

Inhalt

Editorial

1. Berichte aus den AGs
2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und der AGPD (JA-PED) 2014 in Leipzig
3. Stipendien, Preise und Deadlines 2015
4. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle
5. JA-PED 2015 Essen

Impressum

Editorial

Die Vorbereitungen auf die 10. gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) in Essen im November 2015 laufen auf Hochtouren. Für den Gesellschaftsabend haben wir uns für die eindrucksvolle Kulisse des Red-Dot-Design Museums entschieden, auf dem Gelände des Weltkulturerbes Zeche Zollverein.

Aber wer feiern möchte, sollte vorher gut gearbeitet haben, heißt es im Ruhrgebiet. Daher darf ich Sie heute schon darum bitten, unter Ihren wissenschaftlichen Daten und klinischen Erfahrungsberichten die interessantesten Beiträge auszuwählen, um sie auf der JA-PED in Essen zu präsentieren. Besonders für den kinderendokrinologischen und -diabetologischen Nachwuchs stellt die JA-PED ein gutes Forum dar. Bitte beachten Sie schon jetzt die Deadlines für der Wissenschaftspreise.

Um Sie daran zu erinnern, wie gut auf der JA-PED 2014 gearbeitet wurde, finden Sie in dieser Ausgabe Fotos von den Preisverleihungen und Berichte der Arbeitsgruppen von unserer Jahrestagung in Leipzig.

Ein anderes Ereignis wirft seinen Schatten voraus. In den nächsten Monaten möchten wir uns mit einer Mitgliederbefragung an Sie wenden, damit sich die Arbeit der Fachgesellschaft noch besser auf Ihre Bedürfnisse ausrichten kann.

Aber zunächst wünscht Ihnen viel Spaß beim Lesen, im Namen des gesamten Vorstands,



Prof. Dr. Berthold Hauffa
Präsident der DGKED e.V.

für den Vorstand

PD Dr. S. Bechthold-Dalla Pozza, Dr. C. Brack, Prof. Dr. J. Wölfe, Dr. D. Schnabel, Dr. S. von Sengbusch

1. Berichte aus den AGs

1.1 Bericht der AG Wachstum und Hypophyse

(Moderation: G.Binder/R.Pfäffle, Leipzig)

Die AG Wachstum und Hypophyse wurde von mehr als 100 Kollegen besucht. Zunächst berichtete Prof. Binder (Tübingen) über die Aktualisierung der S2e-Leitlinie zur Diagnostik des Wachstumshormonmangels im Kindes- und Jugendalter, die von der bewährten Arbeitsgruppe neu erarbeitet und vor kurzem von der AWMF publiziert wurde. Wichtige Neuerungen der Evidenz-basierten Leitlinie sind der neue GH cut-off für Neugeborene (7ng/ml) und der Hinweis auf eine reduzierte GH-Ausschüttung bei Kindern mit einem BMI-SDS größer als 0. Allen Empfehlungen wurden jetzt Evidenzklassen zugewiesen. Bitte nachlesen!

Im zweiten Vortrag referierte Prof. Pfäffle (Leipzig) über die Veröffentlichung einer neuen französischen Langzeitstudie, die eine statistisch signifikante Assoziation von GH-Therapie im Kindesalter und dem erhöhten Risiko für das Auftreten von cerebralen Blutungen, vor allem aus arteriellen Aneurysmata, im jungen Erwachsenenalter fand (Poidvin A et al. 2014 Growth hormone treatment for childhood short stature and risk of stroke in early adulthood. Neurology 83:780). Die Studie basiert auf der Auswertung von Daten der französischen Subgruppe der SAGhE-Studie und wird international lebhaft diskutiert. Zur Berechnung der allgemeinen Morbiditätsrate benutzten die Autoren zwei stroke-Register, die möglicherweise nicht adäquat waren. Auch wurden Risiken der einzelnen betroffenen Patienten außerhalb der GH-Therapie nicht ausreichend abgeklärt. Reaktive Verlautbarungen von ESPE und ES signalisieren die Notwendigkeit weiterer Datenanalysen, bevor definitive Aussagen getätigt werden können. Es bestand in der AG Übereinkunft, dass der Inhalt dieser Studie bei allen GH-Therapeuten bekannt sein sollte, damit wir auf Nachfragen von Patientenfamilien informiert antworten können. Es bestand in der AG keine Einigkeit darüber, ob (und wie) die Patientenfamilien über die Ergebnisse dieser Studie vor GH-Therapie aufgeklärt werden sollen.

