

Schilddrüsenunterfunktion und Schwangerschaft

Bewiesenes zum Thema

Patienteninformation für das Medizinische Versorgungszentrum,
Wilhelmsplatz 11, 70182 Stuttgart, Autoren: Rainer und Petra Wiedemann
T 0711 / 6336131 F 0711 / 2487425
Email: info@vorbeuge-medizin.com www.vorbeuge-medizin.com

Sehr geehrter Leser,
unsere Gesundheitsinformationen geben Ihnen abgesichertes medizinisches Wissen. Die Gesundheitsinformation berücksichtigt die zuverlässigsten Studien weltweit und ist damit die wirksamste Maßnahme, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden.

Zur Schilddrüsenunterfunktion ist das Wissen begrenzt, es sind viele Fragen noch nicht verlässlich beantwortet. Viel ist Meinung, Angstmache und Fehlinformation von Interessensverbänden (Industrie, Labor...).

Eine „richtige Unterfunktion“ muss behandelt werden!

Aber die behandlungsbedürftige Schilddrüsenunterfunktion (klinische Hypothyreose) ist selten. Sie kommt bei 0,3-0,5% der Menschen vor, also bei maximal 5 von 1.000 Personen!

Definition der Schilddrüsenunterfunktion: Falls TSH (Thyroidea stimulierendes Hormon) über 10mU/L liegt und FT4 (Thyroxin) erniedrigt ist, liegt Hypothyreose vor. Falls FT4 normal ist, aber TSH über 10mU/L liegt, wird auch behandelt.

Eine derartige Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) mit Beschwerden wird mit Schilddrüsenhormongabe (Levothyroxin) behandelt. Wissenschaftlich gibt es keine Alternative. Die Behandlung ist bewiesen wirksam, der Nutzen überwiegt eindeutig den Schaden.

Nach wie vor weiß man **nicht**, wie man mit der **subklinischen Hypothyreose** umgehen soll.

Eine **subklinische Hypothyreose** (TSH über 4 bei normalem fT4) wird häufig gefunden, wenn man große Teile der Bevölkerung untersucht („Screening“, „Gesundheitscheck“): 8% der Frauen und 3% der Männer haben solche Werte, ohne dass sie krank sind. Es ist kein Screening auf Bevölkerungsebene oder für Schwangere (z.B. in den Mutterschaftsrichtlinien) vorgesehen, **da kein Effekt belegt ist**.

Ganz wichtig: Schilddrüse und unerfüllter Kinderwunsch, wenig Einfluss!

Es gibt **keine Belege** aus verlässlichen Studien, dass eine Unterfunktion der Schilddrüse Kinderlosigkeit oder häufiger Fehlgeburten verursacht, obwohl das häufig behauptet wird. Man kann entspannen, denn keine der bisherigen Studien konnte zeigen, dass durch die Gabe von Schilddrüsenhormon eine Frau schneller schwanger wird oder weniger Fehlgeburten hat. Ein klinisch bedeutender Effekt wäre aber bei den bislang vorliegenden Studien aufgefallen.

Man muss nicht immer behandeln: TSH normalisiert sich spontan in **20% - 40%** der Fälle, auch **Sport** senkt TSH.

Möglicher Schaden: In 2-5% der Fälle wird durch Schilddrüsenhormongabe eine Überfunktion erzeugt.

Frauen unter Schilddrüsenhormoneinnahme in der Schwangerschaft haben mehr Schwangerschaftskomplikationen und etwas mehr kindliche Fehlbildungen, wobei die Ursache unklar bleibt. Der Studientyp erlaubt keine Rückschlüsse auf einen möglichen Zusammenhang.

