Die S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ – eine Zusammenfassung

Einleitung

In diesem Jahr wurde die S3-Leitlinie (LL) „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ (Registernummer 015–062) publiziert [1]. Sie ist bis 31.12.2024 gültig. Mandatsträger aus der Schweiz sind Prof. Bruno Imthurn (für SGGG) und Prof. Petra Stute (für EMAS, ausserdem Mitglied der LL-Steuergruppe).

Im Folgenden sollen die wichtigsten Aussagen und Empfehlungen dargestellt werden. Die Referenzen, auf denen diese beruhen, und eine Übersicht der Evidenzbeurteilung nach Oxford können im Originaldokument via AWMF-Homepage kostenlos eingesehen werden (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-062l_S3_HT_Perio-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2020-01_1.pdf). Die Graduierung der Empfehlungen ist in **Tab. 1** dargestellt.

Der „Hormonstatus“

Die Beurteilung des Reproduktionsstatus (Prä-, Peri- und Postmenopause) soll klinisch, d. h. ohne Laborbestimmung erfolgen: „Die Peri- und Postmenopause bei über 45-jährigen Frauen sollen aufgrund klinischer Parameter diagnostiziert werden“ (Empfehlungsgrad A). Eine Ausnahme sind Frauen, die jünger als 45 Jahre alt sind: „Eine Bestimmung des Follikelstimulierenden Hormons (FSH) zur Diagnose der Peri- und Postmenopause soll nur bei Frauen zwischen dem

40. und 45. Lebensjahr mit klimakterischen Symptomen (z. B. Hitzewallungen, Zyklusveränderungen) sowie bei Frauen unter 40 Jahren mit Hinweisen auf vorzeitige Ovarialinsuffizienz erfolgen“ (Empfehlungsgrad A).

Vasomotorische Symptome

Der Zeitraum, in dem Frauen häufige Hitzewallungen (definiert als Hitzewallungen an mehr als sechs Tagen innerhalb der letzten zwei Wochen) wahrnehmen, beträgt etwa 7,4 Jahre. „Frauen mit vasomotorischen Beschwerden soll eine HRT angeboten werden, nachdem sie über die kurz- (bis zu 5 Jahren) und langfristigen Nutzen und Risiken informiert wurden. Für nicht-hysterektomierte Frauen kommt eine Östrogen-Gestagen-Therapie (EPT) mit adäquatem Gestagenanteil, für hysterektomierte Frauen eine Östrogenmono-Therapie (ET) in Betracht“ (Empfehlungsgrad A). Die Gestagen-gabe in einer EPT kann zyklisch oder kontinuierlich erfolgen. Bei sequenzieller Gabe soll das Gestagen über 10–12 Tage pro Behandlungsmonat verabreicht werden. Die transdermale Östrogenform soll bevorzugt eingesetzt werden, „da sie möglicherweise ein günstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis“ hat. Die Frequenz der Hitzewallungen pro Woche lässt sich durch jede Form der HRT um 75 % reduzieren. „Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs), Clonidin und Gabapentin sollen nicht routinemäßig als Mittel erster Wahl

gegen vasomotorische Symptome angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A). „Kognitive Verhaltenstherapie, Isoflavone und Cimicifuga-Präparate können bei vasomotorischen Symptomen angewendet werden“ (Empfehlungsgrad 0).

Innerhalb der ersten Therapiemonate können bei nicht-hysterektomierten Frauen, die eine EPT anwenden, Blutungsstörungen auftreten. Dies ist einer der Gründe, weshalb initial eine Verlaufskontrolle drei Monate nach Therapie-start empfohlen wird. Ansonsten werden jährliche Wiedervorstellungen empfohlen. Wenn eine HRT beendet wird, können vasomotorische Beschwerden wieder auftreten. Wenn eine HRT ausgeschli-

Abkürzungen

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
DVO	Dachverband Osteologie e. V.
EMAS	Europäische Menopause und Andropause Gesellschaft
EPT	Östrogen-Gestagen-Therapie
ET	Östrogenmono-Therapie
HRT	Hormonersatztherapie
LL	Leitlinie
LoE	„Level of evidence“
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SVGO	Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose

chen wird, kommt es evtl. seltener zum Wiederauftreten von Symptomen.

