

Ärztliche Genossenschaft
seit 15 Jahren

Die Partnerschaft der Erfolgreichen

- Unser Ziel sind wirtschaftlich und qualitativ erfolgreiche Frauenarztpraxen!
- Gemeinsam mit unseren zahlreichen Kooperationspartnern bieten wir wirtschaftliche Vorteile, Sicherung der medizinischen Qualität, Basisberatung der Mitglieder in allen Praxisbereichen, tragfähige Zukunftskonzepte und berufspolitisches Engagement.
- Unsere Gemeinschaft steht gynäkologischen Praxen aus ganz Deutschland offen. Wir freuen uns auf Ihren Informations-Besuch auf unserer Website unter www.genogyn.de!

GenoGyn

Ärztliche Genossenschaft für die Praxis und für medizinisch-technische Dienstleistungen e. G.

Geschäftsstelle:
Classen-Kappelmann-Straße 24
50931 Köln

Tel. (02 21) 94 05 05 – 3 90
Fax (02 21) 94 05 05 – 3 91

E-Mail:
geschaeftsstelle@genogyn-rheinland.de

Internet:
www.genogyn.de



Die Veröffentlichung der Beiträge dieser Rubrik erfolgt in Verantwortung der GenoGyn.

Gynäkomastie – Zeit für interdisziplinäre Zusammenarbeit

Hausärzte überweisen Gynäkomastie-Patienten nicht selten zum Frauenarzt. Aber auch Urologen, Laborärzte, Endokrinologen und Plastische Chirurgen sind gefragt, denn die Betroffenen brauchen vor allem unsere interdisziplinäre Zusammenarbeit. In der Pubertät kann die Gynäkomastie hormonell bedingt physiologisch vorübergehend auftreten. Bei 15–30 % der Männer bleibt die Gynäkomastie über die proliferative Phase hinaus bestehen und wird fibrotisch.

Eine Gynäkomastie ist meist hormonell bedingt, kann aber auch medikamentös- oder ernährungsbedingt sein. Die Patienten in meiner Sprechstunde sind meist gesunde junge Männer vor oder in der Adoleszenz und in den Zwanzigern, aber auch Männer über 50 Jahre, die eine Behandlung „aufgeschoben“ haben.

In der Anamnese berichten die Patienten typischerweise über starke psychosoziale Beeinträchtigungen, Isolation und eine Verminderung des Selbstwertgefühls. Fast alle versuchen, über Muskel- und Krafttraining den Makel zu beseitigen, Schwimmen wird vermieden, die Sexualität ist oft belastet. Der Untersuchungsbefund zeigt häufig eine normale Konstitution mit gut trainiertem Oberkörper oder aber mit typisch weiblicher Fettverteilung. Vor allem bei Männern mit einseitiger Gynäkomastie muss das Brustkrebsrisiko bedacht werden. Bei BRCA-2-Mutationen (findet man in 10 %

der Familien) steigt das Risiko auf 7 %, bei BRCA-1-Mutationen auf 2 %. Das Klinefelter-Syndrom birgt ein 50-fach erhöhtes Risiko für ein Mammakarzinom. Brustkrebs kann unter Einnahme von Medikamenten (Finasterid) entstehen. In meiner Praxis lassen sich drei Gruppen von Patienten differenzieren:

- moderate lokalisierte Vergrößerung der Brustdrüse(n) ohne lokalisierte Adipositas;
- mittlere Vergrößerung der Brustdrüse(n) kombiniert mit lokalisierter Adipositas;
- große und atypische Vergrößerung der Brustdrüse(n) und Brustwarze(n) sowie Brustform kombiniert mit ggfs. größerer lokalisierter Adipositas.

Interdisziplinäre Versorgung

Die optimale Versorgung leisten Fachärzte in folgenden Diagnose- und Therapieschritten:



Abb. 1: Gynäkomastie nach mehrjähriger Einnahme von Medikation gegen Bettnässen (Abkömmling des natürlich vorkommenden ADHD), der Hormonstatus war normal.



Abb. 2: Zustand dreieinhalb Jahre nach Op. und Gewichtsnormalisierung durch Sport, der vorher aus Scham nicht ausgeübt wurde.

© M. Eisner (2x)

1. Interdisziplinärer Schritt: Gynäkologe, Allgemeinarzt, Chirurg, Plastischer Chirurg

— Anamnese, Befunderhebung, Sonografie der Brustdrüsen

2. Interdisziplinärer Schritt: Laborarzt

— Standarduntersuchung (häufig bei jungen Männern): LH, FSH, Prolaktin, Testosteron, Östradiol

— erweiterte Diagnostik (häufig beim erwachsenen Mann/Verdacht auf Tumor): AFP, hCG, SHBG, TSH, Nieren- und Leberprofil, DHEAS, fT3, fT4

— individuelle Labor-Diagnostik bei z.B. pos. Familienanamnese: genetische Diagnostik, Chromosomenanalyse, BRCA-1- und -2-Mutationen

3. Interdisziplinärer Schritt: Urologe

— Untersuchung und Sonografie der Testes

4. Interdisziplinärer Schritt: Endokrinologe

— Konservative Therapie bei hormoneller Ursache, in der proliferativen Phase kann eine medikamentöse Therapie, z.B. mit Tamoxifen (Cave: Off-Label-Use!, Nebenwirkungen) sinnvoll sein.

