

# Schilddrüsen- funktionsstörung und Schwangerschaft

Die Schilddrüse ist eine schmetterlingsförmige Drüse und sitzt im unteren Halsabschnitt vor der Luftröhre. Sie ist sozusagen der Schalthebel für alle Stoffwechselfvorgänge.<sup>1</sup>

## Welche Schilddrüsen- funktionsstörungen gibt es?

Ist die Schilddrüse zu wenig aktiv, bildet sie nicht ausreichend Schilddrüsenhormon. Aus dieser Konstellation entwickelt sich die sogenannte Schilddrüsenunterfunktion oder **Hypothyreose**. Menschen mit Schilddrüsenunterfunktion verbrauchen Energie langsamer und ihr Stoffwechsel verlangsamt sich ebenfalls.<sup>2</sup> Ist die Schilddrüse dagegen überaktiv, gibt sie zuviel Schilddrüsenhormon ans Blut ab. Es entwickelt sich die sogenannte Schilddrüsenüberfunktion oder Hyperthyreose mit beschleunigtem Stoffwechsel.<sup>3</sup>

Während einer Schwangerschaft können Schilddrüsenstörungen eine ernsthafte Gefahr sein. Es ist deshalb äußerst wichtig, dass die Erkrankung frühzeitig festgestellt wird. Frauen, in deren Familie bereits Schilddrüsenfunktionsstörungen oder andere Autoimmunerkrankungen wie z. B. Diabetes Typ 1 aufgetreten sind, sollten ihren Arzt auf eine diesbezügliche Untersuchung vor einer geplanten Schwangerschaft oder zu Beginn der Schwangerschaft ansprechen. Da Schilddrüsenerkrankungen bei Frauen acht Mal häufiger auftreten als bei Männern,<sup>4</sup> sollten sich Mütter dieser Problematik besonders bewusst sein.

## Hypothyreose

Etwa 5% aller schwangeren Frauen entwickeln eine Hypothyreose<sup>5</sup>, wobei diese leicht übersehen werden kann, da die Symptome mit anderen körperlichen oder emotionalen Veränderungen während einer Schwangerschaft verwechselt werden können. Hierzu gehören z. B. Gewichtszunahme, Müdigkeit und Schwellungen.

Bleibt eine Hypothyreose während der Schwangerschaft unbehandelt, kann dies sehr gefährlich sein, da sich das Risiko für Frühgeburten erhöht und das Baby dem Risiko von Entwicklungs- und Lernstörungen ausgesetzt wird. Eine Hypothyreose kann auch dazu führen, dass sich der Mutterkuchen vor der Geburt von der Gebärmutterinnenwand löst (Plazentaablösung). Dies ist eine potentiell lebensbedrohliche Situation sowohl für die Mutter als auch für das Baby.<sup>6,7</sup>



## Behandlung der Hypothyreose während der Schwangerschaft

Die Behandlung der Hypothyreose zielt auf die Zufuhr von Schilddrüsenhormonen, die dem Körper fehlen. Hierzu wird das synthetisch hergestellte Schilddrüsenhormon Levothyroxin verabreicht. Dieses Arzneimittel kann während der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit eingenommen werden.<sup>8</sup> Die Behandlung ist äußerst wichtig, da sie Mutter und Kind vor Folgeerscheinungen schützt. Schwangere Frauen mit Hypothyreose benötigen häufigere Kontrolluntersuchungen, um die Wirksamkeit der gewählten Levothyroxindosis zu überprüfen. Während der Schwangerschaft muss die Levothyroxindosierung in der Regel um 25 bis 50 % erhöht werden.

## Hyperthyreose

Schilddrüsenüberfunktionen sind während der Schwangerschaft eher selten, können bei ausbleibender Behandlung aber ernsthafte Folgen für Mutter und Kind haben.<sup>9</sup> Zu den negativen Folgen zählen Fehlgeburt, Wachstumsverzögerung im Mutterleib, vorzeitige Wehen und Frühgeburt, Bluthochdruck,<sup>6</sup> körperliche Schäden des Babys sowie die sogenannte thyreotoxische Krise, bei der ein belastendes Ereignis oder ein massiver Infekt zu einem gefährlichen Anstieg der Schilddrüsenhormonkonzentration im Blut führen kann.<sup>6</sup>

Morbus Basedow (eine Erkrankung des Immunsystems, am häufigsten bei jungen Frauen)<sup>9</sup> ist die Ursache Nr. 1 (85 %) für eine Hyperthyreose während der Schwangerschaft.<sup>9</sup> Schwangere Frauen mit Morbus Basedow fühlen sich während der Schwangerschaft besser, weil ihr Immunsystem zum Schutze des Babys unterdrückt wird. Die Erkrankung verschlimmert sich jedoch in der Regel in den ersten Monaten nach der Entbindung wieder.

