

«Das heutige 50 ist das frühere 30»

Ob Hitzewallungen, Osteoporose oder Schmerzen beim Sex: Die Wechseljahre können einige Beschwerden mit sich bringen. Doch zum Glück gibt es, wie Prof. De Geyter berichtet, heute für fast alles eine Lösung.



IM INTERVIEW

Prof. Dr. med. Christian De Geyter
Chefarzt Reproduktionsmedizin und
gynäkologische Endokrinologie
Frauenklinik Universitätsspital Basel

www.usb.ch/frauenklinik

Herr Prof. De Geyter, für viele Frauen sind die Wechseljahre mit einigen Beschwerden verbunden. Doch könnte sich dahinter nicht auch ein anderer hormoneller Grund verbergen?

Typische Beschwerden der Wechseljahre sind plötzliche Hitzewallungen und Schweißausbrüche, die zumeist nachts auftreten. Aber auch Schlafstörungen und Palpitationen, also Herzklopfen, gehören zu den Hauptsymptomen. Bleibt zusätzlich zu diesen Symptomen die Periodenblutung aus, ist die Diagnose schnell anhand der damit einhergehenden typischen Symptomatik gestellt. Hierfür braucht es keine Hormonuntersuchung.

Es gibt jedoch auch die atypischen Beschwerden, die man nicht unbedingt mit den Wechseljahren in Verbindung bringen würde. Welche sind das?

Das sind diffuse Gelenkschmerzen am ganzen Körper, die manchmal auch schon vor Beginn der Menopause einsetzen. Anstatt diese Schmerzen auf den Östrogenmangel zurückzuführen, werden sie jedoch eher auf das Alter geschoben. Das führt dazu, dass diese Frauen mit ihren Beschwerden von einem zum nächsten Spezialisten rennen und erst ganz spät bei einem gynäkologischen Endokrinologen landen.

Gerade was die Therapie der typischen Wechseljahrbeschwerden betrifft, herrscht Verunsicherung – vor allem ausgelöst durch eine im Jahr 2002 veröffentlichte Studie. Inwiefern?

In der WHI-Studie hat sich herausgestellt, dass das Brustkrebsrisiko nach einer fünfjährigen Hormonersatztherapie nach Eintritt der Menopause etwas erhöht ist. Zudem nehme auch das kardiovaskuläre Risiko nach und nach zu. Allerdings wurde diese WHI-Studie bei Frauen durchgeführt, die erst rund zehn Jahre nach der Menopause damit begonnen haben, die Hormone zu nehmen.

Was hat eine Neubetrachtung der Studie ergeben?

Bei einer neuen Auswertung der Datenlage im vergangenen Jahr kam heraus, dass

das Brustkrebsrisiko erheblich geringer ist und die kardiovaskulären Vorteile überwiegen – allerdings unter der Voraussetzung, dass die Therapie kurz nach Beginn der Menopause eingeleitet wird. Das zunächst angenommene erhöhte Risiko bezog sich zudem lediglich auf Frauen, die noch eine Gebärmutter haben und regelmässig Östrogene plus Gelbkörperhormone einnehmen. Haben die Frauen nur Östrogene genommen, waren die Risiken viel geringer.

Welche weitreichenden Folgen hat diese Studie mit sich gebracht?

