

58 Thyreoiditis

Diffuse oder fokale, meist mit Funktionsstörung einhergehende Entzündung der Schilddrüse

58.1 Symptome

Mögliche Symptome bei verschiedenen Formen der Thyreoiditis sind in ► Abb. 58.1 dargestellt.

58.2 Ursachen

Die Einteilung der Schilddrüsenentzündungen nach Krankheitsverlauf und Ursachen ist in ► Tab. 58.1 zusammengefasst.

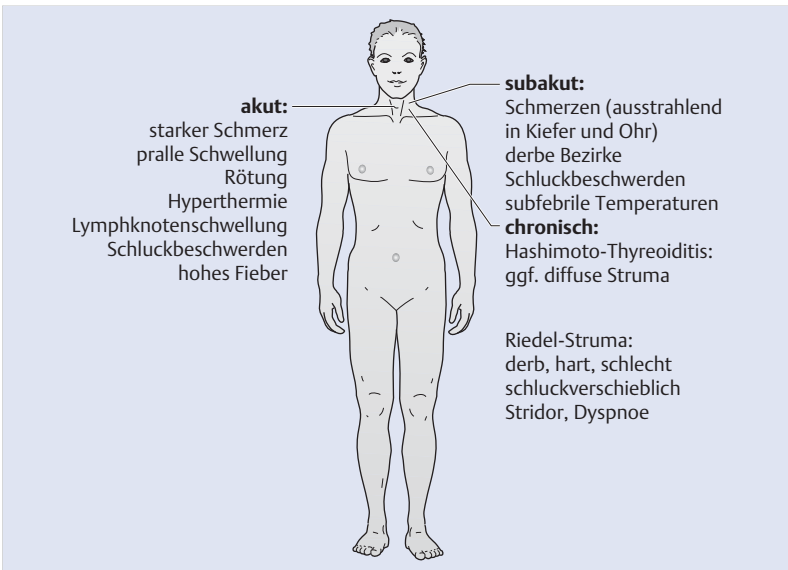


Abb. 58.1 Symptome bei verschiedenen Formen der Thyreoiditis.

Tab. 58.1 Einteilung der Schilddrüsenentzündungen nach Krankheitsverlauf und Ursachen.

Akut	Subakut	Chronisch
<ul style="list-style-type: none"> • suppurativ (Bakterien? Mykobakterien? Parasiten?) • nicht eitrig (Strahlentherapie, nach Radiojodtherapie, Traumen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Thyreoiditis de Quervain (Viren?) • schmerzlose Postpartum-Thyreoiditis (autoimmun) • schmerzlose sporadische sog. Silent Thyreoiditis (autoimmun) • arzneimittelinduzierte Thyreoiditis (Amiodaron, Lithium, Interferon α, Interleukin 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hashimoto-Thyreoiditis (Autoimmunthyreoiditis), teilweise mit Struma • schmerzlose Postpartum-Thyreoiditis (autoimmun) • schmerzlose sporadische sog. Silent Thyreoiditis (autoimmun) • arzneimittelinduzierte Thyreoiditis (Amiodaron, Lithium, Interferon α, Interleukin 2) • fibröse Thyreoiditis, Riedel-Thyreoiditis (Ursache unklar, autoimmun?) • spezifische Thyreoiditis (Tuberkulose, Morbus Boeck, Lues)

58.3 Diagnostik

58.3.1 Anamnese

- Spontanschmerz, Druckschmerz (akute Thyreoiditis, Thyreoiditis de Quervain)
- Schluckbeschwerden (akute Thyreoiditis, Thyreoiditis de Quervain, Riedel-Struma)
- Fieber (hoch bei akuter Thyreoiditis, subfebril bei Thyreoiditis de Quervain)
- deutliches Krankheitsgefühl (akute Thyreoiditis, Thyreoiditis de Quervain)
- Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Müdigkeit, Leistungsschwäche (akute Thyreoiditis, Thyreoiditis de Quervain, chronische Thyreoiditiden besonders bei Entwicklung einer Hypothyreose)
- Schilddrüsenvergrößerung (ggf. diffus bei Hashimoto-Thyreoiditis; teils rasche, asymmetrische Entwicklung mit wechselnder Lokalisation bei schmerzhafter Thyreoiditis de Quervain)
- vorausgegangene Infektionen (Bakterien, Viren) anderen Orts, besonders im Hals- und Bronchialbereich
- aktuell oder < 12 Monate zurückliegende Schwangerschaft oder Stillzeit
- vorangegangene Strahlentherapie oder hoch dosierte Radiojodtherapie
- Symptome einer Schilddrüsenfehlfunktion (initial hyperthyreot, chronisch hypothyreot, besonders bei Immunthyreoiditiden)
- Medikamente: Amiodaron, Interferon α , Interleukin 2, Lithium

