

# SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Ott J

**Frauengesundheit und Hashimoto-Thyreoiditis -  
Allgemeine, gynäkologische und geburtshilfliche  
Aspekte**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (3)  
(Ausgabe für Österreich), 11-14*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2012; 30 (3)  
(Ausgabe für Schweiz), 13-16*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://www.kup.at/speculum)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

# SPECULUM

e-Abo **kostenlos**

## Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Speculum und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

## Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Speculum. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

## Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

## Speculum

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

# Frauengesundheit und Hashimoto-Thyreoiditis – Allgemeine, gynäkologische und geburtshilfliche Aspekte

J. Ott

**D**ie Hashimoto-Thyreoiditis ist eine der häufigsten Endokrinopathien bei Frauen im reproduktiven Alter mit einer Inzidenz von bis zu 10 %. Die eigentlichen Definitionskriterien sind histologischer Natur und beinhalten eine höhergradige lymphozytäre Infiltration der Schilddrüse und Zelloxyphilie. Aufgrund ihrer Assoziation mit erhöhten Werten von Antikörpern gegen Thyreoperoxidase (antiTPO) und Thyreoglobulin (TG-AK), die auch als krankheitsspezifische serologische Marker verwendet werden, wird die Hashimoto-Thyreoiditis heutzutage jedoch meist bei Vorliegen ebensolcher erhöhter antiTPO- und/oder TG-AK-Serumspiegel diagnostiziert. Dabei gilt antiTPO als besser prädiktiv für das histologische Vorliegen der Erkrankung, wobei in den vergangenen 30 Jahren ein Rückgang der Sensitivität dieses serologischen Markers bei gleichzeitigem Ansteigen der Inzidenz der Hashimoto-Thyreoiditis beobachtet werden konnte [1]. Im Weiteren soll im Hinblick auf die praktische Relevanz die serologische Definition herangezogen werden.

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist in Gebieten mit ausreichender Jodversorgung die wichtigste Ursache für das Entstehen der manifesten, subklinischen und latenten Hypothyreose und damit in vielerlei Hinsicht von besonderer Bedeutung für die Frauengesundheit. Dabei scheint der Übergang vom euthyreoten in den hypothyreoten Zustand einen langen Zeitraum von vielen Monaten in Anspruch zu nehmen [2]. Nicht selten findet man aber bei

Patienten mit deutlich erhöhten antiTPO- und/oder TG-AK-Werten normale Spiegel von TSH und Levothyroxin. Wichtig ist, dass die Hashimoto-Thyreoiditis auch bei euthyreoter Stoffwechsellage, sei diese als natürlicher Zustand gegeben oder durch eine Substitutionstherapie erreicht, einen signifikanten Einfluss auf frauengesundheitliche Aspekte hat. In diesem Sinne wird im weiteren Artikel spezifisch auf den Einfluss der Hashimoto-Thyreoiditis bei euthyreoter Stoffwechsellage eingegangen. Verständlicherweise beeinflusst das zeitgleiche Vorliegen einer nicht korrigierten Schilddrüsenunterfunktion die meisten dargestellten assoziierten Zustände und Erkrankungen noch zusätzlich negativ und muss entsprechend behandelt werden.

## Allgemeine frauengesundheitliche Aspekte

Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis weisen selbst bei euthyreoter Stoffwechsellage eine deutlich verminderte Lebensqualität auf, insbesondere in den psychologischen Domänen des SF-36-Gesundheitsfragebogens wie Vitalität, soziale Rollenfunktion und mentale Gesundheit. Diese Verringerung der Lebensqualität bildet sich auch in erhöhten Raten diverser Symptome ab, wie zum Beispiel chronische Müdigkeit und Schwäche, geringe Ausdauer, chronische Reizbarkeit und Nervosität [3]. Das stimmt mit der Beobachtung überein, dass Patienten mit Hashimoto-Thyreoiditis vermehrt Zeichen

