



Frauenarztpraxis
am Kesselbrink

Dres. de Haan, Földi und Kolleginnen

Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe

Friedrich-Ebert-Str. 13

33602 Bielefeld

Sparkasse Bielefeld

IBAN: DE86 4805 0161 0044 2007 64

BIC: SPBIDE3BXXX

Aufklärungsbogen: Hormonersatztherapie (HRT)

Die Hormonersatztherapie dient dem Zweck Wechseljahresbeschwerden zu behandeln. Zu diesen Beschwerden gehören vor allem Hitzewallungen und Schweißausbrüche. Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen, Ängste, sexuelle Probleme und Gelenkbeschwerden sind Symptome, deren Zusammenhang mit den hormonellen Veränderungen nicht eindeutig belegt ist, aber auch nicht ausgeschlossen werden kann.

Ursache für Wechseljahrsbeschwerden ist die fortschreitende Abnahme der im Eierstock gebildeten Hormone. Dabei kommt es hormonellbedingt häufig zu unregelmäßigen vaginalen Blutungen.

Circa ein Drittel der Frauen hat keine Wechseljahresbeschwerden, ein weiteres Drittel hat leichte und ein Drittel starke Beschwerden. Die Beschwerden halten im Mittel 7 Jahre an und können bei wenigen Frauen auch nach 10 Jahren noch nachweisbar sein.

Eine Verordnung sollte nur erfolgen, wenn die Beschwerden den Alltag stark einschränken.

Grundsätzlich kann zwischen einer hormonellen, nicht-hormonellen und nicht- pharmakologischen Behandlung unterschieden werden.

Die hormonelle Behandlung umfasst Hormonersatztherapien in Form von Pflastern, Sprays, Gelen, Tabletten, Zäpfchen und der Spirale. Die Medikamente enthalten die weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und/oder Gestagen. Die nicht-hormonelle Behandlung umfasst frei-verkäufliche Präparate wie Isoflavone und Cimifuga-Präparate ein. Die nicht-pharmakologische Therapie umfasst beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie.

Frauen, die noch Gebärmutter haben, erhalten eine HRT mittels Östrogen und Gestagen. Frauen ohne Gebärmutter erhalten lediglich ein Östrogen. Das Gestagen dient dem Schutz der Gebärmutter Schleimhaut vor einem zu starken Aufbau und sollte für 10-12 Tage während des Monats eingenommen werden.

Die HRT kann ohne Pause, also ohne Auslösen einer vaginalen Blutung (v.a. Postmenopause – diese beginnt 12 Monate nach dem Auftreten der letzten Regelblutung), oder mit Pause (v.a. Perimenopause (Übergangsphase)) erfolgen.

Frauen in der Peri- und Postmenopause sollen auch über Verhütung informiert werden. Sie ist bei Frauen im Alter von über 50 Jahren für die Dauer von 1 Jahr nach der letzten Regelblutung, bei Frauen unter 50 Jahren für die Dauer von 2 Jahren nach der letzten Regelblutung notwendig.

Die Frequenz der Hitzewallungen pro Woche lässt sich durch jede Form der HRT um 75% reduzieren.

Nicht alle Frauen haben Wechseljahresbeschwerden. Grundsätzlich haben Frauen nach den Wechseljahren häufiger Beschwerden als Frauen vor den Wechseljahren. Im Rahmen der SWAN-Studie konnte gezeigt werden, daß der Zeitraum in dem Frauen häufige Hitzewallungen wahrnehmen (> 6 Tage in den vergangenen 2 Wochen) ca. 7 Jahre umfasst. Starten diese Beschwerden bereits vor den Wechseljahren, halten diese Beschwerden meist auch länger an, als wenn die Beschwerden erst nach den Wechseljahren beginnen.

In den Bereich der nicht-hormonellen Präparate gehört u.a. Cimifuga (Traubensilberkerze). Die Wirksamkeit dieser Präparate in Bezug auf die Linderung von Wechseljahresbeschwerden ist ungewiss.

