

Latente Hypothyreose im Alter ignorieren?

Ältere Patienten mit latenter Hypothyreose erfahren unter Substitution mit L-Thyroxin keine Verbesserung unspezifischer Symptome wie Müdigkeit, Muskelschwäche oder Vergesslichkeit.

— 8–18% der Menschen über 65 Jahre haben die Labor constellation einer latenten Hypothyreose. Bei unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit, Muskelschwäche, Schlafstörungen oder Vergesslichkeit wird dann oft ein Therapieversuch mit L-Thyroxin gemacht.

In einem doppelblinden, randomisierten, placebokontrollierten Parallelgruppenvergleich wurden 737 Personen über 65 Jahre (74,4 Jahre im Median) mit anhaltender latenter Hypothyreose (TSH-Wert von 4,60–19,99, im Mittel $6,40 \pm 2,01$ mIU/l) mit L-Thyroxin oder Placebo behandelt. Die Startdosis betrug 50 µg/d, Teilnehmer unter 50 kg oder mit KHK erhielten die Hälfte.

Die Dosis wurde kontinuierlich dem TSH-Wert angepasst. Nach einem Jahr war der Wert in der Placebogruppe auf 5,48 mIU/l und in der L-Thyroxin-Gruppe bei einer mittleren Dosis von 50 µg auf 3,63 mIU/l zurückgegangen.

Indes ergaben sich in der Verumgruppe keine Vorteile hinsichtlich der sekundären Symptome, etwa bei Müdigkeit, Griffstärke, Blutdruck, Körpergewicht, Bauchumfang, BMI, kognitiver Funktion und Barthel-Index. Unerwünschte Begleiteffekte traten aber auch nicht auf. Zu kardiovaskulären Effekten war keine valide Aussage möglich.

▪ Stott DJ et al. Thyroid hormone therapy for older adults with subclinical hypothyroidism. *N Engl J Med.* 2017;376:2534–44

KOMMENTAR

Anzumerken ist, dass der TSH-Normbereich heute in vielen Empfehlungen bereits bei 2,5 mIU/l endet. Aber sowieso hat die Studie für die praktische Medizin nur wenig Bedeutung. In der Ratlosigkeit über die Ursachen unspezifischer Beschwerden im Alter greifen viele Ärzte nach dem Strohalm der latenten Hypothyreose, wenn er sich denn laborchemisch ergibt. Denn sie dient als Erklärung für die Beschwerden – und wird allemal besser akzeptiert als die Diagnose einer Depression. Schon allein deshalb ist sie sinnvoll, egal was die Wissenschaft sagt. Denkt doch auch an die armen Ärzte! ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

Ein Patient mit einer Menge merkwürdiger Befunde



A: Nageldystrophie. B: Leukoplakie der Zunge. C: Hypopigmentierung am Nacken.

Ein 52-jähriger Mann litt seit zwei Monaten unter Husten und Belastungsdyspnoe. Er begab sich deswegen in eine pneumologische Ambulanz. Schon seit längerer Zeit war bei ihm eine Panzytopenie bekannt, deren Ursache aber selbst nach einer Knochenmarksbioptie unklar war. Sein Bruder war verstorben, nachdem er wegen einer aplastischen Anämie eine Knochenmarkstransplantation erhalten hatte.

Bei der körperlichen Untersuchung des Patienten ergaben sich mehrere merkwürdige Befunde, darunter ein Kleinwuchs, dünne, ergraute Haare und fehlende Zähne. Es war aber die Trias aus einer

Nageldystrophie (Abb. A), einer Leukoplakie der Zunge (Abb. B) und einer netzartigen Hypopigmentierung am Nacken (Abb. C), die zur klinischen Verdachtsdiagnose einer Dyskeratosis congenita (Zinsser-Cole-Engman-Syndrom) führte. Dabei handelt es sich um eine erbliche Erkrankung, die durch eine gestörte Funktion der Telomerase hervorgerufen wird.

Telomerasen reparieren die Chromosomen-Enden, die bei der Verdopplung der DNA vor der Zellteilung nur unvollständig synthetisiert werden können. Manche Patienten zeigen kaum äußerliche Auffälligkeiten. Stärker betroffene Personen haben deutlich sichtbare Haut-, Schleimhaut-, Zahn- und Nagelveränderungen sowie bedrohliche Erkrankungen wie Knochenmarksdepression, Malignome und Lungenfibrose. Letztere wurde auch im vorliegenden Fall festgestellt. Die Untersuchung der Leukozyten im peripheren Blut bestätigte, dass sich die Telomerlänge bei dem Patienten in der ersten altersbezogenen Perzentile befand. Er wurde mit Danazol behandelt, einem synthetischen Androgen, das die Telomere verlängern kann. Es kam daraufhin zu einem Anstieg aller drei Zellreihen. ■

Prof. Dr. med. H. S. Fießl

▪ Kelmenson DA, Hanley M. Dyskeratosis congenita. *N Engl J Med.* 2017;376:1460