



Von der versehentlichen Überdosierung bis zur krankhaften „vorgetäuschten Störung“

Differenzialdiagnose der Hyperthyreosis factitia

Als Hyperthyreosis factitia bezeichnet man eine hyperthyreote Stoffwechsellage, die durch eine versehentliche oder seitens des Patienten bewusste Überdosierung von Schilddrüsenhormonen verursacht ist. Auch daran muss man bei einer therapieresistenten Schilddrüsenüberfunktion unklarer Genese denken.

Für die zu hoch dosierte Schilddrüsenhormoneinnahme gibt es ganz unterschiedliche Gründe. Der Nachweis einer solchen artifiziellen Hyperthyreose ist wichtig, aber oft sehr schwierig, vor allem wenn in großen Schilddrüsenambulanzen die Patienten immer wieder von anderen Ärzten betreut werden und die zu Beginn geäußerte Verdachtsdiagnose in den Folgebefunden nicht mehr erwähnt wird.

Gründe für Überdosierung von Schilddrüsenhormonen

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der nachfolgend diskutierten Ursachen für eine Mehreinnahme von Thyroxin sowie Therapieoptionen.

Versehentliche Einnahme einer zu hohen Dosis

Wenn das Schilddrüsenhormon z.B. jeden Tag statt jeden 2. Tag oder eine ganze Tablette statt einer halben eingenommen wird; meist bei älteren Patienten. Pillenboxen mit Wocheneinteilung, die von einer Betreuungsperson vorbereitet werden, können hier Abhilfe schaffen. Komplizierte Dosierungsrichtlinien sollten daher tunlichst vermieden werden.

Ausföhrung eines zu hoch dosierten Präparates

Dies kann entweder auf einem Irrtum des Apothekenpersonals beruhen oder auf einer falsch angegebenen Dosierung auf dem Rezept, beides kommt jedoch selten vor. In diesen Fällen ist die Aufklärung der Umstände einfach und es genügt eine sofortige Dosiskorrektur. Die Patienten sind

dankbar für die Information und die Umstellung auf die richtige Therapie und sollten nicht beunruhigt werden.

Selbstmedikation wegen erhoffter Gewichtsabnahme

In der Boulevardpresse und im Internet findet man immer wieder Hinweise darauf, dass man mithilfe von Schilddrüsenhormon Gewicht abnehmen könnte. In den Vereinigten Staaten bekommen mehr als 10% der postmenopausalen Frauen

KEYPOINTS

- Die Hyperthyreosis factitia ist eine durch unbeabsichtigte oder beabsichtigte Überdosierung von Thyroxin verursachte hyperthyreote Stoffwechsellage.
- „Vorgetäuschte Störungen“ (Münchhausen-Syndrom) sind äußerst selten und stellen dementsprechend eine diagnostische Herausforderung dar.
- Durch Bestimmung des Thyreoglobulins im Serum kann ein bestehender Verdacht sofort erhärtet werden; sehr niedrige Level weisen auf eine exogene Hormonzufuhr hin.

Grund einer Thyroxinüberdosierung	Therapie, Maßnahme	Erfolg
Versehentliche Einnahme einer zu hohen Dosis	Dosiskorrektur nach kurzer Therapiepause, einfachere Einnahmerichtlinien	gut
Irrtum in der Apotheke bei der Abgabe	Umstellung auf die richtige Dosis	gut
Irrtum bei Rezeptaussstellung	Umstellung auf die richtige Dosis	gut
Selbstmedikation aufgrund von Gewichtsproblemen ²	Dosisreduktion oder Beenden der Therapie	nach Aufklärung meist gut
Vortäuschung einer Erkrankung zu einem bestimmten Zweck (z.B. Rentenbegehren, Krankenstand, Wehrdienst)	Absetzen oder Dosisreduktion, Aufklärung bezüglich der Nebenwirkungen und evtl. juristischer Konsequenzen	nach Überführung meist gut
Einnahme einer zu hohen Dosis bei Essstörung (Anorexia nervosa) als Unterstützung der Gewichtskontrolle	Thyroxin reduzieren oder absetzen, Psychotherapie	weniger gut
Vortäuschung einer Erkrankung im Rahmen einer psychischen Störung (artifizielle Störung ^{1,3} [Münchhausen-Syndrom])	Thyroxin absetzen oder reduzieren, Beenden einer thyreostatischen Therapie, Psychotherapie	Kaum erfolgversprechend; Psychotherapie nur mit Einverständnis

Tab. 1: Gründe für eine Überdosierung von Thyroxin

Schilddrüsenhormontabletten, von diesen sind ca. 20% übersubstituiert.² Viele Patienten nehmen mehr Thyroxin als vom Arzt empfohlen; teils, um nicht an Gewicht zuzunehmen, anderenteils aus Gründen des allgemeinen Wohlbefindens.

