

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Chirurgische Therapie bei beidseitiger benigner Struma nodosa: Abwägung zwischen Radikalität und Komplikationen

von PD Dr. med. Nada Rayes, PD Dr. med. Daniel Seehofer, Prof. Dr. med. Peter Neuhaus in Heft 10/2014

„Recurrensparesen“ undifferenziert

Auch in diesem Artikel wird leider immer noch undifferenziert von „Recurrensparesen“ gesprochen. Hinter dieser „Diagnose“ verbergen sich mindestens neun verschiedene Formen von Kehlkopf-Lähmungen mit jeweils unterschiedlicher Therapie und Prognose, von der differenzialdiagnostisch, nicht-chirurgisch bedingten und non-neurogenen Fixation noch ganz abgesehen (1, 3). Während neurogene Läsionen unter Einschluss des N. recurrens (2) mit einem Stillstand der betroffenen Stimmlippe verbunden sind, gibt es zudem eine Lähmung des R. externus des N. laryngeus superior, bei der die Stimmlippen normal beweglich bleiben. Wohl aus diesem Grund dürfte diese Variante immer noch diagnostisch verkannt werden trotz postoperativ hochauffälliger Stimmpathologie (3). Die Kenntnis gerade dieser Variante ohne Recurrens-Beteiligung ist für die chirurgische Therapie von besonders hoher Bedeutung, weil sie nur bei Separation dieses Nervenastes vor der Ligatur der oberen Polgefäße vermieden werden kann und sollte, zumal nach eigenen Erfahrungen weder konservativ noch phonochirurgisch wesentliche Besserungen erzielbar sind.

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0435a

LITERATUR

1. Dralle H, Kruse E, Hamelmann WH et al.: Nicht jeder Stimmlippenstillstand nach Schilddrüsenoperation ist eine chirurgisch bedingte Recurrensparese. *Chirurg* 2004; 75: 810–22.
2. Kruse E, Olthoff A, Schiel R: Functional anatomy of the recurrent and superior laryngeal nerve. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 4–8.
3. Kruse E: Funktionale Laryngologie. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München, 2012.
4. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P: The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter—balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 171–8.

Prof. Dr. med. Eberhard Kruse
Univ.-Medizin Göttingen
eberhardkruse@web.de

Zurückhaltendes Operieren

Unvollständige Laborparameter, fehlende Schilddrüsen-szintigrafie und der Verzicht auf eine Feinnadelbiopsie sind aus praktischer Perspektive die Mängel bei der Indikationsstellung zur Operation von Schilddrüsenknoten. Diese individuelle ärztliche Erfahrung wird durch Daten der Krankenkassen belegt (1). Derzeit sind Patienten eher bereit die Operation der falschen Schilddrüse zu akzeptieren

als die Operation beider Schilddrüsenlappen bei einem Eingriff. Gutachter und Richter verurteilen dabei den schonend operierenden Arzt, der unwillentlich einen Zweiteingriff veranlasst hat. Die Angst vor Krebs bestimmt die Entscheidung über die totale Schilddrüsenentfernung – im Falle der Eingriffsverwechslung wie auch bei einer Vielzahl von Operationen des gutartigen Knotenkröpfes.

Die Konsequenzen müssen sein:

- Individuelle Aufklärung über Nutzen und Risiken der Operation von Schilddrüsenknoten
- Förderung der Beobachtung von Knoten in spezialisierten Einrichtungen
- Aufbereitung von Leistungsdaten in den Kassennäztlichen Vereinigungen zur qualitätsfördernden Beratung von Ärzten

Folgende Ziele sollten angestrebt werden:

- Vervollständigung der präoperativen Untersuchungen
- Verminderung der Eingriffszahl an Knotenkröpfen.
- Erhöhung des Anteiles der Dunhill-Operationen
- Aufmerksame Überwachung der Häufigkeit von Schilddrüsenmalignomen.

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0435b

LITERATUR

1. Wienold R, Scholz M, Adler JB: Versorgung bei Schilddrüsenknoten: Eine retrospektive Analyse von Krankenkassendaten. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 827–34.
2. Wüller M, Bauer R: Eingriffsverwechslung: die falsche Seite operiert. *Westfälisches Arzteblatt* 2014; 55–6.
3. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P: The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter—balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 171–8.

