

Gynaecomastie bij jong volwassenen

Een onderzoek in twee huisartspraktijken

FRANS J. MEIJMAN

In een twee jaar durend onderzoek in twee huisartspraktijken werden 16 gevallen van gynaecomastie bij jong volwassenen geteld. In geen enkel geval bleek de gynaecomastie een symptoom van een ziekte. Kort bestaande gynaecomastie blijkt vrijwel steeds binnen een half jaar te verdwijnen. Bestaat de afwijking langer dan een jaar, dan lijkt de kans op regressie sterk verminderd. Mede op grond van de hoge prevalentie van gynaecomastie in de gezonde populatie wordt ervoor gepleit de aandoening bij jong volwassenen in de huisartspraktijk in eerste instantie als een normale variant te beschouwen, tenzij onderzoeksbevindingen daartegen pleiten.

Inleiding

Toename van het borstklierweefsel bij mannen is een enigszins wonderlijk fenomeen, maar geen zeldzaamheid bij pasgeborenen, pubers en oudere mannen. Bij de eerste twee groepen kan men de betrokkenen vrijwel altijd geruststellen. Bij ouderen zal men bedacht zijn op onderliggende pathologie van uiteenlopende aard. Gynaecomastie bij jong volwassenen stelt huisartsen echter voor een probleem. Men kan dit fenomeen niet eenvoudigweg als fysiologisch duiden en als zodanig aan de patiënt uitleggen. Anderzijds is nader onderzoek bij een gezonde jongeman geen aanlokkelijk perspectief, gezien de brede scala van mogelijke en zonder uitzondering zeldzame oorzaken.

Wij hebben een onderzoek ingesteld naar het aantal klachten over gynaecomastie in twee huisartspraktijken en naar het beloop van deze gevallen.

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in de praktijk van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam en in een hiermee samenwerkende huisartspraktijk. De onderzoeksperiode

Frans J. Meijman, huisarts te Amsterdam en medewerker van de afdeling studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

liep van 1 september 1984 t/m 31 augustus 1986. De praktijken telden in 1984/85 tezamen 7917 ingeschreven patiënten en in 1985/86 7767. Van deze patiënten bestond 49 procent uit mannen. Zes huisartsen zijn in deeltijd in beide praktijken werkzaam.

Via de systematische registratie van alle diagnoses (volgens een zelf ontworpen classificatielijst) werden de kaarten achterhaald van alle mannelijke patiënten bij wie in de onderzoeksperiode een *nieuwe* aandoening van de mammae was geregistreerd. Onmiskenbare huid-aandoeningen en toevallsbevindingen zonder klacht werden uitgesloten. Er werd een beperkt aantal parameters onderzocht. We volgden het beloop van de aandoening tot minstens een half jaar na het eerste consult. Dit gebeurde met behulp van de gegevens op de kaart of door de patiënt aan te schrijven. Door het retrospectieve karakter van het onderzoek was het niet mogelijk de gynaecomastie te onderzoeken via een vaststaand en uniform protocol.

Resultaten

De tweejaarsincidentie van gynaecomastie bedraagt in de groep van 20-24 jaar 5 per duizend, en in de groep van 25-29 jaar 4 per duizend (*tabel 1*).

In 11 van de 16 gevallen vermeldde de patiënt een voorgeschiedenis van minder dan een jaar. In het merendeel van deze kort bestaande gevallen was de

gynaecomastie binnen zes maanden na het eerste consult sterk verminderd of verdwenen (*tabel 2*). De vijf langer bestaande gevallen bleven gelijk. Bij deze gevallen waren de redenen voor het consult: de mogelijkheid van een operatie, het risico van kanker, pijnlijke progressie, en tweemaal verontrusting bij een nieuwe partner. Behoudens de in *tabel 2* genoemde uitzonderingen was door geen van de patiënten enig medicament gebruikt. Op één uitzondering na ging het steeds om een eenzijdige gynaecomastie.

Aanvullend onderzoek vond plaats in zes gevallen; in vier daarvan was het onderzoek vooral gericht op het uitsluiten van een mammacarcinoom. In geen van deze gevallen leverde het nader onderzoek afwijkingen op.

