



Vor, während und nach
der Menopause



Autor

Dr. Catherine Waeber Stephan, Spezialistin in
Endokrinologie der Reproduktion, Clinique Générale Ste-Anne,
Rue Hans-Geiler 6, 1700 Fribourg



Auflage 2012 – Neuauflage 2014 – Aktualisierung 2019

Inhalt

1. Vor der Menopause	04 *
2. Die Prä- und die Perimenopause	08 *
3. Ist die Menopause eine schwierige Lebensphase?	10 *
4. Die menopausale Hormontherapie (MHT) oder welches Hormon zu welchem Zeitpunkt?	12 *
5. Warum sollten bioidentische Hormone verwendet werden?	14 *
6. Welche Verabreichungsmethode und welche Dosierung sind zu empfehlen?	16 *
7. Welche Risiken sind mit der menopausalen Hormontherapie (MHT) verbunden?	18 *
8. Aktualisierung	22 *

1. Vor der Menopause

Das Hauptziel der Ovarialfunktion besteht darin, die Fortpflanzung sicherzustellen, das heisst, Kinder zu bekommen. Von der Pubertät bis zur Prämenopause verläuft die Aktivität der Eierstöcke in einem Zyklus von etwa 28 Tagen. In den ersten 14 Tagen gewährleisten die Eierstöcke die Entwicklung der Eizelle (Oozyte) und des Follikels, der »Schale«, die die Oozyte umgibt und die alle erforderlichen Elemente für deren Reifung produziert, das heisst, die Androgene (männliche Hormone), die sich zu Östrogenen (weibliche Hormone) aromatisieren (verwandeln), die Wachstumsfaktoren, Glukose für Energie, usw. Zwischen dem 13. und 15. Tag des Zyklus (der 1. Tag ist der 1. Tag der Regelblutung), findet der Eisprung statt, das heisst, dass das Ei in den Eileiter gelangt, um dort von einem Spermium befruchtet zu werden oder nicht.

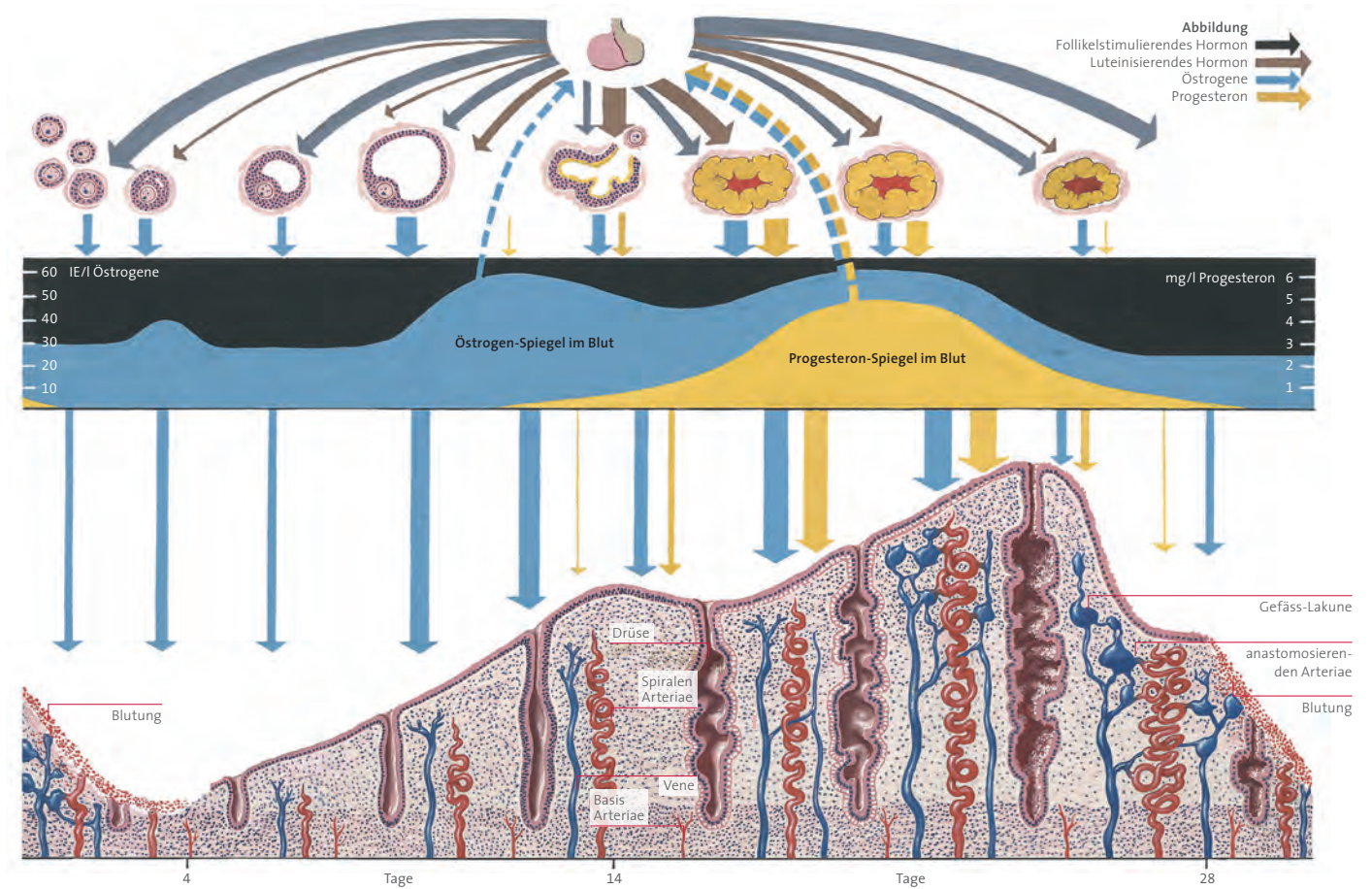
Nach dem Eisprung bleibt das Follikel im Eierstock und verwandelt sich in einen Gelbkörper (es hat eine gelbliche Farbe) und dieser Gelbkörper wird das Progesteron (das Schwangerschaftshormon) produzieren.

