

JİNEKOMASTİ VE 29 OLGUNUN İNCELENMESİ

Adil Baykan*

Halil Bilgel**

Nahit Ökeşli**

Tuncay Ertunç***

Erkek memesinin kadın memesine benzemesine jinekomasti denir. Rudimenter erkek memesinin jinekomasti ve kanser dışında pek önemi yoktur. Jinekomasti terimi yunanca iki ismin birleşmesinden doğmuştur. «Ginea» kadın, «Mastia» memeli yani «kadın gibi memeli» anlamına gelir.

Bazı obes erkeklerde psödojinekomasti denilen aşırı yağlanma sonucu memeler büyür. Bu gerçek jinekomasti değildir. Meme dokusunda patolojik değişmeler yoktur, aşırı yağlanma söz konusudur.

En çok puberte ve andropoz öncesi dönemde görülen jinekomasti normal toplumda 10 - 16 yaş erkek çocuklarda % 38.7 oranında görülmektedir (9).

Jinekomasti genç bir erkek için utanç nedeni olmaktadır. Yaşlılarda ise kanserden ayırılması gerekmektedir. Bu arada kansere dönüşebileceği konusunda değişik otörler karşıt fikirler savunmaktadırlar (2,5).

PATOLOJİ

Jinekomasi, asiner bir gelişme olmaksızın, intraduktal epitelial hiperplazi ve stroma ödemi ile karakterizedir. Bazan bu intraduktal hiperplazi o derece fazla olur ki, yanlışlıkla karsinoma sanılabilir. Ancak jinekomastide hücreler düzgün nükleuslu, muntazam kuboid dizilişte olup anaplazi yoktur, bazal membran sağlamdır (1, 10.)

Klasik olarak jinekomastide asiner gelişme olmamasına karşın bazı yazarlar, özellikle prostat kanseri nedeniyle estrogen verilen hastaların bir kısmında asiner gelişmenin de saptandığını bildirmişlerdir (11).

Jinekomasti, kadın meme tümörleri içinde fibroadenom ve virginal hipertrofiye çok benzer (6).

* Adil Baykan A.Ü.T.F. Genel Şirürji ve T.T.D. Kürsüsü Uzman Asistanı

** Halil Bilgel A.Ü.T.F. Genel Şirürji ve T.T.D. Kürsüsü Asistanı

** Nahit Ökeşli A.Ü.T.F. Genel Şirürji ve T.T.D. Kürsüsü Asistanı

*** Tuncay Ertunç A.Ü.T.F. Genel Şirürji ve T.T.D. Kürsüsü Doçenti

ETİOLOJİ

Sebebi kesinlikle bilinmemektedir. Puberte öncesinde kadın ve erkek memesinde herhangi anatomik veya strüktürel fark yoktur. Daha sonraki değişiklikler estrojenik ve androjenik üstünlüğün kadın ve erkekteki baskınlığına göre olur. Kadın meme gelişimini sağlayan estrojenler erkekte de vardır. Ancak bunlar testosteron ile etkisizdir. Erkek memesinin anormal gelişmesine iki ana hormon sebep olur. Bunlar çeşitli nedenlerle estrojenlerin artımı ve testiküler androjenlerin azalmasıdır. Estrojenlerin arttığı hallerde jinekomasti saptanmakla birlikte saptanmadığı olgular da vardır. Bunun yanında tamamen normal hormonal aktivasyonu olanlarda ise jinekomasti görülebilmektedir. Jinekomastinin senil ve puerperal şekillerinde farkedilir bir endokrin anomali bulunmadığı gibi etyolojileri de bilinmemektedir (5).

Jinekomastide bilinen etyolojik nedenler şöyle sıralanabilir :

- I — Testiküler hastalıklardan ileri gelen hipogonadizm (Klinefelter sendromu)
- II — İdyopatik hipertrofi
- III — Testis tümörleri veya Leydig hücreleri hipertrofisi
- IV — Adrenal tümörler veya hiperplazileri
- I — Psödohermafroditizm olgularında
- VI — Kabakulak orşitinde
- VII — Pitüiter lezyonlarda
- VIII — Travmalarda
- IX — Açlık, siroz infeksiyöz hepatit gibi karaciğerin harabolduğu durumlarda estrojenin inaktive edilmeyişi nedeniyle
- X — Hipertiroidilerde
- XI — Akciğer kanserlerinde
- XII — Epilepsi, syringomyeli gibi hastalıklarda
- XIII — Prostat kanserlerinde estrojen kullanımı sırasında
- XIV — Çeşitli ilaçların kullanımında örneğin : estrojenler, testosteron, koryonik gonadotropinler, reserpin, metildopa, ergotamin, digital, marihuana vs... (4,5,6,12).

