



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Pathologie du sein de l'homme

Male nipple diseases

**D. Firmin-Lefebvre, L. Misery\***

*Service de dermatologie, CHU de Brest, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France*

Reçu le 14 novembre 2012 ; accepté le 8 avril 2013

Disponible sur Internet le 3 juin 2013

### MOTS CLÉS

Sein ;  
Masculin ;  
Aréole ;  
Mamelon

### KEYWORDS

Breast ;  
Male ;  
Areola ;  
Nipple

**Résumé** L'andrologie étant très peu développée en France, le dermatologue est souvent le médecin consulté pour les maladies du sein de l'homme. Toutes les maladies dermatologiques peuvent se situer dans cette localisation. Il existe aussi des pathologies spécifiques : gynécomastie, anomalies congénitales, hyperplasies, tumeurs bénignes et cancer du sein. Toute la prise en charge du patient doit être organisée autour du diagnostic de cancer du sein ou de son élimination.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Summary** Because andrology is relatively undeveloped in France, the dermatologist is often the doctor first consulted for diseases of the nipple in men. All dermatological diseases can in fact occur at this site. There are some specific nipple diseases such as gynaecomastia, congenital abnormalities, hyperplasia, benign tumours and breast cancer. All clinical examinations and laboratory examinations should focus on diagnosis of this type of cancer and its elimination.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le sein de l'homme peut, comme celui de la femme, être le siège de nombreuses maladies. L'andrologie étant très peu développée en France, le dermatologue est souvent le médecin consulté pour ces maladies.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laurent.misery@chu-brest.fr (L. Misery).

## Anomalies congénitales

La présence de tissu mammaire surnuméraire est l'anomalie congénitale la plus fréquente. Sa prévalence est estimée à 1 % (entre 0,22 et 6 %). Le sex-ratio est également variable selon les études, deux études européennes trouvant une prédominance masculine (sex-ratio estimé entre 2,5 et 5/1). Un caractère familial est présent dans 6 à 11 % des cas [1,2]. La classification la plus récente distingue les polymasties et les polythélies selon la présence ou non de tissu glandulaire. Dans la littérature, le terme de mamelon surnuméraire est cependant souvent utilisé dans l'ensemble des situations, sans distinction [3].

Cliniquement, l'aspect le plus fréquent est celui d'un mamelon avec ou sans aréole : papule brune ou nacrée molle, fossette caractéristique lors du pincement entre deux doigts et parfois pigmentation périphérique, de taille généralement plus petite que celle de l'aréole ou du mamelon normal. Une touffe de poils seule est parfois notée. La polymastie vraie est rare. L'aspect dermatoscopique [4] associe des zones centrales blanches d'allure cicatricielle à un fin réseau pigmenté périphérique, comme dans le dermatofibrome. Des pseudo-fissures centrales sont parfois notées. Les mamelons surnuméraires peuvent se situer en tout point de la crête mammaire embryonnaire s'étendant de la région axillaire à la région inguinale (avec une prédilection aux niveaux axillaire et sous-mammaire gauches). Les situations ectopiques (dos, épaule, cou, face postérieure des cuisses, visage, périnée, plante du pied) sont rares [5]. Un cas particulier est celui de la polythélie intra-aréolaire, correspondant au développement d'un tissu mammaire surnuméraire au sein même d'une des deux aréoles (dichotomie intra-utérine lors du développement du mamelon) [6].

Le tissu mammaire surnuméraire est le plus souvent sporadique mais certaines associations sont notées, en particulier la présence d'anomalies urologiques ou néphrologiques, estimée à 14,5 % des cas et même plus en cas de caractère familial [7,8]. Une exploration par échographie pourrait donc être proposée de façon systématique. L'association à un naevus de Becker, dans 5 % des cas, est rapportée en particulier chez l'homme [9]. L'association à une malformation cardiaque [10] ou à des syndromes complexes est également signalée. Enfin, il faut garder à l'esprit que ces atteintes surnuméraires peuvent être le siège des mêmes pathologies que la glande mammaire en situation normale.

L'athélie et l'amastie sont des pathologies rares et s'intègrent souvent dans des atteintes complexes [11].

Les mamelons rétractés congénitaux ne sont que très rarement rapportés chez l'homme.

## Gynécomastie

Il s'agit d'une prolifération bénigne de la composante glandulaire. C'est la pathologie mammaire masculine la plus fréquente [12]. Sa prévalence est élevée en particulier lors de la période néonatale (60 à 90 %), lors de la puberté (48 à 64 %) et chez le sujet âgé (60 % après 70 ans). Chez l'adulte jeune, cette prévalence s'établit autour de 30 %.

La gynécomastie est le plus souvent bilatérale (90 % des cas). Elle se présente comme une tuméfaction de forme discale, ferme, centrée par l'aréole. Trois stades sont

décrits selon l'importance de l'hypertrophie et de l'excès cutané. Un écoulement mamelonnaire non sanglant peut être associé. La gynécomastie doit être distinguée d'une simple adipomastie, qui n'est pas centrée par l'aréole mais suit le bord inférieur du grand pectoral et survient en contexte d'obésité. Dans les formes unilatérales, le principal diagnostic différentiel est le cancer mammaire, qui est habituellement excentré et indolore.

