

25. Kongress für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe
11. November 2022 / Näfels

Herausforderungen der Perimenopause und deren Begleitung
Sibil Tschudin

Perimenopause - Definition

Mit Perimenopause werden die Jahre unmittelbar vor und das erste Jahr nach der Menopause bezeichnet. Erste Anzeichen sind Zyklusunregelmässigkeiten, gefolgt von den typischen vasomotorischen Symptomen. Die klimakterischen Beschwerden sind bei einem Drittel der Frauen sehr ausgeprägt mit starker Beeinträchtigung der Lebensqualität, bei einem Drittel leicht bis mittelgradig und beim letzten Drittel minimal¹.

Perimenopause - Herausforderung

Die Perimenopause ist eine Zeit der Veränderung, die eine Auseinandersetzung mit dem Älterwerden abverlangt, Veränderungen von Körperbild, Sexualität und Fitness mit sich bringt, eine Herausforderungen betreffend Rolle in sozialer, partnerschaftlicher, familiärer und beruflicher Hinsicht darstellt und demzufolge auch ein erhöhtes Risiko für Überforderung, Verlust von Selbstbewusstsein und Motivation nach sich zieht. Die Perimenopause macht Adaptionsprozesse notwendig und stellt für die Betroffenen wie auch die Betreuenden eine Herausforderung dar.

Perimenopause - Ärztliche Begleitung

Aktuelle Empfehlungen, so z.B. diejenigen der European Menopause and Andropause Society (EMAS) propagieren eine ganzheitliche Herangehensweise, die sich am Konzept der «Healthy Menopause» orientiert^{2/3}. Unter Berücksichtigung möglicher bestehender Erkrankungen und körperlichen Beeinträchtigungen, die sich mit zunehmendem Alter einstellen können, sollten die körperlichen, sozialen und psychischen Aspekte gleichermassen Beachtung finden.

Körperliche Beschwerden

Für die typischen körperlichen klimakterischen Beschwerden und urogenitalen Symptome, die in der Perimenopause in zunehmendem Mass auftreten, stehen etablierte Therapiemöglichkeiten zur Verfügung (siehe auch weiterführende Literatur). Wichtige gesundheitliche Probleme, die in Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen angegangen werden sollten oder z.T. auch in erster Linie in deren Hände liegen, sind: Osteopenie / Osteoporose, Gewichtszunahme / Adipositas / metabolisches Syndrom und kardiovaskuläre Risiken / Probleme.

Psychische Probleme

Die Perimenopause stellt ein "Window of Vulnerability" für die Entwicklung einer Depression dar^{4/5}:

- Die Perimenopause geht in den meisten Studien mit einem erhöhten Risiko für eine neu auftretende Depression einher
- Die Mehrzahl der Frauen, die eine MD in der Perimenopause entwickeln, hatten zuvor schon eine depressive Episode
- Das Risiko ist perimenopausal erhöht und sinkt postmenopausal
- Gemäss einer systematischen Review spielt das Menopause-Alter eine Rolle: höheres Menopausealter geringeres Risiko
- Depression in der Vorgeschichte ist assoziiert mit früherer Menopause

Perimenopausale Depression

Erfassung und Diagnose:

Die depressiven Symptome (Verstimmung, Traurigkeit, Schlafstörungen, Todesgedanken, Antriebsmangel, Gefühle von Wertlosigkeit), aber auch atypischen vegetativen Symptomen (erhöhter Appetit Gewichtszunahme, Angst, somatische Beschwerden) treten häufig in Kombination mit vasomotorischen Symptomen (Wallungen, nächtliches Schwitzen, Schlafstörungen) auf. Es gilt zu unterscheiden zwischen primärer und sekundärer durch somatische Erkrankung oder Medikamente verursachte Depression. Bei der Abklärung ist die umfassende somatische, psychiatrische, Familien- und Sozial-Anamnese von zentraler Bedeutung⁵.

¹B Schultz-Zehnden. *Psychotherapeut* 2004; 49:350-6)

²Jaspers L et al. *Maturitas* 81 (2015) 93-98

³Stute P et al. *Maturitas* 92 (2016) 1-6

⁴Alder J & Bitzer J, in *Frauen in Psychotherapie* (Hrsg. Boothe /Riecher) Schattauer (2013)

⁵Stute P et al. *Maturitas* 131 (2020) 91-101

⁶Ramanuj P et al. *BMJ* 365 (April (8)) (2019)

Behandlung und Betreuung:

Zu berücksichtigen sind die Rezurrenzneigung der Depression und deren Assoziation mit den weiter oben erwähnten somatischen Erkrankungen. Die Behandlung sollte nach dem Stufenprinzip und interdisziplinär erfolgen. Behandlungsziele sind: Depressive Symptome mindern, Rezurrenz vorbeugen und psychosoziale Funktionsfähigkeit wiederherstellen.

