

ADIPOSITAS UND DAS POLYCYSTISCHE OVARIALSYNDROM (PCOS)

In Deutschland leiden **18% der Erwachsenen** unter einer Adipositas, 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 Dabei werden allein mit Adipositas **mehr als 200 Komplikationen und Folgeerkrankungen** assoziiert, die die allgemeine Gesundheit und verschiedene Organsysteme betreffen.⁸ Bei Frauen mit dem Polycystischen Ovarialsyndrom (PCOS) bestehen weitere Risiken.

So wirkt sich Adipositas auf PCOS aus:

Bis zu 76 % der Frauen mit PCOS sind auch von Adipositas betroffen.⁹ 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**.⁹

Vorteile einer Gewichtsreduktion^{10,11}

Wenn Sie Ihre Patientinnen mit Adipositas und PCOS beim Abnehmen unterstützen, kann dies zu einer Verbesserung ihrer klinischen Merkmale und der Stoffwechself Gesundheit führen.¹²

Die Vorteile umfassen:

- ▶ niedriger Insulinspiegel
- ▶ verringerte Insulinresistenz
- ▶ verringerter Androgenspiegel
- ▶ verringerte Risiken für kardiovaskuläre Krankheiten und Typ 2 Diabetes^{11,13}
- ▶ verbesserte Menstruationszyklizität, Ovulation und Fruchtbarkeit^{11,13,14}

Eine **Gewichtsreduktion von 5%** kann **erhebliche gesundheitliche Vorteile** haben. Eine anhaltende Gewichtsreduktion von 10–15 % oder mehr kann diese Vorteile noch verstärken und zusätzliche mit der Gewichtsreduktion zusammenhängende Verbesserungen für die Gesundheit Ihrer Patientinnen bringen.^{10,15-21}

Diagnose



**PCOS und
Adipositas**

Mögliches Ziel der Gewichtsreduktion

5–15%

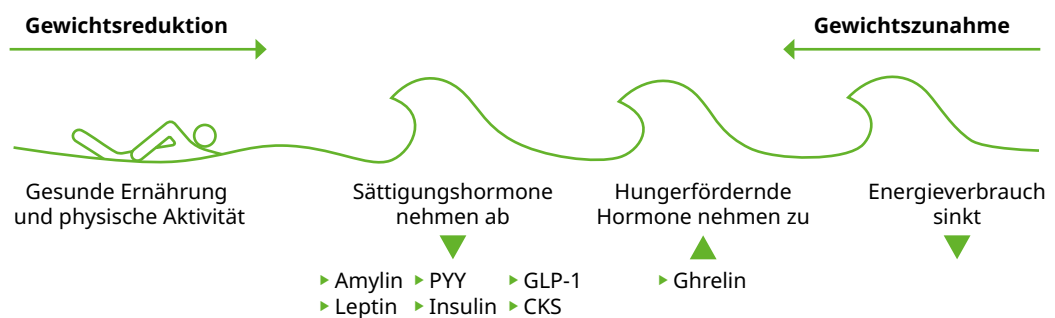


Mögliches Ergebnis

Regelmäßige Ovulation;
Verringerung von Hirsutismus;
Senkung des Androgenspiegels;
Erhöhung der Insulinsensitivität

GEWICHTSERHALT ALS HERAUSFORDERUNG

Für den Erhalt des neuen Gewichts ist Ihre Patientin **auf Ihre Begleitung angewiesen**. Durch die **metabolische Anpassung** verändert sich auch das homöostatische System des Körpers – mit gravierenden Folgen für Appetitempfinden, Energieaufnahme und -verbrauch. Der Körper steigert in Folge der Gewichtsreduktion den Hunger, die Stoffwechselrate sinkt, was zu einer **erneuten Gewichtszunahme** führen kann.²²⁻²⁸



Warum Sie Adipositas behandeln sollten

Mit Ihrer Behandlung können Sie Ihre Patientinnen unterstützen. Um **Komplikationen und Folgeerkrankungen vorzubeugen**, ist der Erhalt der gesunden Stoffwechselfunktionen essenziell.¹⁰ Leiden Ihre Patientinnen bereits unter Folgeerkrankungen der Adipositas, kann auch dann noch die ärztlich begleitete Therapie **positive Effekte** sowohl auf die Komplikationen wie auch auf **Wohlbefinden, Körperbild und Selbstwertgefühl** haben.¹⁰

Sie können den Unterschied machen!

- ▶ Initiieren
- ▶ Diagnostizieren
- ▶ Besprechen
- ▶ Behandeln
- ▶ Nachsorge



Für weitere Informationen besuchen Sie ▶ rethink-obesity.de

LANGFRISTIGES GEWICHTSMANAGEMENT

Wie Sie Adipositas effektiv behandeln können

Begleiten Sie Ihre Patientinnen mit Adipositas auch in Folgebesuchen, für die Sie sich auf ► rethink-obesity.de einen ► **Gesprächsleitfaden** herunterladen können.

► **Lebensstiltherapie:**

Dieser wichtige Punkt betrifft Bewegung, das Schlaf-, Ess- und Trinkverhalten sowie Routinen. Weitere Informationen finden Sie in unserem ► **Gesprächsleitfaden Erstgespräch** sowie auf ► rethink-obesity.de und in der **Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014²⁹**.

► **Pharmakotherapie:**

Hinweise zu pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten finden Sie in der **Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014²⁹**.

► **Bariatrische Chirurgie:**

In der **Interdisziplinären S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ 2014²⁹**.

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/media-centre/factsheets/fs311/en/>. Letzter Zugriff: März 2023. 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: März 2023. 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, Alford AA, Auerbach P et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes Obes Metab 2019;21:1914-1924. 8 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. 9 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. 10 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. 11 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. 12 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. 13 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. 14 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. 15 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. 16 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. 17 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. 18 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. 19 Benraoune F and Litwin SE. Reductions in cardiovascular risk after bariatric surgery. Curr Opin Cardiol 2011;26:555-561. 20 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. 21 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. 22 Gadde K, Martin C, Berthoud H-R et al. Obesity: Pathophysiology and Management. J Am Coll Cardiol 2018;71:69-84. 23 Schwartz A and Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. Obes Rev 2010;11:531-547. 24 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. 25 Rosenbaum M and Leibel R. Adaptive thermogenesis in humans. Int J Obes (Lond) 2010;34(Suppl 1):S47-S55. 26 Rosenbaum M, Kissileff HR, Mayer LE et al. Energy intake in weight-reduced humans. Brain Res. 2010;1350:95-102. 27 Greenway F. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. Int J Obes 2015;39:1188-1196. 28 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. 29 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: März 2023.