Quelle que soit son étiologie, la gynécomastie est la conséquence d'un déséquilibre systémique ou local entre estrogènes et androgènes. Les gynécomasties peuvent être physiologiques. En période néonatale, la gynécomastie physiologique qui survient entre le deuxième et le cinquième jour de vie est probablement due au transfert transplacentaire des estrogènes maternels ; sa résolution est spontanée. En période pubertaire, en moyenne vers l'âge de 13 ou 14 ans, les gynécomasties physiologiques sont liées à la mise en route de l'axe hypothalamo-hypophysaire entraînant une stimulation des cellules de Leydig (qui sécrètent plus d'estrogènes que de testostérone) par la LH hypophysaire, ainsi qu'à une sensibilité accrue de la glande mammaire aux estrogènes circulants. Ces gynécomasties physiologiques de la puberté sont spontanément régressives, en moyenne en trois ans. Elles sont plus fréquentes et souvent plus prolongées chez les jeunes hommes en surpoids (aromatisation des androgènes en estrogènes par le tissu adipeux). Au cours du vieillissement, les gynécomasties sont généralement secondaires à la diminution progressive de la fonction testiculaire.

À côté des gynécomasties physiologiques, les gynécomasties iatrogènes sont les plus fréquentes (60 %) [13]. De nombreux médicaments peuvent en être responsables [14–16] : médicaments ayant une activité estrogénique (diéthylstilbestrol utilisé dans le cancer de la prostate, estrogènes en gel percutané utilisés chez la partenaire), médicaments stimulant la sécrétion d'estrogènes (hormones gonadotrophiques chorioniques), médicaments estrogénomimétiques (digoxine, isoniazide), traitements diminuant la synthèse ou l'action de la testostérone (acétate de cyprotérone, anti-androgènes non stéroïdiens, cimétidine, spironolactone, kétoconazole, finastéride), certains agents cytotoxiques par destruction des cellules de Leydig et traitements anti-dopaminergiques par hypogonadisme secondaire à la production de prolactine (diazepam, certains neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, métoprololamide...). De nombreux autres traitements sont rapportés, pour lesquels le mécanisme n'est pas toujours compris. Signalons également la prise d'androgènes chez les sportifs (par leur transformation en estrogènes) et l'exposition à des produits ayant une activité estrogénique et anti-androgénique cachée (topiques à base de lavande ou d'huile de l'arbre à thé, soja) [17,18]. Enfin, la marijuana et le haschich peuvent être responsables de gynécomastie par réduction de la concentration plasmatique de testostérone.

La cause d'une gynécomastie peut être tumorale : tumeurs testiculaires (tumeurs à cellules de Leydig, tumeurs bénignes à cellules de Sertoli, tumeurs malignes), cortico-surrénalome, tumeurs sécrétrices d'hCG (certains carcinomes bronchiques, hépatiques ou gastriques). Elle peut être métabolique : cirrhose hépatique, états de dénutrition, insuffisance rénale chronique et hyperthyroïdie. Les hypogonadismes primaires ou secondaires (adénome à prolactine, acromégalie) peuvent être responsables



Figure 1. Adénomatose érosive.

de gynécomasties. Enfin, environ 20% des cas restent « idiopathiques ».

Les gynécomasties représentent donc une situation courante ; l'interrogatoire associé à la palpation mammaire, testiculaire et abdominale permet d'en identifier la majorité des causes. Lorsque la clinique ne suffit pas, des examens biologiques doivent être réalisés : bilan hépatique, fonctions rénale et thyroïdienne, testostérone libre et totale, estradiol, LH, FSH, prolactine et bêta-hCG. Ils peuvent être complétés par une échographie testiculaire, une radiographie pulmonaire, une mammographie ou une échographie mammaire.

La plupart des gynécomasties ne nécessitent pas de traitement spécifique et régressent avec le traitement de leur cause ou spontanément. Dans le cas contraire, lorsqu'il existe une gêne physique ou psychologique, un traitement médical ou chirurgical peut être proposé [19].

## Lésions mammaires bénignes

L'homme peut présenter les mêmes maladies bénignes de la glande mammaire que la femme mais avec une fréquence moindre, en particulier pour la pathologie d'origine lobulaire du fait de l'absence de lobules chez l'homme à l'état normal.

Des pathologies infectieuses sont possibles : quelques cas d'abcès à germes pyogènes sont décrits chez l'homme [20]. Le principal facteur favorisant des cas masculins semble être le tabagisme. Ces abcès peuvent également compliquer les piercings ou les gynécomasties transitoires du nouveau-né. Le germe le plus souvent responsable est le staphylocoque doré. Citons également la mastite tuberculeuse, rarissime en Europe.

