

Leitsymptome der Akromegalie:

Vergößerung der Mandibula mit Prognathie, Verbreiterung der Zahnzwischenräume und Überbiss, Verbreiterung der Nasenwurzel, prominente Supraorbitalwülste. Zunahme der Fingerbreite (Ring passt nicht mehr), Fussgröße (Schuhe passen nicht mehr), Kopfgröße (Hut passt nicht mehr). Makroglossie, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Karpaltunnelsyndrom, Arthropathien, Hyperhidrose, gestörte Glukosetoleranz bzw. Diabetes mellitus Typ 2. Durch Makroadenome kommt es häufig zu Kopfschmerzen, Gesichtsfeldeinschränkungen und Hypophysenfunktionsausfällen (Hypogonadismus >> sekundäre Hypothyreose >> sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz).

Definition und Diagnostik der Akromegalie:

Chronischer Exzess von Wachstumshormon (GH) und Insulin-like Growth Factor I (IGF-I) beim Erwachsenen durch ein GH-produzierendes Hypophysenadenom (in 98 – 99 % der Fälle).

- **Screeningtest für Akromegalie: IGF-I-Serumspiegel.**
Ein im alters- und geschlechtsspezifischen Normalbereich liegender IGF-I Spiegel schließt eine Akromegalie aus. Bei erhöhtem IGF-I besteht der dringende V.a. eine Akromegalie (Bestätigungstest). Außerdem sollte Prolaktin bestimmt werden, da etwa 40 % aller Adenome somatomammotrophe Adenome mit gleichzeitiger Sekretion von GH und Prolaktin sind.
- **Bestätigungstest: oraler Glukosetoleranztest (OGTT) mit 75 g Glukose**
Bestimmung von GH und Glukose zum Zeitpunkt 0, 1 und 2 h. Eine fehlende Suppression des GH-Spiegels auf < 1,0 µg/L beweist die Akromegalie.
- **Weitere Diagnostik nach Diagnosestellung der Akromegalie:**
MRT der Sellaregion, Perimetrie, Hypophysenfunktionsbestimmung, Coloskopie (gehäuft Polypen), Schilddrüsenultraschall (gehäuft Adenome), Untersuchung im Schlaflabor bei V.a. ein Schlaf-Apnoe Syndrom.

Therapie der Akromegalie:**Therapieziele:**

- 1) IGF-I Spiegel im alters- und geschlechtsspezifischen Normbereich
- 2) im OGTT auf < 1,0 µg/L supprimierbares GH
- 3) Tumormasse/progression effektiv kontrollieren
- 4) Mortalität normalisieren

Therapiemonitoring: IGF-I Serumspiegel und OGTT 6 - 12 Wochen nach der Operation und nachfolgend alle 6 -12 Monate.

Therapieoptionen:

1. Transsphenoidale Hypophysenoperation
2. Somatostatinanaloga: Octreotid (Sandostatin®) 100 bis 500 µg dreimal täglich s.c. bzw. Depotpräparate von Octreotid (Sandostatin LAR®) 10, 20 oder 30 mg alle 4 Wochen i.m. oder Lanreotid (Somatuline Autogel®) 60, 90 oder 120 mg alle 4 Wochen tief s.c..
3. Wachstumshormonrezeptorantagonist: Pegvisomant (Somavert®) 10 – 30 mg / Tag s.c.
4. Radiatio / Radiochirurgie: Konventionelle Radiatio mit langer Latenzzeit (Normalisierung des IGF-I in 35 – 55 % nach 10 Jahren) und häufigen Nebenwirkungen (Hypophyseninsuffizienz in > 50 %). Stereotaktische Radiochirurgie ist innerhalb von 1 – 2 Jahren wirksam, führt jedoch ebenfalls nur in etwa 35 % zu einer Normalisierung des IGF-I.