Hier ist es meist ausreichend, die Patienten aufzuklären, dass eine längere Einnahme einer zu hohen Schilddrüsenhormonmenge mit erheblichen Risiken (Herzrhythmusstörungen, Osteoporose) verbunden ist. Die Aufklärung führt aber nicht immer zum Erfolg, vor allem bei „Wundermitteln“ zur Gewichtsreduktion von „Heilern“ oder aus dem Internet, für die oft viel Geld ausgegeben wurde. Sie enthalten Thyroxin, meist aber Trijodthyronin in gefährlich hohen Dosen, sonst würde das Gewicht nicht reduziert.

Essstörungen (Anorexia nervosa)

Auffallend und hinweisend ist die körperliche Konstitution der Patienten (bei Anorexia nervosa BMI <17,5; ein BMI <18,5 bedeutet bereits Untergewicht). Thyroxin wird von den Patienten meist als unterstützende Maßnahme zur Gewichtskontrolle verwendet. Auch hier muss man auf die gesundheitlichen Risiken hinweisen. Diese Patienten sind aber schwieriger und meist weniger kooperativ.

Vortäuschung einer Erkrankung zu einem bestimmten Zweck

Um z.B. zu einer Frührente zu gelangen, bei Arbeitsunwillen oder um private Probleme zu lösen, wird manchmal eine Erkrankung vorgetäuscht. Mit der Vortäuschung einer Hyperthyreose wird also ein bestimmter Zweck verfolgt; es handelt sich um keine psychische Störung. Hier genügt es meist, nachdem man dem Patienten die zu hoch dosierte Einnahme von Thyroxin bewiesen hat, ihn über gesundheitliche Risiken und eventuell sogar strafrechtliche Konsequenzen aufzuklären.

Vorgetäuschte Erkrankung infolge einer psychischen Störung

Von einer artifiziellen Störung spricht man bei einer absichtlichen Erzeugung oder Vortäuschung von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen. Diese Störung wurde 1951 vom englischen Psychiater Sir Richard Asher als Münchhausen-Syndrom bezeichnet.¹ Der Gewinn für den Betroffenen ist die ärztliche Zuwendung.

KASUISTIK

Bei einer 45-jährigen Patientin wurde bei einer Abklärung wegen rezidivierender Herzrhythmusstörungen und Gewichtsverlustes eine hyperthyreote Stoffwechsellage diagnostiziert und eine genaue Schilddrüsenabklärung empfohlen.

Anamnese

12 Jahre zuvor war sie mit einem BMI von 18,9 (Körpergröße 169cm, Gewicht 54kg) an der Grenze zum Untergewicht, aktueller BMI 16,1 (Körpergröße 169cm, Gewicht 46kg), also untergewichtig. Das freie Thyroxin (fT4) war stark, das freie Trijodthyronin (fT3) mäßig erhöht, das TSH <0,01mU/l, alle Schilddrüsenautoantikörper (TPO-AK, TG-AK und TR-AK) waren wie auch bei allen Folgeuntersuchungen negativ, im Ultraschall fand sich eine normal große, knotenfreie, echonormale Schilddrüse, das Schilddrüsenzintigramm (99mTc) zeigte keine Speicherung.

Erstdiagnose

Es wurden daher anfangs eine Jodexposition oder eine Hyperthyreosis factitia vermutet. Die Patientin hat die Einnahme von Thyroxin aber immer glaubhaft negiert. Es wurde ihr geglaubt und mit der Diagnose „Hyperthyreose unklarer Genese“ zunächst eine medikamentöse, thyreostatische Therapie begonnen.

