

Operative Behandlung der Struma

Indikationen

- Malignitätsverdacht
- Thyreoidale Autonomie
- Morbus Basedow (bei fehlender Indikation zur Radiojodtherapie, nach Erreichen einer euthyreoten Stoffwechsellage unter thyreostatischer Therapie)
- Mechanische Komplikationen
- Kosmetische Indikation

Notwendige Untersuchungen

- ✓ Anamnese und klinischer Untersuchungsbefund
- ✓ Sonographie des Halses
- ✓ Schilddrüsenfunktionsdiagnostik (fT3, fT4, TSH)
- ✓ Szintigraphie (bei Verdacht auf Autonomie)
- ✓ Stimmbandfunktionsdiagnostik
- ✓ Serumkalzium
- ✓ Kalzitonin

Im Einzelfall angezeigte Untersuchungen

- ✓ Feinnadel-Aspirationszytologie (bei klinisch und/oder sonographisch malignomverdächtigen Schilddrüsenknoten > 1 cm sowie bei schnell wachsenden Veränderungen der Schilddrüse)
- ✓ Schilddrüsenautoantikörper (bei Verdacht auf Immunthyreopathie)
- ✓ Röntgen - Thorax (ab dem 45. Lebensjahr)
- ✓ MRT bei mediastinaler bzw. dystroper Struma
- ✓ Bei Patienten mit Herzschrittmacher: CT ohne Kontrastmittel
- ✓ EKG ab dem 45. Lebensjahr oder bei kardialer Symptomatik

Operativer Eingriff

- Es erfolgt eine morphologie- und funktionsgerechte Resektion unter ästhetischen Gesichtspunkten
- Intraoperativ werden beide Stimmbandnerven identifiziert („Sichtschonung“), ggf. erfolgt auch ein intraoperatives Neuromonitoring der Stimmbandnerven
- Auf beiden Seiten wird mindestens jeweils ein Epithelkörperchen dargestellt
- Bei szintigraphisch kaltem Knoten oder palpatorischem Tumorverdacht erfolgt eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung.

Euthyreote Knotenstruma

Ziel der operativen Behandlung ist die vollständige Beseitigung aller knotigen Veränderungen und das Belassen normalen Schilddrüsengewebes.

Daraus ergeben sich unterschiedliche Resektionsverfahren:

- Selektive Resektion (Entfernung eines solitären Knotens oder Zyste mit einem Saum gesunden Gewebes, sofern keine Struma vorliegt)
- Subtotale Schilddrüsenresektion ein- oder beidseits
- „Near total“- Resektion beidseits
- Hemithyreoidektomie und subtotale Resektion der Gegenseite (Dunhill - Operation)
- Thyreoidektomie

Hyperthyreose

Die präoperative Diagnostik hat zwischen der

- **Schilddrüsenautonomie (solitärer Knoten, multiple Knoten, disseminierte Autonomie) und**
- **der Immunthyreopathie (M. Basedow) zu unterscheiden**

Bei Schilddrüsenautonomie kommt eine Radiojodtherapie oder eine Operation in Frage. Bei Vorliegen einer Struma oder bei Kombination autonomer Areale mit kalten Knoten ist die Resektion sämtlicher Knoten indiziert. Bei einer disseminierten Autonomie erfolgt die Near total - Resektion.

Eine autonome Rezidivstruma mit Hyperthyreose sollte primär mit Radiojod behandelt werden, sofern nicht lokale Verdrängung oder der Malignitätsverdacht ein operatives Vorgehen begründen.

Bei Morbus Basedow erfolgt die Operationsindikation bei unzureichendem Therapieerfolg der primär antithyreoidalen Behandlung. Vorteile der Operation sind neben dem schnellen Wirkungseintritt die sichere und dauerhafte Beseitigung der Überfunktion. Als Nachteil der Operation sind Recurrensparese und Hypokalzämie zu bedenken. Durch die Operation sollte die hyperthyreote Stoffwechsellage beseitigt werden, so daß allenfalls ein Schilddrüsenrest von insgesamt 5 - 6 ml verbleiben soll. Eine resultierende Hypothyreose ist leichter zu therapieren als eine fortbestehende Hyperthyreose.

Weitere Schilddrüsenerkrankungen

Die subakute Thyreoiditis de Quervain kann spontan ausheilen und stellt nur selten eine Operationsindikation dar. Bei rezidivierenden Schüben erfolgt eine ausgedehnte Near total - Resektion.

Bei der Immunthyreoiditis Hashimoto erfolgt die Operation entsprechend dem Vorgehen bei benignen Knotenstruma.

Bei der chronisch-fibrosierenden Thyreoiditis Riedel ist eine möglichst ausgedehnte Entfernung anzustreben.