

🕒 B-1.326 Subtotale Adrenaektomie bei Phäochromozytom



Patientin mit Morbus Recklinghausen und metachronem bilateralem Phäochromozytom, deshalb subtotale Adrenaektomie rechts.

a OP-Situs mit der Nebenniere und dem sich im Bereich der Pinzettenspitze vorwölbenden Tumor.



b OP-Situs nach Resektion mit dem gelblich schimmernden Rest des Organs.



c Resektat.

🕒 B-1.327 Totale Adrenaektomie bei Phäochromozytom



a Das Organ ist durch den Tumor fast aufgebraucht; ein Malignom konnte vor der Operation nicht sicher genug ausgeschlossen werden.



b Durch den Tumor fast vollständig aufgebrauchtes Organ.

▶ **Merke**

▶ **Merke.** Das Fehlen spezifischer Beschwerden oder klinischer Zeichen schließt eine endokrine Aktivität der zufällig diagnostizierten Nebennierenraumforderung nicht aus.

Diagnose: Bei allen Tumoren > 1 cm oder verdächtiger Klinik sollte eine endokrinologische Basisdiagnostik erfolgen: Bestimmung von Adrenalin und Noradrenalin im 24-h-Urin.

Der Dexamethason-Kurztest eignet sich zum Nachweis einer inapparenten Kortisolproduktion.

Die weitere bildgebende Diagnostik richtet sich nach dem Verfahren, das zum initialen Nachweis geführt hat (Abb. B-1.328).

Sonographie- und CT-gesteuerte Punktionen sind in der Regel nicht erforderlich, da keine Differenzierung zwischen einem Adenom oder Karzinom möglich ist.

Diagnose: Es sollte bei allen Tumoren > 1 cm oder verdächtiger Klinik eine endokrinologische Basisdiagnostik erfolgen. Diese umfasst die Bestimmung der Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin im 24-Stunden-Urin, um asymptomatische Phäochromozytome zu erfassen.

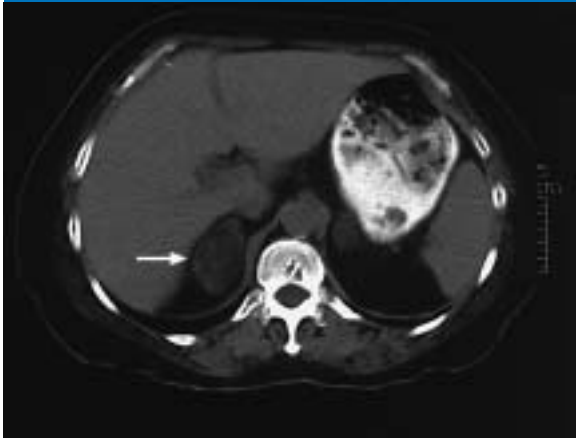
Zum Nachweis einer klinisch inapparenten Kortisolproduktion eignet sich der Dexamethason-Kurztest.

Bei arterieller Hypertonie und gleichzeitiger spontaner Hypokaliämie muss ein Conn-Syndrom ausgeschlossen werden.

Die weitere bildgebende Diagnostik richtet sich nach dem Verfahren, welches zum initialen Nachweis geführt hat. Die Sonographie alleine reicht für die Diagnose nicht aus (Abb. B-1.328).

Sonographie- und CT-gesteuerte Punktionen der Nebennierenprozesse sind in der Regel nicht erforderlich, da das gewonnene Material keine Differenzierung

B-1.328 Inzidentalom



a CT-Darstellung eines Inzidentaloms bei einer 64-jährigen Frau. Der Tumor (→) konnte als Myelolipom identifiziert werden und bedurfte bei Beschwerdefreiheit keiner Resektion.



b Resektat eines Inzidentaloms. Teile der Nebennierenrinde sind als gelbliche Kapsel noch am Tumorrand erkennbar.

zwischen einem Nebennierenadenom oder -karzinom erlaubt. Eine Ausnahme stellt der Verdacht auf eine Nebennierenmetastase im Rahmen eines Tumorstagings dar. Metastasen kommen relativ häufig in der Nebenniere vor, besonders oft bei Bronchialkarzinomen. Vor einer Punktion muss in jedem Fall ein Phäochromozytom ausgeschlossen werden, da die Punktionen hypertone Krisen auslösen können.

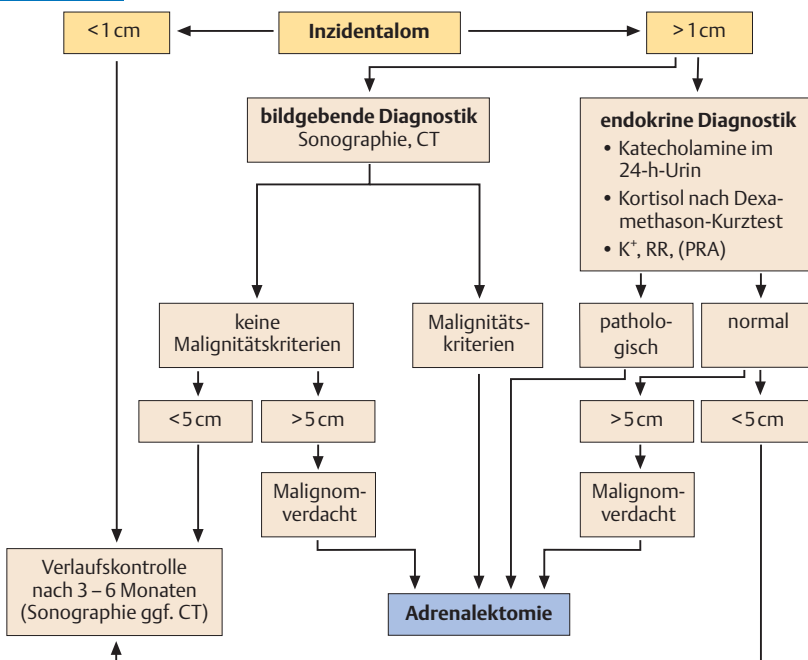
Therapie: Das therapeutische Vorgehen wird durch den Nachweis einer endokrinen Aktivität und die Größe des Tumors bestimmt. Bei Tumoren < 1 cm wird auf eine weitergehende Diagnostik verzichtet.

Endokrin aktive Tumoren werden operativ entfernt. Ist der Tumor hormoninaktiv, entscheidet seine Größe über das weitere Vorgehen. Es besteht Übereinstimmung, dass Tumoren > 5 cm aufgrund ihres malignen Potenzials eine Indikation zur Operation darstellen. Tumoren < 3 cm können unter regel-

Vor einer Punktion im Rahmen der **Metastendiagnostik** muss ein Phäochromozytom ausgeschlossen werden.

Therapie: Endokrin aktive Tumoren werden operativ entfernt. Tumoren > 5 cm stellen aufgrund ihres malignen Potenzials eine Indikation zur Operation dar. Tumoren < 3 cm können unter regelmäßiger Beobachtung bleiben. Das Vorgehen bei Tumoren zwischen 3 und 5 cm ist umstritten (Abb. B-1.329).

B-1.329 Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Inzidentalom



B-1.329