Des lésions inflammatoires peuvent être rencontrées : mastite à plasmocytes, cytotéatonécrose (en particulier chez l'homme en surpoids), mastopathie diabétique et mastite granulomateuse.

Les affections tumorales sont un peu plus fréquentes : en particulier l'adénomatose érosive du mamelon (Fig. 1), qui se présente comme une atteinte unilatérale du mamelon, érythémateuse, œdémateuse puis érosive, avec palpation d'un petit nodule dur ou élastique adhérent à la peau mais mobile par rapport à la glande mammaire [21]. Le

traitement est chirurgical. Le principal risque est la récurrence locale après une exérèse incomplète.

## Cancer mammaire

Il est rare chez l'homme, représentant environ 1% des cas de cancer du sein [22]. L'incidence est en moyenne de un homme sur 100 000 par an. Elle est en augmentation, mais moins vite que chez la femme. L'âge moyen de survenue (60 ans) est plus tardif que chez la femme. Le cancer du sein de l'homme survient en général sur un terrain génétique particulier : syndrome de Klinefelter, antécédent familial de cancer du sein au premier degré (en rapport avec une mutation de BRCA2 ou de RAD51B). Des facteurs environnementaux peuvent s'y ajouter : obésité, insuffisance testiculaire, éthylisme, facteurs professionnels (aviateurs, exposition à la chaleur ou aux produits pétrochimiques), irradiations et traumatismes thoraciques, prise médicamenteuse prolongée (digitaline, isoniazide, cimétidine ou spironolactone) et faible niveau socioéconomique. La gynécomastie n'apparaît pas comme un facteur favorisant.

Le type histologique le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant (70 à 90% des cas). Le carcinome lobulaire est très rare du fait de l'absence habituelle de lobule dans le sein de l'homme à l'état normal.

La présentation clinique la plus classique est une masse dure excentrée. Une rétraction mamelonnaire, une ulcération cutanée ou un écoulement mamelonnaire doivent aussi alerter. Des adénopathies axillaires sont palpées d'emblée dans environ la moitié des cas.

Le pronostic est moins bon que chez la femme, surtout du fait d'un retard diagnostique, d'un âge de survenue plus tardif et de la petite taille de la glande. Le facteur pronostique le plus important est l'envahissement ganglionnaire lors du diagnostic.

Le traitement s'appuie sur les recommandations faites chez la femme. La chirurgie est le traitement de choix (en particulier, mastectomie radicale modifiée avec curage axillaire ou technique du ganglion sentinelle). Certains auteurs recommandent chez l'homme une radiothérapie locale et des aires ganglionnaires de drainage. La décision d'un traitement hormonal adjuvant est basée sur l'expression de récepteurs hormonaux par les cellules tumorales.

## Maladie de Paget

Décrite pour la première fois en 1874, elle correspond à un adénocarcinome localisé dans l'épiderme du mamelon ou de l'aréole. Elle est en règle associée à un carcinome sous-jacent des canaux lactifères. Deux hypothèses pathogéniques existent : dissémination du carcinome mammaire sous-jacent via les canaux lactifères ou développement in situ à partir des cellules de Toker.

La maladie de Paget du mamelon est rare chez l'homme. L'âge moyen de survenue est 60 ans [23]. Le délai avant le diagnostic est plus court que chez la femme (sept à huit mois) mais le pronostic est moins bon (probablement du fait de la petite taille de la glande sous-jacente).

Cliniquement, il s'agit le plus souvent d'une atteinte unilatérale débutant au mamelon ou à l'aréole puis s'étendant de façon centrifuge : plaque bien limitée, ronde ou polycyclique, squameuse, fissuraire ou suintante, rosée ou érythémateuse. Les formes pigmentées sont surreprésentées chez l'homme (50% versus 5% chez la femme). Un nodule sous-jacent est palpé d'emblée dans environ 40% des cas.

Le traitement est essentiellement celui du cancer mammaire associé (objectivé dans environ 97% des cas).

## Pathologie cutanée de l'aréole et du mamelon

Les affections aréolo-mamelonnaires de l'homme sont principalement induites localement par les habitudes de vie (sport, piercing). Par ailleurs, certaines dermatoses peuvent avoir un tropisme particulier pour cette région ou voir leur aspect ou leur évolution modifiée du fait de la topographie. La pathologie infectieuse est bien moins fréquente que chez la femme.

### Mamelon et sport

Le «mamelon du jogger» est l'atteinte la plus connue [24]. Il s'agit d'une entité décrite pour la première fois en 1977, résultant du frottement répété des mamelons sur le T-shirt lors de la course à pied. Cliniquement, le mamelon est érythémateux, érosif et parfois croûteux, douloureux. L'atteinte est habituellement bilatérale. Le traitement repose sur l'application de vaseline ou de topiques antibiotiques. D'un point de vue préventif, on peut proposer l'application de vaseline, de plaques ou de bandes adhésives avant la course et l'utilisation de vêtements en fibres semi-synthétiques. Une atteinte similaire peut se voir chez les surfeurs. L'irritation mécanique liée au frottement sur la planche peut être aggravée par la macération liée à l'application d'écrans solaires, par le sable ou le sel. Une allergie de contact aux composants de la planche ou aux produits de fartage peut se surajouter. Enfin, cette atteinte a également été décrite chez les cyclistes lors de l'exposition à un vent froid.

