

# Schilddrüsenkonsens

Wien-NÖ-OÖ-Stmk-Ktn



Praxisnahe und evidenzbasierte Diagnostik und Therapie

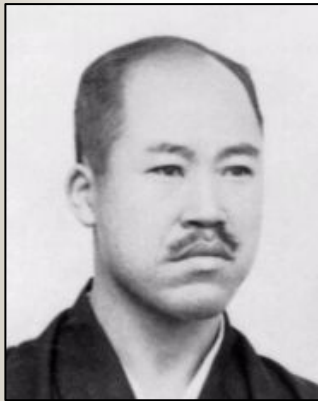
## Schilddrüse & Schwangerschaft



# PROBLEMBEREICHE

- **SD Erkrankungen häufig:**
  - 1%**       hypothyreote AIT Hashimoto
  - 2:1000**   manifeste Hypo-, Hyperthyreose
  - 7%**       Postpartum Thyreoiditis
  - 10%**      Späthythyreose nach PPT

# PROBLEMBEREICH: AIT



Dr. Hakaru  
Hashimoto 1881-1943

Inzidenz: 0,3-1,5/1000P pro Jahr

Frauen: 10-15x häufiger

**AIT ist häufigste Ursache einer  
erstdiagnostizierten  
Hypothyreose**

**Substitutionsziel: TSH < 2,5**

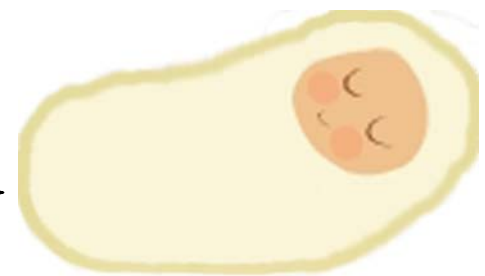
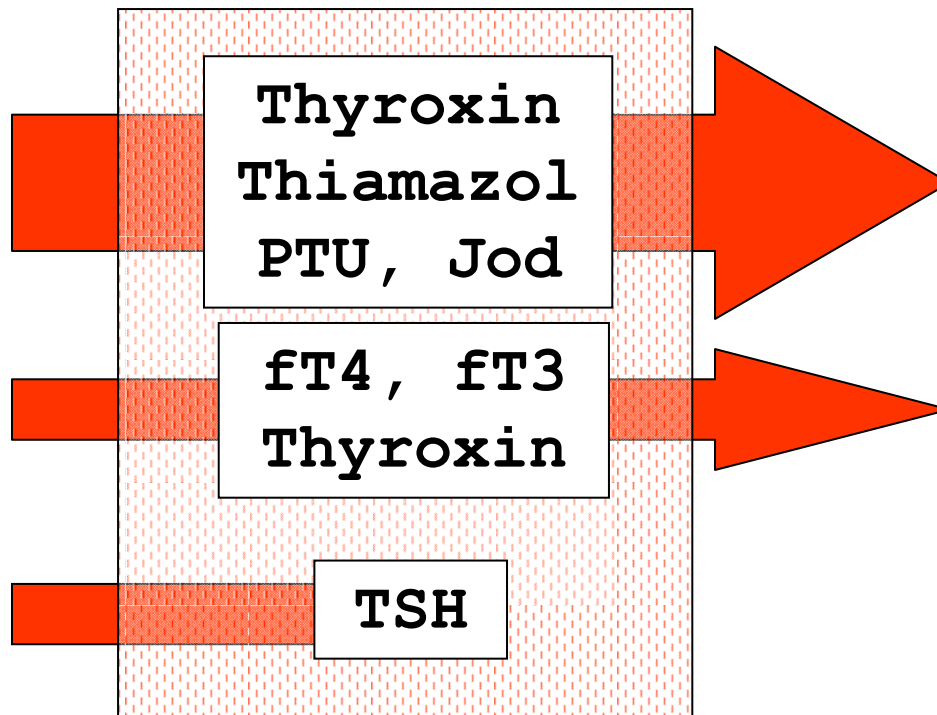
## KINDERWUNSCH:

**TSH im unteren Normalbereich ...**

- TSH: 0,5 -< 1,0 oder <1,5 oder 2,0
- TRHs TSH: < 20

# PROBLEMBEREICHE

- 2 Patienten gleichzeitig  
AK & Medikamente betreffen beide





# SCREENING – CASE FINDING

## INFERTILITÄT

TSH im Rahmen der Infertilitätsabklärung

## SCHWANGERSCHAFT

Österreichische Empfehlung:

generelles TSH-Screening bis zur 12. SSW

Endocrine Society: Targeted Case finding

Kontakt mit Schilddrüsenkompetenzzentrum

- präkonzeptionell bei Autoimmunerkrankungen oder bekannten SD Krankheit
- spätestens noch im ersten Trimenon

