

Definition: Gynäkomastie: palpierbare Vergrößerung des Brustdrüsenkörpers beim Mann. DD: Pseudo-Gynäkomastie: keine echte Vergrößerung des Brustdrüsenkörpers, sondern nur eine Fettgewebsansammlung über dem Pectoralis (Lipomastie) - häufig bei adipösen Patienten.

Ursachen: DD siehe Flussdiagramm. Die Gynäkomastie ist häufig durch Verschiebungen der Androgen-Östrogen-Ratio bedingt; ursächlich kann sowohl ein Androgenmangel (relativer Östrogenexzess) als auch ein echter Östrogenexzess sein. Medikamente die eine Gynäko-mastie auslösen können (unvollständige Auflistung): Östrogene (auch bei der Partnerin z.B. Vaginalcreme), Testosteron, hCG, Digitalis, Spironolacton, Ketokonazol und andere Imidazole, Zytostatika, Cimetidin, Calciumantagonisten, ACE-Hemmer, Diazepam, Amiodaron, Omeprazol, trizyklische Antidepressiva, antivirale Protease-Inhibitoren, Heroin, Marihuana.

Klinik: Ein- oder beidseitig diskusähnliche unter der Mamille liegender - gelegentlich druck-dolent - palpabler Brustdrüsenkörper, der direkt retromamillär gelegen ist; zu Beginn häufig unilaterale Gynäkomastie.

Wichtigste Differentialdiagnose ist das seltene, meist unilateral und exzentrisch in einem Quadranten lokalisierte, Mammakarzinom des Mannes (Inzidenz 1: 100.000), sowie die durch einen Hodentumor bedingte Gynäkomastie.

Diagnostik:

- Palpation der Brust (DD Brustdrüsenkörper, DD Fettgewebe)
- Palpation der axillären Lymphknoten,
- Mammasonographie und ggfs. Mammographie
- palpatorische *und* sonographische Beurteilung beider Hoden,
- Hinweise / Symptome für das Vorliegen eines Hypogonadismus? Medikamentenanamnese?

Labor: siehe Flussdiagramm.

- Zur Kalkulation des freien Testosteron aus Gesamttestosteron, SHBG und Albumin siehe <http://www.issam.ch/freetesto.htm>.
- Prolaktin (nur selten Ursache einer Gynäkomastie).
- AFP,  $\beta$ HCG (Tumormarker: Hodentumor).
- DHEAS (Tumormarker: Nebennierenkarzinom).

Therapie:

- Bei Androgenmangel oder Östrogenexzess Therapie der Grundkrankheit. Die Testosteronsubstitution bei Hypogonadismus führt gelegentlich zu einem Rückgang der Gynäkomastie; es kann jedoch unter Testosteronsubstitution auch zu einer Verschlechterung der Gynäkomastie durch vermehrte Metabolisierung des zugeführten Testosterons in Östrogene kommen.
- Bei idiopathischer Gynäkomastie Aufklärung des Patienten über den benignen Charakter des Befundes und Verlaufskontrolle – häufig spontane Regression.
- Als definitiver Therapieansatz (meist Therapiewunsch von Seiten des Patienten - Körperbild / kosmetische, psychische Beeinträchtigung) Vorstellung beim Chirurgen zur Gynäkomastektomie.
- Alternativ im frühen Stadium (später bereits irreversible Fibrosierung des Drüsengewebes) Therapieversuch mit dem Antiöstrogen Tamoxifen 10mg 1-0-1 über 3 Monate gerechtfertigt; jedoch nur geringe Erfolgsaussichten.

