

Schilddrüsenunterfunktion – ab wann behandeln?

Entscheidungshilfe bei klinischer und subklinischer Hypothyreose

Schilddrüsenunterfunktionen können eine Herausforderung sein, weil sie so viele Symptome hervorrufen können. Bei Verdacht auf eine Hypothyreose hilft erst einmal eine TSH-Bestimmung weiter. Worauf bei Diagnostik und Therapie zu achten ist, erklärte eine Endokrinologin am SGAIM-Kongress in Lausanne.

Manifeste primäre Hypothyreosen haben eine Prävalenz von 0,1 bis 2 Prozent. Vorübergehende Hypothyreosen können nach der Niederkunft oder auch nach einer NTI (non-thyroidal illness) auftreten. Persistiert die Unterfunktion, ist in der Schweiz in der Regel eine lymphozytäre Thyreoiditis oder eine Hashimoto (mit und ohne Struma) die Ursache, falls kein iatrogen Ursprung wie zum Beispiel eine Thyroidektomie, Status nach Radioiodtherapie oder Bestrahlung vorliegt. Auch Therapien mit Amiodaron, Lithium und Zytokinen wie Interferon alpha oder Interleukin-2 können zu einer Hypothyreose führen, erklärte Dr. Anna Minder, Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie, Kantonsspital Baselland, Liestal. Die Abklärung besteht in einer Bestimmung der Schilddrüsenfunktion. Bei erhöhtem TSH soll das fT4 auch bestimmt werden (Tabelle), was Anhaltspunkte für die Interpretation liefert. Weitere Abklärungen sind in der Regel nicht nötig. Die Therapie besteht dann in einer Gabe von Levothyroxin von etwa 1,5 µg pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag. Eine Kombination von T4 plus T3 zeigte in einer Metaanalyse keinen Vorteil (1). Die Gabe von T4 alleine reicht, so Minder.

Bei subklinischen Werten probatorisch versuchen

Ein TSH im Normbereich schliesst eine Schilddrüsenfunktionsstörung aus, nicht aber eine Erkrankung der Schilddrüse. Ist das TSH erhöht und das fT4 normal, gilt dies als subklinische Hypothyreose. Eine subklinische Schilddrüsenstörung bei Serum-TSH-Werten zwischen 3,5 und 10 mU/l wirkt sich zwar nicht auf die Lebensqualität, gemessen als neuropsychologische Funktion (2), aus, doch scheint die kardiovaskuläre Mortalität im Vergleich zu euthyreoten Personen über die Jahre höher zu sein (3, 4). Indikationen zur Behandlung einer subklinischen Hypothyreose bestehen bei einem TSH-Wert vom ≥ 10 mU/l, das Vorhandensein eines Kropfs, Status nach Behandlung

eines M. Basedow sowie bei Symptomen einer Hypothyreose. Dies kann aufgrund der unspezifischen Symptome jedoch manchmal schwierig sein, sodass hier gelegentlich ein klinischer Score (z.B. der Zulewski-Score) hilfreich sein kann zur Frage, ob eine probatorisch eingeleitete Behandlung wirksam ist. Beim Zulewski-Score gelten 0 bis 1 Punkt als euthyroid, Anhaltspunkt für eine Hypothyreose ergibt sich bei unter 55-Jährigen ab 4 Punkten, bei über 55-Jährigen ab 5 Punkten (5). Im Graubereich dazwischen kann eine probatorische Therapie mit Levothyroxin für drei Monate versucht werden, um danach den Zulewski-Score zu wiederholen.

Kein Nutzen für alte Patienten

Inwiefern bei alten Patienten mit einer subklinischen Hypothyreose eine Therapie mit Levothyroxin etwas bringt, untersuchte eine doppelblinde, randomisierte, plazebokontrollierte Studie mit 737 durchschnittlich 74-Jährigen mit einem TSH-Spiegel zwischen 4,6 und 19,99 mU/l. Die Teilnehmer erhielten randomisiert Levothyroxin 25 bis 50 µg/Tag oder Plazebo. Endpunkte waren eine Veränderung der hypothyreoten Symptome und der Müdigkeit nach einem Jahr Therapie, erhoben mit einem an Schilddrüsen-symptome angepassten Lebensqualitätsfragebogen. Als sekundäre Endpunkte waren unter anderem tödliche und nicht tödliche kardiovaskuläre Ereignisse definiert. Der TSH-Spiegel sank zwar von durchschnittlich 6,4 auf 3,63 mU/l (vs. 5,48 Plazebo), doch schlug sich das nicht in einer Symptomverbesserung nieder (6). Eine Beobachtungsstudie fand bei über 85- bis 89-Jährigen mit subklinisch hypothyreoten Werten sogar eine niedrigere Mortalität (7).

Tipps und Tricks

Wenn ein Patient einmal vergessen habe, seine Levothyroxindosis (syn.: L-Thyroxin, T4) einzunehmen, sei das nicht so tragisch, so Minder. Da die Halbwertszeit 7 Tage betrage, könne die vergessene Dosis gut am nächsten Tag nachgeholt werden. Man müsse daran denken, dass die Resorption von Levothyroxin durch Magnesium, Kalzium und Nahrung im Magen beeinträchtigt werde. Es sollte am besten separat morgens eine halbe Stunde vor allem anderen oder abends vor dem Zubettgehen eingenommen werden. Bei gleichzeitiger Therapie mit Protonenpumpenhemmern kann die Resorption durch eine pH-Veränderung ebenfalls reduziert sein. Nach 6 Wochen sollte deshalb ein erneuter Schilddrüsenfunktionstest durchgeführt werden. Dies gilt auch für den Wechsel von einem Levothyroxinpräparat auf ein anderes.

Valérie Herzog

Tabelle:
Schilddrüsenstörung je nach Hormonkonstellation

TSH	freies T4	Interpretation
normal	normal	euthyreot
hoch	tief	primäre Hypothyreose
hoch	normal	subklinische Hypothyreose
tief	hoch	Hyperthyreose
tief	normal	subklinische Hyperthyreose

Quelle:
«Schilddrüsenfunktionsstörungen – Irrungen und Wirrungen.» Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine und Innere Medizin (SGAIM), 3. bis 5. Mai 2017 in Lausanne.

Referenzen:

1. Grozinsky-Glasberg et al.: Thyroxine-triiodothyronine combination therapy versus thyroxine monotherapy for clinical hypothyroidism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 2592–2599.
2. Jorde R et al.: Neuropsychological function and symptoms in subjects with subclinical hypothyroidism and the effect of thyroxine treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91: 145–153.
3. Razvi S et al.: The incidence of ischemic heart disease and mortality in people with subclinical hypothyroidism: reanalysis of the Whickham Survey cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 1734–1740.
4. Rodondi N et al.: Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *JAMA* 2010; 304: 1365–1374.
5. Zulewski H et al.: Estimation of tissue hypothyroidism by a new clinical score: evaluation of patients with various grades of hypothyroidism and controls. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82: 771–776.
6. Stott DJ et al.: Thyroid Hormone Therapy for Older Adults with Subclinical Hypothyroidism. *N Engl J Med* 2017, Apr 3; Epub ahead of print.
7. Gussekloo J et al.: Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004; 292: 2591–2599.