

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

BIRKHÄUSER M

Women's Health Initiative und Hormontherapie: Was gilt?

Journal für Menopause 2002; 9 (3) (Ausgabe für Deutschland), 6-7

Journal für Menopause 2002; 9 (3) (Ausgabe für Österreich), 9-10

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



STELLUNGNAHMEN ZUR WHI-STUDIE

AKTUELL
DISKUTIERT

WOMEN'S HEALTH INITIATIVE UND HORMONTHERAPIE: WAS GILT?

M. Birkhäuser

Die Menopause ist ein natürliches Ereignis im Leben jeder Frau. Sie tritt im Mittel mit 51 Jahren ein. Heute lebt eine Frau nach der Menopause noch 30 Jahre in einem hormonellen Zustand, bei dem im Vergleich zu den Jahren vor der Menopause ein Estrogenmangel besteht. Dies kann, aber muß nicht zu klimakterischen Beschwerden und zu metabolischen Störungen wie zum Beispiel einer Osteoporose führen.

Obwohl Frauen in den Wechseljahren auch ohne jegliche Hormongabe gesund bleiben und sich wohl fühlen können, sind die Steroidhormone Estrogene, Progesteron und Androgene mitentscheidend für Wohlbefinden, Stoffwechsel und Lebensqualität. Der Estrogenmangel löst bei 50–80 % aller Europäerinnen klimakterische Beschwerden aus, die eine medikamentöse Behandlung notwendig machen können.

Es ist unbestritten, daß in jedem Alter die Voraussetzung für das körperliche und geistige Wohlbefinden eine gesunde Ernährung, genügend körperliche Aktivität und eine vernünftige Lebensführung sind. Entscheidend ist somit gerade am Beginn eines neuen Lebensabschnittes, wie er mit der Menopause beginnt, daß eine Allgemeinberatung durchgeführt wird.

Bei klimakterischen Beschwerden kann in leichteren Fällen die Gabe von pflanzlichen Produkten, eine komplementärmedizinische Behandlung oder die Kombination einer lokal-vaginalen hormonalen mit einer systemischen nichthormonalen Behandlung eine ausreichende Linderung bringen. Doch ist auch heute als therapeutisch wirksamste Maßnahme eine Hormongabe zu empfehlen, die erwiesenermaßen bei erhöhtem Osteoporoserisiko gleichzeitig eine Frakturprävention garantiert [1–3].

In den USA wurden zwischen 1993 und 1998 insgesamt 161.809 postmeno-

pausale Frauen in eine großangelegte prospektive, randomisierte, doppelblinde Studie, die Women's Health Initiative (WHI), aufgenommen [1]. Gleich zu Beginn muß unterstrichen werden, daß sich aus den ersten Resultaten der Women's Health Initiative [1] keine Kontraindikation gegen eine Hormongabe zur Behandlung des klimakterischen Syndroms ableiten läßt. Die WHI soll die Auswirkungen verschiedener Einflüsse, die sich aus der Lebensführung ergeben, wie z. B. der Ernährung, und mehrerer präventiver Behandlungsmöglichkeiten auf Gesundheitszustand und Erkrankungsrisiko bei postmenopausalen Frauen untersuchen. Von den Studienteilnehmerinnen wurden 8506 nichthysterektomierte Frauen mit einer fixen Estrogen-Gestagen-Kombination behandelt (0,625 mg konjugierte Estrogene plus 2,5 mg MPA per os/Tag) und mit einer Placebo-Gruppe (n = 8102) verglichen. Eine dritte Gruppe von hysterektomierten Frauen erhielt 0,625 mg konjugierte Estrogene allein. Das amerikanische Data and Safety Monitoring Board (DSMB) hat nach einer mittleren Beobachtungszeit von 5,2 Jahren von den drei Studienarmen der WHI – Estrogen plus Gestagen, Estrogen allein, Placebo – selektiv den Studienarm mit der Estrogen-Gestagen-Kombination abgebrochen, da in dieser Gruppe aus ihrer Sicht die Risiken einer längerfristigen Verabreichung höher als der Nutzen lagen. Demgegenüber sprach sich das DSMB für die Weiterführung des Armes mit alleiniger Estrogengabe (0,625 mg konjugierte Estrogene per os/Tag) bis zur maximal vorgesehen Studiendauer von über 8 Jahren aus, weil hier die Nutzen-Risiko-Bilanz bisher günstig ausfiel. Somit ist die oft gelesene Aussage falsch, daß die WHI generell gegen eine Hormongabe spreche.

