



# Thyreoiditis de Quervain

## Ein Fallbericht

von HP Christel Förch-Jösslin

### Einleitung

Bei der nach ihrem Erstbeschreiber, dem Schweizer Arzt Fritz de Quervain, benannten Erkrankung (auch als subakute, granulomatöse Thyreoiditis bezeichnet) handelt es sich laut Pschyrembel um eine seltene, subakute Entzündung der Schilddrüsenfollikel. Sie wird wahrscheinlich ausgelöst durch eine vorausgehende virale Infektion der oberen Atemwege (bestimmte Viren sind dabei bislang nicht als Auslöser definierbar), eventuell in Kombination mit einer genetischen Disposition. Träger des HLA-B35-Haplotyps haben dabei ein 50-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko<sup>1</sup>. Gegen die These einer Autoimmunreaktion spricht die Tatsache, dass die Erkrankung stets nach 3-12 Monaten selbstlimitierend ist<sup>2</sup>.

Leitsymptome sind Schmerzen im vorderen Halsbereich, die in Ohren und Kiefer ausstrahlen, Druckdolenz der Schilddrüse, Hyperthyreose durch Thyreodestruktion, meist hohes Fieber, schweres Krankheitsgefühl mit ausgeprägter Schwäche sowie Appetitlosigkeit trotz Hyperthyreose und folglich rasche Gewichtsabnahme.

Labordiagnostisch zeigen sich außer veränderten Schilddrüsenwerten (deutliche Erhöhung der Schilddrüsenhormone Trijodthyronin (T3) und Tetrajodthyronin (T4) bei dadurch deutlich erniedrigtem Thyreoid-stimulierenden Hormon TSH) zumeist eine Sturzblutsenkung und ein drastisch erhöhter CRP-Wert bei fehlender oder geringfügiger Leukozytose<sup>3</sup>.

Sonographisch weist die Schilddrüse meist eine asymmetrische Ver-

größerung mit inhomogener Struktur von echoarmen (Entzündungs-herde) und echoreichen Bezirken auf<sup>4</sup>.

Histologisch können stellenweise Granulome aus krankheitstypischen Riesenzellen, Zellnekrosen und Makrophagen gefunden werden<sup>5</sup>.

Die schulmedizinische Therapie erfolgt rein symptomatisch mit hochdosierten Glukokortikoiden oder nicht-steroidalen Antiphlogistika, bei starker Pulsbeschleunigung durch die Hyperthyreose auch mit Beta-blockern<sup>6</sup>. Thyreostatika (Schilddrüsenblocker) hingegen sind wirkungslos, da die erhöhte Freisetzung von Hormonen ja nicht Folge einer Überproduktion, sondern des Zelluntergangs in den Entzündungsherden ist<sup>7</sup>. Da in der Folge der TSH-Wert rasch gegen Null geht, wird ohnehin vorübergehend kein neues Hormon gebildet, so dass nach Aufbrauchen des Hormons aus den untergegangenen Zellen eine kurze euthyreote Phase, anschliessend eine vorübergehende Unterfunktionslage folgt, die bei ca. 20% der Erkrankten sogar in eine dauerhafte Unterfunktion übergeht<sup>8</sup>.

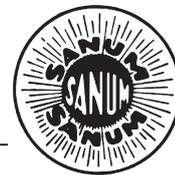
### Der Fall

Bei dem nachfolgend geschilderten Fall handelt es sich um meine eigene Erkrankung im Herbst 2012. Ungefähr zwei Wochen nach einer Erkältung, die ich aufgrund diverser Termine und in einer privaten Stressphase ein wenig übergangen hatte, fühlte ich mich über einige Tage sehr abgeschlagen, hatte kaum mehr Appetit, schwitzte nachts und bei Anstrengung stark und bekam schliesslich Schmerzen im linken

Ohr. Nach einer ayurvedischen, immunstärkenden Massage durch meine Kollegin kam es in der Nacht zu plötzlichem, hohem Fieber (39°C) mit schwerstem Krankheitsgefühl sowie heftigem Schmerz in linkem Ohr und Kiefer. Dazu kamen zwei druckschmerzhafteste Stellen links und rechts unterhalb des Kehlkopfs, denen ich aber aufgrund des im Vordergrund stehenden Ohrenschmerzes zunächst keine Bedeutung zumaß. Da ich schon als Kind und Jugendliche mehrmals unter Entzündungen des Mittelohres gelitten hatte und außerdem an den vorhergehenden Tagen mehrfach kaltem Wind ausgesetzt gewesen war, ging ich von einer Otitis media aus und behandelte zunächst mit NO-TAKEHL® D5, sowohl als Tropfen zur lokalen Applikation (5 Tropfen, 3-mal täglich) als auch einmalig als D5-Injektion.