Im dritten Vortrag berichtete Prof. Dörr (Erlangen) kurz über den Rekrutierungsstand bei der Multicenterstudie zur Lebensqualität GH-behandelter Kinder (QoLISY-Fragebögen), die er zusammen mit Frau Prof. Bullinger (Hamburg) durchführt. Das Rekrutierungsziel wurde bisher leider verfehlt, obgleich viele Kollegen der AG Wachstum Teilnahme und Rekrutierung von Patienten zugesagt hatten. Es wurde dazu aufgerufen, diese Zusage jetzt schnell noch einzulösen. Benötigt werden SGA und GHD-Kinder im Alter von 8-18 Jahren, die bei Start und nach einem Jahr der GH-Therapie systematisch nach ihrem Befinden befragt werden sollen. Bitte melden (Helmuth-Guenther.Doerr@uk-erlangen.de)!

Im vierten Vortrag stellte Prof. Binder seinen Vorschlag eines Amendment zur Biosimilar-Stellungnahme der APE von 2006 vor, die der Vorstand der DGKED von der AG Wachstum und Hypophyse erbeten hatte. Das kurze Amendment wurde in der vorgeschlagenen Version begrüßt, es gab keine Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge. Das Amendment weist auf die neuen publizierten Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Omnitrope hin, die keine Unterschiede zu anderen rhGH-Präparaten gezeigt haben. Das Amendment wird dem Vorstand zur Begutachtung vorgelegt werden und dann sehr wahrscheinlich in Kürze auf der Homepage erscheinen.

Im fünften Vortrag referierte Prof. Hermanussen (Aschauhof) über seine epidemiologischen Analysen, die basierend auf Schweizer Rekrutendaten den sog. „Community-effect“ auf die Körperhöhe des Erwachsenen beschreiben. Der interessante Vortrag zeigte sehr anschaulich den Community-Effekt in der historischen Schweiz auf, der eine positive Abhängigkeit der Körperhöhe von der Körperhöhe der Community, in der man sich befindet, meint. Die Ursache dieses Community-Effektes blieb offen. Die beiden Moderatoren präferierten genetische Ursachen als Erklärung für den beschriebenen Effekt. Prof. Hermanussen hingegen will prospektive Studien beginnen, die die nicht-genetische Natur der Ursache(n) des Community-Effektes nachweisen sollen.

1.2 Bericht der Arbeitsgruppe PPAG (Moderation: D.Hilgard)

Die Arbeitsgruppe PPAG e.V. (Psychotherapeutische, Psychiatrische und Psychologische Aspekte der Kinderdiabetologie) hat eine Stellungnahme zum Thema Kindeswohlgefährdung im Kontext mit Diabetes herausgegeben. Derzeit werden noch Handreichungen für Diabetesteam, Eltern und Jugendämter dazu erarbeitet. Die Aufnahme und die Betreuung von Kindern mit Diabetes in Wohngruppen stellt oft eine besondere Herausforderung für Eltern, Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendämter dar. In der PPAG e.V. wird das Thema, wie für Kinder und Jugendliche, die durch die Jugendhilfe mitbetreut werden müssen und in Wohngruppen leben, eine angemessene diabetesgerechte Versorgung und Unterstützung gelingen kann. Hierzu wird ein Zertifikat und Handreichungen zum Aufbau einer solchen Struktur entwickelt.

1.3 Bericht AG Nebenniere (Moderation: W. Bonfig)

Prof. Dr. Dörr stellte die endgültige Fassung der Stellungnahme zur pränatalen Dexamethasontherapie bei AGS vor. Die Stellungnahme ist zwar unter den AWMF Leitlinien angesiedelt, wurde aber bewusst „Stellungnahme“ genannt, da für eine experimentelle Therapie per Definition keine Leitlinie erstellt werden kann, wie dies auch in der Präambel der Stellungnahme vermerkt ist. Ausserdem enthält die endgültige Fassung keinen Therapiealgorithmus, um nicht den Eindruck einer Therapieanleitung zu erwecken. Die Endfassung enthält ausserdem einen Ausblick auf die nicht invasive pränatale AGS Diagnostik mittels zellfreier fetaler DNA oder die SRY-Bestimmung im mütterlichen Blut. Auf Grund der raschen Entwicklung auf diesem Gebiet im Jahr 2014 wurde der Stellungnahme auch nur eine Gültigkeitsdauer von einem Jahr verliehen.

Dr. Blankenstein gab ein Update zur TAIN Studie („Treatment of Adrenal Insufficiency in Neonates and infants“): klinische Phase 3 Studie zu Infacort Tabletten 0,5/1,0/2,0/5,0 mg. Untersucht werden 3 Altersgruppen: <28 Tage, >28 Tage bis <2 Jahre, >2 Jahre
Problem: Rekrutierung der Neugeborenen unter 28 Tagen – **Hier wird Hilfe durch die kinderendokrinologischen Zentren der DGKED gebeten, um die erforderliche Patientenzahl zeitnah zu erreichen. Es besteht, das Angebot, dass das Studienteam in die Klinik reist, wenn ein Patient in die Studie eingeschlossen wird.**

