

Gesunde Ernährung – Auf die Qualität kommt es an! Was kann ich selbst tun?

Eine häufige Frage, die Patienten sich und ihren Ärztinnen/Ärzten stellen ist: „Was kann ich denn selbst tun?“ Neben der regelmäßigen Einnahme der Medikamente ist eine gesunde Lebensführung ein Ratschlag, der gar nicht so einfach umzusetzen ist. Allerdings lohnt sich die Mühe sehr. Zu hohes Körpergewicht erhöht nämlich das Risiko, einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs zu erleiden und verkürzt so die Lebenserwartung. Die richtige Ernährung und regelmäßige Bewegung können nicht nur schlank halten, sondern auch das Leben verlängern.

Nun neigen Menschen mit Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen durch ihre Hormonstörungen leichter zu Gewichtsproblemen. Hier sind vor allem Patienten mit einem Hypophysenmakroadenom (großer Hypophysentumor), einem Prolaktinom und einer Hypophyseninsuffizienz betroffen (Harbeck et al). Insbesondere bei einem Morbus Cushing (Überproduktion von Cortisol) sind zwischen 80–100 % der Patienten übergewichtig oder adipös, also krankhaft übergewichtig. Aber auch bei Menschen mit Wachstumshormonmangel tritt das metabolische Syndrom (Kombination aus Übergewicht, Zucker- und Fettstoffwechselstörung) deutlich häufiger auf (van der Klaauw A. et al).

Menschen mit manchen Hypophysen- oder Nebennierenerkrankungen haben ein erhöhtes Risiko für eine **Zuckerstoffwechselstörung**. Dies betrifft vor allem die Krankheiten Akromegalie (Über-

produktion von Wachstumshormon) und Morbus Cushing, bei denen es durch die Hormonüberproduktion zu einer Insulinresistenz in der Leber und im Gewebe kommt. Die Zellen reagieren weniger empfindlich auf Insulin und können den Zucker im Blut nicht mehr ausreichend verwerten. Wahrscheinlich ist dies auch einer der Gründe, warum diese Patienten ein erhöhtes Risiko haben, Herz-Kreislauf-erkrankungen wie Schlaganfälle oder Herzinfarkte zu erleiden. Die Häufigkeit einer solchen Störung wird bei der Akromegalie zwischen 16–56 % angegeben. Die Ausprägung hängt mit dem Ausmaß der Hormonproduktion, dem Alter und der Krankheitsdauer zusammen (Resmini et al).



Dr. Lisa Kühne-Eversmann

Der erste und wichtigste Schritt ist deshalb, den **Hormonhaushalt optimal einzustellen**. Zum Beispiel kann eine nicht ausreichend eingestellte Schilddrüsenunterfunktion oder eine langfristige Überdosierung der Hydrocortison-Therapie



DGE-Ernährungskreis®, Copyright: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn

Der Ernährungskreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) ist ein Beispiel für eine vollwertige Ernährung. Er teilt das reichhaltige Lebensmittelangebot in sieben Gruppen ein und erleichtert so die tägliche Lebensmittelauswahl. Je größer ein Segment des Kreises ist, desto größere Mengen sollten aus der Gruppe verzehrt werden. Lebensmittel aus kleinen Segmenten sollten dagegen sparsam verwendet werden. Für eine abwechslungsreiche Ernährung sollte die Lebensmittelvielfalt der einzelnen Gruppen genutzt werden.

es dem Patienten praktisch unmöglich machen, ein gesundes Gewicht zu halten oder wieder zu erreichen. Im Gegensatz dazu führt eine Unterdosierung von Hydrocortison zu einer ungesunden Gewichtsabnahme mit zahlreichen gesundheitlichen Problemen. Es gibt aber auch Patienten, die mit einer Überdosierung von Schilddrüsenhormon, das heißt mit einer künstlichen Überfunktion, versuchen, Gewicht abzunehmen. Davon muss dringend abgeraten werden, da es einerseits nicht erfolgreich ist und andererseits auch unerwünschte Nebenwirkungen hat.

