

## Hormongesteuert - Der Wechseljahre-Podcast

13.11.2023

Thema: #6 Nach dem Brustkrebs in die Wechseljahre

**Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Dr. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

**Podcast-Tipp:** Die Challenge meines Lebens (Diagnose Krebs): <https://www.ardaudiothek.de/sendung/die-challenge-meines-lebens/12731169/>

### Katrin Simonsen

Herzlich willkommen bei „Hormongesteuert“, der Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren. Und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen Fragen rund um die Wechseljahre beantworten, mit Tabus und Vorurteilen aufräumen und die Frauen zu Expertinnen ihres eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen, ich bin Redakteurin und Moderatorin bei MDR Aktuell. Und die Fachfrau an meiner Seite ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft Dr. Katrin Schaudig. Hallo und herzlich willkommen Frau Schaudig!

### Dr. Katrin Schaudig

Ja, ich freue mich auch sehr, wieder dabei zu sein.

### Katrin Simonsen

Frau Schaudig. Heute wollen wir uns ja einem Thema widmen, das für die betroffenen Frauen einen extremen Leidensdruck hat und über das auch viel zu wenig gesprochen wird. Es geht um Frauen mit Brustkrebs, die dann auf eine antihormonelle Therapie gesetzt werden und damit auch vorzeitig in die Wechseljahre rauschen. Und wir wollen dann auch noch erklären, was es hormonell für Auswirkungen hat, wenn Frauen die Eierstöcke entfernt werden müssen. Und da auch zu diesen beiden Themen uns viele Hörermails erreicht haben, werden wir versuchen, wieder so viel wie möglich der Fragen zu beantworten. Frau

Doktor Schaudig, kommen wir jetzt erstmal zu diesem Thema Brustkrebs. Da haben uns vor allem Frauen geschrieben, die relativ jung, also noch im gebärfähigen Alter an Brustkrebs erkrankt sind. Wie viele Frauen trifft diese Diagnose eigentlich so zeitig?

### Dr. Katrin Schaudig

Also Gottseidank sind es nicht so viele. Also wenn man bedenkt, dass insgesamt jede achte Frau in Deutschland Brustkrebs bekommt, irgendwann in ihrem Leben, ist es aber doch so, dass von den Frauen mit Brustkrebs nur jede zehnte jünger als 45 ist. Also Absolutzahlen – ist schwer zu sagen. Da ändert sich auch viel. Aber grundsätzlich – das hören wir auch von den Onkologinnen und Onkologen – nimmt die Anzahl von Brustkrebs bei jungen Frauen etwas zu.

### Katrin Simonsen

Weiß man da irgendeinen Grund?

### Dr. Katrin Schaudig

Ne, das weiß man nicht so wirklich. Aber es gibt schon verschiedene Theorien, warum die Brustkrebshäufigkeit zunimmt. Also es wird ja immer wieder gesagt: „Ja, das liegt alles an der Pille.“ und so. Also die Antibabypille führt, da gibt es auch riesige Studien, allenfalls zu einer minimalen Zunahme von Brustkrebs. Da wird sowas von 1,1-faches Risiko – das kann man eigentlich statistisch vergessen. Also die Hormonanwendung oder Antibabypille, der würde ich am wenigsten dazu schreiben. Was sicher eine Rolle spielt, sind Umweltfaktoren vielleicht sogenannte endokrine Disruptoren, das heißt irgendwelche Substanzen, die hormonell wirken, ohne dass wir uns dessen bewusst sind. In den Weichmachern sind die sogenannten Bisphenole. Also was die eigentlich machen, da sind wir ja noch ganz am Anfang der Forschung, und das macht mir manchmal etwas Angst. Ich weiß auch nicht, wie man das wirklich gut vermeiden kann.

Wichtiger Punkt ist Alkohol. Zwei Glas Wein am Abend machen eine Brustkrebsrisikosteigerung um 50 %. Und wir wissen inzwischen auch, dass auch schon geringere Mengen an Alkohol

an diesen Krebsrisiken was machen. Dann bewegen sich Frauen weniger als früher. Das ist so. Also es wird weniger Sport gemacht, Frauen sind übergewichtiger. Das sind alles so Dinge, die vielleicht zusammenkommen. Nun wird es sicherlich auch die ein oder andere geben, die sagt: „Ich bin schlank. Ich mache viel Sport. Ich trinke keinen Alkohol. Trotzdem hat es mich erwischt.“ Und das ist einfach wirklich Schicksal und lässt sich oft nicht erklären. Vielleicht kommt dann die Umweltgeschichte ran. Wir wissen es nicht.

#### **Katrin Simonsen**

Und oft spricht man ja dann, also gerade bei den jungen Frauen, von einem hormonellen Brustkrebs. Was genau heißt denn das?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also der hormonelle Brustkrebs, von dem spricht man dann, wenn die Brustkrebszellenrezeptoren, das sind quasi Empfängerstellen an ihren Zellen, auf Hormone reagieren. Das heißt wenn ein Östrogen oder Progesteron auf diese Zellen trifft, dann werden die zu Wachstum angeregt. Das ist diese Hormonabhängigkeit, und die drückt sich in Rezeptoren aus. Also man guckt, hat die Krebszelle Rezeptoren für Hormone, und wenn das der Fall ist, dann ist es tatsächlich so, dass quasi jedes Hormon – und junge Frauen haben ja jede Menge Östrogen und Progesteron im Körper – dass das Brustkrebswachstum fördert, so muss man sich das vorstellen. Bei jungen Frauen finden wir allerdings auch häufig Karzinome, die nicht hormonabhängig sind. Da spricht man dann – ich sage es mal grob, von triple-negativen Karzinomen. Da gibt es dann noch zusätzliche Prognosefaktoren, die auch negativ sind. Also bei jungen Frauen finden wir nicht selten diese nicht hormonabhängigen. Aber es gibt eben beides. Und dann greift eine antihormonelle Therapie.

#### **Katrin Simonsen**

Und über die Frauen, die diese antihormonelle Therapie dann über sich ergehen lassen müssen und die über Folgen – über die sprechen wir jetzt. Also angenommen, ich bin Anfang 40, bekomme die Diagnose Brustkrebs. Wie sieht

dann erstmal mein weiterer Weg aus? Und was heißt dann „antihormonelle Therapie“?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also. Der weitere Weg ist dann komplett abhängig von dem histologischen, also feingeweblichen, Untersuchungsergebnis. Das ist schonmal das A und O. Und darauf kommt es an. Das wird auch immer differenzierter. Ich bin immer wieder beeindruckt – ich bin nun selbst keine Onkologin – wie differenziert man mittlerweile die Therapie von Frauen mit Brustkrebs festlegt. Also da gibt es immer eine sogenannte Tumorkonferenz, wenn das Operationsergebnis festliegt und wenn auch der feingewebliche Untersuchungsbefund da ist. Diese ganzen Rezeptoren sogenannte Prognosefaktoren, also diese Brustkrebszellen. Die werden wirklich komplett auf den Kopf gestellt, und man guckt sich die ganz genau an. Dann gibt es so Kriterien wie die Größe des Tumors, dann das Kriterium Lymphknotenbefall und, und, und... So, und dann setzen sich die ganzen Experten an einen Tisch. Und das sind dann wirklich viele. Also, das ist der Operateur, der Gynäkologe, der Onkologe und so weiter und beraten: Okay, in welchen Algorithmus passt die Frau? Heute macht man ja in den meisten Fällen eine brusterhaltende Therapie. Das heißt, man schneidet den Tumor raus. Da muss dann fast immer eine Nachbestrahlung erfolgen. Ob eine Chemotherapie oder eine Antihormontherapie oder beides – das macht man dann hintereinander, sinnvoll ist, das kommt tatsächlich auf die Biologie des Tumors an. Und das muss im Einzelfall entschieden werden. Wie Sie schon gesagt haben, bei einem Teil der Frauen, auch bei den jungen, sagt man dann: Okay, wenn wir Bestrahlung, Operation vielleicht Chemo auch noch durchhaben, machen wir jetzt eine antihormonelle Therapie. Und auch da gibt's wieder verschiedene Möglichkeiten. Und auch das ist wieder abhängig vom Grad des Tumors, wie groß der ist, ob der zum Beispiel an mehreren Stellen in der Brust war und auch ganz wichtig nochmal: Wie ist der Rezeptorbesatz? – Also ist der Tumor hormonpositiv oder nicht?

### **Katrin Simonsen**

Und das heißt, wenn man dann diese antihormonelle Therapie macht, bekommt man bestimmte Medikamente, die dann einfach meine eigenen Sexualhormone, also Östrogen und Progesteron ausschalten.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja ... wobei, es ist noch ein bisschen komplizierter. Da muss man tatsächlich noch mal ein bisschen ausholen. Also, wenn man sagt: Die eigenen Hormone, die eine Frau hat, die sind ja die, die den Tumor wachsen lassen. Solange der Eierstock arbeitet – Sie haben schon gesagt, die Patientin ist 40, die hatte noch regelmäßige Blutung bis zur Diagnose – wie schalten wir die eigenen Hormone aus? Da gibt es jetzt zwei Möglichkeiten. Das eine ist ein Medikament, das gibt es schon ewig, das heißt Tamoxifen. Und dieses Tamoxifen blockiert einfach diesen Rezeptor an den Tumorzellen. Also, ich sage es mal andersrum eigentlich geht man davon aus, wenn die erste Behandlung des Brustkrebses abgeschlossen ist, dann sagt man: Jetzt sind wir in einem tumorfreien Status. Also eigentlich denkt man: Tumor raus, bestrahlt – so, jetzt ist da nix mehr. Diese ganze antihormonelle Therapie zielt aber darauf ab, dass man die Überlegung hat: Da könnten ja noch irgendwo so kleine Brustkrebszellen rumschwirren und sich irgendwo im Körper festsetzen. Das wollen wir verhindern.

