

Kasuistik

Ugeskr Læger 2022;184:V80108

Usædvanlig årsag til gåsebryst

Jens H. Henriksen

Klinisk Fysiologisk/Nuklearmedicinsk Sektion, Funktions- og Billeddiagnostisk Enhed, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital

Ugeskr Læger 2022;184:V80108

Gynækomasti, tilstedeværelse af mammavæv hos mænd, skyldes en ændret østrogen-androgen-balance i organismen i retning mod østrogen eller en lokalt øget følsomhed over for det normalt cirkulerende østrogen [1]. Ubalancen mellem den stimulerende effekt af østrogen og den hæmmende effekt af androgen inducerer ved gynækomasti en duktal epitelial hyperplasi, elongation og forgrening af gangsystemet, periduktal fibrose og øget vaskularitet [2, 3]. Fysiologisk og forbigående gynækomasti ses hos nyfødte og i puberteten. Ved en række patologiske tilstande og behandling med visse medikamenter ses gynækomasti hos voksne mænd [4]. Her beskrives en mulig usædvanlig årsag til gynækomasti efter brysttraume.

SYGEHISTORIE

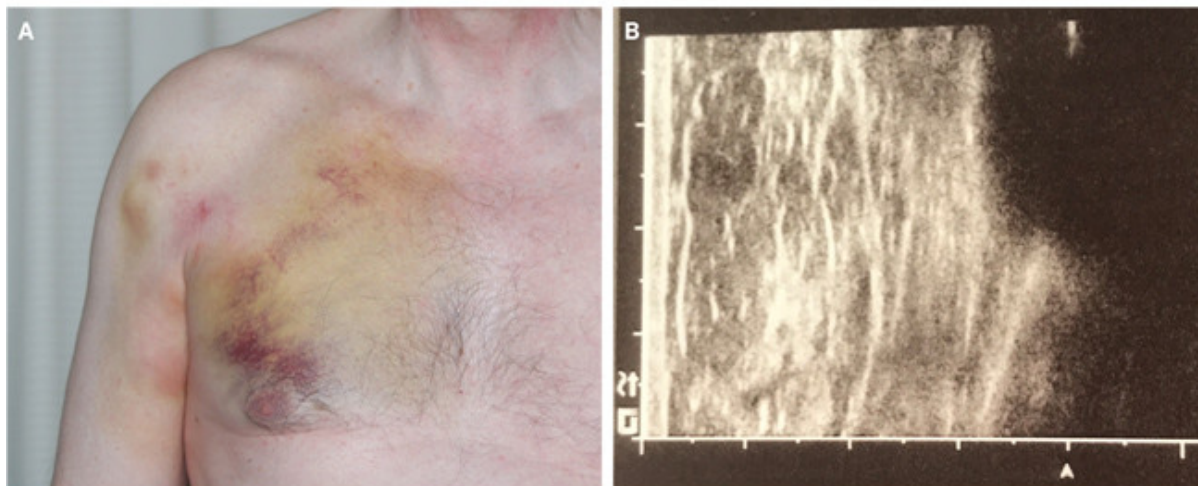
En rask 61-årig mand fik under jagt på julegås gentagne traumer af højre pektoralregion. Den normale rekyl fra et haglgevær bliver opfanget af skulder og øverste del af overarmen, hvor stødet fra geværkolben blev dæmpet af absorberende materiale og tøjpolstring. Aktuelt havde et brud på den bolt, som holder geværkolben i korrekt position, medført en medial vinkling af kolben, hvorved en skarp kant medførte gentagne rekylslag mod pektoralregionen. Defekten blev »i kampens hede« først erkendt af jægeren »efter adskillige skud, da det begyndte at gøre rigtig ondt«.

Tidligere havde patienten i det væsentligste været rask. Som barn blev han tonsillektomeret og opereret for ingvinalhernie. Ti år tidligere havde han en crusfraktur og blev osteosynteret. Han tog ingen medicin.

Objektivt: H/V: 172 cm/77 kg, BT: 122/84, puls 72.

Højre pektoralregion, skulderforside og opadtil på overarmen var præget af misfarvning med traumatiske sugillationer og hæmatomer (**Figur 1A**). Der var ingen palpable udfyldninger, areola var normal, og der var ingen tegn på frakturer. Rutinebiokemiske og -hæmatologiske prøver var normale.

FIGUR 1 A Sugillationer og periareolære hæmatomer på højre side efter gentagne skud under gåsejagt med jagtgevær med defekt kolbe. B. UL-skanning viser på højre side subareolært og opadtil et 2,4 × 0,9 × 2,1 cm stort fliget område med typisk gynækomastikonfiguration



Tre måneder senere: fremkomst af øm hævelse periareolært. Ingen misfarvning af hud. Der palperedes nogen konsistensøgning. Biokemiske prøvesvar var normale. På mistanke om højresidig gynækomasti udførtes mammografi.

Mammografi viste retroareolært på højre side et ca. 3 cm stort område med upåfaldende kirtelvæv uden malignsuspekterede fortætninger eller mikroforkalkninger, foreneligt med gynækomasti. På venstre side sås subkutant fedtvæv og bindevæv, intet kirtelvæv.

UL-skanning viste på højre side subareolært og opadtil et 2,4 × 0,9 × 2,1 cm stort fliget område med helt typisk gynækomastitudseende. Intet fokalt suspekt (Figur 1B). Retroareolært på venstre side sås fedtvæv og bindevæv. Normale forhold i aksiller.