Die neuen Autorenteams der in der AG Nebenniere angesiedelten Leitlinien wurden vorgestellt:
Cushing Syndrom: Prof. Dr. Wudy, PD Dr. Kamrath, Prof. Dr. Stalla (DGE)
Nebenniereninsuffizienz: Prof. Dr. Hübner, PD Dr. Köhler, PD Dr. Völkl

AGS: PD Dr. Bonfig, PD Dr. Claahsen van der Grinten, Dr. Blankenstein, Prof. Dr. Wudy

Für die Leitlinie Nebenniereninsuffizienz wurde der Wunsch geäußert, der sek. Nebenniereninsuffizienz nach Langzeit-Glukokortikoidtherapie größeren Raum einzuräumen sowie ein Glukokortikoidausschleichschema und einen Notfallplan vorzuschlagen. Für die Leitlinie AGS wurde vorgeschlagen, einen allgemeinen Teil zu allen AGS Formen zu erstellen und dann einen speziellen Teil zum AGS bei 21-Hydroxylase-Mangel.

Prof. Dr. Mohnike stellte die I-CAH Datenbank, die aus der I-DSD Datenbank entstanden ist, vor und erhielt den Auftrag, die Kollegen in Glasgow zu kontaktieren, um die Stammdaten aus der AQUAPE/DGKED-AGS Datenbank in das I-CAH Register zu übertragen, nachdem in den teilnehmenden Zentren die Zustimmung der lokalen Ethikkommission eingeholt wurde.

1.4 Bericht der AG Knochenstoffwechsel (Moderation: D. Schnabel)

In der Sitzung wurden mögliche zukünftige Therapieoptionen bei verschiedenen Erkrankungen des Skelettsystems diskutiert. Fabian Schmidt, München, berichtete über die Hypophosphatasie, der ein genetischer Mangel an alkalischer Phosphatase zugrunde liegt. Es gibt verschiedene Formen der Erkrankung, von denen die perinatal/infantile Form mit einem Symptombeginn < 6 Monate die schwerste ist. Die Letalität im Säuglingsalter ist hoch. An Symptomen können u.a. dominieren: neurologische Störungen (Vit. B6-abhängige Krampfanfälle), eine rachitisähnliche schwere Hypomineralisierung, Atemproblemen, Kraniosynostose. In Studien zeigt sich unter der Gabe der rekombinanten Alkalische Phosphatase (Asfotase alfa) eine deutliche Verbesserung der rachitischen Knochenveränderungen und über eine Stabilisierung des Thorax auch eine Verbesserung der Atmung. Ein frühes Versterben der betroffenen Patienten kann somit eventuell verhindert werden. Heike Hoyer-Kuhn, Köln, berichtete über neue Therapiemöglichkeiten bei der Achondroplasie. Gegenstand der Forschung sind derzeit u.a. die medikamentösen Optionen Tyrosinkinasehemmer oder Meclozin. Am erfolgversprechendsten (Tierexperimente) scheint das CNP (BMN-111) zu sein. Dabei wird der C-Typ des natriuretischen Peptids systemisch appliziert und es wird der durch die FGFR-Mutationen gestörte Pathway beeinflusst. Zurzeit läuft eine Phase 2-Studie bei Kindern mit Achondroplasie in GB und Frankreich. Solange noch keine zugelassenen Präparate zur Verfügung stehen, sollten die Patienten nach dem Betreuungsprotokoll „Achondroplasie“ (erhältlich z.B. über den BKMf, Gelbes Blatt) in Zentren behandelt werden. Dirk Schnabel, Berlin, referierte über eine klinische Studie zum medikamentösen Einsatz eines rekombinanten menschlichen IgG1 monoklonalen Antikörpers (KRN-23) bei der „x-chromosomalen hypophosphatämischen Rachitis“ („Phosphatdiabetes“, PHEX-Mutation). KRN-23 soll dabei die krankheitsverursachenden zirkulierenden FGF-23-Antigene binden und somit dessen biologische Aktivität inhibieren. In einer Phase 1-Studie führten einmalige s.c.-KRN23-Applikationen in ansteigenden Konzentrationen (0.1-1.0 mg/kg) zu Anstiegen der TmP/GFR, der Pi-Serum-Konzentrationen, sowie des aktiven Vitamin D 1,25(OH)2D. KRN-23 scheint ein gutes Sicherheitsprofil zu haben: pathologische Anstiege des Kalziums im Serum oder Urin sowie des PTH fanden sich nicht. KRN-23-Antikörper wurden nicht nachgewiesen. Unterdessen hat eine Phase 2-Studie bei Kindern (Alter 5-12 Jahre) mit XLH begonnen. Oliver Semler, Köln, berichtete über neueste Forschungsergebnisse zur „Osteogenesis imperfecta“. Die Genetik wird immer komplexer: mittler-

weile unterscheidet man 3 dominante, 11 rezessive und eine x-chromosomal rezessive Form. Die i.v.-Therapie mit Bisphosphonaten (Neridrinat, Pamidronat) ist weiterhin die Standardtherapie. Neue Antiresorptiva, wie z.B. Denosumab, sind in der klinischen Prüfung: erste Erfahrungen bei verschiedenen OI-Formen scheinen vielversprechend, eine internationale Studie ist geplant. Zukunftsperspektiven könnten sich aus dem medikamentösen Einsatz des Transforming Growth Factor – beta und dem Einsatz mesenchymaler Stammzellen ergeben.

