

Adipositas bei Frauen: Komorbiditäten und Stigmatisierung stellen besondere Anforderungen an die Therapie

Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die mit zahlreichen Herausforderungen verbunden ist, für Ärzte wie Patienten gleichermaßen. So kommen bei adipösen Frauen zu den typischen Komorbiditäten wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Typ-2-Diabetes zusätzlich gynäkologische Krankheitsbilder hinzu (1). Darüber hinaus leiden die Patientinnen besonders häufig unter Stigmatisierung und Diskriminierung (2). Auf einer Presseveranstaltung anlässlich der 33. Jahrestagung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) diskutierten Experten über die medizinischen und psychologischen Besonderheiten der Adipositas-Therapie speziell bei Frauen sowie den Nutzen von Liraglutid 3 mg (Saxenda[®]) bezogen auf Gewichtsreduktion und Begleiterkrankungen.

2011 waren in Deutschland 23,3% der Männer und 23,9% der Frauen von Adipositas betroffen, mit steigender Tendenz (3). Bleibt die Erkrankung unbehandelt, kann starkes Übergewicht zu einer Reihe von gesundheitlichen Problemen führen. Unter anderem wächst mit zunehmendem Body-Mass-Index (BMI) das Risiko für kardiovaskuläre Komorbiditäten (4). So können 16,2% der Schlaganfälle und 11,5% der koronaren Herzerkrankungen auf Adipositas zurückgeführt werden (5). Auch Erkrankungen mit Typ-2-Diabetes lassen sich in 43,6% der Fälle in Zusammenhang mit krankhaftem Übergewicht bringen (5).

Schon ein langfristiger Gewichtsverlust von 5-10% kann für Menschen mit Adipositas einen erheblichen gesundheitlichen Nutzen haben und zu einer Verbesserung der Adipositas-assoziierten Erkrankungen und Risikofaktoren führen (6,7). „Es geht nicht allein darum, Gewicht zu reduzieren. Primäres Therapieziel ist es, den Gesundheitszustand zu verbessern“, erläuterte Prof. Dr. Matthias Blüher vom Universitätsklinikum Leipzig. Oftmals reichen Lebensstilmodifikationen wie kalorienreduzierte Ernährung und mehr Bewegung alleine jedoch nicht aus, um ausreichend und dauerhaft Gewicht zu reduzieren.

„Dann setzen wir auf medikamentöse Therapien, beispielsweise mit Liraglutid 3 mg“, so Blüher. Der GLP-1 Rezeptor-Agonist bindet an spezifische Rezeptoren im Gehirn*, wodurch das Hungergefühl reduziert und das Sättigungsgefühl gesteigert wird (8,9). Saxenda[®] (Liraglutid 3 mg) ist das bislang einzige GLP-1 Analogon, das von der EU-Kommission zur Gewichtsregulierung als Ergänzung zu einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität zugelassen ist (9).

Therapie mit Liraglutid 3 mg: Gewicht und Komorbiditäten nachhaltig über 3 Jahre positiv beeinflussen

Eine Behandlung mit Liraglutid 3 mg kann in Kombination mit einer kalorienreduzierten Ernährung und verstärkter körperlicher Aktivität das Gewicht verringern und gleichzeitig die gewichtsbedingten Komorbiditäten positiv beeinflussen. In der Studie SCALETM (n=1.505) konnte unter Liraglutid 3 mg nach 160 Wochen ein Gewichtsverlust von 6,1% verglichen mit 1,9% in der Placebo-Gruppe erreicht werden (geschätzte Behandlungsdifferenz (ETD) -4,3% (95% Konfidenzintervall -4,9; -3,7), p<0,0001) (10).

Daneben führte die Therapie unter Liraglutid 3 mg nach 160 Wochen zu verbesserten kardiometabolischen Risikofaktoren im Vergleich zu Placebo (n=749): Der systolische Blutdruck konnte stärker reduziert werden (ETD -2,8 mmHg (-3,8; -1,8), p<0,0001), die Triglyzerid- (ETD -6% (-9; -3), p=0,0003) und Gesamtcholesterinwerte (ETD -2% (-3; 0), p=0,03) wurden verbessert. Außerdem war die Zeit bis zum Auftreten eines Typ-2-Diabetes 2,7-fach länger (95% Konfidenzintervall: 1,9; 3,9) als unter Placebo. Das Risiko, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln, reduzierte sich um 79,3% (1,8 vs. 6,2%) (9,10).

Gewichtsreduktion kann das Risiko gynäkologischer Folgeerkrankungen verringern

Neben den kardiometabolischen Risiken können bei adipösen Frauen gynäkologische Krankheiten hinzukommen. So leiden adipöse Patientinnen häufig unter hormonellen Dysfunktionen, wie zum Beispiel Hyperandrogenämie oder Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS). Letzteres ist eine der häufigsten Endokrinopathien der Frau und gekennzeichnet durch Hyperandrogenismus und chronisches Ausbleiben des Eisprungs. Die Folge sind Zyklus- und Fertilitätsstörungen (4),** Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko für gynäkologische Krebsarten wie Mamma-, Endometrium- oder Ovarialkarzinome (3). „Durch frühzeitige, anhaltende Maßnahmen zur Gewichtsreduktion können adipöse Patientinnen rechtzeitig intervenieren und diesen gynäkologischen Komorbiditäten entgegenwirken“, führte Prof. Dr. Martina de Zwaan von der Medizinischen Hochschule Hannover aus.

Frauen haben stärker mit Vorurteilen zu kämpfen

Frauen mit Adipositas sind aber nicht nur verschiedenen körperlichen, sondern in besonderem Maße auch psychologischen Belastungen ausgesetzt. „Der Grund ist ein gesellschaftlich akzeptiertes Stigma, das der Erkrankung anhaftet“, erklärte de Zwaan. „Adipositas wird immer noch viel zu häufig auf falsches Verhalten der Betroffenen zurückgeführt.“ Dabei ist krankhaftes Übergewicht eine chronische Erkrankung, die aus einem komplexen Zusammenspiel von unter anderem genetischen, physiologischen und sozioökonomischen Faktoren entsteht (11). „Frauen werden in unserer Gesellschaft immer noch stark über das Aussehen definiert. Übergewicht nagt dann nicht nur am Selbstbewusstsein, sondern führt auch zu Ausgrenzung“, referierte die Expertin. Adipösen Frauen wird beispielsweise häufig eine geringere Ausbildung und ein schlechterer Beruf zugeschrieben (2). Im Berufsleben haben sie oft mit Ungleichbehandlungen zu kämpfen (12).

(Selbst-) Stigmatisierung als Therapie-Barriere

Zur öffentlichen Diskriminierung kommt belastend hinzu, dass viele adipöse Menschen diese Vorurteile internalisieren, d.h. sie zeigen ein benachteiligendes Verhalten sich selbst gegenüber. Das kann unter anderem mit depressiven Symptomen, Ängsten, geringem Selbstwertgefühl, Essstörungen, sozialen Problemen und einer daraus reduzierten Lebensqualität einhergehen (11). „So genannte Binge Eating Störungen, bei denen es zu unkontrollierten Essanfällen kommt, treten vor allem bei Frauen auf: Sie sind 2,5-mal häufiger betroffen als Männer“, erläutert de Zwaan. Parallel gibt es auch bei Therapeuten die Tendenz, stark übergewichtigen Patienten fehlende Willensstärke und Selbstkontrolle zuzuschreiben (12). Für die Betroffenen kann dies eine benachteiligte medizinische Versorgung beispielsweise in Form einer kürzeren Behandlungszeit als bei Normalgewichtigen zur Folge haben. Adipöse gehen zudem aus Scham, Schuldgefühl oder Angst vor Diskriminierung seltener zum Arzt oder verschieben Termine (12).

„Für eine erfolgreiche Behandlung von Adipositas ist es daher unerlässlich, vorhandene Stigmata aufzulösen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, sowohl bei den Patienten selbst, den Therapeuten und nicht zuletzt auch in der breiten Öffentlichkeit“, betonte de Zwaan abschließend.

* Daten aus tierexperimentellen Studien

** Liraglutid 3 mg zur Behandlung der Adipositas kann bei Frauen mit PCOS eingesetzt werden, sofern kein Kinderwunsch besteht (9).

Quelle: Novo Nordisk

Literatur:

(1) Kleine-Gunk B *Journal für Menopause* 2000;1:7-13

(2) McLaren L *Epidemiol Rev* 2007;29(1):29-48

(3) IFB Adipositas. *Erkrankungen. Entwicklungen.* Online verfügbar unter:

<https://www.ifb-adipositas.de/adipositas/entwicklungen>. Zuletzt abgerufen am 13.07.2017

(4) Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG). *Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas.* Online verfügbar unter:

www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf. Zuletzt abgerufen am 12. Juli 2017

(5) Bundesamt für Gesundheit BAG *Publikation Schneider H. und Venetz W. Final report: Cost of Obesity in Switzerland in 2012;*

http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/

4. von Lengerke T et al. *Gesundheitswesen* 2006;68(2):110-115

(6) Dengo AL et al. *Hypertension* 2010;55:855-856

(7) Wing RR et al. *Diabetes Care* 2011;34:1481-1486

(8) Badman MK, & Flier JS. *Science*. 2005; 307:1909-1914

(9) Saxenda[®] Fachinformation, aktueller Stand

(10) Roux CW et al. *Lancet* 2017;389:1399-1409

(11) Wright SM, Aronne LJ. *Abdominal imaging* 2012;37:730-732

(12) Hilbert A et al. *Adipositas* 2013; 7: 150-153.

Befassung der Fachpresse mit diesem wichtigen Thema im Rahmen einer unabhängigen Berichterstattung erleichtern und ist nicht zur unveränderten Übernahme bestimmt.