

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN

30. November 2009

DIE RADIODOKTOR-INFOMAPPE

Ein Service von:

ORF

A-1040 Wien, Argentinierstraße 30a

Tel.: (01) 50101/18381

Fax: (01) 50101/18806

Homepage: <http://oe1.ORF.at>

Österreichische Apothekerkammer

A-1091 Wien, Spitalgasse 31

Tel.: (01) 404 14-600

Fax: (01) 408 84 40

Homepage: www.apotheker.or.at

Gesundheitsressort der Stadt Wien

A-1082 Wien, Rathaus

Homepage: www.wien.at

RADIODOKTOR – MEDIZIN UND GESUNDHEIT

Die Sendung

Die Sendereihe „Der Radiodoktor“ ist seit 1990 das Flaggschiff der Gesundheitsberichterstattung von Ö1. Jeden Montag von 14.20 bis 15.00 Uhr werden interessante medizinische Themen in klarer informativer Form aufgearbeitet und Ö1-Hörerinnen und -Hörer haben die Möglichkeit, telefonisch Fragen an das hochrangige Expertenteam im Studio zu stellen.

Wir über uns

Seit September 2004 moderieren Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz, Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos, Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger und Dr. Christoph Leprich die Sendung.

Das Redaktionsteam besteht aus Walter Gerischer-Landrock, Mag. Nora Kirchschrager, Mag. Christian Kugler, Uschi Mürling-Darrer, Dr. Doris Simhofer, Dr. Ronald Tekal-Teutscher und Dr. Christoph Leprich.

Das Service

Seit dem 3. Oktober 1994 gibt es das, die Sendereihe flankierende, Hörservice, das auf größtes Interesse gestoßen ist.

Unter der Wiener Telefonnummer 50 100 ist „Der Radiodoktor“ mit Kurzinformationen zur aktuellen Sendung die ganze Woche per Tonband abrufbar. Die zu jeder Sendung gestaltete Infomappe mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Buchtipps und Anlaufstellen komplettiert das Service und stellt in der Fülle der behandelten Themen eigentlich bereits ein kleines Medizin-Lexikon für den Laien dar.

Die Partner

Ermöglicht wird die Radiodoktor-Serviceleistung durch unsere Partner: das Gesundheitsressort der Stadt Wien und die Österreichische Apothekerkammer.

An dieser Stelle wollen wir uns ganz herzlich bei unseren Partnern für die Zusammenarbeit der letzten Jahre bedanken!

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Infomappe zumeist auf die weiblichen Endungen, wie z.B. PatientInnen, ÄrztInnen etc. verzichtet haben.

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN WAS TUN?

Mit Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos
30. November 2009, 14.20 Uhr, Ö1

Redaktion und Infomappe: Dr. Christoph Leprich

INHALTSVERZEICHNIS

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN - WAS TUN?	7
Hormontherapie erweist sich als gefährlich	7
Auf der Suche nach einer effektiven und sicheren Therapie	7
Die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie	8
Die Geschichte der Hormonersatztherapie	8
Die ersten Versuche	8
Der „große Clou“ – schützen Hormone das Herz?	9
Ewige Jugend: Jungbrunnen Hormone	9
Erste Verdachtsmomente	9
Studien sollen Beweise liefern	9
Die weltweite Ernüchterung	10
Streit und Beruhigungsphase	10
Die weiblichen Hormone	10
Der Hormonzyklus der Frau	10
Der Monatszyklus	11
Die Hormonproduktion beginnt zu sinken	11
Die Wechseljahre	12
Die vier Phasen der Wechseljahre	12
Wechseljahre - Zeit der Veränderung	13
Menopause – Bedeutung in verschiedenen Kulturkreisen	13
Die hormonellen Ursachen für die Menopause	14
Umstellungen auch im Gehirn	14
Viele Bereiche des Körpers verändern sich	14
Die häufigsten Symptome im Klimakterium	14
Gesundheitsrisiken nach der Menopause	15
Die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie	15
Eigentlich nur in drei Fällen empfohlen	16
Hitzewallungen und Co.	16

Empfehlungen für Beschwerden im Genitalbereich	17
Schrumpfung und Rückbildungsprozesse von Vagina und Vulva	17
Bessern Hormone eine Harninkontinenz?	17
Hormone gegen immer wiederkehrende Harnwegsinfekte?	18
Empfehlungen zu Hormontherapie und Herz-Kreislauf-erkrankungen	18
Koronare Herzkrankheit – Atherosklerose der Herzkranzgefäße	19
Hormone und Schlaganfallrisiko	19
Venöse Thrombosen	19
Hormonwirkungen auf die Haut	20
Alterungsprozesse der Haut	20
Vermännlichungs-Erscheinungen an der Haut	20
Erkrankungen der Gallenblase und -gänge	20
Verbessern Hormone kognitive Fähigkeiten?	21
Kann Hormontherapie die Entwicklung einer Demenz verhindern?	21
Hormontherapie und Krebserkrankungen	22
Hormontherapie und Brustkrebsrisiko	22
Hormone und Krebs des Gebärmutterkörpers (Endometriumkarzinom)	22
Hormone und Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)	22
Hormontherapie nach Krebserkrankungen	23
ANLAUFSTELLEN	24
QUELLEN UND LINKS	26
BROSCHÜREN ZUM DOWNLOADEN	27
BUCHTIPP	28
SENDUNGSGÄSTE	29

BESCHWERDEN IN DEN WECHSELJAHREN WAS TUN?

Etwa 15 Prozent aller Frauen in Österreich haben in den Wechseljahren gravierende Beschwerden – weitere 20 Prozent empfinden die typischen Symptome wie Wallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen etc. als sehr unangenehm und würden gerne etwas dagegen unternehmen. Seitdem die vielen Risiken der Hormonersatztherapie bekannt wurden, sind die meisten Frauen verunsichert und im Einzelfall besteht ein echtes Therapie-Dilemma.

