

Schilddrüsenkonsens

Wien-NÖ-OÖ-Stmk-Ktn



Praxisnahe und evidenzbasierte Diagnostik und Therapie

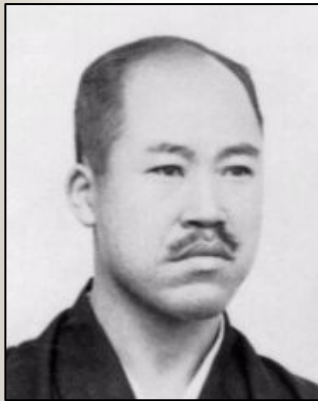
Schilddrüse & Schwangerschaft



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

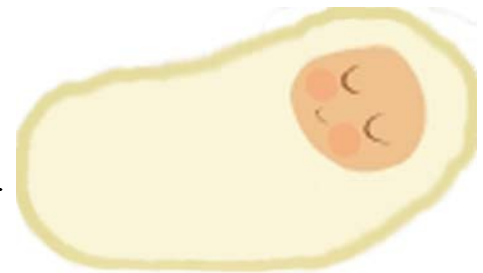
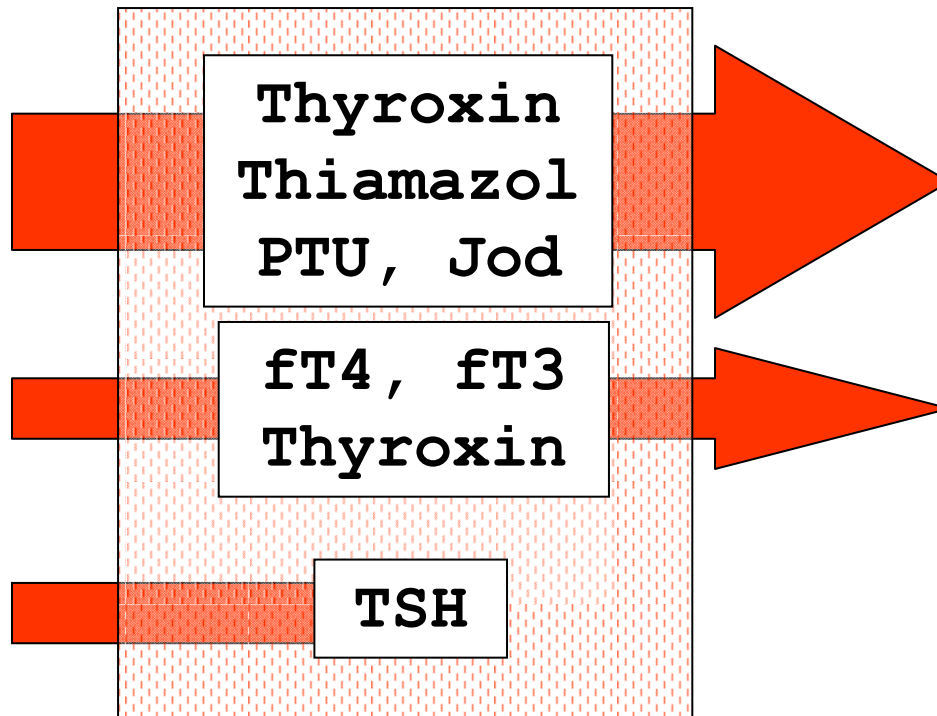
KINDERWUNSCH:

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

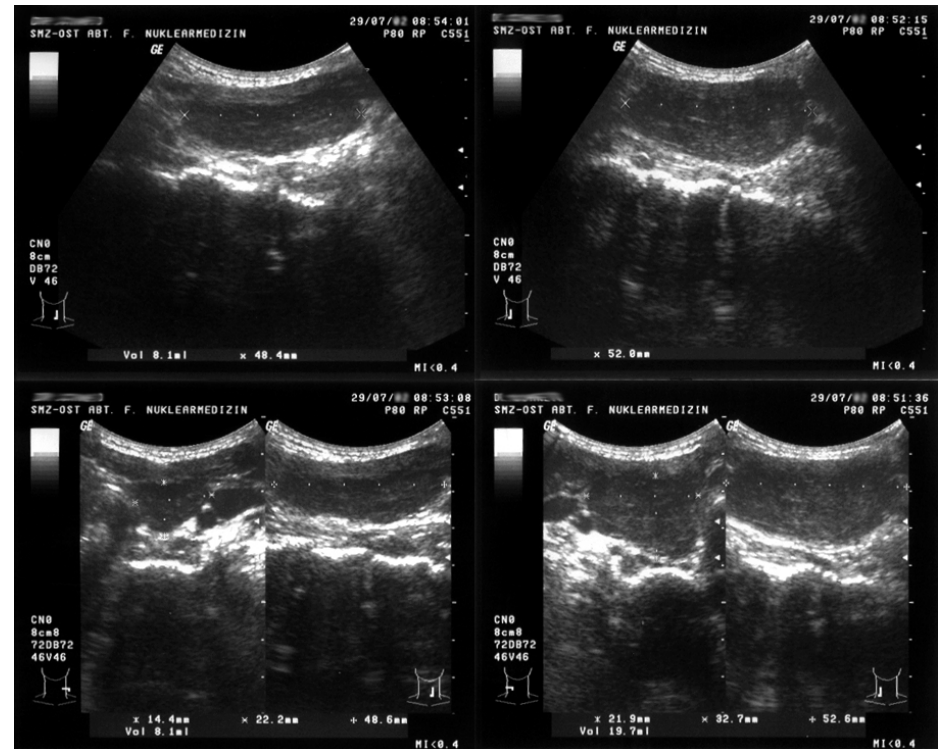
anamnestisch Halsbestrahlung

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