

## **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

**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

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