

Inhalt

► **Schwerpunkt I: Fettstoffwechsel/Kardiovaskuläre Erkrankungen**
Typ-2-Diabetes
 TBI dient als Prädiktor für CVD..... Seite 4
Cholesterinsenkung
 Keine kognitiven Defizite durch PCSK9-Hemmung..... Seite 5
Lipidprofil in der Prämenopause
 Ovarieller Lipidmetabolismus wichtig..... Seite 6
Statintherapie
 Reduktion des Mortalitätsrisiko in der Primärprävention Seite 7
Menopausale Hormontherapie
 Kein Schutz, aber auch keine erhöhte Mortalität..... Seite 8
Primäre Hypercholesterinämie
 Patienten profitieren von primärpräventiver LDL-C-Senkung Seite 8
CETP-Inhibition
 Weshalb senkt LDL-Cholesterin-Reduktion nicht immer das Risiko? . Seite 10

► **Schwerpunkt II: Typ-2-Diabetes**
Diabetische Nierenerkrankung
 Geringeres Risiko mit Liraglutid..... Seite 4
Chronische Nierenerkrankung
 Empagliflozin reduziert Mortalität Seite 6
Typ-2-Diabetes
 Degludec und Glargin im Vergleich Seite 6
Therapie mit SGLT2-Inhibitoren
 Reduziertes kardiovaskuläres Risiko auch bei breitem Risikoprofil Seite 7
Canagliflozin bei Typ-2-Diabetes
 Geringeres kardiovaskuläres Risiko, höheres Amputationsrisiko..... Seite 8
Gestörte Nüchtern glukose
 Empagliflozin senkt Nüchtern glukose und verbessert Betazellfunktion Seite 10

► **Diabetes mellitus**
MODY
 Mutationen beeinflussen Prävention Seite 2
Typ-1-Diabetes
 Blutzuckereffekt auf CVD sinkt im Laufe des Lebens..... Seite 10

► **Nebenniere/Hypophyse**
Nebennieren-Inzidentalom
 Europäische Leitlinie zum Vorgehen Seite 2
Primärer Hyperaldosteronismus
 Kriterien zur Beurteilung des chirurgischen Therapieerfolges Seite 5

► **Schilddrüse**
Tumormultifokalität
 Kein unabhängiger Risikofaktor..... Seite 2
Schilddrüsenfunktion
 Erhöhtes Risiko für Hüftfrakturen auch im Normalbereich Seite 5
Schilddrüsenkarzinom bei Kindern
 Bedeutung von Thyreoglobulinantikörpern Seite 6

► **Sonstiges**
Somatropintherapie
 Nicht mit erhöhter Mortalität assoziiert..... Seite 2
Chronische Nierenerkrankung
 Erhöhtes Risiko für PAVK..... Seite 4
Autoimmun-Polyendokrinopathie Typ 1
 Neue Phänotypen und Mutationen..... Seite 4
Phäochromozytome bei MEN2
 Penetranz und Veränderungen im Management von früher bis heute.. Seite 7

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Inzidentalome der Nebennieren haben im Erwachsenenalter eine Prävalenz von ca. 3 %, die bei 80-Jährigen bis auf ca. 10 % ansteigt. Aufgrund der immer häufiger durchgeführten bildgebenden Verfahren werden wir zunehmend mit dem Zufallsbefund Inzidentalom konfrontiert. Bei einem solchen Befund ist es wichtig, eine Überdiagnostik zu vermeiden, aber wichtige Erkrankungen wie Nebennierenkarzinom, Metastasierung, Phäochromozytom oder sonstige Tumore mit relevantem Hormonexzess nicht zu übersehen.

Zu dieser Thematik wurde nun von der Europäischen Gesellschaft für Endokrinologie durch ein Expertengremium eine Leitlinie mit dem Titel „Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors“ erstellt (Fassnacht M et al. Eur J Endocrinol 2016 Aug;175(2):G1–G34). Die Leitlinienautoren berücksichtigten für ihre Empfehlungen mehr als 6500 Abstracts und 700 Vollpublikationen. Der Großteil der Nebenniereninzidentalome sind hormoninaktive benigne Tumore. Lediglich ca. 10 % sind maligne. Zu bemerken ist, dass Metastasen eine eigene Entität darstellen und per definitionem keine Inzidentalome sind. Die Expertengruppe hat sich 4 Hauptfragen gestellt, die von dem Erstautor der Leitlinie in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift kurz zusammengefasst werden („Was soll ich tun bzw. lassen bei einem zufällig entdeckten Nebennierenknoten?“ Fassnacht M. DMW 2017;142(03):158–161).

Herauszuheben ist das Vorgehen zur Dignitätsbeurteilung der Inzidentalome mittels Bildgebung. Die Experten stellen dazu fest, dass das native CT aktuell das am besten validierte Verfahren ist. Bezüglich der endokrinen Diagnostik wird wie bisher empfohlen, einen Hypercortisolismus mittels eines 1-mg-Dexamethasonhemmtests, ein Phäochromozytom mittels Messung der Plasmametanephrine oder Metanephrine im 24-Stunden-Sammelurin sowie einen primären Hyperaldosteronismus bei arterieller Hypertonie und/oder Hypokaliämie mittels Bestimmung des Aldosteron-/Renin-Quotienten auszuschließen. Bei Verdacht auf Nebennierenrindenzinome sind zusätzlich