

Aktuelle Informationen zur Schilddrüse

Bei der „19. Konferenz über die menschliche Schilddrüse“ (HENNING-Symposium, Heidelberg), einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie im Oktober 2009, wurden in zahlreichen Vorträgen aktuelle Informationen und Empfehlungen rund um die Schilddrüse referiert, die wir hier stichpunktartig weitergeben möchten:

- Obwohl sich der Jodmangel im Struma-Endemiegebiet Deutschland deutlich gebessert hat, ist die **Struma** nach aktuellen Untersuchungen der Schilddrüsen-Initiative Papillon und einer epidemiologischen Untersuchung aus Mecklenburg-Vorpommern noch immer eine der häufigsten Volkskrankheiten.
- Die Schilddrüsen-Initiative Papillon konnte durch die Ultraschalluntersuchung bei rund 100.000 Berufstätigen zeigen, dass **jeder vierte** erwachsene Bundesbürger Knoten (Durchmesser >5 mm) in der Schilddrüse hat, **jeder zweite** erwachsene Bundesbürger > 45 Jahre Auffälligkeiten aufweist und Frauen und Männer gleichermaßen betroffen sind.
- Die Auswertung der **LISA-Studie** - einer randomisierten, doppelblinden, vierarmigen (Placebo, Levothyroxin, Jodid, Levothyroxin + Jodid) multizentrischen Studie an 1.000 Patienten über die medikamentöse Therapie der Struma in Deutschland ergab ein eindeutiges Ergebnis beim Vergleich der Knoten mit dem Ausgangsvolumen nach einem Behandlungszeitraum von 1 Jahr:

Placebo	minus 5,2 %
Jodid	minus 9,0 %
L-Thyroxin	minus 12,1 %
L-Thyroxin + Jod	minus 21,6 %

Die Ergebnisse waren dabei unabhängig sowohl von der Anzahl und Größe der Knoten als auch vom Alter und Geschlecht der Patienten. Andere Einflussgrößen wurden nicht gefunden

Fazit: Die L-Thyroxin plus Jod-Therapie ist der Monotherapie mit L-Thyroxin überlegen.

- Jährlich werden bei Strumen ca. 100.000 Schilddrüsenoperationen und 35.000 Radiojodtherapien notwendig.
- Laut WHO liegt der Jodbedarf bei **120 - 200 µg/Tag**.
- Zielbereich für TSH unter medikamentöser Therapie einer Struma (diffusa und nodosa) liegt bei: **0,3 - 1,2 mIU/l**.
- In der Schwangerschaft und bei Patientinnen mit Kinderwunsch ist bei TSH-Werten > **2,5 mIU/l** eine Substitution mit Schilddrüsenhormonen zu empfehlen.
- Eine Absenkung des TSH-Normbereiches unter **2,5 mIU/l**, wie in den USA etabliert, hat sich in den europäischen Fachgesellschaften nicht durchgesetzt. Der Nutzen der Erkennung einer latenten Hypothyreose bei TSH-Werten zwischen 2,5 und 4,2 mIU/l mit der Konsequenz einer Substitution mit Schilddrüsenhormonen ist gegenüber den Risiken und Kosten dieser Therapie nicht belegt.
- Bei jedem Knoten sollte eine Calcitonin-Bestimmung erfolgen. Bei fehlender Verfügbarkeit von Pentagastrin für den Pentagastrintest kann alternativ der Calcium-Stimulationstest durchgeführt werden.
- Nach Parathyreoidektomien (häufig bei tertiärem Hyperparathyreoidismus) können durch Manipulationen an der Schilddrüse transiente Hyperthyreosen (sog. „Palpationsthyreoiditis“) auftreten, die in der Regel spontan remittieren.