

Menopause doch kein KHK-Risikofaktor

Die KHK-Sterblichkeit nimmt bei Frauen nach der Menopause zwar zu, jedoch nicht stärker als davor. Der Anstieg lässt sich mit dem normalen Alterungsprozess erklären. Hormonelle Umstellungen scheinen keine Rolle zu spielen.



Foto: XXXXXXXXX

Mediziner haben Todesstatistiken mit den Geburtsjahren 1916–45, unterteilt in drei Dekaden, aus den USA, England und Wales analysiert. Frauen wiesen einen gleichmäßigen Anstieg der KHK-Sterblichkeit um etwa 8% pro Jahr auf. Daran änderte auch der Eintritt der Menopause nichts.

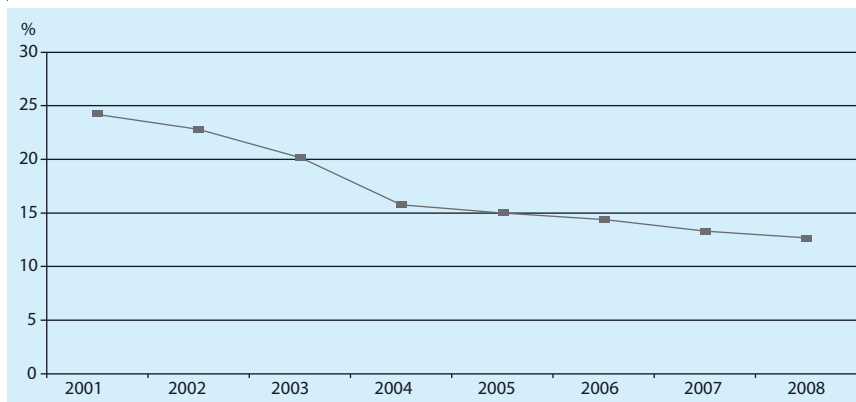
Bei Männern wurde in jungen Jahren ein steiler Anstieg der KHK-Sterblichkeit mit dem Lebensalter beobachtet, der nach dem 45. Lebensjahr abgebremst wurde. Bei Männern wie Frauen nimmt die KHK-Sterblichkeit exponentiell mit dem Alter zu. Dies könnte auf eine zunehmende Erschöpfung von zellulären Reparaturprozessen zurückzuführen sein.

Hormontherapie zu keiner Zeit KHK-präventiv?

Die Studienergebnisse stellen die Sinnhaftigkeit einer KHK-Prävention mittels Hormontherapie infrage und sprechen zudem dafür, dass man „die Bemühungen um die Herzgesundheit von Frauen mehr auf das Lebenszeitrisiko als auf die Postmenopause konzentrieren sollte“, so die Autoren.

Literatur: Vaidya D et al. (2011) BMJ 343:d5170

Abb. 1 Hormonpräparate. Altersstandardisierte Versorgungsprävalenz in der Zeit von 2001 bis 2008 (durchgehend GEK-versicherte Frauen im Alter von 40 bis 100 Jahren). (Aus [1])



figkeit nur noch marginal ([1], ■ Abb. 1). Dies ist vergleichbar zur oben erwähnten Studie; bei beiden liegt der Rückgang der Verordnungsprävalenz bei ca. 10%. Ähnlich deutliche Rückgänge lassen sich auch international feststellen [11, 12].

Dass dieser Rückgang sich fortgesetzt hat, belegt der aktuellste Report der Techniker Krankenkasse. Erhielten noch vor 10 Jahren fast 40% der Frauen eine Hormontherapie, so sind es aktuell nur 9,6% der Frauen zwischen 40 und 65 Jahren [13]. Parallel zum Rückgang der Verschreibungen konnte auch ein Absinken der Inzidenz von Mammakarzinomen beobachtet werden.

Internationale Studienergebnisse

Der Zusammenhang zwischen Brustkrebs und Hormontherapie wurde in den letzten 30 Jahren überwiegend in Beobachtungsstudien untersucht. Diese sind zu unterschiedlichen Bewertungen des Risikos der Therapie mit Östrogenen („estrogen therapy“, ET) bzw. Kombinationen aus Östrogenen mit Progestagenen („estrogen-progestogen therapy“, EPT) gekommen.

Die Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer hat zuletzt im Jahr 1997 eine Reanalyse der verfügbaren Daten aus Beobachtungsstudien vorgenommen [2]. Die jährliche Erhö-

hung des relativen Risikos (RR) für die Diagnose eines Mammakarzinoms lag für Anwenderinnen bzw. für Frauen, die eine Hormontherapie 1–4 Jahre zuvor beendet hatten, bei 1,023 (95%-CI 1,011–0,036). Der RR-Wert betrug bei Frauen, die mindestens 5 Jahre (im Mittel 11 Jahre) eine Hormontherapie anwendeten 1,35 (95%-CI 1,21–1,49). Die Daten dieser Reanalyse betreffen ganz überwiegend die Bewertung des Risikos der Östrogen-therapie. Nach 1997 wurde eine Reihe von Beobachtungsstudien und randomisiert kontrollierten Studien durchgeführt. Durch diese Studien wurde eine Risikobewertung der Östrogen-Progestagen-Therapie möglich. Die Studien fanden bei den gegenwärtigen Anwenderinnen („current users“) einer Östrogen-Progestagen-Kombinationstherapie eine Steigerung des Mammakarzinomrisikos, die höher war als bei einer alleinigen Östrogen-therapie [3, 4].

Die Bewertung der epidemiologischen Studien macht es erforderlich, zwischen gegenwärtiger Anwendung („current use“), vorausgegangener Anwendung („past use“) und der niemals durchgeführten Anwendung („ever use“) zu unterscheiden. Dies ist eine wesentliche Erkenntnis aus der Analyse der Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, die eine Risikosteigerung für current use nachgewiesen hat. Innerhalb von 1–4 Jahren nach Absetzen der Therapie sinkt das