

Thyreoiditis - Schilddrüsenentzündung

Dr. med. Joachim Deuble

Definition

Unter einer Thyreoiditis versteht man eine Entzündung der Schilddrüse.

Es gibt verschiedene Formen der Schilddrüsenentzündung, die auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen sind. Dementsprechend unterscheiden sie sich in ihren Symptomen (Anzeichen) und dem klinischen Verlauf.

Die wichtigsten Formen sind :

1. Akute Thyreoiditis

Die akute, eitrige Entzündung der Schilddrüse ist auf Bakterien zurückzuführen, die meistens über die Blutbahn in die Schilddrüse gelangen. Dort lösen sie eine schwere lokale Reaktion mit Schmerzen, Druckempfindlichkeit, Rötung und Schwellung aus. Dazu kommen allgemeine Beschwerden wie Fieber, Schweißausbrüche, Herzrasen und ein allgemeines Krankheitsgefühl. Die Behandlung besteht im Wesentlichen in einer gezielten Antibiotikagabe. Diese Form der Thyreoiditis ist sehr selten.

2. Subakute Thyreoiditis (Thyreoiditis de Quervain)

Um eine von Viren ausgelöste Form der Schilddrüsenentzündung handelt es sich bei der Thyreoiditis de Quervain. Bei dieser Erkrankung gibt es sehr unterschiedliche Verläufe. Manche Patienten verspüren nur leichte oder keine Beschwerden. Andere klagen über ein allgemeines Krankheitsgefühl, hohes Fieber, Schüttelfrost und lokalen Schmerz. Recht typisch ist der Druckschmerz in der Schilddrüsenregion und die Ausstrahlung in den Kiefer und die Ohren. Die Patienten berichten öfter über vorausgegangene Erkältungen und grippale Infekte. Die Schilddrüse ist häufig leicht bis mäßig vergrößert und fühlt sich fester an. Öfter beginnt die Erkrankung in einem Schilddrüsenlappen und geht später auf den anderen Lappen über. Dabei können die Beschwerden im zuerst betroffenen Lappen schon wieder rückläufig sein. Die Beschwerden können leicht und schnell rückläufig sein. Es kommen jedoch auch schwere Verläufe mit erheblichen lokalen und allgemeinen Beschwerden und einer Dauer über viele Monate vor. Meistens verschwinden die Krankheitszeichen wieder vollständig und die Schilddrüse heilt ohne Schäden aus.

2.1. Diagnostik

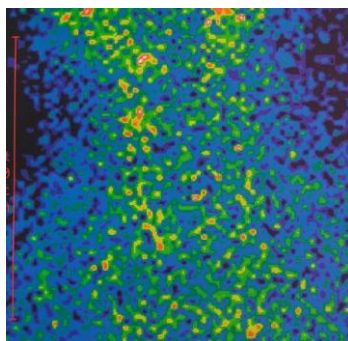
Die Angaben und Beschwerden des Patienten ergeben bereits wichtige Hinweise und den Verdacht auf eine Schilddrüsenentzündung.

Nach der körperlichen Untersuchung wird eine Blutprobe entnommen. Es wird nach allgemeinen Entzündungszeichen gesucht; die Schilddrüsenhormonkonzentrationen werden bestimmt. Typisch ist eine deutliche Beschleunigung der Blutsenkung. Manchmal sind die Schilddrüsenhormonwerte am Krankheitsbeginn erhöht; es kommt vorübergehend zu Zeichen einer Schilddrüsenüberfunktion. Die Bestimmung der Schilddrüsenantikörper ergibt kein charakteristisches Bild und ist somit nicht richtungsweisend. Eine wichtige Rolle spielt dagegen die Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse. Dabei findet man unscharf begrenzte, echoarme Bereiche in einem oder beiden Lappen. Im zeitlichen Verlauf über Wochen und Monate kann sich das sonographische Bild deutlich ändern.



