

Hypophysenadenome – Was kann man tun, wenn Kopf und Psyche miterkranken?

Sonja Siegel^{1,2,3}, Nicole Unger⁴, Hannah Dinse^{5,2}, Ilonka Kreitschmann-Andermahr^{1,2}

¹ Klinik für Neurochirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, Universitätsklinik Essen

² Center for Translational Neuro- and Behavioral Sciences (C-TNBS), University of Duisburg-Essen

³ Praxis für Psychotherapie, Neunkirchen

⁴ Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik Essen

⁵ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Duisburg-Essen, LVR-Universitätsklinik

Schwerpunkt



Dr. rer. medic. Sonja Siegel



Dr. med. Nicole Unger



Dr. med. Hannah Dinse



Prof. Dr. med. Ilonka Kreitschmann-Andermahr

Psychische Begleiterkrankungen von Hypophysenadenomen, wie beispielsweise Depressionen und Angststörungen, sind keine Seltenheit. Der folgende Beitrag soll einen Überblick darüber geben, wie es zu diesen Begleiterkrankungen kommt, wie man diese erkennen kann und was betroffene Patientinnen und Patienten tun können. Vieles davon lässt sich auch auf Nebennierenerkrankungen übertragen.

■ Was belastet Patientinnen und Patienten mit Hypophysenerkrankungen?

In der klinischen Praxis und auch in unseren Studien berichten uns Patientinnen und Patienten mit Hypophysenadenomen immer wieder, dass die Tumorerkrankung selbst und die mit ihnen einhergehenden Hormonstörungen zu einer Vielzahl von psychischen Belastungen führen. Zum einen können sich die veränderten Hormonspiegel auf Antrieb und Stimmung auswirken (Hendrick et al., 1998; Young, 2004). Zum anderen kann die chro-

nische Erkrankung weitgreifende Veränderungen im Alltagsleben bewirken. Viele Betroffene verspüren eine verminderte Leistungsfähigkeit und Erschöpfbarkeit, wodurch sie in ihrer Arbeitsfähigkeit und Freizeitgestaltung eingeschränkt werden. Andere belastet, dass ihre Erkrankung sehr lange nicht erkannt und richtig behandelt wurde. Auch die Tumordiagnose selbst stellt für manche Menschen einen Schock dar, von dem sie sich lange nicht erholen (Siegel et al., 2021). Diese Faktoren können dazu führen, dass die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Hypophysenadenomen oft, trotz erfolgreicher medizinischer Behandlung, dauerhaft eingeschränkt ist (Siegel et al., 2013) und psychische Begleiterkrankungen häufiger als bei der Allgemeinbevölkerung auftreten.

■ Welche psychischen Begleiterkrankungen gibt es?

Zu den häufigsten psychischen Folgen von Hypophysenerkrankungen gehört die Depression.

Erkrankte fühlen sich oft niedergeschlagen und hoffnungslos, sie kämpfen mit Selbstvorwürfen und sie verlieren die Kraft, ihren Alltag zu bewältigen. Im Unterschied zu kurzzeitigen Erschöpfungszuständen, die nahezu jeder kennt, hält diese Niedergeschlagenheit bei Menschen mit einer Depression mindestens zwei Wochen dauerhaft an und besteht situationsübergreifend. Das heißt, die Stimmung ändert sich auch dann nicht wesentlich, wenn etwas eigentlich Erfreuliches passiert.

Insbesondere während einer aktiven (das heißt nicht oder nicht ausreichend behandelten) Cushing-Erkrankung ist das Risiko für das Auftreten einer Depression besonders groß. Bei 50 bis 80 % der Patientinnen und Patienten kommt es in diesem Zeitraum zu depressiven Symptomen (Santos et al., 2017), die sich bei fast allen Betroffenen mit der Normalisierung der Cortisolspiegel bessern. Bei ca. einem Fünftel der Cushing-Erkrankten besteht die depressive Symptomatik jedoch mehr als ein Jahr über die erfolgreiche

Behandlung des Cortisolüberschusses hinaus fort (Dorn et al., 1997). Auch Patientinnen und Patienten mit anderen Hypophysenerkrankungen können Depressionen entwickeln. Bei der Akromegalie beispielsweise liegt das Lebenszeitrisko für eine depressive Episode bei 28 % (Siewers et al., 2009) im Vergleich zu 11,6 % in der Allgemeinbevölkerung (Busch et al, 2013).

