

Hypothyreose

Dr. med. Mirjam Faulenbach

FMH Endokrinologie/Diabetologie

FMH Innere Medizin

Epidemiologie

Prävalenz Allgemeinbevölkerung :

- Hypothyreose: 1%^{1,2}
- subklinische Hypothyreose: 2-3%^{1,2}
- positive Auto-Antikörper: 10-15%^{1,2}

Prävalenz Schwangere:

- Hypothyreose: 0.3-0.5%
- Subklinische Hypothyreose: 2-3%
- Positive Auto-Antikörper: 5-15%

¹ Stagnaro-Green A et al. JAMA 1990;264:1422-5.

² Allen WC et al. J Med Screen 2000;7:127-30.

Physiologie: Schwangerschaft und Schilddrüse

- Volumenzunahme Schilddrüse: 10% in Jod-versorgten Gebieten, 20-40% in Jodmangelgebieten
- 50%ige Steigerung von Thyroxin (T4) und Trijodthyronin (T3)
- TSH unter hCG Einfluss: Obergrenze um 1.0mU/L tiefer
- 10-20% aller Schwangeren haben TPO o. Thyreoglobulin (Tg) Antikörper
 - 16% davon entwickeln Hypothyreose während SS
 - 33-50% Risiko für postpartale Hypothyreose

➤ **Schwangerschaft = Stress-Test der Schilddrüse**

Stagnaro-Green A. et al. Thyroid 2011;21:1081-125.

Richtwerte in der Schwangerschaft Frauen ohne vorbestehend Dysthyreose

- Empfehlung: totale Jodzufuhr 250mcg/Tag¹
- TSH Beurteilung nach Trimester²:
 - 1. Trimester 0.1-2.5mU/l
 - 2. Trimester 0.2-3.0mU/l
 - 3. Trimester 0.3-3.0mU/l
- Auto-Antikörper-Status Screening: TPO und Thyreoglobulin-Antikörper

¹ WHO, 2005

² American Thyroid Association Guideline 2014

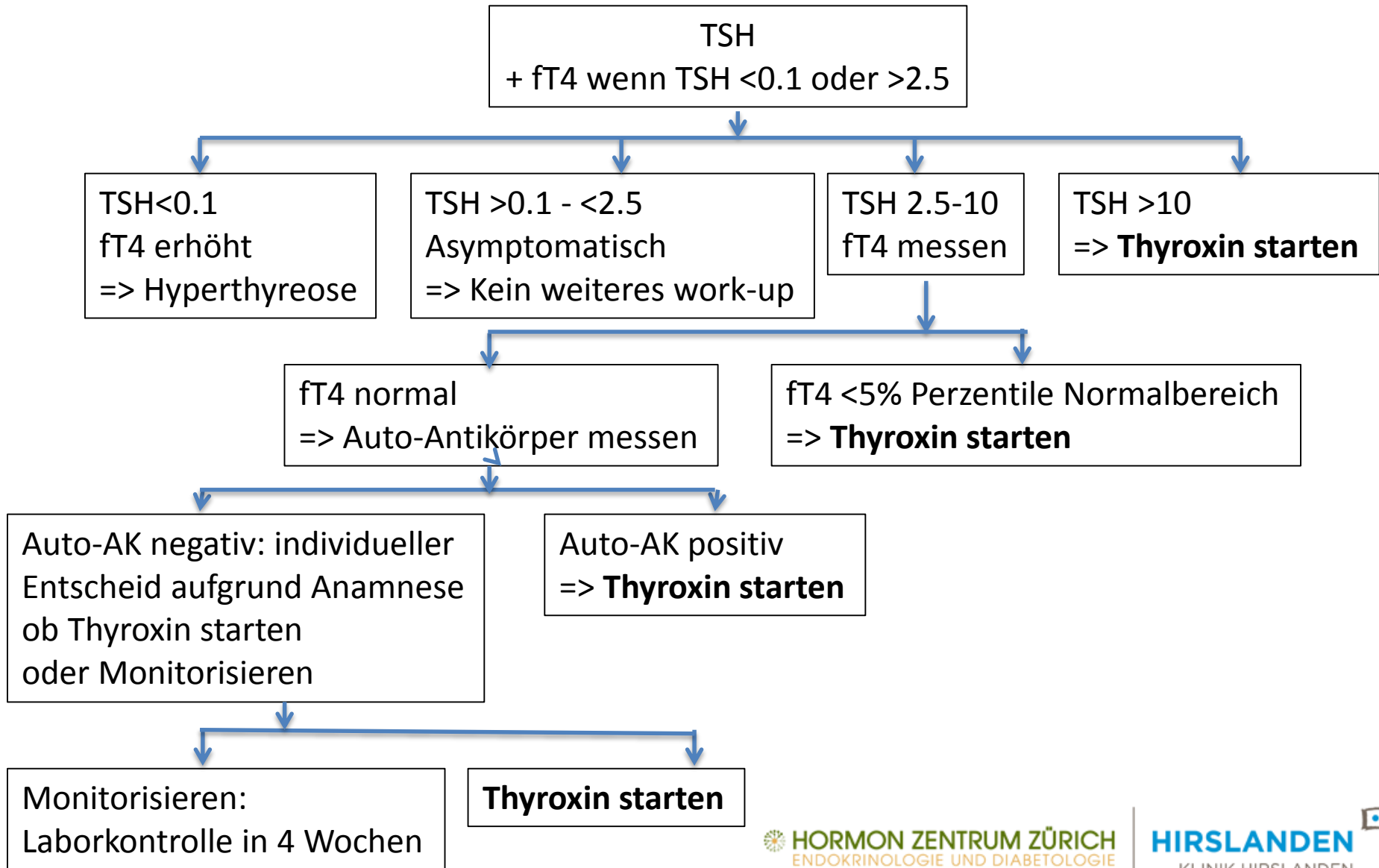
Frauen mit erhöhtem Risiko für Hypothyreose

Risikofaktoren

- Positive Anamnese für frühere Dysthyreose
- Alter >30 Jahre
- Symptome einer Hypothyreose oder Struma
- TPO-AK positiv
- Typ 1 Diabetes oder andere Autoimmunerkrankung
- Frühere Radiotherapie Kopf/Halsregion
- Positive Familienanamnese für Schilddrüsenerkrankungen
- Adipositas WHO III°, BMI >40kg/m²
- Amiodaron oder Lithium Einnahme
- Fehlgeburt oder Frühgeburt

Stagnaro-Green A. et al. Thyroid 2011;21:1081-125.

TSH Algorhythmus mit Screening im 1. Trimester



Thyroxin Substitution während Schwangerschaft

- TSH und fT4 alle 4 Wochen kontrollieren bis 20. SSW
- Thyroxin-Dosis anpassen mit Ziel-TSH <2.5 im 1. Trimester, <3.0 im 2. Trimester
- TSH und fT4 kontrollieren zwischen 26.-32.SSW mit Ziel-TSH <3.0 im 3. Trimester
- TSH und fT4 postpartal nach 6 Wochen kontrollieren

Stagnaro-Green A. et al. Thyroid 2011;21:1081-125.

Ursachen einer Hypothyreose

- Jodmangel
- Autoimmunthyreopathie
 - 55% positive AK bei subklinischer Hypothyreose¹
 - 80% positive AK bei manifester Hypothyreose¹
- Radiojodablation
- Thyreoidektomie
- Hypothalamisch-hypophysäre Defizienz

¹ Allen WC et al. J Med Screen 2000;7:127-30.