

FASTFACTS

Erkenntnisse aus der Post WHI-Studiendatenlage

Welche Frauen von einer menopausalen Hormontherapie (MHT) profitieren



Univ.-Prof. Dr. Doris Maria Gruber
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Wien

Frauen wünschen sich von ihren Wechseljahren einen möglichst unbeschwerten Übergang von den fertilen Jahren in die Zeit der Postmenopause. Sie möchten dabei unter wenig Beschwerden leiden, gesund und vital bleiben und auf ihre weiteren Lebensjahre körperlich gut vorbereitet sein. In vielen Fällen ist dies tatsächlich möglich. Allerdings leiden 70 Prozent aller Frauen an schweren bis mittelschweren Symptomen des menopausalen Formenkreises, die ihre Lebensqualität und Lebensfreude beeinträchtigen. Sie suchen deshalb ärztlichen Rat. Dabei geht es häufig auch um Fragen rund um eine menopausale Hormontherapie (MHT).

Zum Glück befindet sich die Mehrheit der medizinischen Community im Zeitalter der „Renaissance der MHT“. Die um die Jahrtausendwende aufgebrachten Ängste vor potentiellen Nebenwirkungen – dokumentiert in der englischsprachigen Fachliteratur – können mittlerweile durch gute Studiendaten und Erkenntnisse der letzten Jahre entkräftet werden. Diese neuen Informationen sind bei einem Großteil der Ärzteschaft bereits angekommen – noch nicht völlig gelegt hat sich jedoch die Verunsicherung der Patientinnen. Eine ausführliche Beratung in der gynäkologischen Praxis ist daher gewünscht und auch unbedingt erforderlich. Nachfolgend werden die häufigsten Fragestellungen behandelt.

Helfen Hormone überhaupt?

Die MHT ist die effektivste und kausalste Therapie bei schweren vasomotorischen Beschwerden. Dies ist in Studien nachzulesen (Evidenzlevel A) (1), wird von behandelnden Ärzten bestätigt und vor allem auch von betroffenen Frauen dankbar und zufrieden berichtet.

Was tun wenn ein Osteoporoserisiko vorliegt?

Auch hier sind die Daten klar: Östrogene sind potente Stimulatoren der Osteoblasten und Hemmer der Osteoklasten. Die Studien zur Therapie und Prävention der Osteoporose mittels MHT belegen

ausreichend die Wirkung, sofern die Frauen jünger als 60 Jahre sind oder sich innerhalb von zehn Jahren nach der Menopause befinden (Evidenzlevel A) (2). Bei osteoporosegefährdeten Frauen ist auch dann eine MHT angezeigt, wenn kaum klimakterische Beschwerden vorliegen, aber der Knochen Haupttherapieziel sein soll.

Wie ist die Datenlage zur Frage des thromboembolischen Risikos?

Das thromboembolische Risiko steigt mit dem Alter und wird von Lebensstilaspekten mitbeeinflusst. Beim Einsatz von MHT ist der Applikationsweg entscheidend: Nicht oral applizierte Östrogene sind lediglich mit einem geringen bis gar keinem thromboembolischen Risiko verbunden. Sie sollten bei Frauen mit erhöhtem thromboembolischem Risiko zur Anwendung kommen, die eine MHT benötigen (3). Bei oral verabreichten Hormonen sollte die metabolische Kapazität der Leber mitberücksichtigt werden (Induktion von Gerinnungsparametern). Dieser Aspekt fällt bei transdermaler Applikation partiell weg. Daher sollte diese bevorzugt zur Anwendung kommen.

Der weibliche Urogenitaltrakt

Diese Körperregion ist vor und während der Menopause eine oft problematische Region. Die Neigung zu Infekten sowohl in der Scheide als auch in der Blase steigt signifikant an, sodass man vom urogenitalen Syndrom der Menopause sprechen kann. Ursächlich ist der Östrogenmangel, der sich direkt an der Vaginalschleimhaut, aber auch in den darunter liegenden Schichten bemerkbar macht. Der Leidensdruck der Betroffenen ist groß. Die Neigung zu Harnwegsinfekten und häufigen vaginalen Irritationen sowie vermehrte Dyspareunie sind besonders belastend. Durch lokale Hormonapplikation kann effektiv Abhilfe gefunden werden (Evidenzlevel A) (4). Liegt der Fokus der menopausalen Beschwerden im urogenitalen Bereich, ist es nicht notwendig, eine systemische Therapie zu beginnen. Die Lokalthherapie hat sich bei vielen Frauen bewährt und ist meist als Östrogenmonotherapie ausreichend wirksam (5).

Atrophische Veränderungen

Hierbei ist nicht nur die urogenitale Schleimhaut betroffen, sondern sämtliche östrogenmangel-bedingten Veränderungen an ▶

den Schleimhäuten. Von klinischer Bedeutung sind dabei atrophische Veränderungen an der Kornea und den Konjunktiven. Auch die Tränenkanäle können betroffen sein und das Auge schmerzt unspezifisch. Der gesamte Gastrointestinaltrakt kann „austrocknen“, was als sehr unangenehm und schmerzhaft empfunden wird. Die epidermotrope Wirkung des Östrogens kann dabei Linderung herbeiführen.

