

Hausärztlicher Qualitätszirkel Harburg

Protokoll der Sitzung vom 23.03.2017

Teilnehmer gemäß Anwesenheitsliste, Protokoll: I. Moll

Klaus Stelter referiert zum Thema: **Schilddrüsenknoten**

Die Knotenprävalenz in Deutschland liegt im Mittel bei 25%, bei älteren Patienten sogar bei 75%.

Das Malignitätsrisiko beträgt unter 1%, d.h. ein **Screening** bei älteren, symptomlosen Patienten ist sinnlos! Die gesamte Krebstodesrate in Deutschland pro Jahr beträgt 220.000 Personen, davon versterben 750 an SD-Ca, also ein sehr geringer Prozentsatz. Ein erhöhtes Risiko für **Malignität** besteht bei: Z.n. Halsbestrahlung, Fam. gehäuft auftretendes medulläres SD-Ca, neu aufgetretene anhaltende Heiserkeit, derbe LK im Halsbereich.

In Deutschland finden aber 100.000 **OP's** jährlich statt! Das sind 5x so viel wie in anderen vergleichbaren Ländern. 50% sind partielle, 40% radikale OP's, An Komplikationen treten in 1% Recurrensparesen auf- das sind also 1 000 proJahr! In 0,5 bis zu 6% entsteht ein permanenter Hypoparathyreoidismus und nach subtotaler OP kommt es in 10% zu Rezidiv-Strumen!

OP-Gründe sind sehr große Strumen, autonome Adenome, NPL (durch Punktion entdeckt) und nicht zuletzt der Patientenwunsch: aus kosmetischen Gründen, aus Krebsangst bei Knotenbildung....

Eine **Punktion** von Zysten dient nur der akuten Entlastung. Vor einer Knotenpunktion sollte immer eine Szintigraphie erfolgen, um nicht in ein autonomes Adenom zu stechen! Eine Punktion in kalte Knoten erhöht nicht die Metastasierungsgefahr. Malignitätshinweise in der **Sonographie**: Mikrokalzifikationen, unregelmäßige Begrenzung von Knoten, Knotentiefe größer als Knotenbreite, Organüberschreitung, Vergrößerung von umgebenden Lymphknoten.

Frau Dr.Brumme referiert zum Thema: **Gesichtsbasaliome**

Frau Dr.Brumme ist niedergelassene Gesichts- und Hautchirurgin in Neumühlen 3 und hat sich auf die ambulante Operation von Gesichtstumoren spezialisiert.

(Tel: 040-333 100 40, Fax 040-333 100 41, www.mit-sicherer-Hand.de).

Alle Operationen werden in Lokalanästhesie durchgeführt, was besonders für multimorbide Patienten sehr vorteilhaft ist. Eine OP ist auch unter Antikoagulation möglich, wenn der INR unter 2,5 liegt.

Der Hauptschwerpunkt liegt auf **Basaliom-OP's**. Die jährliche Neuerkrankungsrate in Deutschland liegt bei 200.000- vielleicht doch eher 500.000(?).

Erkrankungsverdopplungsrate: 1 Dekade! Es kommt fast nie zu einer Metastasierung, aber zu einem gefürchteten Wachstum in die Tiefe. Bei ausschließlich superfiziell wachsenden Tumoren ist evtl. eine topische Therapie ausreichend. Schwierig zu diagnostizieren sind sklerodermiforme Basaliome.

80% der Basaliome treten im Kopf-Hals-Bereich auf. 12% der Patienten haben mehrere Basaliome oder zusätzlich andere Hautmalignome. Das Durchschnitts-Erkrankungsalter liegt bei 60 Jahren. Unter Immunsuppression ist das Erkrankungs-Risiko erhöht.

Abzugrenzen sind die **Plattenepithelkarzinome** .40.000 Personen erkranken jährl. in Deutschland. Vorstufen sind aktinische Keratosen .Sie erscheinen häufig erythematös, schuppig, krustig. Die Metastasierungsrate liegt bei 5-10%. Besonders aggressiv ist das Keratoakanthom. Die OP findet mit einem Sicherheitsabstand von 3 mm statt und meistens einzeitig. An Ohr und Nase ist die OP besonders schwierig.

Schlupflider können bei Gesichtsfeldeinschränkung evtl auf Kassenkosten von ihr operiert werden.

Marianne Wienert referiert von der Fortbildungsveranstaltung „Internisten-Update 2016“ zu den Themen Diabetologie und Endokrinologie.

