

Inzidentalom der Nebenniere

Dr. med. Martin Fassnacht

Schwerpunkt Endokrinologie-Diabetologie, Medizinische Klinik I
Universitätsklinik Würzburg

Definition

Als Inzidentalome werden Nebennierenraumforderungen bezeichnet, die bei einer abdominalen Bildgebung unerwartet auffallen.

Häufigkeit – Krankheitsbild – Diagnostik

Adrenale Inzidentalome gehören beim Menschen zu den häufigsten Tumoren. Die Prävalenz liegt im Alter von 50 Jahren bei 3 % und steigt dann weiter bis auf 7-10 % an. Die meisten (ca. 70 %) Inzidentalome sind hormon-inaktive benigne Tumore (meist Adenome). Die restlichen 30 % verteilen sich vor allem auf hormonaktive Adenome, Phäochromozytome, Nebennierenkarzinome, Metastasen und Myelolipome.

Ziel der Diagnostik, die sich an den Empfehlungen der NIH-Consensus Conference 2002 orientiert, ist der Ausschluss eines malignen Prozesses **und** einer relevanten Hormonüberproduktion. Da beides bei Tumoren unter 1 cm Durchmesser extrem selten ist, wird bei diesen Patienten auf weitere Diagnostik verzichtet. Mit zunehmender Größe steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein maligner Prozess vorliegt: so sind über 25 % der Tumoren > 6 cm NNR-Karzinome, während dieses bei Tumoren unter 4 cm nur 2 % ausmacht. Mit der Größe der Raumforderungen steigt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, dass ein hormonproduzierende Tumoren vorliegt.

Bei allen Tumoren über 1 cm wird deshalb folgendes **diagnostisches Basisprogramm** durchgeführt:

- **Hormondiagnostik**

Als Minimaldiagnostik zum Ausschluss einer endokrinen Aktivität wird durchgeführt:

- 1 mg Dexamethason-Test
- Bestimmung der freien Metanephrine im 24-h-Urin (oder Plasma)
- bei hypertensiven Patienten zusätzlich Quotient aus Aldosteron und Plasma-Renin-Aktivität bzw. Renin-Konzentration.

Spricht die Bildgebung für ein Nebennierenkarzinom wird zusätzliche im Serum DHEA-S, 17-OH-Progesteron und Östradiol (nur bei Männern und postmenopausalen Frauen) gemessen.

Je nach Ergebnis dieser Tests sind weitere Untersuchungen notwendig.

- **Bildgebung**

Sowohl CT- als auch MRT sind geeignet, Aussagen zur Dignität zu machen. Gutartige NN-Tumoren sind meist fettreiche Adenome und zeichnen sich im CT meist durch niedrige Hounsfield Units (< 10 HU ohne Kontrastmittelgabe) und schnellen „wash-out“ des Kontrastmittel aus. Im MRT findet sich typischerweise ein rasches Enhancement nach Gadolinium-Gabe und ein Signalverlust im Opposed-Phase Bild (Chemical Shift Analyse). Weitere Indizien für Benignität sind Homogenität und glatte Tumorgrenzen.

Ein Sonderfall sind NN-Raumforderungen, die bei Patienten mit bekannter maligner Grunderkrankung auffallen. Dies sind nach strenger Definition keine Inzidentalome. Sie bedürfen aber dennoch der Abklärung, da in 25 % der Fälle keine Metastase vorliegt. Ein Phäochromozytom ist IMMER laborchemisch auszuschließen. Die weitere Diagnostik ist davon abhängig, ob die Differenzierung Metastase – primärer Nebennieren-Tumor therapeutisch Konsequenzen für den Patienten hat. Ist dies der Fall, erfolgt eine komplette Diagnostik, die im Ausnahmefall auch eine Biopsie einschliesst, die in allen anderen Fällen KONTRAINDIZIERT ist.

Therapie und Verlaufskontrollen

Kann man durch die Diagnostik eine Hormonübersekretion ausschließen und ist ein Malignom unwahrscheinlich, ist eine Operation nicht sinnvoll. Da allerdings ca. 10-25 % der Tumoren im Laufe der Zeit an Grösse zunehmen bzw. eine hormonelle Aktivität entwickeln, ist eine Nachsorge notwendig. Es werden 1-2 Bildgebungskontrollen im Zeitraum von 6-12 Monaten durchgeführt. Zeigt sich nach 1 Jahre keine signifikante Größenänderung, ist keine weitere Bildgebung mehr erforderlich. Zum Ausschluss eines Hormonexzesses erfolgen über 4 Jahre jährliche Kontrollen.

Im Falle eines Hormonexzesses oder eines hohen Malignitätsrisikos (Durchmesser > 6 cm, auffälliges Verhalten in der Bildgebung, Größenwachstum > 1 cm) wird eine Adrenalektomie durchgeführt. Bei Malignomverdacht wird ein offenes Operationsverfahren gewählt.