Erhöhter TSH-Wert in der Hausarztpraxis

Kurzversion

Definition erhöhter TSH-Wert

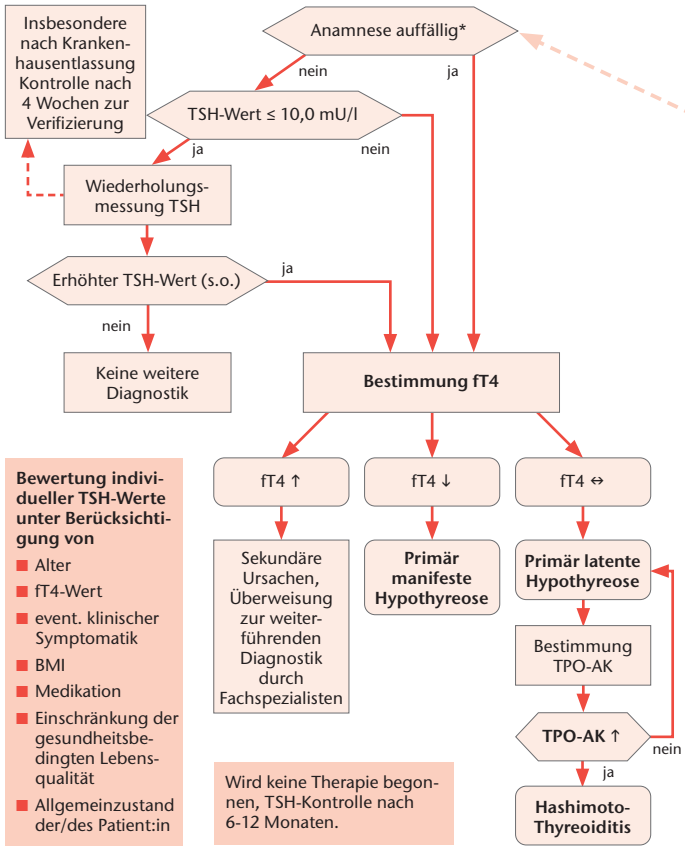
18-70 Jahre:	**> 4,0 mU/l**
> 70-80 Jahre:	**> 5,0 mU/l**
> 80 Jahre:	**> 6,0 mU/l**

KEIN routinemäßiges TSH-Screening bei asymptomatischen Erwachsenen wie auch bei Frauen mit Kinderwunsch oder Schwangerschaft ohne bekannte Schilddrüsenerkrankung.

Schwangere (mit und ohne bekannte Hypothyreose): **> 4,0 mU/l**
Die Schwangerschaft nimmt Einfluss auf die Stoffwechsellage der Frau. Das β-hCG bindet am TSH-Rezeptor und imitiert eine schwache Wirkung. Die Obergrenze des TSH-Normbereichs während der Schwangerschaft liegt um 0,5-1,0 mU/l unter der Obergrenze nicht-schwangerer Frauen. Wegen fehlendem Nutzennachweis jeglicher therapeutischen Intervention wird dieser jedoch nicht angepasst.

Diagnostik

KEINE TPO-Bestimmung bei TSH im Normbereich, auch nicht bei Schwangeren.
KEINE routinemäßige Durchführung einer Sonographie.



- Vergleich von TSH-Werten nur bei gleicher Bestimmungsmethode
- Blutentnahme jeweils unter denselben Bedingungen durchführen

Faktoren mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Hypothyreose:
- SD-Erkrankung, Z.n. SD-Operation
- autoimmune Schilddrüsenerkrankung/Hypothyreose bei Verwandten 1. Grades
- Z.n. Radiatio im Kopf-Halsbereich, Z.n. Radiojodtherapie bei Hyperthyreose
- psychiatrische Erkrankungen
- Autoimmunerkrankungen
- andere somatische Erkrankungen, z. B. Nebennieren-/Herzinsuffizienz, perniziöse Anämie, KHK
- Dauermedikation mit Amiodaron/Lithium

Symptome nicht handlungsleitend, da unspezifisch

Bewertung individueller TSH-Werte unter Berücksichtigung von
- Alter
- fT4-Wert
- event. klinischer Symptomatik
- BMI
- Medikation
- Einschränkung der gesundheitsbedingten Lebensqualität
- Allgemeinzustand der/des Patient:in

Wird keine Therapie begonnen, TSH-Kontrolle nach 6-12 Monaten.