### Mamelon et piercing

Le piercing des mamelons est une pratique qui s'est répandue au cours de ces dernières années mais dont la fréquence n'est pas exactement connue en France. Elle est estimée à 1,8% de la population adulte masculine anglaise (deux fois plus que chez la femme) [25]. Cette pratique touche préférentiellement la tranche d'âge des 16 à 24 ans. Un retard de cicatrisation de deux à quatre mois est courant dans cette localisation. Les complications les plus fréquentes sont infectieuses (prévalence estimée entre 15 et 20% sur déclaration). Ces infections sont favorisées par le délai prolongé de cicatrisation et souvent un retard à la consultation. Trois cas d'abcès mammaires ont été rapportés chez l'homme [26–28]. Les germes en cause étaient le staphylocoque doré ou le streptocoque A. L'atteinte était compliquée dans deux cas : infection d'un implant pectoral et endocardite. Un cas de choc toxique staphylococcique a



Figure 2. Eczéma.

également été rapporté chez un adolescent. Quelques cas d'abcès à mycobactérie atypique ont été signalés chez la femme, aucun chez l'homme. Un élargissement du mamelon ou d'autres conséquences inesthétiques sont parfois notés.

Enfin, deux cas d'hyperprolactinémie [29] secondaires à la stimulation répétée de la glande mammaire par le piercing, sans adénome associé, ont été décrits chez l'homme. L'hyperprolactinémie pourrait également majorer le risque d'infection mammaire.

### Localisation mammaire de dermatoses généralisées

L'atteinte du mamelon est fréquente au cours de la dermatite atopique [30]. Elle est le plus souvent bilatérale et intermittente. L'aspect est érythémateux, vésiculo-suintant et parfois croûteux, lichénifié ou érosif (Fig. 2). Une tumescence permanente du mamelon est parfois notée.

L'eczéma de contact est quant à lui plus souvent unilatéral et doit être distingué d'une maladie de Paget. Il est plus fréquent chez la femme lors de l'allaitement mais peut se voir chez l'homme (piercing, topiques appliqués lors du sport...).

Le phénomène de Meyerson, ou «eczéma en halo», est décrit autour de tumeurs cutanées (naevus, kératoses séborrhéiques...) et a été rapporté également dans un cas autour des deux mamelons, faisant évoquer un eczéma nummulaire.

Des lésions dyschromiques se localisent parfois aux mamelons, c'est en particulier le cas du vitiligo. Ce peut être aussi celui du lichen scléro-atrophique.

Toutes les dermatoses peuvent se localiser aux mamelons. Nous illustrons ici une mastocytose (Fig. 3).

### Pathologie infectieuse

La pathologie infectieuse du mamelon est principalement représentée par les infections candidosiques et staphylococciques, en particulier chez la femme allaitante. Chez l'homme, ces infections sont bien moins fréquentes en dehors des impétiginisations de dermatoses pré-existantes



Figure 3. Mastocytose.

ou des complications du piercing. L'atteinte clinique ne présente pas de particularité.

Les localisations au mamelon des molluscums contagiosums (en particulier chez l'enfant) et des verrues (en particulier de type filiforme) ne sont pas rares mais sont peu rapportées dans la littérature car elles ne présentent pas de spécificité.

Certaines maladies infectieuses présentent un tropisme particulier pour le mamelon. C'est le cas de la gale, où le prurit du mamelon associé aux autres zones de prédilection est évocateur. Le diagnostic doit être également évoqué en cas d'eczématisation de cette région. Le lymphocyte cutané bénin [31] se localise le plus souvent au mamelon bien que d'autres topographies soient possibles (lobe de l'oreille, nez, organes génitaux externes). Il est le plus souvent d'origine borélienne (50 à 67% selon les études) mais d'autres causes ont parfois été décrites (acupuncture, piercing, tatouage). Cliniquement, il s'agit d'un nodule ou d'une plaque bien limitée, pâle, érythémateux ou violacé, ferme et sensible. Une adénopathie satellite peut être présente. Il existe une discrète prédominance des cas féminins (sex-ratio entre 0,4 et 0,8). Aucune particularité des cas masculins n'est rapportée. Leur évolution est habituellement favorable sous antibiothérapie.

Certaines maladies infectieuses peuvent voir leur diagnostic retardé du fait d'une localisation inhabituelle au mamelon et d'un aspect clinique modifié. Ainsi, quelques cas de dermatophytoses sont décrits dans la littérature, tous liés au genre *Trichophyton*. Quatre cas sont rapportés chez l'homme [32–35], dont deux cas secondaires à *Trichophyton rubrum* (portage unguéal), associant plaque érythémateuse du mamelon et mastite avec augmentation du volume mammaire.

