

Prof. Dr. med. Stefan Dieterle
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Laboruntersuchungen

Olpe 19
44135 Dortmund
Tel.: 0231 5575450
Fax: 0231 55754599
E-Mail: Dieterle@ivf-dortmund.de
www.ivf-dortmund.de

ZUSAMMENFASSUNG

Qualitätszirkel Sterilitätsmedizin

Dortmund, 26. September 2012

Themen:

Aktuelles:

Kostenübernahme bei künstlichen Befruchtungen

Seit kurzem bieten einige gesetzliche Krankenkassen eine über die 50%-Regelung hinausgehende finanzielle Unterstützung: BKK ALP plus, BKK VBU, AOK Rheinland Pfalz/Saarland, HEK, BKK B. Braun Melsungen, BKK Verbund Plus, atlas BKK ahlmann. Es ist daher sinnvoll, dass sich Patienten bei ihren gesetzlichen Krankenkassen nach deren Beteiligung erkundigen.

Hauptthema

Schilddrüsenfunktion (für Frauenärztinnen und Frauenärzte)

(Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Onno E. Janßen, Endokrinologikum Hannover und Hamburg)

Welche Bedeutung hat die Schilddrüsenfunktion in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin? Welche Schilddrüsenwerte sind pathologisch? Wann sind Jod und/oder Schilddrüsenhormon indiziert? Was ist eine Autoimmunthyreoiditis?

Schilddrüse: Reproduktionsmedizinische Aspekte-Update 2011

O. E. Janßen, G. Benker

- 1) Bei der Beratung von Frauen mit Fertilitätsproblemen sollte immer eine klinische und Laboratoriumsuntersuchung der Schilddrüsenfunktion erfolgen. Schilddrüsenerkrankungen sind in der Allgemeinbevölkerung häufig. Eine positive Familienanamnese oder Schilddrüsenerkrankungen in der früheren Anamnese sind stets verdächtig.
- 2) Das TSH sollte überprüft werden: a) Bei unerfülltem Kinderwunsch als Screeninguntersuchung auch ohne konkreten Verdacht auf eine Erkrankung der Schilddrüse; b) In der 4.-6. Schwangerschaftswoche, auch wenn TSH vor der Empfängnis normal war; c) 4-6 Wochen nach Beginn

einer Levothyroxintherapie, und nach jeder Änderung der Levothyroxindosierung; d) Bei allen Frauen mit Schilddrüsenstörungen (oder Verdacht hierauf) mindestens einmal im Trimenon (bei Hypo- und Hyperthyreosen können Kontrollen auch häufiger erforderlich sein).

- 3) TSH sollte im niedrig-normalen Bereich liegen ($<2,5$ mIU/L) - am besten schon vor der Konzeption.
- 4) Schwangere in Regionen mit grenzwertiger Jodversorgung (wie Deutschland) sollten etwa $150 \mu\text{g}$ Jodid pro Tag erhalten. Autoimmunthyreoiditis ist keine Kontraindikation gegen eine Jodid-supplementation in Schwangerschaft und Stillzeit. Allerdings sollten Frauen mit Hyperthyreose unter Thyreostatika kein zusätzliches Jodid nehmen, da dies die erforderliche Dosis des Thyreostatikums erhöhen kann.
- 5) Da hCG die TSH-Spiegel senken kann, besonders im ersten Trimenon, ist das supprimierte TSH allein keine Indikation zur Behandlung mit einem Thyreostatikum. Manifeste Hyperthyreosen in der Schwangerschaft, auf der anderen Seite, erfordern eine Therapie, da die unkontrollierte Hyperthyreose ein Risiko für Schwangerschaftskomplikationen bis hin zum Tod des Feten und zum Abort darstellt. Ausnahme ist die hCG-induzierte Hyperthyreose, die in der Regel zeitlich limitiert ist.
- 6) Während des ersten Jahres nach der Entbindung kann bei der Mutter eine postpartale Thyreoiditis auftreten, mit einer (gewöhnlich milden) hyperthyreoten Phase (im Mittel nach 3 Monaten) und einer (milden) hypothyreoten Phase (im Mittel nach 6 Monaten). Außerdem können vorbestehende Erkrankungen wie ein M. Basedow oder eine Autoimmunthyreoiditis nach der Endbindung exazerbieren.

Schlüsselwörter: Schwangerschaft, Hyperthyreose, Hypothyreose, postpartale Thyreoiditis, TSH, hCG, Jodmangel, Fertilität.

J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8 (1)

Datum der nächsten Sitzung (04/2012): 12.12.2012, 19:00 Uhr bis 20:30 Uhr

Ort der nächsten Sitzung: Hotel Hilton Dortmund

Tagesordnung:

Hauptthema

Wie verhalten sich Patienten und Ärzte „richtig“ nach künstlicher Befruchtung?

Körperliche Aktivität oder Ruhe?

Urlaub und Reisen: Was ist erlaubt?

Wie wirkt sich Stress auf das Ergebnis der künstlichen Befruchtung aus?

Kann die Behandlung durch Ernährung oder Nahrungsergänzungsmittel beeinflusst werden?

Welche Medikamente sind wann erlaubt?

Kann die „Einnistung“ der Embryonen durch zusätzliche Maßnahmen unterstützt werden?

Wie geht es nach der Behandlung weiter?

Außerdem: Kleiner Einblick ins Labor: PICSI

Referenten: Prof. Dr. Dieterle, Dr. Neuer