

**Zitierweise:**

Begleitung in der Menopause, M.J. Beckermann, in: Älter werden, Therapeutische Umschau 62/2005/12, 813-21

**Begleitung von perimenopausalen Frauen in der Praxis**

**Maria J. Beckermann**

**Zusammenfassung**

Der vorliegende Beitrag soll zu einer evidenzbasierten und psychosomatisch orientierten Begleitung von Frauen in den Wechseljahren anregen.

Er legt die externe Evidenz für die Effektivität und Arzneimittelsicherheit aller in der Medline und Cochrane Library beforschten Behandlungsmethoden von Wechseljahrsbeschwerden dar. Dabei ist die Östrogen- bzw. Östrogen-Gestagentherapie die effektivste Behandlungsmethode (1) mit einer Reduktion der Zahl der Hitzewallungen um 75%. Placebogruppen weisen demgegenüber eine Reduktion der Zahl der Hitzewallungen um 58% auf. Ein genuiner Placeboeffekt ist heute widerlegt (2), so dass die großen Spontanschwankungen von Wechseljahrsbeschwerden eine Erklärung bieten. Es lohnt sich also, an einer Erhöhung der Toleranz von Hitzewallungen zu arbeiten, statt eine kontinuierliche Symptomfreiheit anzustreben. Andererseits müssen sich alle anderen Behandlungsmethoden an der hohen Effektivität der Placebogruppen messen lassen, insbesondere, wenn Risiken nicht ausreichend widerlegt sind.

**Summary**

This article wants to make sure, that women with menopausal complaints receive evidence-based advice and psychosomatically oriented treatment. The published evidence for efficacy, safety, and risks of all investigated treatments of menopausal symptoms is reviewed. Estrogen/Progestin therapy is the most effective treatment (1) for reducing the frequency of hot flashes (75%). Placebo reduces the frequency of hot flashes by about 58% which confirms the very high rate of spontaneous remission of climacteric symptoms. It appears worthwhile to avoid the risks of estrogen/progestin therapy whenever possible and to support women in their efforts to tolerate a slight degree of discomfort from hot flashes. Alternative and complementary medical treatments must prove they are more effective than placebo especially, in particular as long as the risks are insufficiently evaluated.

**Einführung**

Seit die Ergebnisse der WHI Studie (3) im August 2002 bekannt geworden sind, haben viele Frauen aus gutem Grund Bedenken gegen die Einnahme von Hormonpräparaten. Die Ergebnisse der WHI-Studie beziehen sich allerdings nicht auf die Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden, sondern auf die präventive Hormoneinnahme. Sie bestätigen jedoch, dass jede Hormontherapie – auch die kurzfristige – mit Risiken verbunden ist, und dass die meisten Risiken mit der Zeit und mit der Dosis der Therapie ansteigen.

Deswegen haben Frauen mit ausgeprägten klimakterischen Beschwerden, die unter der Hormontherapie eine Symptomlinderung oder gar Symptomfreiheit erleben, keinen großen Gewinn davon, wenn sie nach 1 bis 2 Jahren Behandlung die Therapie beenden möchten und dann mit denselben Symptomen dastehen wie vorher. Es ist also in der Post-WHI-Ära so oder so ein Umdenken notwendig.

### **Negative Attribuierung**

Wechseljahre haben in unserer Gesellschaft ein negatives Image. Wenn Frauen in Wechseljahrsgruppen Assoziationen zu Wechseljahren formulieren, präsentieren sie zunächst nur Beschwerden, Symptome, Probleme, Ängste und Defizite. Erst wenn sie aufgefordert werden, den Fokus auch auf die positiven Veränderungen zu richten, fällt ihnen ein, dass sie es angenehm finden, keine Blutungen und die damit verbundenen Beschwerden zu haben, dass sie sich reif und erfahren fühlen, dass sie selbstbewusster sind als in der Jugend und sich besser abgrenzen können, dass sie gelassener geworden sind, genauer wissen, was sie wollen und wie sie es erreichen, dass sie sich freuen am Leben und stolz sind auf die Früchte, die sie hervorgebracht haben. Nach Schultz-Zehden (4) erleben viele Frauen die Wechseljahre als eine Zeit des kognitiven Wandels. Sie können ihren Körper mehr akzeptieren und schätzen als in jungen Jahren und sind mit ihrer Attraktivität genauso zufrieden wie eine Kontrollgruppe 30jähriger Frauen. Viele von ihnen verabschieden sich gerne von ihren reproduktiven Aufgaben und sind bereit, neue Ziele ins Visier nehmen. Sie fühlen sich aber von der Gesellschaft ins Abseits gedrängt, und das belastet sie mehr als die körperliche Umstellung an sich.