Man muss ehrlicherweise sagen, ob da wirklich noch Zellen sind oder nicht, das weiß man nicht. Aber man sagt, da könnten ja noch welche rumschwirren also – „Holzauge sei wachsam!“ – das wollen wir verhindern.“ Das Tamoxifen macht einfach Folgendes: Es dockt an möglicherweise vorhandene Tumorzellen an und blockiert diesen Rezeptor so, dass das körpereigene Östrogen nicht mehr ansetzen kann. Das heißt, die Frauen haben eigentlich noch weiter ihre eigenen Östrogene. Die können auch noch einen Eisprung haben und, und, und ... aber das Tamoxifen verhindert, dass das körpereigene Östrogen die Brustkrebszellen zum Wachstum bringt.

Das Tamoxifen geht leider aber auch an andere Östrogenrezeptoren im Körper, sodass auch an anderen Organen das körpereigene Östrogen nicht mehr so gut wirken kann. Das heißt, es kann dann trotzdem sein, dass die Patientinnen Hitzewallungen bekommen und die typischen klimakterischen Beschwerden, weil das eigene Östrogene ja auch woanders im Körper blockiert wird. Aber das ist unterschiedlich.

Das Problem ist und das ist jetzt wirklich verrückt: Dieses Tamoxifen kann bei manchen Frauen aber dazu führen, dass die noch viel mehr Östrogene produzieren als normal. Das heißt, der Körper versucht sozusagen, das Tamoxifen auszutricksen, indem er einfach noch mehr Östrogen macht. Wenn das tatsächlich der Fall ist und der Östrogenspiegel dann sehr hoch ist... Die Frauen können dann auch Eierstockzysten kriegen, die wieder verschwinden. Also, das ist jetzt nicht unbedingt was Krankmachendes. Aber die können wieder verschwinden. Man versucht aber dann sozusagen diese Tamoxifenwirkung oder die stimulierende Wirkung auf die Eierstöcke auszutricksen. Und jetzt kommen wir zum zweiten, quasi zur Eskalationsstufe. Und da gibt man Medikamente, die in der Hirnanhangsdrüse die Zellen blockieren, die den Eierstock zur Bildung von Sexualhormonen anregen. Also da sind wir jetzt eine Ebene höher. Das Tamoxifen selber wirkt direkt an den Zellen, also im ganzen Körper. Und diese Präparate, die ich jetzt anspreche, das sind sogenannte GnRH-Analoga – sorry für dieses wahnsinnig komplizierte Wort, ich weiß gar nicht, ob es dafür einen Begriff gibt, der es einfacher umschreibt, also Tamoxifen könnte man als „Östrogenblocker“ bezeichnen – diese GnRH-Analoga, die blockieren in der Hirnanhangsdrüse die Ausschüttung von FSH und LH – also ich erzähle es jetzt bisschen verkürzt – und damit wird der Eierstock nicht mehr angeregt. Das heißt, wir verhindern, dass überhaupt Östrogen gebildet wird. Und dann geben wir trotzdem noch – „Play it safe“ – Tamoxifen dazu.

Jetzt gibt es dort eine dritte „Eskalationsstufe“ hätte ich fast gesagt, und das sind die sogenannten Aromatasehemmer. Die Aromatasehemmer, die wirken anders als das Tamoxifen. Die wirken auch peripher auf Zellebene. Und die verhindern, dass in den Körperzellen – und es sind tatsächlich viele Zellen unseres Körpers, nicht nur der Eierstock, der Östrogen macht – diese Aromatasehemmer verhindern, dass egal wo im Körper überhaupt noch irgendein Östrogen gebildet wird. Wenn der, Eierstock noch arbeitet, dann ist da aber einfach so viel Östrogen da, dass der Aromatasehemmer da nicht gegen ankommt. Und im Gegenteil: Wenn der Eierstock noch arbeitet, stimuliert der Aromatasehemmer sogar den Eierstock zu arbeiten. Das heißt, den Aromatasehemmer können wir nur dann einsetzen, wenn entweder die Frau tatsächlich eindeutig die Menopause hinter sich hat - also Eierstock arbeitet gar nicht mehr. Oder aber, wenn wir – das ist dann bei den jungen Frauen, über die wir ja gerade sprechen – wenn wir vorher mit so einem GnRH-Analogen quasi die Hirnanhangsdrüse blockiert haben, sodass auch der Eierstock nicht mehr stimuliert wird. Das heißt, wir müssen erst den Eierstock quasi aus dem Verkehr nehmen, indem wir das blockieren durch diese Injektionen. Das sind in aller Regel eben Injektionen und keine Tabletten, die man schlucken kann.

Und dann kann man on top den Aromatasehemmer nehmen. Das heißt, wir haben erst den Eierstock ausgeschaltet und dann verhindern wir noch mit dem Aromatasehemmer, dass, egal wo, im Körper Östrogen gebildet wird. Wichtig ist nochmal – und das muss man auch gestehen haben gar nicht alle, vielleicht Frauenärzte oder Spezialisten auf einem Zettel also, beziehungsweise man lernt es eigentlich dann in der Ausbildung: Der grundlegende Unterschied zwischen Tamoxifen und den Aromatasehemmern ist, dass das Tamoxifen lediglich die Wirkung vom Östrogen an den Zellen blockiert. Das heißt, es ist weiter Östrogen da, aber es kommt nicht an die Zelle dran, während der Aromatasehemmer quasi die Bildung von Östrogen auf niedrigster Ebene blockiert.

Wenn aber da doch noch Östrogen vorhanden ist, dann geht das ungebremst an die Zelle ran. Das heißt, wir haben keine Blockade des Rezeptors. Und das muss man verstehen. Das heißt, nochmal: Aromatasehemmer gehen nur, wenn entweder der Eierstock künstlich ausgeschaltet wurde oder kein Eierstock mehr aktiv ist, also postmenopausal, während man Tamoxifen sowohl vor der Menopause als auch nach der Menopause einsetzen kann. Und dann kommt es auf die Situation an, ob ich zusätzlich diese GnRH-Analoga der Frau gebe. Ich hoffe, ich habe es jetzt einigermaßen... Es ist wirklich komplex, aber ich hoffe, ich habe es einigermaßen verständlich erklärt.

14:55

#### **Katrin Simonsen**

Ist das eigentlich sozusagen dann für immer? Muss ich sozusagen diese Medikamente dann mein Leben lang nehmen? Oder hat das irgendwann doch mal ein Ende? – Wenn ich dann eben, was weiß ich, richtig in der Menopause bin und da eh nix mehr passiert hormonell?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also man muss es nicht sein Leben lang nehmen. Das ist schonmal die gute Nachricht. Wie lange man es nimmt, hängt wirklich von der Situation ab. Man hat früher, ganz früher, als ich noch in der Ausbildung war, hat man das Tamoxifen fünf Jahre gegeben. Und dann gab es aber Studien, die gezeigt haben: Wenn man es zehn Jahre nimmt, dann hat man doch noch ein niedrigeres Risiko, dass der Krebs nochmal aufflackert. Das heißt, da hat man schon gesehen: Wenn ich es zehn Jahre nehme, profitiere ich mehr, als wenn ich es fünf Jahre nehme. Und inzwischen macht man auch Therapien – das trifft dann aber vor allen Dingen auch die Frauen nach der Menopause – also, wenn jetzt, sagen wir mal eine 60-Jährige Brustkrebs kriegt und der ist hormonabhängig, dann gibt man der auch meist zunächst Tamoxifen und switcht dann auf den Aromatasehemmer. Ich habe ja vorhin schon gesagt, dass das mittlerweile extrem differenziert ist, wie man im Ein-

zelen vorgeht und wann man nun auf Aromatasehemmer switcht, oder ob man direkt mit dem Aromatasehemmer beginnt. Das entscheiden die Tumorkonferenzen. Ich finde es eine ganz tolle Entwicklung, wie differenziert man Frauen heute mit Brustkrebs behandelt. Und das führt ja auch dazu, dass interessanterweise die Häufigkeit von Brustkrebs ja leider zunimmt, aber die Sterblichkeit an Brustkrebs gleichzeitig abnimmt. Das heißt die Schere zwischen denen, die erkranken und denen, die dann leider fatal daran versterben, diese Schere wird immer größer. Und das finde ich eigentlich eine sehr gute Nachricht. Und es ist Folge unserer extrem differenzierten und feingetunten Therapie.

