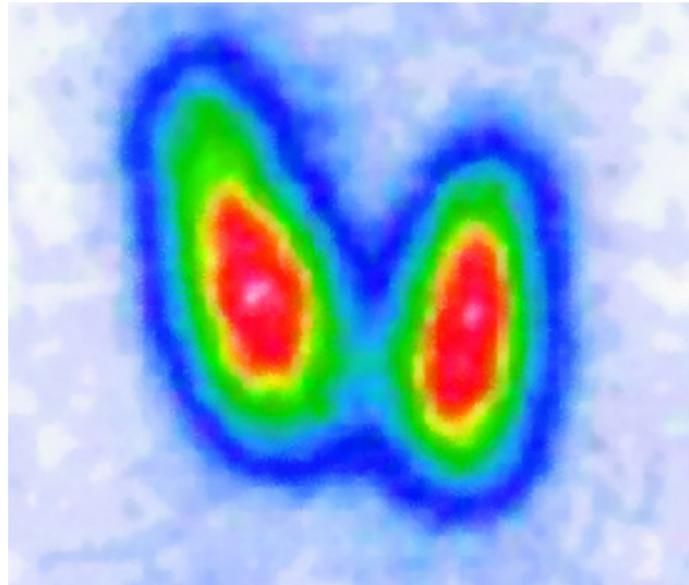


Medikamente bei überaktiver Schilddrüse

Hyperthyreose vorbeugen und behandeln

Die häufigsten Ursachen einer Überfunktion der Schilddrüse sind hierzulande die Autonomie – meist auf dem Boden einer Struma – und der Morbus Basedow. Thionamide sind die Mittel der Wahl bei Autonomien und Immunhyperthyreose, um eine Rekompensation zu erreichen. Perchlorat wird hauptsächlich zur Prophylaxe und Therapie bei iodinduzierter Hyperthyreose (Kontrastmittel) eingesetzt.



Szintigrafie einer Schilddrüsenüberfunktion

Key points

- Bei der Therapie mit Thionamiden sollte man die Schilddrüsenwerte etwa alle zwei Wochen kontrollieren.
- Vor Kontrastmittelgabe sollte das TSH bei Patienten mit bekannter oder vermuteter Schilddrüsenerkrankung oder auffälligem Tastbefund bestimmt werden.
- Der Einsatz von Selen ausserhalb klinischer Studien ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht gerechtfertigt.
- Vor Beginn einer Amiodaron-Therapie sollte unbedingt die Schilddrüsenfunktion überprüft werden.

Der Internist

Bei der Autonomie ist die Lehrmeinung eindeutig: Thyreostatika vom Thionamidtyp sollten nur überbrückend eingesetzt werden für die Zeit bis zur Operation oder Radioiodtherapie, schreiben Dr. med. Ulrike Woenckhaus und Dr. med. Christiane Girlich in der Zeitschrift «Der Internist». Anders sieht es aus bei der Autoimmun-Hyperthyreose (Morbus Basedow). Hier gehen die Meinungen international auseinander. In Deutschland hat sich die Strategie etabliert, Thyreostatika über

12 bis 18 Monate zu geben. In Ausnahmefällen kann auch eine Langzeitbehandlung über Jahrzehnte mit einer niedrigen Dosis sinnvoll sein, falls der Patient darunter rezidivfrei bleibt. Ob die medikamentöse Therapie ausreicht oder ob letztlich doch Operation oder Radioiod zum Einsatz kommen müssen, hängt von verschiedenen individuellen Faktoren ab. So haben etwa Patienten mit grosser Struma (40–50 ml) und schwerer Hyperthyreose ein Rezidivrisiko von 50 Prozent und sind daher Kandidaten für eine definitive Therapie. Ausserdem scheinen Antikörpertiter und eventuell Alter, Ge-

schlecht und Raucherstatus einen Einfluss auf die Prognose zu haben.

Therapie mit Thionamiden

Die Thionamide Thiamazol, Carbimazol und Propylthiouracil (PTU) hemmen die Synthese von Schilddrüsenhormon und bewirken zudem eine Immunmodulation, die sich unter anderem dadurch äussert, dass die TSH-Rezeptor-Antikörper sinken. Bei der Therapie mit Thionamiden sollte man die Schilddrüsenwerte etwa alle zwei Wochen kontrollieren. Wenn sich die peripheren Schilddrüsenhormone normalisiert haben – in der Regel nach

vier bis zwölf Wochen –, darf die Dosis reduziert werden (vgl. Tabelle). Bis TSH nicht mehr supprimiert ist, kann es dagegen Monate dauern. Für schwangere Patientinnen ist PTU das Mittel der Wahl. An Nebenwirkungen der thyreostatischen Therapie sind in 4 bis 6 Prozent der Fälle Hautreaktionen zu befürchten, was einen Wechsel auf ein anderes Präparat und die Gabe von Antihistaminika nach sich ziehen sollte. Arthralgien und Übelkeit beziehungsweise Erbrechen treten in 1 bis 5 Prozent der Fälle auf. Hier ist ein Therapieabbruch zu erwägen. Unbedingt absetzen sollte man die Thyreostatika beim Auftreten einer Hepatitis oder einer Cholestase (0,1–0,2%) und bei einer der beiden schwerwiegendsten Komplikationen – der Agranulozytose (0,1–0,5%) und der Vaskulitis (< 0,1%). Die Autorinnen plädieren dafür, zumindest bei älteren Patienten und während der ersten Therapiewochen das Blutbild regelmässig zu kontrollieren.

