



Pria 19 Tahun dengan Ginekomastia Unilateral

Noviane Angrella,¹ Lika Hanifah,¹ Imanuel Taba Parinding²

¹RSUD Beriman, Balikpapan, ²Departemen Bedah, RSUD Beriman, Balikpapan, Kalimantan Timur, Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: Ginekomastia merupakan kondisi pembesaran payudara pada pria akibat proliferasi kelenjar payudara yang umumnya bilateral. Ginekomastia unilateral jarang ditemukan pada dewasa muda. **Kasus:** Pria berusia 19 tahun dengan pembesaran payudara kanan yang disadari dalam 1 bulan terakhir. Payudara tidak nyeri, tidak mengeluarkan cairan, dan tidak teraba benjolan keras. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan payudara kanan lebih besar dibandingkan payudara kiri, tidak tampak perubahan kulit (*peau d'orange*, ulserasi), retraksi puting susu, ataupun keluar cairan. Teraba pembesaran kelenjar dengan diameter +5 cm, tidak nyeri tekan, lunak, *immobile*, batas tegas, tidak ada galaktore, tidak teraba benjolan. Pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Pasien didiagnosis ginekomastia unilateral dekstra. Dilakukan mastektomi *simple* pada payudara kanan. Temuan histopatologi pada sediaan eksisi *mammæ* dekstra mendukung diagnosis ginekomastia. **Simpulan:** Anamnesis dan pemeriksaan fisik dapat menegakkan diagnosis ginekomastia. Evaluasi laboratorium dan pencitraan diperlukan untuk membuktikan kecurigaan klinis atau kasus yang tidak jelas serta mencari penyebab.

Kata Kunci: Ginekomastia, pria dewasa muda, unilateral.

ABSTRACT

Introduction: Gynecomastia is a condition of breast enlargement in men due to breast gland proliferation that is generally bilateral. Unilateral gynecomastia is rarely found in young adults. **Case:** A 19-year-old male presenting with right breast enlargement noticed within the past month. There was no pain, no breast discharge, and no hard lump when palpated. On physical examination, the right breast was larger than the left breast, without skin changes (*peau d'orange*, ulceration), nipple retraction, or any discharge. Glandular enlargement with a diameter of +5 cm, painless, tender, immobile, firm borders, no galactorrhea, no palpable lumps. Laboratory examination was within normal limits. The diagnosis was unilateral right gynecomastia. A simple mastectomy was performed on the right breast. Histopathologic findings supported the diagnosis of gynecomastia. **Conclusion:** Anamnesis and physical examination can establish the diagnosis of gynecomastia. Further laboratory and imaging evaluations are required to substantiate clinical suspicion or in unclear cases and to search for underlying causes. **Noviane Angrella, Lika Hanifah, Imanuel Taba Parinding. A 19 Year Old Male with Unilateral Gynecomastia: Case Report.**

Keywords: Gynecomastia, young adult male, unilateral.



Mermin Dunia Kedokteran is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Ginekomastia adalah proliferasi jinak jaringan kelenjar *mammæ* pada pria, dapat terjadi secara unilateral atau bilateral. Ginekomastia harus dibedakan dari pseudoginekomastia akibat timbunan lemak pada obesitas tanpa adanya proliferasi kelenjar. Pada kebanyakan kasus, kondisi ini tidak bergejala; namun dapat disertai dengan rasa nyeri dan nyeri tekan pada payudara.¹⁻³

Insiden ginekomastia bervariasi dengan prevalensi yang dilaporkan sebesar 32%-65%.¹ Prevalensi ginekomastia di Indonesia belum diketahui, kondisi ini terjadi pada kurang dari 0,1% populasi pria di Surabaya.⁴

Ginekomastia umum ditemukan pada populasi pria yang sebagian besar bersifat idiopatik (57%), tidak ada penyebab yang dapat diidentifikasi; ketidakseimbangan hormon estrogen dan androgen diperkirakan memainkan peranan.^{1,5} Aksi estrogen yang berlebihan dan ketidakseimbangan rasio hormon estrogen dan androgen telah terbukti memicu pertumbuhan kelenjar. Ketidakseimbangan ini dapat fisiologis ataupun patologis. Secara fisiologis, normal pada bayi baru lahir (akibat transfer transplasental estrogen ibu dan plasenta), selama masa pubertas (rasio estrogen dan androgen yang tinggi pada tahap awal pubertas), dan pada penuaan (peningkatan jaringan lemak dan peningkatan aktivitas

aromatase seiring dengan penurunan kadar testosteron terkait usia), tetapi bisa juga hasil dari kondisi patologis yang terkait dengan defisiensi androgen atau kelebihan estrogen. Penyakit endogen seperti hipertiroid, penyakit hepar kronis, kegagalan gonad primer atau sekunder, sindrom resistensi androgen, pengobatan, dan faktor gaya hidup seperti penyalahgunaan obat merupakan penyebab umum ginekomastia.^{2,6}