### **Menopausenforschung**

Gerade die Menopausenforschung in der Medizin ist an der defizitären Betrachtung der Wechseljahre grundlegend beteiligt (5). Die meisten Studien sind mit Frauen aus medizinischen Zusammenhängen durchgeführt worden mit dem Ergebnis einer großen Behandlungsbedürftigkeit. Es ist aber bekannt, dass die Frauen in medizinischen Zusammenhängen mehr Beschwerden aufweisen und durchschnittlich kränker sind als die Frauen der Durchschnittsbevölkerung, so dass die meisten Studienergebnisse auf gesunde, beschwerdefreie Frauen nicht übertragbar sind.

### **Kontaktaufnahme in der Praxis: Genau hinhören!**

Die erste Phase der Kontaktaufnahme soll klären, ob die Frau überhaupt behandlungsbedürftig ist. Nicht alle Frauen, die ihre klimakterischen Körperwahrnehmungen schildern, möchten eine Behandlung. Oft sind sie nur so beeindruckt von der Intensität des Erlebens, dass sie darüber sprechen möchten. Manchmal sind sie auch verunsichert und möchten sich vergewissern, dass sie nichts tun müssen oder zu Selbstbehandlungen greifen können. Andere Frauen wiederum leiden heftig und wortlos und müssen eher ermutigt werden, sich Linderung zu verschaffen.

### **Professionell explorieren!**

Eine erste Exploration klärt für die ÄrztIn, ob das Beschwerdebild durch die hormonelle Umstellung erklärbar ist und ob weitere differentialdiagnostische Untersuchungen erforderlich sind.

## **Abbildung 1(6): Flow-Chart: Ist diese Frau perimenopausal?**

### **Psychoedukation: Empowerment der Frauen!**

Perimenopausale Frauen profitieren von edukativ-supportiven Gruppenangeboten, z.B. in Form eines Themenabends mit folgenden Inhalten

#### **Liste 1: Edukativ-supportiver Themenabend**

1. **Informationsvermittlung:** über die körperlichen Vorgänge, die Beeinflussbarkeit der Zuschreibungsmuster, die Einflüsse psychosozialer Faktoren. Der Austausch der Frauen untereinander wird angeregt. Sie können sich entlasten, gegenseitig ermutigen, selbstbewusst mit den körperlichen Veränderungen umzugehen sowie ihre Erfahrungen schildern.
2. **Die Bedeutung von Sport:** Frauen, die immer viel Sport getrieben haben, haben weniger Wechseljahrsbeschwerden als Frauen, die nicht sportlich aktiv waren. Eine Studie fand für trainierte Frauen lediglich ein Risiko von 5% schwere Hitzewallungen zu bekommen (7). Wenn Frauen erst in den Wechseljahren anfangen, Sport zu treiben, werden sie dadurch nicht unbedingt erreichen, die Hitzewallungen sofort zu reduzieren. Manche Frauen werden erst „lernen“ zu schwitzen. Aber sie dürfen erwarten, durch den Sport ihre Schlafqualität zu verbessern, ihr Energielevel anzuheben (8), im Zusammenhang mit Ernährungsfaktoren ihr Gewicht zu halten, ihr Selbstbewusstsein zu steigern und langfristig von den gesundheitlichen Vorteilen des Sports zu profitieren.
3. **Die Bedeutung der Ernährung:** Für die Frauen ist es wichtig, die Nahrungsmittel zu kennen, die Hitzewallungen auslösen oder verstärken (Alkohol, Koffein, scharfe Gewürze, heiße Getränke) bzw. reduzieren (gelbes/grünes Gemüse). Wichtiger als die Nahrung nach dem Phytoöstrogengehalt auszurichten, ist es, eine gesunde vollwertige Kost zu finden, die den individuellen Vorlieben der Frau entspricht und weitgehend Nahrungsmittel (Zucker und kurzkettige Kohlenhydrate, Weissmehl) vermeidet, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden langfristig abträglich sind.
4. **Die Bedeutung psychischer Ausgeglichenheit:** Wenn Frauen verunsichert, erschöpft oder sehr belastet sind, sollten wissen, wo und wie sie sich Unterstützung holen können. Sie können krankmachende Faktoren in ihrem Lebenszusammenhang identifizieren und – falls möglich – verändern. Sie sollten ihre Kraftquellen kennen und nutzen. Dabei ist nicht entscheidend, ob die Belastungen mit den Wechseljahren zu tun haben oder völlig unabhängig davon einfach in zu diesem Zeitpunkt auftreten.
5. **Das Verhalten im Alltag:** Frauen können ihr Verhalten im alltäglichen Leben ihrer verstärkten Wärmeabgabe anpassen: Räume nicht überheizen, nicht zu warm anziehen, kühle Materialien (Baumwolle, Seide, Sportunterwäsche) bevorzugen, das Schlafzimmer kühl halten, kühle Bettdecke benutzen, frühzeitig und flexibel für das körperliche Wohlbefinden

