

# Indikation und Verfahrenswahl in der Nebennieren-Chirurgie

## 1 Anmerkungen aus internistischer Sicht

In dem gelungenen Artikel zur Nebennierenchirurgie sind aus internistischer Sicht bezüglich des primären Aldosteronismus einige Anmerkungen zur Vervollständigung zu machen. Es sollte immer von „primärem Aldosteronismus“ gesprochen werden, da dieser das Aldosteron produzierende Adenom (Conn-Syndrom) und die idiopathische beidseitige Hyperplasie in einem Begriff subsummiert.

Das Leitsymptom des primären Aldosteronismus ist nicht die Hypertonie, sondern die hypokaliämische Hypertonie.

Der primäre Aldosteronismus ist definiert durch erhöhte Aldosteronwerte im Serum (beziehungsweise Urin), die Hypokaliämie und das supprimierte Renin (DD zum sekundären Hyperaldosteronismus). Es sollte deshalb obligat ein Stimulationstest mit zum Beispiel Furosemid zur Sicherung des supprimierten Renins durchgeführt werden.

Wie von den Autoren vermerkt, sind die Prozesse des primären Aldosteronismus sowohl beim Adenom als auch bei der Hyperplasie zum Teil sehr klein (kleiner als 1 cm im Durchmesser). Bei den nicht seltenen Mikroprozessen (Mikroadenome, die nur 1 bis 2 mm groß sind) versagt auch das CT. Hier kann diagnostisch auf die seitentrennte Nebennierenvenenabnahme von Aldosteron (und Cortisol!) nicht verzichtet werden.

Weiterhin ergibt der alleinige Nachweis eines einseitigen nodulären Prozesses noch keinen Hinweis für ein operationswürdiges Adenom: Es könnte sich beispielsweise um einen Makronodulus im Rahmen einer ansonsten mikro-nodu-

Zu dem Beitrag von  
Prof. med. Dietmar Simon,  
PD Dr. med.  
Peter E. Goretzki,  
Prof. Dr. med.  
Hans Dietrich Röher  
in Heft 3/1994

lären Hyperplasie handeln. Es sind demnach in jedem Fall Funktionsteste zur Differenzierung zwischen Adenom und Hyperplasie notwendig. Eigene Erfahrungen haben hier mit dem NaCl-Suppressionstest (Vergleich der Aldosteronexkretionsrate im Urin vor und nach Suppression) beste Resultate erbracht.

Bezüglich der Indikationsstellung zur Operation bei primärem Aldosteronismus ist anzumerken, daß die beidseitige Hyperplasie in keinem Fall eine Operationsindikation darstellt, da postoperativ keine Besserung der Hypokaliämischen Hypertonie auch bei subtotaler Adrenalektomie zu erwarten ist. Literaturhinweise haben sogar gezeigt, daß bei totaler Adrenalektomie im Rahmen der Hyperplasie keine Besserung des klinischen Krankheitsbildes verzeichnet wurden. Die Hyperplasie ist offenbar ätiologisch und pathophysiologisch anders einzuordnen als das Adenom.

Mit Hinsicht auf das perioperative Management ist darauf hinzuweisen, daß mindestens 14 Tage vor geplanter operativer Entfernung eines aldosteron-produzierenden Adenoms die Therapie mit Spironolacton abgesetzt werden muß: Postoperativ stellt sich obligat ein ausgeprägter Hypoaldosteronismus ein (supprimierte kontralaterale Produktion des Aldosterons), der

hyperkaliämische Werte induzieren kann. Die Halbwertszeit des Spironolacton beträgt etwa 14 Tage. Sollten zusätzlich postoperativ wirksame Spironolactone-Spiegel wirksam sein, so können gefährliche Hyperkaliämien auftreten.

Prof. Dr. med. Helmut Witzgall  
Internist – Kardiologe –  
Nephrologe  
Luitpoldstraße 36  
Postfach 28 60 · 96052 Bamberg

## 2 Gefäßdarstellungen fehlen

Der ausführliche Bericht über die Nebennierenchirurgie läßt nach meiner Meinung unter dem Abschnitt „Perioperatives Management“ die Erwähnung der Gefäßdarstellungen vermissen, insbesondere die Venendarstellung der drei abführenden Venenverzweigungen (eigene Beobachtungen).

1. Nach meiner Meinung ist durch die Gefäßdarstellung die Sicherheit des Operateurs für ein anatomisch sauberes, blutfreies und zügiges Operieren in besonderem Maße gegeben.

2. Es finden sich offenbar in den Lymphbahnen, im Bereich der Venenverzweigungen, zu einem hohen Prozentsatz kleine Metastasen, die bei nicht gelungener Radikalität erneut Metastasenwachstum zeigen.

„Die retrograde Kontrastfüllung demonstriert . . . arkadenförmige oder ineinander verflochtene Venen.“ (Lümic-Felix: Komplexe, bildgebende Diagnostik, Abdomen. VEB Georg Thieme, Leipzig 1989; 313.)

Nach meiner Meinung gehört die suprarenale Venographie heute zu den operationstechnischen Vorbereitungen im Hinblick auf die zu erreichende Radikalität, weniger der diagnostischen Abklärung.

Dr. med. F. Brunzema  
Chefarzt der Urologischen  
Abteilung  
des Marien-Hospitals Düsseldorf  
Rochusstraße 2 · 40479 Düsseldorf ▷