

Elisabeth Bandi-Ott

Mich ärgern diese Hitzewallungen

Interaktiver Workshop am Swiss Family Docs Kongress Basel, 25.8.2011
(Expertin: Dr. med. Katharina Schiessl, Frauenklinik USZ Zürich)

Ein Update über den aktuellen Stand der Empfehlungen unter spezieller Berücksichtigung der Benefits/Risiken einer Hormontherapie.

Störende Symptome – was soll man den Patientinnen empfehlen?

Der gut besuchte Workshop begann mit einem typischen Patientinnenbeispiel und der Frage an die Spezialistin: 43-jährige Bankerin, abgeschlossene Familienplanung, normaler Zyklus, Wallungen, die sie extrem stören im Berufsleben, wacht mehrmals nachts deshalb auf, Hormonwerte am 4. Zyklustag im Normbereich. – Was machen Sie mit dieser Patientin?

Laut Frau Dr. Schiessl beginnen die typischen vasomotorischen Symptome der Wechseljahre schon bis zu zwei Jahre vor Ausbleiben der ersten Menstruationsblutung. Auf der hormonellen Ebene verändert sich der Regelkreis zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Ovar. Dabei erschöpft sich die Östrogenreserve des Ovars relativ schnell, kompensatorisch steigt das FSH an.

Klinisch stehen im Vordergrund Hitzewallungen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, verringerte Libido. Verstärkende Faktoren sind neben Hormonschwankungen und Depressionen in der Anamnese vor allem Stress. Wie sehr sich eine Frau dadurch beeinträchtigt fühlt, ist sehr unterschiedlich.

Bei der Beratung unserer Patientinnen stehen die Einstellung und die Bedürfnisse der Frauen im Vordergrund.

Auf der nicht medikamentösen Ebene geht es vor allem um Stressreduktion und Entspannungsrituale, Bewegungstraining, «Entschleunigung des Alltags».

Auf der medikamentösen Ebene stehen uns vor allem zwei Gruppen zur Verfügung:

- eine gezielte Hormonersatztherapie (HRT)
- Phytotherapie

Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie

Die vor Jahren noch fast übliche Hormonersatztherapie wurde durch die grossen Studien (Women Health Initiative Study WHI und Nachfolgestudien) absolut in Frage gestellt, und die Verschreibung von Hormonersatztherapiepräparaten ging zum Beispiel in Deutschland um fast 70% zurück. Es zeigte sich aber, dass das Studien-Kollektiv grösstenteils nicht einer durchschnittlichen Frauenpopulation in den Wechseljahren entsprach.

Zudem konnte laut Dr. Schiessl gezeigt werden, dass Östrogene und Progesteron in jüngeren Jahren einen schützenden Effekt bezüglich verschiedener Erkrankungen haben, auch im Herz- und Kreislaufsystem. Da aber ein erhöhtes Mamma-Karzinom-Risiko für die kombinierte Hormontherapie berechnet wurde, wollen viele Patientinnen heute keine HRT mehr.

Die Empfehlungen der Experten sind im Expertenbrief SGGG 2009 wie folgt zusammengefasst:

Bei vorzeitiger Menopause wird die Einnahme der Hormontherapie bis zum durchschnittlichen Menopausenalter, also bis zum Alter 50–52 Jahre, empfohlen. Das gilt auch für alle anderen Zu-

stände, die mit einem völligen Mangel an Östrogenen einhergehen (hypothalamische Amenorrhoe, Ovariectomie bds. usw.).

Indikationen für eine Hormonsubstitution

- primäre oder sekundäre hypoöstrogene Amenorrhoe
 - mittelschwere bis schwere Östrogenmangelerscheinungen bei zeitgerechter Menopause
 - Osteopenie/Osteoporose und klimakterische Symptome
- Wahl der niedrigsten wirksamen Dosis, Gabe solange nötig, regelmässige (jährliche) Evaluation der Indikation

Hormonsubstitution – aber welche?

Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten haben wir jetzt für eine Patientin, die wegen klimakterischen Symptomen eine HRT will?

In der Perimenopause soll wenn immer möglich sequentiell behandelt werden:

- 1. Phase Östrogen, 2. Phase Östrogen und Gestagen, peroral;
- alternativ kann eine kombiniert transdermale Pflastertherapie gewählt werden;
- bei persistierenden urogenitalen Symptomen kann zusätzlich eine lokale vaginale Östroltherapie sinnvoll sein.

In der Postmenopause werden fixe Kombinationen verwendet, Ziel ist Blutungsfreiheit. Auch hier gibt es die Möglichkeit von peroraler oder transdermaler Anwendung.

Zu Stellenwert des Testosteronderivates Tibolon meinte Frau Schiessl, dass es gut geeignet ist in der Postmenopause bei Libidoverlust, bei Wallungen schwächere Wirkung hat, nach Studien das Risiko für Frakturen senkt, aber nach Mammakarzinom kontraindiziert ist.

Die Phytotherapie-Behandlung hat in den letzten zwei Jahrzehnten einen grossen Aufschwung erlebt. Studien zeigen eine dokumentierte Wirkung für Cimifuga-Präparate (Traubensilberkerze) bei einem relativ grossen Placeboeffekt. Auch andere Phytotherapeutika wie Johanniskraut, Salbei, Rotklee und Soja kommen zum Einsatz, die Datenlage ist aber nicht klar dafür oder dagegen.

Die Expertin gab folgende Behandlungstipps:

- bei Mastodynie: Östrogendosis reduzieren
- transdermale Therapie hält die Androgenwirkung hoch (geringere SBHG-Erhöhung)
- bei Wassereinlagerungen mikronisiertes Progesteron
- Progesteron oral immer abends geben wegen Sedationseffekt
- bei Hypercholesterinämie orale Östrogen-Therapie von Vorteil, bei Triglyzeridämie transdermal
- NETA wird auch zu EE abgebaut: Vorsicht bei Patientinnen mit Thromboembolie- und CVD-Risiko

Tipps und Tricks

Im letzten Teil des Workshops ging es um Tipps und Tricks sowie Literaturempfehlungen.

Zur Frage der häufig beobachteten Gewichtszunahme nach der Menopause meinte Frau Schiessl, dass dies durch den abnehmenden Grundumsatz bei Frauen bedingt sei und hier nur durch entsprechendes Verhalten (mehr körperliche Betätigung, vernünftiges Essverhalten) Abhilfe geschaffen werden könne.

Zum Schluss noch drei Literaturempfehlungen:

Für Patientinnen:

Widmer R, Jahn R. Wechseljahre natürlich begleiten. Beobachter Ratgeber. Zürich: Beobachter-Buchverlag; 2011.

Für ÄrztInnen:

Wingert P, Krantovitz B. The Menopause Book. New York: Workman Publishing; 2009.

Birkhäuser M, Bodmer C. Aktuelle Aspekte der Menopause. Bremen: Unimed-Verlag; 2003.

Korrespondenz

Dr. med. Elisabeth Bandi-Ott

Klinische Dozentin Leiterin Bereich Lehre

IHAMZ

8091 Zürich

Elisabeth.Bandi-Ott[at]jusz.ch