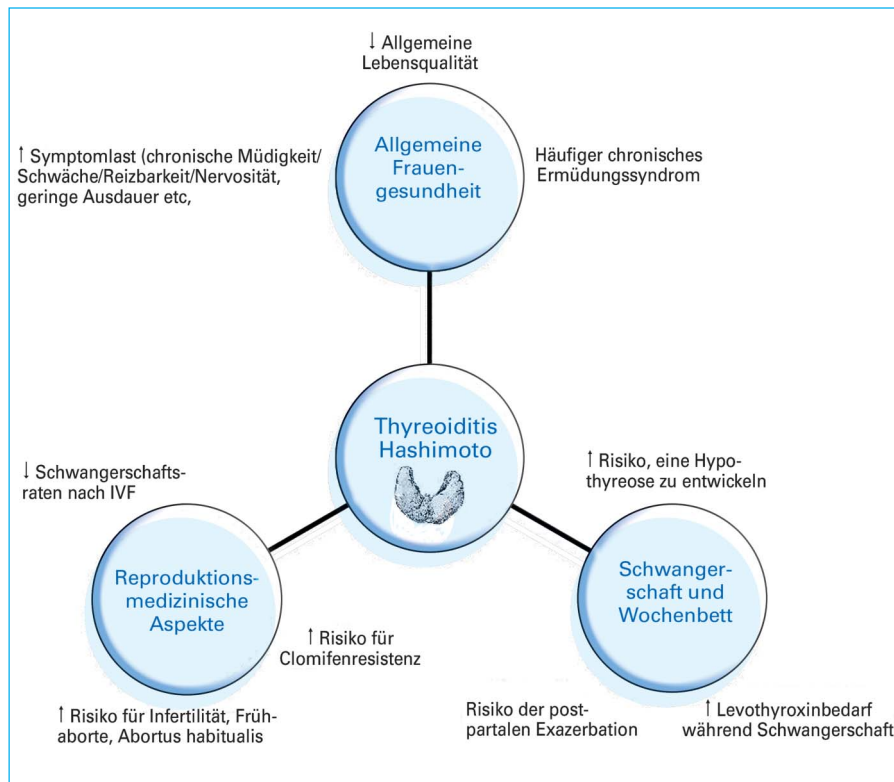
eines chronischen Ermüdungssyndroms zeigen [4].

**Die Rolle in der Reproduktionsmedizin**

Die Hashimoto-Thyreoiditis der Frau ist ein unabhängiger Risikofaktor für Infertilität (Odds Ratio 1,5), Frühaborte (Odds Ratio 3,7) und wiederholte Frühaborte im Sinne eines Abortus habitualis (Odds Ratio 2,3). Sie wurde auch mit einer deutlichen, genauer gesagt einer über 50%igen Reduktion von Schwangerschaftsraten nach künstlicher Befruchtung in Zusammenhang gebracht [5]. Ebenso wird der Erfolg einer Clomifenstimulation bei Patientinnen mit polyzystischem Ovarsyndrom durch das Vorliegen der Hashimoto-Thyreoiditis negativ beeinflusst, sodass sie einen Risikofaktor für die Clomifenresistenz darstellt [6]. Es empfiehlt sich daher, bei Patientinnen mit unerfülltem Kinderwunsch, insbesondere vor Durchführung einer reproduktionsmedizinischen Maßnahme, wie auch bei Frauen mit Abortus habitualis antiTPO und TG-AK zu bestimmen.

