

# Praxis der Schwangerenbetreuung bei mütterlichen Schilddrüsenerkrankungen

Dr. Andreas Schindler

# Praxis

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

...wie sollte die Praxis ausschauen...

# Schwangerenbetreuung

Frauenarzt

Spitalsambulanz:

Allgemeinmediziner

Schwangerenambulanz

Internist

Schilddrüsenambulanz

Hebamme

**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