Falls das Ei befruchtet wird, falls es also zu einer Schwangerschaft kommt, entwickelt sich der Gelbkörper, der Progesteronwert im Blut steigt und die Ovarialfunktion wird über die Hypophyse (kleine Drüse unter dem Gehirn) gestoppt, damit keine weitere Schwangerschaft möglich ist. Hierbei handelt es sich um die empfängnisverhütende Wirkung von Progesteron.

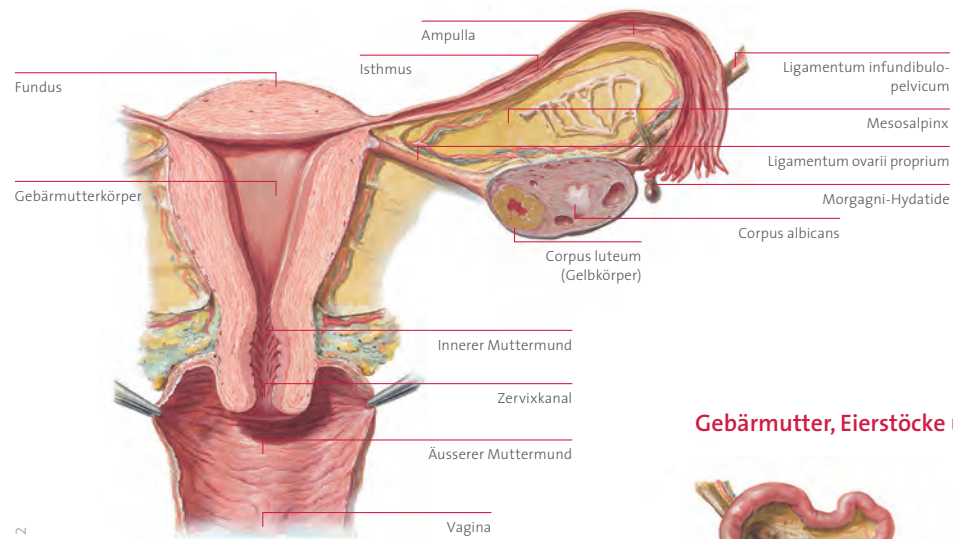
Falls keine Schwangerschaft eintritt, verkümmert der Gelbkörper (er schrumpft in sich zusammen), was zum Rückgang des Progesteronwerts führt, was der Hypophyse mitteilt, dass keine Schwangerschaft vorliegt, sodass die nächste Regelblutung (Menstruation) ausgelöst werden kann.

Der Gelbkörper produziert ausserdem Östrogene, die, falls ihr Wert abnimmt, Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Kopfschmerzen usw. auslösen können. Die Östrogene informieren auch die Hypophyse, dass sie den nächsten Zyklus anregen kann.

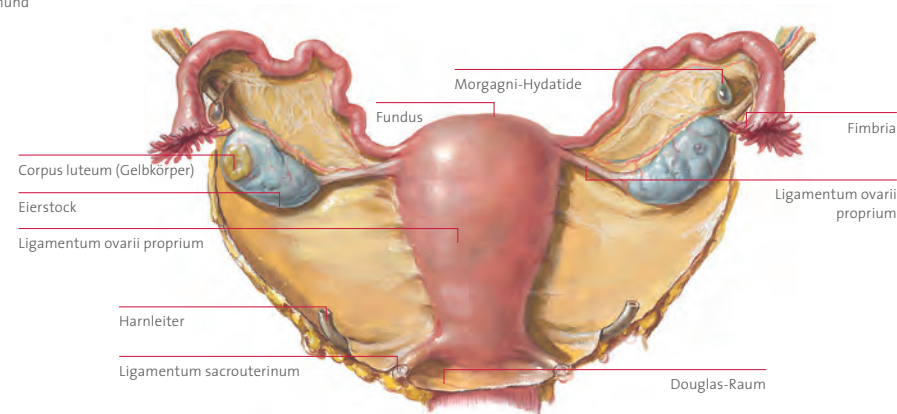
Hormonelle Regulation des Menstruationszyklus



Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter



Gebärmutter, Eierstöcke und Eileiter



Zusammengefasst, produzieren die Eierstöcke während der Fruchtbarkeit der Frau folgende Hormone:

Androgene (männliche Hormone), die sich grösstenteils in Östrogene (weibliche Hormone) verwandeln, die jedoch auch ihre »männlichen« Wirkungen auf die Libido und auf die Muskulatur ausüben.

Östrogene (weibliche Hormone), die sich auf zahlreiche Bereiche auswirken, darunter:

- Die Gebärmutter Schleimhaut (das Endometrium) mit einer Dicke von 2–10 mm, die sich in der Gebärmutter entwickelt, um die Einnistung der befruchteten Eizelle (Embryo) vorzubereiten.
- Die Brust, die sich in der Pubertät unter dem Einfluss der Östrogene entwickelt.
- Die weibliche Psyche.
- Die Umstrukturierung der Knochen, deren Erneuerung grösstenteils durch Östrogene gewährleistet wird.
- Das Herz-Kreislauf-System und die schützende Wirkung der Östrogene auf gesunde Arterien und gutes Cholesterin.

- Die Verteilung des Fettgewebes mehr in »Birnenform« (bei Frauen) als in »Apfelform« (bei Männern).
- Die Beschaffenheit der Haut, die Haare und die Körperbehaarung.
- Die Befeuchtung der Vagina und die Feuchtigkeitsversorgung der Schleimhäute.

Kurz gesagt, alles, was uns zu »Frauen« macht.

- Progesteron** (für die Schwangerschaft) stoppt die Proliferation der Gebärmutter Schleimhaut unter Östrogenwirkung und verändert sie, um den Embryo (die befruchtete Eizelle) aufzunehmen.
- Progesteron hat eine angstlösende, beruhigende Wirkung und wirkt Wassereinlagerungen leicht entgegen.
 - Der Rückgang des Progesteronwerts, 14 Tage nach dem Eisprung, falls keine Schwangerschaft eingetreten ist, löst die Regelblutungen (die Menstruation) aus, das heisst, die Abstoßung der Gebärmutter Schleimhaut, die nicht benötigt wird.

2. Die Prä- und die Perimenopause

Bei der Geburt liegt der Vorrat an Eizellen (Follikeln) in den Eierstöcken bei etwa einer Million; in der Pubertät bei 400'000! Dieser Eizellenverlust ist unvermeidlich und ab etwa 38 Jahren sinkt die Fruchtbarkeit drastisch, da Frauen zu einem Zeitpunkt »programmiert« wurden, als sie noch jung starben, und nicht »umprogrammiert« wurden, seit ihre Lebenserwartung ungefähr 85 Jahre beträgt.

