In aller Kürze:

## Selbsthilfe-Forum - wichtige Beiträge

**Amerikanische Leitlinien im Jahr 2015:**

- ATA-Leitlinie (2015): Schilddrüsenknoten und differenzierter SD-Krebs (**t25182**)
- ATA-Leitlinie (2015): Medullärer Schilddrüsenkrebs (**t24495**)
- ATA-Leitlinie (2015) für Kinder mit Knoten in der SD und SD-Krebs (**t24587**)
- NCCN-Leitlinie (V1.2105): Lenvatinib vor Sorafenib beim RR-DTC …(**t24904**)

**Übersichtsarbeiten:**

- Therapie des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms (Paschke 2015) (**t24809**)
- Jodarme Ernährung vor RIT beim Schilddrüsenkrebs (Li JH 2015) (**t24927**)

**Hypoparathyreoidismus:**

- ESE-Leitlinie (2015) zur Behandlung des Hypoparathyreoidism (**t24908**)
- Europäisches Faltblatt für Patienten mit Hypoparathyreoidismus (**t25187**)
- AG Hypopara hat sich umbenannt in **NETZWERK HYPOPARA** (**t25351**)

**Studien:**

- adjuvante RIT bei intermediate Risk von Vorteil (Ruel 2015) (**t25006**)
- Low-risk Patienten brauchen keine RIT (Hands 2015) (**t24907**)
- Arbeitslosigkeit und weniger Einkommen nach SD-Krebs (Uziely 2015) (**t24808**)
- hsTg-Nachsorgekonzept der Uniklinik Essen (2015 ) (**t24735**)
- Salvage Therapie nach Sorafenib (Dadu 2014) (**t24737**)
- aggressive TSH-Unterdrückung nicht notwendig (Carhill 2015) (**t24919**)
- Korrelation zwischen TSH < 0,1 und Knochenbrüchen (Blum 2015) (**t24938**)
- Einnahme von Schilddrüsenhormonen vor dem Essen (Ala 2015) . (**t25019**)

**Infofaltblatt (ACHSE):**

- Fahrtkosten zu einem Arzt/Klinik (**t25028**)
- Euro WC-Schlüssel (eurokey) für öffentliche Toiletten (**t25246**)
- Versicherungen bei chronischen (erblichen) Krankheiten (**t25247**)

## Haus der Krebs-Selbsthilfe - Bundesverband e.V. gegründet t24777

Unter dem Namen „Haus der Krebs-Selbsthilfe - Bundesverband“ haben am Donnerstag, den 18. Juni, neun Bundesverbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe in Bonn den europaweit ersten Spitzenverband pharma-unabhängiger Krebs-Selbsthilfe-Verbände gegründet.

Die neue Dachorganisation repräsentiert hunderttausende Krebs-Betroffene im deutschsprachigen Raum, die sich in Selbsthilfe-Gruppen und –Foren mit Gleichbetroffenen austauschen und sich gegenseitig unterstützen.

„Damit treten die Verbände im Haus der Krebs-Selbsthilfe gemeinsam und damit noch schlagkräftiger auf. Sie plädieren für den Erhalt und die Verbesserung der Qualität der medizinischen und psychosozialen Versorgung von krebskranken Menschen und deren Angehörigen“, so Ralf Rambach, Vorstandsvorsitzender des neuen Bundesverbandes, am Donnerstag, in Bonn.

Die Dachorganisation wurde von den Selbsthilfe-Verbänden im Haus der Krebs-Selbsthilfe konstituiert, die von der Stiftung Deutsche Krebshilfe gefördert werden. Gerd Nettekoven, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Krebshilfe, gratulierte zur Verbandsgründung: „Dieser Zusammenschluss wird die wichtige Arbeit der Krebs-Selbsthilfeorganisationen sowie die Bedeutung der Patientenvertretung in der Versorgung krebskranker Menschen weiter nach vorne bringen.“

Unser Bundesverband gehört zu den Gründungsmitgliedern.

Bundesverband Schilddrüsenkrebs
Ohne Schilddrüse leben e.V.
www.sd-krebs.de

**… versteht sich als bundesweite Interessenvertretung von und für Menschen mit Schilddrüsenkrebs.**

… setzt sich für die Informationsbedürfnisse und Interessen von Schilddrüsenpatienten, insbesondere von Schilddrüsenkrebspatienten ein.

