

Adipositas und Polycystisches Ovarialsyndrom (PCOS)



Welche Auswirkungen hat Adipositas?

18% der Erwachsenen in Deutschland weisen eine Adipositas auf¹

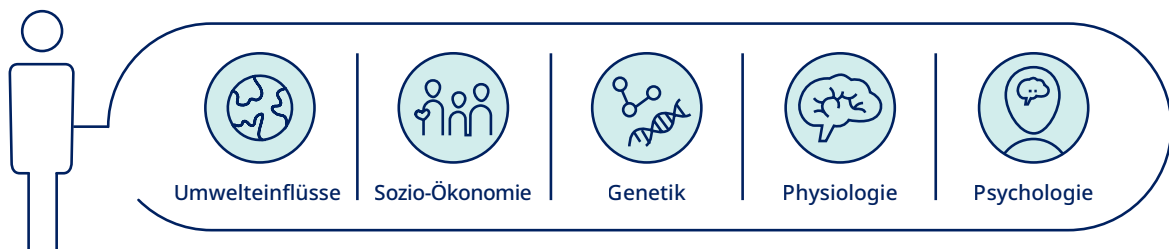
und weitere 36 % sind von Übergewicht betroffen.¹



- Es handelt sich um eine chronische Krankheit, die eine **langfristige Behandlung erfordert**.²⁻⁷
- Trotzdem wird Adipositas nach wie vor **nicht ausreichend diagnostiziert und behandelt**.⁷

Welche Faktoren beeinflussen Adipositas als Krankheit?^{8,9}

Die Ursachen von Adipositas sind multifaktoriell – Umwelteinflüsse, Sozio-Ökonomie, Genetik, Physiologie und Psychologie spielen eine Rolle. Viele dieser Faktoren liegen außerhalb der Kontrolle einer einzelnen Person.^{8,9}



Welche Komplikationen und Folgeerkrankungen sind mit Adipositas verbunden?

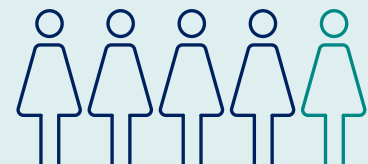
Adipositas ist weit mehr als nur übermäßiges Gewicht. Sie wird mit mehr als **200 Komplikationen** und Folgeerkrankungen in Verbindung gebracht, die die allgemeine Gesundheit und verschiedene Organsysteme betreffen.¹⁰

Wie wirkt sich Adipositas auf PCOS aus?

76% der Frauen

mit PCOS sind auch von Adipositas betroffen.¹¹

Es gibt Hinweise, dass Adipositas zu den Komplikationen von PCOS beiträgt, wie beispielsweise der Entwicklung von **Insulinresistenz und Prä-Diabetes/Diabetes, Herzkrankheiten und Fruchtbarkeitsstörungen oder Unfruchtbarkeit**.¹¹

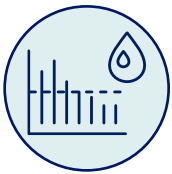


Vorteile einer Gewichtsabnahme^{12,13}

Wenn Sie Ihre Patientinnen mit Adipositas und PCOS beim Abnehmen unterstützen, kann dies zu einer Verbesserung der klinischen Merkmale und der Stoffwechselfundheit führen.¹⁴

Eine Gewichtsabnahme sollte für Patientinnen mit PCOS und Adipositas erwogen werden.

Die Vorteile umfassen:



Niedriger Insulinspiegel, verringerte Insulinresistenz, verringerte Androgenspiegel und Risiken für kardiovaskuläre Krankheiten und Typ-2-Diabetes^{13,15}



