

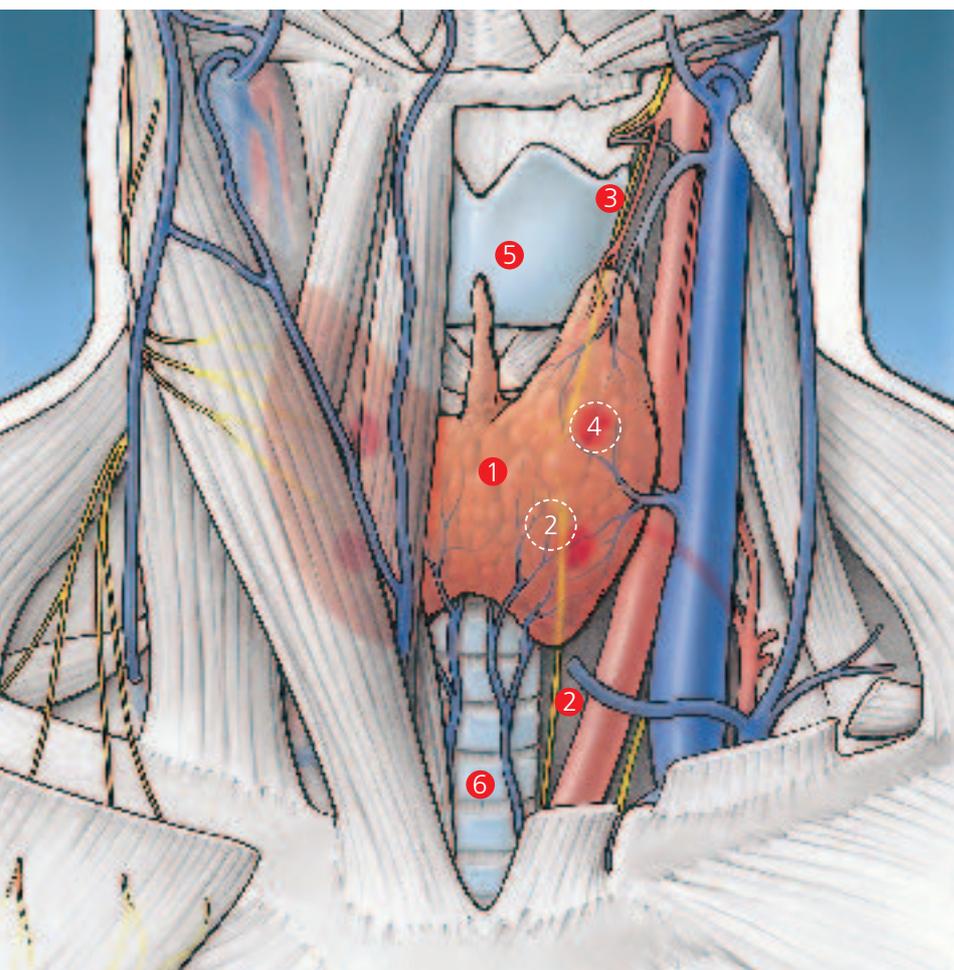
VOM KROPF UND SEINER BEHANDLUNG IM WANDEL DER ZEIT

Von **Dr. med. Christian Roth, FMH**
Facharzt FMH für Chirurgie

Am Anfang des letzten Jahrhunderts galt ein Kropf, d.h. eine Vergrösserung der Schilddrüse, in vielen Regionen als etwas Normales. 1512 malte Michelangelo in der sixtinischen Kapelle sogar Gott mit einem kleinen Kropf.

Auch in der Schweiz waren Kröpfe weit verbreitet: Zu Beginn des 19. Jahrhunderts dürften gebietsweise bis zu 50% aller 15-Jährigen und bis zu 80% der Erwachsenen einen gut sichtbaren Kropf aufgewiesen haben. Erst Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Jodmangel als Hauptursache erkannt. Dies bewog 1922 Appenzell Ausserrhoden, als erster Kanton die Jodbeifügung zum Kochsalz gesetzlich vorzuschreiben. Diesem vorbildlichen Beispiel folgten die übrigen Schweizer Kantone. Die Zahl der grossen Kröpfe hat sich seither äusserst stark verringert.

- 1 Schilddrüse
- 2 Nervus recurrens = Stimmbandnerv
- 3 Nervus laryngeus superior (für die Stimme ebenfalls wichtiger Nerv)
- 4 Nebenschilddrüse/n
- 5 Kehlkopf
- 6 Luftröhre



Kleine Knoten und homogene Vergrösserungen

Die Schilddrüse ist eine Hormondrüse, die – wie ein Schmetterling geformt – unterhalb des Kehlkopfes vor der Luftröhre liegt. Sie wiegt im Durchschnitt etwa 18 Gramm bei der Frau und circa 25 Gramm beim Mann und produziert das Schilddrüsenhormon, welches für die Steuerung des Stoffwechsels von grosser Bedeutung ist.

Ein Kropf kann sowohl homogen als auch knotig strukturiert sein. Häufig verursacht er keine oder nur geringe Beschwerden.

Auch heute finden sich noch bei knapp der Hälfte aller über 60-jährigen Personen kleine Schilddrüsenknoten. Erfahrungsgemäss sind nur Knoten, welche grösser als 1,5 cm sind, klinisch von Bedeutung und demzufolge abklärungsbedürftig. Normalerweise lassen sie sich in der Schilddrüse auch etwa ab dieser Grösse ertasten. Von 20 so gefundenen Knoten ist durchschnittlich einer bösartig. Eine Ultraschall-Vorsorgeuntersuchung, mit dem Ziel, viel kleinere Schilddrüsenknoten zu finden, ist also in der Regel nicht sinnvoll.