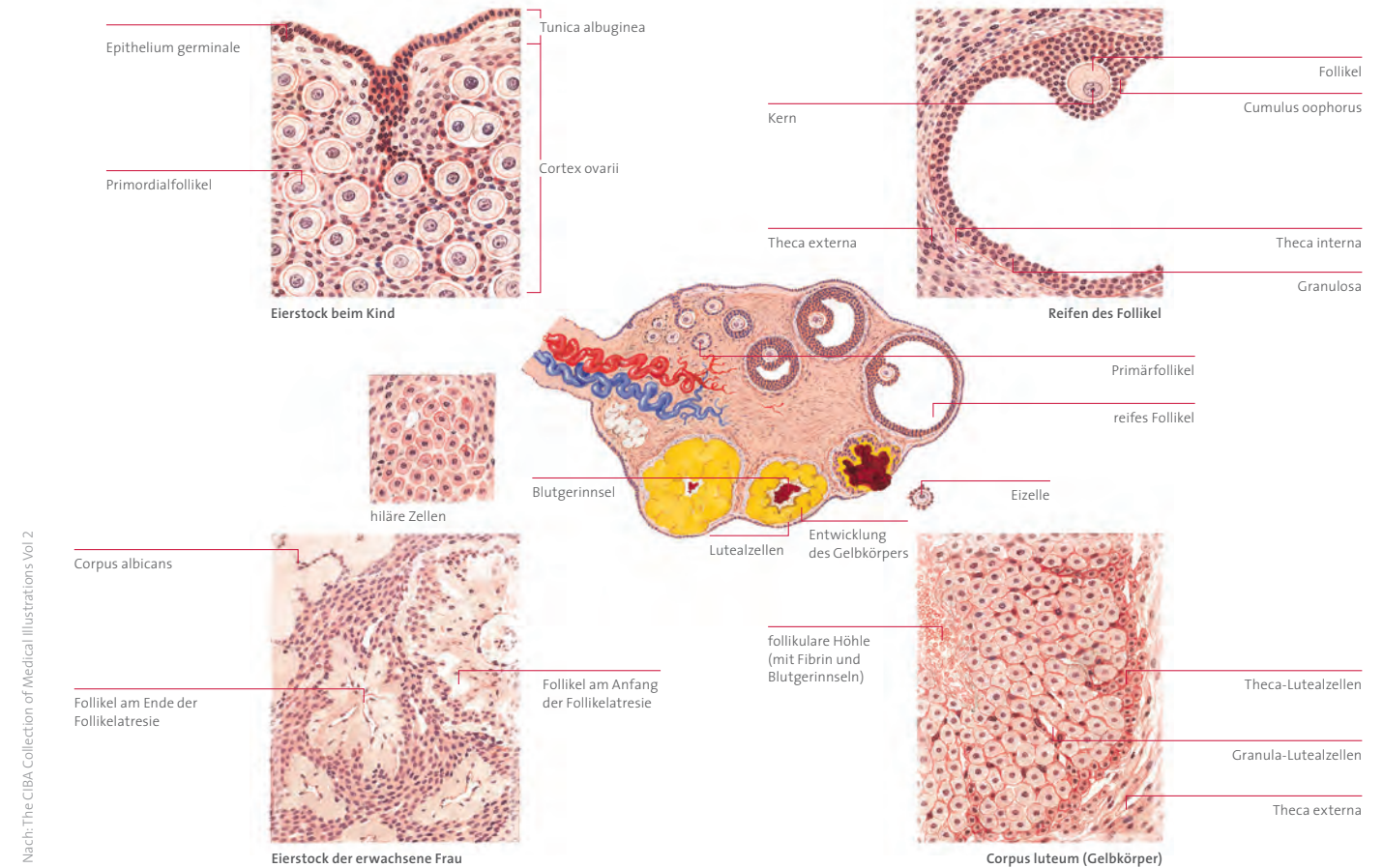
In einem Lebensalter von 40–50 Jahren neigt sich die Eizellenreserve ihrem Ende zu und mit ihr die Ausschüttung von Hormonen. Als erstes verschlechtert sich die Progesteronausschüttung des Gelbkörpers (luteale Insuffizienz), was zu einer Verkürzung der Zyklen und zu Symptomen eines Progesteronmangels (Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen) führt. Anschliessend bleibt der Eisprung aus, die Follikel bilden jedoch weiterhin Östrogene. Die Zyklen werden unregelmässiger, die Regelblutungen sind oftmals sehr stark, ja sogar hämorrhagisch, da der Östrogenwert sehr hoch ist, jedoch nicht vom Progesteron kompensiert wird. Dieser erhöhte Östrogenwert ist für Hitzewallungen (»hormonelles Fieber«), verstärktes Schwitzen, Schwellungen und ein Spannungsgefühl in der Brust (Mastodynie), Wassereinlagerungen und Gewichtszunahmen verantwortlich.

Während dieser Phase, die 2–3 Jahre dauern kann, umfasst eine Hormontherapie die Substitution von Progesteron in der zweiten Zyklusphase, das heisst, vom 16. bis zum 25. Tag, solange nach Einstellung der Progesteron-Ausschüttung noch Regelblutungen auftreten (Entzugsblutung). Entzugsblutungen ermöglichen die Diagnose, dass die Eierstöcke die Östrogenbildung noch nicht vollständig eingestellt haben.

Die Einstellung der Östrogenausschüttung ist der letzte Schritt. Die Eierstöcke sind immer häufiger und über immer längere Zeiträume hinweg nicht mehr in der Lage, ausreichend Östrogen zu bilden. Diese Zeiträume werden von immer kürzeren Erholungsphasen unterbrochen, was die grossen Schwankungen beim Auftreten der Symptome des Hormondefizits erklärt.

Letztendlich geht die Eizellenreserve zu Ende, es entwickeln sich keine Follikel mehr und als Folge werden kein Progesteron und keine Östrogene mehr gebildet: Die Monatsblutungen bleiben aus und die Menopause setzt ein.

Entwicklung und Strukturen des Eierstocks



3. Ist die Menopause eine schwierige Lebensphase?

Die Menopause ist ein (natürlicher) physiologischer Prozess, der zum Ende der fruchtbaren Zeit einer Frau mit dem Einstellen der ovariellen Aktivität einhergeht. Sie beginnt bei den meisten Frauen in der Regel im Alter von 51 ± 5 Jahren. Die Auswirkungen sind für die betroffenen Frauen (früher oder später sind alle betroffen) unterschiedlich und werden mehr oder weniger stark wahrgenommen.

Bei manchen sind die Symptome eher emotionaler Art, da das Ende der Regelblutungen mit dem Zeitpunkt zusammenfällt, an dem die Kinder aus dem Haus gehen (sie verlassen das Nest), an dem also ein neuer Lebensabschnitt beginnt und man sich darüber bewusst wird, dass man älter wird.

