

Qualitätszirkel des Hausärztkreises Harburg und Süderelbe (HKHS)

Protokoll des QZ-Abends vom 24.01.19 im Krankenhaus Helios Mariahilf (19:30 - 21:50 Uhr)

anwesend: 14 Kolleginnen und Kollegen, als Gäste Alexandra Zahn und Mathias Knecht, Operateure der Abt. Endokrine Chirurgie der Schön-Klinik Eilbek; Moderation: Klaus Stelter, Protokoll: Erwin Ottahal

Im Fokus des Abends stand der **primäre Hyperparathyreoidismus** (pHPT). Frau Zahn fasste das Krankheitsbild zusammen und stellte Forschungsdaten u.a. aus dem endokrinochirurgischen Zentrum vor, Herr Knecht ging auf das Operative ein. Eine breite Diskussion schloss sich an.

Der pHPT ist häufigste Ursache für Hypercalcämie, dem oft asymptomatischen Kernsymptom der Erkrankung, welche mit einer Inzidenz von ca. 5:10.000 auftritt. Frauen sind dreimal häufiger betroffen als Männer. Ursache ist meist das solitäre autonome Adenom einer der Nebenschilddrüsen. Als Ursachen werden hauptsächlich ionisierende Strahlung oder/mit Genmutationen sowie chronischer Vitamin D-Mangel diskutiert.

Patienten klagen häufig über Schmerz in wechselnder Lokalisation v.a. des Bewegungsapparats, des Bauchs und des Kopfs sowie über ein buntes Symptombild: minderbelastbar, müde, antriebslos, träge, sentimental, bedrückt, reizbar, vergesslich oder übermäßig durstig.

Der Merksatz "Stein-, Bein- und Magenpein" ist heute noch nützlich, auch wenn die damit verbundenen Spätsymptome (Nierenkoliken, pathologische Frakturen, Obstipation und Gastritis) nicht mehr dominieren. Auch schwer einstellbare arterielle Hypertonie oder Herzinsuffizienz durch Myocard- und Herzklappenverkalkung können auf pHPT hinweisen.

Die Diagnose wird laborchemisch gestellt: der Mehrfachnachweis erhöhten oder auch hochnormalen Calciums in Verbindung mit hochnormalem oder erhöhtem Parathormon (intakt) genügt. Nur bei 40% des Pat. mit pHPT findet sich Hypercalcurie im 24h-SU, gelegentlich auch frühe Hinweise auf Niereninsuffizienz, deutlich häufiger Hypophosphatämie. Begleitender Vitamin D-Mangel kann den pHPT durch Erniedrigung des Serumcalciums maskieren.

Der pHPT ist nur durch OP heilbar. Indikationen sind Osteoporose, rezidivierende Urolithiasis, Hypercalcämie >1mg/dl über der oberen Norm, Hypercalcurie >10mmol im 24h-SU und Alter <50 Jahre. Ältere werden zurückhaltender operiert, Asymptomatische nicht. Hier sind Labor-Kontrollen ausreichend. Die Ambulanz für endokrine Chirurgie der Schön-Klinik übernimmt Patienten zur etwaigen präoperativen Diagnostik gern (s.u.).

Für die OP-Planung hat die Sonografie des Halses herausragende Bedeutung. Mit ihrer Hilfe und der bedarfsweise durchgeführten "MIBI"(Technetium)-Szintigrafie lassen sich auch ektope Lokalisationen der Nebenschilddrüsenadenome zu 90% detektieren. Nur vereinzelt ist noch ein Dünnschicht-CT nötig. Wegen der kurzen HWZ von Parathormon lässt sich der OP-Erfolg noch intraoperativ durch wiederholte Messung sichern. In nur <5% der Fälle muss eine Zweit-OP wegen polytopen pHPTs erfolgen. Das OP-Risiko für eine beidseitige Läsion des N. lar. recurrens kann durch intraoperative NLG und ggf. zweizeitigen Eingriff sicher vermieden werden.

Der Nutzen der OP, die Symptombeseitigung, tritt schlagartig und nicht selten dramatisch auf. Langfristig sind Normalisierung der Knochendichte und Senkung des Frakturrisikos erwartbar.

Postoperativ sind lebenslang 2x jährliche Kontrollen des Parathormons sowie des Serumcalciums und ggf. Calcium-Supplementation erforderlich.

Ist die Operation nicht möglich oder wird diese nicht gewünscht, können bei stark erhöhtem Calcium die Überproduktion von Parathormon durch Cinacalcet **MIMPARA** (teuer!) und weitere Knochenresorption durch Bisphosphonate gehemmt werden.

Kontakt: Schön-Klinik Eilbek, Endokrine Chirurgie Sekretariat: 2092 - 7101
oder azahn@schoen-klinik.de bzw. mknecht@schoen-klinik.de