Univ.-Prof. Dr. Alois Gessl

**Schilddrüsenknoten – Häufigkeit, Bedeutung und Risiken**

Die Schilddrüse besteht beim Menschen aus zwei Lappen, die seitlich der Luftröhre angelagert und über eine schmale Brücke verbunden sind. Sie ist die größte Hormondrüse des Menschen und wiegt beim Erwachsenen durchschnittlich 18-60 g. Die Hormone der Schilddrüse entfalten weit gestreute Wirkungen im Herz- Kreislaufbereich, sind an der Regulation des Zucker-, Fett- und Bindegewebsstoffwechsels beteiligt, aber - zum Beispiel - auch an der Aktivität der Darmmotorik. Schilddrüsenhormone steigern wesentlich den allgemeinen Energieverbrauch und Grundumsatz des Menschen wie auch die Erregbarkeit von Nervenzellen.

Unterschiedlichste Ursachen können entweder die Funktion oder die Größe und Struktur der Schilddrüse betreffen. Gehen die Störungen mit einer Über- oder Unterfunktion des Organs einher, können sie entsprechend der Vielfalt der Funktionen die Patienten merklich in ihrem Alltag beeinträchtigen. Strukturveränderungen, wie Vergrößerungen der Schilddrüse mit und ohne Knotenbildung machen sich vor allem durch Schluckstörungen, Atemnot, Druckgefühl oder psychisch beeinträchtigende kosmetische Veränderung bemerkbar.

**Bei jedem Dritten ist die Schilddrüse vergrößert**

Wie häufig sind nun Vergrößerungen und Knotenbildungen der Schilddrüse? In Deutschland wurde unter Mitwirkung vieler Arbeits- und Betriebsmediziner ein breites Ultraschall-Screening auf Schilddrüsenvergrößerungen - knotig, diffus oder beides - durchgeführt. 96.278 Angestellte aus 214 Unternehmen (im Alter von 18 bis 65 Jahren) wurden in diese Untersuchung eingeschlossen. Abnorme Vergrößerungen wurden bei 31%, also ungefähr einem Drittel dieser Population berufstätiger Erwachsener gefunden. Die Prävalenz dieser Befunde stieg mit dem Alter an, erreichte ihren höchsten Wert um das Alter von 45 Jahren und blieb dann auf diesem Plateau. Allerdings lag der Wert für Personen unter 25 Jahren auch schon bei etwa 10%. Frauen und Männer waren in dieser Kohorte im gleichen Maß betroffen.

**Knoten nur selten bösartig**

Was aber ist das weitere Schicksal erstmals entdeckter Knoten? Wie verändern sie sich in Bezug auf Größe und Zahl, können sie sich zurückbilden, werden sie zu gefährlichen Krebsherden? Zu diesen Fragen liegt nun eine gut konzeptionierte und prominente Studie aus Italien vor. 992 Patienten, bei denen jeweils bis zu vier Knoten festgestellt worden waren, wurden fünf Jahre lang regelmäßig mit Ultraschall nachuntersucht. Die meisten dieser Knoten (75,8%) zeigten über die Jahre hinweg eine konstante Größe, 11,1% wurden größer, wobei das Wachstum schon nach einem Jahr festgestellt werden konnte und dann langsam und stetig verlief. Nur 13,1% der Knoten wurden spontan kleiner: es ist also eher wenig wahrscheinlich, dass sich Knoten in der Schilddrüse von selbst zurückziehen. Besonders wichtig: von all den 1567 Knoten dieser Population fanden sich in nur fünf (0,3%) zytologische Hinweise auf eine bösartige Erkrankung.

**Alle diagnostischen Möglichkeiten vor einer Operation ausschöpfen!**

So gesehen, erscheint es daher wirklich sinnvoll, speziell vor dem Hintergrund folgender Daten, vor einer Operation alle diagnostischen Möglichkeiten auszuschöpfen.

In Österreich werden laut Statistik jährlich 10.000 Schilddrüsen-Operationen durchgeführt, das bedeutet eine Operation auf 800 Einwohner. Die Zahl der neu diagnostizierten (Inzidenz) Schilddrüsenkarzinome beträgt ungefähr ebenfalls 800, das heißt 9,5 pro 100.000 Einwohner. Die histologische Auswertung der Operationspräparate ergibt ein Verhältnis von 15:1 für gutartige zu bösartigen Befunden. Ähnlich liegen die Verhältnisse auch in Deutschland. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Endokrinologen als zuständige Fachärzte nun klare Vorgaben für eine Operationsindikation einfordern.

