

TRH-Test

Prüfung der thyreotropen Partialfunktion des Hypophysenvorderlappens

Indikation

- Ausschluss eines isolierten TSH-Mangels
- Überprüfung der thyreotropen Partialfunktion der Hypophyse
- Differenzierung zwischen sekundärer und tertiärer Hypothyreose
- Differenzierung zwischen Schilddrüsenhormonresistenz und autonomer TSH-Sekretion (Tumor)

Kontraindikation

- Vorsicht bei bekannter Epilepsie, Asthma bronchiale und Hypophysenmakroadenom

Durchführung

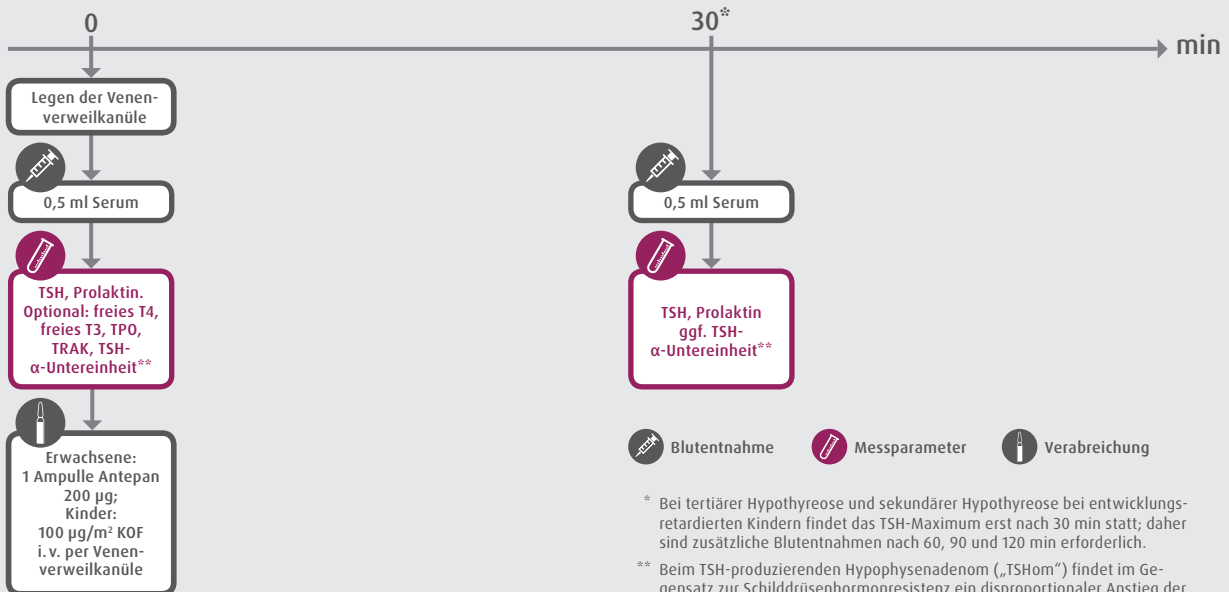
1. Patientenvorbereitung

- Durchführung zu jeder Tageszeit möglich, Patient muss nicht nüchtern sein.
- Vor dem Test kein L-Thyroxin einnehmen. Diese Medikamente sind unbedingt mitzubringen, um sie nach der Untersuchung einnehmen zu können.

2. Testvorbereitung

Röhrchenbeschriftung: 0 min, 30 min

3. Testdurchführung



4. Patientennachbehandlung

Keine

6. Probentransport

Postversand möglich

5. Präanalytik

Keine Besonderheiten

Nebenwirkungen

- Kurzfristiger Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen
- Blasendruck, Hitze- u. Kribbelgefühl, heißer Kopf, Flush
- Krampfanfall bei Kindern mit Epilepsie oder Krampfneigung
- Einzelfälle von Hypophysenapoplex, z. B. bei Patienten mit Hypophysenmakroadenomen (Diplopie, Sehstörungen, Kopfschmerzen)

Testprinzip

TRH bindet an die spezifischen Rezeptoren der thyreotropen Hypophysenvorderlappenzellen, dadurch kommt es zur vermehrten Synthese und Sekretion von TSH und Prolaktin.

Beurteilung

- Der TSH-Anstieg sollte mindestens 2,5 mU/l betragen.
- TSH-Anstieg zwischen 2,5 und 25 mU/l: Euthyreose.
- TSH-Anstieg < 2,5 mU/l: sekundäre Hypothyreose, subklinische Hyperthyreose.
- TSH-Anstieg > 25 mU/l: Schilddrüsenhormonresistenz (überhöhte Stimulierbarkeit).

Autor:

Dr. med. Ralph Decker, Ph. D., FECSM, Limbach Gruppe

Literatur:

1. Partsch C-J, Holterhus P-M, Mönig H et al.: Endokrinologische Funktionsdiagnostik. 7. überarbeitete Auflage, Schmidt & Klaunig, Kiel 2011.
2. Lehnert H, Mönig H: Dynamische Funktionstests in der Endokrinologie und Diabetologie. In: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (Hrsg.): Rationelle Diagnostik und Therapie in Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel. Thieme, 4. Auflage, Stuttgart/New York 2014: Kapitel 21.2.4.
3. Prieto-Tenreiro A, Diaz-Guardiola P: Isolated idiopathic central hypothyroidism in an adult, possibly caused by thyrotropin-releasing hormone (TRH) deficiency. Hormones (Athens), Apr/Jul 2010; 9 (2): 176–180.
4. Szabolcs I, Kesmarki N, Bor K et al.: Apoplexy of a pituitary macroadenoma as a severe complication of preoperative thyrotropin-releasing hormone (TRH) testing. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1997; 105 (4): 234–236.
5. Chaidarun SS, Klibanski A: Gonadotropinomas. Semin Reprod Med, Nov 2002; 20 (4): 339–48.

Stand: September/2016

Ihr Ansprechpartner:
Dr. med. Andreas Krebs
Fachbereich Endokrinologie
 E-Mail: a.krebs@mvz-clotten.de
 Telefon: +49 761 31905-184