

Endokrinologie Informationen

Mitteilungen der
Deutschen Gesellschaft
für Endokrinologie

31. Jahrgang, Heft 5/2007

Schriftleitung:
Hubertus Jarry, Göttingen



Notizen

91 Gemeinsam für die Biowissenschaften: der neue VBIO

Aus den Sektionen/Arbeitsgemeinschaften

93 Mitgliederversammlung des Committee of National Societies (CNS) der Internationalen Osteoporosestiftung (International Osteoporosis Foundation, IOF)

94 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des 7. Kongresses über Klinische und Ökonomische Aspekte der Osteoporose und Arthrose (ECCEO) in Porto

Preise

97 Nuklearmedizinische Forschungspreise

Personalia

97 Results of the ESE Elections

98 **Veranstaltungskalender**

Pharma – Ecke

101 Medikamentöse Primärtherapie der Akromegalie als Alternative zur Operation

102 Pressemitteilung: 5. Münchener Schilddrüsensymposium

103 Testosteronmangel: Risikofaktor für das metabolische Syndrom?



J.A. Barth

Gremien der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

Vorstand

Präsident:
Prof. Dr. Thomas Gudermann, Marburg
Vize-Präsident:
Prof. Günter Emons, Göttingen
Vize-Präsident:
Prof. Dr. Andreas Pfeiffer, Berlin
Sekretär und Schatzmeister:
Prof. Dr. Martin Grußendorf, Stuttgart
Berufspolitische Fragen:
Priv.-Doz. Dr. Reinhard Finke, Berlin
Mediensprecher:
Prof. Dr. Harald Klein, Bochum
Schriftleiter Endokrinologie-Informationen:
Prof. Dr. Hubertus Jarry, Göttingen
Tagungspräsident 2007:
Prof. Dr. Michael Buchfelder, Erlangen
National Co-Chair POC of the European Congress of Endocrinology 2008:
Frau Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich, Berlin
Tagungspräsident 2009:
Prof. Dr. Reinhard Bretzel, Gießen

Kommission Hormontoxikologie

Sprecher:
Prof. Dr. A. Pfeiffer, Potsdam
Beirat:
Prof. Dr. H. Behre, Halle
Prof. Dr. W. Braendle, Hamburg
Prof. Dr. G. Emons, Göttingen
Prof. Dr. B. Hoffmann, Gießen
Prof. Dr. V. Höllt, Magdeburg
Prof. Dr. H. Klein, Bochum
Prof. Dr. S. Matthaei, Quakenbrück
Prof. Dr. H. Seyberth, Marburg
Prof. Dr. E. Wolf, München

Arbeitsgemeinschaft Hypophyse und Hypophysentumore

Sprecher:
Prof. Dr. Michael Buchfelder, Erlangen
Beirat:
Prof. Dr. med. Wolfgang Saeger
Prof. Dr. Christian J. Strasburger, Berlin
Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Quabbe, Berlin
PD Dr. med. Stephan Petersenn, Essen

Arbeitsgemeinschaft Neuroendokrine Tumore des Gastrointestinaltraktes

Sprecher: Prof. Dr. Bertram Wiedenmann, Berlin
Stellvertretender Sprecher: Prof. Dr. Rudolf Arnold, Marburg
Sekretariat: Priv.-Doz. Dr. Ursula Plöckinger, Berlin

Dachverband Endokrinologie/Diabetologie (DVED)

Vorsitzender:
Prof. Dr. H. Mehner, München

Sektion Schilddrüse

Sprecher:
Prof. Dr. Henning Dralle, Halle
Beirat:
PD Dr. Reinhard Finke, Berlin
PD Dr. Anja Eckstein, Essen
PD Dr. Heiko Krude, Berlin
Dr. Nils Morgenthaler, Henningsdorf
Prof. Dr. Georg Kahaly, Mainz
Prof. Dr. Christoph Reiners, Würzburg

Sektion Diabetes und Stoffwechsel

Sprecher:
Prof. Dr. D. Müller-Wieland, Düsseldorf
Beirat: Dr. J. Brüning, Köln
Prof. Dr. H. Klein, Bochum
Priv.-Doz. Dr. T. Linn, Gießen
Priv.-Doz. Dr. K. Parhofer, München
PD Dr. J. Seufert, Würzburg

Sektion Calcium-regulierende Hormone und Knochenstoffwechsel

Sprecher:
Prof. Dr. Dr. Christian Kasperk, Heidelberg
Beirat:
PD Dr. Heide Siggekow, Göttingen
Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter, Essen
PD Dr. Stephan H. Scharfa, Bad Reichenhall
PD Dr. Walter Josef Faßbender, Kerpen/Ndrh

Sektion Pädiatrische Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. Olaf Hiort, Lübeck
Beirat:
Prof. Dr. Norbert Albers, Osnabrück (stellv. Sprecher)
Dr. Christoph Brack, Celle
PD Dr. Christian Roth, Bonn
Prof. Dr. Martin Wabitsch, Ulm
Prof. Dr. Stefan Wudy, Gießen

Sektion Molekulare und Zelluläre Endokrinologie

Sprecher:
Priv.-Doz. Dr. med. J. Seufert, Würzburg
Beirat:
Dr. A. Schmidt, Berlin
Priv.-Doz. Dr. W. Weidemann, Ulm

Sektion Nebenniere, Hypertonie und Steroide

Sprecher:
Prof. Dr. med. Felix Beuschlein, München
Beirat:
Prof. Dr. Bruno Allolio, Würzburg
Prof. Dr. Stefan Bornstein, Dresden

Priv.-Doz. Dr. Sven Diederich, Berlin
Priv.-Doz. Dr. Marcus Quinkler, Berlin
Prof. Dr. Mathias M. Weber, Mainz
Prof. Dr. Stefan Wudy, Gießen

Sektion Angewandte Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. K.-M. Derwahl, Berlin
Beirat:
Dr. U. Deuß, Köln
Dr. M. Droste, Oldenburg
Prof. Dr. F. Raue, Heidelberg
PD Dr. Heide Siggekow, Göttingen
Prof. Dr. M. Hüfner, Göttingen
Dr. D. Lüdecke, Hamburg
PD Dr. M. Ventz, Berlin

Sektion Reproduktionsbiologie und -medizin

Sprecher:
Prof. Dr. med. Ludwig Kiesel, Münster
Beirat:
Prof. Dr. Dr. Ralf Einspanier, Berlin
Prof. Dr. Bernd Hoffmann, Gießen
Priv. Doz. Dr. Peter Licht, Nürnberg
Prof. Dr. Hans van der Ven, Bonn
Prof. Dr. L. Wildt, Innsbruck

Sektion Neuroendokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. Eberhard Fuchs, Göttingen
Beirat:
Priv.-Doz. Dr. Jürgen Honegger, Tübingen
Prof. Dr. Werner Kern, Lübeck
Prof. Dr. Clemens Kirschbaum, Dresden
PD Dr. Stephan Petersenn, Essen
Prof. Dr. Günter K. Stalla, München
Prof. Dr. Axel Steiger, München
Prof. Dr. Michael Buchfelder, Erlangen

Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes

Herausgeber:
Prof. Dr. T. Gudemann, Marburg
Prof. Dr. P. Nawroth, Heidelberg

European Journal of Endocrinology

Mitherausgeber:
Prof. Dr. B. Allolio, Würzburg
Prof. Dr. H. M. Behre, Halle
PD Dr. Heiko Krude, Berlin
Prof. Dr. C. Strasburger, Berlin

Vertreter in der International Society of Endocrinology

Prof. Dr. T. Gudemann, Marburg
Prof. Dr. E. Nieschlag, Münster
Prof. Dr. M. Grußendorf, Stuttgart

Vertreter bei der European Union of Medical Specialists (UEMS)

Prof. Dr. K. Badenhop, Frankfurt
Dr. V. Büber, Berlin

Vertreter in der European Society of Endocrinology

Mitglied des Executive Board:
Prof. Dr. B. Allolio, Würzburg

Kommission Fortbildung, Weiterbildung und Akkreditierung

Sprecher:
Prof. Dr. med. J. Hensen, Hannover
Beirat:
Prof. Dr. med. K.-M. Derwahl, Berlin
Dr. M. Droste, Oldenburg
Dr. Th. Eversmann, München
Prof. Dr. K. Mann, Essen
Priv.-Doz. Dr. K. Mohnike, Magdeburg
(Vertreter Prof. Dr. H. Dörr, Erlangen)
Prof. Dr. L. Kiesel, Münster
(Vertreter Prof. Dr. med. L. Wildt, Innsbruck)
Giesela Jungmann, Endokrinologie Assistentin
DGE (für die Belange der Endokrinologie Assistentinnen DGE)

Kommission Berufspolitik

Sprecher:
Priv.-Doz. Dr. R. Finke, Berlin
Beirat:
Dr. T. Eversmann, München
Prof. Dr. M. Grußendorf, Stuttgart
Prof. Dr. G. Hintze, Bad Oldesloe
Prof. Dr. F. Raue, Heidelberg

Kommission Leitlinien

Sprecher:
Prof. Dr. K. Mann, Essen

Kommission Mentorennetzwerk und Weissbuch Endokrinologie

Sprecher:
Prof. Dr. B. Allolio, Würzburg
Prof. Dr. G. Brabant, Hannover

Kommission Modellambulanzen, Integrierte Versorgung und DRG's

Sprecher:
Prof. Dr. H. U. Häring, Tübingen
Prof. Dr. P. Schumm – Dräger, München

Endokrinologie Informationen
ISSN 0721-667-X

Impressum

Verantwortliche Schriftleitung

Prof. Dr. rer. nat. Hubertus Jarry, Universitäts-frauenklinik, Klinische & Experimentelle Endokrinologie, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Tel.: +49(0)551/39 65 22, Fax: +49(0)551/39 65 18
E-mail: hubjarry@med.uni-goettingen.de
Manuskripte an die Schriftleitung bitte als Ausdruck sowie an die angegebene E-Mail-Adresse senden.

Geschäftsstelle der DGE

c/o EndoScience Endokrinologie Service GmbH
Thalkirchner Straße 1, 80337 München
Tel.: 0 89/23 23 75 71, Fax: 0 89/23 23 75 79
E-Mail: dge@endokrinologie.net

Verlag

Karl Demeter Verlag
in Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Telefon: 07 11/89 31-0
www.thieme.de

Leserservice

Telefon: 07 11/89 31-3 33
Fax: 07 11/89 31-1 33
E-mail: kunden.service@thieme.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

pharmedia Anzeigen und Verlagsservice GmbH,
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart,
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart,
Telefon: 07 11/89 31-4 66,
E-Mail: Ulrike.Bradler@thieme.de

Erscheinungsweise

Die Endokrinologie Informationen erscheinen 5-mal jährlich. Der Bezug ist für Mitglieder der DGE als Beilage der Zeitschrift Experimental and Clinical Endocrinology and Diabetes kostenlos. Einzelheftpreis € 8,20 zuzüglich Versandkosten.

Wichtige Hinweise

Geschützte Warenbezeichnungen oder Handelsnamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen – auch z. B. durch Fotokopie –, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Printed in Germany

Satz: druckhaus köthen GmbH, Köthen
Druk und Bindung: Druck- und Verlagshaus
Alois Erdl, Trostberg
© Georg Thieme Verlag
Stuttgart - New York 2007

NOTIZEN

Im Folgenden finden Sie einen Auszug aus dem „*BIOspektrum*“ vom 04.07.2007 zur Fusion des vbbm (hier ist die DGE Mitglied) mit dem vdbiol zum neuen VBIO:



Gemeinsam für die Biowissenschaften: der neue VBIO

Was lange währt, wird endlich gut: am 31. Mai 2007 wurde der neue Verband Biologie, Biowissenschaften und Biomedizin in Deutschland (VBIO) aus der Taufe gehoben.

Entstanden durch die Fusion des vbbm mit dem vdbiol sind unter dem neuen Dach 5 000 individuelle Mitglieder, 30 Fachgesellschaften mit mehr als 30 000 Einzelmitgliedern) sowie über 80 Firmen und Institutionen vereint (Details siehe *BIOspektrum* 2/07). Der Verband wird geführt durch den Präsidenten Prof. Rudi Balling. Mit Frau Prof. Noegel (Vizepräsidentin), Prof. Wenzel (Vizepräsident) und Prof. Krämer (Sprecher der Fachgesellschaften) sind drei weitere ehemalige vbbm-Vorstandsmitglieder in den Reihen des VBIO-Vorstands vertreten. Die Kontaktdaten von Präsidiumsmitgliedern und Ressortleitern finden Sie ebenso wie das neue Logo des neuen Verbandes auf dieser Seite.

Bereits zur Mitgliederversammlung in Köln lagen von 18 Mitgliedern des vbbm, die zusammen über 22 000 Mitglieder repräsentieren, schriftliche Unterstützungs- bzw. Beitrittserklärungen vor. Mit dieser klaren Rückendeckung trat der VBIO-Präsident Prof. Rudi Balling sein neues Amt an. In seiner Antrittsrede gab er seiner Überzeugung Ausdruck, dass die Community durch den VBIO gemeinsam die Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft annehmen kann, um diese spannende Disziplin mit all ihren Facetten als das zu positionieren, was sie sei: die Wissenschaft des 21. Jahrhunderts.

Ziel des VBIO ist die starke und effektive Vertretung der Interessen aller biowissenschaftlichen und biomedizinischen Disziplinen. Dieses Ziel kann der VBIO nur mit Ihrer Unterstützung erreichen! Bringen Sie Ihre Ideen aktiv ein und gestalten Sie die gemeinsame Arbeit mit! Denn:

Es gibt viel zu tun für den neuen VBIO

Ist Biologie eine Naturwissenschaft? – Wer diese Frage an diesem Ort stellt, wird heftige Reaktionen hervorrufen. Dennoch muss der Hinweis darauf gestattet sein, dass die gleiche Frage anderenorts nicht nur gestellt, sondern auch gleich beantwortet wird – und zwar ganz und gar nicht im Sinne der Biowissenschaften. Wie anders wären zum Beispiel die Planungen einiger Kultusministerien zu erklären, die die Ausbildung in Biologie geradezu marginalisieren. Trauriger Spitzenreiter ist Sachsen, wo man Biologie-Leistungskurse zukünftig wohl mit der Lupe suchen muss. Es gibt sie nämlich nur noch auf Antrag und auch nur für Schüler, die sich bereits in der Sek I für ein naturwissenschaftliches Profil entschieden haben – keine Chance also für „Spätzügler“. Die Planungen Thüringens sehen fünfstündige Biologie-Kurse nur noch an Profilschulen vor – das Ganze nur auf Antrag und außerhalb des „Naturwissenschaftlichen Fächerbandes“. Augenscheinlich ist in Thüringen die Biologie keine Naturwissenschaft (?).