Was sind denn die häufigsten Indikationen für eine chirurgische Behandlung, wann wird operiert? In erster Linie sind es die sogenannten „suspekten“ Knoten, die als „kalte" Knoten in der Szintigraphie oder als verdächtige Knoten im Ultraschall auffallen, und den Patienten zum Chirurgen führen - leider oftmals ohne vorherige dezidierte Abklärung mittels einer Feinnadelpunktion. In zweiter Linie werden Patienten operiert, deren Knoten lokale Symptome verursachen. Die dritte Möglichkeit liegt in Zystenbildungen, die - ob symptomatisch oder nicht, häufig ebenso entfernt werden wie beim letzten Szenario von „Knotenstrumen“ (vergrößerte Schilddrüsen mit zumeist mehreren Knotenbildungen). Bei all diesen Veränderungen wird die Indikation zur Entfernung des betroffenen Schilddrüsenlappens (Lobektomie) oder des ganzen Organs (totale Thyreoidektomie) gestellt. Irgendwie spielt da der Gedanke, dass damit die Angelegenheit ein für alle Mal erledigt wäre und weitere Nachuntersuchungen und Komplikationen vermieden sein sollten, eine große Rolle. Aber ist das wirklich so?

**Schilddrüsenoperation hat potenziell Nebenwirkungen und Folgen**

Die Liste der möglichen Nebenwirkungen und Folgen eines operativen Eingriffs ist lang, und je nach Verlauf der Operation und Persönlichkeit der Betroffenen stehen unterschiedliche Störungen im Vordergrund. Da kann es zum einen zu Nachblutungen, Stimmveränderungen oder postoperativem Hypoparathyreoidismus (Kalziumregulationsstörungen) kommen, zum anderen steht eine mehr oder weniger störende Narbe am Hals als Langzeitfolge bevor. Stationärer Aufenthalt und nachfolgender Krankenstand bedeuten für viele Menschen (Selbständige, Alleinerziehende) ein gewichtiges, oft schwer zu lösendes Problem. Alter und Komorbiditäten können die erforderliche Vollnarkose erschweren oder unmöglich machen, und nicht zuletzt bedeutet die Entfernung der hormonproduzierenden Drüse die Notwendigkeit einer lebenslangen Ersatztherapie mit den dazugehörigen Untersuchungen und Kontrollen.

Vor kurzem erst wurden zu diesem Thema (Komplikationen und Nebenwirkungen) die Ergebnisse einer großen Untersuchung vorgelegt. Die Daten von 62.722 Operationen (Lobektomien sowie totale Thyreoidektomien) wurden von einer amerikanischen Forschergruppe untersucht. Die meisten Totalresektionen, nämlich 57,9%, wurden aufgrund gutartiger Veränderungen durchgeführt. Die Zahl der postoperativen Komplikationen betrug insgesamt 16,4% (20,4% für die vollständige Entfernung der Schilddrüse und 10,8% für die Entfernung eines Lappens). Die Erfahrung des Chirurgen reduzierte zwar das Risiko, doch auch hochroutinierte Operateure mit mehr als 99 Thyreoidektomien im Jahr konnten Komplikationsraten von 14,5% bzw. 7,6% nicht verhindern.

Neue diagnostische und therapeutische Methoden erlauben nun eine individuellere Vorgehensweise gegenüber früher, als hauptsächlich Operation und in manchen Fällen eine Radiojodtherapie zur Verfügung standen.

**Referenzen**

Reiners C. et al. Prevalence of Thyroid Disorders in the Working Population of Germany. Thyroid 2004;14(11): 926-932

Durante C. et al. The Natural History of Benign Thyroid Nodules. JAMA 2015;313(9): 926-935

Yassa L. et al. Long-term assessment of a multidisciplinary approach to thyroid nodule diagnostic evaluation. Cancer 2007;111(6): 508-516

Hauch A. et al. Total Thyroidectomy is Associated with Incresed Risk of Complications for Low- and High-Volume Surgeons. Annals of Surgical Oncology 2014;21(12): 3844-52

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

***Univ. Prof. Dr. Alois Wilfried Gessl***

*Universitätsklinik für Innere Medizin III, Spezialambulanz für Schilddrüsenerkrankungen und Endokrine Erkrankungen*

*Währinger Gürtel 18-20*

*1090  Wien*

*Tel.: +43 1 40400-60950*