#### **Katrin Simonsen**

Obwohl natürlich die Diagnose trotzdem dann für jede Frau ein riesiger Schicksalsschlag ist und auch Todesängste mit sich bringt, auch wirklich eine harte Therapiezeit mit sich bringt. Und ja, immer so die Angst auch bleibt: Das kommt zurück.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, da haben Sie völlig Recht. Wobei, auch da möchte ich so ein bisschen – wie soll ich es mal sagen – Zuversicht verbreiten. Also es ist schon so, dass wir wissen, dass ein Brustkrebs, der im frühen Stadium erkannt wird – also Stadium eins, und das sind die Hälfte aller Brustkrebsfälle. Da gibt es eine sehr schöne Statistik vom Robert Koch-Institut – von den Frauen haben eine Fünf-Jahres-Überlebensrate 101 %, was ja so ein bisschen verrückt ist. Wie können 101 Frauen überleben, wenn nur 100 erkranken? Aber es scheint so zu sein, dass die erkrankten Frauen – und das ist die Erklärung, die man dann heranzieht – insgesamt aufgerüttelt sind und mehr auf ihre Gesundheit und auf einen gesunden Lebensstil achten. Das heißt, die haben dann, wenn Sie so wollen, sogar einen Vorteil gegenüber Frauen ohne diese Diagnose, die vielleicht sorgloser vor sich hinleben. Nicht, dass wir uns falsch verstehen – ich will es um Gottes Willen nicht verniedlichen. Aber das ist die gute Nachricht. Und deswegen dränge ich so auf die Wahrnehmung von

Screening-Untersuchungen und Früherkennung. Ein früh erkannter Brustkrebs hat eine extrem hohe Heilungschance heutzutage. Das muss man einfach sagen.

#### **Katrin Simonsen**

Deshalb unbedingt alle Vorsorgetermine wahrnehmen, zur Mammographie dann gehen.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Unbedingt! Genau.

#### **Katrin Simonsen**

Sie haben das ja erklärt. Diese antihormonelle Therapie, wo es die verschiedenen Mittel gibt, die auch unterschiedlich im Körper wirkt – das klingt aber alles danach, dass zwar ganz schön ein Durcheinander stattfindet, hormonell. Dann sozusagen kommen die Frauen ja zu Ihnen. Ja, aber was, was macht das mit den Frauen? Stürzen die tatsächlich alle gnadenlos in die Wechseljahre? Welche Symptome gibt es da?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also die, ja, so „gnadenlos“ hört sich ja sehr dramatisch an, Frau Simonsen, und so würde ich es jetzt nicht sagen. Meine Erfahrung ist, dass es tatsächlich sehr unterschiedlich ist. Es gibt Frauen, die merken nicht so viel davon. Das ist gut. Also, dass jemand gar nix davon merkt, ist eher selten. Und ansonsten sind es natürlich all diese Symptome, die wir schon geschildert haben in anderen Folgen „Was machen die Wechseljahre?“ – klar können die Hitzewallungen haben. Klar kriegen die Schlafstörungen. Klar können die auch depressive Verstimmung kriegen. Trockene Scheide ist ein häufiges Problem. Gelenkbeschwerden ... Es ist schon das komplette Programm. Aber ähnlich, wie es auch bei den natürlichen Wechseljahresverläufen ja immer Frauen gibt, die nicht viele Beschwerden haben, gibt es auch bei diesen antihormonellen Therapien Frauen, die sagen: „Ich merk da kaum was von.“ Also das ist die gute Nachricht. Das heißt, man muss nicht unbedingt was merken. Ja, und wenn es aber Symptome gibt, dann kommt es tatsächlich auf den Einzelfall an, welches Symptom für die Patientin besonders belastend ist. Und da haben

wir schon eine Reihe von Mitteln und Wegen, wie wir denen helfen können.

**Katrin Simonsen**

... Darüber sprechen wir dann gleich. Was mich noch interessiert ist aber, bei den Frauen, die es heftig merken: Geht das dann aber schneller vonstatten, weil wir sozusagen ohne diese anti-hormonelle Therapie – wir leiden ja manchmal so sieben bis zehn Jahre, bis sich das alles so ... und dann kommen immer neue Symptome dazu oder wechseln sich ab. Wie ist es bei den Frauen? Da geht es irgendwie heftiger voran?

**Dr. Katrin Schaudig**

Nein, das kann man leider ... auch da gibt es wieder keine Eindeutigkeit. Da gibt es Frauen, die sagen: „Die ersten drei, vier, fünf Monate, da hatte ich mehr Hitzewallungen, aber das hat sich jetzt eingependelt.“ Und dann gibt es leider auch welche – und das ist, wenn Sie so wollen, analog zum Wechseljahresverlauf in anderen Situationen – die tatsächlich, solange sie das nehmen, Probleme haben.

20:50

**Katrin Simonsen**

Unsere Hörerin Stefanie hat eine Verständnisfrage. Sie ist 43, hat die Chemotherapie hinter sich, soll jetzt Tamoxifen und GnRH-Analoga nehmen – von den beiden Sachen haben wir gerade gehört – und sie schreibt:

*Ich verstehe noch nicht ganz, warum die Therapie so einen negativen Einfluss hat, nachdem die Hirnanhangdrüse und die Eierstöcke doch zwangsweise in den Postmenozustand versetzt werden und die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen oben und unten ja eigentlich gar nicht mehr da sein sollten.*

**Dr. Katrin Schaudig**

Ha, das ist eine gute Frage. Also, was wir hier tatsächlich nicht haben, ist, dass die Eierstockfunktion schwankt, was ja in der Perimenopause so viel Probleme macht. Das heißt, wir haben jetzt die Stefanie tatsächlich direkt in die Postmenopause katapultiert. Ja, also das heißt diese Schwankungen zwischen oben und unten durch die GnRH-Analoga, die gibt es

nicht mehr. Aber Stefanie hat natürlich jetzt schlagartig die Postmenopause erreicht. Und das ist auch was, was wir immer mal beobachten, wenn Frauen die Eierstöcke entfernt kriegen. Warum auch immer – manchmal entfernt man die sogar bei Brustkrebspatienten, weil man sagt: okay, dann brauchen wir gar keine GnRH-Analoga mehr, wenn die Eierstöcke entfernt worden sind, gibt es gar kein Östrogen mehr von unten. Also der Punkt ist, Stefanie ist quasi schlagartig in die Wechseljahre gekommen. Und das kann im Einzelfall schon heftige Symptome machen. Das ist eigentlich so.

**Katrin Simonsen**

Weil diese Kommunikationsschwierigkeiten, das haben wir ja in Folge zwei sehr ausführlich, sehr bildlich erklärt, das ist ja wirklich nur das Problem in der Perimenopause, wo sozusagen das Hirn noch versucht, Zyklen zu produzieren.

**Dr. Katrin Schaudig**

Jawoll, genau. Das Hirn versucht noch einmal, alles aus dem Eierstock herauszuholen. Aber wenn diese Leitung quasi gekappt wird – und das muss man sich wirklich vorstellen. Mit diesen GnRH-Analoga, das ist so, wie wenn Sie mal eben die Leitung abklemmen. Sie schneiden sie nicht durch, weil in dem Moment, wo Sie die absetzen, funktioniert die Leitung wieder. Aber Sie klemmen sie ab. So müsste man es sich eigentlich vorstellen.

23:00

**Katrin Simonsen**

Nun haben manche Frauen – Sie haben es schon gesagt – Hitzewallungen, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Gelenkschmerzen. – Also alles was, wo Sie sonst sagen würden: „Naja, da gibt man mal eine Hormonersatztherapie, das hilft sehr gut.“ Bei den Frauen fällt das aber aus, weil die also keine Hormone bekommen dürfen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ganz genau. Das ist tatsächlich ein Problem. Und mir tun auch die Frauen, die dann da sitzen doch immer sehr leid. Manche, aber das sind eher die älteren, kommen vielleicht sogar von einer Hormonersatztherapie. Und dann

gehören sie zu den wenigen, die es dann getroffen hat, wobei man ja nie sagen kann: War jetzt die Hormonanwendung schuld? Oder hätte die Patientin das sowieso gekriegt? Das muss man schon mal vorab sagen. Also, man kann denen tatsächlich keine Hormone geben. Das ist auch aus meiner Sicht fast die einzige wirklich strenge Kontraindikation für die Anwendung von Hormonen. Es gibt noch ein paar weitere, aber die sind selten. Aber bei Zustand nach Brustkrebs darf man eigentlich keine Hormontherapie geben. Und selbst wenn der Brustkrebs schon lange zurückliegt – ich sag mal 20 Jahre oder so – sind wir extrem zurückhaltend. Weil Frauen, die schonmal einen Brustkrebs hatten, sind ganz sicher eine Risikogruppe, dass auf der anderen Seite oder an einer anderen Stelle in der Brust nochmal was kommt. Also mit anderen Worten: Frauen nach Brustkrebs sollten möglichst keine Hormone nehmen. Es ist eine blöde Botschaft, aber so ist es.

#### **Katrin Simonsen**

Und was empfehlen Sie dann? Was geben Sie?

