

BLICKPUNKT SCHILDDRÜSE



SchilddrüsenLiga Deutschland e.V.

Thyreostatika in der Schwangerschaft

Prof. Dr. med. Markus S. Kupka, Hamburg

Die Schwangerschaft ist für eine Frau eine Phase großer physiologischer und psychologischer Umstellungen. Auf die Schilddrüse bezogen kann bereits vor der Zeugung eine Fehlfunktion gravierende Auswirkungen haben. Schilddrüsenerkrankungen zählen dabei zu den häufigsten endokrinen Störungen der Frau.

Bei Kinderwunsch-Patientinnen wird routinemäßig auch die Schilddrüsenfunktion getestet. Hintergrund hierbei ist die Feststellung, dass eine Funktionsstörung die ungestörte Weiterentwicklung einer Frühschwangerschaft negativ beeinflussen kann.

Zwar wird in den Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) für gesetzlich Versicherte eine Untersuchung auf Diabetes festgeschrieben, bisher aber kein Test für die Schilddrüsenfunktion aufgenommen. Zumindest ist aber nach der Entbindung im Neugeborenen-Screening die Hypothyreose des Kindes aufgenommen worden.

In einer normal verlaufenden Schwangerschaft kommt es durch die erhöhten Stoffwechselvorgänge zu einem um bis zu 50 Prozent gesteigerten Bedarf an Schilddrüsenhormonen. Somit kann sich die Schilddrüse der Schwangeren vergrößern. Schon die alten Ägypter bewerteten die Zunahme des Halsumfangs als Schwangerschaftszeichen.

Der Jod-Bedarf pro Tag liegt mit 200 Mikrogramm deutlich höher als bei Nicht-Schwangeren. Eventuell ist nach Rücksprache mit dem Arzt sogar eine zusätzlich Gabe von Jod in Tablettenform notwendig, wenn der Bedarf über die Nahrung (jodiertes Speisesalz, Seefisch) nicht gedeckt werden kann.

Durch die ansteigenden Schwangerschaftshormone (weibliches Hormon Östrogen und Schwangerschaftshormon hCG = humanes Choriongonadotropin) verändern sich auch die Schilddrüsenhormonwerte. Daher reicht es zur Kontrolle der Schilddrüsenfunktion in der Schwangerschaft in der Regel nicht aus, nur TSH (Thyroidea stimulierendes Hormon) zu bestimmen, sondern es müssen

die freien Schilddrüsenhormone Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4) im Blut ebenfalls gemessen werden. Außerdem können Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse stattfinden

Eine Hypothyreose in der Schwangerschaft geht mit einem erhöhten Risiko für Fehlgeburten, geburtshilflichen Komplikationen und Fehlbildungen einher. Darüber hinaus haben zahlreiche Studien gezeigt, dass bereits subklinisch hypothyreote Zustände der Mutter die intellektuelle Entwicklung des Kindes ungünstig beeinflussen können. Deshalb ist eine konsequente Substitution mit Levothyroxin (ist mit dem von der Schilddrüse gebildeten Hormon Thyroxin identisch) und Anpassung der Dosis an den erhöhten Bedarf erforderlich. Dabei ist die Höhe der Medikation abhängig vom Grund der Unterfunktion.

Beim Morbus Basedow oder einer Struma (tastbare, sichtbare oder meßbare Vergrößerung der Schilddrüse unabhängig von der Stoffwechsellage) wird deutlich mehr Levothyroxin benötigt als bei primärer Hypothyreose nach einem Schilddrüsenkarzinom.

Eine Hyperthyreose in der Schwangerschaft ist mit einem mehrfach erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie niedriges Geburtsgewicht < 2500 Gramm, Frühgeburtlichkeit, Eklampsie, "small for gestational age" und Totgeburt vergesellschaftet.