1.) Diabetologie

Die kontinuierliche Blutglukosemessung ist für ICT-Behandlung jetzt Kassenleistung geworden. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere Hypoglykämien dadurch verringert werden konnten.

Lifestyle-Änderungen wirken sich günstig auf das kardiovask. Risiko aus. Diese Aussage wird vor dem Hintergrund anderslautender Studienergebnisse heftig diskutiert.

Die Wirkprinzipien der einzelnen OAD-Gruppen werden rekapituliert. Für SGLT-2 –Hemmer (Empagliflozin) und GLP-1-Agonisten (Liraglutid) liegen jetzt positive Studienergebnisse insbesondere bzgl. kardiovask. Erkrankungen vor, so dass eine Veränderung der Leitlinien zugunsten dieser Substanzen mit Einsatz zu einem frühen Zeitpunkt nach Metformin erwartet wird. Auch hier mahnen kritische Stimmen zur Zurückhaltung, da die Studienqualität nicht unumstritten ist.

2.) Endokrinologie

a) Nebenniereninzidentalom:

Häufigkeit: 3% zwischen 50-80 L.J., 10% > 80. L.J.

80% hormoninaktiv und benigne. Malignitätsrisiko 2%, wenn < 4 cm und 25%, wenn > 6cm.

Kriterien für Benignität im Nativ-CT: < 4 cm, \leq 10 HU (Hounsfield-units, Dichte), homogene Struktur.

Hormonaktivität: CushingAg (Dexametason-Hemmtest, Phäochromozytom (Plasma-Metanephrine), Conn-Syndrom (Aldosteron/Renin-Quotient [nur bei Hypertonie oder unkl. Hypokaliämie]). Bei Exzess von DHEA/ Sexualhormonen: Malignitätsverdacht.

b) Primärer Hyperaldosteronismus (Conn-Syndrom)

Häufigste Ursache der sek. Hypertonie (4-12% der Hypertoniker). Nur 9-37% weisen Hypokaliämie auf. Bei rechtzeitiger Diagnose in 50% heilbar. Sonst schlechtere Prognose als essentielle Hypertonie. Verdächtig:

Kontrollierte Hypertonie unter \geq 4 Antihypertensiva; Hypertonie, RR-Werte > 140/90 mmHg unter 3 Antihypertensiva; Hypertonie und Hypokaliämie; Hypertonie und Nebennierenraumforderung; Hypertonie in Kombination mit Schlafapnoesyndrom; Hypertonie mit positiver Familienanamnese für Komplikationen (Apoplex) vor dem 40. Lebensjahr; Hypertonie bei erstgradigen Verwandten mit bekanntem primärem Hyperaldosteronismus.

Diagnostik: (Plasma)-Aldosteron / (Serum-)Renin-Quotient (Morgens, mind. 2h nach dem Aufstehen; vor Blutentnahme Sitzen für 5 - 15 min; 4 Wochen Pause von Spironolacton, Epleronon, Drosipiron; wenn möglich 1 Woche Pause von Betablockern und alpha-2 Agonisten; bei Unklarheiten in Erstuntersuchung: Umstellung auf „neutrale“ Medikamente: Verapamil, Dihydralazin, alpha-1-Blocker).

c) Primäre Nebenniereninsuff.

Daran denken bei „kranken“ Patienten mit einem oder mehreren (nicht anders erklärten) Symptomen: Dehydratation und Hypotonie (v.a. Orthostase); Hyponatriämie und / oder Hyperkaliämie; Gewichtsverlust / Anorexie; Fieber; abdominelle Schmerzen; Hyperpigmentierung (v.a. auch an nicht sonnenexponierten Arealen); Hypoglykämie.

Diagnostik: ACTH-Test (Cortisol 0 und 60 min nach ACTH).

d) Schilddrüse

TSH und FT4 haben eine Tagesrhythmik und sollten immer zur gleichen Tageszeit bestimmt werden.

Latente Hypothyreose im Alter >65 J. ist prognostisch günstig, mäßig erhöhte TSH-Werte bedürfen meist keiner Therapie. Unter Substitution reicht TSH-Bestimmung als Verlaufsparemeter.

Sonogr. Risikohinweise für SD-Malignom: Knoten >2 cm, Kalkeinlagerung, Echoarmut, unscharfe Begrenzung, LK in der Umgebung.