Zeitschrift: Macolin : revue mensuelle de l'École fédérale de sport de Macolin et Jeunesse + Sport

Herausgeber: École fédérale de sport de Macolin

Band: 53 (1996)

Heft: 9

Artikel: Gynécomastie et substances dopantes : "Des seins féminins chez les sportifs mâles"

Autor: Mondenard, Jean-Pierre de

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-998368

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

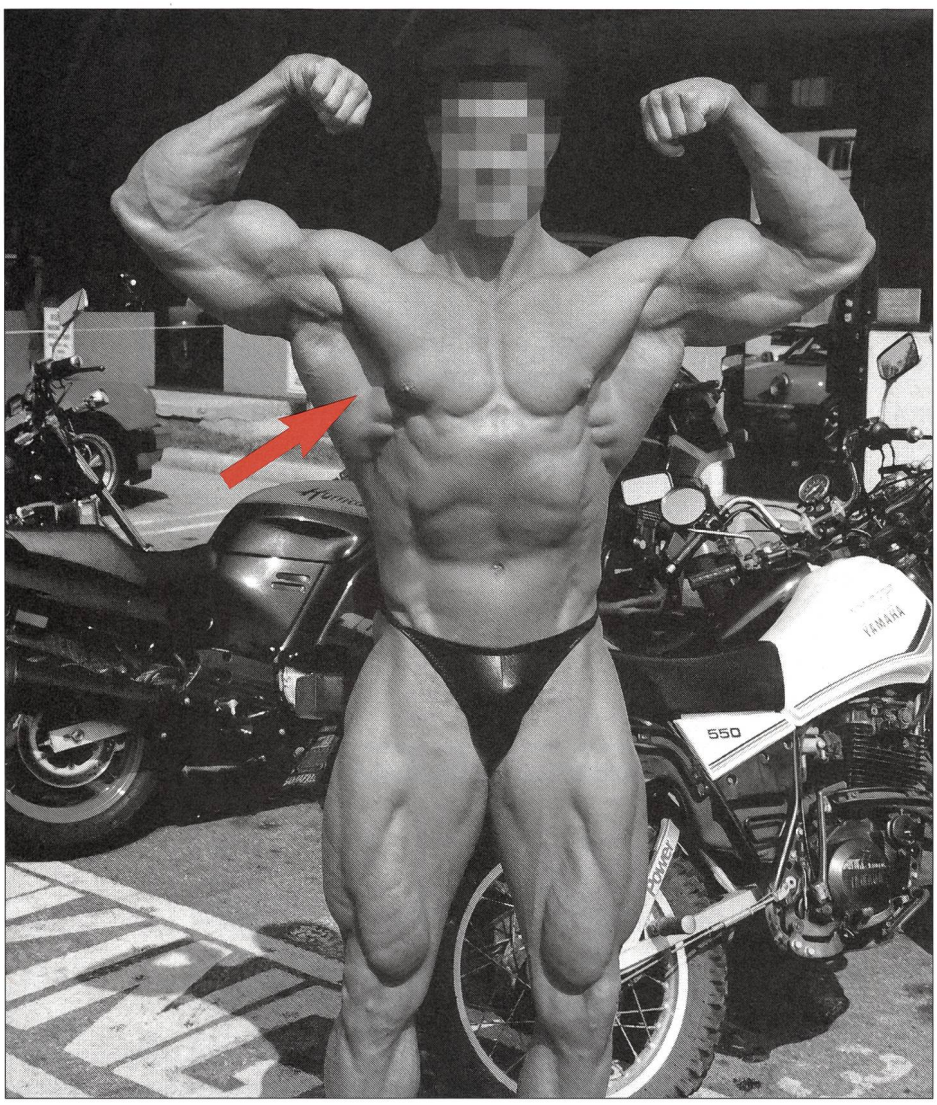
Download PDF: 22.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Gynécomastie et substances dopantes

«Des seins féminins chez les sportifs mâles»

Dr Jean-Pierre de Mondenard



Gynécomastie ou sein masculin.

L'apparition d'une gynécomastie ou glande mammaire chez l'athlète masculin adulte témoigne d'une très probable consommation de substances dopantes, notamment anabolisantes.

La gynécomastie se définit par une hyperplasie ou prolifération anormale, avec augmentation de volume du tissu mammaire non tumoral, chez l'homme, pouvant aboutir à une féminisation complète de la glande.

