

Subklinische Hyperthyreose bei ambulanten Patienten

Retrospektive Beobachtungsstudie aus Neuseeland

Die TSH-Bestimmung deckt relativ häufig subklinische Hyperthyreosen auf. Eine Beobachtungsstudie hat sich mit möglichen Risikoprädiktoren und mit der Progression zur offenen Thyreotoxikose befasst.

CLINICAL ENDOCRINOLOGY

Subnormale Spiegel des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) bei Schilddrüsenhormonkonzentrationen im normalen Bereich gelten als Definition einer subklinischen Hyperthyreose. Wie bei der klinischen Hyperthyreose kommen multinodale Schilddrüsenvergrößerung, subklinischer M. Basedow, autonomes Adenom oder eine Thyreoiditis als endogene Ursachen infrage, wenn sekundäre Gründe für eine TSH-Unterdrückung (Hypophyse, Hypothalamus, Schwangerschaft, Medikamente inkl. Levothyroxin) ausgeschlossen wurden. Wie das Management bei subklinischer Hyperthyreose hinsichtlich Abklärungen, Follow-up und Therapieeinleitung aussehen soll, bleibt umstritten.

Merksätze

- ❖ In einer retrospektiven Analyse bei 96 konsekutiven Patienten mit subklinischer Hyperthyreose ergab sich eine jährliche Progressionsrate zur offenen Thyreotoxikose von 5 bis 8 Prozent.
- ❖ Einziger unabhängiger Prädiktor des klinischen Verlaufs war die Bestimmung der Ätiologie mittels Schilddrüsen-Szintigrafie.

Methodik

Die Autorin dieser Studie analysiert retrospektiv die Daten aller konsekutiven Patienten mit subklinischer Hyperthyreose an einer Schilddrüsenambulanz in Christchurch/Neuseeland.

Von 137 Patienten standen nach Ausschluss derjenigen mit sekundären Ursachen und bekannter früher behandelter Thyreotoxikose 96 zur Verfügung. Die Bestimmung von TSH, T3 und T4 erfolgte mit modernen Immunoassays. Die Bildgebung der Schilddrüse geschah im ^{99m}Tc-Szintigramm.

Ergebnisse

Bei den Patienten handelte es sich um 81 Frauen und 15 Männer zwischen 16 und 91 Jahren. Häufige Zuweisungsgründe waren vergrößerte Schilddrüse (44,8%), Behinderung der Atmung (2,1%), TSH-Unterdrückung in Zusammenhang mit Vorhofflimmern, affektiver Störung oder leichten systemischen Symptomen (24%) oder zu tiefes TSH im Routinescreening bei Patienten mit Anämie, Hypertonie oder Diabetes (20,8%). Häufige Symptome oder Beschwerden waren Tremor (13,5%), Hitzeunverträglichkeit (15,6%) und Gewichtsverlust (15,6%). Eine positive Familienanamnese für Hyperthyreose lag bei 12,5 Prozent vor.

Im Szintigramm hatten 73,4 Prozent eine multinoduläre Schilddrüsenvergrößerung, 11,7 Prozent einen subklinischen M. Basedow sowie 14 Prozent ein autonomes Adenom.

Eine Progression zur klinischen Hyperthyreose trat in der Gesamtkohorte nach einem Jahr in 8 Prozent, nach zwei Jahren in 16 Prozent, nach drei Jahren in 21 Prozent und nach fünf Jahren in 26 Prozent auf. Kumulativ benötigten nach fünf Jahren wegen offener Hyperthyreose 9 Prozent bei M. Basedow, 21 Prozent bei multino-

dulärer Hyperplasie und 61 Prozent bei autonomem Adenom eine Therapie.

In den Regressionsanalysen waren einzig die Szintigrafiebefunde ein unabhängiger Prädiktor des weiteren Verlaufs, nicht jedoch Alter, Geschlecht, familiäre Belastung mit Thyreotoxikose, klinische Schilddrüsen-symptome, Thyreoidea-Tastbefunde und antithyreoidale Antikörper (p = 0,003).

Diskussion

«Unsere Ergebnisse zeigen, dass das Risiko einer Progression zur offenen Hyperthyreose durch die Art der Schilddrüsenveränderung in der Szintigrafie beeinflusst wird, und unterstreichen den Nutzen der Bildgebung bei der Risikostratifizierung», schreiben die Autorinnen und Autoren.

Bei subklinischem M. Basedow war eine Progression nicht häufig, was den Schluss zulässt, dass in dieser Situation eine abwartende Haltung das vorzuziehende und akzeptable Management darstellt.

Umgekehrt spricht die hohe Thyreotoxikoserate beim autonomen Adenom für eine frühe definitive Therapie.

Dennoch räumen die Autoren ein, dass nicht nur die Erkrankungscharakteristika, sondern auch die individuellen Patientenpräferenzen und Komorbiditäten eine Rolle spielen dürfen. Wichtigster Aspekt bleibt eine enge Verlaufskontrolle, um einen Übergang in eine offene Hyperthyreose möglichst früh zu erkennen und dann entsprechend zu handeln. ❖

Halid Bas

Belinda J. Schouten et al.: Subclinical thyrotoxicosis in an outpatient population – Predictors of Outcome. Clin Endocrinol 2011; 74(2): 257–261. Einsehbar unter www.medscape.com.

Interessenkonflikte: keine