Hormontherapie erweist sich als gefährlich

Ein kurzer Rückblick: Bis 2002/2003 wurde die Behandlung mit Hormonen beinahe als Rundum-Gesundheitsprogramm für die alternde Frau betrachtet. Schutz vor Herz-Kreislauf-erkrankungen und Demenz, Linderung der Wechselbeschwerden, Jungbrunnen für die Haut und viele weitere positive Effekte wurden den Hormonen zugeschrieben.

Dann wurden die Ergebnisse zweier großer Studien („women´s health initiative“-WHI und „million woman study“) publiziert und erschütterten die Fachwelt.

Von den vermeintlich mannigfaltigen positiven Aspekten einer Behandlung mit Hormonen blieben kaum welche übrig: Denn die Hormon-Therapie erhöht unter bestimmten Bedingungen das Thrombose-, Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risiko. Außerdem steigt auch die Gefahr (abhängig von dem verwendeten Hormon, bzw. der Hormonkombination), Brust-, Gebärmutter- oder Eierstockkrebs zu entwickeln. Es kommt häufiger zu Gallenwegserkrankungen und die schützenden Effekte vor einer Demenz konnten nicht belegt werden.

Auf der Suche nach einer effektiven und sicheren Therapie

Viele Frauen sind seitdem extrem verunsichert. Manche Expertinnen und Experten meinen sogar, dass zu viel Angst herrsche. Immerhin sei die Risikoerhöhung durch die Einnahme von Hormonen ziemlich gering – Zigarettenrauchen und eine späte Geburt z.B. erhöhen das Brustkrebsrisiko deutlich stärker.

Kürzlich hat die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie eine neue Leitlinie publiziert, die Ärztinnen, Ärzte und Frauen bei der Risikoabwägung unterstützen soll.

Es gilt der Grundsatz: Falls Hormone eingesetzt werden, dann in der niedrigst wirksamen Dosis und so kurz wie möglich.

Außerdem sollte jährlich kontrolliert werden, ob diese Behandlung noch benötigt wird.

Die Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

Die restriktiven Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie empfehlen die Hormon-Therapie nur in drei Fällen:

1. Gegen Hitzewallungen und die Veränderungen der Vaginal-Schleimhaut können Östrogene helfen.
2. Für Frauen mit ausgeprägter Osteoporose, die die anderen zur Verfügung stehenden Medikamente nicht vertragen – allerdings nach einer genauen Nutzen-Risiko-Abwägung.
3. Für Frauen, die sehr früh in die Menopause gelangen und Beschwerden haben.

Nicht empfohlen wird die Hormontherapie zur Behandlung von Harninkontinenz, von Schlafstörungen oder depressiven Verstimmungen, als Schutz vor Herz-Kreislauf-erkrankungen, zur Beeinflussung der Alterungsprozesse der Haut und als Schutz vor Demenz. In allen diesen Fällen richten die Hormone entweder Schaden an oder sind unwirksam.

Quelle: Kurzfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/03-S3-Leitlinie%20HT%202009_DGGG_Kurzversion.pdf

Bevor wir auf die wenigen verbliebenen Einsatzgebiete der Hormonersatztherapie genauer eingehen, noch ein Rückblick auf die Ära der Hormonbehandlung.

DIE GESCHICHTE DER HORMONERSATZTHERAPIE

Unter Hormonersatztherapie (HET) (engl. hormone replacement therapy / HRT) versteht man die Anwendung von Hormonen zur Behandlung von Beschwerden, die durch einen Hormon-Mangel-Zustand bedingt sind.

Die ersten Versuche

1960 wurden erstmals Östrogen-Präparate als Behandlungskonzept zur Therapie von Beschwerden im Rahmen der Wechseljahre ausprobiert. Nur zehn Jahre später wurde bereits der Zusammenhang zwischen der Einnahme von Östrogenen und einer Zunahme von Gebärmutter-Karzinomen beobachtet.

1975 wiesen Daten darauf hin, dass Progesteron einen schützenden Effekt auf die Gebärmutterschleimhaut ausüben könnte. Diese Erkenntnis führte dazu, dass Anfang der 1980er Jahre Kombinationspräparate aus Gestagen und Östrogen eingeführt wurden, um eben das Risiko für die Entstehung von Gebärmutterkrebs zu verringern.

Der „große Clou“ – schützen Hormone das Herz?

Mitte der 1980er gab es plötzlich Hinweise darauf, dass die Einnahme von Hormonen das Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen günstig beeinflusst – einer der vielen Irrtümer.

Damit war damals klar: Eine Hormonersatztherapie bietet für die meisten Frauen einfach einen umfassenden Schutz. Somit war das Konzept des präventiven Einsatzes von Hormonen geboren.

Ewige Jugend: Jungbrunnen Hormone

Ausgehend von den USA wurde die Hormonersatztherapie auch in Europa vermehrt als ultimative Lifestyle-Behandlung angepriesen. Unter vielen Gynäkologinnen und Gynäkologen machte sich geradezu eine Goldgräberstimmung breit. Die Geschäfte mit dem Versprechen der ewigen Jugend liefen prächtig.

Auch die Medien berichteten ungebremsst über die angeblich wundersamen kosmetischen Effekte dieser „Jungbrunnen-Hormone“ auf die Haut.

Tatsächlich gab es damals und gibt es bis heute keine wissenschaftliche Studie, die diesen Effekt belegen würde.

Erste Verdachtsmomente

Ende der 1980er verdichteten sich die Verdachtsmomente, dass die Hormoneinnahme ein erhöhtes Brustkrebsrisiko nach sich zieht. Doch die meisten gynäkologischen Fachgesellschaften sahen die vermeintlich zahlreichen Vorteile, vor allem die Schutzwirkung gegenüber Herz-Kreislauf-erkrankungen, als so bedeutsam, dass nach wie vor die Hormoneinnahme für beinahe jede peri- und postmenopausale Frau empfohlen wurde.

