

Hashimoto Thyreoiditis, Östrogen-Dominanz und Progesteron-Mangel

CLAUS SCHULTE-UEBBING

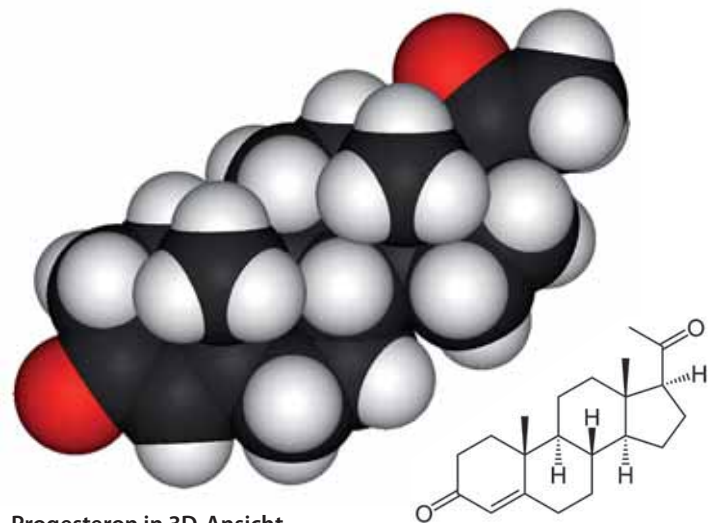
Zusammenfassung

Wir betreuen viele Patientinnen mit M. Hashimoto. Bei sehr vielen sehen wir einen deutlichen Zusammenhang mit einem Progesteron-Mangel, oft gleichzeitig mit einer ausgeprägten Östrogen-Dominanz. Sehr häufig haben die Patientinnen auch gleichzeitig einen Vitamin-D3-, Zink- und Selen-Mangel. Wenn wir den Progesteron-Mangel ausgeglichen haben, können wir bei vielen bereits innerhalb weniger Monate beobachten, dass die Anti-TPO (um im Schnitt etwa 30 bis z.T. 50 Prozent) sinken. Dies ist auch der Fall bei unseren sogenannten „therapieresistenten“ hypothyreoten Patientinnen. Hierbei handelt es sich um diejenigen Patientinnen, bei denen hohe Anti-TPO trotz Thyroxin-Substitution persistieren. Interessant ist, dass bei Patientinnen mit sehr hohen Antikörper-Ausgangswerten diese Therapie besonders wirksam zu sein scheint. Die meisten Patientinnen geben darüber hinaus an, dass sich dadurch auch die körperliche und seelische Belastbarkeit, die Stimmung und der Schlaf bessern.

Schlüsselwörter: Hashimoto-Thyreoiditis, Progesteron-Mangel, Östrogen-Dominanz, Selen-, Zink-, Vitamin-D- und Progesteron-Mangel, Anti-TPO, TAK

Einleitung

Viele unserer Patientinnen mit gynäkologischen und geburts-hilfflichen Erkrankungen (z.B. mit hormonabhängigen Tumoren (**Mamma-CA, Ovarial-CA, Corpus-CA**), **Endometriose, PMS (Prämenstruelles Syndrom), Uterus myomatosus, Metrorrhagien, Dysmenorrhö, Habituellen Aborte**) haben nicht nur eine **Östrogen-Dominanz** und einen **Progesteron-Mangel**. Viele leiden gleichzeitig auch unter einer **Schilddrüsen-Unterfunktion**, sehr oft unter einer **Hashimoto Thyreoiditis**. Im Rahmen einer kleinen Praxis-Beobachtungsstudie achten wir besonders auf **mögliche Zusammenhänge** zwischen **Progesteron-Mangel, Östrogen-Dominanz** und **M. Hashimoto**. Größere Zahlen liegen noch nicht vor. Wir wollen jedoch ein **Fallbeispiel** und eine erste **Trendmeldung** präsentieren.



Progesteron in 3D-Ansicht

Der **M. Hashimoto**, auch „**autoimmune Thyreoiditis**“ oder chronisch „**lymphozytäre Thyreoiditis**“, ist eine autoimmune Schilddrüsen-Entzündung, die Auswirkungen auf das gesamte Hormonsystem und den gesamten Organismus haben kann. Der Verlauf kann individuell sehr unterschiedlich sein.