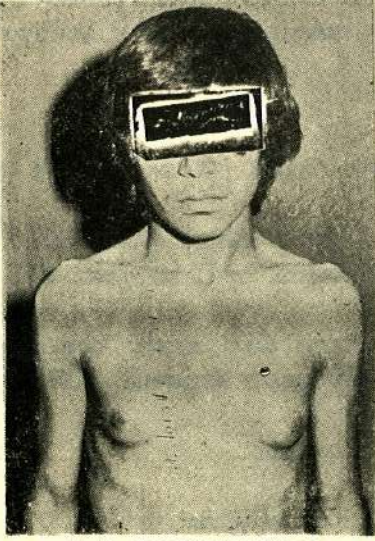
KLİNİK ŞEKİLLERİ

- 1 — Neonatal jinekomasti :

Yenidoğanda ilk ayda görülür. Büyük olasılıkla anneden çocuğa geçen hormonların (estrojen, prolaktin) aralarındaki denge bozukluğundan ileri gelir. Birkaç haftada kaybolur (5,6).

2 — Pubertal jinekomasti :

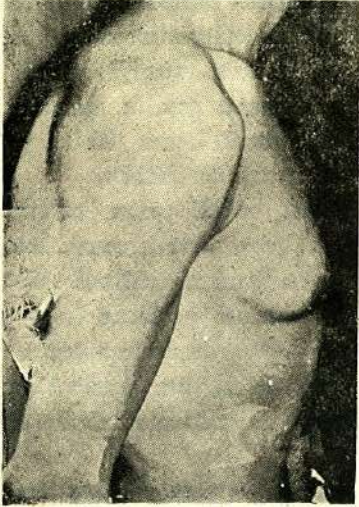
12- 17 yaş dilimindeki erkek çocuklarda geçici olarak 2-3 cm lik bir büyüme olur. Genellikle hassas ve ağırlıdır. Bir tedavi gerektirmez ve 5-6 ay içinde kaybolurlar. Bu durumun geçici olduğu çocuğa ve ebeveyne inandırıcı bir şekilde anlatılmalıdır. Nydick bu yaş dilimindeki 1855 çocukta yaptığı araştırmada % 38.7 oranında memede büyüme saptamıştır. Bu büyüme % 27 sindi iki sene, % 7.7 sinde ise üç sene devam etmiş, diğerlerinde kısa sürede kaybolmuştur. (9).



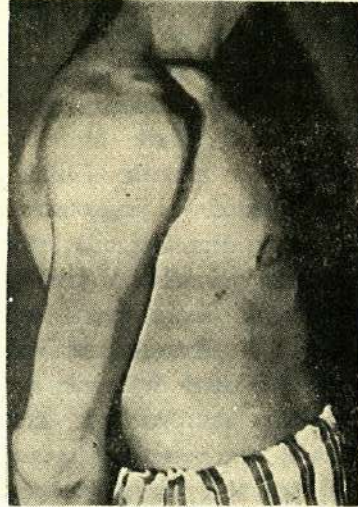
H. Ç. Ameliyattan önce



H. Ç. Ameliyattan sonra



Z. A. Ameliyattan önce



Z. A. Ameliyattan sonra

3 — Senil hipertrofi :

50-70 yaş grubundaki erkeklerde oluşabilir. Çoğunlukla başlangıç tek taraflı olup sonraları karşı memeyi de etkiler. Areola altında hassas diskoid bir tümör şeklindedir.

Genellikle 2-3 cm dir.

Bu hipertrofinin en önemli yanı kişinin yaşlı olması nedeniyle kanserden ayır-
dedilmesindedir. Tümörün ağrılı, iki yanlı oluşu, duyarlılığı jinekomasti lehindedir.
Yine jinekomastinin areola altında yerleşmesi, yuvarlak düzgün kenarlı olması kan-
serden ayırddedilmesinde yardımcıdır. Ancak kesin tanıya gitmede zorluk çekiliyor-
sa biyopsi kaçınılmazdır. (5).