1.5 Bericht der AG Insulin-Pumpentherapie im Kindes- und Jugendalter

(Moderation: B. Heidtmann, K. Mönkemöller)

Die AG traf sich in diesem Jahr, um über das Thema „Erwachsen werden mit CSII – gibt es mit der Insulinpumpe Besonderheiten bei der Transition?“ zu diskutieren, moderiert von Frau Dr. K. Mönkemöller, Kinderklinik Amsterdamer Straße, Köln und Frau Dr. B. Heidtmann, KKH Wilhelmstift, Hamburg.

Der einleitende Vortrag von K. Mönkemöller beinhaltete neben den Definitionen der „Transition“ und „Adoleszenz“, Daten bzgl. der Gesundheit und Krankheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (u. a. KiGGS-Studie) und einen Exkurs von den Entwicklungsphasen und -aufgaben in der Adoleszenz/ jungen Erwachsenenalter über die Herausforderung „chronische Erkrankung“ für die Jugendlichen und ihre Familien bis zum Strukturwandel unserer Gesellschaft.

Es wurde über Schutz- und Risikofaktoren des Jugendalters bzw. der Adoleszenten gesprochen, wobei eine chronische Erkrankung per se einen Risikofaktor für u. a. emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, soziale Isolation sowie ein negatives Körperbild darstellt; diese Auffälligkeiten finden sich häufig im subklinischen Bereich. Um die jungen Menschen mit Diabetes mellitus nun in dieser Phase gut zu begleiten, stellt sich u. a. die Frage nach adäquaten Versorgungsstrukturen, aber auch nach Versorgungslücken, die es gilt zu füllen.

B. Heidtmann berichtete im Anschluss wie die Transition im KKH Wilhelmstift (Hamburg) als Beispiel für ein lokal-regionales Transitionsprogramm stattfindet. Danach wurden weitere Beispiele anderer Kliniken aus der AG vorgestellt und diskutiert.

Weiterhin wurde über das bundesweite Berliner Transitionsprogramm und erste Erfahrungen hiermit gesprochen.

In der Diskussion wurde deutlich, dass es noch Versorgungslücken für die Gruppe der chronisch kranken Jugendlichen/Adoleszenten bzgl. der Transition gibt.

Ein Eckpfeiler der Transition ist das Fallmanagement, wobei gemeinsame Fallkonferenzen/ Sprechstunden in Deutschland kaum zu organisieren sind. Chronisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene sind als besondere Patientengruppe in der Erwachsenenmedizin noch zu etablieren (Kommunikationsstrukturen, Zeitfenster). Erforderlich wäre es Transitionsthemen wie zum Beispiel Verhütung, Berufswunsch, Insulinmanagement in Stresssituationen wie Prüfungen etc. gezielt im Rahmen der Sprechstunde einzuplanen. Die Bearbeitung dieser Themen sollte auch dokumentiert werden und das Einbeziehen des multiprofessionellen Teams rechtzeitig erfolgen.

Übereinstimmend wurde deutlich, dass besondere Risikogruppen innerhalb der Adoleszenten mit Diabetes mellitus noch zu definieren sind, um diese gezielt während der Transition zu begleiten und nicht zu „verlieren“ – unabhängig von der Therapieform.

1.6 Bericht der AG Glukosemonitoring

(Moderation: Martin Holder)

Die AG Glukosemonitoring informiert über die neuesten Entwicklungen im Bereich der kontinuierlichen Glukosemessung (CGM), der Sensorunterstützten Insulintherapie (SuT), der sensorunterstützten Pumpentherapie (SuP) sowie dem Closed-Loop (CL). Neueste Geräte und aktuelle Studien werden vorgestellt und relevante Empfehlungen für den praktischen Alltag gegeben. In Zusammenarbeit mit der AG Insulinpumpentherapie im Kindesalter (AGIP) werden Studien, Leitlinien und aktuelle Vorgehensweisen besprochen. Eine aktive Mitwirkung ist erwünscht.

Zu Beginn gab Martin Holder einen kurzen Überblick über den aktuellen Stand der sensorunterstützten Therapie und dem Closed Loop. Studien in den letzten Jahren haben eindeutig gezeigt, dass CGM/SuP die Rate von (schweren) Hypoglykämien senkt und den HbA1c-Wert verbessert. Die CGM-Systeme werden ständig weiterentwickelt und verbessert. Immer mehr Studien mit dem noch experimentellen CL werden durchgeführt, auch ein sogenannter bihormonaler CL wird bereits eingesetzt (Insulin und Glukagon). Ob das erste kommerzielle CL-System 2015 auf den Markt kommt, ist noch offen.

Rege Diskussion gab es über das neue Flash Glukose Monitoring System der Firma Abbot, den Free Style libre®. Simone von Sengbusch stellte das neue CGM-Gerät mit Hilfe einer Firmenpräsentation vor. Der Sensor, der bisher nur für Erwachsene zugelassen ist und bisher von den Krankenkassen nicht erstattet wird, kann dabei am Oberarm für 14 Tage gelegt werden. Mittels einer sog. „Wired Enzyme Technology“ kann ein Lesegerät, das gleichzeitig als Blutzuckermessgerät fungiert, die Glukosewerte der letzten 8 Stunden darstellen, wenn man über den Sensor scannt. Bei stabilen BZ-Werten können somit viele Blutzuckermessungen entfallen. Wie andere CGM-Systeme werden Trends der Glukosewerte mittels Pfeilen dargestellt, so dass der Patient rechtzeitig reagieren kann. Alarmmeldungen gibt das Gerät grundsätzlich nicht, der Nutzer wird also nicht vor Hypo- oder Hyperglykämien durch einen Alarmton oder Vibration gewarnt.

Im weiteren Verlauf gab Carmen Ludwig-Seibold praktische Tipps zur Anwendung der SuP, die sie während der RANSuP-Studie von Medtronic erlangt hat. Im Rahmen dieser Studie wurde ein Flusschema erarbeitet, das die Interpretation von Glukoseverläufen für den Anwender erleichtern soll. Eine allgemein zugängliche Version dieses Schemas wird derzeit von der Firma Medtronic erstellt. Wann und bei wem ist eine psychologische Unterstützung bei SuP erforderlich? Darüber gab Bela Bartus einige wichtige Anmerkungen.

Momentan werden die AGPD-Leitlinien aus dem Jahre 2009 überarbeitet. Es wird ein neues Kapitel über kontinuierliche Glukosemessung und sensorunterstützte Insulintherapie geben. Spectrum, das CGM Schulungs- und Behandlungsprogramm, nimmt immer mehr konkrete Gestalt an und wird wahrscheinlich Mitte des nächsten Jahres zur Verfügung stehen.

Wenn Sie interessiert sind, an der AG zukünftig mitzuarbeiten, wenden sie sich bitte an die beiden Leiter der AG, Dr. Dorothee Deiss oder Dr. Martin Holder unter: Dorothee.Deiss@endokrinologikum.com M.Holder@klinikum-stuttgart.de

1.7 Bericht der AG Folgeerkrankungen des Diabetes und assoziierte Erkrankungen

(Moderation: K.O. Schwab)

In einem ersten Vortrag stellte Herr Dr. Krebs einen neuen Parameter zur Abschätzung der Güte der Diabeteseinstellung vor, das glykolyisierte Albumin. Die Halbwertszeit

dieses Parameters ist vergleichbar mit der von Serumfruktosamin, hat aber den Vorteil, dass er gegenüber dem HbA1c-Wert weniger störanfällig ist beispielsweise unter Eisentherapie, bei Niereninsuffizienz oder in der Schwangerschaft. Glykolysiertes Albumin korreliert signifikant mit mikro- und makroangiopathischen Endpunkten, im Vergleich zu HbA1c-Werten aber nur enger mit den mikroangiopathischen Endpunkten. In einem zweiten Beitrag stellte Herr Dr. Wurm die DEAR kids-Studie vor, die die frühe Atherosklerose bei Risikopatienten im Kindes- und Jugendalter zu quantifizieren beabsichtigt. Das Untersuchungsinstrumentarium enthält die statische und dynamische Intima media Messung, die arterio-venöse Ratio im Augenhintergrund sowie 24h-Blutdruckparameter, die Pulswellenlaufgeschwindigkeit und den AI-Index. Ergänzt werden diese Untersuchungen durch Blutmessungen. Die Untersuchungen werden zunächst in Freiburg und Umgebung durchgeführt, bei Interesse könnten diese jedoch zu einem späteren Zeitpunkt auch in anderen Zentren aufgebaut werden. In einem dritten Vortrag stellte Prof. Schwab einen neuen Parameter vor, die Lipoprotein-assoziierte Phospholipase A2 (Lp-PLA2) bzw. die Platelet-activating factor-acylhydrolase (PAF-AH), die in Entzündungszellen gebildet wird und sich in arteriosklerotischen Plaques anreichert. Im Erwachsenenalter quantifiziert PAF-AH das kardiovaskuläre Risiko bzw. das Risiko der Plaque-Ruptur. Im Kindes- und Jugendalter ist dieser Parameter noch nicht evaluiert. Erste Untersuchungen zeigen, dass PAF-AH unter der Wachstumshormonbehandlung von SGA-Kindern nicht aber bei der Substitution mit Wachstumshormon bei WH-Mangel-Patienten signifikant absinkt. Beim jugendlichen Typ 1 Diabetiker sinkt PAF-AH infolge einer Atorvastatin-Behandlung signifikant ab. PAF-AH korreliert dabei mit vielen kardiovaskulären Risikofaktoren wie dem systolischen Blutdruck und Pulsdruck sowie verschiedenen Lipidfraktionen. Wir freuen uns über ein wachsendes Auditorium in unserer Sitzung.

