

Wann komme ich in die Menopause?

Die Menopause ist ein normales Phänomen. Sie ist ein natürlicher physiologischer Prozess des Alterns einer Frau und die meisten Frauen werden zwischen 40 und 60 Jahren in die Menopause eintreten (Henderson, Bernstein, Henderson, Kolonel, & Pike, 2008; Rumianowski et al., 2015). Verschiedene Dokumente sprechen für das durchschnittliche Alter beim Eintritt der Menopause bei 51.4 Jahren (Henderson et al., 2008; Wolff & Stute, 2013). Es existieren jedoch biografische und Life-Style Faktoren, welche eine vorzeitige Menopause begünstigen können. Frauen mit einer Gebärmutter- und / oder Eierstockentfernung treten bedeutsam früher (6.6 Jahre) in die Menopause ein als Frauen mit einer natürlichen Menopause. Des Weiteren kann eine vorzeitige Menopause eintreten, wenn in der Biografie der Frau eine Endometriose vorkam. Ebenso kann dies bei regelmässigem Gebrauch von hormonellen Verhütungsmitteln oder einer Hormontherapie zutreffen (Pokoradi et al., 2011). Bei regelmässigem Konsum von Tabakwaren kann die natürliche Menopause bei Raucherinnen 1-2 Jahre früher eintreten (Rumianowski et al., 2015). Zudem konnte eine vorzeitige natürliche Menopause bei Vegetarierinnen festgestellt werden (Morris et al., 2012). Somit haben wir also (bedingt) Einfluss auf den Zeitpunkt der Menopause.

Was definiert die Menopause?

Der Verlust der Eierstockfunktion und der Rückgang der Östrogenproduktion zeigen unter anderem das Ende der Fruchtbarkeit einer Frau an. Gemäss der Definition nach der Weltgesundheitsorganisation, wird die natürliche Menopause als Ausbleiben der Menstruation für mindestens 12 aufeinanderfolgende Monate beschrieben, welches nicht auf eine Operation oder auf andere Ursachen zurückzuführen ist (Farage, Miller, Woods, & Maibach, 2015).

Gibt es während den Wechseljahren auch andere Veränderungen?

Neben den tiefen körperlich hormonellen Veränderungen der «Wechseljahre», stehen viele Frauen in diesem Lebensabschnitt auf verschiedenen Ebenen Herausforderungen gegenüber. Der Auszug der Kinder veranlasst meist einen

Rollenwechsel der Frau und dadurch verliert sie mit der Mutterrolle eine wichtige Funktion in der Familie. Dies vermag eine Krise ihres Selbstbildes auszulösen, welche auch unter dem Begriff des «Empty Nest Syndrom» bekannt ist (Rosemeier & Schultz-Zehden, 2001). Ausserdem kann der Auszug der Kinder vermehrt Trennungen von Partnerschaften herbeiführen. Ferner fällt die Verantwortung für pflegebedürftige Familienmitglieder meist der Frau zu (Rosemeier & Schultz-Zehden, 2001).

Leiden alle Frauen gleich stark?

Bei wenigen Frauen ziehen die hormonellen Veränderungen hinsichtlich der Menopause nahezu unbemerkt vorbei, wohingegen die Mehrzahl darunter mehr oder weniger stark leidet. Diese Begleiterscheinungen der hormonellen Umstellung werden unter dem Begriff des klimakterischen Syndroms zusammengefasst. Wie viele Frauen wie stark davon betroffen sind, entstammt der oft dokumentierten Ein-Drittel-Regel, welche besagt, dass ungefähr 1/3 der Frauen nicht oder nur leicht unter klimakterischen Beschwerden leiden, 1/3 zeigen leichte bis mittlere Beschwerden und 1/3 erfahren mittlere bis starke Beschwerden (Alder & Urech, 2014).

Welches sind die häufigsten Symptome?

PSYCHOLOGISCHE SYMPTOME	SOMATISCH-VEGETATIVE SYMPTOME	UROGENTALE SYMPTOME
<ul style="list-style-type: none"> - Depressive Verstimmung - Reizbarkeit - Ängstlichkeit - Körperliche / Geistige Erschöpfung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wallungen / Schwitzen - Herzbeschwerden - Schlafstörungen - Gelenk- und Muskelbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualprobleme - Harnwegbeschwerden - Trockenheit der Scheide

Klimakterische Symptome nach: Hauser et al., 1999.

Diese Symptome können beispielsweise mit dem etablierten psychometrischen Messinstrument, der Menopause Rating Scale (MRS) , erfasst werden (Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung Berlin GmbH, 2016).

Ist es heiss hier drin?

