

Morbus Basedow

(Autoimmunhyperthyreose, Graves' Disease)

Erstinformationen zur Erkrankung – zusammengestellt von Maria aus der SHG in Graz, von Sabine und Wencke aus der SHG in Berlin und vom KIT-Team



Was ist das für eine Erkrankung?

Morbus Basedow (morbus = lat. für Krankheit) ist eine Autoimmunerkrankung (auto = griech. selbst), die von dem deutschen Arzt **Dr. Carl Adolph von Basedow** 1840 in Deutschland erstmals dokumentiert und nach ihm benannt wurde. Im angelsächsischen Raum ist das Krankheitsbild als „Graves' disease“ bekannt, da der irische Arzt Robert J. Graves diese Erkrankung dort bereits 1835 beschrieb. Medizinisch wird dieses Krankheitsbild auch als (Auto) Immunhyperthyreose (Hyperthyreose = Schilddrüsenüberfunktion) bezeichnet. Bei Autoimmunerkrankungen bekämpft sich der Körper durch eine falsche Reaktion des Immunsystems selbst.

Bei Morbus Basedow setzen sich die TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) an die Andockstellen des TSH (Thyreoida-stimulierendes Hormon) und stimulieren so die Schilddrüse (SD). Dadurch wird die SD zu einer übermäßigen Hormonproduktion angeregt und es entsteht schleichend eine **Überfunktion**. Frauen sind etwa sieben mal häufiger als Männer vom Morbus Basedow betroffen – insgesamt erkranken 1-6 Prozent der Bevölkerung daran.

Welche Ursachen gibt es?

Die genauen Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. Neben einer genetischen Veranlagung werden hormonelle Einflüsse, Stress, psychische Belastung, übermäßige Iodzufuhr und Infektionen als Auslöser diskutiert.

Welche Beschwerden können auftreten?

Als „Merseburger Trias“ sind die Hauptsymptome Vergrößerung der SD (Struma), hoher Puls (Tachykardie) und hervorstehende Augen (Exophthalmus) geläufig. Aber auch weitere Beschwerden wie Herzrasen (Herzrhythmusstörungen), Unruhe, Schlafstörungen, starkes Schwitzen, Händezittern, schnelle Ermüdbarkeit (Erschöpfungsgefühl), Gewichtsabnahme trotz starken Appetits, Durchfall und Haarausfall können als Folgen der Überfunktion der Schilddrüse auftreten. Einige wenige Betroffene leiden unter einer Gewebeschwellung (Myxödem). Die Symptome variieren in Häufigkeit und Intensität. Neben relativ harmlosen Verläufen kann es auch zu sehr stark ausgeprägten Formen des Morbus Basedow kommen.

Wie wird der Morbus Basedow diagnostiziert?

Meist lässt sich bereits durch die Tastuntersuchung eine Vergrößerung der Schilddrüse feststellen. Die Ultraschall-Aufnahme (Sonogra-

phie) zeigt eine echoarme überaktive (hypoechoogene) Struktur. Eine Szintigraphie kann die **krankhafte Überproduktion von SD-Hormonen** (Mehrspeicherung von Iod) zeigen. Sonografie und Szintigraphie, aber auch nachfolgende Blutuntersuchungen sind wichtig, um eine funktionelle Autonomie der Schilddrüse oder eine Iodmangelstruma als Differentialdiagnose auszuschließen.

Blutuntersuchung:

- **Antikörper:** TSH-AK (= TRAK + TSH-R-AK), TPO-AK (= MAK), TG-AK (= TAK) Die Basedow-typischen Antikörper sind die TSH-Antikörper. Es gibt blockierende und stimulierende Antikörper, beim Basedow sind immer die stimulierenden vorhanden.
- **TSH:** übergeordnetes Hormon, welches die Funktionstätigkeit der SD steuert
- **FT3:** freies, stoffwechselaktives SD-Hormon, Umwandlungsprodukt des FT4
- **FT4:** freies SD-Hormon, „Speicherform“, wird in aktives FT3 umgewandelt

Bei einer Überfunktion sind für gewöhnlich **TSH kaum messbar** (supprimiert), **FT3 und/oder FT4 deutlich erhöht**. Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen kommt es zu einer **endokrinen Orbitopathie (EO)**, wobei die Augen bedingt durch entzündliche Prozesse in den Augenhöhlen und Schwellungen des Augenhintergrundgewebes hervortreten können (Exophthalmus).

