

publiziert von:



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin



Deutsche Gesellschaft
Endokrinologie

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ),

erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE) als Sektion der
der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ)
sowie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

AWMF-Register Nr.

027/041

Klasse:

S1

Hyperthyreose

DEFINITION UND BASISINFORMATION

Der Morbus Basedow ist die häufigste Ursache der Schilddrüsenüberfunktion im Kindesalter. Differentialdiagnostisch abgegrenzt werden die Schilddrüsenhormon-Intoxikation (Hyperthyreosis Factitia), die medikamentös induzierte Hyperthyreose (z.B. Amiodaron), G-Protein assoziierte Defekte, das autonome Adenom (sehr selten) das TSH produzierende Hypophysenadenom (sehr selten), die transiente Hyperthyreose im Rahmen einer Autoimmunthyreoiditis und die ebenfalls seltene konstitutiv aktivierende Mutation des TSH-Rezeptors (häufig familiär).

LEITSYMPTOME

Struma, Tachykardie, Augensymptomatik, Gewichtsabnahme, Leistungsknick, Schwitzen, Tremor, Unruhe, Enuresis.

DIAGNOSTIK

Zielsetzung

Bestätigung der Diagnose Schilddrüsenüberfunktion, Erklärung der Ätiologie.

Gebräuchliche Verfahren

- Schilddrüsensonographie, Szintigraphie bei isoliertem Knotennachweis
- Blutbild, Thrombozyten, GOT, GPT, Gamma-GT vor thyreostatischer Therapie
- TSH, T4(fT4), T3(fT3), TPO- und TSH-Rezeptorantikörper, evtl. molekulargenet. Untersuchung des TSH-Rezeptors.
- EKG, Echokardiographie
- Knochenalter

