
CH-8208 Schaffhausen, 27. März 2006 ML/msch

Merkblatt über Hormonersatztherapie (HRT), Risiken, Nutzen, böartige Veränderungen und anderes

- 1. WOVOR HABEN SIE ANGST?**
- 2. WAS STIMMT AUS DEN FERNSEHSENDUNGEN UND AUS DEN ZEITUNGEN?**

BRUSTKREBS

Grosses Östrogenfenster, d.h. je früher die Menarche (erste Regelblutung), je später die Menopause (letzte Blutung), um so grösser ist das Risiko an Brustkrebs zu erkranken. Je früher die Eierstöcke entfernt wurden, um so geringer ist dagegen die Häufigkeit an Brustkrebs zu erkranken (Lancet-Publikation 1997).

Je länger die Hormonersatztherapie angewendet wird (Lancet 1997), um so grösser ist das relative Risiko bezüglich Brustkrebs. Nach Absetzen der Hormonersatztherapie (HRT), d. h. 15 Jahre danach sind alle Zahlen, d.h. das erhöhte Risiko, wieder aufgehoben, wie wenn die Patientin nie etwas genommen hätte.

Die Anzahl Brustkrebs pro 1000 Frauen beträgt 18 im Alter von 50 Jahren ohne Hormongabe und 77 von 1000 im Alter von 75 Jahren. Das Brustkrebsrisiko mit 75 Jahren und 5 Jahren Hormongabe beträgt zusätzlich 2 Frauen auf 1000 (79 statt 77).

Das Brustkrebsrisiko mit 75 Jahren und 10 Jahre Hormongabe ergibt, dass 6 Frauen von 1000 Frauen zusätzlich an Brustkrebs erkranken (83 statt 77). Das Brustkrebsrisiko mit 75 Jahren und 15 Jahren Hormongabe beträgt 12 Frauen auf 1000, d.h. 89 statt 77.

Alle Zuschriften bitte an die ärztliche Leitung der Abteilung Geburtshilfe / Gynäkologie senden.

Spital Zentrale	+41 52 634 34 34			website	www.kssh.ch
Sprechstunde Chefarzt	+41 52 634 23 21				
Sekretariat Chefarzt	+41 52 634 23 15	Fax	+41 52 634 23 98	Email	gebh.gyn@kssh.ch
Gyn.-Ambulatorium	+41 52 634 23 44				
Gyn. / Gebh. Sekretariat	+41 52 634 23 16	Fax	+41 52 634 23 97		

Auf der andern Seite entsteht ein Brustkrebs unter einer Hormonersatztherapie, so ist seine Prognose wesentlich besser und die Heilungschancen sind ebenfalls viel besser.

ZUSAMMENFASSUNG DER WHI-STUDIE

Absolutes Risiko für den abgebrochenen Studienarm WHI

Ereignis	Mammakarzinom erhöhtes absolutes Risiko pro 10'000 Frauen pro Jahr	Mammakarzinom erhöhter Benefiz pro 10'000 Frauen pro Jahr
Mammakarzinom	8	
Koronare Herzkrankheiten	7	
Schlaganfall	8	
Lungenembolie	8	
Kolorektaleskarzinom		6
Hüftfrakturen		5

Einige Gedanken zur WHI-Studie

Es wurden nur sog. "healthy women" aufgenommen. Was heisst das? Die Altersverteilung war: 50-79 Jahre

- 36 % der Studienteilnehmerinnen hatten einen hohen Blutdruck und wurden medikamentös behandelt.
- 13 % nahmen fettlipidsenkende Medikamente (Fettspiegel senken).
- 140 Frauen hatten gefässchirurgische Eingriffe wegen eines Herzinfarktes.
- 238 Frauen hatten eine Angina Pectoris.
- 61 Frauen hatten bereits einen Schlaganfall.
- 79 Frauen hatten tiefe Venenthrombosen.
- 34 % der WHI-Teilnehmerinnen hatten einen Bodymass-Index von 30 und mehr.
- 50 % aller Teilnehmerinnen rauchten oder hatten früher geraucht.
- 15 % hatten in der Familie Brustkrebs.
- 10 % hatten nie geboren (Nullipara)
- 4,4 % waren zuckerkrank, Diabetes mellitus

Die Placebogruppe zeigte nach fünf Jahren eine grössere Ausfallquote als Verumgruppe.