Studien sollen Beweise liefern

1996 wurde die WHI-Studie (Women's Health Initiative Study) initiiert.

Zwei Jahre später wurden die Ergebnisse der HERS-Studie (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study) veröffentlicht und es kam zum ersten Paukenschlag: Bei Frauen nach einem Herzinfarkt können Hormone einen erneuten Infarkt nicht verhindern. Ganz im Gegenteil - zu Beginn der Hormontherapie steigt das Risiko für einen zweiten Infarkt sogar an.

Außerdem zeigten die Ergebnisse dieser Studie erstmals deutlich, dass auch das Risiko für venöse Thrombosen erhöht ist.

Dennoch stieg die Zahl der Hormon-Verordnungen weiterhin an, sowohl in den USA, als auch in Europa.

Die weltweite Ernüchterung

2002 zeigten die Zwischenergebnisse der WHI-Studie, dass erstens jene Frauen, die mit einer Östrogen-Gestagen-Kombination behandelt wurden, ein erhöhtes Brustkrebsrisiko hatten und zweitens der schützende Effekt auf das Herzkreislaufsystem nicht vorhanden war.

Aus ethischen Gründen wurde dieser Arm der Studie sofort abgebrochen und die Ergebnisse wurden veröffentlicht.

Streit und Beruhigungsphase

In Österreich wurden in der Folge erbitterte Debatten über die Aussagekraft dieser Studie geführt. Befürworter der Hormontherapie kritisierten verschiedene Studienparameter, wie die verwendeten Hormonpräparate, das Alter der Studienteilnehmerinnen etc. und zweifelten die Ergebnisse und die Aussagekraft der WHI-Studie an.

In den letzten Jahren beruhigten sich die Gemüter zusehend und die mittlerweile eher strikten Empfehlungen für den Einsatz der Hormontherapie sind weitgehend akzeptiert.

Auch in den USA kam es zu einem deutlichen Rückgang von Hormon-Verschreibungen. 2007 wurde in den USA festgestellt, dass die Häufigkeit von Brustkrebs abnimmt. Diese Tatsache wird damit in Zusammenhang gebracht, dass eben weniger Frauen eine Hormontherapie gegen Wechselbeschwerden in Anspruch nehmen.

Nach diesem Exkurs über die wechselhaften Geschicke der Hormontherapie nun zum Thema Hormone im Leben der Frau.

DIE WEIBLICHEN HORMONE

Der Hormonzyklus der Frau

Der weibliche Hormonzyklus wird durch ein ungemein komplexes und fragiles Zusammenspiel mehrerer Hormone bestimmt.

Der Monatszyklus

Im Zwischenhirn wird der Botenstoff Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) produziert. Dieser veranlasst die Hirnanhangdrüse (Hypophyse) zur Produktion von zwei Steuerhormonen: FSH (Follikel stimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon).

Das FSH regt die Eibläschenreifung in den Eierstöcken an. Die Eibläschen erzeugen bei der Reifung Östrogen. Ist genug Östrogen im Blut, nimmt die FSH-Produktion ab. Das Östrogen beeinflusst die Schleimhaut in der Gebärmutter und bereitet diese im monatlichen Zyklus auf eine eventuell stattfindende Einnistung eines befruchteten Eis vor.

Ein LH-Stoß um die Zyklusmitte sorgt dafür, dass das Ei vom Eierstock abgegeben wird und seine Wanderung durch den Eileiter in Richtung Uterus beginnt.

Nachdem das Ei den Eierstock verlassen hat, wird die Tasche (= Follikel), in der das Ei herangereift ist, zum so genannten Gelbkörper. Dieser produziert ab diesem Zeitpunkt ein wichtiges Hormon, das Progesteron (= Gelbkörperhormon). Auf der etwa viertägigen Reise vom Ei in Richtung Gebärmutter sorgt Progesteron dafür, dass sich während dieser Zeit die Gebärmutter auf eine Einnistung vorbereitet. Findet keine Befruchtung statt, so löst sich der Gelbkörper auf, produziert kein Progesteron mehr und nach etwa 14 Tagen kommt es zur Monatsblutung – ein Teil der Gebärmutterschleimhaut wird abgestoßen. Nun beginnt die Hirnanhangdrüse wieder mit der FSH-Produktion und ein neuer Zyklus beginnt.

Kurz zusammengefasst: Östrogen sorgt für den Aufbau der Gebärmutterschleimhaut, ein sprunghafter Anstieg von luteinisierendem Hormon leitet den Eisprung ein und das Progesteron sorgt dafür, dass die Gebärmutterschleimhaut gut durchblutet wird und ein eingenistetes Ei heranwachsen kann.

Die Hormonproduktion beginnt zu sinken

Um das 50. Lebensjahr kommt es zum langsamen Rückgang der Hormonproduktion in den Eierstöcken. Dieser Prozess erstreckt sich über mehrere Jahre und wird in verschiedene Phasen eingeteilt. Am Beginn stehen Blutungsunregelmäßigkeiten und vegetative Symptome, wie eben die typischen Hitzewallungen, Herzrasen, Stimmungsschwankungen und gesteigerte Nervosität. Dann bleiben die Monatsblutungen völlig aus und es kommt durch den Östrogenmangel zu organischen Veränderungen, die in erster Linie die Genitalschleimhaut betreffen. Weitere Folgen der hormonellen Umstellung sind vor allem Osteoporose und Blutdruckanstieg.

DIE WECHSELJAHRE

Das Klimakterium stellt die gesamte Übergangsphase von der noch vollen Geschlechtsreife bis zum Senium der Frau dar, d.h. die Zeit zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr.