# TARGETED CASE FINDING

## anamnestisch Schilddrüsenerkrankung

M. Basedow (floride oder in Remission)

„voroperierte Schilddrüse“

Postpartale Thyreoiditis

Autoimmunthyreoiditis Hashimoto

## klinischer Verdacht auf eine Schilddrüsenerkrankung

bekannte Struma

Infertilität, Abortanamnese

## Autoimmunerkrankung

Diabetes mellitus Typ 1

Vitiligo

Perniziosa

## Medikamentöse Therapie

Thyroxinsubstitution

Thyreostatika

Interferon

Lithiumtherapie

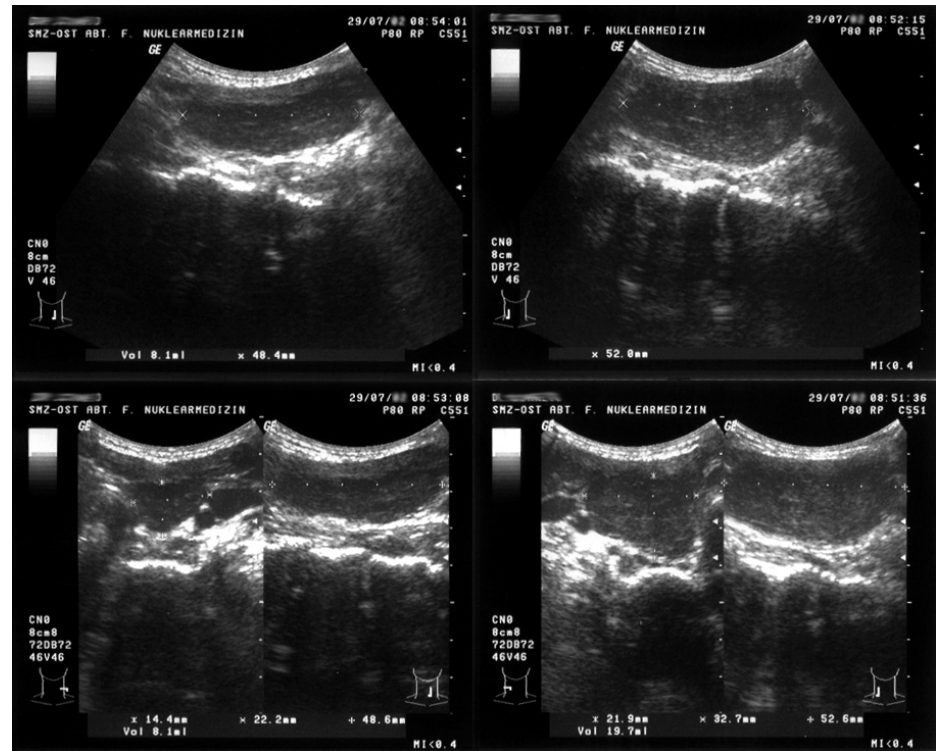
## anamnestisch Halsbestrahlung

z.B. St.p. Lymphomtherapie



# ROLLE DES HAUSARZTES

- **Ausschluss von SD Erkrankungen**
  - Labor: TSH, fT4 (fT3)
  - Ultraschall (Echogenität)
- dann zum Spezialisten



# JOD SUPPLEMENT



**Empfehlung Schwangeren und  
Laktierenden: 250µg/die**

- Jodversorgungszustand in der Praxis nicht bestimmbar
- Therapeutische Breite groß
- bei Hyperthyreose (AIT) kontraindiziert
- viele Präparate enthalten kein Jod

**Alle euthyreoten Schwangeren soll eine jodreiche Ernährung empfohlen und eine Jodsubstitution angeboten werden.**



# JOD SUPPLEMENT

## ■ KEIN JOD: ■ 150 µg:

- Elevitpronatal
- Pregnavit



- **Eu-cellnatal** (Gehring VS)
- **Femibion** (Merck)
- **Orthomolnatal** (Orthomol)

## ■ 200 µg:

- **CentrumMaterna** (Wyeth)
- **Natalaktiv** (Hipp)
- **NeoVin** (Milupa)
- **Pronatal** (Nestle)





