

ژنیکوماستی

ژنیکوماستی به پرولیفراسیون و بزرگ شدن نسج گلاندولار و استرومای پستان در جنس مذکر گفته میشود و میتواند در زمان نوزادی، نوجوانی و پیری به صورت فیزیولوژیک دیده شود.

علل

تا به امروز بیش از 19 وضعیت بالینی و 28 دارو با ژنیکوماستی گزارش شده است، که از این موارد، داروها عامل شایعتر عنوان شده اند. نگرانی اصلی در این بیماران، تومورهای مخفی بیضه و یا غدد فوق کلیوی است که میتواند یک علت خطرناک و بالقوه قابل درمان در گروهی از این بیماران باشد.

داروهایی که باعث ژنیکوماستی میشوند:

استروژنها، دیژیتال، کتوکانازول، شیمی درمانی، اسپرونولاکتون، سیپرروترون استات، فلوتامید، سایمیتیدین، هورمون رشد، مهارکننده های کلسیم، دیازپام، ایزونیازید، متیل دوپا، امپرازول، ضد افسردگیهای سه حلقهای، هروئین و ماری جوانا...

علائم بالینی

ژنیکوماستی عموماً بصورت یک یافته بالینی مطرح میشود و معمولاً زمانی قابل تشخیص میشود که اندازه آن به بیش از نیم سانتی متر برسد. نکته مهم در معاینه بالینی افتراق ژنیکوماستی کاذب یا لیپوماستی از ژنیکوماستی واقعی است بطوریکه در ژنیکوماستی واقعی، است بطوریکه در ژنیکوماستی واقعی، پستان وجود داشته و نسج غده ای به صورت رشته هائی که از اطراف نیپل منشا گرفته اند، بدست میخورند همچنین ارتول (هاله پستان) ممکن است بزرگ یا برجسته باشد درد موضعی نیز در برخی موارد وجود دارد.

در معاینه باید بیمار به دقت از نظر صفات ثانویه جنسی، اندازه بیضه ها، وجود توده شکمی یا بیضوی، وجود ابهام جنسی شامل هیپوسپادیازیس، بررسی شود. توده یکطرفه، سفت، بدون درد و نامنظم مطرح کننده بدخیمی است. جهت افتراق ژنیکوماستی واقعی از کاذب بهتر است بیمار به پشت بخوابد و دستهایش را زیر سرش قرار دهد و معاینه کننده پستان را بین دو انگشت شست و اشاره قرار داده و فشار دهد در لیپوماستی مقاومتی وجود ندارد و دو انگشت به یکدیگر میرسند. ولی در ژنیکوماستی حقیقی، بین دو انگشت، قوام بافتی سفت که نسبت به نیپل به صورت متقارن است جلب نظر میکند.

درمان

چنانچه از روند زنا نه شدن پستان مدت طولانی بگذرد (بیش از ۶ تا ۱۲ ماه) بافت گلاندولار اولیه توسط فیبروز و هیالینیزاسیون جایگزین میشود و در نتیجه حتی پس از رفع علت بیماری نیز ژنیکوماستی بهبود نخواهد یافت. بنابراین درمان طبی زمانی بیشترین موفقیت را دارد که یا در شروع ژنیکوماستی باشد و یا برای پیشگیری از پیشرفت آن تجویز شود. روش درمان بستگی به علت، مدت و شدت ژنیکوماستی و وجود یا فقدان حساسیت و درد دارد. ژنیکوماستی با شروع اخیر (یعنی کمتر از 6 ماه) اغلب خودبخود برگشت می کند ژنیکوماستی بلوغ در 90 درصد موارد طی 6 ماه تا 2 سال برگشت میکند و تداوم آن پس از 17 سالگی ناشایع است. بنابراین در خیلی از موارد تحت نظر گرفتن بیمار به تنهایی کافی است.

مواردیکه تحت نظر گرفتن بیمار توصیه میشود:

۱- پس از قطع داروی عامل ژنیکوماستی

۲- اصلاح بیماری زمینهای مرتبط به آن (از قبیل تیروتوکسیکوز، بیماری مزمن کلیوی، سوء تغذیه یا تومورها)

۳- ژنیکوماستی بلوغ با اندازه 4 سانتیمتر یا کمتر که معمولاً فقط نیاز به اطمینان دادن به بیمار دارد.

موارد کاربرد درمان شامل:

- بزرگی شدید پستان با اندازه بیشتر یا مساوی با 6 سانتیمتر
- درد یا حساس بودن به فشار حساسیت نیپل (نوک پستان) در تماس با پیراهن که در صورت شدت، باید درمان شروع شود.
- اشکال در عملکرد اجتماعی بیمار
- ژنیکوماستی مداوم: ژنیکوماستی بلوغ که تا انتهای بلوغ و پس از آن باقی میماند.
- اشکال در هویت جنسی: در واقع ژنیکوماستی بلوغ در زمانی است که بیشترین زمان توجه فرد به خصوصیات فیزیکی خود است.

درمان به دو روش دارویی و جراحی است؛ بطوریکه درمان طبی در موارد غیر فیبروتیک (اوایل بیماری) و درمان جراحی در زمانی که ژنیکوماستی به مرحله فیبروتیک رسیده ارجح خواهد بود. سه دسته دارویی با تجربه محدود در این زمینه استفاده شده که می توانند در مواردی به طور کامل موثر باشند و عموماً جلوی درد را می گیرند. در مورد رژیم درمانی ارجح اتفاق نظر وجود ندارد.

گرد آوری: دکتر سید حسین دهقان منشادی

آدرس مطب: تهران خ شریعتی، متروی شریعتی، جنب حسینیه ارشاد، کوچه ارشاد، پلاک ۱، طبقه ۳، واحد ۲۱

تلفن:

۰۹۱۰۶۸۲۵۰۹۹

۰۲۱-۲۲۸۹۴۱۰۸