-charge-d-une-gynecomastie>
2. GD. Braunstein. Gynecomastia. N Engl J Med 2007 ; 357 : 1229-37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17881754>