

DER FRAUENARZT

Bayerische Staatsbibliothek
Stelle für Pflichtstücke
Postfach 34 01 50
8000 München 34

* 014 150496

137



Herausgeber:
BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE E.V.

Präsident
und verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Armin Malter

Redaktion:
Dr. jur. R. Ratzel, Frau M. Schielein
Pettenkoflerstraße 35, D-8000 München 2,
Telefon (0 89) 5 32 84 32
Frau M. Barth, DEMETER VERLAG GmbH
Würmstraße 13, D-8032 Gräfelfing
Telefon (0 89) 85 20 33.

Geschäftsstelle:
Pettenkoflerstraße 35, D-8000 München 2
Telefon (0 89) 5 32 84 32
Telefax (0 89) 5 38 91 10

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
München, Kto.-Nr. 0 101 448 080,
BLZ 700 906 06; PschA Hamburg,
Kto.-Nr. 2830 00-202, BLZ 200 100 20.

Pressestelle: Sigrun Haibach
Lersnerstraße 40, D-6000 Frankfurt 1
Telefon (0 69) 55 06 51
Telefax (0 69) 5 96 24 51

Herausgeber:
**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE E.V.**

Präsident:
Professor Dr. H. Hepp
Direktor der Univ.-Frauenklinik
Klinikum Großhadern
Marchioninistraße 15, D-8000 München 70

Verantwortlicher Schriftführer:
Professor Dr. D. Berg, Chefarzt
der Frauenklinik, Klinikum St. Marien,
Mariahilfbergweg 7, D-8450 Amberg

Geschäftsstelle:
Pettenkoflerstraße 35, D-8000 München 2
Telefon: (0 89) 5 38 99 85
Telefax: (0 89) 5 38 92 32

Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben nicht unbedingt die Meinung der
Herausgeber wieder.

Alle Rechte, wie Nachdruck, auch von Abbil-
dungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag,
Funk, Tonträger und Fernsehsendungen sowie
Speicherungen in Datenverarbeitungsanlagen,
auch auszugsweise, behält sich der Verlag
vor, ebenso, nur Anzeigen zu veröffentlichen,
die Zielsetzung und Berufspolitik der
Herausgeber nicht widersprechen.

Der Bezugspreis für Mitglieder ist im
Jahresbeitrag enthalten.

Abonnement für Nichtmitglieder:
9 Hefte jährlich 153,- DM inkl. MwSt.,
zzgl. Versandkosten.

Die Bezugsdauer verlängert sich um ein
Jahr, wenn bis zum 30. 9. keine Abbestel-
lung zum Jahresende erfolgt ist.



DEMETER VERLAG GMBH
Gesellschafter: Therese Demeter, 51%;
Gertraud Buchner, 30%;
Karl J. Demeter, 19%; alle Gräfelfing

Geschäftsführer:
Therese Demeter, Gertraud Buchner
Würmstraße 13, D-8032 Gräfelfing
Telefon (0 89) 85 20 33,
Telefax (0 89) 8 54 33 47
Anzeigen: H. Krieger
Herstellung: M. Barth

