
Subject: Immer noch Haarausfall - Viele Werte und mein Krankheitsbild - Bitte um Analysehilfe :)

Posted by [nera78](#) on Fri, 24 Nov 2006 17:19:11 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo,

ich habe vor vielen Monaten schon mal hier ein paar Werte gepostet. Leider habe ich immer noch Haarausfall und es wachsen auch nicht so viele Haare nach, wie ausfallen... man sieht so langsam aber sicher einen immer breiter werdenden Scheitel:

Ich war mittlerweile bei vielen Ärzten und habe massig Werte zusammengetragen. Der Endokrinologe hat eine latente hyperprolaktinämie, sowie eine latente schilddrüsenunterfunktion festgestellt und daraufhin eine suppressive Therapie mit L-Thyroxin eingeleitet, die bei 25ug anfang. Mittlerweile nehme ich 75

Außerdem hatte ich sehr niedrige Eisenwerte und einen leicht niedrigen Seelen wert, dafür nehme ich schon über Monate Ferrosanol und Seelntabletten. Außerdem nehme ich noch eine Centrum Multivitamin-tablette, Biotin 5mg, Vitamin E und ab und eine Kapsel Priorin am Tag. Außerdem nehme ich die Hautpille Belara

Ich hatte über Jahre hinweg eine leichte Bulemie (nie täglich.. mehr in wochen, monatsabständen, die aber seit 2 Jahren unter Kontrolle ist. Vor ca. 1.5 Jahren habe ich auch die Pille gewechselt, vielleicht hat das was damit zu tun.

Beim Hautarzt wurden eine Haarwurzeluntersuchung gemacht, jedoch ohne Befund. Nachdem ich nun schon Monate lang Tabletten nehme, sowie NEMs etc... wird der Haarausfall einfach nicht besser...

Generell leide ich unter Stress, die letzten 1.5 Jahre waren recht anstrengend. Der Hautarzt hat nun gesagt, das ich Regaine nehmen soll.. Ich zögere jedoch, weil dies ja auch keine Ursachenbekämpfung ist..

Vielleicht kann sich einer von Euch spezis ja mal meine "vielen" Werte zu gemüte führen und mir eine Tipp oder Anhaltspunkte geben...

Ich bin äußerst Dankbar für jede Hilfe.

Eure Nera

Hausarzt:

Eisenwerte

ferritin: 61,7 ng/ml - Normbereich 30-400, Vorbefunde: 41,4 (11.07.06), 26,8 (20.01.06)

transferrin: 236 mg/dl - Normbereich 200-360, Vorbefund: 206 (20.01.06)

transferrin sättigung eisen: 100 ug/dl - Normbereich 37-145, Vorbefund: 109 (20.01.06)

transerrin sättigung: 30% - Normbereich 16-45, Vorbefunde: 38 (20.01.06)

Schilddrüsenwerte

FSH basal 0,87 mU/l - Normbereich 0.27-4,2, Vorbefunde: 1,74 (11.07.06), 1,64 (9.05.06), 1,10 (13.03.06)

fT3 3.2 pg/ml - Normbereich 2,57-4,43, Vorbefunde: 2,8 (11.07.06), 2,6 (09.05.06), 2,6 (13.03.06)

fT4 1,5 ng/ml - Normbereich 0,93-1,7, Vorberunde: 1,1 (11.07.06), 1,1 (09.05.06), 1.0 (13.03.06)

Bultbild generell:

Eisenstoffwechsel 107 ug/d - N 49-151

Erythrozyten: 4.00 /pl - N 4.20-6.20

Hämoglobin: 12.5 g/dl - N 12.0-18

Hämoglobin: 12,7 g/dl - N 12.0-18

Hämatokrit 35,3 % - N 37-54

MCV 88,3 fl - N 83 -93

MCH 31.3 pg - N 28-32

MCHC 35.4 g/dl - N 32-36

EVB 12.5 % - N 11.5 -14

Thrombozyten 268 /nl - N 150-440

Leukozyten 4.0 /nl - N 4.0 - 9.4

Leuko (perox) 4.5 /nl - N 4.0 - 9.4

Neutrophile 49,4 % - N 41.2 - 70

Lymphozyten 38,4 - N 22.4-47

Monozyten 3.5 - N 0,7-9,3

Basophile 1,7 - N 0.2-1.2

Eosinophile 4,8 - N 0.8-6.2

LUC 2.2 % - N <4

Vitamin B1 - 50 ug/l (Norm 20-60)

Vitamin B6 - 24.9 ug/l (Norm 3.6-18)

Vitamin B12 – 482ng/l (Norm 197-866)

Folsäure >20.0 (Norm 3.1-17.5)

Selen - 76 (Norm 74-139)

Hormonspiegel / Frauenarzt

FSH - 6.4 (Norm 2.9-12.0)

