

Praxis der Schwangerenbetreuung bei mütterlichen Schilddrüsenerkrankungen

Dr. Andreas Schindler

Praxis

„...wie schaut's in der Praxis aus...“

...wie sollte die Praxis ausschauen...

Schwangerenbetreuung

Frauenarzt

Allgemeinmediziner

Internist

Hebamme

Spitalsambulanz:

Schwangerenambulanz

Schilddrüsenambulanz

Mutter Kind Pass

Labor bis 16.SSW

Interne Untersuchung in

17. - 20. SSW

Vor / in Frühschwangerschaft: TSH-Screening

Bei allen Schwangeren bis zur 12.SSW
(dzt. keine MKP-Untersuchung)

- TSH 0,2 – 2,5 : Euthyreose
- Jodsubstitution 100 µg/d

Leitlinie 2007 W. Dietrich, C. Tempfer

Vor / in Frühschwangerschaft: TSH-Screening

- Bei bek. Hyper- und Hypothyreose
- Z.n. SD - Op
- Symptomen oder Klinik
- Familienanamnese
- Struma
- SD-AK
- Z.n. Radiatio
- Diab.mell. Typ 1
- Autoimmunerkrankungen
Vitiligo, M. Addison, L.E.,
Rheumat. Arthritis, atrophe
Gastritis, Myasthenia gravis
- Z.n. Abortus

Bei Kinderwunsch:

■ TSH: 0,5 - 2,5 (0,5 – 1,5)

TSH > 2,5: Tyroxinsubstitution indiziert

- TRH-Test nicht unbedingt erforderlich
- Milde Hyperprolaktinämie oft mitbehandelt

■ SD-AK – Screening (TPO-AK)

„...an mögliche SD- Funktionsstörung denken...“

Hyperthyreose:

- warme, oft feuchte Hände
- Wärmeintoleranz (73%), Schwitzen, Durst
- Dauertachykardie (77%) (nachts im Schlaf)
- Gewichtsabnahme bei normalem Appetit (71%)
- RR-Amplitude > 50
- Schwirren über SD
- Gesteigerte Erregbarkeit, Tremor (82%)
- mehrere Stühle/Tag, Durchfälle

„...an mögliche SD- Funktionsstörung denken...“

Hypothyreose:

- Körperliche und geistige Leistungsminderung
- Trägheit, Müdigkeit
- Pastöses Gesicht, enge Lidspalten
- Kälteintoleranz, Frieren
- Kühle, trockene Haut
- Gewichtszunahme
- Haarverlust
- Obstipation
- Raue Stimme
- Bradykardie
- Menstruationsstörung
- Libidoverlust
- Fertilitätsstörungen

Jodsubstitution

Bei allen euthyreoten Schwangeren, Stillzeit:

Bei Hyperthyreose kontraindiziert!

Bei erhöhten AK möglich ohne Verschlechterung
einer Autoimmunthyreoiditis

100 µg/die (kassenfrei, green box)

In Leitlinie und div. Empfehlungen

Jodsubstitution warum

Erhöhter Jodbedarf:

- erhöhte glomeruläre Filtrationsrate mit renalem Jodverlust
- Verlust in das fetoplazentare Kompartiment

Jodmangel bei 10% aller Schwangeren!

Erhöhte mütterliche Strumarate

Kindliche Entwicklungsverzögerung, red. IQ

Klin. manifeste Hypothyreose

Symptome oft
uncharakteristisch

Jodmangel
Z.n. Hashimoto

- als SS - Beschwerden fehlgedeutet
- viele Pat. völlig beschwerdefrei
- **min. ein Drittel unentdeckt!!**

- Erhöhte Abortrate
- Präeklampsie
- Geringeres Geburtsgewicht
- Neurolog. Entw.!!

Hypothyreose – neurolog. Entwicklungsstörung

60 hypothyreote Schwangere (Dg. nach 12.SSW)

Kinder zeigten in ersten 2 Jahren

mental und motorisch

schlechtere Testergebnisse als Kinder

von euthyreoten oder leicht

hyperthyreoten Schwangeren; Pop 03

Subklinische Hypothyreose:

TSH erhöht, fT4 normal

- Auswirkung in Normalbevölkerung? (Fertilität)
- Auswirkung auf fetale neurolog. Entwicklung
bei 62/25000 Schwangeren mit TSH: ~ 13
64% nach 11a klin. manifeste H. und bei deren
7-9 a Kindern sign. geringerer IQ; Haddow et al.

Für die Praxis: Therapieempfehlung

- Levothyroxin
- Individ. Dosissteigerung nach TSH und fT4, möglichst frühe Bestimmung, Ko alle 4-6 Wo
- Ab Früh-SS: T4-Dosis um ~ 30% steigern
Faustregel: + 25 - 50 µg ab SS
- Im 2. Trimenon: Dosissteigerung auf 40-50% über die Ausgangsdosis vor der SS

Subklin. Hyperthyreose

Isoliert erniedrigtes TSH

0,1 – 0,4 in Frühgrav.: häufig, HCG induziert

Hyperemesis gravidarum

Ko nach 4 Wo

Keine Behandlungsindikation

Kontrolle post partum

Manifeste Hyperthyreose

fT4 erhöht, TSH supp.

TRAK – M. Basedow

TPO und / oder TP-AK
Hashimoto-Thyreoiditis

Ultraschall

Erhöhte Abortrate

Präeklampsie

Retardierung

Frühgeburt

IUFT

Hyperthyreose - Therapie

...in die Hände des Spezialisten...

Propylthiouracil (PTU) 150 -180mg/d
wg. kurzer HWZ in 3 Tagesdosen

Thiamazol (Choanalatresie, Ösophagusatresie,
Entwicklungsverzögerung)

Hyperthyreose - Therapie

Gefahr: Überdosierung! Labor-Ko alle 4 Wo

So niedrig wie möglich: fT4 in hochnormalen Bereich

Compliance!!

Jod ist kontraindiziert!

Cave: jodhaltige Nahrungsmittel (Käse,
Meeresfisch) bei autonomer Struma

Monotherapie – keine Kombination mit Levothyroxin
(Betablocker - Propranolol)

Hyperthyreose - Therapie

bei M.Basedow: TSH-R-AK (TRAK) plazentagängig

ab 20.SSW fetale Hyperthyreose:

US des Feten:

Struma, erhöhte Herzfrequenz bis
Herzinsuffizienz, Hydrops

Postpartales Monitoring des Neugeborenen!!

Neonatologen vorinformieren!

in 2-12% neonatale Hyperthyreose

Postpartum-Thyreoiditis

1 – 6 Mo postpartal schmerzlose Thyreoiditis:

2 Mo Zerfallshyperthyreose

4-8 Mo Hypothyreose, dann Euthyreose

Variabler Verlauf, ev. persistierende Hypothyreose

bei 5-8% aller SS!

Klinik: ~ Postpartale Depression?!

Gehäuft bei Diab.mell.Typ1, Basedow, TPO-AK

„...daran denken...“

Für die Praxis

An Schilddrüsenerkrankungen denken

TSH-Screening vor SS bzw. bis 12.SSW

Bei KiWu: Therapie ab TSH > 2,5

Jodsubstitution (außer bei Hyperthyreose!)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit suchen