

3 Medikamentöse Therapie

3.1 Optionen der Hormonersatztherapie (HRT) bei Frauen mit Mammakarzinom oder gynäkologischen Tumoren

Tanja Fehm

3.1.1 Notwendigkeit einer HRT bei gynäkologischen Krebserkrankungen

Die meisten gynäkologischen Krebserkrankungen führen bei Frauen im fertilen Alter entweder durch die operative Therapie bzw. Radio- und / oder Systemtherapie zu einem Verlust der Ovarien oder der noch vorhandenen Ovarialfunktion und somit zum Auftreten von postmenopausalen Beschwerden. Meist treten die Beschwerden innerhalb kurzer Zeit nach erfolgter Therapie auf, so dass die Patientinnen die vorzeitige Postmenopause mit den klassischen Symptomen wie Hitzewallungen, vaginale Trockenheit, Dyspareunie, Stimmungsschwankungen, Konzentrationschwäche oder Schlafstörungen als besonders belastend erleben. Da der Einfluss einer Hormonersatztherapie bei gynäkologischen Erkrankungen mit zusätzlichen Risiken für den Verlauf der Erkrankung verbunden sein kann, ist eine individuelle Risiko-Nutzen-Bewertung – je nach Art der HRT und Krebserkrankung – für die Patientin von besonderer Bedeutung. Häufig sind Onkologen sehr zurückhaltend bei der Verordnung einer HRT, wenngleich die Datenlage bei hohem Leidensdruck für die meisten Konstellationen für eine HRT spricht. Im Nachfolgenden werden die Risiken und Interaktionen einer HRT für die jeweilige gynäkologische Krebserkrankung diskutiert.

3.1.2 HRT bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom

Das Endometriumkarzinom ist das häufigste Genitalmalignom der Frau mit 25 Neuerkrankungen pro 100.000 Frauen im Jahr. Der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung eines Endometriumkarzinoms stellt u. a. der Östrogenüberschuss (bedingt z. B. durch Adipositas oder einer Östrogenmonotherapie bei vorhandenem Uterus) dar. Der Altersgipfel liegt bei 67 Jahren. Dennoch sind 20–25 % aller Frauen prämenopausal bzw. 5 % unter 40 Jahren. Bei jüngeren Frauen muss auch an eine hereditäre Erkrankung gedacht werden (Lynch-Syndrom oder HNPCC). Man unterscheidet beim Endometriumkarzinom zwei Subtypen, die sich durch eine unterschiedliche Tumorbiologie und Prognose unterscheiden. Ca. 10 % aller Patientinnen weisen ein hormonunabhängiges Endometriumkarzinom auf. Dieses ist meist schlecht differenziert und zeichnet sich durch einen sehr ungünstigen klinischen Verlauf aus (Typ II-Karzinome). Die Mehrheit der Patientinnen hat jedoch ein östrogenabhängiges Endometriumkarzinom. Dies ist in der Regel Hormonrezeptor-positiv, gut differenziert und