Psychoedukation hat dabei einen wichtigen Stellenwert, verbessert die Prognose und vermindert die psychosoziale Belastung der ganzen Familie⁶.

Evidenz der verfügbaren Behandlungsoptionen:

Lebensstilmodifikationen⁵

Lebensstilanpassungen haben einen ausgleichenden Effekt auf die Stimmung.

Gemäss einer Meta-Analyse reduziert leicht bis mittlere sportliche Aktivität depressive Symptome bei Frauen mittleren und höheren Alters.

Diätfaktoren und Entzündungsmarker scheinen bei der Entstehung einer Depression eine Rolle zu spielen. Zuckerreiche Diäten scheinen eine Depression zu begünstigen.

Isoflavone (Soja) wirken sich günstig aus und scheinen den Effekt von SSRI (v.a. Sertralin) zu verstärken.

Hormontherapie⁵

HT ist in Europa und den USA nicht zugelassen für die Behandlung der Depression.

Einige Studien haben einen antidepressiven Effekt von Estradiol und z.T. Tibolon vergleichbar mit Antidepressiva in der Perimenopause aber nicht in der Postmenopause gezeigt.

Z. T. erwies sich die Stimmungsaufhellung als unabhängig von der Verbesserung der vasomotorischen Beschwerden, z.T. wird eine Dominotheorie (Abklingen der Depression folgt auf Besserung der vasomotorischen Beschwerden) postuliert.

Gemäss internationalen Guidelines (CANMAT, NAMS, IMS, UK NICE) wird HT z.T. als second-line empfohlen, und zwar bei vasomotorischen Symptomen und in Kombination mit SSRI.

Antidepressiva⁵

Zugelassene AD: SSRI, SNRI, atypische AD, Serotoninmodulatoren, trizyklische AD und MAOI.

Evidenz gemäss einer Meta-Analyse für die Überlegenheit gg. Placebo z.B. für Fluoxetine und Venlafaxine.

Bei milder Depression ist die Wirksamkeit von AD und Psychotherapie gleich, bei schweren Formen sind AD überlegen. In schweren Fällen wird z.T. Kombination von AD mit HT propagiert.

Psychotherapie⁵

Psychotherapie ist im Allgemeinen nützlich bei Depression. Am besten dokumentiert: kognitiv-verhaltenstherapeutische und lösungsorientierte Ansätze sowie interpersonelle Therapie.

Hilfreich v.a. bei milderer Formen und bei schwerer Depression in Kombination mit AD. Im Gegensatz zu AD hat Psychotherapie einen nachhaltigen Effekt über längere Zeit und ist von Bedeutung bei der Prävention neuer Episoden. Der grosse Vorteil ist, dass keine NW zu erwarten sind.

Johanniskraut⁶

Bei leichter bis mittlerer Depression ist die Wirkung vergleichbar mit SSRI bei besserer Verträglichkeit.

Johanniskraut kann kombiniert werden mit HT, jedoch nicht mit SSRI (cave Serotonin-Syndrom).

Es interagiert mit Cytochrom CYP-450 und hat Auswirkungen auf den Therapiespiegel gewisser Medikamente!

Melatonin⁵

Melatonin ist zugelassen für primäre Insomnie bei Patientinnen ≥ 55 a, aber nicht für Depression.

Es kann perimenopausale Schlafstörungen als Risikofaktor für perimenopausale Depression verbessern.

Der Melatoninspiegel sinkt perimenopausal und entsprechend scheint Melatonin perimenopausale Beschwerden, wie Fatigue zu mindern. Bis jetzt gibt es keine schlüssigen und insgesamt wenig Studiendaten.

Weiterführende Literatur

- SGGG Expertenbrief Nr. 42 Menopausale Hormon-Therapie
- SGGG Expertenbrief Nr. 51 nicht-hormonelle Therapie von menopausalen Hitzewallungen
- Moderne Behandlung des Genitourinären Syndroms der Menopause (GSM) Stute P J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2021; 18 (6), 293-299.
- Präventionsmedizin in Peri- und Postmenopause. Gynäkologische Endokrinologie 20;3 (2022)