

Wochenbettdepression mit Muskelschmerzen ...

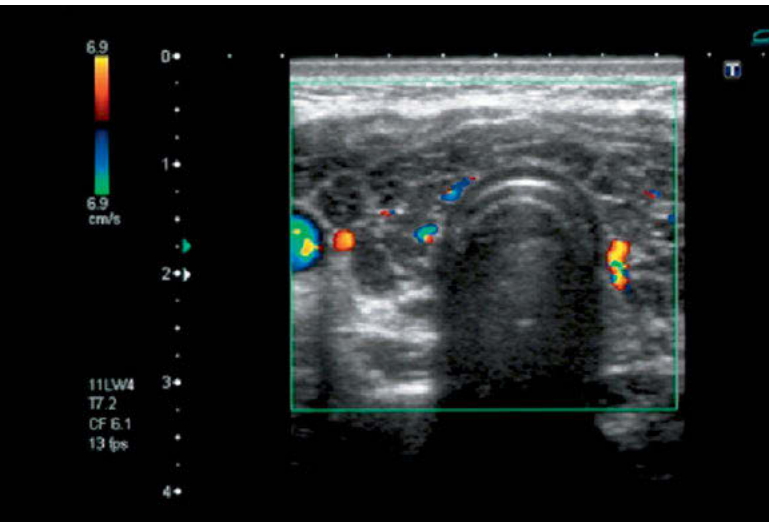


Abbildung 1: Verdacht auf Autoimmunthyreoiditis.

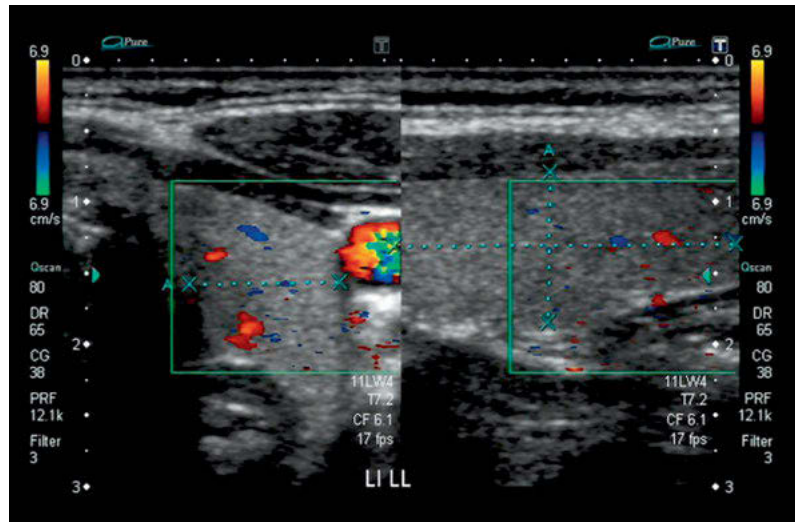


Abbildung 2: Normale Schilddrüse.

Anamnese

Die Vorstellung einer jungen, 31-jährigen zweifachen Mutter in unserer internistischen Notaufnahme erfolgte auf Einweisung des besorgten Hausarztes bei zunehmender Allgemeinzustandsverschlechterung mit beinbetonten Muskelschmerzen, Müdigkeit, Sehstörungen und Abgeschlagenheit. Initial war eine Wochenbettdepression diskutiert worden. Die junge Frau hatte vor fünf Monaten einen gesunden Jungen zur Welt gebracht, die Schwangerschaft verlief komplikationslos. In einer Laborkontrolle beim Hausarzt zeigte sich nun eine unklare Erhöhung der Leber- und Muskelenzyme.

Körperlicher Untersuchungsbefund

Junge Patientin in reduziertem Allgemeinzustand, normaler Ernährungszustand. Herz: HF 56/min, regelrechte Herzaktion, keine viertypischen Geräusche. Lunge: vesikuläres Atemgeräusch. Abdomen: weiche Bauchdecke, unauffällige Darmgeräusche. Nierenlager mit Klopferschmerz beidseits. Kein neurologisches Defizit. Angedeutete Lidödeme beidseits.

Diagnostik

Im EKG zeigte sich ein Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz von 56/min ohne signifikante Herzrhythmusstörungen. Im Labor war ein un-

auffälliges Blutbild bei erhöhten Transaminasen (GOT 112 U/l, GPT 85 U/l), erhöhter LDH(405 U/l) und erhöhter Kreatinkinase (CK-NAC 1.407 U/l, CK-MB 78 U/l) zu sehen. Zudem waren die Lipide deutlich erhöht (Gesamtcholesterin 486 mg/dl, LDL 369 mg/dl), die Nierenfunktion war mit einer GFR von 51 ml/min bei unauffälligem U-Status eingeschränkt. Richtungsweisend für die Diagnosestellung der initial unspezifischen und unklaren Beschwerdesymptomatik war der TSH-Wert, hier war eine Erhöhung auf 188,06 µU/ml bei nicht messbarem T4 (< 0,40 ng/dl) und deutlich erniedrigtem Gesamt-T3 (0,34 ng/ml) ersichtlich. In der daraufhin durchgeführten Sonografie der Schilddrüse zeigte sich ein extrem inhomogenes und echoarmes Organ mit einem Gesamtvolumen von 14 ml. Die Perfusion ließ sich als normal verifizieren, pathologische Areale oder Lymphknoten ließen sich nicht nachweisen (Abbildung 1; Abbildung 2: Normalbefund zum Vergleich).

Diagnose und Therapie

Somit war in Zusammenschau der Befunde von einer postpartalen Thyreoiditis (PPT), einer Unterform der Hashimoto-Thyreoiditis, auszugehen. Dies bestätigte die weiterführende Antikörperdiagnostik, wobei die Antikörper gegen Thyreoperoxidase (TPO-Ak 5.713,9 U/ml) und gegen Thyroglobulin (Tg-Ak 1.996,7 U/ml) deutlich erhöht waren. Unter der Substitution mit Schilddrüsenhormonen unter intermittierender TSH-Kontrolle kam es im Verlauf zu

einer Normalisierung der Laborparameter mit zunehmender Besserung des klinischen Allgemeinzustands.

Fazit

Die Wochenbettdepression hatte eine organische Ursache. Gerade bei begleitenden Zeichen einer klinischen Hypothyreose nach Entbindung sollte auch eine solche ausgeschlossen werden, wenn auch postpartale Besonderheiten, unklare klinische Beschwerden und Laborparameter anfangs nicht unbedingt an eine solche denken lassen.

Literatur

Sundarachari NV, Sridhar A, Lakshmi VP. Rare yet treatable: Hypothyroid myopathy (Hoffman's syndrome). J Dr NTR Univ Health Sci 2013;2:203-4.

Groer M, Jevitt C. Symptoms and Signs Associated with Postpartum Thyroiditis. J Thyroid Res. 2014;2014:531969.

UptoDate, Postpartum-Tyroiditis: www.uptodate.com (Stand: 9. Juni 2014)

Autoren

Dr. Florian Edsperger, Simone Hahn, Dr. Juliane Hilger, Internistische Notaufnahme, I. Medizinische Klinik, Klinikum Passau, Innstraße 76, 94032 Passau