



Factsheets

Eine Broschüre
der Schweizerischen
Gesellschaft für
Gynäkologische
Endokrinologie und
Menopause

gut zu wissen

Mai 2022

Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie und Menopause
administration@meno-pause.ch
www.meno-pause.ch

Die Urheberrechte sämtlicher Texte, Bilder und anderer Informationen
liegen bei den Rechteinhabern.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Begriffe rund um die Menopause	1
Alternative Behandlungsmöglichkeiten von Wechseljahrsbeschwerden	3
Androgenisierung	4
Beckenboden, Blasenschwäche und Beschwerden im Genitalbereich	5
Bioidentische Hormone	6
Blutungsstörungen in den Wechseljahren	8
Brustkrebs	9
Gewichtsveränderung in der Peri- und Postmenopause	10
Haut und Haare in der Menopause	12
Herz-Kreislauf-erkrankungen	14
Kinderwunsch und Verhütung	15
Klimakterisches Syndrom	17
Kognition und Demenz	18
Postmenopausale Osteoporose	19
Prä-mature Ovarialinsuffizienz	21
Psyche in der Menopause	22
Scheidentrockenheit	24
Sexualität in der Menopause	25
Symptome und Beschwerden	27
Therapie von Wechseljahrsbeschwerden	28
Transgender	29
Verhütung in der Menopause	30
Vorsorge Dickdarmkrebs	32
Vorzeitige Menopause	33



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autor:
Prof. Dr. med. M. Litschgi
FMH Gynäkologie u. Geburtshilfe
Tachlisbrunnen 33a
8400 Winterthur

Der Begriff Menopause ist aus den griechischen Wörtern «Mens» und «Pausis» zusammengesetzt und bedeutet das Aufhören der Menstruation.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Menopause ein natürliches, physiologisches Ereignis im Leben der Frau darstellt. Es signalisiert das unwiderrufliche Ende der Fortpflanzungsfähigkeit und ist damit ein Bestandteil des Alterungsprozesses. Viele Frauen mit einer natürlichen Menopause nehmen diese nicht negativ wahr. Im Gegensatz dazu sind Frauen mit chirurgisch bedingter Menopause weit mehr belastet.

Die Einstellung gegenüber der Menopause hat auch einen Einfluss auf die Wahrnehmung und die Intensität der klimakterischen Beschwerden und natürlich auch auf die Lebensqualität. Das Ganze ist unter anderem abhängig von kulturellen und sozialen Kontextfaktoren.

DEFINITIONEN

1. Natürliche Menopause

Menopause bedeutet das definitive Ausbleiben der Menstruation. Dies ist die Folge des Verlustes der Eierstock-Follikelaktivität und damit Alterung der Eierstöcke. Der Eintritt der natürlichen Menopause ist gemäss WHO-Definition durch eine blutungsfreie Zeit von 12 Monaten definiert. Diese "letzte" Periode ist aber erst retrospektiv nach einem Jahr Blutungsfreiheit als "letzte" Menstruation zu erkennen.

2. Menopausale Übergangszeit

Die menopausale Übergangszeit ist die 4-8-jährige Zeitperiode der hormonellen Umstellung bis zur letzten Menstruation.

3. Perimenopause

Die Perimenopause umfasst die Zeitspanne unmittelbar vor der Menopause mit Einsetzen der typischen klinischen Zeichen der bevorstehenden Abänderung und dem ersten Jahr nach der Menopause (= letzte Mens).

4. Klimakterium

Der Begriff Klimakterium steht für den Übergang von der fruchtbaren hin zur unfruchtbaren Lebensphase der Frau. Das Klimakterium schliesst die Perimenopause mit ein.

5. Klimakterisches Syndrom

Das klimakterische Syndrom umfasst zahlreiche charakteristische Symptome, die jedoch nicht zwingend bei jeder Frau auftreten müssen.

6. Prämenopause

Der Begriff Prämenopause beschreibt die ganze reproduktive Lebensphase ab der 1. Menstruationsblutung (Menarche) bis zur menopausalen Übergangsphase.

7. Postmenopause

Die Postmenopause umfasst die Lebensphase ab der letzten Menstruation, unabhängig, ob die Menopause spontan oder induziert eingetreten ist.

8. Senium

Das Senium beginnt ab dem 65. Altersjahr.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autor:
Prof. Dr. med. M. Litschgi
FMH Gynäkologie u. Geburtshilfe
Tachlisbrunnen 33a
8400 Winterthur

9. Vorzeitige Menopause

In der Praxis spricht man von einer vorzeitigen Menopause, wenn die Menstruation vor dem 40. Lebensjahr ausbleibt. Hiervon sind ca. 1% der Frauen betroffen. Die Gründe für eine vorzeitige Menopause bleiben in ca. 75% ungeklärt. Die operative Entfernung der Eierstöcke, Chemotherapien oder Strahlentherapien der Eierstöcke können zu einer vorzeitigen, meist definitiven Menopause führen. In etwa 10% der Fälle einer vorzeitigen Menopause liegen genetische Störungen vor. Im Weiteren können auch Autoimmunerkrankungen Grund für eine vorzeitige Abänderung sein. Derartige Autoimmunprozesse können auch andere hormonproduzierende Drüsen wie z. B. die Schilddrüse und die Nebennieren betreffen.

10. Frühe Menopause

Eintritt der Menopause vor 45 Jahren. Hiervon sind ca. 5% der Frauen betroffen.

11. Späte Menopause

Eintritt der letzten Periode im Alter ab 56 Jahren.

12. Induzierte Menopause

Definitives Ende der Menstruation als Folge einer chirurgischen Entfernung beider Eierstöcke oder als Folge eines Verlusts der Eierstockaktivität infolge einer Chemotherapie oder Radiotherapie.

13. Menopausenalter

Das mittlere Menopausenalter beträgt ca. 51 Jahre. Der 95%-Vertrauensbereich liegt zwischen 45 und 55 Jahren. Der ganze Abänderungsprozess dauert zwischen zehn und mehr Jahren. Bezogen auf die gesamte Lebensdauer tritt beim Menschen das Ende der Fortpflanzungsfähigkeit deutlich früher ein als z. B. bei den übrigen Säugetieren. In der Regel ist die reproduktive Phase bei Wildtieren bis zum Tode erhalten. Ausnahmen davon sind bei Tieren in der Gefangenschaft resp. bei verschiedenen Haustieren zu beobachten.

LEBENSERWARTUNG

Die Lebenserwartung ist seit dem 19. Jahrhundert stetig angestiegen. Heute liegt sie für die Frau bei 85.1 Jahren. Das mittlere Alter bei Eintritt der Menopause ist auf der anderen Seite seit über etwa 100 Jahren mit 51 Jahren relativ stabil geblieben. Heute lebt eine Frau also über 30 Jahre in der Postmenopause, d. h. ein Drittel der ganzen Lebensdauer der Frau liegt in dieser Zeitperiode.

Die zunehmende Überalterung unserer Gesellschaft und die höhere Lebenserwartung führen dazu, dass der Anteil der postmenopausalen Frauen an der Europäischen Gesamtbevölkerung von 15% im Jahre 1990 auf über 25% im Jahre 2010 angestiegen ist. Daraus ergeben sich viele gesundheitspolitische und auch wirtschaftliche Probleme.

Alternative Behandlungsmöglichkeiten von Wechseljahrsbeschwerden



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Klinik für
Reproduktion-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Für alle Frauen, die sich gegen eine Hormonersatztherapie (HRT) entscheiden oder aus medizinischen Gründen diese nicht anwenden dürfen, bestehen alternative Therapiemöglichkeiten.

Alle alternativen Behandlungsstrategien können durchaus leichte bis mittelschwere Wechseljahrsbeschwerden lindern. Bei starken Beschwerden genügen sie jedoch oft nicht. Wichtig ist, dass mit alternativen Behandlungsmethoden nur akute menopausale Symptome behandelt werden können, nicht jedoch langfristige Östrogenmangelfolgen wie z.B. Osteoporose.

Leider sind viele Behandlungsmöglichkeiten aus dem Bereich der Pflanzenheilkunde, Homöopathie, Anthroposophischen Medizin, Traditionellen Medizin wenig oder gar nicht auf ihre Wirkung und einen möglichen Nutzen wissenschaftlich untersucht. Auch die unerwünschten Wirkungen und Risiken sind zum Teil wenig bekannt und gesichert.

Aus dem Bereich der alternativen Behandlungsmöglichkeiten werden am häufigsten die Folgenden angewandt: Körper-Geist-Therapien, kognitive Verhaltenstherapien, Achtsamkeitstraining, Hypnose, Yoga, Qigong, Autogenes Training- und Entspannungsverfahren sowie Akupunktur.

Im Bereich der Phytotherapie gibt es mehr als 300 Pflanzen, denen ein lindernder Einfluss auf Wechseljahresbeschwerden, v.a. Hitzewallungen, zugesprochen wird. Zu den bekanntesten Phytotherapeutika zählen Traubensilberkerzen, Salbei, sibirischer Rhabarber und Pollenextrakte. Von diesen Produkten ist die Traubensilberkerze (*Cimicifuga racemosa*) am besten bezüglich Wirksamkeit in Studien untersucht worden und kann auch bei Brustkrebspatientinnen eingesetzt werden. Ebenso stellt Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) eine wirksame Therapiemöglichkeit bei Brustkrebspatientinnen mit Hitzewallungen dar. Auf mögliche Wechselwirkungen mit der onkologischen Therapie ist jedoch vor Therapiebeginn zu achten.

Von den Phytotherapeutika müssen die pflanzlichen Östrogene (Phytoöstrogene) unterschieden werden. Hierzu zählen v.a. Soja- und Rotkleeprodukte, die als wirksame Substanz Isoflavone enthalten. Phytoöstrogene können über die Ernährung oder als Nahrungsergänzungspräparate verabreicht werden. Wichtig in diesem Kontext ist die Unterscheidung zwischen Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten/Arzneimitteln. Arzneimittel müssen für ihre Zulassung durch Swissmedic einen aufwendigen Prozess durchlaufen, in dem die Wirksamkeit und Sicherheit eines Medikaments nachgewiesen werden muss. Diese gesetzlichen Auflagen bestehen für Nahrungsergänzungspräparate nicht!

Zu den alternativen Therapieansätzen zählen zudem nichthormonelle Pharmakotherapeutika, wie Antidepressiva und Antikonvulsiva. Beispiele sind Venlafaxin (Medikament zur Behandlung von Depression und Angsterkrankungen, SNRI), Fluoxetin (Medikament zur Behandlung von Depression, SSRI) und Gabapentin (Medikament zur Therapie einer Epilepsie). Diese Medikamente kommen v.a. bei Patientinnen zum Einsatz, die keine HRT nehmen dürfen, eine Aufklärung zum sogenannten «off label use» muss erfolgen.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. U. Gobrecht-Keller
Institut für Reproduktionsmedizin
und gyn. Endokrinologie
Universität Basel
Vogesenstrasse 134
4031 Basel

Androgene sind männliche Geschlechtshormone, welche zum typischen männlichen Erscheinungsbild führen. Androgene werden aber nicht nur beim Mann gebildet – auch die Frau produziert in geringerem Mass männliche Hormone. Der normale Testosteron Gehalt im Blut einer geschlechtsreifen Frau beträgt nur etwa ein Zehntel des männlichen Testosteron Gehalts. Die Androgenproduktion erfolgt bei der Frau in der Nebennierenrinde und in den Eierstöcken. Die Androgene dienen der Frau als Vorstufen für die Östrogenproduktion, ausserdem haben sie Einfluss auf Muskulatur, Fettverteilung sowie Sexualität, allgemeine Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden. Ein Zuviel an männlichen Hormonen (=Androgenisierung) führt bei der Frau allerdings zu vermehrter Behaarung (Hirsutismus), Akne, Haarausfall (Alopezie) und bei noch ausgeprägter Androgenwirkung zur sogenannten Virilisierung: Klitorisvergrösserung, tiefere Stimme, Zunahme der Muskelmasse.

Diese «Vermännlichungserscheinungen» sind nicht nur störend für viele Patientinnen, sie sollten auch medizinisch abgeklärt werden, um die zugrundeliegenden Erkrankungen zu finden. Der Grund für ein Zuviel an männlichen Hormonen ist oft ein PCO-Syndrom (Syndrom der polyzystischen Ovarien), selten sind Enzymdefekte der Nebennierenrinde oder Tumoren der Eierstöcke der Grund.