Patienten var født med to testes i scrotum, puberteten var upåfaldende, han havde to biologiske børn konciperet efter ophørt antikonception, og han havde aldrig tidligere haft brysthævelse.

Objektivt: Viril behåring, god almentilstand og muskelfylde, genitalier normale, testikler lavt i scrotum, normalt store (ca. 20 ml), normal konsistens. Ultrasonisk måles venstre testikel til 12,5 og højre til 11,9 ml, begge gives ekkoscore 3. Cirkulerende kønshormoner, inklusive testosteron, progesteron, androstendion, dehydroepiandrosteronsulfat, østron, østronsulfat, humant choriogonadotropin og seksualhormonbindende globulin (SHBG) er normale. Thyroideahormoner, binyrebarkhormoner, hypofysehormoner (kortikotropin, follikelstimulerende hormon, luteiniserende hormon, thyroideastimulerende hormon, prolaktin og væksthormon), levertal, serumkreatinin, IGF-1 og alfa-1-føtoprotein er ligeledes normale.

DISKUSSION

Gynækomasti ses sekundært til en række sygdomme [1-3]. Her kan nævnes leversygdomme, specielt cirrose, nyreinsufficiens, malabsorption, Peutz-Jeghers' syndrom og cystisk fibrose. Klinefelters syndrom, Leydigcelle- og Sertolicelletumorer og en række cancerformer disponerer til gynækomasti [2].

Mange medikamenter kan udløse gynækomasti, eksempelvis spironolacton, metronidazol,

calciumkanalblokkere, cancerkemoterapi, hiv-behandling og antiandrogenbehandling [4]. I omkring 20% af tilfældene påvises ingen specifik årsag.

Fedme og alkohol kan medføre pseudogynækomasti (lipomasti), der klinisk kan minde om gynækomasti. Ved UL-skanning ses ikke mammavæv, men fedtvæv uden duktale strukturer [2].

I den beskrevne sygehistorie er ovennævnte årsager til gynækomasti rimeligt udelukket ud fra anamnese, objektiv undersøgelse og biokemiske analyser.

Traume som årsag til gynækomasti er ikke beskrevet i nyere litteratur, men det er velkendt, at direkte traumer og mekanisk påvirkning kan udløse en række sygdomme og symptomer ud over den direkte vævs- og karskade. Her kan nævnes, at herpes zoster kan udløses af lokalt paraspinalt traume, som aktiverer virus i de sensoriske ganglier. Dermografisme er en traumatisk aktivering af histaminfrigørelse med urticaria til følge. Köbners fænomen er et lokalt traumatisk udløst psoriasiselement. Væksten af verruca vulgaris kan accelereres ved mekanisk påvirkning. På det subcellulære niveau udløses asbestose af en mekanisk påvirkning af asbestfibre.

I en 70-år gammel amerikansk publikation [5] omtales mulige traumatiske årsager til gynækomasti: baseballkølleslag, fodboldtraume, uheld med skovl, stød fra ladeport, pengeskabsulykke, centrifugeslag, uheld under ortopædkirurgiske operationer og hustrus vold mod manden. En mulig traumatisk effekt kunne bestå i en lokalt mekanisk betinget ændret østrogen-androgen-følsomhed. En anden teoretisk mulighed kunne være påvirkning fra vævsprodukter eller hæmoglobinnedbrydningsprodukter, eksempelvis via enzymet aromatase eller lokal ændring af koncentrationen af SHBG. Det ville dog kræve omfattende undersøgelser at udrede dette.

Kontrol et år senere viste betydelig spontan klinisk regression, men UL-skanning dokumenterede fortsat rest af mammavæv opadtil på højre side. Ikke behov for kirurgisk korrektion. Den uheldige jæger accepterede sit »gåsebryst«.

Korrespondance *Jens H. Henriksen*. E-mail: jens.henrik.henriksen@regionh.dk

Antaget 26. oktober 2022

Publiceret på ugeskriftet.dk 12. december 2022

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2022;184:V80108

SUMMARY

Christmas article: Goose breast caused by unusual circumstances

Jens H. Henriksen

Ugeskr Læger 2022;184:V80108

This case report investigate a 61-year-old healthy man who, during a Christmas goose-shooting, got repeated punches on the right breast region, owing to a defective shotgun stock. The initial suggilations and haematomas disappeared in three weeks, but after three months a tender enlargement of the periareolar area developed. Mammography and sonography showed typical right gynaecomastia. History, andrological examination and biochemistry disclosed no explanation. It was concluded that a traumatic aetiology of the gynaecomastia was most likely. During the next year, the clinical signs regressed somewhat, but control sonography showed leftovers of ductal tissue, and the bird shooter has become reconciled with his "goose breast".

REFERENCER

1. Johnson RE, Murad MH. Gynecomastia: pathophysiology, evaluation, and management. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(11):1010-5.
2. Devalia HL, Layer GT. Current concepts in gynecomastia. *Surgeon.* 2009;7(2):114-9.
3. Narula HS, Carlson HE. Gynecomastia – pathophysiology, diagnosis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10(11):684-98.
4. Deepinder F, Braunstein GD. Drug-induced gynecomastia: an evidence-based review. *Expert Opin Drug Saf.* 2012;11(5):779-95.
5. Greene WW, Howard NJ. Relation of trauma to lesions of the male breast. *Am J Surg.* 1953;85(3):431-7.