

Hypothyreosetherapie während und nach der Schwangerschaft

Wann Levothyroxin geben und wann absetzen?

Während einer Schwangerschaft muss die Schilddrüse die Hormonproduktion um etwa 50 Prozent steigern, um einen euthyreoten Status zu erhalten. Daher stellt die Schwangerschaft ein Risiko für das Auftreten einer Hypothyreose dar, welche postpartal bestehen bleiben kann. Für eine optimale Therapie müssen verschiedene Hypothyreoseformen unterschieden werden.

Frontiers in Endocrinology

Die Schwangerschaft übt einen starken Einfluss auf die Schilddrüsenfunktion aus. Die ansteigenden Östrogenspiegel während der Schwangerschaft führen zu einer starken Erhöhung des thyroxinbindenden Globulins (TBG). TBG-Anstieg, Transfer von Thyroxin durch die Plazenta und Änderungen der Deiodinaseaktivität machen einen 50-prozentigen Anstieg der Thyroxinproduktion erforderlich, um ausreichende Spiegel der freien Schilddrüsenhormone zu gewährleisten. Bei normaler Schilddrüsenfunktion ist dies ohne Weiteres möglich.

Ist die Funktion der Schilddrüse jedoch beeinträchtigt, beispielsweise als Folge einer Hashimoto-Thyreoiditis, kann sich eine latente Hypothyreose während der Schwanger-

schaft entwickeln. Sie kann sich während der Schwangerschaft verstärken und klinisch manifest werden.

Schilddrüsen-Screening wird inzwischen während der Schwangerschaft vermehrt durchgeführt. Die meisten Fachgesellschaften empfehlen jedoch kein umfassendes Screening, da die Anzahl der Studien, welche eine Levothyroxintherapie zur Behandlung einer latenten Hypothyreose während der Schwangerschaft untersuchten, gering ist.

Aufgrund des vermehrt während der Schwangerschaft durchgeführten Schilddrüsen Screenings wird eine Funktionsstörung der Schilddrüse nunmehr häufiger diagnostiziert. Etwa 10 bis 20 Prozent aller Schwangeren weisen positive Schilddrüsenantikörper auf. Sowohl die American Thyroid Association und die Endocrine Society empfehlen, wenn alle Schilddrüsenantikörper positiv sind und der TSH-(thyreoidale-stimulierende Hormon-)Spiegel über 2,5 mIU/l liegt, im ersten Trimester der Schwangerschaft eine Levothyroxinbehandlung. Unabhängig vom Antikörperstatus oder vom Spiegel des freien Thyroxins (T4) empfehlen beide Gesellschaften eine Levothyroxintherapie bei einem TSH-Spiegel von mehr als 10 mIU/l.

Da die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Behandlung einer latenten Hypothyreose während der Schwangerschaft nicht einheitlich sind, ist das Vorgehen des klinisch tätigen Arztes von Interesse. In Übersichtsarbeiten von Endokrinologen empfiehlt die Mehrzahl der Kliniker eine Levothyroxinbehandlung, wenn der TSH-Spiegel über 2,5 mIU/l liegt und der Test auf Schilddrüsenperoxidase-Antikörper positiv ist. In einer Befragung gibt fast die Hälfte der Kliniker an, mit einer Levothyroxinbehandlung bei negativem Schilddrüsenantikörpertest zu beginnen, wenn der TSH-Spiegel über 2,5 mIU/l liegt.

Eine weitere wichtige Frage ist, wie eine Hypothyreose, welche während der Schwangerschaft begann und mit Levothyroxin behandelt wurde, postpartal therapiert werden soll. Lediglich die Leitlinie der European Thyroid Association (ETA) greift dieses Thema auf, und zwar für Frauen mit einem TSH-Spiegel unterhalb von 5 mIU/l. Bei diesen Frauen empfehlen die Guidelines, die Levothyroxinbehandlung für 6 Wochen zu unterbrechen und dann den TSH-Spiegel zu bestimmen.

Der Autor dieser Publikation gibt eine Reihe von Prinzipien für die Entscheidungsfindung einer Therapie postpartal an. Je höher der TSH-Spiegel während der Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Diagnose ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Levothyroxin benötigt wird, um eine Euthyreose postpartal zu erreichen. Auch gilt: Je mehr Levothyroxin während der

MERKSÄTZE

- ❖ Aufgrund des vermehrt während einer Schwangerschaft durchgeführten Schilddrüsen-Screenings wird eine Funktionsstörung der Schilddrüse nunmehr häufiger diagnostiziert.
- ❖ Da die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Behandlung einer Hypothyreose während und nach der Schwangerschaft zumeist nicht einheitlich sind, ist das Vorgehen des klinisch tätigen Arztes von Interesse.
- ❖ Es müssen eine klinisch manifeste Hypothyreose, welche während der Schwangerschaft erstmalig diagnostiziert wurde, eine subklinische Schilddrüsenunterfunktion mit und ohne Schilddrüsenantikörper, eine isolierte Hypothyroxinämie und eine postpartale Thyreoiditis unterschieden werden.

