

Therapie

Die Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen erfolgt grundsätzlich in Kooperation von Frauenarzt und Schilddrüsenspezialist. Vor Beginn einer medikamentösen Therapie der Schilddrüse sollte mindestens ein Ultraschall der Schilddrüse durchgeführt werden. Regelmäßige Labor- und Ultraschallkontrollen unter Therapie sind notwendig.

Eine **Unterfunktion** der Schilddrüse muss meist dauerhaft mit Schilddrüsenhormon behandelt werden. Bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft wird schon die sogenannte latente Unterfunktion behandelt. Diese findet sich häufig bei einer „Autoimmunthyreoiditis“. Vor einer Schwangerschaft sollten dann unbedingt jodfreie Folsäurepräparate eingenommen werden.

Eine **Überfunktion** wird mit sogenannten „Thyreostatika“ (Schilddrüsenblockern) behandelt. Meist ist eine solche Behandlung über ein Jahr notwendig.

Wegen des hohen Risikos für ein Wiederauftreten beim Morbus Basedow ist bei Kinderwunsch eine **Schilddrüsenoperation** meist die Behandlung der Wahl. Kalte Knoten sollten in der Regel vor einer gewünschten Schwangerschaft operiert werden.

Während einer **Schwangerschaft** muss die Schilddrüsenhormondosis bei einer Unterfunktion meist gesteigert werden. Jodid sollte unbedingt zusätzlich während der Schwangerschaft und Stillzeit gegeben werden, auch bei einer Autoimmunthyreoiditis. Eine Überfunktion muss in der Schwangerschaft behandelt werden, auch wenn die Thyreostatika auf das Kind übergehen. Es wird aber die niedrigste notwendige Dosis gegeben, die bei der Mutter die Symptome lindern.

Nach einer **Geburt** sollte die Schilddrüsenhormondosis wie vor der Schwangerschaft fortgeführt und nach sechs Wochen kontrolliert werden. Eine Postpartum-Thyreoiditis, die sich häufig bei einer Autoimmunthyreoiditis entwickelt, sollte unbedingt erkannt und behandelt werden. Müssen Thyreostatika gegeben werden, ist Stillen trotzdem sicher.

weitere Informationen und Kontaktdaten:

www.die-hormon-spezialisten.de

www.frauenaerzte-regensburg.de

übereicht durch:



Qualitätszirkel Gynäkologie
Regensburg e. V.

www.frauenaerzte-regensburg.de

Schilddrüsenerkrankungen und Fruchtbarkeit



Schilddrüsenerkrankungen treten bei Frauen fünfmal häufiger als bei Männern auf. Das liegt auch an dem Auf und Ab der Östrogene im Zyklus und den hohen Hormonspiegeln in der Schwangerschaft.

INFORMATION FÜR PATIENTINNEN

von Prof. Dr. Monika Bals-Pratsch, profertilita, Regensburg
www.profertilita.de

Welche Schilddrüsenerkrankungen

Frauen sind siebenmal häufiger von einer krankhaften Schilddrüsenvergrößerung betroffen als Männer. Diese wird auch als **Struma** oder auch „Kropf“ bezeichnet. Darin entwickeln sich häufig Zysten (mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume) und vor allem Knoten. Letztere können hormonaktiv oder -inaktiv sein (sogenannte „warme“ und „kalte“ Knoten).

Zu den Funktionsstörungen zählen die Schilddrüsenunter- und -überfunktion.

Die **Unterfunktion** kommt häufig vor, meist bei einer sogenannten *Autoimmunthyreoiditis*. Hierbei handelt es sich um eine chronische Schilddrüsenentzündung, bei der das Immunsystem beteiligt ist. Diese ist zehnmal häufiger bei Frauen als bei Männern. Fast jede fünfte Kinderwunschklientin hat eine Autoimmunthyreoiditis, die meist ohne Symptome verläuft.

Eine **Überfunktion** kann durch „warme“ („autonome“) Knoten in der Schilddrüse bedingt sein. Häufig wird die Überfunktion auch durch das Immunsystem ausgelöst und es entwickelt sich ein *Morbus Basedow*. Dieser kann auch erstmals in der Schwangerschaft auftreten oder einige Monate nach einer Geburt. Hiervon zu unterscheiden ist die vorübergehende Form der Schilddrüsenüberfunktion, die *Postpartum-Thyreoiditis*. Vor allem Frauen mit einer Autoimmunthyreoiditis sind betroffen.

Beschwerden



Hormon- und Zyklusstörungen, Unfruchtbarkeit und Fehlgeburten können auf Schilddrüsenerkrankungen hinweisen. Auch Schwangerschaftskomplikationen wie Frühgeburten, Herzschwäche, hoher Blutdruck, Schwangerschaftsvergiftung (Präeklampsie), vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens sowie auch Fehlbildungen sind bei Über- und Unterfunktion bekannt. Eine unerkannte Schilddrüsenunterfunktion in der Schwangerschaft kann zu einer verminderten Intelligenz der Kinder führen.

Eine **Struma** ist oft schon an einem auffällig „dicken“ Hals zu erkennen. Schluckbeschwerden („Kloßgefühl“) sind möglich.

Eine **Unterfunktion** kann sich bemerkbar machen durch Müdigkeit und Leistungsknick. Vitiligo (Weißfleckenkrankheit), „jugendlicher“ Diabetes oder eine Hyperprolaktinämie können für eine Diagnose richtungsweisend sein.

Eine **Überfunktion** führt meist zu einem ausgeprägten Krankheitsgefühl mit beschleunigtem Puls, Schwitzen, Nervosität, Durchfall, Gewichtsverlust und Haarausfall. Behandlungsresistentes schweres *Schwangerschaftserbrechen* (Hyperemesis gravidarum) oder Herzrasen und Schlafstörungen in den ersten Monaten nach einer Geburt weisen ebenfalls auf eine Überfunktion hin.

Diagnostik

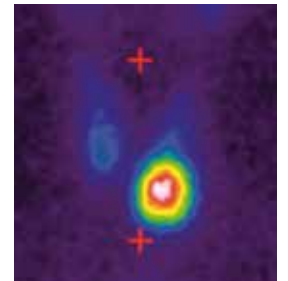
Labordiagnostik und Ultraschall zusammen sind zur Abklärung der Schilddrüse notwendig.

Bei der Basis-**Labordiagnostik** sollte der TSH-Wert und bei Hormonstörungen oder unerfülltem Kinderwunsch, komplizierter Schwangerschaft und Geburt und fraglicher Postpartum-Thyreoiditis sollten auch die Schilddrüsenantikörper „TPO-AK“ und „Tg-AK“ gemessen werden.

Beim **Ultraschall** sollte das Volumen der Schilddrüse gemessen und das Gewebe auf Veränderungen wie Echoarmut, Zysten und Knoten untersucht werden.



Eine **Scintigraphie** ist nur in Einzelfällen wie bei größeren Knoten erforderlich. Diese Untersuchung wird mit einer radioaktiven Substanz durchgeführt und ist daher nicht während einer Schwangerschaft möglich.



Eine **Feinnadelpunktion** mit Gewinnung von Schilddrüsenzellen zur mikroskopischen Untersuchung auf Gutartigkeit oder Bösartigkeit kann insbesondere bei kalten Knoten sinnvoll sein.