

Aus dem Inhalt

➤ Schwerpunkt I: Diabetische Komplikationen	SEITE
<i>Fragilitätsbrüche bei Diabetes</i>	
Erhöhtes Fraktur- und kumulatives Mortalitätsrisiko bei Diabetes-Patienten	4
<i>Gestörte Wundheilung bei Diabetes</i>	
Hohe Glukosespiegel stören den Verschluss von Haut- und Schleimhautwunden	6
<i>Wirksamkeit und Sicherheit von Bempedoinsäure bei Patienten mit und ohne Diabetes</i>	
Senkung des kardiovaskulären Risikos bei Diabetikern	6
<i>Mentale Beeinträchtigungen bei Menschen mit Typ-2-Diabetes</i>	
Sind Veränderungen in der Netzhautstruktur Hinweise auf kognitive Dysfunktion?	7
➤ Schwerpunkt II: Endokrine Tumore	
<i>Inkretinbasierte Therapien bei Typ-2-Diabetes und das Risiko für Schilddrüsenkrebs</i>	
Keine Hinweise für häufigeres Auftreten von Schilddrüsenkarzinomen	8
<i>Individuelle Charakteristika und Genese von Phäochromozytomen</i>	
Zumeist Nebennieren-Inzidentalome mit distinkten Erscheinungsmerkmalen	10
<i>Myotoxizitäten durch Immuncheckpoint-Inhibitoren</i>	
Änderungen im Thymus lösen lebensbedrohliche Reaktionen aus	10
<i>Behandlung von pädiatrischem Schilddrüsenkrebs mit niedrigem Risiko</i>	
Verzicht auf radioaktive Jodtherapie ohne Effekt auf die Remissionsraten	12
➤ Verschiedenes	
<i>Schützt eine Testosteronbehandlung Männer mit Hypogonadismus vor Knochenbrüchen?</i>	
Keine Verringerung der Inzidenz klinischer Frakturen beobachtet	12
<i>Dapagliflozin/Exenatid-Therapie bei Typ-2-Diabetes</i>	
Neuer glukoregulatorischer Mechanismus zur Blutzuckerkontrolle	13
<i>Insulinbehandelte schwangere Frauen mit Typ-2- oder frühem Gestationsdiabetes</i>	
Zusätzliche Metformineinnahme verringert neonatale Komplikationen nicht	14
<i>Glucagon-Like-Peptid-1-Analoga als Zusatztherapie für Patienten mit Typ-1-Diabetes</i>	
Größter Nutzen durch Liraglutid bei Gewichtsverlust und reduzierter Insulindosis	16
<i>Natrium-Glukose-Co-Transporter-2-Inhibitoren bei Chronischer Nierenkrankheit</i>	
Empagliflozin verlangsamt das Fortschreiten signifikant	16
<i>Januskinase-Inhibitor Baricitinib bei Patienten mit neu auftretendem Typ-1-Diabetes</i>	
Tägliche Behandlung erhält die β -Zellfunktion über 48 Wochen	18
<i>Mentale Folgen eines niedrigen Thyreotropin-Spiegels bei älteren Menschen</i>	
Endogene und exogene Thyreotoxikosen als Risiko für kognitive Störungen	19
<i>Einfluss von Schlafmangel auf den weiblichen Glukosestoffwechsel</i>	
Verkürzte Schlafdauer beeinträchtigt Insulinsensitivität	19
➤ Forschung, Hochschule und Verbände	20
➤ Industrie	21
➤ Termine	23

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Testosteron ist unabdingbar für ein gesundes Skelettsystem. Eine ausreichende Testosteronkonzentration im Plasma ist Voraussetzung, um das Maximum der Knochenmasse und -festigkeit während des frühen Erwachsenenalters zu erreichen und später eine beschleunigte Knochenresorption während des Alterns zu verhindern. Testosteron wirkt direkt oder indirekt durch seine Metabolite Östradiol und Dihydrotestosteron und induziert eine Erhöhung der Knochenmineraldichte (BMD) und -mikroarchitektur. Gerade letztere sind entscheidende Parameter bei der Vorbeugung von Knochenbrüchen. Es erscheint daher plausibel, dass eine Testosterontherapie die Frakturinzidenz bei älteren hypogonadalen Männern reduzieren könnte. Bisher liegen jedoch noch keine placebokontrollierten Studien vor, die diese Hypothese bestätigen.

Im Editorial des Kompakt Diabetologie und Endokrinologie, Ausgabe 04/2023 hatte ich Ihnen bereits die Studie TRAVERSE (The Testosterone Replacement Therapy for Assessment of Long-term Vascular Events and Efficacy Response in Hypogonadal Men) genauer vorgestellt. Im 1. Teil dieser großangelegten multizentrischen, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Nichtunterlegenheitsstudie mit insgesamt 5246 Männern war insbesondere die kardiovaskuläre Sicherheit einer Testosteronsubstitutions-Therapie bei Männern mittleren und höheren Alters mit Hypogonadismus untersucht worden. Die Studienärzte konnten dabei zeigen, dass schwerwiegende unerwünschte kardio-vaskuläre Ereignisse bei hypogonadalen Männern, die mit transdermaleme Testosteron (1,62%iges Gel) therapiert wurden, und denen, die Placebo erhielten, in vergleichbarer Häufigkeit auftraten (N Engl J Med 2023;389:107-117).

Nun wurden am 18. Januar 2024 Ergebnisse publiziert, die auf einer weiterführenden Subgruppenanalyse der TRAVERSE-Studie basierten. Von besonderem Interesse war in dieser Untersuchung der Einfluss der Testosterongabe auf das Frakturrisiko (N Engl J Med 2024; 390:203-211). In diese Datenerhebung wurden alle 5204 Männer

im Alter von 45–80 Jahren aus der TRAVERSE-Studie eingeschlossen. Alle Probanden hatten eine bereits bestehende oder ein hohes Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung, berichteten über Symptome eines Hypogonadismus und wiesen bei 2 unabhängigen Messungen der Testosteronkonzentration im Nüchternplasma Werte von <300 ng/dl auf. Die Studienteilnehmer erhielten randomisiert transdermal 1,62% Testosteron-Gel oder Placebo-Gel für <4 Jahre (mit einem medianen Follow-up von 3,19 Jahren). Osteoporose war kein Eingangskriterium. Der Median des Alters der Männer betrug 64 Jahre. Der mediane BMI (kg/m^2) war 35, ca. 70% der Männer hatten einen Diabetes mellitus und $<1\%$ erhielten eine Osteoporosemedikation. Im Studienverlauf wurde die Testosterondosis individuell auf jeden Probanden angepasst, um eine resultierende Testosteronkonzentration von 350–750 ng/dl zu erzielen. Der mittlere Wert der Testosteronkonzentration im Plasma stieg dann von 227 ng/dl vor der Substitution auf 354–386 ng/dl während der Behandlungsphase (bei einer mittleren Behandlungsdauer von 22 Monaten). Diese TRAVERSE-Fracture-Studie wurde von den Koordinatoren separat von der Cardiovascular-Studie konzipiert und durchgeführt.

Der primäre Endpunkt war der Anteil der gesamten klinischen Frakturen und wurde vordefiniert. Eine klinische Fraktur trat bei 91 von 2601 Männern (3,50%) in der Testosterongruppe und bei 64 von

Fortsetzung auf Seite 3 •••••➤