Hormones et sein

Le développement de la glande mammaire nécessite l'action conjuguée de plusieurs hormones, principalement les œstrogènes et la progestérone – les deux principales hormones féminines – et, à un moindre degré, celle du cortisol, de l'insuline et de l'hormone de croissance. Les œstrogènes stimulent le développement des canaux galactophores (canaux qui conduisent le lait sécrété par la glande mammaire jusqu'au mamelon), augmentent la vascularisation du stroma (tissu constituant la charpente du sein) et favorisent l'hypertrophie et l'œdème du tissu conjonctif. Quant à la progestérone, elle favorise le développement de la glande elle-même. Chez l'homme, la testostérone ou hormone mâle joue un rôle de répresseur de l'action des œstrogènes sur la glande mammaire. En effet, le tissu mammaire a des récepteurs œstrogéniques inhibés par la testostérone, ce qui explique qu'un déséquilibre du rapport œstrogène sur testostérone soit le mécanisme responsable le plus fréquent.

Chez l'adolescent et l'adulte non sportif

La gynécomastie est transitoire et quasi normale chez l'adolescent au moment de la puberté. Très fréquente, elle est observée chez plus de 50 pour cent des garçons entre 13 et 16 ans. Favorisée par l'obésité, elle semble liée à un déséquilibre entre la testostérone libre et l'estradiol libre (œstrogène naturel) au moment de la puberté.

Ce renflement des seins du garçon, d'un seul côté ou des deux, peut donner une apparence efféminée et se prolonger pendant plusieurs mois, voire un an ou plus. Il ne requiert généralement aucun traitement mais n'en suscite pas moins une gêne compréhensible chez les adolescents qui sont inquiets de la signification de cette anomalie et de ses implications sexuelles éventuelles. Les plaisanteries des camarades peuvent accroître la gêne des jeunes qui n'osent plus se dévêtir devant les autres et se montrent enclins à la dépression.

Si le grossissement persiste et se révèle particulièrement inesthétique, ou si le patient se montre excessivement perturbé par le phénomène, il est possible de recourir à la chirurgie plastique. En fin de compte, cette protubérance pose des problèmes plus esthétiques et psychologiques que médicaux.

Chez l'adulte non sportif, la constatation d'une gynécomastie doit faire rechercher en priorité l'éventuelle prise d'œstrogènes, de neuroleptiques, de tranquillisants, d'antihypertenseurs de type diurétique, ou l'existence de troubles endocriniens. Souvent, aucune anomalie n'est retrouvée à l'origine de cette hypertrophie mammaire et on estime que les gynécomasties idiopathiques (origine inconnue) partagent, à égalité avec les gynécomasties iatrogènes (dues à des médicaments), la responsabilité causale de 90 pour cent des gynécomasties.

Chez le sportif

Chez les athlètes masculins, notamment consommateurs d'anabolisants hormonaux, on peut voir fleurir sur leurs thorax des seins féminins, surnommés aux Etats-Unis «bitch-tits» ou «seins de garce».

Ils apparaissent sous forme d'une petite masse ferme de tissu mammaire, unilatérale ou bilatérale. Exceptionnellement, ces glandes sécrètent une faible quantité de fluide clair. Après l'arrêt des anabolisants hormonaux, le tissu mammaire subit une involution. Il devient généralement plus mou et moins saillant, sans disparaître complètement.

Le paradoxe des seins féminins chez l'athlète masculin dopé à l'hormone mâle est dû à l'abus de certains androgènes –

testostérone, stéroïdes anabolisants – qui, sous l'effet de l'activité accrue de l'aromatase, enzyme se trouvant en particulier dans le tissu graisseux (cellules adipeuses), se transforment en œstrogènes dont l'action est bien connue dans la croissance du sein féminin. Chez les sportifs suivant un régime prolongé ou des cures répétées d'androgènes, les taux d'estradiol plasmatique peuvent dépasser jusqu'à sept fois les taux que l'on rencontre normalement chez les femmes en période d'ovulation!

Anabolisants et gynécomastie

Il faut souligner que tous les consommateurs de testostérone ou hormone mâle ne sont pas automatiquement exposés à une gynécomastie en raison de la variabilité importante de la présence de récepteurs aux œstrogènes dans la glande mammaire d'un sujet à l'autre. L'effet œstrogène des anabolisants hormonaux est variable. Certains, telles la dihydrotestostérone (Andractim*) ne se fixant pas sur les récepteurs œstrogéniques du tissu mammaire, sont incapables de déclencher l'apparition d'une gynécomastie. De même, la structure des androgènes comme le fluoxymestérone (Halotestin*), le mestérolone (Proviron*), l'oxandrolone (Anavar*) et probablement le stanozolol (Stromba*) s'oppose à leur aromatisation en œstrogènes. A l'inverse, l'enzyme aromatase étant très friande de la testostérone et ses esters, favorise leur transformation en œstrogènes, ce qui, par voie de conséquence expose les utilisateurs d'hormone mâle aux seins féminins.