Andere leiden unter körperlichen Symptomen wie Hitzewallungen und Schweissausbrüchen (vasomotorische Symptome), Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, depressiven Verstimmungen, usw.



Auf den Eintritt der Menopause folgen körperliche Veränderungen, die auf das langfristige Fehlen der Androgene und der Östrogene zurückzuführen sind.

Der Androgen-Mangel wird von einer schwächeren oder sogar gar nicht mehr vorhandenen Libido, einem Rückgang der Muskelmasse und der Zunahme des Fettgewebes in der Bauchgegend (Rettungsring), einer Gewichtszunahme sowie einer Veränderung der Figur begleitet.

Langfristig hat der Östrogenmangel Folgen für die Knochen und fördert Osteoporose.

Die schützende Wirkung der Östrogene auf die Arterien und das gute Cholesterin ist nicht mehr vorhanden, was zu einem exponentiellen Anstieg von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt, die heutzutage die häufigste Todesursache bei älteren Frauen sind, noch weit vor Krebs und insbesondere Brustkrebs.

Nach der Menopause altert die Haut, die Schleimhäute schrumpfen, die Haare werden dünner und fallen aus, die Gelenke werden unbeweglicher (Arthrose).

Alle Frauen kommen irgendwann in die Menopause, doch nicht alle leiden an den hier beschriebenen Beschwerden. Bei denjenigen, die unter der Menopause leiden (ungefähr 80 % der Frauen), schaffen Hormonbehandlungen Abhilfe. Sie können die Lebensqualität verbessern und die Symptome lindern, die auf den Hormonmangel zurückzuführen sind.

Bei einer menopausalen Hormontherapie sind jedoch bestimmte Regeln zu beachten, um zu verhindern, dass die Patientinnen Risiken ausgesetzt werden, die die Vorteile einer derartigen Behandlung aufheben.

4. Die menopausale Hormontherapie (MHT) oder welches Hormon zu welchem Zeitpunkt?

A. Orale Verabreichung vom bioidentischen mikronisierten Progesteron (100–300 mg/Tag vor dem Schlafengehen)

Progesteron kompensiert den proliferativen Effekt der Östrogene in der Gebärmutterschleimhaut und verhindert dadurch die Entwicklung einer Hyperplasie (Vergrößerung) oder einer Neoplasie (Krebs) der Gebärmutterschleimhaut.

Progesteron muss somit immer Frauen verschrieben werden, deren Gebärmutter (Uterus) noch vorhanden ist.

Bei Frauen, deren Gebärmutter entfernt wurde (Hysterektomie), muss die Verschreibung von Progesteron wegen seiner förderlichen Wirkung auf den Schlaf, die Psyche, aber auch auf die insbesondere nachts auftretenden Hitzewallungen individuell bewertet werden.



B. Östrogene

Anfangs dürfen Östrogene nur in geringen Dosen und nur über kurze Zeiträume verschrieben werden, beispielsweise über 21 von 28 Tagen. Anschliessend kann die niedrigste Dosis, die Wirkung gegen die Symptome gezeigt hat, dauerhaft eingenommen werden, in Verbindung mit einer Verabreichung von Progesteron an 12 Tagen/Monat bei Entzugsblutungen, oder dauerhaft in Kombination, je nachdem, ob die Frau weiterhin Blutungen haben möchte oder nicht.

C. Androgene

Bei manchen Frauen, die unter einem vollständigen Verlust ihrer Libido leiden, kann nach einem Gespräch mit dem Arzt die Verschreibung von Testosteron in Gel-Form oder von DHEA (ein männliches Hormon, das in der Nebenniere produziert wird) in Betracht gezogen werden.

5. Warum sollten bioidentische Hormone verwendet werden?

Bei der menopausalen Hormontherapie wird zur Behandlung der Symptome ein Östrogen verwendet, mit dem man ein Progestativum (bioidentisches Progesteron oder synthetisches Gestagen) verbindet, um die Entwicklung einer Hyperplasie (Vergrößerung) oder einer Neoplasie (Krebs) der Gebärmutter Schleimhaut bei Frauen zu verhindern, deren Gebärmutter noch vorhanden ist.

A. Bioidentische Hormone

Bioidentisches 17β-Östradiol: Bei dem Östrogen, das vom Follikel im Eierstock produziert wird, handelt es sich um 17β-Östradiol, das bioaktive Hormon, das sich auf verschiedene östrogensensible Organe wie Gebärmutter Schleimhaut, Vagina, Brust, Haut, Gehirn, Leber, Knochen, usw. auswirkt.