Eine Thyreotoxikose in der Schwangerschaft tritt glücklicherweise relativ selten auf. Zweier aktueller Zusammenfassungen entsprechender wissenschaftlicher Publikationen zufolge liegt die Frequenz bei 0,2% bis 0,4%. Die

Thyreotoxikose beschreibt hierbei exzessive Schilddrüsenhormonwerte jeglicher Ursache. Sie schließt die Hyperthyreose ein, die durch eine übermäßige Produktion von Schilddrüsenhormon durch die Schilddrüse verursacht wird. Eine Hyperthyreose wird





während der Schwangerschaft meist durch einen Morbus Basedow (englisch Graves' disease), seltener durch eine Schilddrüsenautonomie oder eine subakute Thyreoiditis de Quervain verursacht.

Die Diagnosestellung sollte aufgrund eines verminderten TSH – Wertes im Serum und aufgrund erhöhter Werte für das freie Thyroxin gestellt werden.

Die sogenannte Gestationshyperthyreose ist allgemein definiert als vorübergehende Hyperthyreose, beschränkt auf die erste Hälfte der Schwangerschaft bzw. das erste Drittel (1. Trimenon, bis 13. Schwangerschaftswoche) bei Abwesenheit von Antikörpern gegen Schilddrüsengewebe. Sie ist eine durch die partial-agonistische Wirkung von HCG-bedingte passagere, nicht behandlungsbedürftige Hyperthyreose, die selbstlimitierend ist und insofern im Allgemeinen nicht behandelt werden muß.

Diese schwangerschaftsassoziierte Hyperthyreose ist durch deutlich erhöhte hCG-Spiegel im Rahmen der normalen Frühschwangerschaft – insbesondere bei Mehrlingsgraviditäten – und bei sogenannten Trophoblasterkrankungen gekennzeichnet. HCG kann wie TSH die Schilddrüsenfunktion stimulieren; erst bei kontinuierlichen hCG Spiegeln > 50.000 – 75.000mIU/mI ist eine Erhöhung des fT4 über den Normbereich zu erwarten.

Die Indikation für eine thyreostatische Therapie in der Schwangerschaft ist in der Regel erst bei fT4 Spiegeln >2,5 ng/dl (obere Norm 1,9 ng/dl) gegeben. Bei geringergradigen Erhöhungen des fT4 sind ein abwartendes Procedere und regelmäβige Verlaufskontrollen vertretbar.

Prinzipiell sind in der Schwangerschaft bei der medikamentösen Therapie generell und bei der Schilddrüsenbehandlung im Speziellen mehrere Aspekte zu beachten. Die Wirksamkeit, die Verträglichkeit und die potentielle Schädigung des Embryos, des Feten bzw. des Ungeborenen sind wichtige Aspekte. Medikamentös ist Propylthiouracil das Medikament der Wahl. Die Initialdosis sollten 3×50 bzw. 3×100 mg täglich betragen.

Die Erhaltungsdosis sollte dann 50 - 200 mg pro Tag betragen. Insgesamt sollte die niedrigste effektive Dosis angestrebt werden. Eine Kombinationsbehandlung von Propylthiouracil plus L-Thyroxin ist kontraindiziert.

Zur Therapiekontrolle wird alle 2 bis 4 Wochen das fT4, ggf. ergänzt durch fT3 und TSH, bestimmt. Therapieziel ist ein gering über dem oberen Normbereich bzw. im obersten Normbereich gelegenes fT4; das TSH soll supprimiert bleiben.

Für eine thyreostatische Therapie in der Stillzeit können sowohl Propylthiouracil (bis zu 450 mg/Tag) als auch Methizol (bis zu 20 mg/Tag) eingesetzt werden.

Propylthiouracil wird gegenüber Thiamazol und Carbimazol bevorzugt, weil es unter den letztgenannten Thyreostatika zu Fällen von Organfehlbildungen beim Kind gekommen ist.

Die Postpartum-Thyreoiditis stellt eine Sonderform der Autoimmunthyreoiditis dar.