– Welch Signal an den Nachwuchs! –

Auch anderenorts wird im Zuge des achtjährigen Gymnasiums die Stundenzahl für das Fach Biologie gekürzt. Dabei bleibt fraglich, wie sich so auch nur eine Ahnung von der Komplexität und dem Umfang des modernen biowissenschaftlichen Grundlagenwissens vermitteln lässt.

Der VBIO ist sehr besorgt, dass derartige Regelungen perspektivisch einem gefährlichen Absinken des Eingangsniveaus in den medizinischen und biowissenschaftlichen Studiengängen Vorschub leisten. Damit wachsen auch die Herausforderungen für die Hochschulen, die künftig mehr Studenten mit schlechterer Vorbildung aufzunehmen und auszubilden haben. Zusätzliche finanzielle Mittel sind mancherorts aus Studiengebühren vorhanden oder werden durch den im Juni von den Regierungschefs von Bund und Ländern zu beschließenden Hochschulpakt 2020 verfügbar.

Doch damit ist es nicht getan: Absolventen müssen den Einstieg in die berufliche Tätigkeit schaffen und sich dabei kontinuierlich weiterqualifizieren. Hochqualifizierte Nachwuchswissenschaftler müssen in Deutschland Lebens- und Arbeitsperspektiven finden – was beim Tenure-Track anfängt und bei Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch lange nicht aufhört. Der VBIO fordert daher einen Wissenschaftstarifvertrag, der eine angemessene Vergütung sicherstellt.

Um Deutschland als Wissenschaftsstandort langfristig zu sichern, sind aber nicht nur Geld und Köpfe er-

förderlich, sondern auch adäquate Strukturen. Eine zu hohe Regulierungsdichte (Stichwort: Grüne Gentechnik) oder Rechtsunsicherheit (Stichwort: Stammzellen) sind sicher nicht innovationsförderlich. Ein Ausweichen in andere Länder – auch EU-Länder – mit niedrigeren Standards wird so zunehmend attraktiver. Daran kann weder den Biowissenschaftlern noch denen gelegen sein, die sie und ihre Methoden kritisch hinterfragen.

Falls Ihnen die Stichworte bekannt vorkommen, so ist das nicht verwunderlich, umreißen sie doch wesentliche Tätigkeitsfelder des früheren vbbm.

Welche Themen und Anlässe den vbbm im Berichtsjahr 2006/2007 ganz konkret beschäftigt haben, können Sie im Jahresbericht nachlesen, der unter www.vbbm.de verfügbar ist.

Und um in Bezug auf die Eingangsfrage keine Missverständnisse aufkommen zu lassen:

Natürlich ist die Biologie eine Naturwissenschaft. Und zwar eine, die ihre ureigensten Interessen mit Gründung des neuen VBIO (siehe BIOSpektrum 1/07 und unter www.vbio.de) noch effektiver und umfassender vertreten kann. Machen Sie mit!

Aus der Sektion Knochenstoffwechsel (CRHUKS):

Mitgliederversammlung des Committee of National Societies (CNS) der Internationalen Osteoporosestiftung (International Osteoporosis Foundation, IOF)

Bericht von PD Dr. Stephan Scharla,
Bad Reichenhall

Am 28. März 2007 fand in Porto/Portugal die Mitgliederversammlung der International Osteoporosis Foundation (IOF) statt. Im Committee of National Societies (CNS), dem Gremium der Mitgliedsgesellschaften aus den einzelnen Ländern, ist die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) durch die Sektion Calcium regulierende Hormone und Knochenstoffwechsel (CRHUKS) vertreten, die jetzt in Sektion Knochenstoffwechsel umbenannt wurde. Als Delegierter der DGE nahm Stephan Scharla an der Mitgliederversammlung teil. Geleitet wurde die Sitzung vom Vorsitzenden Helmut W. Minne (Deutschland) und von der 2. Vorsitzenden Judy Stenmark (Australien).

Das CNS wird an Bedeutung immer gewichtiger, da mittlerweile mehr als 170 nationale Gesellschaften Mitglied sind.

Verschiedene Projekte wurden vorgestellt. Für den Welt-Osteoporosetag 2007 ist das Motto „Beat the

break“ vorgesehen, womit die Verhinderung von Knochenbrüchen in den Mittelpunkt gerückt wird. Dazu soll der Öffentlichkeit die Bedeutung der Risikofaktoren vermittelt werden, und Möglichkeiten der Risikoverminderung aufgezeigt werden.

Für orthopädische Chirurgen wird eine Aufklärungskampagne über die Bedeutung der Osteoporose als Ursache von Frakturen und die Notwendigkeit der Sekundärprophylaxe durchgeführt. Dazu wird Informationsmaterial von der IOF zur Verfügung gestellt.

Im gleichen Sinne findet auch eine Informations- und Schulungskampagne zur besseren Erkennung von osteoporotischen Frakturen auf Röntgenbildern statt. Eine diesbezügliche Studie konnte zeigen, dass eine entsprechende Schulung die Aufmerksamkeit von Internisten im Krankenhaus deutlich steigern kann und zur verbesserten Erkennung und Behandlung von Osteoporose führt.

Stephan Scharla stellte ein von TetraPak unterstütztes Projekt des Kuratoriums Knochengesundheit vor, mit dem in der Öffentlichkeit und in den Medien die Aufmerksamkeit für gesunde Ernährung gesteigert werden soll.

Im Dezember findet in den USA (Miami) die weltweite Konferenz der IOF statt, mit Fortbildungs- und Trainingsmöglichkeiten für Mitglieder der IOF-Gesellschaften. Themen sind ökonomische Analysen, Partnerschaften mit nichtpharmazeutischer Industrie, politische Lobbyarbeit, Gewinnung von Sponsorgeldern.

Als Erfolg der IOF kann zum Beispiel gewertet werden, dass in Australien durch den Staat die Osteoporose-Früherkennung auch mittels Knochendichtemessung allen



Bewohnern Australiens über 70 Jahre angeboten werden soll.

Auch in Zukunft wird die IOF Osteoporose-Trainingskurse durchführen (auch wieder in Lyon).

Die IOF stellt auch Präsentationsfolien zur Fortbildung und Schulung zum Thema Osteoporose frei zur Verfügung.

Als neues Industrie-Mitglied (Corporate member) wurde die Fa. Juvent aufgenommen, die Geräte mit Vibrationsplatten zur mechanischen Stimulation des Knochens herstellt.