Zu den sogenannten Autoimmun-Thyreopathien gehört neben der Hashimoto Thyreoiditis auch der **Morbus Basedow**. Zwischen beiden Krankheiten kann es auch diverse Übergänge geben. **Indikation zur Behandlung:** M. Hashimoto sollte behandelt werden, wenn entsprechende Symptome und / oder auffällige Hormonwerte (z.B. fT3 und fT4 vermindert, TSH erhöht) vorliegen. Bei normalem fT3- und fT4-Werten kann u.U. auch ein erhöhter TSH-Wert (als möglicher Hinweis auf eine bereits latente Unterfunktion) eine Indikation zur Behandlung darstellen.

Autor



Praxis Prof. Dr. Schulte-Uebbing
Gynäkologie, Endokrinologie, Onkologie, Immunologie,
Toxikologie, Ultraschall CT, Privatlabor
Weinstr. 7 A
D-80333 München
Tel.: 089 / 29 96 55, Fax: 089 / 29 96 72
E-Mail: dr-schulte-uebbing@t-online.de



Liegt eine SD-Unterfunktion vor, finden wir oft, dass eine L-Thyroxin-Therapie durch die gleichzeitige Progesteron-Substitution mit naturidentischem Progesteron (z.B. als 3-, 5- oder 10%-ige Creme, aus der Yams- Wurzel) effektiver werden kann.

Bei einer laborkontrollierten L-Thyroxin- plus Progesteron-Substitutions-Therapie haben wir bisher **keine nennenswerten Nebenwirkungen** beobachtet. Wir **kontrollieren**, wenn möglich, **fT3, fT4, TSH, Anti TPO, TAK**, im Abstand von vier Wochen. Bestehen keine Symptome mehr bzw. liegen dann alle Werte im Zielbereich, können die Kontrollabstände verlängert werden. Eine **halbjährliche** oder jährliche **Kontrolle** kann dann bei guter Einstellung ausreichend sein.

Fallbeispiel: L. S.-B., geb. 1967

45-jährige Patientin. Kommt im 3. Quartal 2010 in die Praxis.

Diagnosen: Uterus myomatosus, Dysmenorrhöe, Menorrhagien, bekannter therapieresistenter M. Hashimoto, chron. hohe Anti-TPO-Werte trotz normaler T3-, T4-Werte bei Thyroxin-Substitution, Leistungsverminderung, Müdigkeit.

Labor vor Therapie (3. Quartal 2010): (14. und 21. Zyklustag) Östrogendominanz: E 1 und E 2 (14. ZT) massiv erhöht. Extremer Progesteron-Mangel (21.ZT) 1,22 ng/ml (Norm 25 – 27 ng/ml), T3 und T4 normal, Anti-TPO (28.9.2010) 95,4 IU/ml (Norm: < 9 IU/ml), Serotonin (28.9.2010) 43,01 ng/ml (Norm altersentsprechend 200 – 450 ng/ml).

Therapie: Progesteron-Salbe, 10%, abends, 2. Zyklushälfte
Labor nach Therapie (1. Quartal 2011): E1 und E2 (14. ZT) im Normbereich, Progesteron (21.ZT) im Normbereich (25 ng/ml, Norm 25 – 27 ng/ml), T3 und T4 normal, Anti-TPO erstmals halb so hoch (48,4 IU/ml, Norm: < 9 IU/ml). Serotonin besser (212,6 ng/ml, Norm altersentsprechend 200 – 450 ng/ml).

Effekte: Myome sonographisch kleiner, dopplersonographisch weniger durchblutet, Zyklus normal. Keine Dysmenorrhöe mehr. Leistung besser, voller Erfolg.

Follow up: 2. Quartal 2012: Zyklus regelmäßig, optimale Progesteronwerte (2. Zyklushälfte), T3, T4 normal, Dysmenorrhöe minimal, Myome nach wie vor kleiner. Operation konnte vermieden werden. Patientin zufrieden.