Die durchschnittliche Dauer der Wechseljahre der Frau beträgt etwa zehn Jahre. Erste Anzeichen können schon zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr auftreten. Viele Frauen werden von den ersten Symptomen des Klimakteriums überrascht, weil sie nicht damit rechnen, da sie ja noch mehr oder weniger regelmäßige Monatsblutungen haben.

Die Zeit des Übergangs vor der Menopause, also der letzten Monatsblutung, kann unterschiedlich lange sein. Durch die Verminderung der Hormonproduktion verändern sich nach und nach Körperfunktionen. Die typischen Beschwerden sind unter anderem Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Schlafschwierigkeiten und nächtliche Schweißausbrüche.

Die Wechseljahre sind eine natürliche „Entwicklungsstufe“, in der die Eierstöcke ihre Hormonproduktion einstellen. Die letzte Regelblutung (Menopause) ist also in den meisten Fällen ein natürlicher Prozess und tritt spontan ein.

Die Menopause kann aber auch Folge von Operationen, Strahlen- und Chemotherapie sein oder sie kann medikamentös herbeigeführt werden.

Die vier Phasen der Wechseljahre

- Menopause ist definitionsgemäß jene letzte Regelblutung, nach der dann ein Jahr lang keine Monatsblutung mehr stattfindet. Mit anderen Worten – der Beginn der Menopause kann erst im Rückblick bestimmt werden. Das durchschnittliche Alter bei Eintreten der Menopause liegt bei etwa 51 Jahren.
- Die Prämenopause ist die Zeit vor der Menopause und bei den meisten Frauen liegt sie zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr. Sofern keine hormonelle Verhütung betrieben wird, werden in dieser Phase die Regelblutungen unregelmäßiger und deren Stärke kann beträchtlich schwanken. In der Prämenopause beginnen sich die Hormonspiegel zu verändern. Die Produktion von Progesteron nimmt ab. Die Ausschüttung des Follikel stimulierenden Hormons (FSH) nimmt hingegen zu.
- Als Perimenopause wird der Zeitraum zwei Jahre vor und nach der Menopause bezeichnet.
- Die Postmenopause schließt an die Perimenopause an. Der Körper der Frau gewöhnt sich an die Hormonumstellung und befindet sich wieder im Gleichgewicht. Die Postmenopause reicht etwa bis zum 65. Lebensjahr. Erst danach beginnt nach gynäkologischer Sichtweise das Alter.

Von vorzeitiger Menopause (Klimakterium praecox) spricht man, wenn die letzte Menstruation vor dem 40. Lebensjahr eintritt.

Übrigens, trotz der beträchtlich gestiegenen Lebenserwartung hat sich der Zeitpunkt der natürlich eintretenden Menopause in den letzten Jahrhunderten nicht wesentlich - nur um etwa 4 Jahre - nach hinten verschoben.

Wechseljahre - Zeit der Veränderung

Diese Lebensphase wird bei vielen Frauen auch durch wichtige Lebensereignisse flankiert.

Die Kinder verlassen das Elternhaus, nicht selten kommt es zu Konflikten in der Partnerschaft bis hin zur Trennung und die eigenen Eltern sind betagt, können pflegebedürftig werden oder sterben.

Frauen im Berufsleben müssen ihre Tätigkeit trotz eventuell starker klimakterischer Beschwerden bewältigen und leistungsfähig bleiben.

Diese Erfahrungen können Trauer, Verzweiflung und das Gefühl des Alleinseins auslösen.

Diese Veränderungen können aber auch als Chance gesehen werden. Die eigenen Bedürfnisse können neu festgelegt und gewonnene Freiräume genutzt werden.

Menopause – Bedeutung in verschiedenen Kulturkreisen

Dazu unser Sendungsgast emer. Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista: „In den romanischen Ländern gehört die Menopause einfach zum Leben dazu. Die alternden Frauen haben dort nicht weniger Einfluss, sondern eher mehr. Daher klagen die Frauen im Süden Europas auch weniger über Wechselbeschwerden. Bei uns und in Nordeuropa ist das Altern mit vielen Nachteilen im Beruf, auch in der Partnerschaft verbunden. Das Ansehen der Frau in der Gesellschaft steigt keineswegs mit dem Alter. Da kommt dann der Verlust der Fruchtbarkeit noch dazu, was von vielen Frauen mit dem Verlust der Weiblichkeit gleichgesetzt wird – was natürlich Unsinn ist.

Ein besonderes Extrem gibt es in den arabischen Ländern. Solange dort eine Frau noch menstruiert, ist sie unrein. Im Alter gewinnt sie an Einfluss und kann sich auch in den Männerkreisen aufhalten.

Bekannter Weise ist auch Japan ein Sonderfall. Dort sind alte Menschen hochangesehen. Das Alter ist dort also eine wertvolle Lebensphase.“

DIE HORMONELLEN URSACHEN FÜR DIE MENOPAUSE

In der Phase des Klimakteriums kommt es zu Funktionsveränderungen der Eierstöcke. Sie reagieren auf die Steuerungshormone FSH und LH nicht mehr so exakt wie die Jahrzehnte zuvor. Der LH-Stoß, der den Eisprung auslöst, unterbleibt immer häufiger. Ohne Eisprung kann auch kein Gelbkörper entstehen und damit wird die Progesteron-Produktion unregelmäßig und sinkt.

Außerdem verbraucht sich das Keimgewebe der Eierstöcke während der fruchtbaren Jahre weitgehend. Nach der Menopause enthalten die Eierstöcke nur noch etwa ein Prozent der zum Zeitpunkt der Geburt vorhandenen Eifollikel.

Da der Vorrat an Eizellen in den Eierstöcken zu Ende geht und das hormonproduzierende Gewebe langsam verkümmert, versiegt die Östrogenbildung zunehmend.