Auch später im Leben einer Frau, während der Menopause, kann es durch ein Ungleichgewicht der Hormone bei stärker abnehmenden Östrogenen im Vergleich zu den Androgenen im Blut gelegentlich zu milden Androgenisierungserscheinungen kommen.

Beim häufig auftretenden PCO-Syndrom (bis zu 13% der Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter) sind die Vermännlichungserscheinungen oft nur die Spitze des Eisbergs. Metabolische Störungen (Stoffwechselstörungen), wie Übergewicht und Insulinresistenz, aber auch ein erhöhtes Risiko für Gebärmutterkrebs treten gehäuft in Kombination mit dem PCO-Syndrom auf und bedürfen einer spezialisierten Diagnostik und Behandlung.

Zur Ergründung der Ursachen ist eine genaue Befragung und körperliche Untersuchung der Patientin nötig. Durch Blutentnahmen und gewisse Hormon-Funktionstests sowie Bildgebung kann eine Diagnose gestellt werden und bösartige Prozesse ausgeschlossen werden.

Die Behandlung der Androgenisierung besteht bei Hormonproduzierenden Tumoren natürlich in deren Entfernung. Andere Ursachen (z.B. PCO-Syndrom, Ungleichgewicht der Hormone in der Menopause) können mit Hormonen behandelt werden, welche die Bildung oder die Wirkung der Androgene hemmen.

Bei zu viel männlichem Haarwuchs kann auch eine Behandlung beim Hautarzt, beispielsweise durch Lasertherapie, Abhilfe schaffen. Akne lässt sich mit verschiedenen Präparaten lindern, welche die Talgproduktion verringern und entzündungshemmend auf die Talgdrüsen wirken.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Klinik für
Reproduktion-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Während der Wechseljahre sinkt der Östrogenspiegel. Dies hat zur Folge, dass die Produktion von Scheidensekret und die schützenden Milchsäurebakterien vermindert sind. Die Scheidenhaut wird dünner und empfindlicher, die Durchblutung verschlechtert sich, das Gewebe verliert seine Elastizität. 45-63% aller Frauen nach der Menopause geben Symptome an wie Trockenheitsgefühl, vaginalen Juckreiz, Brennen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie wiederkehrende Harnwegsinfektionen, vermehrter Harndrang und gehäuftes Wasserlassen. Im Gegensatz zu den Hitzewallungen, nehmen diese mit dem Alter und dem Abstand zur Menopause eher zu. Dies bedeutet, dass eine kontinuierliche Therapie notwendig ist.

Häufig entwickelt sich ein Teufelskreis aus trockener Scheide, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und fehlender Lust. Die Lebensqualität und das Sexualleben können dadurch stark eingeschränkt werden.

Für die Behandlung der Scheidentrockenheit gibt es zahlreiche freiverkäufliche, nicht-hormonelle Präparate (Gele und Cremes). Darüber hinaus stehen viele verschiedene vaginale Hormonpräparate in Form von Tabletten, Zäpfchen, Gel und Cremes zur Verfügung. Die lokale Form der Hormontherapie wirkt praktisch ausschließlich vor Ort an Scheide, Schamlippen sowie Harnröhre/Blase, weswegen auch nicht mit einem nennenswerten Effekt auf den Gesamtkörper zu rechnen ist. Sie werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Seit einigen Jahren wird auch eine vaginale Lasertherapie erfolgreich eingesetzt. Diese wird jedoch noch nicht von den Krankenkassen bezahlt. Gemäss den aktuellen Leitlinien der deutschen, schweizerischen und österreichischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe aus dem Jahr 2020, kann die vaginale Östrogentherapie eine Blasenschwäche bei postmenopausalen Frauen verbessern.

Der Beckenboden als Gefüge von Muskeln, Bändern und Nerven ist dafür verantwortlich, dass die Organe des Beckens – Blase, Gebärmutter, Darm und Scheide – innerhalb des Beckens bleiben und die Kontinenz für Urin und Stuhl erhalten bleibt. Bei Blasenschwäche hilft Beckenbodentraining, Pilates oder Beckenbodenphysiotherapie in Einzelsitzungen gut in Kombination mit einer vaginalen Östrogentherapie.

Um eine starke Konzentrierung des Urins zu vermeiden und so auch Infekten vorzubeugen, sollte die Trinkmenge pro Tag zwischen 1500 und 2000 ml liegen. Als weiterführende, sehr hilfreiche Homepage kann auf die Schweizerische Inkontinenzgesellschaft verwiesen werden:

www.inkontinenz.ch/inkontinenz



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Die Hypothese ist, dass Bioidentische Hormone (BIH) besonders gut wirksam und verträglich seien, da sie identisch mit den vom Körper produzierten Hormonen sind. Ihre Anwendung sei mit keinerlei Risiken verbunden. Wahrheit oder nur gutes Marketing?

Was sind Bioidentische Hormone?

Unter BIH versteht man aus Pflanzen hergestellte Hormone, die chemisch ähnlich oder strukturell identisch mit den vom menschlichen Körper produzierten Hormonen sind. Die Betonung liegt hierbei auf „strukturell identisch“ und nicht auf der „pflanzlichen“ Quelle, denn viele nicht-bioidentische Hormone werden ebenso aus Pflanzen (Yams, Soja) gewonnen. In die Kategorie der BIH fallen sowohl behördlich (Swissmedic etc.) regulierte hormonelle Arzneimittel als auch Hormonpräparate, die basierend auf einer vom Arzt ausgestellten individuellen Rezeptur (*engl.* compounded preparation) von entsprechenden Apotheken (*engl.* compounding pharmacy) hergestellt werden. Zu den behördlich regulierten BIH im Kontext der Hormonersatztherapie zählen in der Schweiz z.B. mikronisiertes Progesteron, 17beta-Östradiol und Östriol. Auch BIH müssen synthetisiert werden, d.h. die Wirkung ist nicht zu erzielen, indem man beispielsweise die Pflanzen direkt zu sich nimmt.

Fazit: Bioidentische Hormone sind chemisch identisch mit den vom menschlichen Körper produzierten Hormonen.

Zur Historie

Eine Folge der US-Amerikanischen Women's Health Initiative war, dass die in der Studie eingesetzten, nicht-bioidentischen Hormone für „schuldig“ an den Negativergebnissen erklärt wurden. Als bessere Alternative wurden BIH propagiert, von denen es zu diesem Zeitpunkt - anders als in Europa - in den USA wenige von der FDA zugelassene Präparate gab. Günstig zeigte sich zudem die Gesetzeslage: Mit dem Argument, dass Hormone auf natürlicher Basis in die Kategorie der Pflanzen/Kräuter (*engl.* herbs) fallen, werden über die Haut (transdermal) zugeführte Hormone gemäss des Dietary Supplement Health and Education Act (1994) den Nahrungsergänzungspräparaten (*engl.* supplements) zugeordnet und sind somit von den Auflagen der FDA (Nachweis von Wirksamkeit und Sicherheit) befreit. Diese Befreiung vom Zuständigkeitsbereich der FDA beinhaltet ausserdem, dass z.B. im Beipackzettel keine Kontraindikationen und oder Warnungen („black box warning“) genannt werden müssen. Das ist einer der Gründe für die Propagierung der transdermalen Applikation von BIH. Die Problematik der BIH Therapie liegt also nicht in ihren Inhaltsstoffen, sondern in der individuellen Hormonrezeptur. Da die Hormongemische individuell in Apotheken hergestellt werden, liegen entsprechend keine Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit vor. Die FDA und die Endocrine Society ordnen daher den Begriff „Bioidentische Hormontherapie“ dem Marketing zu und nicht einer auf wissenschaftlicher Evidenz basierten Therapieform.

Fazit: Der Begriff „Bioidentische Hormontherapie“ ist dem Marketing zuzuordnen.

Wirksamkeit von BIH

Eine der Indikationen für eine Hormonersatztherapie (HRT) sind peri- und postmenopausale Hitzewallungen. Somit stellt sich die Frage, inwiefern BIH, und zwar Östradiol und Progesteron Hitzewallungen reduzieren können. Da zahlreiche Östradiol-enthaltende HRT Präparate durch nationale und internationale Arzneimittelbehörden zugelassen sind, wird deren Wirksamkeit bzgl. Hitzewallungen als gegeben angenommen. Progesteron alleine zur Therapie von menopausalen Hitzewallungen wurde bisher nur in wenigen Studien, aber erfolgreich untersucht.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Sicherheit von BIH

Bei Frauen mit Gebärmutter ist im Rahmen einer HRT mit Östrogenen die Gabe eines Gestagens zum Schutz der Gebärmutter Schleimhaut indiziert. In diesem Kontext ist Progesteron in Kapselform zum Schlucken zugelassen. Die vaginale Gabe von Progesteron ist soweit bekannt ebenfalls sicher und effektiv. Transdermales Progesteron gewährleistet dagegen keinen Schutz der Gebärmutter Schleimhaut!

Fazit: Basierend auf Anamnese und Symptomen sollten mögliche Therapieoptionen bei menopausalen Beschwerden dargelegt werden (Alternativ- und Komplementärmedizin, nicht-hormonale Pharmakotherapie, verschiedene Hormonersatztherapien). Wenn eine Frau die Verwendung von systemisch wirksamen Bioidentischen Hormonen wünscht, dann sollte primär ein von der Swissmedic zugelassenes Präparat gewählt werden (orales mikronisiertes Progesteron, orales/transdermales 17beta-Östradiol, orales Östriol). Wenn eine Unverträglichkeit gegenüber zugelassenen Präparaten besteht oder nicht alle Symptome durch von der Swissmedic zugelassene Präparate behandelt werden können, dann kann eine individuelle Rezeptur weiterhelfen. Es muss jedoch dann darauf hingewiesen werden, dass keine Sicherheitsdaten für das individuelle Produkt vorliegen. Meistens sind mehrere Sitzungen nötig.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Klinik für
Reproduktions-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Blutungsstörungen in den Wechseljahren gehören zu den häufigen Konsultationsgründen der ÄrztInnen von Frauen in den Wechseljahren. Die Zyklen können in dieser Lebensphase erheblich in ihrer Länge als auch in der Blutungsstärke und Dauer variieren und ggf. auch kombiniert mit Zwischenblutungen sein. Hauptursache für diese sog. dysfunktionellen Blutungen ist zumeist ein Ungleichgewicht zwischen den von den Eierstöcken gebildeten Hormonen, Östrogen und Progesteron, die mit dem zunehmenden Versiegen der Eierstockfunktion einhergeht.

Zur Sicherheit sollte aber immer auch organische Ursachen wie gutartige Wucherungen der Gebärmutter Schleimhaut, sog. Polypen, oder gutartige Tumoren der Gebärmuttermuskulatur, sog. Myome, oder bösartige Veränderungen ausgeschlossen werden.

Es sollte deshalb eine frauenärztliche Untersuchung inklusive Ultraschall, Aktualisierung des Krebsabstriches, Infekt-Abstriche sowie ggf. ein Schwangerschaftstest und weitere Laboranalysen erfolgen.

Je nach erhobenem Befund kann dann mit betreuendem Arzt oder Ärztin entschieden werden, ob ein medikamentöses oder ein operatives Vorgehen sinnvoll ist. Bei unauffälligem Ultraschall und nach Ausschluss anderer organischer Ursachen für die Blutung, stehen verschiedene nicht-hormonelle und hormonelle Optionen zur Verfügung. Nicht hormonelle Möglichkeiten sind die Verwendung von Mefenaminsäure oder Tranexamsäure. Zu den hormonellen Therapieoptionen gehört die kontinuierliche oder dem Zyklus angepasste Einnahme von Gelbkörperhormonen, die Einlage einer Hormonspirale in die Gebärmutterhöhle oder die Verwendung von intramuskulären Depot-Injektionen. Bei Nichtansprechen der medikamentösen Therapie innerhalb von drei Monaten sollten weitere Abklärungen erfolgen.