Sexuelle Funktion

Erstmalig wird in der S3-LL auf das Thema Androgentherapie eingegangen, auch wenn weltweit nur in Australien ein Androgenpräparat für die Frau offiziell zugelassen ist. „Bei Frauen mit Libido-verlust in der Peri- und Postmenopause kann nach psychosexueller Exploration ggf. eine Testosterontherapie erwogen werden, wenn eine HRT nicht wirksam ist. Auf den off-label-use soll hingewiesen werden“ (Empfehlungsgrad 0). Zur Therapie wird eine Magistralrezeptur für „Mikronisiertes Testosteron auf Liposomengrundlage, 3 mg/Hub, Dosierspender“ empfohlen. Testosteronbestimmungen sollten durchgeführt werden. Der Spiegel sollte nicht über dem weiblichen Normbereich liegen.

Urogynäkologie

Im Kontext der Urogynäkologie wird auf die Beschwerdebilder Belastungsinkontinenz, überaktive Blase (OAB) und rezidivierende Harnwegsinfekte (HWI) eingegangen. Es wird darauf hingewiesen, dass „eine vaginale ET eine Harninkontinenz bei postmenopausalen Frauen verbessern“ kann. Daher soll „postmenopausalen Patientinnen mit Harninkontinenz Beckenbodentraining und eine vaginale ET angeboten werden“ (Empfehlungsgrad A). Dagegen kann sich eine systemische ET/EPT ungünstig auswirken, sodass „darüber informiert werden [soll], dass diese zum Auftreten oder zur Verschlechterung einer Harninkontinenz führen kann“ (Empfehlungsgrad A). Ähnliches gilt für die OAB: „Wenn bei einer Drangsymptomatik urologische Erkrankungen ausgeschlossen wurden, kann eine lokale ET angeboten werden. Miktionsfrequenz und Drangsymptomatik können reduziert werden“ (Empfehlungsgrad 0). „Eine systemische HRT kann eine vorhandene Harninkontinenz [jedoch] verschlechtern.“ Bei rezidivierenden HWI sollte bei postmenopausalen Frauen „vor Beginn einer antibiotischen Langzeitprävention eine vaginale ET durchgeführt werden“

Hier steht eine Anzeige.

Tab. 1 Graduierung der Empfehlungen

Symbolik	Beschreibung der Verbindlichkeit	Ausdruck
A	Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit	Soll/Soll nicht
B	Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit	Sollte/Sollte nicht
0	Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit	Kann/Kann nicht

(Empfehlungsgrad B). Eine orale ET reduziert die HWI-Rezidivrate jedoch nicht.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Das kardiovaskuläre Basisrisiko peri- und postmenopausaler Frauen variiert in Abhängigkeit von weiteren Risikofaktoren. Deswegen wird empfohlen, die „vaskulären Risikofaktoren vor Beginn einer HRT [abzuklären und zu behandeln]“ (Empfehlungsgrad B). Im Hinblick auf Thromboembolien „sollen [Frauen] darüber informiert werden, dass das Thromboembolierisiko unter einer oralen ET und EPT erhöht ist und höher ist als bei transdermaler Applikation“ (Empfehlungsgrad A). Das Risiko für Thromboembolien ist unter oraler HRT in den ersten ein bis zwei Jahren am höchsten (3- bis 4-fache Erhöhung) und fällt dann auf das 2-fache in den Folgejahren ab. Ähnlich verhält es sich mit dem Risiko für zerebrovaskuläre Ereignisse. Auch hier „sollen [Frauen] darüber informiert werden, dass eine orale EPT das Risiko für ischämische zerebrovaskuläre Ereignisse möglicherweise erhöht, nicht aber eine transdermale ET. Das absolute Risiko für einen Schlaganfall ist bei jüngeren Frauen sehr niedrig“ (Empfehlungsgrad A). Die Risikoerhöhung gilt nicht für hämorrhagische Schlaganfälle. Das erhöhte Risiko für ischämische zerebrovaskuläre besteht nur während der Einnahme und normalisiert sich nach Absetzen vollkommen. Da bisher keine ausreichenden Daten zur Sicherheit einer HRT nach ischämischem Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) vorliegen, gelten diese weiterhin als Kontraindikation. Günstiger sieht die Situation für die koronare Herzerkrankung (KHK) aus. „Frauen sollen darüber informiert werden, dass eine EPT das kardiovaskuläre Risiko nicht oder nur geringfügig erhöht bzw. eine ET das kardiovaskuläre Risiko

