

Schilddrüsendiagnostik bei Frauen mit Kinderwunsch und Schwangeren

Zusammenfassung

Dieses Informationsblatt beschäftigt sich mit der Frage des TSH-Grenzwertes bei Frauen mit Kinderwunsch und Schwangeren. In jedem Fall sollten Frauen mit einer Hyperthyreose internistisch-endokrinologisch abgeklärt und behandelt werden.

Wir sehen es als sinnvoll an, bei Frauen mit Kinderwunsch ein TSH $> 2,5$ mIE/l mit L-Thyroxin zu therapieren, so dass Zielwerte um $1-1,5$ mIE/l erreicht werden.

Während der Schwangerschaft sollte im 1., 2. und 3. Trimenon das TSH $\leq 2,5$ mIE/l, ≤ 3 mIE/l und $\leq 3,5$ mIE/l liegen.

Diese Grenzwerte betreffen nicht die symptomfreie nicht-schwangere Allgemeinbevölkerung und insbesondere auch nicht symptomfreie Frauen ohne Kinderwunsch.

Grundsätzlich erkennen auch internationale Fachgesellschaften es als sinnvoll an, bereits ein TSH $> 2,5$ mIE/l bei Frauen mit Kinderwunsch bzw. in der Schwangerschaft (1. Trimenon) zu diagnostizieren und zu therapieren. Allerdings weisen diese Fachgesellschaften auch darauf hin, dass die Evidenzlage für ein solches Vorgehen insbesondere in Hinblick auf eine Verbesserung des Schwangerschaftsverlaufs und der mütterlichen Risiken bzw. der kindlich-neurologischen Entwicklung dünn ist.

Aufgrund des niedrigen Risikoprofils einer Therapie mit L-Thyroxin sowie der niedrigen Kosten halten wir dennoch die Diagnostik und Konsekutivtherapie einer grenzwertigen Schilddrüsenunterfunktion (TSH $> 2,5$ mIE/l) bei Frauen mit Kinderwunsch und in der Frühschwangerschaft für gerechtfertigt.

Definition

Eine subklinische Hypothyreose besteht, wenn das TSH oberhalb des oberen Referenzbereichs (laborabhängig bei ca. $4,12$ mIE/l) gemessen wird und die

freien Schilddrüsenhormone (fT3, fT4) im Referenzbereich liegen.

Unabhängig von einer subklinischen oder manifesten Hypothyreose kann eine Schilddrüsen-Autoimmunität bestehen mit dem Nachweis von Schilddrüsenautoantikörpern, insbesondere TPO-Antikörpern.

Hintergrund

Eine Hypothyreose, insbesondere eine manifeste, soll eine Bedeutung für wiederholte Aborte sowie den Schwangerschaftsverlauf und das kindliche Outcome haben. Eine Übertherapie der Schilddrüse kann zu einem erhöhten Osteoporoserisiko führen.

Außerhalb der Schwangerschaft bzw. eines Kinderwunsches sollte wegen des Fehlens eines nachweisbaren Vorteils auf eine Therapie verzichtet werden, wenn das TSH den regulären oberen Referenzbereich (laborabhängig bei ca. $4,12$ mIE/l) nicht überschreitet.

Ein Zusammenhang zwischen einer Hypothyreose und einer Subfertilität kann heute nicht mehr als belegbar angenommen werden.

Allerdings gibt es ausreichend Daten, die darauf hinweisen, dass ein TSH > 4 mIE/l mit Aborten assoziiert ist. Inwieweit dies auch für ein TSH zwischen $2,5$ und 4 mIE/l gilt, ist weniger sicher. Ebenso gilt, dass beim Vorliegen eines TSH > 4 mIE/l mit einem komplizierteren Schwangerschafts- und Geburtsverlauf gerechnet werden muss. Dazu gehören ein höheres Risiko für eine Abruption placentae, einen vorzeitigen Blasensprung und die Frühgeburtlichkeit. Auch für diese Risiken lassen sich keine Daten für ein TSH zwischen $2,5$ und 4 mIE/l finden. Die kindliche neurologische Entwicklung wird durch eine manifeste Hypothyreose beeinträchtigt, vermutlich – so die Datenlage – auch durch eine subklinische Hypothyreose bei einem TSH > 4 mIE/l. Es gibt keine verlässlichen Daten für die kindlich-neurologische Entwicklung bei einem mütterlichen TSH von $2,5 - 4$ mIE/l.

Die Therapie mit L-Thyroxin zeigt in Studien bei einem TSH > 4 mIE/l eine Verbesserung der Abortrate und des Schwangerschaftsverlaufs. Die Therapie der subklinischen Hypothyreose mit L-Thyroxin hat aber nach bisheriger Datenlage keinen Einfluss auf die kindlich-neurologische Entwicklung.

Interessanterweise ist die Schilddrüsen-Autoimmunität assoziiert mit Aborten und die Therapie mit L-Thyroxin kann das Abortrisiko wahrscheinlich senken, insbesondere bei einem TSH > 4 mIE/l.

Gabe von Folsäure und Jodid bei Frauen mit Kinderwunsch und in der Schwangerschaft

Das Bundesinstitut für Risikobewertung empfiehlt eine Jodzufuhr von 230 µg pro Tag für Schwangere und 260 µg pro Tag für Stillende. Als sichere Gesamttageszufuhr gilt eine Jodmenge von 500 µg.

Eine tägliche Supplementierung von 100 (bis 150 µg) in Tablettenform wird nach vorheriger Jodanamnese (andere Vitamin- oder jodhaltige Präparate, Verzehr von Seefisch, Algen- oder Tangpräparaten), empfohlen.

Die einzige Kontraindikation für eine Jodgabe in Tablettenform - gilt nicht für Jodsalz - stellt eine Schilddrüsenüberfunktion dar.

Folsäure wird in einer Dosierung von 400 µg täglich ab vier Wochen vor der Konzeption und bis zur 12. Schwangerschaftswoche empfohlen.

Bei anamnestischer Angabe eines Neuralrohrdefekts in einer vorangehenden Schwangerschaft werden 4 mg täglich empfohlen.

Ludwig & Kollegen
Diagnostikgesellschaft

Telefon: 0800-1110243
info@ludwigkollegen.de
www.ludwigkollegen.de