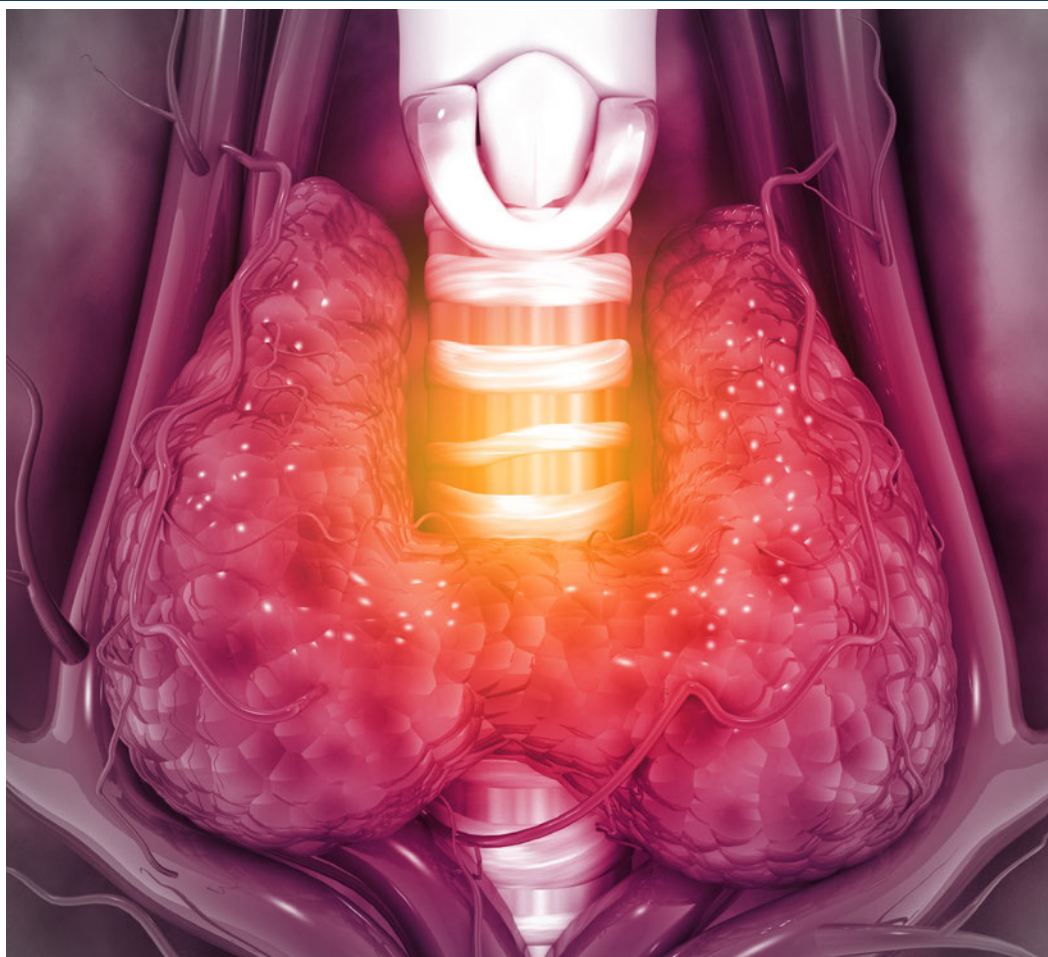


Die Schilddrüse – Erkrankungen erkennen und diagnostizieren

von Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger, München



Voraussetzung für eine zielgerichtete und verlässliche Erkennung und Diagnose einer Schilddrüsenerkrankung ist die Ermittlung der individuellen Patientengeschichte/Anamnese und Berücksichtigung der wesentlichen Einflussgrößen wie

- Alter
- Geschlecht
- Lebensphase und -situation sowie
- mögliche familiäre Disposition für Schilddrüsenerkrankungen, die entscheidend für die Erkennung einer Schilddrüsenerkrankung sowie korrekte Beurteilung von weiterer Diagnostik und Behandlung sind.