Eine Pathologisierung allein anhand vom Referenzbereich abweichender TSH- oder TPO-Werte ist nicht zu rechtfertigen.

Therapie

Indikation: manifeste Hypothyreose/latente Hypothyreose:
bei TSH ≤ 10 mU/l: keine Substitution
bei TSH > 10 mU/l: ≤ 75 Jahre →Start einer Hormonsubstitution
alternativ: Therapieverzicht bis TSH < 20 mU/l
> 75 Jahre →bis TSH < 20 mU/l Verzicht auf Hormonsubstitution möglich

Voraussetzung für Therapieverzicht bei TSH-Werten > 10mU/l: Kontrolle des TSH-Wertes im Verlauf und die Aufklärung über potentielle Gefahren eines TSH-Wertes > 20 mU/l

Durchführung: Monotherapie mit **Levothyroxin** → **Ziel:** euthyreoter Zustand
Wichtig ist ein aufklärendes Arzt-Patienten-Gespräch über die Schilddrüsenunterfunktion und deren potentielle Folgen bei Nichtbehandlung sowie über die Art und Absicht der Therapie.

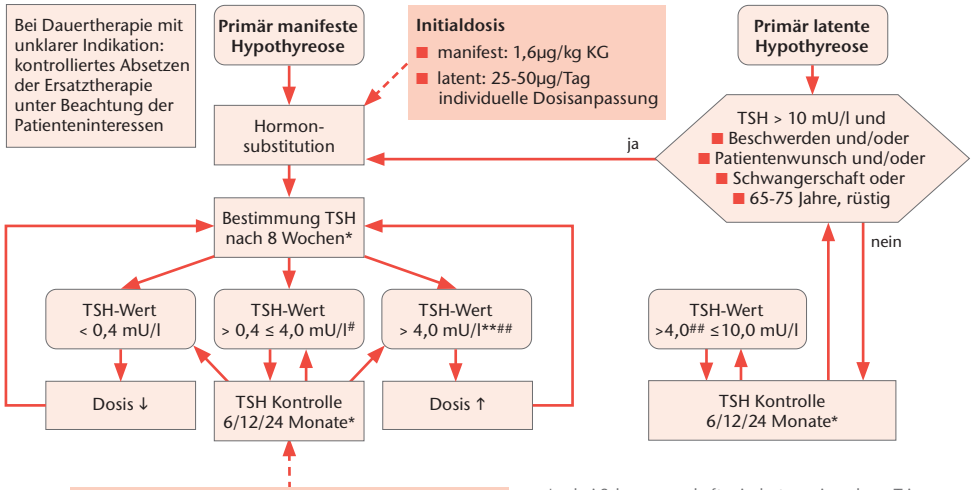
Relative Kontraindikationen
- KHK
- tachykarde Herzrhythmusstörungen

Wechselwirkungen
- Östrogene, Phenytoin, OAK, hohe Furosemid-Dosen, Salicylate

Einnahme
- regelmäßig mind. 30 min vor Frühstück oder abends vor dem Schlafengehen
- zeitlicher Abstand (mind. 30 min) zu Colestyramin, Ferrosulfate, Sucralfat, Kalzium, Antazida

Bei Schwangeren mit bestehender Substitution ist ohne Anpassung der L-Thyroxin-Dosis mit einem TSH-Anstieg zu rechnen.

Ein nicht erhöhter Bedarf an Levothyroxin während der Schwangerschaft sollte Anlass sein, die Indikation für die Levothyroxintherapie post partum in Frage zu stellen.



Intervall kann je nach klinischer Symptomatik und Patientenwunsch verändert werden.
Voraussetzung: umfassende Aufklärung des Patienten

* bei Schwangerschaft mindestens einmal pro Trimenon
** bei wiederholter Feststellung, dass TSH-Wert > 4,0 mU/l →Überprüfung Adhärenz, ggf. Überweisung zur/m Endokrinolog:in
\# altersadjustiert: > 70 bis 80 Jahre: ≤ 5,0 mU/l bzw. > 80 Jahre: ≤ 6,0 mU/l
\## altersadjustiert: > 70 bis 80 Jahre: > 5,0 mU/l bzw. > 80 Jahre: > 6,0 mU/l

Autor:innen
Schübel J, Voigt K, Uebel T

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin

© DEGAM 2023
www.degam-leitlinien.de