Wir sind Mitglied im *Haus der Krebs-Selbsthilfe - Bundesverband e.V.*, der *Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e. V.*, der *BAG Selbsthilfe* und der *Thyroid Federation International*.

Wir werden großzügig durch die *Deutsche Krebshilfe* gefördert.

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

## Termine - Treffen

23.-24.01.2016 (**t24650**)
**Schulung: Gut unterwegs im Forum - wie geht das?** in Kassel

22.04.2016 (**t25358**)
**Arzt-Patienten-Symposium, auf DGN-Kongress** in Dresden

23.-24.04.2016 (**t25359**)
**GruppenleiterInnen-Treffen**

23.-25.09.2016 (**t25356**)
**17. Herbsttreffen in Halle /Saale**

**Regionale Gruppen / Treffen:**

- Aachen: Treffen (**g4869**)
- Aurich*: SHG (**g6975**)
- Bamberg*: SHG (**g6446**)
- Berlin: Hypopara-Treffen (**g5623**)
- Berlin*: SHG SD-Krebs (**g759**)
- Bern*: SHG SD-Krebs (**g956**)
- Biberach - Bodensee/Allgäu: Treffen (**g6589**)
- Blankenburg (Harz)*: SHG „Leben mit Krebs“ (**g5859**)
- Bremen*: SHG (**g1974**)
- Chemnitz: Treffen (**g8018**)
- Düsseldorf*: SHG (nächster Termin 29.01.2016) (**g1465**)
- Eisenach: Treffen (**g8006**)
- Frankfurt am Main: SHG für Hypoparas (**g2608**)
- Gießen, Wetzlar: SHG Lahn-Dill (**g7094**)
- Halle/Saale: SHG (nächste Treffen 05.01. + 02.03.16) (**g6518**)
- Hamburg: SHG (**g754**)
- Hannover: Treffen (**g1788**)
- Kärnten: SH-Verein (**L416**)
- Karlsruhe: Treffen (**g2029**)
- Kassel (Nordhessen): Treffen (**g5120**)
- Köln: SHG (**g5415**)
- Leichlingen, Leverkusen*: SHG (nächster Termin 6.1.15) (**g6378**)
- Magdeburg*: SHG (nächste Termine 26.01. + 05.04.16) (**g5372**)
- Mannheim*: SHG Rhein-Neckar (nächster Termin 5.1.16) (**g6448**)
- München: SHG (**g1798**)
- Münster*: SHG (**g5155**)
- Nürnberg: SHG Franken (**g1975**)
- Oldenburg: SHG (nächste Termine 11.01.+11.04.2016) (**g7870**)
- Regensburg-Oberpfalz*: SHG (nächste Termine 05.01. + 02.02.2016) (**t2394**)
- Rhein-Main: Treffen (**g1930**)
- Saar-Pfalz: Treffen (**g2349**)
- Schleswig-Holstein: SHG (**g3854**)
- Schwäbisch-Hall Treffen (**g5028**)
- Ulm: Treffen (**g4042**)
- Wien: Treffen (**g1027**)
- Würzburg*: SHG (nächste Termine 12.01. + 09.02.2016) (**t3358**)

* regelmäßige Treffen; alle regionalen Gruppen sind eigenständig.



www.sd-krebs.de offline
Nr. 15
Dezember 2015
Bundesverband Schilddrüsenkrebs — Ohne Schilddrüse leben e. V.

# Was kann man tun, wenn die Radioiodtherapie versagt?

**Auf unserem 16. Großen Herbsttreffen, in Ulm/Blaustein, hat PD Dr. Michael Kreißl einen Vortrag zu Behandlungsoptionen, wenn die Radioiodtherapie (RIT) beim papillären und follikulären Schilddrüsenkrebs versagt, gehalten; hier eine kurze Zusammenfassung:** von Harald Rimmele; **t25366**

Auch wenn die RIT beim papillären und follikulären SD-Krebs versagt und eine Heilung nicht mehr möglich ist, so kann es dennoch sein, dass der Krebs über viele Jahre nur sehr langsam wächst. Zum Teil wird der Schilddrüsenkrebs zu einer **jahre- bis jahrzehntelangen chronischen Erkrankung.** Therapien sollten daher nicht nur das Leben verlängern, sondern auch möglichst lange die **Lebensqualität erhalten.** Am fortgeschrittenen Schilddrüsenkarzinom versterben allerdings auch ca. 40-60% der Patienten in einem Zeitraum von 10 Jahren.

