

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Empfehlungen zur postmenopausalen Hormontherapie

Pines A, Sturdee DW, Birkhäuser M, Gambacciani M, Panay M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2007; 1 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 18-20

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

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

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Empfehlungen zur postmenopausalen Hormontherapie

Herausgegeben im Namen der International Menopause Society von A. Pines (Präsident), D. Sturdee (Generalsekretär), M. Birkhäuser (Schatzmeister), M. Gambacciani, N. Panay

Die folgende Erklärung beinhaltet eine Stellungnahme der International Menopause Society (IMS) zu den Grundsätzen der peri- und postmenopausalen Hormontherapie (HT = Hormone Therapy).

In dieser Erklärung steht der Begriff HT für sämtliche Therapien mit Östrogenen, Gestagenen, kombinierten Präparaten sowie Tibolonen.

Die vorherige Erklärung der IMS von 2004 behält ihre Gültigkeit und dient als Grundlage für die aktualisierte Version.

Aufgrund von unterschiedlichen Schwerpunkten bei der medizinischen Behandlung, anderen vorherrschenden Erkrankungen und des länderspezifischen Umgangs der Öffentlichkeit, der ärztlichen Gemeinschaft und der Gesundheitsbehörden mit dem Thema Wechseljahre entstehen geographische Unterschiede, die alle auf die Hormontherapie Einfluss nehmen können. Aufgrund dessen verschaffen die folgenden Empfehlungen einen globalen und einfachen Überblick und bilden eine gemeinsame Plattform für Fragen im Zusammenhang mit den verschiedenen Aspekten der Hormonbehandlung. Vertreter aus über 60 nationalen und regionalen Gesellschaften für Menopause aus allen Kontinenten haben diese Erklärung überprüft und diskutiert. Diese Empfehlungen lassen sich leicht abwandeln, um sie lokalen Bedürfnissen anzupassen.

■ Leitende Grundsätze

Die Hormontherapie sollte Teil einer Gesamtstrategie sein, die zur Erhaltung der Gesundheit postmenopausaler Frauen auch Fragen des Lebensstils wie Ernährung, Bewegung, Rauchen und Alkohol beinhaltet. Die HT muss den Symptomen entsprechend individuell massgeschneidert und dem Präventionsbedarf gerecht werden; auch sind die persönliche und familiäre Geschichte, Ergebnisse aus relevanten Untersuchungen sowie die Präferenzen und Erwartungen der Frauen zu berücksichtigen. Bei den Risiken und Vorteilen einer HT unterscheiden sich Frauen in der perimenopausalen Phase von älteren Patientinnen.

Unter Hormontherapie versteht man eine breit gefächerte Reihe von Hormonprodukten und Verabreichungswegen mit poten-

tiell unterschiedlichen Risiken und Vorteilen. Folglich ist der Begriff „Klasseneffekt“ irreführend und unangebracht.

Frauen mit einer spontanen und iatrogenen Menopause vor dem 45. oder gar vor dem 40. Lebensjahr haben ein erhöhtes Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Osteoporose zu entwickeln. Die Hormonersatztherapie, die ihnen zumindest bis zum normalen Wechseljahrsalter verordnet werden sollte, wird dies verhindern.

Beratungen sollten die Risiken und Vorteile der HT in einfache Begriffe fassen, also eher absolute Zahlen heranziehen statt prozentuale Veränderungen zu einem bestimmten Referenzpunkt zu nennen. Auf diese Weise können Frauen und ihre Ärzte anhand fundierter Informationen eine Entscheidung in Sachen HT treffen.

Eine HT sollte nicht ohne klare Angaben zum Anwendungszweck empfohlen werden.

Frauen, die sich einer HT unterziehen, sollten mindestens einmal pro Jahr beim Arzt vorstellig werden, um sich körperlich untersuchen zu lassen, ihre Krankengeschichte zu aktualisieren, relevante Labor- und bildgebende Untersuchungen durchführen zu lassen sowie den Lebensstil zu besprechen.