#### **Katrin Schaudig**

Es gibt ganz unterschiedliche Wege. Also, kommt dann immer wieder auf: Phytoöstrogene. Phytoöstrogene gehen auch nicht, denn die gehen auch an den Östrogenrezeptor und machen, da quasi eine stimulierende Wirkung. Diese stimulierende Wirkung ist jetzt nicht so groß, wie wenn ich wirklich Östrogene einsetze. Aber Phytoöstrogene fallen weg. Das gilt zum Beispiel für Soja, für Hopfen, für Rotklee, für die sibirische Rhabarberwurzel, und, und, und ... also Phytoöstrogene fallen weg. Es gibt eine Phytosubstanz, das ist die Traubensilberkerze, die eben kein Phytoöströgen ist, sondern – also Phyto- steht ja für Pflanze – sondern wahrscheinlich über Veränderung zentralnervöser Prozesse wirkt. Das heißt, es wird irgendetwas, vielleicht eben im Botenstoffwechsel, im Hirn über Serotonin und, und, und verändert. So ganz genau wissen wir es aber nicht. Das muss man ehrlicherweise sagen. Das ist also die Traubensilberkerze – heißt auch Cimi-

cifuga. Da gibt es eine ganze Reihe von Präparaten, und die kann man versuchen. Da steht leider im Beipackzettel auch drin: „nicht bei hormonabhängigen Tumoren“. Das ist halt so eine Vorgabe vom Gesetzgeber. Aber wir setzen dieses Cimicifuga tatsächlich ein. Das hilft nicht so gut wie Östrogen, muss man ehrlicherweise sagen. Aber es gibt immer wieder Patientinnen, die sagen: „Ich habe weniger Beschwerden. Ich schlafe besser. Also das hat tatsächlich einen Effekt.“ Das kann man machen. Dann gibt es aber Frauen, die damit trotzdem nicht wirklich zurechtkommen.

Es gibt ja so allgemeine Maßnahmen. Man kann zum Beispiel Akupunktur versuchen. Da ist die Datenlage mäßig. Interessante Daten gibt es zu Hypnose. Da muss man aber einen finden, der das gut kann. Das finde ich relativ schwierig. Ich kenne hier in Hamburg zum Beispiel niemanden, der sich darauf spezialisiert hat. Aber ist ein Weg. Dann gibt es kognitive Verhaltenstherapie, die immer wieder empfohlen wird. Ich empfehle meinen Patientinnen auch gern die Achtsamkeitstrainings „Mindfulness-Based Stress Reduction“. Die finde ich auch ziemlich gut. Da kann man dann auch besser mit umgehen. Yoga kann man auch versuchen. Aber Sie merken schon an meiner Diktion es ist bei manchen oder bei vielen Patienten leider nicht der Weisheit letzter Schluss. Die leiden trotzdem noch. Dann kommt als Nächstes ins Rennen – und da gibt es auch gute Daten zu – dass ein Teil von Psychopharmaka tatsächlich gut wirkt, also allen voran die SSRIs, das sind Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und SNRIs, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, die eigentlich als Antidepressiva eingesetzt werden. Und die reduzieren tatsächlich Hitzewallung sowohl in Häufigkeit als auch in der Stärke der Hitzewallungen, nicht so gut wiederum wie Östrogen. Also wenn jemand schwitzt und Sie geben Östrogen in ausreichender Dosis, dann hört die in aller Regel nach einer Woche auf zu schwitzen. Das funktioniert bei den Psychopharmaka nicht so gut. Aber wir haben einen Effekt. Und wir haben natürlich auch noch den Begleiteffekt, dass es die Stimmung verbessert, die ja auch

bei vielen Patientinnen ein Problem ist. Und erst recht, wenn ich weiß, ich habe Brustkrebs, dann schlägt sich das auch auf die Stimmung. Dann gibt es andere Präparate aus dem Bereich der Psycho-Medikamente sozusagen. Aus der Klasse der Antiepileptika, da gibt es z. B. das Gabapentin und da gibt es auch das Pregabalin. Letzteres hat den eleganten Vorteil, dass es auch den Schlaf gut beeinflusst. Also, man muss es im Einzelfall einfach abwägen: Was will die Patientin? Was hilft ihr?

### **Katrin Simonsen**

Obwohl diese Medikamente ... also Viele werden wahrscheinlich ein bisschen vorsichtig sein, weil die haben ja wieder auch andere Nebenwirkungen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, so sieht es aus. Ich werde dann auch manchmal gefragt: „Warum nehme ich denn nicht überhaupt, statt Hormonen – also auch bei Frauen ohne Brustkrebs – diese Präparate?“ Da sagt auch die Leitlinie klar: Das sind nicht die First-line-Therapien. Also wenn jetzt eine kommt und sagt: „Ich bin in Wechseljahren und ich schwitze und schlafe schlecht. Kann ich nicht ein Psychopharmakon haben?“ Das wird man nicht auf den ersten Schlag einsetzen. Und die haben Nebenwirkungen. Manche Frauen sind benommen danach, sagen: „Ich bin irgendwie verladen. Ich bin irgendwie nicht richtig bei mir.“, die haben einen Überhang Effekt. Das ist wirklich sehr unterschiedlich. Aber es gibt auch wahnsinnig viele Frauen, die das gut vertragen. Und ich bin neulich mal angesprochen worden, bezüglich des Themas Antidepressiva. Also ich habe mal eine Statistik gelesen, dass jeder vierte New Yorker so ein SSRI nimmt, also ein Antidepressivum. Daran sieht man ja, es kann dann nicht so schlecht vertragen werden, sonst wäre es nicht so populär.

Also man muss es immer im Einzelfall überlegen. Und die Beipackzettel sind gruselig. Die haben auch durchaus – mal abgesehen von Benommenheit, Schläfrigkeit auch andere Nebenwirkungen. Manche gehen zum Beispiel aufs Herz. Man muss meistens vorher einmal EKG

schreiben lassen. Manche machen auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Also da muss man schon sorgsam mit umgehen. Aber es ist eine absolute Option und wird auch von unseren Patientinnen gerne akzeptiert.

### **Katrin Simonsen**

Und da ist die Frauenärztin meine Ansprechpartnerin oder der Frauenarzt?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Eigentlich ist die Frauenärztin ihre Ansprechpartnerin. Wobei eigentlich dürfen offiziell Frauenärztinnen und -Ärzte keine Antidepressiva verschreiben. Das heißt, meistens machen wir es so, dass wir den Hausarzt mit ins Boot holen oder die Hausärztin und sagen: Das muss man dann einfach mit denen gemeinsam besprechen.

30:11

### **Katrin Simonsen**

Ich habe noch eine Hörerinnenfrage zu Phytoöstrogenen. Jana ist 47, hatte mit 40 Brustkrebs, musste dann sechs Jahre Tamoxifen nehmen. Seit einiger Zeit merkt sie nun Anzeichen der bevorstehenden Wechseljahre – prämenstruale Beschwerden, die sich besonders durch Gelenkschmerzen äußern. Jetzt hat sie zwei Monate ein Präparat der Gemmotherapie genommen. Ich habe es gegoogelt, das ist eine Knospentherapie. Und damit wurden ihre Beschwerden besser. Und zwar wurden Knospen von Preiselbeere, Himbeere, Mönchspfeffer, Frauenmantel und Zitronenbaum kombiniert in diesem Präparat. Und jetzt hat sie aber gelesen, dass Mönchspfeffer ja auch ein Phytoöstrogen sei. Und jetzt hat sie Angst, dass weiter zu nehmen, obwohl es ihr eigentlich guttut.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also Mönchspfeffer ist, meines Wissens, kein Phytoöstrogen, sondern das wirkt im Prolaktinstoffwechsel. Also, da hätte ich jetzt keine so wirklichen Bedenken gegen den Mönchspfeffer. Bei den anderen Pflanzenprodukten muss ich gestehen: Das weiß ich nicht. Also da müsste man noch einmal genau reingehen,

was von den Dingen tatsächlichen Phytoöstrogen ist. Ich kann da leider wirklich nichts zu sagen. Beim Mönchspfeffer hätte ich jetzt meines Wissens keine östrogene Wirkung zu erwarten. Also ich sage immer noch einmal: „Wenn ich kein Östrogen nehmen darf, dann sollte ich auch keine Phytoöstrogene nehmen.“ Aber der Mönchspfeffer gehört da nicht dazu, wenn ihr der hilft, ist gut. Sie könnte auch Cimicifuga ausprobieren. Muss man tatsächlich ausprobieren.

