



Androstendion

Material

Serum, 2 mL

Referenzbereich

		[ng/mL]
Männer	19 - 20 Jahre	1,31 - 4,26
	21 - 30 Jahre	1,34 - 4,29
	31 - 40 Jahre	1,28 - 3,75
	41 - 50 Jahre	1,17 - 3,20
	51 - 60 Jahre	1,11 - 2,66
	61 - 70 Jahre	0,77 - 2,66
	> 70 Jahre	0,83 - 2,89
Frauen	19 - 20 Jahre	1,28 - 4,26
	21 - 30 Jahre	0,74 - 2,80
	31 - 40 Jahre	0,60 - 2,86
	41 - 50 Jahre	< 2,94
	51 - 60 Jahre	< 1,68
	61 - 70 Jahre	< 2,31
	> 70 Jahre	< 2,29
Jungen	0 - 2 Jahre	0,97 - 6,35
	3 - 4 Jahre	< 2,94
	5 - 6 Jahre	< 1,66
	7 - 8 Jahre	< 1,86
	9 - 10 Jahre	< 1,28
	11 - 12 Jahre	< 2,23
	13 - 14 Jahre	< 2,72
	15 - 16 Jahre	0,45 - 3,49
	17 - 18 Jahre	0,97 - 4,18
Mädchen	0 - 2 Jahre	0,31 - 5,69
	3 - 4 Jahre	< 3,17
	5 - 6 Jahre	< 3,23
	7 - 8 Jahre	< 2,49
	9 - 10 Jahre	< 1,51
	11 - 12 Jahre	< 3,55
	13 - 14 Jahre	0,48 - 3,32
15 - 16 Jahre	0,68 - 4,41	
17 - 18 Jahre	0,40 - 4,95	



Androstendion

Methode	<u>CMIA</u>
Qualitätskontrolle	<u>Zertifikat</u>
Anforderungsschein	<u>Download</u> und <u>Analysenposition</u>
Auskünfte	<u>Endokrinologie / RIA-Labor</u>
Analysenkosten	<u>EBM, GOÄ</u>

Indikationen Marker der Masse der Nebennieren, adrenaler Hirsutismus, Tumoren der Nebennierenrinde, Nachweis der Hormonaktivität eines Inzidentaloms, adrenogenitales Syndrom, DD adrenale und ovarielle Testosteronerhöhung, Virilismus, polyzystisches Ovar, Sekundärmarker der Pubertätsentwicklung.

Die Kenntnis der Androstendionkonzentration erlaubt im Vergleich zu allen anderen Androgenen, die beste Steuerung der Glukocorticoid-Therapie bei adrenogenitalem Syndrom (AGS).

Erhöhte Werte Hirsutismus, polyzystische Ovarien (Stein-Leventhal-Syndrom) (LH/FSH-Quotient > 2), androgenproduzierende Tumoren, Schwangerschaft, adrenale Hyperplasie, Cushing-Syndrom, Adipositas, ektope ACTH-Produktion (Tumoren), prämenopausale Osteoporose, AGS.

Erniedrigte Werte Postmenopause, Nebennierenrindeninsuffizienz, Ovarialinsuffizienz, exogene Glukokortikoid-medikation, Clomifen-Medikation.

Pathophysiologie Androgenes 17-Ketosteroid, Vorläufer von Östron und Testosteron. Im Hoden dient es ausschließlich als Precursor für die Testosteronsynthese. In der Nebennierenrinde ist es ein Endprodukt, das bei beiden Geschlechtern in gleichen Mengen ins Blut sezerniert wird. Bei der Frau stellt es die quantitativ bedeutendste Androgenfraktion im Blut dar. Es kann bei der Frau sowohl in der Nebennierenrinde als auch im Stroma ovarii in der Thekazellschicht unter Kontrolle von LH gebildet werden. Physiologischerweise erfolgt in der Granulosazellschicht eine Umwandlung von Androstendion sowie auch von Testosteron in Östradiol bzw. Östron. Androstendion besitzt eine zirkadiane Rhythmik und Zyklusabhängigkeit. Der Abbau erfolgt hauptsächlich in der Leber.

H.-P. Seelig