LA GYNECOMASTIE

Version 6 mise à jour janvier 2019

Information délivrée le :

Au bénéfice de :
Nom :
Prénom :

Cachet du Médecin :

Dr BINDER Jean-Philippe
RPPS : 10001514750
dr-binder.fr

Cette fiche d'information a été conçue **sous l'égide de la Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)** comme un complément à votre première consultation, pour tenter de répondre à toutes les questions que vous pouvez vous poser si vous devez subir une cure de gynécomastie.

Le but de ce document est de vous apporter tous les éléments d'information nécessaires et indispensables pour vous permettre de prendre votre décision en parfaite connaissance de cause. Aussi vous est-il conseillé de le lire avec la plus grande attention.

DÉFINITION

Une gynécomastie est définie par une augmentation du volume de la glande mammaire chez l'homme. Elle correspond à une hyperplasie uni- ou bilatérale. Généralement elle est idiopathique, c'est à dire qu'il n'existe aucune cause à sa survenue ; cependant, dans certains cas elle peut être en rapport avec une production hormonale anormale, ou liée à la prise de certains médicaments. Un bilan est nécessaire afin d'éliminer une cause éventuelle. Ce bilan aura pour but de doser les différentes hormones connues, de rechercher une tumeur testiculaire ou hypophysaire. Une mammographie ou une échographie peut être demandée afin d'analyser la densité de la glande, ou d'éliminer un cancer du sein chez l'homme plus âgé, notamment en cas de forme unilatérale. Si une cause est retrouvée, elle devra faire l'objet d'un traitement spécifique. En effet, lorsqu'une étiologie est retrouvée, le traitement de celle-ci peut permettre une régression plus ou moins complète de la gynécomastie.

L'augmentation du volume mammaire chez l'homme, notamment en période d'adolescence, est souvent mal vécue et peut poser de nombreux problèmes psychologiques. Cette atteinte physique chez l'adolescent, au moment même où il construit son image d'homme, peut entraîner un repli sur lui-même, voire un véritable complexe. De plus, cette gynécomastie peut s'avérer douloureuse.

D'un point de vue anatomique et physiopathologique, la glande mammaire existe chez l'homme normal, mais elle est de type infantile, réduite à un simple bourgeon mammaire. Dans quelques cas, cette glande mammaire peut se développer si l'environnement hormonal est propice.

Lorsqu'aucune cause n'a été retrouvée et si le patient est gêné, une intervention chirurgicale peut être proposée, à condition que le patient soit en bonne forme physique et psychique. On appelle ce type d'intervention une « cure de gynécomastie ».

Ces altérations physiques parfois majeures, ainsi que la souffrance psychique induite, confèrent une finalité thérapeutique à cet acte chirurgical réparateur.

Si elles existent, les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie vous seront précisées par votre chirurgien.

A QUOI RESSEMBLE UNE GYNECOMASTIE

Il s'agit d'un développement de la glande mammaire centré sur l'aréole, le plus souvent bilatéral et symétrique, de consistance ferme et sensible à la palpation. Les gynécomasties sont à différencier des adipomasties qui sont beaucoup plus fréquentes et correspondent à une accumulation locale de graisse. Ces adipomasties ne sont pas centrées par rapport à l'aréole, leur consistance est molle, insensible, bilatérale, symétrique, mais les deux peuvent être associées (adipo-gynécomastie).

Chez l'adolescent peut apparaître une gynécomastie transitoire, liée à un déséquilibre hormonal en faveur des œstrogènes, disparaissant en quelques mois.

Les cancers du sein ont une présentation différente ; il s'agit de forme rare, touchant l'homme généralement après 40 ans. Ce sont des lésions unilatérales, dures, insensibles, associées à des déformations ou rétractions du mamelon voire un écoulement sanglant.

PRINCIPES DE L'INTERVENTION

Le but de la chirurgie correctrice est de rétablir au mieux l'anatomie normale avec pour principes de :

• réduire le volume mammaire par exérèse chirurgicale directe (mastectomie sous-cutanée) pour les formes glandulaires, ou par lipoaspiration pour les formes graisseuses. Dans les cas de formes mixtes, le chirurgien doit alors combiner les deux techniques,

• diminuer l'excédent cutané : généralement, la diminution du volume glandulaire va permettre la rétraction cutanée. Cette rétraction cutanée est favorisée par la lipoaspiration mais elle est d'autant plus nette qu'il s'agit d'un homme jeune

et que la peau est de bonne qualité (peau ferme, élastique, sans vergeture). Certains gestes post-opératoires comme les massages pourront aider la rétraction cutanée.

