

**Inhalt**

- **Schwerpunkt I: Insulintherapie**
- Basis-Bolus-Therapie bei Typ-1-Diabetes*
- Schnelles Insulin im Vergleich..... 2
- Typ-2-Diabetes*
- Unzufrieden mit der Insulintherapie..... 4
- Basis-Bolus-Therapie bei Typ-2-Diabetes*
- Schnelles Insulin verbessert Blutzuckerkontrolle ..... 6
- Krankenhausentlassung*
- Erhöhte Mortalität mit Insulinverordnung..... 8
- **Schwerpunkt II: Schilddrüse**
- Langzeitfolgen von Atombombenabwürfen*
- Keine Schilddrüsenfunktionsstörungen ..... 4
- Hashimoto-Thyreoiditis*
- Erhöhtes Risiko bei Familienangehörigen..... 4
- Papilläres Schilddrüsenkarzinom*
- Unterdrückung der Tumorausbreitung..... 5
- Hyperthyreose*
- Erhöhte Mortalität unabhängig von Behandlung..... 6
- Subklinischer Hypothyreoidismus*
- Ältere Menschen profitieren nicht von Levothyroxin..... 10
- Chirurgische Therapie von Schilddrüsenkarzinomen*
- Komplikationsraten der Operation höher als angenommen ..... 12
- **Diabetes mellitus**
- Blutzuckersenkung*
- Keine Toleranz gegenüber Liraglutid..... 2
- Proliferative diabetische Retinopathie*
- Besseres Outcome mit Aflibercept..... 5
- Blutdrucktherapie*
- Bei Hochrisikopatienten nicht so niedrig wie möglich senken ..... 10
- Typ-2-Diabetes*
- Verringerung der Albuminurie bei Behandlung mit Empagliflozin .... 12
- **Nebenniere/Hypophyse**
- Adrenogenitales Syndrom*
- Reduktion des alternativen Pathway ..... 2
- Kongenitale kombinierte Hypophysenhormondefizienz*
- Ansprechen auf GnRH-Therapie..... 5
- Multiple endokrine Neoplasien vom Typ 1 (MEN1)*
- pNET mit erhöhtem malignem Potenzial identifizieren ..... 10
- Hormoninaktive Nebennierenadenome*
- Risiko erneuten Krebswachstums hängt von Art der Behandlung ab ..... 12
- **Osteoporose**
- Anämie*
- Frakturrisiko bei älteren Männern..... 4
- Knochenkrankungen*
- Welche 25(OH)D-Werte sind Anzeichen?..... 5
- Postmenopausale Frakturen*
- Weniger Frakturen, wenig Nebenwirkungen..... 8
- Orale Glukokortikoidtherapie*
- Reduziertes Frakturrisiko mit Alendronat..... 8
- **Sonstiges**
- Koronare Herzkrankheit*
- Apo(a)-Isoformgröße und Lp(a)-Konzentration zeigen Risiko ..... 6
- Chronische Nierenerkrankung*
- 25(OH)D mit Sterblichkeit assoziiert..... 8
- **Forschung, Hochschule und Verbände** ..... 14
- **Industrie** ..... 16
- **Termine**..... 15

**Editorial**

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*bereits vor 150 Jahren hat Virchow die Entzündungstheorie der Atherosklerose formuliert. In den letzten Jahrzehnten wurde über die Entzündungshypothese intensiv geforscht. Außerordentlich lesenswert ist ein Review-Artikel eines der führenden Atheroskleroseforscher, Russel Ross (Atherosclerosis – An Inflammatory Disease. Ross R. N Engl J Med 1999; 340:115–126). Die Entdeckung des Zusammenhanges des Entzündungsmarkers hochsensitives CRP (hsCRP) und der koronaren Herzkrankheit hat die Diskussion um die Entzündungstheorie erneut befruchtet. Bisher ist jedoch noch kein Nachweis erbracht worden, dass eine medikamentöse Senkung des hsCRP zu einer Reduktion des koronaren Risikos führt. Rosuvastatin, das in der JUPITER-Studie zwar das hsCRP senkte, reduzierte jedoch auch das LDL-Cholesterin, so dass die entzündungshemmende und lipidsenkende Wirkung nicht voneinander getrennt werden konnten. (Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular event rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of the JUPITER trial. Ridker PM et al. Lancet 2009; 373(9670):1175–1182).*

*Auf dem Kongress der European Society of Cardiology (ESC) in Barcelona wurde kürzlich eine Arbeit vorgestellt, die eine antiinflammatorische Therapie und ihre Wirkung auf die koronare Erkrankung untersucht (Antiinflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease. Ridker PM et al. N Engl J Med. 2017 Aug 27). Die doppelblinde CANTOS-Studie untersuchte Canakinumab, einen therapeutischen monoklonalen Antikörper mit Wirkung auf Interleukin-1β, bei über 10.000 Hochrisikopatienten mit stattgehabtem Myokardinfarkt und einer hsCRP-Konzentration ≥ 2 mg/l. Es wurden 3 Canakinumab-Dosierungen (50, 150 und 300 mg) alle 3 Monate subkutan injiziert und mit Placebo verglichen. Der primäre Endpunkt der Studie war nicht tödlicher Myokardinfarkt, nicht tödlicher Schlaganfall oder kardiovaskulärer Tod.*

*Nach 48 Monaten war die hsCRP-Konzentration gegenüber Placebo um 26% mit 50 mg, um 37% mit 150 mg und um 41% mit 300 mg Canakinumab gesenkt. Demgegenüber wur-*