1.8 Bericht der AG Diagnostische Aspekte in der Diabetologie

(Moderation; P. Beyer, R. Holl)

Die AG war in diesem Jahr sehr gut besucht, der Raum war zeitenweise überfüllt. 5 Präsentationen wurden vorgestellt:

Monogener Diabetes-seltene Diabetesformen erkennen und behandeln, K. Raile, Berlin

Monogene Diabetesformen sind aufgrund ihrer Seltenheit im Alltag nicht leicht zu erkennen. Andererseits ist nicht bei jedem Antikörper-negativen Patient immer eine umfassende, kostspielige Diagnostik notwendig. Anhand von exemplarischen Stammbäumen und Fallberichten stellte Herr PD Raile typische pädiatrisch-diabetologische Krankheitsbilder vor. Er steht als Ansprechpartner bei schwierigen Fragestellungen gerne zur Verfügung und berät auch über die Durchführung und Interpretation molekularbiologischer Diagnostik. Aktuell wurde eine Publikation zur Glinid-Behandlung bei MODY-3 in Diabetic Medicine angenommen. Weitere gemeinsame Publikationen sind geplant, Interessenten melden sich bitte bei Herrn Raile.

Neonataler Diabetes mellitus, K. Warncke, München; T. Meissner, Düsseldorf; J. Grulich-Henn, Heidelberg

Eines der spannendsten Themen in der pädiatrischen Diabetologie ist der neonatale Diabetes – hier konnte die molekulare Diagnostik in den letzten Jahren Krankheitsbilder unterscheiden und neue Behandlungswege aufzeigen, wie die Gabe von Sulfonylharnstoffen bei Patienten mit Kalium-Kanal-Mutationen (KIR6.2, SUR1). Die Arbeitsgruppe möchte diese seltene Patientengruppe klinisch darstellen, die Genotyp-Phänotyp-Korrelation untersuchen, sowie Patienten unter Sulfonylharnstoffbehandlung aus

Deutschland und Österreich longitudinal verfolgen. Frau Dr. Warncke aus München koordiniert die Gruppe, Interessenten melden sich bitte bei ihr.

Wolcott-Rallison-Syndrom: Fallbericht & Zusammenstellung der Patienten im DPV-Register

C. Freiberg, Göttingen

Herr Freiberg stellte einen in Göttingen neu diagnostizierten Patienten vor. Bei der Kombination von früh beginnendem Diabetes mellitus, Leberkrisen und Niereninsuffizienz, Skelettdysplasie und geistiger Retardierung sollte an dieses Krankheitsbild gedacht werden. Ursächlich sind Mutationen im EIF2AK3 Gen. In der DPV-Datenbank sind bisher nur 5 Patienten identifiziert – gibt es weitere? Herr Freiberg ist gerne Ansprechpartner und plant, die Patienten aus Deutschland gemeinsam mit allen Zentren, welche einen Patienten beitragen, zu publizieren.

Lebersonographie bei DM in der Pädiatrie: Fragestellungen und erste Ergebnisse

M. Wurm/K.O. Schwab, Freiburg

Lebervergrößerung, Leberverfettung, Transaminasenerhöhung (NASH, NAFLD) sind nicht nur bei Adipositas und Typ-2-Diabetes häufige Begleiterkrankungen, sondern auch bei Typ-1-Diabetes. Die Maximalvariante, Mauriac-Syndrom, ist allgemein bekannt. Herr Dr. Wurm und Herr Prof. Schwab aus Freiburg suchen deshalb Zentren, in denen Lebersonographien bei Typ-1-Diabetes häufig durchgeführt werden und diese dann auch in DPV dokumentiert werden. Beide freuen sich über aktive Mitarbeit!!