### **Katrin Simonsen**

Beruhigen sich die Symptome eigentlich bei den Frauen dann auch nach einer Weile, wenn sich der Körper daran gewöhnt hat, dass er keine Hormone mehr bekommt?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Also bei einem Teil der Frauen beruhigen sich die Symptome, leider nicht bei allen. Ja, es gibt noch einen Aspekt, den finde ich ... zwei Dinge muss man jetzt noch ergänzen. Und die sind spannend. Die eine Sache sind diese neuen Präparate, die NK3 Inhibitoren, die in den USA bereits zugelassen sind. Wir haben, wenn ich mich richtig entsinne, über die schon mal gesprochen. Das sind Medikamente, die die Wirkung von Neurokinin B, das ist ein Botenstoff im Gehirn im Bereich des Zwischenhirns, blockieren. Und dieses Neurokinin B spielt eine extrem wichtige Rolle bei der Auslösung von Hitzewallungen. Das findet übrigens alles in diesem Zwischenhirn statt. Es ist nur ein ganz kleiner Bereich in unserem Hirn. Da muss der Teufel los sein. Ist, finde ich, wirklich super spannend. Und dieses Neurokinin B kommt aus einem Bereich von Nervenzellen, die nennen sich „KNDy Neurone“, und die sind offensichtlich bei der gesamten Zyklusregulierung extrem wichtig und auch wichtig für die Vermittlung von Hitzewallungen. Und es scheint so zu sein, dass, wenn der Körper merkt: „Aha, ich habe einen Östrogenmangel.“, dann wird ans Zwischenhirn die KNDy-Neurone weitergemeldet: „Aha, Östrogenmangel!“, dann wird ganz viel Neurokinin B produziert. Letztlich auch in dem Gedanken: „Wir wollen aus dem Eierstock noch etwas rausholen.“ Also, das geht dann

über so mehrere Umwege. Aber des Neurokinin B geht auch direkt ins Wärmeregulationszentrum. Das sitzt da auch direkt daneben. Und dann werden die Hitzewallungen ausgelöst. Und jetzt haben wir eben neu im Rennen Medikamente, die diese Rezeptoren für Neurokinin B blockieren und damit auch die Auslösung von Hitzewallungen.

Die Studien, die wir dafür haben, sind wirklich beeindruckend. Und man hat den Eindruck, dass die, was Hitzewallungen anbelangt, wahrscheinlich genauso gut oder fast genauso gut wirken wie Östrogene. Und sie wirken aber nicht östrogenartig. Das heißt, man wird sie bei Brustkrebspatienten einsetzen können. In den USA ist dieses Präparat bereits zugelassen. Es ist allerdings wahnsinnig teuer. Und nach allem, was ich weiß, wird es das auch im neuen Jahr in Deutschland geben, vielleicht sogar schon im ersten Quartal. Es wird noch keine Kassenzulassung haben, und darüber muss dann auch noch entschieden werden, ob der Gesetzgeber dieses Präparat sozusagen für die Kassenmedizin freigibt. Das ist dann der nächste Schritt. Das wird sich sicherlich im nächsten Jahr hinziehen. Die gute Nachricht ist aber: Es gibt was. Wissen Sie, und Frauen sind ja zu viel bereit, wenn sie Yoga machen, Hypnose, Akupunktur ... das müssen sie sowieso auch meistens selber bezahlen. Und da würde ich eigentlich sagen: „Okay, also ich glaube, das Geld muss man ausgeben.“ Wie teuer die werden, wissen wir noch nicht. Sie werden nicht so teuer wie in den USA. Aber darauf hoffen wir jetzt alle. Das wird tatsächlich, glaube ich persönlich, ein Game-Changer sein für Patientinnen mit Mammakarzinom und Hitzewallungen. Wenn ich sage „Hitzewallungen“ - es hilft halt vor allen Dingen gegen die Hitzewallungen. Inwieweit es Stimmung, Schlaf, vielleicht auch Gelenke positiv beeinflusst? Da gibt es ein paar Daten. Das wissen wir noch nicht so ganz genau. Es scheint auch gewisse positive Effekte zu haben. Allein schon, weil ich nicht mehr schwitze, schlafe ich besser und habe vielleicht eine bessere Stimmung. Also diese sogenannten NK3 Inhibitoren, die müssen wir uns merken, finde ich super wichtig.

**Katrin Simonsen**

Also, nächstes Jahr könnten die bei uns auch auf den Markt kommen. Dann einfach mal Ihren Arzt fragen. Dann bleiben ja aber diese Langzeitfolgen. Wenn dann längere Zeit Östrogen fehlt – Osteoporose und vaginale Atrophie, ist das dann auch früher eigentlich ein Problem für die Frauen mit Brustkrebsdiagnose?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wissen Sie, das ist eine gute Frage. Wir haben da nicht so wahnsinnig viele Daten, was das dann langfristig für Folgen hat. Im Prinzip ist es natürlich ein Analogschluss. Wenn ich plötzlich einen Östrogenmangel habe, habe ich ein Problem. Die gute Nachricht ist, dass zum Beispiel des Tamoxifen die Knochendichte in der Postmenopause weiter aufrechterhält. Es hat tatsächlich einen knochenschützenden Effekt. Das haben die Aromatasehemmer nicht. Da ist es tatsächlich so, dass wir wissen: Die Knochendichte geht runter. Deswegen empfiehlt man eigentlich, bei Frauen, die ein Aromatasehemmer bekommen, direkt eine Knochendichtemessung zu machen. Das sollte unbedingt erfolgen. Also jeder, der auf der Warteliste für einen Aromatasehemmer steht, sollte eine Knochendichtemessung machen. Und dann behandelt man dann die Knochendichte gezielt mit Bisphosphonaten. Das sind noch einmal andere Medikamente, die den Knochen stabilisieren. Und die gute Nachricht ist, dass das auch aus onkologischer Sicht, also was die Krebsdiagnose betrifft, beispielsweise auch vor Knochenmetastasierung, einen gewissen Schutzeffekt hat. Also das ist dann auch ein Weg, wo man zumindest die Knochengesundheit gut aufrechterhalten kann. Muss man auf dem Schirm haben. Aber, also das heißt, da ist nicht der Weisheit letzter Schluss. Gottseidank.

**Katrin Simonsen**

Und bei Osteoporose – Ich sage es nur noch einmal, für die, die es vielleicht noch nicht wissen: Es ist ja so, dass man Frauen ohne Krebsdiagnose dann, wenn das wirklich voranschreitet, schnell auch empfehlen würde, Östrogen zu nehmen, also bioidentische Hormone zu

nehmen, weil da eigentlich ein ganz guter Schutz besteht, für die Knochen dadurch. Ne?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, da besteht ein guter Schutz. Aber man muss sagen, dass nach wie vor auch die neue Leitlinie der Osteoporose-Ärzte – da steht immer nur drin: Die Frau soll Östrogene nehmen, nur wenn alle anderen Medikamente nicht gut sind, oder nicht vertragen werden. Ich bin da so ein bisschen unglücklich über die Formulierung. Ich gebe das zu, wenn ich jemanden hab mit 50, wo die Knochendichte nicht mehr so richtig toll ist – warum auch immer man das untersucht hat – dann würde die noch keine spezifische Therapie bekommen. Bevor die eine spezifische Therapie kriegt, muss sozusagen die Knochenbruchgefahr schon relativ hoch sein. Und dann denke ich immer: Ich will ja jetzt nicht in mein Unglück reinschlittern. Da mache ich doch lieber vorher was dagegen. Also ich bin in solchen Situationen einfach großzügiger mit Hormongabe, wenn die sowieso indiziert sind wegen Hitzewallungen umso besser. Wenn jemand gar keine Beschwerden hat und nur eine schlechte Knochendichte, dann muss man es tatsächlich im Einzelfall diskutieren.

**Katrin Simonsen**

Das ist aber jetzt für die Frauen, die keine Krebsdiagnose haben ...

**Dr. Katrin Schaudig**

... Das ist ohne Brustkrebs, ganz genau.

**Katrin Simonsen**

Ansonsten, bei Osteoporose, empfehlen Sie dann auch ihren Krebspatientinnen viel Sport, vor allen Dingen sozusagen auch Kraftsport, weil das für die Muskeln gut ist? Und Ernährungsumstellung – weiß man da, ob das wirklich was bringt?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also wichtig ist, und das ist wirklich ganz entscheidend, ausreichend viel Vitamin D und ausreichend Kalziumzufuhr. Das Kalzium kann man wunderbar über die Ernährung schaffen. Da gibt es Tabellen. Es gibt auch Mineralwasser,

wo besonders viel Kalzium drin ist. Und das Vitamin D muss man ehrlich gesagt in den meisten Fällen zuführen. Wichtig: Es ist ein fettlösliches Vitamin, das heißt, man muss es in irgendeiner Form im Zusammenhang mit einer Mahlzeit einnehmen, wo ein bisschen Fett drin ist. Also da muss nur jetzt – ein Tropfen Öl reicht schon. Also Vitamin D und Kalzium ist absolut wichtig.

Bewegung stimmt. Da würde ich aber auch tatsächlich, wenn ich ein Knochenproblem habe, mich speziell beraten lassen. Da gibt es so bestimmte Trainingsprogramme, wo man besonders Osteoporose-gefährdete Frauen berät, welche Muskelgruppen die besonders aktivieren sollen. Z. B. Wirbelsäule ist so ein kritischer Knochen, was Osteoporose anbelangt. Und da muss man eben gezielte Übungen machen, die die Wirbelsäulenmuskulatur stärken. Also das ist jetzt nicht mit normalem Fitness, sondern da muss man schon ein bisschen gezielt arbeiten. Das ist total wichtig.