Tergantung penyebab, terapi ginekomastia dapat konservatif atau bedah.² Penatalaksanaan konservatif karena sebagian besar akan sembuh spontan dalam 2 tahun. Ginekomastia patologis ditangani sesuai penyebabnya.⁵ Pada kasus menyebabkan

Alamat Korespondensi email: noviane02@gmail.com

gangguan kosmetik dan psikologis yang cukup besar, dapat dilakukan pembedahan.¹

KASUS

Seorang pria berusia 19 tahun, datang ke Poliklinik Bedah dengan keluhan pembesaran payudara kanan (**Gambar 1**). Pasien menyadari pembesaran dalam 1 bulan terakhir saat dinyatakan gagal dalam pemeriksaan fisik untuk masuk salah satu pendidikan militer. Tidak terasa nyeri, payudara tidak mengeluarkan cairan, dan tidak terdapat benjolan keras saat diraba. Tidak ada perubahan fisik lain; rambut tubuh seperti kumis, ketiak, bulu kaki tidak mengalami kerontokan, tidak ada perubahan suara menjadi makin halus, ataupun perbedaan ukuran buah zakar.

Pasien belum menikah, tidak pernah

berhubungan seksual, memiliki ketertarikan dengan lawan jenis, dan tidak memiliki riwayat penyimpangan seksual. Tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya terutama yang berhubungan dengan perkembangan organ genitalia dan fungsi seksual. Tidak ada keluarga dengan keluhan serupa. Pasien menyangkal pernah konsumsi obat atau suplemen seperti obat hormonal, obat untuk membentuk badan, obat kejiwaan, antivirus, narkoba, konsumsi alkohol, atau pengobatan lain secara rutin.

Pasien memiliki berat badan 53 kg dan tinggi badan 166 cm dengan indeks massa tubuh (IMT) 19,23. Pada pemeriksaan fisik, ditemukan payudara kanan pasien lebih besar dibandingkan payudara kiri (**Gambar 1**), tidak tampak adanya perubahan kulit (*peau d'orange*, ulserasi), retraksi puting susu,

ataupun keluar cairan. Teraba pembesaran kelenjar dengan diameter ±5 cm, tidak nyeri tekan, lunak, *immobile*, batas tegas, tidak ada galaktore, tidak teraba benjolan, tidak ada limfadenopati aksila. Pada pemeriksaan testis, kedua testis terletak di dalam skrotum, ukuran normal, dan konsistensi *soft*. Tidak didapatkan pembesaran kelenjar tiroid. Pemeriksaan fisik lain dalam batas normal.



Gambar 1. Ginekomastia unilateral dekstra pre-operatif.

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium tercantum pada **Tabel**.

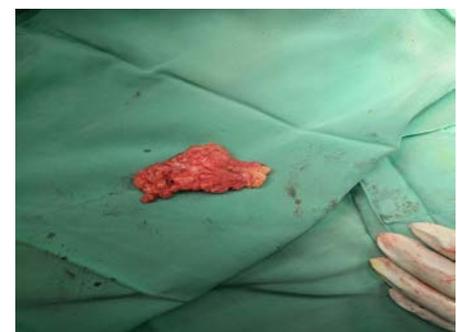
Tabel. Hasil laboratorium.

| Jenis Pemeriksaan | Hasil | Nilai Normal | Satuan |
|-------------------|-------------|--------------|--------|
| AntiHIV | Non-reaktif | Non-reaktif | - |
| TSH | 1,95 | 0,27–4,2 | uIU/mL |
| SGOT | 19 | 10–50 | µ/L |
| SGPT | 15 | 10–50 | µ/L |
| Kreatinin | 0,86 | 0,7–1,2 | mg/dL |
| Ureum | 19 | 19–44 | mg/dL |

