

Gynécomastie ou cancer du sein

M S Merad , Z Benzian , T Benkhalifa , K Faraoun , F Mohammedi

Service d'endocrinologie-diabétologie Clinique Larribère CHU D' Benzerdjeb Oran. Algérie.

Introduction

La majorité des lésions du sein chez l'homme est d'origine bénigne. La gynécomastie est une pathologie très fréquente, correspondant à une croissance de la glande mammaire suite à des modifications hormonales. Trois formes radiologiques ont été décrites : nodulaire, dendritique et diffuse. Son principal diagnostic différentiel est l'adipomastie, correspondant à des dépôts adipeux dans le tissu sous-cutané

Le Cancer du sein chez les hommes est rare, il représente <1% de tous les cas de cancer du sein et 0,2% de tous les cancers chez les sujets de sexe masculin. Sachant que les praticiens ont parfois des difficultés à différencier une gynécomastie (**fig-1**) d'une masse cancéreuse suspecte, nous rapportons un cas rare de carcinome in situ non envahissant du sein chez un homme.

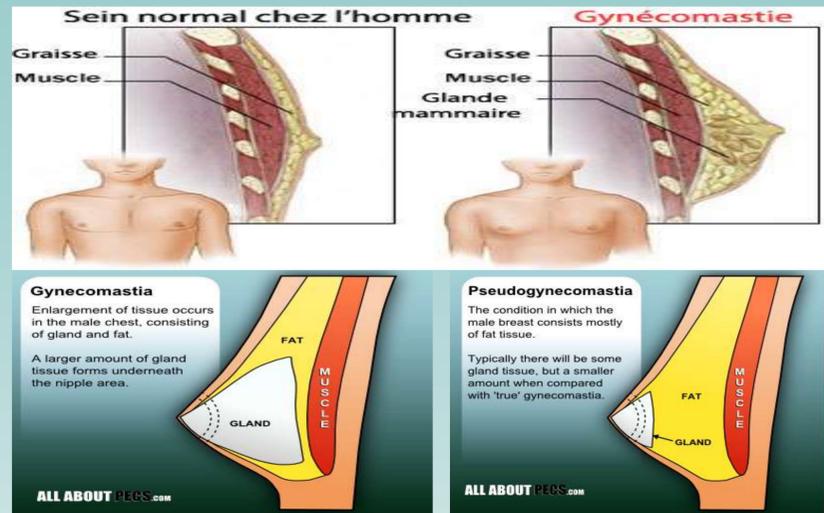


fig-1

Observation

Il s'agit d'un patient **âgé de 60 ans** avec des antécédents personnels de **diabète de type 02 et d'HTA depuis 07 ans**, sans antécédents familiaux de cancer du sein, a consulté à notre niveau pour **gynécomastie gauche** d'apparition récente. À l'examen clinique, la taille du patient était de 172 cm, poids 78 kg, et l'indice de masse corporelle de **26,4 kg/m2**, il y avait une **masse rétro aréolaire gauche, hétérogène, rugueuse et dure à la palpation**. L'examen du sein droit et des aires ganglionnaires était sans particularités.

Bilan hormonale

paramètres	Résultats	Valeurs Normal	
FSH	7 m ui/L	(1 — 8)m ui/L	NORMAL
LH	6,67 m ui/L	(2 — 12)m ui/L	NORMAL
EOSTRADIOL	30 ng/ml	(20 — 37)ng/ml	NORMAL
TESTOSTERONE	4,5 ng/ml	(3 — 12)ng/ml	NORMAL

Examens paracliniques

La mammographie a montré une masse mammaire suspectes sans calcifications (**fig-2**). Il n'y avait pas de signes radiologiques invasion musculaire ou axillaire. Nous avons effectué une cytoponction, et les frottis d'aspiration ont été positifs pour le cancer