HYPO-Bank, Konto-Nr. 131 520,
BLZ 700 200 01

Druck: Kastner & Callwey GmbH & Co.
D-8011 Forstinning

ISSN 0016-0237
USt.-IdNr.: DE 129324311

Editorial	3
Mitteilungen des BVF-Vorstandes	4
Elektronikversicherung für Verbandsmitglieder – spezielle Jahresprämie für Laptops	4
Interessante Urteile	4
Vorläufig keine Bezirke in Thüringen	4
Vitamin K-Prophylaxe bei Neugeborenen	5
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe	6
Beitrittserklärung/Änderungsmitteilung der Deutschen Gesellschaft	7
Statement Gynäkologische Radiologie	9
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Frage der Endoskopischen Operationen	9
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin – Unterwassergeburt	9
Ernährung und Stoffwechselfragen in der Schwangerschaft	
I. Jodversorgung für Schwangere	
a) Arbeitskreis Jodmangel stellt sich vor	10
b) Gute Jodversorgung für Schwangere besonders wichtig	11
c) Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft, P. C. Scriba	12
II. Diabetes in der Schwangerschaft	
Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft	
Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes	13
III. Vitamin- und Mineralstoffwechsel, K. Pietrzik	14
Vitamin-A-Teratogenität, H. K. Biesalski	19
IV. Empfehlung und Beratung Schwangerer hinsichtlich Stoffwechsel- und prophylaktischer Eisenmedikation, J. P. Kaltwasser	22
V. Toxoplasmose-Screening	23
Arbeitsgemeinschaften	24
Regionalgesellschaften	25
Deutsch-Ausländische Gesellschaften	26
Preise und Stipendien	29
Der Pressespiegel	34
Berufspolitik	
F. Funk	
Das Gesundheitswesen und besonders das Krankenhaus im Spannungsfeld „sozialer“ Politik	37
Ärztliche Rechtsfragen	
R. Ratzel	
Die Sterilisation der Frau – Zulässigkeit, Sonderlagen, Aufklärung, Haftung	46
Ch. Hülsmann	
Mehrlingsschwangerschaft und Fetozid im Lichte des Strafrechts	55
Ärztliche Fragen	
Th. Schwenzer, L. Beck	
Forensische Aspekte von Blasen- und Harnleiterverletzungen bei gynäkologischen Standardoperationen	63
K. Koppenhagen, R. Häring	
Stationäre und ambulante Thromboembolie-Prophylaxe	68
H. Wiencke	
Die dritte Lebensphase der Frau	
Prävention und Rehabilitation zur Erhaltung der Lebensqualität und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit	76
E. R. Weissenbacher, M. v. Khreninger, H. Hepp	
HIV-Infektion und materno-fetale Transmission	87
Das Bildzitat	90
Aspekte	
A. M. Josten: Die Arbeit der Hebamme als Essential für eine sichere Geburtshilfe	91
Steuer-/Finanzfragen	
H.-L. Dornbusch: Verbesserte Wohneigentumsförderung durch das StÄG 1992	93
EDV	
D. Kruczynski, P.-A. Hessler	
Gynäkologisch-operativ-Perinatologisches Informations-System – Gyn-o-Per OP-Buch	96
Aus Landesverbänden und Bezirksgruppen	99
Interessante Bücher	100
Kleinanzeigen	102
Personalia	103
Jahresinhaltsverzeichnis 1992	105
Tagungskalender	111
Formulare: Grüner Teil	117

Ernährung und Stoffwechselfragen in der Schwangerschaft

I. Jodversorgung für Schwangere

a) Arbeitskreis Jodmangel stellt sich vor

Jedes Jahr beschließt der Arbeitskreis ein Aktionsprogramm, in dem bestimmte Schwerpunkte gesetzt werden. Dabei wird angestrebt, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Frauen- und Kinderärzten, Internisten, praktizierenden Ärzten, Nuklearmedizinern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Ernährungswissenschaft und der forschenden Medizin Fortschritte bei der Verhütung des jodmangelbedingten Kropfes und der dadurch ausgelösten Folgeerkrankungen zu erreichen.

Der Arbeitskreis wendet sich jedoch nicht nur an die Fachwelt, sondern insbesondere auch an die Bevölkerung. Dabei werden schwerpunktmäßig wichtige Zielgruppen wie schwangere Frauen, aber auch Kindergärten und Schulen, durch Informations-, Lehr- und Unterrichtsmaterial sowie in Vorträgen angesprochen. Zur Erzielung einer größeren Breitenwirksamkeit sucht der Arbeitskreis den Kontakt zur Bevölkerung nicht zuletzt über Presse, Funk und Fernsehen und wendet sich mit Informationen und Fortbildungsveranstaltungen an die Ärzteschaft.

Neben der Beteiligung an Veranstaltungen werden Fachgebiete in ärztlichen Zeitschriften publiziert. Besondere Beachtung findet die Information der Institutionen, die sich mit der Gesundheitsvor- und -fürsorge befassen. So bestehen enge Kontakte zu Bundes- und Landesministerien, Gesundheitsämtern, Beratungsstellen u. a.