nicht erhöht oder verringert.“ Allerdings ist eine HRT „zur Prävention der KHK ungeeignet und sollte zur Behandlung klimakterischer Beschwerden vor dem 60. Lebensjahr begonnen werden“ (Empfehlungsgrad A). Analog zur Situation nach zerebrovaskulären Ereignissen bleibt „ein [stattgehabtes] koronares Ereignis [eine] Kontraindikation für eine HRT“.

Osteoporose

„Eine HRT führt zu einer signifikanten Reduktion des Risikos für Osteoporose-assoziierte Frakturen. (LoE 1a) Der frakturvermindernde Einfluss einer HRT war unabhängig von der Einnahmedauer (d.h. bereits nach einer kurzen <1-jährigen Einnahme nachweisbar) und des Alters bei Therapiebeginn. Zusätzlich scheint der frakturvermindernde Effekt nach Beendigung einer HRT in geringerem Maße weiter zu bestehen. (LoE 2a).“

Gemäss der S3-Leitlinie des DVO (2017) ist eine Prävention und Behandlung der Osteoporose per HRT möglich, wenn menopausale Symptome bzw. eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber anderen zur Osteoporoseprävention zugelassenen Medikamenten besteht. Wenn eine HRT in Standarddosis verabreicht wird, ist auch bei hohem Frakturrisiko kein weiteres spezifisches Osteoporosetherapeutikum erforderlich.

Für die Schweiz gelten die Empfehlungen der SVGO (www.svgo.ch), die sich hinsichtlich der Therapieindikation, jedoch nicht im Hinblick auf Therapiemöglichkeiten von den DVO-Empfehlungen etwas unterscheiden.

Demenz und Depression

„Frauen in der Peri- und Postmenopause sollen darüber beraten werden, dass es unklar ist, ob eine HRT vor dem 65. Le-

bensjahr das Demenzrisiko beeinflusst“ (Empfehlungsgrad A).

Bezüglich Stimmungsschwankungen wird festgehalten, dass eine HRT therapeutisch in Betracht gezogen werden kann, wenn die psychischen Symptome als Folge der Menopause auftreten oder sich in zeitlichem Zusammenhang mit der Menopause verschlechtern. „Die Indikation zur pharmakologischen Behandlung von Depressionen in der Perimenopause soll den allgemeinen Behandlungsleitlinien folgen (es liegen keine direkten Wirksamkeitsstudien in der Perimenopause vor). Es gibt derzeit keine sicheren Hinweise auf eine unterschiedliche Wirksamkeit von Antidepressiva in Abhängigkeit vom Menopausenstatus. Es liegt keine ausreichende Evidenz zur Empfehlung einer HRT oder Psychotherapie zur Behandlung perimenopausaler Depressionen vor“ (Empfehlungsgrad A).

Mammakarzinom

■ **Tab. 2** zeigt das altersabhängige 5-Jahres-Risiko für die Diagnose Brustkrebs. Demnach werden 14 von 1000 jetzt 50- bis 54-jährigen Frauen innerhalb der nächsten fünf Jahre die Diagnose Brustkrebs erhalten.