Die wohl populärsten Symptome des klimakterischen Syndroms stellen Hitzewallungen und Schweissausbrüche dar, welche die vasomotorischen Symptome (VMS) charakterisieren (Wolff & Stute, 2013). Eine Hitzewallung dauert üblicherweise 1-5 Minuten und wird allenfalls von Frösteln gefolgt. Von Frau zu Frau variiert es, ob diese Hitzewallungen unregelmässig (monatlich, wöchentlich) oder regelmässig (stündlich) auftreten. Die Häufigkeit der Hitzewallungen erreicht vorwiegend ihr Maximum in den frühen Abendstunden. Meist sind diese vasomotorischen Symptome nach 6 Monaten bis 5 Jahren spontan rückläufig, sie können aber auch zum Teil bis zu 10 Jahren andauern. (Wolff & Stute, 2013).

Was kann ich gegen meine Beschwerden tun?

Zur Behandlung klimakterischer Beschwerden steht betroffenen Frauen eine Vielfalt an Möglichkeiten zur Verfügung. Nutzen und Risiken einer Hormontherapie (HT) sind gut erforscht. Der Wirkstoff einer Hormontherapie ist im Grunde das Östrogen. Die Frauen, bei welchen die Gebärmutter operativ entfernt wurde, erhalten bevorzugt eine Östrogenmonotherapie (ET). Diejenigen Frauen, bei welchen die Gebärmutter nicht entfernt wurde, erhalten oftmals eine Östrogen-Gestagen-Therapie (EPT). Sie müssen zusätzlich ein Gestagen erhalten, um eine östrogenbedingte Endometriumproliferation (Wachstum der Gebärmutter Schleimhaut) mit der Gefahr der Entwicklung von Gebärmutterkrebs vorzubeugen (Manfras et al., 2015). Für Hormontherapien kommen bevorzugt «natürliche» Östrogene zum Einsatz, wie zum Beispiel Östradiol (E2) und Östriol (E3). Die Anwendung von Östradiol kann oral, transdermal (Pflaster, Gel) oder vaginal (Vaginalring, Creme) erfolgen und Östriol wird vaginal (Zäpfchen, Creme) verwendet (Wolff & Stute, 2013). Der Einsatz einer Hormontherapie wirkt bei

klimakterischen Beschwerden in rund 95 % der Behandlungen. Eine Besserung tritt meist innerhalb von 4-8 Wochen ein (Karow & Lang-Roth, 2015).

Welche Gefahren birgt eine Hormontherapie?

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfiehlt zudem eine Hormontherapie mit der niedrigsten wirksamen Dosis und so kurz wie möglich einzusetzen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2016). Bei Vorliegen von östrogenabhängigem Krebs (Brust- oder Gebärmutterkrebs), bei venösen und arteriellen Thrombosen und bei akuten Lebererkrankungen darf eine Hormontherapie auf keinen Fall eingesetzt werden (Manfras et al., 2015). Aktuell wird eine geringe Zunahme des Brustkrebsrisikos mit zunehmender Dauer einer Hormontherapie und eine leichte Abnahme des Darmkrebsrisikos angenommen (Karow & Lang-Roth, 2015).

Gibt es alternative Behandlungsmethoden?

Gegenwärtig liegen nur wenige Langzeitstudien über die Wirksamkeit oder die Sicherheit der Alternativ- und Komplementärmedizin für die Behandlung von klimakterischen Beschwerden vor. Wissenschaftliche Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit von Homöopathie, Yoga, Tai-Chi, Meditation und Akupunktur zur Reduktion vasomotorischer Symptome sind nicht eindeutig, was aber auch an der oft mangelnden Qualität der Studien liegen kann (Wolff & Stute, 2013). Für Naturprodukte, wie beispielsweise Isoflavone (Phytoöstroge) und Hopfen wird ein Nutzen für das Herzkreislauf-System und für die Knochen vermutet (Wolff & Stute, 2013). Zugelassene Arzneimittel von hochwertigem Traubensilberkerzen-Extrakt (iCR), zeigten bei klimakterischen Beschwerden besonders gute Wirksamkeit (Beer, 2014). Zudem liegen Studien vor, welche auf dem Prinzip der Selbsthilfe und der Kognitiven Verhaltenstherapie basieren, die eine bedeutsame Reduktion klimakterischer Beschwerden vorweisen (Balabanovic, Ayers, & Hunter, 2013; Stefanopoulou & Hunter, 2014).

Was ziehen wir aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen?

Diese Informationen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen uns, dass die Menopause von jeder Frau individuell erlebt werden kann. Bei Vorliegen klimakterischer Beschwerden hat jede Frau die Möglichkeit, nach persönlichen Präferenzen eine passende Therapieform auszuwählen. Schliesslich möchte noch erwähnt sein, dass die Menopause keinen Krankheitswert aufweist und zu einem Leben jeder Frau dazugehört.