TEDAVİ

Jinekomastiye cerrahi eksizyon ilk kez Paulus Aegina (M.S. 635 - 690) ta-
rafından uygulanmıştır (4).

Cerrahi için endikasyon 18-24 ayda geçmiyen hipertrofilerde düşünülmelidir.
Pubertede oluşan geçici subareoler nodüller çıkartılmamalı ve bunun geçici olduğu
hastaya anlatılmalıdır.

Cerrahi eksizyonda amaç, büyümüş memeyi normal erkek memesi boyutlarına
indirmek, ve mümkün olan en az izi bırakmaya çalışmaktır. Bu arada görülebile-
cek şu komplikasyonlarda minimal olmalıdır.

- 1 — Areola veya meme başının dönmesi, katlanması,
- 2 — Meme başının yitilmesi
- 3 — Eksizyon yerinin çevre dokulardan çökük bir hal alması
- 4 — Geriye rezidüel sarkık bir deri parçasının kalkması (4,12).

Cerrahi eksizyon için birçok yöntemler kullanılmıştır. Ancak ileri derecede
büyük olmayan, deride sarkma olmayan olgularda klasik olarak areolaya paralel
deri insizyonu ile girilerek hipertrofik doku yüzeysel fascianın yüzeysel yaprağı al-
tından keskin disseksiyon ile kolaylıkla çıkarılır. Bu durumda kesi izi minimaldir.
Meme başında çökme olmaması için hipertrofik dokudan 2-5 mm lik bir parça
areola altında bırakılır. Girişim iyi bir hemostaz ve drenaj ile bitirilir.

Bu yöntem ile jinekomastilerin büyük çoğunluğu ideale yakın çıkarılmış
olur. Ancak ileri derecede büyümüş jinekomastilerde veya sarkık meme dokusu
halini almış durumlarda areola kesisini yaptıktan sonra yarım ay şeklinde bir deri
flebi çıkarılır. Bu eksizyon, hipertrofik doku çıktıktan sonra görülecek fazla deri
artımını önler. Buna rağmen önlenemese bile yine ameliyattan en az 6 ay geçmeden
yeni bir girişimde bulunulmamalıdır. Çünkü deri fazlalığı bu süre içinde kendini
toplayabilir. Aksi halde ise areola ile birlikte sarkık kısım tamamen eksize edilir.
Ve areola yeni yerine serbest greft olarak dikilir. (4).

Birçok otör massif jinekomastilerde çeşitli kaydırma yöntemleri tanımlanmış-
lardır. (3,4,7)

KLİNİK OLGULARIMIZ

1974 - 1979 yılları arasında A.Ü.T.F. Genel Cerrahi Kliniğine başvuran erkek meme tümörlerinin 29 u jinekomasti, 5 tanesi de kanserdi. Jinekomasti olguların % 85 ini oluşturmaktadır.

Hastaların yaş dağılımı şöyledir :

15 yaş - 20 yaş 11 olgu

21 yaş - 30 yaş 11 olgu

31 yaş ve yukarısı 7 olgu

Ancak hastaların sorgusundan elde edilen hastalığın gerçek başlama yaşları ise şöyle bir dağılım göstermiştir.

15 yaş - 20 yaş 18 olgu

21 yaş - 30 yaş 5 olgu

31 yaş ve yukarısı 6 olgu

Buna göre hastaların % 62 si 1. yaş dilimini oluşturmaktadır.

Olgularımız içinde en genç hasta 15 en yaşlısı ise 60 yaşında idi. Hastaların başvurma süresi 2 ay ile 22 yıl arasında değişme göstermektedir. 2 ay içinde başvuran hasta en yaşlı hastamızdır. 22 yıl sonra başvuran hastamız 33 yaşındaydı.

Etyolojik açıdan başka bir patoloji saptanamadığından hastalarımızda idyopatik jinekomasti düşünülmüştür.

Hipertrofik memenin büyüklüğü 2 ile 15 cm arasında idi. Ancak hiçbir olgumuzda massif jinekomasti denen aşırı büyüme ve meme derisinde sarkma saptanmamıştır.

