

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Dietrich W, Tempfer C

Leitlinien Geburtshilfe

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 13-13*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Österreich), 13-14*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Leitlinien Geburtshilfe

C. Tempfer, W. Dietrich

Jodsubstitution in der Schwangerschaft

1. Allgemeines

Während der Schwangerschaft besteht ein erhöhter Jodbedarf. Ein schwerer Jodmangel findet sich bei bis zu 10 % der Schwangeren, eine klinisch relevante Struma bei 6–16 % [Glinoyer et al. 1992; Mezosi et al. 2000]. **Pathophysiologie:** Erhöhte glomeruläre Filtrationsrate und renaler Jodverlust; Verlust an das fetoplazentare Kompartiment [Glinoyer et al. 1990]. **Folgen:** Erhöhte mütterliche Strumarate, kindliche Entwicklungsverzögerung und reduzierter Intelligenzquotient [Pop et al. 1999; Haddow et al. 1999].

2. Jodsubstitution

Eine Jodsubstitution (Schwangerschaft + Stillperiode) führt zu einer signifikanten Verbesserung von laborchemischen (Thyreotropin [TSH], Thyroglobulin [TG], freies Thyroxin, T3/T4-Ratio) und klinischen Parametern (Schilddrüsenvolumen von Mutter und Neugeborenem, Struma der Mutter).

Letzte Korrektur: 9.6.2007

Inhalt:

C. Tempfer, W. Dietrich

Organisation:

N. Pateisky, H. Leitich

Freigabe:

P. Husslein

Diese gilt für Länder mit mildem, mittelgradigem und minimalem Jodmangel, definiert als urinäre Jodausscheidung < 80 µg/g Kreatinin (Italien, Deutschland, Belgien, Dänemark, Ungarn, Frankreich) [Zimmermann et al. 2004; Romano et al. 1991; Glinoyer et al. 1995; Klett et al. 1999]. Ein vermehrtes Auftreten von Autoantikörpern wurde nicht beobachtet [Liesenkotter et al. 1996].

3. Empfehlung

Bestimmung des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) bis zur SSW 12 (TSH 0,2–2,5 mU/l: Euthyreose). **Allen euthyreoten Schwangeren soll eine Jodsubstitution angeboten werden.**

4. Präparat

Jodid „Merck“ 100 µg, OP I à 100 Stück, S: 0-0-1 täglich (kassenfrei; Green Box). Cave: gängige Präparate wie Elevit® und Pregnavit® enthalten kein Jod.

Schilddrüsendysfunktion in der Schwangerschaft

1. Allgemeines

Die Häufigkeit der klinisch manifesten Hypothyreose in der Schwangerschaft beträgt 1,4–3/1000 [Antolic et al. 2006]. Die Leitsymptome sind Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Haarausfall und vermehrte Kälteempfindlichkeit, es besteht ein erhöhtes Risiko für Aborte, Präeklampsie und vermindertes Geburtsgewicht. Etwa 2/1000 Schwangeren entwickeln eine klinisch ma-

nifeste Hyperthyreose. Bei diesen Patientinnen sind Aborte, Präeklampsie, Retardierung und Frühgeburtlichkeit erhöht [Millar et al. 1994]. Die häufigsten Ursachen sind M. Basedow (Grave's Disease), Hashimoto-Thyreoiditis und Schilddrüsenadenome. Eine Postpartum-Thyreoiditis findet sich bei etwa 50 % der Thyreoidea-Peroxidase-Antikörper- (TPO-Ak-) positiven Schwangeren, etwa 10 % entwickeln eine permanente Hypothyreose.

2. Schilddrüsenfunktionsdiagnostik

- TSH-Screening aller Schwangeren bis zur 12. SSW
- TSH 0,2–2,5 mU/l: Euthyreose, Jodsubstitution 100 µg/d (siehe Leitlinie „Jodsubstitution in der Schwangerschaft“)

3. TSH > 2,5 mU/l: V.a. Hypothyreose

Weitere Abklärung: Labor: freies Thyroxin (fT4), TPO-Ak, Thyreoglobulin- (TG-) Ak.
Therapie: Substitution mit Levothyroxin (T4): z. B.: Thyrex 0,05 mg oder Euthyrox 50 µg, Startdosis 50 µg/d (bei TSH 3,0–3,8 mU/l), 75 µg/d (bei TSH 4,1–10 mU/l), 100 µg/d (bei TSH > 10 mU/l). Kontrollen: TSH, fT4 alle 6 Wochen bis zur Geburt, ev. Anpassen der Dosis. Ziel: TSH: 0,4–2,0 mU/l

4. TSH < 0,2 mU/l: V.a. Hyperthyreose

Weitere Abklärung: Labor: T4, T3, fT4, Thyreoidea-bindendes Globulin (TBG), Thyreoidea-Rezeptor-Antikörper (TRAK). Kurzfristige Vorstellung Schilddrüsenambulanz (Leitstelle 6J, Tel.: 43 46), Diagnose: Gravidität, TSH < 0,2. Therapie: Propylthiouracil, Startdosis: 60 mg 3 × tgl., z. B.: Prothiucil 20 mg Tabl. OP II à 50 Stk., S: 3-3-3

(kassenfrei; Green Box). Kontrollen: TSH, fT3, fT4, T3, T4, TBG, Blutbild, Differentialblutbild alle 6 Wochen bis zur Geburt, ev. Anpassen der Dosis. Ziel: fT3, fT4 im oberen Normbereich; TSH im unteren Normbereich

5. Präkonzeptionell therapierte hypo-/hyperthyreote Schwangere

- Hypothyreose: Verkürzen der Kontrollintervalle auf 6 Wochen
- Hyperthyreose: Vorstellung Schilddrüsenambulanz (Leitstelle 6J, Tel.: 43 46), Diagnose: Gravidität, bekannte Hypothyreose/Hyperthyreose. Hyperthyreotikerinnen auf Propylthiouracil umstellen

6. Wochenbett

- Stillen ist bei moderater Thyreostatikadosis möglich (Prothiucil < 200 mg/Tag; Thiamazol < 20 mg/Tag)
- Wöchnerinnen mit T4-Therapie: Kontrolle Schilddrüsenambulanz 6 Wochen, 6 Monate, und 1 Jahr p. p.; Stillen ist möglich.
- Wöchnerinnen mit Propylthiouracil-Therapie: Kontrolle Schilddrüsenambulanz alle 4–8 Wochen

Letzte Korrektur: 9.6.2007

Inhalt:

C. Tempfer, W. Dietrich

Organisation:

N. Pateisky, H. Leitich

Freigabe:

P. Husslein

Korrespondenzadresse:

Dr. Wolf Dietrich

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Wien, Klinische Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20

E-Mail: wolf.dietrich@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)