sorgen: Fenster öffnen, Jacke ausziehen, sich Luft zufächeln, sich Nacken oder Stirn trocken tupfen.

6. **Unschädlich Linderung finden:** Frauen sollten informiert sein über Alternativen zur Hormontherapie und über die Möglichkeit Nichts zu tun – einfach abwarten, bis die Beschwerden von alleine vergehen.

### **Exploration von Beschwerden**

#### **Abbildung 2(6): Flow-Chart: Exploration perimenopausaler Beschwerden**

Ad vasomotorische Beschwerden)

Zu den vasomotorischen Beschwerden gehören: Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schwitzen, Herzrasen und Schwindelgefühle. Sie können Folgebeschwerden wie Schlafstörungen und Energiemangel im Sinne eines Dominoeffektes nach sich ziehen.

Ad Schlafstörungen)

Nächtliche Hitzewallungen können mit unruhigem Schlaf verbunden sein. Das führt aber längst nicht immer dazu, dass die Frau am nächsten Morgen nicht erholt ist. Wenn die Schlafstörungen schon vor den ersten Wechseljahrserscheinungen bestanden und nicht mit nächtlichen Hitzewallungen einhergehen, sind andere körperliche oder psychische Ursachen anzunehmen.

Ad reduziertem Energielevel)

Unter reduziertem Energielevel sind Symptome wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebsschwäche, Lustlosigkeit, fehlende Belastbarkeit, Stimmungsschwankungen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, leicht weinen müssen, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit etc. zu verstehen. Auch diese Beschwerden können eine Folge von Hitzewallungen und Schlafstörungen. Meistens liegen zusätzliche psychosoziale Belastungen vor. Der Übergang zu einer Depression, die psychiatrisch behandelt werden muss, ist fließend. Es ist unerlässlich, die Differentialdiagnose fachärztlich zu klären.

Ad Scheidentrockenheit)

Scheidentrockenheit aufgrund eines niedrigen Hormongrades kann zu Schmerzen bei der Penetration führen. Unabhängig davon bemerken viele Frauen eine Libidominderung, die dem Älter werden und/oder psychosozialen Veränderungen zugeschrieben werden kann. Wenn sexuelle Veränderungen einen Leidensdruck verursachen, z.B. durch unterschiedliche sexuelle Wünsche in einer Partnerschaft, als Trauerreaktion auf den Verlust einer wichtigen Erlebensdimension oder als Minderung des Selbstwertgefühls, kann eine Sexualberatung helfen.

#### **Angemessen Diagnostizieren!**

Bei Schmerzen im Unterbauch, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, zu häufigen und/oder starken Blutungen sowie bei unklaren Zwischenblutungen ist eine gynäkologische Untersuchung mit Vaginalsonographie indiziert.

Wenn eine Frau überwiegend über vasomotorische und/oder psychische Wechseljahrsbeschwerden klagt, ist die zur Verfügung stehende Zeit sinnvoller genutzt, wenn die ÄrztIn mit der Patientin ins

Gespräch kommt statt eine gynäkologische Untersuchung vorzunehmen, vorausgesetzt, die Patientin lässt regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen mit Pap-Test durchführen.

