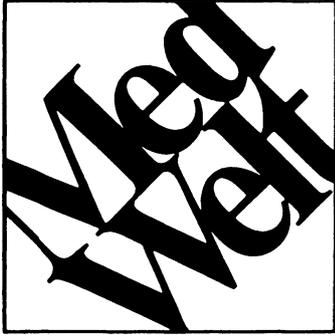


47400



# Die Medizinische Welt

Begründet von Franz Volhard

Schriftleitung:

Prof. Dr. E. Volhard, Prof. Dr. Dr. h. c. H. G. Lasch,  
Prof. Dr. Dr. h. c. P. Matis, Dr. F. Knüchel

**1-26/80**

**INHALTSVERZEICHNIS**

**SACHREGISTER**

**AUTORENREGISTER**

1. Halbjahr 1980

# Inhaltsverzeichnis



<b>Therapeutische Umfrage</b>	<b>Gibt es klare Präferenzen in der Therapie der Hyperthyreose zwischen chemischer Blockade der Hormonsynthese und der Behandlung mit Radiojod? – Therapy of hyperthyroidism: Are there clear preferences between chemical blockade of hormonal synthesis and radio-iodine therapy?</b> Antworten: H. Schatz; F. Schulz, K. Schöffling; P. C. Scriba; W. Waldhäusl <b>455</b>	<b>Die Medizinische Welt</b> Begründet von Franz Volhard <b>Schriftleitung:</b> <b>Prof. Dr. E. Volhard,</b> <b>Prof. Dr. Dr. h. c. H. G. Lasch,</b> <b>Prof. Dr. Dr. h. c. P. Matis,</b> <b>Dr. F. Knüchel</b>  Beirat: R. Ammon, Homburg K. M. Bauer, Rosenheim F. K. Beller, Münster H. E. Bock, Tübingen H. Boeminghaus, Düsseldorf E. Deutsch, Wien W. Dick, Tübingen A. Fleckenstein, Freiburg/Br. M. R. Francillon, Zürich W. Gerok, Freiburg/Br. G. Griesser, Kiel R. Gross, Köln W. H. Hauss, Münster F. Hoff, Frankfurt/M. F. Koller, Basel G. W. Korting, Mainz L. Koslowski, Tübingen H. Losse, Münster R. Marx, München R. Nissen, Basel H. Pflüger, Frankfurt/M. F. Rintelen, Basel J. W. Rohen, Erlangen W. Sandritter, Freiburg/Br. H. Schadewaldt, Düsseldorf H. Schmidt-Matthiesen, Frankfurt/M. P. Schölmerich, Mainz W. Staehler, Tübingen H.-H. Wieck (+), Erlangen H.-R. Wiedemann, Kiel E. Zeh, Karlsruhe E. A. Zimmer, Bern
<b>Fortbildung</b>	<b>Fettleibigkeit und soziale Situation (II) – Obesity and social state</b> Glatzel, H. <b>459</b>	
<b>Forschung und Praxis</b>	<b>Die verfeinerte Trigemini-Diagnostik – The extensive investigation of trigeminus</b> Reicke, N. <b>465</b>	
	<b>Postoperative Betreuung des Mammakarzinoms – Postoperative care of operated mamma carcinoma</b> Stickel, R. <b>470</b>	
	<b>Anwendung des Ultraschall-real-time-Verfahrens bei Punktion eines Perikardergusses – Ultrasound – controlled pericardicentesis using real-time-technique</b> Meyenburg, M., H. Paepfer, R.-D. Meyer <b>473</b>	
	<b>Pneumotosis cystoides intestinalis – Pneumotosis cystoides intestinalis</b> Filler, D., K. Schwemmler, D. Kirndörfer, U. Schoen <b>475</b>	
<b>Geburtsh.-gynäkol. Praxis</b>	<b>Schwangerschaftsunterbrechung durch Saugkürette im Vergleich zur konventionellen Metalkürette – Therapeutic abortion by suction-tube as opposed to conventional curettage</b> Schweppe, K. W., H. Wagner, F. K. Beller <b>479</b>	
<b>Das charakteristische Syndrom</b>	<b>Konnatales Cutis-laxa-Syndrom – Cutis laxa congenita syndrome</b> Wiedemann, H.-R., H. Dibbern <b>484</b>	
<b>Diskussion</b>	<b>Der Wandel der Auffassungen über Hölderlins Krankheit – war Hölderlin geisteskrank?</b> Bertaux, P. <b>486</b> Schadewaldt, H. (Diskussionsbemerkung) <b>487</b>	
	Report [97]	
	Aus der medizinischen Welt III	
	Lesen Sie heute IV	
	Inhaltsübersicht VI	
	Kurz und aktuell VIII	
	Kongreßkalender XVI	
	Nachrichten – Tagungen XXXI	
	Stichwörter XXXIII	

---

**Antwort: Prof. Dr. P. C. Scriba**

---

Gerade der internationale Vergleich zeigt, daß die Gepflogenheiten der Behandlung der Schilddrüsen-Überfunktion nicht ausschließlich auf rationalen Argumenten basieren. Rational wäre die Rücksichtnahme auf die vorbestehende Ausprägung der blanden endemischen Jodmangel-Struma in einem bestimmten Einzugsgebiet, welche zweifellos zu einer Begünstigung der Operationsindikation führt. Ebenfalls rational ist die Berücksichtigung der persönlichen Erfahrung der für die Struma-Chirurgie spezialisierten Chirurgen, des Nuklearmediziners oder des konservativ behandelten Internisten. Ohne wissenschaftliche Basis sind dagegen zum Teil beträchtliche Unterschiede in der Durchführung der Behandlung mit antithyreoidalen Substanzen, für deren Darstellung der Platz hier nicht reicht. In dem gegebenen Rahmen muß ich mich auf die Darstellung unserer eigenen Präferenzen beschränken unter Bezug auf die offizielle Stellungnahme der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (1) und Publikationen aus dem eigenen Arbeitskreis (2, 3).