Strukturelle Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes in Österreich und Deutschland. S.E. Hofer, Innsbruck

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes ist eng mit organisatorisch-strukturellen Fragen verknüpft: großes oder kleines Behandlungszentrum? Universitätsambulanz oder Ambulanz an kommunalem Krankenhaus oder niedergelassene Praxis? Personalausstattung? Häufigkeit der Vorstellungstermine? DDG-Zertifizierung? Deutschland oder Österreich? Neue oder alte Bundesländer? Frau Prof. Hofer aus Innsbruck wird hierzu ein Konzept für eine Analyse entwickeln – wer Lust hat mitzuarbeiten, meldet sich bitte direkt bei ihr.

Frau Prof. Beate Karges, Aachen/Stolberg und Herr PD Thomas Meissner, Düsseldorf möchten alle Mitglieder der DGKED und der AGPD nochmal auf das Patientenportal für Familien mit an Diabetes erkrankten hinweisen:

[http:// www.diabetes-kind-studien.de](http://www.diabetes-kind-studien.de)

Einen Flyer zum Patientenportal können Sie auf der Homepage ausdrucken, oder in Ulm anfordern. Besonders gesucht werden Familien mit Zwillingen (einer oder beide an Diabetes erkrankt) sowie Familien mit mehr als einem betroffenen Kind mit Typ-1-Diabetes. Das sind seltene Patienten, nur in einer gemeinsamen Anstrengung kann dieses Projekt erfolgreich sein. Bitte melden Sie sich bei Frau Karges und Herrn Meissner.

Die AG war in diesem Jahr sehr gut besucht, so dass diese Arbeitsgemeinschaft bei der nächsten JA-PED unbedingt fortgeführt werden sollte.

2. Rückblick auf die gemeinsame Jahrestagung der DGKED und AGPD (JA-PED) 2014 in Leipzig: Stipendiaten und Preisträger

Ein herzlicher Dank geht an die Tagungspräsidenten der Leipziger JA-PED 2014 Herrn Prof. Pfäffle und Herrn Prof. Kapellen für die das ausgezeichnete wissenschaftliche Programm, das großartige Ambiente und das freundliche Miteinander.

Leonard-Thompson-Gedächtnispreis 2014 gestiftet von Sanofi-Aventis

Herr Biester, Hannover, für die „BEER-Studie - Howto be safe with alcoholic drinks



Herr Biester, Dr. Ziegler

AGPD-Abstract-Award (AAA)

Frau Lindemann, Kiel,
„Identifikation, Unterstützung und diabetesspezifische Verknüpfung regionaler und überregionaler Betreuungsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 im Flächenland Schleswig-Holstein“



Frau Lindemann, Dr. Ziegler

Dietrich-Knorr-Preis 2014, gestiftet von Ferring

Prof. Ammerpohl und Prof. Holterhus, Kiel
"Androgen receptor function links human sexual dimorphism to DNA methylation (PLOS One)"



Prof. Hauffa, Frau Katja Thode (Ferring), Prof. Holterhus, Kiel

Weiterbildungsstipendium der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -Diabetologie e.V. (DGKED) gefördert durch eine Spende von der Firma Ipsen

Frau Dr. Tulun, Itzehoe, aufnehmende Klinik: Lübeck



Dr. Clemens Wilbert (Ipsen Pharma), Frau Dr. Tulun, Prof. Dr. Berthold Hauffa

Jürgen-Bierich-Preis 2014 gestiftet von Pfizer

Basic Science: Deimanté Simaite, Berlin ECRC
"PCBD1 and diabetes: a novel player with direct implications for Therapy"

Clinical Science: Prof. Dr. Müller, Oldenburg
"Diencephalic syndrome in childhood craniopharyngioma – Results of German multicentre studies on 485 long-term survivors of childhood craniopharyngioma"



Prof. Berthold Hauffa, PD Dr. Clemens Raille, Deimanté Simaite, Prof. Dr. Hermann Müller, Dr. Mathias Heinze (Pfizer)

**Posterpreise der DGKED e.V. 2014
gestiftet von Sandoz**

Dr. Janna Mitnacht, Heidelberg
"Lebensqualität von Adoleszenten mit chronischen Endokrinopathien in der Transitionsphase von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin"



Dr. Heide Sommer (Sandoz), Dr. Janna Mitnacht
PD Dr. Sabine Heger

**Nachwuchspreis "STEPS-Award" 2014
gestiftet von Merck Serono GmbH**

Frau Lioba Wimmer, Bonn
"Monozygote Zwillinge in der Adoleszenz - Persönlichkeitssunterschiede lassen sich durch Unterschiede im Geburtsgewicht vorhersagen"



Dr. Nadine Nazari (Merck Serono), Frau Lioba Wimmer,
Prof. Dr. Berthold Hauffa

Martin Ukat, Kiel
"Sensitivität und Spezifität des Apolipoprotein D (APOD)-Assays in kultivierten Genitalhautfibroblasten für die funktionelle Diagnose einer Androgenresistenz"



PD Dr. Sabine Heger, Martin Ukat, Dr. Heide Sommer (Sandoz)

