

Reformierte HRT – Ende einer intensiven Debatte.

PD Dr. med. Alexander Römmler, München

Ehrenpräsident der GSAAM e.V., Dozent Dresden International University (DIU)

Östrogene als Jungbrunnenhormon im Alter? Im Jahr 2001 herrschte die Ansicht vom Östrogen als risikoarmes Jungbrunnenhormon vor, das im Rahmen einer Hormonersatz-Therapie (HRT) der Wechseljahre als langzeitige Maßnahme zur Prävention von Alterskrankheiten bestens geeignet sei (1).

Neben Nutzen auch Risiken. Erst die Evidenz-basierte Untersuchungsreihe der US-amerikanischen Women Health Initiative (WHI) und neuere große Beobachtungsstudien aus Europa (z.B. Million Women Study, GB; E3N-Kohorte, F) ab 2002 trugen zu einem Umdenken bei: Die traditionelle HRT, bestehend aus oraler Gabe von Östrogenen mit und ohne Gestagenzusatz, hat nicht nur gesundheitliche Vorteile, sie ist auch mit erhöhten Risiken verbunden (z.B. Thromboembolien, Schlaganfall, Brustkrebs). „Das Ende einer Legende“ titulierte das Deutsche Ärzteblatt im Juli 2002 ihren Kommentar zur neuen Datenlage (2). Die HRT-Verordnungen brachen weltweit ein (3). Auch deutsche Fachgesellschaften schwenkten um: „Hormone in den Wechseljahren als kurzfristige Therapie, nicht als Prävention geeignet“ (4).

Reform der HRT erforderlich. Physiologische Östrogenspiegel haben einen hohen Stellenwert für die Gesundheit der fertilen Frau. Eine Substitution in den Wechseljahren sollte daher keine nennenswerten Nebenwirkungen mit sich bringen – wenn doch, dann ist möglicherweise die Vorgehensweise nicht optimal. Modifikationen bzw. Reformen der bisher üblichen HRT statt deren Weiterführung oder Aussetzung sind angezeigt.

Die personalisierte Medizin – ein wichtiger Reformschritt. Bei einer Anwenderin von Hormonen können persönliche Dispositionen zu erhöhten Gesundheitsrisiken vorliegen (5). Dazu zählen Aspekte aus der Lebensführung (z.B. Bewegungsarmut, Ernährungsfehler, Belastungen aus Noxen), aus Genetik und Biochemie (z.B. Gerinnungsstörungen) sowie bereits bestehende krankhafte Entgleisungen (z.B. Übergewicht, Hypertonie, Diabetes m., Arteriosklerose bei einem HRT-Beginn erst im höheren Lebensalter). Solche Vorkommnisse können zu erhöhten Krankheitsrisiken beitragen, auch ohne dass Hormone eingenommen werden. Konsequenz: Solche Risikodispositionen sind zu filtern und adäquat zu behandeln.

Methodische Risiken einer HRT – ein überfälliger Reformschritt. Die traditionelle HRT ist unter mehreren Aspekten eine unphysiologische und pharmakologische Medikation. So kommt es durch die orale Darreichung des Östrogens zur starken Aktivierung zahlreicher hepatischer Prozesse, die meist mit erhöhten klinischen Risiken verbunden sind (z.B. Thrombose, Lungenembolie, Gallenblasenoperationen, labile Hypertonie und mehr). Unter transdermaler Darreichung sind solche kaum vermehrt anzutreffen, weshalb diese Modifikation zu bevorzugen ist (5, 6). Viele der als Gestagen eingesetzten synthetischen, d.h. pharmakologischen Progestagene sind bei Kurz- und Langfristanwendung mit erhöhter Brustkrebsinzidenz verbunden, nicht aber das physiologische Progesteron, das daher zu bevorzugen ist (6, 7). Zusätzlich hat das systemisch wirkende Progesteron zahlreiche und vorteilhafte Auswirkungen auf die Gesundheit der Frau (8). Konsequenz: Eine „physiologische HRT“ ist zu bevorzugen, die durch Hormonsubstanz, Dosis und geeignete Art der Darreichung möglichst nahe niedrig-physiologische Verhältnisse fertiler Frauen wieder herstellt (6).

Brustkrebs, Östrogen und „Gap time“ – ein wissenschaftlich interessanter Aspekt. Alleinige Östrogengaben in der frühen Postmenopause senken nicht das Brustkrebsrisiko, die meisten Studien finden eine leicht erhöhte Inzidenz (7, 11).

Wenn postmenopausale Frauen aber erst nach mehrjähriger Hormonkarenz (gap time) Östrogene einnehmen, scheint bei nicht anamnestisch belasteten Frauen das Brustkrebsrisiko niedriger als bei frühzeitig behandelten oder bei unbehandelten zu sein (9-11). Ein solches Verhalten alternder Brustdrüsenzellen ist interessant, aber derzeit ohne praktische Relevanz. Denn die meisten Frauen mit klimakterischen Beschwerden bevorzugen frühzeitig und nicht erst nach Jahren eine Östrogentherapie, was auch bezüglich kardiovaskulärer Risiken einem späteren Beginn vorzuziehen ist (frühes „window of opportunity“).