Bei auffälliger Gebärmutter Schleimhaut in der Ultraschalluntersuchung empfiehlt sich zumeist eine Spiegelung der Gebärmutter (Hysteroskopie), kombiniert mit einer Auskratzung (Curettage) und eventuell auch Verwendung einer elektrischen Schlinge zur Entfernung des Befundes. Somit ist die Ursache für die Blutungsstörung entfernt und das Gewebe kann gleichzeitig einer Gewebeuntersuchung übergeben werden, zum Ausschluss bösartiger Veränderungen. Weitere operative Alternativen bei Blutungsstörungen in den Wechseljahren sind die Verödung der Gebärmutter Schleimhaut mittels Elektroschlinge oder thermischen Methoden. Sind Myome die Ursache für die Blutungsstörung, kommen je nach Lokalisation ebenfalls die Gebärmutter Spiegelung oder die Bauch Spiegelung (Laparoskopie) in Betracht sowie Alternativen wie die Myom-Embolisation, mit der gezielt die versorgenden Blutgefässe des Myoms mittels minimal-invasiver Technik verschlossen werden, oder der fokussierte Ultraschall, mit dem das Myom mittels gezielter Hitze behandelt wird. Zuletzt sei zur Komplettierung der operativen Möglichkeiten auch noch die operative Entfernung der Gebärmutter genannt, die mittels Bauch Spiegelung oder Bauchschnitt durchgeführt werden kann, sofern oben genannte Therapien zu keiner Verbesserung der Symptome geführt haben.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau. Das Risiko steigt mit dem Alter an. So werden von 1000, jetzt 50-54-jährigen Frauen etwa 14 Frauen innerhalb der nächsten 5 Jahre die Erstdiagnose Brustkrebs erhalten. Das ist also das altersabhängige Basisrisiko.

Daneben gibt es weitere Risikofaktoren für Brustkrebs, die angeboren oder erworben sein können.

Zu den angeborenen Risikofaktoren zählen z.B. eine genetische/familiäre Belastung, eine frühe Menarche (erste Periode im Leben einer Frau) oder dichtes Brustgewebe in der Mammographie. Zu den erworbenen Risikofaktoren zählen z.B. Übergewicht/Fettleibigkeit, Bewegungsmangel und Alkohol.

Der Einfluss einer Ganzkörper- (systemischen) Hormonersatztherapie (HRT) in den Wechseljahren auf das Brustkrebsrisiko hängt von der genauen Zusammensetzung der HRT ab.

So wird unter einer reinen Östrogentherapie das Risiko für Brustkrebs gesenkt. Um bei unserem Rechenbeispiel zu bleiben, werden 1000 Frauen nach der Menopause über 7,5 Jahre mit einem reinen Östrogenpräparat behandelt, dann wird bei 4 Frauen weniger (!) als erwartet in diesem Zeitraum die Erstdiagnose Brustkrebs gestellt werden.

Anders sieht es bei den Östrogen-Gestagen-Präparaten aus: Werden 1000 Frauen nach der Menopause über 7,5 Jahre mit einem Östrogen-Gestagen-Präparat behandelt, dann werden 5 Frauen zusätzlich (!) in diesem Zeitraum die Erstdiagnose Brustkrebs erhalten. Das gilt auch für sog. bioidentische Östrogen-Gestagen-Präparate, nur dass, soweit bekannt, das Risiko etwas später zu steigen beginnt.

Übrigens: eine reine Östrogentherapie ist nur nach Gebärmutterentfernung möglich; sonst muss zum Schutz der Gebärmutter Schleimhaut immer zusätzlich ein Gelbkörperhormon (Gestagen) zur Östrogentherapie gegeben werden.

Neben den klassischen Hormonpräparaten gibt es auch noch andere, z.B. Tibolon. Das ist ein künstliches Hormon zur Behandlung von Wechseljahresbeschwerden, das mit einem reduzierten Brustkrebsrisiko verbunden ist.

Eine lokale, vaginale Östrogentherapie zur Behandlung von Scheidentrockenheit, -juckreiz oder -brennen hat dagegen keinen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko.

Wenn eine Frau bereits an Brustkrebs erkrankt ist, wird von einer HRT abgeraten.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Einflussfaktoren und Therapie:

Gewichtszunahme, Übergewicht bis zu Adipositas sind häufige Probleme bei Frauen um und nach der Menopause. Dazu tragen einerseits hormonelle Veränderungen, andererseits physische und psychosoziale Faktoren bei. Hinzu kommen meist ein deutlicher Bewegungsmangel sowie inadäquate Essgewohnheiten in dieser Altersgruppe.

Adipositas wird von der WHO als «Epidemie des 21. Jahrhunderts» bezeichnet. Dabei sind weltweit steigende Tendenzen im BMI (body mass index) zu beobachten. Mangelnde Bewegung, Fehlernährung und psychosoziale Faktoren werden als Hauptgründe angegeben.

Adipositas ist ein unabhängiger Risikofaktor für koronare Herzkrankheiten und trägt zur Entwicklung von Typ-2-Diabetes, arterieller Hypertonie und Krebserkrankungen bei. Übergewichtige Frauen haben zudem ein erhöhtes Risiko für Brust- und Gebärmutterkrebs.

Die Wechseljahre: Risikophase für eine Gewichtszunahme:

Als kritische Lebensphase für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas wird (neben der frühen Kindheit, Pubertät, Schwangerschaft) die Menopause angesehen. Die Verminderung der weiblichen Hormone scheint verschiedene Einflüsse auf die Nahrungsaufnahme, aber auch auf die Ausprägung der körperlichen Aktivität zu haben. Die verminderte Hormonwirkung erhöht das Risiko für eine Gewichtszunahme. Neben den Hormonen spielt das Älterwerden eine wichtige Rolle, nimmt doch die Muskelmasse und somit auch der Grundumsatz und der Energiebedarf ab. Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss können die sozialen Veränderungen haben. Durch eine Veränderung der Lebensumstände in der Menopause können Stresssituationen mit erhöhten psychischen Belastungen auftreten. Stimmungsveränderungen und -störungen mit depressiven oder depressiv-ängstlichen Zustandsbildern, können eine Folge davon sein und sich negativ auf Essverhalten und Bewegung auswirken.

Im Weiteren werden bei Frauen nach der Menopause höhere Cholesterinwerte gefunden als bei gleichaltrigen Männern. Die Häufigkeit des Typ-2-Diabetes ist bei diesen Frauen höher. Dass dabei das Östrogen eine zentrale Rolle spielt, belegen verschiedene Studien. Mit zunehmendem Alter ergibt sich auch eine Akkumulation des Fettgewebes im Bauchbereich. Diese viszerale Fettspeicherung erfolgt bei Männern eher graduell und verändert sich bei Frauen, bedingt durch die Menopause, oft abrupt. Kurzzeitige Interventionen mit einer Hormonersatztherapie (HRT) können helfen, die Muskelmasse zu erhalten und die Fettansammlung geringer ausfallen zu lassen. Dabei sind andere wirksame Interventionen (gesunde Ernährung, erhöhte Bewegungsaktivität) jedoch nicht zu vernachlässigen.

WICHTIG: Eine HRT zur Behandlung von menopausalen Symptomen oder zur Prävention der postmenopausalen Osteoporose wird nicht selten mit einer möglichen Gewichtszunahme in Verbindung gebracht, was jedoch von allen bisherigen Studien widerlegt wurde. Im Gegenteil: eine HRT stabilisiert das Körpergewicht, während Frauen, die keine HRT anwenden, mehr zunehmen.

In einer 5-jährigen Untersuchung mit 535 Frauen zeigte eine Forschungsgruppe, dass eine Gewichts- und Bauchumfangszunahme, während der peri- oder postmenopausalen Phase bei gesunden Frauen erfolgreich verhindert werden kann,



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

wenn eine Langzeitveränderung des Lebensstils mit Intensivierung der körperlichen Aktivität und Ernährungsumstellung angestrebt wird. Durch die erhöhte Bewegungsaktivität wird die Muskelmasse (lean-body mass) erhalten, die im Wesentlichen für die Kalorienverbrennung sorgt.

Therapie – Ernährungsumstellung und Bewegung:

Die Gewichtszunahme beginnt oft schon vor den Wechseljahren. Der Grundumsatz, das ist die Energie, die der Körper im Ruhezustand zur Aufrechterhaltung seiner Funktionen braucht, nimmt mit dem Älterwerden ab. Somit nimmt der Energiebedarf ab, der Protein- Vitamin- und Mineralstoffbedarf verändert sich jedoch kaum. So muss auf eine ausgewogene, nährstoffreiche fettarme Ernährung, die alle Makro- und Mikronährstoffe abdeckt, geachtet werden. Neben dem Gewicht wirkt sich das auch positiv auf die Blutfette, den Knochenstoffwechsel und das Diabetesrisiko aus. Ebenso wichtig wie die Ernährung ist regelmässige Bewegung.

Kommt die Frau in die Ernährungsberatung, braucht es den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klientin und BeraterIn für eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit.

Es werden die Erwartungen, die Motivation und auch die Ziele geklärt. Meistens zeigt sich, dass nicht nur die Veränderung der Hormone die Gewichtszunahme beeinflussen, sondern auch weniger Bewegung, Essgewohnheiten und Lebensstil mitverantwortlich sind. Ausgehend von der Ist-Situation werden Schritt für Schritt Änderungen der Essgewohnheiten und Verhaltensänderungen besprochen. Obwohl für die meisten Frauen häufig die Gewichtsabnahme im Vordergrund steht, geht es auch darum, die anderen ernährungsmedizinischen Aspekte, wie z.B. Blutfette, grenzwertige Blutzuckerwerte, Abnahme der Knochenmasse, nicht ausser Acht zu lassen. Anzustreben ist eine ausgewogene, gesunde Ernährung.

Zusammenfassend heisst das:

- Die Ernährung muss individuell zusammengestellt und den Bedürfnissen der Frau angepasst werden
- Es sollten keine Lebensmittel verboten werden
- Die Ernährung muss attraktiv, schmackhaft und sättigend sein
- Die Energiezufuhr wird idealerweise auf drei bis fünf Mahlzeiten über den Tag verteilt
- Geeignete Nahrungsmittel sind arm an Fett und reich an essenziellen Inhaltsstoffen wie Mineralstoffen oder Vitaminen und Nahrungsfasern
- Die tägliche Trinkmenge, der Gemüse- und Eiweissverzehr sollten gesteigert werden

Neben der Ernährung ist auch die Bewegung ein wichtiges Thema in der Ernährungsberatung. Es geht darum, die Klientin zu motivieren und mit ihr geeignete, realisierbare Bewegungsmöglichkeiten zu finden. Bewegung ist ein unverzichtbarer Bestandteil im Gewichtsmanagement allgemein und besonders in der Menopause



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. S. Weidlinger
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Einführung

Eine glatte, strahlende Haut und glänzendes, volles Haar sind Inbegriffe weiblicher Schönheit und Gesundheit. Weibliche und männliche Geschlechtshormone spielen bei der Regulation zahlreicher Prozesse in Haut und Haaren eine entscheidende Rolle. So ist es nicht verwunderlich, dass die Menopause und die damit einhergehenden hormonellen Veränderungen auch an Haut und Haaren nicht spurlos vorübergehen.

Einfluss von weiblichen Geschlechtshormonen auf Haut und Haare

Östrogen:

Östrogen, das wichtigste weibliche Geschlechtshormon, stimuliert in der Haut die Fähigkeit zur Zellteilung. Somit unterstützt es die Regenerationsfähigkeit der Haut und im weiteren Sinne auch die Wundheilung. Des Weiteren fördert Östrogen die Kollagen- sowie Hyaluronsäuresynthese und die Produktion elastischer Fasern. Kollagen und Hyaluronsäure besitzen die Fähigkeit Wasser zu binden und verleihen der Haut Feuchtigkeit und Festigkeit.

Progesteron:

Neben dem Östrogen, spielt auch das Gelbkörperhormon Progesteron eine entscheidende Rolle. Es fördert die Lipidspeicherung in den obersten Hautschichten und hemmt die Familie der sog. Matrix-Metalloproteinasen (MMP), biochemische Scheren, die in der Lage sind Kollagen und andere Bestandteile des Bindegewebes abzubauen, was zu einer Verzögerung der Hautalterung führt. Ausserdem stimuliert Progesteron die in der Haut vorkommenden Immunzellen, die einen wichtigen Bestandteil der Hautbarriere als primäres Schutzschild bei der Abwehr von Krankheitserregern spielen.

Einfluss von männlichen Geschlechtshormonen auf Haut und Haare

Androgene:

Männliche Geschlechtshormone, Androgene, haben ebenfalls eine relevante kosmetische Bedeutung. Testosteron, das wichtigste männliche Geschlechtshormon, stimuliert das Haarwachstum und die Talgproduktion. Ein Überschuss an Androgenen resultiert in einem übermässigen Haarwuchs an unerwünschten Körperpartien wie zum Beispiel im Gesicht, einem Haarausfall im Bereich des Haupthaars sowie einer unreinen Haut bis hin zur Akne.