Allein das Wissen, dass die RIT in der Therapie versagt hat, ist für die Patienten schon eine große psychische Belastung. Professionelle Hilfe von Psycho-Onkologen, eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Reha (t22399) sowie der Austausch mit gleichfalls Betroffenen in den regionalen Selbsthilfegruppen (siehe S. 4) oder unserem Online-Selbsthilfe-Forum bieten hier Unterstützung (= **supportive Maßnahmen**; siehe Kasten S. 3).

**Szenarien beim Versagen der Radioiodtherapie (RIT):**

- Tumormarker Thyreoglobulin ist erhöht, in der Bildgebung ist jedoch kein Tumor zu finden. => **Supportive Maßnahmen**
- Ein Tumor ist in der Bildgebung lokal auffindbar und therapierbar. => **Lokale Therapien**
- Tumor ist verteilt im ganzen Körper, wächst aber kaum oder sehr langsam. => **Supportive Maßnahmen**
- Tumor ist verteilt im ganz Körper, wächst (an mehreren Orten deutlich) und/oder bereitet Beschwerden. => **Systemische Therapien:** Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI)
- „Mischformen“

Wichtig ist bei allen Fällen der Verlauf.
(siehe auch Definition des radioiodine-refractory differentiated thyroid cancer (**RR-DTC**) im OFFLINE, Nr. 14).

Um die geeigneten Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens und zum Erhalt der Lebensqualität auszuwählen, muss vor allem der **Verlauf der Erkrankung mit Hilfe der Tumormarker** (Thyreoglobulin = Tg und Thyreoglublin-Antikörper = TAK) **sowie der Bildgebung** beurteilt werden (Ultraschall, FDG-PET/CT, MRT).

Die Positronen-Emissions-Tomographie (**PET**) mit Fluordesoxyglukose (= **FDG** = radioaktiv markierter Zucker) in Kombination mit einer Computertomographie bietet den Vorteil, sowohl Metastasen über das CT lokalisieren - als auch über den erhöhten Zuckerstoffwechsel, in der PET, eine Prognose erstellen zu können, wie schnell der Tumor wächst. (Forstsetzung Seite 2)

Kommentar:

## Neue amerikanische Leitlinie für Patienten mit Knoten in der Schilddrüse und differenziertem Schilddrüsenkrebs: Lebensqualität und Risikomanagement im Mittelpunkt als Antwort auf Überdiagnostik und Übertherapie

von Harald Rimmele, **t25182**

Die Leitlinie der Ärzteorganisation ***American Thyroid Association*** (ATA) ist für Ärzte und Patienten von großer Bedeutung, da sie mit Abstand die umfangreichste ist, und ihre über 100 Empfehlungen mit einer umfangreichen Literatur (1078 Quellen) begründet. (…)

Die Überarbeitung der vorangehenden Version aus dem Jahr 2009 hat mehrere Jahre in Anspruch genommen. Zahlreiche Empfehlungen wurden nicht nur leicht überarbeitet, viele enthalten fundamentale Änderungen: So wird z. B. die **Feinnadelpunktion** von Schilddrüsenknoten nur noch empfohlen, wenn **bestimmte Kriterien im Ultraschall** zu sehen sind, damit versucht man die Überdiagnostik von, für die Patienten, harmlosen papillären Mikrokarzinomen zu verringern.

Viele Therapien werden bezüglich ihres jeweiligen Nutzens sowie ihrer Risiken neu beurteilt. Dies betrifft sowohl die Operation, die adjuvante Radiojodtherapie danach, als auch die TSH-Unterdrückung, um von der Übertherapie vieler Patienten wegzukommen. Für die Risikoeinschätzung eines Rezidivs werden nicht mehr nur drei Gruppen gebildet, sondern **ein Kontinuum von über 20 Untergruppen** vom unifokalen papillären Mikrokarzinom (1-2 % Rezidivrisiko) bis hin zum follikulären Schilddrüsenkarzinom mit Gefäßinvasion (30-50 %).

