

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

SCHUCHTER K

Aktuelles: Hormonersatztherapie - Update 2005

*Journal für Menopause 2005; 12 (2) (Ausgabe für Österreich)
34-35*

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



K. Schuchter

HORMONERSATZTHERAPIE – UPDATE 2005

AKTUELLES

In den USA befanden sich im Jahr 2004 etwa 35 Millionen Frauen in der Postmenopause – diese Zahl wird sich im Jahre 2025 bereits verdoppelt haben. Auch in Europa liegt die durchschnittliche Lebenserwartung heute bei über 80 Jahren, demgemäß befinden sich Frauen mehr als ein Drittel ihres Lebens in der Situation erniedrigter Sexualhormonwerte.

Etwa ein Fünftel aller Frauen haben in diesen „Wechseljahren“ kaum Beschwerden und müssen auch nicht behandelt werden. Für viele andere jedoch ist diese Zeit mit einer deutlichen Einschränkung ihrer Lebensqualität, klinisch relevanten Beschwerden und Folgeerkrankungen verbunden.

In diesen Fällen ist eine individuell angepasste, sogenannte Hormonersatztherapie (HRT) nach wie vor die Therapie der Wahl. Allerdings müssen Vor- und Nachteile einer Hormonbehandlung mehr denn je sorgfältig abgewogen werden.

Zweifelsfrei kommt es unter einer Hormonersatztherapie zur Verbesserung des klimakterischen vegetativen Symptomenkomplexes, der Urogenitalbeschwerden, der Osteoporose und des Lipoproteinprofils. Bei jüngeren Frauen stellt die HRT eine Primärprävention koronarer Herzkrankungen dar, allerdings gibt es schlechte Daten zur Sekundärprävention. Eine positive Beeinflussung kognitiver Funktionen und des Morbus Alzheimer ist in Diskussion.

Bezüglich des Karzinomrisikos kann nach Publikation der WHI-Studie und der MWS (Million Women Study) festgehalten werden, daß die Inzidenz eines Mammakarzinoms bei mehr als 5jähriger Anwendung eines kombinierten Estrogen-Gestagen-Präparates geringgradig, aber statistisch signifikant erhöht ist, während die Inzidenz eines Dickdarmkarzinoms deutlich vermindert ist. Bei einer Estrogenmonotherapie (nach Uterusentfernung) kommt es

zu einer leichten, aber statistisch nicht signifikanten Senkung des relativen Risikos einer Brustkrebserkrankung.

Dietel et al. haben kürzlich die pathobiologischen Aspekte hormonsensitiver Brusttumoren bei Frauen in bezug zu HRT geprüft und in Human Reproduction publiziert [1]. Diese Daten lassen den Schluß zu, daß die Hormonersatztherapie keinen Einfluß auf die primäre Neubildung von Brustkrebs hat, aber das Wachstum bereits vorhandener hormonsensitiver Brusttumoren stimulieren kann.

Nach bisherigen Erkenntnissen kommen die Autoren zu dem Schluß, daß Hormone in den Wechseljahren keinen gesundheitlichen Nachteil bezüglich der Entstehung von Brustkrebs bringen. Voraussetzung sei allerdings, daß Vorsorge- und Mammographieuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen würden.

