Chirurg 2012 · 83:384
 DOI 10.1007/s00104-012-2289-7
 Online publiziert: 15. März 2012
 © Springer-Verlag 2012

K. Lorenz

Medizinische Fakultät, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,
 Universitätsklinikum Halle, Halle an der Saale

Kalzimimetika: Keine Konkurrenz zur Operation beim primären Hyperparathyreoidismus

Originalpublikation

Schneider DF, Day GM, De Jong SA (2012) Calcium-lowering medications in patients with primary hyperparathyroidism: intraoperative findings and postoperative hypocalcemia. *Am J Surg* 203:357–360

Die Operationsindikation beim symptomatischen primären Hyperparathyreoidismus (pHPT) besteht unangefochten, das Vorgehen beim „asymptomatischen“ pHPT wird durch Observationsstudien-ergebnisse diskutiert. Argumente gegen eine Operation bei Erfolgsraten von >95% und einer Komplikationsrate <1% überzeugen nicht [1, 2, 3].

Zunehmend werden Patienten zur Operation vorgestellt, die eine kalziumsenkende Therapie erhalten (insbesondere Kalzimimetika, zugelassen für den renalen Hyperparathyreoidismus, beim pHPT lediglich bei Kontraindikationen, EMA, FDA, [4, 5]). Die verordnenden Mediziner geben einen konservativen Behandlungspfad vor, der indikationsfern, kostentreibend und nebenwirkungsträchtig ist (Nausea, Erbrechen, Diarrhö, Myalgie, Schwindel, Hypertonie), damit alternativ zur Operation problematisch erscheint. Systematische Untersuchungen zum Einfluss auf das klinisch-morphologische Erscheinungsbild, die intraoperative PTH-Schnellbestimmung und den postoperativen Verlauf fehlen.

Die Autoren analysieren den Einfluss kalziumsenkender Medikation (Kalzimimetika, Bisphosphonate, selektive Östrogenrezeptormodulatoren, Kalzitonin, Protonenpumpeninhibitoren) auf die kli-

nisch-morphologische Erscheinungsform, intraoperative PTH-Schnellbestimmung und frühpostoperative Hypokalzämierate bei 281 sporadischen pHPT-Operationen. Nach positiver Lokalisationsdiagnostik (Ultraschall, Tc^{99m}-Sestamibi-Szintigraphie) erfolgte eine fokussierte Operation, bei negativer eine bilaterale Exploration jeweils mit intraoperativer PTH-Schnellbestimmung. 118 Patienten nahmen zum Operationszeitpunkt Kalziumsenker. Diese beeinflussten die Lokalisationsdiagnostik nicht, die Mehrdrüsenhyperplasie war nicht erhöht. Höhere präoperative Serumkalziumkonzentrationen unter Kalziumsenkern wiesen auf eine Eindrüsenkrankung hin.

Unter Kalziumsenkern zeigte die intraoperative PTH-Dynamik einen steilen Abfall und geringeren PTH-Wiederanstieg, ausgeprägt bei Kalzimimetika und Bisphosphonaten, ohne Erfordernis zusätzlicher Bestimmungen. Kombinierte Kalziumsenker zeigten frühpostoperativ signifikant häufiger eine Hypokalzämie (OR: 3,06; 95%CI: 1,21–7,75), insbesondere die Kombination Kalzimimetika/Bisphosphonate.

Die Studie zeigt trotz Schwächen (retrospektiv, geringe Fallzahl) einen Trend konservativer Therapieversuche bei operationspflichtigem pHPT: Der Verbreitungsgrad kalziumsenkender Medikation, hier 42% für Patienten mit pHPT, die schließlich operiert werden, ist hoch und außerhalb der Indikation dieser Substanzgruppen. Die Kosten, Nebenwirkungen und der ausbleibende dauerhafte Erfolg der Kalziumsenker machen deutlich, dass die Operation unverändert die The-

rapie der Wahl beim pHPT darstellt und am schnellsten zur dauerhaften Heilung führt. Die erhöhte postoperative Hypokalzämierate bei präoperativer Kombinationsgabe von Kalziumsenkern ist ein weiteres Argument, die Anwendung dieser Medikamente für die Indikation des pHPT infrage zu stellen.

Korrespondenzadresse

PD Dr. K. Lorenz

Medizinische Fakultät, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,
 Universitätsklinikum Halle,
 Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle an der Saale
 kerstin.lorenz@uk-halle.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ et al (2006) Incidence in primary hyperparathyroidism in Rochester, Minnesota, 1993–2001: an update on the changing epidemiology of the disease. *J Bone Miner Res* 21:171–177
2. NIH Conference (1991) Diagnosis and management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: consensus development conference statement. *Ann Intern Med* 114:593–597
3. Bilezikian JP, Khan AA, Potts JT (2009) Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the third international workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 94:335–339
4. Dillon ML, Frazee LA (2011) Cincalcet for the treatment of primary hyperparathyroidism. *Am J Ther* 18:313–322
5. Bollerslev J, Marcocci C, Sosa M et al (2011) Current evidence for recommendation of surgery, medical treatment and vitamin D repletion in mild primary hyperparathyroidism. *Eur J Endocrinol* 165:851–864