


Hyperthyreose – Klinik, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Medikamentöse Therapie

Prof. Jan Krüzfeldt
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung
USZ

Medidays 2011, USZ, 6. September 2011



Es werden 3-4 kurze Kasuistiken von Patienten mit verschiedenen Hyperthyreosen aus der Poliklinik Endokrinologie des USZ vorgestellt
(nicht Teil des Handouts)




Thyreoiditis de Quervain

(Subakute granulomatöse Thyreoiditis, Riesenzell Thyreoiditis)

Frauen : Männer = 5:1
postvirale limitierte Autoimmunität (HLA-B35 assoziiert)
2-4% Rezidiv
15% permanente Hypothyreose

Th: keine randomisierten Studien verfügbar
NSAR (z.B. Ibuprofen), ggf. Beta-Blocker (z.B. Propranolol)

Selten: Prednison p.o. (z.B. initial 40mg, Ausschleichen über 4-6 Wochen)
kein nachgewiesener Einfluss auf Verlauf !



Stumme Thyreoiditis

1-5% aller Hyperthyreosen

Frauen > Männer
Variante der Chronischen Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto)
HLA-DR3 assoziiert (schwächer als HLA B35 und subakute Thyreoiditis)


Cytokine als mögliche Trigger (Iodexzess, Inf α , IL2, Lithium, TK-Inhibitor)

Assoziation mit GC-Stopp, lymphozytärer Hypophysitis, SLE

Dg: Zufallsbefund, Hyperthyreose < 2 Monate ohne Struma

Prognose: max. 20% Hypothyreose, 10% Rezidiv, 50% Hashimoto Thyreoiditis

Th: ggf. Betablocker (z.B. Propranolol)




Autoimmunthyreoiditis

- Chronische Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto) mit Struma / atrophisch
- Stumme Thyreoiditis
- Postpartum Thyreoiditis
- Subakute Thyreoiditis

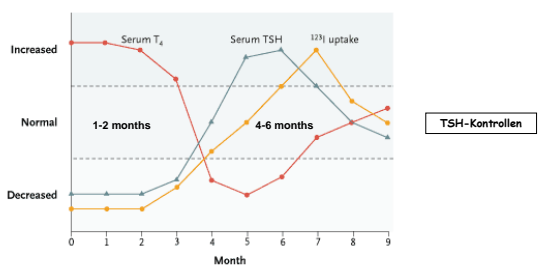
} Schmerzfrei

} Triphasisch


} Schmerzhaft, CRP, BSG, Leukozytose



Triphasischer Thyreoiditis-Verlauf



NEJM Volume 348:2646-2655 June 26, 2003



SD-Autonomie

20-80% somatische Mutation im TSH-Rezeptor

Keine Spontanremissionen

Epidemiologische Daten: erhöhtes Frakturrisiko bei postmenopausalen Frauen mit TSH < 0.1mU/l

Dg: SD-Szintigraphie

Th: ggf. Betablocker (z.B. Propranolol)

ggf. Carbimazol (1x tgl Dosierung möglich, initial z.B. 5-20mg)

Definitive Therapie: Radioiod oder Thyreoidektomie



M. Basedow

Klinik

Diagnostik

Endokrine
Orbithopathie

Junge Pat.,
symmetrische
Struma

Nicht spezifisch

TSH-Rezeptor-Ak,
(Szintigraphie)

Szintigraphie, (TSH-
Rezeptor-Ak)



Morbus Basedow

SD-Palpation: keine Knoten

Keine KI gegen Thiamazol-Therapie (Neutrophilen-Zahl < 500mm³,
Transaminasen > 5-fach erhöht)

Patienten Präferenz: Tablettentherapie > RI/OP ?

Ziel: 12-18 Monate Euthyreose unter thyreostatischer Therapie



M. Basedow

Th: ggf. Betablocker (z.B. Propranolol)

12-18 Monate Carbimazol, initial z.B. 20-60mg (Euthyreose innerhalb
6 Wochen möglich), rechtzeitig auf Erhaltungsdosis 5-20mg wechseln,
Langfristiges Rezidivrisiko > 50%

Patienteninformation:

BB, Arztinfo bei Fieber, Angina, Stomatitis, Furunkulose,
Leberbeschwerden (Schmerzen im Oberbauch, Anorexie, genereller
Pruritus)

Gewichtszunahme

Diskussion: Radioiod oder Thyreoidektomie

