

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Editorial

Birkhäuser M, Stute P

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2011; 5 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 5-10

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

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

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ072687636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

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



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!

Das Gebiet „Menopause/Hormonersatztherapie“ wurde in den vergangenen 10 Jahren meiner Herausgeberschaft massiv durchgeschüttelt. Was gilt nun im Jahre 2011? Nach den aus heutiger Sicht gegenüber der Hormonersatztherapie (HRT) allzu euphorischen 1990er-Jahren folgte mit der ersten Publikation der „Women's Health Initiative Study“ (2002) eine Tsunami-ähnliche Gegenreaktion, deren Ausmass von der wissenschaftlichen Aussage der Studie her nicht gerechtfertigt war: Bereits 2004 zeigte es sich, dass die Gesamtproblematik sehr viel komplexer ist, als dies 2002 (vor allem auch via Laien-Medien) mit viel PR postuliert worden war. In der WHI-Study, einer randomisierten kontrollierten Studie, war nicht die Untersuchung des Nutzens einer HRT auf die vasomotorischen Symptome das Studienziel – damals wie heute die klassische Hauptindikation jeder HRT. Dementsprechend waren symptomatische Patientinnen in der WHI-Studie ausgeschlossen, was das Durchschnittsalter der Studienteilnehmerinnen stark nach oben drückte: Es liegt – im Gegensatz zum Durchschnittsalter bei Therapiebeginn in der „Nurses' Health Study“, einer sehr soliden Beobachtungsstudie – mehr als 10 Jahre höher als dasjenige bei einer typischen Anfängerin einer HRT in unserer täglichen Praxis. Bereits am EMAS-Kongress 2004 sagte deshalb Jacques Rossouw, der Koordinator der WHI-Studie, in einer grundlegenden Diskussion: „*The Nurses' Health Study might be right and the WHI Study might be wrong, or vice versa*“. Somit wurde schon 2004 auch von der WHI-Steuergruppe anerkannt, dass die WHI-Studie für die früh-postmenopausale Frau keine absolute Gültigkeit haben kann, doch wurde dies sehr schlecht kommuniziert.

In allen neueren Empfehlungen ist heute die positive Wirkung von Östrogenen auf vasomotorische Beschwerden und die signifikante Verminderung des Frakturrisikos durch eine ERT/HRT unbestritten. Zum kardiovaskulären Risiko setzte sich allgemein die Akzeptanz des „Window of Opportunity“ durch, einem „günstigen Fenster“ für die ERT/HRT. Über die Gesamtbilanz jeder Hormongabe und somit darüber, ob der Nutzen die Risiken überwiegt oder umgekehrt, entscheidet neben den vorbestehenden individuellen anamnestischen und klinischen Voraussetzungen vor allem das Alter der zu behandelnden Frau und ihr zeitlicher Abstand von der Menopause bei Therapiebeginn. Die Rolle der Sexualhormone beim Mammakarzinom wird heute als einiges komplexer eingestuft, als dies noch 2002 ausgesehen hatte, und nicht primär negativ. Nach neueren Daten kommt auch hier der Dosis und dem konkret eingesetzten Gestagen wahrscheinlich eine wichtige modulierende Rolle zu. Wie wir jetzt wissen, beeinflusst die Verabreichungsform (insbesondere oral oder nicht-oral) die Nutzen-Risiko-Balance vor allem in Hinsicht auf das thromboembolische Risiko im Einzelfall massgeblich mit, ebenso wie die Wahl der Dosierung. Seit 2002 wurde somit nicht zuletzt auch dank der WHI-Studie erkannt, dass ein zeitgerechter, individualisierter Einsatz der niedrigsten möglichen Dosierung beider Komponenten, der Östrogene und der Gestagene, für die Nutzen-Risiko-Bilanz entscheidend ist. Die WHI-Studie hat also den Anstoss dazu gegeben, unser therapeutisches Konzept zum Einsatz von Hormonen nach der Menopause neu zu durchdenken und den Weg zu einem vernünftigen individualisierten Einsatz geebnet. Eine weitere Konsequenz war auch die Rückbesinnung auf eine alleinige vaginale Gabe von Östrogenen, wenn keine systemische Therapie notwendig ist. Die französische Version der zu dieser Thematik publizierten Empfehlungen der Internationalen Menopause Gesellschaft finden sich in dieser Nummer; die deutschsprachige Version wurde bereits im *J Gynäkol Endokrinol (Schweiz)* 4/2010 publiziert.

