



Insulin-Like Growth Factor 1 (IGF-1, Somatomedin C) Insulin-Like Growth Factor Binding Protein 3 (IGFBP- 3)

Prof. Dr. med. Lothar Röcker
Dr. med. Imme Maute
Dr. med. Hans Ulrich Altenkirch
Dr. med. Anja-Britta Sundermann
Ärzte für Laboratoriumsmedizin
Dr. med. Maryam Chahin
Ärztin für Laboratoriumsmedizin,
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
Dagmar Emrich
Ärztin für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie
und Kollegen

Mecklenburgische Straße 28
14197 Berlin

Telefon 030.820 93-0
Fax 030.820 93-301
webmaster@labor28.de
www.labor28.de

Wachstumshormon (GH, STH) wird in der Hypophyse pulsatil überwiegend nachts im Schlaf freigesetzt. Die Wirkung im Körper wird über Somatomedine vermittelt, Hauptvertreter ist das Polypeptid IGF-1. IGF-1 wird vor allem in der Leber, aber auch in anderen Geweben gebildet und beeinflusst das Zellwachstum. Es besitzt eine längere Halbwertszeit und unterliegt kaum pulsativen oder tageszeitlichen Schwankungen. Ca. 95 % des IGF-1 liegt an das Bindungsprotein IGFBP-3 gebunden vor, welches weniger Abhängigkeit von der Ernährung zeigt. Beide Proteine eignen sich als bevorzugte **Screening-Parameter für Störungen im Wachstumshormonhaushalt**. Die Referenzbereiche werden alters- und geschlechtsbezogen angegeben (Mittelwert +/- 2 Standardabweichungen, SD). Einzelbestimmungen von Wachstumshormon sind zur Diagnostik ungeeignet.

Akromegalie

IGF-1 und IGFBP-3 sind meist die infolge eines GH-produzierenden hypophysären Adenoms erhöht und als Screening-Parameter geeignet. Beweisend für die Akromegalie ist eine fehlende Suppression von GH im oralen Glukosetoleranztest. Zusätzlich müssen die weiteren hypophysären Hormonachsen (TSH, Prolaktin, Cortisol, Testosteron beim Mann, Zyklusanamnese bei der Frau, bzw. ggf. Gonadotropine) überprüft werden. Eine GH-Konzentration unterhalb der Nachweisgrenze schließt eine Akromegalie aus.

Pubertas Präcox

Eine frühere Aktivierung der hypophysären-gonadalen Achse bei Kindern führt zu beschleunigtem Wachstum, bei vorzeitigem Epiphysenschluss jedoch zu einer reduzierten Endgröße. IGF-1 und IGF BP-3 sind meist erhöht (neben weiteren Auffälligkeiten der gonadotropen Achse).

Minderwuchs

Nach der Leitlinie zur Diagnostik des Wachstumshormonmangels im Kindes- und Jugendalter soll bei klinischem Verdacht aufgrund der Anamnese und auxologischer Kriterien bei Unterschreiten der IGF-1- und/oder IGFBP-3-Konzentration um mehr als eine Standardabweichung nach unten (-1SD) ein Wachstumshormonfunktionstest folgen. Werte oberhalb des -1SD-Wertes ergeben keinen ausreichenden Anhalt auf Wachstumshormonmangel.

Bei **Wachstumshormonmangel im Erwachsenenalter** liegt eine relativ unspezifische Symptomatik vor, z. B. Müdigkeit, Muskelschwäche oder Störungen der Sexualfunktion. Im Stoffwechsel bestehen Veränderungen im Sinne eines Metabolischen Syndroms. Die Bestimmung von IGF-1 ist hier allenfalls orientierend, genaueren Aufschluss liefern Funktionsteste (z. B. Arginin-Test).

Auch bei Mangelernährung, Malabsorption oder chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ II, Hypothyreose, Leberzirrhose oder chronischen Nierenerkrankungen kann IGF-1 vermindert sein.

Indikationen

- V. a. Akromegalie bei Erwachsenen
- Großwuchs bei Kindern
- hypothalamisch-hypophysärer Minderwuchs
- verzögerte Entwicklung
- Therapiekontrolle unter:
 - rekomb. GH-Substitution
 - Somatostatin-Analoga (Octreotid)

Abnahmezeitpunkt:
morgens nüchtern

Material: Serum,
taggleicher Laboreingang