Und dann kommt es darauf an, wie schlecht die Knochendichte tatsächlich ist – ob man dann eine gezielte Therapie mit Bisphosphonaten macht. Aber, wie ich schon gesagt habe, zum Beispiel das Tamoxifen schützt den Knochen. Dann gibt es noch ein Präparat, das heißt „Raloxifen“. Das wirkt im Grunde genommen ganz ähnlich wie Tamoxifen, hat auch einen Schutzeffekt vor Brustkrebs. Das wird man im Einzelfall auch machen. Aber wenn die Patientin tatsächlich Zustand nach Mammakarzinom hat, dann wird sie eh Tamoxifen kriegen. Also da hat man Schutzeffekt. Und nicht bitte – das ist wichtig: Die Aromatasehemmer machen leider da einen kontraproduktiven Effekt. Und da kommen dann die Bisphosphonate ins Spiel. Immer abhängig davon, wie schlimm es ist.

40:36

#### **Katrin Simonsen**

Kommen wir jetzt zu diesem zweiten Problem: Vaginale Atrophie oder vielen besser bekannt als Scheidentrockenheit. Da haben wir auch eine Mail von Barbara bekommen. Sie hatte 2010 einen hormonabhängigen Brustkrebs, hat dann neun Jahre lang Tamoxifen genommen.

Sie hat mit Scheidentrockenheit zu kämpfen, hat auch eine bakterielle Infektion gehabt. Sie schreibt:

*Meine Gynäkologin empfahl mir für 24 Tage Gynoflor, sowie Estriol. Die Creme solle ich ruhig ein bis zweimal die Woche äußerlich dauerhaft auftragen. Aber da meine Skepsis bezüglich Hormonen nach meiner Erkrankung sehr groß ist, wüsste ich gern, ob auch Sie mir diese Behandlung so empfehlen würden. Zumal auf dem Beipackzettel ausdrücklich davor gewarnt wird, wenn man Brustkrebspatientin war oder ist.*

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist immer so, wissen Sie, die Beipackzettel – das muss man wissen – das ist so, die beziehen sich ... Es ist so ein Klassen-Phänomen, das heißt die Klasse der Östrogene, egal, in welcher Form, wird einfach im Beipackzettel gelabelt mit: Vorsicht bei Brustkrebs! Das Gynoflor, da ist Östriol drin, ganz niedrig dosiert. Es gibt tatsächlich gute Studien dazu, und da sind sich auch die deutschen Leitlinien overall komplett einig: Eine niedrigdosierte lokale Östrioltherapie ist auch bei Zustand nach Brustkrebs möglich, sogar, wenn man Aromatasehemmer nimmt. Also denken Sie nochmal dran beim Aromatasehemmer, da wollen wir ja jegliche Östrogenwirkung auf Zellebene blockieren. Und jetzt gebe ich da unten in die Scheide eine östrogenartige Substanz. Da fragt man sich schon: Werfe ich jetzt mit dem Po um, was ich mit den Armen aufgebaut habe? Aber das Östriol ist ein schwach wirksames Östrogen. Das wird ganz schnell abgebaut. Nach zehn Stunden ist nichts mehr davon da. Wenn ich das jetzt zweimal die Woche nehme, dann habe ich ja immer nur ganz kurzzeitig so einen kleinen östrogenen Schub. Und einer meiner Kollegen und sehr geschätzten Fachexperten sagt immer: „Um eine fördernde Wirkung auf Brustkrebszellen zu haben, brauche ich eine deutlich längere Wirkung als zehn Stunden für eine östrogenartige Substanz.“ Das heißt das Östriol wird nach allem, was wir wissen – und ich kenne wirklich keine Studie, die, was Anderes gezeigt hat – die Brustkrebszellen

nicht zum Wachstum anregen. Das heißt Östriol in niedriger Dosis und das ist das Gynoflor – ist absolut möglich. Wieviel jetzt Östriol-Creme, die man äußerlich anwendet, dann dazu beiträgt, das ist schwer abzuschätzen ... aber aus meiner Sicht in ähnlicher Weise. Und da muss man immer so ein bisschen abwägen: Wie groß ist das Vaginale Problem? Wieviel Beschwerden bestehen?

Sie haben ja gerade schon von der Leserin gesagt: Die hat große Beschwerden mit Infektionen, macht auch mehr Harnwegsinfekte, Sex tut weh, und, und, und ... also da würde ich immer sagen, versuchen Sie es mit Gynoflor und ein bisschen Creme außen rum. Man kann natürlich auch alles mal probieren mit Vagisan, hyaluronhaltigen Cremes usw. Es gibt alle möglichen Befeuchtungsmittel für die Scheide. Manchen Frauen reicht das. Aber vielen Frauen auch nicht. Gleitgel ist auch immer eine gute Option. Das ist vor allen Dingen dann Option – ich habe Patientinnen, die sagen: Der einzige Moment, der wehtut beim Sex, ist der Moment der Penetration, also des Eindringens des Penis. Und da tut es oft so hinten weh, so Richtung praktisch hinterer Scheideneingang. Und auch da ist Gleitmittel bei vielen Frauen tatsächlich eine Option.

Aber ich sage es nochmal: Jemand, der so voll im Östrogenmangel ist, der wird damit nicht alleine zurechtkommen. Und dann würde ich wirklich sagen: Östriol in niedriger Dosis ist absolut möglich. Es gibt auch ein paar Östradiol-Produkte. Das sind die, die richtig das körperl wirksame Östradiol enthalten. Da wäre ich dann bei Brustkrebspatientinnen extrem zurückhaltend. Das setzen wir nicht ein. Es gibt noch eine dritte Variante. Leider wird es nicht von den Kassen übernommen. Das ist DHEA zur vaginalen Anwendung. DHEA ist ein schwach männlich wirksames Hormon, was im Wesentlichen dann in andere Substanzen verstoffwechselt wird. Das kann man vaginal einführen. Muss man allerdings jeden Tag eine Tablette nehmen. Ist auch nicht ganz billig. Ich glaub es kostet einen Euro pro Tablette - also

ist schon ein Betrag, finde ich. Aber es hat, gerade bei Frauen die Aromatasehemmer nehmen, den eleganten Vorteil dadurch, dass die die Bildung von Östrogen hemmen, wird aus diesen DHEA kein Östrogen gebildet. Und das heißt, wir haben vor allen Dingen lokal eine quasi androgene Wirkung, die auch durchaus helfen kann. Also das heißt, Sie merken schon, wir haben da so ein Portfolio von Möglichkeiten, die wir anwenden können und irgendwas geht. Und nochmal: Niedrig dosiert Östriol wird von allen Leitlinien als „machbar bei Zustand nach Brustkrebs“ erachtet.

#### **Katrin Simonsen**

Jetzt muss ich nur einmal nachfragen: „Östriol“, sagen Sie, und sie schreibt aber eine „Estriolcreme“ – das ist das Gleiche?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Das ist das Gleiche. Man schreibt entweder Östriol mit Ö oder mit E, das ist identisch. Und vielleicht nur ganz kurz: Östriol ist das Östrogen, was vor allen Dingen in der Schwangerschaft in gigantisch hohen Mengen produziert wird. Sonst kommt es im Körper praktisch nicht vor. Also Östriol jetzt zu schlucken oder sich auf dem Arm zu schmieren - ich wüsste gar nicht, wozu. Aber es wirkt halt lokal besonders gut. Und das ist die Domäne der Östriol-Anwendung, lokal in Form von Zäpfchen oder Cremes. Und wichtig ist, die Zäpfchen wirken in den oberen zwei Dritteln der Scheide, die Creme außen. Also kann man machen, auch bei Zustand nach Brustkrebs.

#### **Katrin Simonsen**

Okay, dann kommen wir zu Diana. Sie ist 48 und die hat eine Frage zu diesen Antidepressiva, über die Sie vorhin schon gesprochen haben. Die fragt:

*Wie ähnlich sind sich echte Wechseljahre und Antihormontherapie bei Brustkrebs? Können dieselben halbdosierten Antidepressiva, die bei der Antihormontherapie Hitzewallungen lindern können dies auch bei echten Wechseljahren? Und könnte man mit einem Antidepressi-*

*vum also zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen – also die Depression und die Hitzewallungen in den Wechseljahren behandeln?*

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist eine gute Frage. Wir haben das vorhin schon so ein bisschen angedeutet beantwortet. Ich finde, es ist eine kluge Überlegung: „Da nehme ich doch lieber ein Antidepressivum.“ Jetzt ist so ein bisschen die Frage, was Sie lieber nehmen wollen. Lieber ein Antidepressivum, was vielleicht auch den Schlaf beeinflusst, wobei, das machen die nicht unbedingt oder nehmen Sie lieber Hormone? Helfen tut beides. Und es gibt übrigens auch Studien, dass bei Frauen, die in der Perimenopause so richtig doll in eine Depression reinrumpeln, dass die tatsächlich profitieren von einer kombinierten Therapie – also Antidepressivum plus Hormone. Ja, also, man muss schon sagen: Die Hormone helfen ja gegen Hitzewallungen und Schlafstörungen und gegen depressive Verstimmung. Und es ist dann so ein bisschen eine Frage: Was ist meine Präferenz? Nehme ich dann lieber kein Hormon und ein Antidepressivum? Aber, das haben wir vorhin schon gesagt: Die Antidepressiva sind ja auch keine Hustenbonbons. Die haben auch Nebenwirkungen. Und die Leitlinie empfiehlt klar: First-line, wenn kein Brustkrebs da ist, eine Hormontherapie und erst Second-line, also immer in Fällen, wo es alles nicht funktioniert, auf die Psychopharmaka umzusteigen.

