



Schilddrüsenhormon-Medikation in der Nachsorge des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms

Das differenzierte Schilddrüsenkarzinom ist ein hormonsensitiver Tumor. Die Dosierung der Schilddrüsenhormon-Medikation beeinflusst die Schilddrüsenfunktion (fT₄, fT₃), die Rückkopplung der Schilddrüsenfunktion zur Hirnanhangsdrüse (TSH, Thyreoidea stimulierendes Hormon) und TSH-vermittelt die Wachstumsmodulation auf hypothetisch verbliebene Tumorzellen. Hohe Dosierungen an Schilddrüsenhormonen senken den TSH-Spiegel (negative Rückkopplung). Deshalb wird bei Patienten mit einem differenzierten Schilddrüsenkarzinom zunächst eine relativ hohe Dosierung der Schilddrüsenhormon-Medikation gewählt.

Auf der anderen Seite können leicht erhöhte Dosierungen des Schilddrüsenhormons Herzrasen, Herzrhythmusstörungen und Osteoporose begünstigen, wobei solche Effekte statistisch gehäuft erst mit höherem Lebensalter beobachtet werden.

Die Bemessung der optimalen Dosierung für den individuellen Patienten wird an das Rezidivrisiko adaptiert. Bislang lag der Risikoabwägung in erster Linie das Tumorstadium bei Erstoperation zugrunde. Internationale Leitlinien rücken das Therapieansprechen auf die Operation und auf die Radioiodtherapie in den Vordergrund. Dabei wird das Therapieansprechen z.B. anhand des Thyreoglobulin (Tg)-Spiegels unter rekombinantem humanem TSH (rhTSH) 6 bis 8 Monate nach der Radioiodtherapie, anhand des Tg-Verlaufs unter Levothyroxin und anhand der Radioiod-Ganzkörperszintigraphie bewertet. Die nachfolgend genannten Grenzwerte für den Tg-Spiegel können durch Nutzung verschiedener Messverfahren (Tg-Assays diverser Firmen) etwas variieren. Im Konkreten gelten folgende Empfehlungen:

Exzellentes Therapieansprechen (z.B. Tg/rhTSH < 1 ng/ml, Tg unter Levothyroxin < 0,2 ng/ml): Bei initial niedrigem Rezidivrisiko ist ein niedrig-normaler TSH-Spiegel günstig. Bei initial hohem Rezidivrisiko wird für etwa 5 Jahre nach der Erstdiagnose ein erniedrigter/supprimierter TSH-Wert angestrebt, nachfolgend ein niedrig-normaler TSH-Spiegel. Für den 5-Jahres-Zeitraum bis zur Dosisreduktion gibt es aber nur eine schwache Evidenz. Daher sind Patientenalter (z.B. > 60 Jahre) und Begleiterkrankungen individuell zu berücksichtigen.

Niedrig messbarer Tg-Spiegel, Therapieansprechen wahrscheinlich (z.B. Tg/rhTSH 1 bis < 10 ng/ml, Tg unter Levothyroxin 0,2 – 1 ng/ml): Die Dosierung von Levothyroxin zielt in der Regel auf einen erniedrigten/supprimierten TSH-Spiegel, adaptiert an den Tg-Spiegel im Verlauf. Ein konstanter Tg-Spiegel in der Nachsorge bei Patienten über 60 Jahre oder bei Begleiterkrankungen spricht für einen niedrig-normalen TSH-Wert.

Biochemisch inkomplettes Therapieansprechen ohne Tumornachweis in der Bildgebung (z.B. Tg/rhTSH > 10 ng/ml, Tg unter Levothyroxin > 1 ng/ml): Die Einstellung der Schilddrüsenfunktion ist grundsätzlich TSH-suppressiv, wobei das initiale Rezidivrisiko, der Tg-Spiegel im Verlauf und die möglichen Nachteile einer TSH-Suppression zu berücksichtigen sind. Allein das Patientenalter über 60 Jahre erfordert noch keine Änderung im Behandlungskonzept. Hingegen ist bei Vorhofflimmern ein (niedrig-)normaler TSH-Spiegel anzustreben.

Tumornachweis in der aktuellen Bildgebung: Die Einstellung der Schilddrüsenfunktion ist TSH-suppressiv, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.

Die individuelle Abwägung der Vorteile und der möglichen Nachteile durch die unterschiedlichen Schilddrüsenhormon-Dosierungen wird in der ärztlichen Beratung vorgenommen.