

2022, Volume 4, ID 523

DOI: [10.15342/atd.2022.523](https://doi.org/10.15342/atd.2022.523)

CASE REPORT

La Chirurgie de la Gynécomastie ; Point de Vue du Chirurgien Thoracique.

Maroua Rhaouti^a , Fatima Ezzahrae Lamouime^a, Marouane Lakranbi^{ab}, Yassine Ouadnoui^{ab}, Mohamed Smahi^{ab}

^a Service De Chirurgie Thoracique Hopital Universitaire Fes

^b Faculté de médecine et de pharmacie Sidi Mohamed Ben Abdellah (Fès)

RESUME

Introduction: La gynécomastie correspond à la prolifération bénigne du tissu glandulaire mammaire chez l'homme. Elle peut être secondaire à une pathologie grave dont le constat nécessite la mise en route d'une démarche étiologique. Bien que le traitement médical puisse être une option, le traitement chirurgical représente actuellement la solution idéale, avec des résultats très satisfaisants.

Patients et méthodes: Durant une période de cinq ans (2017, 2021), 09 patients ayant une gynécomastie ont été opérés, colligés au service de chirurgie thoracique CHU Hassan II FES. Les techniques chirurgicales comprenaient la mastectomie sous-cutanée, la liposuction ou l'association des deux.

Résultats: L'âge moyen était de 25 ans. Le motif de consultation était le problème esthétique dans 100%. La mastodynie et la phobie de cancer n'ont été reportées dans aucun cas. 50% avaient une gynécomastie bilatérale, 37.5% avaient une gynécomastie unilatérale droite, ainsi que 12.5% avait une gynécomastie unilatérale gauche. Le grade Ib de Simon (4 patients, 50%) était le plus fréquent. Une mastectomie sous-cutanée était utilisée chez 6 patients, une association mastectomie et liposuction chez 2 patients, une mastectomie avec réimplantation du mamelon chez 1 patient, et une mastectomie bilatérale chez un patient. Des complications postopératoires sont survenues chez 25% de nos patients. Un cas d'hématome (12.5%), 01 cas de nécrose péri-aréolaire (12.5%). La totalité des patients étaient satisfaits des résultats esthétiques.

Conclusion: Bien que l'efficacité du traitement médical n'ait pas encore été établie, le traitement chirurgical en fonction du grade évolutif de la maladie représente actuellement la solution idéale qui permet de retrouver une silhouette masculine évidente, quittant une ambivalence qui peut peser dans leur activité socio-professionnelle.

MOTS CLES: gynécomastie ; liposuction ; mastectomie

ABSTRACT

Introduction: Gynecomastia is the benign proliferation of mammary glandular tissue in the male sex. It represents, in all cases, only a symptom that requires the implementation of an etiological approach. Although medical treatment may be an option, surgical treatment currently represents the ideal solution, with satisfactory results.

Patients and methods: During five years (2017, 2021), 09 patients with gynecomastia were operated on, collected from the thoracic surgery department of University Hospital Hassan II FES. Surgical techniques included a subcutaneous mastectomy, liposuction, or both.

Results: The average age was 25 years. The consultation was for aesthetic purposes in all cases. Mastodynia and cancer phobia were not reported in our series. 50% had bilateral gynecomastia, 37.5% had right unilateral gynecomastia, and 12.5% had left unilateral gynecomastia. Simon's grade Ib (4 patients, 50%) was the most common. A subcutaneous mastectomy alone was performed in 6 patients, a combined mastectomy and liposuction in 2 patients, a mastectomy with breast reimplantation in 1 patient, and bilateral mastectomy in a single patient. Post-operative complications occurred in 25% of our patients. One case of haematoma (12.5%), 01 case of peri-malleolar necrosis (12.5%). All patients were satisfied with the aesthetic results.

Conclusion: Although the effectiveness of the medical treatment has not yet been established, surgical treatment currently represents the ideal solution that allows the patient to regain a clear male figure, leaving behind an ambivalence that can weigh on their socio-professional activity.

KEYWORDS: Gynecomastia; liposuction; mastectomy.