LH - 3.1 (Norm 1.5-8.0)

LH/FSH Quotient – 0.48 (Norm 0.8-2.0)

Östradiol – 88,6 (Norm 16-141)

Progesteron – 0.8 (Norm 0.1-1.4)

Prolaktin - 19,9 (Norm 2.7 – 20), Vorbefund: 49,5

Testosteron - 0.5 (Norm 0.1-0.7)

DHEA – Sulfat – 1.5 (Norm 0.8-3.Cool)

17-OH Progesteron basal – 1.8 (Norm 1.3 – 4.3)
Androstendion – 3.4 (Norm 0.5 -5.1)
TSH basal – 3.0 (Norm 0.3 – 2.5)

Spezielle Schilddrüsenuntersuchung Endokrinologe:

FT4 1,1 ng/dl (Norm 0,8-1,9)
FT3 2,7 pg/dl (Norm 1,5-4,7)
TSH basal 1,7 u/ml (Norm 0,2-2,5)
TRH 22,8 u/ml (Norm 2,5-25,5)
TPO Antiörper negativ
TSH rezeptor Antikörper negativ

unter 25 ug L-Thyroxin/die

Laktotrope Funktion:

Prolaktin basal mit 6ng/ml im Normbereich, nach TRH-Gabe überschießender Anstieg auf 64ng/ml (Norm 50-55)

Klinischer Untersuchungsbefund:

Halsumfang 30cm, Keine Strüma, Hautnormal temperiert, Puls 76 Ruhe, regelmäßig

Schilddrüsen Sonogramm:

Das Volumen des rechten Lappens beträgt 2,5ml, das des linken 2,9ml Leicht hypodense fein granulierte Struktur

Beurteilung:

Die latente Hyperprolaktinämie hat sich im Verlauf etwas gebessert. Ich empfehle die suppressive Thyroxin-Therapie zumindest auf 50-75 ug täglich anzuheben.

Erste Endokrinologische Untersuchung:

Bericht vom Endo:

Fragestellung:

Fragliche Prolaktin Erhöhung

Anamnese:

Zyklusanomalien bestehen nicht

Galaktorrhoeineigung sei nie aufgetreten, keine Neigung zu Weichteilschwellungen oder Kopfschmerzen, Leistungsfähigkeit nur mäßig, ebensowenig Hautbräunung, 50g L-Thyrosin

Klinischer Untersuchungsbefund:

168cm, 64kg, keine Gesichtsfeldeinschränkung, etwas blasse Haut mit deutlich hirsuter Prägung und einer Alopezie in der Hauptmitte
Puls 80Min. RR 120/80mmHg

Laboruntersuchungen:

Thyreotrope Funktion: Unter o.g. Therapie normaler FT4-Wert von 1,2 ng/dl bei regelrechtem FT3-Wert von 3,0pg/ml. TSH basal mit 0,5 uE/ml im Normbereich mit regelrechtem Anstieg auf 8,2 uE nach TRH Stimulation.

Laktotrope Funktion:

Normaler Prolaktin-Basal-Wert von 14,9 ng/ml, nach TRH Stimulation überschießender Anstieg auf 110ng/ml

Gonadotrope Funktion:

Vereinbar mit der Lutealphase Östradiol 122pg/ml, Testosteron mit 39 ng/dl eher niedrig, LH 5,9 mE/ml, FSH ebenso regelrecht mit 3,0 mE/ml, nach LH-RH Stimulation jedoch deutliche Dissoziation der Gonadotropin_Sekretion mit überschießendem LH-Anstieg auf 60,4 mE/ml und subnormalem FSH-Anstieg auf 8,4mE/ml.

Kortikotrope Funktion:

ACTH basal mit 13pg/ml im Normbereich, ebenso Serum Cortisol mit 10,1 ug/dl bei normalem DHEA-S von 105ug/dl und unauffälligem 17-OH-Progesteron und 17- α -H-Pregnenolon-Basal-Wert

Weiter untersucht und normal waren: Biotin i.S., Zink i.S. Beta HCG, Alpha 1-Fetoprotein, Ferritin i.S. erniedrigt auf 17,4 ug/l.

Beurteilung:

Eine manifeste Hyperprolaktinämie besteht nicht, nur eine latente Hyperprolaktinämie. Deswegen wurde die suppressive Therapie mit Thyroxin eingeleitet. Ich empfehle die Dosis auf 100ug L-Thyroxin täglich zu erhöhen.

Ferner ist eine deutliche Dissoziation der Gonadotropin-Sekretion nachweisbar, welche die Entwicklung eines polyzystischen Ovarsyndroms bahnen könnte. Falls bei der Patientin kein Kinderwunsch besteht, empfehle ich eine ovarial-suppressive Therapie, auch um spätere Fertilität zu erhalten., z.b. Petibelle nach fachgynäkologischer Weisung.