Ziel der menopausalen Hormontherapie ist es, dieses menschliche Hormon so genau wie möglich nachzuahmen. Wenn 17β-Östradiol über die Haut abgegeben wird, als Gel oder als Pflaster, wird es in

der Leber nur in sehr geringem Umfang in Östrogen verwandelt (E1 = äusserst wirksames Östrogen), was nicht der Fall ist, wenn 17β-Östradiol in Form von Tabletten per os (oral) verabreicht wird. Der Anstieg des Östrogens (E1), der bei oral verabreichten Östrogenen beobachtet wurde, zieht eine Vergrößerung der Brust, Mastodynien, Wassereinlagerungen und häufig auch eine Gewichtszunahme nach sich.

Der verwendete industrielle Herstellungsprozess (in der Regel mit Yamswurzeln) ist nicht entscheidend, das auf diese Weise hergestellte Hormon sollte jedoch mit dem Hormon identisch sein, das vom Körper gebildet wird.

Bioidentisches mikronisiertes Progesteron wird in Kapseln konditioniert, die oral vorzugsweise vor dem Schlafengehen eingenommen werden sollen (günstige Auswirkung auf den Schlaf).

Dydrogesteron ist dem bioidentischen Progesteron sehr ähnlich und bietet eine angemessene Alternative für die wachstumshemmende Wirkung auf die Gebärmutter Schleimhaut, aber keinen Effekt auf das Gehirn.

B. Nicht bioidentische Hormone

Hormone pflanzlichen Ursprungs (Phyto-Östrogene) sind zwar natürlich, sie sind jedoch nicht mit menschlichen Hormonen identisch, die im Laufe einer langen Evolution für den Menschen spezifische Merkmale entwickelt haben.

Synthetische Hormone (Ethinylestradiol) sind zehn Mal leistungsfähiger und werden in äusserst präzisen gynäkologischen Fällen verschrieben, beispielsweise bei Eierstockzysten, unregelmässigen Blutungen oder zur Verhütung.

Diese Hormone wurden chemisch verändert, um ihnen bestimmte biologische Eigenschaften zu verleihen.

Synthetische Gestagene (Cyproteronazetat, Levonorgestrel, Medroxyprogesteronacetat, NETA, Drospirenon, Dienogest, Nomegestrolacetat usw.) wurden insbesondere für ihre empfängnisverhütende Wirkung in kombinierten Pillen (mit Östrogenen und Gestagenen) sowie für ihre anti-proliferativen Effekte in der Gebärmutter Schleimhaut bei der Behandlung von Beschwerden in den Wechseljahren entwickelt, bevor bioidentische Gestagene auf den Markt kamen.

Einige Gestagene haben anti-androgene Effekte, die bei Frauen mit extremem Haarwuchs und Akne untersucht wurden, andere haben anti-mineralocorticoide Effekte, günstig gegen Wassereinlagerungen, Migräne, usw.

In Verbindung mit einer Spirale verhindert Levonorgestrel das Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut im Uterus, was ihm seine Wirkung auf die Intensität der Blutungen verleiht.

6. Welche Verabreichungsmethode und welche Dosierung sind zu empfehlen?

Die Hormontherapie in den Wechseljahren muss individuell und von Fall zu Fall verschrieben werden, je nach Wunsch der Patientin (weitere Blutungen erwünscht oder nicht) und hängt von folgenden Faktoren ab: der Intensität der auftretenden Symptome; dem Habitus (Silhouette), eher gynoid, android oder neutral; dem Gewicht; den Risikofaktoren für Brustkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Rauchen, Vererbung, Diabetes, Bluthochdruck, Thrombose) und dem Lebenswandel (sportliche Aktivität, berufliche Aktivität). Sie darf erst nach einer vollständigen ärztlichen gynäkologischen und senologischen Untersuchung erfolgen.

Den Effekt der ersten Passage durch die Leber verhindern!

Früher wurden Östrogene vor allem oral in Form von Tabletten verabreicht. Nach ihrer Absorption über den Magen-Darm-Trakt und ihrem Transport in die Leber, werden Östrogene grösstenteils in Östron und andere Metaboliten verwandelt. Nur ein geringer Teil des 17 β -Östradiols gelangt ins Blut und erreicht die Bereiche des Organismus, für die es bestimmt ist. Daher ist eine erhöhte Verabreichung von Östrogenen per os erforderlich, um den Erfolg der

Behandlung sicherzustellen. Auf transdermale Wege verabreichte Östrogene verhindern die erste Passage durch die Leber und werden nur in sehr geringem Umfang von der Leber in Östron verwandelt. Somit ermöglicht es eine transdermale Verabreichung, die Dosen im Vergleich zu den bei oraler Verabreichung erforderlichen Dosen um 40 Mal zu reduzieren.