# Hyperemesis gravidarum

- ab 6., selten nach 16. SSW
- hohes beta hCG
- 30–60% erhöhte fT4 Spiegel
- 12% erhöhtes fT3
- **Differenzialdiagnose** (Sono)
  - „Schwangerschaftshyperthyreose“  
*beta HCG induzierte Hyperthyreose*
  - „Zerfallshyperthyreose“  
*Autoimmunthyreoiditis*
  - „echten Hyperthyreose“ (selten)  
*Autonomie*  
*M. Basedow*

*„Meine Schilddrüsenhormon-  
Tabletten setze ich ab, damit  
ich meinem Kind nicht schade“*

**FALSCH**





# Thyroxinbedarf steigt in der Schwangerschaft

- **Schilddrüsenhormonsubstitution ist keinesfalls abzusetzen**
- **eingeschränkte Synthesefähigkeit „vorgeschädigte Schilddrüse“ !**
- **Plazenta schützt Kind z.T. vor einem zuviel an T4**
- **Kindliche Hypothyreose ist das größere Risiko!**
- **fT4 im obersten Normalbereich OK**  
TSH: 0,5 - 2,5 1.TM, 0,5 - 3,0 2.,3.TM



# Postpartum Thyreoiditis

- postpartale, autoimmunologisch medierte thyreoidale Dysfunktion
- Prävalenz: 7%
- Risikofaktoren:
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Alter > 30
  - TPO Titer in Frühschwangerschaft
  - echoarme Schilddrüse
- Differenzialdiagnose:
  - Basedow, AIT, Autonomie
- Hypothyreoserisiko bis zu 10 Jahren

# NACHKONTROLLEN nicht vergessen



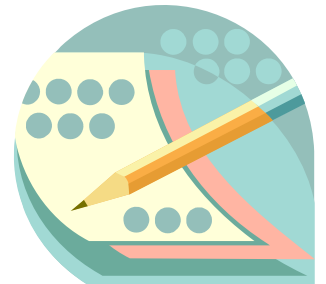
- präkonzeptionell substituierter Hypothyreose:
  - Kontrollintervalle: ca. 6 Wochen
- Kontrollintervall Thyreostatikatherapie
  - individueller Krankheitsverlauf
- M. Basedow auch in Remission
  - TRAK Bestimmung im 3. Trimester: postpartales Monitoring des Neugeborenen
  - postpartaler Relaps: KO 3 und 6 Monate postpartal
- Positiven Schilddrüsen-Antikörpern
  - Kontrollen 4-6 Wochen, 3 und 6 Monate post partum
  - Risiko Postpartum Thyreoiditis

# TAKE HOME MESSAGE I

**IDEAL:**

**PRÄKONZEPTIONELLE  
ABKLÄRUNG UND AUFKLÄRUNG  
VON SD ERKRANKUNGEN**

**SCHNITTSTELLEN  
PROBLEM**



# TAKE HOME MESSAGE II

BEURTEILUNG DER  
SCHILDDRÜSENFUNKTION  
WÄHREND DER  
SCHWANGERSCHAFT UNTER  
BERÜCKSICHTIGUNG DER  
PHYSIOLOGISCHEN  
VERÄNDERUNGEN



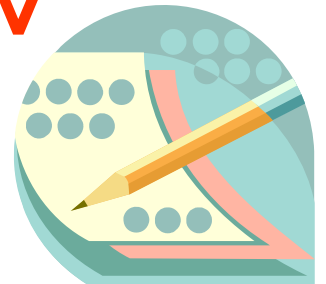



# TAKE HOME MESSAGE III

**PATIENTENAUFKLÄRUNG:  
THYROXINSUBSTITUTION  
POSTPARTALES RISIKO**

**AIT → PPT**

**BASEDOW → REZIDIV**





## Programm:

- 09:30 - 09:40 Leitha: *Begrüssung und Einführung*
- 09:40 - 10:00 Buchinger: *Physiologie der Wechselbeziehung zwischen Schilddrüse und Reproduktion*
- 10:00 - 10:20 Zettinig: *Immunogene und nicht immunogene Thyreopathien in der Gravidität*
- 10:20 - 10:40 Leitha: *Vorstellung des Konsenspapiers*
- 10:40 - 11:00 Schindler: *Praxis der Schwangerenbetreuung im Hinblick auf mütterliche Schilddrüsenerkrankungen*
- 11:00 - 11:20 Bock, Wustinger: *Postpartale Komplikationen bei Schilddrüsenstörungen der Mutter*
- 11:20 - 12:00 Lengauer/ Stangl: *Fallbeispiele*
- 12:00 - 13:30 *Publikumsdiskussion mit den Vortragenden  
anschließend Buffet*