Zunächst zu den **autonomen Adenomen der Schilddrüse**: Wir selbst lassen diese operieren, wenn keine allgemeine Op.-Kontraindikation besteht. Die Radiojodtherapie ist bei dieser Indikation zwar sehr erfolgreich, hinterläßt aber eine Narbe bzw. einen kalten Knoten. Eindeutig hyperthyreote Fälle, besonders diejenigen mit erhöhten Thyroxinwerten, werden kurzfristig, d.h. ca. drei Wochen, mit antithyreoidalen Medikamenten vorbehandelt, erhalten also  $3 \times 10$  mg Carbimazol oder  $3 \times 10$  bis 20 mg Methimazol bis zur Normalisierung der Thyroxinwerte.

Komplizierter ist die Situation bei der **Hyperthyreose vom Typ des Morbus Basedow** und auch bei den nicht sicher zuzuordnenden **hyperthyreoten Knotenstrumen**. Von August 1975 bis zum März 1979 wurden bei uns 201 autonome Adenome der Schilddrüse beobachtet und im gleichen Zeitraum 500 Hyperthyreosen mit/ohne Ophthalmopathie. Von letzteren wurden 41,6% zur Operation geschickt und zwar nach Vorbehandlung mit antithyreoidalen Medikamenten bis zur Euthyreose (s.o.). Dies ist ein höherer Prozentsatz als an anderen Orten, da bei uns auch der Morbus Basedow mit einer größeren Struma einhergeht und zwar wegen des allgegenwärtigen Jodmangels. Mit einer antithyreoidalen Langzeitmedikation wurden 27,2% der Patienten versorgt. Dies ist weniger als bei manchen Kollegen u.a. auch deshalb, weil wir das Risiko der medikamentösen Nebenwirkung im Sinne des Aplastischen Syndroms fürchten und weil die Rückfallhäufigkeit nach Beendigung der antithyreoidalen Therapie nach der Literatur 40 bis 50% ausmacht. Mit Radiojod wurden vom Nuklearmediziner 31,2% der Patienten behandelt; auch hier werden deutlich hyperthyreote Patienten mit erhöhten Thyroxinwerten vor der Radiojodtherapie mit antithyreoidalen Medikamenten zur Euthyreose gebracht, um kritische Exazerbationen nach Radiojodgabe zu vermeiden. — In der Durchführung der Radiojodtherapie drängen wir unseren Nuklearmediziner eher zu höheren Dosen, da wir eine allfällige Schilddrüsenhormon-bedürftige Hypothyreose für weniger kritisch halten als eine jahrelang nur unvollständig in Remission gebrachte Hyperthyreose. In der Durchführung der medikamentösen Langzeittherapie wird nach Erreichen der Euthyreose von der Initialdosis (z.B.  $3 \times 10$  mg Carbimazol täglich) auf eine Erhaltungsdosis von  $2 \times 5$  bis 10 mg Carbimazol zurückgegangen jetzt unter gleichzeitiger Zugabe von 50 (–100) µg Thyroxin pro Tag. Gelegentlich wird auch mit der antithyreoidalen Dosis behandelt, die den Patienten euthyreot hält, d.h. ohne Zugabe von Thyroxin. Die hohe, sog. suppressive Schilddrüsenhormon-Dosis, haben wir in diesem Zusammenhang nie eingesetzt.

Hinsichtlich der **Indikation** bei der Behandlung der Schilddrüsenüberfunktion vom Typ des Morbus Basedow richten wir uns im wesentlichen nach der Tabelle der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (1); auf die vor allem regional bedingte gewisse Bevorzugung der Operation hatte ich schon hingewiesen.

*Thyreostatika*

keine Struma  
kleine diffuse Struma ohne mechanische Symptome  
Gravidität  
Kinder  
schwere Formen und zur Vorbereitung der Operation oder Radiojodbehandlung (bei letzterer auch Intervalltherapie)  
Jodkontamination

*Operation*

große noduläre Struma  
Struma mit mechanischen Symptomen  
Struma mit kalten Bezirken im Szintigramm  
Gravidität  
Rezidive nach thyreostatischer Therapie (Kinder)

*Radiojod*

Alter > 40 Jahre  
keine Struma  
mittelgroße diffuse Struma  
Rezidive nach thyreostatischer oder operativer Therapie  
Kontraindikationen gegen Operation  
ausgeprägte Allergie gegen Thyreostatika

Tab. 1.: Bevorzugte Indikationen für die einzelnen Therapieformen bei diffuser Hyperthyreose, aus: Emrich, D. et al. (1).

Die Therapie der Hyperthyreose vom Typ des Morbus Basedow ist rein symptomatisch auf eine Beseitigung der Hyperthyreose oder ihrer Rezidive ausgerichtet. Bei bestehender endokriner Ophthalmopathie wird von uns von den genannten Indikationen nicht abgewichen, wobei wir auch in diesen Fällen Wert auf eine rasche Beseitigung der Hyperthyreose legen, um nötigenfalls die spezielle Therapie der endokrinen Ophthalmopathie anzuschließen.

**Literatur**

(1) Emrich, D., V. Bay, P. Freyschmidt, K. Hackenberg, J. Herrmann, A. v. zur Mühlen, C. R. Pickardt, C. Schneider, P. C. Scriba, P.