Zunächst sah es aus wie ein metabolisches Syndrom

Doch der Spatz mauserte sich zum Kolibri

Scheinbar ein Fall wie viele andere: Eine Typ-2-Diabetikerin litt – vermeintlich auf der Grundlage eines metabolischen Syndroms – seit Jahren an Bluthochdruck. Eine im Rahmen einer reisemedizinischen Untersuchung durchgeführte Sonografie brachte jedoch eine ganz andere Ursache der Hypertonie ans Licht.

— Die 42-jährige, südamerikanische, stark übergewichtige Patientin stellte sich zu einer Tropentauglichkeits-Untersuchung vor. Sie gab keinerlei Beschwerden an. Im Rahmen der ersten Schwangerschaft vor ca. 20 Jahren war eine Gestose aufgetreten. Seither wurde die Patientin antihypertensiv behandelt. Bei der zweiten Schwangerschaft einige Jahre später wurde dann ein Typ-2-Diabetes diagnostiziert, der bald eine intensivierete Insulintherapie erforderlich machte.

Klinik und Labor

Bei der klinischen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten. Bei der 24-Stunden-Blutdruckmessung war die zirkadiane Rhythmik abgeschwächt, der mittlere Blutdruck betrug 140/90 mmHg. Laborchemisch fand sich ein erhöhter postprandialer Blutzucker von 254 mg/dl. Kalium war mit 5,16 mmol/l erhöht. Die Leberwerte (SGPT und Gamma-GT) lagen oberhalb der Norm, was im Sinne einer nicht alkoholischen Fettleber interpretiert wurde. EKG und Farbdopplerechokardiografie fielen auffällig aus.

Raumforderung im Oberbauch

Zur Abrundung der Diagnostik erfolgte eine Oberbauchsonografie. Hier fand sich eine 3,8 x 3,2 cm große Raumforderung im Bereich der rechten Nebenniere. Der Befund wurde im MRT bestätigt. Zur Abklärung wurden weitere Laboruntersuchungen veranlasst. Aldosteron- und Reninspiegel lagen im Normbereich. Auch der Kortisolspiegel nach 1 mg Dexamethason war nicht erhöht. Es fiel jedoch ein deutlich erhöhter Wert für Metanephrine (443 pg/ml; normal bis 90 pg/ml) auf – ein Hinweis auf einen Katecholamin-produzierenden Tumor.

Hormone aus Tumoren

Katecholamin-produzierende Tumoren können von den chromaffinen Zellen des Nebennierenmarks (Phäochromozytom) oder von sympathischen Ganglien (Paragangliom) ausgehen. Betroffen von diesen seltenen Tumoren sind ein bis zwei Menschen/100 000/Jahr.

10–20% der Phäochromozytome und 30–40% der Paragangliome sind maligne. Die Bestimmung der Plasmametanephrine ist aussagekräftiger als die der freien Plasmakatecholamine, da die Metanephrine bei diesem Krankheitsbild im Gegensatz zu den freien Plasmakatecholaminen unabhängig von der aktuellen Bluthochdrucksituation gebildet werden.

Ein weiterer Laborparameter zum Nachweis dieser Tumoren ist das Chromogranin A, das bei hoher Sensitivität von über 90% allerdings nur eine geringe Spezifität hat.

Fabula docet

Auch wenn bei einem Hypertoniker alles für ein metabolisches Syndrom spricht, kann sich in Einzelfällen hinter dem Bluthochdruck doch eine sekundäre Ursache wie ein Phäochromozytom verbergen. Ein solches geht nicht immer mit den klassischen Symptomen wie Tachykardie, Schwitzen und krisenhaften Blutdruckanstiegen einher.

Nebennierentumor im Sonogramm.

Operation ist Therapie der Wahl

Die Therapie der Wahl ist – soweit möglich – die laparoskopische Resektion des Tumors. Präoperativ sollte eine symptomatische Therapie mit einem Alphablocker und Urapidil i.v. eingeleitet werden.

Bei der oben dargestellten Patientin erfolgte die laparoskopische Resektion komplikationslos. Postoperativ normalisierte sich der Blutdruck, es war keine weitere antihypertensive Therapie nötig.

Häufig Zufallsdiagnose

Die typischen Katecholamin-induzierten Symptome wie Tachykardien, Schwitzen und Kopfschmerzen treten nur bei ca. 10% der Patienten mit Phäochromozytom auf. Bei ca. 15% wird die Diagnose zufällig gestellt. Auch sind ca. 50% der Betroffenen normotensiv. Deshalb sollte bei allen zufällig entdeckten Nebennierentumoren ein Phäochromozytom ausgeschlossen werden. Die Bestimmung der Plasmameta-/Normetanephrine hat eine Sensitivität von 99%. In Einzelfällen werden falsch positive Werte bestimmt, insbesondere bei Einnahme von trizyklischen Antidepressiva, Serotonin-Wiederaufnahmehemmern, Levodopa, Amphetamin, Nikotin und Kaffee.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: Vortrag von Prof. Klaus Bardenhoop, Frankfurt a.M. im Rahmen des Internistenkongresses am 6.4.2013 in Wiesbaden