Im Dezember 2008 wird der Welt-Osteoporose-Kongress in Bangkok stattfinden.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des 7. Kongresses über Klinische und Ökonomische Aspekte der Osteoporose und Arthrose (ECCEO) in Porto (Portugal) vom 28.–31. März 2007

Die Kongressbeiträge wurden im Supplement 1 in Osteoporosis International, Volume 18, 2007, veröffentlicht (die Abstract-Nummern sind in Klammern angegeben).

Referiert durch **Stephan Scharla,**
Bad Reichenhall

Osteoporosetherapie: Bisphosphonate

Delmas (Lyon) zeigte anhand der Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie, dass Risedronat nach 6 Monaten und nach 12 Monaten im Vergleich zu Alendronat zu einer Reduktion der Hüftfrakturrate um 46 % bzw. 43 % führt (OC 16).

H. P. Kruse (Hamburg) und Mitarbeiter berechneten für Deutschland, dass durch die frühe Reduktion von Hüftfrakturen die Therapie mit Risedronat auch im Vgl. zu einer Therapie mit generischem Alendronat Kosten einsparen könnte (OC54).

J. Cauley stellte die Horizon-Studie mit Zoledronsäure vor: einmal jährliche Infusionen mit 5 mg Zoledronsäure senkten bei Frauen mit postmenopausaler Osteoporose in 3 Jahren die Frakturrate an der Wirbelsäule und am prox. Femur um >60 %. Auch bei älteren Patientinnen >75 Jahre war Zoledronat noch effektiv (OC53).

D. Felsenberg (Berlin) berichtete über das deutsche Register für Kieferknochennekrosen unter Bisphosphonattherapie. 352 Fälle sind mittlerweile registriert worden. Kieferknochennekrosen betreffen fast ausschließlich Patienten mit malignen Erkrankungen und pathologischem Zahnstatus. Die Ätiologie ist nach wie vor unklar und wahrscheinlich komplex. Nur 2,7 % der Fälle mit Kieferknochennekrose betreffen Patienten mit alleiniger Diagnose Osteoporose. Insgesamt ist das Risiko für Osteoporosepatienten bei üblicher Bisphosphonatdosierung als ä-

ßerst gering anzusehen (OC 17).

J. Scali (Buenos Aires) zeigte für Ibandronat 150 mg einmal monatlich oral, dass diese Therapie den glukokortikoidinduzierten Knochenverlust aufhalten kann (P146).

Osteoporosetherapie: Strontiumranelat

J.-Y. Reginster (Lüttich, Belgien) berichtete über die Langzeitergebnisse der Behandlung mit Strontiumranelat 2 g tgl. bei Frauen mit postmenopausaler Osteoporose im Rahmen der TROPOS-Studie. Hier waren Frauen mit einem mittleren Alter von 76,7 Jahren eingeschlossen worden, die eine Femurknochendichte mit einem mittleren T-Score von -3,1 aufwiesen. Nach 5 Jahren wurde für die vertebrealen Frakturen eine Reduktion um 24 % gesehen, und für die nichtvertebralen Frakturen eine Reduktion von 18 %. In einer Subgruppe von Frauen mit hohem Risiko für Hüftfrakturen (mittleres Alter 79,2 Jahre, mittlerer Femur-T-Score -3,0) betrug die Risikoreduktion für Hüftfrakturen 43 %. Reginster betonte, dass dies die einzige plazebokontrollierte doppelblinde Osteoporose-Studie über den langen Zeitraum von 5 Jahren ist (OC42).

Nach den Ergebnissen von P. Marquis verbessert Strontium-Ranelat die Lebensqualität von Patienten mit Osteoporose. (P296).

G. Boivin (Lyon) zeigte, dass nach 3 Jahren Strontiumtherapie der Strontiumgehalt im Knochen ein Plateau erreicht (P302).

Osteoporosetherapie: Parathormon und Parathormon 1–34 (Teriparatid)

P. Hadji (Marburg) zeigte, dass in der EUROFORS-Studie Teriparatid über 24 Monate zu einem kontinu-

ierlichen Knochendichteanstieg führte. Teriparatid war auch nach antiresorptiver Vortherapie gut wirksam (OC 15).

M. Boussein zeigte, dass Teriparatid das Auftreten von neuen Frakturen der Nachbarwirbel bereits frakturerter Wirbel verhindern kann (P254).

Osteoporosetherapie: Sexualhormone

L. B. Tankó belegte für niedrig dosiertes transdermales Östradiol eine ähnlich gute Wirksamkeit auf den Erhalt der Knochendichte bei postmenopausalen Frauen wie für Raloxifen (P329).

Osteoporosetherapie: Denosumab (monoklonaler Antikörper gegen RANKL)

Denosumab ist ein humaner, monoklonaler Antikörper, der humanes RANKL selektiv und mit hoher Affinität bindet, und damit die Osteoklastenfunktion inhibiert (Elliott, Amgen Inc., Thousand Oaks) (P149).

D. Felsenberg untersuchte mittels spezieller Software für Hologic DXA-Geräte (HSA Software) die Knochendichte und geometrische Parameter am proximalen Femur bei Patienten unter Denosumab und Alendronat-Therapie sowie Placebo. Beide Therapieformen verbesserten die Knochendichte und die Geometrie, jedoch waren am Femurschaft die Effekte unter Denosumab größer als unter Alendronat. Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstreichen, dass Denosumab gerade auch am corticalen Knochen eine ausgeprägte Wirkung hat (OC 19).

Osteoporose-Therapie: Chirurgie

C. Ozturk (Izmir) berichtete über das Auftreten einer Paraplegie nach Vertebroplastie. Dies belegt, dass die Vertebroplastie kein risikoloses Therapieverfahren ist (P120).

Die Ballon-Kyphoplastie kann entsprechend den retrospektiven Daten von P. Stavros (Lindenlohe) das Risiko von Kompressionsfrakturen der Nachbarwirbel vermindern, wobei es sich nicht um eine kontrollierte Studie handelte (P215).

Calcium/Vitamin D/Vitamin D-Metabolite

P. Lips zeigte, dass die Gabe von 8 400 IE Vitamin D3 einmal pro Woche bei solchen älteren Probanden (> 70 Jahre) die Körperschwankung (body sway) verringert, die vor Intervention pathologische Werte auf-

wiesen. Bei Probanden mit normaler Körperschwankung trat keine Verbesserung auf (OC23).

H. Boerst (Berlin) aus der Arbeitsgruppe Felsenberg zeigte, dass die Kombination Alfacalcidol + Alendronat stärker als Alendronat alleine auf Knochenbaumarke und Knochendichte wirkt. Somit könnte es sich um eine sinnvolle therapeutische Kombination handeln (P225).

S. Akin (Ankara) zeigte, dass neben anderen Faktoren auch das Tragen von Schleiern bei türkischen Frauen die Knochendichte negativ beeinflusst, ein Effekt, der durch die verminderte Vitamin D-Bildung erklärbar wäre (P233).

Pathogenese der Osteoporose:

Silva-Santos (Brasilien) berichtete über Osteoporose bei jungen Patienten mit Infektion durch den humanen T-Zell-lymphotropen Virus Typ 1 (HTLV-1) (P106).

