

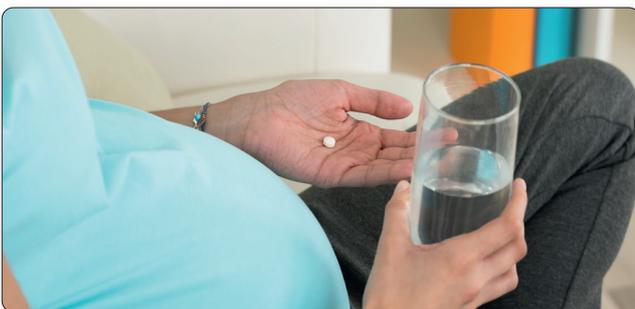
Schilddrüse und Schwangerschaft

Kinderwunsch, Schwangerschaft und die Zeit nach einer Geburt sind besondere Lebensabschnitte bei Patientinnen. Gerade in dieser Zeit erfährt die Schilddrüse eine besondere Bedeutung. Bei der Fruchtbarkeit der Mutter spielt die Schilddrüsenfunktion eine wichtige Rolle. Daher sollte bei einem unerfüllten Kinderwunsch die Bestimmung des Schilddrüsenwertes (TSH Wert) sowie für eine weiterführende Fragestellung auch der schilddrüsen-spezifischen Antikörper erfolgen. Bei einem TSH > 4 mIU/l sollte in dieser Situation eine Therapie mit L Thyroxin begonnen werden. Auch bei einer vorbestehenden Schilddrüsenunterfunktion ist bei einem geplanten Kinderwunsch eine Kontrolle des TSH Wertes sinnvoll. Empfohlen ist eine Einstellung auf ein Ziel TSH zwischen dem unteren Normwert und 2,5 mIU/l.

Schwangerschaft

Ein generelles TSH Screening wird aufgrund fehlender Evidenz aktuell nicht empfohlen. Sollten aber Risikofaktoren vorliegen, ist eine Bestimmung der Schilddrüsenwerte TSH, fT3 und fT4 angeraten. Bei TSH Werten über 10 mIU/l sollte neben der Klärung der Ursachen (Bestimmung von TPO und/ oder Thyreoglobulin Antikörper zur Sicherung der Diagnose einer möglichen Hashimoto-Thyreoiditis) unmittelbar eine Therapie mit L-Thyroxin begonnen werden. Gerade in den ersten 3 Monaten hat die Behandlung einer manifesten Hypothyreose eine wichtige Bedeutung für die neurologische Entwicklung des Kindes. Bei TSH Werten zwischen 4 und 6 mIU/l ist eine Therapie mit L-Thyroxin anzuraten. Bei TSH Werten zwischen 2,5 und 4 mIU/l sollte eine Bestimmung der TPO Antikörper erfolgen. Bei positiven TPO Antikörpern wäre eine Therapie mit L-Thyroxin möglich. Allerdings führt die Gabe von L-Thyroxin weder zu einer Verbesserung der kindlichen kognitiven Funktionen noch der Abortrate.

Bei einer bereits vorbestehenden Schilddrüsenhormonsubstitution oder positiven TPO Antikörpern sollte spätestens nach Feststellung der Schwangerschaft oder bei einem Ausbleiben der Regelblutung eine Kontrolle erfolgen. Aufgrund des in der Frühschwangerschaft erhöhten Hormonbedarfs bei der vorbehandelten Unterfunktion gilt die praktische Empfehlung der Dosiserhöhung um 20-50 % in den ersten Wochen der Schwangerschaft, um den Mehrbedarf an Schilddrüsenhormon auszugleichen.



Zur Praktikabilität

Wenn eine Patientin L-Thyroxin 50 µg einnimmt, soll sie dies an fünf Tagen weiter so einnehmen und an zwei Tagen die Dosis verdoppeln, also L-Thyroxin 100 µg einnehmen. Im Verlauf sind weitere Kontrollen in Abständen von 4-6 Wochen empfohlen. Die Gabe von Jodid 150 µg täglich ist in der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit zu empfehlen, solange keine ausgeprägte Überfunktion vorliegt. Diese Empfehlung gilt auch bei Frauen mit Autoimmunthyreopathien (Hashimoto-Thyreoiditis) und bei Frauen mit positiven Antikörpern. Optimalerweise sollte die Supplementierung bereits präkonzeptionell erfolgen.

Schilddrüsenüberfunktion

Eine Überfunktion in der Schwangerschaft kann verschiedene Ursachen haben. Eine Bestimmung der TSH Rezeptorantikörper ist daher notwendig, um eine Immunthyreopathie vom Typ Morbus Basedow nicht zu übersehen. Klinisch leiden die Patienten an Palpitationen, einer Nervosität und an einem vermehrten Schwitzen. Eine unbehandelte Überfunktion kann u.a. zu einem Bluthochdruck oder einer Herzschwäche bei der Mutter führen. Es kann zu einem verminderten intrauterinem Wachstum kommen und zu einer möglichen Frühgeburt oder Fehlgeburt. Aus diesem Grunde ist es sehr wichtig, diese Erkrankung rechtzeitig zu erkennen und auch zu behandeln. Zu beachten ist, dass die TSH Rezeptor Antikörper plazentagängig sind und bereits während der Schwangerschaft, aber auch nach der Entbindung, beim Kind zu einer vorübergehenden Überfunktion und/ oder zu einer Vergrößerung der kindlichen Schilddrüse führen kann. Die Geburtshelfer sollten darüber informiert werden. Eine Therapie mit Jodid sollte in diesem Fall nicht erfolgen.

Differentialdiagnostisch abzugrenzen davon ist die physiologische β -HCG induzierte TSH Erniedrigung, die durch das von der Plazenta gebildete β -HCG ausgelöst wird und in der Regel keinen Behandlungsbedarf hat. Die Jodidsupplementierung kann dabei fortgeführt werden.

Nach der Geburt

Auch in den ersten zwölf Monaten nach der Entbindung kann es zu einer Schilddrüsenfunktionsstörung kommen. Häufig werden diese übersehen und als Wochenbettdepression oder Anpassungsschwierigkeiten interpretiert. Bei einer so genannten Postpartum Thyreoiditis kommt es häufig zuerst zu einer Überfunktion mit z.B. einer Nervosität und Schlafstörungen und dann zu einer Unterfunktion mit einer deutlichen Erschöpfung und Müdigkeit. Eine Bestimmung von TSH, fT3, fT4, TPO-AK/ TG-AK und TRAK ist sinnvoll. In einem Großteil der Fälle regeneriert sich die Schilddrüse und eine Therapie ist nicht erforderlich. Bei einem Teil der Patientinnen muss allerdings bei einer verbleibenden Unterfunktion eine Therapie mit L-Thyroxin begonnen werden.

**Bei fachlichen Fragen zu dieser Analytik helfen Ihnen unsere Kollegen des IMD Berlin unter +49 (0)30 770 01-220 gerne weiter.
Bei allen anderen Fragen wenden Sie sich bitte an die Kollegen des IMD Potsdam unter +49 (0)331 28095-0.**

Laborparameter

- TSH
- ft3
- ft4
- TPO-AK (MAK)
- TG-AK (TAK)
- TRAK-AK

Material und Abrechnung

1 Serumröhrchen

Der Transport ins Labor ist nicht zeitkritisch und kann per Postversand erfolgen.

Eine Abrechnung ist bei gegebener Indikation im kassen- und privatärztlichen Bereich gegeben.