



## Schilddrüse und Schwangerschaft

In der Schwangerschaft kommt es zu einer Steigerung der Schilddrüsenhormonproduktion um ca. 50%. Da auf Grund des hohen Östradiolspiegels eine erhöhte Thyroxinbindende Globulin (TBG) Konzentration vorliegt, muss zur Aufrechterhaltung des hormonalen freien Anteils (fT3/ fT4) eine Mehrproduktion der Gesamthormone (T3/ T4) erfolgen. Das führt physiologischerweise zur Zunahme des Schilddrüsenvolumens um ca. 10-15 %.

Während der Schwangerschaft verändert sich auch der Jodmetabolismus. Der Serumjodspiegel der Mutter fällt auf Grund einer erhöhten renalen Clearance und durch den Jodverbrauch durch den Feten auf die Hälfte des Ausgangswertes.

In Jodmangelgebieten kommt es deshalb zu einer deutlich größeren Volumenzunahme der Schilddrüse um 30-40% und damit zur Entwicklung einer Struma.

Nicht selten entstehen dabei Knoten (Struma nodosa).

Auch beim Feten kann sich eine Struma entwickeln und bei schwerem Jodmangel kann es zu cerebralen Entwicklungsstörungen kommen.

In Jodmangelgebieten ist deshalb eine Jodprophylaxe (200 µg/die) angezeigt. Bei einer Schwangeren mit vorbestehender Struma sollte die evtl. laufende L-Thyroxin-Medikation fortgesetzt werden in Kombination mit 200 µg Jodid.

Zur Kontrolle der Schilddrüsenfunktion in der Gravidität ist die Bestimmung des TSH erforderlich. TSH sollte im unteren Referenzbereich liegen. Schon bei Werten > 2,5 mU/l wird insbesondere im 1. Trimenon eine Substitution empfohlen, bei TSH außerhalb des Referenzbereiches ist die ergänzende Bestimmung von fT4 erforderlich. Die Gesamthormone sind zur Diagnostik ungeeignet.

Bei Hypothyreose sollten zusätzlich TPO-AK (MAK) und evtl. Thyreoglobulin-AK (TAK), bei Hyperthyreose MAK und TRAK bestimmt werden.

Schwangere mit Schilddrüsenerkrankungen in der Vorgeschichte – insbesondere bei manifester Hyperthyreose - müssen engmaschig interdisziplinär überwacht werden.

### Postpartale Thyreoiditis

Mit einer Häufigkeit von bis zu 10% ist in der Postpartalzeit mit dem Auftreten einer Postpartum-Thyreoiditis zu rechnen. Es handelt sich meistens um einen milden und häufig klinisch inapparenten Verlauf.

Eine initiale hyperthyreote Phase ist möglich, die anschließend in eine transiente Hypothyreose übergeht. Innerhalb von 3 – 12 Monaten ist in der Regel wieder mit einer euthyreoten Stoffwechsellage zu rechnen. In ca. 5% kann die Hypothyreose jedoch persistieren.

Durch Bestimmung der Schilddrüsen-Antikörper (TPO-AK und evtl. TAK) im 3. Trimenon können Frauen mit einem erhöhten Risiko für die Postpartum-Thyreoiditis identifiziert werden.

Prof. Dr. med. Lothar Röcker  
Dr. med. Imme Maute  
Dr. med. Hans-Ulrich Altenkirch  
Ärzte für Laboratoriumsmedizin  
Dr. med. Maryam Chahin  
Ärztin für Laboratoriumsmedizin,  
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie  
Dagmar Emrich  
Ärztin für Mikrobiologie und  
Infektionsepidemiologie

und Kollegen

Mecklenburgische Straße 28  
14197 Berlin

Telefon 030.820 93-0  
Fax 030.820 93-301  
webmaster@labor28.de  
www.labor28.de



DAC-P-0146-02-00

Bei Schilddrüsen-Hormontherapie (Strumaprophylaxe oder Substitution) sollte TSH im unteren Referenzbereich liegen, eine Suppression sollte vermieden werden.