Weniger bekannt, aber dennoch häufig sind die sogenannten Angststörungen. Mit Angst und Unsicherheit auf kritische Lebenssituationen zu reagieren, ist zunächst einmal eine natürliche und gesunde Reaktion. Gerade in der ersten Phase nach der Diagnosestellung eines Hypophysentumors ist die Verunsicherung oft groß. In der Regel sollten die Ängste jedoch nachlassen, sobald man sich an die neue Situation gewöhnt hat. Einen Hinweis auf eine psychische Erkrankung stellt die Angst erst dann dar, wenn sie ein Ausmaß annimmt, welche das Alltagsleben stark einschränkt. Führt die Angst beispielsweise dazu, dass man bestimmte Tätigkeiten lieber vermeidet oder sogar die Wohnung nicht mehr verlassen möchte, kann dies auf eine Angststörung hinweisen. Bis zu 30 % der Patientinnen und Patienten mit Hypophysenerkrankungen entwickeln im Verlauf ihrer Grunderkrankung eine solche Störung (Sonino et al., 2007). Im Vergleich dazu liegt das Lebenszeitrisko für Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 15 % (Meyer et al, 2000). Andere psychische Schwierigkeiten, die auftreten können, sind Schlafstörungen sowie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme.

■ **Was sind die Ursachen für psychische Erkrankungen?**

Es ist wichtig zu wissen, dass psychische Symptome kein Zeichen per-

sönlicher Schwäche sind, sondern vielmehr als behandelbare Folge der Hypophysenerkrankung und als Reaktion auf die dadurch entstandene, außergewöhnliche Belastung gesehen werden sollten. Dass manche Menschen mit einem Hypophysentumor eine psychische Begleiterkrankung entwickeln und andere nicht, liegt meistens nicht allein an dem damit einhergehenden hormonellen Ungleichgewicht. Auch unterschiedliche familiäre (genetische) Veranlagungen zu Depressionen und Angststörungen sowie die eigenen Lebenserfahrungen und erlernten Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress und Krankheiten spielen eine Rolle. Es gibt also viele unterschiedliche Faktoren, die gemeinsam zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen. Das bio-psycho-soziale Modell der Krankheitsentwicklung (siehe Abbildung 1) fasst diese verschiedenen Faktoren zusammen.

■ **Was kann man selber tun?**

Wer unter leichteren psychischen Symptomen leidet, kann zunächst

selbst einiges tun, um die eigene Lebensqualität wieder zu verbessern. Ausreichend Ruhe und Schlaf, genügend Bewegung und das bewusste Einbauen von angenehmen und sinnstiftenden Aktivitäten in den Alltag können zur Stimmungsverbesserung beitragen. Auch Achtsamkeits- und Entspannungsübungen oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe können hilfreich sein. Dabei ist es von Mensch zu Mensch ganz verschieden, welche Maßnahmen als besonders positiv erlebt werden. Es kann nützlich sein, sich zu überlegen, welche Strategien einem in früheren Situationen durch schwierige Zeiten geholfen haben, und zu versuchen diese wieder zu aktivieren. Viele Erkrankte erleben dabei Familie und Freunde als große Unterstützung.