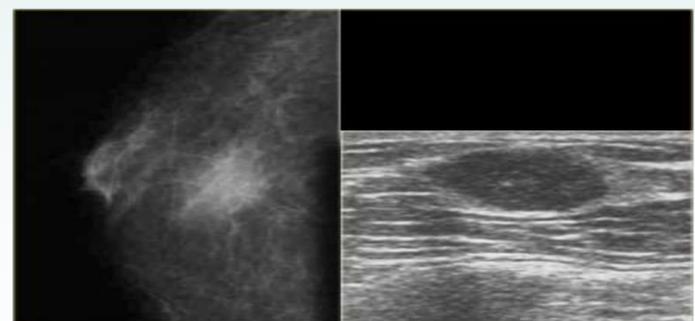


fig-2

Le patient a été traité avec succès par mastectomie radicale unilatérale gauche avec curage axillaire de ganglion lymphatique, l'examen histopathologique de la tumeur et des ganglions a révélé **un carcinome in situ (Grade 1 SBR)** sans atteinte ganglionnaires.

Discussion

Le cancer du sein chez l'homme est un cancer rare, avec une incidence annuelle en Europe d'un pour 100 000. moins de 1 % de tous les patients atteints de cancer du sein sont des hommes. Il survient essentiellement **chez des patients âgés**, avec un pic d'incidence à 71 ans.

La plupart des facteurs de risque implique des modifications du rapport oestrogène sur androgènes. Ainsi un risque élevé est retrouvé chez les patients présentant un syndrome de Klinefelter (risque relatif de 50), des anomalies testiculaires, une obésité, une cirrhose. Des antécédents de radiothérapie thoracique augmentent également le risque de cancer du sein.

atteints d'un cancer du sein ayant des antécédents chez des femmes du premier degré. Le risque génétique peut être dû à des mutations de gènes à forte pénétrance, en particulier à des mutations du gène BRCA2 ; le risque lié aux mutations du gène BRCA1 est moins important et a été décrit plus récemment.

Le type histologique le plus fréquemment retrouvé est le carcinome canalaire infiltrant, correspondant à près de 90 % des lésions. **Le carcinome canalaire in situ correspond à 10 % des lésions**, parmi lesquelles 75 % sont de type papillaire. Les carcinomes lobulaires sont exceptionnels (1 %).

Le diagnostic de cancer du sein est souvent évident cliniquement. La présentation la plus fréquente est la présence **d'une masse unilatéral** indurée non douloureuse (75 % des cas). Elle sera très évocatrice de cancer si elle est excentrée.

Du fait de la rareté et de la méconnaissance de la pathologie, le diagnostic est souvent tardif, plus de 40 % des cancers étant diagnostiqués aux stades 3 ou 4. La mammographie montre le plus souvent **une masse dense sans calcifications**. L'absence de ganglions suspects à l'examen clinique ou en échographie pourra permettre la technique du ganglion sentinelle.

Le traitement à un stade précoce ressemble à celui de la femme avec une indication plus large au curage axillaire. La radiothérapie est plus indiquée chez l'homme en raison de la fréquence d'atteinte mamelonnaire ou cutané. L'hormonothérapie est indiquée si récepteurs hormonaux positifs.

Au stade métastatique, les mêmes règles de traitement sont gardées, l'hormonothérapie est largement indiquée, la chimiothérapie trouve sa place si la maladie est à progression rapide. Les facteurs de pronostic sont également les mêmes chez les deux sexes et sont essentiellement la taille tumorale et la présence d'adénopathies. Le cancer du sein et entre autre le carcinome canalaire infiltrant ont le même pronostic que le cancer du sein chez la femme au même stade.

Conclusion

devant toute gynécomastie unilatérale, il est important de penser au cancer du sein en particulier en présence de facteurs de risque comme : l'âge, les antécédents familiaux, l'alcool, l'alimentation et l'obésité. La mammographie peut être utile et son résultat conditionnera la réalisation de prélèvements.