„Frauen, die eine HRT erwägen, sollen darüber aufgeklärt werden, dass eine HRT (EPT/ET) zu einer geringen oder keiner Erhöhung des Brustkrebsrisikos führen kann. Die mögliche Risikoerhöhung ist abhängig von der Zusammensetzung der HRT, der Behandlungsdauer und reduziert sich nach Absetzen der HRT“ (Empfehlungsgrad A).

■ **Tab. 3** zeigt das Brustkrebsrisiko während einer HRT in absoluten Zahlen. Es werden Risikoangaben aus randomisiert-kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien getrennt dargestellt. Die absoluten Zahlen beschreiben die Unterschiede der Brustkrebsinzidenz pro 1000 postmenopausale Frauen, die über 7,5 Jahre eine entsprechende HRT einsetzen. Bsp.: Wenn 1000 postmenopausale Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren über 7,5 Jahre eine ET anwenden, dann werden in diesem Zeitraum im Vergleich zum altersbezogenen Basisrisiko (■ **Tab. 2**) vier Frauen weniger die

Diagnose Brustkrebs erhalten, d.h., anstelle von etwa 14 Frauen werden es etwa 10 Frauen sein, wenn als Rechengrundlage randomisiert-kontrollierte Studien verwendet werden.

Darüber hinaus liegen aus Kohortenstudien Anhaltspunkte vor, dass eine kontinuierlich kombinierte EPT zu einer höheren Risikosteigerung führt als eine sequenzielle EPT. Auch liegen Hinweise dafür vor, dass eine EPT mit Progesteron zu einer geringen Risikosteigerung führt. „Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine HRT (sowohl ET als auch EPT) mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko verbunden sein kann. Die Risikoerhöhung ist allerdings gering und muss aber in die Nutzen-Risikobewertung bei der Behandlung klimakterischer Symptome mit einer HRT einbezogen werden.“

In einem Addendum zur S3-LL wird auf die 2019 in *Lancet* publizierte Metaanalyse aus Kohortenstudien eingegangen [2]. Demzufolge stehen die dort gemachten Risikoangaben im Einklang mit den bisher bekannten Daten und sind für eine Aufklärung vor einer geplanten HRT geeignet. Eine Änderung der in der S3-LL publizierten Stellungnahmen und Empfehlungen ist daher nicht erforderlich.

Für Frauen nach Mammakarzinom gilt unverändert, dass eine HRT das Risiko für ein Rezidiv nach behandeltem Mammakarzinom steigern kann. Deswegen „soll eine HRT bei Frauen nach einem Mammakarzinom nicht durchgeführt werden. Im Einzelfall kann sie nach Versagen nichthormonaler Therapien und bei erheblicher Einschränkung der Lebensqualität erwogen werden“ (Empfehlungsgrad A). Im Gegensatz dazu scheint bei symptomatischer vaginaler Atrophie „eine Behandlung mit ultraniedrigdosiertem Östriol (0,03 mg, drei Applikationen pro Woche) vertretbar zu sein, dennoch sollten zunächst nichthormonale Alternativen genutzt werden“.

Endometriumkarzinom

Die Empfehlungen bzgl. HRT und Endometriumkarzinom wurden aus der S3-LL „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkar-

zinom“ [3] übernommen (sog. LL-Adaptation). Wichtig ist hier, auf die verschiedenen, zum Teil schwachen Evidenzlevel zu achten. Folgende Statements wurden verfasst:

- „Eine alleinige HRT mit Östrogenen ohne Gestagenschutz ist bei nicht hysterektomierten Frauen ein Risikofaktor für das Auftreten eines Endometriumkarzinoms. Der Effekt ist von der Dauer der Anwendung abhängig.“ (LoE 2)
- „Eine ET soll nur bei hysterektomierten Frauen durchgeführt werden. Eine kombinierte EPT bei nicht hysterektomierten Frauen soll eine mindestens 10-, besser 14-tägige Gestagenanwendung pro Behandlungsmonat enthalten.“
- „Bei einer kontinuierlich-kombinierten HRT mit konjugierten equinen Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat als Gestagen mit durchschnittlich 5,6 Jahren Anwendungsdauer wurde eine Reduktion des Endometriumkarzinomrisikos beobachtet.“ (LoE 2)
- „Eine kontinuierlich-kombinierte HRT mit <5 Jahren Anwendungsdauer kann hinsichtlich Endometriumkarzinomrisiko als sicher angesehen werden.“ (LoE 2)
- „Die Langzeitanwendung einer kontinuierlich-kombinierten HRT >6 Jahre bzw. > 10 Jahre kann zu einem erhöhten Endometriumkarzinomrisiko führen.“ (LoE 3)
- „Die Verwendung von Progesteron oder Dydrogesteron im Rahmen einer kontinuierlich-kombinierten HRT kann das Risiko der Entstehung eines Endometriumkarzinoms erhöhen.“ (LoE 4)
- „Die sequentiell-kombinierte HRT kann das Risiko der Entstehung eines Endometriumkarzinoms erhöhen. Der Effekt ist von der Dauer, Art und Dosis der Gestagenanwendung abhängig.“ (LoE 3)
- „Die sequentiell-kombinierte HRT mit einer Anwendungsdauer unter 5 Jahren und unter Verwendung eines synthetischen Gestagens kann hinsichtlich des Endometriumkarzinomrisikos als sicher angesehen werden.“ (LoE 3)

J. Gynäkol. Endokrinol. CH 2020 · 23: 150–155

<https://doi.org/10.1007/s41975-020-00167-8>

© Der/die Autor(en) 2020

P. Stute für Schweizerische Menopause Gesellschaft (SMG)

Die S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ – eine Zusammenfassung

Zusammenfassung

2020 wurde die S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ publiziert, an deren Erarbeitung zwei Mandatsträger aus der Schweiz beteiligt waren. Der Artikel gibt eine Übersicht zu den Statements und Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten der Hormonersatztherapie. Indikationen für eine Hormonersatztherapie sind nach wie vor das klimakterische Syndrom und die Prävention der Osteoporose.

Schlüsselwörter

Hormonersatztherapie · Androgentherapie · Herz-Kreislaufkrankung · Brustkrebs · Osteoporose · Risiko

La directive S3 «Périménopause et postménopause – diagnostic et interventions»: un résumé

Résumé

La directive S3 «Périménopause et postménopause – diagnostics et interventions», élaborée avec le concours de deux représentants de la Suisse, a été publiée en 2020. L'article donne un aperçu des messages et recommandations concernant différents aspects du traitement hormonal substitutif. Aujourd'hui comme par le passé, les indications d'un traitement hormonal substitutif comprennent le syndrome climatérique et la prévention de l'ostéoporose.

Mots clés

Traitement hormonal substitutif · Androgénothérapie · Maladie cardiovasculaire · Cancer du sein · Ostéoporose · Risque

Tab. 2 5-Jahres-Risiko für die Diagnose Brustkrebs in Abhängigkeit vom Alter

Alter [Jahre]	50–54	55–59	60–64	65–69
Alle Frauen (%)	1,40	1,40	1,71	2,09

Tab. 3 Absolutes Brustkrebsrisiko für derzeitige HRT-Anwenderinnen. Die Angaben in Klammern entsprechen dem 95 %-Konfidenzintervall

HRT-Typ	Studientyp	Derzeitige Anwendung
Östrogenmonotherapie (ET)	Randomisiert-kontrollierte Studien	4 weniger (–11 bis +8)
	Beobachtungsstudien	6 mehr (+1 bis +12)
Östrogen-Gestagen-Therapie (EPT)	Randomisiert-kontrollierte Studien	5 mehr (–4 bis +36)
	Beobachtungsstudien	17 mehr (+14 bis +20)

Da das Risiko einer HRT nach behandeltem Endometriumkarzinom nicht ausreichend untersucht ist, „kann eine HRT bei klimakterischen Beschwerden [erst bei] erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und Versagen nicht hormonaler Alternativen erwogen werden“ (Expertenkonsens). Ebenso kann „eine lokale ET nach Primärtherapie eines Endometriumkarzinoms nach nicht zufriedenstellender Behandlung mit inerten Gleitgelen oder Cremes erwogen werden“ (Expertenkonsens).