Haut und Menopause

Die abfallenden Östrogen- und Progesteronspiegel in der Menopause führen über eine verlangsamte Zellteilung, eine verminderte Kollagen- und Hyaluronsäuresynthese, einen beschleunigten Kollagenabbau und eine reduzierte Fähigkeit zur Lipidspeicherung insgesamt zu einer reduzierten Regenerationsfähigkeit der Haut. Die Folge ist eine trockenere, dünnere, weniger elastische, schlaffere und verletzlichere Haut, eine zunehmende Faltenbildung und ein langsamerer Wundheilungsprozess. Dies betrifft nicht nur die Haut im engeren Sinne, sondern auch die Schleimhäute von Nase, Augen, Mund und Genitaltrakt. Die Alterserscheinungen an Haut und Schleimhäuten können individuell sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein und bedürfen nicht immer einer medizinischen Behandlung.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. S. Weidlinger
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Haare und Menopause

Mit der Menopause erlischt zwar die Östrogen- und Progesteronproduktion in den Eierstöcken, die Produktion von Androgenen in den Eierstöcken sowie in den Nebennierenrinden bleibt jedoch, wenn auch auf einem geringeren Niveau als noch vor der Menopause, weiter bestehen. Es kommt zu einer Verschiebung des Verhältnisses zwischen weiblichen und männlichen Geschlechtshormonen. Während vor der Menopause die weiblichen Geschlechtshormone klar vorherrschend waren, so kommt es in der Menopause zu einem relativen Übergewicht der Androgene. Diese neue Situation führt dazu, dass das Haupthaar dünner, brüchiger und trockener wird, bis hin zum diffusen Haarausfall. Andererseits kann an unerwünschten Stellen wie zum Beispiel im Bereich von Kinn und Oberlippe ein vermehrter Haarwuchs auftreten.

Therapie

Mit einer hormonellen Therapie können die Folgen der Wechseljahre an Haut und Haaren in gewissem Masse beeinflusst/verbessert werden. Oftmals sind die Symptome an Haut und Haaren die einzigen mit der Menopause einhergehenden Beschwerden. Dann ist es nicht notwendig, eine systemische Therapie, die ihre Wirkung im gesamten Körper entfaltet, zuzuführen. Häufig genügt in einer solchen Situation eine rein topische Therapie, die nur lokal an Ort und Stelle des Problems appliziert wird und nicht in den Blutkreislauf aufgenommen wird.

Es darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein leichtgradiger diffuser Haarausfall, eine trockenere, dünnere und faltigere Haut, sowie das Auftreten vereinzelter kräftiger und teilweise pigmentierter Haare an unerwünschten Körperpartien, Teil des ganz natürlichen Alterungsprozesses von Haut und Haaren sind. Vielmehr als durch den Mangel an Östrogen und Progesteron bzw. das übermässige Einwirken von Androgenen, wird die Gesundheit von Haut und Haaren durch den Lebensstil beeinflusst. Es gilt die altbekannte Empfehlung von gesunder Ernährung, viel Bewegung, ausreichend Schlaf, Vermeidung von übermässiger, ungeschützter Sonneneinstrahlung sowie Verzicht auf das Rauchen und andere Genussgifte.

Die Veränderungen von Haut und Haaren mit den Wechseljahren lassen sich zwar nicht aufhalten, aber sehr wohl durch feuchtigkeit- und fetthaltige Hautpflegemittel verlangsamen. Gegebenenfalls können auch hormonhaltige Substanzen zum Einsatz kommen.

Herzkreislauferkrankungen



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Unter Herzkreislauferkrankungen versteht man Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, die auf eine atherosklerotische Veränderung der Blutgefässe («Verkalkung») zurückzuführen sind. In der Folge ist die Durchblutung von Organen vermindert: am Herz spricht man z.B. von der Koronaren Herzerkrankung (KHK).

Die Extremfolge der Arteriosklerose ist ein kompletter Verschluss eines oder mehrerer Blutgefässe(s), das am Herz zum Herzinfarkt und im Gehirn zum Schlaganfall führt.

Herzkreislauferkrankungen zählen zu den sog. chronischen nichtübertragbaren Erkrankungen. Bei beiden Geschlechtern zählen sie zu den Haupttodesursachen. Zu den typischen Risikofaktoren zählen Alter, Vererbung, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht/Fettleibigkeit und Stress.

Östrogene haben einen schützenden Effekt auf Blutgefässe. Somit sind Frauen bis zur Menopause seltener von Herzkreislauferkrankungen betroffen als Männer.

Mit dem Wegfall der Östrogene nach der Menopause steigt das Risiko für Herzkreislauferkrankungen bei Frauen an. Das ist einer der Gründe, weshalb Frauen, die sehr früh die Menopause erleben (< 45. Lebensjahr), unbedingt eine Hormonersatztherapie (HRT) erhalten sollten.

Aber auch Frauen, die im Durchschnittsalter der Menopause (51 Jahre) diese erleben, profitieren von einer HRT. So weiss man aus zahlreichen Studien, dass es ein «günstiges Zeitfenster einer HRT» für das Herz gibt. Wenn also Frauen innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause bzw. vor dem 60. Lebensjahr eine HRT starten, dann ist ihr Herzinfarkttrisiko geringer im Vergleich zu altersgleichen Frauen, die keine HRT bekommen.

Bei genauerer Betrachtung der Applikationsart, überwiegt der Vorteil v.a. bei der Gabe von Östrogenen über die Haut (Gel oder Pflaster). Dennoch ist eine HRT nicht zur Prophylaxe der Atherosklerose zugelassen, sondern «nur» zur Behandlung akuter menopausaler Symptome sowie der Prävention und Therapie der Osteoporose.

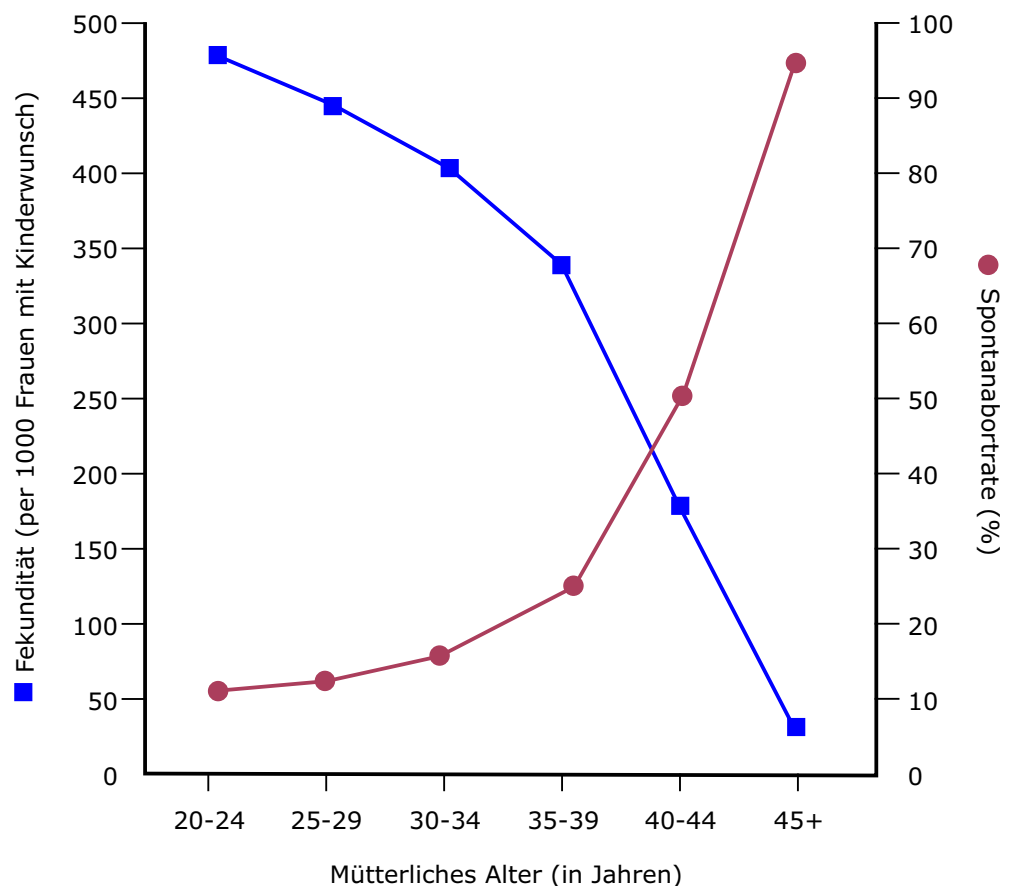


Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Die Frage, die sich viele Frauen zwischen 45 und 55 Jahren stellen, ist, inwieweit sie noch schwanger werden können und somit ob sie überhaupt noch und wie lange sie noch verhüten müssen. Und speziell im Alter zwischen 40 und 45 Jahren fragen sich Frauen häufig, ob sie sich doch noch ein Kind wünschen und ob es möglich sei, so spät ein Kind zu bekommen. Der Trend, immer später im Leben Mutter zu werden, nimmt stetig zu. Je später der Kinderwunsch beginnt, desto eher wird er nicht in Erfüllung gehen – auch nicht mit Hilfe assistierter reproduktionsmedizinischer Technologien (ART). Zudem geht eine späte Mutterschaft mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind einher. In der Reproduktionsmedizin wird ein mütterliches Alter von 35 Jahren und mehr als fortgeschritten bezeichnet. Obwohl die Fekundität (Anzahl erfolgreicher Schwangerschaften pro Frau) bereits ab 25 Jahren zu sinken beginnt, so ist in einem Alter von 35 Jahren der Wendepunkt erreicht, an dem die Fekundität steil abfällt und die Spontanabortalrate stark zunimmt.



Grafik 1 - Adaptiert von: Heffner et al. New England Journal 2004

Bis zum 30. Lebensjahr werden 400 von 1000 Frauen pro Jahr erfolgreich Mutter werden. Im Alter von 45 Jahren ist die Fekundität auf unter 50 pro 1000 Frauenjahren gesunken. Die Spontanabortalrate liegt bei 20-jährigen bei etwa 10% und steigt auf über 90% bei 45-jährigen Frauen.

Das Wissen der Bevölkerung über den negativen Einfluss fortgeschrittenen mütterlichen Alters auf eine erfolgreiche und unkomplizierte Schwangerschaft ist nach wie vor begrenzt. Berichte über Prominente wie zum Beispiel Halle Berry (Mutter mit 46 Jahren), Holly Hunter (Zwillinge mit 47 Jahren) und Cherie Blair, die Frau von Tony Blair, die mit 45 Jahren das vierte Kind bekam, tragen zum Irrglauben einer uneingeschränkten Fertilität bis zur Menopause bei.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Fortgeschrittenes Alter der Mutter bedeutet, dass häufiger zusätzliche Krankheiten wie Übergewicht, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie vorliegen. Uterine Myome sind bei älteren Frauen häufiger. Assistierte reproduktionsmedizinische Technologien, aber auch die Tatsache, dass die natürliche Mehrlingsrate mit dem Alter per se steigt, führen zu einer erhöhten Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften. Frauen über 40 Jahren mit Kinderwunsch sollten sich daher umgehend bei ihrem Frauenarzt/ihrer Frauenärztin vorstellen.

Die Frage, ob und welche eine Verhütung im Alter zwischen 45 und 55 Jahren nötig bzw. geeignet ist, sollte individuell mit dem Frauenarzt/der Frauenärztin besprochen werden.

Die Abnahme der Fertilität nach 40 Jahren schützt nicht vor einer ungeplanten Schwangerschaft. Obwohl die Verhütung mittels Sterilisation durch Unterbindung der Eileiter oder der Samenleiter die häufigste Verhütungsmethode in dieser Altersgruppe ist, ist die Rate der Schwangerschaftsabbrüche in dieser Altersgruppe drei- bis viermal höher als bei Frauen zwischen 31 und 35 Jahren.

Ab dem Alter von 40 Jahren ist die „normale“ Pille auch für gesunde, normalgewichtige, nicht rauchende Frauen risikoreicher. Alternativen sind die Minipille, Kupferspirale, Hormonspirale, Gestagendepot und Gestagenimplantat.

