



Peri- und Postmenopause – therapeutische und präventive Interventionen

Der menopausale Übergang der Frau ist durch ein langsames Sistieren der Eierstockfunktion gekennzeichnet. Aufgrund dessen können sich einige sexualhormonabhängige Störungen bzw. Erkrankungen entwickeln. Im Leben der Frau stellt diese Phase häufig einen Wendepunkt dar. Gesundheitsrelevante Themen gewinnen eine größere Bedeutung. Häufig suchen Frauen Rat zu präventiven Maßnahmen insbesondere im Hinblick auf häufige Erkrankungen, die sich in der Postmenopause entwickeln können.

Perimenopausale Frauen leiden häufig unter Wechseljahrsbeschwerden (klimakterische Beschwerden). Kardinalsymptome sind Hitzewallungen und Schweißausbrüche. Hinzu kommen häufig Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und eine Vielzahl weiterer Beschwerden, die mit dem Sistieren der Ovarialfunktion verbunden sein können. Hitzewallungen und Schweißausbrüche (vasomotorische Beschwerden) können sehr gut durch die Gabe von Östrogenen behandelt werden. Die meisten Frauen werden darunter beschwerdefrei. Dies ist durch eine Vielzahl von qualitativ hochwertigen Studien eindeutig belegt. Auch die Behandlung von Beschwerden bzw. Erkrankungen im Urogenitalbereich wie Vaginalatrophie und damit verbundene Symptome, rezidivierende Harnwegsinfekte und die überaktive Blase werden durch Hormontherapien häufig beseitigt bzw. positiv beeinflusst. Für Letztgenannte ist die lokale Anwendung der beste Behandlungsweg. Oben angegebene Symptome sind der häufigste Grund für die Einleitung einer Hormontherapie. Bei der Beratung über eine Hormontherapie muss die Patientin allerdings auch über Risiken aufgeklärt werden. Zur Behandlung der vasomotorischen Beschwerden ist eine Therapie häufig für einige, gelegentlich allerdings auch für viele Jahre erforderlich. Die mittlere Dauer von Wechseljahrsbeschwerden liegt bei ca. sieben Jahren. Unerwünschte Nebenwirkungen, die bereits nach kurzen Anwendungszeiten auftreten können, sind thromboembolische Erkrankungen und Schlaganfälle. Dies sind allerdings seltene Ereignisse. Transdermale Therapien erhöhen das Thromboembolierisiko bei gesunden Frauen nicht. Auch das Schlaganfallrisiko scheint bei diesem Applikationsweg geringer zu sein. Ab einer Anwendungsdauer von ca. fünf Jahren führt eine kombinierte Hormontherapie, die aus Östrogenen und Gestagenen besteht (diese Kombination ist bei nicht hysterektomierten Frauen erforderlich) zur einer Steigerung des Brustkrebsrisikos.

Da die Entwicklung von Krebserkrankungen besonders gefürchtet ist, muss über das Ausmaß der Risikosteigerung adäquat aufgeklärt werden. Hilfreich kann dabei die Nennung von absoluten Zahlen sein. Die kombinierte Hormontherapie führt zu acht zusätzlich Brustkrebsfällen pro 10.000 Frauen pro Anwendungsjahr. Anders ausgedrückt bedeutet dieses, dass 38 Brustkrebsfälle bei Hormonanwenderinnen im Vergleich zu 30 Fällen bei Nichtanwenderinnen pro 10.000 Frauen pro Anwendungsjahr auftreten. Dieses Beispiel soll belegen, dass eine differenzierte Risikoaufklärung erforderlich ist, um eine adäquate Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Eine Monotherapie mit Östrogen, die nur bei hysterektomierten Frauen durchgeführt wird, erhöht das Brustkrebsrisiko nicht bzw. weniger.



Hier liegen kontroverse Daten aus randomisiert-kontrollierten Studien bzw. Beobachtungsstudien vor.

In der Vergangenheit wurden umfangreiche Untersuchungen zur möglichen präventiven Wirkung der Gabe von Östrogenen in der Postmenopause durchgeführt. Im Fokus des Interesses standen hier insbesondere die Osteoporose und die koronare Herzerkrankung. Große Beobachtungsstudien konnten bereits vor vielen Jahren belegen, dass das Risiko für Osteoporose durch die Gabe von Östrogenen gesenkt werden kann. In der sogenannten Women's-Health-Initiative (WHI-Studie) sollten präventive Effekte zuverlässiger geprüft werden. Man hat daher eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt, an der insgesamt 24.000 Frauen teilnahmen. Diese wurden mit Placebo, einer Monotherapie mit Östrogenen oder einer kombinierten Therapie aus Östrogenen und Gestagenen behandelt. Die Studie wurde für die Gruppe der Anwenderinnen einer kombinierten Therapie vorzeitig abgebrochen, da das Brustkrebsrisiko erhöht war und die erwarteten Nutzen nicht das Ausmaß hatten, um eine Fortführung der Studie zu rechtfertigen.

Die Monotherapie-Studie wurde länger durchgeführt. Hier fand man keine Erhöhung sondern eine Reduktion des Brustkrebsrisikos, allerdings traten Schlaganfälle und Thrombosen häufiger als bei Placebo-Anwenderinnen auf. Auch wenn alle der genannten Risiken grundsätzlich aus Beobachtungsstudien bekannt waren, hat die Publikation der WHI-Studie zu erheblichen Verunsicherungen geführt. Es ergaben sich Kontroversen zwischen Befürwortern und Kritikern der Hormontherapie. Es ist anzunehmen, dass aus Angst vor Risiken Frauen heute eine Hormontherapie zu häufig vorenthalten wird. Selbst Autoren der WHI-Studie warnen vor dieser Fehlentwicklung. Frauen, die erheblich unter klimakterischen Symptomen leiden, haben meistens eine positive Nutzen-Risiko-Konstellation bei Anwendung einer Hormontherapie. Dennoch ist wie oben angegeben differenziert über Nutzen und Risiken dieser Behandlungsoption aufzuklären. Auch wenn eine Reihe von guten Hinweisen für präventive Effekte auf Erkrankungen wie Osteoporose, Diabetes und Darmkrebs vorliegen, kann derzeit ein präventiver Einsatz nicht empfohlen werden. Dazu wären langfristige, prospektive Studien erforderlich, in die Frauen im perimenopausalen Alter eingeschlossen und dann langfristig beobachtet werden müssten.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die Hormontherapie mit Östrogenen ggf. in Kombination mit Gestagenen die effektivste Behandlungsoption für klimakterische Beschwerden darstellt. Bei perimenopausalen Behandlungsbeginn sind die absoluten Risiken gegenüber den zu erwarteten Nutzen gering. Dennoch muss darüber in adäquater Weise aufgeklärt werden.

Prof. Dr. med. Olaf Ortmann, Dr. Katrin Schaudig