

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-------|----------------------------------|---|
| 1. | EndoKOLLOgie | 1 |
| 1.1. | Schildbürgerstreich | 1 |
| 1.2. | Hush little baby | 1 |
| 1.3. | Schidt-Syndrom | 1 |
| 1.4. | funktionelle Autonomie & Basedow | 1 |
| 1.5. | Nodes | 2 |
| 1.6. | James Brown - a MEN1s world | 2 |
| 1.7. | MEN2 | 2 |
| 1.8. | Klausur | 2 |
| 1.9. | Diab(olo) II | 2 |
| 1.10. | Leitlinien Typ2 | 2 |
| 1.11. | Ketoazidose | 2 |
| 1.12. | Insuline | 3 |
| 1.13. | Adrenogenitales Syndrom | 3 |
| 1.14. | Stimulationstests | 3 |

1. ENDOKOLOGIE

Karges

1.1. Schildbürgerstreich.

- zwei Parameter sind entscheidend zur Achse
 - TSH
 - fT3 & fT4
- latent: Funktionshormonwerte noch im Normbereich, aber TSH bereits verändert
- Hypophyseninsuffizienz gegenteilig vom TSH-Produzierenden Tumor (alles hoch bzw. niedrig)
- schwer kranke haben sehr sehr niedriges fT3 – Typisch auf Intensivstation, dennoch Euthyreotischer Status
- TSH-Grenzen: 0,25-2,5, allerdings wird darum gestritten, USA benutzt teilweise 4 nach oben

- TSH kann auch mal 200 werden (leute kommen vorher aber normalerweise zum Arzt)
- 5% der gesunden liegen ohnehin außerhalb des Referenzbereichs – Grund: Referenzkorridor empirisch bestimmt
- 3 also in der Realität ohne Klinik kein Problem (siehe 200)

1.2. Hush little baby.

- Hashimoto: Apoptose
- vorher über dann unterfunktion
- TPO & TAK-Antikörper
- Hashimoto nur behandeln nur wenn Hypothyreose auch vorhanden
- Immunsuppressive Therapie bringt nix
- Medi: L-Thyroxin

1.3. Schidt-Syndrom.

- = autoimmunes Polyglanduläres Syndrom
- genetisch bedingt
- Basedow + Addison + Diabetes + Haarausfall
- also lauter Sachen gemeinsam
- Behandlung: Jede Krankheit wird alleine behandelt
- Problem: Cortisonausschüttung kann bei einer Hypoglycämie nicht ausreichend gegensteuern

1.4. funktionelle Autonomie & Basedow.

- autonome Knoten eher bei alten
- Basedow bei jungen eher
- TRAK der AK
- Base-Behandlung Thyreostatika 12-18 Monate → TPO wird gehemmt → dann Auslassversuch
- Thyreostatika machen manchmal Gelenkbeschwerden (Basedow selbst nicht)
- selten gibt es auch einen Rezeptor-Blockierungs-AK der an anderem Epitop bindet

1.5. Nodes.

- kalt=hypofunktionell, Knoten da, aber keine Szinti-speicherung
- Hypofunktionell meistens zum Glück kein Karzinom
- jeder Sono-Knoten: Szinti
- wenn kalt: Feinnadel
- wenn Karzi: OP
- jeder 5000. ist maligne
- Calcitoninerhöhung immer böse: immer sofort OP

1.6. James Brown - a MEN1s world.

- im Grunde gutartig
- Hypophyse bei 45%
- Parathy bei 89% → Klausur!
- Calcium oft bei Tumoren sehr hoch, Mamma, Prostata usw → Parathormon dann aber niedrig

1.7. MEN2.

- immer MTC = medulläres Schilddrüsenkarzinom
- MEN2B: Neurome dabei
- 50% MEN2A&B: Phäochromocytom
- FMTC: nur MTC = MedThCar
- immer alles genetisch → 100%
- genetische Beratung super, man kann die Schilddrüse dann gleich herausmachen, das rettet die Leute, die müssen dann leider aber Pillen nehmen
- FMTC: Spät, MEN2B: Jugendlich & Karzinom

1.8. Klausur.

- Typ2-Diabetes kommt auf jeden Fall drann anscheinend
- alle Antidiabetika kennen!