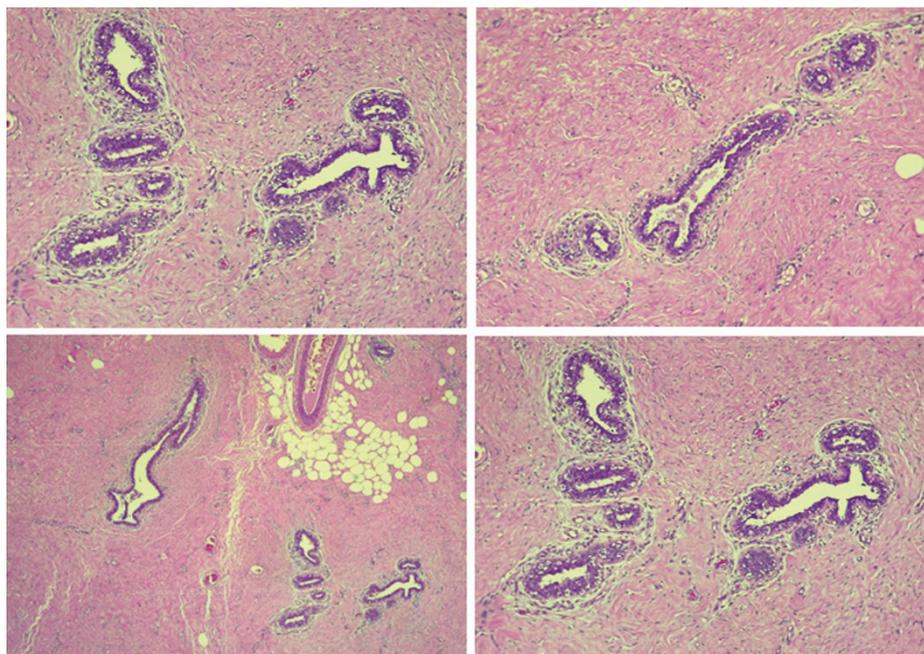
Keterangan: HIV: *human immunodeficiency virus*; TSH: *Thyroid stimulating hormone*; SGOT: *Serum glutamic oxaloacetic transaminase*; SGPT: *Serum glutamic pyruvic transaminase*.



Gambar 2. Ginekomastia unilateral dekstra peri-operatif *simple mastectomy*.



Gambar 3. Eksisi jaringan *mammae* dekstra.



Gambar 4. Gambaran histopatologi jaringan *mammae* dekstra.

Pasien didiagnosis ginekomastia unilateral

LAPORAN KASUS



dekstra. Dilakukan *simple mastectomy* pada payudara kanan melalui insisi di sepanjang batas inferior areolar (**Gambar 2**). Dilakukan eksisi jaringan payudara kanan dengan ukuran 6x4x1,5 cm (**Gambar 3**). Pemeriksaan patologi anatomi jaringan menunjukkan gambaran yang konsisten dengan ginekomastia.

Temuan histopatologi pada sediaan eksisi *mammae* dekstra terdiri dari jaringan ikat fibrokollagen yang mengalami hialinasi. Di antaranya tampak acini dan duktuli kelenjar *mammae* bentuk tubular sebagian berdilatasi

dilapisi epitel torak yang hiperplastis. Inti dalam batas normal. Tampak pula jaringan adiposa matur dalam batas normal (**Gambar 4**).

Pasien dipulangkan 2 hari setelah operasi tanpa komplikasi perioperatif. Tingkat penyembuhan diamati pada kunjungan tindak lanjut 2 minggu pasca-operasi.

DISKUSI

Ginekomastia merupakan kondisi pembesaran payudara pada pria akibat proliferasi kelenjar payudara yang umumnya bilateral, namun

