

publiziert von:



Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendmedizin



Deutsche Gesellschaft  
Endokrinologie

## Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ),

erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE) als Sektion der der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)  
*Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie*

**AWMF-Register Nr.**

**027/028**

**Klasse:**

**S1**

# Gynäkomastie

## Präambel

Eine Brustdrüsenvergrößerung bei männlichen Neugeborenen ist physiologisch. Die Pubertätsgynäkomastie, die bei ca. 60 % aller Jungen in der Pubertät mit einem Häufigkeitsgipfel von im Median 14 Jahren auftritt, ist ebenfalls physiologisch. Man tastet meist einen homogenen, subareolär gelegenen Brustdrüsenkörper (selten > 3.5 cm), der oft druckempfindlich ist. Er geht meist nicht über das Stadium B 3 hinaus und bildet sich spontan innerhalb von 2 bis 3 Jahren zurück. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass die Genitalentwicklung (sekundäre Geschlechtsmerkmale, Hodengröße) dabei stets normal verläuft. In sehr seltenen Fällen bildet sich eine Pubertätsgynäkomastie nicht spontan zurück und bleibt bis ins Erwachsenenalter bestehen.

## Definition und Basisinformation

(siehe auch Leitlinie Nr. 013/039 der Dt. Dermatologischen Gesellschaft)

Die Ausbildung eines Brustdrüsenkörpers beim männlichen Geschlecht wird als *Gynäkomastie* bezeichnet. Sie kann eine Normvariante sein (z.B. transitorische

Brustdrüsenhyperplasie bei Neugeborenen) oder ein Symptom für eine endokrine Störung.

Sie muss von einer Pseudo-Gynäkomastie (*Lipomastie*), einer Fettansammlung im Brustbereich ohne Ausbildung eines Drüsenkörpers, unterschieden werden.

Die Pubertäts gynäkomastie ist physiologisch und wird durch eine Imbalance des Verhältnisses von Testosteron zu Östrogenen erklärt. Bei übergewichtigen Jugendlichen kann die Abgrenzung zwischen Lipomastie und Gynäkomastie schwierig sein. Häufig kann auch ein Mischtyp, eine sog. Lipo-Gynäkomastie, auftreten.

## **Leitsymptome**

Eine Gynäkomastie kann einseitig oder beidseitig auftreten. Sie kann zu subjektiven Beschwerden wie Spannungsgefühl der Brüste und Berührungsempfindlichkeit der Mamillen führen, sie kann aber auch völlig asymptomatisch sein.

Eine Gynäkomastie kann bei Jugendlichen zu erheblichen psychischen Belastungen führen.

## **Diagnostik**

### **Zielsetzung**

Abgrenzung pathologischer von physiologischer Gynäkomastie. Die Diagnose einer physiologischen Gynäkomastie ist stets eine Ausschlussdiagnose. Von einer Pubertäts gynäkomastie darf nur gesprochen werden, wenn sie erstmalig in direktem zeitlichem Zusammenhang mit der Pubertät entsteht und sie eindeutig vom umgebenden Fett- und Bindegewebe abgegrenzt werden kann.

### **Gebräuchliche Verfahren**

#### **Anamnese**

Familiäres Auftreten, Ernährung, Haargel, chronische Erkrankungen, Behandlung eines

Maldescensus testis, Mumps-Orchitis, Medikamente, Alkohol.

#### **Körperliche Untersuchung**

Auxologie und Pubertätsentwicklung nach Tanner (Penislänge, Hodengröße mittels Orchiometer); Palpation des Brustdrüsenkörpers und der axillären Lymphknoten. Exakte Größen- und Konsistenzbestimmung, wobei Größe und Erscheinungsbild entsprechend der Entwicklung der weiblichen Brust (Tanner B 1-5) klassifiziert werden können.

#### **Gegebenenfalls Ultraschall**

DD: Lipomastie und Gynäkomastie, aber auch zur Größenbestimmung und Verlaufskontrolle.

### Laboruntersuchungen

müssen gezielt in Abstimmung mit der klinischen Symptomatik eingesetzt werden und den verschiedenen Differentialdiagnosen (siehe Tab.1) der Gynäkomastie gerecht werden.

