

Information für Ärzte

Juli 2020, IVF Zentren Prof. Zech – Salzburg, MEMBER OF NEXTCLINICS
 Univ. Prof. Dr. Dietmar Spitzer, Dr. Robert Haidbauer

SchilddrüsenEinstellung bei Kinderwunsch **NEU**

1. Voraussetzungen

Die beiliegende Publikation von Weiss [1] im vergangenen Jahr hat uns veranlasst unser bisheriges Vorgehen bei der Abklärung und Behandlung der Schilddrüse bei Patientinnen mit Kinderwunsch zu überdenken, und den neuen Erkenntnissen entsprechend anzupassen.

Ziel ist es dabei, möglichst wenige Frauen „unnötig“ mit Schilddrüsenhormon zu behandeln, ohne den Erfolg der Kinderwunsch-Behandlung zu beeinträchtigen, oder eine Gefährdung für die nachfolgende Schwangerschaft zu riskieren.

2. Bisheriges Vorgehen

In der Vergangenheit wurden Frauen mit Kinderwunsch von uns auf einen TSH-Wert <2,0 mU/L eingestellt, basierend auf dem Faktum, dass 95% der Gesunden eine TSH-Konzentration zw. 0,5-2,5mU/L aufweisen, und der Annahme einer Assoziation mit häufigerer Infertilität bzw. höherer Abortrate.

Nachdem rezente Arbeiten aber bei TSH-Spiegeln >2,5mU/l im Vergleich zu <2,5mU/l keine niedrigeren Lebendgeburtenraten, oder mehr Fehlgeburten zeigten, und eine Behandlung mit L-Thyroxin bei einer subklinischen Hypothyreose nach ART im TSH-Bereich zw. 2,5 bis 4,2mU/l keine Verbesserung bringt, haben wir uns zum folgenden Algorithmus entschlossen.

Literatur-Auswahl:

1. Weiss J.M., SchilddrüsenEinstellung bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft, Gynäkologische Endokrinologie 2019, 17:20–24, <https://doi.org/10.1007/s10304-018-0225-8>
2. Alexander EK, u. Mitarb., Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. Thyroid, 2017, 27(3):315–89
3. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2015) Subclinical hypothyroidism in the infertile female population: a guideline. Fertil Steril 104(3):545–553
4. Plowden TC, u. Mitarb., Subclinical hypothyroidism and thyroid autoimmunity are not associated with fecundity, pregnancy loss, or live birth. J Clin EndocrinolMetab 2016, 101(6): 2358–2365

3. Neue Empfehlungen

Algorithmus, siehe Abbildung 1 rechts

Im Rahmen der hormonellen Abklärung der Frau bei Kinderwunsch wird die Bestimmung des **TSH (Thyreoida-Stimulierendes Hormon)** empfohlen.

- Liegt dabei der **TSH-Wert <2,5 mU/L** ist keine Therapie erforderlich und eine TSH-Kontrolle wird erst in einem Jahr wieder notwendig.
- Ein **TSH-Wert > 4,0-4,5 mU/L** erfordert eine Behandlung z.B. mit 50µg L-Thyroxin und eine TSH-Kontrolle 4-6 Wochen nach Therapiebeginn. Ziel ist hier ein TSH <2,5 mU/L.
- Bei einem **TSH zw 2,5-4,0 (4,5) mU/L** zusätzliche Untersuchung der **TPO-AK (Thyreoperoxidase-Antikörper)**:
 - Sind die TPO-AK **negativ** erfolgt keine Therapie, eine TSH-Kontrolle aber in 6 Monaten.
 - Bei **positiven** TPO-AK erfolgt eine Therapie mit SD-Hormon, mit dem Ziel einen TSH-Wert <2,5 zu erreichen.

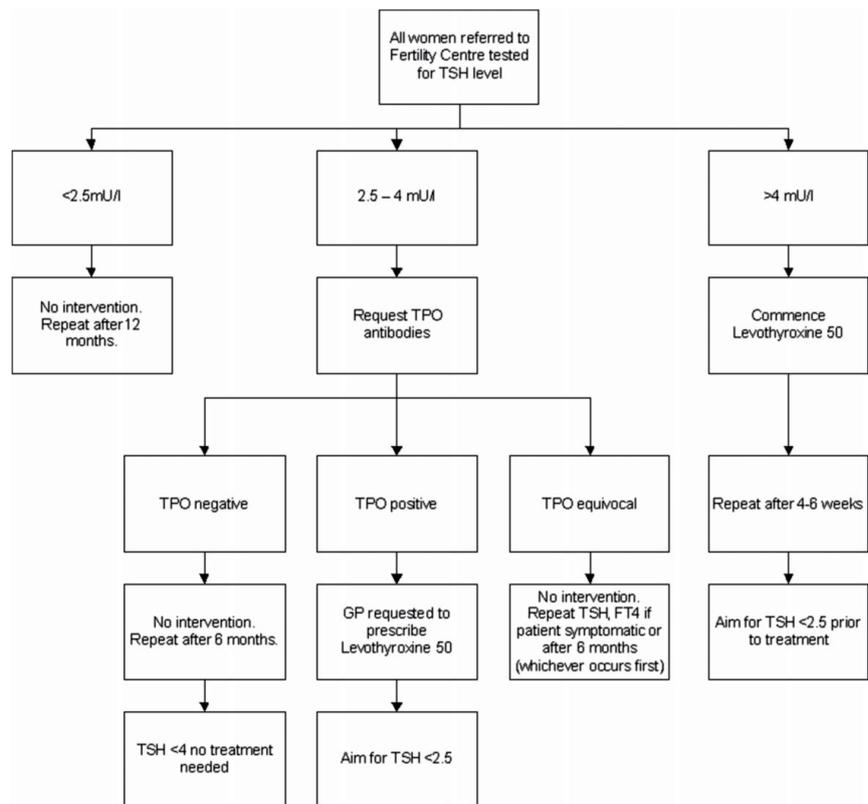


Abbildung 1: in Maheshwari A, u. Mitarb., Routine serum thyroid-stimulating hormone testing – optimizing pre-conception health or generating toxic knowledge? Human Reproduction, 2017,32,9 1779–1785, doi:10.1093/humrep/dex240