Therapieverlauf

Neben Thiamazol 20mg oral und auch Thiamazol i.v. wurden fallweise auch Natriumperchlorat (Irenat) und Propylthiouracil (Prothiucil) einzeln oder zusammen verabreicht. Mehr als ein halbes Jahr wurde die Patientin damit in wechselnder Dosierung behandelt, fT4 und fT3 waren immer erhöht, nur während eines stationären Aufenthaltes von 2 Wochen hat sich das fT4 gegen Ende normalisiert. Das Thyreoglobulin wurde nie bestimmt. Sie wurde von sieben verschiedenen Ärzten in einer Schilddrüsenambulanz in dieser Zeit 29-mal untersucht, fT4, fT3 und alle SD-Autoantikörper wurden jedes Mal bestimmt. Dazwischen war die Patientin wegen Herzrhythmusstörungen immer wieder in internistischer, teilweise sogar intensivmedizinischer Behandlung. Als Ursache wurde von den Internisten immer die Hyperthyreose angegeben.

Schließlich wurde die Patientin vom Hausarzt an eine andere Ambulanz zur Einholung einer Zweitmeinung überwiesen. Mit der Diagnose einer seit vielen Monaten therapierefraktären, unklaren Hyperthyreose wurde dann die Indikation zur Thyreoidektomie gestellt, um die Erkrankung definitiv zu sanieren. Histologisch ergab sich eine normale Schilddrüse, postoperativ trat eine unilaterale, permanente Rekurrensparese auf. Bei geplanten postoperativen Kontrollen der athyreoten Patientin beim Hausarzt war die Thyroxindosierung meist in Ordnung, bei überraschenden Kontrollen außerhalb geplanter Termine zeigte sich aber wieder eine Hyperthyreose und die Patientin war auch immer wieder wegen Herzrhythmusstörungen in einem Krankenhaus vorstellig. Darauf ergaben Recherchen des Hausarztes, dass sich die Patientin Thyroxin in größerer Menge bei umliegenden Apotheken und Ärzten besorgt hatte.

Resümee

Retrospektiv handelte es sich also eindeutig um eine Hyperthyreosis factitia, in diesem Fall aber um eine von der Patientin absichtlich vorgetäuschte Schilddrüsenüberfunktion, eine „vorgetäuschte Störung, sich selbst zugefügt“.¹



© Stockphoto / TamedLife

Münchhausen-Syndrom und Schilddrüse

Selbstschädigendes Verhalten ist seit dem Altertum bekannt. Es gibt Menschen, die sich gesundheitlich selbst schädigen, indem sie Krankheitszeichen vortäuschen, verstärken oder künstlich hervorrufen. Damit wollen sie eine Patientenrolle erzwingen und sich in Krankenhäusern behandeln lassen, selbst um den Preis zahlreicher medizinischer Eingriffe einschließlich Operationen. So etwas nannte man früher Münchhausen-Syndrom, heute eine artifizielle Störung, selbst manipulierte Krankheit oder vorgetäuschte Störung. Die Patienten sind meist sehr gut über das vorgetäuschte Krankheitsbild informiert und schaffen es oft sehr lange, die behandelnden Ärzte zu täuschen.

Neben zahlreichen anderen Möglichkeiten ist die Einnahme einer zu hohen Dosis an Schilddrüsenhormon eine für die Patienten einfache Möglichkeit, eine Hyperthyreose vorzutäuschen. Die Überdosierung führt zu gefährlichen kardiovaskulären Symptomen und auch die verordnete thyreostatische Therapie (die meist aber nicht eingenommen wird) ist sehr nebenwirkungsreich, manchmal endet es sogar mit einer Thyreoidektomie.

Die Motivation ist unklar, wahrscheinlich ist es das Ziel, eine Krankenrolle einzunehmen. Meist bestehen auch deutliche Persönlichkeitsstörungen. Wenn die Möglichkeit einer Psychotherapie erwähnt wird, wechseln die Patienten in der Regel sofort den Arzt oder suchen eine andere Ambulanz bzw. ein anderes Krankenhaus auf. Patienten mit selbstschädigendem Verhalten sind psychisch krank, auch wenn sie das selbst meist nicht so sehen. Die Motivation liegt allein in der Übernahme einer Krankenrolle. Man will krank sein und ist dafür bereit, alles zu ertragen, bis an die Grenze, die manchmal weit über das Verstehbare hinausgeht.

Nachweis einer Hyperthyreosis factitia

Thyreoglobulinbestimmung

Ein wesentlicher Punkt ist die Bestimmung des Thyreoglobulins im Serum.⁴ Dieses wird bei der vermehrten Produktion von Thyroxin in den Schilddrüsenzellen in höherer Konzentration ins Blut

abgegeben. Bei allen Formen einer Hyperthyreose (z.B. Autoimmunhyperthyreose, funktionelle Autonomie) ist das Thyreoglobulin erhöht. Bei exogener Zufuhr wird die Thyroxinproduktion stark vermindert. Das Thyreoglobulin ist dann sehr niedrig. Das ist bei sonst hyperthyreoter Stoffwechsellage der Beweis für eine Hyperthyreosis factitia. Vor allem auch, wenn der funktionsmorphologische Befund normal ist. Im vorgestellten Fall wurde das Thyreoglobulin nur ganz am Schluss einmal bestimmt, es betrug 5,1 ng/ml. Der Operationstermin war zu diesem Zeitpunkt bereits fixiert und es wurde leider nicht beachtet.

