



# Was bedeutet die Schwellung im Hals?

## Eindrucksvoller Heilverlauf bei Schilddrüsenerkrankung

Mathias Beyer

### » DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Eine interessante Kasuistik schildert uns Herr Dr. med. Mathias Beyer aus seiner endokrinologischen Praxis. Die 48-jährige Patientin klagt über eine rasch zunehmende derbe Schwellung im Halsbereich links nach einem überstandenen Infekt. Was vermuten Sie?

### Anamnese

48-jährige Patientin mit einer rasch zunehmenden derben Schwellung im Halsbereich links. Vor zwei Wochen fand ein Infekt der oberen Atemwege mit hohem Fieber über etwa fünf Tage statt, dabei schwellen die Halslymphknoten an. Wegen einer bakteriellen Superinfektion erfolgte eine antibiotische Therapie mit einem breit wirksamen Medikament.

Nachdem der Infekt abgeklungen war, war die Patientin einige Tage beschwerdefrei. Danach stellte sich erneut nächtliches Fieber bis zu 38,9 Grad Celsius ein mit einem schweren allgemeinen Krankheitsgefühl. Im linken Halsbereich fand sich eine druckschmerzhafte Schwellung mit Ausstrahlung in das linke Ohr. Kurzzeitig wurde ein ähnlicher Schmerz auch rechts in mittlerer Höhe des Halses ohne tastbare Schwellung beschrieben.

### Beschwerden zum Zeitpunkt der Vorstellung in der endokrinologischen Praxis:

Mittlerweile bestehen keine erhöhten Temperaturen mehr, lediglich ein eher dumpfes Druckgefühl im linken Halsbereich im Sinne einer Raumforderung. Das Schlucken größerer Bissen fällt etwas schwer. Innerhalb der letzten drei

Tage sind sowohl das Druckgefühl als auch die sichtbare Vergrößerung größer geworden. Es besteht Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres wegen eines protrahierten Infektgeschehens.

### Körperliche Untersuchung

Beim Tasten findet sich ein derber Knoten in Projektion auf den linken Halsbereich ventral in mittlerer Höhe (in Projektion auf den linken Schilddrüsenlappen). Beim Schlucken folgt diese Raumforderung der Kehlkopfbewegung, sie ist gut unter der Haut verschieblich. Auf einen etwas größeren Druck hin äußert

die Patientin ein stichartiges Druckgefühl, jetzt allerdings ohne Ausstrahlung nach cranial hin.

### Sonographie

Im linken Schilddrüsenlappen Nachweis von mehreren unscharf abgrenzbaren echoarmen Bezirken, die aufgrund ihrer Außenbezirke nicht mit einer ausreichenden Sicherheit zu volumetrieren sind. Auch bei der Sonographie wird klar, dass es sich um sehr derbe Regionen handelt. Dopplersonographisch lassen sich innerhalb der suspekten Bezirke praktisch keine Binnengefäße erkennen (Abb. 1).

### Szintigraphie

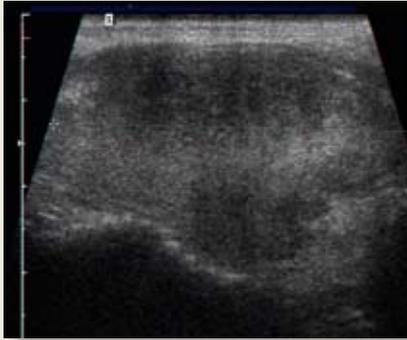
Die Technetiumaufnahme liegt bei 0,2 %, eine nennenswerte Speicherung in Projektion auf die Schilddrüse ergibt sich nicht (Abb. 2).

Die hier beschriebene Konstellation lässt sich bereits jetzt recht gut eingrenzen: Die Vorgeschichte mit einem (möglicherweise viral bedingten) Infekt, das zweizeitige Geschehen und die anfangs fieberhafte und hochschmerzhafte lokale Symptomatik sind pathognomonisch für eine subakute Thyreoiditis de Quervain. Letztendlich beweisend sind der Ultraschall und die fast fehlende Speicherung im Technetium-Szintigramm.

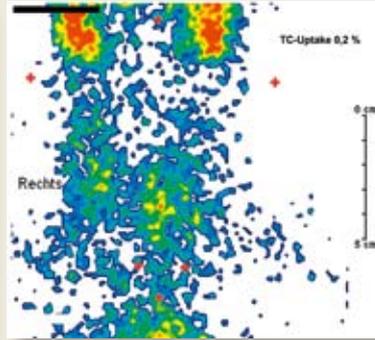
### DIFFERENZIALDIAGNOSTISCHE ÜBERLEGUNGEN VOR DER SONOGRAPHIE

Rasch wachsende Knoten in der Halsregion können durch folgende Erkrankungen entstehen (ohne Gewähr auf Vollständigkeit):