58.3.2 Diagnostische Maßnahmen

Die diagnostischen Maßnahmen bei den verschiedenen Formen der Thyreoiditis sind in ► Tab. 58.2 zusammengestellt.

- **Autoimmunthyreoiditis Hashimoto:**
 - gekennzeichnet durch das Vorhandensein von Schilddrüsenantikörpern (TPO-AK, TG-AK), deren lebenslange Wirkung eine latente, später manifeste substitutionspflichtige Hypothyreose verursachen kann
 - halb- bis einjährige Überprüfung der Schilddrüsenstoffwechselsituation
 - keine Lokalbeschwerden an der Schilddrüse
 - mögliche Kombination mit anderen Autoimmunopathien (PGA: Diabetes mellitus Typ1, Morbus Addison, atrophische Gastritis/perniziöse Anämie, Vitiligo, Myasthenia gravis, Alopezie) beachten
- **Autoimmunthyreoiditis und Schwangerschaft:**
 - bei Kinderwunsch Einstellen des TSH-Wertes auf $< 2,5$ mU/l durch L-Thyroxin-Gabe (Dosisanpassung bzw. Therapieeinleitung)
 - bei Schwangerschaftseintritt Dosiserhöhung um 30 % bis zur 10. SSW, dann bis zur 20. Schwangerschaftswoche ggf. um bis zu 50 % bei TSH-Einstellung auf $< 2,5$ mU/l im 1. Trimenon und $< 3,0$ mU/l im 2. und 3. Trimenon
 - im Schwangerschaftsverlauf Kontrolle von TSH und ft_4 bis zur 20. SSW alle 4–6 Wochen sowie um die 30. SSW
 - etwa 4–6 Wochen postpartal wieder Reduzierung von L-Thyroxin entsprechend dem TSH-Wert
 - Jodidsupplementierung mit 150–200 μ g Jodid täglich nur während Schwangerschaft/Stillzeit
- **Postpartum-Thyreoiditis:**
 - transiente Thyreoiditis, die de novo 3–6 Monate postpartum bei etwa 10 % der Frauen auftreten kann, autoimmune Genese (TPO-AK positiv)
 - initial meist nur latente Hyperthyreose (durch Hormonfreisetzung aus destruiertem Schilddrüsen Gewebe mit klinischer Symptomatik)
 - möglichst therapeutisch abwartende Haltung, da hohe Spontanheilungsquote, ggf. Betablocker, keine Thyreostatika
 - möglicher anschließender Übergang in eine Hypothyreose, deshalb Kontrolle von TSH-Wert und klinischen Zeichen, bei entsprechender Notwendigkeit Substitution mit L-Thyroxin
 - in der Regel spontane Normalisierung nach etwa 12 Monaten; erhöhtes Langzeitrisiko für Entwicklung einer Autoimmunhypothyreose, deshalb TSH-Kontrolle alle 6–12 Monate empfohlen

Tab. 58.2 Diagnostische Maßnahmen bei verschiedenen Formen der Thyreoiditis.