Verfasserin: Carla Arpagaus

Literaturverzeichnis

Alder, J., & Urech, C. (2014). *Psychotherapie in der Frauenheilkunde. Fortschritte der Psychotherapie* (S. 81). Göttingen: Hogrefe.

Balabanovic, J., Ayers, B., & Hunter, M. S. (2013). Cognitive Behaviour Therapy for Menopausal Hot Flashes and Night Sweats: A Qualitative Analysis of Women's Experiences of Group and Self-Help CBT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(04), 441–457. doi:10.1017/S1352465812000677

Beer, A.-M. (2014). Update Cimicifuga racemosa - neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung: Differenzierte Evidenz für Wirksamkeit und Sicherheit von Traubensilberkerzen-Arzneimitteln zur Behandlung klimakterischer Beschwerden. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie, 8*(4), 6–10.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2016). *Abwehr von Gefahren durch Arzneimittel, Stufe II*. Retrieved from http://www.bfarm.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicefunktionenuche_Formular.html?resourceId=3496612&input_=3494892&pageLocale=de&templateQueryString=Hormontherapie&submit.x=20&submit.y=17

Farage, M. A., Miller, K. W., Woods, N. F., & Maibach, H. I. (Eds.). (2015). *Skin, mucosa and menopause: Management of clinical issues* (pp. 3-4). Berlin: Springer.

Hauser, G., Potthoff, P., Rosemeier, P., & Schneider, H. (1999). Die Selbstbeurteilungs-Skala für klimakterische Beschwerden (Menopause Rating Scale II). *Journal für Menopause, 6*(4), 13–17.

Henderson, K. D., Bernstein, L., Henderson, B., Kolonel, L., & Pike, M. C. (2008). Predictors of the Timing of Natural Menopause in the Multiethnic Cohort Study. *American journal of epidemiology, 167*(11), 1287–1294. doi:10.1093/aje/kwn046

Karow, T., & Lang-Roth, R. (2015). *Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie 2016: Vorlesungsorientierte Darstellung und klinischer Leitfaden für Studium und Praxis* (24. Aufl., S. 133-135). Pulheim: Thomas Karow.

- Leidenberger, F. A., Strowitzki, T., & Ortmann, O. (Hrsg.). (2014). *Klinische Endokrinologie für Frauenärzte* (5. Aufl., S. 516-529). Berlin: Springer.
- Manfras, B., Diederich, S., Mann, W., Land, C., & Keck, C. (Hrsg.). (2015). *Praxishandbuch Endokrinologie* (S. 479-480). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Morris, D. H., Jones, M. E., Schoemaker, M. J., McFadden, E., Ashworth, A., & Swerdlow, A. J. (2012). Body Mass Index, Exercise, and Other Lifestyle Factors in Relation to Age at Natural Menopause: Analyses From the Breakthrough Generations Study. *American journal of epidemiology*, 175(10), 998–1005. doi:10.1093/aje/kwr447
- Pokoradi, A. J., Iversen, L., & Hannaford, P. C. (2011). Factors associated with age of onset and type of menopause in a cohort of UK women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(1), 34.e1-13. doi:10.1016/j.ajog.2011.02.059
- Rosemeier, H. P., & Schultz-Zehden, B. (2001). Psychological Aspects of Menopause. In F. H. Fischl (Ed.), *Verlag für Medizin und Wirtschaft. Menopause Andropause. Hormone replacement therapy through the ages. New cognition and therapy concepts* (pp. 21–28). Gablitz: Krause und Pachernegg GmbH.
- Rumianowski, B., Rotter, I., Brodowska, A., Adler, G., Kowalski, J., Karakiewicz, B., & Laszczyńska, M. (2015). Einfluss ausgewählter Reproduktionsfaktoren sowie des Rauchens auf das Alter bei Eintreten der Menopause. *Das Gesundheitswesen*. doi:10.1055/s-0034-1396847
- Stefanopoulou, E., & Hunter, M. S. (2014). Telephone-guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for menopausal symptoms. *Maturitas*, 77(1), 73–77. doi:10.1016/j.maturitas.2013.09.013
- Wolff, M. v., & Stute, P. (2013). *Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Das Praxisbuch* (1. Aufl., S. 249-270). Gynäkologie, Urologie, Hebammen. Stuttgart: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Zentrum für Epidemiologie und Gesundheitsforschung Berlin GmbH (ZEG Berlin). (2016). *MRS - the menopause rating scale*. Retrieved from <http://www.menopause-rating-scale.info/>