

STRUMA

Definition: Schilddrüsenvergrößerung

- Frauen > 18ml
- Männer > 25ml

Grade nach WHO:

- Grad 0: Vergrößerung der Schilddrüse weder sicht- noch tastbar; Feststellung nur sonographisch möglich
- Grad 1: Vergrößerung tastbar
- Grad 1a: Tastbar und auch bei Reklination des Kopfes nicht sichtbar
- Grad 1b: Tastbar und nur bei Reklination des Kopfes sichtbar
- Grad 2: Sichtbar auch ohne Reklination des Kopfes
- Grad 3: Bereits lokale Komplikationen (Behinderung von Atmung oder Blutzirkulation)

Häufigste Form weltweit: Jodmangelstruma

Wichtig für die Allgemeinarztpraxis:

- Beschwerden vs. Keine Beschwerden
- Einzelne Knoten vs. multiple evtl. sogar verbackene Knoten

Sonographische Kriterien für Malignität von Knoten: siehe Tabelle am Ende der Zusammenfassung (UpToDate online)

Häufigkeit für Karzinom bei Knoten: 4-6,5% (UpToDate online) à Selten!

Hilfreiche Anamnese für Einschätzung der Struma:

- Iodeinnahme in der Vorgeschichte, Herkunft, medizin. Vorgeschichte, benigne oder maligne Schilddrüsenerkrankungen in der Familie, Z.n. Bestrahlung von Kopf oder Nacken, radioaktive Strahlung durch Atomkatastrophen
- Obstruktive Symptome: Dyspnoe, Husten, inspiratorischer Stridor
- Symptome der Über- oder Unterfunktion

Procedere bei Struma:

- Grundsätzlich: Bei Unsicherheit: Überweisung Internist
- Labor: **TSH basal**, bei auffälligem TSH fT3/fT4; immer Schilddrüsen-Ak (**MAK (TPO)**, **TRAK**)
 - TSH erniedrigt: multinoduläre Struma mit Autonomie oder M. Basedow
 - TSH erhöht: Iodmangelstruma am wahrscheinlichsten, gefolgt von Hashimoto Thyreoiditis
- Bei Vergrößerung **ohne Knoten** und **ohne** Hinweis auf **Funktionsstörung**: Jod 200µg 1-0-0, aber:
 - Iodgabe v.a. in jungen Jahren sinnvoll
 - Je länger die Struma besteht, desto unwahrscheinlicher, dass Jodtherapie eine Größenreduktion bringt
 - Abwarten und Kontrolle bei Struma bis 80ml möglich, **>80ml oder symptomatische Struma: OP!**
 - Lange bestehende Struma oder knotigen Struma: Jodtherapie meist erfolglos à dann Abwarten unter Kontrolle. Wenn behandlungsbedürftig, dann OP (bei Radiojodtherapie kaum Verkleinerung)
 - **CAVE: Jodtherapie kann zu Hyperthyreose führen, aber auch eine bestehende Hypothyreose bei Hashimoto verschlechtern!**

- Bei **Vergrößerung mit Hypothyreose** (v.a. Hashimoto)
 - Thyroxin (meist mit 100µg Jod im Kombipräparat)
- Bei **Konglomeratknoten**: immer einmalige Abklärung durch Internist
- Bei **einzelnen Knoten**: Sonographische Kriterien für Malignität → je nach Befund Kontrolle oder Überweisung zum Spezialisten (siehe Tab. am Ende)
- **Kontrolle** der Struma: nach 6 und 12 Monaten, ob Verkleinerung (30-40% möglich); bei unverändertem Befund ausweiten der Intervalle auf 2-5 Jahre möglich (je nach Befund)
- **Grundsätzlich überweisen bei**: Sonographisch auffälligem Befund, obstruktiver Struma

DD zu benignem Struma:

- Entzündliche Veränderungen: M. Basedow, Hashimoto → MAK; TRAK
- Hyperthyreose + Struma + keine Antikörper → winziges SD-Adenom oder Hypophysentumor → SD-Szinti