Nach E. Giorgadze (Tiflis) führt das zur Adipositas-Therapie verwendete Orlistat zu einem leichten Anstieg des Parathormons, aber zu keinen Veränderungen der Knochendichte (BMD) (P117).

Nach D. von Muhlen (La Jolla) spielt möglicherweise auch DHEA bei der Pathogenese des postmenopausalen Knochenverlustes eine Rolle: Eine Behandlung mit 50 mg DHEA tgl. führte zu einer Abnahme des Knochenabbaumarke CTX und zu einer Zunahme der Knochendichte an der Wirbelsäule (P258).

Rodondi zeigte Daten, dass eine Verbesserung der diätetischen Zink-Zufuhr bei älteren Menschen IGF-1 Spiegel anheben kann (in Verbindung mit der Zufuhr von essentiellen Aminosäuren) und biochemische Knochenabbaumarke supprimieren kann (P257).

J. J. Body (Brüssel) hielt einen Übersichtsvortrag über die Auswirkung einer Therapie mit Aromatasehemmern bei Brustkrebspatientinnen. Aromatasehemmer führen zu einem erhöhten Frakturrisiko, dies betrifft sowohl steroidale (Exemestane) und nicht-steroidale (Anastrozole und Letrozole) Aromatasehemmer. Die Knochendichte sollte schon bei Beginn einer Behandlung mit Aromatasehemmern untersucht werden, und bei Vorhandensein von weiteren Risikofaktoren sollte eine Bisphosphonatbehandlung bereits bei einem T-Wert von < -1,0 begonnen werden (PL4).

Management der Osteoporose und Gesundheitsökonomie

Veronique Rabende (Belgien) berichtete über den Einfluss von Compliance auf die Rate an Hüftfrakturen.

ren. Hierzu wurde die Datenbank der belgischen Sozialversicherung ausgewertet und solche Patienten betrachtet, die neu eine Therapie mit Alendronat begannen, eine Knochenmineraldichte (BMD) von T-Score $< -2,5$ hatten oder frühere Frakturen aufwiesen. Die Beobachtungszeit betrug 1 Jahr. Generell war die Compliance bei Verwendung der Wochentablette höher (70 %) als mit den Tagestabletten (50 %). Die Persistence (definiert durch regelgerechte Wiederholung der Alendronatverschreibung) war nach 1 Jahr nur noch 40 % und fiel dann weiter ab. In einer Case-Control-Studie (Match Kriterien waren Alter und Dauer der Beobachtungszeit) wurde der Einfluss auf das Hüftfraktur-Risiko untersucht. Dabei hatten die Patienten mit Persistence zur Behandlung nur die Hälfte des Hüftfrakturrisiko im Vgl. zu Patienten mit fehlender Persistenz (OC40).

Nach R. Al Mahfoud (Liverpool) erhalten in England nur ein Drittel der Patientinnen nach einem Krankenhausaufenthalt wegen Fraktur eine DXA-Osteodensitometrie, nur ein Drittel der über 75-jährigen Frauen mit Osteoporose-bedingten Frakturen erhält ein

Bisphosphonat. Männer erhielten gar keine Diagnostik (P110).

Auch in der Schweiz (O. Lamy, Lausanne) erhalten nur 7,8 % der Patienten nach Fraktur infolge Niedrigenergietrauma eine DXA-Messung, nur 28,8 % Calcium/Vitamin D, und nur 7 % Bisphosphonate (P198).

Nach einer schwedischen Untersuchung von F. Borgström (Stockholm) verursachen prox. Femurfrakturen bei älteren Patienten höhere Kosten infolge Pflege und Heimunterbringung als jüngere Patienten, obwohl sie kürzer leben und daher auch kürzere Zeit betreuungsbedürftig sind (P132).

Arthrose

Nach O. Bruyère (Lüttich) aus der Arbeitsgruppe von J. Y. Reginster kann die Behandlung der Gonarthrose mit Glucosamin-Sulfat die Notwendigkeit zur Kniegelenks-Totalendoprothese verringern (P205).

PREISE

Nuklearmedizinische Forschungspreise

Die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) schreibt auch für das kommende Jahr mehrere Förder- und Forschungspreise aus, unter anderem für die Gebiete Schilddrüsenerkrankungen und molekulare Bildgebung. Die Preise sind mit bis zu 12 750 € dotiert.

Mehr Informationen stehen auf der Homepage der DGN, www.nuklearmedizin.de, unter „Aktuelles/ Forschungspreise“ bereit.

Bewerbungsschluss für alle Preise ist der 15. Januar 2008.

PERSONALIA

Die DGE gratuliert!

Results of the ESE Elections

The European Society of Endocrinology would like to announce that the new President will be Professor Eberhard Nieschlag (Germany).

The new Executive Committee members are:
Professor Maria Alevizaki (Greece)
Professor Vera Popovic (Serbia)
Professor Peter Trainer (UK).

The ESE would like to thank all the candidates for standing in the election and for their continued support.

The ESE would like to take this opportunity to welcome the new President and Executive Committee members and express their thanks to the retiring members – Steven Lamberts (The Netherlands), Michael Sheppard (UK) and Paolo Beck-Peccoz (Italy) for their support.

Professor Christian Strasburger (Germany) took over as Editor-in-Chief of the *European Journal of Endocrinology* on 1 July 2007 and he now joins the Executive Committee as an ex-officio member.

VERANSTALTUNGSKALENDER

Dezember 2007

05.12.2007–05.12.2007, Endokrinologikum Hamburg

Impf-Refresher-Kurs

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. G. Neumann
Programm und Anmeldung unter:
ENDOKRINOLOGIKUM HAMBURG
Tel.: 0 40/30 62 81 64 /1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com

06.12.07–08.12.07 Leipzig

XV Lipid Meeting

Organizers: Prof. Dr. Joachim Thiery,
Dr. Daniel Teupser, PD Dr. Fausi Rassoul
Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie
und Molekulare Diagnostik
Universitätsklinikum Leipzig AöR
with Scientific Advisory Board, Universität Leipzig
Congress Venue – BIO CITY LEIPZIG
Auskunft:
Frau Katja Duczek
Tel.: 03 41/9 72 22 54
E-Mail: katja.duczek@medizin.uni-leipzig.de

07.12.07–09.12.07 München

8. Deutsche Nebennierenkonferenz

Wiss. Leitung: Prof. Dr. Felix Beuschlein
Kongress-Sekretariat: 0 89/51 60 75 44

Januar 2008

10.01.08–13.01.08 Hotel Gastwerk, Hamburg XX. Intensivkurs Gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin für Frauenärzte

120 Teilnehmer
Wiss. Leitung:
Prof. Dr. K. Diedrich, Univ.-Klinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Prof. Dr. W. Jonat, Univ.-Klinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Prof. Dr. M. Ludwig, Endokrinologikum Hamburg
Programm und Anmeldung unter:
Endokrinologikum Hamburg
Tel.: 0 40/30 62 81 64/1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Internet: www.endokrinologikum.com

18.01.08–19.01.08 Endokrinologikum Hamburg

Facharzt-Vorbereitung:

Gynäkologische Endokrinologie

Wiss. Leitung: Prof. Dr. M. Ludwig
Programm und Anmeldung unter:
Endokrinologikum Hamburg
Tel.: 0 40/30 62 81 64 /1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Internet: www.endokrinologikum.com

