

Prolaktin (PRL)

M: 1 ml Serum, kein Plasma !

N: E: 5 - 16 ng/ml

Ss: 1. Trim. (13 Wo) 5 - 75 ng/ml

2. Trim. (26 Wo) 20 - 200 ng/ml

3. Trim. (39 Wo) 80 - 300 ng/ml

K: präpubertär

5 Tage 102 - 496 ng/ml

2 - 12 Mon 5,3 - 63,3 ng/ml

2 - 3 Lj 4,4 - 29,7 ng/ml

4 - 11 Lj 2,6 - 29,7 ng/ml

postpubertär

m: 12 - 13 Lj 2,8 - 24,0 ng/ml

14 - 18 Lj 2,7 - 16,1 ng/ml

w: 12 - 13 Lj 2,5 - 16,9 ng/ml

14 - 18 Lj 4,2 - 39,0 ng/ml

Bew. path. Bef.:

Erst nach Vorliegen von 3 patholog.
erhöhten Werten ist eine diagnostische

Bewertung erlaubt:

17 - 25 ng/ml: Übergangsbereich

25 - 60 ng/ml: Manifeste Hyperprolaktin-
ämie „mäßiggradig“

60 - 150 ng/ml: V. a prolaktinsezernierenden
Hypophysentumor, [Rö: Sella]

> 150 ng/ml: Hinweis auf prolaktinsezer-
nierenden Hypophysentumor.

T: CIA; Testvol. 25 µl

I: F: Anovulation, Amenorrhoe, Galaktorr-
torrhoe. Bei jungen Mädchen mit
Mamma-Hyperplasie.

In der Ss: V. a. „Schwangerschafts-
hypophyse“ (Kopfschmerzen, Gesichts-
feldeinschränkung), insbes. bei schon
bekanntem Hypophysenadenom.

Ggf. Kontrolle einer Piracetam-Therapie
bei Gynäkomastie.

M: Visusstörungen (V. a. Prolaktinom),
Libido-u. Potenzstörungen, Gynäko-
mastie und/oder Galaktorrhoe.

K: DD bei Hypophysenvorderlappeninsuff.,
Hypophysentumoren, Hypogonadismus
(Pubertas tarda)

E: (F: Um den 20. bis 22. Zyklustag)

Blutentnahme zwischen 8 und 9 Uhr am
nüchternen Pat., Streß vermeiden.

Absetzen von Psychopharmaka und Hyper-
tensiva, da diese evtl. eine Hyperprolaktin-
ämie verursachen können.