Dans certains cas, lorsque l'excédent cutané est trop important, le chirurgien peut être amené à le réduire, mais au prix de cicatrices sur la peau. Cette plastie de réduction cutanée peut être réalisée dès la première intervention ou secondairement.

AVANT L'INTERVENTION

Le bilan à la recherche d'une cause à la gynécomastie a été évoqué précédemment.

Chez les hommes obèses ou en surpoids, un régime associé à des exercices physiques sont instaurés car une perte de poids peut faire régresser ou même faire disparaître la gynécomastie (adipomastie). En fonction du contexte anatomique, des préférences et des habitudes du chirurgien, et des désirs exprimés par le patient, une stratégie opératoire aura été décidée. Seront ainsi prédéterminés la technique opératoire employée et l'emplacement des cicatrices (cf. paragraphe « L'intervention »).

Un bilan pré-opératoire habituel est réalisé conformément aux prescriptions. Le médecin anesthésiste sera vu en consultation, au plus tard 48 heures avant l'intervention. Votre chirurgien et l'anesthésiste devront être tenus au courant de tous les médicaments que vous prenez. En effet, certains d'entre eux peuvent interférer avec l'anesthésie ou favoriser les saignements.

Sauf cas particulier, aucun médicament contenant de l'aspirine ou des anti-inflammatoires ne devront être pris dans les dix jours précédant l'opération.

LA QUESTION DU TABAC

Les données scientifiques sont, à l'heure actuelle, unanimes quant aux effets néfastes de la consommation tabagique dans les semaines entourant une intervention chirurgicale. Ces effets sont multiples et peuvent entrainer des complications cicatricielles majeures, des échecs de la chirurgie et favoriser l'infection des matériels implantables (ex : implants mammaires).

Pour les interventions comportant un décollement cutané tel que l'abdominoplastie, les chirurgies mammaires ou encore le lifting cervico-facial, le tabac peut aussi être à l'origine de graves complications cutanées. Hormis les risques directement en lien avec le geste chirurgical, le tabac peut être responsable de complications respiratoires ou cardiaques durant l'anesthésie.

Dans cette optique, la communauté des chirurgiens plasticiens s'accorde sur une demande d'arrêt complet du tabac au moins un mois avant l'intervention puis jusqu'à cicatrisation (en général 15 jours après l'intervention). La cigarette électronique doit être considérée de la même manière.

Si vous fumez, parlez-en à votre chirurgien et à votre anesthésiste. Une prescription de substitut nicotinique pourra ainsi vous être proposée. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès de Tabac-Info-Service (3989) pour vous orienter vers un sevrage tabagique ou être aidé par un tabacologue.

Le jour de l'intervention, au moindre doute, un test nicotinique urinaire pourrait vous être demandé et en cas de positivité, l'intervention pourrait être annulée par le chirurgien.

TYPE D'ANESTHÉSIE ET MODALITÉS D'HOSPITALISATION

Type d'anesthésie : il s'agit le plus souvent d'une anesthésie générale classique, durant laquelle vous dormez complètement.

Dans certains cas, une anesthésie « vigile » (anesthésie locale approfondie par des tranquillisants administrés par voie intraveineuse) ou même une anesthésie locale simple pourront cependant être utilisées (à discuter avec le chirurgien et l'anesthésiste).

Modalités d'hospitalisation : L'intervention est le plus souvent réalisée em ambulatoire c'est-à-dire avec une sortie le jour même après quelques heures de surveillance. Une hospitalisation de 24 heures, voire 48 heures, est cependant parfois souhaitable. La durée d'hospitalisation est en fait fonction de la technique chirurgicale employée. En effet une lipoaspiration simple nécessitera une hospitalisation plus courte qu'une mastectomie sous-cutanée.