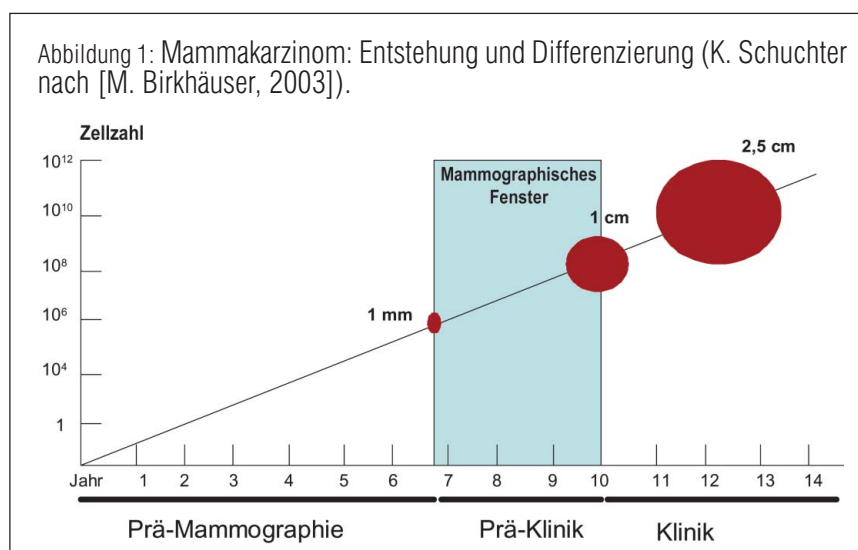
Im Kernpunkt der Betrachtung von Dietel et al. stehen die Gesetzmäßigkeiten der Tumorbiologie. So steht fest, daß die erste Tumorzelle nach ihrer Bildung einen Zeitraum von mindestens fünf, wenn nicht gar zehn Jahren benötigt, um über Zellteilung auf eine Tumormasse von 0,5 bis einem Zentimeter Durchmesser

anzuwachsen – ab dieser Größe können Brusttumoren bei der Mammographie überhaupt erst entdeckt werden (Abb. 1).

Studien, die ein erhöhtes Krebsrisiko bei der Einnahme von Hormonen feststellten, haben jedoch lediglich Untersuchungszeiträume zwischen einem und sechs Jahren zugrunde gelegt. Laut Autoren sind diese Untersuchungszeiträume zu kurz, um tatsächlich Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen der Neubildung eines Brustkrebstumors und der Einnahme von Hormonen ziehen zu können.

Im August 2005 wurde eine Publikation von N. Coombs et al. [2] veröffentlicht, in der das Brustkrebsrisiko unter HRT diskutiert wurde. Eine Hormonsubstitution nach der Menopause erhöht laut dieser australischen Studie das kumulative Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, nur gering. Die Autoren extrapolierten das kumulative Brustkrebsrisiko bis zum 79. Lebensjahr, basierend auf den Daten einer australischen Erhebung von 2001.

In der Studie wird ein kumulatives Brustkrebsrisiko bis zum 79. Lebensjahr für eine 50jährige Frau ohne



Hormonsubstitution von 6,1 % errechnet. Bei einer fünf Jahre dauernden Estrogenmonotherapie erhöht sich das Risiko auf 6,3 %, bei einer Kombinationstherapie auf 6,7 %. Wenn ab dem 50. Lebensjahr 15 Jahre lang eine Kombinationsbehandlung stattfindet, beträgt das Risiko 8,9 %, bei einer Estrogenmonotherapie 6,9 %.

Nach Beendigung der HRT sinkt das Risiko rasch auf das Niveau von Frauen, die keine Hormone substituiert hatten. Obwohl das zusätzliche individuelle Risiko gering ist, erhöht sich durch die HRT die Inzidenz von Brustkrebs. Die Autoren sind der Auffassung, daß die Entscheidung zur Hormonsubstitution individuell gefällt werden sollte.

Besonders beim Mammakarzinom ist zu beachten, daß andere Risikofaktoren, wie z. B. Übergewicht, Alkoholkonsum und späte erste Geburt, statistisch wesentlich gewichtiger sind als eine HRT. Sportliche Betätigung und gesunde Ernährung können andererseits das Risiko für ein Mammakarzinom deutlich senken. Anleitungen zu einem gesunden Lifestyle sind daher eine ungeheuer wichtige ärztliche Aufgabe (Abb. 2).

Keineswegs zu vernachlässigen sind die bekannten thromboembolischen Risiken unter einer HRT, wie tiefe Beinvenenthrombose,

Lungenembolie und Schlaganfall. Die koronare Herzerkrankung sowie der ischämische Insult stellen altersbedingte Risikoerhöhungen dar und sind weniger auf eine HRT *per se* zurückzuführen.

Estrogene, ob als Kontrazeptiva oder HRT in der Menopause, erhöhen das KHK-Risiko, allerdings auch der Estrogenmangel. Kontrazeptiva alleine (ohne Rauchen, Hypertonus, etc.) haben einen geringen risikoprädikativen Wert.