**Einfluss auf Schwangerschaft und Postpartalperiode**

Im Zuge einer normalen Schwangerschaft hat die Hashimoto-Thyreoiditis vor allem einen wesentlichen Einfluss auf die Stoffwechsellage der Schilddrüse, auch wenn sich die betroffene Patientin vor oder zu Beginn der Schwangerschaft in Euthyreose befindet. Aufgrund einer verminderten Schilddrüsenreserve tragen diese Patientinnen ein erhöhtes Risiko, im Laufe der Schwangerschaft erhöhte TSH-Werte als Zeichen einer Hypothyreose zu entwickeln. Auch Frauen mit einer präkonzeptionell gut eingestellten Schilddrüsenunterfunktion weisen häufig einen erhöhten Levothyroxinbedarf auf, dieser steigt vor allem ab der 4.–6. Schwangerschaftswoche merklich an [7]. Selbiges gilt für die Zeit des Wochenbetts: Auch hier ist die Hashimoto-Thyreoiditis ein Risikofaktor für einen erhöhten Bedarf an Schilddrüsenhormonen, sodass der TSH-Wert nach 3 und 6 Monaten nach der Entbindung auch bei anfänglich guter Schilddrüsenstoffwechsellage kontrolliert werden sollte [8].



1. Hypothyreose-unabhängiger Einfluss der Hashimoto-Thyreoiditis auf verschiedene Bereiche der Frauengesundheit.

Unabhängig von der Schilddrüsenfunktion ist die „postpartale“ Hashimoto-Thyreoiditis deutlich mit dem Auftreten einer postpartalen Psychose, insbesondere einer Depression, assoziiert. Da eine solche postpartale Thyreoiditis sowohl bei Vorbestehen exazerbieren als auch neu auftreten kann, empfiehlt sich eine Bestimmung von TSH, antiTPO und TG-AK bei einer länger dauernden postpartalen Psychose, um diese Differenzialdiagnose zu bestätigen oder falsifizieren zu können.

Ob bei Patientinnen mit vorbestehender Hashimoto-Thyreoiditis der routinemäßige Einsatz der Jodprophylaxe während der Schwangerschaft empfohlen werden kann, ist derzeit nicht geklärt. Rezente Daten weisen deutlich auf einen Einfluss der Jodgabe auf die Entstehung beziehungsweise Aggravierung der Erkrankung hin, möglicherweise wird dadurch besonders die Entstehung einer Hypothyreose begünstigt [2].

### Therapieoptionen bei euthyreoter Hashimoto-Thyreoiditis

Aufgrund der mannigfaltigen Symptome und assoziierten Zustandsbilder der Hashimoto-Thyreoiditis stellt sich die Frage nach einer spezifischen Therapie. Derzeit gibt es drei Ansätze:

1. Eine orale Therapie mit 200 µg Selen pro Tag kann die Lebensqualität der betroffenen Frauen heben. Das trifft vor allem auf Patientinnen mit relativ hohen antiTPO-Werten (> 100 IU/ml) zu [9]. Ob diese Therapie auch im Falle eines Kinderwunsches oder Abortus habitualis hilfreich wäre, ist unbekannt. Außerdem kann durch eine Selentherapie auch eine postpartale Exazerbation der Antikörperlast bei vielen Patientinnen mit vorbestehender Hashimoto-Thyreoiditis verhindert oder zumindest im Zaum gehalten werden [10]. Die Selensupplementation ist dann postpartal über mindestens 3 Monate in selbiger Dosis zu verabreichen. Außerhalb einer Schwangerschaft oder des Wochenbetts ist eine Therapiewirkung nur erwiesen, solange Selen auch wirklich eingenommen wird. Ob primär Patientinnen mit vorbestehendem Selenmangel profitieren, wird von einigen Autoren angenommen. Da in Österreich, in der Schweiz und in Deutschland selenarme Böden vorherrschen und damit ein Großteil der Bevöl-

kerung Selen-defizient ist, scheint bei der derzeitigen Datenlage eine Selenbestimmung im Blut nicht indiziert.