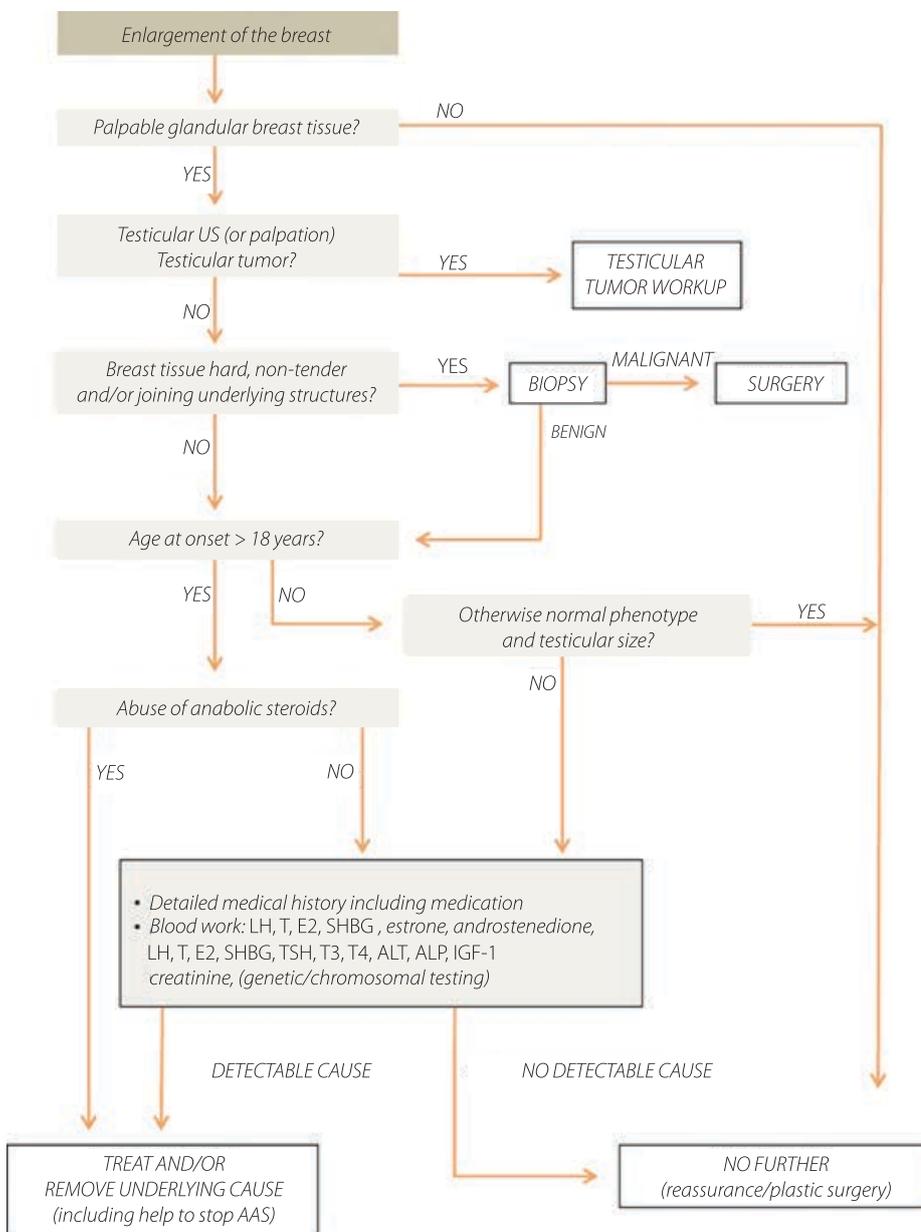
tidak jarang unilateral. Ginekomastia unilateral jarang ditemukan pada dewasa muda. Kondisi ini dapat bersifat fisiologis ataupun penanda kondisi patologis.^{3,6,7} Ginekomastia biasanya asimtomatik dan ditemukan secara tidak sengaja saat pemeriksaan fisik, terutama pada dewasa, sebagai massa padat berdiameter minimal 5 mm konsentris di bawah kompleks areola papilla.⁸ Pada kasus ini, pembesaran payudara unilateral dan asimtomatik.

Langkah pertama diagnosis ginekomastia adalah membedakan antara ginekomastia dan pseudoginekomastia.² Pseudoginekomastia karena penumpukan lemak (*lipomastia*), seperti halnya ginekomastia, dapat unilateral atau bilateral dan kedua entitas ini lebih sering ditemukan pada pria kelebihan berat badan dan obesitas.⁸ Palpasi payudara sudah dapat membedakan jaringan lemak dari jaringan kelenjar secara klinis dilanjutkan dengan penilaian yang lebih rinci.⁹

Algoritma pendekatan diagnosis ginekomastia disajikan pada **Skema**. Tujuan utama evaluasi awal adalah memastikan adanya jaringan kelenjar yang teraba dan menyingkirkan dugaan karsinoma *mammae* atau tumor testis dengan palpasi.¹⁰