Estrogene in der Menopause werden aus kardiologischer Sicht nicht mehr empfohlen. Eine HRT sollte nicht aus präventiv-therapeutischen Gründen (Primär-, Sekundärprävention gegen kardio-thrombo-vaskuläre Erkrankungen) eingesetzt werden. Es zeichnet sich jedoch ab, daß eine Primärprävention durch HRT eher möglich ist, wenn die Hormonprävention bei nicht vorgeschädigten Blutgefäßen begonnen wird, im Vergleich zu bereits vorgeschädigten Gefäßen (ab 60 Jahren).

Eine individuelle Nutzen/Risiko-Bewertung für jede einzelne Patientin steht im Vordergrund. Vorzeitiger und unnötiger Abbruch einer HRT aus Angst vor Brustkrebs und anderen möglichen Komplikationen reduziert die Lebensqualität der betroffenen Frau. Andererseits kann es vorkommen, daß Risikopatientinnen

chenden Aufklärung und individuellen Risikoabwägung durch den Arzt/ die Ärztin.

Die Empfehlungen laut Konsensus-Statement der „Internationalen Menopausengesellschaft (IMS)“ für eine Hormonersatztherapie sind:

- Behandlung zentralnervös ausgelöster und urogenitaler klimakterischer Beschwerden.
- Prävention des Knochenmassenverlustes und osteoporotischer Frakturen sowie Atrophie des Bindegewebes.
- Durchführung auf individueller Basis unter Berücksichtigung der kardio- und zerebroprotektiven Wirkungen.
- Die gegenwärtige Datenlage ist kein Grund für eine zeitliche Begrenzung.
- Jährliche Kontrolle zur Evaluierung von Risiko und Nutzen.
- Die Bewertung des Nutzen/Risiko-Verhältnisses muß individuell erfolgen und Aufgabe des Arztes sein.

Die steigende Lebenserwartung und das Ziel einer verbesserten Lebensqualität werden die Hormonersatztherapie weiterhin als wichtige Behandlungsmöglichkeit benötigen.

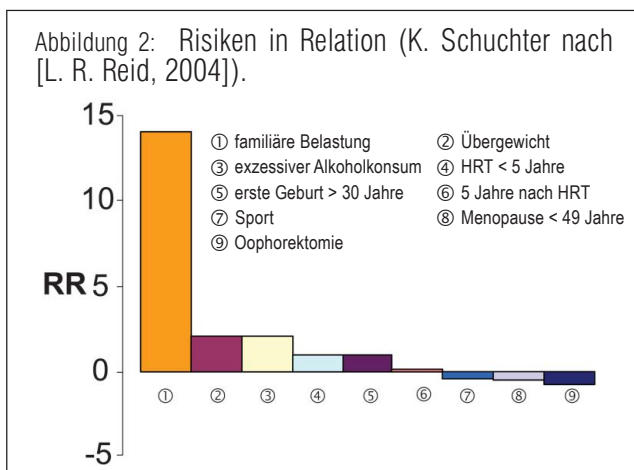
Literatur:

1. Diel M, Lewis MA, Shapiro S. Hormone replacement therapy: pathological aspects of hormone-sensitive cancers in women relevant to epidemiological studies on HRT: a mini-review. *Hum Reprod* 2005; 20: 2052-60.
 2. Coombs NJ, Taylor R, Wilcken N, Boyages J. Hormone replacement therapy and breast cancer: estimate of risk. *Br Med J* 2005; 331: 347-9.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Katharina Schuchter
 Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung, Donauespital im SMZ-Ost der Stadt Wien
 A-1220 Wien, Langobardenstr. 122
 E-Mail: katharina.schuchter@wienkav.at

Abbildung 2: Risiken in Relation (K. Schuchter nach [L. R. Reid, 2004]).



dieses Risiko unterschätzen und die eigentlich kontra-indizierte HRT-Einnahme weiter fortsetzen. Jedemfalls sollten Patientinnen vor Therapieänderung die Möglichkeit eines ärztlichen Gesprächs nutzen.

Wie schon bisher bedarf die Hormonersatztherapie einer entspre-

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD 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](#)