Environ 5% des chancres syphilitiques sont de localisation extra-génitale. Une vingtaine de cas d'atteinte du sein ou de la paroi thoracique antérieure sont rapportés dans la littérature [36,37]. Le mode de contamination est habituellement le contact oral (mordillement). L'aspect clinique était trompeur : atteinte érosive du mamelon depuis trois et quatre semaines et œdème depuis dix jours. L'évolution était favorable sous antibiothérapie.

## Hyperkératose aréolo-mamelonnaire

Trois types sont décrits. Le type I correspond à l'extension d'un nævus épidermique ; il est habituellement unilatéral et atteint les deux sexes. Le type II, initialement décrit en lien avec l'ichtyose vulgaire, peut être secondaire à de nombreuses dermatoses chroniques : lymphome T cutané, maladie de Darier, acanthosis nigricans, kératose séborrhéique, eczéma. Il est habituellement bilatéral et atteint les deux sexes.

Le type III, ou hyperkératose nævoïde du mamelon et de l'aréole, est rare et doit être un diagnostic d'exclusion. Cliniquement, la lésion se présente comme un épaississement habituellement bilatéral, verruqueux ou squameux, pigmenté ou plus ou moins jaunâtre. Elle touche dans 80% des cas une femme en âge de procréer, suggérant une participation hormonale à sa pathogénie. Quelques observations sont rapportées chez l'homme : deux cas chez des patients traités par diéthylstilbesterol dans le cadre d'un cancer de la prostate [38,39], un cas chez un homme traité par estrogène depuis l'âge de 18 ans dans le cadre d'un syndrome d'insensibilité complète aux androgènes [40] et trois cas décrits comme idiopathiques [41–43]. Plus récemment, un cas a été rapporté chez un patient traité par sorafenib pour un carcinome hépatocellulaire ; l'atteinte était régressive à l'arrêt du sorafenib [44]. Plusieurs traitements ont été proposés avec un succès variable : topiques kératolytiques, calcipotriol, dermocorticoïdes, émoullissants, acitrétine, cryothérapie, laser CO<sub>2</sub>, excision chirurgicale.

## Pathologie tumorale bénigne

L'hyperplasie sébacée est développée à partir des glandes sébacées. Elle est habituellement localisée au visage, où elle forme des papules jaunâtres ombiliquées. L'atteinte aréolaire est plus rare. Dans l'aréole, les glandes sébacées se présentent sous la forme de tubercules de Montgomery, qui sont considérés comme absents chez l'homme ou sont de très petite taille. Pourtant, une dizaine de cas d'hyperplasie sébacée aréolaire ont été décrits chez l'homme, réalisant des plaques ou un épaississement jaunâtre le plus souvent unilatéraux [45–49].

La tumeur syringomateuse du mamelon se développe à partir des glandes sudorales. Elle est considérée comme bénigne mais peut avoir un comportement local infiltrant. Un seul cas est décrit chez l'homme [50]. La lésion se développe initialement au niveau du mamelon (nodule sous-cutané, ulcération, rétraction) avant d'envahir le parenchyme sous-jacent. Le traitement repose sur l'excision chirurgicale large pour éviter les récives.

Le léiomyome dartoïque (Fig. 4) correspond à la localisation génitale ou mamelonnaire d'un léiomyome (tumeur musculaire lisse bénigne). Neuf cas masculins sont rapportés dans la littérature. La présentation habituelle est un nodule de couleur chair ou rosée, plus prurigineux que douloureux dans cette localisation [51–61].

## Pathologie tumorale maligne

La localisation mamelonnaire des carcinomes basocellulaires est rare [62–65]. Seuls 33 cas sont rapportés dans la littérature, avec une prédominance des cas masculins



Figure 4. Leiomyome.

(sex-ratio 1,5/1) et un âge moyen de 59 ans (extrêmes de 39 à 80 ans). Cette prédominance masculine pourrait être liée à une exposition plus fréquente de cette partie du corps au soleil. Le côté gauche est plus souvent concerné. L'atteinte aréolo-mamelonnaire est la plus fréquente, avec une atteinte isolée du mamelon dans 33% des cas et de l'aréole dans 10%. Le potentiel métastatique des carcinomes basocellulaires est habituellement très faible, estimé à moins de 0,025%. La localisation au mamelon semble avoir un potentiel de dissémination plus important, avec une atteinte ganglionnaire dans 15% des cas masculins. Deux particularités locales sont évoquées pour expliquer ce potentiel de dissémination : l'importance du plexus lymphatique sous-aréolaire se drainant dans les ganglions lymphatiques régionaux et la tendance des carcinomes basocellulaires du mamelon à envahir les canaux lactifères et de là, les tissus profonds. La prise en charge thérapeutique dans cette localisation n'est pas codifiée. La plupart des cas de la littérature ont été traités par excision large ou mastectomie. La microchirurgie de Mohs a parfois permis un traitement plus conservateur. La technique du ganglion sentinelle a été appliquée dans trois cas. Une surveillance plus régulière après exérèse paraît souhaitable dans cette localisation.