Die Empfehlungen der Schweizerischen und Österreichischen Menopausegesellschaften zur HRT tragen dieser Entwicklung Rechnung. Sie stimmen auch mit den Empfehlungen der IMS, den neuen Empfehlungen der NAMS und denjenigen der „Endocrine Society“ überein. Leider tun dies die deutschen S3-Leitlinien nicht. Die S3-Leitlinien verharren in einem Zustand, den man auch mit „Evidence-based Fundamentalism“ umschreiben könnte, und sollten dringend der neueren Entwicklung angepasst werden. Die deutschen S3-Leitlinien missachten aus meiner Sicht einige wesentliche Grundregeln zur Erstellung von Empfehlungen und Leitlinien. So sollten RCTs nur dann als massgebendes Kriterium genommen werden, wenn sie bei der gleichen Population mit den gleichen basalen Kenndaten, wie Alter, BMI, vorhandene Symptome und Therapieziel (z. B. Hitzewallungen), Häufigkeit von Risikofaktoren und unbehandelten vorbestehenden Krankheiten (z. B. arterielle Hypertonie u.a.m.) erhoben worden sind, wie wir sie auch in der täglichen Praxis bei unseren Patientinnen antreffen. Diese Regel gilt weder für die WHI-Studie noch für den HERS-Trial (eine Studie zur kardiovaskulären Sekundärprävention), auf die sich die S3-Richtlinien überwiegend stützen. Gibt es für die unserer täglichen Realität entsprechende Population keine RCTs, so muss auf die nächste Kategorie in der Hierarchie der Evidenz zurückgegriffen werden: auf solide Beobachtungsstudien (Fall-/Kontroll-



und Kohortenstudien). Von diesen sind einige im Bereich HRT-Menopause von ausgezeichneter Qualität, z. B. die „Nurses' Health Study“. Wird dies nicht getan, sondern RCTs mit einer von unseren Patientinnen verschiedenen Population diesen zwangsweise übergestülpt, so ist dies eine Verkenning der Prinzipien der echten evidenzbasierten Medizin und nicht in deren Sinn. RCTs sind also nicht primär gut und Beobachtungsstudien nicht primär suspekt, wie uns dies insbesondere die Kurzfassung der S3-Richtlinien (vielleicht unfreiwillig) vermittelt. Die klinische Realität ist vor allem wegen des Einflusses des Alters und des Abstands von der Menopause bei Therapiebeginn um einiges komplexer, als dies die S3-Richtlinien vorgeben. Im Prinzip sind diese Leitlinien als ein Minimalkonsens anzusehen, der interdisziplinär von den Vertretern von 19 Gesellschaften (darunter auch Laiengruppierungen) verfasst worden ist. Alle Vertreter in der Kommission hatten das gleiche Stimmrecht. Spezielle Fachkenntnisse in gynäkologischer Endokrinologie wurden zur Gewichtung der Stimmen nicht berücksichtigt. Zudem wurden von der Leitlinienkommission Subgruppenauswertungen aus der WHI für die „Statements“ der S3-Leitlinien nicht zugelassen, da deren statistische Power als zu gering beurteilt wurde. Dies steht im Widerspruch zu dem „WHI-Steering Committee“ selbst und zu anderen renommierten Fachgesellschaften wie der IMS, der NAMS sowie der „Endocrine Society“, die hier zu Recht einen anderen Entscheid gefällt haben, und für bestimmte Fragen, wie vor allem das kardiovaskuläre Risiko, Subgruppenanalysen zulassen: Die Leitlinienkommission ist hier „plus royaliste que le roi“. Da die HERS- und die WHI-Studie auch in den für die S3-Leitlinien beigezogenen Metaanalysen das stärkste Gewicht besitzen, spielten Beobachtungsstudien in der Bewertung leider nur dann eine Rolle, falls keine Daten aus der WHI oder/und HERS vorlagen. Unberücksichtigt blieben auch klinisch-experimentelle Daten, eine Grundlage der biologischen Plausibilitäten. Zu Recht besitzen somit die S3-Leitlinien weder für die Schweiz noch für Österreich klinische Gültigkeit oder einen Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung. Beide Länder haben eigene Empfehlungen erlassen.

