

# DHEA in der Prävention und Therapie altersbedingter Erkrankungen

Interview mit PD Dr. Alexander Römmler

## Schlüsselwörter

Alter, DHEA, Östrogene, Androgene

## Zusammenfassung

Altern ist ein progressiver, biologischer und zeitabhängiger Prozess, der sich im Spannungsfeld der Erbanlagen, multipler Umwelteinflüsse und Lebensstilfaktoren entwickelt. Im alternden Organismus kommt es zu vielfältigen physiologischen Veränderungen im Hormonhaushalt, die mit einer Abnahme der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit assoziiert sind. Uwe Gröber sprach mit PD Dr. Alexander Römmler über die Bedeutung von DHEA bei altersbedingten Erkrankungen.



Leistungsknick, Müdigkeit und depressive Symptome können Anzeichen eines Androgenmangels sein. © Jupiterimages; nachgestellte Situation.

## **om** Welchen Stellenwert haben Androgene wie DHEA in der Prävention und Therapie altersbedingter Erkrankungen?

Alterungsassoziierte Zustände und Erkrankungen spiegeln den funktionellen Verlust wider, den ein in die Jahre gekommener Organismus erleidet. Prozesse der Zell- und Organerneuerung (Proliferation, Reparatur, Turnover) sind vermindert, wozu auch die gleichermaßen reduzierten anabolen Hormone beitragen. DHEA (Dehydroepiandrosteron) bzw. DHEA-Sulfat nehmen durch ihre eigenen Wirkungen sowie als Ausgangssubstrat für die Sexualhormone Östrogene und Androgene eine Schlüsselrolle ein. Gegenüber jungen, gesunden Erwachsenen haben sich die DHEA-Blutspiegel um das 50. Lebensjahr bereits halbiert, mit 70 Jahren sind meist nur noch 10–25% zu messen. Das sind bedeutsame biologische Abweichungen, die eine Fülle somatischer

und mentaler Prozesse nachteilig beeinflussen. Hieraus leitet sich die präventive und therapeutische Substitution mit DHEA ab.

## **om** Durch welche klinischen Symptome äußert sich bei Männern und Frauen ein Androgenmangel?

Ein Androgenmangel kann sich klinisch sowohl mental als auch somatisch nachteilig auswirken. Dazu gehören mentale Beeinträchtigungen wie Leistungsknick und chronische Müdigkeit, reduzierte Stressbelastbarkeit, Depressivität und verminderte Libido.

Im Vordergrund der somatischen Veränderungen stehen eine trockenfettarme Haut, nachlassende Körperbehaarung, Atrophien bei Haut (mit Faltenbildungen), Muskulatur (Sarkopenie) und weiteren Organen, dazu kom-

men gehäuft eine viszerale Fettzunahme, bei Frauen noch Cellulite und Hypermastie hinzu; auch Anämie und Immundefizite sowie Arthrose/Osteoporose sind typische Hinweise bei beiden Geschlechtern.

## **om** Mit welchen Laborparametern wird heute eine Störung im DHEA-Haushalt erfasst?

Symptome eines Androgenmangels sind von einem generellen Anabolikamangel, zu denen ja die Androgene gehören, klinisch kaum zu unterscheiden. Daher gehört zur Labordiagnostik stets die Prüfung der 3 wichtigsten anabolen Leithormone:

- DHEA-S als Marker einer Adrenopause,
- Testosteron für das Ausmaß einer Gonadopause und

- IGF-1 für die Somatopause (Insulin-like Growth-Factor 1, stellvertretend für Wachstumshormon).

Dann geht es an die Differenzialdiagnostik:

- Ist DHEA-S niedrig, muss Cortisol geprüft werden (Abklärung NNR-Insuffizienz versus Adrenopause). Denn bei Letzterer handelt es sich nur um einen adrenalen Androgenabfall im Alter, während bei einer NNR-Insuffizienz neben dem DHEA auch das Cortisol mit betroffen ist. Beide Einflüsse können sich kombinieren: Kommt zur Adrenopause beispielsweise noch eine stressbedingte Minderfunktion der gesamten NNR hinzu, schlägt sich das in noch niedrigeren DHEAS-Spiegeln als altersbedingt üblich nieder.
- Bei niedrigem Testosteron (bzw. freier Androgen-Index, freies Testosteron) wird FSH bei Frauen und LH bei Männern benötigt (Abklärung primäre versus sekundäre Gonadeninsuffizienz). So ist eine Testosteronschwäche bei beruflich sehr belasteten Männern gerade im 4. und 5. Lebensjahrzehnt meist mit stressbedingt niedrigen LH-Spiegeln kombiniert, was sich nach Interventionen wieder erholen kann.
- Bei niedrigem IGF-1 ist neben dem Alter an chronischen Stress, hepatische Östrogenbelastungen (z. B. orale Östrogengaben bei Frauen, „Pille“) und hohe glykämische Belastungen ursächlich zu denken.

Daraus leiten sich dann konsequent die präventiven und therapeutischen Interventionen ab.

**om Bei welchen alterstypischen Beschwerden und Erkrankungen wird DHEA vor allem eingesetzt und in welcher Dosierung?**

Ist passend zur Klinik – wie oben beschrieben – nun DHEA-S niedrig, ist dessen Mitbeteiligung an der Symptomatik plausibel. Eine Substitution sollte stets nur in den oberen physiologischen Bereich junger Erwachsener hinein für einige Stunden täglich erfolgen, d. h. bei Männern etwa 4–5 µg/ml und bei Frauen 2,0–2,8 µg/ml etwa 3–5 Stunden nach der morgendlichen oralen Einnahme erreichen. Dazu werden bei Männern meist 15–50 mg und bei Frauen 10–20 mg täglich benötigt, was primär vom Ausgangswert und etwas auch vom Alter und dem Gewicht abhängig ist. Eine erste Dosis-Blutkontrolle kann nach 4–6 Wochen erfolgen.

Klinisch werden sich innerhalb weniger Wochen als erstes eine verbesserte Vitalität und Stressbelastbarkeit sowie Rückfettung der Haut bemerkbar machen, wissenschaftlich belegt kommen eine verbesserte Endothelfunktion (Gefäßdilatation/Durchblutung unter Belastungen), nachlassende depressive Symptomatik und ein verbessertes Haut- und Immunsystem rasch hinzu. Je nachdem, welchen Anteil jede der 3 anabolen Hormonachsen zur klinischen Symptomatik beiträgt, sind die klinischen Erfolge einer alleinigen DHEA-Gabe unterschiedlich ausgeprägt – von eindrucksvoll bis marginal.

Sind also die somatotrope (IGF-1) und gonadotrope (Testosteron) Achse nur wenig beeinträchtigt, lassen sich bei einem niedrigen DHEAS-Spiegel durch dessen Substitution – nicht aber durch Testosterongaben – schon in kur-

zer Zeit klinische gut bemerkbare Verbesserungen erzielen. Steht aber ein deutlicher Testosteronmangel im Vordergrund, ist die alleinige DHEA-Gabe nicht ausreichend. Hier wäre primär oder zusätzlich ein Testosteronausgleich ratsam und Erfolg versprechend. Mit zunehmendem Alter werden meist Kombinationen erforderlich sein, zuerst eine DHEA-Gabe und dann ergänzend Maßnahmen zur Verbesserung von Testosteron und ggf. des Wachstumshormons.

**om Lieber Herr Dr. Römmler, vielen Dank für das Interview.**

online: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1271156>



**Privatdozent Dr. med. Alexander Römmler**  
 Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin e. V. München (GSAAM)  
 Siebenbürgener Str. 13  
 81377 München  
[www.alexanderroemmler.com](http://www.alexanderroemmler.com)  
 E-Mail: aDrRoe@aol.com

PD Dr. Alexander Römmler arbeitete als Facharzt für Gynäkologie mit den Schwerpunkten Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sowie Andrologie. 1981 gründete er das Hormonzentrum München, wo er bis 2009 praktizierte. Als Gründer und langjähriger Präsident der GSAAM e. V. (1998–2009) ist er jetzt deren Ehrenpräsident. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen auf dem Gebiet Endokrinologie, Prävention und Anti-Aging-Medizin, hinzu kommen kontinuierlich Vorträge, Univorlesungen, Seminare, wissenschaftliche Artikel und Buchbeiträge.