Correspondence: Dr Maroua Rhaouti, Address: Service De Chirurgie Thoracique Hopital Universitaire Fes. Email:

drmaroua93@gmail.com

Copyright © 2021 Rhaouti M et al. This is an open access article distributed under the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium provided the original work is properly cited.

INTRODUCTION

La gynécomastie se définit comme une prolifération bénigne, anormale, unilatérale ou bilatérale des glandes mammaires masculines, résultant d'une prolifération du tissu mammaire masculin glandulaire fibreux et adipeux [1].

C'est une pathologie très fréquente, présentant la principale pathologie mammaire chez l'homme.

À travers une série de 09 patients et une revue de littérature, nous allons faire le point sur cette pathologie.

MATERIALS AND METHODS

Durant une période de cinq ans (2017,2021), 09 patients ayant une gynécomastie ont été opérés, au service de chirurgie thoracique du CHU Hassan II FES.

Le motif de consultation était une augmentation isolée du volume mammaire chez tous nos patients.

Ils avaient bénéficié d'un bilan étiologique au service d'endocrinologie, avant de poser l'indication chirurgicale. Cette dernière n'a été retenue qu'en cas d'origine idiopathique (8 cas), ou d'une gynécomastie pathologique par déficit en testostérone (hypogonadisme hypogonadotrope) résistant au traitement médical (1cas).

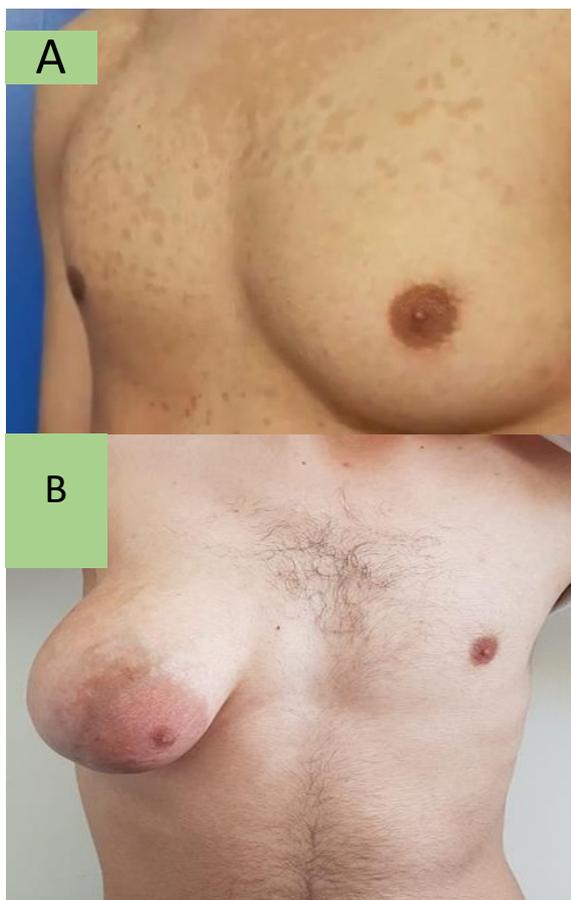


Figure 1. A- aspect clinique d'une gynécomastie gauche classée IIB

B- aspect d'une gynécomastie classée III.

RESULTS

La moyenne d'âge était de 25,33 ans avec des extrêmes de 17 et 46 ans.

Parmi nos patients :

- 04 avaient une gynécomastie pubertaire,
- 01 seul avait un antécédent familial de néoplasie du sein chez un apparenté de 1er degré.

Le principal symptôme était l'augmentation isolée du volume mammaire, avec un retentissement psychologique important.

La localisation bilatérale était la plus fréquente dans 50% des cas, 37.5% avaient une localisation unilatérale droite, ainsi que 12.5 % avaient une gynécomastie unilatérale gauche.

Le grade évolutif de la gynécomastie a été classé selon la classification de Simon. La plupart de nos patients avaient une gynécomastie grade IIB (figure 1.A) soit 50% des cas, 12.5% des cas avait un grade IIA, 37.5 % des cas un grade III (figure 1.B).

