

Unerfüllter Kinderwunsch und Morbus Hashimoto

Die Schilddrüsenerkrankung ist eine häufig unterschätzte (Teil-) Ursache

| Prof. Dr. Claus Schulte-Uebbing

Derzeit untersuchen wir in unserer Kinderwunsch-Sprechstunde im Rahmen einer kleinen Praxisstudie mögliche Zusammenhänge zwischen Morbus Hashimoto und Zyklus-, Hormon- und Ovulations-Störungen. Im Laufe der letzten knapp 20 Jahre haben wir Hunderte von Paaren mit Kinderwunsch betreut und festgestellt: Viele Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch weisen eine endokrine Dysbalance auf. Das harmonische Zusammenwirken von Ovarial-, Nebennierenrinden-, Schilddrüsen- und Hypophysen-Hormonen ist gestört. Und immer wieder sehen wir bei unseren Kinderwunsch-Patientinnen eine typische Konstellation: M. Hashimoto (Schilddrüsen-Unterfunktion, Produktion von Schilddrüsen-Antikörpern), Östrogen-Dominanz und Progesteron-Mangel. Viele haben Zyklus-Störungen, eine unregelmäßige Ovulation, häufig auch in Verbindung mit Ovarial-Zysten, Endometriose, Myomen. Einige Patientinnen waren schwanger und hatten (habituelle) Aborte.

Symptomatik

M. Hashimoto, auch als „Autoimmune Thyreoiditis“, „Chronisch lymphozytäre Thyreoiditis“ oder „Autoimmune Schilddrüsen-Entzündung“ bezeichnet, ist der so genannte Clown unter den Schilddrüsen-Erkrankungen, welcher unterschiedlichste Verläufe zeigen kann: M. Hashimoto entsteht oft schleichend, geht mit Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Erschöpfung, Zyklus-Störungen, erhöhter Infektanfälligkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Gewichtszunahme, erhöhtem Cholesterin, Gelenkschwellungen, Schmerzen etc. und vielen unspezifischen Symptomen einher.

Epidemiologie

M. Hashimoto ist heute die häufigste Autoimmun-Krankheit. Die Tendenz ist steigend, vor allem in den USA und in Japan.

Hier scheint vor allem auch das Jod in der Nahrung eine große Rolle zu spielen. Frauen

sind zehnmal häufiger betroffen als Männer. M. Hashimoto tritt auch familiär gehäuft auf. [53]

Jede(r) Fünfte mit M. Hashimoto hat Begleitkrankheiten wie Rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Zöliakien, Diabetes (v. a. Typ I), Atrophische Gastritis, Vitiligo, Morbus Addison, Anämien, Alopezia areata etc.

Ursachen

Diverse Ursachen werden diskutiert. Nachgewiesen sind:

- Genetische Disposition (Polymorphismen u. a. der Gene MTHFR 677 C/C und COMT A/A) [3]
- gesteigerte Jod-Exposition [26-28]
- Störungen im Katecholamin- und Serotonin-Haushalt [51]
- Störungen im Folat- / Homocystein-System [51]
- Stress [1]
- Immundefizite [23]
- Bakterielle und virale Infektionen [22, 52]
- Serotoninmangel [4]
- Selenmangel (Es ist schon lange bekannt, dass Selenmangel M. Hashimoto fördert. Selen wirkt antioxidativ und scheint synergistisch zu wirken mit Vitamin D3, reduziertem Glutathion und auch mit Progesteron. [8, 9])
- Langzeit-Lithium-Therapie [2]
- Amiodaron-Therapie u. a.

Progesteronmangel als (Teil-)Ursache?

Bereits im Jahre 1912 erkannte der Chirurg und Pathologe Hakaru Hashimoto (Abb. 1), dass sich die später nach ihm benannte „Struma lymphomatosa“, eine „Krankheit der Schilddrüse mit lymphomatöser Infiltration“, sehr oft in der Schwangerschaft bessert, vor allem auch „Frauen in den Wechseljahren betrifft“ und daher ursächlich wohl mit einem gestörten Hormonsystem der Frau zu tun hat.



Abb. 1: Hakaru Hashimoto

Heute wissen wir, dass bei der Frau stark sinkende Progesteron-Spiegel eine große Rolle für die Entstehung von M. Hashimoto zu spielen scheinen.

Heute wissen wir auch, dass die Schilddrüse nicht nur Bindungsproteine für T3 und T4, sondern auch Bindungsproteine für Vitamin D3 und vor allem auch Östrogen- und Progesteron-Rezeptoren hat. Letztere gehören zur sogenannten „Östrogen-Rezeptor-Subfamilie“. [21, 55]

Frauen und Männer brauchen Progesteron

Vor allem Frauen erkranken an M. Hashimoto. Aber auch immer mehr Männer sind davon betroffen.