Pada anamnesis perlu diketahui durasi perkembangan ginekomastia, usia saat timbul, perubahan ukuran papila *mammae*, ada tidaknya sekret dari papila *mammae*, nyeri, riwayat penyakit sebelumnya (penyakit hepar, penyakit ginjal, hipertiroid atau hipogonad), riwayat penggunaan obat (obat yang diresepkan, *steroid*, suplemen, dan lain-lain), riwayat penurunan atau kenaikan berat badan, riwayat trauma, penggunaan obat terlarang dan kebiasaan mengonsumsi alkohol, serta riwayat keluarga dengan ginekomastia atau karsinoma *mammae*.^{3,9}

Pemeriksaan fisik harus mendeteksi tanda-tanda virilisasi atau penyakit sistemik,¹ meliputi pemeriksaan payudara secara menyeluruh dengan mengukur dan memperhatikan konsistensinya, ada tidaknya sekret dan limfadenopati aksila, pemeriksaan genitalia, serta menilai tanda seks sekunder.³ Ginekomastia tanpa disertai kondisi patologis yang mendasari dianggap sebagai ginekomastia fisiologis.¹¹ Ginekomastia fisiologis tidak perlu evaluasi lanjutan (**Skema**). Evaluasi dapat dilakukan



Skema. Pendekatan diagnosis ginekomastia.¹⁰

Keterangan: LH: Luteinizing hormone ; T: Testosterone ; E2: 17 β -estradiol ; SHBG: Sex hormone binding globulin ; TSH: Thyroid stimulating hormone ; ALT: Alanine transaminase ; ALP: Alkaline phosphatase ; IGF-1: Insulin-like growth



dalam 6 bulan. Evaluasi berkelanjutan dapat dilakukan jika ukuran payudara lebih dari 5 cm (makromastia), benjolan terasa nyeri, timbul akut, dan progresif membesar atau durasi tidak diketahui.³ Karsinoma *mammae* biasanya muncul sebagai massa unilateral yang keras tidak beraturan terletak di luar areola, mungkin disertai retraksi papilla *mammae* dan retraksi kulit sekitar, juga dapat ditemukan limfadenopati aksila.¹² Pada pemeriksaan palpasi payudara di kasus ini didapatkan pembesaran kelenjar *mammae* kanan tanpa kecurigaan malignansi, dilanjutkan pemeriksaan palpasi testis untuk menyingkirkan kemungkinan tumor testis serta atrofi testis dengan hasil dalam batas normal.

Setelah diagnosis ditegakkan, dilakukan identifikasi penyebab. Riwayat terperinci dan pemeriksaan fisik yang cermat sudah cukup untuk mengungkap penyebab ginekomastia pada sebagian besar kasus, pemeriksaan laboratorium terutama untuk membuktikan kecurigaan klinis atau kasus yang tidak jelas.⁸ Pemeriksaan meliputi evaluasi hormonal dasar meliputi *testosterone* (T), *17 β -estradiol* (E2), *sex hormone binding globulin* (SHBG), *luteinizing hormone* (LH), *follicle-stimulating hormone* (FSH), *thyroid stimulating hormone* (TSH), prolaktin, dan penanda tumor testis atau kanker ekstraparaneoplasma (hCG dan AFP). Jika dicurigai penyakit Cushing, gagal hati atau gagal ginjal, dilakukan tes laboratorium yang sesuai.¹ Pada kasus ini evaluasi hormon tidak dapat dilakukan karena keterbatasan fasilitas dan biaya, pemeriksaan laboratorium lain dalam batas normal.

Mengingat sebagian besar pembesaran payudara pada pria bersifat jinak, pria dengan gejala khas ginekomastia atau pseudoginekomastia biasanya tidak memerlukan pencitraan, kecuali jika temuan klinisnya mencurigakan.¹³ Pencitraan harus segera dilakukan jika ada kecurigaan klinis karsinoma *mammae* seperti massa keras unilateral yang sebagian besar terletak di luar areolar, dapat disertai perubahan kulit (*peau d'orange*, ulserasi), retraksi puting susu atau perdarahan, dan penemuan limfadenopati axilla.¹ Pada kasus ini tidak dilakukan pencitraan.