Ultraschallbild bei Thyreoiditis

Neben der sonographischen Untersuchung hat die Szintigraphie der Schilddrüse eine wichtige Bedeutung. Sie zeigt in den betroffenen Anteilen oder im ganzen Organ eine verminderte Technetium (Kontrastmittel) Aufnahme.



Szintigramm bei Thyreoiditis

In unklaren Fällen kann eine Feinnadelpunktion (mit einer dünnen Nadel wird eine Gewebeprobe entnommen) der betroffenen Schilddrüsenareale zur Klärung der Diagnose führen.

2.2. Therapie

Eine ursächliche Behandlung der Erkrankung gibt es nicht. Meistens ist es ausreichend, die lokalen Schmerzen und das allgemeine Krankheitsgefühl zu behandeln. Dazu eignet sich in leichten Fällen ein Schmerzmittel mit dem Inhaltsstoff Acetylsalicylsäure (z. B. Aspirin). Bei stärkeren Schmerzen wird der Arzt eher Diclofenac (z. B. Voltaren) oder Ibuprofen (z. B. Dolormin) verordnen. Nur bei sehr schweren Verläufen wird es nötig, Cortison zur Entzündungsbekämpfung einzusetzen.

2.3. Verlauf

Spontan und unter der o.g. Behandlung kommt es meist zu einer langsamen Rückbildung der lokalen Beschwerden und des Krankheitsgefühls. Parallel normalisieren sich die Veränderungen im Blut, der sonographische Befund und das Szintigramm. Die Erkrankung heilt in der Mehrzahl der Fälle ohne Spätfolgen und bleibende Schäden aus.

3. Autoimmunthyreoiditis (Typ Hashimoto)

Die Autoimmunthyreoiditis gehört in den Formenkreis der Autoimmunerkrankungen. Diese Krankheiten sind dadurch gekennzeichnet, dass der Körper eigenes Gewebe als fremd erkennt und mit seiner Immunabwehr angreift. Manchmal leiden Patienten gleichzeitig unter mehreren Autoimmunerkrankungen. Auch familiäre Häufungen werden beobachtet. Die auslösenden Faktoren für den Angriff auf körpereigenes Gewebe sind noch nicht ausreichend bekannt. Daher ist eine ursächliche Behandlung nicht möglich. Bei der Autoimmunthyreoiditis führt der Angriff durch die Immunabwehr oft zu einer weitgehenden Zerstörung der Schilddrüse. Dabei ist die Organzerstörung meistens irreversibel (nicht rückgängig zu machen). Es gibt Unterformen, die mit einer Vergrößerung und Verfestigung des Organs einhergehen. Häufig wird jedoch eine zunehmende Verkleinerung der Schilddrüse beobachtet. Neben der reinen Formänderung ist die sich meist ausbildende Funktionseinbuße der Schilddrüse von größter Bedeutung. Durch die zunehmende Zerstörung kann die Schilddrüse nicht mehr genügend Hormone produzieren. Der Körper gerät in eine Hypothyreose (vgl. Poster „Hypothyreose“). Die Vorgänge in der Schilddrüse bleiben für den Betroffenen in den meisten Fällen unentdeckt. Schmerzen oder Missempfindungen am Hals bleiben die Ausnahme oder sind so leicht, dass man ihnen keine Bedeutung zumisst. Allgemeine Krankheitszeichen treten ebenfalls nicht auf. Nur gelegentlich ist der Zerstörungsvorgang in der Schilddrüse so heftig, dass übermäßig viel Hormon freigesetzt wird und kurzfristig Zeichen der Hyperthyreose („Hashitoxikose“) auftreten. (vgl. Poster „Hyperthyreose“).

Durch den schleichenden Verlauf bleibt die Erkrankung oft lange unentdeckt. Die Diagnose einer Autoimmunthyreoiditis wird sehr oft erst gestellt, wenn sich bereits eine Funktionseinschränkung der Schilddrüse ausgebildet hat.

