

# 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 dieses Phänomen hormonell bedingt, physiologisch vorübergehend auftreten. Bei bis zu 15-30 % der Männer bleibt die Gynäkomastie über die proliferative Phase hinaus bestehen und wird fibrotisch. Eine genauere Statistik ist nicht vorhanden. Das hängt auch mit einem Tabu über diese Erkrankung und der damit verbundenen Scham der Betroffenen zusammen. Oft herrscht bei den Patienten Ratlosigkeit.

Eine Gynäkomastie ist meist hormonell-, kann aber auch medikamentös- oder ernährungsbedingt sein.

## HORMONELL

I erhöhte Östrogenproduktion

gonadal oder adrenal, z.B. Leydig Tumoren / stimuliert über eine erhöhte hCG Produktion bei Chorionkarzinomen, extragonadale Tumoren der Leber, Lunge, Nebenniere und des Gastrointestinaltraktes

Erhöhte Aromatase Aktivität aufgrund von Veränderungen CYP19A1 Gens,

Hyperthyreose geht mit einer verstärkten SHBG Produktion einher, welche zu einer Abnahme des freien Testosterons führt.

II bedingte Verschiebung der Östrogen-/ Testosteron-Verfügbarkeit

III Testosteron ist zu wenig vorhanden oder vorhandenes Testosteron ist nicht verfügbar (Störungen des Hodenparenchyms)

## MEDIKATION

Spironolacton (verursacht Östrogenverschiebung),

Amphetamine, Calciumkanalblocker, Cimetidin, Diazepam, Digitalis, Östrogene, Flutamid, ACE-Hemmer, Isoniazid, Ketokonazol, Marihuana, Methyl Dopa, Metronidazol, Opiate, Opioide, Penicillamin, Reserpin, trizyklische Antidepressiva. Body building (dyethylstilbestrol), östrogenstimulierende Medikation, postmenopausale Partner, die Östrogen vaginal applizieren, können über Koitus zur Gynäkomastie führen

## KOSMETIKA

östrogenhaltige Substanzen wie Lavendel und Teebaumöl

## ERNÄHRUNG

über östrogenhaltiges Hühnerfleisch (z.B. Karibik häufige Inzidenz), Bier

## MECHANISCHE STIMULATION

z.B.: Wachsoldaten Berlin, wahrscheinlich über Gewehranschlag

Die Patienten in meiner Sprechstunde sind meist gesunde junge Männer vor oder in der Adoleszenz und in den Zwanzigern, aber auch gesunde Männer über 50 Jahre, die eine Behandlung ‚aufgeschoben‘ haben.

Die **Anamnese** zeigt typischerweise starke psychosoziale Beeinträchtigungen, Isolation und eine Verminderung des Selbstwertgefühls. Fast alle Betroffenen versuchen, über Muskel- und Krafttraining den Makel zu beseitigen, Schwimmen wird vermieden, die Sexualität ist häufig belastet.

Der **Untersuchungsbefund** zeigt häufig eine normale Konstitution mit gut trainiertem Oberkörper, oder aber mit typisch weiblicher Fettverteilung.

Der Fokus der fachärztlichen Untersuchung liegt auf Inspektion, Einschätzung des Grades der Hautqualität und Retraktionsfähigkeit, Ausmaß der Fibrosierung, Überprüfung einer echten inframammären Brustfalte.

Das Brustkrebsrisiko muss bei Männern mit Gynäkomastie vor allem bei einseitigen Befunden bedacht werden. Bei BRCA-2-Mutationen, diese 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 Mamma-Ca. Brustkrebs kann unter Einnahme von Medikamenten (Finasterid) entstehen.

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

### **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

Nur in den wenigsten Fällen ist bei meinen Patienten eine hormonelle Erkrankung zu diagnostizieren. Den meisten Befunden ist dahingehend eine Auffälligkeit des Laborbefundes zu entnehmen, welcher eine höhere Diskrepanz zwischen Östrogenen (insbesondere des Östradiols) und Testosteronen zeigt. Ober- und Untergrenzen werden dabei nicht unter- oder überschritten. Wichtig ist, dass die Blutabnahme morgens durchgeführt wird, da der Testosteronwert nachmittags absinkt. Dieser Aspekt muss in der Analyse berücksichtigt werden.

### **3. Interdisziplinärer Schritt: Urologe**

- Untersuchung und Sonographie der Testes

### **4. Interdisziplinärer Schritt: Endokrinologe**

- Konservative Therapie bei hormoneller Ursache, in der proliferativen Phase kann eine medikamentöse Therapie, z.B. Tamoxifen (Cave: off label use! Nebenwirkungen) sinnvoll sein.

### **5. Interdisziplinärer Schritt: Plastischer Chirurg**

- Operative Therapie

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 der Brustregion oder in der inframammären Region sind unnötig.

### **Allgemeine Klassifikationen**

Es gibt ältere Klassifikationen nach Hall (1959) und Tanner (1966). Simon et al (1973) teilt die Gynäkomastie in vier Grade ein. Simon unterscheidet die Menge des Hautüberschusses und leitet davon die Indikation der Straffungsoperation ab. Der Hautüberschuss ist nicht allein relevant für die Wahl der Operationsmethode. Cordova /Moschella (2008) unterscheiden vier Stadien.