Weniger turbulent verlief in den vergangenen 10 Jahren die Entwicklung auf dem Gebiet der hormonalen Kontrazeption. Vom Zürcher Arbeitskreis, der sich aus Spezialisten für gynäkologische Endokrinologie aus Deutschen, Schweizer und Österreichischen Universitäten zusammensetzt, werden regelmässig Empfehlungen zu diesem Thema erarbeitet. Diese jährlich neu überarbeiteten Empfehlungen zielen darauf, in kurzgefassten Statements, basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage, diagnostische und therapeutische Hinweise zu geben. Die Empfehlungen 2010 zur hormonalen Kontrazeption sind das zweite Hauptthema im vorliegenden Heft.

T. Ots diskutiert in seinem Beitrag „Akupunktur bei Sterilität und zum Schwangerschaftserhalt: Eine Übersicht mit Forschungsidee“ eine zunehmend aktuelle komplementär-medizinische Therapiemöglichkeit bei Paaren mit Kinderwunsch. Die von ihm vorgeschlagene Form der Akupunktur ist noch nicht evidenzgesichert. Mit Recht schlägt der Autor deshalb eine multizentrische randomisierte, kontrollierte Studie vor, bevor konkrete klinische Empfehlungen gemacht werden können.

Der letzte in dieses Heft aufgenommene Artikel geht auf ein Thema ausserhalb der gynäkologischen Endokrinologie ein: **N. Nitzsche** und **H. Schulz** nehmen zur Durchführbarkeit eines regelmässigen Trainings mit der „Methode Nintendo Wii Fit Plus“ bei Frauen nach der Schwangerschaft Stellung. Trotz nicht-signifikanter metabolischer und morphologischer Adaptionen ist nach dieser Pilotstudie eine hohe Motivation zu erwarten, was unter gegebenen Übungsvariationen der „Nintendo Wii Fit Plus“ wegen des nach den Autoren hohen Spassemfindens zu regelmässigem Training führen kann.

Mit dieser Nummer wechselt der Herausgeber der Schweizer Ausgabe des *Journals für Gynäkologische Endokrinologie*: Ab der Nummer 2/2011 zeichnet neu Frau **PD Dr. Petra Stute** (Universitäts-Frauenklinik Bern) als Herausgeberin. Frau PD Dr. Stute besitzt alle Fähigkeiten, die es braucht, um unsere Zeitschrift erfolgreich ins neue Jahrzehnt zu führen. Ich danke ihr herzlich dafür, dass sie dazu bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen.

Mir bleibt es, Ihnen für Ihre Treue in den vergangenen Jahren zu danken, und Ihnen meine besten Wünsche für ein gutes, erfolgreiches und befriedigendes Jahr 2011 zu übermitteln.

Prof. Dr. Martin Birkhäuser, Herausgeber

Weiterführende Literatur:

- Bodmer C, Steimann S, Schiessl K, et al. Hormonersatztherapie (HET) – Guidelines für die Schweiz. J Gynäkol Endokrinol 2009 (Schweiz); 3 (2): 26–30.
- Birkhäuser M, Panay N, Archer DF, et al. Updated practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. Climacteric 2008; 11: 108–23.
- Huber J. Konzept für das Konsensuspapier der Österreichischen Menopausegesellschaft. Mündliche Mitteilung, Wien, 10. Dezember 2010.
- North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of the NAMS. Menopause 2010; 17: 242–55.
- Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal hormone therapy: Endocrine Society Scientific Statement. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95 (Suppl 1): s1–s66.

Der Dank liegt ganz auf meiner Seite, und ich freue mich ausserordentlich, dass Professor Dr. Martin Birkhäuser mich als seine Nachfolgerin als Herausgeberin des *Journals für Gynäkologische Endokrinologie* gewählt hat.

