

Wenn Männern Brüste wachsen So wird die Brust wieder flach und männlich

von Ramin Khorram

Eine weiblich erscheinende Brust bedeutet für viele Männer eine starke psychische Belastung. Häufig handelt es sich um sehr körperbewusste Männer, die unter dem Makel leiden. Bei der unechten Gynäkomastie mit der reinen Fettansammlung stellt die Fettabmung meistens die Methode der Wahl dar. Echte Gynäkomastien sollten durch eine operative Drüsenausschälung behandelt werden. Bei ausgeprägten Befunden der Gynäkomastien und Lipomastien sowie bei Erschlaffungen bietet die Plastische Chirurgie verschiedene Reduktionsplastiken.

Die ein- oder doppel­seitige Vergrößerung der männlichen Brustdrüse wird als Gynäkomastie bezeichnet. Auf Grund einer transplazentaren Passage von Östrogen ist bei über 60 % der Neugeborenen eine Brustdrüsenvergrößerung nachweisbar. In der Pubertät schwellen bei ca. 50 bis 60 % der Jungen meist vorübergehend die Brustdrüsen an. Diese Pubertätsmakromastie, ebenfalls häufig als Gynäkomastie bezeichnet, bildet sich spontan innerhalb von ein bis zwei Jahren wieder zurück. Laut Mitteilungen treten in der erwachsenen Normalpopulation ca. 30 % meist geringere Befunde auf, im Senium bei über 60% überwiegend Pseudogynäkomastien (Lipomastie).

Bei der unechten Gynäkomastie im Rahmen einer Adipositas handelt es sich um eine Fettansammlung, die zu der Erscheinung einer Brustvergrößerung führt. Bei der echten Gynäkomastie hingegen ist das Brustdrüsen­gewebe vergrößert. Mischformen sind möglich. Gynäkomastien gehen nicht selten mit Schmerzen und Spannungsgefühlen einher.

Ursache der Brustdrüsenvergrößerung ist das Verhältnis der Östrogene zu den Androgenen: Überwiegt die Östrogenwirkung, wächst das Drü-

sengewebe. Es kann eine gesteigerte Ansprechbarkeit der Hormonrezeptoren der Brustdrüse auf weibliche Geschlechtshormone oder deren Stimulation durch gonadotrope Hormone vorliegen.

Eine Gynäkomastie kann auch Symptom von systemischen Erkrankungen sein. Dies gilt es bei der Diagnostik zu berücksichtigen. Die Anamnese gibt Hinweise auf eine mögliche Medikamenten-induzierte Brustveränderung (siehe Tabelle). Auch unter der Anwendung von Östrogen-haltigen Haarwassern wurden Gynäkomastien beschrieben. Zudem kann der Konsum von Alkohol, Heroin und Marihuana ebenfalls eine Gynäkomastie verursachen.

Wann sollte operiert werden?

Auf Grund der Assoziation einer Gynäkomastie mit Hodentumoren ist eine Vorstellung beim Urologen sinnvoll. Das Vorliegen eines Nebennierentumors oder eines Hypophysenadenoms sollten ebenfalls erwogen werden. Insbesondere bei einseitigen Brustdrüsenvergrößerungen ist auch ein Mammakarzinom auszuschließen. Eine sonographische Kontrolle und eine zusätzliche Röntgenuntersuchung empfehlen sich insbesondere bei verhärteten und knotigen Tastbefunden.

Die endokrinologische Labordiagnostik umfasst Testosteron, Östrogen, LH, FSH, HCGH. Zusätzlich sollten Leberwerte, Nierenwerte sowie bei Verdacht Tumormarker bestimmt und eine Chromosomenanalyse veranlasst werden. In 50 % der Fälle findet man keine Ursache für die Brustveränderung (idiopathische Gynäkomastie).

Primär muss nach der ausführlichen Anamnese und der individuellen Diagnostik die kausale Therapie angestrebt werden. Ursächliche Allgemeinerkrankungen sind konsequent zu behandeln, die Gynäkomastie auslösenden Medikamente sind abzusetzen bzw. durch andere Substanzen zu ersetzen.