Es gibt keine zwingenden Gründe, eine Zeitlimite für die Behandlung vorzuschreiben.

Ob die Therapie fortgeführt wird oder nicht, sollte von gut informierten Patientinnen und deren Ärzten nach eigenem Ermessen auf der Grundlage der individuellen Ziele und einer objektiven Nutzen-Risiko-Abwägung entschieden werden.

Die Dosierung sollte wirksam und möglichst niedrig sein. Bei einem hohen Prozentsatz von Patientinnen können Hormontherapien mit niedrigerer Dosierung als bislang üblich die bisherige Lebensqualität aufrechterhalten. Es fehlen noch Langzeitdaten über den Zusammenhang zwischen niedrigeren Dosierungen und Knochenfrakturrisiken bzw. Herz-Kreislauf-Beschwerden.

Im allgemeinen sollten alle Frauen mit einem Uterus zum systemischen Östrogen ein Gestagen erhalten, um endometrialer Hyperplasie und Endometriumkrebs vorzubeugen. Ausserdem haben Progesteron und einige Gestagene spezifische günstige Wirkungen, die ihre Anwendung über den erwarteten Effekt auf das Endometrium hinaus rechtfertigen könnten. Bei Verabreichung gering dosierter Vaginalöstrogene zur Linderung der urogenitalen Atrophie wird keine Gestagen-Begleitmedikation benötigt. Die direkte Abgabe von Gestagen aus der Vagina oder über ein intrauterines System in die

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Martin Birkhäuser, Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitäts-Frauenklinik, Inselspital, CH 3010 Bern, Effingerstrasse 102, E-Mail: martin.birkhaeuser@insel.ch

Weitere Informationen: IMS-Geschäftsführerin Ms Jean Wright, PO Box 687, Wray, Lancaster LA2 8WY, UK, E-Mail: jwright.ims@btopenworld.com, www.imsociety.org

Gebärmutterhöhle ist logisch und kann die systemischen Auswirkungen minimieren.

Der Ersatz androgener Hormone sollte auf Frauen mit klinischen Anzeichen und Symptomen einer androgenen Insuffizienz beschränkt bleiben. Bei Frauen mit beidseitiger Ovariectomie oder Nebennierenversagen hat die androgene Ersatztherapie bedeutende positive Auswirkungen, insbesondere auf die gesundheitsbedingte Lebensqualität und die sexuelle Funktion.

■ Vorteile der Hormontherapie

Allgemeines

Die HT bleibt die effektivste Behandlung bei vasomotorischen und östrogenmangelbedingten urogenitalen Symptomen. Andere wechsellagerbedingte Beschwerden, wie Gelenk- und Muskelschmerzen, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen und sexuelle Dysfunktionen (reduzierte Libido mit inbegriffen), können im Zuge der HT gelindert werden. Lebensqualität und Sexualität sind Schlüsselfaktoren, die bei der Unterstützung des alternden Individuums Berücksichtigung finden müssen. Die Verabreichung einer individualisierten HT (gegebenenfalls auch mit androgenen Präparaten) verbessert sowohl die Sexualität als auch die Lebensqualität insgesamt.

Postmenopausale Osteoporose

Bei der Vorbeugung des durch die Menopause verursachten Knochenschwunds erweist sich die HT als wirksam. Sie verringert die Häufigkeit von allen osteoporosebedingten Frakturen – auch der Wirbelsäule und des Beckens – sogar bei Patientinnen mit geringem Risiko. Obwohl der Grad des Knochenumsatzrückgangs mit der Östrogendosis in Wechselbeziehung steht, wirken sich bei den meisten Frauen selbst unterhalb der Norm dosierte Präparate positiv auf den Knochenindex aus. Wie von aktuellen wirksamkeits-, kosten- und sicherheitsbezogenen Studien belegt, ist die HT eine angemessene First-line-Therapie für postmenopausale Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko, insbesondere wenn sie jünger als 60 Jahre sind; gleiches gilt für Frauen mit vorzeitiger Menopause zur Vorbeugung des Knochenschwunds. Nach Beendigung der Therapie baut sich die schützende Wirkung der HT auf die Knochenmineraldichte in unvorhersehbarer Geschwindigkeit ab, obwohl ein gewisses Mass an Schutz gegen den Knochenabbau nach Absetzen der HT erhalten bleiben kann.

Patientinnen über 60 sollten keine standardmässig dosierte HT zum einzigen Zweck der Frakturvorbeugung beginnen. Bei Fortführung einer HT über das 60. Lebensjahr hinaus zum einzigen Zweck der Frakturprävention sollten die möglichen Langzeitfolgen der spezifischen Dosis und der Verabreichungsmethode der HT berücksichtigt und gegen andere bewährte Therapien abgewogen werden. Die zuständigen Behörden sollten ihre derzeitigen Empfehlungen dringend überarbeiten.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen an erster Stelle bei den Morbiditäts- und Mortalitätsursachen bei postmenopausalen Frauen. Die wesentlichen primären Präventionsmassnahmen (abgesehen von Nikotinabstinenz und Ernährungsweise) sind Gewichtsabnahme, Blutdrucksenkung sowie Diabetes- und Lipidkontrollen. Es gibt Grund zur Annahme, dass die HT schützend auf das Herz-Kreislauf-System wirkt, wenn sie in der frühen Menopause begonnen und langfristig weitergeführt wird (oftmals als Konzept des „Opportunitätsfensters“ bezeichnet). Hormontherapien verringern das Diabetesrisiko und wirken sich positiv auf andere Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus, wie das Lipidprofil und das Stoffwechselsyndrom.

Bei Frauen unter 60 Jahren, die erst seit kurzem in der Menopause sind und keine prävalente Herz-Kreislauf-Erkrankung aufweisen, verursacht der Beginn einer HT keinen frühen Schaden und kann die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität verringern. Die Entscheidung über eine Fortführung der HT über das 60. Lebensjahr hinaus sollte im Rahmen einer umfassenden Nutzen-Risiko-Analyse getroffen werden.

Andere Vorteile

Die HT wirkt sich positiv auf Bindegewebe, Haut, Gelenke und Bandscheiben aus. Sie kann das Darmkrebsrisiko mindern. Hormontherapien, die in der frühen Menopause begonnen oder jüngeren postmenopausalen Frauen verabreicht werden, werden mit einem verminderten Alzheimerisiko in Verbindung gebracht.

■ Mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen der Hormontherapie

Die Untersuchungen zu den Risiken der postmenopausalen Hormonbehandlung haben sich schwerpunktmässig mit Brust- und Gebärmutterkrebs, venöser Thromboembolie (Lungenembolie und tiefe Venenthrombose), Schlaganfall und Herzkranzgefässerkrankungen befasst.

Brustkrebs

Die Brustkrebshäufigkeit ist von Land zu Land verschieden. Deshalb können derzeit verfügbare Daten nicht zwangsläufig verallgemeinert werden. Die Grössenordnung des Zusammenhangs zwischen Brustkrebs und postmenopausaler HT wird weiterhin kontrovers diskutiert.

Frauen sollten insofern beruhigt werden, als das mögliche Brustkrebsrisiko im Zusammenhang mit einer HT gering ist (unter 0,1% jährlich). Bei der kombinierten HT legten Beobachtungsdaten der Million Women Study nahe, dass das Brustkrebsrisiko bereits im ersten Jahr erhöht sei, was erhebliche Bedenken bezüglich möglicher methodologischer Fehler geweckt hat. Im Gegensatz dazu weisen randomisierte und überprüfte Daten der Studie der Women's Health Initiative (WHI) darauf hin, dass bei Frauen, die eine HT beginnen, über einen Zeitraum von bis zu 7 Jahren kein erhöhtes Risiko

festzustellen ist. Es muss hier auch festgehalten werden, dass die Mehrheit der Probandinnen in der WHI übergewichtig oder fettleibig war.