Sie tritt in 5 - 7 % aller Frauen im ersten Jahr nach der Entbindung auf. Dies sind durchschnittlich 30 - 50 % aller TPO-AK positiven Frauen. Der Krankheitsverlauf ist biphasisch mit initialer Schilddrüsendestruktion und transienter Hyperthyreose (selbstlimitierend, im Allgemeinen von 1 bis 2 Monaten Dauer. Eine thyreostatische Therapie ist in der Regel nicht sinnvoll. Differentialdiagnostisch ist ein Morbus Basedow auszuschließen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Schilddrüsendiagnostik während der Schwangerschaft, beim Neugeborenen und ggf. auch bei der jungen Mutter angezeigt ist und fester Bestandteil der Vorsorge sein sollte. Die medikamentöse Therapie einer Hyperthyreose in der Schwangerschaft und in der Stillzeit sollte in erfahrenen Händen liegen.

SCHILDDRÜSENLEXIKON

Hypothyreose

mangelnde Versorgung des Körpers mit den Schilddrüsenhormonen Trijodthyronin (T3) und Thyroxin (T4). Meist ist eine Unterfunktion der Schilddrüse dafür verantwortlich.

subklinisch hypothyreot

Ist das TSH erhöht und das freie Thyroxin (fT4) normal, bezeichnet man diese Laborkonstellation als subklinische (latente) Hypothyreose

Eklampsie

Schwerste Form einer sogenannten Schwangerschaftsvergiftung. Es kommt bei der Schwangeren unter Umständen zu Krampfanfällen, bei denen die Patientin sogar ins Koma fallen kann. Bevor es zur Eklampsie kommt, besteht in der Regel eine Präeklampsie. Diese äußert sich meist durch einen erhöhten Blutdruck sowie eine gesteigerte Ausscheidung von Eiweiß durch die Nieren.



FORTSETZUNG SCHILDDRÜSENLEXIKON

Thyreotoxikose

Exzessive Schilddrüsenhormonwerte jeglicher Ursache

Hyperthyreose

Krankhafte Überfunktion der Schilddrüse, die sich in einer übermäßigen Produktion von Schilddrüsenhormonen äußert, so daß im Organismus ein entsprechendes Überangebot entsteht. Infolgedessen kann es zu einer Vielzahl von Krankheitserscheinungen wie starker Schweißproduktion, beschleunigtem Herzschlag, Gewichtsverlust, Nervosität und Zittern kommen.

subakute Thyreoiditis de Quervain

Innerhalb von wenigen Tagen beginnende Erkrankung, bei der es zu einer Entzündung der Schilddrüse kommt. Histologisch werden typische Riesenzellen gefunden. Sie geht mit einer meist leicht vergrößerten Schilddrüse (Struma), ausgeprägten lokalen Symptomen wie starken Schmerzen in Hals-, Ohr- und Kieferregion und Schluckbeschwerden sowie Allgemeinbeschwerden wie allgemeinem Krankheitsgefühl und Gliederschmerzen einher. Die Ursache ist noch weitgehend ungeklärt.

partial-agonistisch

In der Pharmakologie eine Substanz, die einen bestimmten Rezeptor besetzt und dabei einen Transmitter (Mediator) in seiner Wirkung teilweise imitiert, bzw. ersetzt. Der Partialagonist ist im Gegensatz zu einem (vollen) Agonisten nur unvollständig in der Lage, einen Rezeptor bzw. die nachgeschaltete Signaltransduktion in der Zelle zu aktivieren und einen Effekt auszulösen.

Trophoblastererkrankungen

Eine Gruppe seltener schwangerschaftsassoziierter Tumoren, die als Tumorerkrankungen eine besondere biologische Einheit bilden. Zu ihnen zählen die einfache, komplette, partielle und invasive Blasenmole, der plazentanahe Pseudotumor und das Chorionkarzinom.

Thyreostatische Therapie

Thyreostatika sind Medikamente, die die Schilddrüsenfunktion hemmen und gegen Überfunktionen der Schilddrüse eingesetzt werden.

Man unterscheidet Substanzen, die die Synthese der Schilddrüsenhormone hemmen, und Substanzen, die den Jodtransport in die Schilddrüsenzelle hemmen.