2. Rezente Studien haben den Einsatz einer prophylaktischen Levothyroxintherapie bei euthyreoten Patienten mit Thyreoiditis evaluiert. Hier fanden sich Hinweise auf ein längeres Zeitintervall bis zur Progredienz der Erkrankung. Ob eine Besserung der Lebensqualität eintritt, ist nicht bekannt. Es ist anzunehmen, dass zumindest jene Patientinnen davon im Besonderen profitieren, die an einer unerkannten, latenten Hypothyreose, welche die Hashimoto-Thyreoiditis begleitet, leiden. Ob hier nur ein TSH-Zielwert von 2,5 µU/ml wie bei Schwangeren oder Frauen mit Kinderwunsch oder sogar niedrigere Werte erreicht werden sollten, ist unklar. Einige Experten nehmen aber an, dass der zuvor genannte obere Grenzbereich von 2,5 µU/ml bereits zu hoch gewählt ist und gesunde junge Frauen deutlich niedrigere TSH-Werte aufweisen sollten [4].

3. Als dritter Therapieansatz wurde in einigen Studien die Thyreoidektomie bei Patientinnen mit hoher Symptomlast evaluiert. Diese scheint allerdings nur einen positiven Einfluss bei Bestehen von mechanischen, Schilddrüsenvolumenbedingten Beschwerden zu haben, wie zum Beispiel Globusgefühl oder Schluckbeschwerden. Derzeit sollte eine Schilddrüsenoperation bei andersartiger Symptomatik ohne zusätzliche Operationsindikation wie Malignitätsverdacht der Patientin nicht angeraten werden.

Für die Gabe von Kortikosteroiden mangelt es an Daten. Sie erscheint aufgrund des Nebenwirkungspotenzials übertrieben. Insgesamt sind die Behandlungsoptionen allerdings beschränkt, sodass gerade im Bereich der erkrankungsspezifischen Therapie in den nächsten Jahren auf neue Erkenntnisse zu hoffen ist.

#### LITERATUR:

1. Benvenega S, Trimarchi F. Changed presentation of Hashimoto's thyroiditis in North-Eastern Sicily and Calabria (Southern Italy) based on a 31-year experience. *Thyroid* 2008; 18: 429–41.
2. Effraimidis G, Strieder TG, Tijssen JG, et al. Natural history of the transition from euthyroidism to overt autoimmune hypo- or hyperthyroidism: a prospective study. *Eur J Endocrinol* 2011; 164: 107–13.

3. Ott J, Promberger R, Kober F, et al. Hashimoto's thyroiditis affects symptom load and quality of life unrelated to hypothyroidism: a prospective case-control study in women undergoing thyroidectomy for benign goiter. *Thyroid* 2011; 21: 161–7.
4. Promberger R, Hermann M, Ott J. Hashimoto's thyroiditis when thyroid function is normal. *Exp Rev Endocrinol Metab* 2012; 7: 175–9.
5. Geva E, Vardinon N, Lessing JB, et al. Organ-specific autoantibodies are possible markers for reproductive failure: a prospective study in an in vitro fertilization-embryo transfer programme. *Hum Reprod* 1996; 11: 1627–31.
6. Ott J, Aust S, Kurz C, et al. Elevated antithyroid peroxidase antibodies indicating Hashimoto's thyroiditis are associated with the treatment response in infertile women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2010; 94: 2895–7.
7. Galofré JC, Haber RS, Mitchell AA, et al. Increased postpartum thyroxine replacement in Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid* 2010; 20: 901–8.
8. Gärtner R. Thyroid diseases in pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009; 21: 501–7.
9. Toulis KA, Anastasilakis AD, Tzellos TG, et al. Selenium supplementation in the treatment of Hashimoto's thyroiditis: a systematic review and a meta-analysis. *Thyroid* 2010; 20: 1163–73.
10. Negro R, Greco G, Mangieri T, et al. The influence of selenium supplementation on postpartum thyroid status in pregnant women with thyroid peroxidase autoantibodies. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92: 1263–8.

**Korrespondenzadresse:**

*Priv.-Doz. Dr. Johannes Ott  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
Medizinische Universität Wien  
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
E-Mail: johannes.ott@meduniwien.ac.at*

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)