

Schilddrüsendiagnostik und -therapie bei Kinderwunsch und Schwangerschaft

ÄRZTLICHE INFORMATION

Allgemeine Informationen

Nicht nur die manifeste, sondern auch die latente Hypothyreose sind mit einer Einschränkung der Fertilität assoziiert. Die häufigste Ursache ist die Hashimoto-Thyreoiditis. Eine manifeste Hypothyreose erfordert immer eine ausreichende Substitution, bei der latenten Hypothyreose kann eine Teilsubstitution mit Thyroxin den Eintritt einer Schwangerschaft erleichtern.

Ein wichtiger Nebeneffekt der Behandlung der Fertilitätsstörungen latent hypothyreoter Frauen ist die Vermeidung einer manifesten Hypothyreose in der Schwangerschaft und ihrer möglichen negativen Folgen für Mutter und Kind. Eine Jodisupplementation ist für jede Schwangere zur Optimierung der kindlichen Schilddrüsenfunktion erforderlich, außer bei florider Hyperthyreose und Einzelfällen mit stark erhöhten TSH-Rezeptor-Antikörpern (TRAK) bei Euthyreose.

Sowohl das TSH als auch die freien Schilddrüsenhormone verändern sich physiologisch im Verlauf der Schwangerschaft. Der niedrigste TSH-Spiegel ist in der Frühschwangerschaft zu finden, der höchste im 3. Trimenon.

Erhöhte Thyreozyten-Peroxydase (TPO/MAK)-Antikörper korrelieren mit einer erhöhten Abort- und Frühgeburtsrate, ohne dass eine Kausalität bewiesen oder eine Intervention möglich ist. Allerdings besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer (latenten) Hypothyreose, die dann substituiert werden sollte. Eine manifeste Hyperthyreose sollte abgeklärt und ggf. behandelt werden. Eine latente Hyperthyreose hat keinen wesentlichen Einfluss auf die weibliche Fertilität.

Der empfohlene TSH-Bereich bei Kinderwunsch und Schwangerschaft wird mit $< 2,5$ mIU/l angesetzt und oberhalb dessen eine Schilddrüsenhormonsubstitution empfohlen. Im 2. Trimenon können TSH-Werte bis 3 mIU/l akzeptiert werden. Im 3. Trimenon können TSH-Werte bis 3,5 mIU/l akzeptiert werden.

Wichtige Merksätze

- Bei Kinderwunsch und Schwangerschaft ist eine Hypothyreose unter allen Umständen zu vermeiden.
- Bei Kinderwunsch sollte ab einem TSH $> 2,5$ mIU/l eine Schilddrüsenhormonsubstitution begonnen werden. Unter Therapie sollte der TSH-Wert dann $< 2,5$ mIU/l liegen.
- Bei vorbestehender Schilddrüsenhormonsubstitution ist mit Schwangerschaftsbeginn üblicherweise eine Dosiserhöhung erforderlich.
- TSH-Kontrollen bei bekannter Substitution sollten 4 bis 6 Wochen nach jeder Dosisanpassung, in der Schwangerschaft mindestens einmal pro Trimenon, im Langzeitverlauf jährlich erfolgen.
- Bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft und bekannter Autoimmunerkrankung der Schilddrüse sollten auch bei euthyreoter Stoffwechsellaage regelmäßige Kontrollen des TSH stattfinden.
- Eine Hyperthyreose sollte vor der Schwangerschaft erkannt und behandelt werden.
- Ein M. Basedow wird oft während der Schwangerschaft besser, exazerbiert dann aber häufig post partum.
- Bei floridem oder früherem M. Basedow sollte im zweiten Trimenon eine Kontrolle der TSH-Rezeptor-Antikörper erfolgen, da diese placentagängig sind und (selten) eine fetale oder neonatale Hyperthyreose verursachen können.

Labor vor Ort.

Schnelle Diagnostik und Befundung.

Fachärzte bundesweit.

Interdisziplinäre Kompetenz.