Eine medikamentöse Behandlung ist in der proliferativen noch nicht fib-

rosierenden Phase mittels Antiöstrogenen (z.B. Tamoxifen oder Clomiphen) möglich. Danazol als Anti-Östrogen und schwaches Androgen kann ebenfalls das Brustwachstum hemmen und eine Schmerzhaftigkeit reduzieren. Bei einem endokrinen Hypogonadismus kann die Substitutionstherapie mit Testosteron erfolgen.

Die operative Behandlung der Gynäkomastie kann erforderlich werden, wenn der Patient über Schmerzhaftigkeit klagt, eine deutliche Knotenbildung vorliegt oder ein psychischer Leidensdruck auf Grund der verweiblichten Brust besteht. Die Pflegeprobleme und Entzündungsneigungen der Haut, die bei Makromastien oder Erschlaffungen bestehen können, geben ebenfalls Anlass zu einer operativen Therapie. Bei der Pubertätsgynäkomastie hingegen empfiehlt sich eine abwartende Beobachtung, da eine Spontanregressionen wahrscheinlich ist.

Die chirurgische Therapie der männlichen Brust sollte den Fachärzten für Plastische Chirurgie vorbehalten sein. Nur im Rahmen der sechsjährigen Facharztausbildung der Plastischen Chirurgie werden alle Aspekte der Weichteilchirurgie und alle Techniken der Brustoperation differenziert vermittelt.

Bei der unechten Gynäkomastie mit der reinen Fettansammlung stellt die Fettabmung die Methode der Wahl dar, wenn keine deutlichen Erschlaffungen vorliegen. Durchgeführt wird der Eingriff entweder in Lokalanästhesie oder in Vollnarkose. Zur besseren Absaugfähigkeit sollte eine Infiltration des Gewebes erfolgen. Über zwei kaum sichtbare Stichinzisionen in der Submammarfalte und ggf. zusätzlich einer Inzision nahe der Axilla wird das „aufgeweichte“ Fett abgesaugt.

Periareoläre Fältelung verschwindet

Bei erschlaffter Haut muss eine Bruststraffung in Betracht gezogen werden. Ein zweizeitiges Vorgehen bei einer eventuellen Straffung ist sinnvoll, da nach einer Absaugung ein gewisser Straffungseffekt eintritt und die Retraktion über mindestens sechs Monate abgewartet werden sollte.

Falls eine Erschlaffung vorhanden ist, ermöglicht die Plastische Chirurgie verschiedene Techniken der Straffung: Bei gering- bis mäßiggradigen Erschlaffungen bietet die sogenannte periareoläre Straffung gute Ergebnisse mit unauffälligen Narben. Hierbei wird ein ringförmiges Hautareal um den Warzenhof oberflächlich entfernt, wobei auch der häufig vergrößerte Warzenhof ebenfalls verkleinert werden kann. Da der Durchmesser des äußeren Wundrandes deutlich größer ist als der Warzenhofwundrand, ist eine Naht nur unter einer starken Fältelung des äußeren Wundrandes um den Warzenhof möglich. Die Wundnaht erfolgt mehrschichtig. Eine nicht resorbierbare versenkte Tabaksbeutelnaht des äußeren Wundrandes sichert ein langanhaltendes



Ästhetische Indikation bei Lipomastie, drei Wochen nach Liposuktion von Brust, Bauch und Hüften.

Straffungsergebnis ohne Narbenverbreiterung. Bei richtiger Indikationsstellung und Technik verschwindet die anfänglich verwirrende und unschöne periareoläre Fältelung spätestens binnen drei Monaten.

Kostenträger immer restriktiver

Stärkere Erschlaffungen oder massive Lipomastien, die mit weiblichen Brüsten vergleichbar sind, erfordern umfangreichere Reduktionsplastiken. Hierbei kommen zur Resektion von überschüssigen Gewebeanteilen Techniken zur Anwendung, die narbenreicher sind.