Schwangerschaft benötigt wird, um eine Euthyreose zu erreichen, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Einnahme von Levothyroxin postpartal notwendig ist. Bei einer mit Schilddrüsenantikörpern einhergehenden Hypothyreose während der Schwangerschaft ist es wahrscheinlicher, dass postpartal Levothyroxin benötigt wird, als bei einer ohne Antikörperbildung verlaufenden Hypothyreose. Ein schlechtes Management einer antikörperpositiven Hypothyreose postpartal erhöht das Risiko einer postpartalen Thyreoiditis.

Klinisch manifeste Schilddrüsenunterfunktion

Etwa 0,5 bis 1 Prozent der schwangeren Frauen sind von einer klinisch manifesten Schilddrüsenunterfunktion betroffen; die Mehrheit ist antikörperpositiv. Die Empfehlung ist die Einnahme von Levothyroxin in einer Dosis, welche den TSH-Spiegel in kurzer Zeit optimiert. Der Autor empfiehlt, mit einer Dosis von etwa 100 µg/Tag zu beginnen und die Therapie mithilfe des TSH-Spiegels nach 4 bis 6 Wochen noch einmal zu überprüfen. Es ist davon auszugehen, dass postpartal die benötigte Levothyroxingabe um zwei Drittel abnimmt.

Subklinische Schilddrüsenunterfunktion

Bei etwa 2 bis 15 Prozent der Schwangeren besteht eine subklinische Schilddrüsenunterfunktion; die Mehrheit ist antikörperpositiv. Sowohl die American Thyroid Association als auch die Endocrine Society empfehlen bei Schilddrüsenantikörpernachweis eine Levothyroxintherapie. Der Autor empfiehlt, bei Schwangeren mit einer täglichen Dosis zwischen 50 und 75 µg zu beginnen und die Behandlung mithilfe des TSH-Spiegels nach 4 bis 6 Wochen zu überprüfen. Unmittelbar nach der Geburt sollte die Levothyroxintherapie weitergeführt werden. Es ist davon auszugehen, dass die Hälfte der während der Schwangerschaft erforderlichen Dosis nunmehr ausreichend ist. Beim ersten Arztbesuch sollten Schilddrüsenfunktionstests durchgeführt werden.

Können keine Antikörper nachgewiesen werden, unterscheiden sich die Empfehlungen der Fachgesellschaften. Während die Endocrine Society erklärt, allen Schwangeren mit subklinischer Schilddrüsenunterfunktion Levothyroxin unabhängig vom Antikörperstatus zu verabreichen, gibt die American Thyroid Association an, dass die Datenlage nicht ausreichend klar sei, um Empfehlungen geben zu können. Der Autor empfiehlt, mit 25 µg Levothyroxin täglich zu beginnen, falls der TSH-Spiegel zwischen 2,5 und 5 mIU/l liegt, und bei höherem TSH-Spiegel mit 50 µg. Liegt der TSH-Spiegel bei 10 mIU/l, wird eine Mindestdosis von 75 µg pro Tag empfohlen. Postpartal wird eine Dosis empfohlen, die sich nach dem Bedarf während der Schwangerschaft richtet. Bei 25 µg täglich wird die Behandlung beendet, bei 75 µg bis 100 µg pro Tag wird die tägliche Dosis sofort nach der Geburt auf 50 µg reduziert. Liegen die während der Schwangerschaft erforderlichen Dosen über 100 µg täglich, wird die Dosis auf die Hälfte reduziert. Nach 6 Wochen werden TSH-Spiegel, freies T4 und die Schilddrüsenantikörper bestimmt.

Isolierte Hypothyroxinämie

Die isolierte Hypothyroxinämie in der Schwangerschaft ist definiert als normwertige TSH-Konzentration in Kombination mit einem erniedrigten Wert an freiem T4. Bis heute gibt

es keine Studien, welche belegen, dass die Behandlung einer isolierten Hypothyroxinämie zu empfehlen ist. Auch die American Thyroid Association empfiehlt, nicht zu behandeln. Der Autor therapiert eine während der Schwangerschaft auftretende isolierte Hypothyroxinämie ebenfalls nicht. Wurde eine Patientin mit isolierter Hypothyroxinämie während der Schwangerschaft mit Levothyroxin behandelt, sollte die Therapie sofort postpartal beendet werden.

Postpartale Thyreoiditis

Eine postpartale Thyreoiditis ist definiert als hormonelle Dysfunktion, welche im ersten Jahr nach der Geburt bei Frauen auftritt, die vor der Schwangerschaft euthyreot waren. In ihrer klassischen Form beginnt die Erkrankung zunächst mit einer hyperthyreoten Phase in den ersten 3 Monaten postpartal, danach folgt eine hypothyreote Phase bis zum 9. Monat nach der Schwangerschaft. Bis zum Ende des ersten Jahres postpartal schließt sich die euthyreote Phase an. Zwei Studien zeigten, dass eine postpartale Thyreoiditis eine Sonderform der Hashimoto-Thyreoiditis sein könnte. ❖

Claudia Borchard-Tuch

Quelle: Stagnaro-Green A: Postpartum management of women begun on levothyroxine during pregnancy. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2015; 6: 183.

Interessenlage: Der Autor der referierten Originalarbeit gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.