Dies brachte aber auch nach drei Tagen keinerlei Verbesserung. Weiterhin stieg das Fieber jede Nacht auf 39,5°C an, lag zum Morgen bei 38,5°C, um am Abend erneut unter Schwäche, Pulsrasen und bei eiskalten Extremitäten wieder anzusteigen und nach zwei Uhr unter extremem Nachtschweiss wieder abzufallen. Ausserdem hatte ich in einer Woche fast drei Kilogramm Gewicht verloren. Daher suchte ich am Montag meine Hausärztin auf.

Diese veranlasste eine umfangreiche Blutuntersuchung und überwiegt mich wegen der anhaltenden Ohrenschmerzen zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Die Untersuchung der Ohren als auch der Nasennebenhöhlen war ohne besonderen Befund, ebenso die Röntgenaufnahme



des Thorax zwei Tage später. Dennoch rieten alle beteiligten Ärzte mir zur Einnahme eines Antibiotikums, auch aufgrund der mittlerweile vorliegenden Laborwerte:

- Blutsenkung: 1. Wert: 92 mm/h, 2. Wert: liegt nicht vor
- CRP: 104 mg/l
- a1-Globuline: 8,4%; a2-Globuline: 16,4%; Beta-Globuline: 10,3%; Gamma-Globuline: 22,3%; Albumin: 42,6%
- Differentialblutbild: leichte Erhöhung des Anteils an Monozyten (9,5%), Erniedrigung des Lymphozyten-Anteils (18,7%)

Ich glaubte aber (auch weil meine eigenen Blutuntersuchungen im Dunkelfeld eher auf eine virale Infektion hinwiesen) nicht mehr an eine bakteriell verursachte Erkrankung, bei der ich nach meinen Erfahrungen der letzten Jahre mit NOTAKEHL® erfolgreicher hätte sein müssen, somit nahm ich kein Antibiotikum ein.

Erst die Einweisung in die Notaufnahme des örtlichen Krankenhauses am folgenden Tag wegen der starken Tachykardie und meines beginnenden Kreislaufversagens brachte mir dann aber die wegweisenden Laborwerte, nämlich eine deutliche Hyperthyreose mit einem T3-Wert von 6,5 ng/l und T4-Wert von 29,2 ng/l bei einem TSH-Wert von 0 µU/l.

Dieses Ergebnis führte mich zur Diagnose „Thyreoiditis de Quervain“ ein. Ich verließ das Krankenhaus (wo man mir nunmehr sicherheitshalber eine antibiotische Infusionstherapie geben wollte) auf eigene Verantwortung und begann daheim nach kurzer Recherche folgende Therapie:

QUENTAKEHL® zur Behandlung der viralen Infektion, am ersten Abend als D3-Suppositorium, am zweiten und vierten Tag als intramuskuläre Injektion in D5, danach als D4 Kapseln, geöffnet im Rachenraum eingestreut, was die intensivste Wir-

kung zeigte und zunächst mit 4 Kapseln pro Tag (alle acht Stunden) über eine Woche, dann 3 Kapseln täglich über drei weitere Wochen und schließlich 2 Kapseln pro Tag ausschleichend über weitere fünf Wochen fortgeführt wurde.

Parallel dazu injizierte ich zur organbezogenen Behandlung der Schilddrüse MUCEDOKEHL® D5 Ampullen, je eine am zweiten und vierten Tag, anschließend einmal wöchentlich, an den Tagen dazwischen als lokale Einreibung der D5 zweimal täglich 5 Tropfen insgesamt über etwa drei Monate.

Unterstützend nahm ich SELENOKEHL® D4 Tropfen, ZINKOKEHL® D3 Tropfen jeweils 2x 5 tgl., SANUVIS® Tabletten und CITROKEHL® Tabletten jeweils 2x 1 tgl.

Da meine Hausärztin aufgrund der Schilddrüsenwerte nun auch meine Diagnose bestätigte, empfahl sie mir, wenn schon kein Cortison, so doch wenigstens Diclofenac zur Entzündungshemmung.

Ich nahm auch tatsächlich für einen Tag drei Kapseln Diclofenac 50 mg ein, war jedoch sehr besorgt, weil ich mir durch die langfristige Einnahme dieses Wirkstoffes nach einem schweren Unfall und mehrfachen Operationen vor rund fünfzehn Jahren den Magen stark geschädigt hatte.

