

**Pharmakurs „Endokrinopharmakologie“ (Schilddrüsenhormone, Sexualhormone, etc.) insges. 2 Std.**

1. Fallarbeit (20min, möglichst vorab zu Hause) und Vorstellung (30min; jeweils ca. 7min) durch Studentengruppen  
(Einteilung und Auswahl des/der Vorstellenden selbstständig; sonst am Kurstermin, s.u.)
2. Präsentation Prof. Dr. med. H. H. Radeke (1,5. Std.)

**Ablauf**

***Hier die Bereitstellung der „Fallbeispiele“ zu Ihrer Vorbereitung.***

*(Auf der OLAT Lernplattform (<https://olat.server.uni-frankfurt.de/olat/dmz/>) können Sie sich mit Ihrer User-ID und Passwort anmelden. Dort finden Sie die Fallbeschreibungen (diese Datei).)*

**Auf den folgenden Seiten finden Sie 4 Fälle, die Sie je nach Gruppengröße gemeinsam bearbeiten und dann durch 2-3 ausgewählte Sprecher/innen während der Kursveranstaltung präsentieren sollten.**

**Falls Sie es schaffen, mindestens zwei der vier Fälle vor dem Kurstermin auszuarbeiten, bleibt mehr Zeit für Ihre Präsentation, die Diskussion und anschließende Präsentation des Dozenten.**

**Wenn nicht, müssen die Fälle während des Kurstermins erarbeitet werden.**

**Fall 1.**

Während Ihres Dienstes in der Notfallambulanz wird die 25-jährige Frau R. mit unerträglichen Thoraxschmerzen eingeliefert. Sie ist zyanotisch und hat keinen tastbaren Puls mehr. Der begleitende Notarzt berichtet, die sportliche Tierärztin sei ganz plötzlich, aus völliger Gesundheit zusammengebrochen. In der Anamnese keinerlei Auffälligkeiten, kein Hinweis auf Allergien, Asthma oder kardiale Probleme. Das einzige Medikament, das sie einnehme, sei Yasmin. Über der Lunge sind keine Atemgeräusche auskultierbar, nach wenigen Minuten kommt es zum Herzstillstand. Aufgrund der akuten Lebensgefahr, wird Frau R. narkotisiert, intubiert und notthorakotomiert. Intraoperativ wird eine beidseitige Lungenembolie festgestellt, revidiert und nach 20min Herzstillstand gelingt die Reanimation. Frau R. ist nach Monaten nur teilweise rehabilitiert, kann ihren Beruf jedoch nicht mehr ausüben.

1. Wie ist Ihre Diagnose?
2. Wie hoch ist das relative Risiko eines solchen Ereignisses bei den am Markt befindlichen Kontrazeptiva?
3. Stellen Sie weitere akute und Langzeit UAW der unterschiedlich zusammengesetzten Hormonpräparate zusammen.

\* Quellenhinweis: Lehrbücher, FDA, Klinische Studie „MEGA“ (<http://www.medscape.com/viewarticle/707597>), Bayer

**Fall 2.**

Die Ehe von Herrn und Frau Schneider ist fünf Jahre nach der Heirat, und nach 6 Versuchen einer Insemination mit vorhergehender Gonadotropinstimulation der Frau weiter kinderlos. Beide möchten gern mit der nun indizierten und Ihnen angebotenen in vitro-Fertilisation (**IVF**) weitere Versuche unternehmen.

1. Welches sind die häufigsten Ursachen der Kinderlosigkeit?
2. Welche individuell anzupassenden Stimulationsprogramme mit dem Ziel einer gesteuerten folliculären Entwicklung und, nach Erreichen einer Follikelgröße von 18 - 20 mm, einer induzierten Ovulation stehen zur Verfügung (unter Berücksichtigung hormoneller Regelkreise)?
3. Erklären Sie in einzelnen Schritten die peripheren und zentralen Wirkmechanismen der Hormonpräparate.
4. Stellen Sie einige der wichtigsten UAW zusammen.

\* Quellenhinweise: IMPP „Hammerprüfung“ Frühjahr 2010 –Tag 1; Lehrbücher;  
<http://www2.uni-jena.de/ufk/cdVorlesung/sterili.htm>

### Fall 3.

Die 61-jährige Patientin Frau E. B. wird Anfang August 2007 wegen Verdachts auf Cushing-Syndrom aus der neurologischen Abteilung eines Krankenhauses auf die internistische Abteilung verlegt.

