

Hormone in den Wechseljahren?

Hitzewallungen, vaginale Trockenheit, Schlafstörungen – alles typische Beschwerden, unter denen viele Frauen in den **Wechseljahren** leiden. Für wen ist eine hormonelle Behandlung zu erwägen?

Während Hormone lange Zeit als Allheilmittel in den Wechseljahren galten und im breiten Rahmen präventiv zum Einsatz kamen, werden sie inzwischen nur noch sehr zurückhaltend verordnet. Während im Jahr 2000 noch 37 Prozent aller Frauen zwischen 45 und 65 Jahren eine Hormonersatztherapie (HRT, Hormone Replacement Therapy) erhalten haben, waren es laut Auswertung der Techniker Krankenkasse 20 Jahre später nur noch 6,2 Prozent. Hintergrund für das restriktive Ordnungsverhalten sind die Zwischenergebnisse einer großen Studie, der Women's Health-Initiative (WHI). Sie zeigten bei den Teilnehmerinnen unter Hormoneinnahme ein erhöhtes Risiko für Thrombosen, Schlaganfälle und Brustkrebs, woraufhin die WHI-Studie vorzeitig gestoppt wurde.

Den Einzelfall betrachten Inzwischen wurden die Ergebnisse der Studie komplett neu bewertet. Mittlerweile geht man davon aus, dass die Studienteilnehmerinnen viel zu alt waren. Sie lagen mit durchschnittlich 63 Jahren mehr als zehn Jahre über der eigentlichen Zielgruppe der Patientinnen, die unter Wechseljahresbeschwerden klagten. Zudem war die Hälfte bereits mit wesentlichen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Adipositas, Hypertonie, Dyslipoproteinämie) vor-

belastet oder haben geraucht. Heute wird die HRT nicht mehr gießkannenartig allen Frauen verordnet, und schon gar nicht zur Prävention chronischer Erkrankungen. Da die Nachbeobachtungsanalysen der WHI-Studie gezeigt haben, wie wichtig eine differenzierte Nutzen-Risiko-Abwägung ist, erfolgt eine HRT-Gabe nur noch unter bestimmten Voraussetzungen. In die Entscheidung, ob eine Hormongabe vertretbar ist, fließen immer das Alter der Frau, mögliche Erkrankungen und Vorbelastungen sowie die Intensität der Wechseljahresbeschwerden ein.

Eine Behandlung mit Hormonen wird bei Frauen erwogen, die derart stark unter Wechseljahresbeschwerden leiden, dass die Lebensqualität massiv eingeschränkt wird. Zudem dürfen keine Kontraindikationen vorliegen. Dazu zählen vor allem Herz-Kreislauferkrankungen, ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs oder ein bereits vorliegender oder in der Vergangenheit bestandener bösartiger Tumor der Brust. Dann scheint nach derzeitiger Auffassung eine individuell auf die Frau abgestimmte Hormongabe mit weniger Risiken behaftet zu sein als lange Zeit befürchtet. Man geht sogar davon aus, dass Frauen in bestimmten Fällen langfristig von einer Hormongabe gesundheitlich profitieren können. Letztendlich zählt der Einzelfall und der Arzt muss gemeinsam mit der Frau individuell das Für und Wider von Hormonen abwägen.

Leitliniengerechte Therapie Bei der Entscheidung kann der Arzt die 2020 aktualisierte S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Intervention“, die von mehreren gynäkologischen Fachgesellschaften deutschsprachiger Länder verfasst wurde, zu Rate ziehen. In dieser werden Studiergebnisse aufgeführt und evidenzbasierte Empfehlungen zum Einsatz von Hormonen bei verschiedenen Indikationen gegeben. Als Anwendungsgebiete befürworten die Leitlinien die Linderung von Wechseljahresbeschwerden (wie Hitzewallungen), urogenitale Atrophie, vaginale Trockenheit, Inkontinenzerscheinungen, Probleme mit der Blase und rezidivierende Harnwegsinfekte. Zudem ist eine HRT zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose bei hohem Frakturrisiko möglich, aber nur unter bestimmten Voraussetzungen. So müssen gleichzeitig Wechseljahresbeschwerden vorliegen beziehungsweise eine Unverträglichkeit oder Kontraindikationen gegenüber anderen zur Osteoporoseprävention zugelassenen Arzneimitteln bestehen. Hingegen sollen Hormone nicht – wie früher praktiziert – zur Prävention oder Behandlung anderer Symptome und Erkrankungen (z. B. Primär- oder Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit, Alterungsprozesse der Haut) eingesetzt werden.