■ **Wie werden psychische Erkrankungen diagnostiziert?**

Wer sich durch seine Hypophysenerkrankung jedoch stark belastet fühlt und dauerhaft unter psychischen Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Angst oder

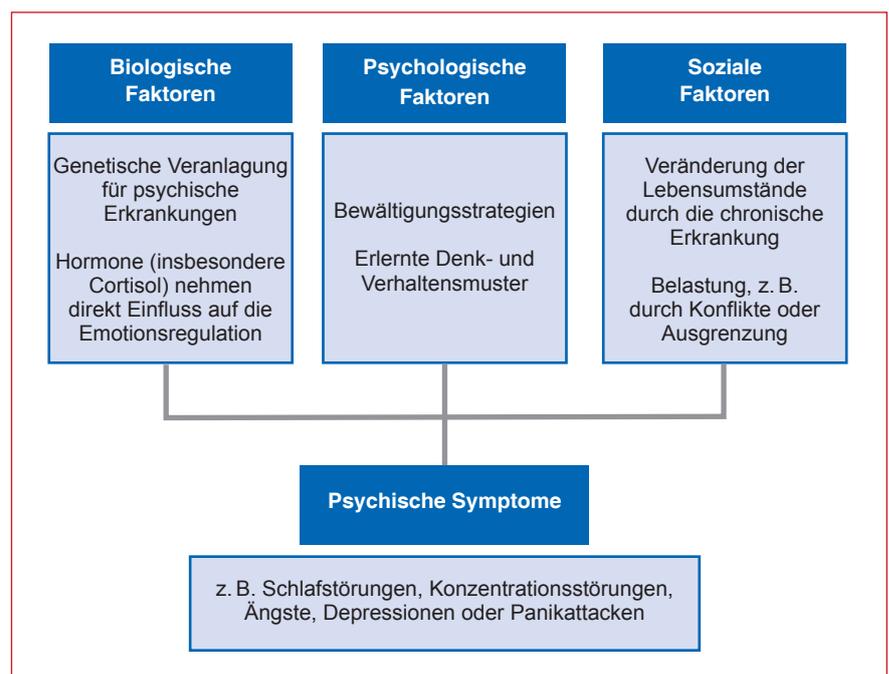


Abb. 1: Das biopsychosoziale Erklärungsmodell für die Entstehung psychischer Belastungssymptome bei Patientinnen und Patienten mit Hypophysenerkrankungen

Schlafstörungen leidet, sollte eine diagnostische Abklärung anstreben. Die Diagnosestellung kann dabei durch eine Ärztin/einen Arzt oder durch eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten erfolgen. Im diagnostischen Gespräch werden Fragen zu den Symptomen und der Krankheitsgeschichte gestellt und zum Teil auch standardisierte Fragebögen eingesetzt. Betroffene sollten ihre individuellen Probleme schildern, damit der optimale Behandlungsweg gemeinsam besprochen werden kann.

■ Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Es gibt bislang keine für Hypophysenerkrankungen maßgeschneiderten Behandlungen von psychischen Begleiterkrankungen. Auch wenn es wünschenswert wäre, dass ein/e Behandler/-in die spezifischen Probleme eines Menschen, der z. B. unter einer Akromegalie oder einem Morbus Cushing leidet, kennt, kann man dies bei der Seltenheit dieser Erkrankungen leider nicht voraussetzen. Trotzdem sollte man offen für eine Behandlung sein. Ein wichtiger erster Baustein ist die Normalisierung sowohl eines Hormonüberschusses als auch -mangels. Diese Aufgabe übernehmen Ihre ärztlichen Behandler/-innen aus den Fachdisziplinen der Neurochirurgie, Endokrinologie und/oder Strahlentherapie zusammen mit Ihnen. Zusätzlich stehen je nach Art und Schwere der Symptomatik für die Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen einer jeden körperlichen Grunderkrankung sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Optionen zur Verfügung.

In einer Psychotherapie geht es darum, neue Bewältigungsstrategien für Situationen zu erlernen, mit denen man allein nicht zurecht-

Leichte psychische Symptome

z. B. innere Unruhe, hohe Stressbelastung, vorübergehende Phasen von Niedergeschlagenheit, Angst oder Erschöpfung

- Selbstfürsorge und gesunder Lebensstil, dazu gehören
 - ausreichend Schlaf und Bewegung
 - positive Aktivitäten in den Alltag einbauen
 - Kontakt zu anderen Betroffenen aufnehmen
 - Familie und Freunde um Unterstützung bitten

Anhaltende psychische Symptome

z. B. dauerhafter Verlust der Lebensfreude, den Alltag bestimmende Ängste, wiederkehrende Panikattacken