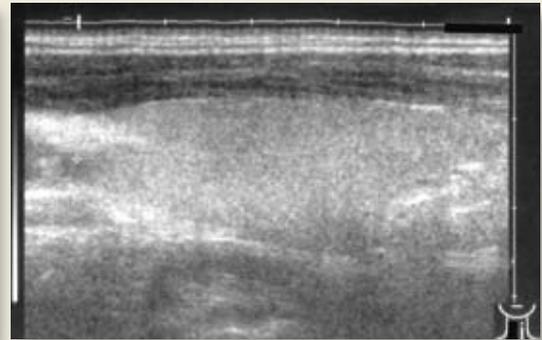
- Zysten (ggf. knotig) in der Schilddrüse
- Subakute Thyreoiditis de Quervain (auch schmerzlos)
- Lymphome im Halsbereich
- Eitrige (bakterielle) Thyreoiditis
- Anaplastisches (entdifferenziertes) Schilddrüsenkarzinom
- sog. Halszysten



**Abb. 1:** Sonographiebefund bei der Erstuntersuchung: Längsschnitt des linken SD-Lappens



**Abb. 2:** Szintigraphiebefund bei der Erstuntersuchung: keine nennenswerte Speicherung



**Abb. 3:** Sonographiebefund nach Kortisontherapie: nahezu vollständige Remission

## Hintergrund

Diese Erkrankung wurde erstmals 1904 von Fritz de Quervain beschrieben. Man vermutet mittlerweile, dass es sich um eine durch einen vorbestehenden viralen Infekt ausgelöste entzündliche Reaktion der Schilddrüse handelt.

Die Erklärung für die nahezu fehlende Speicherung des Technetiums im Szintigramm ist einerseits in einer gestörten Jodaufnahme, andererseits aber auch in einem Ausschwemmen von praeformiertem Schilddrüsenhormon mit niedrigem TSH zu suchen (durch Auflösung der Follikel). Es können sich durch diesen Mechanismus sogar (leichte) klinische Zeichen einer Hyperthyreose ergeben.

Die Besonderheit im beschriebenen Fall liegt darin, dass die anfangs sehr schmerzhaftes Schwellung in eine (seltener) schmerzlose Form übergegangen ist. So hat sich die von der Patienten oft ängstigende Symptomatik weg von dem schweren Krankheitsgefühl hin zu einem recht raschen Wachstum bewegt.

## Laborwerte

- TSH 0,1 µU/ml (0,3 – 3,0)
- FT4 am oberen Rand des Normalbereiches, FT3 unauffällig
- CRP und BKS deutlich erhöht, Blutbild mit Ausnahme einer diskreten Leukozytose unauffällig
- schilddrüsenpezifische Antikörper (anti-TPO und TG-AK) negativ
- Thyreoglobulin deutlich erhöht

## Therapie

Noch vor Erhalt der am Tag der Erstvorstellung bestimmten Laborparameter (siehe oben) wurde aufgrund der Vorgeschichte und der sofort verfügbaren bildgebenden Verfahren probatorisch die Gabe von 60 mg Prednisolon durchgeführt (die erste Einnahme erfolgte noch am Mittag des gleichen Tages).

Das am nächsten Morgen mit der Patientin durchgeführte Telefonat ergab, dass praktisch über Nacht eine deutliche Verkleinerung der linken Halsregion eingetreten sei.

Nach drei Tagen wurde eine sonographische Kontrolle durchgeführt, die Patientin war jetzt völlig beschwerdefrei, weiterhin kein Fieber, sie beklagt lediglich geringe Schlafstörungen unter der Kortisontherapie. Die Arbeitsunfähigkeit kann aufgehoben werden.

## Verlauf der nächsten Wochen

Die oben erwähnte sonographische Kontrolle ergab einen nahezu unauffälligen Befund, der linke Schilddrüsenlappen hatte seine Größe von anfangs 25 auf jetzt 13 ml reduziert. Die Binnendurchblutung des linken Schilddrüsenlappens war normalisiert. Lediglich in den dorsalen Anteilen ließen sich noch diskrete echoärmere Regionen nachweisen.

Es wurde aus diesem Grund eine langsame Reduktion der Prednisolondosis durchgeführt: nach sechstägiger Gabe von 60 mg über jeweils vier Tage 40 mg,

20 mg, 10 mg. Der Versuch der weiteren Minderung auf 5 mg Tagesdosis führte wieder zu einem nächtlichen Schmerzgefühl, diesmal mit febrilen Temperaturen. Die Prednisolondosis wurde deswegen wieder auf 30 mg gesteigert und über eine Woche beibehalten.

Nach insgesamt sechs Wochen war dann ein beschwerdefreier Zustand ohne Steroidtherapie erreicht. Im sonographischen Bild (**Abb. 3**) konnten keine entzündlichen Herde mehr ausgemacht werden.