Die Lebensqualität der Patienten rückt mit dieser Leitlinie stärker in den Vordergrund, anstelle einer Bekämpfung von Krebszellen um jeden Preis. So findet sich nun für das Schilddrüsenkarzinom mit Metastasen auch eine Empfehlung, wann die TSH-Unterdrückung und Beobachten die beste Therapie ist (R92). Schilddrüsenkrebs wird so nicht mehr allein aus der Pathologie einer Krebszelle verstanden, stattdessen rücken die möglichen **Folgen für das Leben und die Lebensqualität in den Mittelpunkt**. Allerdings gibt es einen kleinen Wehrmutstropfen: Patienten, die nach einer RIT in der Bilddiagnostik keinen Nachweis eines Tumors, jedoch einen stimulierten Tg-Wert von > 1,0 ng/ml haben, werden als „biochemical persistence of disease“ (Biochemisch fortbestehende Krankheit) bezeichnet. Diese Patienten haben jedoch lediglich ein etwas höheres Risiko für ein Rezidiv. Um Übertherapie zu vermeiden, sollte ein Risiko für ein Rezidiv nicht als Krankheit bezeichnet werden.

**Arzt-Patienten-Symposium am 22.4.2016 in Dresden**
(Jahrestagung der Nuklearmediziner)
***Zentren und Register***
für das wenig und nicht-jod-speichernde Schilddrüsenkarzinom.
Unterschiede der Versorgungssituation von Patienten in Deutschland und Frankreich.

Fortsetzung von Seite 1:

**Was kann man tun, wenn die Radioiodtherapie versagt?**

Während der Nutzen einer dauerhaften **TSH-Unterdrückung**, bei PatientInnen mit geringerem Risiko für ein Rezidiv durch die neue amerikanische Leitlinie (siehe S. 2 u. t12761) in Frage gestellt wird, und nicht in einem Verhältnis zu den Risiken einer Schilddrüsenüberfunktion steht, wird die TSH-Unterdrückung (< 0,1mU/L) bei Patienten, bei denen die RIT versagt hat, weiterhin sehr empfohlen.

Sind die **Tumoren** in der Bildgebung **lokal** auffind- und therapierbar, so ist die Wahl der Therapie abhängig davon, wo sich diese und eventuell auch andere Tumoren befinden, die eventuell größere Probleme bereiten. Die **Operation** ist meist die erste Wahl bei Tumoren im Hals und in der Lunge. Die Operation sollte in einer Klinik mit Expertise durchgeführt sowie Nutzen und Risiken der Operation abgewogen werden.

Die Studienlage zur **Strahlentherapie** von außen (perkutan = durch die Haut hindurch) ist beim fortgeschrittenen Schilddrüsenkrebs sehr gering. Es gibt jedoch kleinere Studien, die zeigen konnten, dass die Strahlentherapie bei einem lokalen Rezidiv im Hals als auch von Knochenmetastasen für die Patienten von Nutzen ist. Studien zur **Embolisation** (künstlicher Verschluss von Blutgefäßen durch z. B. Verabreichung von kleinen Kunststoffkügelchen) bei (großen) Knochenmetastasen konnten nur eine Verbesserung bei den Beschwerden zeigen, jedoch keinen Vorteil bei der Verlängerung des Lebens.

Anstelle einer Operation besteht bei im Ultraschall sichtbaren Lymphknotenmetastasen auch die Möglichkeit, in die Metastasen Alkohol zu injizieren (= **Ethanolinstillation**). Eine kleine dänische Studie (Heiljo 2011) konnte zeigen, dass von 38 PatientInnen mit einem nachweisbaren Tg-Wert danach 20 keinen nachweisbaren Tg-Wert mehr hatten. Eine weitere Möglichkeit besteht in Einbringung radioaktiven **I-125-Seeds** (Körnchen) in ein lokales nicht vollständig chirurgisch entferntes Rezidiv (z. B. bei Metastasen nahe der Luftröhre). Hier konnten die Augsburger Nuklearmediziner um Dr. Dorn (2005) zeigen, dass von 34 PatientInnen 20 dauerhaft geheilt waren, und 4 PatientInnen erst nach ca. 4,5 Jahren erneut ein Rezidiv bekamen. Insgesamt ist die Datenlage für die beiden o.g. Therapieansätze sehr dünn, so dass sie nur in besonderen Fällen angewendet werden sollten.

