



„Lifestylefaktoren verursachen fünf- bis zehnmal mehr Mammakarzinome als eine Hormonersatztherapie, werden aber quasi nicht kommuniziert.“

PD Dr. med. univ. Maximilian Franz
 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in München

Wer brüllt am lautesten?

Das vorliegende Heft beleuchtet hormonelle Kontrazeption und Hormonersatztherapie (HRT) in der Menopause von verschiedenen Seiten. Immer noch muss darauf hingewiesen werden, dass die einzelnen Chancen und Risiken, die sich aus diesen zwei Optionen ergeben, differenziert betrachtet und kommuniziert werden müssen.

In der kombinierten hormonellen Kontrazeption (COC) steht seit Jahren alleine das Thromboserisiko im Fokus. Aufgrund der geringen Fallzahlen von Mammakarzinomen bei jungen Frauen wird dieses Thema – meines Erachtens zurecht – wenig diskutiert. Dennoch fällt auf, dass hierzu unterschiedliche Daten vorliegen. Zeigen die hier im Heft vorgestellten Daten eine Erhöhung des Mammakarzinomrisikos um bis zu 46% bei gleichzeitig sehr geringen Absolutzahlen unter COC (s. S. 35), so brachten andere Daten aus großen Registerstudien keinerlei Hinweis hierzu. Hier stellt sich die Frage, ob eine „Demaskierung“ dieses Risikos bei Untersuchung älterer Anwenderinnen (etwa 40–50 Lebensjahre) deutlicher ausfallen würde, und ob wir nicht in dieser Altersgruppe die Risiken vollkommen neu bewerten sollten. Dies würde auch zu den Daten der WHI-Studie zur HRT passen (Rossouw JE et al. JAMA 2002;288:3:321-33), in der es bei Verwendung von synthetischen Gestagenen zu einer signifikanten Erhöhung des Mammakarzinomrisikos kam, das Risiko bei einer Östrogenmonotherapie hingegen abfiel. Eine abschließende Betrachtung zur Erhöhung des Mammakarzinomrisikos unter Anwendung von 17β-Estradiol und Progesteron in der HRT steht – zumindest in ausreichend valider Datenlage – noch aus.

Nichts desto trotz scheint aufgrund der bisherigen Daten eine leichte Erhöhung des Mammakarzinomrisikos unter HRT analog bei später Menopause vorzuliegen. Die Diskussion dieses Risikos ist jedoch spätestens seit den frühen 2000er-Jahren vollkommen entgleist. Nach Abbruch der WHI-Studie kam es aufgrund einer deutlich einseitigen Gewichtung der Risiken zu einem massiven Rückgang der HRT-Verordnungen: Vielen Frauen mit

starken Beschwerden wurde eine Therapie vorenthalten. Betrachtet man die Absolutzahlen zusätzlicher Mammakarzinome unter HRT und vergleicht diese etwa mit Adipositas, Rauchen, mangelnder Bewegung oder Alkoholkonsum, erkennt man, dass diese Lifestylefaktoren fünf- bis zehnmal mehr Mammakarzinome verursachen, aber quasi nicht kommuniziert werden.

Last but not least möchte ich erwähnen, dass vor circa 20 Jahren noch eine mögliche protektive Wirkung der HRT vor Demenz diskutiert wurde, wohingegen wir heute auf dem Stand „*ein erhöhtes Risiko kann nicht ausgeschlossen werden, ist aber auch nicht bewiesen*“ sind. Diese Liste ließe sich für COC und HRT in vielen Bereichen beliebig fortsetzen. So kann auch über das unterschiedliche Thromboserisiko unter diversen Gestagenen in der COC entgegen der Daten der EMA (retrospektive Beobachtungsdaten) und des Rote-Hand-Briefes 2014 anhand der Daten aus prospektiv randomisierten Studien vortrefflich gestritten werden. Auch hier ist die Diskussion aus dem Ruder geraten und Risiken werden verzerrt dargestellt. Alles in allem wohl auch ein Zeichen unserer Zeit. Hat Recht, wer am lautesten brüllt?

Summa summarum zeigt sich wieder einmal: Vorsicht mit endgültigen Aussagen, vor allem, wenn diese auf Beobachtungsstudien oder retrospektiven Studien beruhen. Zu oft schon haben sich diese bei genauerer wissenschaftlicher Untersuchung ins Gegenteil gewandelt. Wir können eben immer nur sagen: entsprechend dem heutigen Stand des Wissens. Besprechen Sie Beschwerden und Indikationen mit Ihren Patientinnen und wägen Sie – ohne Risiken vorzuenthalten oder überzubewerten – den Nutzen individuell ab, und entscheiden Sie gemeinsam, was im Einzelfall der richtige Weg ist.