Le Trophobolène*, stéroïde anabolisant comportant en association un œstrogène, présente lui aussi la possibilité d'induire une gynécomastie.

En dehors des anabolisants hormonaux, d'autres médicaments figurant sur la liste des substances interdites peuvent présenter un risque de gynécomastie.

Autres médicaments responsables

En plus de l'effet œstrogène de certains anabolisants hormonaux, les médicaments détaillés ci-après font intervenir trois autres mécanismes:

- un défaut de sécrétion de la testostérone;
- une anomalie de la protéine de transport (Te BG ou SHB) ou de la capacité de fixation sur cette protéine qui normalement augmente le taux d'hormone libre seule active;
- une hyperprolactinémie secondaire (prolactine: hormone favorisant la sécrétion de progestérone et qui déclenche la lactation).
- ***Amphétamines:*** activité antidopaminergique responsable d'une hyperprolactinémie. Dans ce cas, elle peut s'accompagner d'une galactorrhée. L'hyperprolactinémie, outre son action propre lactogène, intervient en modifiant le métabolisme de l'hormone mâle (diminution de la testostérone libre, baisse de la réponse de LH (hormone lutéinisante stimulant la sécrétion de testostérone par le testicule) et diminution de la production testiculaire de la testostérone.
- ***Gonadotrophines chorioniques*** (effet œstrogène): sécrétion d'estradiol par le testicule.
- ***Haschisch et marijuana:*** ces drogues contiennent du tétrahydrocannabinol, qui possède une activité œstrogénique propre et entraîne une diminution du taux plasmatique de testostérone.
- ***Spironolactone (Aldactone*)*** entraîne une inhibition de la synthèse testiculaire de la testostérone et possède une activité antiandrogène périphérique (inhibition compétitive de la dihydrotestostérone à son récepteur).

*Dans l'article, les produits ont reçu en principe leur dénomination scientifique. Leurs synonymes – généralement correspondant à un nom de marque déposée – sont, dans le texte, suivis d'un astérisque.

Substances dopantes et gynécomasties

Action œstrogénique	Inhibiteur de la synthèse de la testostérone et de son action	Autres mécanismes
• Androgènes (+++) – cipionate de testostérone (USA) – énanthate de testostérone (Androtardyl*) • Gonadotrophine chorionique • Héroïne • Marijuana • Stéroïdes anabolisants: méthandiénone (Dianabol*), nandrolone (Dynabolon*), oxymétholone (Anadrol*), ... • Trophobolène* (œstrogène + nandrolone + progestérone)	• Spironolactone (diurétique): Aldactazine*, Aldactone*, ...	• Amphétamines (stimulant du système nerveux central) • Clomifène (entraîne une élévation de l'hormone gonadrotrophine B ou LH qui elle-même stimule la production d'hormone mâle ou testostérone)

Des seins chez l'homme: 3 cas de figure

1983 – Haltérophilie – Roland Schmidt (RDA): Opéré d'une hypertrophie de la poitrine provoquée par l'absorption répétée d'anabolisants

«Un ancien haltérophile est-allemand, Roland Schmidt, qui poursuivait en justice deux spécialistes de la médecine du sport l'ayant conduit à avoir recours de 1979 à 1981 à des produits dopants a été débouté hier par un tribunal de Dresde. Schmidt réclamait 15 000 DM de dommages et intérêts au médecin de son ex-club, Theodor Haertel, et au médecin-chef de la Fédération est-allemande, Hans-Henning Lathan. En 1983, à l'issue de sa carrière sportive, Roland Schmidt, comme d'autres haltérophiles est-allemands, avait dû subir une opération de la poitrine, celle-ci, tant hypertrophiée à la suite d'absorption répétée d'anabolisants. Outre les cicatrices consécutives à cette opération, Schmidt se plaignait d'être exposé à des risques aggravés de cancer. Les juges ont estimé que les inculpés n'étaient que des exécutants de la médecine du sport est-allemande et que cette affaire était ‹politique›.»