- Testosteron, Östradiol, SHBG, DHEAS
- LH, FSH und Prolaktin
- Leberwerte
- Tumormarker ( $\beta$  hCG, alphaFetoprotein)

Bewertung Gynäkomastie

Tab. 1 DD Gynäkomastie

<b>Nebenbefunde</b>	<b>Verdachtsdiagnose</b>	<b>Bestätigung</b>
Neugeborenes	transitorische Hyperplasie	spontane Rückbildung innerhalb von Wochen
Jugendlicher normale Pubertät adipös	Pubertätsgynäkomastie Lipomastie oder Lipo-Gynäkomastie	spontane Rückbildung Sonographie, BMI↑, spont. Rückbildung
abdomineller Tumor	Nebennieren-Tumor	E2 ↑, Sonographie, MRT
Chronische Erkrankungen	Niereninsuffizienz Leberzirrhose Unterernährung	Kreatinin ↑ GOT ↑, GPT ↑, Quick ↓ BMI ↓
Medikamente (z.B. Östrogene, Antiandrogene, Diazepam, Spironolacton, Ketoconazol, Omeprazol, Nifedipin, Digitoxin, Captopril, Phenytoin)	arzneimittelinduzierte Gynäkomastie	Abklingen nach Absetzen
Haargel, Haarshampoo	Östrogeninduzierte Gynäkomastie	Verschwinden nach Absetzen
keine	idiopath. Gynäkomastie	Untersuchungen negativ
familiäre Belastung	familiäre Gynäkomastie	positive Anamnese
einseitiger kleiner, derber Tumor, exzentrisch, sezernierend	Mamma-Karzinom	Sonographie, Mammographie
Zeckenbiss	Lymphozytom	Borrelien-IgM, IgG ↑
Pubertas tarda* Hochwuchs Testes (<6 ml)	Klinefelter-Syndrom multiples X-Syndrom	Chromosomenanalyse
Genitalfehlbildung Untervirilisierung	partielle Androgenresistenz	E2 (↑)

\*siehe auch Leitlinie Pubertas tarda Jungen

Ausschlussdiagnostik

Die Diagnose einer physiologischen Gynäkomastie ist stets eine Ausschlussdiagnose.

Abzugrenzen sind hiervon Fibrosen, Zysten, Entzündungsreaktionen, Traumen mit Hämatombildung sowie venöse oder lymphatische Abflußstörungen (siehe Leitlinie der DDG).

### Nachweisdiagnostik

Bei der Differenzierung der Gynäkomastie in Normvariante auf der einen und pathologische Störungen auf der anderen Seite, stellt das Lebensalter das entscheidende Kriterium dar.

### Entbehrliche Diagnostik

Bei den Normvarianten sind Untersuchungen wie Mammographie, CT oder MRT nicht indiziert; eine Biopsie ist obsolet.

### Durchführung der Diagnostik

Pädiatrischer Endokrinologe, Ultraschall-experte, Kinderchirurg.

## **Therapie**

### Medikamentöse Therapie

Bei Androgenmangel oder Östrogenexzess Therapie der Grundkrankheit. Nur in Einzelfällen und bei großer psychischer Belastung: Danazol, Tamoxifen oder Aromatasehemmer per os. Der Erfolg der Therapie ist eher zweifelhaft und hat – wenn überhaupt - nur in den ersten Monaten nach Auftreten der Pubertätsgynäkomastie Aussicht auf Erfolg.

### Chirurgische Therapie

Entfernung des Brustdrüsenkörpers

- Bei fehlender Rückbildung der Pubertätsgynäkomastie und psychischer Belastung.
- Fibrosen
- Zysten
- Tumore

### Therapiedurchführung

Pädiatrischer Endokrinologe, Kinderchirurg, Mitbetreuung durch den Kinder- und Jugendarzt.

## **Rehabilitation**

Gegebenenfalls psychologische Betreuung.

## **Verfahren zur Konsensbildung**

Siehe separaten Leitlinienreport:

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/027-m\\_S1\\_Leitlinienreport\\_APE\\_09.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-m_S1_Leitlinienreport_APE_09.pdf)

### **Autoren:**

HG Dörr, GHG Sinnecker

### **Leitliniensekretariat der APE:**

Dr. Anja Moß

AWMF-Leitlinienberaterin

Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

Interdisziplinäre Adipositasambulanz

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Ulm

Eythstraße 24

D- 89075 Ulm

Tel.: 0731 - 500 57401

E-mail: anja.moss@uniklinik-ulm.de

Erstellungsdatum: 01/2011

Nächste Überprüfung geplant: 01/2016

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!