Gemäss epidemiologischer Daten sind 95% aller Frauen ab 55 Jahren postmenopausal, weshalb im Allgemeinen das Absetzen kontrazeptiver Methoden ab 55 Jahren möglich ist. Wenn die Menopause früher eingetreten ist, kann man individuell die Verhütung früher absetzen.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Universitätsspital Zürich
Klinik für
Reproduktions-Endokrinologie
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich

Unter dem Begriff des klimakterischen Syndroms werden Beschwerden zusammengefasst, die direkt oder indirekt mit der sich erschöpfenden Funktion der Eierstöcke und dem damit sinkenden Hormonspiegel in Zusammenhang stehen. Hierzu gehören:

Vasomotorische Beschwerden:

Hitzewallungen und Schweissausbrüche, die auch als vasomotorische Beschwerden bezeichnet werden, treten in westlichen Kulturen bei ca. 70% aller Frauen auf. Sie variieren in Intensität, Häufigkeit und Dauer und können von Herzbeschwerden begleitet sein. Die mittlere Dauer vasomotorischer Beschwerden liegt bei 7-8 Jahren. Bis heute ist die Entstehung dieser Symptomatik noch nicht vollständig geklärt. Man geht davon aus, dass eine Änderung des Sollwerts der Temperaturregelung im Zwischenhirn dazu führt, dass der Körper schon bei kleinen Temperaturschwankungen stark gegenreguliert.

Schlafstörungen

Bei Frauen in den Wechseljahren gehören Schlafstörungen mit ca. 40% ebenfalls zu den häufigen Symptomen. Diese können einerseits durch ein verändertes Schlafmuster in dieser Lebensphase bedingt sein, durch die wechselljahrbedingten Veränderungen des Hormonhaushalts und der damit verbundenen Beeinflussung von Botenstoffen im Gehirn, die zur Steuerung der Schlafphasen wichtig sind. Andererseits besteht aber auch ein enger Zusammenhang mit vasomotorischen Symptomen, die gehäuft während der Nacht auftreten und so zu wiederholtem Aufwachen und chronischer Übermüdung mit körperlicher und geistiger Erschöpfung führen können.

Psychische Symptome

Bei Frauen im mittleren Lebensalter treten Symptome wie Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung, Angstzustände und Panikattacken häufiger auf. Sie können hierbei für sich alleine auftreten, oder eine Folgeerscheinung von Schlafstörungen und vasomotorischen Beschwerden sein.

Urogenitale Beschwerden

Während der Wechseljahre sinkt der Östrogenspiegel. Dies hat zur Folge, dass die Produktion von Scheidensekret vermindert ist. Die Scheidenhaut wird dünner und empfindlicher, die Durchblutung verschlechtert sich, das Gewebe verliert seine Elastizität. 45-63% aller Frauen nach der Menopause geben Symptomen an wie Trockenheitsgefühl, vaginalen Juckreiz, Brennen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie wiederkehrende Harnwegsinfektionen, Harndrang und gehäuftes Wasserlassen. Im Gegensatz zu den vasomotorischen Beschwerden nehmen diese mit dem Alter und dem Abstand zur Menopause eher zu. Die Lebensqualität und das Sexualleben können dadurch stark eingeschränkt werden.

Sexuelle Störungen

Sexuelle Probleme treten bei Frauen mit zunehmendem Alter häufiger auf. Die Menopause hat hierbei einen negativen Einfluss auf das Sexualleben. Weitere relevante Faktoren neben den hormonellen Veränderungen sind hierbei ein veränderter allgemeiner gesundheitlicher Zustand der Frau, frühere sexuelle Erfahrungen, Erektionsprobleme des Partners, veränderte Lebens- und Beziehungsverhältnisse, die Erwartungen der Frau an das Sexualleben in diesem Abschnitt des Lebens und die Akzeptanz physischer und psychischer Veränderungen. 40-55% der Frauen nach der Menopause leiden an Lustproblemen. Von vaginaler Trockenheit berichten vor der Menopause 10-15% und nach der Menopause bis zu 50%. Orgasmusschwierigkeiten kommen unabhängig des Alters bei etwa 20% der Frauen vor, wobei jüngere Frauen eher betroffen sind.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Die **kognitive Leistungsfähigkeit** nimmt im Alter nicht automatisch ab, sondern unterliegt einem Wandel: Die fluide Intelligenz (angeborene Fähigkeiten, die kaum durch die Umwelt beeinflussbar sind, z.B. Auffassungsgabe) nimmt ab, die kristalline Intelligenz (Fähigkeiten, die im Laufe des Lebens erworben werden, z.B. sprachlicher Ausdruck) bleibt weitgehend erhalten, nimmt ggf. sogar zu. Dieser Wandel führt normalerweise nicht zu grösseren Einschränkungen im täglichen Leben. Mit der Erstdiagnose **Demenerkrankung** werden jährlich zahlreiche Menschen konfrontiert. Die häufigste Demenzform ist mit 70% die Alzheimer Erkrankung. Die Alzheimer Erkrankung trifft v.a. Frauen.

Es stellt sich somit die Frage, ob 1) die kognitiven Fähigkeiten durch eine HRT positiv beeinflusst werden können und 2) ob einer Demenerkrankung vorgebeugt werden kann.

Gemäss der randomisierten Plazebo-kontrollierten Studien KEEPS, WHIMSY und ELITE hat eine HRT im günstigen Zeitfenster, d.h. vor dem 60. Lebensjahr bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause, einen neutralen Effekt auf die **Kognition** bei asymptomatischen Frauen. Der Einfluss einer HRT im günstigen Zeitfenster auf die Kognition von symptomatischen Frauen ist unklar. Eine HRT im „günstigen Zeitfenster“ reduziert evtl. das **Demenzrisiko** im späteren Leben. Allerdings erhöht ein Östrogen-Gestagen-Start > 65 Jahren das Demenzrisiko. Eine HRT senkt jedoch gemäss der US-Amerikanischen Studie WHI das Risiko, an einer Demenz zu versterben. Eine Östrogentherapie bei Frauen mit Morbus Alzheimer scheint einen positiven Effekt auf die Kognition zu haben.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Die Osteoporose ist eine systemische Erkrankung des Skeletts, die durch eine verminderte Knochenmasse und eine Verschlechterung der Knochenstruktur charakterisiert ist. Die Folge der Abnahme der Knochenmasse und der Zerstörung der Struktur führt dazu, dass Frakturen (Knochenbrüche) auftreten können. Häufig schon bei geringen Belastungen oder sogar spontan. Die am meisten betroffenen Skelettregionen für osteoporotisch bedingte Frakturen sind die Wirbelkörper, der Oberschenkelknochen, der Vorderarm und der Oberarmknochen. Die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine osteoporotische Fraktur zu erleiden beträgt im Alter von 50 Jahren bei der Frau ca. 50% und bei dem Mann ca. 20%. Diese osteoporotischen Frakturen gehen bei Frauen und Männern mit einer Einschränkung der Lebensqualität, Alltagsfähigkeit (Pflegebedürftigkeit, auf fremde Hilfe angewiesen) sowie erhöhter Sterblichkeit einher.

Die aktuelle Knochenfestigkeit und Knochenmasse wird durch zwei Einflussgrößen bestimmt: einerseits durch den Knochenaufbau während der Adoleszenz und dem frühen Erwachsenenalter; andererseits durch das Ausmass des sich anschliessenden, altersbedingten Knochenmassenverlustes. Die maximale Knochenmasse («peak bone mass»), die in der Regel gegen Ende des zweiten Lebensjahrzehntes erreicht wird, wird durch eine Vielzahl von Faktoren wie Vererbung (genetische Faktoren), hormonelle Veränderungen, Ernährung und körperliche Aktivität (mechanische Belastung), sowie das Vorhandensein von Risikofaktoren, bestimmt. Der genetische Einfluss spielt beim Erreichen der maximalen Knochenmasse die grösste Rolle.

Ursachen:

Die Hauptursachen für den Knochensubstanzverlust in der zweiten Lebenshälfte ist der nach der Menopause einsetzende Hormonmangel (Östrogenmangel) bei der Frau, Alter, Lebensstil (Rauchen, Alkohol), Mangel- und Fehlernährung, Umweltfaktoren, sowie Krankheiten, die zu einem vermehrten Knochensubstanzverlust führen. Mit dem Älterwerden steht eine Unterversorgung mit Calcium und Vitamin D im Vordergrund.

Die Hormone, d.h. die Östrogene, spielen nicht nur für das Erreichen der maximalen Knochenmasse in der Jugend, sondern auch für die Erhaltung der Knochenmasse im Erwachsenenalter eine wesentliche Rolle. Östrogene beeinflussen praktisch alle Aspekte des Knochen- und Kalziumstoffwechsels. Östrogene halten den Knochenumbau im Gleichgewicht und die Koppelung zwischen Knochenanbau und Knochenabbau aufrecht. Der Menopausen-bedingte Östrogenmangel hat häufig einen beschleunigten Knochensubstanzverlust zur Folge und stellt damit einen der Hauptfaktoren für die Entstehung der Osteoporose bei Frauen dar. Die Östrogene beeinflussen aber auch den Kalziumstoffwechsel, indem sie die Kalziumaufnahme im Darm und auch die Kalziumrückresorption in der Niere fördern. Dies hat zur Folge, dass bei Östrogenmangel eine höhere Kalziumzufuhr notwendig ist für eine ausgeglichene Kalziumbilanz. Der Wegfall dieses «Kalzium-sparenden» Effektes kann den Knochensubstanzverlust beschleunigen.

Die Bedeutung der Östrogene auf den Knochenstoffwechsel und das Auftreten der Osteoporose wird auch dadurch unterstrichen, dass eine Hormonersatztherapie (HRT) als Vorbeugemassnahme (Women's Health Initiative, WHI-Studie) das Auftreten von osteoporotischen Frakturen signifikant zu senken vermochte.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Prof. Dr. med. P. Stute
Frauenklinik Inselspital
Friedbühlstrasse 19
3010 Bern

Die Studie zeigte aber auch Risiken der HRT auf, sodass beim Einsatz einer Langzeithormonersatzbehandlung das Nutzen-Risiko-Verhältnis individuell evaluiert werden sollte.

Vorbeugung der Osteoporose:

Die Vorbeugung der Osteoporose sollte alle Massnahmen umfassen, die verhindern, dass die Krankheit Osteoporose auftritt, insbesondere dass Knochenbrüche durch diese Erkrankung entstehen. Sie umfasst Massnahmen, die darauf zielen, den grösstmöglichen Wert für die maximale Knochenmasse im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter zu erreichen oder den natürlichen Abbau des Knochens nach der Menopause und im Alter zu verlangsamen sowie den durch Krankheiten und andere Faktoren bedingte Knochenverlust und das Auftreten von Frakturen zu verhindern.

Allgemeine Empfehlungen beinhalten eine genügende Kalziumzufuhr (1000-1500 mg/Tag), genügende Vitamin D-Versorgung (800-1200 E/Tag, ev. Vitamin D-Supplementation bei Mangelernährung bzw. verminderter Sonnenexposition), ausgeglichene Ernährung mit genügender Eiweisszufuhr, regelmässige körperliche Aktivität, Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen, übermässigen Alkoholkonsum und Einnahme von Medikamenten, welche den Knochenstoffwechsel beeinflussen (Cortisonpräparate, Epilepsie-Medikamente, Schilddrüsenhormontherapie) und evtl. die Gabe einer HRT unter spezieller Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses.

Zudem kann eine Bestimmung der Knochendichte erfolgen. Eine grosse Herausforderung in der Behandlung von Patienten mit Osteoporose ist, diejenigen Personen mit erhöhtem Frakturrisiko zu erkennen und einer Abklärung bzw. Behandlung zuzuführen. In der Diagnostik und Therapie der Osteoporose hat nun ein Paradigmenwechsel stattgefunden, weg von der Überbetonung der Knochendichte als alleinigem Gradmesser der Therapiebedürftigkeit hin zu einer umfassenderen Risikobewertung aller Komponenten eines erhöhten Frakturrisikos. Die Abklärung und Behandlung erfolgt nun individueller und abgezielt auf die spezifische Lebenssituation und den allgemeinen Gesundheitszustand der jeweiligen Person.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. K. Blickenstorfer
Universitätsspital Zürich
Klinik für
Reproduktions-Endokrinologie
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich

Die prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) bezeichnet den vorzeitigen Verlust der Funktion der Eierstöcke vor dem 40. Lebensjahr. Dies hat einschneidende Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Fruchtbarkeit dieser Frauen und ist, sofern keine Behandlung erfolgt, mit einem deutlich erhöhten Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen, Osteoporose und Demenz verbunden.