Recherchen im Einzugsgebiet des Patienten

Ein Nachfragen in Apotheken und bei anderen Ärzten bringt sehr oft einen Hinweis darauf, ob der Patient große Mengen an Thyroxin zur Verfügung hat.

Überraschende Blutabnahmen

Spontane Blutabnahmen außerhalb der geplanten Kontrolltermine durch den Hausarzt zeigen oft eine Hyperthyreose, während bei vereinbarten Kontrollterminen die Werte in Ordnung erscheinen. (Die Normalisierung des fT4 während des stationären Aufenthaltes der oben vorgestellten Patientin war ein weiterer Hinweis. Dieses Absinken wurde aber als Erfolg der intravenösen Thiamazoltherapie interpretiert.)

Ein ausführliches Gespräch

Hinweise auf mögliche Gründe für die vermehrte Thyroxineinnahme (z.B. Gewicht, Vortäuschen einer Erkrankung, um ein Ziel zu erreichen) oder auf eine psychische Störung im Sinne eines Münchhausen-Syndroms erlangt man oft durch ein eingehendes Gespräch.

Resümee

Um eine Hyperthyreosis factitia nachzuweisen, gibt es die angeführten Möglichkeiten. Die Diagnose sollte frühzeitig erfolgen. Die vorgestellte Patientin ist ein halbes Jahr unnötig thyreostatisch behandelt worden, dann wurde sogar die eigentlich gesunde Schilddrüse entfernt – es besteht nun noch dazu eine postope-

rativ Stimmbandlähmung. Auch nach der Operation ist sie jetzt immer noch fallweise übersubstituiert. Eventuell spielt da zusätzlich eine latente Anorexia nervosa eine Rolle. Die ganze Problematik begann mit der Substitution einer latenten Hypothyreose durch den Frauenarzt während einer Schwangerschaft. So wurde die Patientin mit dem Umgang mit Thyroxin vertraut. Dann erst entwickelte sich das Münchhausen-Syndrom mit allen angeführten Konsequenzen.

Solche Patienten sind psychisch krank, haben keine Krankheitseinsicht und lehnen daher eine Psychotherapie meist ab. Trotzdem kann eine frühzeitige Diagnose nicht nur Kosten für die Allgemeinheit, sondern vor allem auch erhebliche Gefahren für den Patienten minimieren. Die Hyperthyreosis factitia im Zusammenhang mit einer „vorgetäuschten Störung“ (Münchhausen-Syndrom) ist äußerst selten und macht dementsprechend diagnostische Probleme. Daher der Hinweis auf die Thyreoglobulinbestimmung, die einfach ist und den Verdacht sofort erhärtet. ■

Autor:

Univ.-Doz. Dr. **Wolfgang Zechmann**
ehemals Institut für Nuklearmedizin und
Schilddrüsendiagnostik des
LKH Innsbruck in Wörgl
Präsident der Österreichischen
Schilddrüsengesellschaft
E-Mail: w.zechmann@aon.at

■13

Dank

Für die Überlassung der Befunde und für weitere Informationen bedanke ich mich bei Dr. Ingrid Schnegg-Rehwald, Priv.-Doz. Dr. Alexander Kroiss (Univ.-Klinik für Nuklearmedizin Innsbruck), bei Dr. Kurt Höfler (Institut für Nuklearmedizin Wörgl) und bei den beiden Hausärzten (Dr. K. Schartner, Dr. A. Eliskases) der Patientin.

Literatur:

- 1 Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag, 2015. S. 443-6
- 2 Abe E et al: Bone loss in thyroid disease: role of low TSH and high thyroid hormone. Ann N Y Acad Sci 2007; 1116: 383-9
- 3 Faust V: Psychosoziale Gesundheit; <http://www.psychosoziale-gesundheit.net>, letzter Zugriff: 6. 4. 2017
- 4 Schumm-Draeger PM et al: Therapie der Hyperthyreose. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128: 496-9