Neben einer Narbe um den Warzenhof entsteht zumindest eine weitere Narbe vom unteren Brustwarzenhofpol zur Brustumschlagfalte oder eine querverlaufende Narbe in Höhe der Areola. Eventuell ist zur effektiven Straffung eine weitere Narbe entlang der Brustumschlagfalte erforderlich, so dass eine Narbe in Form eines umgekehrten „T“ resultiert. Bei massiven Makromastien kann eine Reduktionsplastik mit freier Mamillentransplantation erforderlich sein.

Eine echte Gynäkomastie fühlt sich häufig deutlich derb an und kann schmerzhaft sein. Eine möglichst komplette Resektion des auffälligen Gewebes ist anzustreben. Die Absaugtechnik kann dies nicht sicher gewährleisten. Zudem ist die histologische Gewebeuntersuchung durch die Absaugtechnik erschwert. Eine komplette Gewebeentfernung im Sinne einer subkutanen Mastektomie gelingt meistens sehr gut durch einen halbkreisförmigen Schnitt entlang des unteren Warzenhofpols. Die Operation kann sowohl in Lokalanästhesie als auch in Narkose durchgeführt werden. Eine Infiltration des Gewebes erleichtert die Präparation.

Aus kosmetischer Sicht ist es wichtig, hinter der Areola eine Gewebeschicht von mindestens 0,7 cm Dicke zu belassen, um ein eingesunkenes Erscheinen dieser Region zu vermeiden. In der restlichen Präparationszone sollte eine Fettschicht von etwa der Dicke der Subkutanschicht der oberen Oberbauchregion belassen werden. Eine zusätzliche Liposuktion der Präparationsrandzonen optimiert

das kosmetische Ergebnis.

Häufig verläuft das Liposuktionsausmaß entlang des seitlichen Thorax sowie in Richtung der Axillae und der Schultern. Zur Warzenhofverkleinerung und zur Straffung bei mäßigen Erschlaffungen lässt sich diese subkutane Ausschälung der Brustdrüse gut mit der oben beschriebenen periareolären Straffung in einer Sitzung kombinieren. Bei massiven Gynäkomastiefunden kommen die oben erwähnten Reduktionstechniken zur Anwendung.

Die Grenze zwischen medizinischer und kosmetisch-operativer Behandlungsindikation ist häufig nicht eindeutig. Die Entscheidungen der Kostenträger bezüglich der Übernahme von Behandlungskosten sind manchmal nicht nachvollziehbar. Die Sparmaßnahmen des Gesundheitssystems lassen die Kostenübernahme einer operativen Behandlung zunehmend restriktiv erscheinen.

Dr. med. Ramin Khorram
Apollo Klinik Stuttgart
Spezialklinik für
Plastisch-Ästhetische Chirurgie
und Lasermedizin

Ursachen einer Brustvergrößerung beim Mann

Physiologisch

Pubertät, Senium, familiär, idiopathisch

Drogen

Alkohol, Opioid, Marihuana

Systemische Erkrankungen

Adipositas, Niereninsuffizienz, Hypothyreose, Hyperthyreose, Lebererkrankungen, Nebennierentumore, Hypophysentumore.

Andere Ursachen

Hermaphroditismus, Klinefelter Syndrom, Hodentumor, Zustand nach Orchiektomie, Zustand nach Hodenbestrahlung.

Medikamente

Amphetamine, H₂-Blocker, Digitalis, Haloperidol, Isoniazid, Methylodopa, Phenothiazine, Reserpin, Spirinolacton, Trizyklische Antidepressiva, Ketoconazol, Anabolika, Östrogenhaltige Haarwasser.



Medizinische Indikation bei dolenter fibröser Gynäkomastie, zwei Wochen nach Drüsenausschälung durch einen periareolären Schnitt und kombinierter Liposuktion der Brustumgebung (die zentrale Markierung stellt das Exstirpationsareal dar).