Eine Erfahrung, die wahrscheinlich schon viele gemacht haben, ist, dass **Diäten**, bei denen über einen begrenzten Zeitraum hinweg auf bestimmte Nahrungsmittel verzichtet wird, meist zum Scheitern verurteilt sind, da durch den sogenannten Jo-Jo-Effekt die abgenommenen Kilos schnell wieder da sind. Der Schlüssel zum Erfolg ist eine langfristige Umstellung der Ernährung durch eine Änderung der Lebensgewohnheiten.

Nicht nur Menschen mit Hormonstörungen, sondern allen Menschen wird geraten, ihren Zuckerkonsum zu minimieren. Andererseits sind die jahrzehntelang verbreiteten Empfehlungen, sich möglichst fettarm zu ernähren und den größten Teil der zugeführten Energie aus Kohlenhydraten zu beziehen, inzwischen wissenschaftlich nicht mehr haltbar. Hier hat sich eine differenziertere Sicht durchgesetzt, die die Qualität der Nahrungsbestandteile genauer betrachtet. **Kohlenhydrate sind nicht alle gleich**, sondern unterscheiden sich in ihrer Wirkung auf unseren Stoffwechsel. Es gibt einfache Kohlenhydrate wie Weißmehlprodukte, Zucker und weißen Reis, die der Körper sehr schnell in Glukose umwandeln kann und die den Zucker und dadurch das Insu-



lin im Blut schnell ansteigen lassen. Die sogenannten komplexen Kohlenhydrate wie Vollkornprodukte bereiten dem Stoffwechsel mehr Arbeit und der Zucker im Blut steigt weniger an. Daher wird empfohlen, den Anteil an komplexen Kohlenhydraten zu erhöhen und einfache Kohlenhydrate zu reduzieren. Da vielen Fertiglernahrungsmitteln Zucker zugesetzt wird, ist es am besten, möglichst selbst zu kochen, gezuckerte Getränke zu vermeiden und Wasser zu bevorzugen.

Menschen mit Akromegalie, Morbus Cushing und Hypophysen-Insuffizienz haben ein erhöhtes Risiko, einen Diabetes mellitus zu entwickeln. Daher gelten für diese besonders die Ernährungsempfehlungen bezüglich der Kohlenhydrate, um dem Risiko einer Zuckersstoffwechselstörung vorbeugen. Dies betrifft speziell Patienten, die wegen der Akromegalie mit dem Medikament Pasireotid (Signifor) behandelt werden.

In einer 2020 im New England Journal of Medicine veröffentlichten Studie wurde der Effekt einer sehr **kohlenhydratarmen (ketogenen) Diät** (<50 g Kohlenhydrate täglich) bei Patienten mit einer

nicht gut eingestellten Akromegalie untersucht, die trotz Somatostatintherapie erhöhte Wachstums- und IGF-1-Spiegel hatten. Hier zeigte sich, dass nach zwei Wochen die Spiegel bei den meisten Patienten in den Normalbereich gesenkt werden konnten. Dies wird erklärt durch die reduzierten Insulinkonzentrationen in der Leber, die die Wachstumshormon-Rezeptoren in der Leber reduzieren und somit die IGF-1-Produktion hemmen. Es sind aber sicher noch weitere Studien nötig, um dies genauer zu untersuchen (Coopmans et al).

Aber auch bei den **Fetten** lohnt sich eine Differenzierung. Empfehlenswert sind einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren, die zum Beispiel in Nüssen, fettigem Fisch, Avocados, Oliven- und Rapsöl enthalten sind. Gesättigte Fettsäuren (Butter, verarbeitetes Fleisch) und industrielle Transfette (Frittiertes, Chips, Kekse) sollten dafür sparsam gegessen werden. Dadurch lassen sich die Blutfettwerte (Triglyceride, Cholesterin) senken und damit ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer Gefäßverkalkung (Arteriosklerose). Diese ist die Ursache von Herz-Kreislauf-erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Menschen mit Morbus Cushing und Akromegalie haben aufgrund ihrer Hormonstörung ein höheres Risiko für **Herz-Kreislauf-erkrankungen**. Ihnen wird insbesondere geraten, die Hauptrisikofaktoren für Gefäßerkrankungen zu minimieren, um einer Arteriosklerose, der sogenannten Arterienverkalkung vorzubeugen. Diese Hauptrisikofaktoren sind Zucker- und Fettstoffwechselstörungen sowie Nikotinkonsum und Bluthochdruck.