Dr. med. Martin P. Wedig
Herne, trunc@gmx.de

Es geht noch mutiger

Die Autoren plädieren dankenswerter Weise für einen Paradigmenwechsel in der Chirurgie gutartiger Schilddrüsenerkrankungen: weg von der totalen Thyreoidektomie (TT), hin zum Belassen von Restgewebe. Empfohlen wird die Dunhill-Operation als Kompromissverfahren. Man kann noch mutiger argumentieren. Als Verfahren der Wahl bietet sich, noch überzeugender, die befund- und funktionsgerechte Strumaresektion an. Alle Knoten werden entfernt und möglichst viel gesundes Restgewebe belassen.

Dies ist das komplikationsärmste Resektionsverfahren, auch unter Berücksichtigung möglicher Re-Eingriffe (1). Deren Inzidenz beträgt hierzulande etwa 3 % (2). Dabei erscheint es fraglich, ob bei allen diesen Patienten ein knotenfreier Rest im Ersteingriff belassen wurde. Verbliebene Knoten bilden eine Schlüsselrolle für eine spätere Rezidivstrumabildung. Auch das Risiko, ein okkultes Karzinom zu übersehen, dürfte bei dieser Operationstechnik minimal sein.

Darüber hinaus gibt es erste Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Restvolumen (3). Betrag der Schilddrüsenrest > 8 mL, traten postoperativ signifikant seltener Leistungsminderungen und depressive Zustände auf. Zur definitiven Klärung dieser Beobachtung wären allerdings umfangreichere klinische Studien erforderlich.

Den theoretischen Hintergrund könnte man leicht verstehen: Die TSH-Sekretion unterliegt auch einer pulsatilen Rhythmik. Diese ist ein wichtiges Regulativ für einen situativ angepassten Hormonbedarf und ist medikamentös nicht imitierbar. Je größer der Schilddrüsenrest, umso besser könnte dieser Regelkreis funktionieren. Auch unter diesem Aspekt scheint es wünschenswert, möglichst viel gesundes Schilddrüsengewebe zu belassen.

Zusammenfassend ergeben sich überzeugende Argumente für die befund- und funktionsgerechte Resektion. Die TT hat ihren Platz bei komplettem knotigem Organumbau. Für die Dunhill-Operation bieten sich der Morbus Basedow und die disseminierte Autonomie an. Die Schilddrüse ist demnach kein überflüssiges Organ, das man ohne Not komplett entfernen sollte.

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0435c

LITERATUR

1. Dralle H, Lorenz K, Machens A: State of the art: surgery for endemic goiter – a plea for individualizing the extent of resection instead of heading for routine total thyroidectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2011; 396: 1137–43.
2. Steinmüller T: Werden in Deutschland zu viele Schilddrüsenoperationen durchgeführt? In: Dralle H (ed.): *Schilddrüse 2009. Qualitätsstandards in der Schilddrüsenmedizin*. Berlin: Lehmanns Media 2010; 45–7.
3. Vaillant-Rieder D, Grubendorff M: Postoperative Befindlichkeit nach Strumektomie in Abhängigkeit von der Größe der belassenen Schilddrüsenreste. In: Reiners C., Weinheimer B. (eds.): *Jod und Schilddrüse. 13. Konferenz über die menschliche Schilddrüse*. Berlin: Walter de Gruyter 1998; 130–6.
4. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P: The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter—balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 171–8.

Prof. Dr. med. Peter K. Wagner
Rosenheim, chirurgie.rosenheim@ro-med.de

Schlusswort

Der chirurgische Kommentar von Herrn Professor Wagner zeigt, dass die Empfehlung zur generellen Thyreoidektomie bei beidseitiger Struma nodosa aus gutem Grunde nicht allgemein akzeptiert ist. Aus unserer Sicht ist eine differenzierte chirurgische Therapieplanung erforderlich. Hierbei kann natürlich auch, wie von Herrn Professor Wagner vorgeschlagen, eine beidseitige subtotale Resektion im individuellen Fall sinnvoll sein, zumal die bereits zitierte retrospektive Arbeit von Fikatas et al. zeigen konnte, dass nur 0,9 % der Patienten nach befundadaptierter beidseitiger Resektion ein klinisch relevantes Rezidiv im Langzeitverlauf entwickeln (1). Auch in den publizierten prospektiv-randomisierten Studien war die Rate der Zweitoperationen aufgrund von Rezidiven nach subtotaler Resektion mit nur 1,5 % sehr niedrig. In vielen Fällen mit beidseitiger Struma nodosa findet sich jedoch eine befunddominante Seite beziehungsweise ein dominanter

