

Jahrgang 38

Nummer 3/2016

**Medikamente für Frauen nach der Menopause** (E. Gysling) ..... 9

Frauen mit ausgeprägten menopausalen Beschwerden – in erster Linie vasomotorische Symptome – können von einer zeitlich beschränkten Hormonverabreichung profitieren. Nicht-hormonale Therapien sind wenig überzeugend. Langfristig hat die Hormontherapie mehr Nachteile als Vorteile.

## Synopsis

### Medikamente für Frauen nach der Menopause

E. Gysling

Vierzehn Jahre, nachdem die wichtigsten Studienresultate der «Women's Health Initiative» (WHI) veröffentlicht worden sind, wird die Verabreichung von weiblichen Sexualhormonen in oder nach der Menopause immer noch sehr unterschiedlich beurteilt. In der Zwischenzeit sind einige kleinere Studien sowie eine Reihe von Leitlinien publiziert worden. Im vorliegenden Text wird der aktuelle Wissensstand zusammengefasst und zu praxisrelevanten Fragen Stellung genommen. Auf eine detaillierte Schilderung der klimakterischen Symptome wird hier verzichtet.

#### Die Medikamente

Die verfügbaren hormonalen und nicht-hormonalen Medikamente haben ein unterschiedliches Nutzen/Risiko-Profil; ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen sind jedoch keineswegs einheitlich gut dokumentiert. Die folgende Übersicht orientiert zunächst über die Erhältlichkeit und Zulassung der verschiedenen Medikamente; zu den meisten dieser Substanzen finden sich weiter differenzierte Informationen in den Abschnitten «Probleme der Hormone» und «Indikationen».

#### Östrogene

In den WHI-Studien wurde das traditionelle, aus Stutenharn gewonnene Präparat mit *konjugierten Östrogenen* (zusammen mit Medroxyprogesteron: Premarin<sup>®</sup>, heute in der Schweiz nicht mehr erhältlich) verwendet. Aktuell empfehlen die Fachgesellschaften, als oral anwendbares Östrogen *Estradiol* (Estrofem<sup>®</sup> u.a.) einzusetzen. Estradiol-Monopräparate sind auch zwei Hautpflaster (Climara<sup>®</sup> und Estradot<sup>®</sup>) sowie zwei Gels zur kutanen Applikation (Divigel<sup>®</sup>, Oestrogel<sup>®</sup>). Wegen der Gefahr eines Endometriumkarzinoms ist Estradiol als Monotherapie jedoch nur bei Frauen zu empfehlen, die hysterektomiert sind. Ausserdem sind zwei Estradiol-haltige Präparate zur vaginalen Anwendung erhältlich (siehe Tabelle i1, im In-

ternet). Gelegentlich gelangt auch noch der (weniger aktive) Estradiol-Metabolit *Estriol* zum Einsatz (überwiegend zur vaginalen Anwendung, Tabelle i1).

#### Gestagene

Gestagene werden in und nach der Menopause meistens in fixen Kombinationspräparaten (mit Östrogen zusammen) verordnet. *Medroxyprogesteron*, das in der WHI-Studie bei Frauen mit intaktem Uterus gegeben wurde, steht jedoch auch separat zur Verfügung (Depot-Provera<sup>®</sup>, Prodafem<sup>®</sup>). Auch andere Gestagene (Dyogesteron, Progesteron) sind als Monopräparate erhältlich, siehe Tabelle i2 im Internet. In einem Intrauterin-System ist Levonorgestrel enthalten (Mirena<sup>®</sup>, LNG-IUS), das zum langfristigen Endometrium-Schutz eingesetzt werden kann.

#### Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparate

Bei Frauen mit intaktem Uterus kommen – sofern eine hormonale Therapie indiziert ist – in erster Linie kombinierte Östrogen-Gestagen-Präparate in Frage. Wie die Tabelle 1 zeigt, sind Kombinationen von Estradiol mit verschiedenen Gestagenen erhältlich. Teilweise kommt eine ständig identische Tagesdosis der beiden Hormone zur Anwendung («Einphasenpräparate»); oft enthalten die Präparate primär nur das Östrogen und erst in einer zweiten Phase auch ein Gestagen («sequentielle» Therapie). Neben den oralen Präparaten sind auch Hautpflaster von Estradiol/Norethisteron erhältlich, siehe Tabelle 1 (Seite 12).

#### Androgene

Da in der Menopause auch die Androgenspiegel abnehmen, empfehlen die Fachgesellschaften bei sexuellen Störungen unter anderem einen Behandlungsversuch mit Testosteron. In der Schweiz existiert kein Testosteron-Präparat mit einer entsprechenden Zulassung.

#### Weitere Hormonpräparate

*Tibolon* (Livial<sup>®</sup> u.a.), ein synthetisches Steroidhormon mit östrogenen, gestagenen und androgenen Eigenschaften, ist zur Symptomtherapie nach der Menopause zugelassen (mindestens 12 Monate nach der letzten natürlichen Regelblutung). Da das Risikoprofil von Tibolon (Livial<sup>®</sup> u.a.) nicht nennenswert von demjenigen einer kombinierten Östrogen-Gestagen-Therapie abweicht, wird Tibolon im Folgenden nicht mehr separat erwähnt.