Resümee. Die traditionelle HRT ist unnötigerweise in Verruf geraten, denn sie hätte schon längst im Konsensus modifiziert werden müssen. Als wesentliche Reformschritte haben Aspekte einer „personalisierten Medizin“ und „substitutiven ärztlichen Ordnungsweise“ einen signifikanten Einfluss auf Nutzen und Risiken einer HRT.

- 1) Lauritzen C. Die präventive Östrogen-Gestagen-Langzeitsubstitution. *Frauenarzt* 2001; 42/11: 1230-1267.
- 2) Medizinreport Hormonersatztherapie. *Dt. Ärzteblatt* 99;30: 26. Juli 2002
- 3) Faber A et al. Dramatic change in prescribing of hormone replacement therapy in The Netherlands after publication of the Million Women Study: a follow-up study. *Br J Clin Pharmacol.* 2005; 60 (6):641-7.
- 4) Presseinformation der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. vom 17.7.2002, abgedruckt im *FRAUENARZT* 2002.
- 5) Mueck AO (federführend), AG Hormone des BVF. Anwendungsempfehlungen für die gynäkologische Praxis zur Hormonsubstitution im Klimakterium und in der Postmenopause. Aktualisierte Empfehlungen Oktober 2012. *Frauenarzt* 2012;53 (10): 916-19
- 6) Römmler A. Hormonersatztherapie mit bioidentischen Hormonen. Modetrend oder neuer Erkenntnis-stand? *gynäkologie + geburtshilfe* 2011; 4: 14-16.
- 7) Fournier A. et al. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 2008; 107 (1):103-11.
- 8) Römmler A, Römmler J. Progesteron - genitale und extragenitale Wirkungen. *Zs f Ortho Med* 2009; 3: 9-13.
- 9) Anderson GL et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. *Lancet Oncol.* 2012; 13 (5):476-86.
- 10) Chlebowski RT et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA* 2010; 304 (15):1684-1692.
- 11) Beral V et al. Breast cancer risk in relation to the interval between menopause and starting hormone therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2011; 103 (4):296-305.

Ist subjektives Wohlbefinden ein treibender Faktor für Lebensstiländerung?

Prof. Dr. Silke Schmidt

Heinz-Nixdorf Lehrstuhl Gesundheit und Prävention, Institut für Psychologie

Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Robert-Blum-Str. 13, D-17487 Greifswald

Der Vortrag geht auf psychologische Grundlagen der Lebensstilmodifikation ein, sowie auf die Frage, warum diverse Maßnahmen zur Verhaltensänderung nicht effektiv sind. Studien zu Risikofaktoren werden dahingehend analysiert, wie die psychologischen Konstrukte operationalisiert sind. Die Bedeutung des subjektiven Wohlbefindens und der Lebensqualität im Kontext von Lebensstilfaktoren wird an Beispielen demonstriert.

13.Konferenz der GSAAM e.V.
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Anti-Aging Medizin e.V.



