Mit diesen Tipps zeigen sich Erfolge

Hypothyreose richtig therapieren!

Die Therapie von Patienten mit Hypothyreose ist einfach. Dennoch gibt es Dinge, die sowohl Ärzte als auch Patienten unbedingt beachten sollten, damit die Therapie ein Erfolg wird.

Bei einer Hypothyreose gilt nach Angaben von Prof. Dr. Matthias Schott vom Uniklinikum Düsseldorf ein TSH-Wert > 10 mU/l als absolute Therapieindikation. Gleichzeitig können freies T3 und freies T4 verringert sein.

Die Therapie erfolgt in der Regel mit L-Thyroxin, einem T4-Präparat, das außerhalb der Schilddrüse in stoffwechselaktives T3 umgewandelt wird. Wenn der Zielwert für TSH erreicht ist, bei Jüngeren zwischen 1 und 2,5 mU/l, sollten Kontrollen jährlich wiederholt werden. In der NHANES-III-Studie hatten fast 87 % der gesunden Studienteilnehmer im Alter zwischen 20 und 29 Jahren einen TSH-Wert zwischen 0,4 und 2,5 mU/l (J Clin Endocrinol Metab 2007, 92: 4575-4582).

Kombitherapie nur experimentell und nur von Spezialisten

Da zwischen 5 und 10 % der Patienten mit Hypothyreose, die mit L-T4 behandelt werden, noch immer symptomatisch sein

Infos im Internet

Die 1953 gegründete Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie hat auch eine Sektion Schilddrüse und hält aktuelle medizinische Kurznachrichten dazu bereit: www.endokrinologie.net

Die "ganze Welt der Schilddrüse" bietet die Internet-Seite der Initiative Papillon – sowohl für Ärzte (Infoline Schilddrüse) als auch für Patienten (Forum Schilddrüse e.V.): www.schilddruese.de

Die Schilddrüsen-Liga, der Dachverband für Schilddrüsenkranke und Angehörige und förderndes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, präsentiert sich im Internet unter der Adresse: www.schilddruesenliga.de können, plädieren manche Endokrinologen für eine Kombinationstherapie mit T4 plus T3 (Trijodthyronin). Im Jahr 2012 hat sich die Europäische Schilddrüsenvereinigung ETA dezidiert gegen eine generelle Therapie mit dieser Kombination ausgesprochen und empfohlen, diese Kombitherapie nur experimentell anzuwenden, und zwar ausschließlich von Internisten oder Endokrinologen (Eur Thyroid J 2012, 1: 55-71). Sollte sich nach drei Monaten keine Besserung einstellen, sei die Kombitherapie zu beenden. Unter anderem eine Metaanalyse von elf Studien mit mehr als 1200 hypothyreoten Patienten habe keinen Nutzen der Kombitherapie ergeben (J Clin Endocrinol Metab 2006, 91: 2592-2599).

Mittel der Wahl: L-Thyroxin

Die Monotherapie mit L-Thyroxin, auch zur Strumatherapie, ist einfach, weil das synthetische T4-Hormon eine lange Plasmahalbwertszeit von etwa sieben Tagen hat. Innerhalb von drei Stunden sind 60 bis 90 % einer Dosis – nüchtern eingenommen – resorbiert. Erfahrungen von Schott zufolge liegt die Therapiedosis zwischen 1,5 und 1,8 μ g pro Kilogramm Körpergewicht und Tag.



Bei jüngeren Patienten sei eine zügige Dosissteigerung möglich. Bei älteren Patienten mit schwerem Krankheitsbild erfolgt eine langsame Steigerung mit einer Initialdosis von 25–50 μg pro Tag, bis die Beschwerden nachlassen und der TSHWert im Normbereich liegt.

Abstand zum Essen wichtig!

Auch wenn der Einnahmemodus von oralem L-Thyroxin einfach ist, müssen Patienten einiges beachten. Um den optimalen TSH-Wert zu erzielen, sollte es nüchtern am besten eine Stunde vor dem Frühstück eingenommen werden. 2010 hatte dagegen eine niederländische Studie ergeben, dass es günstiger sei, das Hormon vor dem Schlafengehen statt nüchtern eine halbe Stunde vor dem Frühstück zu schlucken. Wichtig ist wohl vor allem die regelmäßige Einnahme. Bei der Einnahme am Abend empfiehlt die ETA einen Abstand zum letzten Essen von wenigstens zwei Stunden.

Patienten müssen auch darauf aufmerksam gemacht werden, dass mehrere Nahrungsmittel und Medikamente die Resorption des Hormons verringern. Das gilt nach Angaben der ETA für Milch (wegen des Kalziumgehalts), Kaffee, Sojaprodukte und Papaya sowie für Eisenund Kalziumsalze, Antazida wie Protonenpumpenhemmer sowie Cholestyramin und Raloxifen.

Da die verschiedenen wirkstoffgleichen Hormonpräparate unterschiedliche Bioverfügbarkeiten haben, sollte nach einer einmal erfolgten Einstellung der optimalen L-Thyroxindosis nicht auf ein anderes Präparat gewechselt werden. Wenn dies aus irgendeinem Grund nötig sein sollte, muss vier bis sechs Wochen nach der Umstellung eine TSH-Kontrolle vorgenommen werden.