

# Kaiser & Leidenberger (1991) - Hormonbehandlung bei Benign Mammaerkrankungen: Mammahypoplasie [Hormonal Treatment in Benign Breast Diseases: Breast Hypoplasia]

## Citation

- Kaiser, R., & Leidenberger, F. (1991). Hormonbehandlung bei Benign Mammaerkrankungen: Mammahypoplasie. [Hormonal Treatment in Benign Breast Diseases: Breast Hypoplasia.] In Kaiser, R., & Leidenberger, F. Hormonbehandlung in der Gynäkologischen Praxis, 7. Auflage [Hormone Treatment in Gynecological Practice, 7th Edition] (pp. 138–138). Stuttgart: Georg Thieme Verlag. [[Google Books](#)] [[OpenLibrary](#)] [[WorldCat](#)] [[PDF](#)]

## English Translated

### Hormonal treatment in benign breast diseases

#### Breast Hypoplasia

Breast hypoplasia is mainly due to constitutional causes. Normal cyclic conditions indicate that hypoplasia is not due to a lack of ovarian hormones. For the same reason, a deficit of prolactin is very unlikely. The *constitutionally* reduced receptiveness of the breast parenchyma to normal ovarian function gives the prospect of prolonged breast enlargement with hormone therapy little chance of success. *Local* application of estrogens, for example as a Linoladiol [estradiol] emulsion, may bring about some increase in breast volume during medication via the extracellular water balance. Application breaks from the 1st to 7th cycle day are required; nevertheless, cycle disturbances can still be expected. [Enlargening] effects are also found when using *estrogen-emphasized two-phase preparations* such as Eunomin [mestranol/chlormadinone acetate] and Neo-Eunomin [ethinylestradiol/chlormadinone acetate] or *estrogen-pronounced single-phase preparations* such as Gestamestrol [mestranol/chlormadinone acetate], among others.

A hormonal *pseudopregnancy* (p. 92) over 2–3 months means a considerable burden on the organism with sex hormones, for example weight gain. The desired volume increases only last a relatively short time. An indication for estrogen and progestogen therapy is when breast hypoplasia is the expression of a more or less severe estrogen deficiency. The cycle-compatible substitution corresponds to the treatment proposals for Turner's syndrome (p. 45) and to primary and secondary amenorrhea (p. 60).

## German Original

### Hormonbehandlung bei benign Mammaerkrankungen

#### Mammahypoplasie

Die Mammahypoplasie ist überwiegend durch konstitutionelle Ursachen bedingt. Normale zyklische Verhältnisse weisen darauf hin, daß die Hypoplasie nicht auf einem Mangel an Ovarialhormonen beruht. Aus demselben Grund ist auch ein Defizit an Prolaktin sehr unwahrscheinlich. Bei der *konstitutionell* herabgesetzten Rezeptivität des Mammaparenchyms auf die regelrechte Ovarialfunktion bestehen für eine Hormontherapie mit der Aussicht auf eine länger anhaltende Brustvergrößerung wenig Erfolgchancen. Eine *lokale* Verabreichung von Östrogenen, beispielsweise als Linoladiolemulsion, kann über den extrazellulären Wasserhaushalt eine gewisse Vergrößerung des Brustvolumens während der Medikation bringen. Erforderlich sind Anwendungspausen vom 1.–7. Zyklustag; trotzdem ist auch dann mit Zyklusstörungen zu rechnen. Auflockerungseffekte werden auch beobachtet bei Verwendung von *östrogenbetonten Zweiphasenpräparaten* wie Eunomin und Neo-Eunomin oder *östrogenbetonten Einphasenpräparaten* wie Gestamestrol u. a.

Eine hormonale *Pseudogravidität* (S. 92) über 2–3 Monate bedeutet eine nicht unerhebliche Belastung des Organismus mit Sexualhormonen, beispielsweise durch Gewichtszunahme. Die erwünschten Volumenvergrößerungen halten nur relativ kurze Zeit. Eine Indikation für die Therapie mit Östrogenen und Progestagenen besteht dann, wenn die Mammahypoplasie der Ausdruck eines mehr oder weniger starken Östrogenmangels ist. Die zyklusgerechte Substitution, im allgemeinen mit den üblichen Zweiphasenpräparaten, entspricht den Behandlungsvorschlägen beim Turner-Syndrom (S. 45) und bei den primären und sekundären Amenorrhöen (S. 60).