Beschouwing

Op basis van deze gegevens lijkt bij kort bestaande gynaecomastie bij jong volwassenen een in eerste instantie terughoudend beleid verantwoord, terwijl men de patiënt een grote kans op regressie in het vooruitzicht kan stellen. Bestaat de gynaecomastie eenmaal langer dan een jaar, dan lijkt de kans op regressie sterk verminderd.

Gezien de beperkingen van een explorerend onderzoek kan deze conclusie niet anders dan voorlopig zijn. Specialisten zullen tot andere conclusies komen. In een endocrinologische polikliniek zal men gynaecomastie beschouwen als 'frequently a sign of serious disease in the adult male'.¹ Een plastisch chirurg daarentegen ziet een gunstige selectie en zal komen tot de uitspraak: 'Meestal kan echter geen oorzaak voor de aandoening worden aangewezen'.² Voor onze conclusie pleit, dat er geen andere selectie heeft plaatsgevonden dan de keuze van de patiënten om de huisarts te raadplegen.

Tabel 1 – Table 1. Nieuwe aandoeningen van de mammae bij mannen, 01-09-1984 – 31-08-1986, by age. Numbers – New mammary problems in males from 1st September 1984 through 31st August 1986, by age. Numbers.

	Age in years				
	0-14 n = 80	15-19 n = 103	20-24 n = 1410	25-29 n = 1502	>30 n = 726
Gynaecomastia					
<1 year	–	–	5	4	2
>1 year	–	–	2	2	1
Discharge from nipples	–	–	1	–	–
Recurrence of gynaecomastia after operation	–	–	–	1	–

Onze conclusie neemt niet weg dat het onderzoek gericht dient te zijn op een aantal mogelijke oorzaken (*pagina 140*). Het essentiële mechanisme bij de meeste van deze oorzaken is een verhoogde hoeveelheid oestrogenen of een toegenomen oestrogenen/androgenenratio. Prolactine speelt daarbij geen of een uiterst ondergeschikte rol.

Kan men na een gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek (*pagina 140*) bij een verder gezonde jongeman geen afwijkingen vaststellen, dan lijkt nader onderzoek tijdens het eerste consult overbodig; driemaandelijke controles van de progressie en de bijkomende veranderingen zullen uitwijzen of nader onderzoek zinvol is. Aandacht voor de

mogelijkheid van borstkanker is daarbij wel begrijpelijk, maar rationeel gezien overdreven. Gynaecomastie zonder andere palpabele afwijkingen blijkt vrijwel nooit op een lokale maligniteit te berusten.³

Niet-pathologische gynaecomastie kan een cosmetisch en daardoor een psy-

Tabel 2 – Table 2. *Bevindingen en beloop bij 16 gevallen van gynaecomastie – Findings and prognosis in 16 cases of gynaecomastia.*

Age at first encounter	Duration of history	Localization	Diameter in cm	Additional investigations	Follow-up ^a	Time regression or observation
20	2 weeks	L	2	internist	–	6 months
21	2 months	R	2	–	–	3 months
21	1 week	R	2.5	mammography/ultra-sonography	–	4 months
21	6 months	R	2.5	–	+	(18 months)
24	6 months	L	1.5	–	–	3 months
25	2 weeks	L	2	cytology	*	4 months
26 ^b	3 weeks	L	3	endocr./mammography	–	8 months
27	2 weeks	R	2	–	(–)	2 months
27	1 week	L	'small'	–	(–)	2 weeks
30 ^c	1 month	L	2	–	–	3 months
30	3 weeks	L	2	mammography	?	
20 ^d	3-4 years	L	'small'	–	*	1 month
21	2 years	R	2	–	+	(12 months)
25	1 year	L	2	–	+	(6 months)
29 ^e	15 years	R+L	3.5-6	mammography/ultra-sonography	+	(6 months)
30	18 years	L	'small'	–	+	(12 months)

^a + mammary gland swelling still present at examination, – mammary gland swelling no longer present at examination, (–) swelling disappeared according to patient.

* markedly diminished at examination.

^b Pseudohyperthyroidism. ^c Cytostatic medication in view of testicular carcinoma. ^d Painful progression. ^e Methyltestosterone during puberty.

