

Klimakterische Symptome

Wie Wechseljahrbeschwerden gemildert werden können

Wechseljahre können mitunter starke Symptome hervorrufen. Zu ihrer Behandlung gibt es viele Möglichkeiten. Welche wann zum Tragen kommen, erläuterte Prof. Dr. Petra Stute, Stv. Chefärztin Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Frauenklinik, Inselspital Bern, am Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) in Basel.

Der altersbedingte Östrogenmangel kann viele Symptome hervorrufen. Die prominentesten sind vasomotorischer Natur in Form von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen. Zu weiteren Symptomen gehören unter anderem Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Depression, Schlafstörungen, Scheidentrockenheit, mentale und körperliche Erschöpfung («brain fog»). Ein Östrogenmangel kann auch zu Langzeitfolgen führen wie z.B. koronarer Herzkrankheit, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Dyslipidämie, metabolischem Syndrom sowie Osteoporose und Demenz.

Bei Frauen, die vor dem Alter von 45 Jahren in die Menopause eintreten, ist eine Hormontherapie indiziert. Bei Frauen über diesem Alter gibt es verschiedene Optionen zur Therapie des klimakterischen Syndroms. Die Betroffenen können sich entweder dazu entscheiden, erst einmal nichts zu unternehmen, weil die Beschwerden möglicherweise nicht so stark sind, oder eine alternative Therapie in Form von kognitiver Verhaltenstherapie, Phytotherapie oder Akupunktur durchzuführen. Mit Phytotherapeutika wie z.B. Traubensilberkerze-Präparaten (z.B. Cimifemin®, Climavita®, Klimaktoplant®, Zeller Wechseljahre®) ist eine Reduktion der Häufigkeit von Hitzewallungen von 30–40% erreichbar, wie Prof. Stute berichtete. Mit Akupunktur könne eine Reduktion von Hitzewallungen um etwa 40% erwartet werden.

In der synthetischen nicht hormonellen Pharmakotherapie werden Antidepressiva, Antikonvulsiva, Antihypertensiva und Anticholinergika eingesetzt, dies jedoch off-label. Zugelassen

bei menopausalen Hitzewallungen ist einzig der neue Neurokinin-3-Rezeptor(NK3R)-Antagonist Fezolinetant (Veoza™). Dieser reduzierte die vasomotorische Frequenz und Intensität in den Zulassungsstudien SKYLIGHT 1 und 2 im Vergleich zu Placebo signifikant. Nach 12 Wochen waren bei 63% der Teilnehmerinnen zwei von drei Hitzewallungsepisoden verschwunden und die verbleibenden deutlich weniger stark. Die Effekte sind unabhängig von Alter, Body-Mass-Index, der Zeit seit der Menopause sowie der Intensität und Häufigkeit der Hitzewallungen (1,2). Bei einer Therapie mit Fezolinetant sollten die Leberwerte kontrolliert werden. Vor Therapiebeginn sind Alanin-Aminotransferase (ALT), Aspartat-Aminotransferase (AST), Gesamtbilirubin und die alkalische Phosphatase zu messen. Bei normalen Werten kann eine Therapie mit Fezolinetant begonnen werden. Die Leberwerte sollten während der ersten drei Monate monatlich gemessen werden. Bei einer Fezolinetant-Therapie sollten gleichzeitig keine CYP1A2-Inhibitoren angewendet werden. Dies hätte eine deutliche Verlangsamung des Abbaus von Fezolinetant zur Folge.

Wann braucht es eine menopausale Hormontherapie?

Eine weitere Option zur Behandlung von Hitzewallungen ist die menopausale Hormontherapie (MHT). Hierfür eignen sich laut Prof. Stute Östrogene mit oder ohne Gestagen sowie Tibolon (Livial®, Generika). Indikationen für eine Hormontherapie sind ein klimakterisches Syndrom ab einem Alter von 45 Jahren, eine Osteoporoseprophylaxe bei erhöhtem Frakturrisiko und ein klimakterisches Syndrom oder die Prävention von Folgeerkrankungen bei Frauen mit früher Menopause (40–44 Jahre) bzw. prämaturner Ovarialinsuffizienz (< 40 Jahren).

Je nach Stärke der klimakterischen Beschwerden und der reproduktiven Phase, in der sich die Patientin gerade befindet, kann die Östrogendosis angepasst werden. Bioidentische Hormone besitzen die gleiche Strukturformel wie die ovariellen Hormone wie 17-beta-Östradiol, Östriol, Progesteron, Dehydroepiandrosteron (DHEA), Testosteron und Pregnenolon.

