

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt I: Typ-2-Diabetes	
<i>Sulfonylharnstoffe in der Zweitlinie</i>	
Erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse.....	Seite 4
<i>Typ-2-Diabetes</i>	
Risikosenkung auf Normalniveau.....	Seite 6
<i>Raucherentwöhnung</i>	
Vorübergehend erhöhtes Diabetesrisiko, aber geringere Mortalität.....	Seite 8
<i>Diabetes mellitus</i>	
Laktatazidosisrisiko hängt von der Nierenfunktion ab.....	Seite 8
<i>Diabetestherapie</i>	
Glucokinaseaktivator verbessert glykämische Kontrolle.....	Seite 14
► Schwerpunkt II: Fettstoffwechsel/Kardiovaskuläre Erkrankungen	
<i>Adipositas</i>	
Auch metabolisch Gesunde gefährdet.....	Seite 3
<i>Neue US-Blutdruck-Leitlinie</i>	
Millionen zusätzlicher Hypertonie-Patienten zu erwarten.....	Seite 4
<i>LDL-Cholesterin</i>	
Hochdosis-DHA mit stärkerem Effekt.....	Seite 5
<i>Transgender-Hormontherapie</i>	
Mehr kardiovaskuläre Ereignisse.....	Seite 6
<i>Schwangerschaftshypertonie</i>	
Jahrzehntelang erhöhtes Risiko.....	Seite 9
► Diabetes mellitus	
<i>Neonataler Diabetes durch KCNJ11-Mutation</i>	
Sulfonylharnstoffe langfristig wirksam.....	Seite 3
<i>Typ-1-Diabetes</i>	
Diagnosealter entscheidend für Überleben.....	Seite 8
<i>Herzfehler bei Kindern</i>	
Blutzuckereinstellung bei Empfängnis entscheidend.....	Seite 12
► Endokrine Tumoren	
<i>Prolaktinom</i>	
Absetzen der Dopaminagonistentherapie.....	Seite 16
<i>Paragangliom/Phäochromozytom</i>	
Primär Somatostatin-Rezeptor-Szintigraphie.....	Seite 16
► Hormonstörungen	
<i>Wachstumshormonmangel nach Strahlentherapie</i>	
Beurteilung diagnostischer Tests.....	Seite 5
<i>Testosteronsupplementation</i>	
Langsamere VO _{2max} -Abnahme.....	Seite 9
<i>Krebserkrankung in der Kindheit</i>	
Mehr Körpergröße durch Wachstumshormontherapie.....	Seite 10
► Osteoporose	
<i>Postmenopausale Osteoporose</i>	
Sequenzielle Therapie reduziert Frakturen signifikant.....	Seite 4
<i>Denosumabtherapie</i>	
Starke Knochen auch nach 10 Jahren.....	Seite 18
► Sonstiges	
<i>Nebennierenrindensuffizienz</i>	
Therapie setzt Uhrengene zurück.....	Seite 6
<i>Vitamin-D-Mangel</i>	
Pränatale Supplementation lässt Säuglinge nicht besser wachsen.....	Seite 14
<i>Schilddrüsenfunktion in der Schwangerschaft</i>	
FT4 mit IQ des Kindes assoziiert.....	Seite 16
► Hochschule, Forschung und Verbände.....	
► Industrie.....	
► Termine.....	

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ätiologie einer hypotonen Polyurie zu klären, stellt Ärzte vor eine diagnostische Herausforderung. Insbesondere eine primäre Polydipsie von einem partiellen Diabetes insipidus zu unterscheiden, kann große Schwierigkeiten bereiten. Der Diabetes insipidus ist eine der Ursachen einer hypotonen Polydipsie. Mithilfe eines Durstversuches mit anschließender Gabe von Vasopressin wird ein zentraler und ein nephrogener Typ unterschieden. Der Durstversuch, der stationär durchgeführt werden muss, ist nach wie vor der diagnostische Goldstandard, hat jedoch nur eine Diagnosegenauigkeit von etwa 70%. Seine Durchführung ist aufwendig und nicht selten fehlerbehaftet.

In den letzten Jahrzehnten haben die polyurischen Störungen zugenommen, da vermehrt neurochirurgische Eingriffe vorgenommen werden, die zu Verletzungen der Hypophyse und des Hypothalamus führen. Gleiches gilt für die Schädigung durch Chemo- und Strahlentherapie. Auch wird eine Polydipsie bei psychiatrischen Erkrankungen – sei es bei Patienten mit psychogener Polydipsie oder bei Patienten, die bestimmte Psychopharmaka erhalten – vermehrt festgestellt. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, die diagnostischen Verfahren bei Bestehen einer Polyurie zu verbessern.

Nun wurden kürzlich von Forschern der Universität Leipzig und des Universitätsspitals Basel Ergebnisse einer multizentrischen, prospektiven Studie zu der Frage publiziert, ob eine hypertone Kochsalzstimulierte Copeptinmessung dem herkömmlichen Durstversuch überlegen ist (Fenske W et al. N Engl J Med 2018;379:428–439). Beim klassischen Durstversuch dürfen die Patienten 17 Stunden keine Flüssigkeit zu sich nehmen. Anschließend wird die Konzentration des Urins interpretiert. Demgegenüber bedarf es bei dem jetzt publizierten Test lediglich einer Infusion mit 3-prozentiger Kochsalzlösung über 3 Stunden. In der Studie wurden 144 Patienten in 11 Kliniken rekrutiert, bei denen beide Tests – herkömmlicher Durstversuch und hypertoner Kochsalzinfusionstest – durchgeführt wurden. Die endgültige Diagnose lautete bei 82 (57%) Patienten primäre Polydipsie, bei 59

(41%) zentraler Diabetes insipidus und bei 3 (2%) nephrogener Diabetes insipidus. Bei den 141 ausgewerteten Patienten führte der Durstversuch bei 108 Patienten zu einer korrekten Diagnose, was einer diagnostischen Genauigkeit von 76,6% entspricht. Demgegenüber wurde bei dem hypertonen Kochsalzinfusionstest bei 136 Patienten die korrekte Diagnose gestellt – eine diagnostische Genauigkeit von 96,5%.

Der Durstversuch führte bei 77 von 105 (73,3%) zu einer korrekten Unterscheidung zwischen primärer Polydipsie und partiellem zentralen Diabetes insipidus, der hypertone Kochsalzinfusionstest bei 99 von 104 Patienten (95,2%). Der Infusionstest hatte eine Sensitivität von 93% und eine Spezifität von 100%. Beschrieben wurde 1 schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis (desmopressin-induzierte Hyponatriämie) im Verlaufe eines Durstversuches, welches eine stationäre Aufnahme notwendig machte. Für Kliniker besonders wichtig ist der Befund, dass alle Patienten, die aufgrund des Durstversuches fehldiagnostiziert worden waren, mithilfe des Kochsalzstimulierten Copeptin-Tests eine korrekte Diagnose erfahren haben.

In einem lesenswerten Editorial (Rosen CJ & Ingelfinger JR. N Engl J Med 2018;379:483–484) wird der klinische Nutzen dieses neuen Tests hervorgehoben und festgestellt, dass der Kochsalzstimulierte Copeptin-Test vermutlich den herkömmlichen Durstversuch ablösen wird, um präzise die Ätiologie einer Polydipsie zu definieren. Hingewiesen wird aller-

Fortsetzung siehe Seite 3.....►