Übrigens, der Mangel an Progesteron wird dafür verantwortlich gemacht, dass viele menopausale Frauen einen hohen Blutdruck entwickeln.

Umstellungen auch im Gehirn

Gleichzeitig finden auch Veränderungen im Hypothalamus und in der Hirnanhangsdrüse statt. Als Reaktion auf die abnehmende Östrogenbildung schüttet die Hypophyse vermehrt Gonadotropine, vor allem FSH, aus.

Im Klimakterium finden also zahlreiche hormonelle Umstellungen im Körper einer Frau statt und es kann viele Jahre dauern, bis sich ein neues Gleichgewicht eingestellt hat. Außerdem kann es bei manchen Frauen auch zu einer Funktionssteigerung der Schilddrüse und der Nebennierenrinde kommen. Die dort produzierten Hormone haben ebenfalls weitreichende Wirkungen.

Viele Bereiche des Körpers verändern sich

Im Laufe der Wechseljahre verändern sich vor allem jene Organe, die durch Östrogen beeinflusst werden. Es kommt also an der Gebärmutter, der Vagina, der Vulva und den Brustdrüsen zu Rückbildungsprozessen.

Außerdem können zahlreiche vegetative Veränderungen auftreten, die die typischen klimakterischen Beschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Nervosität, Schlafstörungen, Herzrasen etc. bedingen.

Die häufigsten Symptome im Klimakterium

Folgende Beschwerden werden häufig angegeben: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Herzklopfen, Scheidentrockenheit, Schlafstörungen, Inkontinenz (unwillkürlicher

Harnabgang), Gelenksschmerzen, Schwankungen des sexuellen Verlangens, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und depressive Verstimmungen. Die Dauer dieser Beschwerden kann individuell sehr unterschiedlich sein. Manche Frauen nehmen die Wechselbeschwerden nur für einige Monate wahr, andere leiden mehrere Jahre darunter.

Nicht alle Frauen haben im Wechsel Beschwerden. Grob eingeteilt kann man sagen: Ein Drittel der Frauen leidet unter stärkeren Beschwerden, ein Drittel spürt nur leichte Anzeichen des Wechsels und ein Drittel der Frauen bleibt völlig beschwerdefrei.

Gesundheitsrisiken nach der Menopause

Das Nachlassen der Östrogenproduktion kann zu Osteoporose (Knochenschwund) führen. Die vom Körper einer Frau selbst produzierten Östrogene haben auch eine Schutzfunktion auf die Blutgefäße. Nach der Menopause steigt das Risiko der Atherosklerose-Entstehung und die damit verbundenen Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) nehmen zu.

Und nicht zuletzt wirkt sich die veränderte Hormonsituation auf Schleimhäute, Haut, Haare und die Figur aus.

In vielen Ländern, so auch in Deutschland und Österreich, existierten bislang keine aktuellen Leitlinien zur Hormontherapie.

Daher hat die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe gemeinsam mit 19(!) anderen medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen einen interdisziplinären Konsensus erstellt, der im September 2009 veröffentlicht wurde.

DIE EMPFEHLUNGEN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE

Die folgenden Kapitel bis zum Ende dieser Infomappe basieren auf:

Kurzfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/03-S3-Leitlinie%20HT%202009_DGGG_Kurzversion.pdf

Es gilt der Grundsatz: Falls Hormone eingesetzt werden, dann in der niedrigst wirksamen Dosis und so kurz wie möglich.

Eigentlich nur in drei Fällen empfohlen

Die restriktiven Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie empfehlen Hormone nur in folgenden Situationen:

- Hitzewallungen und die Veränderungen der Vaginal-Schleimhaut können am effektivsten durch Östrogene behandelt werden. Wird Östrogen nur lokal in der Scheide angewendet, führt dies zu keinem erhöhten Brustkrebsrisiko. Auch das synthetische Hormon Tibolon wirkt gegen die Hitzewallungen und zieht ebenfalls keine Erhöhung der Brustkrebsrisikos nach sich.
- Frauen, die aufgrund einer starken Osteoporose ein hohes Risiko für Knochenbrüche haben, und die die anderen zur Verfügung stehenden Substanzen nicht vertragen, können auch Hormone zur Prophylaxe der Osteoporose einnehmen. Allerdings sollte eine genaue Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.
- Falls Frauen bereits sehr früh in die Menopause gelangen und Beschwerden haben, kann eine Hormontherapie bis zum Erreichen des durchschnittlichen Menopause-Alters durchgeführt werden.

Nun zu den Empfehlungen im Einzelnen.

HITZEWALLUNGEN UND CO.

Hitzewallungen und vaginale Trockenheit sind häufig berichtete Beschwerden. Schon etwas weniger häufig klagen Frauen im Wechsel über Schlafstörungen, verschiedene körperliche Beschwerden, Harnwegsbeschwerden, sexuelle Probleme, Stimmungsänderungen etc.

Die Empfehlung

Östrogene sind wirksam zur Behandlung von Hitzewallungen. In Frage kommen konjugierte equine Östrogene, orales 17 β -Östradiol und transdermales 17 β -Östradiol. Diese Substanzen vermindern Hitzewallungen in vergleichbarer Weise. Eine zusätzliche Behandlung mit Gestagen beeinträchtigt die Wirkung von Östrogenen hinsichtlich der Hitzewallungen und Schweißausbrüche nicht. Auch die Substanz Tibolon ist zur Behandlung von Hitzewallungen geeignet.

In punkto Verbesserung der Lebensqualität ergibt sich kein einheitliches Bild: Frauen, die mit unterschiedlichen Östrogenen bzw. Östrogen-Gestagen-Kombinationen

behandelt worden sind, berichten sowohl über positive und negative Effekte, als auch über das Fehlen von Effekten auf die Lebensqualität.

