Hormontherapie im Klimakterium

L.

Lauri

Rauramo

Department of Obstetrics and Gynecology, University Central Hospital, Turku University, Turku, Finland

Die Anzahl der Frauen die die Menopause erreichen, nimmt mit zunehmender Lebenserwartung zu. Es ist dies ein Zeitraum in dem nicht nur die Funktion der Ovarien abnimmt, sondern sich auch andere biologische Abläufe verändern. Durch eine adäquate Hormontherapie ist es möglich, diese Vorgänge zu verlangsamen oder überhaupt sie hintanzuhalten.

Ostrogene haben ihre Wirksamkeit bei der Hemmung der klimakterischen und postmenopausalen Osteoporose unter Beweis gestellt. Wenn die Östrogenmedikation abgesetzt wird, schreitet der Knochenabbau in Richtung Osteoporose weiter, kann jedoch bei neuerlicher Östrogenmedikation wieder gestoppt werden. Bereits aufgetretene Veränderungen bleiben irreversibel. Daraus resultiert die Frage, wann in diesem Zeitraum mit der Substitutionstherapie begonnen werden und wie lange sie durchgeführt werden sollte. Ostrogene haben aber auch einen positiven Effekt

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

110

auf Haut, Schleimhaut und Muskelgewebe und werden bei urologischen Komplikationen erfolgreich eingesetzt. Neuerdings wird ein positiver kardioprotektiver Effekt der Ostrogene über eine Veränderung der HDL- und LDL-Proteine diskutiert. Dieser Effekt tritt jedoch bei einer Kombination von Östrogenen mit Gestagenen nicht auf. Auch über die Wirksamkeit von Gestagenen bei der Behandlung klimakterischer Ausfallerscheinungen gibt es keine Zweifel, der Autor geht jedoch nicht näher darauf ein.

An dem Management der Hormontherapie im Klimakterium ist nach wie vor unverändert: reine Gestagene während der Prämenopause, Gestagene und Östrogenkombinationen prämenopausal, solange noch die Gefahr von Blutungsanomalien besteht; wenn die Patientin keine Blutung mehr haben möchte, reine Östrogensubstitution. Zur Frage des Karzinomrisikos nach

Östrogenmedikation gibt es verschiedene Studien. Mehrere Studien in den USA, bei denen konjugierte Ostrogene verabreicht wurden, haben auf ein möglicherweise erhöhtes Risiko hingewiesen. Als mögliche Ursache kommt die längere Halbwertszeit dieser Substanzen in Frage, sodass es zu einer Kumulation kommen kann. Diese Studien wurden heftig kritisiert und konnten auch in Europa in verschiedenen Zentren nicht nachvollzogen werden. In einer anderen, methodisch weniger angreifbaren Studie wurden die Todesursachen von Frauen zwischen dem 40. und dem 69. Lebensjahr verglichen, und zwar mit vergleichbaren, statistisch auswertbaren Methoden [Bush, 1983]. Das Risiko für Frauen, die Ostrogene benutzten, lag nur knapp bei der Hälfte, verglichen mit dem Risiko für Frauen, die keine gynäkologischen Probleme hatten, nicht hysterektomiert worden waren und auch keine Ostrogene über einen langen Zeitraum erhalten hatten. Unter diesem Aspekt kann gesagt werden, dass die Östrogenmedikation im Klimakterium eine wesentliche Bereicherung des therapeutischen Geschehens darstellt und nach unserem

heutigen Wissensstand nicht mit einem erhöhten Karzinomrisiko einhergeht. Die wesentliche Frage, wie lange eine Östrogentherapie fortgesetzt werden sollte, konnte auch von dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

Für die Praxis gibt diese Arbeit einen guten Überblick über den derzeitigen Stand der Therapie der klimakterischen Ausfallerscheinungen.

Für die Klinik scheinen einzelne Fragen, wie zum Beispiel die der vor-teilhaftesten Dauer der Östrogentherapie, ob eine Kombination mit Gestagenen sinnvoll erscheint, ihr Einfluss auf das kardiovaskuläre System und die einzelnen Lipidfraktionen, noch untersuchenswert.

G. Stempel-Smekal, Wien Hormonal Therapy for the Climacterium