Ovarialkarzinom

Es werden drei Haupttypen des Ovarialkarzinoms unterschieden (90 % epitheliale Tumoren, 3 % Keimzelltumoren, 2 % Keimstrang-Stroma-Tumoren). Die epithelialen Ovarialkarzinome werden in die histologischen Subtypen „high-grade“ bzw. „low-grade“ serös, endometrioid, klarzellig und muzinös unterteilt. Das Tuben- und primäre Peritonealkarzinom werden bzgl. der HRT-Empfehlung den epithelialen Ovarialkarzinomen zugeordnet. Anders als in anderen Empfehlungen wird in der aktuellen S3-LL bei den Empfehlungen zum Ovarialkarzinom nicht nach histologischen Typen unterschieden. Hier heisst es, dass „zur Sicherheit einer HRT nach Behandlung eines Ovarialkarzinoms keine zuverlässige Aussage gemacht werden kann.“ „Eine HRT kann [jedoch] bei Frauen nach Behandlung eines Ovarialkarzinoms nach entsprechender Aufklärung durchgeführt werden“ (Empfehlungsgrad 0). Im Fliesstext der S3-LL heisst es dann, dass, „da jedoch alle Studien zeigen, dass kein risikosteigernder Effekt, sondern

eher eine Risikoreduktion vorliegt, eine HRT bei erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität durch klimakterische Symptome vertretbar scheint“. „Insbesondere bei jungen Frauen, die iatrogen postmenopausal wurden, besteht ein erhöhtes Mortalitätsrisiko durch das Auftreten einer koronaren Herzkrankheit, so dass bei diesen eine HRT sinnvoll erscheint.“

Fazit für die Praxis

- Insgesamt ist die S3-LL „Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen“ in der Praxis brauchbar. Indikationen für eine Hormonersatztherapie sind nach wie vor das klimakterische Syndrom und die Prävention der Osteoporose.
- Zu den wichtigsten Details zählen: 1) Diagnose Peri- und Postmenopause bei Frauen 45+ klinisch, ohne Labordiagnostik (trotz des bei Patientinnen beliebten „Hormonstatus“), 2) keine Limitierung der HRT-Dauer und -Dosierung, aber jährliche Wiedervorstellung zur Therapieüberprüfung, 3) kurzfristige HRT heisst HRT bis zu 5 Jahren, 4) eine transdermale Östrogentherapie ist vorzuziehen, 5) vaginale ET „so lange wie erforderlich“ und 6) bei Libidomangel ggf. transdermale Testosterontherapie. Bzgl. der Risiken einer HRT sind keine wesentlichen Neuerungen in den Empfehlungen zu finden.
- Auch wenn die S3-LL mit Unterstützung Schweizer Mandatsträger entwickelt wurde, so gibt es doch einige Schweizer Besonderheiten. Um diesem Umstand Rechnung zu

tragen, wird 2021 der SGGG-Expertenbrief No. 42 „Aktuelle Empfehlungen zur Menopausalen Hormontherapie (MHT)“ unter Federführung der Schweizerischen Menopause Gesellschaft überarbeitet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Petra Stute
Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Frauenklinik Inselspital, Universität Bern
Friedbühlstrasse 19,
3010 Bern, Schweiz
petra.stute@insel.ch

Funding. Open access funding provided by University of Bern

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Stute gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäss nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2020) Peri- und Postmenopause – Diagnosis and Interventions. Guideline of the DGGG, SGGG und OEGGG (S3 Level, AWMF Registry No. 015-062). <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-062.html>. Zugegriffen: 22.10.2020

2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2019) Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet* 394(10204):1159–1168
3. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom, Langversion 1.0, 2018, AWMF Registernummer: 032/034-OL. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/>. Zugegriffen: 22. Sept. 2020

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Brustkrebs: Depression als Begleiterkrankung

Auch noch viele Jahre nach der Therapie

Selbst nach einer erfolgreichen Therapie sind viele Brustkrebspatientinnen noch über lange Zeit sehr belastet. Wissenschaftler im Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) haben in einer Studie mit insgesamt mehr als 4.000 Frauen belegt, dass gerade Patientinnen, deren Therapie bereits 5 bis 15 Jahre zurückliegt, häufig mit Depressionen kämpfen. Das zeigt, wie wichtig es ist, die psychische Verfassung bei der Behandlung betroffener Frauen nicht zu vernachlässigen.

Brustkrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Weltweit diagnostizieren Ärzte jedes Jahr mehr als zwei Millionen Neuerkrankungen; allein in Deutschland erhalten jährlich rund 69.000 Patientinnen diese Diagnose. Gleichzeitig verbessern sich aber auch die Überlebenschancen dank immer besserer Diagnostik und Therapie. Doch auch nach einer erfolgreichen Behandlung ist die Lebensqualität vieler Betroffener noch lange Zeit eingeschränkt. Sie leiden etwa unter dem chronischen Erschöpfungssyndrom Fatigue oder unter therapiebedingten Muskel- und Gelenkschmerzen. Auch über Depressionen klagten viele Betroffene.

„Während das Auftreten von Depressionen innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Brustkrebstherapie bereits recht gut untersucht ist, ist über die Häufigkeit von Depressionen bei Langzeitüberlebenden bislang wenig bekannt“, sagt Volker Arndt, Epidemiologe im Deutschen Krebsforschungszentrum. „Wir wollten wissen, welche Rolle Depressionen bei Patientinnen auch noch viele Jahre nach der erfolgreichen Krebsbehandlung spielen, und welche Faktoren dies möglicherweise beeinflussen.“

Die DKFZ-Epidemiologen um Arndt untersuchten insgesamt 3.100 Brustkrebsüberlebende, deren Therapie zwischen 5 und 16 Jahre zurücklag, auf Anzeichen einer Depression. Zum Vergleich schlossen sie 1.005 Frauen ohne eine entsprechende Krebserkrankung in ihre Studie ein. „Wir haben festgestellt, dass Langzeitüberlebende, deren Therapie bereits zwischen 5 und 15 Jahren zurückliegt, häufiger unter Depressionen leiden als Frauen, die nie an Brustkrebs erkrankt waren“, sagt Erstautorin Daniela Doege. Insbesondere betroffen waren Frauen, bei denen die Krebserkrankung wiedergekehrt war oder bei denen Metastasen festgestellt wurden. Weitere Risikofaktoren waren höheres

Alter, Übergewicht, sowie eine eingeschränkte oder aufgegebene Berufstätigkeit. „Wie die einzelnen Faktoren das Depressionsrisiko beeinflussen, können wir auf der Grundlage unserer Studie allerdings nicht erklären“, sagt Doege.

Doch auch wenn sich die exakten Ursachen für das erhöhte Depressionsrisiko derzeit nicht ausmachen lassen, enthält das Studienergebnis eine bedeutende Botschaft: „Unsere Daten zeigen wie wichtig es ist, dass behandelnde Ärzte bei Brustkrebspatientinnen, gerade bei Betroffenen mit Metastasen oder wiederkehrenden Tumoren, nicht nur die rein onkologischen Symptome therapieren“, sagt Arndt. „Entscheidend ist auch, die psychische Verfassung der Betroffenen im Blick zu behalten und bei Bedarf Hilfe anzubieten.“

Literatur: Daniela Doege, Melissa S Y Thong, Lena Koch-Gallenkamp, Lina Jansen, Heike Bertram, Andrea Eberle, Bernd Holleczek, Ron Pritzkeleit, Annika Waldmann, Sylke R Zeissig, Hermann Brenner, Volker Arndt: Age-specific prevalence and determinants of depression in long-term breast cancer survivors compared to female population controls *Cancer Medicine* 2020, DOI: 10.1002/cam4.3476

Quelle: Deutsches Krebsforschungszentrum, 22.10.2020