Die Studie ist ungenügend, falsch und hat nur zur Verunsicherung geführt.

Ein Entscheid für oder gegen eine Hormonersatztherapie ist nicht ein Entscheid über 30 Jahre und mehr, sondern eine Entscheidung über kurze Abstände im Alter zwischen 50 und 80 Jahren. Sie ist anzupassen an die persönlichen Bedürfnisse und Beschwerden sowie die persönlichen Umstände. Also ein sich laufend verändernder Prozess bis zum Lebensende. Schliesslich führen Sie auch eine Schwangerschaftsverhütung zwischen 14 und 50 Jahren nicht gleich durch, sondern Sie passen sich Ihrem entsprechenden Alter, den Kindern und Ihren Wünschen an.

Je länger wir leben um so grösser ist das Risiko an einer Herz-Kreislauf-erkrankung, Osteoporose oder Krebs zu erkranken. Die Hormonersatztherapie kann sicher z.T. einen lebensverlängernden sicher aber einen Lebensqualität verbessernden Effekt bringen.

Einige Zahlen zur HERS-Studie - Alter 67 ± 7 Jahre

- 18 % waren Diabetes
- 55 % hatten Übergewicht

- 13 % sind aktive Raucher
- 78 % nehmen Aspirin cardio
- 32 % nehmen Beta-blocker
- 45 % nehmen Lipidsenker
- 28 % nehmen Diuretika u.a.

Auch in der WHI-Studie mit einem Durchschnittsalter von 63 Jahren entspricht nicht dem Alter in Europa mit dem normalerweise eine Hormonersatztherapie begonnen wird. Verschiedene Umweltfaktoren haben per se ein erhöhtes Brustkrebsrisiko. Es sind dies: u.a. die Ernährung, Fette, erhöhter Bodymass-Index, Umweltfaktoren, Sonnenbestrahlung, Vitamin D, magnetische Felder, Umweltverschmutzung, Lifestyle, Alkohol, Nikotin, sozioökonomischer Status, verminderte Beweglichkeit, Nachtarbeit und erhöhter Stress u.a. Ernährung, Lifestyle und Umwelt sind an der Entstehung von Brustkrebs sicher beteiligt, wobei das Ausmass jedes einzelnen schwer bestimmbar ist. Es ist sicher von einem vielartigen Geschehen auszugehen. Der Einzelfaktor hat als solches eine geringere Bedeutung. Frauen mit einem normalen Körpergewicht werden sich gesünder ernähren, körperlich aktiver sein, Genussmittel meiden und sonst auf ihre Gesundheit und Umgebung achten. Es muss daher bereits vom Kindesalter an zu einer gesunden Lebensweise geraten werden, die neben gesunder und abwechslungsreicher Ernährung, körperliche Aktivität, Verzicht auf Genussmittel und eine saubere Umwelt geachtet werden. So können Sie persönlich einen wesentlichen Beitrag leisten zur Reduktion der Erkrankung von Brustkrebs.

WIE IST DAS RISIKO DER HERS- UND WHI-STUDIE BEZÜGLICH MAMMAKARZINOM

- ◆ bei der WHI-Studie sind es 38 versus 30 Ereignisse pro 10'000 Frauen pro Jahr
- ◆ in der HERS-Studie sind es 59 versus 47 Ereignisse pro Jahr per 10'000 Frauen

WIRKUNG AUF DAS RISIKO VON KORONAREN HERZKRANKHEITEN

- ◆ WHI-Studie: 37 versus 30 Ereignisse pro Jahr pro 10'000 Frauen
- ◆ HERS-Studie 366 versus 368 Ereignisse per 10'000 Frauen pro Jahr
Das Risiko für eine koronare Herzkrankheit stieg im ersten Behandlungsjahr der WHI (nicht signifikant) und in der HERS-Studie signifikant an, doch war das Risiko für koronare Herzkrankheiten in den folgenden Jahren nicht mehr signifikant erhöht.

Die Wirkung auf koronare Herzkrankheiten ist gemäss WHI-Studie erhöht. Bei der HERS-Studie ist es erniedrigt.

