



Hashimoto-Thyreoiditis

Häufigste Ursache der Hypothyreose

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist eine Autoimmunerkrankung. Ihren ungewöhnlichen Namen „verdankt“ sie Hakaru Hashimoto, der die Krankheit 1912 erstmals beschrieb. Klare Zahlen zur Prävalenz der Hypothyreose in Deutschland gibt es nicht. Nach vorliegenden epidemiologischen Studien und Verordnungsdaten ist eine Prävalenz zwischen 2 % und 5 % realistisch.

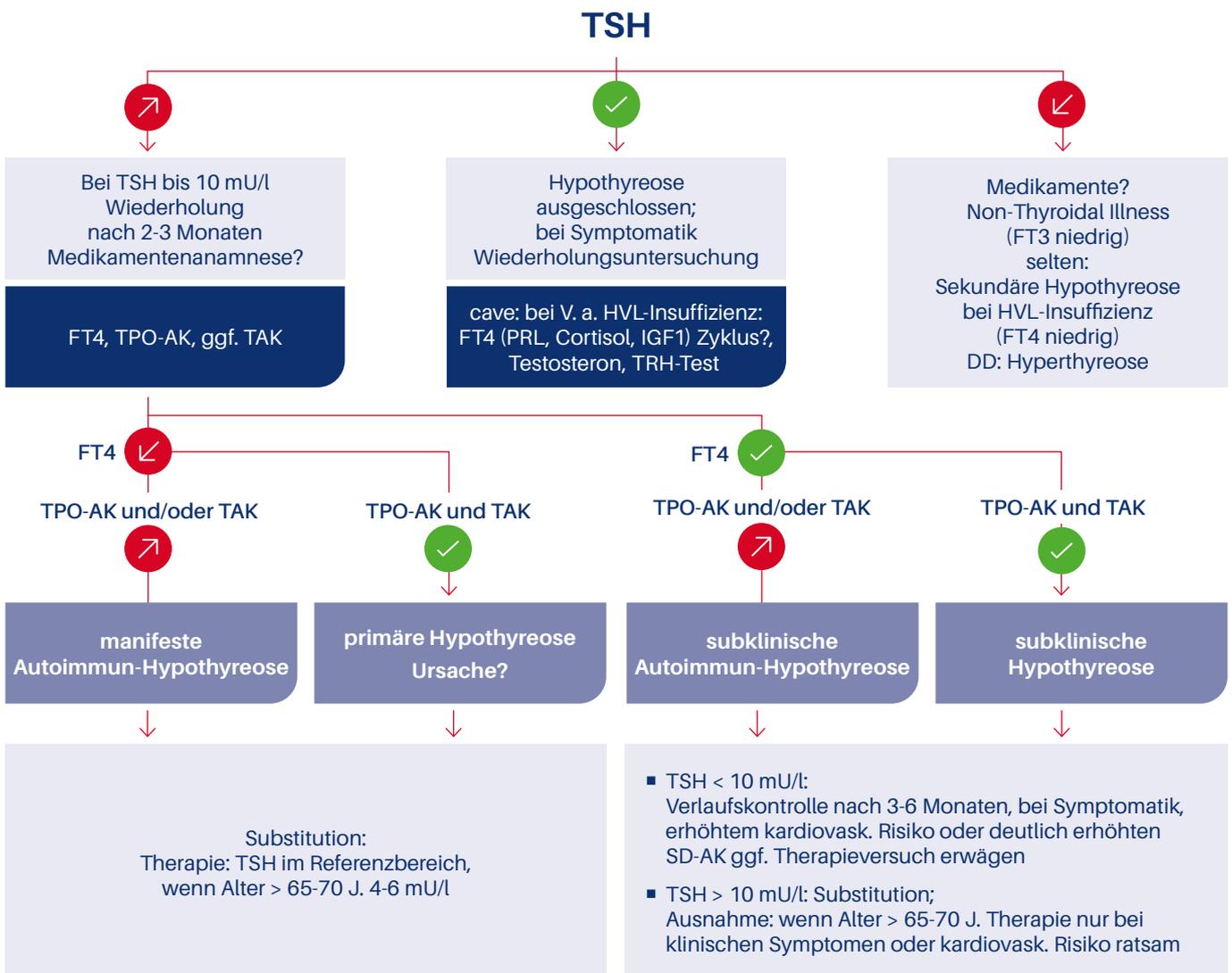


ABB. 1 Stufendiagnostik Hypothyreose (modifiziert nach [2], gilt nicht bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft)

Für die Hashimoto-Thyreoiditis wird angenommen, dass 1 bis 1,5 Millionen Menschen betroffen sind – Frauen etwa fünfmal häufiger als Männer.