**Katrin Simonsen**

Also, wenn ich jetzt schon vor den Wechseljahren Depression habe, Antidepressiva nehme, dann komme ich in die Wechseljahre, krieg noch Hitzewallungen dazu. Könnte ich dann einfach mein Antidepressivum wechseln, dass das auch gegen die Hitzewallungen hilft? Und dass es sozusagen beides macht?

**Dr. Katrin Schaudig**

Das kann man sich überlegen. Wobei ... Also ich habe das ja auch vorhin schon gesagt: Die Antidepressiva, die helfen, aber nicht so viel. Ich sage Ihnen mal eine Hausnummer, es gibt direkte Vergleichsstudien. Niedrige Östrogendosis, wirklich niedrig: 0,5 mg versus ein SSRI

oder ein SNRI – und da ist es gerade nur bei einer ganz niedrigen Östrogendosis, dass die gleich sind. Aber die Östrogendosierungen, die wir verwenden, die sind ja meistens ein kleines bisschen höher. Und da muss man sagen: Im Kopf-an-Kopf-Vergleich funktioniert es mit dem Östrogen besser.

49:15

**Katrin Simonsen**

Okay, dann kommen wir zu Gabriele aus Berlin. Die ist 55. Und sie schreibt selber: Ihre Situation ist ziemlich vertrackt. Das ist auch irgendwie ein ganz schöner Spezialfall. Also sie ist 55. 2004 wurde ihr rechts ein Mammakarzinom entfernt. Sie hatte aber keine Bestrahlung, Chemo, auch keinen Tamoxifen. Und bei der Kontrolle wird immer gesagt, sie ist tumorfrei. Dann kam aber 2016 noch Multiple Sklerose hinzu. Dafür bekommt sie aber auch noch keine Medikamente. Und jetzt sagt sie nur: „Der schwankende Hormonspiegel in den Wechseljahren verschlechtert diese MS-Symptomatik. Und die Neurologin sagt, dass eine Hormongabe eigentlich diese Entwicklung lindern könnte, wobei natürlich der Schutz vor Brustkrebs auch Vorrang hat.“ Was würden Sie, da sagen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also der Punkt ist so ein bisschen: Das ist jetzt fast 20 Jahre her, der Brustkrebs. Und die hat keine Antihormontherapie bekommen, woraus ich mal so vorsichtig rückschließe, dass das wahrscheinlich kein hormonabhängiger Brustkrebs war. Was mich so ein bisschen wundert, ist, dass sie weder Bestrahlung, Chemo – die hat gar nichts gekriegt. Das heißt ja so ein bisschen, das war dann offensichtlich ein kleiner Tumor, der wenig biologisch aggressiv war. Sonst hätte man ihr eine Therapie gegeben. Also das ist so ein bisschen, wenn sie keine Antihormontherapie bekommen hat, dann war das wahrscheinlich eben auch kein Östrogenrezeptor-positiver Tumor. Und dann muss ich gestehen, 20 Jahren nach der Diagnose und immer ohne Rezidiv, würde ich mir schon überlegen, Hormone zu geben. Die hat natürlich ein erhöhtes Risiko für ein Zweitkarzinom der

Brust. Das hat sie wegen dieser Vorgeschichte. Aber wir wissen auch, dass bei Frauen mit MS, also mit Multipler Sklerose – dass da ein Östrogenmangel tatsächlich nicht so gut ist. Und ich würde bei ihr im Einzelfall – aber das muss man wirklich sehr differenziert sehen, muss man sich die ganze Vorgeschichte genau anschauen – tatsächlich erwägen, Hormone zu nehmen. Das könnte man sich überlegen.

Mir ist noch eins eingefallen, was ich nicht unerwähnt lassen möchte. Es gibt noch einen Punkt bei Frauen, die Tamoxifen oder Aromatasehemmer nehmen, was das Schwitzen anbelangt. Man muss dazu wissen, dass das ja auch manchmal Frauen sind, die bis zur Diagnose Hormone genommen haben. Wichtig ist da zu wissen, dass Hormonanwendung, also Östrogene, den Zucker-Glukose-Stoffwechsel günstig beeinflussen. Das heißt: Insulinresistenz, was eine Vorstufe von Diabetes ist, kommt bei Frauen, die eine Hormontherapie nehmen, sehr viel seltener vor. Jetzt setzen die die Hormone ab. Dann ist dieser Effekt schon mal weg. Und jetzt wird noch einen Gang hochgeschaltet – es gibt ein Antihormon. Und sowohl das Tamoxifen, als auch die Aromatasehemmer verstärken die Insulinresistenz. Das heißt, wir haben so einen Ganghochschalten in zwei Richtungen. Und jetzt kommt ein Knackpunkt. Wir wissen, dass Frauen mit einer Insulinresistenz sehr viel mehr schwitzen als Frauen, die das nicht haben. Da gibt es auch Studien zu.

Möglicherweise erklärt sich das über die fabelhaften KNDy Neurone, von denen ich vorhin schon angesprochen habe. Worauf will ich raus? Wenn die Patientin zum Beispiel sagt: „Ja, ich schwitze mal spontan und nachts, aber ich schwitze jetzt auch bei Anstrengung“, könnte es sein, dass eine Insulinresistenz eine Rolle spielt. Und bei diesen Patientinnen geben wir dann ganz gerne mal Metformin, ein uraltes Diabetesmedikament, was eigentlich sonst die 70-Jährigen kriegen, die jetzt neu ein Altersdiabetes haben. Dann kriegen die es in einer niedrigen Dosis. Wir geben das manchmal

auch unseren Brustkrebspatientinnen und haben die Erfahrung, dass die tatsächlich weniger schwitzen. Das Schwitzen geht nicht weg. Aber sie schwitzen weniger. Und vor allen Dingen dieses „auf Anstrengung schwitzen“, geht weg, weil wir die Insulinresistenz verbessern. Das möchte ich nochmal so am Rand erwähnen.

### **Katrin Simonsen**

Das ist ein wichtiger Tipp. Und bevor wir gleich zu der Frage kommen, warum man bei manchen Frauen die Eierstöcke entfernen muss und was das dann mit unseren Hormonen, mit unserem Körper, macht, möchte ich euch den Podcast meiner jungen Kollegin Dani ans Herz legen. Sie bekam mit Mitte 30 die Diagnose: Brustkrebs.

### **Einspieler Podcastempfehlung – Die Challenge meines Lebens**

*Hi, ich bin Dani. Für den Podcast „Meine Challenge“, schmeiße ich mich alle zwei Wochen in ein neues Selbstversuchsabenteuer, mithilfe der Wissenschaft. „Die Angst zu fallen, ist zu groß. – Scheiße, Scheiße, Scheiße!“ – Reinwerfen und ausprobieren, damit ihr es nicht müsst. Das ist mein Job. Aber dann im Frühjahr 2022 der komplette Downshot: Diagnose Brustkrebs, mit gerade mal 35. Was für eine Scheiße! Und durch die nehme ich euch mit. Sechs Podcast-Folgen habe ich während meiner Krebstherapie gemacht, und in denen erzähle ich euch von dieser härtesten Challenge meines Lebens. Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, Narben, Glatze, Körper kaputt. Dazu diese kranke Angst vor dem Tod. Meine Tränen, meine Verzweiflung, meine Wut, alles ohne Filter. „Ich fühle mich eh schon wie ein Krüppel. Es ist einfach so, und es kommt einfach immer nur noch mehr dazu.“ (schluchzt) Aber auch: meine Hoffnung, meine Glücksmomente und am Ende meine Heilung. Und natürlich ganz viel Wissen, denn ich spreche in jeder Folge mit Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft über das, was mir da passiert - einmal Brustkrebs und zurück. Der Podcast: Die Challenge meines Lebens – ab sofort in der App der ARD Audiothek.*

### **Katrin Simonsen**

Während ja beim Brustkrebs die Hormonproduktion durch diese Medikamente gestoppt wird, passiert das ganz automatisch auch bei den Frauen, denen man die Eierstöcke entfernt. Ich weiß von früher, da war das irgendwie so üblich, da der wurde immer von einer „Total-OP“ gesprochen. Also Eierstöcke und Gebärmutter wurden entfernt. Heute ist man da ja viel zurückhaltender. Welche Gründe gibt es eigentlich, die Eierstöcke überhaupt entfernen zu müssen?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist eine sehr gute Frage. Es gibt manchmal Situationen im Bereich der Krebstherapie, wo man sagt: Also, wir wollen diesen Eierstock einfach ausschalten. Und dann ist es ja auch so, dass es bestimmte Gene gibt, die einen sowohl für Brustkrebs, als auch für Eierstockkrebs hochgradig prädisponieren. Also, wir nennen es immer „das Angelina Jolie-Gen“, weil die hatte das offensichtlich. Es ging ja auch durch die Presse. Also, ich verstoße nicht gegen das Arztgeheimnis, weil es nicht meine Patientin ist. Also die ist ja offensichtlich ... da sind die Eierstöcke entfernt worden, da war sie um die 40. Und auch die hat sich, glaube ich, sogar die Brust subkutan entfernen lassen. Es gibt Frauen, und sind 1 %, 2 % oder 3 % der Brustkrebsfälle, da ist es tatsächlich ein Gen, was diesen Brustkrebs auslöst. Und die haben dann auch übers Leben eine extrem hohe Brustkrebsgefahr und leider auch eine hohe Eierstockkrebsgefahr. Brustkrebs kann man ja ganz gut früh erkennen, Eierstockkrebs nicht.

