



Schilddrüsenfunktionsstörungen in Gynäkologie und Schwangerschaft... (K. Popp)

Hyperthyreose

Im Hinblick auf die Reproduktion führen Hyperthyreosen zur Ovarialinsuffizienz mit Zyklusstörungen vor allem im Sinne von Oligo- und Amenorrhoe. Zunächst muss szintigrafisch der Ausschluss einer Autonomie erfolgen. Basisdosen zur Behandlung einer Hyperthyreose sind 10-20mg Methimazol oder Carbimazol oder 150mg Propylthiouracil. Subklinische Hyperthyreosen (TSH erniedrigt, periphere Hormone normal) sind in ihrer Behandlungsnotwendigkeit umstritten.

Hypothyreose

Beide Formen der Hypothyreose (erhöhtes TSH, erniedrigte periphere Hormone) und die latente Form (erhöhtes TSH, T4 im Normbereich) bewirken eine Hypoprolaktinämie. Würde man mittels einer antiprolaktinämischen Therapie eingreifen, vergibt man sich die Möglichkeit, das Grundproblem zu behandeln. Die Hyperprolaktinämie führt durch die Beeinflussung der pulsatilen LH/FSH Freisetzung zu einer negativen Beeinflussung des Zyklus und der Follikelreifung. Auch die subklinische Hypothyreose kann eine ovarielle Insuffizienz nach sich ziehen, außerdem besteht eine erhöhte Abortneigung.

Grundsätzlich sollten schwangere, infertile und anovulatorische Frauen unbedingt behandelt werden. Die Dosis von L-Thyroxin beträgt zunächst 50-75µg. Dosisänderungen erfolgen TSH adaptiert bei einer TSH Kontrolle nach 4-6 Wochen.

Gravidität

In der Schwangerschaft kommt es zu einer physiologischen Zunahme des Schilddrüsenvolumens um 10-15%, in Jodmangelgebieten sogar um 30-40%. Vorbestehende Funktionsstörungen der Schilddrüse werden in ihrer Ausprägung verändert. Mütterliche Schilddrüsenhormone passieren die Plazenta in geringer Masse, während Iod und vor allem Schilddrüsenantikörper leicht in den fetalen Kreislauf gelangen. Iodmangel führt diesbezüglich zu fetaler geistiger und körperlicher Retardierung bis hin zum Kretinismus.

Zur Vorbeugung gilt die Empfehlung zur Iodidprophylaxe mit 200 mg bei Einlings-, bis zu 300 mg bei Gemini-Gravidität. Besteht vor der Schwangerschaft eine Struma ist die sonographische Überwachung indiziert. Es sollte mit L-Thyroxin 50-150 µg pro Tag mit einem Zielwert TSH 0,5 mU/l behandelt werden. Bei Autoimmunthyreoiditis wird lediglich mit Iodid behandelt.

Die **Graviditätshyperthyreose** tritt physiologisch zwischen der 8. bis 20. SSW auf und hängt mit dem Zeitpunkt der höchsten HCG Konzentration zusammen, welches mit dem TSH-Rezeptor kreuzreagiert. Thyreostatika sollen nur bei schweren Symptomen eingesetzt werden.

Bei der Autoimmunhyperthyreose, M. Basedow (TSH erniedrigt, periphere Hormone erhöht, TSH-R-Antikörper erhöht) besteht in eine erhöhte Abort- und Frühgeburtsrate, eine erhöhte Missbildungsrate und die Gefahr einer thyreotoxischen Krise peripartal. Die Therapie erfolgt mit einer Anfangsdosis von 10-20mg Thiamazol/Tag und wird langsam auf 2,5-5 mg reduziert. Ziel ist nur die Absenkung der freien Schilddrüsenhormone bei weiterhin supprimiertem TSH. Kontrolluntersuchungen alle 2-4 Wochen. Ein Auslassversuch ist im 2. Trimenon möglich.

Besondere Beachtung sollten **Schilddrüsenantikörper in der Schwangerschaft** finden. Indikation zu Bestimmung besteht vor allem bei vorbestehenden Schilddrüsenerkrankungen der Mutter. Die Antikörper passieren die Plazenta und führen zu intrauteriner Tachykardie und Dystrophie. Beim Neugeborenen finden sich dann Struma, Diarrhö, Tachykardie und Tachypnoe. Bei der Mutter werden die TPO-AK (Peroxidaseantikörper) sowie die TSH-R-AK (Rezeptorantikörper) bestimmt.

Bei vorbestehender Hypothyreose muss die L-Thyroxin-Dosis in der Schwangerschaft um ca 50µg/Tag erhöht werden.