Levothyroxin

Es ist mit dem von der Schilddrüse gebildeten Hormon Thyroxin identisch. Daher wird der Wirkstoff bei einer Schilddrüsenunterfunktion als Hormonersatz eingesetzt

Morbus Basedow

Basedowsche Krankheit oder Graves' disease ist eine Autoimmunkrankheit der Schilddrüse. Häufig, aber nicht immer, geht die Erkrankung mit einem Kropf (Struma), einer Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) oder einer Beteiligung der Augen (endokrine Orbitopathie) einher.

Struma

Bezeichnung einer tastbaren, sichtbaren oder meßbaren Vergrößerung der Schilddrüse unabhängig von der Stoffwechsellage (Überfunktion, Unterfunktion oder normale Funktion der Schilddrüse) und von der feingeweblichen Struktur oder mit dem bloßen Auge zu erkennenden Gestalt.

Schilddrüsenkrankheiten – Neue Wege zur verbesserten Kooperation zwischen Arzt und Patient

Wie finde ich den "richtigen" Arzt?

Barbara Schulte, Bonn

Charakteristisch für Schilddrüsenkrankheiten sind die unspezifischen Symptome und der schleichende Verlauf. Beide Faktoren erschweren die Diagnose. Nicht selten machen Schilddrüsenpatienten eine Odyssee duch, bis Ursachen ihrer Symptome entdeckt werden. Eine häufige Frage, die Betroffene an die Schilddrüsen-Liga stellen ist: Wie finde ich den "richtigen" Arzt?

Zunächst einmal müßte definiert werden, was bedeutet der "richtige" Arzt. Selbstverständlich, der "richtige" Arzt muß fachlich kompetent sein. Im Falle von Schilddrüsenkrankheiten kommen folgende Fachgruppen in Frage: Nuklearmediziner, Endokrinologen, Internisten sowie Augenärzte, mit besonderen Kenntnissen auf dem Gebiet der Schilddrüsenkankheiten.

Um den "richtigen" Arzt zu finden, gibt es verschiedene Möglichkeiten: Manchmal kann jemand aus dem Bekanntenkreis mit den gleichen Symptomen einen "guten" Arzt empfehlen. Ein anderer Weg ist ein Blick in die Gelben Seiten. Unter der Rubrik Ärzte und den Unterrubriken: Nuklearmedizin, Endokrinologen bzw. Ärzte für Radiologische Diagnostik stehen die Adressen. Inwieweit ein Internist Spezialkenntnisse auf dem Gebiet der Schilddrüsenkrankheiten hat, müßte im Gespräch geklärt werden.

Bei der Suche nach dem "richtigen" Arzt sind auch Selbsthilfegruppen eine große Hilfe. Die Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V. führt eine Liste mit Selbsthilfegruppen und den Telefonnummern der Ansprechpartner. Interessenten können diese bei der Geschäftsstelle der Schilddrüsen-Liga www.schilddruesenliga.de erhalten

Genauso wichtig sind die fachliche Kompetenz des Arztes, und die soziale Kompetenz, d.h. Zuhören können, laiengerecht erklären und dadurch Ängste und Unsicherheiten nehmen. Der Patient fühlt sich beim "richtigen" Arzt in guten Händen und vertraut ihm. Im Hinblick auf die soziale Komponente kann die Schilddrüsen-Liga mit keiner Liste dienen. Ob ein Arzt auch von der menschlichen Seite der "Richtige" ist, entscheidet allein die persönliche Erfahrung.

Sollten Sie mit einem Arzt unzufrieden sein, raten wir Ihnen, die Probleme offen anzusprechen. Sagen Sie dem Arzt, was Sie nicht verstehen bzw. stört, welche Fragen Sie zur Therapie haben, aber auch, wenn Sie den Eindruck haben, die Therapie ist nicht optimal. Im Gespräch können Fragen geklärt bzw. Missverständnisse ausgeräumt werden. Natürlich kostet dies Zeit, doch ein guter Arzt wird sich Zeit nehmen, denn es geht um Ihre Gesundheit. Sie können dem Arzt helfen, indem Sie ihren Körper genau beobachten und sagen, was Ihnen aufgefallen ist. Je präziser Ihre Angaben, um so leichter ist es auch für den Arzt, den richtigen Schluß zu ziehen.