Vor dem Beginn der Behandlung sind im individuellen Fall immer die in der Leitlinie dargestellten möglichen Nutzen und Risiken zu beachten und abzuwägen.

EMPFEHLUNGEN FÜR BESCHWERDEN IM GENITALBEREICH

Schrumpfung und Rückbildungsprozesse von Vagina und Vulva

Etwa jede dritte Frau leidet im und nach dem Wechsel unter Veränderungen im Bereich der Scheide. Trockenheit und die Abnahme der Elastizität des Scheidengewebes stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit der sinkenden Östrogenproduktion. Daher können in diesem Fall Hormone eine Hilfe darstellen. Daher kommt die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu folgendem Schluss: Eine systemische (mit Tabletten) bzw. eine lokale Anwendung von Östrogen verhindert die vaginalen Schrumpfungsprozesse bzw. führt zu deren Rückbildung. Eine niedrig dosierte lokale Östrogentherapie ist gleich effektiv wie eine mit Pillen, Pflastern etc.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie ist zur Vermeidung und/oder Behandlung der Vaginalatrophie geeignet. Wenn eine symptomatische Vaginalatrophie der einzige Grund für eine Therapie ist, soll eine lokale vaginale Östrogenanwendung empfohlen werden.

Bessern Hormone eine Harninkontinenz?

Ältere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass eine Östrogentherapie eine Harninkontinenz verbessern bzw. heilen kann. Dies galt insbesondere für die so genannte Urge-Inkontinenz. Charakteristisch für diese Form der Harninkontinenz ist der kaum zu unterdrückende Harndrang, der eben zu einem unfreiwilligen Verlust von Urin führt. Sobald die Betroffenen einen Harndrang wahrnehmen, müssen sie so rasch wie nur möglich zur Toilette, sonst „geschieht das Unglück“.

Auch hier konterkarieren die neuen Studienergebnisse geradezu die „alten“ Empfehlungen. Denn unter Einbeziehung der Daten von Women's Health Initiative Studie (WHI) und Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) gelangen die neueren systematischen Reviews zu dem Ergebnis, dass eine orale Hormontherapie das Risiko für das Auftreten einer Harninkontinenz sogar erhöht bzw. eine bestehende Inkontinenz verschlechtert.

Andere Maßnahmen sind viel wirksamer: Eine Reihe von physiotherapeutischen, operativen und nicht hormonellen medikamentösen Therapien können erfolgreich eingesetzt werden. Eine lokale Östrogentherapie hingegen wird häufig als Zusatzmaßnahme beispielsweise einer operativen Therapie durchgeführt.

Die Empfehlung

Die Einnahme von Hormontabletten (orale Hormontherapie) hat einen negativen Effekt auf die Harninkontinenz. Ein eindeutiger positiver Effekt einer lokalen und transdermalen Therapie konnte nicht gezeigt werden. Daher sollte zur Therapie der Harninkontinenz keine orale Hormontherapie empfohlen werden. Zur Therapie der Harninkontinenz stehen andere Medikamente und sonstige Therapieverfahren mit nachgewiesener Wirkung zur Verfügung.

HORMONE GEGEN IMMER WIEDERKEHRENDE HARNWEGSINFEKTE?

Auch hier findet man einen Unterschied betreffs der Art der Hormonanwendung! Hormonpillen (orale Hormontherapie) hatten in Studien keine Wirkung hinsichtlich des Auftretens von Harnwegsinfekten. Allerdings führte die lokale, vaginale Östrogenbehandlung mit Cremes, Zäpfchen etc. – belegt durch einige kleinere und methodologisch heterogene Studien - zu einer signifikanten Reduktion von Harnwegsinfekten.

Die Empfehlung

Eine orale Hormontherapie ist zur Prävention immer wiederkehrender Harnwegsinfekte nicht geeignet. Eine lokal in der Scheide angewendete Östrogenbehandlung ist wirksam.

EMPFEHLUNGEN ZU HORMONTHERAPIE UND HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

In diesem Bereich gab es ja die größten Irrtümer. Die Hormontherapie schützt die Gefäße der Frau nicht, sie kann ihnen unter Umständen sogar schaden.

Koronare Herzkrankheit – Atherosklerose der Herzkranzgefäße

Auch hier sind die Aussagen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie eindeutig: Eine Hormontherapie ist bei Frauen jeglichen Alters nicht zur Verhinderung der koronaren Herzkrankheit geeignet.

Auch wenn bereits eine koronare Herzkrankheit besteht, kann eine Hormontherapie vor weiteren Ereignissen nicht schützen.

Dafür stehen andere Strategien zur Verfügung, deren Wirksamkeit bewiesen ist.

Möglicherweise gibt es einen Vorteil hinsichtlich der Verkalkung der Herzkranzgefäße, wenn die Hormontherapie früh begonnen wird – die Datenlage ist aber nicht hieb- und stichfest.

Insbesondere für ältere bzw. bereits kardiovaskulär erkrankte Frauen besteht am Beginn einer Hormontherapie sogar ein erhöhtes Risiko für weitere Gefäßereignisse. Eine systemisch wirksame Hormontherapie, also mit z.B. Hormontabletten, sollte daher gerade bei älteren Frauen (über 60 Jahre) nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abschätzung und unter Berücksichtigung der Risikofaktoren begonnen werden.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie ist nicht zur Primär- oder Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit geeignet. Dazu stehen andere Strategien zur Verfügung, deren Wirksamkeit bewiesen ist.

Hormone und Schlaganfallrisiko

Hier fällt die Bilanz besonders ernüchternd aus, denn eine Hormontherapie erhöht das Risiko für einen Schlaganfall.

