

# Hormonsubstitution erhöht Risiko für Harninkontinenz

## Überraschendes Ergebnis einer JAMA-Studie

Von dem einstigen Enthusiasmus für die Hormonersatztherapie bei Frauen in der Postmenopause ist bekanntlich nicht mehr viel übrig geblieben. Zur befristeten Linderung starker Menopausebeschwerden ist sie weiter gefragt, zu präventiven Zwecken hat sie weitgehend ausgedient. Jetzt scheint sich herauszustellen, dass Östrogen- beziehungsweise Östrogen-Gestagen-Präparate auch zur Behandlung oder Prävention der Harninkontinenz ungeeignet sind. Anlass zu dieser Einschätzung gibt eine soeben im «Journal of the American Medical Association» (JAMA 2005; 293: 935-948) publizierte Studie, nach der die Hormonsubstitution sogar eine bestehende Harninkontinenz verschlimmert. Die Studie dürfte schon deshalb grosse Beachtung finden, weil sie auf den Daten der WHI (Womens Health Initiative)-Studie basiert – einer grossen, randomisierten und plazebo-kontrollierten Untersuchung, die zudem über einen längeren Zeitraum lief. Insgesamt wurden die Daten von über 20 000 Frauen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren ausgewertet. Die Analyse förderte folgende Resultate zutage: Das Risiko, eine Harninkontinenz zu entwickeln, verdoppelte sich beinahe für Frauen,

die bei Studieneintritt keine Blasenschwäche aufwiesen; insbesondere gilt dies für die Stressinkontinenz, in geringerem Masse aber auch für die gemischte Inkontinenz. Die Östrogen-Gestagen-Kombinationstherapie hatte – anders als die Östrogen-Monotherapie – keinen negativen Einfluss auf die Entstehung einer Urge-Inkontinenz. Für Frauen, die bereits bei Eintritt in die Studie unter Harninkontinenz litten, verschlechterte sich die Symptomatik häufiger als unter Plazebo. Das Fazit der Autoren lautet deshalb: Die Hormonersatztherapie sollte zur Therapie oder Prävention von Harninkontinenz nicht verordnet werden.

Die Ergebnisse kommen insofern etwas überraschend, als sie die gängige Einschätzung und Praxis widerlegen. Selbst die kritischen Reviewer der Cochrane Collaboration hatten der Östrogentherapie bescheinigt, sie könne zumindest die Urge-Inkontinenz lindern oder gar heilen. Hinsichtlich der Stressinkontinenz bestanden bereits Vorbehalte.

Die Geriaterin Catherine E. DuBeau schliesst sich in einem JAMA-Kommentar grundsätzlich den Empfehlungen der Autorengruppe an und meint, man solle andere nichthormo-

nelle Therapiemöglichkeiten der Inkontinenz ausschöpfen. Sie macht aber auch auf einige methodische Schwächen und Besonderheiten der Studie aufmerksam. So wiesen bei Studieneintritt über 60 Prozent der Teilnehmerinnen eine Harninkontinenz auf – ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz, den DuBeau mit einer grosszügigen Diagnosestellung erklärt. Tatsächlich hätten viele Frauen nur sehr leichte Formen der Inkontinenz aufgewiesen. Unklar ist laut DuBeau, warum die Hormonbehandlung Schaden anrichtet. Sie verweist wie die Autoren auch, auf eine Untersuchung, nach der eine Östrogentherapie zum Kollagenverlust in Vaginalepithel bei Patientinnen mit Stressinkontinenz führte. Östrogen könnte demnach biochemisch bereits verändertes Kollagen zum Zerreißen bringen. Dennoch ist nach Meinung der Kommentatorin das letzte Wort über die Hormontherapie nicht gesprochen. «Ob topische Östrogene von Nutzen sind, ist weiter unklar», meint sie und verlangt Untersuchungen über den Einfluss von Östrogen auf Detrusorfunktion und Beckenbodenmuskulatur bei alternativen Frauen.

●  
U.B.

# Radon ist die zweithäufigste Ursache für Lungenkrebs

## Europaweite Studie: Massnahmen zur Radonverminderung sind dringend erforderlich

Mit steigender Radonkonzentration in Räumen nimmt das Risiko einer Lungenkrebs-erkrankung zu. Das bestätigt jetzt eine europaweit durchgeführte Analyse, die von der Europäischen Kommission gefördert wurde. In der Studie wurden die Daten von 13 Fall-Kontroll-Studien aus 9 Ländern zusammengefasst und ausgewertet. «Demnach werden europaweit ungefähr neun Prozent der Lungenkrebstodesfälle und zwei Prozent aller Krebstodesfälle durch Radon in Aufenthaltsräumen verursacht», sagte Wolfgang Weiss, Leiter des Fachbereiches Strahlenschutz und Gesundheit des deutschen Bundesamts für Strahlenschutz. Radon verursacht damit jährlich ungefähr 20 000 Lungenkrebstodesfälle in der EU. Die Studie weist unter Berücksichtigung von Rauchen und Unsicherheiten in der Abschätzung der Radonkonzentration

eine statistisch signifikante Erhöhung des Lungenkrebsrisikos um 16 Prozent bei einer Zunahme der Radonkonzentration um 100 Becquerel pro Kubikmeter (Bq/m<sup>3</sup>) Raumluft nach. Der Zusammenhang ist annähernd linear. Es gibt keinen Hinweis auf einen Wert, unterhalb dessen kein Risiko auftritt. Bei einer Radonkonzentration von 0, 100 und 400 Bq/m<sup>3</sup> erkranken bis zum 75. Lebensjahr 4, 5 respektive 7 von 1000 Nichtrauchern.

Weiterhin wird beobachtet, dass Personen, die Räume mit Radonkonzentrationen zwischen 100 und 200 Bq/m<sup>3</sup> Raumluft bewohnen, ein um 20 Prozent höheres Lungenkrebsrisiko haben als Personen, die in Räumen mit Werten unterhalb von 100 Bq/m<sup>3</sup> leben. Somit liegt ein statistisch signifikant erhöhtes Lungenkrebsrisiko selbst unterhalb der Radon-

konzentrationen von 200 Bq/m<sup>3</sup> vor. International werden derzeit aber erst oberhalb dieses Wertes Sanierungsmassnahmen zur Radonverminderung empfohlen.

Lungenkrebsrisiko Nr. 1 bleibt das Rauchen. Besonders gefährlich ist die kombinierte Wirkung von Radon und Rauchen. Unter den Rauchern erkranken bei einer Radonkonzentration von 0, 100 und 400 Bq/m<sup>3</sup> 100, 116 beziehungsweise 160 von 1000 Personen. Die Höhe der Radonkonzentration in Aufenthaltsräumen hängt neben den geologischen Bedingungen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Bereits mit einfachen Massnahmen wie Wandabdichtungen oder zusätzlicher Belüftung kann die Radonkonzentration in Aufenthaltsräumen erheblich reduziert werden. ●

U.B.