Klinisches Erscheinungsbild

Leitsymptom ist die ausbleibende Monatsblutung, die sich mit oder ohne Ausfallserscheinungen wie Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, körperliche und geistige Erschöpfung, depressive Stimmungslage, urogenitale Beschwerden und Sexualproblemen in variierender Intensität präsentiert.

Epidemiologie/ Ursachen

Man unterscheidet zwei Formen der POI, die primäre Form, die spontan auftritt und die sekundäre Form, die bedingt ist durch ärztliche Behandlungen wie Chemotherapie, Bestrahlung oder Operation an den Eierstöcken oder der Gebärmutter. Die Krankheitshäufigkeit der primären Form liegt bei 1% aller Frauen vor dem 40. Lebensjahr und 0.1% vor dem 30. Lebensjahr. Mögliche Ursachen hierbei können genetische Veränderungen, Stoffwechselerkrankungen, Autoimmunerkrankungen oder Infektionen sein. In ca. 75% wird keine Ursache gefunden.

Abklärungen

Bei Frauen unter 40 Jahren und einem mehr als viermonatigen Ausbleiben der Menstruation sollten weitere Abklärungen erfolgen. Hierzu gehören neben der genauen Erhebung der persönlichen und familiären Krankengeschichte, eine körperliche und eine gynäkologische Untersuchung mit Ultraschall des inneren Genitals sowie die Erhebung eines Hormonstatus. Laborchemisch wird die POI durch einen 2-malig erhöhten Wert des Follikelstimulierenden Hormons (FSH) über 25 U/l bestätigt. Nach Diagnosestellung sollten entsprechende genetische und autoimmunologische Abklärungen durchgeführt werden, um mögliche Ursachen auszuschließen. Auch eine Knochendichtemessung nach Diagnosestellung ist sinnvoll.

Therapie

Um negative Langzeitfolgen des Östrogenmangels für Knochen, Herz-Kreislaufsystem und Gedächtnis zu verhindern, wird umgehend der Beginn einer Hormonersatztherapie empfohlen, mit Fortführung mindestens bis zum Erreichen des durchschnittlichen Menopausenalters (51 Jahre). Hierfür stehen diverse Präparate in Form von Tabletten, Pflastern oder Gel zur Verfügung.

Fruchtbarkeit

Die Chance auf eine spontane Schwangerschaft mit der Diagnose POI liegt bei 5%. Bei der primären Form der POI stehen aktuell keine medikamentösen Möglichkeiten zur Verfügung, die Funktion der Eierstöcke und damit die Chance auf eine Schwangerschaft wieder zu verbessern. Vor geplanten ärztlichen Behandlungen mit erhöhtem Risiko für ein nachfolgendes Versagen der Eierstockfunktion, sollte immer rechtzeitig über die verschiedenen Möglichkeiten einer Fruchtbarkeit erhaltenden Behandlung aufgeklärt werden.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Einführung:

Viele Frauen leiden in der Zeit um die Menopause an einer Verschlechterung ihres psychischen Befindens mit erhöhter Stimmungslabilität und Reizbarkeit, Nervosität, Schlafstörungen und depressiver Verstimmung. Auch schwere Depressionen und sogar Psychosen treten in dieser Zeit vermehrt auf.

Entstehung von psychischen Störungen:

Die Ursachen hierfür können sehr vielfältig sein. Häufig spielt der Verlust der körpereigenen Produktion der Sexualhormone, insbesondere der Östrogene, eine Rolle. Bedeutsam sind aber auch die vielfältigen psychosozialen und körperlichen Veränderungen, die Frauen in dieser Zeit erleben. Es handelt sich um eine Lebensphase, in welcher oft viele Belastungen zusammenkommen. Dies muss nicht, kann aber bei Frauen zu psychischen Beschwerden führen, insbesondere wenn sie zu solchen neigen.

Die Menopause, also die letzte Regelblutung, tritt heute im Mittel im 51. Lebensjahr auf, aber schon etwa 5-8 Jahre davor beginnt die Östrogenproduktion in den Eierstöcken nachzulassen. Damit verlieren Frauen eine natürliche Substanz, die zu ihrer psychischen Stabilität beigetragen hat. Östrogene beeinflussen im Gehirn nämlich die verschiedensten Botenstoffe, die für das seelische Befinden wichtig sind, auf positive Weise. Dadurch können sie Depressionen verhindern oder vermindern und wahrscheinlich auch Aggressivität, Psychosen und Gedächtnisfunktionen positiv beeinflussen, sowie vor den Auswirkungen von Stress schützen. Östrogene sind wegen dieser zahlreichen positiven Effekte auch schon als „Psychoschutz der Natur“ bezeichnet worden.

Der Östrogenverlust führt ausserdem zu nächtlichen Hitzewallungen mit Schlafstörungen, was indirekt noch zusätzlich zu einer Verschlechterung des Befindens beitragen kann.

Hilfe suchen:

Frauen, bei denen sich ihr seelisches Befinden nach dem 40./45. Lebensjahr auffällig verschlechtert, sollten also immer daran denken, dass dies mit der beginnenden Menopause zu tun haben könnte. Sie sollten unbedingt ihre Frauenärztin oder ihren Frauenarzt und bei stärkeren Beschwerden auch einen Psychiater, eine Psychiaterin aufsuchen und nach einer Abklärung und Behandlung fragen.

Therapiemöglichkeiten:

Hormonersatztherapie (HRT):

Für die Therapie psychischer Störungen stehen in dieser Zeit nicht nur die üblichen psychiatrischen Behandlungen mit Psychopharmaka, Psychotherapie, Entspannungsverfahren, sozialen Massnahmen etc. zur Verfügung, sondern auch die Östrogentherapie. Dabei sollte vor allem das natürliche 17- β -Estradiol eingesetzt werden, dass das absinkende körpereigene Estradiol ersetzt. Nur für dieses wurde eine positive Beeinflussung der Psyche nachgewiesen. Auch sollten wegen der besseren Verträglichkeit, vor allem Hautpflaster in niedriger Dosierung eingesetzt werden.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Bei Frauen, die noch eine Gebärmutter haben, muss das Östrogen mit Gestagenen kombiniert werden. Diese wiederum können negative Auswirkungen auf die Psyche haben, weshalb bestimmte Anwendungsformen bevorzugt werden sollten. Gerade bei Depressionen kann eine solche HRT sehr hilfreich sein.

Antidepressiva:

Bei schwereren psychischen Erkrankungen müssen selbstverständlich immer auch antidepressiv wirkende Medikamente eingesetzt werden, die im Übrigen, entgegen einer weit verbreiteten Meinung, nicht abhängig machen. Dagegen sollte die längere Verwendung von Schlafmitteln, die tatsächlich abhängig machen können, vermieden werden.

Psychotherapie:

Auch der Psychotherapie kommt in dieser Lebensphase eine wichtige Bedeutung zu, da Frauen in dieser Zeit häufig sehr vielen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. So werden sie durch die Menopause nicht nur mit dem Verlust ihrer Fruchtbarkeit konfrontiert, sondern haben sich auch mit dem Übergang in eine neue Lebensphase auseinanderzusetzen. Häufig bestehen grosse Ängste in Bezug auf den eigenen Körper, das Altern, die Attraktivität, die Sexualität etc. Gleichzeitig erleben Frauen in dieser Zeit oft zahlreiche äussere Belastungen und Verluste, etwa durch die Pflege der Eltern oder deren Tod, den Wegzug der erwachsen gewordenen Kinder, den Verlust des Partners oder eine Verschlechterung der eigenen körperlichen Gesundheit.

Zusammenfassung:

Die Abklärung und Behandlung von psychischen Beschwerden bei Frauen nach dem 40./45. Lebensjahr sollte also unbedingt eine ganzheitliche sein, die sowohl die hormonellen und anderen körperlichen Aspekte als auch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Möglichkeiten umfasst. Wichtig dabei ist, dass vor einer Therapie immer eine gute Abklärung stehen sollte, bei der andere Ursachen, wie etwa Schilddrüsenfunktionsstörungen etc. ausgeschlossen werden. Eine optimale Abklärung und Behandlung sind oft nur in Zusammenarbeit zwischen FrauenärztIn und PsychiaterIn möglich.

Scheidentrockenheit



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Fast die Hälfte der Frauen in den Wechseljahren ist von einer Scheidentrockenheit und ihren belastenden Folgen betroffen. Obwohl wirksame Therapien existieren, bleiben viele Frauen unbehandelt.

Verantwortlich für Symptome wie Scheidentrockenheit ist der Mangel am Geschlechtshormon Östrogen nach der Menopause. Aber auch nach einer Entbindung und während der Stillzeit kann es zu einem relativen Östrogendefizit kommen. Daraus resultiert eine Trockenheit mit vaginalen Missempfindungen, Brennen und Juckreiz. Dazu kommen eine geringe oder fehlende Befeuchtung und Blutungen, die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr begünstigen. Zusätzlich können sich Schmerzen beim Wasserlösen, häufiges Wasserlassen und Blasenentzündungen bemerkbar machen.

Häufig entwickelt sich ein Teufelskreis aus trockener Scheide, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und fehlender Lust. Da sich diese Beschwerden in der Regel nicht spontan zurückbilden – anders als die typischen Beschwerden der Wechseljahre wie Hitzewallungen, Verstimmungen und Schlafstörungen, ist Hilfe in vielen Fällen notwendig und möglich. Doch nur etwa ein Viertel der Frauen wird darauf angesprochen und noch weniger sprechen den Arzt/die Ärztin an, um Hilfe zu suchen. Sexualität ist ein wichtiger Faktor für eine gute Lebensqualität bis ins höhere Alter. Die Behandlung einer Scheidentrockenheit ist deswegen nicht zu unterschätzen. Für die Behandlung der Scheidentrockenheit gibt es zahlreiche frei verkäufliche, nicht-hormonelle Präparate (Gele und Cremes). Darüber hinaus stehen viele verschiedene lokale Östrogenpräparate in Form von Vaginaltablette, -ring, -zäpfchen, -gel und -creme zur Verfügung. Diese werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Seit einigen Jahren wird auch eine vaginale Lasertherapie erfolgreich eingesetzt. Diese wird jedoch noch nicht von den Krankenkassen bezahlt.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Einführung Sexualität:

Die Sexualität ist für die meisten Frauen und Männer wichtig. Sie ist ein relevanter Faktor der Lebensqualität von Frauen und Männern. Sexualität korreliert mit der allgemeinen Gesundheit.

Man redet aber nicht gern darüber. ÄrztInnen auch nicht. Aber es wird von Frauen und Männern ärztliche Hilfe gewünscht.

Durch die Schwankungen der Hormone in den Wechseljahren kommt es zu Veränderungen des Körpers und des allgemeinen Befindens, die sich alle auf die Sexualität der Frauen (und der Männer) auswirken können.

- a) Auftretende Hitzewallungen oder Schlafstörungen wirken sich auf das Wohlbefinden aus, was indirekt eine Abnahme der Lust auf Sexualität zur Folge haben kann. Hierfür ist es wichtig mit der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens darüber zu sprechen und Lösungen gegen Hitzewallungen zu finden.
- b) Körperliche Veränderungen sind vor allem eine vermehrte Scheidentrockenheit bis hin zu Schmerzen bei der Penetration. Bis zu 85% der Frauen über 40 Jahren leiden unter Scheidentrockenheit und Juckreiz und bis zu 60% haben Schmerzen und die Hälfte davon haben eine reduzierte Lebensqualität und leiden deswegen, was auch zu Depressionen führen kann. Auch hier soll man unbedingt Hilfe bei der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens suchen.
- c) Die Mehrheit der Frauen nimmt in den Wechseljahren leicht an Gewicht zu (ca. 3-5 kg). Damit verbunden ist häufig eine negative Einstellung zum eigenen Körper, ein problematisches inneres Körperbild. Wenn sich „Frau“ selbst nicht mehr attraktiv und begehrenswert findet, entwickeln sich eventuell Hemmungen und Unsicherheiten in der Sexualität.
- c) In der Beziehung können Gewohnheitseffekte oder unterschiedliche Interessen und Persönlichkeitsentwicklungen auftreten und zu Konflikten in der Partnerschaft führen. Sexualität kann dann zum Problem und gemieden werden.
- e) Allgemeinerkrankungen und medikamentöse Behandlungen werden mit zunehmendem Alter häufiger und können die Sexualität beeinflussen.
- f) Beim Mann kommt es mit steigendem Alter öfter zu Erektionsstörungen und diese führen in manchen Partnerschaften zu einem Vermeidungsverhalten; aus Angst vor Versagen werden Zärtlichkeit und Sexualität vermieden.
- g) Insgesamt nimmt die sexuelle Aktivität mit zunehmendem Alter ab, dabei spielen aber, wie erwähnt sowohl körperliche Veränderungen als auch Änderungen der Partnerschaft oder des Selbstwertgefühls eine Rolle.