La localisation du mélanome au mamelon ou à l'aréole est rare. Dans une série de 115 mélanomes de localisation mammaire, 14 cas étaient de localisation aréolo-mamelonnaire, dont 12 cas masculins [66]. L'âge moyen était de 32 ans et le délai diagnostique de 8,4 mois. L'indice de Breslow n'était pas disponible. Tous les patients ont été traités par mastectomie radicale ou radicale modifiée. Quatre d'entre eux présentaient une atteinte ganglionnaire d'emblée. Dans cette localisation, le diagnostic différentiel se pose avec la maladie de Paget pigmentée. C'est l'examen immuno-histochimique qui permet le diagnostic.

Seuls quatre cas de maladie de Bowen de localisation aréolo-mamelonnaire sont rapportés dans la littérature, dont un seul cas masculin chez un patient séropositif pour le VIH [67]. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de kérato-acanthome [68], et aucun de carcinome épidermoïde.

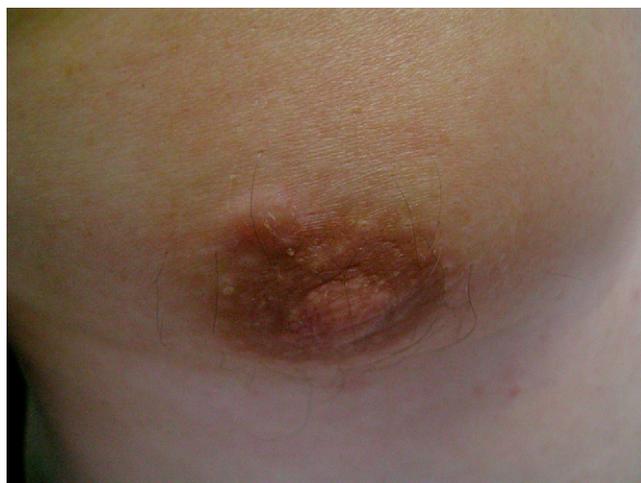


Figure 5. Lymphome B.

La localisation des leiomyosarcomes au mamelon est rare. Seuls dix cas sont rapportés dans la littérature, parmi lesquels trois cas masculins, avec un âge moyen de 55 ans [69]. La prise en charge n'est pas codifiée : exérèse avec marge de 3 à 5 cm emportant le fascia ou mastectomie radicale ou radicale modifiée. Le taux de récurrence locale (30%) est comparable à celui de la forme dermique.

Aucun cas de carcinome de Merkel ou de carcinome annexiel de topographie aréolo-mamelonnaire n'est rapporté dans la littérature mais le mamelon pourrait évidemment être atteint, tout comme il peut l'être par un lymphome B (Fig. 5).

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Schmidt H. Supernumerary nipples: prevalence, size, sex and side predilection – a prospective clinical study. *Eur J Pediatr* 1998;157:821–3.
- [2] Urbani CE, Betti R. Familial aberrant mammary tissue: a clinicoepidemiological survey of 18 cases. *Dermatology* 1995;190:207–9.
- [3] Sadove AM, van Aalst JA. Congenital and acquired pediatric breast anomalies: a review of 20 years' experience. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:1039–50.
- [4] Oztas MO, Gurer MA. Dermatoscopic features of accessory nipples. *Int J Dermatol* 2007;46:1067–8.
- [5] Leung W, Heaton JP, Morales A. An uncommon urologic presentation of a supernumerary breast. *Urology* 1997;50:122–4.
- [6] Urbani CE, Betti R. Sporadic unilateral intra-areolar polythelia. Report of an additional case and review of the literature. *Acta Derm Venereol* 1996;76:156.
- [7] Brown J, Schwartz RA. Supernumerary nipples and renal malformations: a family study. *J Cutan Med Surg* 2004;8:170–2.
- [8] Grotto I, Browner-Elhanan K, Mimouni D, Varsano I, Cohen HA, Mimouni M. Occurrence of supernumerary nipples in children