WIRKUNG AUF DAS RISIKO CEREBRO-VASKULÄRER INSULTE

- ◆ WHI-Studie 29 versus 21 Ereignisse pro 10'000 Frauen pro Jahr
- ◆ HERS-Studie 212 versus 195 Ereignisse pro Jahr per 10'000 Frauen

Die Wirkung auf zerebro-vasulär Erkrankungen ist in der WHI-Studie und auch in der HERS-Studie erhöht.

WIRKUNG AUF DAS RISIKO VON VENÖSEN/THROMBOEMBOLISCHEN EREIGNISSEN

- ◆ WHI-Studie 34 versus 16 Ereignisse pro Jahr auf 10'000 Frauen
- ◆ HERS-Studie 59 versus 28 Ereignisse pro Jahr per 10'000 Frauen.

Die Wirkung auf thromboembolische Erkrankungen ist in beiden Studien erhöht.

WIRKUNG AUF DAS RISIKO VON KOLONKARZINOMEN

- ◆ WHI-Studie erniedrigt 10 versus 16 Ereignisse pro Jahr pro 10'000 Frauen
- ◆ HERS-Studie 25 versus 31 Ereignisse pro Jahr pro 10'000 Frauen erniedrigt, d.h. die Erkrankungshäufigkeit unter HRT ist erniedrigt.

OSTEOPOROTISCHE FRAKTUREN

- ◆ WHI-Studie 147 versus 191 Ereignisse pro Jahr pro 10'000 Frauen, d.h. erniedrigt
- ◆ HERS-Studie 48 versus 30 Ereignisse pro Jahr pro 10'000 Frauen, erhöhtes Risiko.

GEBÄRMUTTERHÖHLENKREBS

Bei einer vorhandenen Gebärmutter ist die Hormonersatztherapie kombiniert mit Östrogen/Gestagen für eine deutliche Reduktion der Erkrankungswahrscheinlichkeit für den Gebärmutterhöhlenkrebs verantwortlich.

EIERSTOCKKREBS

Der Einfluss der Hormonersatztherapie auf die Frequenz des Eierstockkrebses ist sehr gering, wenn überhaupt.

GEBÄRMUTTERHALS

Möglicherweise zeigt sich unter Hormonersatztherapie eine leichte Zunahme der Veränderungen im Gebärmutterhalskanal und deshalb ist der Abstrich bis ins hohe Alter notwendig.

SCHLUSSFOLGERUNG

1. Jede Hormonersatztherapie braucht eine klare Indikation und eine individuelle Abwägung von Nutzen und Risiken. In der Regel gilt eine Behandlung im Zeitraum von 5 Jahren als angesehen.
2. Eine Hormonersatztherapie soll nicht länger fortgeführt werden als eine Indikation dazu gegeben ist.
3. Eine Langzeittherapie ist gerechtfertigt bei Frauen deren Symptome nur mit Östrogen beherrscht werden z.B. bei Osteoporoserisiko, wenn keine Alternativen zur Verfügung stehen.
4. Die Behandlung des klimakterischen Syndroms und die Verbesserung einer östrogenmangelbedingten schlechten Lebensqualität ist die Hauptindikation für eine Hormonersatztherapie.
5. Die Hormonersatztherapie ist heute die wirksamste zur Verfügung stehende Therapie. Bei leichten Beschwerden stehen Alternativen zur Verfügung.
6. Zur Verbesserung der Urogenitalbeschwerden können Östrogene lokal verabreicht werden.
7. Unter Hormonersatztherapie verbessern sich unspezifische Gelenk- und Gliederschmerzen, Haut und Schleimhäute sowie Bindegewebe sprechen günstig auf Östrogene an.
8. Die Hautalterung kann etwas verlangsamt aber nicht aufgehalten werden. Exzessive Sonnenexpositionen sind zu meiden.
9. Hirnleistungsfunktionen können durch Östrogene verbessert werden.
10. Hormonersatztherapie eignet sich zur Prävention der Osteoporose und osteoporotischen Frakturen. Hier ist immer die niedrigst therapeutisch wirksame Dosis zu wählen.

**GRUNDSATZ SOVIEL WIE NÖTIG, SO LANGE WIE NÖTIG, SO TIEF DOSIERT WIE MÖGLICH,
ENTSCHEIDEND IST DABEI DIE LEBENSQUALITÄT**