L'INTERVENTION

Chaque chirurgien adopte une technique qui lui est propre et qu'il adapte à chaque cas pour obtenir les meilleurs résultats. Toutefois, on peut retenir des principes de base communs.

Dans l'intervention type, une incision est réalisée au bord inférieur de l'aréole. A partir de cette incision, le chirurgien peut enlever la glande mammaire (mastectomie sous-cutanée) et la graisse en trop. Souvent en plus de ce geste, le chirurgien peut pratiquer une lipoaspiration à la périphérie de l'excès glandulaire afin d'harmoniser l'ensemble et favoriser la rétraction cutanée.

En cas de gynécomastie à prédominance graisseuse, l'exérèse peut se faire parfois par lipoaspiration seule. Les cicatrices sont alors très courtes et peuvent être situées à distance de la gynécomastie, comme au niveau des régions sous mammaire ou axillaire.

Lorsque la gynécomastie et l'excès de peau sont très importants, le chirurgien peut être amené à faire des cicatrices plus longues et donc plus visibles. Ces cicatrices peuvent alors être péri-mamelonnaires (autour de l'aréole), horizontales et se prolonger de part et d'autre de l'aréole. Dans les cas extrêmes le chirurgien peut être amené à greffer l'aréole et le mamelon. D'autres types de cicatrices sont possibles (verticale, en queue de raquette…), elles dépendent de chaque cas particulier.

Lors de l'intervention, un drain peut être mis en place en fonction de la technique utilisée et des habitudes du chirurgien. Ce drain sert à évacuer les résidus sanguins et lymphatiques qui pourraient s'accumuler au niveau du site opératoire.

En fin d'intervention, un pansement « modelant » est réalisé, souvent avec un bandage élastique.

La durée d'intervention est variable en fonction du chirurgien et de la technique utilisée, pouvant aller de quelques minutes en cas de lipoaspiration isolée à deux heures pour les formes complexes nécessitant une réduction majeure.

Dans certains cas, on peut demander une prise en charge auprès de la Sécurité Sociale.

APRÈS L'INTERVENTION : LES SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires peuvent parfois être douloureuses les premiers jours. Un traitement antalgique, adapté à l'intensité des douleurs sera prescrit pendant quelques jours. En cas de lipoaspiration isolée, le patient peut ressentir localement des douleurs à type de « fortes courbatures ». Œdème (gonflement), ecchymoses (bleus) et gêne à l'élévation des bras sont fréquents les premiers temps.

Le premier pansement est retiré après quelques jours. Il est alors remplacé par un pansement plus léger. Souvent, le pansement initial est compressif, puis, rapidement, un pansement plus léger est associé à un «boléro» ou un gilet de contention à porter jour et nuit pendant un certain temps. Cette contention aide à la rétraction cutanée et favorise une cicatrisation uniforme.

La durée totale d'arrêt de travail varie de cinq à vingt et un jour. Il est conseillé d'attendre un à deux mois avant de reprendre une activité sportive.

LES CICATRICES

La cicatrice est une séquelle obligatoire de la chirurgie. Le but du chirurgien est d'obtenir une cicatrice de la meilleure qualité possible. Les cicatrices évoluent pendant un ou deux ans après l'intervention : elles sont d'abord blanches et fines le premier mois, puis deviennent rosées ou rouges et indurées jusqu'au quatrième mois. Ensuite, elles blanchissent progressivement. Il est impératif de les protéger du soleil pendant la première année.

La longueur et la situation des cicatrices varient en fonction de la technique opératoire (cf. paragraphe « L'intervention »). Leur qualité dépend de la technique chirurgicale et de facteurs propres au patient (âge, qualité et type de peau…).

Dans tous les cas, l'évolution de cette cicatrice doit faire l'objet d'une surveillance rigoureuse et prolongée.

LE RESULTAT

L'amélioration est souvent nette et immédiate. Cependant, un délai de deux à trois mois est nécessaire pour apprécier le résultat définitif. C'est le temps nécessaire pour que l'œdème post-opératoire disparaisse et que l'excédent cutané se rétracte. Au-delà de cette période, les tissus gagneront en souplesse progressivement.