Ist eine lokale Therapie nicht mehr möglich, so kommen **systemische Therapien** zum Zuge. Die **Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI)**, Sorafenib und Lenvatinib, sind hier für das radioiod-refraktäre Schilddrüsenkarzinom zugelassen (siehe Offline Nr. 14, S. 1f bzw. t24733). Möchte man eine Therapie mit diesen oft die Lebensqualität einschränkenden Medikamenten hinauszögern, so gibt es systemische nuklearmedizinische Therapieansätze, deren Studiendatenlage jedoch sehr gering ist bzw. zu denen neue Studien laufen:

**Somatostatinrezeptoren** finden sich bei 19-100 % an der Oberfläche aller Schilddrüsenkarzinome, allerdings in unterschiedlich starker Ausprägung. Finden sich genügend Rezeptoren, so ist eine Radionuklidbehandlung („**Radiopeptidtherapie**"; z. B. mit Lu-177-DOTATATE) möglich. Die kleinen Studien, die an 11 bis 24 PatientInnen durchgeführt wurden, zeigten jedoch ein Ansprechen bei 9 – 29 %. Eine Heilung ist nicht möglich, lediglich eine Größenreduktion der Tumoren bzw. eine Stabilisierung bei relativ geringen Nebenwirkungen erreicht werden kann. Bei schell wachsenden Schilddrüsenkarzinomen ist die Behandlung keine echte Option, da die Datenlage dünn und ein Ansprechen ungewiss ist.

Mit einer **Redifferenzierung** soll erreicht werden, dass die Schilddrüsenkrebszellen wieder Iod aufnehmen, um sie einer erneuten Radioiodtherapie zuzuführen (siehe auch **t11688**). Es wurden Studien mit Roaccutan (ähnlich Vitamin A, ohne diesbezügliche Zulassung); Rosiglitazon und Pioglitazon durchgeführt, die zu uneinheitlichen Ergebnissen führten. Schwere Nebenwirkungen sind zwar selten, der Nutzen einer Redifferenzierung mit diesen Substanzen konnte jedoch nicht eindeutig nachgewiesen werden, so dass diese Therapieoptionen nur in besonderen Fällen angewandt werden. Eine neue kleine Studie zur Redifferenzierung mit dem MEK-Inhibitor Selumetinib zeigte hier vielversprechendere Ergebnisse. Diese Substanz ist jedoch im Moment nur im Rahmen von Studien zugänglich.

In seiner Zusammenfassung kommt PD Dr. Kreißl zum Schluss, dass es außer bzw. vor einer Behandlung mit einem Tyrosinkinaseinhibitor (Lenvatinib bzw. Sorafenib) eine Vielzahl von Therapieoptionen gibt. Allerdings ist oftmals die Datenlage dünn, die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** sowie **Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken** ist daher sehr wichtig. Ein Schritt zur Verbesserung der Datenlage ist das im Aufbau befindliche *bundesweite Register „Seltene Tumore der Schilddrüse".*

*(Überprüft durch PD Dr. Kreißl)*

## Supportive Maßnahmen/Therapien

= unterstützende Maßnahmen/Therapien. Diese Therapien können eine Krankheit selbst nicht heilen, sie können jedoch im Heilungsprozess unterstützend wirken. Sie sollen vor allem helfen die Lebensqualität des Patienten zu verbessern, dies kann erfolgen z. B. durch:

- psycho-onkologische Betreuung
- Komplementäre Therapien wie sie u. a. in Rehabilitationskliniken angeboten werden (z. B. Bewegungs-, Kunsttherapie, ...)
- Schmerztherapie
- Bisphosphonate bei Knochenmetastasen

## Kommunizieren Sie mit uns ….

FAQ-Hilfe  Glossar
Suchen

In Zeiten des interaktiven Internets mutet ein gedruckter Newsletter vielleicht wie ein Rückschritt an. Wir verstehen ihn aber nicht als bloße Mitteilung, sondern als Aufforderung an die LeserInnen, in der für Sie angenehmsten Art – also mit oder ohne Internet – mit uns in den Dialog zu treten.