Hat eine Frau einen sehr akuten, heftigen Leidensdruck durch Hitzewallungen, evtl. verbunden mit Schlafstörungen und Leistungsabfall, ist es sinnvoll, ihr unverzüglich Hormone anzubieten. Denn wenn die individuelle Grenze der Erträglichkeit überschritten wird, kann die Frau in eine schwere Krise geraten und aversive Reaktionen gegen jede vasomotorische Reaktion entwickeln, so dass sie langfristig nicht bereit sein wird, die Hormontherapie jemals wieder abzusetzen

Wenn Frauen einen <Hormonspiegel> verlangen, bringen sie damit ihre Verunsicherung über Veränderungen in ihrem Körper zum Ausdruck: sie möchten wissen, was die Hormone <mit ihnen machen>. Die Frage ist eine gute Gelegenheit, über die Wahrnehmung von Körpersignalen zu sprechen und das Vertrauen in die Fähigkeit zur Selbstregulation zu stärken. Entscheidend für therapeutische Maßnahmen sind nicht Hormonwerte, sondern die Befindlichkeit der Frau. Das altersgemäße Ausbleiben der Periodenblutung im Zusammenhang mit vasomotorischen Beschwerden sind keine abklärungsbedürftigen Krankheitssymptome.

### **Beratung: Patientinnen-orientierte Entscheidung!**

Die evidenzbasierten Behandlungsoptionen sind in Tabelle 2 aufgeführt. Risiken und unerwünschte Auswirkungen sollten der ÄrztIn bekannt sein und der Patientin didaktisch und emotional so vermittelt werden, dass sie selbst zu einer Entscheidung finden kann.

Die Hormontherapie ist zwar die effektivste Behandlungsmöglichkeit vasomotorischer Beschwerden (1), sie hat jedoch ein relevantes Risikoprofil. Die meisten Risiken (Herzinfarkte, Schlaganfälle, Brustkrebs) steigen Zeit- und Dosis-abhängig an (3). Das bedeutet, dass die Therapie so niedrig dosiert ( $\leq 1\text{mg}$  Östradiol) und so kurz wie nötig eingenommen werden sollten. Das Risiko für Thrombose/Embolie-Krankheiten (3) ist jedoch in den ersten 4 Einnahmemonaten sogar am größten. Frauen, die anamnestisch oder klinisch ein erhöhtes Thrombose/Embolierisiko haben, sollten deswegen auf eine andere Therapieoption zurückgreifen. Unerwünschte Begleiterscheinungen sind Brustspannen, Ödeme, Gelenkschmerzen, psychische Probleme, Blutungsstörungen (1).

Letztlich ist der Leidensdruck der Frau ein bestimmender Faktor. Dabei spielen nicht nur die objektivierbaren Faktoren wie Frequenz und Schweregrad der Hitzewallungen eine Rolle, sondern auch die subjektiven Faktoren: Wie erlebt eine Frau Hitzewallungen und Schweißausbrüche?

Für viele Frauen sind Hitzewallungen ein Problem in Sozialkontakten. Sie schämen sich, werden verlegen, peinlich berührt, wenn sie einen roten Kopf bekommen und ihnen der Schweiß von der Stirn tropft, besonders wenn sie im Kundengespräch oder in einer wichtigen Konferenz sind. Nicht alle Frauen trauen sich, offensiv damit umzugehen. Der Umgang mit Hitzewallungen macht vieles deutlich:

- Welche Position nehmen Frauen in der Gesellschaft ein?
- Wie viel Selbstbewusstsein zeigen sie im Umgang mit Körperreaktionen?
- Wie angepasst und <cool> möchten oder müssen sie erscheinen?

- Wo verorten sie Körperreaktionen zwischen Intimität und Öffentlichkeit, zwischen Kontrolle und Ausgeliefertsein, zwischen Ignoranz und Überbewertung?

Viele Frauen fühlen sich an ihre Pubertät erinnert, wenn sie ungewollt erröten. Sie haben im Verlaufe ihres Lebens weitere Erfahrungen gesammelt mit der (Un-)Kontrollierbarkeit von körperlichen Vorgängen, zum Beispiel im Umgang mit den Monatsblutungen oder mit Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit. Diese Erfahrungen sind wichtige Ressourcen, auf die sie im Zusammenhang mit Hitzewallungen zurückgreifen können. Auch Männer werden im Verlaufe ihres Lebens mit derartigen Themen konfrontiert, zum Beispiel bei ungewollten Erektionen. Im Gespräch vermitteln sich Hintergründe - auch wenn sie nicht benannt werden - in der Toleranz gegenüber körperlichen Erscheinungen und der Notwendigkeit, manchmal sogar dem Zwang, sie zu kontrollieren. Der Umgang mit der Körperkontrolle ist das Ergebnis einer lebensgeschichtlichen Entwicklung. Deswegen kann die Entscheidung für oder gegen eine Hormontherapie nur von jeder einzelnen Frau persönlich gefällt werden. Die Ärztin kann die Frau aber unterstützen:

#### **Liste 2: Beratung bei relevanten vasomotorischen Beschwerden**

- Die Information, dass Hitzewallungen meistens phasenhaft verlaufen und auch von allein wieder vergehen, eröffnet eine andere Perspektive: 58% Besserung in den Placebogruppen dürfte viele Frauen ermutigen, auf Spontanremission zu hoffen.
- Die Sicherheit, dass es eine Therapie gibt, die ihr mit großer Wahrscheinlichkeit hilft, reicht oft aus, noch mal abzuwarten (das Rezept in der Tasche).
- Eine sinnstiftende Perspektive erhöht die Toleranz (Hitzewallungen als Herausforderung)
- Vielen Frauen hilft Ablenkung, d.h. den Blick auf das konzentrieren, was ihr momentan wichtig ist.
- Manchmal kann auch die Ermutigung zu einer Hormontherapie wichtig sein, wenn die Frau sich aus der Sicht der Ärztin zuviel Leiden zumutet.

Wenn eine Frau sich für eine Hormontherapie entschieden hat, sollte die Ärztin mit ihr im Gespräch bleiben. Sie kann sich nach einem Zeitraum von 3 Monaten vergewissern, dass Symptomlinderung oder -freiheit eingetreten ist und eine Vereinbarung mit der Frau über den Behandlungszeitraum treffen, beispielsweise zunächst weitere 3 oder 6 Monate. Die Patientin sollte aber auch wissen, dass sie jederzeit entscheiden kann, die Hormontherapie abzusetzen oder über eine Dosisreduktion auszuweichen. Ich empfehle meistens eine so niedrige Hormondosis, dass die Frau durchaus noch eine gelegentliche Wärmewallung wahrnimmt. Auf diese Weise kann sie den phasenhaften Verlauf der Beschwerden beobachten und sich bei Symptommfreiheit eher trauen, einen Auslassversuch zu machen. Manchmal gewährleistet eine Hormontherapie alleine keine ausreichende Stabilisierung der Frau. Zusätzliche psychosoziale Unterstützung brauchen insbesondere

#### **Liste 5: Zusätzliche psychosoziale Unterstützung für**

- Frauen, die erschöpft und ausgepowert sind,

- Frauen, die in dieser Lebensphase tiefe Kränkungen erleben, Verlusterfahrungen machen oder aus anderen Gründen belastet sind
- Frauen, die durch Kontrollverlust an frühere Traumatisierungen erinnert werden.

### **Therapeutische Ansätze unter evidenzbasierter Bewertung**

Im Folgenden werden therapeutische Ansätze in der Medline und Cochrane-Library recherchiert und unter den Gesichtspunkten von evidenzbasierter Effektivität und Arzneimittelsicherheit bewertet. Alle Bewertungen beziehen sich auf eine Kurzzeittherapie, definiert als ein Zeitraum bis zu 2 Jahren. Nicht einbezogen wurden Studien über die Behandlung symptomatischer Frauen nach Brustkrebs unter Tamoxifen- und ähnlichen Therapien.

### **Tabelle 1: Evidenzklassen**

### **Tabelle 2: Therapieoptionen bei vasomotorischen Beschwerden**

### **Liste 3: Spezielle Therapieoptionen bei Schlafstörungen**

- Östrogene alleine sind wenig wirksam **B**, Östrogene in Kombination mit Psychotherapie **B** sind wirksam
- Psychologische Schlafprogramme sind wirksam und risikoarm **C**
- Sport ist wirksam und risikoarm **A**
- Zolpidem ist wirksam **A** bei relevantem Risikoprofil
- Antidepressiva, bes. Citalopram **B** sind möglicherweise wirksam bei relevantem Risikoprofil
- Clonidin, Propranolol, Paroxetin, Progesteron sind unwirksam **A**

