

# Schilddrüsen-Erkrankungen

## Online Seminar

Veranstalter Ganzimmun AG

[info@ganzimmun.de](mailto:info@ganzimmun.de)

Moderator/Autor

Prof. Dr. med. Dr. h. c. L.- A. Hotze

[info@schilddruesenpraxis.de](mailto:info@schilddruesenpraxis.de)

# Einteilung

## SD Erkrankungen nach **Funktion**

- Euthyreose +
- **Struma diffusa /nodosa (sehr häufig):**
- Charakteristika:
- Normale Laborbefunde für:
- fT4, fT3, TSH (ggfalls nach TRH), keine AK
- Vergrößerung mit/ohne Funktionsstörung
- Häufigkeit: ca. 33% der Population

# Struma diffusa/nodosa

- Hauptursache:
- Früher bestehender deutlicher Jodmangel (gemessen an Urinjodausscheidung)
- Z.B. 1975: ca. 25  $\mu\text{g}/\text{d}$       **Soll > 100  $\mu\text{g}/\text{d}$**

# Struma

Häufigkeit in einer Population ist altersabhängig, diese wiederum von:

- regionaler/kontinentaler alimentären Jodversorgung z. Zt. der Geburt
- **und Änderungen** der Jodversorgung im Lebensverlauf der dort lebenden Individuen
- Frauen heute: 18 – 30a (1992-1980) : **11.5%**
- Frauen heute: 46 – 65a (1964 - 1945): **40.6%**

# Struma diffusa / nodosa

- Zur sicheren Diagnose gehört die **Sonographie**
- Sonographie zur Beurteilung von Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein von
- Knoten und Bestimmung der Größe von:
- **Knoten und Gesamtgröße**
- **Ausgangsbefund und in Verlaufsuntersuchung**

# SD Erkrankungen mit Funktionsstörungen

- Autonomien:
- Langfristig: Entwicklung einer Hyperthyreose
- Lange Zeit: **keine** klinischen Symptome
- Typische Laborkonstellation über lange Zeit:
- TSH < 1 (unterschiedlich ausgeprägt), fT3, fT4 normal/obere Normgrenze, keine AK, Szintigraphie: bei Knotenbefunden: „kalte oder heiße“ Knoten

# SD-Erkrankungen mit Funktionsstörung

## M. Basedow (Immunhyperthyreose)

- Diagnosesicherung/Abgrenzung gegenüber Autonomie:
- fT3, fT4 (zumeist **beide** exzessiv erhöht), TSH < 0.01, **TRAK pos.**, TPO und Tg AK zumeist auch.
- Szinti: Tc (I) Aufnahme: stark erhöht
- Sono: Echoarmut, vermehrte Durchblutung
- Augenbeteiligung möglich.

# SD Erkrankungen mit Funktionsstörung

- M. Basedow
- Zunächst konservative Therapie mit Thyreostatika
- Darunter: alle 4 Wochen Laborkontrollen (SD Parameter: richtige Dosis), zusätzlich Blutbild und Leberenzyme (Nebenwirkungen)

# Überfunktion durch Jod

- Hauptursachen: hohe Jodmengen, z.B. durch Röntgen KM und bestimmte Medikamente, bekannt unter Amiodaron
- Beide führen zu einer schweren Jodbelastung, die im Falle von Am. noch sehr lange bestehen bleibt, weil das Medikament nicht innerhalb Tagen sondern innerhalb von Monaten erst ausgeschieden wird.

# Überfunktion durch Jod

- Jodinduzierte Hyperthyreosen (sehr heftiger Verlauf bis hin zur thyreotoxischen Krise)
- Bei geplanter KM –Gabe kann die SD durch eine vorbeugende Therapie mit Perchlorat blockiert werden

# Überfunktion durch Jod

- Bei Amiodaron gibt es eine Besonderheit:
- Es gibt zwei Überfunktionsentwicklungen, eine „echte“ (= Typ I; gesteigerte Neuproduktion von Hormon) und eine „unechte“ (=Typ II ohne vermehrte Hormonproduktion; es gelangt bereits gebildetes Hormon ins Blut)
- Typ I: hochdosierte Thyreostase, möglichst rasch OP
- Typ II: Glukokortikoide, ca. 6 Monate

# SD Erkrankungen mit wechselnden Funktionszuständen

- Th. De Quervain (schmerzhafte Entzündung: anfangs Hyper- später Übergang in Hypothyreose (autoimmun bedingt))
- Hashimoto: anfangs Hyper- später Hypothyreose
- M. Basedow/Hashimoto (rel. selten)
- Über- und Unterfunktion im Wechsel, oft über längeren Zeitraum, meistens überwiegt dann die Hashimoto Komponente

# SD Erkrankungen

## Entzündungen

- De Quervain (viral)
- Symptome: lokaler Schmerz
- Therapie: Antiphlogistika: je nach Ausmaß der Beschwerden bis hin zu Glukokortikoiden
- Wichtig! 6 monatige konsequente Antiphlogistika Therapie
- Bei Rezidiv: OP

# SD Entzündungen

- Bakterielle Entzündung (sehr selten)
- Symptome: Fieber, Schwellung, Rötung
- Therapie: FNP mit Erregernachweis und sofortiger antibiotischer Therapie; bei mangelhaftem Ansprechen: OP

# Hashimoto Th.

- Besonderheiten:
- Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen
  - - Diabetes I
  - - NNR-Schwäche (oft Cortisol und DHEA)
  - - Atrophische Gastritis
  - - Vitiligo
- (Auswahl der häufigeren Assoz.)

# SD und Frauenspezifische Situationen

- Unerfüllter Kinderwunsch
  - SD Labor; bei TSH > 2: Behandlung
- Schwangerschaft
  - Ab der 10. SSW 100 µg Jodid (auch bei AIT)
  - Überfunktion: kein Jodid, Thyreostase möglich
- Nach Entbindung
  - PPT (ca. 10%)
  - Verschlechterung bestehender AIT oder IHT

# Schwangerschaft

- Entstehung eines Kropfes
- Entstehung von Knoten
- Zunahme beider Befunde

# SD Erkrankungen bei Kindern

- Angeborene Unterfunktion
- Kommt praktisch heute nicht mehr vor, da
  - Seit den frühen 1980er Jahren gibt es Screening Untersuchungen für TSH Konz. am 3. und 5. LT

# Unterfunktion bei Kindern

- Hashimoto Thyreoiditis
- Kommt auch bei Kindern vor
- Häufigkeit?
- Differentialdiagnose zu ADHS
- Beide können auch gleichzeitig bestehen

# SD und Alter

- Vielfach Kröpfe
- Vielfach Autonomien
- (früherer ausgeprägte Jodmangel)
- Funktionsstörungen werden häufig nicht mehr als solche wahrgenommen, sondern als altersbedingt erklärt.
- Hypothyreose wird am häufigsten übersehen
- Diagnose: SD Labor (einfach)

# SD und Alter

- Überfunktion
- Symptome (häufig kardial) werden zumeist einer Herzerkrankung zugeschrieben

# SD-Krebs

- Charakteristika:
  - Langsames Wachstum
  - Szintig. „kalter“ Knoten
  - Sonogr. echoarmes Areal
  
  - Diagnosesicherung: FNP
  - Therapie: Thyreoidektomie + anschl. RJT
  - Nachsorge