Der Arbeitskreis Jodmangel wird in seinem Bestreben, eine bessere Jodversorgung der Bevölkerung zu erreichen, von den verschiedensten Institutionen und Fachgremien unterstützt. Zu den einschlägigen wissenschaftlichen Gesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, der European Thyroid Association und dem International Council for Control of Iodine

Deficiency Disorders bestehen enge wissenschaftliche Kontakte.

Die Mitglieder des Arbeitskreises Jodmangel

Bereits in früheren Jahren haben sich Mitglieder der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie intensiv für die Beseitigung des Jodmangels eingesetzt.

Anfang 1984 erfolgte dann die Gründung des „Arbeitskreises Jodmangel“, um dem Kampf gegen den Kropf und seinen Folgeerscheinungen noch mehr Intensität und größere Breitenwirksamkeit zu geben. An der Gründung des Arbeitskreises waren neben Mitgliedern der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie auch das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sowie andere Fachgesellschaften beteiligt.

Der Arbeitskreis hat mit der „Interdisziplinären Jodkommission“ der ehemaligen DDR schon früher in engem fachlichen Kontakt gestanden. Nach der Wiedervereinigung wurden drei Mitglieder dieser Kommission in den Arbeitskreis aufgenommen. Nicht zuletzt dadurch soll sichergestellt werden, daß die bewährten Elemente der erfolgreichen Jodprophylaxe in Ostdeutschland erhalten bleiben. Die neue wirtschaftliche und gesundheitspolitische Situation erfordert dringend gemeinsame Anstrengungen. Die Mitglieder des Arbeitskreises Jodmangel sind Ernährungswissenschaftler und Mediziner, wobei sich der fachliche Bogen von der Theorie bis zur angewandten Wissenschaft erstreckt und die Ernährungsmedizin, Kinderernährung, Lebensmittelorschung, Pharmakologie und Toxikologie, Innere Medizin, Nuklearmedizin, Physikalische Medizin, Pädiatrie und Frauenheilkunde umfaßt.

Der Arbeitskreis wird durch eine Organisationsstelle unterstützt, die für die Planung und Durchführung der Aktionsprogramme zuständig ist.

Zur Sicherstellung einer hohen Effizienz und Arbeitsfähigkeit des Arbeitskreises und zur Vermeidung administrativer Belastungen wurde die Zahl der Mitglieder des Arbeitskreises limitiert.

Die Bundesrepublik Deutschland – ein Land des Jodmangels

Im Verlauf der geologischen Entwicklung, speziell in der Würm-Eiszeit, ist Jod aus dem Boden ausgeschwemmt und in die Meere transportiert worden. In der Bundesrepublik Deutschland sind Boden und Wasser daher jodarm. Die Jodarmut des Bodens führt zu jodarmen Lebensmitteln.

Der Mangel an Jod ist in der Bundesrepublik weit verbreitet. Als Folge entwickelt sich häufig ein Kropf, der allerdings nicht immer deutlich in Erscheinung tritt. Bereits bei 1–6 Prozent der Neugeborenen wird in den alten Ländern der Bundesrepublik eine krankhafte Vergrößerung der Schilddrüse beobachtet. In Ostdeutschland war der Prozentsatz noch höher, konnte jedoch durch die Verbesserung der Jodversorgung drastisch reduziert werden.

Bei Schulkindern ist die Kropfhäufigkeit mit 30–40 Prozent besonders hoch. Praktisch alle Kröpfe sind in der Bundesrepublik durch Jodmangel bedingt.

Das Auftreten des Kropfes ist nur die Spitze eines Eisberges. Kropf stellt nicht nur ein kosmetisches Problem dar: Die Vergrößerung der Schilddrüse ist eine Krankheit mit ernstesten Risiken. Der Mangel an Jod kann darüber hinaus Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern verursachen, die sich nicht nur auf den körperlichen Bereich, sondern auch auf die geistige Entwicklung auswirken. Bei Jodmangel können die Hormone der Schilddrüse nicht in ausreichendem Umfang gebildet werden, da der „Baustoff“ Jod nicht in genügenden Mengen vorhanden ist.