Auch die Phytoöstrogene (Sojamilch, Sojamehl, Rotkleextrakt, Leinsamenextrakt, Genistein) gehören zu der nicht-hormonellen Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden. Phytoöstrogene scheinen die Frequenz von Hitzewallungen zu reduzieren, nicht aber die Frequenz nächtlicher Schweißausbrüche.

Daneben vermag auch Johanniskraut die Frequenz von Hitzewallungen zu reduzieren, insbesondere für Frauen nach einer Brustkrebserkrankung ist Johanniskraut eine Behandlungsmöglichkeit.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Anwendung von Akupunktur, Tiefenentspannung und kognitiver Verhaltenstherapie.

Verschreibungspflichtige Psychopharmaka, SSRI's (Selektive-Serotonin-Rezeptor-Inhibitoren) und SNRI's (Selektive-Noradrenalin-Rezeptor-Inhibitoren) führen auch zu einer Reduktion von Wechseljahrsbeschwerden.

Wirkungen und Nebenwirkungen einer HRT

Mögliche Nebenwirkungen einer HRT umfassen Brustspannen, Ödeme, Gelenkschmerzen und psychische Symptome.

In der folgenden Tabelle zeigen sich das häufigere und seltenere Auftreten von Erkrankungen unter einer ÖPT (Östrogen-Progesteron-Therapie) und ÖT (Östrogen-Therapie) in Tablettenform:

Tabelle 20: Geschätzte Ereignisrate für Zunahme (Schaden) oder Abnahme (Nutzen) pro 10.000 Frauenjahre unter einer Behandlung mit Östrogenen und Gestagenen (EPT) bzw. mit Östrogenen (ET)

Ereignis	Differenz der Ereignisse pro 10.000 Frauenjahre (95% Konfidenzintervall)*	
	EPT oral	ET oral**
Invasiver Brustkrebs	9 (1 bis 19)	-7 (-14 bis 0,4)
Koronare Herzerkrankung	8 (0 bis 18)	-3 (-12 bis 8)***
Schlaganfall	9 (2 bis 19)	11 (2 bis 23)***
Venöse Thromboembolie (einschließlich Lungenembolie)	21 (12 bis 33)	11 (3 bis 22)***
Demenz (wahrscheinlich)	22 (4 bis 53)	12 (-4 bis 41)
Gallenblasenerkrankung	21 (10 bis 34)	30 (16 bis 48)
Harninkontinenz	876 (606 bis 1168)	1261 (880 bis 1689)
Darmkrebs	-6 (-9 bis -1)	2 (-3 bis 10)
Eierstockkrebs	2 (-1 bis 6)	Keine Daten
Lungenkrebs	1 (-4 bis 7)	1 (-4 bis 8)
Knochenbrüche (Osteoporose)	-44 (-71 bis -13)	-53 (-69 bis -39)
Diabetes	-14 (-24 bis -3)	-19 (-34 bis -3)
Gesamtsterblichkeit	1 (-9 bis 12)	1 (-10 bis 14)

Die transdermale (über die Haut) Verabreichung der Östrogene hat, anders als die Einnahme in Tablettenform, kein erhöhtes Thrombose- und Schlaganfallrisiko.

Im Folgenden gehen wir auf einige Ereignisse genauer ein:

Belastungs- Harninkontinenz

Eine vaginale ÖT kann eine Harninkontinenz bei postmenopausalen Frauen verbessern.

Patientinnen sollen vor einer systemischen ÖT/ÖPT darüber informiert werden, dass diese zum Auftreten oder zur Verschlechterung einer Harninkontinenz führen kann.

Beckenbodentraining wird empfohlen.

Dranginkontinenz

Eine systemische HRT kann eine vorhandene Harninkontinenz verschlechtern. Eine vaginale ÖT kann bei überaktiver Blase (OAB) angeboten werden.

Rezidivierende HWI

Bei rezidivierenden Harnwegsinfekten postmenopausaler Frauen sollte vor Beginn einer antibiotischen Langzeitprävention eine vaginale ÖT durchgeführt werden.