26.01.08–26.01.08 Steigenberger Hotel Remarque, Osnabrück

5. Osnabrücker Endokrinologie-Seminar

Mit Workshop (40 Teilnehmer)
Wiss. Leitung: Prof. Dr. H. M. Schulte
u. Prof. Dr. M. Ludwig
Programm und Anmeldung unter:
Endokrinologikum Hamburg
Tel.: 0 40/30 62 81 64 /1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Internet: www.endokrinologikum.com

Februar 2008

08.02.08–10.02.08 Endokrinologikum Hamburg Hamburg-Lübecker Intensivwochenenden Fetomaternale Dopplersonographie, Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs

Wiss. Leitung: Priv. Doz. Dr. med. Martin Krapp,
Priv. Doz. Dr. med. Roland Axt-Fliedner
Weitere Auskunft:
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und
Endokrinologikum
Labore Lornsenstraße
Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

16.02.08 Karlsruhe Symposium Endokrinologikum Karlsruhe 2008

Wiss. Leitung: Dr. med. Sandra Müller
Weitere Auskunft:
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und
Endokrinologikum

Labore Lornsenstraße
 Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

April 2008

**05.04.08 Endokrinologikum Hamburg
 Impfkurs der Ärztekammer**

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. G. Neumann
 Programm und Anmeldung unter:
 Endokrinologikum Hamburg
 Tel.: 0 40/30 62 81 64/1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Internet: www.endokrinologikum.com

**16.04.08–19.04.08 Palma de Mallorca, Spain
 11th Mayo Clinic Endocrine Course**

Venue: Gran Melia Victoria Hotel
 Please Contact: Rebecca Hinchley
 Phone: + 15 07/2 84-27 76
 Fax: + 15 07/2 84-57 45
 Internet: endocourse.mayo.edu

**19.04.08 Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin
 Symposium Endokrinologikum Berlin 2008**

Wiss. Leitung: Priv. Doz. Dr. med. Sven Diederich
 Weitere Auskunft:
 Universitätsklinikum
 Schleswig-Hostein, Campus Lübeck und
 Endokrinologikum
 Labore Lornsenstraße
 Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

Mai 2008

**03.05.2008–07.05.2008 , Berlin, Germany
 10th European Congress of Endocrinology**

Contact: European Society of Endocrinology
 Web <http://www.ece2008.com>

**23.05.08–25.05.08 Endokrinologikum Hamburg
 und Handwerkskammer Hamburg**

Symposium Endokrinologikum Hamburg 2008

Frühjahrsseminar mit Workshop (40 Teiln.)
 & Kasuistiken (60 Teiln.)
 Programm und Anmeldung unter:
 Endokrinologikum Hamburg
 Tel.: 0 40/30 62 81 64 /1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Internet: www.endokrinologikum.com

Juni 2008

**06.06.08–08.06.08 Endokrinologikum Hamburg
 Hamburg-Lübecker Intensivwochenenden
 Fetomaternale Dopplersonographie, Grund-,
 Aufbau- und Abschlusskurs**

Wiss. Leitung: Priv. Doz. Dr. med. Martin Krapp,
 Priv. Doz. Dr. med. Roland Axt-Fliedner
 Weitere Auskunft:
 Universitätsklinikum
 Schleswig-Hostein, Campus Lübeck und
 Endokrinologikum
 Labore Lornsenstraße
 Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

August 2008

**01.08.08–02.08.08 Endokrinologikum Hamburg
 Facharzt-Vorbereitung:
 Gynäkologische Endokrinologie**

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. M. Ludwig
 Auskunft und Anmeldung:
 Endokrinologikum
 Labore Lornsenstraße
 Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
 Fax: 0 40/30 62 81 09
 E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
 Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

06.06.08–07.06.08 Köln

Gemeinsame Jahrestagung

**Sektion Angewandte Endokrinologie der DGE
Deutsche Gesellschaft für Angewandte
Endokrinologie**

Wiss. Leitung: Dr. Ulrich Deuß und Dr. Detlef Kaulen
Organisation und Auskunft:
EndoScience Endokrinologie Service GmbH
E-Mail: info@endoscience.de

September 2008

**19.09.2008–24.09.2008, Thessaloniki, Greece
33rd Annual Meeting European Thyroid
Association**

**20.09.2008–23.09.2008, Istanbul, Turkey
47th ESPE Meeting**

European Society for Paediatric Endocrinology
Contact: Congrex Sweden AB
Tel.: +46 84 59 66 00
Fax: +46 86 61 91 25
E-Mail: espe2008@congrex.se
Web <http://www.espe2008.org>

Oktober 2008

31.10.08–01.11.08 Endokrinologikum Hamburg

Facharzt-Vorbereitung:

Gynäkologische Endokrinologie

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. M. Ludwig
Auskunft und Anmeldung:
Endokrinologikum
Labore Lornsenstraße
Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

November 2008

**08.11.2008–12.11.2008, Rio de Janeiro, Brazil
13th International Congress of Endocrinology**

Drs. Judy Botler and Ruth Clapauch,
Promotion and Divulgateion Commission
Dr. Amélio F. de Godoy-Matos, Chairman
Further Information: JZ Congressos
E-Mail: ice2008@jz.com.br
web <http://www.ice2008rio.com>

**21.11.08–23.11.08 Endokrinologikum Hamburg
& Handwerkskammer**

Symposium Endokrinologikum Hamburg 2008

Herbstseminar mit Workshop (40 Teilnehmer)
& Kasuistiken (60 Teilnehmer)
Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. H. M. Schulte
& Prof. Dr. med. M. Ludwig
Auskunft und Anmeldung:
Endokrinologikum Labore Lornsenstraße
Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

**28.11.08–30.11.08 Endokrinologikum Hamburg
Hamburg-Lübecker Intensivwochenenden**

**Fetomaternale Dopplersonographie, Grund-,
Aufbau- und Abschlusskurs**

Wiss. Leitung: Priv. Doz. Dr. med. Martin Krapp,
Priv. Doz. Dr. med. Roland Axt-Flidner
Weitere Auskunft:
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein, Campus Lübeck und
Endokrinologikum
Labore Lornsenstraße
Tel.: 0 40/3 06 28/1 76, 1 78
Fax: 0 40/30 62 81 09
E-Mail: seminare@endokrinologikum.com
Programm und Anmeldung auch unter
www.endokrinologikum.com

April 2009

**25.04.2009–29.04.2009, Istanbul, Turkey
11th European Congress of Endocrinology**

Contact: EFES
Web <http://www.euro-endo.org>

September 2009

09.09.2009–12.09.2009, New York

**LWPES/ESPE 8th Joint Meeting Pediatric
Endocrinology**

Further information:
Web <http://www.lwpes-espe2009.org>

Medikamentöse Primärtherapie der Akromegalie als Alternative zur Operation

Das Somatostatin-Analogon Octreotid¹ kann bei Akromegalie auch für die Primärtherapie in Betracht kommen, etwa wenn kardiovaskuläre Begleiterkrankungen einen chirurgischen Eingriff unmöglich machen.