Es muß auch betont werden, daß der Titel der Studie („... in healthy postmenopausal women“) insofern irreführend ist, als eine Studienpopulation, bei der über 25 % bei Studienbeginn Statine oder Aspirin einnehmen (und somit eine vorbestehende Erkrankung aufweisen) und gut 35 % beim Einschluß in die WHI erhöhte Blutdruckwerte besitzen oder wegen einer arteriellen Hypertonie behandelt werden,

aus kardiovaskulärer Sicht nicht als gesund eingestuft werden darf. Zudem wiesen gut 45 % der Teilnehmerinnen bei Studienbeginn ein Alter zwischen 60 und 69 Jahren und über 21 % ein solches zwischen 70 und 79 Jahren auf. Wegen ihres hohen Alters bei Studienbeginn (im Mittel 63 Jahre, deutlich höher als in Europa üblicherweise eine Hormontherapie begonnen wird) und der vorbestehenden Erkrankungen entspricht die Studienpopulation der WHI nicht den Bedingungen für eine Untersuchung zur kardiovaskulären Primärprävention: Die WHI ist als Studie zur kardiovaskulären Sekundärprävention einzustufen. Es erstaunt somit auch nicht, daß sich die kardiovaskulären Resultate nicht wesentlich von denjenigen der HERS-Studie unterscheiden [4], die mit derselben Estrogen-Gestagen-Kombination durchgeführt wurde wie die WHI. Die publizierten Daten zur WHI und deren Schlußfolgerungen [1] dürfen also nicht automatisch auf jüngere, peri- und unmittelbar postmenopausale Frauen im Alter von 45–55 Jahren übertragen werden – diejenige Altersgruppe, bei der bei uns typischerweise eine Hormontherapie begonnen wird.

Der in der WHI gefundene Anstieg des Brustkrebsrisikos liegt leicht unter demjenigen der bereits 1997 in der großen Reanalyse von V. Beral publizierten Werte [5]. Auch in der WHI ist das Risiko, an einem Brustkrebs zu erkranken, bis zu 4 Jahren nach Beginn der Hormonbehandlung nicht erhöht. Gemäß den Daten von V. Beral erkrankten nach 5 Jahren Dauer einer Hormontherapie 2 Frauen auf 1000 zusätzlich an Brustkrebs (47 statt 45 Frauen). Die neuen Daten der WHI stimmen somit mit den bereits aus der Literatur bekannten Fakten überein. Es muß hier unterstrichen werden, daß bisher keine Daten publiziert wurden, die bei Frauen unter Hormontherapie einen Anstieg der Mortalität an Brustkrebs gefunden hätten.

Andererseits hat die WHI betätigt, daß das Frakturrisiko und das Risiko, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, durch die Hormontherapie signifikant gesenkt werden.

Die heutigen Daten aus dem abgebrochenen Studienarm der WHI [1] erlauben strenggenommen nur eine Aussage

zu peroralen Gabe des in der WHI eingesetzten Estrogens und des zusätzlich im einen Studienarm verabreichten Gestagens. Sie gestattet keine formelle Aussage zur Nutzen-Risiko-Bilanz anderer Estrogene und Gestagene, wie zum Beispiel der in Europa verbreiteten Gabe von 17-beta-Estradiol (allein oder mit einem Gestagen kombiniert), oder zur Langzeitwirkung einer Hormontherapie nach dem Low-dose-Prinzip, wie dies heute bei gegebener Indikation vor allem bei älteren Frauen eingesetzt wird. Die WHI läßt auch offen, ob die gleiche Nutzen-Risiko-Bilanz auch für eine transdermale oder intranasale Estrogen-Gabe oder eine transdermale Estrogen-Gestagen-Kombination gilt.

Es besteht somit kein Grund, aufgrund der Resultate der WHI eine HRT ohne Rückfrage beim behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin abubrechen. Hingegen ist es sinnvoll, bei der näch-

sten Routinekontrolle mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin genau zu überprüfen, ob eine Indikation dazu vorliegt, mit der Hormontherapie weiterzufahren. Jede Frau muß individuell ausführlich über die Auswirkungen eines Estrogenmangels und die Möglichkeiten und Grenzen jeder Behandlung, ob hormonal oder nicht, aufgeklärt werden. Es gilt, mit ihr zusammen die auf sie zugeschnittene Lösung zu finden. Jeder Arzt/jede Ärztin wird im eingehenden Gespräch gemeinsam mit seiner/ihrer Patientin entscheiden, welche Behandlungsform die beste Wahl ist.

Literatur:

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288: 321–33.
2. Torgerson DJ, Bell-Syer SE. Hormone replacement therapy and prevention of nonvertebral fractures: a

meta-analysis of randomized trials. JAMA 2001; 285: 2891–7.

3. Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, et al. Fracture protection provided by long-term estrogen treatment. Osteoporosis Int 1995; 5: 23–9.

4. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998; 280: 605–13.

5. Beral V, Bull D, Doll R, Key T, Peto R, Reeves G et al. Breast cancer and hormone replacement therapy: Collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Lancet 1997; 350: 1047–59.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. M. Birkhäuser
Leiter der Abteilung für gynäkologische
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitäts-
Frauenklinik, Effingerstraße 102,
Inselspital, CH-3010 Bern

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung