

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist die Beurteilung des Stellenwertes der Adrenalektomie bei verschiedenen Tumoren so wie hormonproduzierende Tumoren .Dazu gehören das Phäochromozytom, das Conn-Syndrom und das Cushing-Syndrom. Primäre Nebennierentumoren, insbesondere das Inzidentalom. Die Beurteilung der in die Nebenniere metastasierten Fremdtumoren wie das Bronchialkarzinom und das Hypernephrom wurden vorgenommen.

5.1 Hormonproduzierende Tumoren:

1.Phäochromozytom: (n=8)

Hier ist der operative Eingriff eine „Conditio sine qua non“ für ein Leben ohne kardiale und Kreislaufkomplikationen.

2.Conn-Syndrom: (n=6)

Diese Hormon produzierenden Tumoren sollten sobald sie biochemisch und / oder Bild gebend gesichert sind operativ entfernt werden. Hier gilt es kardiovaskuläre, metabolische und andere Auswirkungen des Hormonüberschußes zu verhindern. Bei der bilateralen nodulären Hyperplasie ist die bilaterale Adrenalektomie keine zufriedenstellende Lösung, da lebenslange Hormonsubstitution erforderlich werden würde.

3.Cushing-Syndrom: (n=0)

Die Entfernung der adenomtragenden Nebenniere ist die Therapie der Wahl beim Cushing-Syndrom. Beim zentralen Cushing-Syndrom (in 60 –70% der Fälle erhöhte ACTH-Bildung in der Hypophyse, durch fehlende Hemmung des freien

Kortisols auf die CRF-Sekretion im Hypothalamus) muß eine Hypophysektomie durchgeführt werden.

5.2. Primäre Nebennierentumoren:

1. Inzidentalom:(n=20)

Durch verbesserte diagnostische Maßnahmen (Sonographie, Computertomographie und Magnetresonanztomographie), so wie die vermehrte Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen werden 0,6 – 1,3% der Tumoren als Zufallsbefund diagnostiziert. In Autopsien sogar 8,7%. Der Tumordurchmesser unserer nach untersuchten Inzidentalome lag zwischen 1 und 11 cm.

Entfernt werden sollten Tumoren mit einem Durchmesser von größer 4 cm oder bei Malignitätszeichen und Hormonaktivität. Ist der Tumor kleiner als 4 cm und weist keine Malignitätskriterien auf, ist eine klinische, biochemische und hormonelle Abklärung erforderlich.

Bei einem Tumordurchmesser von 2 cm sollte zunächst eine computertomographische und szintigraphische Kontrolluntersuchung in 6 Monaten erfolgen. Sollten sich dabei Abweichungen vom Ursprungsbefund ergeben, ist eine Operation indiziert.

2. Nebennierenrindencarcinom: (n=7)

Da bei 50% der Patienten zum Diagnosezeitpunkt Fernmetastasen in Gehirn, Lunge, Leber, Knochen etc. auftreten, ist hier eine individuell dem jeweiligen Tumorstadium angepasste Therapie indiziert. Je nach Staging, Metastasierung, Rezidivrate, Lymphknotenbefall und hormoneller Aktivität, wird eine Adrenalektomie mit Lymphknotenentfernung ggf. Fremdmetastasenentfernung angestrebt.

5.3. In die Nebenniere metastasierte Fremdtumoren:

1. Bronchialkarzinom: (n=11)

Die Überlebensrate der in die Nebenniere metastasierten Bronchialkarzinome betrug 45,45%. Dieses Ergebnis veranlaßte uns die Adrenalektomie als palliatives Therapieangebot aufrecht zu erhalten.

2. Hypernephrom: (n=11)

In 12 Jahren metastasierten von 358 operierten Hypernephromen nur 11 (3%) in die Nebennieren.

7 Patienten befanden sich im Stadium T-3. Davon entwickelten 6 Patienten eine Nebennierenmetastase.

3 dieser Patienten verstarben, 3 Patienten leben noch. 1 Fall konnte nach der stationären Entlassung nicht mehr geklärt werden.

Dieses ergab eine Überlebensrate von 54% bei adrenalektomierten Patienten.

Eine routinemäßige Adrenalektomie sollte nicht mehr durchgeführt werden. Bei kleinen am Unterpol gelegenen Hypernephromen (2 cm) ist die sogenannte Wait and See Strategie zu empfehlen.