Eine systemische Östrogen-Monotherapie eignet sich nur für Frauen nach Hysterektomie. Bei intaktem Uterus ist zum

KURZ UND BÜNDIG

- Alle Frauen erleben die Menopause.
- Das klimakterische Syndrom umfasst viele verschiedene Symptome, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.
- Die menopausale Hormontherapie (MHT) ist Therapie der ersten Wahl beim klimakterischen Syndrom.
- Bei früher Menopause (40–44 Jahre) und bei prämaturner Ovarialinsuffizienz (< 40 Jahren) ist eine MHT zur Prävention von chronischen Folgeerkrankungen indiziert.

Menoqueens

Menopause-Infokanal für Ihre Patientinnen

Prof. Dr. Petra Stute hat den Verein Menoqueens ins Leben gerufen, der über die Website www.menoqueens.ch Frauen mit physiologischen und medizinisch induzierten Wechseljahresbeschwerden unterstützt. Dabei werden Wege aufgezeigt, den Symptomen aktiv zu begegnen, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten, um ein selbstbestimmtes Leben führen und selbstbewusst den nächsten Lebensabschnitt beginnen zu können. Durch den wissenschaftsbasierten Ansatz stellt der Verein den betroffenen Frauen und ihrem Umfeld Wissen und effektive Tools für ein effizientes Menopausen-Management zur Verfügung. Darüber hinaus bezweckt er die Wissensförderung und -verbreitung in der medizinischen Forschung und bei Fachärztinnen und Fachärzten sowie die Förderung des Bewusstseins und die Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit zum Thema Menopause.



Schutz des Endometriums eine zusätzliche Verabreichung eines oralen Progestagens indiziert. Eine transdermale Progesteron-Creme ist dafür nicht ausreichend.

Die Anwendungsdauer einer MHT muss nicht willkürlich beschränkt werden, das beste Zeitfenster für einen gesundheitlichen Nutzen für die Patientin liegt in den ersten zehn Jahren nach der Menopause bzw. vor dem 60. Lebensjahr, wie die Expertin ausführte. Danach kann die Fortsetzung der MHT erwogen werden, wenn die Patientin gesund ist, ein geringes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Brustkrebs aufweist und unter persistierenden Hitzewallungen leidet oder ein erhöhtes Frakturrisiko hat und andere Therapien nicht geeignet sind. Ab einem Alter von 60 Jahren sollte das Östrogen in der niedrigsten wirksamen Dosis und nicht oral, z.B. transdermal, appliziert werden. Jede MHT sollte jährlich reevaluiert werden.

Einfluss auf Depression und Kognition

Frauen, die in der Perimenopause eine depressive Episode erleiden, profitieren ebenfalls von einer Östrogentherapie,

unabhängig davon, ob parallel dazu Hitzewallungen auftreten. Bei Patientinnen, die bereits unter einer Therapie mit Antidepressiva stehen, könne eine östrogenbasierte Therapie das klinische Ansprechen auf Antidepressiva verstärken, so Prof. Stute. Nach der Menopause sind Östrogene zur Behandlung von Depressionen dagegen wirkungslos.

Während der Perimenopause berichten viele Frauen auch von kognitiven Symptomen wie Wortfindungsstörungen. Die Studienlage zu einer MHT in dieser Indikation ist jedoch ungenügend, sodass eine Verwendung nicht empfohlen ist. Wird eine Östrogentherapie unmittelbar nach einer Hysterektomie etabliert, kann sie einen günstigen Effekt auf die Kognition haben. Bei einer natürlichen frühen Postmenopause ist der Effekt jedoch neutral. Damit ist die MHT zur Behandlung oder zur Prävention eines kognitiven Abbaus oder einer Demenz zu keinem Zeitpunkt indiziert, wie Prof. Stute festhielt.

Vorteile einer Östrogentherapie bei gesunden Frauen < 60 Jahren sind demnach unter anderem die Reduktion der menopausalen Symptome und die Förderung der Knochengesundheit. Als Nachteile sind das Brustkrebsrisiko bei einer Östrogen/Gestagen-Anwendung > 5 Jahre (gilt nicht für Östrogen-Monotherapie und Tibolon) und das Thrombose- sowie Hirnschlagrisiko bei oralen Östrogenen (nicht bei transdermalen) in Erwägung zu ziehen. □

Valérie Herzog

Quelle: «Menopause und in-between: Management in der Praxis». Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), 21.–23. Mai 2025, Basel

Referenzen:

1. Santoro N et al.: Fezolinetant treatment of moderate-to-severe vasomotor symptoms due to menopause: effect of intrinsic and extrinsic factors in two phase 3 studies (SKYLIGHT 1 and 2). *Menopause*. 2024;31(4):247-257. doi:10.1097/GME.0000000000002340
2. Nappi RE et al.: Treating moderate-to-severe menopausal vasomotor symptoms with fezolinetant: analysis of responders using pooled data from two phase 3 studies (SKYLIGHT 1 and 2). *Menopause*. 2024;31(6):512-521. doi:10.1097/GME.0000000000002354