Vorsorge durch gezielte Aufklärung

Der durch die geologische Entwicklung bedingte Jodmangel in der Nahrung ist,

wie auch Erfahrungen in unseren Nachbarländern gezeigt haben, kein unabwendbares Schicksal. Dort wird erfolgreich dafür gesorgt, daß das in der Nahrung fehlende Jod auf anderen Wegen, insbesondere durch eine Anreicherung im Kochsalz, zugeführt wird.

Seit einer Reihe von Jahren ist es auch in der Bundesrepublik Deutschland möglich, jodiertes Speisesalz im Handel zu erwerben. Seit Mitte 1989 darf es über die Verwendung im Haushalt hinaus auch für die industrielle Herstellung von Lebensmitteln und für die Zubereitung von Mahlzeiten in Gaststätten und Einrichtungen zur Gemeinschaftsverpflegung verwendet werden. Mit dieser Freistellung kam die Bundesregierung einem dringenden Anliegen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes nach.

Der Kauf von jodiertem Speisesalz und Lebensmitteln, die mit Jodsalz hergestellt sind, beruht jedoch ebenso wie die Verwendung im Haushalt nach wie vor auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Der Arbeitskreis Jodmangel hat sich daher das Ziel gesetzt, über den bestehenden Jodmangel aufzuklären und über die gegebenen Abhilfemöglichkeiten einschließlich der Verwendung von Jodidtabletten zu unterrichten.

Darüber hinaus beschäftigt sich der Arbeitskreis mit wissenschaftlichen Fragestellungen, insbesondere mit der Analyse des Jodmangels im nationalen und internationalen Bereich, mit den durch Kropf und Jodmangel ausgelösten Ge-

sundheitsstörungen und Leistungseinbußen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt beim Studium der Wirksamkeit der Maßnahmen, die zu einem Ausgleich des Jodmangels führen können.

Namen und Anschriften

Prof. Dr. sc. med. MANFRED ANKE
Wissenschaftsbereich Tierernährungschemie, Universität Leipzig

Doz. Dr. sc. med. KARLHEINZ BAUCH
1. Klinik für Innere Medizin,
Bezirkskrankenhaus Friedrich Wolf,
Chemnitz

Prof. Dr. med. OTTO BELLMANN
Krankenanstalten „Florence Nightingale“,
Frauenklinik, Düsseldorf

Prof. Dr. med. DIETER EMRICH
Abt. Nuklearmedizin,
Georg-August-Universität, Göttingen

Prof. Dr. med. WOLFGANG FORTH
Walther Straub-Institut für Pharmakologie
und Toxikologie, Ludwig-Maximilians-
Universität, München

Prof. Dr. med. vet.
WALTHER HEESCHEN
Institut für Hygiene der Bundesanstalt für
Milchforschung, Kiel

Prof. Dr. med. FRANZ A. HORSTER
Innere Medizin und Nuklearmedizin
der Medizinischen Universitäts- und
Poliklinik, Düsseldorf

Prof. Dr. agr. DIETER HÖTZEL
Institut für Ernährungswissenschaft
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-
Universität, Bonn

Prof. Dr. med. FRIEDRICH MANZ
Forschungsinstitut für Kinderernährung,
Dortmund

Prof. Dr. sc. med. WIELAND MENG
Klinik für Innere Medizin,
Ernst-Moritz-Armdt-Universität,
Greifswald

Prof. Dr. med. GÜNTHER PAHLKE
Abteilung Ernährungsmedizin,
Bundesgesundheitsamt, Berlin

Prof. Dr. med. C. RENATE PICKARDT
Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-Universität,
München

Prof. Dr. med. PETER C. SCRIBA
Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-Universität, München

Prof. Dr. med. PETER STUBBE
Kinderklinik und Poliklinik der
Georg-August-Universität, Göttingen

Prof. Dr. med. GÜNTHER WOLFRAM
Institut für Ernährungswissenschaft der
Technischen Universität, München

Anschrift
Arbeitskreis Jodmangel,
Organisationsstelle,
Postfach 1541, 6080 Groß-Gerau 1,
Tel. 06152/40021

b) Gute Jodversorgung für Schwangere besonders wichtig

Fehlgeburt als Folge von Jodmangel – Experten empfehlen: eine Jodidtablette täglich zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind

In der Schwangerschaft ist eine ausreichende Jodversorgung besonders wichtig. Denn bei Jodmangel treten Fehlgeburten etwa dreimal häufiger auf als bei ausreichender Jodversorgung.