Anamnestisch: Z.n. Mamma-Ca mit Lymphödem des rechten Armes; Hypothyreose (unter Levothyroxin-Substitution), arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz.

Symptome: Schwindel, Leistungsschwäche, Gewichtszunahme insbesondere am Bauch, Nachtschweiß. Keine Sehstörungen.

Untersuchung: reduz. AZ, übergewichtig; Bauchdecken adipös, weich, Striae rubrae beidseits, Beinmuskulatur atrophisch, Cushingoider Habitus mit gerötetem Vollmondgesicht und Stammfettsucht.

#### Endokrinologische Hormondiagnostik

niedrigdosierter Dexamethasonhemmtest (Gabe von 2 mg Dexamethason um 23.00 Uhr):

Kortisol basal 518 µg/L, Kortisol nach Suppression 411 µg/L

hochdosierter Dexamethasonhemmtest (Gabe von 8 mg Dexamethason um 23.00 Uhr):

Kortisol basal 580 µg/L, Kortisol nach Suppression 470 µg/L

ACTH basal 131 pg/mL, ACTH nach Suppression 120 pg/mL

(Ref.-Wert Kortisol 8.00 Uhr: 50–250 µg/L; 24.00 Uhr: < 50 µg/L; Ref.-Wert ACTH 8.00 Uhr: 5–60 pg/mL; 24.00 Uhr: < 10 pg/mL)

Sowohl im niedrigdosierten als auch im hochdosierten Dexamethasonhemmtest zeigt sich keine adäquate Suppression der Kortisolwerte. 24 Std. Urin: Cortisol erhöht.

CRH-Test (Gabe von 100 µg CRH): keine Stimulation des basalen ACTH-Wertes im CRH-Test.

Weitere Laborbefunde: Diabetische Stoffwechsellage, Hypokaliämie:

Rö- und CT: Osteoporose; „Empty Sella“ Phänomen im Schädel CT; Im CT Thorax fällt ein 1,5cm Rundherd auf.

1. Wie ist Ihre Diagnose?
2. Welche Ursache könnte zu diesen Endokrinologischen Testergebnissen führen?
3. Welche Maßnahme würden Sie als nächstes empfehlen?

#### Fall 4.

Eine 36-jährige Patientin entwickelt postpartum eine Amenorrhoe und Galaktorrhoe, die auch mehr als ein Jahr nach Geburt und Abstillen noch persistieren. Weitere Symptome, über die sie klagt, sind: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel und erhöhte Lichtempfindlichkeit. Sie hat moderat erhöhte Prolaktinwerte und Hinweise auf eine partielle Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz, jedoch keinen Diabetes insipidus. Im MRI sieht man eine große intrasellare, teilweise zystische Masse, die bis in den Sinus cavernosus reicht, mit verdicktem Hypophysenstiel (Abb. 1). Sie wurde mit einer trans-sphenoidalen Operation zur Teilentfernung der Läsion behandelt. Histopathologisch wurde eine lymphozytäre Hypophysitis gefunden. Marker für T und B Lymphozyten waren positiv. Die Patientin blieb seither unter einer Hypophysen-Substitutionstherapie beschwerdefrei.

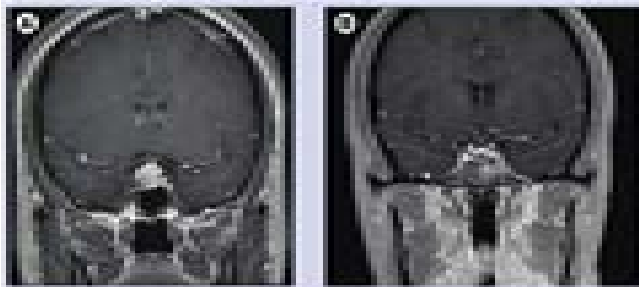


Abb. 1. Prä- und postoperativer MRI Befund

1. Wie häufig ist eine lymphozytäre Hypophysitis, welche Ursache nimmt man an, und welche Ursachen einer HVL-Insuffizienz sind sehr viel häufiger?
2. Wie sieht eine Hypophysen-Substitutionstherapie nach Komplettausfall aus?