Wie wird therapiert?

Gegen die Überfunktion der SD werden bis zu einem Jahr **schilddrüsenhemmende Medikamente (Thyreostatika)** verabreicht, z. B. Carbimazol, Thiamazol oder Propylthiouracil. Es kann in der Anfangsphase der Erkrankung auch zu einem **spontanen Abheilen (Remission)** kommen. Begleitend zur Behandlung mit Thyreostatika werden sogenannte β -Blocker verordnet. β -Blocker senken den beschleunigten Herzschlag und gegebenenfalls den erhöhten Blutdruck. Sie vermindern zusätzlich Angst und Nervosität sowie das Zittern der Hände. Sind die SD-Werte in den Normalbereich gesenkt, können die β -Blocker abgesetzt werden.

Die medikamentöse Therapie dauert in der Regel ca. 12-18 Monate, danach wird ein sogenannter **Auslassungsversuch** gemacht. In ungefähr 40 Prozent der Fälle kommt es im Laufe des Jahres zu einer spontanen Abheilung (Remission). Die SD ist danach jedoch laufend unter Beobachtung zu halten, da es bei den Spontanheilungen eine **sehr hohe Rückfallsquote (Rezidivrate)** gibt.

Schlägt die medikamentöse Therapie nicht an, erfolgen **Operation**

oder Radioiodtherapie. Bei der Radioiodtherapie wird dem Patienten eine Kapsel mit radioaktivem Iod verabreicht, das fast ausschließlich in der SD gespeichert wird. Auf diese Weise erfolgt eine kurzzeitige Bestrahlung der SD, die die Zerstörung des SD-Gewebes und damit ein **Stoppen der Überfunktion** bewirkt. Bei sehr starker Vergrößerung der SD oder bei Verdacht auf einen Tumor ist eine operative Entfernung der SD notwendig. Nach der erfolgreichen Behandlung der Überfunktion kommt es durch die Entfernung/Zerstörung von SD-Gewebe zu einer **Unterfunktion**, die lebenslang mit SD-Hormonen behandelt werden muss.

Für die Behandlung der Endokrinen Orbitopathie (EO) ist das Erreichen einer **ausgeglichenen SD-Hormonstoffwechsellage** (Euthyrose) sehr wichtig. Gegen die Entzündung der Augen wird in aktiven Phasen Cortison eingesetzt. Der Verlauf der Augenerkrankung ist sowohl schwer vorauszusagen als auch schwer zu therapieren. Die Bestrahlung als Therapie gegen die EO ist mittlerweile umstritten. Ebenso wird in heutiger Zeit von der Therapie mit Immunglobulinen eher abgeraten. Bei schweren Verläufen ist häufig eine Operation nötig, um eine Beeinträchtigung der Sehfunktion zu vermeiden. Rauchen verschlimmert die EO und sollte eingestellt werden. Bei sehr lichtempfindlichen, trockenen Augen bringen das Tragen einer Sonnenbrille und das Verwenden von Augentropfen Linderung. Antioxidantien (z. B. Selen), eignen sich darüber hinaus als **unterstützende Therapiemaßnahme**. Die Einnahme von Iod (in: Medikamenten, Iodsalz) sollte vermieden werden, da Iod den Krankheitsverlauf verschlechtern kann.

Wie erfolgt die Einstellung mit SD-Hormonen nach SD-Entfernung?