Concernant la classification écho-mammographique:

- Dans 75% cas, l'écho-mammographie a objectivé un aspect de gynécomastie glandulaire sous forme diffuse (07 de nos malades).
- Dans 12.5% des cas, l'écho-mammographie a montré un aspect de gynécomastie glandulaire sous forme dendritique (01 seul patient).
- La forme nodulaire a été présente chez 1 seul de nos patients.

L'anesthésie était générale chez tous les patients, avec un abord hémiaérolaire inférieur. Cinq patients avaient bénéficié d'une mastectomie seule, 2 patients avaient bénéficié d'une lipoaspiration plus mastectomie sous cutanée, un seul patient avait bénéficié d'une mastectomie avec réimplantation de la plaque aréolomamelonnaire (figure 2) et 1 seul patient d'une mastectomie bilatérale (figure 3).



Figure 2 : Image post opératoire d'une transposition du mamelon.



Figure 3 : Image post opératoire après une mastectomie bilatérale.

Tous nos patients avaient suivi un protocole de contention sur mesure commençant par un gros pansement compressif

puis remplacé dès le premier pansement par un gilet de contention, maintenu pendant 1 mois.

Les résultats des examens histologiques étaient tous bénins.

Les suites opératoires étaient simples chez 07 patients.

Un patient avait présenté un hématome qui s'est résorbé spontanément, et un autre patient avait présenté une nécrose péri aréolaire qui a été jugulé par une cicatrisation dirigée.

Tous nos patients étaient satisfaits des résultats de la chirurgie sur le plan esthétique.

DISCUSSION

La gynécomastie est une affection mammaire bénigne fréquente, qui peut survenir à tout âge, touchant environ la moitié des hommes [1].

Dans notre étude, la localisation de la gynécomastie était bilatérale dans 50% contre 37.5 % pour les localisations unilatérales droite, et 12.5% pour la gynécomastie unilatérale gauche. Ces données sont identiques à celles retrouvées par SIDIBE [2], et VASSEUR [3] qui ont trouvé respectivement 53,3% et 75% de localisation bilatérale. Ceci corroborant l'étiologie hormonale prédominante de la gynécomastie.

Le traitement chirurgical ne doit être envisagé qu'après échec du traitement médical, ainsi qu'aux gynécomasties idiopathiques psychologiquement mal tolérées. Chez l'adolescent il faudra attendre environ deux ans avant d'envisager la chirurgie [4].

Il est maintenant admis que les gynécomasties graisseuses sont mieux traitées par liposuction seule. Alors que les gynécomasties de type glandulaire sont traitées par une mastectomie seule, en cas de double composante association des deux (liposuction + mastectomie).

Dans le cas de la liposuction, la région du sein est préparée avec une infiltration de solution saline contenant de l'adrénaline et de la hyaluronidase. Le "pré-tunneling" est particulièrement nécessaire avec un tissu de gynécomastie plus ferme et doit être complet et profond [4].

L'aspiration proprement dite est généralement réalisée en introduisant une canule de 4-5 mm par 2 micro-incisions périphériques situées dans le sillon sous-mammaire et la région axillaire, utilisant des pressions de vide élevées. La mesure du volume de graisse aspiré est utile pour maintenir la symétrie dans les cas bilatéraux [5].

La mastectomie peut être pratiquée avec incision sous-mammaire, consiste à retirer la glande mammaire. S'il y a un surplus de peau et un relâchement cutané, une excision plus ou moins étendue de la peau doit être faite et greffe de la plaque aréolomammellaire. Le placement de celle-ci doit être particulièrement soigneux afin de respecter les impératifs esthétiques du thorax masculin [6].

Dans le cas de gynécomastie grade III de Simon, le traitement chirurgical consiste à une mastectomie avec réimplantation sur un tissu sous cutané désepidermisé, et

le greffon doit être bien dégraissé, après la réimplantation, des mouchetures sur la peau du greffon doivent être réalisées pour drainer un éventuel hématome.