Synopsis

Meijman FJ. Gynaecomastia in young adult males. A study in two general practices. Huisarts Wet 1987; 30: 138-40.

Introduction. Gynaecomastia in young adult males poses a problem for general practitioners. The phenomenon cannot be simply interpreted as physiological and explained to the patient as such; on the other hand a further investigation in a healthy young man holds little attraction. We performed a study of complaints about gynaecomastia in two general practices and of its course in a number of cases.

Methods. The study was performed within the Student Health Service of the University of Amsterdam and in an affiliated general practice. The study period was from 1st September 1984 through 31st August 1986. The practices totalled 7917 registered patients in 1984/1985, and 7767 registered patients in 1985/1986; 49 percent of these patients were males.

Via the systematic registration of all diagnoses the patient records of all males in whom a new mammary problem had been registered during the study period,

were retrieved. Unmistakable dermatological problems and accidental findings without complaints were eliminated. The course of the condition was followed by to at least six months after the first encounter, with the aid of the data on the patient record or by writing to the patient.

Results. The two-year incidence was 5 per thousand in the group aged 20-24 years and 4 per thousand in that aged 25-29 years (*table 1*). In 11 of the 16 cases the patient reported a history of less than a year. In the majority of these recent cases the gynaecomastia had greatly diminished or disappeared within six months of the first encounter (*table 2*). In the five cases of longer standing it remained unchanged. The reasons for encounter in these five cases were: the possibility of an operation, the risk of cancer, painful progression and (twice) a perturbed new partner. Apart from the exceptions listed in *table 2*, none of the patients was using any medication. In all cases except one the gynaecomastia was unilateral.

Additional examinations were made in six cases and revealed no additional information.

Discussion. On the basis of these data a reserved initial strategy seems justifiable in gynaecomastia of short standing; a good prospect of regression can be explained to the patient. Once the gynaecomastia persists more than a year, the prospect of regression diminished very markedly.

The incidence in this study was twice as high as that in a general practice study performed on a larger scale.⁶ In view of the gynaecomastia prevalence reported in the healthy population, however, the incidence in this study was remarkably low. In 36 percent of 306 military reservists (a nearly always bilateral) mammary gland swelling with a diameter of more than 2 cm was diagnosed, and the prevalence was found to increase with increasing age.⁷ This high prevalence has been confirmed by others.³

Key words: Family practice; Gynaecomastia.

Correspondence: F.J. Meijman, Student Health Service, University of Amsterdam, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam, The Netherlands.

chisch probleem vormen. In dat geval valt chirurgische of medicamenteuze therapie te overwegen. Androgenen zijn slechts geïndiceerd bij hypogonadisme en leiden in andere gevallen tot onvoorspelbare resultaten. Van anti-oestrogenen zoals tamoxifen (20 mg dd gedurende 2-4 maanden) zijn goede resultaten beschreven.^{4 5} In beide onderzoeken ontbrak echter een controle-groep, en gezien het gunstige natuurlijk beloop, is het de vraag of het middel echt werkzaam is.

De incidentie in onze populatie is tweemaal zo groot als de incidentie in een grootschaliger onderzoek in de huisartspraktijk.⁶ In het licht van de prevalentie die voor gynaecomastie in de gezonde populatie wordt opgegeven, is onze incidentie echter opmerkelijk laag. Zo werd bij 36 procent van 306 militaire reservisten een – bijna altijd dubbelzijdige – borstklierzwellings vastgesteld met een diameter van meer dan 2 cm, waarbij de prevalentie toenam met de leeftijd.⁷ Deze hoge prevalentie werd bevestigd door anderen.³ Na de puberteit daalt de prevalentie bij 15-19-jarigen tot een relatief laag niveau om vervolgens onverklaarbaar snel te stijgen bij 20-24-jarigen.