Kami merekomendasikan bahwa pemeriksaan

payudara harus mengonfirmasi terabanya jaringan kelenjar untuk membedakannya dari lipomastia (pseudoginekomastia) dan menyingkirkan kecurigaan tumor payudara ganas. Karsinoma payudara biasanya terasa seperti massa keras unilateral sebagian besar terletak di luar area areolar, kadang-kadang disertai perubahan kulit (*peau d'orange*, ulserasi), retraksi puting susu atau perdarahan, dan mungkin limfadenopati ketiak. Adanya tanda-tanda karsinoma harus segera diikuti pemeriksaan lebih lanjut.¹²

Tata laksana ginekomastia tergantung etiologi, durasi, keparahan, nyeri, dan rasa tidak nyaman; meliputi observasi, terapi obat, dan pembedahan. Terapi medis masih kontroversial, tidak ada konsensus mengenai obat pilihan dan durasi pengobatan yang optimal. Pembedahan adalah terapi yang paling efektif. Teknik pembedahan yang berbeda memiliki tujuan sama, yaitu mengembalikan bentuk dada dengan bekas luka operasi minimal. Koreksi bedah lebih disukai pada ginekomastia yang sudah berlangsung lama, persisten, dan karena alasan psikososial.^{8,14} Pada kasus ini dilakukan pembedahan karena alasan psikososial ingin mendaftar ke pendidikan militer.

Jaringan payudara normal pria sebagian besar terletak di daerah subareolar dan terdiri dari duktus laktiferus, tanpa duktus terminal atau lobulus susu, dan tidak ditemukan acini. Stroma di sekitarnya berupa jaringan lemak.⁵ Studi histologis menunjukkan bahwa perubahan kelenjar jaringan payudara pada ginekomastia adalah identik terlepas dari etiologinya, meskipun tingkat proliferasi kelenjar bergantung pada intensitas dan durasi stimulasi. Tahap awal ginekomastia biasanya dalam 6 bulan pertama ditandai dengan hiperplasia epitel duktal (proliferasi dan pemanjangan saluran), peningkatan jaringan ikat stroma dan periduktal, peningkatan peradangan periduktal, edema periduktal intensif, dan proliferasi fibroblastik stroma. Pada tahap selanjutnya (setelah 12 bulan) terdapat fibrosis stroma yang nyata, sedikit peningkatan jumlah saluran, proliferasi epitel, dan tidak ada respons inflamasi. Oleh karena itu, nyeri atau nyeri tekan jarang terjadi pada tahap ini. Perawatan medis dapat bermanfaat jika diterapkan pada fase proliferasi awal, sebelum struktur kelenjar

digantikan oleh hialinisasi stroma dan fibrosis.¹² Pada kasus ini, gambaran histologi jaringan menunjukkan gambaran yang konsisten dengan ginekomastia.

Hipotesis penyebab ginekomastia kasus ini karena ginekomastia pubertal. Jaringan payudara pria memiliki reseptor estrogen dan androgen. Ginekomastia pubertal terjadi karena ketidakseimbangan sementara rasio androgen terhadap estrogen disebabkan oleh peningkatan serum estradiol (E2) yang lebih awal dibandingkan dengan konsentrasi androgen serum, bersifat idiopatik pada lebih dari 95% kasus dan dianggap fisiologis.^{8,15} Estrogen bekerja menstimulasi proliferasi kelenjar *mammae*, sedangkan androgen menghambat proliferasi. Ketidakseimbangan sementara hormon selama masa pubertas menyebabkan perkembangan payudara yang tidak menentu dan asimetris pada remaja pria, namun dapat bertahan hingga dewasa.¹⁶ Beberapa pria pubertas mengalami ginekomastia intermiten. Endokrinopati yang mendasari tidak dapat dideteksi pada sebagian besar kasus, regresi spontan dapat terjadi dalam 6 bulan atau kurang, namun juga dapat bertahan hingga 1-2 tahun; durasi rata-rata ginekomastia pubertal adalah 1,9 tahun. Studi *cross-sectional* pria dewasa muda berusia 19 tahun di Denmark menunjukkan 2,8% populasi memiliki ginekomastia pubertal persisten.¹

Belum ada algoritma pasti untuk mengevaluasi pembesaran payudara unilateral dan beberapa bagian proses evaluasi masih kontroversial. Ginekomastia idiopatik unilateral merupakan diagnosis eksklusi. Anamnesis yang cermat, pemeriksaan fisik lengkap, dan evaluasi laboratorium terkait harus dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab.¹¹ Insiden "*unexplained gynecomastia*" juga masih cukup tinggi, pada penelitian Mieritz, *et al*, (2017) penyebab ginekomastia yang tidak dapat dijelaskan sebesar 57%.¹⁰

SIMPULAN

Ginekomastia unilateral jarang ditemukan terutama pada pria dewasa muda. Anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap sudah dapat menegakkan diagnosis. Evaluasi lanjut berupa laboratorium dan pencitraan diperlukan untuk membuktikan kecurigaan klinis atau kasus tidak jelas serta mencari penyebab.