Von einer guten Einstellung mit SD-Hormonen spricht man, wenn die Schilddrüsenwerte (TSH, FT4 und FT3) innerhalb des Normbereiches liegen **und** die körperliche Symptomatik weder eine Unterfunktion noch eine Überfunktion anzeigt. In Einzelfällen bietet der TRH-Test ebenfalls Aufschluss darüber, ob noch eine Unter- oder Überfunktion vorliegt. Die Einstellung mit SD-Hormonen kann mehrere Monate dauern. Dabei ist der **individuelle Wohlfühlbereich** zu berücksichtigen. Aufgrund der möglichen Augenbeteiligung sollte der TSH im günstigsten Fall bei 0,5-1,0 mU/L liegen. **Ein erfahrener Arzt geht bei der optimalen Therapie nicht ausschließlich von den Laborwerten aus, sondern berücksichtigt auch das Befinden des Patienten.**

Tipps aus der Praxis:

- **Schilddrüsenhormone alleine**, ohne andere Medikamente, 20-30 Minuten vor dem Frühstück nur mit Wasser einnehmen, da die Aufnahme sonst vermindert ist. Insbesondere Kalzium und Eisen stören die Verwertung.
- Vor Blutentnahmen zur Kontrolle der Schilddrüsen-Werte **keine** SD-Hormone einnehmen, da der FT4-Wert dadurch falsch erhöht ausfallen kann. Blutentnahme ist morgens zu empfehlen.

- Bei den Blutwerten darauf achten, dass möglichst die „**freien**“ **Werte (FT3, FT4)** bestimmt werden und nicht die „Gesamt“-Werte (GT 3 u. GT 4 bzw. T3 u. T4). **Die freien Werte spiegeln die Hormonversorgung zuverlässiger wider!** (Die Gesamt-Hormone (GT3 und GT4) liegen zu über 99 Prozent an Plasmaproteine gebunden vor – also in der Speicherform, in der sie nicht biologisch aktiv sind. Der Anteil an Plasmaproteinen kann durch verschiedene Faktoren, wie z.B. weitere Erkrankungen, Östrogenspiegel und Medikamenteneinnahme, beeinflusst werden, wobei sich in Folge dessen der Anteil an freien Hormonen ändert. Nur die ungebundenen Hormone (FT3 und FT4) sind unmittelbar stoffwechselaktiv.)

- **Kopien von Befunden** geben lassen, bei Blutwerten auch darauf achten, dass die Referenz- bzw. Normwerte angegeben sind. Mit den Kopien eine persönliche Krankenakte anlegen. So hat man als Patient einen besseren Überblick und bei einem Arztwechsel alle Befunde beisammen. Ärzte sind verpflichtet Daten und Befunde auszuhändigen. Hilfreich ist, die Medikamentendosis und das Befinden ergänzend bei den Befunden anzumerken.

- **Stress meiden!** Stress und seelische Belastungen können den Verlauf von Autoimmunerkrankungen negativ beeinflussen. Das Erlernen von Entspannungstechniken ist zu empfehlen.

- Hormonelle Verhütungsmethoden können den Verlauf der Erkrankung beeinflussen.

INFORMATIVE INTERNET-SEITEN:

www.morbusbasedow.de • www.das-wartezimmer.de
www.schilddruesenguide.de • www.schilddruesenpraxis.de
www.kit-online.org

BUCH-TIPP:

- **Leben mit Morbus Basedow**, von Dr. Leveke Brakebusch und Prof. Dr. Armin Heufelder, W. Zuckschwerdt Verlag, Preis 14,90 Euro

Die vorliegenden Informationen sind von Laien verfasst worden und beruhen auf Inhalten medizinischer Fachpublikationen sowie auf persönlichen Erfahrungen mit dieser Erkrankung. Die Inhalte sind nicht dafür gedacht die Konsultation einer qualifizierten, medizinischen Fachkraft zu ersetzen, sondern dienen reinen Informationszwecken. Für Diagnose und Behandlung muss in jedem Fall ein Arzt aufgesucht werden!

Dieses Informationsblatt wurde heruntergeladen bei www.kit-online.org