Die Leber ist eine hervorragende Chemiefabrik, in der wir Proteine herstellen, die für den Transport von Cholesterin, dem Vorläufer von Steroidhormonen wie Östrogenen, Androgenen, Kortisol, aber auch Vitamine A, D, E und K. In der Leber stellen wir Gerinnungsfaktoren, die Vorläufer des Regulierungssystems für den Blutdruck, die Wachstumsfaktoren (IGF-1), das Protein, das die männlichen Hormone transportiert (sexuahormon-bindendes Globulin SHBG), usw. her. Hier produzieren wir im Schlaf ausserdem Glukose, um am nächsten Morgen in Form aufzuwachen. Die Leber ist daher ein wesentliches Organ für unseren Stoffwechsel, in dem die meisten Arzneimittel in mehr oder weniger aktive Substanzen umgewandelt werden.

Östrogene, die per os verabreicht werden, führen somit gegebenenfalls zu günstigen Veränderungen dieser Proteine, beispielsweise zu einer Erhöhung des guten Cholesterins »HDL« und der Erhöhung von SHBG. Auf der anderen Seite führen Östrogene per os zu einer Erhöhung der Koagulationsfaktoren und einem erhöhten Risiko für Thrombosen und Lungenembolien, was bei transdermal verabreichten Östrogenen nicht der Fall ist.

Der Rückgang der Synthese von IGF-1 (Wachstumsfaktor, der vom Wachstumshormon abhängig ist) verstärkt den Muskelschwund und die Fetteinlagerungen in der Bauchgegend, die Produktion von Glukose sowie Hyperinsulinismus. Der Anstieg der Renin-Vorläufer fördert Bluthochdruck und erhöht das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Kapselform verabreichtes Progesteron hat über die Leber eine beruhigende, angstlösende und somit schlaffördernde Wirkung, die an das Gehirn weitergeleitet wird, sodass Progesteron vor dem Schlafengehen eingenommen werden muss.

Per os verabreichtes Progesteron trägt nicht nur zur Verbesserung der Stimmung bei, sondern fördert ausserdem die Regeneration der Nervenzellen, wie bereits mehrfach im Rahmen von wissenschaftlichen Studien belegt.

Per os verabreichtes Dydrogesteron wirkt nicht schlaffördernd und kann daher morgens eingenommen werden.

Vaginal verabreichtes Progesteron wird hauptsächlich bei der künstlichen Befruchtung eingesetzt.

Progesteron in Gel-Form kann die Einnahme von Progesteron per os nicht ersetzen, da seine Wirkung sehr viel schwächer ist und den antiproliferativen Effekt auf die Gebärmutter Schleimhaut nicht sicherstellen kann. Es kann bei einem leichten Spannungsgefühl in der Brust (Mastodynien) lokal eingesetzt werden.

7. Welche Risiken sind mit der menopausalen Hormontherapie (MHT) verbunden?

Wie voranstehend erwähnt, bringt eine Hormonbehandlung bei gefährdeten Frauen ein erhöhtes Risiko für Thrombose und Lungenembolie, Schlaganfälle und Gallenprobleme mit sich, wenn Östrogene per os eingenommen werden. Diese Fälle sind jedoch selten (1–3 Fälle/1000 und pro Behandlungsjahr) und hängen stark von der genetischen Veranlagung ab.

In Bezug auf das Brustkrebsrisiko – der Angst jeder Frau, die Hormone einnimmt – haben neueste Studien, darunter auch die französische Studie E3N, die äusserst alarmierenden Ergebnisse der amerikanischen Studie WHI abgeschwächt, die im Juli 2002 veröffentlicht wurde.



Erfolgt in den Wechseljahren eine Therapie mit bioidentischen Hormonen (17 β -Östradiol auf transdermalem Wege und insbesondere bioidentisches Progesteron oder Dydrogesteron), ist das Brustkrebsrisiko nicht höher als bei Frauen, die sich nicht in Behandlung befinden (Relatives Risiko RR = 1). Im Rahmen der amerikanischen Studie WHI, wie auch in anderen angelsächsischen Studien, wurde ein synthetisches Progestativum verwendet, vorrangig MPA. Dieses Progestativum ist mehr als das Östrogen für den Anstieg des relativen Brustkrebsrisikos verantwortlich (8 Fälle/10.000 Frauen/Jahr, das heisst ein statistisch nicht signifikanter Anstieg des relativen Risikos von 1,0 auf 1,26).

Bioidentisches Progesteron hingegen würde das Brustkrebsrisiko nicht erhöhen, da es eine schützende Wirkung auf das Brustgewebe hat.

Zwar kann die Wahrscheinlichkeit von unerwünschten Nebenwirkungen niemals vollständig ausgeschlossen werden, es besteht jedoch die Möglichkeit, die Risiken in Verbindung mit einer Hormontherapie in der Menopause zu verringern, indem eine bioidentische Behandlung gewählt wird, die individuell auf jede Patientin abgestimmt ist.

In welchen Abständen sind medizinische Kontrollen erforderlich? Die Präventionsmassnahmen, und die gynäkologische/senologische Früherkennung (Abstriche, Mammografie, Ultraschall) müssen wie auch vor der menopausale Hormontherapie regelmässig durchgeführt werden.