Schwerpunktthema

Personalisierte Medizin

ABSTRACTS

2. – 4. Mai 2013

Hilton Munich Park Hotel in München

Tagungsleitung: Prof. Dr. med. Uwe Nixdorff

Inhaltsverzeichnis	Seite
Stoffwechsel und Krebsprävention	
Dr. med. Jann Arends	3
Sitzung: " Onkologie II" Samstag, 4.5.2013	
Körperliche Aktivitäten während der Chemotherapie bei Krebspatienten	
Dr. Sportwiss. Freek T. Baumann	3
Sitzung: " Onkologie I" Samstag, 4.5.2013	
Warum schützt Sport vor Krankheiten des Alters? Molekulare Mechanismen	
Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Bloch	4
Sitzung: " Sportmedizin" Samstag, 4.5.2013	
Individualisierung der bildgebenden Diagnostik im Rahmen der Prävention.	
Teil 1: Aktueller Stand.	
Prof. Dr.med. Dr.h.c. Johannes Böck, MSc.	5
Sitzung: "Bildgebende Verfahren" Freitag, 3.5.2013	
Hautalterung: eine Programm?	
Prof. Dr. rer. nat. Petra Boukamp	5
Sitzung: " Dermatologie" Freitag, 3.5.2013	
Acetylsalicylsäure – eine onkopräventive Substanz?	
S.Ginter, L.Gambhir, J. Linster (Luxemburg)	6
Sitzung: " Onkologie II" Samstag, 4.5.2013	
Neue Möglichkeiten in der onkologischen Diagnostik - Erfahrungen und Relevanz	
Dr. Heiko Hofmann, Darmstadt	7
Sitzung: " Onkologie I" Samstag, 4.5.2013	
Der Nagel im Alter – zwischen physiologischem Alterungsprozess und Pathologie	
Dr. med. Martina Hund	8
Sitzung: " Dermatologie" Freitag, 3.5.2013	
Lifestyle: Perikonzeptionelle Lebensstilberatung	
Prof. Dr. med. Bernd Kleine-Gunk	8
Sitzung: "Ernährung" Freitag, 3.5.2013	
Personalisierte Ernährung – Individualisierte Mikronährstoffsubstitution	
Otto Knes	13
Sitzung: "Ernährung" Freitag, 3.5.2013	
Burn-Out: Fehldiagnose oder Epidemie?	
Dr. Nick Kratzer	15
Sitzung: " Burnout: Individuelle Krankheit oder Massenpsychose" Freitag, 3.5.2013	
Epigenetik – wie funktioniert das?	
Dr. med. Kira Kubenz, MSc.	16
Sitzung: "Genetik / Epigenetik" Freitag, 3.5.2013	
Alter, Altern und körperliche Aktivität	
Prof. Dr. med. Herbert Löllgen	16
Sitzung: " Sportmedizin" Samstag, 4.5.2013	
Individualisierung der Bildgebenden Diagnostik im Rahmen der Prävention.	
Teil 2: Zukunftsperspektive	
Prof. Dr. Martin G. Mack	17
Sitzung: "Bildgebende Verfahren" Freitag, 3.5.2013	
Haut und Licht - Neue Wege zur Hauterneuerung	
Dr. med. Eva Meigel	17
Sitzung: "Ästhetik" Freitag, 3.5.2013	

Die Bedeutung der Insulinresistenz (IR) für die Prävention des Diabetes mellitus Typ II (DM)	
Prof. Dr. med. Lothar Moltz, MSc.	18
Sitzung: "Freie Vorträge" Samstag, 4.5.2013	
Renaissance der HRT	
Prof. Dr.med. Dipl. Biochem. Dr. rer. nat. Alfred O. Mueck	19
Sitzung: "Personalisierte Medizin" Freitag, 3.5.2013	
Kardiovaskuläre Risikostratifikation mittels koronarem Calcium-Scoring	
Prof. Dr.med. Uwe Nixdorff	21
Sitzung: "Bildgebende Verfahren" Freitag, 3.5.2013	
PLAC-Test für Lp-PLA2 (Lipoprotein-assoziierte Phospholipase A2): Ein kardio- und cerebrovaskulärer Marker für personalisiertes Patientenmanagement	
Prof. Dr.med. Uwe Nixdorff	22
Lunch-Symposium; 3.5.2013	
Love & Survival (Ornish): Was ist HERZlichkeit?	
Prof. Dr.med. Uwe Nixdorff	23
Sitzung: "Mit Herz und Hirn das Leben meistern" Freitag, 3.5.2013	
Vom Träumen zum Tun	
Prof. Dr.med. Gabriele Oettingen	24
Sitzung: " Motivationspsychologie" Samstag, 4.5.2013	
Adipositas therapie – Von der Standardempfehlung zur personalisierten Therapie	
Thomas Platzer	25
Sitzung: "Ernährung" Freitag, 3.5.2013	
Reformierte HRT – Ende einer intensiven Debatte	
PD Dr. med. Alexander Römmler, München	26
Sitzung: "Personalisierte Medizin" Freitag, 3.5.2013	
Ist subjektives Wohlbefinden ein treibender Faktor für Lebensstiländerung?	
Prof. Dr. Silke Schmidt	27
Sitzung: " Motivationspsychologie" Samstag, 4.5.2013	
Macht der Gene – oder Macht des Lifestyles"	
Eckart Wolfram Schöll M.Sc.	28
Sitzung: "Genetik / Epigenetik" Freitag, 3.5.2013	
Das "MIKROBIOM und der Darm": Wie Bakterien unsere Gene, Hormone, unser Immunsystem steuern	
Dr. med. Peter Strauven, MSc.	28
Sitzung: " Onkologie II" Samstag, 4.5.2013	
Individuelle Prävention gynäkologischer Malignome	
Prof. Dr. med. C. Tempfer, MBA	29
Sitzung: " Onkologie II" Samstag, 4.5.2013	
Sport und oder Alltagsbelastungen für die Gesundheit	
Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Völker	30
Sitzung: " Sportmedizin" Samstag, 4.5.2013	
Das Autogene Training – nicht nur Entspannung sondern Prävention pur!	
Dr. med. H. Walter	30
WORKSHOP Donnerstag, 2.5.2013	
Menschen in beruflichen Lebenskrisen oder psychotische Erkrankungen	
Walter Zornek	32
Sitzung: " Burnout: Individuelle Krankheit oder Massenpsychose" Freitag, 3.5.2013	