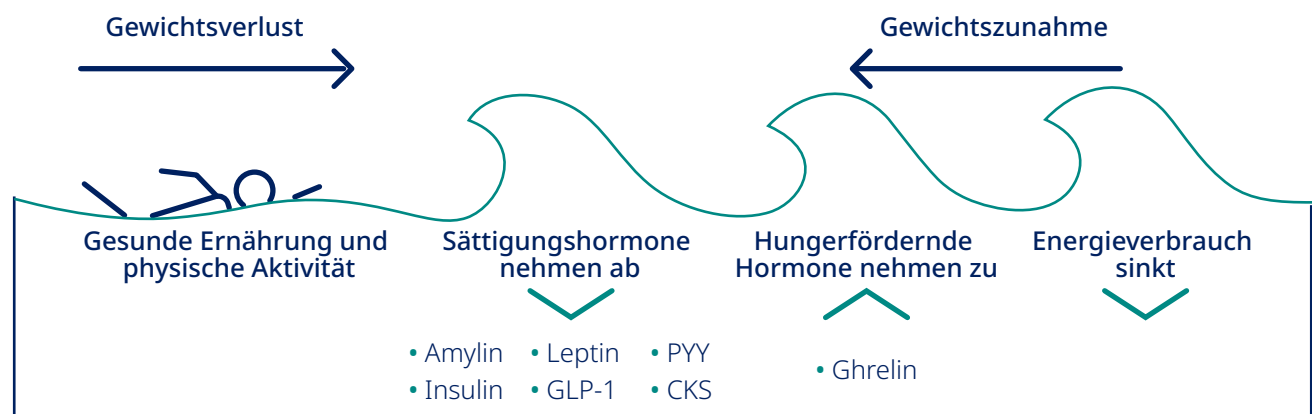
Verbesserte Menstruationszyklizität, Ovulation und Fruchtbarkeit^{13,15,16}

Ein Gewichtsverlust von 5 % kann erhebliche gesundheitliche Vorteile haben, und eine anhaltende Gewichtsreduktion von 10–15 % oder mehr kann diese Vorteile noch verstärken und zusätzliche mit der Gewichtsabnahme zusammenhängende Verbesserungen für die Gesundheit bringen.^{12,17–23}

Diagnose	Mögliches Ziel der Gewichtsreduktion	Mögliches Ergebnis
PCOS und Adipositas	5–15%	Regelmäßiger Eisprung; Verringerung von Hirsutismus; Senkung des Androgenspiegels; Erhöhung der Insulinsensitivität

Die Herausforderung einer Gewichtserhaltung

Die Gewichtsabnahme löst eine metabolische Anpassung aus – es kommt zu einer Veränderung des homöostatischen Systems des Körpers, das **den Appetit, die Energieaufnahme und den Energieverbrauch** steuert. In Folge wird der Körper dazu veranlasst, den Hunger zu steigern und die Stoffwechselrate zu senken, was letztlich zu einer erneuten Gewichtszunahme führt.^{24–30}





Warum muss Adipositas behandelt werden?

- Um Komplikationen und Folgeerkrankungen vorzubeugen, indem man versucht, den Stoffwechsel von Patientinnen gesund zu halten¹²
- Zur Vorbeugung oder Behandlung von Folgeerkrankungen, wenn diese bereits eingetreten sind¹²
- Zur Wiederherstellung des Wohlbefindens, eines positiven Körperbildes und des Selbstwertgefühls¹²

Wie kann Adipositas behandelt werden?



Lebensstiltherapie

Weitere Hinweise zur Lebensstiltherapie,

- siehe Seite 42: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)³¹



Pharmakotherapie

Weitere Hinweise zu pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten,

- siehe Seite 63: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)³¹



Bariatrische Chirurgie

Weitere Informationen zur bariatrischen Chirurgie,

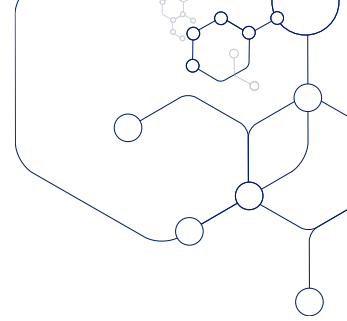
- siehe Seite 66: Interdisziplinäre S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014 (aktuell in Überarbeitung)³¹

Sie können den Unterschied machen

INITIIEREN – DIAGNOSTIZIEREN – BESPRECHEN – BEHANDELN – NACHSORGE



Weitere Informationen über Adipositas und Services finden Sie unter **Rethink-Obesity.de**



Zusammenfassung

Rethink Obesity® Überblick

- **Adipositas ist eine chronische Krankheit.**¹⁻⁷
- Die Ursachen der Adipositas sind **multifaktoriell.**^{8,9}
- Bereits eine Gewichtsabnahme von 5 % hat erhebliche gesundheitliche Vorteile, und **eine Gewichtsabnahme von 10–15 %** oder mehr kann diese Vorteile noch verstärken.¹⁷⁻²³
- **Eine langfristige Gewichtsstabilisierung ist eine Herausforderung.**³²
- Die Behandlungen umfassen **Lebensstil- und Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und bariatrische Chirurgie.**¹²
- Die Unterstützung durch Ärzt*innen kann den Patientinnen helfen, **eine klinisch signifikante und dauerhafte Gewichtsabnahme zu erreichen.**³³