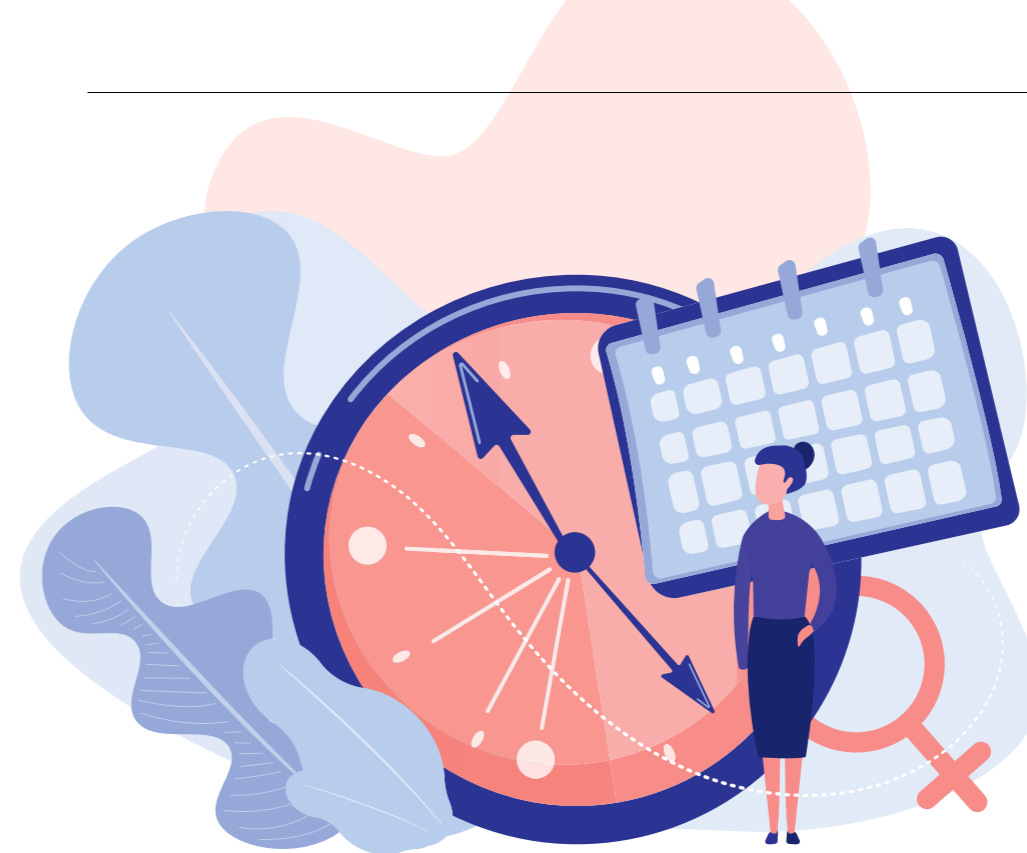
Die ersten veröffentlichten Zahlen der WHI-Studie haben dazu geführt, dass die vorbeugenden Präparate ungerechterweise in Verruf geraten sind. Sehr viel weniger Frauen haben deshalb nach der Menopause die Hormonpräparate genommen, weshalb sich das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, insgesamt deutlich erhöht hat.

Wie gehen Sie am Unispital Basel mit den neuen Erkenntnissen um?

Wir geben heute andere Präparate als noch vor 20 Jahren, da sich die im Rahmen der WHI-Studie aufgezeichneten Risiken nur auf bestimmte Präparate bezogen haben. Nicht nur die Dosis ist niedriger, auch empfehlen wir eine zeitliche Begrenzung auf fünf Jahre. Ein weiterer Grund für eine Hormonersatztherapie ist zudem dann gegeben, wenn wirklich ein Klimakterisches Syndrom vorliegt und die Beschwerden mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehen. Kommt die Frau jedoch beschwerdefrei in die Menopause und sind keine Risikofaktoren für eine Osteoporose erkennbar, raten wir von einer Hormontherapie ab.

Wie kläre ich ab, welche Behandlung für mich die beste ist?

Wenn keine Gebärmutter mehr vorhanden ist, gibt man das natürliche Östrogen, also Östradiol. Dies geschieht in der Regel über ein Pflaster, um die Leber nicht zu belasten. Hat die Patientin noch eine Gebärmutter, ist eine Östrogen- und Gestagen-Behandlung – entweder in Form einer Tablette oder als



Universitätsspital
Basel

Mehr wissen. Alles geben.

«Das Hormon DHEA ist ein sehr wirksames Präparat bei Scheidentrockenheit»

Pflaster – das Mittel der Wahl. Jedoch muss man wissen, dass diese Therapie nur so lange wirksam ist, wie sie angewandt wird.

Gibt es für Frauen, die Bedenken haben, Hormone zu nehmen, eine Alternative?