Aus aktueller Sicht ist vielmehr die Retraktionsfähigkeit der Haut entscheidend. Zudem gibt es tuberöse Brustformen auch bei Männern, bei denen eine gleichzeitige Straffung sehr wahrscheinlich notwendig sein wird. Aus meiner Sicht sollte man abhängig vom Lebensalter gerade bei jungen Männern die physiologischen Änderungen des Wachstums und Anpassung des Gewebes mit einbeziehen und nutzen und deshalb nicht zu aggressiv vorgehen. Eine zweite kleine Operation bleibt als Option. Ich bin der Ansicht, dass auch bei jungen Männern z.B. im 15. Lebensjahr eine Operations-Indikation erwogen werden kann, sollte die Brustvergrößerung so groß sein, dass eine Rückbildung ausgeschlossen werden kann. Empathie und fachärztliche Erfahrungskompetenz sind Voraussetzung. In der Güterabwägung muss die extreme Belastung der jungen Männer Berücksichtigung finden und im gemeinsamen Gespräch mit den Sorgeberechtigten erörtert werden. Gerade bei den Adoleszenten kann man aufgrund des zu erwartenden Körperwachstums korrelierende Hautveränderungen nutzen. Auf zusätzliche Narben kann somit je nach Befund verzichtet werden.

### **Drei Gruppen von Patienten lassen sich in meiner Praxis differenzieren:**

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

### **Folgende OP-Methoden lassen sich ableiten:**

**Ad 1** Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infraareoläre Inzision, in lokaler Anästhesie möglich;

**Ad 2** Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infraareoläre Inzision kombiniert mit Absaugung (*Super Wet Technik*) in Allgemeinanästhesie, +/-Lösung der Inframammärfalte;

**Ad 3** Resektion des überschüssigen Brustdrüsengewebes über infrareoläre Inzision /eventuell zirkulär kombiniert mit Absaugung in Allgemeinanästhesie, ggf. Verkleinerung/Versetzen der Brustwarzen, Auflösung der Inframammärfalte, ggfs. Deepithelialisierung Mamillen, zweizeitige Verfahren optional.

Generell müssen die Patienten vor einer Operation aufgeklärt werden, dass ein Restdrüsengewebe verbleibt und generell ein statistisch moderat höheres Risiko für Brustkrebs besteht.

Die Absaugung hat neben der Entfernung der Fettzellen die innere Straffung des Gewebes zum Ziel. Elektronisch gesteuerte Vibrationskanülen haben sich bewährt. Nur das Fettgewebe sollte abgesaugt werden. Bei der Resektion gilt es, auf die Dreidimensionalität und vor allem die Durchblutung der Mamillen zu achten. Ein Restbrustdrüsengewebe verbleibt, will man Durchblutung und Innervation nicht gefährden. Ziel ist die Herstellung einer männlichen Brust unter Berücksichtigung der medizinischen Sicherheit. Bei Überresektion besteht das ästhetische Risiko für eingesunkene Brustwarzen.

### **Weitere Begriffe**

Der Begriff „**Pseudogynäkomastie**“ ist nicht sinnvoll, da er die Vergrößerung der Brustdrüsen a priori ausschließt und eine Vergrößerung der Brüste aufgrund von lokaler Adipositas ohne eine echte Vergrößerung der Brustdrüsen definiert. Meiner Erfahrung nach geht eine rein lokalisierte Adipositas (also ohne allgemeine Adipositas!) klinisch stets auch mit einer klinisch tastbaren Vergrößerung der Brustdrüsen einher.

**Lipomastie:** Sollten Übergewichtige auch Fett im Brustbereich haben, dann ist das eine lokale Adipositas und hat mit der Erkrankung einer Gynäkomastie nichts zu tun. Es gibt einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Fettstoffwechsel und Östrogenen. Eine Gynäkomastie kann unabhängig davon vorhanden sein.

### **FAZIT**

- Gynäkomastie ist eine häufige, tabuisierte Erkrankung.
- Umfassende Anamnese u.a. auf Brustkrebs in der Familie ist notwendig. Genetische Analyse kann der Prophylaxe (Mutationen BRCA-2 und 1) dienen.
- Sicherer Ausschluss anderer ursächlicher Erkrankungen vor einer Therapie.
- Es fehlen: einheitliche konservative Therapiestandards und Leitlinien-Empfehlungen bei z.B. Therapieversagen, eine allgemein anerkannte Klassifikation zur Ableitung moderner Operationsverfahren, interdisziplinär operative Standards.
- Transareoläre Inzisionen sowie horizontale Resektionen und Mamillentransplantation sind nicht nötig.
- Kombinationstherapie aus Resektion und Liposuktion ist heutiger Therapie-Standard in der Plastischen Chirurgie.
- Änderung der Nomenklatur: Der Begriff subkutane Mastektomie sollte um den Begriff partiell oder subtotal ergänzt werden, alternativ in Resektion von Brustdrüsengewebe umbenannt werden.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten ist notwendig.

### **Literatur**

Deutsches Krebsforschungszentrum  
Selected Readings of Plastic Reconstructive Surgery  
Allolio, Schulte: Praktische Endokrinologie; 2. Auflage  
Nieschlag, Behre: Andrologie; 3. Auflage

### **Kontakt:**

Dr. med. Martin Elsner

Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie  
AMBULANTE OPERATIONEN  
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie  
Faltenbehandlung

Sachsenring 5  
50677 Köln  
Tel. +49 (0)221- 93118400  
E-Mail: [me@praxis-me.de](mailto:me@praxis-me.de)  
[www.praxis-me.de](http://www.praxis-me.de)  
[www.praxis-me.com](http://www.praxis-me.com)