Akromegalie ist selten. Kalkulierte Daten für Deutschland weisen auf eine Prävalenz zwischen 3 000 und 6 000 Patienten hin. Möglicherweise liegt die Zahl aber 20-fach höher, wie die „Diabetes Cardiovascular Risk Evaluation Targets and Essential Data for Commitment and Treatment“ (DETECT)-Studie nun zeigte. Sie untersuchte die IGF-I-Spiegel in Blutproben von 6 773 Patienten bei 3 188 Hausärzten. Bei 125 Patienten waren die IGF-I-Spiegel erhöht, bei 7 wurde eine Akromegalie festgestellt. „Nach diesen Ergebnissen betreut im Durchschnitt jeder Hausarzt einen Patienten mit noch nicht diagnostizierter Akromegalie“, kommentierte Prof. Günter Stalla, München auf einer Expertendialogrunde². Früherkennung sei jedoch wichtig, ergänzte Prof. Hans-Jürgen Quabbe, Berlin. Denn unbehandelt liegt die Lebenserwartung der Patienten aufgrund von Komplikationen wie Diabetes oder Herzerkrankungen 10 Jahre unterhalb des Durchschnitts.

Medikamentöse Primärtherapie: bei knapp der Hälfte der Patienten erfolgreich

Therapie der Wahl ist die operative Entfernung des Hypophysenadenoms. Bei unzureichendem Erfolg

oder Rezidivierung wird medikamentös mit einem Somatostatin-Analogon wie Octreotid behandelt. „Die Therapie mit einem Somatostatin-Analogon kommt unter bestimmten Umständen auch als Primärtherapie in Betracht“, so Prof. Stalla. Aktuelle Studien zeigen, dass bei knapp der Hälfte der Patienten eine Primärtherapie mit Octreotid zum Erfolg führt – d. h., zu einer anhaltenden Suppression erhöhter GH- und IGF-I-Werte und einer deutlichen Verbesserung klinischer Symptome wie Kopfschmerzen, Schwitzen, Müdigkeit, Karpaltunnelsyndrom oder Parästhesien. Auch das Tumolvolumen reduzierte sich bei zwei Drittel der Patienten. Eine randomisierte direkte Vergleichsstudie (n = 104) kam zu dem Ergebnis, dass die medikamentöse Therapie ebenso wirksam ist wie die Hypophysenchirurgie. Laut Quabbe kommt die medikamentöse Primärtherapie in Frage, wenn mit der Operation keine Heilung erreicht werden kann, etwa weil das Adenom nicht komplett operabel ist, wenn der Patient die Operation ablehnt oder aufgrund von Begleiterkrankungen nicht operiert werden kann. Aber auch, wenn eine intakte Hypophysenvorderlappenfunktion erhalten werden soll. Lässt sich mittels Operation und Somatostatin-Analogon die Akromegalie nicht ausreichend kontrollieren, kommen zusätzlich Dopaminagonisten und GH-Rezeptorantagonisten in Betracht. Die derzeit laufende PHOENIX-Studie untersucht beide Kombinationstherapieansätze.

Dr. Beate Fessler, München

¹ Sandostatin®LAR®, Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

² Experten im Dialog: „Akromegalie heute – ein unterschätztes Phänomen?“, veranstaltet von Novartis Oncology im September 2007 in München

Pressemitteilung

5. Münchener Schilddrüsensymposium: Subklinische Schilddrüsenfunktionsstörungen – zwischen TSH-Referenzwerten und Risikofaktoren

Subklinische Schilddrüsenfunktionsstörungen gehen oft mit unspezifischen Symptomen einher. Bei der milden Hypothyreose berichten Patienten häufig über Müdigkeit und Gewichtszunahme. Weitere Anzeichen sind trockene Haut, sprödes Haar, Abgeschlagenheit, Antriebsmangel und depressive Verstimmungen. Der TSH-Wert spielt eine Schlüsselrolle in der differenzialdiagnostischen Beurteilung endokriner und internistischer Erkrankungen – insbesondere im Hinblick auf eine gegebenenfalls notwendige Behandlungsindikation. Anlässlich des 5. Münchener Schilddrüsensymposiums am 18. Juli 2007, das von der Merck Pharma GmbH unterstützt wurde, referierten und diskutierten renommierte Experten unter der Leitung der Münchner Professoren Petra-Maria Schumm-Draeger und Klaus-Dieter Palitzsch über die Möglichkeiten und Grenzen dieses Laborwertes. Im Spannungsfeld zwischen TSH-Referenzwerten, internistischen Erkrankungen und Risikokonstellationen gelte es, unter Berücksichtigung des individuellen TSH-Setpoints, einen dauerhaft normalen TSH-Spiegel um 1,0 mU/l zu erreichen und damit die Lebensqualität Betroffener zu verbessern und Risiken zu minimieren, so das Fazit der Experten.

München, 18. Juli 2007 – „TSH-Referenzbereiche sind für die klinische Beurteilung von individuellen Patienten nur bedingt nützlich“, lautet das Resümee von Privatdozent Henry Völzke, Greifswald. Referenzwerte als statistische Größen einer Verteilung von Ergebnissen diagnostischer Tests könnten zwar als Anhaltspunkte für die Beurteilung von Laborwerten dienen, erlaubten aber im Einzelfall nicht zwingend eine Bewertung von Patientendaten. Fraglich sei insbesondere, ob TSH-Grenzwerte populationsübergreifend gelten könnten. So stelle sich die Jodversorgung in den USA ganz anders dar als in Deutschland, wo sehr viel später ein suffizientes Jodprophylaxeprogramm eingeführt worden sei. In der Folge sei in Deutschland trotz einer normalisierten Jodversorgung der Bevölkerung immer noch eine hohe Prävalenz jodmangelbedingter Schilddrüsenveränderungen nachzuweisen. Während der im Rahmen des Third National Health Nutrition and

Examination Survey (NHANES III) empfohlene TSH-Referenzbereich bei 0,45–4,12 mU/l liege, bewege sich das im Rahmen der deutschen Study of Health in Pomerania (SHIP) ermittelte Referenzintervall im Bereich von 0,25–2,12 mU/l. „Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass der TSH-Referenzbereich von einem wesentlichen externen Faktor, der Jodversorgung der Bevölkerung abhängig ist“, erläuterte Völzke. Referenzwerte könnten also nicht ungeachtet dieses Faktors auf andere Populationen übertragen werden. Wichtig sei vielmehr die Bewertung des TSH-Werts im Kontext des Alters des Patienten, seiner Symptome und Begleiterkrankungen. Unbestritten dagegen sei, dass das Risiko für eine manifeste Hypothyreose mit zunehmenden TSH-Werten stetig steigt. Am geringsten sei das Risiko laut einer aktuellen Kohortenstudie bei TSH-Werten zwischen 1,0 und 1,5 (2,0) mU/l.

