

Dicker Hals nach dem Sport ...

Eine 47-jährige Patientin stellt sich mit zunehmenden Druckgefühl im Bereich des rechten Halses zum Ultraschall vor. Die Beschwerden seien nach sportlicher Belastung (Joggen, Klettern) aufgetreten. Im Spiegel bemerkte sie eine Vorwölbung im Bereich des rechten Halses. Bei der Patientin waren keine Vorerkrankungen bekannt, anamnestisch kein Trauma und keine Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten bzw. Acetylsalicylsäure. Keine Schilddrüsenvorerkrankungen bekannt.



Abbildung 1: Vorwölbung der rechten Halspartie.

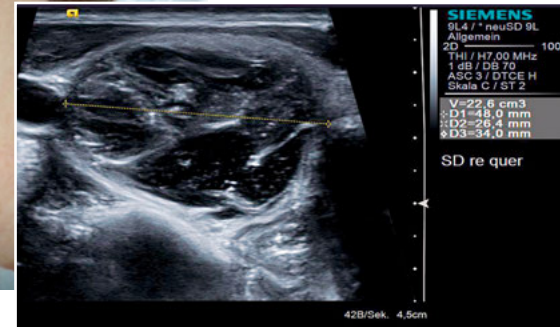


Abbildung 2: Zystische Läsion.

Diagnose

Bei Vorstellung im Ultraschalllabor zeigt sich eine geringe Vorwölbung der rechten Halspartie (Abbildung 1), dort lässt sich palpatorisch eine prallelastische Struktur tasten.

Die Ultraschalluntersuchung mit einem Linearschallkopf im Schilddrüsenprogramm zeigt zunächst eine normwertig dimensionierte Schilddrüse (Gesamtvolumen 6 ml). Im rechten Schilddrüsenlappen fällt eine ca. 23 ml große, wabenartig aufgebaute, überwiegend zystische Läsion mit zum Teil sedimentierendem Material auf. In der farbkodierten Dopplersonografie zeigt sich in den intraläsionalen Septen der Läsion keine Vaskularisation. Keine weiteren fokalen Veränderungen in beiden Schilddrüsenlappen, keine auffälligen Halslymphknoten. Laborchemisch Normalbefund der Schilddrüse (TSH 0,90 µIU/ml, fT3 2,4 pg/ml, fT4 1,3 ng/dl). Aufgrund der zunehmenden und persistierenden klinischen Beschwerden der Patientin im Halsbereich erfolgte eine sonografisch gesteuerte diagnostische und therapeutische Feinnadelpunktion der mutmaßlich eingebluteten, symptomatischen Schilddrüsenzyste rechts, hierbei entleert sich eine bräunliche Flüssigkeit, zytologisch Schilddrüsenpunktat mit ausgeprägten regressiven Veränderungen.

Die Patientin war nach der Punktion zunächst beschwerdefrei, stellte sich jedoch wenige Wochen später mit einer erneuten Halsschwellung dar, sodass in der Folgezeit eine elektive Operation erfolgte.

Schilddrüsenzysten sind vorwiegend Pseudozysten, die durch regressive Veränderungen entstehen. Echte, mit Epithel ausgekleidete Zysten sind in der Schilddrüse weniger häufig aufzufinden. „Akute Schilddrüsenzysten“, die durch Schmerzen und Schwellung zum Arztbesuch führen, zeigen die Volumenzunahmen meist bedingt durch Einblutungen, die durch teils bizarr anmutendes B-Bild-Aussehen oft sogar tumorähnlich imponieren können. Durch eine Feinnadelpunktion kann bei diesen Patienten zum einen eine Zytologie zur Sicherung der Verdachtsdiagnose durchgeführt werden, zum anderen wird durch das Absaugen des Zysteninhaltes meist Schmerzfreiheit erreicht. Bei ca. zwei Drittel der Patienten mit großen, symptomatischen Schilddrüsenzysten treten jedoch nach alleiniger Feinnadelpunktion Rezidive auf.

Die Reutlinger Arbeitsgruppe um Blank et al. berichtet hohe Erfolgsraten durch den Einsatz der Zystensklerosierung mit Alkohol, bei der die Hälfte des abgesaugten Zystenvolumens durch 96-prozentigen Alkohol ersetzt wird und dann je nach Größe und Topografie wieder abpunktiert wird. Die Methode sollte jedoch nur durch erfahrene Ärzte eingesetzt werden, da es zu lokalen Komplikationen der Alkoholinstillation in ungeübten Händen kommen kann. Bei Rezidiven wird von der Arbeitsgruppe empfohlen diese Methodik ein- bis zweimal zu wiederholen. Andere Zentren führen abhängig von der Größe der Läsion bei Rezidiven von symptomatischen Schilddrüsenzysten eine Operation durch.

Literatur

Blank W, Braun B. Sonografie der Schilddrüse – Teil 1: Untersuchungstechnik, Normalbefund, Struma diffusa und Struma nodosa. *Ultraschall in Med* 2007; 28: 554–575.

Blank W, Braun B. Sonografie der Schilddrüse – Teil 2: Schilddrüsenentzündungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen und Interventionen. *Ultraschall in Med* 2008; 29: 128–155.

Autoren

Privatdozent Dr. Konrad Friedrich Stock,
Dr. Minh-Truc Vo Cong,
Nephrologischer Ultraschall, Abteilung für Nephrologie,

Dr. Christian Pfoh,
Interdisziplinäres Schilddrüsenzentrum,
Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik,

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität (TU) München, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Privatdozentin Dr. Katja Specht,
Institut für Allgemeine Pathologie und
Pathologische Anatomie der TU München,
Trogerstraße 18, 81675 München