3.1. Diagnostik

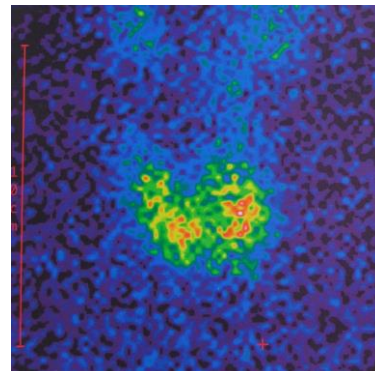
Die meisten Patienten haben keine Beschwerden am Hals oder der Umgebung und gehen deshalb auch nicht zum Arzt. Durch die zunehmende Zerstörung der Schilddrüse bildet sich mit der Zeit eine Unterfunktion aus. Diese geht zunächst ohne besondere Beschwerden einher. Oft ist es ein reiner Zufallsbefund, wenn bei einer Blutprobe (aus anderen Gründen) ein erhöhter TSH-Wert (Hormon aus der Hirnanhangdrüse; spiegelt die Produktion der Schilddrüsenhormone wider; (vgl. Poster „Hypothyreose“) festgestellt wird. Der nächste Schritt ist die Bestimmung der Schilddrüsenhormone und/oder die Überweisung zum Spezialisten.



Ultraschallbild einer Hashimoto-Thyreoiditis

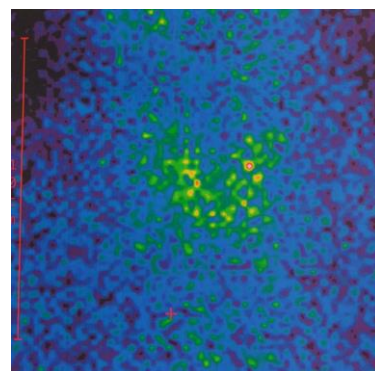
Die Ultraschalluntersuchung ergibt häufig ein typisches Bild: die gesamte Schilddrüse (im Anfangsstadium auch nur Teile) zeigen eine verminderte Echostruktur; die Durchblutung ist deutlich erhöht. Die Schilddrüse kann vergrößert sein. Häufig sieht man aber auch eine fortschreitende Verkleinerung des Organs. Im Spätstadium ist die Schilddrüse oft kaum noch erkennbar. Wie eingangs beschrieben, handelt es sich bei der Erkrankung um eine Autoimmunerkrankung. Daher findet man bei sehr vielen Patienten (90 %) einen erhöhten, speziellen Antikörpertwert (TPO).

Die szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse ergibt am Anfang oft einen unauffälligen Befund.



Szintigraphie im Frühstadium

Später verringert sich die Kontrastmittelaufnahme als Ausdruck der Funktionseinbuße.



Szintigraphie im Endstadium

3.2. Therapie

Eine ursächliche Behandlungsmöglichkeit gibt es nicht. Die sich ausbildende Funktionseinschränkung der Schilddrüse wird mit der Gabe von Schilddrüsenhormon (Thyroxin) in Tablettenform behandelt. Damit kann man die Hypothyreose und ihre Folgen komplett verhindern. Da es sich bei Tablettenbehandlung um die ausschließliche Gabe eines körpereigenen Stoffes handelt, hat die Therapie, bei geeigneter Dosierung, keine Nebenwirkungen. Die für den einzelnen Patienten richtige Dosis wird individuell festgelegt.

In regelmäßigen Abständen muss die Dosierung überprüft werden, da sie dem Alter des Patienten und eventuell geänderten Lebensumständen (z. B. Schwangerschaft) angepasst werden muss.

In den meisten Fällen ist die Tabletteneinnahme lebenslang erforderlich. Unter einer gut angepassten Tablettentherapie hat der Betroffene keine Einschränkung der Lebensqualität zu befürchten.

Dr. med. Joachim Deuble
Kreisklinik Trostberg
Siegerhöhe 1
83308 Trostberg

T 0049 8621 87-5030
F 0049 8621 87-5039
E sekretariat.allgemeinchirurgie.tb
@kliniken-sob.de