Nicht so viele. Einzig die Hormonersatztherapie ist nachweislich wirksam. Zwar stehen auch ein paar pflanzliche und analoge Präparate zur Verfügung. Diese sind jedoch viel weniger wirkungsvoll, wie Studien belegt haben. Ebenso möglich ist es, bestimmte Antidepressiva einzusetzen. Diese sind bis zu einem gewissen Masse wirksam, allerdings sind die Nebenwirkungen nicht zu unterschätzen.

Tabuisiert wird zumeist ein weiteres Problem, das mit einem veränderten Hormonhaushalt einhergeht: Der Einfluss auf das Sexualleben.

Richtig. Durch das Wegfallen der Östrogenproduktion, aber auch anderer Hormone, die im Laufe des Alters abnehmen, klagen die Frauen – angesichts des dadurch geschwächten Bindegewebes – vermehrt über Harninkontinenz und Scheidentrockenheit. Die Dicke der Haut in der Scheide und um die Scheide herum wird dünner und verletzbarer. Folge: Es kommt zu Hautrissen und somit zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, was natürlich die Sexualität der Frau erheblich beeinträchtigen kann.

Was können Frauen dann tun?

Eine Möglichkeit ist die Behandlung mit lokalen Östrogenpräparaten, die vaginal ein-

geführt werden. Die Einnahme erfolgt jedoch nicht über den Blutkreislauf. Stattdessen wirken sie im Gegensatz zur Hormonersatztherapie ausschliesslich lokal auf der Haut und im Bindegewebe darunter.

Zusätzlich gibt es nun etwas ganz Neues auf dem Markt!

Ja, nämlich Präparate mit DHEA, dem Prohormon Dehydroepiandrosteron – ein sehr schwach wirksames Androgen, das an den in der Scheide vorhandenen Androgenrezeptoren andockt. So wird sowohl die Haut gestärkt als auch schwach wirksames Östrogen gebildet, das – wie wissenschaftlich bewiesen – einen wirkungsvollen Einfluss auf die Haut und das Bindegewebe hat. Dank DHEA werden Schmerzen gelindert, was wiederum einen positiven Effekt auf die Libido hat.

Wie wird das Hormon DHEA verabreicht?

Es gibt die Möglichkeit, diese Präparate vaginal als Zäpfchen oder als Gel oder Creme anzuwenden. Die Einnahme erfolgt je nach Bedarf, entweder abends vor dem Schlafengehen oder zwei- bis dreimal in der Woche. Wichtig zu wissen: Alle Präparate sind nur so lange wirksam, wie sie angewendet werden. Es entsteht keine Abhängigkeit.

Für solche Belange, aber auch andere rund um das Thema Hormone haben Sie am Unispital Basel explizit eine Hormonsprechstunde. Welche Leistungen bieten Sie darin an?

Die Arbeit in unserer Hormonsprechstunde befasst sich zu 60 Prozent mit Problemen rund um die Menopause. Darin befragen wir die Patientinnen nach ihrem Beschwerdebild und welche Zusammenhänge mit früheren Schwangerschaften, Operationen sowie eventuellen Kortison- oder Hormonbehandlungen bestehen. Ausserdem führen wir eine Hormonanalyse durch – zumeist in Kombination mit einer Ultraschalluntersuchung – und überprüfen anhand von Untersuchungen des Unterleibs und der Brustdrüse, ob gewisse Risiken vorhanden sind. In einem nächsten Termin werden die Ergebnisse diskutiert und die verschiedenen Therapieoptionen mit allen jeweiligen Vor- und Nachteilen aufgezeigt.

Braucht es, um zu Ihnen in die Hormonsprechstunde zu kommen, eine Überweisung?

Patientinnen können auch ohne Überweisungen des Hausarztes oder der Gynäkologin unsere Sprechstunde besuchen. Generell ist mit einer Wartezeit von drei bis sechs Wochen zu rechnen. Im Anschluss an die Untersuchung werden tagtäglich alle Fälle im Team vorgestellt und – egal für welches Problem – die beste Lösung für die Frau diskutiert.