Unter einem Jodmangel der Mutter muß aber auch bereits das Ungeborene leiden: Wegen Jodmangels ihrer Mütter kommen deshalb manche Babys bereits mit einem Kropf zur Welt; in einigen Regionen Deutschlands sind dies bis zu sechs Prozent und mehr. Jede Schwangere in Deutschland sollte deshalb täglich 200 Mikrogramm Jodid in Tablettenform einnehmen, empfahl Professor Dr. Peter

C. Scriba, Medizinische Universitätsklinik München, beim 49. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin.

Durch diese Jod-Ergänzung unserer jodarmen Ernährung läßt sich verhindern, daß ein Baby schon mit einem Kropf geboren wird. Zugleich wird dadurch die Schilddrüse der Mutter vor einer Kropfbildung oder Funktionsstörung während der Schwangerschaft geschützt. Wichtig ist die zusätzliche Jodzufuhr vor allem auch deshalb, weil der Bedarf an Jod als Baustein für die Schilddrüsenhormone während einer Schwangerschaft erhöht ist und zugleich vermehrt Jodid über die Nieren ausgeschieden wird. Fehlt dieses Spurenelement oder steht es nicht in genügender Menge zur Verfügung, kann

dies die Ursache dafür sein, wenn der Hals bei sehr vielen Frauen während einer Schwangerschaft „dicker“ wird. Ihre jodhungrige Schilddrüse unternimmt auf diese Weise den vergeblichen Versuch, durch Vergrößerung mehr Hormone produzieren zu können.

Frauen mit bereits vergrößerter Schilddrüse (med.: Struma) und Frauen mit Schilddrüsenkrankheiten sollten während einer Schwangerschaft ärztlich überwacht werden, gegebenenfalls ist eine spezielle Behandlung notwendig.

Dazu erklärte Professor Scriba auf dem Gynäkologenkongreß: Eine Schilddrüsenunterfunktion muß während der Schwangerschaft durch die Gabe von Schilddrüsenhormon an die Mutter behandelt werden. Zusätzlich sollte die Frau für das

gesunde Wachstum ihres Kindes jedoch ebenfalls täglich 200 Mikrogramm Jodid erhalten. [Bei Frauen mit bereits vergrößerter Schilddrüse, jedoch noch normaler (euthyreoter) Schilddrüsenfunktion, sollte eine bereits eingeleitete Behandlung während der Schwangerschaft fortgesetzt werden; auch hierbei ist jedoch die Gabe von 200 Mikrogramm Jodid pro Tag erforderlich.] Eine erst während der Schwangerschaft erkannte Schilddrüsenvergrößerung ohne Funktionsstörungen sollte für die Dauer der Schwangerschaft nur mit 200 Mikrogramm Jodid/Tag behandelt werden.

Grundsätzlich sollten alle Schwangeren täglich 200 Mikrogramm Jod erhalten.

Diese zusätzliche Jodzufuhr durch Jodidtabletten sollte auch nach der Entbindung für die Dauer der Stillzeit fortgesetzt werden, damit der Säugling über die Muttermilch ausreichend Jod erhält. Kinder, die nicht gestillt werden, erhalten inzwischen über die in Deutschland angebotene Baby-Nahrung genügend Jod.

Darüber hinaus ist wichtig, daß auch Schwangere und stillende Mütter zur Sicherung der Jodversorgung im Haushalt und bei Tisch nur jodiertes Speisesalz verwenden und beim Einkauf Lebensmittel (z.B. Brot und Backwaren, Wurst und Fleischwaren) bevorzugen, bei deren Herstellung Jodsalz verwendet wurde.