Diagnose und Therapie mittels Bluttest, Ultraschall und Punktion

Ein Kropf kann mit einer normalen Schilddrüsenfunktion einhergehen, ist aber häufig mit einer Hormon-Über- oder -Unterfunktion verbunden. Deshalb wird bei jedem Kropfpatienten zuerst mit einer einfachen Blutuntersuchung die Funktion der Schilddrüse abgeklärt. Meistens wird anschliessend mit einer Ultraschalluntersuchung ermittelt, ob es sich um einen rein homogen aufgebauten Kropf handelt oder ob sich Knoten finden, die bösartig sein könnten. Auftretende Knoten werden mit einer feinen Nadel punktiert, um Zellen für die mikroskopische Untersuchung zu gewinnen. Der Pathologe kann bezüglich Bösartigkeit in knapp 80% aller Zellentnahmen eine verbindliche Aussage machen.

Die allermeisten Knoten müssen nicht therapiert werden und bedürfen lediglich der weiteren klinischen Kontrolle. Wo eine Therapie angebracht ist, wird heute vorwiegend medikamentös oder mit radioaktivem Jod behandelt. Nur ein kleiner Prozentsatz aller Kröpfe muss operiert werden. Zu den Hauptgründen für eine Schilddrüsenoperation zählen heute:

- ein bösartiger Knoten (Schilddrüsenkarzinom)
- der Verdacht auf ein Schilddrüsenkarzinom, basierend auf der Zellentnahme
- der medikamentös nicht beherrschbare Morbus Basedow (Autoimmunerkrankung mit Schilddrüsenüberfunktion, führt oftmals zu hervorquellenden Augen)
- das grosse toxische Adenom bei jungen Patienten (Schilddrüsenüberfunktion wegen eines gutartigen, Hormon produzierenden Tumors)
- der gewöhnliche Kropf mit Kompressionssymptomatik (Einengung der Luft- und Speiseröhre mit Engegefühl, Atemnot, Schluckstörungen)

Schilddrüsenoperation – ein risikoarmer Eingriff

Bis ins 19. Jahrhundert wurde die Operation wegen tödlichen Ausgangs in über 40% der Fälle als sehr risikoreich beurteilt. 1848 kommentierte der Arzt Samuel Gross, dass sich kein verantwortungsbewusster Chirurg an die Schilddrüse wagen sollte!

Theodor Kocher, der an der Universität Bern lehrte, sorgte von 1870 an dafür, dass sich die Schilddrüsenchirurgie zu einem risikoarmen Eingriff wandelte.

Die heute geltenden Operationsindikationen verlangen in der Regel die totale Entfernung einer Schilddrüsenhälfte oder sogar der gesamten Schilddrüse. Diese Eingriffe stellen hohe Anforderungen an den Operateur, sind für den Patienten aber kaum belastend. In der Regel verlässt dieser die Klinik schon drei bis vier Tage nach der Operation.

Ein wichtiger Operationsschritt ist die sichere Identifikation der ca. 1 mm dicken, an der Unterseite der Schilddrüse haftenden Stimmbandnerven, damit diese während der Operation geschont werden können. Heute wird dieser Schritt durch das so genannte Recurrensmonitoring erleichtert: Der Nerv wird mit einem sehr schwachen Stromreiz stimuliert, die dadurch verursachte Stimmbandtätigkeit registriert. Damit lässt sich der Stimmbandnerv sicher identifizieren und leichter schonen. In geübten Händen ermöglicht diese Technik eine Reduktion von definitiven Stimmbandlähmungen, welche sich als Heiserkeit manifestieren, auf weniger als 2% aller operierten Patienten. Eine vorübergehende Stimmbandschwäche ist allerdings deutlich häufiger.

Ein zweiter heikler Operationsschritt ist die Identifikation und Schonung der Nebenschilddrüsen, die meistens eng mit der Schilddrüse verwachsen sind. Weil die Durchblutung der winzigen Nebenschilddrüsen bei ihrer Ablösung gestört wird, kommt es nach der totalen Schilddrüsenentfernung manchmal zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Kalziumstoffwechsels. Dies kann jedoch medikamentös gut korrigiert werden, auch in den 3–5% der Fälle, bei denen sich die normale Durchblutung nicht mehr einstellt.

Nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse muss das Schilddrüsenhormon medikamentös ersetzt werden, was allerdings einfach ist.

Das sehr geringe Risiko wenig handicapierender Komplikationen darf als akzeptabel bezeichnet werden, werden doch mit der radikalen Schilddrüsenchirurgie die allermeisten Schilddrüsenkarzinome geheilt, die Verschlimmerung der Augenprobleme beim Morbus Basedow definitiv gestoppt und sowohl die Schilddrüsenüberfunktion als auch die Kompressionssymptome für immer behoben.



Drei Monate nach Entfernung der ganzen Schilddrüse wegen eines bösartigen Tumors. Die Narbe «arbeitet» noch und ist deshalb noch stellenweise rot. Schon jetzt ist das kosmetische Resultat auch für eine junge Dame akzeptabel.

Dr. med. Christian Roth
Facharzt FMH für Chirurgie,
spez. Thorax- und Gefässchirurgie,
Schilddrüsenchirurgie

Eisengasse 2
Seefeldstrasse 55
CH-8008 Zürich
T 043 300 11 33
F 044 252 33 40
ch.roth@hin.ch
www.hirslanden.ch