Hyperthyreose durch Kontrastmittel

Das Risiko, durch Kontrastmittelgabe eine Hyperthyreose auszulösen, ist mit 0,25 Prozent bei Schilddrüsengesunden zwar nicht sehr hoch. Andererseits werden diese Untersuchungen in Deutschland sehr häufig – fünf Millionen Mal pro Jahr – durchgeführt, sodass das Problem durchaus relevant ist. Wenn man auf Nummer sicher gehen möchte, sollte man vor jedem solchen Eingriff eine TSH-Bestimmung veranlassen und bei erniedrigtem Wert eine Szintigrafie. Woenckhaus und Girlich halten dies jedoch für wenig praktikabel.

Sie schlagen vor, nur bei Patienten mit bekannter/vermuteter Schilddrüsenerkrankung (Anamnese) oder auffälligem Tastbefund das TSH zu bestimmen. Ein erniedrigter Wert sollte eine Szintigrafie nur dann nach sich ziehen, wenn eine spätere Operation oder Radioiodtherapie ins Auge gefasst wird. Bei einem Tc-Uptake von < 1 Prozent ist keine Prophylaxe erforderlich. Ein Tc-Uptake von über 1 Prozent bedeutet Prophylaxe mit Perchlorat (dreimal 15–20 Tropfen über zwei Wochen, zusätzlich 20–45 Tropfen zwei bis vier Stunden vor Kontrastmittelgabe) und eventuell zusätzlich mit Thiamazol (20–80 mg über sieben Tage). Kommt eine Operation oder Radioiodtherapie nicht infrage oder ist die Kontrastmitteluntersuchung dringlich, kann man sich die Szintigrafie sparen und bei erniedrigtem TSH sofort eine Prophylaxe einleiten.

Medikamente bei überaktiver Schilddrüse

Schilddrüsenentgleisung durch Amiodaron

Der hohe Iodidgehalt in Amiodaron (3 mg in 100 mg Amiodaron) kann zum einen eine Hyperthyreose auslösen, zum anderen aber auch eine Hypothyreose, da es bei Iodüberschuss zu einer Hemmung der intrathyreoidalen Iodaufnahme kommen kann (Wolff-Chaikoff-Effekt). Ausserdem kann Amiodaron direkt toxisch

wirken mit der Folge einer destruierenden Thyreoiditis. Vor Beginn einer Amiodaron-Therapie sollte also unbedingt die Schilddrüsenfunktion überprüft werden. Aber auch bei gesunder Schilddrüse kann sich unter Amiodaron eine der oben genannten Störungen entwickeln.

Therapeutisch empfehlen die Autorinnen bei Thyreoiditis Glukokortikoide (0,5–1,25 mg Prednisolon/kg KG/Tag). Bei

Hyperthyreose muss mitunter monatelang hoch dosiert mit Thionamiden behandelt werden, kombiniert mit Perchlorat (1 g/Tag) über maximal acht Wochen. Manchmal ist sogar eine Operation erforderlich.

Neue pharmakologische Strategien

Die Glutathionperoxidasen, die als wesentlichen Bestandteil Selen enthalten, schützen die Schilddrüse vor freien Radikalen. Hierzulande ist die Selenzufuhr mit 0,67 µg/l recht niedrig, empfohlen werden 1 µg/l. Ob sich Schilddrüsenerkrankungen positiv beeinflussen lassen, wenn man dieses Defizit ausgleicht, wird zurzeit in Studien untersucht. Bei der Hashimoto-Thyreoiditis scheint es einen solchen Zusammenhang zu geben, wie eine Münchner Arbeitsgruppe nachweisen konnte. Der generelle Einsatz von Selen ausserhalb klinischer Studien ist zum jetzigen Zeitpunkt nach Meinung der

Autorinnen jedoch nicht gerechtfertigt. L-Carnitin kann in höheren Dosen (z.B. 2 g/Tag) für einen verminderten Transport von Schilddrüsenhormon in den Zellkern sorgen und damit die Hormonwirkung hemmen. Erste klinische Studien untersuchen derzeit die Verwendbarkeit von L-Carnitin bei Hyperthyreose. ♦

Dr. med. Vera Seifert

Tabelle:

Thyreostatika-Dosierungen

Dosis	Thiamazol*	Carbimazol Néo-Mercazole®	Propylthiouracil (PTU) Propycil®
Anfangsdosis (pro Tag)	10–30 mg	15–30 mg	150–300 mg
Erhaltungsdosis (pro Tag)	2,5–10 mg	5–15 mg	25–200 mg
Dosisintervall	24 h	24 h	6–8 h

* z. Zt. in der Schweiz nicht erhältlich

Quelle:

1. U. Woenckhaus, C. Girlich: Therapie und Prävention der Hyperthyreose. Der Internist 2005, 12: 1318–1323.

Dieser Beitrag erschien zuerst in «Der Allgemein-arzt» 4/2006.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.