

# JOURNAL FÜR MENOPAUSE

*Maturitas aktuell*

*Journal für Menopause 2004; 11 (1) (Ausgabe für Schweiz), 50-51*  
*Journal für Menopause 2004; 11 (1) (Ausgabe für Deutschland)*  
36-38

**Homepage:**

**[www.kup.at/menopause](http://www.kup.at/menopause)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

**Erschaffen Sie sich Ihre  
ertragreiche grüne Oase in  
Ihrem Zuhause oder in Ihrer  
Praxis**

**Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# MATURITAS AKTUELL

Aktuelle und praxisrelevante Arbeiten aus dem offiziellen Organ der Europäischen Menopause- und Andropause-Gesellschaft, diesmal zusammengefaßt und kommentiert von C. Lauritzen, Ulm

## CONTINUOUS INTRAUTERINE COMPARED WITH CYCLIC ORAL PROGESTIN ADMINISTRATION IN PERIMENOPAUSAL HRT

Boon J, Scholten PC, Oldenhave A, Heintz PM. *Maturitas* 2000; 46: 69–77.

### Zusammenfassung:

Zwei Arten der HRT, nämlich 2 mg Estradiol mit sequentiell oder kombiniertem Zusatz eines Gestagens (Norethisteronacetat 1 mg von Tag 1–21 oder 1 mg von Tag 13–22), wurden mit einer Gabe von 2 mg Estradiol und intrauteriner Applikation eines Intrauterinpessars (IUP), das 20 µg Levonorgestrel pro 24 Stunden abgibt, verglichen. Je 100 Frauen erhielten entweder orale Hormone oder Estradiol + Einlage des gestagen-sezernierenden IUP. Vor Eintritt in die Studie wurden eine gynäkologische Untersuchung, eine Mammographie, FSH-, TSH-Bestimmungen, eine Ultraschall-Dickenmessung des Endometriums und eine Endometriumbiopsie vorgenommen.

Der Schutz des Endometriums vor Hyperplasie war mit allen drei Behandlungsverfahren gegeben. Die diesbezügliche 95 %-Vertrauensgrenze lag für das IUP bei 95,26–100 %, für das Estrogen-Gestagen bei 94,31–100 %. In der IUP-Gruppe war das Endometrium nach 13 und 26 Monaten in allen Fällen atrophisch, in der Hormongruppe in 70,4 % während der 13. und in 79,4 % während der 26. Woche. Das orale, zyklisch angeordnete Estradiol-Norethisteronacetat ergab die beste Zyklusstabilität. Die IUP-Methode zeigte anfangs verlängerte und gehäufte Spurb Blutungen. Nach 3 Monaten begann eine Reduktion und Verkürzung der Blutungen, bei 62 % war am Ende der Beobachtungszeit eine Postmenopausen-Amenorrhoe eingetreten. (Dieser Prozent-

satz lag in anderen Untersuchungen höher, nämlich bei 82 %.)

Die Gesamtblutungs menge war mit dem IUP am geringsten. Hämoglobin- und Ferritinwerte waren in der IUP-Gruppe am günstigsten. Gewicht und Hüftumfang waren zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich. An Nebenwirkungen traten beim IUP gelegentlich Leibs chmerzen (16,9 %), bei der HRT Brustbeschwerden und Kopfschmerzen (19,5 %) auf.

Die Frauen fanden alle Behandlungsregime akzeptabel. Die Einlage des IUP war nur in 2 von 100 Fällen wegen Enge des Zervikalkanals nicht möglich. In 9 Fällen war eine Dilatation des Zervikalkanals erforderlich, dabei wurde in 4 Fällen ein zervikaler Block angelegt. Einige Fälle mit einer Uteruslänge von weniger als 5 cm wurden von der IUP-Einlage ausgeschlossen. Während der 26 Monate wurde 4mal eine Ausstoßung registriert (einmal eine totale, 3mal eine partielle). In 13 Fällen (einschließlich 3 Expulsionen) wurde die IUP-Behandlung wegen Nebenwirkungen abgebrochen. In der Hormongruppe brachen 25 Frauen die Behandlung wegen Nebenwirkungen ab. Die IUP-Methode wurde von den Probandinnen signifikant am längsten unverändert beibehalten, nämlich 82 % gegen 68 % der oralen Medikation am Ende der Beobachtung. Das IUP wurde von den Probandinnen subjektiv als die beste der untersuchten Verfahren beurteilt. Nach Meinung der Verfasser kann die intrauterine Einlage eines levonorgestrelsezernierenden IUP in Kombination mit Estradiol für die Substitution in der Postmenopause empfohlen werden.