Neuere Studien zeigen, dass das Progesteron bei Männern wichtiger ist als bisher angenommen.

Es scheint u. a. auch eine protektive Funktion gegenüber der benignen Prostatahyperplasie (BPH) zu haben. Dies ist durchaus lo-

gisch, da die Prostata das Analog-Organ zum Uterus darstellt.

Ändert sich bei Frauen das hormonelle Gleichgewicht zwischen Ovarien, Hypophyse und Schilddrüse, so ist das Risiko, an Hashimoto zu erkranken, höher: in der Pubertät (gelegentlich), nach der Schwangerschaft (sehr häufig, Prolaktin steigt, Progesteron sinkt, Östrogen steigt) und im Klimakterium (Progesteron sinkt, Östrogen sinkt). [20, 54]

M. Hashimoto als (Teil-)Ursache für Sterilität

Es spricht viel dafür, dass M. Hashimoto eine wichtige Teil-Ursache der weiblichen Sterilität und Infertilität sein kann.

Viele Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch leiden an einer ausgeprägten Östrogen-Dominanz.

Eine weitere wichtige Teil-Ursache ist die Insulin-Resistenz. Beide gehen sehr häufig mit Progesteron-Mangel bzw. -Resistenz einher.

Mitt-zyklische hohe Östradiol-Werte (Zeitpunkt der Ovulation), ein Prä-Diabetes, ein gestörter Fettstoffwechsel, Adipositas, Gewichtszunahme (= mehr östrogen-produzierendes Fettgewebe etc.) können zu einer pathologischen Östrogen-Dominanz und Insulin-Resistenz führen. Diese Kombination kann einen Teufelskreis bewirken:

Schlechte Blutzucker-Regulierung und Östrogen-Dominanz können Morbus Hashimoto und unerfüllten Kinderwunsch (Sterilität, Infertilität = habituelle Aborte) fördern.

Infektiologische Aspekte

Als „Autoimmune Thyreoiditis“ kann und muss M. Hashimoto vor allem auch als chronische „Silent inflammation“ gesehen werden.

Da sie häufig auch gemeinsam mit anderen Infektionskrankheiten auftritt, sollten diese anamnestisch und klinisch ausgeschlossen oder behandelt werden. Daneben müssen auch Zahn-, Kiefer-, Nebenhöhlen-Herde, Arthritis, Arthrose, Rheuma etc. abgeklärt werden. Auch immunologische Defizite sollten ausgeschlossen oder festgestellt und behandelt werden.

Toxikologische Aspekte

Schon lange ist bekannt, dass sogenannte Xeno-Östrogene Östrogen-Rezeptoren blockieren und die Immunabwehr schwächen können. Eine Vielzahl von Pestiziden wirkt wie Östrogene: Sie können Östrogen-Dominanz und Inflammation fördern. Insbesondere tierische Fette können eine toxische Östrogendominanz fördern. Im Fettgewebe lagern sich Giftstoffe (Schwermetalle, Pestizide, Lösungsmittel) ab. Die Akkumulation von Xeno-Östrogenen in tierischen Fetten kann bis zum 25-fachen Faktor betragen, die von Schwermetallen bis zum 100- bis 1.000-fachen. So kann sich ein Risiko für Östrogen-Dominanz und Inflammation potenzieren.

Glutathion-Stoffwechsel

Die Schilddrüsen-Rezeptoren sind – wie die Östrogen- und Progesteron-Rezeptoren – u. a. auch von der GST-(Glutathion-S-Transferase)-Aktivität sowie von der GSH-Konzentration abhängig. Ein Mangel an GST und GSH kann M. Hashimoto, Östrogen-Dominanz und Progesteron-Mangel-Effekte triggeren. GST und GSH sind somit von großer Bedeutung. Die GSH- und GST-Serumspiegel sollten ggf. gemessen werden. Im Falle eines Mangels kann sich eine Glutathion-(GSH) Substitution sehr günstig auswirken.

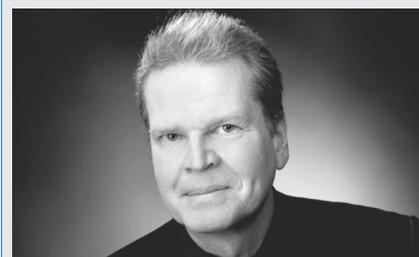
Wir haben bei Hashimoto-Patientinnen sehr gute Erfahrungen mit hochdosierten Glutathion-Infusionen gemacht.

