Therapiealgorithmus bei chronischem HypoPT

Chronischer HypoPT mit

Hypocalcämie mit niedrigen (oder unangemessen niedrigen) PTH-Werten über > 12 Monate[a]

Erhalt konventioneller Therapie[b]

Weiterbehandlung/Anpassung von aktivem Vitamin D und (falls notwendig) Calcium-Präparaten

Bisher unbehandelt[b]

Therapie mit aktivem Vitamin D und (falls notwendig) Calcium-Präparaten initiieren

Bewertung nach 1–2 Wochen

Primäre Ziele erreicht

- Keine Symptome einer Hypocalcämie
- Albumin-bereinigtes oder ionisiertes Serumcalcium in der unteren Hälfte des Referenzbereichs oder leicht darunter

Sekundäre Ziele erreicht

- Keine Beeinträchtigung der QoL[c]
- Keine Hypercalciurie
- Keine Hyperphosphatämie
- Keine Hypomagnesiämie
- 25(OH)D ≥ 75 nmol/l (> 30 ng/ml)
- Stabile eGFR

Bewertung nach 1–2 Wochen

Primäre Ziele optimieren

- **Calciumwerte nicht im Zielbereich oder Hypocalcämie-Symptome:** Dosis von aktivem Vitamin D und/oder Calcium-Supplementen anpassen

Bewertung nach 1–2 Wochen

Sekundäre Ziele optimieren

- **Bei Hypercalciurie:** Calcium-Präparate und/oder aktives Vitamin D reduzieren, Aufnahme von NaCl reduzieren und/oder Behandlung mit Thiaziddiuretika
- **Bei Hyperphosphatämie:** Phosphat in der Nahrung reduzieren und/oder Calcium-Präparate erhöhen sowie Dosis von aktivem Vitamin D reduzieren
- **Bei Hypomagnesiämie:** Aufnahme von Magnesium über die Nahrung erhöhen und/oder Präparate und/oder Amilorid
- **Wenn 25(OH)D < 75 nmol/l (< 30 ng/ml):** natives Vitamin D ergänzen[d]

Monitoring stabiler Patienten

Regelmäßiges Monitoring (z. B. alle 3–6 Monate):

- **Anzeichen und Symptome einer Hypo- oder Hypercalcämie**
- **QoL**
- **Ionisiertes/Albumin-bereinigtes Serumcalcium, Phosphat, Magnesium, Kreatinin (eGFR)**

Weniger strenges Monitoring oder wie klinisch angezeigt:

- **Calciumausscheidung im 24-Stunden-Urin:** bei Patienten unter konventioneller Therapie (alle 12–24 Monate)[e]
- **PTH:** zur Überprüfung einer potenziellen Wiederherstellung der Funktion, geeignete Abstände (z. B. alle 12 Monate)
- **25(OH)D:** geeignete Abstände um angemessene Level aufrechtzuerhalten
- **Renale Bildgebung:** bei Anzeichen renaler Calcifizierungen oder Abnahme der renalen Funktion
- **DXA:** wie generell bei Gesunden empfohlen
- **Monitoring** von Anzeichen oder Symptomen von Komorbiditäten (z. B. alle 12 Monate)

PTH-Ersatztherapie in Betracht ziehen

Ziele trotz mehrfacher Optimierungsversuche NICHT erreicht

Patienten unter optimierter konventioneller Therapie und Erfüllung eines der folgenden Kriterien:

- Häufige Schwankungen des Calciumspiegels oder symptomatische Hypocalcämie
- Beeinträchtigte QoL aufgrund eines chronischen HypoPT
- Verminderte Nierenfunktion (60 ml/min/1,73 m^2)
- Anhaltende Hypercalciurie
- Anhaltende Hyperphosphatämie

Mod. nach Bollerslev J et al., 2025.[1]

25(OH)D = Calcidiol (25-Hydroxy-Vitamin-D) **DXA** = Dual-Energy X-ray Absorptiometry **eGFR** = estimated glomerular filtration rate **HypoPT** = Hypoparathyreoididmus **PTH** = Parathormon **QoL** = Quality of Life

a Eine Behandlung wird für alle Patientinnen und Patienten mit chronischem HypoPT empfohlen, die Symptome einer Hypocalcämie und/oder Albumin-angepasstes Serumcalcium < 2,0 mmol/l (< 8,0 mg/dl) ≈ ionisiertes Calcium < 1,0 mmol/l aufweisen. Eine Behandlung kann in Betracht gezogen werden bei asymptomatischem chronischem HypoPT mit Albumin-bereinigten Serumcalciumspiegeln zwischen 2,0 mmol/l (8,0 mg/dl) oder ionisiertem Calcium von 1,0 mmol/l bis zum unteren Limit des Messbereichs für eine Verbesserung des Wohlbefindens. **b** 800–1000 mg/Tag Calcium über die Nahrung sollten angestrebt werden (nicht-schwangere Erwachsene). **c** QoL benötigt eine angemessene Zeit, um evaluiert zu werden. **d** Anwendung von 800–2000 IU/Tag (20–50 µg) Cholecalciferol/Ergocalciferol um Werte von 75–125 nmol/l (30–50 ng/ml) zu erreichen. **e** Routinemäßige Messung der Calciumausscheidung im 24-Stunden-Urin ist nicht notwendig bei Patientinnen und Patienten unter PTH-Therapie. Auch die Messung von Kreatinin und Natrium im 24-Stunden-Urin in Betracht ziehen. In bestimmten Fällen (z. B. Einnahme von Thiaziddiuretika) sollte das Therapiemonitoring in kürzeren Intervallen erfolgen.

1 Bollerslev J et al. Revised European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline: Treatment of Chronic Hypoparathyroidism in Adults. Eur J Endocrinol. 2025; 193(5):G49-G78.

© Juni 2026 Ascendis Pharma Endocrinology GmbH.
06/2026 DE-COMM-2600029 v1.0. Ascendis®, das Ascendis Pharma Logo und das Firmenlogo sind eingetragene Marken der Ascendis Pharma Gruppe.

www.ascendispharma.de

ascendis pharma