

# HYPERTHYREOSE NACH IODEXPOSITION

## 1.QUELLEN EXZESSIVER IODZUFUHR

**RADIOLOGIE:** Alle nierengängigen, gallengängigen und lipophilen Kontrastmittel z.B. zur CT, Angiographie, Urographie, Myelographie.  
(MR-Kontrastmittel enthalten kein Iod!)

**ALLGEMEINMEDIZIN:** Geriatrika, Sekretolytika

**NATURHEILKUNDE:** Viele Gesundheitstees sind stark iodhaltig  
(speziell Schafgarbe)

**NUKLEARMEDIZIN:** Prophylaxe und Therapie der Iod-Mangelstruma.  
Iodid bis 100 µg/die führt in der Regel nicht zur Hyperthyreose.

**KARDIOLOGIE:** Amiodarone (Cordarex), Koronarangiographie.

**CHIRURGIE, GYNÄKOLOGIE:** Iod-PVP (Betaisodona)

**AUGENHEILKUNDE:** Augentropfen (Katarakt, Glaukom)

**ZAHNHEILKUNDE:** Iodoform

## 2.WELCHE PATIENTEN SIND GEFÄHRDET?

1. Keine Iodapplikation vor Ausschluß einer Schilddrüsenautonomie bzw. Immunthyreopathie bei:
  - a. Strumapatienten, insbesondere Knotenstruma
  - b. allen Patienten mit Schilddrüsenanamnese
  - c. älteren Patienten
2. Nach Iodapplikation
  - a. immer an mögliche Hyperthyreoseentwicklung denken!
  - b. Kontrolle von Symptomatik, FT3, FT4, und TSH!
3. Keine Iodapplikation während der Therapie der Hyperthyreose
4. Wenn Iodapplikation **vor** exakter Schilddrüsendiagnostik unumgänglich ist:

prophylaktische Kombinationsbehandlung mit Perchlorat (Irenat) und ggf. Thiamazol (Favistan; siehe unten)

### **3. HYPERTHYREOSEPROPHYLAXE bei unumgänglicher Iodexposition:**

1. Blutabnahme zur Bestimmung von FT3, FT4 und TSH (basal) als Basiswert.
2. Initial 45 Tropfen Irenat 1 Stunde vor Applikation.
3. Nachfolgend Aufteilung von Perchlorat in 3 Einzeldosen:  
z.B. Irenat 3 x 15-20 Tropfen/die
4. Nach maximal einer Woche Kontrolle der Stoffwechselfparameter, bei deutlicher Verschiebung in Richtung Hyperthyreose Kombinationsbehandlung mit Thiamazol, ggf. bis 3 Wochen nach Iodapplikation.
5. Bei der Kombinationsbehandlung mit Irenat sind erhöhte Thiamazoldosen erforderlich: 40 mg - 220 mg/die (Iodid hebt die Wirkung von Thiamazol teilweise auf!)

Bei Iodexzeß durch Amiodarone (Cordarex) hält die Gefährdung bis 6 Monate nach Ende der Therapie an.

Für weitere Rückfragen steht Ihnen das ärztliche Personal der Abteilung Nuklearmedizin und des Schwerpunktes Endokrinologie gerne zur Verfügung.

Prof. E. Moser

Prof. M. Reincke