Um mich Ihnen vorzustellen, hier einige Eckdaten zu meiner Person: Seit 2 Jahren arbeite ich als Stv. Leiterin der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Frauenklinik im Inselspital Bern und habe das von Professor Birkhäuser gegründete Menopausenzentrum übernommen. Ursprünglich stamme ich aus Nordrhein-Westfalen in Deutschland und habe bis zum meinem Wechsel nach Bern an der Universitäts-Frauenklinik in Münster gearbeitet. Das Thema Gynäkologische Endokrinologie und Menopause begleitet mich verstärkt seit meinen Forschungsaufenthalten an der Wake Forest University in Winston Salem in den USA, beginnend 2001. Seit 2007 bin ich im Vorstand der Deutschen Menopausegesellschaft (DMG) und seit diesem Jahr in dem der Schweizerischen Menopausegesellschaft (SMG).

Mein Ziel ist es, Sie wie bisher mit aktuellen Informationen und Veranstaltungshinweisen aus dem Bereich Gynäkologische Endokrinologie zu versorgen, Mitteilungen der SMG weiterzuleiten und inhaltlich Themen wie Women's Health zu integrieren. Anregungen und Kommentare sind selbstverständlich willkommen! In diesem Sinne freue ich mich auf die nächsten Monate und Jahre.

Ihre Petra Stute



Chère lectrice,
Cher lecteur,

Le domaine du traitement hormonal substitutif a connu un parcours houleux au cours des 10 dernières années de mon activité d'éditeur. Qu'en est-il à présent, en 2011? Du point de vue actuel, l'euphorie exagérée des années 1990 par rapport au traitement hormonal substitutif (THS) a été balayée comme par un raz-de-marée – après la première publication de la «Women's Health Initiative Study» (2002) – par une contre-réaction dont l'ampleur n'était pas justifiée sur la base des acquis scientifiques de cette étude: en 2004 déjà, il est apparu que la problématique dans son ensemble était nettement plus complexe que postulé en 2002 (surtout via les médias grand public) à grands renforts de PR. L'étude WHI, une étude randomisée et contrôlée, n'avait pas pour objectif d'examiner les avantages d'un THS sur les symptômes vasomoteurs, qui sont aujourd'hui comme par le passé l'indication principale classique de tout THS. En conséquence, les patientes présentant des symptômes étaient exclues de l'étude WHI, ce qui a conduit à un âge moyen nettement plus élevé des participantes: contrairement à l'âge moyen des participantes de la très solide étude d'observation «Nurses' Health Study» au début du traitement, celui des participantes à l'étude WHI était supérieur de plus de 10 ans à celui des femmes commençant typiquement un THS selon notre expérience clinique quotidienne. C'est pourquoi, dans le cadre d'une discussion fondamentale en 2004 déjà, Jacques Rossouw en tant que coordinateur de l'étude WHI avait expliqué: «*The Nurses' Health Study might be right and the WHI Study might be wrong, or vice versa.*» Cela signifie que le groupe responsable de l'étude WHI avait déjà reconnu en 2004 que l'étude WHI ne pouvait pas revendiquer une validité absolue concernant la femme au début de la ménopause. Ce message avait cependant été très mal communiqué.

Dans toutes les recommandations récentes, les effets bénéfiques des œstrogènes sur les symptômes vasomoteurs et la réduction significative du risque de fractures grâce aux THS/traitements de substitution œstrogénique sont incontestés. Concernant le risque cardio-vasculaire, une acceptation de la «fenêtre d'opportunité» favorable aux traitements œstrogéniques/hormonaux substitutifs a fini par s'imposer. Le bilan global de toute administration d'hormones – et par conséquent le rapport avantages-risques – dépend, à côté des conditions individuelles associées aux antécédents et caractéristiques cliniques de la patiente, surtout de l'âge de la femme à traiter et de l'écart de temps entre le début de la ménopause et le début du traitement. On estime aujourd'hui que le rôle des hormones sexuelles dans le cancer du sein est nettement plus complexe que supposé en 2002, et qu'il n'est pas fondamentalement négatif. Selon des données récentes, la dose et le type du progestatif utilisé concrètement jouent là aussi un rôle important dans le sens d'une modulation. Nous savons aujourd'hui que la voie d'administration (en particulier la voie orale versus non-orale) contribue fortement à influencer le rapport avantages-risques, surtout en ce qui concerne le risque thromboembolique individuel, et qu'il en va de même pour la dose choisie. Depuis 2002, entre autres grâce à l'étude WHI, on a compris qu'une utilisation à temps d'une dose aussi faible que possible des deux composants – œstrogènes et progestatifs – est décisive pour le bilan avantages-risques. L'étude WHI nous a donc encouragés à repenser notre concept thérapeutique concernant l'administration d'hormones après la ménopause et à définir une utilisation individualisée raisonnable. Une autre conséquence a été de nous rappeler l'option d'une administration uniquement vaginale d'œstrogènes lorsqu'un traitement systémique n'est pas nécessaire. La version française des recommandations publiées à ce sujet par la Société internationale de ménopause (International Menopause Society, IMS) est présentée dans le présent numéro ; la version allemande a déjà été publiée dans *J Gynäkol Endokrinol (Schweiz)* 4/2010.