- with kidney and urinary tract malformations. *Pediatr Dermatol* 2001;18:291–4.
- [9] Urbani CE, Betti R. Supernumerary nipples and Becker's nevus. A previously undescribed association: report of 9 patients including a subset with uropathies. *Eur J Dermatol* 1995;5: 685–7.
- [10] Lévy-Bencheton A, Agostini A. Dermatoses de l'aréole et du mamelon. *Dermatologie* 2013;8:1–9 [Article 98-871-A-10].
- [11] Rajartnam K, Kumar PD, Sahasranam KV. Supernumerary nipple as a cutaneous marker of mitral valve prolapse in Asian Indians. *Am J Cardiol* 2000;86:695–7.
- [12] Bembo SA, Carlson HE. Gynaecomastia: its features, and when and how to treat it. *Cleve Clin J Med* 2004;71:511–7.
- [13] Carlson HE. Current concepts. Gynaecomastia. *N Engl J Med* 1981;303:795–9.
- [14] Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of gynaecomastia associated with cimetidine, omeprazole, and other antiulcer drugs. *BMJ* 1994;308:503–6.
- [15] Mosenkis A, Townsend RR. Gynecomastia and antihypertensive therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2004;6:469–70.
- [16] Schmutz JL, Barbaud A, Trechot P. Gynécomastie et troubles sexuels induits par le méthotrexate. *Ann Dermatol Venereol* 2004;131:1024.
- [17] Henley DV, Lipson N, Korach KS, Bloch CA. Prepubertal gynecomastia linked to lavender and tea tree oils. *N Engl J Med* 2007;356:479–85.
- [18] Martinez J, Lewi JE. An unusual case of gynecomastia associated with soy product consumption. *Endocr Pract* 2008;14:415–8.
- [19] Gikas P, Mokbel K. Management of gynaecomastia: an update. *Int J Clin Pract* 2007;61:1209–15.
- [20] Beyrouti M, Boujelben S, Beyrouti R, Ben Amar M, Abid M, Louati D, et al. Pyogenic abscess of the breast: clinical and therapeutic aspects. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35: 645–50.
- [21] Richards AT, Jaffe A, Hunt JA. Adenoma of the nipple in a male. *South Afr Med J* 1973;47:581–3.
- [22] Contractor KB, Kaur K, Rodrigues GS, Kulkarni DM, Singhal H. Male breast cancer: is the scenario changing? *World J Surg Oncol* 2008;6:58.
- [23] Serour F, Birkenfeld S, Amsterdam E, Treshchan O, Krispin M. Paget's disease of the male breast. *Cancer* 1988;62:601–5.
- [24] Adams BB. Dermatologic disorders of the athlete. *Sports Med* 2002;32:309–21.
- [25] Bone A, Ncube F, Nichols T, Noah ND. Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. *BMJ* 2008;336:1426–8.
- [26] Ochsenfahrt C, Friedl R, Hannekum A, Schmacher BA. Endocarditis after nipple piercing in a patient with a bicuspid aortic valve. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1365–6.
- [27] Fiumara MJ, Capek M. The Brustwarze, or nipple ring. *Sex Transm Dis* 1982;9:138–9.
- [28] de Kleer N, Cohen M, Semple J, Simor A, Antonyshyn O. Nipple piercing may be contraindicated in male patients with chest implants. *Ann Plast Surg* 2001;47:188–90.
- [29] Demirtas Y, Sariguney Y, Cukurluoglu O, Ayhan S, Celebi C. Nipple piercing: it is wiser to avoid in patients with hyperprolactinemia? *Dermatol Surg* 2004;30:1184.
- [30] Amato L, Berti S, Chiarini C, Fabbri P. Atopic dermatitis exclusively localized on nipples and areolas. *Pediatr Dermatol* 2005;22:64–6.
- [31] Boudova L, Kazakov DV, Sima R, Vanecek T, Torlakovic E, Lamovec J, et al. Cutaneous lymphoid hyperplasia and other lymphoid infiltrates of the breast nipple: a retrospective clinicopathologic study of fifty-six patients. *Am J Dermatopathol* 2005;27:375–86.
- [32] Powell FC, Muller SA. Kerion of the glabrous skin. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:490–4.
- [33] Ali SS, Zafar A, Muzaffar S, Aslam F, Khan JA. Bilateral breast enlargement due to *Trichophyton rubrum*. *Breast* 2006;15:263–5.
- [34] Böhmer U, Gottlöber P, Korting HC. Tinea mammae mimicking atopic eczema. *Mycoses* 1998;41:345–7.
- [35] Huhn FO, Stock G. Report of a case of trichophyton fungus granulomatosis of the breast and its differential diagnosis of inflammatory carcinoma. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1977;37:692–7.
- [36] Lee JY, Lin MH, Jung YC. Extragenital syphilitic chancre manifesting as a solitary nodule of the nipple. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:886–8.
- [37] Sim JH, Lee MG, In SI, Park BC, Kang H, Lee ES, et al. Erythematous erosive patch on the left nipple—quiz case diagnosis. Extragenital syphilitic chancres. *Arch Dermatol* 2010;146:81–6.
- [38] Mold DE, Jegasothy BV. Estrogen-induced hyperkeratosis of the nipple. *Cutis* 1980;26:95–6.
- [39] Schwartz RA. Hyperkeratosis of the nipple and areola. *Arch Dermatol* 1978;114:1844–5.
- [40] Lambiris AG, McCormick F. Unilateral hyperkeratosis of the nipple and areola associated with androgen insensitivity and oestrogen replacement therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15:376–7.
- [41] Bayramgürler D, Bilen N, Apaydin R, Erçin C. Nevoid hyperkeratosis of the nipple and areola: treatment of two patients with topical calcipotriol. *J Am Acad Dermatol* 2002;46: 131–3.
- [42] Elsner E, Thewes M, Worret W. Guess what! Idiopathic hyperkeratosis and papillomatosis areolae mammae. *Eur J Dermatol* 1998;8:131–2.
- [43] English 3rd JC, Coots NV. A man with nevoid hyperkeratosis of the areola. *Cutis* 1996;57:354–6.
- [44] Frigerio M, Santi V, Di Micoli A, Trevisani F. Hyperkeratosis of nipple skin during sorafenib treatment. *Dig Liver Dis* 2009;41:611.
- [45] Farina MC, Soriano ML, Escalonilla P, Pique E, Martin L, Barat A, et al. Unilateral areola sebaceous hyperplasia in a male. *Am J Dermatopathol* 1996;18:417.
- [46] Kondo-Morita A, Murata S, Murakami T, Ohtsuki M, Nakagawa H. Bilateral areolar sebaceous hyperplasia in a male. *J Dermatol* 2001;28:172.
- [47] Krisp A, Krause W. Areolar sebaceous hyperplasia. *Acta Derm Venereol* 2003;83:61.
- [48] Conde-Taboada A, De le Torre C, Mayo E, Gonzalez B, Cruces M. Unilateral areolar sebaceous hyperplasia in a male. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:120–1.
- [49] Bajaj V, Barrett P, Sripathy T, Carr M. Areolar sebaceous hyperplasia in a male — a different morphology. *J Cutan Pathol* 2007;34:207–8.
- [50] Rosen PP. Syringomatous adenoma of the nipple. *Am J Surg Pathol* 1983;7:739–45.
- [51] Suarez-Penaranda JM, Vieites B, Evgenyeva E, Vazquez-Veiga H, Forteza J. Male genital leiomyomas showing androgen receptor expression. *J Cutan Pathol* 2007;34:946–9.
- [52] Khachemoune A, Rodriguez C, Lyle S, Jiang SB. Genital leiomyoma: surgical excision for both diagnosis and treatment of a unilateral leiomyoma of the male nipple. *Dermatol Online J* 2005;11:20.
- [53] Marrasso A, Taormina P, Noto A, Cardinale G, Casa L, Lo Gerfo D. Nipple leiomyoma in a man: a case report. *G Chir* 2004;25:132–3.
- [54] Poulain JF, Courtade S, Carmi E, Chatelain D, Denoëux JP, Lok C. Leiomyome dartoïque du mamelon. *Ann Dermatol Venereol* 2002;129:1392–4.
- [55] Velasco M, Ubeda B, Autonell F, Serra C. Leiomyoma of the male areola infiltrating the breast tissue. *AJR Am J Roentgenol* 1995;164:511–2.