→ DER SCHILDDRÜSENPASS / BROSCHÜREN

Ob für Sie oder andere Betroffene im Familien- und Freundeskreis:

Der praktische Schilddrüsenpass: Alle Werte immer griffbereit.

Leicht verständliche Broschüren zu verschiedenen Schilddrüsenthemen, in handlicher Form mit Ringheftung.

Gegen eine Schutzgebühr in Form von Briefmarken von je 1,45 Euro können Broschüren sowie der Schilddrüsenpass bei uns bestellt werden. Die einzelnen Themen entnehmen Sie bitte unserer Materialbestellliste, die wir Ihnen auf Wunsch gerne zukommen lassen! Für die Portokosten bitten wir der Bestellung zusätzlich eine 1,45 Euro Briefmarke beizufügen, vielen Dank!

Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V. Geschäftsstelle Johanniter GmbH, Waldkrankenhaus Waldstraße 73, 53177 Bonn

Reaktionen auf Beiträge in unserer Zeitung sind uns willkommen. Sie sind Meinungsäußerungen der Leserinnen und Leser – nicht der Redaktion. Kürzungen müssen wir uns vorbehalten.

Je kürzer und leserlicher der Text, desto größer ist die Aussicht auf Abdruck. Ihre Redaktion



SchilddrüsenLiga Deutschland e.V. ISSN 1433-3287

133N 1433-3201

Vorsitzende des Vorstandes:

Matthias-Grünewald-Str. 11

53175 Bonn

Prof. Dr. med. Michael Cordes, Nürnberg Sabine Erdmann, Puderbach Dr. med. Reimar Fritzen, Düsseldorf RA Hans-Hermann Heyland, Königswinter

weitere Vorstandsmitglieder:

Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats: Prof. Dr. med Michael Cordes, Nürnberg

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats:

Prof. Dr. med. Henning Dralle, Essen
Sabine Erdmann, Puderbach
Prof. Dr. med. Joachim Esser, Essen
Dr. med. Reimar Fritzen, Düsseldorf
Jörg Küpper, Leichlingen
Prof. Dr. med. Markus S. Kupka, Hamburg
Prof. Dr. med. Torsten Kuwert, Erlangen
Dr. med. Reinhard Mühlenberg, Krefeld
Prof. Dr. med. Ralf Paschke, Leipzig
Prof. Dr. med. Peter Schneider, Würzburg
Prof. Dr. med. Matthias Schott, Düsseldorf
Dr. med. Angelika Zeh, Plettenberg

Ehrenmitglieder:

Bundeskanzler a. D. Helmut Schmidt, Hamburg † Prof. Dr. med. W. A. Scherbaum, Düsseldorf

Geschäftsstelle:

Schilddrüsen-Liga Deutschland e.V. Geschäftsstelle Johanniter GmbH, Waldkrankenhaus Waldstraße 73, 53177 Bonn, Telefon 02 28/3 86 90 60

Schilddrüsen-Liga im Internet: www.schilddruesenliga.de

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft Köln, IBAN: DE2837020500008048300 BIC: BFSWDE33 Auskünfte zu individuellen Krankheitsfragen richten Sie bitte schriftlich an unsere Geschäftsstelle.

Gesamtherstellung:

Astrid Malzahn, celisho visual design & communication, Bonn

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion gestattet, dies gilt auch für Vervielfältigungen aus dem Internet.

TERMINVORANKÜNDIGUNG

Mitgliederversammlung:

12. Oktober 2019 11.00 Uhr | UniClub Bonn

Arzt Patienten Seminar:

12. Oktober 2019 13.30 Uhr | UniClub Bonn