Die Empfehlung

Wenn es um den Einsatz von Hormonen geht, sollte dieses Risiko in einer Nutzen-Risiko-Abwägung immer beachtet werden, insbesondere bei älteren Frauen.

Venöse Thrombosen

Eine Hormontherapie erhöht das Risiko für venöse Thrombosen und Lungenembolien, besonders im ersten Jahr der Einnahme und bei Vorliegen von Risikofaktoren wie z.B. angeborenen Gerinnungsstörungen.

Dieses Risiko ist etwas geringer, wenn die Hormone über die Haut, der Fachaussdruck dafür ist transdermal, verabreicht werden.

Die Empfehlung

Das erhöhte Risiko für Thrombosen-Entstehung in den Venen muss in die Nutzen-Risiko-Abwägung einer Hormontherapie eingehen, wobei das Risiko während des ersten Jahres besonders hoch ist und sich bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren für venöse Thrombosen zusätzlich erhöht.

HORMONWIRKUNGEN AUF DIE HAUT

Alterungsprozesse der Haut

Auch hier hält sich hartnäckig der Irrglaube, eine Hormontherapie mit Pillen könnte eine Abmilderung der Alterungsprozesse der Haut erreichen. Dies ist nicht belegt. Östrogenhaltige Salben an den Problemzonen im Gesicht könnten unter Umständen angewendet werden. Größerflächige Anwendungen sollten aber unterbleiben.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie ist nicht indiziert, um die Alterungsprozesse der Haut abzumildern.

Vermännlichungs-Erscheinungen an der Haut

Durch die sinkenden Spiegel der weiblichen Hormone kann es bei manchen Frauen zu dem optisch sehr störenden vermehrten Haarwuchs an unerwünschten Stellen wie im Gesicht oder am Oberkörper kommen. Auch in diesem Fall sind Hormone leider ungeeignet, um die Androgenisierungserscheinungen der Haut, wie Haarausfall am Kopf, Lippenbart, Behaarung der Brüste, Oberschenkelbehaarung etc. zu verhindern.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie ist nicht indiziert, um Androgenisierungserscheinungen der Haut abzumildern.

ERKRANKUNGEN DER GALLENBLASE UND -GÄNGE

Die Hormontherapie hat – so haben die Studien der letzten Jahre ergeben – auch ganz konkrete negative Auswirkungen. So erhöht eine Hormontherapie das Risiko für Gallenwegserkrankungen. Dies ist im Wesentlichen auf die Östrogenkomponente

zurückzuführen. Das Risiko ist unter transdermaler (über die Haut verabreichte Hormone) Therapie wahrscheinlich weniger stark erhöht.

Die Empfehlung

Bei der Nutzen-Risiko-Abwägung einer Hormontherapie ist das erhöhte Risiko für Erkrankungen der Gallenwege mit einzubeziehen.

VERBESSERN HORMONE KOGNITIVE FÄHIGKEITEN?

Über viele Jahre wurde angenommen, dass die Hormonersatztherapie auch günstige Auswirkungen auf die Gehirnleistungen haben könnte.

Die Auswertung der Studiendaten brachte hier eine weitere Enttäuschung.

Weder eine Östrogenbehandlung noch eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie hat das Nachlassen der geistigen Funktionen bei älteren postmenopausalen Frauen verhindert - weder als kurzzeitige noch als längerfristige Therapie. Die Beweislage ist nicht ausreichend, um einschätzen zu können, ob spezielle Formen der Hormontherapie einen Nutzen haben könnten.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie soll nicht zur Verringerung kognitiver Beeinträchtigungen bei postmenopausalen Frauen empfohlen werden.

Kann Hormontherapie die Entwicklung einer Demenz verhindern?

Auch hier gibt es einige Studien, die positive Effekte finden konnten. Die großen Studien hingegen konnten keine Vorteile sichtbar machen.

Bei Frauen mit der Diagnose einer milden bis mäßigen Alzheimer-Demenz konnte kein signifikanter Unterschied zwischen einer einjährigen Östrogentherapie und Placebo im Bezug auf das Gesamtbild der Alzheimer-Demenz gezeigt werden.

Eine kombiniert kontinuierliche Hormontherapie erhöht sogar das Risiko einer Demenz für Frauen im Alter über 65 Jahren.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie zeigt keinen Nutzen in Bezug auf Demenzsymptome bei Frauen mit Alzheimer. Daher kann eine Hormontherapie nicht zur Verringerung des Risikos einer Demenz empfohlen werden.

HORMONTHERAPIE UND KREBSERKRANKUNGEN

Zunächst die gute Nachricht: Frauen, die eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie einnahmen, haben ein geringeres Risiko für die Entwicklung von Dickdarmkrebs. Warum das so ist, weiß man nicht. Als Schutzmaßnahme gegen Dickdarmkrebs ist eine Hormontherapie allerdings nicht zu empfehlen.

Hormontherapie und Brustkrebsrisiko

Eine Östrogen-Gestagen-Therapie erhöht das Brustkrebsrisiko. Die Risikoerhöhung zeigte sich ab einer Anwendungsdauer von fünf oder mehr Jahren. Eine reine Östrogentherapie dürfte weniger gefährlich in Hinblick auf das Brustkrebsrisiko sein. Nach Absetzen einer Hormontherapie sinkt das Risiko und ist nach wenigen Jahren nicht unterschiedlich zu dem von Frauen, die niemals eine Hormontherapie angewendet haben.

Die Empfehlung

Die Erhöhung des Brustkrebsrisikos muss in die Nutzen-Risiko-Bewertung der Hormontherapie eingehen.

Hormone und Krebs des Gebärmutterkörpers (Endometriumkarzinom)

Werden nur Östrogene verabreicht, erhöht dies das Risiko, dass ein Endometriumkarzinom auftritt. Eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie mit mindestens zehn-, besser zwölf-tägiger Gestagenanwendung pro Behandlungsmonat tut dies nicht.