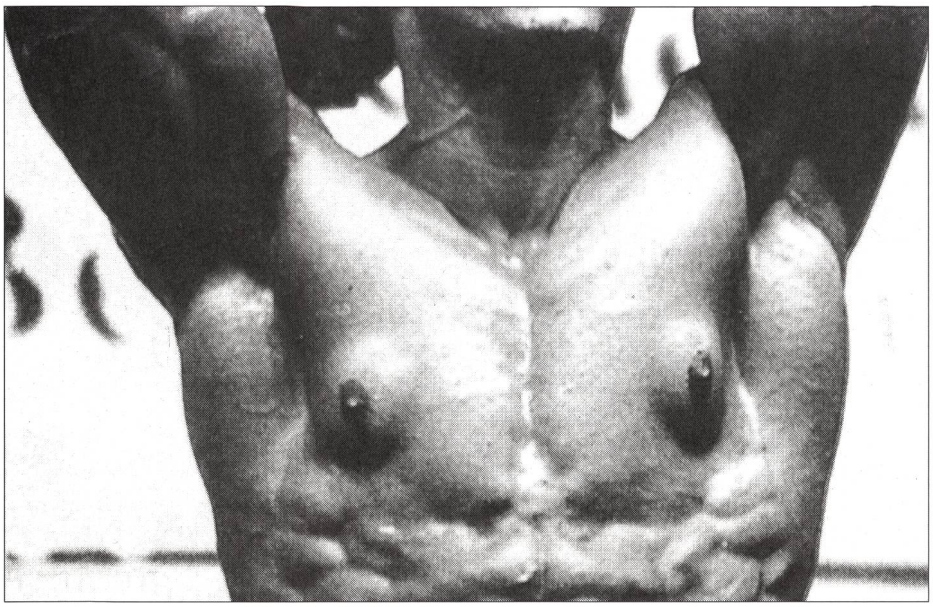
L'Equipe, 22 juin 1995.

1994 – Haltérophilie – Ablation des seins pour des athlètes dopés de l'ex-RDA

«L'hebdomadaire allemand Stern, citant des documents de la Stasi, l'ancienne police secrète de RDA, rapporte que des haltérophiles est-allemands ont dû subir une ablation des seins durant les années 80. En raison de l'arrêt de la prise de produits dopants, les hormones femelles (œstrogènes) l'emportaient alors sur les hormones mâles (testostérone), que les athlètes prenaient en doses massives pendant leur carrière.

Le gonflement et la féminisation de leur poitrine avaient atteint un stade précancéreux. Parmi les patients du chirurgien se trouve le médaillé de bronze aux JO de Montréal, Peter Wenzel (catégorie: poids moyen).»

La Lettre de l'Economie du Sport, N° 253, 20 avril, p. 8, 1994.



La gynécomastie est un des effets indésirables des anabolisants.

Des seins «inattendus»
«L'un des cas les plus célèbres de gynécomastie rapportés par la littérature médicale est celui d'une jeune chercheuse, complexée par la petite taille de ses seins. Elle entreprit sur le conseil de son médecin un traitement hormonal sous forme d'applications régulières de pommade, tâche qu'elle confia à son copain au plus grand plaisir de chacun. Au bout de trois mois, la jeune fille exhibait une généreuse poitrine... et son amoureux aussi.
Certains massages nécessitent des gants en caoutchouc!»
Sport et Vie, N° 16, janvier–février, p. 82, 1993.

Traitement et prévention

Le traitement médical apparaît efficace sur les gynécomasties récentes et de volume modeste. Il repose principalement sur l'utilisation d'androgènes ne subissant pas d'aromatisation en œstrogènes. Pour cette raison, on utilise de préférence la dihydrotestostérone (DHT) par voie percutanée (Andractim*). La durée moyenne du traitement se situe entre trois et six mois. Ce médicament permet une réduction nette de la gynécomastie dans plus de deux tiers des cas. A titre préventif, les culturistes prennent le tamoxifène (Nolvadex*), un anti-œstrogène dont l'action s'avère peu probante lorsque le tissu fibreux s'est déjà formé. La bromocriptine (Parlodel*) est également utilisée contre la gynécomastie en raison de son action frénatrice sur la prolactine (hormone de la glande mammaire).

Une intervention chirurgicale, à visée esthétique, peut être proposée à certains patients dont la gynécomastie n'a pas été améliorée par le traitement médical (souvent formes anciennes et fibreuses) et chez lesquels le retentissement psychologique est important. C'est ainsi que la littérature spécialisée nous apprend que de nombreux champions professionnels de culturisme n'ont pas hésité à se faire enlever chirurgicalement le tissu mammaire exubérant, malgré le risque de cicatrice visible. ■

NOUVEAU – UNIQUE – NATUREL
BOEN Boflex P1

Le parquet pour les halles de sport, les salles polyvalentes, les studios de gymnastique et de fitness

- Amortissement progressif des chocs
- Idéal pour les activités sportives des enfants
- Répond à toutes les normes DIN
- Son élasticité réduit le risque de lésions
- Multi emploi
- Pose rapide lors de rénovation

⇨ **Jugez vous-mêmes en visitant l'une de nos installations-témoin** ⇦

CHAPATTE SA, 2724 Les Breuleux, Suisse, Tél. 039/54 14 04, Fax 039/54 14 18
HAGETRA SA, Sennweidstrasse 1B, 8608 Bubikon, Suisse, Tél. 055/243 34 00, Fax 055/243 38 76

HAGETRA
Parquet pour tous les sols