Vitamin D3

Patientinnen mit Hashimoto-Thyreoiditis haben auch sehr oft deutlich erniedrigte Vitamin-D3-Spiegel. Diese liegen meist bei einem Drittel bis Viertel der Werte eines Normalkollektivs. Eine Substitution (laborkontrolliert) mit Vitamin D3 zeigt dann meist rasch eine gute hormonregulierende, immunmodulierende und antiinflammatorische Wirkung. [41, 43, 44, 49]

M. Hashimoto erhöht das Abort-Risiko

Das Abort-Risiko ist bei Patientinnen mit M. Hashimoto deutlich höher. Diese haben sehr oft einen deutlichen Progesteron-Mangel. Es zeigt sich in der geburtshilflichen Praxis immer wieder, dass bei einer Progesteron-Substitution (z. B. mit Utrogest) von Hashimoto-Patientinnen meist wesentlich höhere



Prof. Dr. med.
Claus Schulte-Uebbing

ist Frauenarzt (Immunologie, Endokrinologie, Onkologie), Leiter des Umweltmedizinischen Therapiezentrums am Dom in München und Autor diverser Lehrbücher.

Kontakt:

www.prof-schulte-uebbing.de

Progesteron-Dosen nötig sind als bei Patientinnen ohne M. Hashimoto. Bei Hashimoto-Patientinnen, die (laborkontrolliert) gut mit Progesteron substituiert sind, sinken dann meist die Schilddrüsen-Antikörper (v. a. Anti-TPO). Wir finden immer wieder, dass bei Schwangeren mit M. Hashimoto, sehr hohen SD-Antikörpern und ausgeprägtem Progesteron-Mangel eine Progesteron-Substitution sehr häufig sogar zu einer Normalisierung der SD-Antikörper führt. Das beweist, dass zumindest bei Schwangeren mit M. Hashimoto erhöhte SD-Antikörper und Progesteron-Mangel synergistisch wirken können.

Wenn die Patientinnen mit M. Hashimoto und Progesteron-Mangel naturidentische Progesteron-Salbe anwenden und diese über der Schilddrüsen-Region einreiben, sinken die SD-Antikörper im Serum, und die Progesteron-Serumspiegel steigen.

Habituelle Aborte wegen M. Hashimoto

Fallbeispiel 1:

Frau P.M., 31 Jahre, 4. Gravida 0. Para, Zustand nach drei Aborten, seit Jahren Morbus Hashimoto bekannt. Sie ist nun wieder schwanger.

In der 6. Schwangerschaftswoche (SSW): Progesteron im Serum: 2,5 ng/ml (normal 15-25)

Anti-TPO: 1450

T3 und T4: normal (mit 125 L-Thyroxin)

Es erfolgt Progesteron-Substitution mit Utrogest (vaginal, 3x2 tägl.) bis zur 16. SSW.

In der 8. SSW:

Progesteron im Serum: 16,8 ng / ml (normal 17-24)

Anti-TPO: 844 (!)

T3 und T4 normal (mit 125 L-Thyroxin)

In der 13. SSW:

Progesteron im Serum: hochnormal 41,3 ng / ml (normal 28-34)

Anti-TPO: stark gesunken (520!)

T3 und T4: normal (mit 100 L-Thyroxin)

Fallbeispiel 2:

Frau E.J., 29 Jahre, 5. Gravida 1. Para. Zustand nach einer Geburt im 24. Lebensjahr. Ab dem 25. Lebensjahr trat M. Hashimoto auf. Sie hatte dann drei Aborte (26.-28. LJ).

In der 6. SSW:

Progesteron im Serum: 1,2 ng / ml (normal 15-25)

Anti TPO: 844

T3 und T4: normal (mit 100 L-Thyroxin)

Es erfolgt die Progesteron- Substitution (Utrogest, vaginal, 3x2 tägl.) bis Ende der 16. Schwangerschaftswoche.

In der 9. SSW:

Progesteron im Serum: 25,3 ng / ml (normal 20-29)

Anti-TPO: schon rückläufig (721!)

T3 und T4: weiterhin normal (mit 100 L-Thyroxin)

In der 13. SSW:

Progesteron im Serum: 38 ng / ml (normal 35-50)

Anti-TPO: stark gesunken (335)

T3 und T4: normal (mit 100 L-Thyroxin)

Fazit: M. Hashimoto geht mit chronischem Progesteron-Mangel einher, führte zu drei Aborten. Bei Progesteron-Substitution in der Frühschwangerschaft bessern sich die Anti-TPO-Serumwerte sofort.

Erweiterte Sterilitäts-Diagnostik

- Ganz entscheidend ist eine ausführliche Anamnese: Stress / Psyche / Leistungsfähigkeit / Schlaf etc.?
- Exakte körperliche Untersuchung einschließlich Schilddrüsen-Sonographie, Volumen-Messung, SD-Doppler etc. ist wichtig, bei pathologischen Befunden (Knoten etc.) ggf. weiterführende Diagnostik.