### **Liste 4: Spezielle Therapieoptionen des reduzierten Energielevels/Depressionen**

- Östrogene alleine sind nur bei leichten Verstimmungen wirksam **A** (9, 10). Östrogene zusammen mit Psychotherapie sind bei leichten und mittelschweren Depressionen wirksam **B**. Östrogene sind nicht wirksam bei schweren Depressionen **A**
- Sport ist wirksam und risikoarm **A**
- Entspannungsmethoden und Verhaltenstherapie sind risikoarm und wirksam gegen Angst und Depressionen **A** Akupunktur und Elektroakupunktur sind möglicherweise wirksam **B**
- Johanniskraut ist wirksam bei leichten, mittelschweren **A** (11) und schweren Verstimmungen **B** (12) bei bekannten geringen Risiken.
- Antidepressiva in Standarddosis und niedriger Dosierung sind wirksam bei mittelschweren und schweren Depressionen **A** (13). Sie haben ein relevantes Risikoprofil.
- Ginseng ist möglicherweise wirksam **C** bei geringem Risiko
- Pueraria lobata **B**, Progesteron **B** sind nicht wirksam

### **Liste 6: Spezielle Therapieoptionen bei Scheidentrockenheit**

Lokales Östriol und Östradiol sind wirksam gegen Scheidentrockenheit, Jucken, Petechien und veränderten pH-Wert **A** (14). Der systemische Effekt ist bei Östradiol höher als bei Östriol. Es sind weitere Untersuchungen nötig zur Bestimmung einer ausreichend sicheren Dosis. Eine Gabe von

0,5mg Östriol 1-2x pro Woche vaginal ist meistens ausreichend zur Symptomkontrolle und sicher genug im Hinblick auf Endometriumhyperplasie **C**

Auch Lubricans **C**, Replens **C**, phytoöstrogenreiche Diät **C** können wirksam sein.

### **Fazit**

Wechseljahre sind keine Krankheit und 80% der Frauen sind nicht auf ärztliche Behandlung angewiesen. Wenn 60% der Frauen des westlichen Kulturkreises Hitzewallungen verspüren, so heißt das keineswegs, dass sie psychische Probleme haben. Sie schwitzen! und ihre Umwelt macht es ihnen nicht leicht, selbstbewusst damit umzugehen.

Viele Frauen sind in dieser Lebensphase verunsichert und suchen den Rat ihrer Ärztin/ihres Arztes, was sie für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden tun können. Dadurch haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, Frauen zu informieren und zu unterstützen, sie in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation zu bestärken und zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren.

Die 20% Frauen, die stark unter Wechseljahrsbeschwerden leiden, sollten individuell nach allen Regeln der evidenzbasierten Kunst behandelt werden. Subjektive Kriterien sind gleichermaßen ernst zu nehmen wie objektivierbare Beschwerden. Oft sind psychosoziale Faktoren zumindest daran mitbeteiligt, wenn es den Frauen sehr schlecht geht, so dass ihnen auf verschiedenen Ebenen therapeutische Unterstützung angeboten werden sollte.

Für Frauen mit leichten und mittleren Beschwerden geht es nicht nur darum, mit welchen risikoarmen Behandlungsmethoden sie Linderung finden können. Lebensstilfaktoren und Bewältigungsstrategien können den Blick oft über vasomotorische Körperreaktionen hinweg auf die Dinge richten, die wirklich wesentlich sind, um gesund und munter älter werden zu können.

**Tabelle 1: Modifizierte Evidenzklassen**

A	Ist belegt durch schlüssige Studien guter Qualität mit mehreren RCTs enthält, bei gleichsinnigen Ergebnissen
B	Ist belegt durch gut durchgeführte, randomisierten und nicht randomisierten klinische Studien bei überwiegend gleichsinnigen Ergebnissen
C	Ist belegt durch Berichte, Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen etc. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin oder es gibt überwiegend widersprüchliche Studienergebnisse.