Schwangerschaft bessert M. Hashimoto

In der **Geburtshilfe** sind Wechselwirkungen zwischen **Ovarial- und Schilddrüsen-Hormonen** schon seit Jahrzehnten bekannt. Wenn in der Schwangerschaft die Serum-**Progesteron-Spiegel** kontinuierlich zunehmen, erhöht sich üblicherweise gleichzeitig ebenfalls kontinuierlich die **Sensibilität** der **Schilddrüsenzellen** gegenüber **TSH**.

In der Schwangerschaft geht es unseren Patientinnen mit M. Hashimoto oft deutlich besser: Stoffwechselwege, die M. Hashimoto direkt oder indirekt fördern können, werden bei Schwangeren vor allem durch das natürliche Progesteron geblockt, auch eine vormals bestehende übermäßige Östrogen-Produktion.

Das in der **Schwangerschaft** kontinuierlich **ansteigende körpereigene Progesteron** kann die Ausschüttung von **SD-Antikörpern reduzieren** und gleichzeitig auch die **Bindungsfähigkeit** der Schilddrüsen-Hormone **erhöhen**. Im Laufe der Schwangerschaft messen wir sehr oft **geringere freie T3- und T4-Konzentrationen** sowie **steigende TSH-Werte**. Bei vielen Schwangeren wächst die Schilddrüse. Man kann oft beobachten, dass – falls Symptome einer Hashimoto Thyreoiditis bei gleichzeitig nachgewiesenem Progesteron-Mangel bestehen – auch bei normalen TSH-, T3-, T4-, Anti-TPO-Werten eine **Therapie** mit **naturidentischem Progesteron** (z.B. als 3-, 5- oder 10%-ige Creme, aus der Yams-Wurzel) die **Symptomatik bessern** kann.

Therapie des Progesteron-Mangels

Bei nachgewiesenem **Progesteron-Mangel** therapieren wir, falls keine Gegenanzeigen bestehen, erfolgreich mit einer **naturidentischen Progesteron-Salbe** (z.B. aus der Yams-Wurzel, je nach Serum-Laborwerten 3 %, 5 % oder 10 %, z.B. von der Klösterl Apotheke, München). Diese kann z.B. abends (ein bis zwei Hübe) auf die Oberarm-Innenseite aufgetragen werden. Bei Hashimoto Thyreoiditis kann sie auch direkt auf die Halsregion, über der Schilddrüse, aufgetragen werden.

Bewährt haben sich auch Rezepturen aus **Heilpflanzen**, die **Progesteron-ähnlich** wirken können, z.B. **Tee-Mischungen, Tinktur-Mischungen** oder **Salben** mit Extrakten u.a. aus **Mönchspfeffer, Frauenmantel, Schwertlilie, Steinsamen, Rainfarn** und **Weinraute**. Die genannten Heilpflanzen können die Ovarial-, Nebennieren- und Hypophysen-Funktionen günstig beeinflussen und ggf. auch **beruhigend** bzw. **harmonisierend** auf das ZNS und Neurovegetativum wirken.

Weitere wichtige Aspekte für die Therapie

Infektiologische Aspekte: Die Hashimoto Thyreoiditis kann und muss als sogenannte „Silent inflammation“ gesehen werden. Immundefizite und / oder andere Entzündungsherde im Organismus können die Hashimoto Thyreoiditis fördern.

Toxikologische Aspekte: Wir sehen immer wieder, dass gerade Patientinnen mit Xen- und Metall-Östrogen-Belastungen zu M. Hashimoto, Östrogen-Dominanz und Progesteron-Mangel neigen. Möglicherweise stören Pestizide, Schwermetalle und viele vor allem lipophile Umweltschadstoffe das hormonelle Gleichgewicht, indem sie eine Östrogen-Dominanz fördern und / oder bewirken können, aber auch über direkte und indirekte toxische Effekte.