Les recommandations des sociétés suisse et autrichienne de ménopause au sujet du THS tiennent compte de ce développement. Elles sont également en accord avec les recommandations de l'IMS, avec les nouvelles recommandations de la NAMS et avec celles de l'Endocrine Society. Malheureusement, ce n'est pas le cas des directives allemandes de niveau S3. Les directives S3 restent maintenues dans un état qu'on pourrait décrire comme une sorte de «fondamentalisme de la médecine factuelle»; elles devraient urgemment être adaptées aux nouveaux développements. À mon avis, les directives allemandes S3 violent plusieurs règles fondamentales de l'établissement de recommandations et de directives. Ainsi, les études randomisées contrôlées ne devraient servir de critère déterminant que si elles concernent la même population, avec les mêmes caractéristiques de base – l'âge, le BMI, les symptômes présents, l'objectif thérapeutique (par exemple traitement des bouffées de chaleur), la fréquence des facteurs de risque, les maladies non traitées préexistantes (par exemple hypertension artérielle), etc. – telles que nous les rencontrons chez nos patientes dans la pratique quotidienne.

Cette règle n'est appliquée ni pour l'étude WHI, ni pour l'étude HERS (une étude sur la prévention cardio-vasculaire secondaire), alors que les directives allemandes S3 s'appuient essentiellement sur ces deux études.

Lorsqu'aucune étude randomisée et contrôlée n'est disponible sur la population qui correspond à notre réalité quotidienne, il est nécessaire de recourir à la prochaine catégorie dans la hiérarchie des niveaux de preuve: les études observationnelles solides (études de cas, études de contrôle et études de cohortes). Dans cette catégorie, certaines études dans le domaine du THS de la femme ménopausée sont d'excellente qualité, comme par exemple la Nurses' Health Study. Lorsque cette voie est négligée et qu'une étude randomisée et contrôlée concernant une population différente de nos patientes leur est artificiellement attribuée, c'est une méconnaissance des principes de la véritable médecine factuelle, et non son sens réel. Les études randomisées et contrôlées ne sont pas toujours appropriées et les études d'observation ne sont pas fondamentalement suspectes (comme le suggère en particulier – peut-être involontairement – la version succincte des directives S3). La réalité clinique est nettement plus complexe que décrite dans les directives S3, surtout à cause de l'influence de l'âge et de l'écart de temps entre le début de la ménopause et le début du traitement. En principe, ces directives peuvent être considérées comme un consensus interdisciplinaire correspondant au plus faible dénominateur commun entre les représentants de 19 sociétés (dont des groupes de non-professionnels). Tous les représentants de la commission avaient le même droit de vote. Les connaissances spécialisées en endocrinologie gynécologique n'étaient pas prises en compte pour la pondération des voix. En outre, la Commission des directives n'a pas autorisé les analyses de sous-groupes de l'étude WHI pour les messages («statements») des directives S3, jugeant leur puissance statistique trop faible. Ceci est en désaccord avec le «WHI Steering Committee» lui-même ainsi qu'avec d'autres sociétés savantes de renom telles que l'IMS, la NAMS et l'Endocrine Society, qui ont pris une autre décision à bon escient et autorisé des sous-analyses pour certaines questions (par exemple le risque cardio-vasculaire). La Commission des directives veut donc être ici plus royaliste que le roi. Étant donné que les études HERS et WHI ont également eu le plus de poids dans les méta-analyses considérées pour les directives S3, les études observationnelles n'ont joué un rôle pour l'évaluation que lorsqu'il n'existait pas de données de l'étude WHI et/ou de l'étude HERS. De même, les données cliniques/expérimentales – une des bases des plausibilités biologiques – sont restées ignorées. Les directives S3 ne sont donc pas applicables en Suisse et en Autriche, que ce soit sur le plan clinique ou dans la formation initiale et continue. Les deux pays ont émis leurs propres recommandations.