**Tabelle 2: Therapieoptionen bei vasomotorischen Beschwerden**

	Effektivität gesichert	Effektivität möglich	Keine Effektivität
Risikoarmut kann als gesichert gelten	Placebo <b>A</b> (1) Entspannungsmethoden <b>A</b> Verhaltenstherapie <b>B</b> , Sport <b>B</b>	Cimicifuga <b>C</b> (15-17) Phytoöstrogenhaltige Ernährung <b>C</b> (18), Akupunktur <b>C</b> Angelica sinensis + Matricaria chamomilla <b>C</b> Hypnotherapie <b>C</b> Clonidin <b>C</b>	Nachtkerzenöl <b>B</b> , Ginseng <b>B</b> , Don quai (Angelikawurzel) <b>B</b> Fußreflexzonenmassage <b>B</b>
Risikoprofil relevant	Östrogene <b>A</b> Tibolon <b>A</b> MPA* <b>A</b>	SSRIs** <sup>2</sup> : Paroxetin <b>B</b> und Venlafaxine*** <b>B</b> Propranolol <b>C</b>	SSRIs** <sup>2</sup> : Citalopram und Fluoxetin <b>B</b> Progesteron transdermal <b>C</b>
Risiko nicht ausreichend untersucht	Gabapentin** <b>A</b> Veralipride** <b>B</b>	Phytoöstrogen-Supplement (19, 20) (Soja) <b>C</b> (Rotklee) TCM**** <b>C</b>	Melatonin <b>B</b> Yamswurzel <b>B</b>

\* MPA = Medroxyprogesteronacetat

\*\* Gabapentin (Antiepileptikum) und Veralipride (Dopaminantagonist) sind in Deutschland (Österreich? Schweiz?) nicht für die Indikation vasomotorische Beschwerden in den Wechseljahren geprüft und zugelassen

\*\*\* Venlafaxine wurde nur bei onkologischen Patientinnen untersucht

\*\*\*\*Die Einordnung chin. Kräuter erfolgt in dieser Gruppe, weil die Qualität der Kräuter keiner Kontrolle unterliegt in Bezug auf toxische Belastungen (vgl. Ayurveda-Produkte(9))

## REFERENCES

1. MacLennan A, Broadbent JL, Lester S, Morre V. Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004(Review 2004 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester UK).
2. Kienle G. Der Placeboeffekt - ein Mythos zwischen Selbstheilung und Selbsttäuschung. In: Beckermann M, Perl F, editors. Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe. Basel: Schwabe; 2004.
3. Writing Group for the Womens's Health Initiative Randomized Controlled Trial W. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. JAMA 2002;288(3):321-333.
4. Schultz-Zehden B. Körpererleben im Klimakterium. München, Wien: Profil Verlag; 1997.
5. Beckermann M. Wechseljahre - Wohlgefühl. In: Beckermann M, Perl F, editors. Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe. Basel: Schwabe; 2004.
6. Beckermann M. Qualitätsgesicherte Begleitung von Frauen in den Wechseljahren. In: NRW NFuG, editor. Den Wechsel gestalten; 2005; Düsseldorf: Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW; 2005.
7. Ivarsson T, Spetz A, Hammar M. Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. Maturitas 1998;29(2):139-46.
8. Asikainen T, Kukkonen-Harjula K, Miilunpalo S. Exercise for health for early postmenopausal women: a systematic review of randomized controlled trials. Sports Med 2004;34(11):753-78.
9. O'Brien W. Abstract of quality assessed systematic reviews. University of New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Zweifel JE, O'Brien WH. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. Psychoneuroendocrinology (England) 1997;22(3):189-212.
11. Linde K, Mulrow C. St John's Wort for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998(Review 1998 Issue 4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester UK).
12. Szegedi A, Kohnen R, Dienel A. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St. John's wort): a randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ 2005;330:503-7.
13. Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003(3).
14. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women: John Wiley & Sons, Ltd.; 2003.
15. Huntley A. The safety of black cohosh. Expert Opin Drug Saf 2004;3(6):615-23.
16. Borelli F, Ernst E. Cimicifuga racemosa: a systematic review of its clinical efficacy. European Journal of Clinical Pharmacology 2002;58(4):235-41.
17. Dog TL, Powell KL, Weisman SM. Critical evaluation of the safety of cimicifuga racemosa in menopause symptom relief. Menopause 2003;10(4):299-313.
18. Krebs E, Ensrud K, MacDonald R, Wilt T. Phytoestrogens for treatment of menopausal symptoms: a systematic review. Obstet Gynecol 2004;104(4):824-36.
19. Unfer V, Casini M, Costabile L, Mignosa M, Gerli S, DiRenzo G. Endometrial effects of long-term treatment with phytoestrogens: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Fertility and Sterility 2004;82(1):145-8.

20. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Annals of internal medicine* 2002;137(10):805-813.