Kriterien	Akut	Subakut (Thyreoiditis de Quervain)	Chronisch
Labor			
BSR	hoch	hoch, meist sehr hoch	normal bis (↑)
Serumproteine	α_2 -Globuline ↑	α_2 -Globuline ↑	γ -Globuline ↑
Blutbild	Leukozytose, Linksverschiebung	Anämie, CRP ↑ ↑ Leukozyten (↑)	normale Leukozyten
Schilddrüsenantikörper (TPO- und TG-Antikörper)	keine Erhöhung	keine (bis geringe) Erhöhung	Hashimoto-, Postpartum-, sporadische (Silent-) Thyreoiditis persistierend hoch Riedel-Thyreoiditis ggf. nachweisbar
fT ₃ , fT ₄ , TSH → Hyperthyreose	nein	initial möglich	Hashimoto-, Postpartum-, sporadische (Silent-) Thyreoiditis initial möglich
fT ₃ , fT ₄ , TSH → Hypothyreose	nein	später häufig	Hashimoto-, Postpartum-, sporadische (Silent-) Thyreoiditis im Verlauf sehr häufig
Bildgebung			
Sonografie	fokal unscharf begrenzt, echoarm bis echofrei	multifokal unscharf begrenzt, wechselnde Lokalisation, echoarm bis echo-komplex	diffus echoarm bei autoimmunen Formen
Szintigrafie	„kalter“ Bezirk	„kalte“ Bezirke, Technetium-Uptake ↓	homogen bis inhomogen, Technetium-Uptake ↓
Zytodiagnostik	akut entzündlich (massenhaft Granulozyten), Bakteriologie	mehrkernige Riesenzellen, Granulozyten, Lymphozyten	lymphozytäre, plasmazelluläre Infiltration bei autoimmunen Formen

- Thyreoiditis de Quervain
 - Auftreten Wochen nach Virusinfekt mit meist eindrucksvoller klinischer Symptomatik mit derber (druck-)schmerzhafter Anschwellung der Schilddrüse
 - Schmerzen ausstrahlend in Ohrregion, Kiefer- und Zahnbereich, oft Seitenwechsel rechts/links
 - subfebrile Temperaturen
 - sonografisch charakteristisches Muster mit echoarmen, unscharf begrenzten und in der Lokalisation oft rasch wechselnden („unruhigen“) Bezirken mit geringer Perfusion

58.4 Differenzialdiagnostik

Schilddrüsenmalignom bei Thyreoiditis de Quervain

58.5 Therapie

- **akute Thyreoiditis** (selten)
 - gezielte Antibiotikatherapie, Antiphlogistika, Eiskragen, ggf. chirurgische Intervention
 - bei Strahlenthyreoiditis Antiphlogistika, ggf. Glukokortikoide
- **subakute Thyreoiditis de Quervain**
 - Glukokortikoide (Prednisolon: initial 30 mg/d), meist kurzfristige schnelle klinische und sonografische Befundbesserung; langsame schrittweise Dosisreduzierung über mehrere Wochen bis Monate orientierend am Wiederauftreten von Beschwerden und am sonografischen Befund
 - Schmerzmittel/Antiphlogistika bedarfsgerecht zur Besserung der Symptomatik in mittlerer Dosierung
 - bei initialer passagerer Hyperthyreose Betablocker (Propranolol), keine Thyreostatika
 - bei Entwicklung einer Hypothyreose als Folge der Entzündung L-Thyroxin-Substitution
- Thyreoiditiden mit immunogener Pathogenese
 - **Autoimmunthyreoiditis Hashimoto:**
 - keine spezifische Therapie möglich
 - bei initialer hyperthyreoter Phase durch passive Hormonfreisetzung aus destruiertem Gewebe → niedrig dosiert Betablocker (Propranolol), keine Thyreostatika

- mit Entwicklung einer latenten Hypothyreose Beginn der lebenslangen Substitution mit L-Thyroxin bei der Hypothyreose zuzuordnenden klinischen Beschwerden, bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft sowie bei sehr hohen Antikörper-Titern
- keine Jodidmedikation, außer während Gravidität und Stillzeit (100–200 µg/d)
- ggf. Selen (200 mg/d), damit Besserung der Befindlichkeit möglich
- **Postpartum-Thyreoiditis**
 - möglichst abwarten, da hohe Spontanheilungsrate
 - bei transienter hyperthyreoter Phase Betablocker, keine Thyreostatika
 - bei konsekutiver Hypothyreose zeitweise oder permanent Substitution mit L-Thyroxin
 - bei Kinderwunsch TSH auf < 2,5 mU/l einstellen, bei Nachweis erneuter Gravidität und aktueller L-Thyroxin-Therapie Dosiserhöhung um 30 %
- **schmerzlose sporadische (Silent-)Thyreoiditis:** Vorgehen wie bei Postpartum-Thyreoiditis, auch gute Spontanheilungsrate
- **arzneimittelinduzierte Thyreoiditis:** möglichst Absetzen der spezifischen Therapie (Amiodaron, Lithium; Interferon α , Interleukin 2), damit im günstigen Fall Ausheilung
- **Riedel-Struma:** wegen mechanischer Behinderung oder zum Malignomausschluss Operation