Deze gegevens ondersteunen de conclusie van dit onderzoek. Bovendien lijkt het aannemelijk dat de huisarts vooral wordt geraadpleegd door die jongemannen bij wie de gynaecomastie recent is ontstaan of bij wie verontrusting ontstaat over de eenzijdigheid van

Oorzaken van gynaecomastie

- Fysiologisch: pasgeborenen, puberteit, involutie.
- Medicamenten, zoals geslachtshormonen, psychofarmaca, cytostatica, cimetidine, digoxine, spironolacton.
- Marihuana en amfetaminen.
- Voeding na hongeren (gonadotrofinen-stijging).
- Hyperthyreoïdie.
- (Alcoholische) leverziekten.
- Primair hypogonadisme, zoals syndroom van Klinefelter.
- Secundair hypogonadisme, zoals testisatrofie, orchitis, hypofysetumor.
- Oestrogeen- of gonadotrofineproductie, zoals testistumor, bijnierschors tumor, ectopische gonadotrofineproducerende tumor.
- Mammacarcinoom.
- Idiopathisch.

Aandachtspunten bij gynaecomastie

Anamnese

- pijn en tepeluitvloed;
- libidoverlies;
- potentiële stoornis;
- medicamenten en cosmetica;
- marihuana en amfetaminen;
- voeding na hongeren (gewichtsverlies);
- alcohol en leverziekten
- hyperthyreoïdieklachten.

Lichamelijk onderzoek

- lokaal: irregulariteit, consistentiever-schil, lymfomen;
- secundaire geslachtskenmerken;
- vermagering;
- tekenen van hyperthyreoïdie;
- levercirrhose;
- abnormale weerstanden in de buik;
- testiszwelling of -atrofie.

het fenomeen. De arts hoeft in eerste instantie slechts te beoordelen of de gynaecomastie in overeenstemming is met een fysiologische variant die, hoewel onverklaarbaar, ook voor jong volwassen mannen normaal is.

¹ Burke CW. Gynaecomastia. Practitioner 1982; 226: 1403-10.

² Wobbes Th. Gynaecomastie, alleen een psychologisch probleem? Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 305-8.

³ Carlson HE. Gynecomastia. N Engl J Med 1980; 303: 795-9.

⁴ Hooper PD. Puberty gynaecomastia. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 142.

⁵ Eversmann T, Moite J, Von Werder K. Testosteron- und östradiolspiegel bei der gynäkomastie des Mannes. Dtsch Med Wochenschr 1984; 109: 1678-82.

⁶ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: University Department of General Practice, 1985.

⁷ Nuttall FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. J Clin Endocrinol Metab 1979; 48: 338-40.

Struikelblok

De provocatieproef

Het hyperventilatiesyndroom kwam in ons gezondheidscentrum op het lijstje van te bespreken onderwerpen. De aanleiding vormde gunstige ervaringen met de provocatieproef als diagnostisch middel. Ik had mij verzet tegen deze afspraak; ik vond het hyperventilatiesyndroom een inconsistent begrip. Mijn mening ondervond echter geen steun en dus kwam het er toch van.

De bespreking werd een succes. Wat 'ingezakt' eindigde de discussie zoals hij begon: de standpunten veranderden niet. 's Avonds vertelde ik mijn vrouw uitgebreid over deze spijtige gang van zaken en mijn

vermeend gelijk. Terwijl ik sprak, kreeg ik kriebel in mijn keel, die met een paar keer hoesten niet verdween. Even later werd ik wat hees en draaierig. Het zweet brak me uit, ik kreeg het benauwd en moest stoppen met mijn verhaal. Mijn hart bonsde, mijn vingers en tenen tintelden; mijn mond was droog, maar toch moest ik steeds slikken.

Opeens begreep ik dat hier sprake was van een aanval van hyperventilatie. Dat was me nog nooit overkomen. 'Of all things...'

Allerlei verschijnselen van lichamelijke en psychische aard van de laatste tijd kon ik opeens terug voeren tot een variant van het

verguisde syndroom. Beschaamd beseftte ik, dat ik de teambespreking verknald had met argumenten op basis van angstgevoelens inzake hyperventilatie. Van de gedachte aan een provocatieproef kreeg ik het al benauwd.

De volgende dag heb ik de toen aanwezige teamleden met een rood hoofd bekend, waar ik mee zat. Dat is me goed bevallen: er was geen spoor van leedvermaak uit wrevel over mijn gedrag.

Het is tot op heden bij die ene aanval gebleven. In mijn werk heb ik profijt van deze ervaring, maar van een provocatieproef krijg ik het nog steeds een beetje benauwd.