

Uta Katharina Schmidt-Göhrich,  
Henna Sihvonen-Riemenschneider, Antje Bergmann

# Schilddrüsenerkrankungen

**Schilddrüsenerkrankungen gehören zu den häufigsten (Begleit-)Erkrankungen in Deutschland. Ziele der medikamentösen Therapie sind die klinische und laborchemische Euthyreose sowie die Vermeidung und Verringerung allgemeiner und lokaler Symptome wie Herzrhythmusstörungen oder Engegefühl im Halsbereich. In diesem Kapitel werden die therapeutischen Optionen beschrieben.**

## Vor jeder Therapie

muss eine sekundäre Schilddrüsenerkrankung ausgeschlossen werden.

Die häufigste Schilddrüsenerkrankung in Deutschland ist die **diffuse** oder **nodöse Struma**. Da sie oft weder klinische Beschwerden noch hormonelle Störungen verursacht, wird die Therapienotwendigkeit immer wieder kritisch diskutiert [5].

In der Regel äußern sich Erkrankungen der Schilddrüse jedoch in Funktionsstörungen, entweder einer **Hypo-** oder **Hyperthyreose**. Meist verursachen nur die manifesten Störungen klassische klinische Symptome. Nicht selten werden dagegen die latenten Dysfunktionen vom Patienten nicht oder kaum wahrgenommen; häufig handelt es sich um einen Laborzufallsbefund.

Je älter die Patienten sind, desto geringer sind meist die klassischen klinischen Symptome. Andererseits treten im höheren Lebensalter vermehrt Erkrankungen auf, die – oder deren Behandlung – die Schilddrüsenfunktion beeinflussen. Vor jeder Therapie einer thyreoidalen Dysfunktion muss daher unbedingt eine zuverlässige Diagnostik mit Ausschluss iatrogenen, medikamentöser und anderer sekundärer – ggf. kausal behandelbarer – Schilddrüsenerkrankungen erfolgen.

## Hypothyreose

Das Spektrum der Ursachen einer Hypothyreose reicht von kongenitalen Schilddrüsenhypoplasien bis zur iatrogenen Unterfunktion durch Medikamente, nach OP oder Radiojodtherapie. Wichtig ist die differenzialdiagnostische Abgrenzung physiologischer und nicht substitutionsbedürftiger niedriger Schilddrüsenhormonspiegel bei schweren Erkrankungen (z.B. Low-T3/T4-Syndrome bei Sepsis u.ä.).

So vielfältig die Ursachen der Hypothyreose sind, so übersichtlich ist die Therapie dieser Funktionsstörung. Unabhängig von der Ätiologie ist das Ziel stets die (meist lebenslange) Substitution des fehlenden Hormons unter Vermeidung von Nebenwirkungen. Mittel der ersten Wahl ist Levothyroxin (L-Thyroxin). Nach oraler Einnahme wird es bis zu 80 % resorbiert; aufgrund der langen Plasmahalbwertszeit ist der Serumspiegel ziemlich konstant [2].

Die gelegentlich empfohlene Kombinationstherapie mit T3 plus T4 spielt im klinischen Alltag heute kaum eine Rolle. Das Monopräparat Levothyroxin ist in der Regel sehr gut verträglich und – richtig dosiert – nahezu nebenwirkungsfrei. Absolute Kontraindikationen existieren de facto nicht.

Umstritten ist die Substitutionsnotwendigkeit bei latenter Hypothyreose. Nach aktuellen Studien („Lausanne“-Studie) ergab die Hormongabe bei TSH-Spiegeln bis 10 mU/l keine Vorteile z.B. hinsichtlich der Verhinderung einer Herzinsuffizienz [5]. Allerdings profitieren etliche Patienten hinsichtlich Wohlbefinden, besserer Leistungsfähigkeit und Stimmungsaufhellung von niedrigdosierten Levothyroxingaben. Das ebenso erhöht erscheinende Osteoporoserisiko wird kontrovers diskutiert [7, 9]. Die Entscheidung ist jeweils individuell für und mit jedem Patienten zu fällen, wobei aufgrund der preiswerten Medikamente der finanzielle Aspekt glücklicherweise nicht im Vordergrund steht.

## Therapieziele/-kontrolle

- › **Klinisch:** Symptomfreiheit, keine Nebenwirkungen durch Hormonsubstitution;
- › **laborchemisch:** Euthyreose (TSH im Normbereich, T3(fT3) im Normbereich [nicht darüber! = Hyperthyreosis factitia], fT4 im oberen Normbereich, ggf. diskret erhöht akzeptabel).
- › **Cave:** Hat der Patient sein Präparat unmittelbar vor der Blutentnahme eingenommen?

## Dosierung

- › Stets individuell und einschleichend;
- › Thyroxinbedarf individuell sehr unterschiedlich;
- › orientierend: Tagesbedarf ca. 2 µg/kg Körpergewicht;
- › je älter der Patient, desto niedriger der Bedarf;

## Umstritten:

Muss bei latenter Hypothyreose (TSH zwischen 4,2 und 10 mU/l) substituiert werden?