Knoten. In diesen Fällen ist aus unserer Sicht die Dunhill-Operation der beidseitigen subtotalen Resektion überlegen, insbesondere im Hinblick auf eine möglicherweise notwendige kurzfristige Re-Operation im Falle eines nachträglichen histologischen Karzinomnachweises. Im Gegensatz zur Thyreoidektomie war die Dunhill-OP in den von uns zitierten Studien nicht mit einer wesentlich höheren Komplikationsrate behaftet.

Der Kollege Wedig weist auf eine möglicherweise zu unkritische Indikationsstellung zur Operation hin. Diese Problematik wurde bereits kürzlich im Deutschen Ärzteblatt diskutiert (2). Wir stimmen mit Herrn Wedig überein, dass auch bei Verwendung weniger radikaler Verfahren als der Thyreoidektomie die Indikationsstellung zur Operation nicht ausgeweitet werden darf. Eine enge Kooperation zwischen behandelndem Endokrinologen und endokrinen Chirurgen ist hier unerlässlich. Dabei müssen auch neue Erkenntnisse, vor allem über die Prognose der differenzierten Schilddrüsenkarzinome, berücksichtigt werden.

Wir bitten um Nachsicht, dass wir nicht auf alle von Herrn Professor Kruse erwähnten Formen von Kehlkopflähmungen eingehen konnten. Selbstverständlich ist uns bewusst, dass nach Schilddrüsenoperationen verschiedene Kehlkopf-Pathologien auftreten können. Diesem Thema wurden beim diesjährigen Chirurgenkongress mehrere Vorträge gewidmet. Eine laryngostroboskopische Analyse von 761 Patienten aus dem Jahr 2009 zeigte insgesamt nach Strumachirurgie eine laryngeale Komplikationsrate von 42 %. Nur 6 % waren dabei auf eine chirurgisch bedingte Parese des Nervus laryngeus recurrens zurückzuführen (3). Da aber in fast allen publizierten Studien ausschließlich Recurrensparesen aufgeführt werden, konnten wir übergreifend nur die Recurrensparese für sinnvolle Vergleichsanalysen heranziehen.

Festzuhalten ist, dass bei der Wahl der Operationstechnik der beidseitigen benignen Knotenstruma ein breiterer Behandlungskorridor als die generelle Thyreoidektomie vorgehalten werden sollte, wobei hier befund- und patientenorientiert vorgegangen werden sollte.

DOI: 10.3238/arztebl.2014.0436

LITERATUR

1. Fikatas P, Lienenlücke RH, Koch B, Vorländer C, Wahl RA: Regeleingriff bei Knotenstruma. Für eine befundadaptierte (morphologiegerechte, funktionskritische und selektive) Operationsstrategie. In: Dralle H (ed.): *Schilddrüse 2009*. Berlin.: Lehmanns Media 2010: 89–91.
2. Wienhold R, Scholz M, Adler JB, Günster C, Paschke R: The management of thyroid nodules—a retrospective analysis of health insurance data. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110: 827–34.
3. Echternach M, Maurer C, Mencke T, Schilling M, Verse T, Richter B: Laryngeal complications after thyroidectomy. Is it always the surgeon? *Arch Surg* 2009; 144: 149–53.
4. Rayes N, Seehofer D, Neuhaus P: The surgical treatment of bilateral benign nodular goiter—balancing invasiveness with complications. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111: 171–8.

Prof. Dr. med. Nada Rayes, PD Dr. med. Daniel Seehofer,
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
Charité Campus Virchow, Berlin, nada.rayes@charite.de

Interessenkonflikt

Die Autoren aller Beiträge erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.