- Professionelle Diagnosestellung anstreben
 - Schwierigkeiten bei Hausarzt/Hausärztin ansprechen
 - Diagnostik durch Facharzt/Fachärztin oder Psychotherapeut/ Psychotherapeutin
- Bei Bedarf individuelle Behandlung, z. B. durch
 - Psychotherapie
 - Medikamente (z. B. Antidepressiva)

Psychische Krise

z. B. tiefgreifende Verzweiflung bis hin zu Gedanken an eine Selbstverletzung oder Selbsttötung

- Sofort Hilfe suchen
 - Die Telefonseelsorge bietet anonyme, kostenlose Hilfe: Tel.: 0800/111 0 111
 - ein Klinikaufenthalt kann dich die akute Krise helfen

Abb. 2: Hilfreiche Maßnahmen bei unterschiedlich schweren psychischen Symptomen

kommt. Dabei können auch negative Denkmuster, der Umgang mit schwierigen Emotionen und soziale Konfliktsituationen bearbeitet werden. Auch wenn die langen Wartezeiten auf Therapieplätze abschreckend erscheinen mögen, ist es im Falle einer psychischen Erkrankung lohnenswert, den Aufwand der Therapeutensuche auf sich zu nehmen. Denn Depressionen und Ängste lassen sich durch Psychotherapie in der Regel gut behandeln und die in der Therapie erarbeiteten Strategien führen häufig zu einer dauerhaften Verbesserung der Lebensqualität.

Insbesondere bei schweren Depressionen und Ängsten können auch Medikamente zur Behandlung eingesetzt werden. Meistens handelt es sich um die sogenannten Antidepressiva. Viele dieser Medikamente wirken auf die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin. Diese Botenstoffe sind an der Signalweiterleitung im Gehirn beteiligt und haben direkten Einfluss auf Antrieb und Stimmung. Antidepressiva wir-

ken daher stimmungsstabilisierend, angstlösend und antriebssteigernd. Allerdings dauert es in der Regel zwei bis vier Wochen nach Beginn der Therapie, bis die Wirkung einsetzt.

Begleitend zur psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung von psychischen Erkrankungen kann auch die Verwendung von Gesundheits-Apps hilfreich sein. Die sogenannten digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGAs) können von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten verschrieben werden. Die Kosten werden dann von der Krankenversicherung übernommen. Geeignete und wissenschaftlich überprüfte Apps finden sich im DIGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (diga.bfarm.de). Für Ängste, Depressionen und Schlafstörungen gibt es bereits einige zugelassene Apps. Spezialisierte DIGAs für Menschen mit Hypophysenerkrankungen gibt es aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen bisher nicht. Trotzdem lohnt

es sich – wie bei den oben beschriebenen Therapieformen auch – offen zu sein für die bereits entwickelten DIGAs. Die darin vermittelten symptomorientierten Strategien können, unabhängig von der Art der körperlichen Grunderkrankung, dabei helfen, die psychische Belastung zu mindern.

Aktuell wird an der Universitätsklinik und der LVR-Universitätsklinik in Essen auch ein Online-Unterstützungsprogramm für Akromegaliepatientinnen und -patienten entwickelt, welches zwar keine DIGA im engeren Sinne darstellt, aber darauf abzielt, die Bewältigungsstrategien im Umgang mit dieser Erkrankung zu stärken. Das Programm mit dem Namen Akro-Make-It befindet sich noch in der Pilotphase und interessierte Patientinnen und Patienten können ab dem Sommer im Rahmen einer Studie daran teilnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie, sobald die Behandlungsstudie auf den Homepages der Kliniken (www.uni-due.de/psychosomatik/forschung.php) publiziert ist oder bei den Autorinnen des Beitrags.

■ Was tun bei psychischen Krisen?

