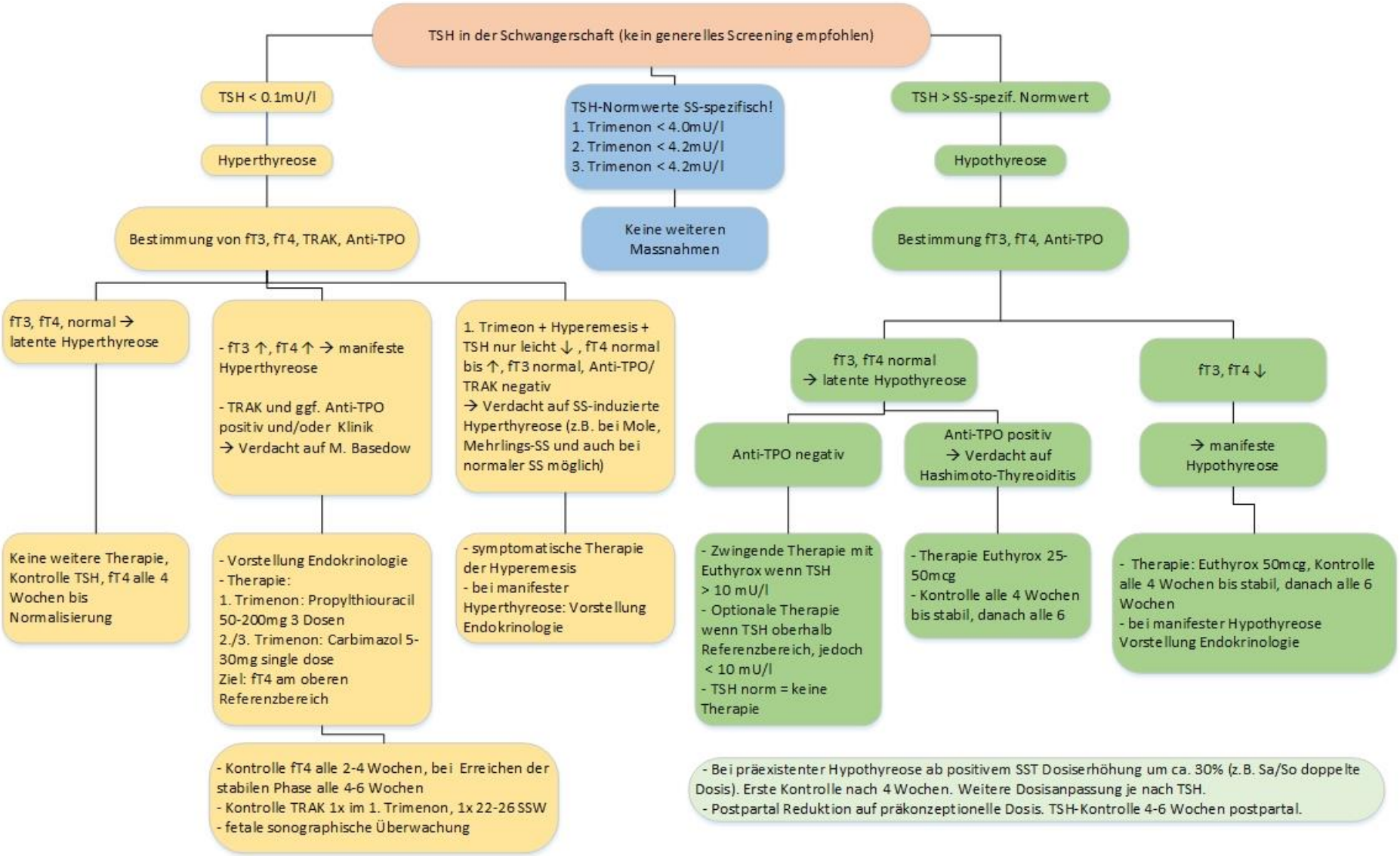
TSH in der Schwangerschaft (kein generelles Screening empfohlen)
TSH < 0.1mU/l
Hyperthyreose
Bestimmung von fT3, fT4, TRAK, Anti-TPO
fT3, fT4, normal → latente Hyperthyreose
Keine weitere Therapie, Kontrolle TSH, fT4 alle 4 Wochen bis Normalisierung
- fT3 ↑, fT4 ↑ → manifeste Hyperthyreose
- TRAK und ggf. Anti-TPO positiv und/oder Klinik
→ Verdacht auf M. Basedow
- Vorstellung Endokrinologie
- Therapie:
1. Trimenon: Propylthiouracil 50-200mg 3 Dosen
2./3. Trimenon: Carbimazol 5-30mg single dose
Ziel: fT4 am oberen Referenzbereich
- Kontrolle fT4 alle 2-4 Wochen, bei Erreichen der stabilen Phase alle 4-6 Wochen
- Kontrolle TRAK 1x im 1. Trimenon, 1x 22-26 SSW
- fetale sonographische Überwachung
1. Trimeon + Hyperemesis + TSH nur leicht ↓ , fT4 normal bis ↑, fT3 normal, Anti-TPO/ TRAK negativ
→ Verdacht auf SS-induzierte Hyperthyreose (z.B. bei Mole, Mehrlings-SS und auch bei normaler SS möglich)
- symptomatische Therapie der Hyperemesis
- bei manifester Hyperthyreose: Vorstellung Endokrinologie
TSH-Normwerte SS-spezifisch!
1. Trimenon < 4.0mU/l
2. Trimenon < 4.2mU/l
3. Trimenon < 4.2mU/l
Keine weiteren Massnahmen
TSH > SS-spezif. Normwert
Hypothyreose
Bestimmung fT3, fT4, Anti-TPO
fT3, fT4 normal → latente Hypothyreose
Anti-TPO negativ
- Zwingende Therapie mit Euthyrox wenn TSH > 10 mU/l
- Optionale Therapie wenn TSH oberhalb Referenzbereich, jedoch < 10 mU/l
- TSH norm = keine Therapie
Anti-TPO positiv → Verdacht auf Hashimoto-Thyreoiditis
- Therapie Euthyrox 25-50mcg
- Kontrolle alle 4 Wochen bis stabil, danach alle 6
fT3, fT4 ↓
→ manifeste Hypothyreose
- Therapie: Euthyrox 50mcg, Kontrolle alle 4 Wochen bis stabil, danach alle 6 Wochen
- bei manifester Hypothyreose Vorstellung Endokrinologie
- Bei präexistenter Hypothyreose ab positivem SST Dosiserhöhung um ca. 30% (z.B. Sa/So doppelte Dosis). Erste Kontrolle nach 4 Wochen. Weitere Dosisanpassung je nach TSH.
- Postpartal Reduktion auf präkonzeptionelle Dosis. TSH-Kontrolle 4-6 Wochen postpartal.