Deshalb fiel ich auf die Idee, die im Bereich rheumatischer Entzündungen der Gelenke durchaus bewährte entzündungshemmende Wirkung von Beinwell auch hier als Alternative zu Diclofenac zu erproben. Ich trug also eine beinwellhaltige Salbe dick auf den gesamten Bereich des vorderen Halses auf, umwickelte den Hals zur Abdeckung mit einer lockeren Mullbinde und fixierte sie mit einem Schal. Diesen Umschlag ließ ich mehrfach täglich über mehrere Stunden, anfangs auch nachts, einwirken.

Diese Maßnahmen führten nun zu einem raschen Abklingen der

Schmerzen und des Schwächegefühls, der Puls wurde ruhiger, und das schon seit Beginn der QUENTAKEHL®-Einnahme gesunkene Fieber verschwand nach zwei Tagen mit den Umschlägen völlig. Nach dieser Erfahrung würde ich solche Umschläge künftig gleich statt nicht-steroidaler Antiphlogistika einsetzen.

Insgesamt war ich nach drei Tagen mit diesen Umschlägen, also eine knappe Woche nach meiner Diagnose und dem Beginn der oben aufgeführten Therapie fast schmerz- und völlig fieberfrei; ich begann wieder mit normalem Appetit zu essen und nahm nicht mehr ab. Schwäche und leicht beschleunigter Puls sowie Schwitzen bei körperlicher Anstrengung oder Aufregung waren zwar noch einige Zeit vorhanden, verschwanden aber nach weiteren zwei Wochen ebenfalls.

Bei einer Untersuchung durch die Fachärztin, zu der meine Hausärztin mich überwiesen hatte, konnte eine Woche nach Therapiebeginn die Diagnose auch durch eine Sonographie und erneute Laborwerte voll bestätigt werden, doch waren die Schilddrüsenwerte mit T3: 6,16 ng/l und T4: 20,7 ng/l schon gesunken und mein Gesamtzustand so gut, dass diese Ärztin mir nur noch zur Schonung bei Fortsetzung meiner Eigenbehandlung raten konnte.

Nach den weiteren zwei Wochen, also gleichzeitig mit der Beschwerdefreiheit, waren bei einer Nachkontrolle alle Entzündungsparameter im Normbereich, die Schilddrüsenwerte nun leicht erniedrigt (T3: 1,99 ng/l und T4: 7,5 ng/l). So erlebte ich gesunde Weihnachtsfeiertage.

Unter der bereits beschriebenen Fortsetzung der MUCEDOKEHL®-Anwendung (einmal wöchentlich als intramuskuläre Injektion, an den übrigen Tagen zweimal täglich 5 Tropfen zur Einreibung an der Schilddrüse) über weitere zwei Monate sowie der ausschleichenden



Einnahme der QUENTAKEHL® D4 Kapseln (morgens und abends eine Kapsel), alternierend mit der lokalen Einreibung von SANKOMBI® D5 Tropfen (zweimal wöchentlich morgens und abends 5 Tropfen statt QUENTAKEHL® und MUCEDOKEHL®) über fünf Wochen normalisierten sich die Schilddrüsenwerte rasch:

- 09.01.2013: T3: 2,39 ng/l und T4: 7,9 ng/l bei einem TSH-Wert von 3,82 µIU/l
- 02.04.2013: T3: 3,10 ng/l und T4: 10,4 ng/l bei einem TSH-Wert von 1,5 µIU/l

Seither sind keine Probleme mehr aufgetreten. Und dies bei einer Erkrankung, die laut Fachliteratur übli-

cherweise eine mittlere Erkrankungsdauer von 6-12 Monaten aufweist! □

#### Literatur:

1. N. Ohsako et al.: Clinical characteristics of subacute thyroiditis classified according to human leukocyte antigen typing. J Clin Endocrinol Metab. 1995 Dec
2. K. D. Burman: Subacute granulomatous thyroiditis. Up To Date, Volume 15.3, August 2007
3. Arztinformation für die Behandlung der subakuten Thyreoiditis de Quervain, Uniklinik Köln, Klinik für Nuklearmedizin, September 2007
4. R. Gärtner: Entzündliche Schilddrüsenerkrankungen - Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Der Internist, Volume 43, Number 5, 635-653

5. S.-Y. Sheu, K.W. Schmid: Entzündliche Schilddrüsenerkrankungen - Epidemiologie, Klinik und Morphologie. Der Pathologe, Volume 24, Number 5, 339-347

6. siehe 3.

7. siehe 3. und Greten, Heiner: Innere Medizin, 12. Auflage, Thieme-Verlag Stuttgart 2005, S. 512

8. siehe 3.

#### Anschrift der Autorin:

HP Christel Förch-Jösslin  
Freiburger Strasse 6  
79856 Hinterzarten  
heilpraxis-foerch@t-online.de  
07652/9179809