

HYPOTHYREOSE

Definition

- Unzureichende Versorgung des Körpers mit den Schilddrüsenhormonen Trijodthyronin (T₃) und Thyroxin (T₄)

Einteilung

- **Latente Hypothyreose:**
Erhöhter TSH-Wert (> 4 mU/l), normaler fT₄-Wert
- **Manifeste Hypothyreose:**
Erhöhter TSH-Wert (> 4 mU/l), erniedrigter fT₄-Wert

Ursachen

- **Primäre Hypothyreose:**
 - Chronische Autoimmunthyreoiditis
 - Schilddrüsenoperation, Radiojodtherapie, Strahlentherapie
 - Andere Thyreoiditiden, z.B. Thyreoiditis de Quervain
 - Einnahme von Jod, Amiodaron, Lithium
 - Extremer Jodmangel
 - Angeborene Hypothyreose
- **Sekundäre Hypothyreose:**
Hypophyseninsuffizienz
- **Tertiäre Hypothyreose:**
Hypothalamische Dysfunktion

Symptome

- Körperliche und geistige Leistungseinschränkung
- Müdigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Depressive Verstimmung
- Gewichtszunahme
- derKälteintoleranz
- Obstipation

Tab. 1: Faktoren mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Hypothyreose

- Dokumentierte Schilddrüsenerkrankungen und/oder früherer chirurgischer Eingriff an Schilddrüse
- Autoimmune Schilddrüsenerkrankung oder Schilddrüsenunterfunktion bei Verwandten 1. Grades
- Kopf-Hals-Bestrahlung der Schilddrüse oder Radiojodtherapie zur Therapie der Hyperthyreose sowie externe Bestrahlung zur Behandlung bösartiger Erkrankungen im Bereich Kopf und Hals
- Psychiatrische Erkrankungen (Demenz, Depression)
- Autoimmunerkrankungen, z.B. Diabetes mellitus Typ 1, M. Addison, Zöliakie, Vitiligo
- Nebenniereninsuffizienz, unspezifische Anämie, perniziöse Anämie, koronare Herzkrankheit, kongestive Herzinsuffizienz, Hypercholesterinämie, gemischte Hyperlipidämie
- Dauermedikation mit Amiodaron oder Lithium



- Bradykardie
- Kalte und trockene Haut
- Haarausfall
- Ödeme
- Zyklusstörungen
- Asymptomatischer Verlauf möglich

Mögliche Folgen

- Erhöhtes Risiko für eine koronare Herzkrankheit
- Selten: Myxödem-Koma mit Hypothermie, neuropsychiatrischen Symptomen (Desorientiertheit, Halluzinationen, Depression, Vergesslichkeit, Lethargie, Koma)



Diagnose

Anamnese

- Symptome einer Hypothyreose?
- Bei erhöhtem TSH-Wert: Faktoren mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für eine Hypothyreose (Tab. 1) prüfen

Klinische Untersuchung

- Symptomorientierte körperliche Untersuchung

Bestimmung von Laborwerten

- Bestimmung des TSH-Werts
 - Zirkadiane Schwankungen des TSH-Werts beachten, daher Blutentnahme immer unter denselben Bedingungen (Uhrzeit, Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme)
- Bei der Bewertung des TSH-Werts Lebensalter, klinische Symptome, Body-Mass-Index, Lebensqualität und Allgemeinzustand (Vorliegen akuter Erkrankungen, Komorbiditäten) berücksichtigen

Tab. 2: Dosierung von L-Thyroxin

	Bei manifester primärer Hypothyreose bei Patienten unter 60 Jahren und ohne Komorbiditäten	Bei latenter Hypothyreose
Empfohlene Initialdosis	1,6 µg/kg Körpergewicht pro Tag	25 – 50 µg pro Tag
Individuelle Dosisanpassung	Orientiert an den Schilddrüsenwerten und dem subjektiven Wohlbefinden/Beschwerden des Patienten	

- Bei erstmaliger Erhöhung des TSH-Werts (> 4,0 - ≤ 10,0 mU/l) ohne Auftreten von Symptomen: Bestimmung des TSH-Werts wiederholen
- Bei erstmaliger Erhöhung des TSH-Werts > 4,0 - ≤ 10,0 mU/l) und auffälligen Symptomen oder TSH-Wert > 10 mU/l: Bestimmung des TSH-Werts wiederholen und zusätzlich freie Schilddrüsenwerte (fT4) bestimmen
- Bei latenter Hypothyreose und Verdacht auf eine Hashimoto-Thyreoiditis: Anti-Thyreoperoxidase-Antikörper (TPO-AK) bestimmen

Medikamente

- L-Thyroxin
 - Einnahme mit Wasser und mindestens 30 Minuten vor einer Mahlzeit
 - Dosierung siehe Tabelle 2
 - Kontrolle des TSH-Werts: 8 – 12 Wochen nach Therapiebeginn bzw. Änderung der L-Thyroxin-Dosis; bei etablierter Dosis halbjährlich bzw. jährlich
- Bei weiterhin bestehenden Beschwerden bzw. weiterhin hohem TSH-Wert: Adhärenz, Malabsorption, Wechselwirkungen prüfen, ggf. Überweisung zum Endokrinologen
- T3-Monotherapie, T3/T4-Kombinationen, natürliche Schilddrüsenhormonpräparate: nicht empfohlen •

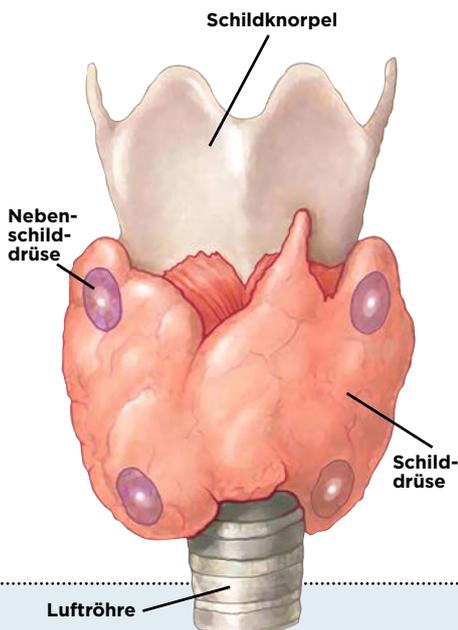
Medikamentöse Therapie

Indikationen

- Manifeste Hypothyreose
- Latente Hypothyreose nach individueller Entscheidung (TSH > 10 mU/l oder Patientenwunsch nach Aufklärung)

Autorin: Dr. Judith Neumaier

Quellen: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). S2k-Leitlinie: Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis, Stand 2016



Sprechen Sie uns gerne an, wenn Sie noch Fragen haben!

Praxisstempel