Subklinische Hypothyreose und Lipidstoffwechsel

„Die Hypothyreose ist nach dem Diabetes mellitus die häufigste endokrine Ursache für sekundäre Fettstoffwechselstörungen“, erklärte Professor Klaus G. Parhofer, München. In der Mehrzahl der Fälle zeigten sich diese in einer Erhöhung des LDL-Cholesterins oder in gemischten Hyperlipoproteinämien (Erhöhung von LDL-Cholesterin und Triglyzeriden). Bei Patienten mit bestehenden Grunderkrankungen könnten die typischen Fettstoffwechselstörungen durch eine Hypothyreose noch verstärkt werden und damit das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen erhöhen. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patienten mit manifester Hypothyreose zeigten eine deutliche Hyperlipoproteinämie, berichtete Parhofer weiter. Studien zeigten eine deutliche Korrelation des TSH-Werts mit dem LDL-Cholesterin – auch schon bei der milden Hypothyreose. Somit sei bereits bei der subklinischen Hypothyreose das kardiovaskuläre Risiko erhöht. Kommt zur Hypothyreose noch eine Atherosklerose oder weitere Risikofaktoren hinzu, sollte nach Ansicht von Parhofer aus lipidologischer Sicht eine Substitutionstherapie mit Levothyroxin (Euthyrox®) durchgeführt werden.

Sämtliche Pressemeldungen der Merck Pharma GmbH werden zeitnah im Internet unter www.merck-pharma.de veröffentlicht. In Zweifelsfällen hilft die Pressestelle unter der Rufnummer +49 (0) 61 51 72 25 45 oder -34 16.

Die Merck Pharma GmbH wurde im November 2004 als rechtlich eigenständige Tochtergesellschaft der Merck KGaA mit Sitz in Darmstadt gegründet. Das Unternehmen ist mit 400 Mitarbeitern für Marketing und Vertrieb verschreibungspflichtiger Originalpräparate in Deutschland verantwortlich. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt auf den Gebieten Onkologie (Krebstherapie) und Cardiometabolic Care (Herz-Kreislauf, Typ-II-Diabetes, Fettstoffwechsel). Die Merck Pharma GmbH ist eine der größten Tochtergesellschaften im Geschäft mit verschreibungspflichtigen Originalpräparaten der Merck KGaA.

Merck bündelt die operativen Tätigkeiten unter dem Dach der Merck KGaA, an der die Familie Merck mittelbar zu 73 % und freie Aktionäre zu 27 % beteiligt sind. Die einstige US-Tochtergesellschaft Merck &

Co. ist seit 1917 ein von der Merck-Gruppe vollständig unabhängiges Unternehmen. Sie firmiert in Deutschland unter dem Namen MSD Sharp & Dohme GmbH.

Eine Information der
Merck Pharma GmbH
Alsfelder Straße 17
64289 Darmstadt

Ansprechpartner:
Dr. Nadine Nazari, Tel.: +49 (0) 61 51 72 38 57,
Fax: +49 (0) 61 51 72 38 75

Redaktion:
Ogilvy Healthworld GmbH
Darmstädter Landstr. 112
60598 Frankfurt

Bei Rückfragen:
Eva Biesenbach, Tel.: +49 (0) 60 91 01 41,
Fax: +49 (0) 69 62 06 95

Testosteronmangel: Risikofaktor für das metabolische Syndrom?

Testosteronmangel beeinflusst nicht nur die Muskelmasse, sondern den Stoffwechsel und viele Organe. Zwischen Testosteronmangel und metabolischem Syndrom besteht ein Zusammenhang, waren sich Experten auf einem Satellitensymposium im Rahmen des DGU-Kongresses in Berlin³ sicher.

Über 2 Mio. Männer in Deutschland leiden unter dem Testosteronmangel-Syndrom. Etwa zwischen 7 und 23 % der Männer im Alter zwischen 48 und 79 Jahren haben verminderte Testosteronspiegel. Die kürzlich publizierte HIM-Studie (Hypogonadism in Males) zeigte sogar eine Prävalenz von 25,5 %⁴. Ein Testosteronspiegel von unter 8 nmol/l erfordere eine Testosteronsubstitution, ein Spiegel zwischen 8 und 12 nmol/l rechtfertige einen Therapieversuch, erläuterte Prof. Reinhard Bretzel, Gießen. Teilweise mache ein Level von unter 15 nmol/l aber bereits eine Substitution notwendig, wenn Symptome vorliegen, führte Dr. Thomas Kreutzig, Freiburg, aus. So solle in Zukunft der Leidensdruck und nicht das Labor die Indikation zur Therapie geben.

Begleiterkrankungen bei Testosteronmangel

Ein Testosteronmangel ist mit einem erhöhten Risiko für bestimmte Begleiterkrankungen assoziiert, wie

Osteoporose, chronische Infektionen, erektile Dysfunktion (ED), kardiovaskuläre Erkrankungen, Insulinresistenz und metabolisches Syndrom (Adipositas, verringerte Glucosetoleranz, erhöhte Triglyceridwerte, arterielle Hypertonie). Testosteronmangel bei Männern über 40 Jahren ist verbunden mit einer 68 % höheren Mortalität im Vergleich zu Männern mit normalen Testosteronspiegeln⁵. Dies mag daran liegen, dass der Testosteronspiegel eventuell mit kardiovaskulären Erkrankungen wie der Artherosklerose assoziiert ist, so Bretzel. Prof. Hugh Jones, Sheffield/England, stellte die Frage, ob ein Testosteronmangel Ursache oder Folge der Artherosklerose ist. Wahrscheinlich sei eine Kombination aus beiden Effekten. Eine Testosteron-Substitution bei Männern mit Diabetes und chronischer Herzinsuffizienz konnte in Pilotstudien die Insulinresistenz reduzieren und verbesserte die Hypercholesterinämie und inflammatorischen Prozesse. Die TIMES-2-Studie (Testosterone Replacement in Hypogonadal Men with either Metabolic Syndrome or Type 2 Diabetes) untersucht

³ Satellitensymposium „Testosteron-Mangel: Eine ernsthafte Erkrankung – kein Life-Style-Problem“, veranstaltet von Arzneimittel ProStrakan GmbH im September 2007 in Berlin.

⁴ Int J Clin Pract 2006; 60: 762–769.

⁵ Arch Intern Med 2006; 166: 1660–1665.

derzeit, ob sich eine 2-jährige Testosteronsubstitution bei Typ-2-Diabetikern und Patienten mit metabolischem Syndrom im Alter von ≥ 40 Jahren positiv auf die Insulinresistenz und andere kardiovaskuläre Risikofaktoren auswirkt. Noch gebe es nur Hinweise, aber keinen abschließenden Beleg dafür, sagte Jones.

Bei adipösen Männern sowie Typ-2-Diabetikern und ED-Patienten sollte ein mögliches Testosterondefizit abgeklärt werden, schlussfolgerte Kreuzig. Eine Indikation zur Therapie ist gegeben, wenn labordiagnostisch ein Mangel besteht und klinische Zeichen

eines Androgendefizits vorliegen. Testosteron kann über die Haut, oral oder als Spritze verabreicht werden. Ein 2%iges Testosterongel im Dosierspender⁶ bietet Vorteile, so Kreuzig: Eine höhere Wirkstoffkonzentration ermöglicht ein um 50 % reduziertes Gelvolumen im Vergleich zu Konkurrenzprodukten und der Dosierspender gestattet eine individuelle sowie genaue Dosierung. Jeder Hub aus dem Spender ergibt 0,5 g Gel mit 10 mg Testosteron.

Rebecca Nachtigal, Stuttgart