Schilddrüsenhormone beeinflussen eine Vielzahl von Organsystemen. Als Folge dessen können Schilddrüsenerkrankungen ein äußerst vielgestaltiges klinisches Bild hervorrufen, das nicht selten primär an Krankheitsbilder aus anderen Bereichen der Medizin, nicht nur der Inneren Medizin, denken lässt.

Eine besondere Herausforderung ist vor allem bei subklinischen, milden Schilddrüsenfunktionsstörungen gegeben, bei denen die klinischen Beschwerden geringer ausgeprägt und damit noch weniger charakteristisch für eine Problematik der Schilddrüse sind. Dennoch können erhebliche und gefährliche Auswirkungen auf andere Organsysteme ausgelöst werden und Lebensqualität sowie Risikoprofil der individuell betroffenen Menschen nachhaltig ungünstig beeinflusst werden. Bei einer unklaren Befundverschlechterung muss immer an eine Schilddrüsenerkrankung/Schilddrüsenfunktionsstörung, auch in ihrer milden Ausprägung, als Ursache gedacht werden!

Die hohe und stetig steigende Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen, Typ 2 Diabetes mellitus und von Schilddrüsenfunktionsstörungen, die zudem sehr oft in Kombination vorliegen, sowie die wachsende Zahl von Menschen im höheren Lebensalter machen genaue Kenntnisse der klinischen Diagnostik und des therapeutischen Vorgehens besonders wichtig.

Schilddrüsenerkrankungen: Besondere Situation von älteren/hochbetagten Menschen

Insbesondere bei alten Menschen ist es von ganz besonderer Bedeutung, immer die Möglichkeit

einer Schilddrüsenfunktionsstörung zu erwägen, dass diese im höheren Lebensalter nahezu immer mono- oder oligosymptomatisch verläuft und daher noch weniger an die Schilddrüsenerkrankung als Ursache gedacht wird! So kann zum Beispiel eine isolierte Gewichtsabnahme fälschlicherweise eine Diagnostik zur Tumorsuche zur Folge haben, obwohl eine Hyperthyreose der Grund der unklaren Gewichtsreduktion ist. Häufig werden isoliert auftretende Herzrhythmusstörungen eingehend kardiologisch abgeklärt, bevor die eigentliche Ursache des kardiologischen Problems, eine subklinische oder manifeste Schilddrüsenüberfunktion bedacht wird. In der oft überflüssigen Diagnostik kommt sehr häufig eine Kontrastmittelexposition (Koronarangiographie, radiologische Untersuchungen wie Computertomographie usw.) hinzu, die durch die damit verbundene hohe Jodzufuhr die Schilddrüsenüberfunktion noch weiter verschlechtert.

Auch in der Behandlung von Schilddrüsenfunktionsstörungen müssen bei alten Menschen Besonderheiten unbedingt beachtet werden.

Während manifeste Hyper- und Hypothyreose sowie die subklinische Hyperthyreose immer therapiert werden müssen, ist insbesondere beim alten Menschen die Indikation zur Behandlung der subklinischen Hypothyreose erst bei TSH-Werten ab 6 (-10) uU/ml zu stellen. Unter der Schilddrüsenhormonsubstitution sollte der TSH-Wert nicht unter 4-6 uU/ml gesenkt werden.



Bei älteren Menschen (>70 Jahre) und Hochbetagten müssen Mono-/Oligo-Symptomatik und Einfluss von Schilddrüsenfunktionsstörungen auf verschiedene Organsysteme/Stoffwechselwege bei Diagnostik und Therapieplanung bedacht werden.