Während der Schwangerschaft lässt sich eine Hyperthyreose nur schwer diagnostizieren, da viele der Veränderungen, die jede Schwangerschaft mit sich bringt, den Symptomen einer Funktionsstörung ähneln. So z.B. Wärmegefühl, übermäßiges Schwitzen, Erbrechen oder beschleunigter Herzschlag.

Wenn Sie schwanger sind und einen Puls von über 100 Schlägen pro Minute haben und an Gewicht verlieren, sollten Sie unverzüglich einen Arzt aufsuchen, um eine Hyperthyreose auszuschließen.

### **Behandlung der Hyperthyreose während der Schwangerschaft**

Im Gegensatz zur Hypothyreose zielt die Behandlung bei Patienten mit überaktiver Schilddrüse auf die Senkung der Schilddrüsenhormonkonzentration im Blut. Thyreostatika können während der gesamten Schwangerschaft eingenommen werden. Ihre Dosierung sollte so niedrig wie nötig sein. Einige schwangere Frauen, die allergisch gegen Thyreostatika sind oder eine solch hohe Dosierung benötigen, dass sie die Schilddrüse des Babys schädigen würde, unterziehen sich alternativ einer teilweisen Entfernung ihrer Schilddrüse.<sup>9</sup> Die Operation wird zur Halbzeit der Schwangerschaft durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt ist das Risiko einer Fehlgeburt oder vorzeitiger Wehen am niedrigsten.<sup>9</sup> Die Radiojodtherapie stellt eine weitere häufige Behandlungsoption bei Hyperthyreose dar. Während der Schwangerschaft ist sie allerdings untersagt, da das ungeborene Kind Schaden nehmen könnte.<sup>9</sup>

### **Weitere Informationen**

Weitere Informationen zu Schilddrüsenfunktionsstörungen

finden Sie im Internet unter: [www.thyroidweek.com](http://www.thyroidweek.com)

### **Nach der Geburt**

Sobald das Baby geboren ist, kann die Erkrankung bei den Frauen, die vorher eine Schilddrüsenfunktionsstörung hatten, wieder aufflammen. Bei bis zu 7 % der Frauen entwickelt sich irgendwann innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt eine Entzündung der Schilddrüse.<sup>9</sup> Dies kann zu einer leichten Schilddrüsenfunktionsstörung führen, die ein bis zwei Monate anhält und mit postnataler (= nach der Geburt auftretender) Depression einhergehen kann.

Wenn Sie vor Kurzem entbunden haben und Ihre Erschöpfung über ein paar Monate hinaus anhält, sollten Sie einen Arzt aufsuchen, um eine Schilddrüsenfunktionsstörung als mögliche Ursache auszuschließen.<sup>9</sup>

1. American Thyroid Association. Thyroid Function Tests. 2005 [http://www.thyroid.org/patients/brochures/FunctionTests\\_brochure.pdf](http://www.thyroid.org/patients/brochures/FunctionTests_brochure.pdf). Accessed March 2009.
2. American Thyroid Association. ATA Hypothyroidism Booklet. Falls Church, VA 2003.
3. American Thyroid Association. Hyperthyroidism. 2005 [http://www.thyroid.org/patients/brochures/Hyper\\_brochure.pdf](http://www.thyroid.org/patients/brochures/Hyper_brochure.pdf) Accessed March 2009.
4. ACOG Education Pamphlet AP128 – Thyroid Disease. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC. 2002.
5. Fast Facts For Your Health. Thyroid Disease and Women. National Women's Health Resource Center. Red Bank, NJ. 2006.
6. ACOG Education Pamphlet AP128 – Thyroid Disease. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, DC. 2002.
7. Mayo Clinic. <http://www.mayoclinic.com/health/placental-abruption/DS00623/DSECTION=complications>. Accessed March 2009.
8. Poppe K, Velkeniers B, Gliener D; Medscape. The role of thyroid autoimmunity in fertility and pregnancy. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2008; **4**: 394–405.
9. De Groot LJ, Stagnaro-Green A, Vigersky R. Patient guide to the management of maternal hyperthyroidism before, during and after pregnancy. *The Hormone Foundation*. 2007.