

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.

027/042

Klasse:

S1

Angeborene Hyperthyreose

DEFINITION UND BASISINFORMATION

Seltene Erkrankung, vorwiegend bei mütterlicher Immun-Hyperthyreose (Morbus Basedow) durch transplazentaren Übertritt schilddrüsenstimulierender Antikörper. Familiäres oder sporadisches Vorkommen bei konstitutiv aktivierenden Mutationen im TSH-Rezeptorgen.

LEITSYMPTOME

Struma, evtl. Exophthalmus, Tachykardie, Unruhe, Hyperexzitabilität, Neigung zu Durchfällen, Erbrechen, Exsikkose, Temperaturerhöhung, mangelnde Gewichtszunahme, Kraniosynostose

DIAGNOSTIK

Zielsetzung

Sicherung der Diagnose Hyperthyreose und Klärung der Ätiologie.

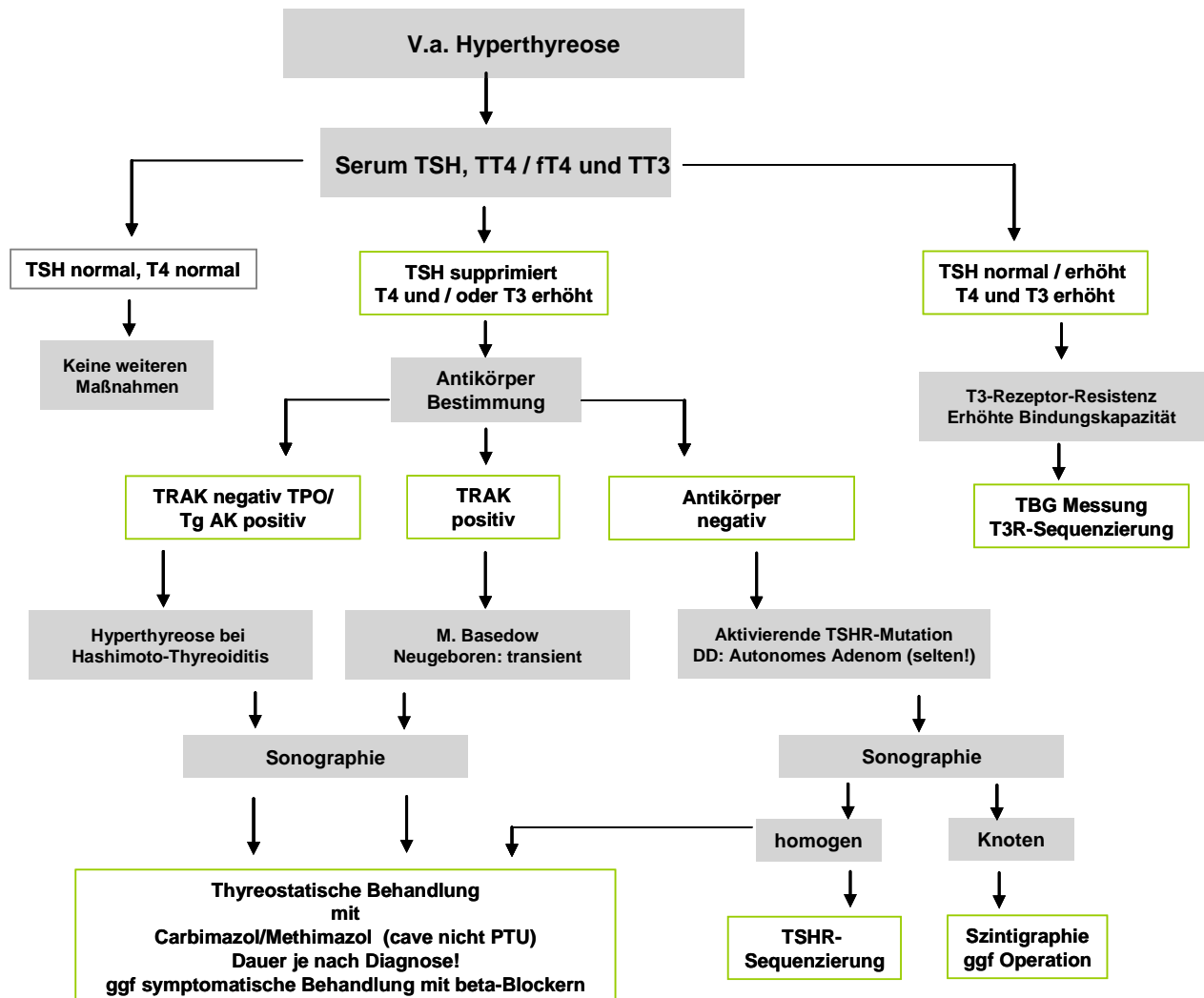


Abbildung 1

Gebräuchliche Verfahren

- Schilddrüsenultraschall
- Bestimmung des Knochensalters
- Röntgenaufnahme des Schädels zur Beurteilung der Verknöcherung der Schädelnähte
- EKG, Echokardiographie
- TSH, T4 (fT4), T3, (fT3)
- TSH-Rezeptor Antikörper, TPO-Antikörper, molekulargenetische Untersuchung des TSH-Rezeptorgens.

Bewertung

Siehe Abbildung 1.

Ausschlussdiagnostik

Basales TSH.

Nachweisdiagnostik

TSH, T4 (fT4), T3 (fT3), TSH-Rezeptor-AK, TPO-AK

Mutationsanalyse TSH-Rezeptorgen.

Entbehrliche Diagnostik

TRH-Test, Szintigraphie.

Durchführung der Diagnostik

Pädiatrischer Endokrinologe in Zusammenarbeit mit Neonatologen zunächst unter stationären Bedingungen.

THERAPIE

Medikamentöse Therapie

- Thyreostatika, Jodid, Propanolol - bei autoimmuner Hyperthyreose
- Thyreoidektomie bei nichtautoimmuner Hyperthyreose häufig nötig.

Chirurgische Therapie

Bei Nachweis einer konstitutiv aktivierenden Rezeptormutation Thyreoidektomie.

REHABILITATION

Entwicklungs-Nachkontrolle der Patienten.

LITERATUR

Papendieck P, Chiesa A, Prieto L, Gruñeiro-Papendieck L. Thyroid disorders of neonates born to mothers with Graves' disease. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009 Jun;22(6):547-53.

Chester J, Rotenstein D, Ringkananont U, Steuer G, Carlin B, Stewart L, Grasberger H, Refetoff S. Congenital neonatal hyperthyroidism caused by germline mutations in the TSH receptor gene. J Pediatr Endocrinol Metab. 2008 May;21(5):479-86.

VERFAHEN ZUR KONSENSBILDUNG:

Siehe separaten Leitlinienreport:

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

Autor:

M. Bettendorf

Leitniensekretariat 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