1.9. Diab(olo) II.

- Insulin
- Metformin → keine Hypos
- Sulf/Glinide → Hypos
- AGI (Darm KH-Aufspaltung) → veraltet, starke Blähungen

- Glitazon → sensitizer → eigentlich gut, Leute sterben aber verstärkt an KHK
- Inkretin-Mimetika ..InkretinEffekt.. (Klausur?)
 - Glukoseabh! Insulinsekretion
 - keine Hypos
 - Magenentleerungsbremmung (satter, weniger Appetit)
 - Hormon: GP1
 - Medi: Analoga, da HWZ niedrig
 - Exenatide und Niraglutid
 - s.c. Applikation erforderlich
- DPP4 (Klausur?) → wie inkretin!, Medikamente: ...glitin
- nur die beiden letzten sind gut fürs Gewicht → die besten Medis
- first-line: immer Metformin
- Metf: KI bei Niereninsuffizienz → geht auf die Niere!
- Metf: Krea checken.
- Diskussion: Inkr + DPP4 → Pankreatitisrisiko, ungeklärt aber nicht so krass - Diabetiker bekommen ohnehin öfters eine
- Metformin: Durchfall bei 10% der Leute, dann anderes Mittel

1.10. Leitlinien Typ2.

- zuerst Bewegung, Ernährung, Schulung und Metformin
- wenn HbA1c zu hoch: DPP4 oder so dazu
- über 7,5%: Insulin plus Metformin
- wenn das nicht funktioniert: Intensivierte Insulin-Monotherapie
- OGTT: bekannt, Prädiabetes 2h-Wert: 140-200 (entspr den 100-126mg/dl nüchtern)
- HbA1C: über 6,5% immer Diabetes

1.11. Ketoazidose.

- 1-Diabetiker der Fastet: 1 Einheit pro Stunde Basalbedarf ohne Essen
- bis 1923 ist jeder gestorben (Zeitzeugenberichte toll), Nobelpreis 12 Monate später
- Typisch: Therapiefehler, bakterielle Infektion oder selten Erstmanifestation
- Ketoazidose: auf keinen Fall mit Bicarbonat behandeln, nur vorsichtig Insulin & Volumen bei intensivmedizinischer Situation unter Kaliumkontrolle

- Bicarbonat macht bei Ketoazidose Hirnödem - Präklinisch also: Atemwege & Volumen

1.12. **Insuline.**

- Humaninsulin: Rekombinant = Altinsulin = Normalinsulin, Mittelschnell
- Analoginsuline: Lispro und so, auch schnell wirksam
- Langsam: Normalinsulin mit Wirkverzögerer NPH = NPH-Insulin
- Analoga: Glargin und so (noch länger)
- → 4 Schubladen
- Ziel: Wenig Spritzen, Geringer Essensabstand bzw gute Steuerung bei Pumpe

1.13. **Adrenogenitales Syndrom.** = AGS

- adrenaler Enzymdefekt, Homozygot
- wird beim Neugeborenen gescreent
- 21-Hydroxylase (KLAUSUR?) ist defekt
- durch den Enzymblock staut es sich
- Eigentlich zu wenig Aldosteron & Cortisol!
- Abbau der Metaboliten über den Anfgrogenweg
- Schwere bzw Milde sehr variabel

- schwere Form: Baby mit Salzverlust → stirbt bei erstem Durchfall an Dehydria
- Genital evtl gemischt – ..Zwitter..
- leichtes fällt eher beim Mädchen auf, Buben haben ja schon einen Penis
- Pseudopub prae beim Buben (alter von 3), Hirsutismus beim Mädchen
- Behandlung einfach: Ausreichend Corti und Aldo geben, dann gibt es keinen Stau und keine Entgleisung
- immer genetisch wie gesagt
- ACTH natürlich Parameter für Therapieerfolg, sollte möglichst normal sein
- weitere Marker: Testosteron selbst
- sehr spezifisch: 17-OH-P = 17 Hydroxy-Progesteron → das kreuzt man auf dem Laborzettel an
- Jungen oft immer anfangs bei den Großen, dann bleiben sie aber klein

1.14. **Stimulationstests.**

- idr. teuer
 - Mechanismus bekannt im Grunde
 - Durchführung nur von Experten
 - Insulinhypothese-Test: Check von Cortisol, weil das ja reflektorisch schön ausgeschüttet wird → Hypophyse und Nebenniere wird getestet
- abgehauen kurz vor Ende