Daten aus der WHI und der Nurses' Health Study deuten darauf hin, dass die langfristige alleinige Verabreichung von Östrogen über 7 bzw. 5 Jahre das Brustkrebsrisiko bei amerikanischen Frauen nicht erhöht. Gemäss den kürzlich in Europa durchgeführten Beobachtungsstudien kann das Risiko nach 5 Jahren ansteigen.

Es liegen nicht genügend Daten vor, um die verschiedenen Östrogen-, Gestagen- und Androgenarten und deren Verabreichungswege im Hinblick auf die unterschiedlich auftretende Brustkrebshäufigkeit zu bewerten.

Die mammographische Dichte vor Behandlungsbeginn steht mit dem Brustkrebsrisiko in Zusammenhang. Dies gilt nicht zwangsläufig für die durch Hormonbehandlungen induzierte Erhöhung der mammographischen Dichte.

Die durch eine Behandlung mit einer Östrogen-Progestogenkombination hervorgerufene Erhöhung der mammographischen Dichte kann die diagnostische Interpretation des Mammogramms erschweren.

Endometriumkrebs

Die Verabreichung von Östrogen allein verursacht eine dosisabhängige Stimulation des Endometriums. Frauen mit einem Uterus sollten zusätzlich mit einem Gestagen behandelt werden.

Die kontinuierliche Behandlung mit einer Östrogen-Gestagenkombination wird mit einer geringeren Häufigkeit von endometrialer Hyperplasie und Endometriumkrebs als bei der übrigen Bevölkerung in Verbindung gebracht.

Systeme zur direkten intrauterinen Abgabe können vorteilhaft sein. Therapien mit gering/ultragering dosiertem Östrogen und Progestogen verursachen eine geringere endometriale Stimulation und weniger Blutungen.

Thromboembolie und Herz-Kreislauf-Vorfälle

Das HT-bedingte Risiko für schwerwiegende, venöse thromboembolische Vorfälle steigt bei Fettleibigkeit und Thrombo-

philie an. Aufgrund der Vermeidung der „first-pass“ hepatischen Metabolisierung kann transdermales Östrogen das mit oral verabreichten Hormonen verbundene Risiko umgehen. Patientinnen, die spät mit einer standardmässig dosierten HT begonnen haben, haben vorübergehend ein leicht erhöhtes Risiko für koronare Vorfälle. Das Schlaganfallsrisiko ist mit dem Alter verbunden. Hormontherapien können das Risiko für den ischämischen Schlaganfall erhöhen.

Die sicherheitsbezogenen Daten aus Studien über gering und ultragering dosierte Östrogen-/Gestagentherapien sind ermutigend.

■ Alternativbehandlungen

Die Wirksamkeit bzw. Sicherheit komplementärer Alternativmedikamente ist nicht belegt, und es sind noch weitere Studien notwendig.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer und Gabapentin haben sich in Kurzzeitstudien bei der Verringerung vasomotorischer Symptome als wirksam erwiesen. Ihre langfristige Sicherheit muss noch weiter untersucht werden.

Es gibt keinen medizinischen oder wissenschaftlichen Grund, nicht registrierte bioidentische Hormone zu empfehlen. Die Messung des Hormonstatus im Speichel ist klinisch nicht sinnvoll. Diese „auf den Kunden zugeschnittenen“ Hormonpräparate sind nicht in Studien untersucht worden, und es fehlen Erkenntnisse bezüglich ihrer Reinheit und Risiken.

■ Forschung

Es muss dringend weitergeforscht werden, insbesondere in bezug auf die relativen Vorzüge niedrigerer Dosierungen, die Therapieformen und deren Verabreichungswege.

28. Februar 2007

Die Originalstellungnahme der IMS wurde in Climacteric 2004; 7: 8–11 veröffentlicht.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)