Referenzen

1. Schienkiewitz A, Mensink GBM, Kuhnert R, Lange C. J Health Monitoring 2017; 2(2). DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025. Abrufbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Letzter Zugriff: Februar 2021.
2. Mechanick JI, Garber AJ and Garvey WT. American Association of Clinical Endocrinologists' Position Statement on Obesity and Obesity Medicine. *Endocrine Practice*. 2012; 18:642–648.
3. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, et al. Obesity as a Disease: A White Paper on Evidence and Arguments Commissioned by the Council of The Obesity Society. *Obesity*. 2008; 16:1161–1177.
4. Frühbeck G, Sbraccia P and Nisoli E. 2015 Milan Declaration: A Call to Action on Obesity – an EASO Position Statement on the Occasion of the 2015 EXPO. *Obesity Facts*. 2016; 9:296–298.
5. American Medical Association. A.M.A Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting. Obesity as a Disease. Abrufbar unter <http://news.cision.com/american-medical-association/r/ama-adopts-new-policies-on-second-day-of-voting-at-annual-meeting,c9430649>. Letzter Zugriff: Februar 2021.
6. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, et al. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*. 2017; 18:715–723.
7. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab*. 2019; 21:1914–1924.
8. Wright SM and Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdom Imaging*. 2012; 37:730–732.
9. National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults. Abrufbar unter http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Letzter Zugriff: Februar 2021.
10. Yuen M, Earle R, Kadambi N, et al. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 195 Obesity-Associated Disorders (OBAD). The obesity society 2016 abstract book 2016:92.
11. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril*. 2012; 97:28–38 e25.
12. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019; 12:40–66.
13. Pandis D, Farmakiotis D, Rouso D, et al. Obesity, weight loss, and the polycystic ovary syndrome: effect of treatment with diet and orlistat for 24 weeks on insulin resistance and androgen levels. *Fertil Steril*. 2008; 89:899–906.
14. Wild RA, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010; 95:2038–2049.
15. Tolino A, Gambardella V, Caccavale C, et al. Evaluation of ovarian functionality after a dietary treatment in obese women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005; 119:87–93.
16. Dokras A, Sarwer DB, Allison KC, et al. Weight loss and lowering Androgens Predict Improvements in Health-Related Quality of Life in Women With PCOS. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 101:2966–2974.
17. Garvey WT, Mechanick JI, Brett EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocr Pract*. 2016; 22(Suppl 3):1–20.
18. Wing RR, Lang W, Wadden TA, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2011; 34:1481–1486.
19. Dattilo AM and Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1992; 56:320–328.
20. Glass LM, Dickson RC, Anderson JC, et al. Total body weight loss of >= 10 % is associated with improved hepatic fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Dig Dis Sci*. 2015; 60:1024–1030.
21. Benraoune F and Litwin SE. Reductions in cardiovascular risk after bariatric surgery. *Curr Opin Cardiol*. 2011; 26:555–561.
22. Sundström J, Bruze G, Ottosson J, et al. Weight loss and heart failure: A national study of gastric bypass surgery versus intensive lifestyle treatment. *Circulation*. 2017; 135:1577–1585.
23. Ryan DH and Yockey SR. Weight Loss and Improvement in Comorbidity: Differences at 5%, 10%, 15%, and Over. *Curr Obes Rep*. 2017; 6:187–194.
24. Gadde K, Martin C, Berthoud H-R, et al. Obesity: Pathophysiology and Management. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71:69–84.
25. Schwartz A and Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. *Obes Rev*. 2010; 11:531–547.
26. Sumithran P and Proietto J. The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clin Sci (Lond)*. 2013; 124:231–241.
27. Rosenbaum M and Leibel R. Adaptive thermogenesis in humans. *Int J Obes (Lond)*. 2010; 34(Suppl 1):S47–S55.
28. Rosenbaum M, Kissileff HR, Mayer LE, et al. Energy intake in weight-reduced humans. *Brain Res*. 2010; 1350:95–102.
29. Greenway F. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes*. 2015; 39:1188–1196.
30. Lenard N and Berthoud H. Central and Peripheral Regulation of Food Intake and Physical Activity: Pathways and Genes. *Obesity*. 2008; 16(Suppl 3):S11–S12.
31. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf. Letzter Zugriff: 16.02.2022.
32. Mann T, Tomiyama A, Westling E, et al. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol*. 2007; 62:220–233.
33. Jensen M, Ryan D, Apovian C, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults. *Circulation*. 2014; 129:S102–S138.

Art.-Nr. 710348 | DE22SX00032 | Druck: 02/22