La diminution du volume mammaire apporte un confort physique, notamment lors de l'habillement. Enfin le résultat est souvent très bénéfique sur le plan psychologique car une gynécomastie est souvent considérée comme une ombre à la virilité.

En ce qui concerne la stabilité du résultat, plusieurs cas sont envisageables. Pour les formes glandulaires pures, l'exérèse glandulaire évite généralement la récidive. Cependant, une prise de poids importante peut être accompagnée d'une nouvelle augmentation du volume mammaire (adipomastie) et ceci est d'autant plus fréquent pour les formes à composante graisseuse prédominante.

LES IMPERFECTIONS DU RESULTAT

Certaines imperfections peuvent se rencontrer occasionnellement :

• **une asymétrie résiduelle de volume** : elle peut être due à une exérèse moins importante d'un côté que de l'autre, notamment lorsqu'il existait déjà une asymétrie de volume avant l'intervention. Dans certains cas, l'asymétrie peut être liée à un œdème post-opératoire plus important d'un côté : dans ce cas, le port d'une gaine et l'action des massages permettront de corriger le défaut. Lorsque l'asymétrie persiste un an après l'intervention et si elle est gênante, une correction chirurgicale pourra alors être proposée.

• **une asymétrie de hauteur des aréoles et des mamelons** : l'asymétrie est souvent présente avant l'intervention ; cependant, vous n'y portiez que peu attention voire même, vous ne l'aviez pas remarquée. Après l'intervention, même si le chirurgien a essayé de la corriger, l'asymétrie peut persister et parfois être « démasquée », c'est à dire rendue plus visible.

Dans d'autres cas, l'asymétrie peut être liée à la cicatrisation des tissus sous la peau. Des massages quotidiens associés à une bonne hydratation aideront à corriger le problème.

• **une cupulisation de l'aréole** : elle peut être liée à une exérèse glandulaire trop centrée en arrière de l'aréole sans harmonisation périphérique. Si elle est gênante, une retouche chirurgicale pourra être proposée.

• **un excédent cutané** : après la correction chirurgicale d'une gynécomastie, un excès cutané n'est pas rare et peut mettre plusieurs mois à se rétracter. La rétraction cutanée est liée à la qualité de la peau. Une retouche peut s'avérer souhaitable.

• **des zones en creux ou des petits nodules sous la peau** : ils sont liés à la lipoaspiration qui dans certains cas peut majorer l'aspect de « cellulite ». Ce phénomène est normal : des massages quotidiens associés à une bonne hydratation permettront de fractionner ces nodules fibreux et d'éviter les adhérences en profondeur (aspect de « cellulite »).

• Quant à la question de l'**évolution des cicatrices**, elle a été évoquée précédemment.

La sensibilité des mamelons n'est, en général, pas affectée, ou de façon transitoire pendant quelques mois. L'insensibilité est exceptionnelle. En revanche, lorsque le chirurgien est amené à greffer la plaque aréolo-mamelonnaire, cette dernière peut devenir définitivement insensible et peut présenter des troubles de la coloration cutanée (dyschromie).

LES COMPLICATIONS ENVISAGEABLES

Une cure de gynécomastie bien que réalisée pour des motivations essentiellement esthétiques, n'en reste pas moins une véritable intervention chirurgicale, ce qui implique les risques inhérents à tout acte médical, aussi minime soit-il.

Cet acte reste notamment soumis aux aléas liés aux tissus vivants dont les réactions ne sont jamais entièrement prévisibles.

Les suites opératoires sont en général simples au décours d'une cure de gynécomastie. Toutefois, des complications peuvent survenir, certaines d'ordre général, inhérentes à tout acte chirurgical, d'autres loco-régionales plus spécifiques de la cure de gynécomastie.

Il faut distinguer les complications liées à **l'anesthésie** de celles liées au **geste chirurgical**.

● **En ce qui concerne l'anesthésie**, lors de la consultation pré-opératoire obligatoire, le médecin anesthésiste informera lui-même le patient des risques anesthésiques. Il faut savoir que l'anesthésie induit dans l'organisme des réactions parfois imprévisibles et plus ou moins faciles à maîtriser : le fait d'avoir recours à un **anesthésiste parfaitement compétent, exerçant dans un contexte réellement chirurgical** fait que les risques encourus sont devenus statistiquement extrêmement faibles.