Le port d'un vêtement de compression en post-opératoire est employé afin [7,8]:

- D'éviter les collections (hématome, Sérome)
- Diminuer les contraintes mécaniques sur les cicatrices
- Améliorer la rétraction cutanée liée à la lipoaspiration
- Diminuer l'œdème post opératoire

La gynécomastie est considérée comme une pathologie bénigne. Cependant, malgré le bilan préopératoire, le pathologiste peut diagnostiquer une tumeur maligne ou d'autres résultats inattendus après examen de l'échantillon de résection.

Les premières publications portaient sur l'excision chirurgicale du tissu glandulaire, alors que des études récentes préconisaient l'utilisation unique de la liposuction, permettant des résultats esthétiques supérieurs et une diminution du taux de complications, malgré le manque d'analyse histopathologique du fait de la détérioration et de la cohérence des tissus [9,10].

CONCLUSION

Le traitement chirurgical de la gynécomastie représente la solution idéale, qui permet aux patients de retrouver une silhouette masculine évidente, quittant une ambivalence qui peut peser dans leur activité socio-professionnelle.

ACKNOWLEDGMENTS

None.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

The participation of each author corresponds to the criteria of authorship and contributorship emphasized in the [Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors](#). Indeed, all the authors have actively participated in the redaction, the revision of the manuscript, and provided approval for this final revised version.

COMPETING INTERESTS

The authors declare no competing interests with this case.

FUNDING SOURCES

None.

PATIENT CONSENT

Written informed consent was obtained from the patient for the publication of this case report.

REFERENCES

- [1] Ladizinski B, Lee KC, Nutan F, Federman D. Gynecomastia: etiologies, clinical presentations, diagnosis, and management. *South Med J.* 2014; 107(1):44. DOI: [10.1097/smj.0000000000000033](https://doi.org/10.1097/smj.0000000000000033)
- [2] Sidibe EH. Les gynécomasties à Dakar (à propos de 30 cas). *Androl.* 2001 ;11,2 : 63-68. DOI : [10.1007/BF03034396](https://doi.org/10.1007/BF03034396)
- [3] Vasseur C, Martinot V, Hodin E, Patenotre P, Pellerin P. Gynécomastie. Prise en charge diagnostique et thérapeutique : A propos de 52 cas. *Ann Chir.* 1998 ; 52, 2 : -184.
- [4] Rosen H, Webb ML, DiVasta AD, Greene AK, Weldon CB, Kozakewich H, et al. Adolescent gynecomastia: not only an obesity issue. *Ann plast srg.* 2010;64(5): 688-. DOI: [10.1097/sap.0b013e3181dba827](https://doi.org/10.1097/sap.0b013e3181dba827)
- [5] Arvind A, Khan MAA, Srinivasan K, Roberts J. Gynecomastia correction: A review of your experience. *Indian J Plast Surg.* 2014 Jan;47(1):56-60. DOI: [10.4103/0970-0358.129624](https://doi.org/10.4103/0970-0358.129624)
- [6] Barros ACSd, Sampaio MdCM. Gynecomastia: physiopathology, evaluation and treatment. *Sao Paulo Med J.* 2012; 130(3): 187-97. DOI: [10.1590/s1516-31802012000300009](https://doi.org/10.1590/s1516-31802012000300009)
- [7] Trelles M, Mordon S, Bonanad E, Moraga JM, Heckmann A, Unglaub F, et al. Laser-assisted lipolysis in the treatment of gynecomastia: a prospective study in 28 patients. *Lasers Med Sci.* 2013;28(2):375-82. DOI: [10.1007/s10103-011-1043-6](https://doi.org/10.1007/s10103-011-1043-6)
- [8] Mancino AT, Young ZT, Bland KI. Gynecomastia : The breast : Elsevier ; 2018:104-15.e5.
- [9] Thiruchelvam P, Walker JN, Rose K, Lewis J, Al-Mufti R. Gynecomastia. *BMJ* 2016; 354:i4833. DOI: [10.1136/bmj.i4833](https://doi.org/10.1136/bmj.i4833)
- [10] Malata CM, Wong KY. A Comparison of Conventional with Ultrasonic Liposuction in Gynaecomastia Surgery. *Liposuction: Springer*; 2016 : 511-23.