Hyperthyreose/Hypothyreose: Kardiovaskuläre Veränderungen

Von Bedeutung ist, dass Schilddrüsenhormone direkt an der Herzmuskelzelle und über das sympathische Nervensystem wirken. Somit kommt es bei einer Schilddrüsenüberfunktion mit Überschuss an Schilddrüsenhormon zur Hypertrophie und Steigerung der Kontraktilität (direkte Wirkung) sowie zur Steigerung der Anzahl der β -adrenergen Rezeptoren (indirekte Wirkung). Folge ist eine Steigerung von Herzfrequenz (mit signifikant gesteigertem Risiko für Herzrhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern) und Steigerung des Schlagvolumens bei Erniedrigung des peripheren Widerstands und zumeist erhöhten systolischen Blutdruckwerten. Demgegenüber entwickelt sich bei einer Schilddrüsenunterfunktion eine reduzierte Herzfrequenz (bis zur Sinusbradykardie) bei gleichzeitiger Reduktion von Schlagvolumen und Auswurfleistung (bis zu 20 %) sowie verminderter Sauerstoffextraktion und verlangsamer Zirkulation. Der Blutdruck fällt ab, es kann jedoch auch paradoxerweise bei erhöhtem Gefäßwiderstand zur diastolischen Hypertonie kommen.

Erhebliche kardiologische Probleme können bereits bei subklinischer Hyperthyreose auftreten, die bis zu 10 % durchaus häufig ist und leider oft lange übersehen und in ihrer Gefährlichkeit vor allem für das Herz-Kreislaufsystem unterschätzt wird. Besonders ungünstig wirkt sich das bei bereits kardiovaskulär kranken Menschen, gerade im höheren Lebensalter aus.

Außerordentlich wichtig ist es, an eine Schilddrüsenfunktionsstörung als Ursache von Herz-Kreislaufproblemen zu denken, vor allem bei Herzrhythmusstörungen und Hypertonie unklarer Genese. Manifeste Schilddrüsenfunktionsstörungen sowie die subklinische Hyperthyreose müssen immer adäquat behandelt werden, während die Therapie der subklinischen Hypothyreose vor allem beim alten Menschen zurückhaltend zu handhaben ist.

Wichtig ist es dabei zu betonen, dass die Schilddrüsenhormonsubstitutionstherapie bei Hypothyreose immer den TSH-Wert als wichtigste Messgröße der Behandlung im Normbereich einstellt und nicht, wie leider bei etwa 20 % der so behandelten Menschen auffällig, unnötig durch Überdosierung eine iatrogene Hyperthyreose erzeugt wird, mit den entsprechenden klinischen Problemen.

Schilddrüse und Diabetes

Endokrine Funktionsstörungen können erhebliche Auswirkungen auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung des Diabetikers sowie auf den Kohlenhydratstoffwechsel bei zuvor nicht diabetischen Personen haben. Das gleichzeitige Vorkommen eines Diabetes mellitus, sowohl des Typ-1- als auch des Typ-2-Diabetes mit verschiedenen Schilddrüsenerkrankungen wird dabei besonders häufig beobachtet. Autoimmunthyreopathien treten darüber hinaus deutlich häufiger bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 auf.

In der klinischen Praxis sollten Veränderungen der Schilddrüsenfunktion bei bestehendem Diabetes mellitus und umgekehrt Auswirkungen von Schild-



drüsenfunktionsstörungen auf den Kohlenhydratstoffwechsel bei Menschen mit Diabetes, aber auch zuvor stoffwechsel-gesunden Personen bedacht, frühzeitig erkannt und behandelt werden, um jegliche Komplikationen zu vermeiden.

• **Hyperthyreose und Diabetes mellitus**

Bei bis zu 57 % der Patienten mit unbehandelter Schilddrüsenüberfunktion wird eine gestörte Glukosetoleranz gefunden, bei 2–3,3 % ein manifester Diabetes mellitus. Die Häufigkeit des Auftretens einer Hyperthyreose bei bestehendem Diabetes mellitus liegt insgesamt vergleichbar hoch wie bei nichtdiabetischen Kontrollpersonen. Allerdings ist eine erhöhte Inzidenz des gemeinsamen Auftretens von Typ-1-Diabetes und immunologisch ausgelöster Hyperthyreose Morbus Basedow mit und ohne endokrine Orbitopathie belegt.

Die Schilddrüsenüberfunktion führt zur Hyperglykämie durch verstärkte Insulinresistenz, pathologische Glukagonfreisetzung und verstärkte Glykogenolyse in der Leber. Die daraus resultierende Blutzuckerentgleisung lässt sich nach Erreichen einer euthyreoten Stoffwechsellage durch effektive Behandlung der Hyperthyreose vollständig normalisieren.