Frau Verena Zoller, Ulm
"TNF related apoptosis inducing ligand (TRAIL) reguliert die Sekretion von Adipokinen in humanen Adipozyten"



Dr. Nadine Nazari (Merck Serono), Frau Verena Zoller,
Prof. Dr. Berthold Hauffa

**Klaus-Kruse-Stipendium 2014
gestiftet von Novo Nordisk**

Dr. Corinna Grasemann, Essen
"Untersuchungen im Mausmodell zur Osteoklastenfunktion bei prä- und postpubertärer Glukokortikoidtherapie"



Dr. Peter Lampen (Novo Nordisk), Dr. Corinna Grasemann, Dr. Dirk Schnabel

3. Stipendien, Preise und Deadlines 2015

Der DGKED-Vorstand möchte alle Mitglieder und deren Mitarbeiter dazu motivieren, sich für die folgenden Stipendien und Preise zu bewerben.

Jürgen-Bierich-Preis 2015

Deadline: 01. 09. 2015

Weiterbildungsstipendium der "Kinderendokrinologie und -diabetologie" 2015

Deadline: 01.08.2015

Klaus-Kruse-Stipendium 2015

Deadline: 30. September 2015

Dietrich-Knorr-Preis 2015

Deadline: 30. September 2015

STEPS-Award 2015

Deadline: 06. Juli 2015

Sandoz-Posterpreis 2015

anlässlich der JA-PED 2015

ESPE-Reisestipendium 2015

15.06.2015

Alle Ausschreibungen im Detail finden Sie auf unserer Homepage: www.dgked.de

4. Neues aus Vorstand und Geschäftsstelle

Der Vorstand der DGKED hat einstimmig beschlossen, zur Verbesserung der Information der Mitglieder und zur Erhöhung der Transparenz die Protokolle der Vorstandssitzungen im Mitgliederbereich der DGKED-Homepage zu veröffentlichen. Die Protokolle werden in einer eigenen Rubrik "Protokolle der Vorstandssitzungen" eingestellt.

Der Geschäftsstellenleiter, Herr Seel, bittet Sie herzlich, Ihre elektronischen Erreichbarkeitsdaten bei ihm immer auf dem neusten Stand zu halten. Bitte teilen Sie uns Ihre aktuelle E-Mail-Adresse mit, damit wir Sie auch zukünftig mit Newslettern und wichtigen fachlichen Mitteilungen versehen können.

Im Rahmen der nächsten Jahrestagung in Essen (10. JA-PED) werden neue DGKED-Vorstandsmitglieder gewählt. Wir bitten jetzt schon um Kandidatenvorschläge aus Ihren Reihen, zu richten an Herrn Seel in der Geschäftsstelle (w.seel@dgked.de)

5. JA-PED 2015 Essen

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V. in Essen.

Gemeinsam mit den Tagungspräsidenten Herrn PD Dr. Beyer und Herrn Prof. Dr. Hauffa laden wir Sie herzlich zur diesjährigen, mittlerweile 10. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie (AGPD) e.V., vom 06. - 08. November 2015 nach Essen ins Haus der Technik ein.

Die diesjährige JA-PED steht unter den folgenden Themenschwerpunkten:

- neueste Forschungsergebnisse der Neurobiologie in der Adoleszenz
- Diabetes und Niere
- Sicherheitsaspekte der Insulinpumpentherapie und der aktuellen Glukose-Sensortechnik
- Einflusses von "Endocrine Disruptors" auf das Hormonsystem von Kindern und Jugendlichen
- Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei:
 - Adipositas
 - Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Störungen der männlichen Gonaden
- Probleme an der Schnittstelle von Kinderendokrinologie und Kindergynäkologie
- Neue Erkenntnisse zu Diagnose und Therapien bei Erkrankungen des Knochenstoffwechsels
- Wachstum
- Steroidstoffwechsel

Schon jetzt können Sie Ihr Abstract zur Tagung einreichen. Wir freuen uns auf die Einreichung zahlreicher Beiträge, um mit Ihrer Beteiligung ein spannendes wissenschaftliches Programm gestalten zu können. Abstract Deadline ist der 29. 06 2015.

Die Registrierung zur Tagung ist ab dem 30.04.2015 auf der Kongresshomepage möglich.

Weitere Informationen finden Sie ebenfalls auf der Kongresshomepage unter: www.ja-ped.de.



Impressum

Redaktion: Berthold Hauffa, Wolfgang Seel
Wir freuen uns über Kritik und Anregungen zum Newsletter; bitte schicken Sie diese an:
w.seel@dgked.de
V.i.S.d.P.: Prof. Dr. B. Hauffa
Geschäftsstelle DGKED e.V.
Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie e.V. (DGKED) | www.dgked.de
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin |
Tel. +49 (30) 28 04 68 04 | Fax +49 (30) 28 04 68 06