



## Des effets charnels et secondaires

Les anabolisants hormonaux ne sont pas les seuls médicaments figurant sur la liste des substances interdites qui peuvent présenter un risque de gynécomastie. La prise d'amphétamines favorise aussi la sécrétion de l'hormone prolactine qui favorise la sécrétion de progestérone et qui déclenche la lactation. Chez l'homme, elle intervient également en modifiant le métabolisme de l'hormone mâle. Les amphétamines abaissent, en effet, la réponse de l'hormone lutéinisante (LH) qui stimule la sécrétion de testostérone et il s'ensuit fort logiquement une diminution de la production testiculaire de cette hormone.

Les gonadotrophines chorioniques induisent également un effet oestrogène en provoquant une sécrétion d'oestradiol par les testicules.

Le 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).

Enfin, le haschisch et la marijuana contiennent du tétrahydrocannabinol qui possède une activité oestrogénique propre et entraîne une diminution du taux plasmatique de testostérone.

**"Bitch-tits", les seules rondeurs qui n'épatent pas les culturistes**

lité dans le nombre de récepteurs aux oestrogènes situés dans la glande mammaire. En outre, l'effet oestrogène des anabolisants hormonaux est variable. Certains, tels la dihydrotestostérone (Andractim), ne se fixent pas sur les récepteurs oestrogéniques du tissu mammaire et sont donc 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 transformation en oestrogènes.

### **Souvenir de ma vie d'athlète**

Chez l'athlète, 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 oestrogènes. Pour cette raison, on utilise de préférence la dihydrotestostérone 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 aussi du tamoxifène (Nolvadex), un anti-oestrogène dont l'action s'avère peu probante lorsque le tissu fibreux s'est déjà formé. 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. Tiens, à propos, qui déclarait :

*"Couvrez ce sein que je ne saurais voir :  
Par de pareils objets les âmes sont blessées  
Et cela fait venir de coupables pensées"?*

Tartuffe, non?

Docteur Jean-Pierre de Mondenard