Alle Schwangeren in Schweden von 1995 bis 2004 (n=848.468) und geborenen Kinder (n=861.989) sind erfasst. 9.866 Schwangere haben Schilddrüsenhormon in der Schwangerschaft genommen. Frauen mit Schilddrüsenhormoneinnahme hatten etwas mehr Präeklampsie

(„Schwangerschaftsvergiftung“ mit hohem Blutdruck etc.), Diabetes (Zuckerkrankheit), Kaiserschnitte und Geburtseinleitungen. Die Frühgeburten vor der 34. Schwangerschaftswoche waren etwas erhöht (um ca. 10%).

Eine starke Schilddrüsenüberfunktion hatten 8 Kinder, erwartet worden wären 0,2.

Eine geringe, aber Zunahme der angeborenen kindlichen Fehlbildungen fiel auf (OR = 1,14, 95% CI 1,05-1,26). Das bedeutet, 4-7% ist das generelle Risiko jeder schwangeren für eine kindliche Fehlbildung, mit Schilddrüsenhormoneinnahme kann es **maximal auf 9%** ansteigen.

Wikner BN et al. Maternal use of thyroid hormones in pregnancy and neonatal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(6):617-27
Reid SM et al. Interventions for clinical and subclinical hypothyroidism in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007752.

AKTUELL: Die Empfehlungen aus Leitlinien bei Kinderwunsch und für Schwangere:

(Die Angaben A; B; C in Klammern geben die Sicherheit wider. A wäre am höchsten. Dies wird auf unserer Webseite erklärt).

- Patienten mit Kinderwunsch sollten eine TSH Bestimmung erhalten. (III,C)
- Bei Schwangeren mit ehemals Hypothyreose sollten **TSH + FT4 in jedem Trimenon** gemessen werden (II,B). Die T3 Bestimmung ist nicht erforderlich.
- Der Spiegel von FT4 im ersten Trimenon sollte im Bereich des mittleren bis oberen Referenzbereichs für Nichtschwangere liegen und das TSH im oder am unteren Ende des Referenzbereichs (0,4 – **4,0mU/L***), wobei Vorteile einer „strafferen Einstellung“ nicht belegt sind.
- 2- 4 Wochen postpartum sollte TSH kontrolliert werden und die Hormondosis reduziert werden. (III,C)
- Jod ist für die Synthese von Triiodothyronin und Thyroxin erforderlich.
In der Schwangerschaft und postpartum empfiehlt die WHO eine Erhöhung der Jodzufuhr um mindestens 200 µg/d. Die Nebenwirkungen sind gering.
- Bei einer Hashimoto Thyreoiditis (HT), wird ähnlich verfahren; HT ist keine Erkrankung, sie kann aber zur Unterfunktion führen und wird dann so behandelt.

Glinier D, Abalovich M. Pregnancy plus: Unresolved questions in managing hypothyroidism during pregnancy. BMJ 2007;335:300-302,
Villar HCCE et al. Thyroid hormone replacement for subclinical hypothyroidism. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
Art. No.: CD003419

Casey BM. Subclinical hypothyroidism and pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2006 Jun;61(6):415-20.

UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests [PDF] British Thyroid Association, Juli 2006.

Negro R et al. Universal Screening Versus Case Finding for Detection and Treatment of Thyroid Hormonal Dysfunction During Pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Feb 3. [Epub ahead of print]

Stagnaro-Green A et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. The American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. THYROID21,10, 2011. DOI: 10.1089/thy.2011.0087

Vissenberg R et al. Treatment of thyroid disorders before conception and in early pregnancy: a systematic review. Hum Reprod Update. 2012 Mar 19. [Epub ahead of print]

Bei Fragen und Anmerkungen wenden Sie sich bitte an die Autoren unter info@vorbeuge-medizin.com. Die Literatur zum Thema wurde am 01.07.2012 umfassend gesucht und beurteilt. Die Information ist von den Autoren frei von finanziellen Interessen und systematisch erstellt, sie ist umfassend, aktuell und soll verständlich sein. Patienten sind in die Erstellung einbezogen worden. Die Methodik und die verwendete Literatur sind unter www.vorbeuge-medizin.com nachzulesen.