Die Empfehlung

Eine Östrogentherapie soll nur bei Frauen ohne Gebärmutter durchgeführt werden. Eine kombinierte Östrogen-Gestagen-Therapie bei Frauen, die ihre Gebärmutter noch haben, soll eine mindestens zehntägige Gestagenanwendung pro Behandlungsmonat enthalten.

Hormone und Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

Eine Hormontherapie erhöht das Ovarialkarzinomrisiko. Inwieweit Unterschiede zwischen einer reinen Östrogentherapie und einer kombinierten Östrogen-Gestagen-Therapie bestehen, ist unklar.

Die Empfehlung

Die Erhöhung des Ovarialkarzinomrisikos muss in die Nutzen-Risiko-Bewertung einer Hormontherapie eingehen.

Hormontherapie nach Krebserkrankungen

Besonders sorgsam muss der Einsatz von Hormonen bedacht werden, wenn eine Frau bereits eine Krebserkrankung aufweist.

So zeigte sich in einer jüngeren randomisierten Studie, dass Frauen mit Brustkrebs unter einer Hormontherapie ein deutlich erhöhtes Risiko für ein Wiederauftreten des Karzinoms (Rezidiv) haben.

Zur Bewertung des Risikos der Hormontherapie nach Endometrium-, Ovarial- und kolorektalen Karzinomen liegen nur einige Beobachtungsstudien vor. Diese zeigen kein erhöhtes Rezidivrisiko unter Anwendung einer Hormontherapie. Die Fallzahlen sind zu gering, um zuverlässige Aussagen zur Sicherheit der Hormontherapie nach Behandlung der oben angegebenen Malignome zu machen. Zu anderen Krebserkrankungen und den Auswirkungen einer Hormontherapie können aufgrund fehlender Daten keine Aussagen gemacht werden.

Die Empfehlung

Eine Hormontherapie ist nach behandeltem Brustkrebs kontraindiziert.

ANLAUFSTELLEN

Institut für Frauen- und Männergesundheit in Wien

Bastiengasse 36-38

A-1180 Wien

Tel.: +43/1/47 615 - 5771

Homepage: <http://www.fem.at/>

FEM Süd Frauengesundheitszentrum

Kaiser Franz Josef Spital

Kundratstraße 3

A-1100 Wien

Tel.: +43/1/60 191 - 5201

Homepage: <http://www.fem.at/>

Frauengesundheitszentrum Graz

Joanneumring 3

A-8010 Graz

Tel.: +43/316/83 79 98

Homepage: <http://www.fgz.co.at/>

Frauengesundheitszentrum ISIS

Alpenstraße 48

A-5020 Salzburg

Tel.: +43/662/44 22 55

Homepage: <http://frauengesundheitszentrum-isis.at>

Frauengesundheitszentrum Kärnten GmbH

Völkendorfer Straße 23

A-9500 Villach

Tel.: +43/4242/53 0 55

Homepage: <http://fgz-kaernten.at>

Linzer Frauengesundheitszentrum

Kaplanhofstraße 1

A-4020 Linz

Tel.: +43/732/77 44 60

Homepage: <http://www.fgz-linz.at/>

QUELLEN UND LINKS

Kurzfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/03-S3-Leitlinie%20HT%202009_DGGG_Kurzversion.pdf

Langfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/2-1-4-ht-lang-hp1.pdf

Information der Gemeinde Wien: „Wechseljahre und Hormonersatztherapie“

<http://www.diesie.at/frauengesundheit/wechseljahre.html>

Gespräch mit Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser über Nutzen und Risiken der Hormonersatztherapie

http://www.rosenfluh.ch/images/stories/publikationen/arsmedici/2008-13.pdf/12_Int_Muehlhauser_13.08.pdf

Allgemeine Informationsseite

<http://www.in-menopause.de/index.html>

Deutsche Menopause Gesellschaft

<http://www.menopause-gesellschaft.de/start2.htm>

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

<http://www.oeggg.at/>

Journal für Gynäkologische Endokrinologie

<http://www.kup.at/journals/gynaekologie/index.html>

Diskussion zum Thema Hormonersatztherapie zwischen Mag. Sylvia Groth und Prof. Dr. Markus Metka

<http://diestandard.at/2625468/Pro--Contra-Hormonersatztherapie>

Medien-Seminar: „Die neue Hormonersatztherapie“

<http://www.v-p-c.at/hrt09.html>

BROSCHÜREN ZUM DOWNLOADEN

Kurzfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/03-S3-Leitlinie%20HT%202009_DGGG_Kurzversion.pdf

Langfassung Leitlinie „Hormontherapie (HT) im Klimakterium und in der Postmenopause“ der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/2-1-4-ht-lang-hp1.pdf

Hormonersatztherapie (HET) – Guidelines für die Schweiz

Bodmer C, Steimann S, Schiessl K, De Geyter Ch, Imthurn B, Birkhäuser M
Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3 (2)
<http://www.kup.at/kup/pdf/8080.pdf>

BUCHTIPP

Elisabeth Tschachler

„Konsument“ Ratgeber: Wechseljahre

Verein für Konsumenteninformation

ISBN 978-3-902273-85-7

SENDUNGSGÄSTE

In der Sendung Radiodoktor – Medizin und Gesundheit vom 30. November 2009 waren zu Gast:

Dr. Sibylle Okresek, niedergelassene Gynäkologin

Kreuzgasse 73

A-1190 Wien

Tel.: +43/1/470-38-18

E-Mail: okresek-gyn@inode.at

Homepage: www.okresek.at

Emer. Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista, Gynäkologe in Wien

Höfergasse 3/6

A-1090 Wien

Tel.: +43/1/406 24 72

E-Mail: ernst.kubista@meduniwien.ac.at