5) u obézních pacientů se vyžaduje i redukce hmotnosti BMI nižší než 30

Plastický chirurg individuálně posoudí pacienta, výsledky ultrasonografického vyšetření prsů a doporučení dětského endokrinologa. Následně pacienta obeznámí s povahou operačního výkonu, jeho riziky a následnou pooperační péčí (9).

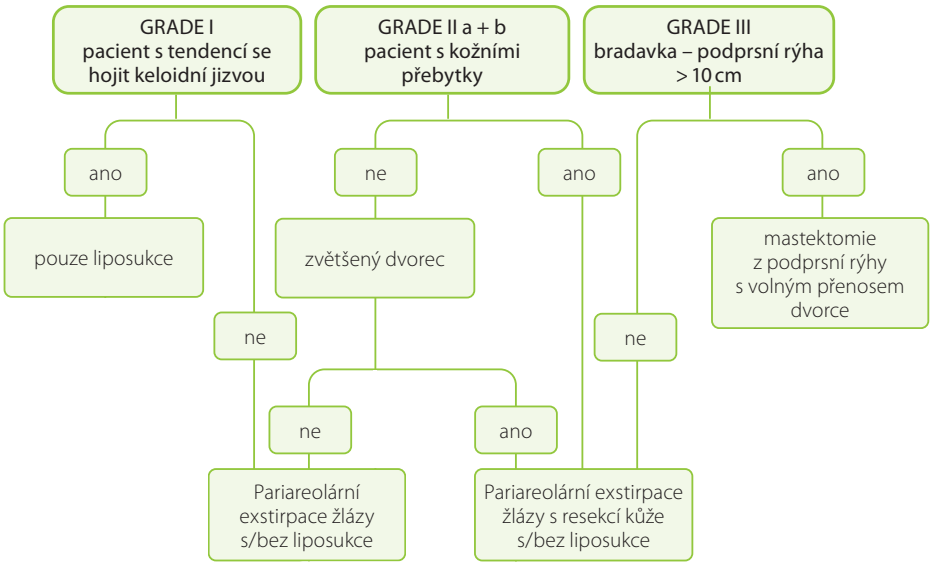
Výkon se provádí v celkové anestezii a trvá přibližně 1,5–2 hodiny. Kompletní odstranění prsní žlázy se provádí přes periareolární řez v laterální polovině dvorce – jizva tak zůstane skryta v obvodu dvorce (5). V případě potřeby se výkon kombinuje s liposukcí. U extrémně vyvinutých prsů (Simon grade III) je někdy nutno přistoupit k radikálnějšímu redukčnímu výkonu, nicméně tyto případy jsou raritní. Dále existuje možnost operace za pomoci endoskopické asistence, kdy je incize vedena pod axilou. V České republice je upřednostňována první varianta operace. Obr. 5. schematicky zobrazuje strategii volby operačního postupu. Odstraněná žláza je následně histopatologicky vyšetřena (10).

Standartní doba hospitalizace je u nekomplikovaného průběhu 3–5 dní. Nástup do školy je možný obvykle po 1 týdnu a dále se po dobu 3 měsíců doporučuje nosit elastické prádlo a omezit fyzickou aktivitu. Následně se pacient vrací do běžného života bez jakýchkoliv omezení. Reoperace jsou nutné přibližně v 1 % případů, nejčastěji z důvodu pooperačních srůstů (10). Kromě pozitivního psychologického efektu operace snižuje riziko vzniku karcinomu prsu.

Kazuistika

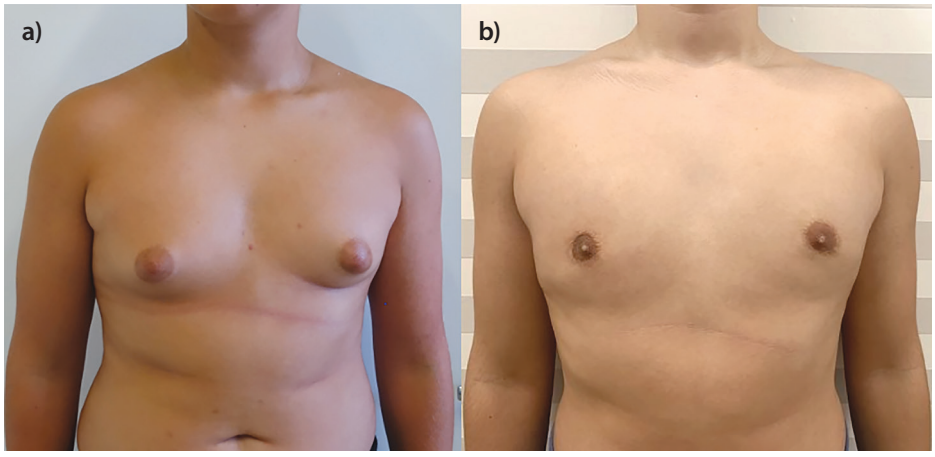
Pacient si poprvé začal všímat svých nadměrných prsů během hodin tělesné výchovy a při plavání ve věku devíti let. Velikost prsů způsobovala vyloučení pacienta z kolektivu spolužáků, zároveň ho omezovala fyzicky během dalších tělesných aktivit. Otec pacienta v dětství trpěl stejným problémem, který se snažil řešit nadměrným cvičením, ale již při minimálním zvýšení tělesné hmotnosti pozoroval abnormální růst prsů. Gynekomastie značně komplikovala průběh chlapcova dospívání. Otec se nyní začal o problematiku aktivně zajímat, aby jeho syn nemusel během dospívání čelit stejným úskalím. Na základě seznámení se se studií popisující možnost chirurgického řešení gynekomastie před osmnáctým rokem života (8), se rozhodl vyhledat pro syna pomoc na specializovaném pracovišti.

Graf 1. *Chirurgický management gynekomastie. Upraveno podle (9)*



Syna přivedl v období konce puberty. Na základě komplexního vyšetření u dětského endokrinologa byla stanovena diagnóza idiopatické gynekomastie a pacient nejprve podstoupil konzervativní léčbu blokátorem estrogenních receptorů, tj. tamoxifenem. Po osmi měsících, kdy terapie nepřinášela kýžený výsledek, byl pacient odeslán dětským endokrinologem ke konzultaci na specializované pracoviště plastické chirurgie. Bylo doplněno USG vyšetření prsů a plastickým chirurgem byl následně indikovaný k operačnímu řešení. Výkon byl proveden před 15. rokem věku. Pooperační hojení probíhalo bez komplikací, pacient byl 5. pooperační den propuštěn do domácí péče a za další týden se vrátil do školy. Po 3 měsících začal pacient s nově nabytým sebevědomím a beze strachu sportovat a užívat si života. Obr. 6 ukazuje pacienta před operací versus po operaci. Pacient je s výsledkem operace spokojen.

Diskuze

Hranice dospělosti je zákonem stanovena na 18 let, z fyziologického hlediska je ale dosažení dospělosti individuální. Puberta u chlapců začíná ve věku 9–14 let a standardně trvá okolo 5 let (11). Z fyziologického a hormonálního hlediska tak chlapec může být v některých případech považován za dospělého již ve 14 letech. Stejně tak je potřeba přistupovat k pacientům osobitě i při indikování operačního řešení gynekomastie. Kompletní vyšetření dětským endokrinologem a klinické posouzení plastickým chirurgem slouží ke stanovení vhodné doby operačního řešení. **Možnost operačního řešení před osmnáctým rokem života představuje posun ve strategii řešení gynekomastie** a zásadní

Obr. 6. *Pacient a) před operací, b) po operaci*