Eine ausführliche Literaturliste ist erhältlich über die Autorin:

Dr. med. Maria J. Beckermann

Brabanter Str. 53

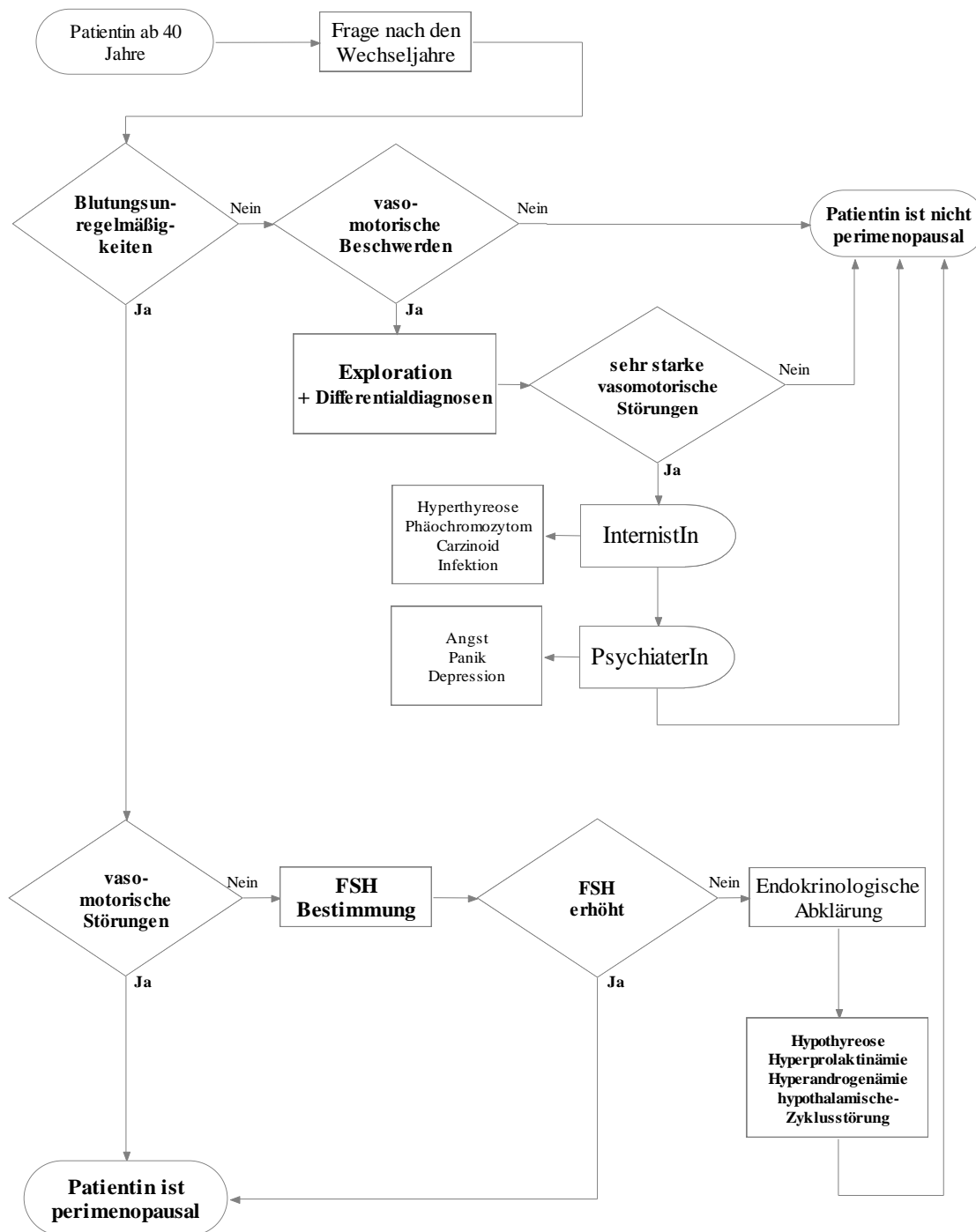
D- 50672 Köln

Tel. 0049-221-9529540

Fax 0049-221-95295495

Email: [mjbeckerm@aol.com](mailto:mjbeckerm@aol.com)

## Fragestellung: Ist diese FRAU perimenopausal?



## Exploration perimenopausaler Beschwerden

