

Hormonersatz bei gynäkologischen Tumoren

Wenn prä- oder perimenopausale Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren durch Chemo- oder Strahlentherapie akut in die Postmenopause gebracht werden, leiden sie oft unter Hitze wallungen, Schlaflosigkeit, Dyspareunie oder vaginaler Trockenheit. Prof. Tanja Fehm, Düsseldorf, schilderte die Möglichkeiten einer Hormonersatztherapie (HRT) für verschiedene Tumorentitäten.

Endometriumkarzinom

Das Endometriumkarzinom ist das häufigste Genitalkarzinom. 20% der Patientinnen sind prämenopausal, 90% hormonrezeptorpositiv. In einer Metaanalyse [Shim SH et al. Eur J Cancer. 2014; 50: 1628-37] wurde kein erhöhtes Rezidivrisiko unter einer HRT bei Patientinnen nach Endometriumkarzinom festgestellt (OR 0,53 [0,30–0,96]). Laut S3-Leitlinie HRT kann bei Patientinnen mit behandeltem Endometriumkarzinom eine HRT bei klimakterischen Beschwerden mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und Versagen nicht hormonaler Alternativen erwogen werden.

Ovarialkarzinom

10% der Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom sind unter 40 Jahre. Fehm zitierte unter anderem eine Metaanalyse von 2015 [Li D et al. Gynecol Oncol. 2015; 139: 355-62], um zu erläutern, ob bei diesen Patientinnen eine HRT infrage kommen könnte. Das Fazit der Analyse: Unabhängig vom Tumorstadium und von der Art der HRT besteht kein erhöhtes Rezidivrisiko (RR 0,83 [0,58–1,83]). Somit kann hier eine HRT mit entsprechender Risikoauflärung angeboten werden. Ausnahmen bilden der Granulosazelltumor, der selbst Östrogene produziert, sowie das endometriode Ovarialkarzinom.

Zervixkarzinom

Das Zervixkarzinom ist zumeist HPV-assoziiert. In 85% der Fälle liegt ein Plattenepithelkarzinom und in 15% ein Adenokarzinom vor. Die Datenlage ist jedoch dünn. Beim Plattenepithelkarzinom, was per definitionem nicht hormonabhängig ist, sei eine HRT möglich, gerade auch bei prämenopausalen Patientinnen, deren Lebensqualität durch eine Chemo- oder

Radiotherapie eingeschränkt ist. Beim Adenokarzinom sollte man sich in der Risikoberatung analog zum Endometriumkarzinom verhalten, so Fehm.

Mammakarzinom

Die häufigste Krebserkrankung der Frauen ist zumeist rezeptorpositiv und betrifft rund 25% der Patientinnen prämenopausal. Die Auswertung der Studien zu einer HRT nach einer Mammakarzinomerkrankung zeigt ein erhöhtes Rezidivrisiko. Entsprechend soll nach den Leitlinien eine HRT bei Frauen nach einem Mammakarzinom nicht angewendet werden (Empfehlungsgrad A). Im Einzelfall könne sie nach Versagen nicht hormonaler Therapien und bei erheblicher Einschränkung der Lebensqualität erwogen werden. Als medikamentöse Alternativen bei postmenopausalen Beschwerden nannte Fehm unter anderem Venlafaxin, das gerade in Kombination mit Tamoxifen eine gute Therapioption sei. Bei Schlafstörungen könne Melatonin zu einer Verbesserung führen. *Ingo Schroeder*

Präsentation: „Möglichkeiten der HRT bei gynäkologischen Tumoren“

Menstruationstassen als Alternative

In der gynäkologischen Praxis sehen sich Ärzte vermehrt mit Trends konfrontiert, über die sie informiert sein und qualifiziert beraten müssen. Einer davon, der auch durch Social Media und Influencerinnen vorangetrieben wird, sind Menstruationstassen.

Steigende Kommerzialisierung

Wie Dr. Eva Neunhoffer, Tübingen, berichtete, ist die Idee der Menstruationstasse bereits 150 Jahre alt. Doch erst heutzutage ermöglichen moderne Fertigungsmethoden und Materialien wie medizinisches Silikon ihren praktikablen Einsatz.

Inzwischen existieren auch in Deutschland Firmen, die Menstruationstassen, auch Tagefänger oder Periodenbecher genannt, herstellen und vertreiben. Anfans nur übers Internet zu beziehen, bieten seit Längerem auch Apotheken und Drogeriemarktketten entsprechende Ar-

tikel an. Sie unterscheiden sich in Größe und Form, Farbe und Material. Das Volumen der kleinsten Tasse ist 15 ml, größere fassen bis zu 50 ml.

Die meisten ähneln einer umgedrehten Zipfelmütze, beschrieb Neunhoffer das Aussehen. Im oberen Bereich der Menstruationstasse sind zumeist winzige Luftlöcher, die helfen, beim Entfernen der Tasse das Vakuum zu lösen. Da die Tasse einen relativ großen oberen Durchmesser hat, muss sie vor dem Einführen zusammengefaltet werden. Durch die Materialeigenschaften entfaltet sich die Tasse in der Scheide wieder in ihre ursprüngliche Form. Platziert wird sie eher im unteren bis mittleren Scheidengewölbe.

Anwendung erfordert zu Beginn Zeit und Übung

Wenn eine Patientin sich bei Neunhoffer zu dem Thema und einer möglichen Ver-

wendung erkundigt, zeigt sie sich offen. Sie weist die Frauen aber darauf hin, darüber nachzudenken, wie ein möglicher Tassenwechsel außerhalb des häuslichen Umfelds, beispielsweise auf einer Autobahnraststätte, unter hygienischen Bedingungen durchgeführt werden kann. Im Internet kursieren hierzu äußerst fragwürdige Empfehlungen, die für die Referentin nicht infrage kommen.

Die Auswahl der richtigen Tassengröße hängt in erster Linie von der Blutungsstärke ab. Aber auch Körperbau, Parität und Körpergefühl spielen eine Rolle. Viele Frauen müssen mehrere Tassen ausprobieren, bis sie die richtige Größe gefunden haben. Patientinnen sollten in der Beratung darauf hingewiesen werden, die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen einzuhalten und sich dem Thema mit ausreichend Zeit und Sorgfalt anzunähern, bis sie gut damit zurechtkommen. *Ingo Schroeder*

Präsentation: „Menstruationstassen“