

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I					
Hyperthyreose-Prophylaxe und -Therapie bei Kontrastmittel-Exposition				Gebiet: <i>Endokrinologie</i> Ausrichtung: <i>therapeutisch</i>	
Version:	Gültig ab:	Revision:	Verfasser:	Geprüft:	Genehmigt:
3.0 (2 Seiten)	01.10.2010	01.10.2012	AS	RB, CBO	JS (2.0)

(SOP in Absprache mit Radiologie und Nuklearmedizin)

Obligat: Vor Kontrastmittelexposition TSH-Messung!

Situation 1: Euthyreose, anamnestische keine SD-Erkrankung.

Procedere:

keine Prophylaxe, keine Laborkontrolle im Verlauf

Situation 2: Euthyreose, anamnestisch / klinisch Struma nodosa

Procedere:

1.) Technische Untersuchungen der Schilddrüse:

a.) Schilddrüsen-Sonographie

b.) Ausschluss einer fokalen Autonomie durch Tc99m-SD-Szintigramm [vgl. Situation 3].

2.) Falls dies nicht möglich / praktikabel: Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe [s.u.].

Situation 3: Erniedrigtes TSH bei normalen peripheren SD-Werten (= „latente Hyperthyreose“)

Procedere:

1.) Untersuchung nicht dringlich: **zunächst** endokrinologische Abklärung

2.) Untersuchung dringlich:

a) Tc99m-SD-Szintigramm vorhanden:

- Technetium-Uptake < 1%: keine Prophylaxe

- Technetium-Uptake > 1%:

-- Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe **bei autonomem Volumen < 5ml**

-- Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe + 20 mg/d Thiamazol f. 2 Wochen
bei autonomem Volumen von 5-10 ml

-- Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe + 60 mg/d Thiamazol (1. Woche) /
20 mg/d (2. Woche) **bei autonomem Volumen von > 20ml**

b) Tc99m-SD-Szintigramm nicht vorhanden:

- Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe + 20 mg/d Thiamazol für 2 Wochen

Situation 4: Manifeste Hyperthyreose

Procedere:

Indikation überdenken, KM-Gabe kontraindiziert. Falls wirklich **vitale** Indikation vorliegt:

- Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe **und** weitere thyreostatische Therapie (Dosierung je nach Stoffwechsellage, Rücksprache mit Endokrinologie)
- Alternative Bildgebung (MRT) möglich?

Praktische Durchführung der Perchlorat (=Irenat[®])-Prophylaxe:

Irenat[®] = Natriumperchloratlösung : 1 ml = 15 gtt = 344,2 mg

- **Initial werden möglichst 2 bis 4 Stunden vor KM-Exposition 45 gtt. Perchloratlösung verabreicht !**
- danach Standard-Dosierung:
 - 900 -1000 mg pro Tag
 - verteilt auf 3-4 Einzelgaben (d.h. z.B. **3x 15 gtt** [bis 3x 20 gtt]),
 - für 14 Tage

Nach 1 Woche Kontrolle der SD-Werte !

© Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Regensburg 12.11.2010	
Verfasser	
E-mail:	andreas.schaeffler@klinik.uni-regensburg.de
Hausfunk:	1503
Literatur	
<u>AWMF Leitlinien:</u>	(keine)
<u>Internationale Leitlinien:</u>	(keine)
<u>Aktuelle Übersichtsartikel:</u>	Fricke G. et al. Scintigraphy for risk stratification of iodine-induced thyreotoxicosis in patients receiving contrast agent for coronary angiography: a prospective study of patients with low thyrotropin. JCEM 2004; 89: 6092-6098.

Empfehlungen ohne Gewähr, Verantwortung liegt bei behandelnder Ärztin/Arzt!