

PTH intakt

Parameter: PTH intakt

Einheit: pg/ml

Methode: Chemilumineszenzimmunoassay

Referenzbereich:	Kein Referenzbereich für Kinder ermittelt (Erwachsene: 18,5-88 pg/ml)	bis 15	Jahre
	18.5 - 88	ab 16	Jahre

Quelle Referenz: Siemens

Dauer/Frequenz: 1 Stunde / mehrmals täglich (Montag bis Freitag)

Probenmaterial: Serum

Probenvolumen: 25 µl Serum; primär mind. 0,4 ml Vollblut

Präanalytik: Intaktes PTH ist instabil; Probe daher rasch ins Labor schicken.

Stabilität: Serum 8 Stunden bei Raumtemperatur, 8 Stunden bei 4°C, 1 Monat bei -20°C
Plasma 24 Stunden bei Raumtemperatur, 14 Tage bei 4°C, -20°C nicht empfohlen

Indikation: V.a. primären oder sekundären Hyperparathyreoidismus, Differenzialdiagnostik von Hyper- bzw. Hypokalzämien, Beurteilung des Knochenstoffwechsels, intraoperative Messung bei Entfernung eines hormonbildenden Tumors, Malabsorptions-Syndrom, chron. Niereninsuffizienz, (Nephrolithiasis und -kalzinose)

Klinische Info: Bildung in der Nebenschilddrüse. Im Plasma wird PTH in ein N-terminales (Aminosäure 1-34) und ein C-terminales (Aminosäure 35-84) Peptid gespalten. Nur das N-terminale Peptid ist biologisch aktiv, es besitzt eine Halbwertszeit von <10 Minuten. PTH und seine Abbauprodukte werden primär über die Niere ausgeschieden. PTH bewirkt zusammen mit 1,25-Dihydroxyvitamin D die Mobilisierung von Ca und P aus dem Knochen, steigert die Ca-Resorption im Darm und die P-Ausscheidung über die Niere. Regulierung über Ca und 1,25-Dihydroxyvitamin D (hohe Konzentrationen hemmen, niedrige fördern die Sekretion).

Interpretation: Erhöhte Werte:
Primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus, chronischer Niereninsuffizienz, Pseudohypoparathyreoidismus, paraneoplastisch (sehr selten)
Erniedrigte Werte:
Hypoparathyreoidismus, hyperkalzämische Tumoren, Vitamin-D-Überdosierung

Letzte Änderung: 24.06.2024