## Längerfristiger Verlauf

Nach einer etwa dreimonatigen beschwerdefreien Phase stellte sich die Patientin noch einmal vor. Der Grund war zum einen die von uns ausgesprochene Empfehlung zur Kontrolle des Sonographiebefundes und des TSH zum Ausschluss einer sich entwickelnden Hypothyreose, zum anderen ein in den letzten Tagen vorwiegend nachts aufkommendes Schmerzgefühl diesmal in der rechten Halsregion. Die Beschwerden wurden als nur sehr diskret beschrieben, das Schlucken war problemlos möglich, keine Ausstrahlung ins rechte Ohr, keine Temperaturen. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand nicht.

Sonographisch zeigte sich jetzt isoliert im rechten Schilddrüsenlappen nach caudal und dorsal gelegen eine echoarme, unscharf begrenzte Formation als typisches Korrelat der subakuten Thyreo-

iditis. Das TSH und die freien Schilddrüsenhormone lagen im Normbereich.

Die erneute Therapieindikation wurde nicht nur wegen der wieder aufkommenden Beschwerden, sondern auch wegen des sonographischen Bildes gestellt. Unserer Erfahrung nach ist bei dieser Befundkonstellation ohne Behandlung mit der Entwicklung von klinisch und sonographisch höhergradigen Inflammationszeichen zu rechnen. Es kam diesmal ein etwas „verkürztes“ Schema der Prednisoloneinnahme zur Anwendung, welches nach etwa zehn Tagen wieder abgesetzt werden konnte.

### Langfristiger Verlauf

Seither (Erkrankungsbeginn vor 4 Jahren) ist die Patientin beschwerdefrei, jährliche Kontrollen des sonographischen Befundes und der Laborparameter ergaben lediglich ein im oberen Normbereich gelegenes TSH (2,6 µU/ml), welches nicht als behandlungsbedürftig angesehen wurde.

### Hintergrundinformationen

Die Subakute Thyreoiditis kommt häufiger bei Frauen als bei Männern und vorwiegend zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr vor. Diese Schilddrüsenerkrankung wird im Allgemeinen als sehr selten angegeben. Angaben zur Inzidenz sind widersprüchlich, meist werden Koinzidenzen zu Virusinfekten und zur Autoimmunthyreopathie (Hashimotothyreoiditis) berechnet (1).

Trotzdem ist davon auszugehen, dass im Allgemein- und HNO-ärztlichen Bereich immer wieder subakute Thyreoiditiden auftreten, die sich zumindest als banale Infekte „maskieren“. Histologisch ist die Erkrankung durch eine granulomatöse Entzündung mit dem Auftreten von mehrkernigen Riesenzellen gekennzeichnet, die sich in teilweise wechselnden Bereichen der Schilddrüse nachweisen lässt (Abb. 4).

Das Hauptproblem bei der subakuten Thyreoiditis ist wie bei vielen anderen Erkrankungen aus dem Bereich der Endokrinologie das „Daran denken“. Einmal erkannt, ist die Therapie der Wahl die Behandlung mit Kortison (unter Be-

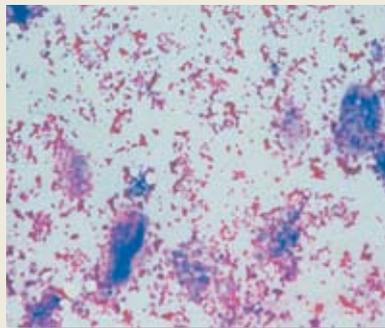


Abb. 4: Histologie – mehrkernige Riesenzellen

achtung der bekannten Kontraindikationen), da die Gabe nicht steroidaler Antiphlogistika meist zu einer unnötigen Verlängerung der Beschwerden führt. Hyperthyreote Stoffwechsellagen normalisieren sich unter der Therapie meist rasch. Eine thyreostatische Therapie zum Beispiel mit Carbimazol oder Thiamazol ist wegen der nicht erhöhten Hormonproduktion wirkungslos.

Da es bisweilen zu Verläufen mit sich entwickelnden latenten oder manifesten Hypothyreosen kommt (mit und ohne zusätzliches Auftreten schilddrüsenspezifischer Antikörper), sind auch nach der klinischen Ausheilung gelegentliche TSH-Kontrollen erforderlich (2).

Die Patienten, die oft gerade bei den schmerzhaften Formen unter einem hohen Krankheitsgefühl leiden, profitieren in hohem Maße von einer Kortisontherapie. Deren rascher und dramatischer Wirkungseintritt sichert nicht nur die Diagnose, sondern gehört auch für den behandelnden Arzt zu den eindrucksvollen positiven Heilverläufen im Bereich der Schilddrüsenerkrankungen.

Dr. med. Mathias Beyer  
Praxis für Endokrinologie  
Karolinenstr. 1, 90402 Nürnberg  
E-Mail: info@hormone-nbg.de  
Homepage: www.hormone-nrbg.de

Mögliche Interessenkonflikte: keine

#### Literatur:

- (1) Desailoud R, Hober D, 2009: Viruses and thyroiditis: an update. *Virology Journal* 6:5
- (2) Heufelder A et al: Die Thyreoiditiden, *Dtsch Arztebl* 1998, 95(9), A-466