Thrombose (Blutgerinnsel)

Das Thromboserisiko unter oraler ÖT und ÖPT ist erhöht, dieses gilt nicht für die transdermale Applikation. Das Risiko verdoppelt sich durch eine HRT um etwa zwei Fälle pro 1000 behandelte Frauen pro Jahr – sollten Risikofaktoren bzgl. des Auftretens einer Thrombose, wie z.B. Übergewicht oder eine FaktorV-Leiden-Mutation vorliegen, sollte die HRT transdermal (z.B. als Gel über die Haut) verabreicht werden.

Zerebrovaskuläre Ereignisse (Schlaganfall)

Eine orale ÖPT erhöht das Risiko für ischämische zerebrovaskuläre Ereignisse möglicherweise, nicht aber eine transdermale ÖT.

Es gibt Hinweise, daß das kardiovaskuläre Risiko, bei Beginn der HRT in den ersten 10 Jahren nach der Menopause, vermindert ist!

Osteoporose (Verminderung der Knochenmasse)

Eine HRT führt zu einer deutlichen Erniedrigung für das Risiko für Osteoporose-bedingte Frakturen.

Brustkrebs

Tabelle 15: Absolutes Brustkrebsrisiko für unterschiedliche Formen der HRT: Unterschiede der Brustkrebsinzidenz pro 1.000 postmenopausale Frauen in 7,5 Jahren (95%, CI)

HRT-Typ	Studien-Typ	Current Use
ET	RCT	4 weniger (-11 bis +8)
	Beobachtungsstudie	6 mehr (1-12)
EPT	RCT	5 mehr (-4 bis 36)
	Beobachtungsstudie	17 mehr (14 bis 20)

*Bei Grundrisiko im UK über 7,5 Jahre 22,48 pro 1.000 Frauen (adaptiert nach <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-pdf-559549261>)

Brustkrebs in der persönlichen Vorgeschichte

Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind oder waren, sollen keine Östrogene, keine Gestagene, kein Tibolon und keine Phytoöstrogene (z.B. Isoflavone, Genistein, Rheum rhapontikum, Rotklee) zur Behandlung ihrer vasomotorischen Symptome bekommen.

Akupunktur, Kognitive Verhaltenstherapie, Johanniskraut (Cave Interaktionen mit Docetaxel, Antikoagulantien und Midazolam) stellen nach dem heutigen Wissensstand sichere Behandlungsansätze dar, weil sie keine östrogenartige Wirkung entfalten. Bei Cimicifuga ist es umstritten, ob die Wirkung über Östrogenrezeptoren erfolgt oder nicht.

Die SSRI's (Selektive-Serotonin-Rezeptor-Inhibitoren) Paroxetin und Fluoxetin können die Wirkung von Tamoxifen möglicherweise beeinträchtigen.

Gebärmutterschleimhautkrebs

Bei Frauen mit vorhandener Gebärmutter muss eine HRT aus einem Östrogen und einem Gestagen bestehen. Das Gestagen dient dem Schutz der Vorbeugung eines Gebärmutterschleimhautkrebses. Die kontinuierlich-kombinierte Einnahme einer HRT bis zu einer Dauer von 5 Jahren geht mit einem verminderten Auftreten eines Gebärmutterschleimhautkrebses einher.

Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

Frauen, die eine HRT erwägen, sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine ÖT bzw. ÖPT das Ovarialkarzinomrisiko erhöhen können. Die Wirkung kann bereits bei Anwendungszeiten von unter 5 Jahren auftreten und reduziert sich nach Absetzen der Therapie. Absolut erhöht sich das Risiko um einen Fall bei 1000 Anwenderinnen.

Dickdarmkrebs

Frauen sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine HRT das Risiko für kolorektale Karzinome senken kann. Bei einer ÖPT treten gegenüber Nichtanwenderinnen statt 16 nur 10 Karzinome/ 10.000 Frauen/ Jahr auf.

Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge

Eine HRT (ÖGT und ÖT) erhöht das Risiko für Gallenwegserkrankungen (z.B. Gallensteine). Dieses gilt v.a. für Patientinnen mit Übergewicht und vorausgegangener Gallenwegsoperation, aber auch weniger für die transdermale Anwendung der HRT.

Sollten Sie Fragen zu der Hormonersatztherapie haben, sprechen Sie uns gerne an.