Jodmangel und eine dadurch ausgelöste Unterfunktion der Schilddrüse kann übrigens auch die Ursache dafür sein, wenn eine Frau nicht schwanger wird, obwohl sie sich sehnlichst ein Kind wünscht. Dies ergab eine Langzeitstudie an über 500 vermeintlich unfruchtbaren Frauen. Deshalb ist es wichtig, daß bereits vom Kindesalter an über die Nahrung ausreichend Jod aufgenommen wird. Neben jodiertem Speisesalz, das nach den Empfehlungen des Arbeitskreises Jodmangel, Bonn, in allen Haushalten, Großküchen und der Lebensmittelindustrie verwendet werden sollte, tragen zur Jodversorgung ferner noch Seefische und Milch bei.

c) Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft

P.C. SCRIBA

Die schilddrüsengesunde Schwangere sollte täglich 200 µg Jodid einnehmen. Diese Ergänzung unserer jodarmen Ernährung vermeidet einen fetalen Jodmangel und damit den Neugeborenenkropf. Zugleich ist die mütterliche Schilddrüse gegen die strumigene (kropferzeugende) Wirkung des erhöhten Jodbedarfs in der Schwangerschaft geschützt.

Es wäre ein ganz wesentlicher Beitrag zur Kropfprophylaxe, wenn erreicht würde, daß alle Schwangeren täglich 200 µg Jodid erhalten, und zwar in der ganzen Bundesrepublik von Nord bis Süd und West bis Ost.

Für die Schilddrüsenkranken in der Schwangerschaft gilt folgendes:

Der sichere Ausschluß einer Schilddrüsenfunktionsstörung gelingt am zuverlässigsten durch die sensitive Bestimmung des basalen TSH (schilddrüsenstimulierenden Hormons). Der TRH-Test ist nicht erforderlich. Wenn das basale TSH suprimiert ist, muß ein Schilddrüsenhormonüberschuß durch Bestimmung der

freien Schilddrüsenhormone nachgewiesen werden.

Eine *Schilddrüsenunterfunktion* wird am erhöhten basalen TSH erkannt. Sie muß während der Gravidität durch Gabe von Schilddrüsenhormon an die Mutter substituiert werden. Diese Schilddrüsenhormongabe ist erforderlich und soll den basalen TSH-Wert normalisieren. Die Mutter sollte zusätzlich die üblichen 200 µg Jodid erhalten, und zwar für den Feten.

Die *Schilddrüsenüberfunktion* in der Schwangerschaft ist eine Behandlungsindikation für eine möglichst niedrig dosierte antithyreoidale Medikation ohne zusätzliche Schilddrüsenhormongabe.

Bei *vorbestehender Struma* mit bekannter euthyreoter Funktion sollte eine bereits eingeleitete Behandlung, heute bevorzugt mit Jodid, gegebenenfalls auch mit Thyroxin, prinzipiell fortgesetzt werden. Auch hier ist die Gabe von 200 µg Jodid pro Tag erforderlich.

Eine *neu erkannte Struma* mit Euthyrose sollte vorsichtshalber nur mit 200 µg Jodid

pro Tag behandelt werden, solange die Schwangerschaft besteht. Die höhere Jodiddosierung wird vermieden, um die noch unreife Autoregulation des Jodstoffwechsels in der fetalen Schilddrüse zu schonen.

Die *Post-Partum-Thyreoiditis* ist eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse. Man findet eine lymphozytäre Infiltration und eine verminderte Speicherung von Nukliden wie Technetium. Die Erkrankung tritt bei etwa fünf Prozent aller Schwangeren innerhalb des ersten Jahres nach der Entbindung auf. Meist besteht nur eine leichte vorübergehende Störung der Schilddrüsenfunktion, bevorzugt bei Patienten mit Schilddrüsenautoantikörpern im Blut. Eine medikamentöse Behandlung dieser spontan sistierenden Erkrankung ist meist nicht erforderlich.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Peter C. SCRIBA
Medizinische Klinik
Klinikum Innenstadt der Universität München
Ziemssenstraße 1
D-8000 München 2