DAFTAR PUSTAKA

1. Kanakis GA, Nordkap L, Bang AK, Calogero AE, Bartfai G, Corona G, et al. EAA clinical practice guidelines—Gynecomastia evaluation and management. *Andrology* 2019;7(6):778-93. DOI: 10.1111/andr.12636.
2. Baumann K. Gynecomastia—Conservative and surgical management. *Breast Care (Basel)*. 2018 Dec;13(6):419-424. DOI: 10.1159/000494276.
3. Ansstas G, Griffing GT. Gynecomastia. *Medscape* [Internet]. 2022 [cited 2024 April 13]. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/120858-overview?form=fpf&scod=mosp&st=fpf&socialSite=google&icd=login_success_gg_match_fpf.
4. Pragasta R, Narulita P, Darsini N. Epidemiology and clinical findings of gynecomastia in anadrology department, DR. Soetomo Hospital, Surabaya, Indonesia. *Internat J Res Publ*. 2022;98(1):196-200. DOI: 10.47119/IJRP100981420223048.
5. Shaaban AM. Pathology of the male breast. *Diagnostic Histopathology* 2019;25(4):138-42. DOI: 10.1016/j.mpdhp.2019.01.004.
6. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Disorders of the testes and male reproductive system. *Harrison's principles of internal medicine*. 20th Ed. USA: McGraw Hill Education; 2018. p. 2.769.
7. Yunanda SA, Wiyasa IBP. Unilateral gynecomastia in young adult: Case report. *J Ilmu Kedokt Kes*. 2024;11(2):359-64. DOI: 10.33024/jikk.v11i2.13323.
8. Billa E, Kanakis GA, Goulis DG. Imaging in gynecomastia. *Andrology* 2021 Sep;9(5):1444-56. DOI: 10.1111/andr.13051.
9. Karti S, Jalal A, Chfiri A, El Harti A, Diouri M. Gynecomastia establishing etiological, clinical aspects and surgical management. *Eur J Med Health Sci*. 2022;4(2):7-9. DOI: 10.24018/ejmed.2022.4.2.1263.
10. Mieritz MG, Christiansen P, Jensen MB, Joensen UN, Nordkap L, Olesen IA, et al. Gynaecomastia in 786 adult men: Clinical and biochemical findings. *Eur J Endocrinol*. 2017;176(5):555-66. DOI: 10.1530/EJE-16-0643.
11. de Sanctis V, Soliman AT, Tzoulis P, Daar S, di Maio S, Kattamis C. Unilateral breast enlargement in males during adolescence (10-19 years): Review of current literature and personal experience. *Acta Biomedica* 2023;94(2)e2023004:1-12. DOI: 10.23750/abm.v94i2.14324.
12. Cuhaci N, Polat SB, Evranos B, Ersoy R, Cakir B. Gynecomastia: Clinical evaluation and management. *Indian J Endocrinol Metabolism*. 2014;18:150-8. DOI: 10.4103/2230-8210.129104.
13. Niell BL, Lourenco AP, Moy L, Baron P, Didwania AD, diFlorio-Alexander RM, et al. ACR appropriateness criteria® evaluation of the symptomatic male breast. *J Am Coll Radiol*. 2018;15(11S):S313-S320. DOI: 10.1016/j.jacr.2018.09.017.
14. Pinelli M, De Maria F, Ceccarelli P, Bianchini MA, Pedrieri B, Iughetti L, et al. Surgical management of adolescents with severe gynecomastia: Personal experience and outcome analysis. *Acta Biomedica*. 2023;94(2) e2023055:1-9. DOI:10.23750/abm.v94i2.14028.
15. Berger O, Landau Z, Talisman R. Gynecomastia: A systematic review of pharmacological treatments. *Front Pediatr*. 2022;10:978311. DOI: 10.3389/fped.2022.978311.
16. McMahon GT. Gynecomastia. *Decision making in medicine: An algorithmic approach*: Third Ed. Elsevier Inc.; 2009. p. 162-3.