Patienten mit einer Hypothyreose fühlen sich oft nicht krank. Sie beschreiben im Arzt-Gespräch aber oft krankheitsassoziierte Symptome wie

- Müdigkeit
- Motivationslosigkeit
- Depressive Verstimmungen
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Trockene und rissige Haut und damit verbundener Juckreiz
- Trockene Schleimhäute
- Brüchige Haare und Nägel
- Haarausfall
- Schnelle und starke Gewichtszunahme bzw. Unfähigkeit Gewicht abzunehmen
- Obstipation
- Menstruationsstörungen

Typische Beschwerden für die Verdachtsdiagnose „Hypothyreose“ und die Kontrolle des TSH-Wertes gibt es nicht. Darum werden eine Hypothyreose und damit die Hashimoto-Thyreoiditis häufig erst (zu) spät entdeckt, oft eher zufällig bei einer umfassenden Laboruntersuchung. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus sinnvoll bei eher allgemeinen Beschwerden auch den TSH-Wert zu kontrollieren.

Interpretation des TSH-Wertes

- Laut Leitlinien wird ein TSH-Wert > 4,0 µU/ml als erhöht angesehen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass diese Grenze labor- und methodenabhängig ist. Darum sollten TSH-Werte nur dann direkt verglichen werden, wenn sie mit der gleichen Methode bestimmt wurden. So liegt die obere Referenzwertgrenze bei der von Bioscientia verwendeten Methode bei 4,2 µU/ml.
- Werte über 10 µU/ml sollten nach 2-3 Monaten kontrolliert werden.
- Bei älteren Menschen > 70 Jahre sollten höhere Referenzwerte berücksichtigt werden. Empfehlungen liegen hier noch nicht vor, Werte zwischen 5,9 und 7,5 µU/ml wurden publiziert.
- Bei der Interpretation des Messwertes muss berücksichtigt werden, dass er von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird: zirkadianer Rhythmus, Ernährung, Medikamenten, Jodversorgung, Lebensalter und Gewicht.

Deuten Anamnese, klinische Untersuchung und der erhöhte TSH-Wert auf eine Hypothyreose hin, sollte FT4 bestimmt werden. Bei normalen Werten liegt eine subklinische, bei erniedrigten Werten eine manifeste Hypothyreose vor.

Um dann das Vorliegen einer Hashimoto-Thyreoiditis abzuklären, sollte in beiden Fällen (manifeste und subklinische Hypothyreose) die Bestimmung von Antikörpern gegen die thyreoidale Peroxidase (TPO-Ak) erfolgen. Bei einer Hashimoto-Thyreoiditis findet man bei 90 % der Patienten erhöhte Werte. Bei einer latenten Hypothyreose weist ein auffälliger Wert auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer manifesten Hypothyreose hin.

Für eine weitere Absicherung können zusätzlich die Antikörper gegen Thyroglobulin (Tg-Ak) untersucht werden. Sie sind bei ca. 70 % der Hashimoto-Patienten erhöht.

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert. Darum nutzt das Wissen über die Form der Hypothyreose um das Risiko einzuschätzen, ob eine andere Autoimmunerkrankung vorliegt

Unabhängig davon, ob die TPO-Ak- und/oder Tg-Ak-Werte erhöht sind, empfehlen die Leitlinien bei erhöhtem TSH eine weitere Abklärung beim Endokrinologen.

Literatur

1. Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis. S2k-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-046. DEGAM-Leitlinie Nr. 18. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-046l_S2k_erhoehter_TSH_Wert_2017-04.pdf
2. Pearce SH, 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. Eur Thyroid J. 2013 Dec;2(4):215-28