Wer abnehmen will, sollte mehr **Eiweiß** verzehren (Joghurt, Quark, Fisch, Nüsse, Hülsenfrüchte), da Eiweiß besser sättigt als Fett und Kohlenhydrate. Hauptbestandteil einer gesunden Ernährung sollten aber Ballaststoffe sein (Gemüse, Obst, Getreide). Ballaststoffe sind faserreiche Bestandteile pflanzlicher Lebensmittel, die unverdaut bis in den Dickdarm gelangen. Sie sind unverzichtbar für eine funktionierende Verdauung. Der Tagesbedarf kann mit fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag sowie Vollkornprodukten gedeckt werden.

Eine weitere mögliche Methode, um das Gewicht zu regulieren, besteht darin, innerhalb eines begrenzten Zeitfensters zu essen und insbesondere zwischen Abendessen und Frühstück eine Pause von mindestens zwölf Stunden einzuhalten. Es gibt es noch andere Formen des sogenannten **Intervallfastens**; es

lohnt sich zu testen, ob sie langfristig eingehalten werden können.

Eine Folgeerkrankung bei Menschen mit Hypophysen- und Nebennierenerkrankungen kann eine **Osteoporose** (Knochenschwund mit erhöhter Bruchgefahr) sein. Dies betrifft vor allem Patienten mit Morbus Cushing, Akromegalie, Hypophysen-Insuffizienz und Morbus Addison. Um dem Knochenschwund vorzubeugen, sollte auf eine calciumreiche Ernährung, ausreichende Vitamin-D-Versorgung und regelmäßige körperliche Bewegung (z. B. gezieltes Krafttraining) geachtet werden. Der Tagesbedarf an 1000 mg Calcium täglich sowie 800–1000 IE Vitamin D3 sollte am besten über die Nahrung zugeführt werden. Calciumtabletten werden nur empfohlen, wenn die Zufuhr über die Nahrung zu gering ist. Außerdem rät der Dachverband Osteologie (DVO) zu einem Body Mass Index (BMI) $>20 \text{ kg/m}^2$ ohne Zunahme des Gewichts in den Bereich der Adipositas.

Den meisten Menschen wird empfohlen, zu viel **Salz** zu vermeiden, da dieses den Blutdruck erhöhen kann. Dies gilt nicht für Patienten mit einem Morbus Addison. Insbesondere Personen mit Aldosteronmangel profitieren jedoch bisweilen von einer salzreichen Ernährung und sollten bei Salzhunger diesem Gefühl nachgeben, um Elektrolyt-

störungen zu vermeiden. Allerdings ist der Salzhunger auch ein Zeichen dafür, dass die medikamentöse Einstellung nicht ausreichend ist. Deshalb sollte dies mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin besprochen werden.

Viele der genannten Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung treffen für alle Menschen zu. Allerdings gelten einige Aspekte speziell bei Hormonstörungen. Menschen mit Hypophysen- oder Nebennierenerkrankungen, die diese Empfehlungen neben einer guten Einstellung ihrer Hormonstörung beachten, können entscheidend dazu beitragen, die Krankheit und deren Verlauf positiv zu beeinflussen. Damit erhöhen sie nicht nur ihre Lebensqualität, sondern oft auch die Lebenserwartung.

Dr. Lisa Kühne-Eversmann
Hormon- und Stoffwechselzentrum
üBAG
Innere Medizin
Endokrinologie, Diabetologie
Residenzstr. 3
80333 München
Tel.: 089/413008-0
Fax: 089/413008-20
E-Mail:
[l.kuehne-eversmann@
endokrinologiemuenchen.de](mailto:l.kuehne-eversmann@endokrinologiemuenchen.de)

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

Harbeck B. et al, *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2016;16(4):249-253. Prevalence and Predictors of Overweight and Obesity in Patients with Pituitary Dysfunctions

van der Klaauw A. et al. *European Journal of Endocrinology*. 2007; 156 455–462. The prevalence of the metabolic syndrome is increased in patients with GH deficiency, irrespective of long-term substitution with recombinant human GH

Resmini E. et al, *Acta Diabetol* . 2009 Jun;46(2):85-95. Secondary diabetes associated with principal endocrinopathies: the impact of new treatment modalities