Diätetische Aspekte: Auch eine gezielte Ernährungsanalyse und ggf. -umstellung kann sinnvoll sein. Aufgrund unserer Erfahrungen sind Genussgifte im Allgemeinen zu meiden (Alkohol, Tabak – passiv und aktiv inhaliert – und Koffein). Alkohol kann als Lösungsmittel wirken und ggf. die Effekte sog. Endokriner Disruptoren, vor allem von diversen Metall-Östrogenen, potenzieren. So wenig wie möglich tierische Fette (in diesen kumulieren Schwermetalle, Pestizide, Lösungsmittel etc.). Am meisten Schwermetalle enthalten rote Fleischsorten: Schweine-, Kalb-, Rindfleisch und Wild. So viel wie möglich Lebensmittel reich an pflanzlichen Phenolsäuren, Getreide, Früchte (v.a. Birnen, Äpfel, Zitrusfrüchte), Gemüse, Nüsse, Kartoffeln (enthalten Gallussäure, Chlorogensäuren). Speziell Blumenkohl kann das Wachstum progesteron- und östrogenabhängiger Zellen inhibieren.

Immunologische Aspekte: Immundefizite können mit Inflammation und Östrogen-Dominanz synergistisch wirken. Eine Lymphozytendifferenzierung kann zeigen, ob immunologische Schwachstellen bestehen. Ein Mangel an Natürlichen Killerzellen, T-Helfer, T-Suppressorzellen oder B-Lymphozyten sowie eine Interleukin-Verschiebung sollten behandelt werden, z.B. mit hochdosierten Antioxidantien. Bewährt haben sich Vitamin-C-Infusionen (Hochdosis), ggf. plus Folsäure, Vitamin-B-Komplex, reduziertem GSH etc. Der Therapieerfolg sollte dann mittels Lymphozyten-Differenzierung kontrolliert werden.

Glutathion: 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 triggern. Daher sind die GST und das GSH von großer Bedeutung. Die Glutathion-(GSH)-Serumspiegel und GST-Serumspiegel sollten gemessen werden. Ggf. sollte Glutathion (GSH) substituiert werden. Wir haben bei Hashimoto-Patientinnen sehr gute Erfahrungen mit hochdosierten Glutathion-Infusionen gemacht.

Vitamin D3: Patientinnen mit Hashimoto Thyreoiditis haben oft deutlich niedrigere Vitamin-D3-Spiegel im Serum als ein Normalkollektiv. Vitamin D3 zeigt gute hormonregulierende, immunmodulierende und anti-inflammatorische Effekte. Die Vitamin-D3-Serumspiegel sollten regelmäßig gemessen werden und Vitamin D sollte ggf. bei Mangel substituiert werden.

Selen ist zur Gesunderhaltung der Schilddrüse von Bedeutung: Die Glutathion-Peroxidase-Aktivität ist Selen-abhängig. Bei Selenmangel kann das Gewebe durch H_2O_2 geschädigt werden. Auch die Dejodase-Aktivität ist Selen-abhängig. Fehlt Selen, wird zu wenig T3 aus dem vorhandenen T4 hergestellt. Selen scheint generell bei einer Reihe von Entzündungsreaktionen vor allem von hormonellen Organen eine Schlüsselrolle zu spielen: Selen hat anti-inflammatorische Effekte.

Psychosomatische Aspekte: Wir sehen immer wieder, wie wichtig es sein kann, bei der Therapie des M. Hashimoto seelische, psychische und psychosomatische Faktoren mit einzubeziehen.

Schlußfolgerung

Wir sehen aber bei unseren Patientinnen **Zusammenhänge** zwischen dem Auftreten einer **Hashimoto Thyreoiditis, Progesteron-Mangel** und **Östrogen-Dominanz**. Oft besteht auch ein gleichzeitiger **Selen-, Zink- und Vitamin-D-Mangel**. Wenn wir neben der Substitution der Schilddrüsenhormone sowie von **Selen, Zink** und **Vitamin-D3** den **Progesteron-Mangel behandeln**, können wir immer wieder beobachten, dass dadurch **Anti-TPO sinken**: Meist innerhalb von 2-6 Monaten um im Schnitt etwa 30 bis z.T. 50 Prozent. Dies gilt auch für sogenannte **therapieresistente hypothyreote Patientinnen**, bei denen hohe **Anti-TPO trotz** Thyroxin-Substitution persistierten. **Wirksam** scheint der beschriebene Effekt vor allem bei Patientinnen mit **hohen Antikörper-Ausgangswerten** zu sein. Viele Patientinnen äußern auf Befragen, dass sich durch die Therapie auch **Schlaf, Stimmung** sowie körperliche und seelische **Belastbarkeit** bessern können.