

Schilddrüse und Schwangerschaft

Struma

In der SS kommt es zur Steigerung der SD-Hormonproduktion um ca. 50 %. Bedingt durch den hohen Östradiolspiegel liegt eine erhöhte Konzentration des Thyroxinbindenden Globulins (TBG) vor. Zur Aufrechterhaltung des freien Hormonanteils (FT3/ FT4) muss somit eine Mehrproduktion der Gesamt-hormone (T3/ T4) erfolgen. Das führt physiologischerweise zur Zunahme des SD-Volumens um ca. 10-15 %. Während der SS verändert sich auch der **Jodmetabolismus**. Der Serumjodspiegel der Mutter fällt aufgrund einer erhöhten renalen Clearance und durch den Jodverbrauch des Feten auf die Hälfte des Ausgangswertes. In Jodmangelgebieten kommt es deshalb zu einer deutlich größeren Volumenzunahme der SD um 30-40 % und damit zur Entwicklung einer Struma, nicht selten als Struma nodosa. Auch beim Feten kann sich eine Struma entwickeln, und bei schwerem Jodmangel kann es zu cerebralen Entwicklungsstörungen kommen. In Jodmangelgebieten ist deshalb eine Jodprophylaxe (200 µg/Tag) angezeigt. Bei einer Schwangeren mit vorbestehender Struma sollte die evtl. laufende L-Thyroxin-Medikation fortgesetzt werden in Kombination mit 200 µg Jodid.

Hypothyreose

Zur Kontrolle der SD-Funktion in der Gravidität dient die Bestimmung des TSH. Der Wert sollte hierbei nach den Leitlinien der ATA 2017 im schwangerschaftsspezifischen Referenzbereich des ersten Trimenons liegen (0,25-3,8 mU/l). Im zweiten und dritten Trimenon nähern sich die Werte an den Referenzbereich nicht schwangerer Frauen an. Schon bei Werten > 2,5 mU/l wird insbesondere die Bestimmung von TPO-AK empfohlen, bei TSH außerhalb des Referenzbereiches ist die ergänzende Bestimmung von FT4 erforderlich. Bei bekannter Hypothyreose muss die L-Thyroxin-Dosis gesteigert werden, zunächst um 25 µg/Tag (i. d. R. ist eine Steigerung um 30 % erforderlich).

Hyperthyreose

In der Früh-SS kommt es durch die Wirkung von β -HCG zu einem Absinken des TSH. Bei bis zu 20 % der Schwangeren kann TSH unterhalb des Referenzbereiches liegen (sogenannte β -HCG induzierte passagere, meist subklinische Hyperthyreose). Bei bekanntem M. Basedow sollten in der 24.-28. SSW TRAK (TSH-Rezeptor-AK) bestimmt werden. Bei erhöhten Werten wird ein engmaschiges Monitoring des Feten empfohlen. Bei 1-5 % der NG von Müttern mit M. Basedow muss mit dem Auftreten einer neonatalen Hyperthyreose aufgrund der transplazentaren Passage der TRAK gerechnet werden. Schwangere mit SD-Erkrankungen in der Vorgeschichte, insbesondere bei manifester Hyperthyreose, müssen engmaschig interdisziplinär überwacht werden.

Postpartale Thyreoiditis

Mit einer Häufigkeit von bis zu 10 % ist in der Postpartalzeit mit dem Auftreten einer meist milden und häufig klinisch inapparenten autoimmunen Postpartum-Thyreoiditis zu rechnen. Eine initiale hyperthyreote Phase ist möglich, die anschließend in eine transiente Hypothyreose übergeht. Innerhalb von 3-12 Monaten ist in der Regel wieder mit einer euthyreoten Stoffwechsellaage zu rechnen. In ca. 5 % der Fälle kann die Hypothyreose jedoch persistieren. Durch Bestimmung der SD-Antikörper (TPO-AK und evtl. TAK) im 3. Trimenon können schwangere Frauen mit einem erhöhten Risiko identifiziert werden.

Literatur: [2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum](#). Alexander EK, Pearce EN et al. Thyroid 2017;27:315-389

Hypothyreose-Therapie:

L-Thyroxin-Substitution beginnen (nach ATA 2017):

- TSH > 3,8 mU/l und TPO-AK pos.
- TSH > 10 mU/l, auch wenn TPO-AK neg.

L-Thyroxin-Substitution erwägen:

- TSH 2,5-3,8 mU/l und TPO-AK pos.
- TSH 3,8-10 mU/l, auch wenn TPO-AK neg.

L-Thyroxin-Substitution nicht empfohlen:

- TSH 2,5-3,8 mU/l und TPO-AK neg.

TSH-Zielwert unter Therapie: untere Hälfte des Referenzbereichs