Topische vaginale Hormontherapie

Betreffen die Beschwerden nur den Urogenitaltrakt, so macht es auch Sinn, nur diesen lokal zu behandeln. Das führt zu einer lokalen Verbesserung und minimiert gleichzeitig die Sorge um die „Gesamt-Hormonbelastung“. Als Östrogen eignet sich Östradiol oder Östriol. Je nach therapeutischer Zielsetzung erreicht man unterschiedliche Schichten des Epithels oder induziert sogar eine ultra-milde systemische Wirkung. Das vorrangige Ziel der lokalen Epithelbehandlung wird auf jeden Fall erreicht und darüberhinaus wird auch die vaginale Flora positiv beeinflusst.

Hormone und Krebsrisiko

Aus der aktuellen Datenlage lässt sich ableiten, dass Hormone eher nicht als Verursacher von Brustkrebs infrage kommen. Nach Einschätzung vieler internationaler Experten ist dieses Risiko – sofern es überhaupt durch Hormone besteht – als sehr gering

einzuschätzen: weniger als ein Fall zusätzlich pro 1.000 Patientinnen pro Jahr über eine Therapiedauer von fünf bis sechs Jahren.

Zu berücksichtigen ist, mit welcher Hormonkombination behandelt wird. Die topische Östrogentherapie ist einer systemischen Östrogen-/Gestagentherapie dabei überlegen (6). Ebenso spielt die Art des Gestagens bei einer kombinierten Therapie eine Rolle (1). Östrogene können abhängig vom umgebenden Gewebe hemmende oder fördernde Effekte auf das Zellwachstum haben. Diese werden noch zusätzlich modifiziert, wenn Gestagene mit im Spiel sind. Karzinogenese ist immer ein mehrjähriger Prozess, sodass bei ruhigem (nicht sympathikotonem) „environment“ Östrogene sogar die Apoptose induzieren und folglich onkoprotektiv wirken können (7,8).

Fazit

Der Konsens, der aus allen nachfolgenden Studien der Jahre nach „WHI 2002“ gefunden wurde ist, lautet: Es gibt ein optimales Zeitfenster für den Beginn einer MHT und dieses liegt innerhalb von zehn Jahren nach der letzten Blutung. Je kürzer die Menopause zurückliegt, umso effizienter kann mit einer MHT geholfen werden. Die Dosis, die Wahl des Hormons (Östrogen mit/ohne Progesteron) und der Applikationsweg sind wesentlich mitentscheidend für den Erfolg einer Therapie. Je älter die Patientin ist, um so vorsichtiger sollte bei der Therapieempfehlung vorgegangen werden.

Linadiol Estradiol-Emulsion

Topische Behandlung von vaginaler Atrophie bei postmenopausalen Frauen

- Linadiol Estradiol-Emulsion ist zur Behandlung von vaginaler Atrophie aufgrund von Östrogenmangel bei postmenopausalen Frauen indiziert (9).
- Die mittels beigelegtem Applikator einfach anwendbare Emulsion enthält 17 β -Estradiol (entspricht dem körpereigenen Estradiol) sowie Mandelöl (9).
- Ein randomisierter doppelblinder placebokontrollierter Parallelgruppenvergleich kam zu folgenden Ergebnissen (5):
 - rasche Regeneration des Vaginalepithels,
 - natürlicher Schutz vor pathogenen Keimen durch rasche Senkung des pH-Wertes und rasche Vermehrung der Laktobazillen,
 - signifikante Besserung der klinischen Symptome der vaginalen Atrophie,
 - gute Verträglichkeit.
- Linadiol Estradiol-Emulsion ist frei verschreibbar in der grünen Box (9).

FACHKURZINFORMATION: Linadiol Estradiol – Emulsion. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 g Emulsion enthält 0,10 mg Estradiol (entspricht 0,1033 mg Estradiol-Hemihydrat). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Triglyceride, Hostacerein T3, Cetylalkohol, Polysorbat, Propylenglycol, Mandelöl, Benzylalkohol, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von vaginaler Atrophie aufgrund von Estrogenmangel bei postmenopausalen Frauen. **Gegenanzeigen:** Linadiol Estradiol Emulsion sollte in folgenden Fällen nicht angewendet werden: bestehender oder früherer Brustkrebs bzw. ein entsprechender Verdacht, estrogenabhängiger maligner Tumor bzw. ein entsprechender Verdacht, nicht abgeklärte Blutung im Genitalbereich, unbehandelte Endometriumhyperplasie, frühere oder bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen, bekannte thrombophile Erkrankungen, bestehende oder erst kurze Zeit zurückliegende arterielle thromboembolische Erkrankungen, akute Lebererkrankungen oder zurückliegende Lebererkrankungen, solange sich die Leberfunktionstests nicht normalisiert haben, bekannte Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile, Porphyrie. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Urogenitalsystem und Sexualhormone, Estradiol. **ATC-Code:** G03CA03. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Tirol. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information:** 10/2014.

601137/102017