Folgende Regeln beachten Für die Leitlinienautoren ist zudem das Alter der Frauen ein wichtiger Aspekt.

Sie empfehlen, mit der Therapie zeitnah nach der letzten Regelblutung beziehungsweise vor dem 60. Lebensjahr zu beginnen. Dieses Zeitfenster gilt als günstig, um von einer hormonellen Behandlung profitieren zu können. Dann ist noch eine geringe eigene Estrogenwirkung vorhanden oder liegt noch nicht lange zurück, sodass ein protektiver Effekt auf das Gefäßsystem möglich ist. Prinzipiell sollte dann die Hormongabe nur so kurz wie möglich – zirka drei bis fünf Jahre – und so niedrig dosiert wie nötig erfolgen. Dabei ist regelmäßig zu überprüfen, ob ihr Einsatz noch notwendig ist.

Mono- oder Kombitherapie Bei der Hormontherapie ist entscheidend, ob die Frau noch eine Gebärmutter besitzt oder ob sie hysterektomiert ist. Im zweiten Fall, wenn also keine Gebärmutter mehr vorhanden ist, reicht eine einfache Estrogengabe aus. Vorteil der Estrogen-Monotherapie ist das deutlich geringere Brustkrebsrisiko im Vergleich zu einer kombinierten Estrogen-Gestagen-Therapie. Auf Gestagene sind aber Frauen mit Gebärmutter angewiesen. Als Gegenspieler der Estragene verhindern sie einen starken estrogenbedingten Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut und reduzieren damit die Gefahr eines bösartigen Tumors der Gebärmutter. Als Estrogen-Komponente kommen meist Estradiol, Estradiolvalerat und Estriol zum Einsatz. Konjugierte Estrogene, die aus dem Harn trächtiger Stuten gewonnen werden, sind heute seltener Kombinationspartner. Als Gestagen-Komponente werden sowohl synthetische Verbindungen mit unterschiedlichen Partialeigenschaften (z. B. Dienogest, Levonorgestrel, Medrogeston, Norethisteronacetat oder Medroxyprogesteronacetat) als auch das natürliche Gestagen, das Progesteron, angewendet. Beide Hormone sind einzeln oder in fixen Kombinationen verfügbar.

Es existieren verschiedene Darreichungsformen für die systemische und lokale Anwendung. Gestagene werden meist als Tablette eingenom-

men, alternativ kann auch eine Gestagenspirale eingesetzt werden. Praktiziert wird auch eine vaginale Anwendung von Weichgelatinekapselformen, die allerdings für die Hormonerersatztherapie nicht zugelassen ist und somit off-label erfolgt. Estrogene sind als Tabletten, Pflaster, Gel oder Spray erhältlich. Daneben liegen sie als Vaginalcremes, -tablets, -ovula oder -zäpfchen sowie in einem Vaginalring aus Silikon für die lokale Applikation vor.

Pflaster & Co. bevorzugen

Immer häufiger werden die transdermalen Systeme zur Applikation auf der Haut (z. B. Arme, Schulter, Bauch) verordnet, da sich so der Leberkreislauf und damit der First-pass-Effekt umgehen lässt. Folglich werden die hepatischen Gerinnungsfaktoren nicht nennenswert aktiviert, wodurch das Thrombose- und Schlaganfallrisiko

deutlich geringer als unter der oralen Gabe ausfällt. Die vaginale Applikation wird bei Symptomen im Urogenitalbereich präferiert, da so geringere Hormondosen nötig sind und damit mit weniger Nebenwirkungen als bei der systemischen Gabe zu rechnen ist. Die Leitlinien raten dementsprechend bei urogenitaler Atrophie, vaginaler Trockenheit, Inkontinenzerscheinungen, Problemen mit der Blase und rezidivierenden Harnwegsinfekten zur vaginalen Estrogentherapie. Eine Gestagenkomponente ist in diesen Fällen nicht notwendig. Da das Estrogen nur lokal vor Ort wirkt, wird keine Gebärmutter Schleimhaut aufgebaut, sodass das Risiko für einen Gebärmutterkrebs nicht erhöht wird. ■

*Gode Chlond,
Apothekerin*

