

Abstract

HRT Update 2012

Privatdozent Dr. med. A. Römmler, München

Im September 2009 wurden S3-Leitlinien zur postmenopausalen Hormon-Ersatz-Therapie (HRT) veröffentlicht. Damit ist ein seit 2002 eingeleiteter Paradigmenwechsel in der HRT interdisziplinär formuliert worden:

Hinsichtlich Nutzen und Risiken einer HRT sind neben *individuellen* auch *methodisch* bedingte Faktoren wie Substanz und Darreichungsform relevant und zu berücksichtigen.

Es wurde Zeit, endlich auch im breiten Konsensus darauf hinzuweisen, dass allein schon durch die Art und Weise, wie man Hormone anwendet, das Risikoprofil einer HRT wesentlich beeinflusst wird.

Die *bisher übliche* HRT-Anwendung bestand in oralen Östrogengaben und ggf. deren Kombination mit einem derivaten Progestagen. Genau diese Vorgehensweise ist für viele deren Nachteile verantwortlich zu machen, wie heute gut belegt ist: Bei venösen Thromboembolien, Gallenwegaffektionen und beim Schlaganfall steht die orale Darreichung des Östrogens als methodischer Risikofaktor im Vordergrund (belastender hepatischer „first-pass“ Effekt), bei der erhöhten Brustkrebs Inzidenz ist es der nachteilige Einfluss von „synthetischen“, also unphysiologischen Gestagenen.

Substitutive Hormongaben sollten aber, so ein wichtiges Ziel, keine Nachteile aufweisen. Dabei sind gerade die methodisch bedingten Risikofaktoren der bisher üblichen HRT gut zu beeinflussen und meist zu vermeiden. Somit wird eine moderne HRT methodisch risikoarm zu modifizieren sein:

- 1) Die Darreichung des *Östrogens* (17- β -Östradiol) erfolgt vorzugsweise *transdermal* (Pflaster, Gel, Creme), was die Leberpassage umgeht und am klinischen Endpunkt laut Studiendaten keine speziellen Zusatzrisiken mehr bewirkt. Bezüglich der Östrogendosis wird die kleinste effektive Dosis gewählt, was klinisch leicht durch Titration von der Patientin bestimmt und durch eine Laborprobe objektiviert werden kann.
- 2) Die Art des Gestagens stellt einen signifikanten Risikofaktor für die Brustkrebs Inzidenz dar, hier ist das physiologische *Progesteron in oraler Anwendung* zu bevorzugen. Es ist bekannter Maßen nicht nur ein endogene Schutzfaktor gegenüber Endometrium-, sondern auch gegenüber Mammakarzinomen. Dieser günstige Doppelleffekt ist entsprechend der Studienlage bei den meisten der synthetischen Gestagene nicht vorhanden.

Mit solchen einfachen, aber entscheidend risikoarmen Modifikationen sind nicht alle Probleme einer HRT gelöst: So kann die Resorption von Östrogen und Progesteron individuell sehr unterschiedlich sein, ebenso die Zykluskontrolle in der Peri- und frühen Postmenopause. Hierzu werden praktische Hilfestellungen dargestellt.