Die Anamnese (persönliche und familiäre medizinisch-chirurgische Vorgeschichte für Thrombose, Brustkrebs, usw.), die ärztliche Untersuchung (Gewicht, Blutdruck, Abtasten der Brust) und einige Laboruntersuchungen (Glukose, Cholesterin, FSH, Östradiol, usw.) sowie der Lebenswandel müssen vor und während jeder Hormonbehandlung dokumentiert werden, um Risikofaktoren wie Übergewicht, Diabetes, Rauchen, Alkoholkonsum, mangelnde körperliche Aktivität und Stress zu erkennen und zu behandeln.

In welcher Dosis und wie lange sollte eine Hormontherapie verschrieben werden?

Das Konzept »die niedrigste Dosis für den kürzesten Zeitraum« ist nicht mehr aktuell! Das neue Konzept basiert auf der effektiven Dosis zur Beseitigung der Symptome, der Art der Behandlung (kom-

binert-kontinuierlich oder kombiniert-sequentiell) und Verabreichung (transdermal, oral).

Die menopausale Hormontherapie muss im Alter von 65 Jahren nicht zwangsläufig gestoppt werden, sondern kann für gesunde Patientinnen mit hoher Lebenserwartung verlängert werden. Die Risiko-Nutzen-Analyse sollte regelmäßig, beispielsweise alle 2 Jahre, durchgeführt werden.

Progesteron kann zyklisch eingenommen werden, das heisst 10–12 Tage/Monat mit Entzugsblutungen, die oftmals zu Beginn der Wechseljahre erwünscht sind. Eine tägliche kombiniert-kontinuierliche orale Progesteroneinnahme ist die Methode der Wahl für ältere Frauen, die keine Regelblutungen wünschen.

Diese »Grundprinzipien« gelten jedoch nicht für alle Frauen, da jede Frau ein Individuum ist, und ich möchte wiederholen, dass jede einzelne ein Anrecht auf eine individuelle Behandlung hat. Die Hormondosierungen (Östradiol, Progesteron, FSH, LH, Androgene, usw.) spielen in der Prä- und in der Perimenopause eine Rolle, liefern jedoch nur wenige Informationen, wenn die Menopause eingetreten ist. Bei älteren Frauen in der Menopause müssen die Hormondosierungen entsprechend den Symptomen und Wünschen der einzelnen Patientinnen erfolgen.

8. Aktualisierung

Im November 2013 haben die internationalen Menopause-Gesellschaften ein gemeinsames »consensus statement« zur menopausale Hormontherapie abgegeben.

In diesem wird insbesondere betont, dass die menopausale Hormontherapie die wirkungsvollste Behandlung gegen Wechseljahrsbeschwerden ist, dass sie Knochenbrüche bei gefährdeten Frauen verhindert und Gefäßerkrankungen reduziert, wenn sie vor einem Alter von 60 Jahren oder in den 10 auf den Eintritt der Menopause folgenden Jahren begonnen wird, und dass sie sich nur sehr geringfügig auf das Brustkrebsrisiko und das Risiko für eine venöse thrombo-embolische Erkrankung auswirkt.

In einem im Dezember 2016 im New England Journal of Medicine (die »Bibel« der medizinischen Literatur) erschienenen Artikel »bedauern die Autoren des WHI die falschen Interpretationen der Studiendaten und fügen hinzu, dass die hormonelle Behandlung der Menopause [...] mehr Nutzen als Risiken bringt[...]. Die Behandlung der hormonellen Menopause ist die wirksamste Behandlung der Symptome.«

Im Juni 2017 hat die Nordamerikanische Menopause Gesellschaft (NAMS) neue Empfehlungen herausgegeben:

Indikationen für eine menopausale Hormontherapie:

- **Vasomotorische Symptome.**
- **Prävention von Knochenmasseverlust (und damit Osteoporose).**
- Hypogonadismus, Kastration oder vorzeitiges primäres Ovarialversagen.
- Urogenitale Atrophie.

Die menopausale Hormontherapie, die eine transdermale Östrogenverabreichung verwendet, erhöht nicht das Risiko für thromboembolische venöse Ereignisse.

Oral mit bis zu 300 mg/Tag vor dem Schlafengehen verabreichtes bioidentisches mikronisiertes Progesteron reduziert signifikant Hitzewallungen, starkes nächtliches Schwitzen und verbessert die Schlafqualität.

Bioidentisches mikronisiertes Progesteron wäre weniger thromboseauslösend als andere Gestagene.

Die kombinierte menopausale Hormontherapie mit bioidentischem mikronisierten Progesteron beeinflusst das Brustkrebsrisiko (relatives Risiko = 1) in 5 Jahren nicht.

Die vor dem 60. Lebensjahr oder innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Menopause begonnene menopausale Hormontherapie reduziert die Gesamtmortalität signifikant und erhöht das Schlaganfallrisiko nicht.

Letztendlich muss von Fall zu Fall entschieden werden.

Mit Unterstützung von Vifor Pharma Schweiz