

## Leserbrief: Hormonsubstitution bei Ovarialinsuffizienz nach Polychemotherapie

**Frage** von Dr. T.W. aus Wyk auf Föhr: >> Eine 33-jährige Patientin mit Ovarialinsuffizienz bei Z.n. Polychemotherapie wegen M. Hodgkin Stadium III b befindet sich seit zwei Jahren in Vollremission. Es bestehen klinische Beschwerden in Form von Herzrasen, Palpitationen und Lubrifikationsstörungen bei vaginaler Schleimhautatrophie. Nun wurde ihr eine Östradiol-Therapie zur Behandlung der o.g. Symptome sowie zur Osteoporoseprophylaxe empfohlen. Gibt es hierzu eine aussagekräftige Untersuchung oder handelt es sich lediglich um Expertenmeinung? Würden Sie eine systemische Therapie empfehlen?

**Antwort:** >> Ihre 33-jährige Patientin hat offenbar eine durch Polychemotherapie verursachte Ovarialinsuffizienz mit prämaturer Menopause. Sie hat, wie zu erwarten, Beschwerden wie zur Zeit einer physiologischen Menopause. Auch bei Zurückhaltung hinsichtlich der Indikationsstellung zur Hormontherapie nach einer physiologischen Menopause wird jeder erfahrene Gynäkologe oder Endokrinologe hier die Indikation zur Östrogen-Therapie (ggf. zusätzlich Gestagen) bestätigen. Der M. Hodgkin ist kein durch Östrogene bzw. Gestagene stimulierbarer Tumor. Retrospektive Untersuchungen von Frauen mit sehr früher spontaner (z.B. durch Ovarialinsuffizienz bei Polyglandulärem Autoimmunsyndrom) oder iatrogenen Menopause ohne Hormonbehandlung ergaben ein hohes Osteoporoserisiko, eine vorzeitige Alterung der Haut sowie reduzierte Libido und Genitalatrophie. In diesem Fall handelt es sich um eine echte Substitutionstherapie (1), die bei Ihrer Patientin schon allein wegen der von Ihnen beschriebenen Beschwerden (sofern diese nicht auch durch eine andere Erkrankung bedingt sind), indiziert ist. Sie wird trotz des jungen Alters normalerweise nicht mit oralen Kontrazeptiva, sondern mit Präparaten, die zur Behandlung menopausaler Beschwerden geeignet sind, durchgeführt (bei intaktem Uterus mit Östrogenen/Gestagenen, andernfalls nur mit Östrogenen). Die transdermale Hormonapplikation scheint besonders risikoarm zu sein.

Während wir jedoch bei Frauen mit physiologischer Menopause und erheblichen Beschwerden für eine auf 2-3 Jahre begrenzte und dann auszuschleichende Hormontherapie plädieren, sollte bei Ihrer Patientin, wenn keine Kontraindikationen bestehen, die Therapie bis zum 45. oder 50. Lebensjahr fortgesetzt und dann langsam ausgeschlichen werden. Mit einem gegenüber gesunden Frauen erhöhten Brustkrebsrisiko ist nicht zu rechnen, da das Zusatzrisiko bei langjähriger Anwendung der HRT bei gesunden Frauen durch die Addition zur Östrogenexposition in den fruchtbaren Jahren der Frau zustande zu kommen scheint, d.h. Frauen mit früher Menarche und später Menopause haben bereits ein höheres Brustkrebsrisiko als Frauen mit später Menarche und früher Menopause (1, 2).

### Literatur

1. [AMB 2001, 35, 17](#).
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Lancet [1997, 350, 1047](#). Erratum: Lancet 1997, **350**, 1484.