Il faut en effet garder à l'esprit que les techniques, les produits anesthésiques et les méthodes de surveillance ont fait d'immenses progrès ces trente dernières années, offrant une sécurité optimale, surtout quand l'intervention est réalisée en dehors de l'urgence chez une personne en bonne santé.

● **En ce qui concerne le geste chirurgical**, en choisissant un **Chirurgien Plasticien qualifié et compétent**, formé à ce type d'intervention, vous limitez au maximum ces risques, sans toutefois les supprimer complètement.

En pratique, la grande majorité des cures de gynécomasties réalisées dans les règles se passe sans aucun problème. Les suites opératoires sont simples et les patients sont pleinement satisfaits de leur résultat. Pourtant, parfois, des complications peuvent malgré tout survenir :

• **Saignement postopératoire et hématome** : un saignement peut survenir dans les heures qui suivent l'intervention. S'il est important, il se traduira par un gonflement et une tension douloureuse (hématome) et nécessitera un geste d'évacuation.

• **Phlébite et embolie pulmonaire** : la reprise d'une marche très précoce permet de minimiser ce risque.

• **Epanchement séreux** : une accumulation de liquide lymphatique au niveau de la zone de mastectomie est parfois observée. On parle aussi de lymphocèle ou de sérome. Il peut nécessiter une ou plusieurs ponctions afin de l'évacuer.

• **Infection postopératoire** : elle peut se déclarer dans les jours qui suivent l'opération et se traduit par une fièvre, parfois supérieure à 39°C. La zone opérée est alors gonflée et rouge, douloureuse. Un traitement antibiotique peut suffire, mais souvent un geste chirurgical de drainage est nécessaire.

• **Nécrose cutanée** : la peau a besoin d'une bonne alimentation vasculaire (apport en oxygène) pour vivre. Si la vascularisation est insuffisante ou de mauvaise qualité (traction importante, hématome, infection, tabagisme…), peut survenir une nécrose cutanée. Elle sera traitée par des soins et des pansements adaptés. La cicatrisation sera obtenue mais avec un certain retard.

• **Pneumothorax** : très rare, il bénéficiera d'un traitement spécifique.

• **Cicatrices anormales** : le chirurgien fait de son mieux pour faire de belles sutures ; cependant, la cicatrisation est un phénomène aléatoire et il arrive parfois que les cicatrices ne soient pas aussi discrètes que voulues. Chez une même personne, selon les régions du corps, la cicatrisation peut être différente. Ainsi, l'évolution des cicatrices peut être défavorable avec la survenue de cicatrices hypertrophiques, voire chéloïdes, d'apparition et dévolution imprévisibles, qui peuvent compromettre l'aspect esthétique du résultat et requièrent des traitements locaux spécifiques souvent longs.

• **Troubles de la sensibilité cutanée** : une altération de la sensibilité cutanée est fréquente les premiers mois puis s'estompe avant un retour à la normale. Rarement, peuvent apparaître de mauvaises informations sensitives avec exagération de la sensibilité ; ces cas particuliers nécessitent un traitement spécifique. Comme nous l'avons vu précédemment, lorsque le chirurgien est amené à greffer la plaque aréolo-mamelonnaire, celle-ci peut rester définitivement insensible.

Au total, il ne faut pas surévaluer les risques, mais simplement prendre conscience qu'une intervention chirurgicale, même apparemment simple, comporte toujours une petite part d'aléas.

Le recours à un Chirurgien Plasticien qualifié vous assure que celui-ci a la formation et la compétence requises pour savoir éviter ces complications ou les traiter efficacement le cas échéant.

Tels sont les éléments d'information que nous souhaitions vous apporter en complément à la consultation. Nous vous conseillons de conserver ce document, de le relire après la consultation et d'y réfléchir « à tête reposée ».

Cette réflexion suscitera peut-être de nouvelles questions, pour lesquelles vous attendrez des informations complémentaires. Nous sommes à votre disposition pour en reparler au cours d'une prochaine consultation, ou bien par téléphone, voire le jour même de l'intervention où nous nous reverrons, de toute manière, avant l'anesthésie.

REMARQUES PERSONNELLES :