Allgemeine Hilfsmöglichkeiten bei sexuellen Schwierigkeiten:

Im Vordergrund steht ein offenes Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens.

Sie können viel für sich selbst tun:

Regelmässige Bewegung und lustvolle körperliche Aktivitäten sollen helfen, wieder ein positives Körpergefühl herzustellen. Der Körper kann dann wieder als Quelle der Lust erlebt werden.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Ein Gespräch mit dem Partner darüber, was ihm in der partnerschaftlichen Sexualität gefällt und was ihn stört, braucht zwar am Anfang etwas Mut und Überwindung, kann jedoch Wunder bewirken. Vielleicht möchten beide einmal gemeinsam einen erotischen oder pornographischen Film anschauen und über die Wirkung diskutieren. Vielleicht geht es auch darum, Sexualität aus dem Routineablauf herauszunehmen, wieder etwas Phantasie zur Verführung des Partners oder der Partnerin zu entwickeln: z. B. bessere Rahmenbedingungen für Sexualität und Erotik schaffen, gemeinsame Zeit verbringen, Nähe herstellen. Außerdem kann es sehr wichtig sein, bestimmte Mythen über Sexualität abzubauen, wie z. B. Sexualität muss immer spontan sein, Frauen wollen immer ein langes Vorspiel, Männer wollen keine Zärtlichkeit sondern nur die Penetration etc..

Medizinische Hilfe:

Im Vordergrund steht ein offenes Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt ihres Vertrauens. Störungen der Befindlichkeit wie Wallungen, Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen sprechen oft gut auf pflanzliche oder bioidentische Hormone an. Die Scheidentrockenheit kann durch Crème, Salben und Ovula mit oder ohne Hormone und Gleitmittel verbessert werden. Die männlichen Erektionsstörungen sind seit einigen Jahren ebenfalls einfacher behandelbar. Bei Mangel an sexuellem Interesse ist die Sexualberatung und die Sexualtherapie mit spezifischen Verhaltensübungen im Vordergrund, wie auch eine Paartherapie. Die Gabe von Testosteron oder verwandten Substanzen gilt besonders, wenn die Bildung des körpereigenen Testosterons deutlich vermindert ist, wie zum Beispiel nachdem die Eierstöcke frühzeitig bds. entfernt wurden.

Vergessen Sie nicht, dass Sie in den vergangenen Jahren viel über Ihren Körper, seine Empfindungen und Ihren Bedürfnissen gelernt haben. Diese Erfahrungen werden Ihnen helfen, mit den Veränderungen umzugehen und die Sexualität weiterhin zu genießen.

Und seien Sie sich bewusst, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen jederzeit helfen kann. Reden Sie darüber!



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Klinik für
Reproduktion-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Was steckt hinter dem Begriff: Wechseljahre?

Die Wechseljahre sind eine natürliche Phase im Leben der Frau und keine Krankheit. Die Wechseljahre bezeichnen einen Zeitraum, in dem die Fortpflanzungsfähigkeit der Frau langsam erlischt und die Produktion der Hormone insbesondere der Östrogene in den Eierstöcken immer mehr abnimmt. Dieser Vorgang passiert in der Regel nicht von heute auf morgen, sondern erstreckt sich über mehrere Jahre.

Was bedeutet „Menopause“?

Der Begriff „Menopause“ bezeichnet die letzte Menstruation im Leben einer Frau. Erst 12 Monate nach der letzten Blutung kann man davon ausgehen, dass dies wirklich die letzte Blutung war, sodass die Menopause erst rückblickend festgelegt werden kann. Nach diesen 12 Monaten beginnt die sogenannte Postmenopause.

Frauen erleben die Menopause durchschnittlich im Alter von 51-52 Jahren. 95% aller Frauen haben ihre letzte Menstruation zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr.

Warum kommt es in den Wechseljahren zu Beschwerden?

Durch die nachlassende Produktion des Östrogens und Gestagens (Gelbkörperhormon) in den Eierstöcken und den veränderten Feedback Mechanismus der Steuerzentrale im Gehirn (Hypothalamus) kommt es zu verschiedenen Auswirkungen im Körper.

Ein Drittel der Frauen hat keine, ein Drittel leichte bis mittlere und ein Drittel der Frauen haben starke Beschwerden. Ob ein Therapiebedarf besteht, hängt von der Beeinträchtigung der Lebensqualität der Frau ab.

Die häufigsten Symptome, neben den unregelmässigeren Zyklen, sind: Hitzewallungen, Schweissausbrüche und eine trockene Scheide.

Hitzewallungen, das Leitsymptom der Wechseljahrsbeschwerden, sind abrupt einsetzende, nur 2-4 Minuten andauernde Sensationen, die im Brustbereich beginnen und sich in die Oberarme, den Hals und das Gesicht ausbreiten und mit einer Hautrötung und einem Schweissausbruch einhergehen.

Da die Hitzewallungen v.a. nachts auftreten, kann es dadurch auch zu Schlafstörungen kommen. Die durchschnittliche Dauer der Hitzewallungen sind 7-8 Jahre.

Auch Stimmungsveränderungen wie Nervosität, Angstzustände oder Depressionen, Veränderungen an Haut und Haaren, vermindertes Sexualverlangen (Libidoverlust) können vorkommen. Diese Veränderungen werden von jeder Frau sehr unterschiedlich wahrgenommen und können zu erheblichen Verlust an Lebensqualität führen.

Die Langzeitfolgen des Östrogenmangels sind Knochendichteverlust (Osteoporose) mit einer Risikozunahme für Knochenbrüche und Erkrankungen der Herzkranzgefässe (KHK) mit einem erhöhtem Herzinfarktrisiko. Aufklärung zum sogenannten «off label use» muss erfolgen.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Rossmann-Halder
Klinik für
Reproduktion-Endokrinologie
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

Für die Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, nämlich die Hormonersatztherapie (HRT), nicht-hormonelle Pharmakotherapeutika und diverse Therapieansätze aus der Alternativ- und Komplementärmedizin.

Vor dem Beginn einer HRT müssen ausführlich deren Nutzen und Risiken besprochen werden. Die ganzkörperwirksame (systemische) HRT gibt es in verschiedenen Dosierungen und Anwendungsmöglichkeiten (als Tablette, Gel oder Pflaster). Bei Frauen mit Gebärmutter muss zum Schutz vor Gebärmuttereschleimhautveränderungen zum Östrogen ein Gestagenpräparat über mindestens 12 Tage pro Monat angewendet werden. Die Östrogen-Gestagen-Therapie ist die effizienteste Therapie von Hitzewallungen und Schweissausbrüchen. Innerhalb der ersten 10 Jahre nach der Menopause begonnen, überwiegt bei soweit gesunden Frauen der Nutzen einer HRT eindeutig deren Risiken. Eine jährliche Beurteilung bezüglich der Indikation und Risiken ist sinnvoll.

Zu den positiven Effekten einer HRT zählen:

- Die altersabhängige Gewichtszunahme ist bei Frauen unter HRT geringer als bei unbehandelten Frauen.
- Unter einer HRT sinkt das osteoporosebedingte Frakturrisiko signifikant um 25-40%.
- Die HRT senkt die Insulinresistenz und verringert das Risiko, an Diabetes mellitus zu erkranken und bessert somit zahlreiche Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Ggf. vermindert sich durch eine HRT das Risiko, an einer Demenz zu erkranken.
- Das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken und zu versterben, erhöht sich nicht bei der alleinigen Anwendung von Östrogen (diese Therapie ist nur bei Frauen ohne Gebärmutter möglich).
- Die Einnahme von Östrogenen und Gestagenen in Tablettenform kann das Risiko, an Dickdarmkrebs zu erkranken, reduzieren.

Die möglichen negativen Auswirkungen einer HRT sind:

- Bei Einnahme von Östrogenen in Tablettenform steigt das Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden. Bei Anwendung eines Pflasters oder eines Gels ergibt sich kein erhöhtes Risiko für Schlaganfälle.
- In den ersten Anwendungsmonaten kann bei einer Östrogentherapie in Tablettenform das Risiko für Blutgerinnsel (Thromboembolien) erhöht sein. Bei Anwendung eines Pflasters oder eines Gels ergibt sich kein erhöhtes Risiko für Thromboembolien.
- Die kombinierte Anwendung von Gestagen und Östrogen kann unter Umständen nach mehr als 5 Jahren Anwendung das Brustkrebsrisiko erhöhen.
- Frauen nach einer Brustkrebsdiagnose kann keine HRT empfohlen werden.

Bei Frauen mit Verlust des sexuellen Verlangens (Libidoverlust) in den Wechseljahren kann nach entsprechender Aufklärung ggf. eine Testosterontherapie erwogen werden, wenn eine klassische HRT nicht wirksam ist.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autor:
Dr. med. N. Flütsch
Facharzt für Gynäkologie und
Geburtshilfe FMH
Alpenstrasse 11
6300 Zug

Transgender ist der Oberbegriff für alle Menschen, welche bei Geburt zwar eindeutig einem Geschlecht zugeteilt wurden, sich aber nicht oder nur teilweise mit diesem identifizieren können. Diese Diskrepanz zwischen dem körperlichen Geschlecht und der inneren Geschlechtsempfindung wird meistens bereits in der Kindheit wahrgenommen. Kinder können im Alter von ca. 3-5 Jahren sehr gut zwischen männlich und weiblich unterscheiden und sich einem dieser Geschlechter zuweisen. Für Transgender-Menschen, kann diese „Falschzuweisung“ zu einem grossen psychischen Problem werden. Manche entscheiden sich deshalb, den sichtbaren Körper der inneren Geschlechtsempfindung anzupassen, man nennt das Transition.

In der modernen Medizin gibt es Möglichkeiten, hormonell und operativ die äusseren Geschlechtsmerkmale zu verändern bzw. der inneren Geschlechtsempfindung anzupassen. Eine psychotherapeutische Begleitung wird dabei oft gewünscht, ist jedoch nicht Bedingung. Es liegt jedoch in der Entscheidung jedes einzelnen, wie weit er oder sie in diesem Prozess der Transition gehen möchte. In enger psychologischer Begleitung können die persönlichen Bedürfnisse umgesetzt werden. Es lohnt sich dabei, mit Transgender erfahrenen Therapeuten und Therapeutinnen zusammenzuarbeiten.

Als **Angehörige** von Transgender Personen (Eltern, Geschwister, Kinder, Partner oder Partnerin) kann es im ersten Moment sehr schwierig sein, den Entscheid eines Familienmitglieds für eine körperliche Anpassung zu verstehen und nachzuvollziehen. Dies führt fast immer zu Konflikten innerhalb der Herkunftsfamilie, was für alle eine zusätzliche psychische Belastung bedeutet. In letzter Zeit sind deshalb auch spezielle Selbsthilfegruppen für Angehörige entstanden.

Am **Arbeitsplatz** sind Transgender Menschen häufig Diskriminierungen ausgesetzt. Dies geschieht meist nicht offensichtlich, doch ist bekannt, dass Mobbing-Fälle sehr häufig zu Arbeitsunfähigkeit und schliesslich zum Jobverlust führen. Gleichzeitig ist es viel schwieriger, als Transgender Person eine neue Arbeitsstelle zu finden. Nicht selten müssen Bewerbungsunterlagen mit alten Zeugnissen (alter Vorname!) eingereicht werden. So werden bereits vor einem möglichen Bewerbungsgespräch die Fakten auf den Tisch gelegt und von vielen Arbeitgebern von vornherein die Person gar nicht eingeladen. Um dieser Problematik entgegenzutreten wurde das Projekt „transwelcome“ ins Leben gerufen. Damit möchte man Firmen für die Probleme von Transgender Menschen sensibilisieren und gleichzeitig auch für Betroffene eine Plattform zum Austausch bieten.