- [56] Newman PL, Fletcher CD. Smooth muscle tumours of the external genitalia: clinicopathological analysis of a series. *Histopathology* 1991;18:523–9.
- [57] Pujol RM, Fernandez MT. A solitary papule on the nipple. Nodular leiomyoma of the nipple. *Arch Dermatol* 1991;127:573–6.
- [58] Allisson JG, Dodds HM. Leiomyoma of the male nipple. A case report and literature review. *Am Surg* 1989;55:501–2.
- [59] Winkler S, Stolp A. Leiomyoma of the breast in the male. *Dermatol Monatsschr* 1989;175:588–9.
- [60] Yokoyama R, Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M. Superficial leiomyomas. A clinicopathologic study of 34 cases. *Acta Pathol Jpn* 1987;37:1415–22.
- [61] Tsuioka K, Kashiwara M, Imamura S. Cutaneous leiomyoma of the male nipple. *Dermatologica* 1985;170:98–100.
- [62] Benharroch D, Geffen DB, Peiser J, Rosenberg L. Basal cell carcinoma of the male nipple. Case report and review of the literature. *J Dermatol Surg Oncol* 1993;19:137–9.
- [63] Avci O, Pabuçcuoglu U, Koçdor MA, Unlü M, Akin C, Soyak C, et al. Basal cell carcinoma of the nipple – an unusual location in a male patient. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6:130–2.
- [64] Cain RJ, Sau P, Benson PM. Basal cell carcinoma of the nipple. Report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:207–10.
- [65] Huang CW, Pan CK, Shih TF, Tsai CC, Juan CC, Ker CG. Basal cell carcinoma of the nipple-areola complex: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2005;21:480–3.
- [66] Papachristou DN, Kinne D, Ashikari R, Fortner JG. Melanoma of the nipple and areola. *Br J Surg* 1979;66:287–8.
- [67] Sharma R, Iyer M. Bowen's disease of the nipple in a young man with AIDS: a case report. *Clin Breast Cancer* 2009;9:53–5.
- [68] Drut R. Solitary keratoacanthoma of the nipple in a male. Case report. *J Cutan Pathol* 1976;3:195–8.
- [69] Wong LC, Huang PC, Luh SP, Huang CS. Primary leiomyosarcoma of the nipple-areola complex: report of a case and review of the literature. *J Zhejiang Univ Sci B* 2008;9:109–13.