Bewertung

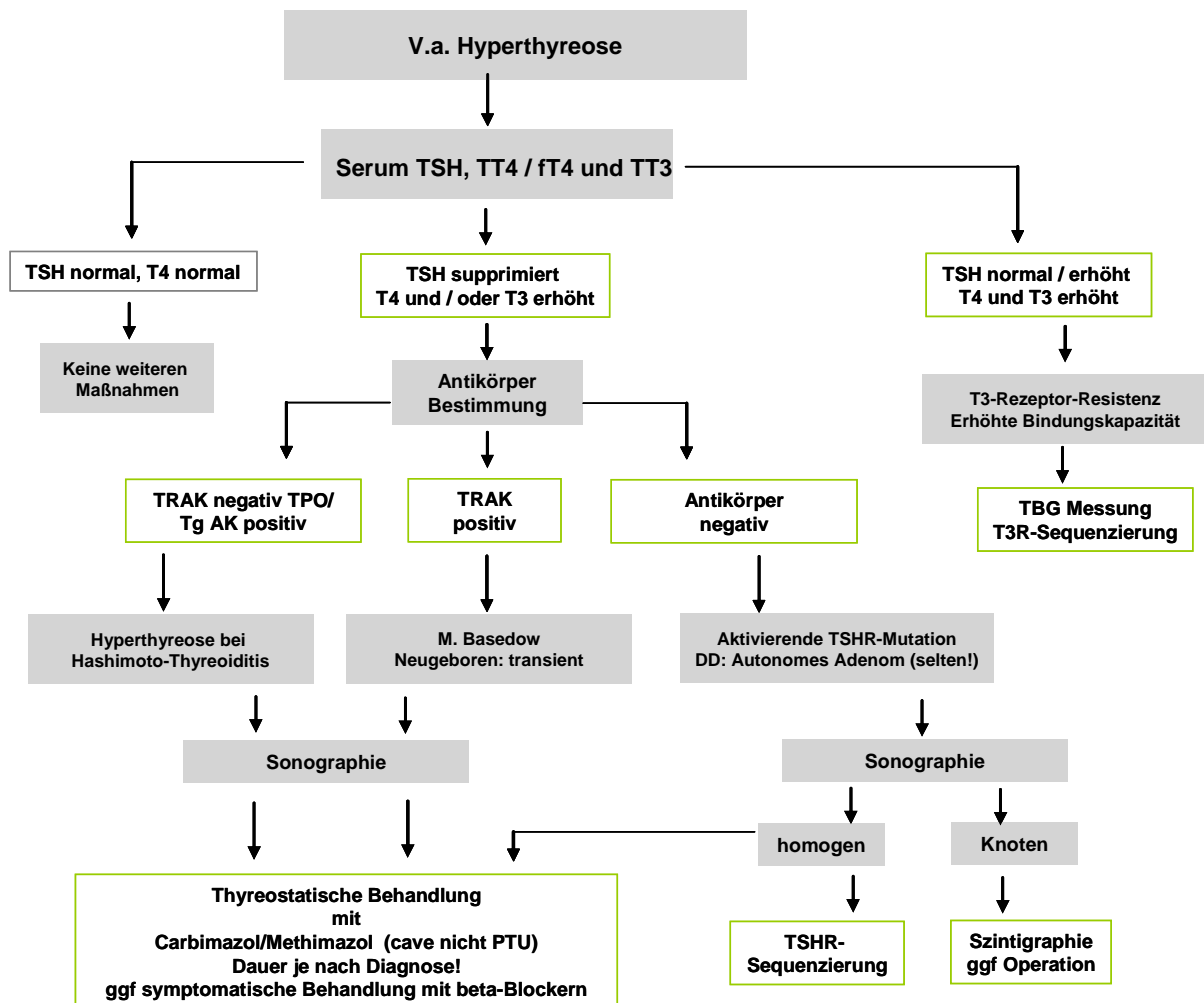


Abbildung 1

Nachweisdiagnostik

TSH, T4 (fT4), T3 (fT3), Schilddrüsenantikörper, Sonographie.

Entbehrliche Diagnostik

TRH-Test, Szintigraphie bei diffuser Struma ohne Knoten, Punktion.

Durchführung der Diagnostik

Durch den damit erfahrenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Kooperation mit einem Kinderendokrinologen.

THERAPIE

Medikamentöse Therapie

Thyreostatische Therapie (Carbimazol (cave Fetopathie), Methimazol), initial 4-6 Wochen systemisch wirksamer β -Blocker (Propranolol).

Kontraindikation: Propylthiouracil (PTU) wegen Hepatotoxizität

Interventionelle Therapie

Stationär bei thyreotoxischer Krise (Irenat, Thyreostatika hochdosiert, β -Rezeptorenblocker, Sedierung, Dexamethason, Plasmapherese).

Alternativ zu operativen Maßnahmen ≥ 14 -16 Jahre: Radiojodtherapie

Therapiedurchführung

Durch den damit erfahrenen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Kooperation mit einem Kinderendokrinologen.

REHABILITATION

Complianceorientierte Patientenschulung.

LITERATUR

Majlesi N, Greller HA, McGuigan MA, Caraccio T, Su MK, Chan GM. Thyroid storm after pediatric levothyroxine ingestion. *Pediatrics*. 2010 Aug;126(2):e470-3.

Kessler M, David R, Pawelczak M, Hanono A, Shah B. Thyrotropin-secreting pituitary adenoma in an adolescent boy: challenges in management. *Pediatrics*. 2010 Aug;126(2):e474-8.

Kaguelidou F, Carel JC, Léger J. Graves' disease in childhood: advances in management with antithyroid drug therapy. *Horm Res*. 2009;71(6):310-7.

Kaguelidou F, Alberti C, Castanet M, Guitteny MA, Czernichow P, Léger J; French Childhood Graves' Disease Study Group. Predictors of autoimmune hyperthyroidism relapse in children after discontinuation of antithyroid drug treatment. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008 Oct;93(10):3817-26.

Malozowski S, Chiesa A. Propylthiouracil-induced hepatotoxicity and death. Hopefully, never more. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010 Jul;95(7):3161-3

Rivkees SA, Szarfman A. Dissimilar hepatotoxicity profiles of propylthiouracil and methimazole in children. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010 Jul;95(7):3260-7

Rivkees SA, Mattison DR. Ending propylthiouracil-induced liver failure in children. *N Engl J Med*. 2009 Apr 9;360(15):1574-5.

VERFAHEN ZUR KONSENSBILDUNG:

Siehe separaten Leitlinienreport:

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/027-m_S1_Leitlinienreport_APE_09.pdf

Autor:

M. Bettendorf

Leitliniensekretariat der APE:

Dr. Anja Moß

AWMF-Leitlinienberaterin

Sektion Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

Interdisziplinäre Adipositasambulanz

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Ulm

Eythstraße 24

D- 89075 Ulm

Tel.: 0731 - 500 57401

E-mail: anja.moss@uniklinik-ulm.de

Erstellungsdatum: 01/2011

Nächste Überprüfung geplant: 01/2016

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Insbesondere für Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

© Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online