Manchmal kommt es vor, dass Patientinnen und Patienten, die unter psychischen Erkrankungen leiden, in eine Phase tiefer Verzweiflung geraten und Gedanken an eine Selbstverletzung oder Selbsttötung haben. Auch in diesen Fällen gibt es fachkompetente Hilfe. Betroffene können sich an eine nahe gelegene psychiatrische Klinik oder anonym an die Telefonseelsorge (0 800/111 0 111) wenden.

Insgesamt hoffen wir, dass wir Ihnen mit diesem Beitrag nützliche Informationen und Tipps im Umgang mit psychischen Begleiterkrankungen Ihrer Hypophysenerkrankung geben konnten. Bitte beachten Sie, dass

dieser Beitrag in keinem Fall das individuelle Arztgespräch ersetzt und wir auch im konkreten Einzelfall keine Behandlungsvorschläge unterbreiten können und dürfen. Wir möchten dazu beitragen, dass Sie als gut informierte Betroffene Ihre Gesundheitsentscheidungen gemeinsam mit Ihren Behandlerinnen auf Augenhöhe treffen können.

Korrespondenz:
Dr. rer. medic. Sonja Siegel
Klinik für Neurochirurgie und
Wirbelsäulenchirurgie,
Universitätsklinik Essen
Hufelandstraße 55, 45147 Essen
sonja.siegel@uk-essen.de

*Praxis für Psychotherapie,
Neunkirchen
Ebersbacher Weg 21,
91077 Neunkirchen
kontakt@psychotherapie-praxis-siegel.de*

Darlegung von Interessenkonflikten:

So. S., I.K.-A. und N. U. haben in den letzten Jahren Forschungsunterstützungen, Reisekostenstipendien und/oder Beraterhonorare von den Firmen Pfizer, Sandoz/Hexal, IPSEN, HRA, Recordati und/oder Advanz erhalten. Die Entwicklung des im Artikel erwähnten Akro-Make-It Programms wird von Advanz Pharma als investigator-initiated trial (IIT) unterstützt.

Literatur:

- Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.
- Dorn, L. D., Burgess, E. S., Friedman, T. C., Dubbert, B., Gold, P. W., & Chrousos, G. P. (1997). The longitudinal course of psychopathology in Cushing's syndrome after correction of hypercortisolism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 82(3), 912-919.
- Hendrick, V., Altshuler, L., & Whybrow, P. (1998). Psychoneuroendocrinology of mood disorders: the hypothalamic-pituitary-thyroid axis. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 277-292.
- Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung - Ergebnisse der TACOS-Studie. *Nervenarzt* 71, 535-542.
- Santos, A., Resmini, E., Pascual, J. C., Crespo, I., & Webb, S. M. (2017). Psychiatric symptoms in patients with Cushing's syndrome: prevalence, diagnosis and management. *Drugs*, 77(8), 829-842.
- Siegel, S., Kirstein, C. F., Schröder, B., Unger, N., & Kreitschmann-Andermahr, I. (2021). Illness-related burdens, personal resources and need for support in patients with acromegaly: results of a focus group analysis. *Growth Hormone & IGF Research*, 60, 101422.
- Siegel, S., Streetz-van der Werf, C., Schott, J. S., Nolte, K., Karges, W., & Kreitschmann-Andermahr, I. (2013). Diagnostic delay is associated with psychosocial impairment in acromegaly. *Pituitary*, 16, 507-514.
- Sievers, C., Dimopoulou, C., Pfister, H., Lieb, R., Steffin, B., Roemmler, J., Schopohl, J., Mueller, M., Schneider, H. J., & Ising, M. (2009). Prevalence of mental disorders in acromegaly: a cross sectional study in 81 acromegalic patients. *Clinical endocrinology*, 71(5), 691-701.
- Sonino, N., Ruini, C., Navarrini, C., Ottolini, F., Sirri, L., Paoletta, A., Fallo, F., Boscaro, M., & Fava, G. A. (2007). Psychosocial impairment in patients treated for pituitary disease: a controlled study. *Clinical endocrinology*, 67(5), 719-726.
- Young, A. H. (2004, 2004/12/01). Cortisol in Mood Disorders. *Stress*, 7(4), 205-208. <https://doi.org/10.1080/10253890500069189>