Olguların 16 sı tek taraflı (% 55), 13 ü iki taraflı dağılım göstermiştir. Tek taraflı olanların 9 u sağda (% 56) 7 si sol da (% 44) yerleşmiştir.

13 olguda ağrı saptanmıştır. (% 45) Akıntı, deride çekinti, ödem gibi diğer bulgulara hiç rastlanmamıştır.

Hastaların 3 ünde komplikasyon olarak hematoma gelişmiştir. Bunların birisinde rutin olarak yapılan drenaj yapılmamıştır.

Hastaların hepsine yukarıda anlatılan klasik yöntem uygulanmış, hiçbirinin meme derisinde sarkma olmadığı için diğer yöntemler kullanılmamıştır.

TARTIŞMA

Erkek meme tümörlerinin % 85 ini jinekomasti oluşturmuştur. Bu literatürdeki rakamlara uymaktadır. (13).

Serimizdeki yaş gruplarına diğer otörlerin rakamları da uygunluk göstermektedir. (6,14).

Ağrı olgularımızda % 45 oranında görülürken, diğer otörlerde daha düşük oranlarda (% 28) görülmüştür. (6,8)

Serimizde, bilateral % 45 ve unilateral % 55 oranında görülürken diğer otörlerde bilateral dağılım % 45, % 76.7 gibi oranlarda görülmüştür. (6,9).

Kesin bir nedene bağlanmamakla birlikte sağda yerleşim bizde ve diğer otörlerde daha fazla görülmüştür. (6,9).

Komplikasyon olarak rastladığımız hematom serimizde % 11.5 oranında görülmüştür. Diğer serilerde de benzer rakamlar verilmiştir (4).

Bu arada hematomun önlenmesinde iyi bir hemostazın ve aktif drenajın önemi üzerinde durulmaktadır. (12).

ÖZET

Kliniğimizde son 5 yılda başvuran 29 jinekomasti olgusu incelenmiş ve bu arada jinekomasti etyoloji, patoloji ve klinik açıdan gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Gynecomastia

Clinical data on 29 cases of gynecomastia in the last five years were analyzed. In addition to this etiology, pathology and clinical classifications of gynecomastia have been reviewed.

KAYNAKLAR

- 1 - Ackerman : Surgical Uathology. 5 th. Ed. The C.V. Mósby Company Saint Louis 1966
- 2 - Anderson, W.A.D. : Pathology. 5. th. Ed. Vol. 2 The C.V. Mosby Company Saint Louis 1974
- 3 - Artz Sheldon : Surgical Correction of Massive Gynecomastia. Arc. Surg. 113 : 199 - 201, 1978
- 4 - Goldwyn M. Robert. : Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast. Little, Brown and Company, Boston 1976
- 5 - Haagensen : Discas of The Breast. 2. th. Ed. W.B. Saunders Company Thiladelphia, London, Toronto 1971
- 6 - Kessel von Pred, Pickrell L. Kenneth : Surgical Treatment of Gynecomastia. Ann. Surg. 178 : 449 - 454, 1961.
- 7 - Letterman G., Schurter M. : Surgical Correction of Massive Gynecomastia. Plas. Rec. Surg. Vol. 49 : 3 (259-262) 1972
- 8 - Marshall A. Kenneth, : Surgical Correction of Nipple Hypertrofi in mal Gynecomastia. Plas. Rec. Surg. 60 : 277 - 279, 1977
- 9 - Nybick M., Bustos J. : Gynecomastia in Adolescent Boys J,A,M,A, 178 : 449 - 454, 1961.
- 10 - Brobbins : Patologic Basis of Diseas. W.B. Saunders Com. 1974
- 11 - Schwartz S.I. : The Formation of Aciner Tissue in Gynecomastia Amer. J. Path. 43 : 97 - 803, 1963
- 12 - Simon E. Bernard, Hoffman S., : Classification and Surgical Cor rection of Gynecomastia. Plas. Rec. Surg. 51 : 48 - 52 1973
- 13 - Sirtori C. : Gynecomastia, Cancer, 10 : 645 - 654 1957.
- 14 - Treves N. : Origin in Mammary Swelling in Male - Cancer 2 : 1083 - 1102, 1958,