- Labor: Neben TSH, T3, T4, Anti-TPO und TRAK außerdem Progesteron-Serum-Spiegel (möglichst am 21. von 28 Zyklustagen), Östradiol (möglichst am 14. von 28 Zyklustagen), DHEAS, Cortisol, Serotonin, Homocystein, Vitamin D3, Selen. Zur Beurteilung der immunologischen Situation kann eine Lymphozyten-Differenzierung sehr aufschlussreich sein.

Substitutionstherapie

Im Falle eines Thyroxin-Mangels ist die laborkontrollierte Substitution mit L-Thyroxin notwendig. Auch bei Mangel an Vitamin D3, Selen, DHEAS oder Progesteron sollte eine Substitution erfolgen. Aufgrund unserer Erfahrungen treten bei dieser Substitutionstherapie üblicherweise keine nennenswerten Nebenwirkungen auf. Eine regelmäßige Laborkontrolle halten wir aber für erforderlich.

In unserer Praxis hat sich neben der üblichen Substitution mit Utrogest auch eine mit naturidentischer Progesteron-Salbe sehr bewährt.

Es gibt jedoch auch eine Reihe von Phytotherapeutika mit progesteronähnlichen bzw. wohl gestagenotropen Effekten (Teemischungen, Tinktur-Mischungen oder Phytoextrakt-Salben).

Strenge Kinderwunsch-Diät

- Auf Alkohol sollte verzichtet werden, da er u. a. als Lösungsmittel für endokrine Disruptoren (Schwermetalle, Pestizide etc.) dienen kann und vor allem direkt und indirekt Insulinresistenz, Östrogen-Dominanz, Progesteron-Mangel und -Resistenz fördern kann.
- Tierische Fette sollten stark reduziert oder gemieden werden: In diesen reichern sich Schwermetalle, Pestizide und Lösungsmittel an. Ungünstig, weil potenziell schwermetallreich, sind Fisch (v. a. Thunfisch) und rotes Fleisch (v. a. Wild, aber auch z. T. Schweine-, Kalb-, Rindfleisch)
- Günstig ist Nahrung, die reich an pflanzlichen Phenolsäuren ist: Getreide, Nüsse, Gemüse.
- *Vor allem Blumenkohl kann das Wachstum progesteron- und östrogenabhängiger Zellen inhibieren.*

- Kartoffeln enthalten Gallussäure und Chlorogensäuren. Ernährung mit viel Früchten, v. a. Birnen, Äpfel und Zitrusfrüchten, ist ebenfalls sehr günstig.

Zusammenfassung

Viele Paare kommen wegen unerfüllten Kinderwunsches in unsere gynäkologische und geburtshilfliche Facharzt-Praxis mit den Schwerpunkten Umweltmedizin, Immunologie, Endokrinologie und Naturheilverfahren. Sehr viele Frauen haben ursächliche Zyklus- und / oder Hormonstörungen, meist in Verbindung mit Progesteron-Mangel (bzw. -Resistenz) und gleichzeitiger Östrogen-Dominanz. Viele ihrer Partner haben einen Mangel an DHEA, Serotonin, freiem Testosteron und Testosteron. Untersuchen wir dann die Schilddrüsen-Hormone, so haben sehr viele Patientinnen, aber auch viele Partner einen Morbus Hashimoto. Dieser scheint in der Inzidenz zu steigen (auch bei Männern). Ursächlich sind neben einer genetischen bzw. familiären Veranlagung vor allem auch Distress, Immundefizite, Selen-, Zink- und Vitamin-D-Mangel. Bei Frauen scheint M. Hashimoto auch sehr oft für einen Progesteron-Mangel (mit-)verantwortlich zu sein. Eine (laborkontrollierte) Progesteron-Gabe kann in diesen Fällen geeignet sein, die Schilddrüsen-Funktionen besser zu stabilisieren. Die Schilddrüse verfügt über Progesteron- und Östrogen-Rezeptoren, deren Funktion bei unerfülltem Kinderwunsch gestört sein kann. Neben einer Substitution der Schilddrüsen-Hormone kann die Substitution von Selen, Zink, Vitamin D3 und Progesteron nicht nur die Produktion von SD-Antikörpern verhindern. Auch alle Begleitsymptome lassen sich dadurch sehr gut beeinflussen: Der Zyklus kann sich stabilisieren. Die Ovulation kann sich stabiler und regelmäßiger einstellen. Bei den Männern kann dadurch oft die Spermienqualität verbessert werden. Dadurch können die Fertilität, aber auch das allgemeine Wohlbefinden (Schlaf, Stimmung, Libido, körperliche und seelische Belastbarkeit) deutlich verbessert werden.

Literaturhinweis

Beim Autor oder über die CO'MED-Redaktion