### Kommentar:

Zur Zyklusregulierung, zur Amenorrhoe-Erzielung oder zur Amenorrhoe-Erhaltung in der Postmenopause und wegen des erhöhten Risikos für Endo-

metriumhyperplasie und Endometri umkarzinom ist der sequentielle oder kontinuierliche Zusatz von Progesteron oder eines Gestagens zum Estrogen bei erhaltenem Uterus erforderlich. Leider ist der orale Zusatz von Gestagenen verantwortlich für eine Reihe unerwünschter subjektiver und objektiver Nebenwirkungen. Kombiniertes Estrogen-Gestagen kombiniert-kontinuierlich weist eine hohe Rate von anfänglichen Schmierblutungen auf. Orale Gestagene sind für einige Frauen schlecht verträglich. Der Zusatz von oralem Medroxyprogesteronacetat (MPA) und von Nortestosteronen scheint die Inzidenz des Mammakarzinoms zu erhöhen (z. B. [Schairer et al.]). MPA ist offenbar thrombogen [Herkert et al.], beeinträchtigt die positiven Estrogenwirkungen auf Lipide und Atheroskleroseentwicklung. MPA erhöht die Rate kardiovaskulärer Nebenwirkungen und kann Insulinresistenz und Hyperinsulinämie bewirken [Godsland].

In der Perimenopause hat das IUP den Vorteil, noch kontrazeptiv zu wirken. Unerwünschte psychische oder Stoffwechselwirkungen treten nicht auf. Die Thromboserate ist nicht erhöht. Das Endometrium wird vor der Hyperplasie geschützt. Ob auch ein Schutz vor Endometriumkarzinom eintritt, ist nicht bekannt. Das Blutungsschema ist im ganzen beim IUP günstiger als bei der oralen Medikation. Die lokalen Nebenwirkungen des IUP sind gering. Allgemeine unerwünschte Nebenwirkungen, wie bei der oralen Medikation, treten beim IUP nicht auf. In einem hohen Prozentsatz werden eine peripostmenopausale Atrophie des Endometriums und eine Amenorrhoe induziert. Die Einlage ist in der Mehrzahl der Fälle gut möglich. Bei engem Zervikalkanal empfehle ich eine 14tägige Einleitung der Behandlung mit der Estradiol-Komponente zur Erweiterung des Zervikalkanals. Schmerzen, Verlagerung oder Ausstoßung sind relativ selten. Nach 5 Jahren wäre das IUP zu wechseln,

falls die Estrogensubstitution fortgesetzt werden soll, da dann die Levonorgestrelabgabe erschöpft ist.

Ich halte die Einlage des lokalen levonorgestrelsezernierenden IUP, wie die Autoren, ebenfalls für eine brauchbare Alternative zum – zur Zeit umstrittenen – Gestagenzusatz zum oralen Estrogen. Noch günstiger wäre meines Erachtens die Kombination transdermales Estradiol + IUP wegen der niedrigen Estrogendosen, des günstigeren Estradiol/Estron-Verhältnisses und der völligen Ausparung der ersten Leberpassage mit fehlendem Thromboserisiko ([Scarabin]; RR = 0,9).

#### Literatur zum Thema

- Andersson K, Mattsson LA, Rybo G, Stadberg E. Intrauterine release of levonorgestrel – A new way of adding progestogen in hormone replacement therapy. *Obstet Gynecol* 1992; 78: 963–7.
- Godsland JF. Principles and practice of hormone replacement therapy in women with manifest diabetes. *Eur Menop J* 2000; 3: 106–11.
- Herkert O, Kuhl H, Sandow J, Busse R, Schini-Kerth VB. Sex steroids used in hormonal treatment increase vascular procoagulant activity by inducing thrombin receptor (PAR-1) expression: role of the glucocorticoid receptor. *Circulation* 2001; 104: 2826–31.
- Rauzdaskoski THG, Lahti EI, Kauppil AJ et al. Transdermal oestrogen with a levonorgestrel-releasing intrauterine device for climacteric complaints: clinical and endometrial response. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 127: 114–9.

Scarabin PY. Transdermal HRT does not increase the risk of thrombo-embolism. *Lancet* 2003; 362: 428–32.

Schairer C, Chen HL, Weiss NS et al. Hormone replacement therapy in relation to breast cancer. *J Amer Med Assoc* 2002; 287: 734–41.

Silverberg SG, Haukkamaa A, Artko H et al. Endometrial morphology during long-term use of levonorgestrel releasing intrauterine device. *Int J Gynecol Pathol* 1986; 5: 235–41.

Suhonen S, Halmstroom T, Lahteemaki P. Three year follow up of the use of a levonorgestrel releasing intrauterine system in hormone replacement therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 145–50.

#### Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Lauritzen  
Alpenstraße 49  
D-89075 Ulm

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)