5. Interdisziplinärer Schritt: Plastischer Chirurg

— Die persistierende Gynäkomastie stellt, nach Ausschluss begleitender und verursachender Erkrankungen, eine relative Indikation für eine operative Korrektur dar. Große belastende Narben wie transversale Inzisionen quer durch die Brustwarze oder in der inframammären Region sind unnötig.

OP-Methoden

Möglich sind folgende Verfahren:

— Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infraareoläre Inzision, in lokaler Anästhesie möglich;

— Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infraareoläre Inzision kombiniert mit Absaugung (Super Wet Technik) in Allgemeinanästhesie, +/- Lösung der Inframammärfalte;

— Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infraareoläre Inzision/eventuell zirkulär kombiniert mit Absaugung in Allgemeinanästhesie, ggf. Verkleinerung/Versetzen der

Brustwarzen, Auflösung der Inframammärfalte, ggfs. Deepithelialisierung Mamillen, zweizeitige Verfahren optional.

Die Absaugung hat neben der Entfernung der Fettzellen die innere Straffung des Gewebes zum Ziel. Bewährt haben sich elektronisch gesteuerte Vibrationskanülen. Abgesaugt werden sollte nur das Fettgewebe.

Bei der Resektion gilt es, auf die Dreidimensionalität und die Durchblutung der Mamillen zu achten. Will man Durchblutung und Innervation nicht gefährden, sollte ein Restbrustdrüsengewebe verbleiben. Ziel ist die Herstellung einer männlichen Brust unter Berücksichtigung der medizinischen Sicherheit. Bei Überresektion besteht das ästhetische Risiko für eingesunkene Brustwarzen.

Fazit

— Gynäkomastie ist eine häufige, tabuisierte Erkrankung.

— Umfassende Anamnese u.a. auf familiären Brustkrebs ist notwendig. Eine genetische Analyse kann der Prophylaxe (Mutationen BRCA-2 u. -1) dienen.

— Vor der Therapie sind andere ursächliche Erkrankungen auszuschließen.

— Es fehlen einheitliche konservative Therapiestandards und Leitlinien-

Empfehlungen (z. B. bei Therapiever sagen), eine allgemein anerkannte Klassifikation zur Ableitung moderner Operationsverfahren, interdisziplinär operative Standards.

— Transareoläre Inzisionen sowie horizontale Resektionen und Mamillentransplantation sind nicht nötig.

— Heutiger Therapiestandard in der Plastischen Chirurgie ist die Kombinationstherapie aus Resektion und Liposuktion.

— Der Begriff subkutane Mastektomie sollte um den Begriff partiell oder subtotal ergänzt werden, alternativ in „Resektion von Brustdrüsengewebe“ umbenannt werden.

— Zum Wohle des Patienten ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig.



Dr. med. Martin Elsner
Beratender Facharzt
für Plastische und Ästhe-
tische Chirurgie der
GenoGyn
Sachsenring 5, 50677 Köln
E-Mail: me@praxis-me.de

Der Artikel ist in voller Länge mit Literaturangaben über den Autor oder die Pressestelle der GenoGyn zu beziehen: genogyn@wahlers-pr.de

Innovatives aus der Präventionsmedizin

Seminar zur Mund-, Darm- und Scheidenflora

Mit der Mund-, Darm- und Scheidenflora rückt die GenoGyn drei brandaktuelle Themen der gynäkologisch-geburtshilflichen Prävention in den Fokus einer Fortbildungsveranstaltung am Nachmittag des 14. Oktober 2015 in Köln. Parodontitis etwa beeinflusst die weibliche Fruchtbarkeit ebenso stark wie Adipositas, erhöht Risiken für Herzinfarkt und Schlaganfall, aber auch für Entstehung und Schweregrad von Rheuma und Arthritis. Mittels eines Speicheltests können wir unseren Patientinnen neuerdings eine frühzeitige und regelmäßige Abklärung der Mundgesundheit in der gynäkologischen Praxis anbieten.

Darmsanierung statt Psychotherapie bei der Behandlung einer Depression? Dieser provokanten Frage wird Dr. med. Jörn Reckel, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Ahrensburg, nachgehen – immerhin werden ca. 95% des sogenannten Glückshormons Serotonin in der Darmwand gebildet. Neben der mikroökologischen Darm-Milieu-Sanierung erwartet die Teilnehmer an der Kölner Fortbildung Aktuelles zur Scheidenflora.

Prof. Dr. med. Eiko E. Petersen, ehemaliger Leiter des Fachbereichs Gynäkologische Infektiologie an der Universitätsfrauenklinik in Freiburg, wird über die aktuelle Diagnostik der Vaginalflora und Behandlungsmethoden informieren, die es unter anderem ermöglichen, das Risiko von Fehl- und Frühgeburten frühzeitig zu erkennen und zu senken.

Interessierte Frauenärzte und -ärztinnen, die in puncto Präventionsmedizin am Ball bleiben und das Leistungsspektrum ihrer Praxen erweitern wollen, erhalten weitere Informationen und Anmeldeunterlagen in der Geschäftsstelle der GenoGyn (Tel. 0221 / 94 05 05 390).