Wenn Sie online einsteigen möchten, finden Sie am Anfang oder Ende eines jeden Beitrages im Newsletter einen Buchstaben mit einer Zahl (z. B. **t122**). Wenn Sie diese in die **Suchmaske** auf **www.sd-krebs.de** eingeben (diese befindet sich oben rechts in der blauen Titelleiste auf jeder Seite), kommen Sie zum gleichen Beitrag im Selbsthilfe-Forum und können dort Erfahrungen, Kritik, Anregungen und/oder Verbesserungsvorschläge direkt einfügen.

**Kein Freund des Internets?**

Besuchen Sie die Treffen in Ihrer Region (S. 4) oder rufen Sie uns an.

**Info-Telefon**

**01805 - 64 63 73**
**01805 - OHNE SD**
(0,14 €/Min aus dem dt. Festnetz)



Übersetzung eines Artikels der British Thyroid Foundation:

## Haarausfall und Schilddrüsenerkrankungen t22754

Hormonelle Ungleichgewichte werden oft für Haarausfall verantwortlich gemacht, obwohl sie überraschenderweise nur in der Minderheit der Fälle für dieses stressige Symptom ursächlich sind. Viele verschiedene Erkrankungen können zu Haarausfall führen, zum Teil gehört Haarausfall zum normalen Leben. (…)

Menschliche Kopfhaare wachsen nicht kontinuierlich. Jeder Haarfollikel (die Einheiten der Haarproduktion) durchläuft Wachstumsphasen in denen das Haar sich verlängert, gefolgt von einer Ruhephase (der sogenannten Telogenphase). Während des Telogen fällt das Haar aus und wird durch ein Neues ersetzt. (…)

Kontinuierlicher Haarausfall zu einem gewissen Grad ist also normal und wird für gewöhnlich durch kontinuierliches Wachstum neuer Haare ausgeglichen. Eine der häufigsten Ursachen für Haarausfall nennt sich „Telogen Effluvium". Dies kann durch verschiedene ernsthafte Erkrankungen ausgelöst werden, beispielsweise durch eine Lungenentzündung oder eine große Operation. Der Stress der Krankheit bringt alle Haarfollikel dazu, in ihre Ruhephase überzugehen und das Haarwachstum kommt zu einem vorübergehenden Stillstand. Aufgrund der Länge des menschlichen Haarwachstums-Zyklus´ (einige Monate), mag der Haarausfall erst einige Monate später offensichtlich werden, wenn die Person sich bereits wieder von der Krankheit erholt hat. Solcher Haarausfall geht mit dem Beginn neuen Haarwachstums einher und ist daher vorübergehend.

**Haarausfall und Schilddrüsenerkrankungen**

Eine ausgeprägte und langanhaltende Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreoidismus) ebenso wie eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreoidismus) kann Haarausfall verursachen. Der Haarausfall ist diffus und betrifft eher die gesamte Kopfhaut als einzelne abgegrenzte Areale. Das Haar erscheint gleichmäßig dünn. Mit erfolgreicher Behandlung der Schilddrüsenerkrankung wächst das Haar für gewöhnlich nach, dies kann einige Monate dauern und das Nachwachsen ist nicht immer vollständig. Es ist unüblich, dass leichte (z. B. subklinische) Formen der Schilddrüsenunterfunktion oder -überfunktion, oder kurzweilige Schilddrüsenprobleme Haarausfall verursachen.

(…)

**Haarverlust aufgrund von Schilddrüsenerkrankungen tritt üblicherweise einige Monate nach Beginn der Erkrankung in Erscheinung. Dies liegt am langen Haarzyklus.** In solchen Fällen kann der Haarausfall paradoxerweise der Behandlung der Schilddrüsenerkrankung folgen und die Schilddrüsenmedikation mag irrtümlicherweise dafür verantwortlich gemacht werden, was zum Abbruch der Behandlung und folglich zu einer Verschlechterung des Haarausfalls führen kann. (…).