Und da empfiehlt man eigentlich in dem Moment, wo die Frauen ihre Familienplanung hinter sich haben oder so um die 40 rum, die Eierstöcke zu entfernen. Die gute Nachricht ist: Wenn die bislang noch keinen Brustkrebs hatten, wird man denen dann aber Hormone geben, um die Wechseljahres-Beschwerden, die dann schlagartig eintreten, zu beheben. Das machen wir auch. Die berate ich immer möglichst vor der Operation: Wie machen wir es?

Wenn es Patientinnen sind, die bereits schon Brustkrebs hatten, wird es tricky. Da muss man

tatsächlich dann im Einzelfall sehr genau hinschauen. Die dürfen eigentlich keine Hormone nehmen. Da greift dann alles andere, was wir jetzt schon besprochen haben. Aber das wäre eine Situation, dass man Eierstöcke entfernt. Früher hat man gesagt: „Ach raus damit! Die braucht ja kein Mensch mehr!“ Was natürlich Quatsch ist. Und wir sind schon sehr zurückhaltend. Aber es gibt eben auch Befunde am Eierstock, vielleicht sogar Vorstufe von Krebs, wo man den Eierstock entfernt. Die größte Gruppe ist wahrscheinlich, die dich gerade genannt hab, mit diesem genetischen Brustkrebsrisiko und Eierstockkrebsrisiko.

### **Katrin Simonsen**

Da habe ich eine Frage von Gabi. Die ist 48. Ihr wurden die Eierstöcke entfernt. Außerdem ist sie auch Endometriose-Patientin. Und sie fragt nun, ob die Wechseljahre bei ihr jetzt früher starten und schneller verlaufen.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Hat die Brustkrebs gehabt?

### **Katrin Simonsen**

- Nein, nur Eierstockkrebs.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Das ist schon so, dass in dem Moment, wo die Eierstöcke entfernt werden ... Man muss sich schon klarmachen, dann gewöhnt sich der Körper nicht langsam daran, sondern das ist so schlagartig ähnlich, wie wenn wir GnRH-Analoga nehmen. Das ist so ein schlagartiges Wegfallen der Östrogene. Das wird von den Frauen tatsächlich relativ schlecht toleriert. Da würde ich immer frühzeitig mit einer Hormontherapie gleich begleitend beginnen. Bei Zustand nach Endometriose sollte man dann auch ein Gelbkörperhormon dazugeben, um sozusagen die Endometriose in Zaum zu halten. Vielleicht noch ein Aspekt: Wenn die Eierstöcke entfernt werden, dann hat man auch einen Wegfall der Testosteronproduktion aus den Eierstöcken. Das kann eine Libido-Störung deutlich dramatisieren, verstärkt möglicherweise die Hitzewallungen, verstärkt möglicherweise die Schlafstörung. Es gibt ja keinen Testosteronpräparat auf dem Markt für Frauen – schwieriges Thema. Es

führt jetzt auch zu weit, darauf einzugehen. Aber auch das muss man bedenken: Wenn die Eierstöcke entfernt werden, fällt eben das Testosteron weg.

**Katrin Simonsen**

Was Sie gesagt haben, mit dem Gestagen – wieso braucht man das in dem Fall? Weil sie hat ja keine Eierstöcke. Sie hat ja gar keine Blutung mehr.

**Dr. Katrin Schaudig**

Aber sie hat vielleicht noch eine Gebärmutter. Wenn sie noch eine Gebärmutter hat, müssen Sie die Gebärmutter Schleimhaut schützen. Wenn sie wegen der Endometriose und so weiter auch keine Gebärmutter mehr hat, bräuchte sie eigentlich kein Gestagen. Völlig richtig! Aber, wenn sie eine Endometriose hatte und vor allen Dingen eben eine schwere Endometriose – tief infiltrierend und so weiter – dann muss sie ein Gestagen dazu nehmen, denn, wenn ich ihr nur Östrogen gebe, stimulare ich die Endometriose mit dem gesamten Programm. Das heißt, da muss ein Gestagen dazu. Und zwar eins, was wirklich gut wirkt. Da würde ich tatsächlich nicht unbedingt mit identischem Progesteron arbeiten, weil das wirkt da nicht so gut.

**Katrin Simonsen**

Genau. Das wäre jetzt die zweite Frage gewesen. Also wenn mir die Eierstöcke entfernt werden und ich keinen Brustkrebs hatte, auch noch dazu, dann darf ich schon eine Hormonersatztherapie beginnen? Das ist ok?

**Dr. Katrin Schaudig**

Unbedingt, unbedingt.

**Katrin Simonsen**

Und das würde auch gegen Muskelbeschwerden dann helfen, weil unsere Hörerin sagt, sie hat auch extreme Muskelbeschwerden bekommen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, die Muskelbeschwerden und die Gelenkbeschwerden sind so ein bisschen Chamäleon. Also es kann sein, dass es hilft. Aber Muskelbeschwerden ... also, ich sage es mal andersrum:

Jemand, der die Eierstöcke entfernt bekommt und der Hitzewallungen hat, das ist sicher ein Östrogenmangel-Symptom. Ob die Muskelschmerzen immer ein Östrogenmangel-Symptom sind, das ist so ein bisschen mal so, mal so. Ich würde es aber unbedingt probieren.

1:00:43

**Katrin Simonsen**

Und Frauen, die jetzt sagen: „Ne, Hormone möchte ich nicht nehmen.“ Phytoöstrogene dann? Was kann man denen empfehlen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Naja, der Punkt ist zum Beispiel die Phytoöstrogene helfen halt nicht so gut. Und wenn die sehr jung sind, wenn die Eierstöcke entfernt werden – ich sage es mal unter 45 – dann haben wir natürlich das Knochenproblem, da haben wir das Hirnproblem. Also wir wissen, dass Frauen, die vor 45 die Eierstöcke entfernt bekommen ein signifikant höheres Demenzrisiko haben. Die haben auch ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko. Da kommen wir mit den Phytoöstrogenen nicht weiter. Also Eierstock raus unter 45 – würde ich immer Hormone geben. Eierstock raus jenseits der 45 – wenn es nur um die Beschwerden geht, ist okay.

**Katrin Simonsen**

Welche Ratschläge geben Sie Ihren Patientinnen dann noch mit auf den Weg? Auf was man vielleicht noch achten muss, was da vielleicht noch an Symptomen dazukommen kann?

**Dr. Katrin Schaudig**

Naja, wissen Sie, der Punkt ist: Wenn die Eierstöcke raus sind, kann das komplette Programm der Wechseljahres-Beschwerden, die wir ja jetzt schon mehrfach diskutiert haben leider Gottes dann auch schlagartig und erfahrungsgemäß auch meistens ein bisschen krasser als bei Frauen, wo das allmählich geht, wo sich der Körper auch ein bisschen dran bewegt. Sie müssen immer überlegen, da wird von einem Tag auf den anderen der Hahn komplett abgedreht. Und es macht einfach vieles. Es kann viele Beschwerden machen. Auch da gibt es wieder welche, die sagen: „Ich merk gar nichts davon.“ Das sind die Glücklichen. Also,

im Grunde genommen – Analogie zum normalen Wechseljahresverlauf, nur erfahrungsgemäß ein bisschen krasser.

**Katrin Simonsen**

Frau Doktor Schaudig, damit sind wir am Ende dieser Folge. Ein dickes Dankeschön an Sie, für die tollen Erklärungen und dass Sie wieder die vielen Fragen beantwortet haben. Vielen Dank und bis zum nächsten Mal!

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja sehr gerne. Und es hat mir wie immer viel Freude gemacht. Vielen Dank! Tschüss!

**Katrin Simonsen**

Tschüss! Und in zwei Wochen geht es hier bei uns in *Hormongesteuert* um ein Thema, das eben schon mal kurz Anklang - es geht um Scheidentrockenheit. Vielen Frauen bereitet das nach der Menopause erhebliche Probleme. Wie sich unsere Vagina durch den dauerhaften Mangel an Östrogen verändert, warum das oft sehr schmerzhaft ist und wieso wird dann auch empfänglicher sind für Blasenentzündungen, das erklären wir in der nächsten Folge. Abonnieren unseren Podcast und lasst gern auch eine Bewertung für uns da. Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns weiterempfiehlt, an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter und natürlich auch gern an eure Partner und Partnerinnen. Ihr könnt uns auch weiter schreiben, an [hormongesteuert@mdraktuell.de](mailto:hormongesteuert@mdraktuell.de). *Hormongesteuert* hört ihr überall da, wo ihr Podcasts hören könnt und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

*Hormongesteuert - der Wechseljahre-Podcast mit Dr. Katrin Schaudig*

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>