

## Diskusia

Gynekomastia je benígna proliferácia žľazového prsného tkaniva u mužov, charakterizovaná prítomnosťou pevného, hmatateľného subareolárneho a duktálneho tkaniva, čo vedie k zväčšeniu prsníkov. Môže byť obojstranná alebo jednostranná, symetrická alebo asymetrická (1, 2). Einav-Bacharova skupina hodnotila 581 chlapcov s gynekomastiou a zistila, že iba 5 % (29 prípadov) malo predpubertálnu gynekomastiu. Prepubertálna gynekomastia bola idiopatická v 93 % (27/29) skúmaných prípadov, zatiaľ čo len dva mali hyperaromatázový syndróm. Prepubertálna gynekomastia bola diagnostikovaná v priemernom veku  $8,9 \pm 2,2$  roka. Zatiaľ čo bilaterálna gynekomastia sa môže vyskytovať u novorodencov a tiež v polovici puberty, s pribúdajúcim vekom, jednostranná prepubertálna gynekomastia bez endokrinných abnormalít je extrémne zriedkavá. Medzi najčastejšie patologické príčiny, ktoré môžu viesť k zväčšeniu prsníkov v predpubertálnom veku, patrí užívanie niektorých liekov, predčasná puberta, systémové poruchy, dysfunkcia štítnej žľazy, ochorenie pečene, syndróm nadbytku aromatázy a nádory semeníkov, nadobličiek, mliečnych žliaz a ľudského chorionického gonadotropínu, secernujúce ľudský choriový gonadotropín (3, 4). Pri hodnotení diagnózy familiárnej unilaterálnej gynekomastie je dôležité, aby vyšetrenie bolo

komplexné a zahŕňalo fyzikálne vyšetrenie, odobratie podrobnej rodinnej a osobnej anamnézy pacienta vrátane anamnézy liekov, hladín hormónov a histologických testov (5). V literatúre sme našli niekoľko kazuistík o idiopatickej prepubescentnej gynekomastii (4–11). Avšak samotná familiárna prepubescentná unilaterálna gynekomastia je však podľa našich najlepších vedomostí extrémne zriedkavá, v dostupnej literatúre sme nenašli žiadnu inú kazuistiku pacienta s týmto zdravotným stavom. Aj keď sa familiárna jednostranná gynekomastia považuje za benígny stav, pred stanovením diagnózy sa musia vykonať hormonálne a endokrinologické testy. Rovnako netreba podceňovať psychosociálny dopad tohto ochorenia na pacienta. Prítomnosť jednostranného zväčšenia prsníkov môže viesť k výraznému psychickému utrpeniu a sociálnej stigme, najmä v citlivom vývinovom období predadolescencie. Preto je rozhodujúca včasná a vhodná liečba na riešenie fyzických aj psychologických aspektov stavu. Manažment unilaterálnej gynekomastie u chlapcov v predpubertálnom veku si vyžaduje multidisciplinárny prístup na zabezpečenie komplexnej starostlivosti. Na stanovenie presnej diagnózy a určenie najvhodnejšieho liečebného plánu je nevyhnutná spolupráca medzi detskými endokrinológmi, plastickými chirurgmi a prípadne ďalšími odborníkmi. Pediatrickí endokrinológovia zohrávajú kľúčovú úlohu pri

počiatočnom hodnotení a vylúčení endokrinných a systémových príčin, zatiaľ čo plastickí chirurgovia sú neoddeliteľnou súčasťou pri riešení fyzických prejavov stavu pomocou chirurgického zákroku, ak sa to považuje za potrebné. Pri definitívnom stanovení diagnózy, familiárnej unilaterálnej gynekomastie, môže byť práve vhodnou metódou liečby chirurgické riešenie a periférna liposukcia (6, 8). Chirurgická metóda by mala byť navrhnutá pre každého pacienta individuálne. Výber konkrétneho operačného výkonu závisí od stupňa zväčšenia mužských prsníkov, často sa dodatočne využíva periférna liposukcia, aby sa dosiahli lepšie estetické výsledky (7).

## Záver

Familiárna jednostranná gynekomastia je extrémne zriedkavá a obzvlášť nezvyčajná pri absencii akýchkoľvek iných príznakov puberty (predčasnej alebo iného štádia). V podobných prípadoch sa odporúča multidisciplinárny prístup zahŕňajúci pediatrických endokrinológov a plastických chirurgov na stanovenie správnej diagnózy a zvolenie vhodnej liečby. Pred samotným zvážením chirurgického zákroku je dôležité vykonať kompletné hormonálne vyšetrenie. K vylúčeniu novej patologickej príčiny, je potreba histologického vyšetrenia prsného tkaniva. Ak nie je potrebná žiadna iná špecifická liečba, chirurgický zákrok môže viesť k dobrému výsledku.

## LITERATURA

1. Wise GJ, Roorda AK, Kalter R. Male breast disease. *J Am Coll Surg.* 2005;200:255-269. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2004.09.042.
2. Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. *N Engl J Med.* 2007;357:1229-1237. doi: 10.1056/NEJMcp070677.
3. Einav-Bachar R, Phillip M, Aurbach-Klipper Y, et al. Prepubertal gynecomastia: aetiology, course and outcome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2004;61(1):55-60. doi: 10.1111/j.1365-2265.2004.02059.x.
4. Laimon W, El-Hawary A, Aboelenin H, et al. Prepubertal gynecomastia is not always idiopathic: case series and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 2021;180(3):977-982. doi: 10.1007/s00431-020-03799-x. Epub 2020 Sep 25.
5. Wang C, Yu N, Zhu L, et al. Idiopathic prepubertal unilateral

- gynecomastia: Case report and literature review. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(40):e17374. doi: 10.1097/MD.00000000000017374.
6. Hoevenaren IA, Schott DA, Otten BJ, et al. Prepubertal unilateral gynecomastia: a report of two cases. *Eur J Plast Surg.* 2011;34(5):395-398. doi: 10.1007/s00238-010-0469-6. Epub 2010 Jul 27.
7. Ferraro GA, De Francesco F, Romano T, et al. Clinical and surgical management of unilateral prepubertal gynecomastia. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(12):1158-1161. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.11.040. Epub 2014 Nov 18.
8. Demirbilek H, Bacak G, Baran RT, et al. Prepubertal unilateral gynecomastia: report of 2 cases. *J Clin Res Pediatr Endo-*

*crinol.* 2014;6(4):250-253. doi: 10.4274/Jcrpe.1477.

9. Kang M, Lee CJ, Hwang IT, et al. Prepubertal unilateral gynecomastia in the absence of endocrine abnormalities. *Ann Pediatr Endocrinol Metab.* 2014;19(3):159-163. doi: 10.6065/apem.2014.19.3.159. Epub 2014 Sep 30.
10. Andersen PS, Petersen BL, Juul A, et al. Prepubertal unilateral gynecomastia and the presence of 47,XXY mosaicism in breast epithelial cells: a case report. *J Pediatr Surg.* 2013;48(2):e21-e23. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.11.051.
11. Ensaf F, Edelbauer M, Wechselberger G. Unilateral gynecomastia in a prepubertal boy. *Eur J Pediatr.* 2012;171(1):197. doi:10.1007/s00431-011-1546-y.