Ein Behandlung mit Radiojod verursacht keinen Haarausfall. (…)

**Untersuchungen bei Haarausfall**

Wenn Sie an Haarausfall leiden und dieser Sie beunruhigt, sollten Sie Rat bei Ihrem Hausarzt suchen. Es ist ungewöhnlich für eine Schilddrüsenerkrankung, wenn nur Haarausfall auftritt ohne andere Begleitsymptome einer Schilddrüsenüberfunktion oder Schilddrüsenunterfunktion. (..)

**Was kann ich tun?**

Die meisten Fälle von Haarverlust des Kopfhaares und der Augenbrauen, die durch Schilddrüsenerkrankungen verursacht werden sind vorübergehend, allerdings kann es einige Monate dauern bis die Medikation das Nachwachsen Ihrer Haare stimuliert. Versuchen Sie geduldig zu sein, da man das Nachwachsen nicht berechnen kann und seien Sie darauf vorbereitet, dass die nachwachsenden Haare sich von den alten Haaren in Farbe und Struktur unterscheiden können.(…)

Bestimmte Nahrungsergänzungsmittel für Haarwachstum sollten vermieden werden, da sie Iod enthalten oder die Resorption von Levothyroxin beeinflussen können. (…)

**Autoren des englischen Originaltextes:** Petros Perros, John Hunter und Mark Strachan;
Übersetzung: Mrs. Watson

## Editorial

***Liebe Leserin, lieber Leser, liebe Mitglieder,***

*Schilddrüsenkrebs ist eine seltene Diagnose. Das ist einer der Gründe, warum sich die Selbsthilfe für diese Erkrankung, vor allem im Internet, organisiert: Der Austausch in unserem **Selbsthilfeforum www.sd-krebs.de**, aber auch die Unterstützung regionaler Selbsthilfegruppen von Schilddrüsenkrebs-Patienten sowie zahlreiche Projekte ,u. a. zu gesundheitspolitischen Themen stehen im Mittelpunkt der Arbeit unseres **Bundesverbandes Schilddrüsenkrebs - Ohne Schilddrüse leben e.V.***

*Mit diesem Newsletter informieren wir zweimal jährlich in gedruckter Form über unsere vielfältigen Aktivitäten und Aktionen.*

*Darüber hinaus freuen sich unsere Ansprechpartner in den Regionen bzw. die Leiterinnen und Leiter regionaler Selbsthilfegruppen auf den persönlichen Austausch mit Ihnen. Die **Kontaktadressen** finden Sie im Internet – oder schreiben Sie uns (**info@sd-krebs.de**) oder rufen Sie einfach an:*

***01805 - 64 63 73** (14 Cent/ Minute aus dem deutschen Festnetz).*

## Impressum

Nr. 15 - Dezember 2015, Hrsg.
**Bundesverband Schilddrüsenkrebs Ohne Schilddrüse leben e. V.**
Rungestraße 12
10179 Berlin
info@sd-krebs.de

Vereinsregister: 24268 B
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
gemeinnütziger Verein
Steuernummer: 27/519/284
**www.sd-krebs.de - offline**
**ISSN 2195-8254**
Redaktion: Harald Rimmele (ViSdP), Ute Stollberg
**Spendenkonto:**
IBAN: DE52430609674007214800
BIC: GENODEM1GLS
GLS Gemeinschaftsbank

## Mitglied werden… regelmäßig informiert werden

☐ Ich möchte **Fördermitglied werden** im
**Bundesverband Schilddrüsenkrebs - Ohne Schilddrüse leben e. V.**
Ich richte einen Dauerauftrag ein und überweise __ mal jährlich ____ €.

(Die Kontonummer befindet sich im Impressum. Der Beitrag beträgt mindestens 5 Euro im Jahr; die Mitgliederversammlung empfiehlt einen Beitrag von 40 Euro)

☐ Ich möchte weitere Informationen zum Verein.
☐ Ich möchte weitere / regelmäßige Informationen zu Schilddrüsenkrebs (www.sd-krebs.de - OFFLINE).

_____
Vorname und Name

_____
Straße Hausnummer

_____
PLZ Ort

_____
Datum, Unterschrift