• **Hypothyreose und Diabetes mellitus**

Bei Menschen mit Diabetes mellitus führt sowohl eine manifeste als auch die subklinische Hypothyreose durch verschiedene Mechanismen vor allem durch sinkenden Insulinbedarf und erhöhte Insulinsensitivität zu einer deutlich verstärkten Hypoglykämieeigung. Die Normalisierung der Schilddrüsenunterfunktion durch Schilddrüsenhormon-


substitutionstherapie führt zur völligen Stabilisierung mit Normalisierung der Hypoglykämiehäufigkeit. Aufgrund der erheblichen Auswirkungen der Schilddrüsenunterfunktion auf die Stoffwechselkontrolle des insulinpflichtigen Diabetikers ist mindestens einmal im Jahr ein Schilddrüsen-Screening durchzuführen.

Schilddrüsenerkrankungen/-funktionsstörungen in besonderen Lebensphasen und bei familiärer Disposition für Schilddrüsenerkrankungen

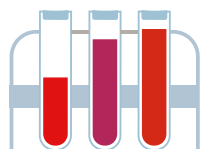
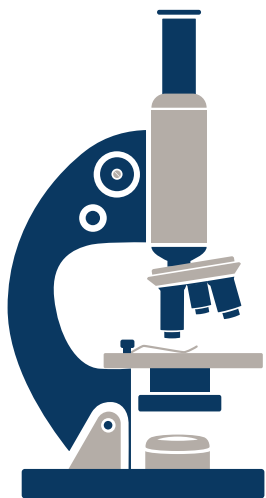
Vor allem in Zeiten hormoneller Umstellung (Pubertät, Gravidität/Entbindung, Menopause) muss an das Auftreten einer Schilddrüsenerkrankung gedacht werden.

Bei familiärer Disposition für eine Kropferkrankung (Struma diffusa/nodosa) ist spätestens ab der Pubertät auf eine ausreichende Jodversorgung zu achten und bei Verdacht auf eine Strumaentwicklung die Schilddrüsenfunktion und Sonographie der Schilddrüse zu überprüfen. Entsprechendes gilt für Gravidität und den weiteren Lebensverlauf über die Menopause hinaus.

Bei familiärer Disposition für Autoimmunerkrankungen ist ebenfalls in hormonellen Umstellungsphasen besondere Aufmerksamkeit auf die Schilddrüse angesagt: Insbesondere nach der Entbindung können Autoimmunthyreopathien erstmals auftreten oder ein Rezidiv/eine Verschlechterung der Autoimmunerkrankung der Schilddrüse passieren – häufig durch Überlagerung mit anderen Beschwerden und Umstellungen nach der Entbindung, aber falsch



Aufgrund der erheblichen Auswirkungen von Schilddrüsenüber- und Schilddrüsenunterfunktion auf die Stoffwechselkontrolle vor allem des insulinpflichtigen Menschen mit Diabetes ist mindestens einmal im Jahr ein Schilddrüsen-Screening durchzuführen, immer aber bei unklaren Blutzuckerentgleisungen, sowohl für Hyper- als auch Hypoglykämie.



interpretiert und daher spät oder gar nicht erkannt!

In der Menopause ist der häufigste Zeitpunkt für die Erstmanifestation der Autoimmunerkrankung mit Hypothyreoseentwicklung. Auch hier kommt es oft zur verspäteten Diagnose und Therapie, da sich die Beschwerden der Wechseljahre mit den Symptomen der Hypothyreose überlagern und nicht an die Schilddrüse gedacht wird!

IMPRESSUM

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@iww.de

Autorin

Prof. Dr. med. P.M. Schumm-Draeger, München

Lieferung

Diese Broschüre ist eine kostenlose Serviceleistung der Aristo Pharma GmbH
Wallenroder Straße 8 – 10, 13435 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 – 710 94 - 4200
E-Mail: info@aristo-pharma.de

Druck

H. Rademann GmbH Print + Business Partner,
59348 Lüdinghausen

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst zugunsten nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieser Broschüre ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.

Bildhinweise

Titelbild: Rasi@stock.adobe.com
Grafiken: macrovector_official@de.freepik.com