Umgang mit Transgender Personen

Transgender Personen wünschen in dem Geschlecht angesprochen zu werden, das sie leben wollen oder bereits leben. Somit ist die korrekte Anrede eine Sache des Respekts. Auch soll die Intimsphäre beachtet werden. Fragen zu medizinischen Behandlungen oder zu den Genitalien zu stellen, ist unangebracht. Vertrauliche Informationen von Transgender Personen sollen vertraulich behandelt werden. Die Bekanntmachung ohne Einverständnis, dass eine Person trans oder transgender ist (sogenanntes Outing) ist zu unterlassen, denn es kann die Person oft in grosse Schwierigkeiten bringen.

Hilfe

In der Schweiz gibt es mittlerweile zahlreiche Infostellen und Adressen, bei welchen man weitere Informationen und Hilfe im Umgang mit dem Thema Transgender erhalten kann:

Transgender Network Switzerland: www.tgns.ch

Checkpoint (Bern, Basel, Zürich, Wadt, Genf): www.mycheckpoint.ch

Transgender Kinder: www.trans-kinder-netz.de

Transgender für Fachleute: www.fachgruppetrans.ch

Transgender in der Arbeitswelt: www.transwelcome.ch



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Die Perimenopause umfasst die letzten Jahre vor dem Sistieren der Menstruationsblutung. Während dieser Zeit nimmt die Hormonproduktion der Eierstöcke und damit auch die Fruchtbarkeit ab. Eine Verhütung ist dennoch erforderlich bis zum völligen Sistieren der Monatsblutung. Letztere wird in der Perimenopause unregelmässiger, oft zunächst häufiger, später seltener. Wegen der nicht mehr ganz gut koordinierten Hormonproduktion kann die Periode zeitweise auch übermässig stark sein. Einige Frauen haben in diesen Jahren neben den Veränderungen der Menstruation Beschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen oder Reizbarkeit, andere sind völlig beschwerdefrei. Bereits in der Perimenopause kommt es zu einer gewissen Reduktion der Knochenmasse. Die Dauer der Perimenopause beträgt im Mittel 4-8 Jahre, schwankt jedoch enorm von Frau zu Frau.

Sicherheit von Verhütungsmethoden:

Niedrige Sicherheit: Kondom, Diaphragma, Spermizide

Hohe Sicherheit: Kombinierte hormonale Kontrazeption („Pille“)
Gestageninjektion, Gestagenimplantat, Gestagenpille mit
Eisprungshemmung, Intrauterinpressare (Spirale, Kupfer -
oder Gestagen freisetzend)

Vor – und Nachteile der Methoden in den Wechseljahren in Stichworten:

Mechanische Methoden:

Wegen der reduzierten Fruchtbarkeit der perimenopausalen Frau, schützen auch Methoden mit niedriger Sicherheit, wie das Kondom in dieser Lebensphase ausreichend vor einer Schwangerschaft. Von Vorteil ist, dass die Einnahme von Hormonen für die Frau entfällt.

Pillen mit Östrogenen und Gestagen:

Diese Präparate haben den Vorteil, dass sie die Blutung gut regulieren, Wechseljahrsbeschwerden positiv beeinflussen und einen frühen Knochenabbau verhindern. Sie sind jedoch nicht die Präparate erster Wahl. Nämlich können sie das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse (= das Herzkreislaufsystem betreffende Ereignisse), wie Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Frauen über 40 Jahren erhöhen. Dieser Risikoanstieg fällt besonders für Frauen mit bestehenden Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Erhöhung der Blutfette, und Adipositas (Fettleibigkeit) ins Gewicht.

Daher ist eine gründliche Abklärung vor Verschreibung östrogenhaltiger Pillen in den Wechseljahren empfehlenswert.

Verhütungspräparate mit nur Gestagenen (Gelbkörperhormon) (Pille, Injektion, Implantat):

Der grosse Vorteil dieser Präparate ist, dass sie nach heutigem Wissen das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen nicht erhöhen. Da sie niedrig dosiert sind, werden sie ohne Pause eingenommen. Dies führt dazu, dass die Periodenblutung unregelmässig oder gar nicht auftritt. Das Ausbleiben der Blutung wird von vielen Frauen in den Wechseljahren geschätzt. Gelegentlich kommt es auch zu längerdauernden Blutungen. Für Anwenderinnen mit schon bestehenden sehr starken und häufigen Periodenblutungen kann das problematisch sein. Die 3-monatliche Injektion führt bei fast allen Frauen früher oder später zum Ausbleiben der Blutung. Sie kann auch therapeutisch bei Myomen oder sehr starken Blutungen eingesetzt werden.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. A. Raggi
FertiSuisse
Zentrum für
Kinderwunschbehandlung,
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Intrauterinpeppar (Spirale, IUP):

IUP haben in der Regel eine Wirkdauer von 5-6 Jahren. Sie werden durch die Scheide in die Gebärmutter eingesetzt und entfalten dort ihre verhütende Wirkung. Von Vorteil ist, dass Spiralen auch bei Frauen mit Risikofaktoren angewandt werden können und in der Anwendung wenig aufwendig sind. Die Hormonspirale setzt Gelbkörperhormone in der Gebärmutterhöhle frei und verhindert so den monatlichen Aufbau der Schleimhaut. Die Menstruationsblutung bleibt fast völlig aus. Diesen Effekt macht man sich auch therapeutisch zu Nutze, da viele Frauen früher oder später in den Wechseljahren unter einem vermehrten Blutverlust durch starke oder häufige Menstruationsblutungen leiden.

Beratung mit der Ärztin oder dem Arzt Ihres Vertrauens:

Insgesamt steht für Frauen in der Perimenopause ein breites Spektrum an Verhütungsmethoden zur Verfügung. Es ist sinnvoll, mit etwa 40 Jahren, zusammen mit dem Frauenarzt, der Frauenärztin zu besprechen, ob die bisherige Verhütung weitergeführt werden soll, bzw. welche Vorteile andere Methoden für Sie haben könnten. Ihr Frauenarzt, Ihre Frauenärztin kann Sie gleichzeitig beraten, ob durch eine Verhütungsmethode gleichzeitig die einen oder anderen gynäkologischen Beschwerden behandelt werden können.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Kashiwagi
Gesundheitszentrum
für die Frau
Bankstrasse 8
8610 Uster

Dickdarmkrebs ist die dritthäufigste Krebskrankheit in unserer Gesellschaft und tritt ab dem 50. Lebensjahr mit dem zunehmenden Alter immer häufiger auf. Dickdarmkrebs entsteht häufig zunächst aus einem von mehreren Dickdarpolypen, welcher sich ohne jegliche Symptomatik über viele Jahre hinweg entwickeln kann, um dann schliesslich zu entarten. So kann der Dickdarmkrebs sich unentdeckt bis zu einem Stadium entwickeln, in dem er zum Zeitpunkt seiner Diagnose nicht mehr erfolgreich beseitigt werden kann. Somit ist der Dickdarmkrebs heute noch eine der Krebsarten mit der höchsten Todesrate.

Blut oder Schleim im Stuhl oder schwarzer Stuhlgang sind Zeichen von Dickdarmkrebs, welches bei der Früherkennung mit einem Streifen nachgewiesen werden kann. Leider ist dieser Test sehr ungenau, da es viele andere, zumeist gutartige, Ursachen für Blut im Stuhl geben kann und der Tumor sich auch ohne Blutungen über eine längere Zeit entwickeln kann, besonders wenn er hoch im Darm (weit vom After) lokalisiert ist.

Als Alternative wird heute empfohlen, ab dem 50. Lebensjahr eine Darmspiegelung durchführen zu lassen, besonders wenn eine Polypenbildung in der näheren Verwandtschaft bereits festgestellt wurde. Anhand einer solchen Darmspiegelung kann die Bildung von gutartigen Polypen festgestellt und dementsprechend lokal behandelt werden. Auf diese Weise kann die individuelle Veranlagung für die spätere Entwicklung eines Dickdarmkrebses frühzeitig festgestellt und vorbeugende Massnahmen eingeleitet werden.

Falls es notwendig sein sollte, wegen menopausaler Beschwerden eine hormonelle Therapie einzuleiten, führt diese zur Abnahme des Risikos für Dickdarmkrebs. Allerdings ist es nicht sinnvoll, wegen einer familiären Veranlagung oder wegen dem Vorhandensein von Dickdarpolypen eine solche hormonelle Behandlung mit einem östrogenhaltigen Präparat einzuleiten.



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie
und Menopause
www.meno-pause.ch

gut zu wissen

Autorin:
Dr. med. M. Kashiwagi
Gesundheitszentrum
für die Frau
Bankstrasse 8
8610 Uster

Die vorzeitige Menopause ist definiert als eine Störung der Eierstockfunktion, die vor dem 40. Altersjahr zu einem vorübergehenden oder bleibenden Ausfall der Monatsblutung führt und von Zeichen eines Östrogenmangels begleitet ist. Letzterer zeigt sich z.B. in Hitzewallungen und Scheidentrockenheit, oft verbunden mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Bei einem längerdauernden oder permanenten Ausfall der Eierstockfunktion, ist mit Auswirkungen auf das gesamte Körpersystem zu rechnen, allen voran der beschleunigte Knochenabbau (Osteoporose). Eine schwerwiegende Folge der vorzeitigen Menopause ist, für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung, der Verlust oder zumindest die erhebliche Einschränkung der Fruchtbarkeit (Sterilität). Es ist aber möglich, dass die Eierstockfunktion nicht bleibend ausgefallen ist, sondern sich wieder erholt, weshalb in vereinzelt Fällen doch noch Schwangerschaften möglich sind.

Gründe für eine vorzeitige Menopause:

Die Gründe für eine vorzeitige Menopause sind oft nicht zu ermitteln (in 90% der Fälle). Bekannt ist, dass Operationen am Eierstock und der dadurch bedingte Verlust an funktionstüchtigem Gewebe, eine Chemotherapie bei einer Krebserkrankung und eine Strahlentherapie (Radiotherapie) sofern die Eierstöcke im bestrahlten Bereich liegen, zu einem vorzeitigen Ausfall der Eierstockfunktion und damit zu einer vorzeitigen und meist definitiven Menopause führen können. Hormonelle Behandlungen, zum Beispiel beim Brustkrebs, unterdrücken im Gegensatz dazu die Eierstockfunktion nur vorübergehend. Diese stellt sich nach Beendigung der Hormontherapie in der Regel wieder ein. Autoimmunerkrankungen, d.h. Erkrankungen, bei welchen sich die körpereigenen Abwehrmechanismen, die zur Abwehr von z.B. Infekten lebenswichtig sind, gegen das eigene Gewebe oder eigene Organe richten, können auch zur Schädigung des Eierstocks und damit zur vorzeitigen Menopause führen. Häufig sind durch diese Autoimmunprozesse auch andere hormonproduzierende Drüsen mitbetroffen, sodass es zusätzlich zu Störungen der Schilddrüsen- und Nebennierenrindenfunktion kommen kann. In etwa 10% der Fälle von vorzeitiger Menopause besteht eine erbbedingte Anlage dafür, respektive eine Chromosomenstörung. Besteht aufgrund der typischen Symptome der Verdacht auf eine vorzeitige Menopause, werden zur Erhärtung der Diagnose, beziehungsweise um andere Krankheitsbilder ausschliessen zu können, verschiedene Hormonuntersuchungen im Blut durchgeführt (Östradiol = E2, Follikel stimulierendes Hormon = FSH). Zusätzlich sollten die Schilddrüsen- und Nebennierenrinden-Hormone (siehe oben) bestimmt werden. Zur Risikoabschätzung bezüglich Osteoporose kann eine Knochendichtemessung indiziert sein. Genetische Untersuchungen sollten ebenfalls erörtert werden.

Behandlung der vorzeitigen Menopause:

Die Behandlung der vorzeitigen Menopause richtet sich nach den im Vordergrund stehenden Symptomen der Patientin. Aufgrund der gesamtsystemischen Auswirkung des frühen Hormonverlusts sollte eine Östrogengabe, bei noch vorhandener Gebärmutter kombiniert mit einem Gestagen erfolgen. In der Regel sollte diese mindestens bis zum normalen Menopausealter der Patientin fortgesetzt werden. Besteht noch ein Kinderwunsch, so sind reproduktionsmedizinische Massnahmen in dafür spezialisierten Institutionen angezeigt.

gut zu wissen

Mai 2022

© Copyright Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologische Endokrinologie und Menopause