Le développement s'est déroulé plus calmement au cours des 10 dernières années dans le domaine de la contraception hormonale. Le groupe de travail zurichois, composé de spécialistes en endocrinologie gynécologique d'universités allemandes, suisses et autrichiennes, élabore régulièrement des recommandations dans ce domaine. Ces recommandations remaniées chaque année visent à donner des conseils concis pour le diagnostic et le traitement, basés sur les derniers acquis scientifiques. Les recommandations de 2010 pour la contraception hormonale sont le deuxième grand thème du présent numéro.

T. Ots discute dans son article «L'acupuncture lors de stérilité ou pour préserver la grossesse: un aperçu avec une idée de recherche» une option thérapeutique de plus en plus actuelle de la médecine complémentaire pour les couples souhaitant un enfant. La forme d'acupuncture qu'il propose n'est pas encore confirmée par la médecine factuelle. C'est pourquoi l'auteur suggère judicieusement la réalisation d'une étude multicentrique randomisée et contrôlée pour permettre des recommandations cliniques concrètes.

Le dernier article inclus à ce numéro se penche sur un thème hors de l'endocrinologie gynécologique: **N. Nitzsche** et **H. Schulz** prennent position au sujet de la faisabilité d'un entraînement régulier à l'aide de la Nintendo Wii Fit Plus chez les femmes après une grossesse. Bien que les adaptations métaboliques et morphologiques n'aient pas été significatives, on peut attendre d'après cette étude pilote un degré élevé de motivation. L'aspect amusant de cet entraînement peut conduire selon les auteurs à une pratique régulière des variations d'exercices proposées à la Nintendo Wii Fit Plus.

Avec le présent numéro, la version suisse du *Journal d'endocrinologie gynécologique* change d'éditeur: à partir du numéro 2/2011, le **Dr Petra Stute, PD** (Clinique gynécologique de l'Université de Berne), sera la nouvelle éditrice. Elle possède toutes les qualités nécessaires pour conduire notre magazine avec succès dans la nouvelle décennie. Je la remercie de tout cœur de bien vouloir accepter cette tâche.



Il me reste à vous remercier de votre fidélité des dernières années et de vous présenter mes meilleurs vœux pour une année 2011 remplie de succès et de satisfactions.

Prof. Dr. Martin Birkhäuser, Editeur

Littérature:

- Bodmer C, Steimann S, Schiessl K, et al. Hormonersatztherapie (HET) – Guidelines für die Schweiz. J Gynäkol Endokrinol 2009 (Schweiz); 3 (2): 26–30.
- Birkhäuser M, Panay N, Archer DF, et al. Updated practical recommendations for hormone replacement therapy in the peri- and postmenopause. Climacteric 2008; 11: 108–23.
- Huber J. Konzept für das Konsensuspapier der Österreichischen Menopausegesellschaft. Communication orale, Vienne, 10. décembre 2010.
- North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of the NAMS. Menopause 2010; 17: 242–55.
- Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al. Postmenopausal hormone therapy: Endocrine Society Scientific Statement. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95 (Suppl 1): s1–s66.



C'est à moi d'exprimer ma gratitude. Je suis extrêmement heureuse d'avoir été choisie par le Professeur Martin Birkhäuser pour prendre sa succession en tant qu'éditrice du *Journal d'endocrinologie gynécologique*.

Je me présente brièvement: je travaille depuis 2 ans en tant que directrice adjointe du service d'endocrinologie gynécologique et de médecine de reproduction à la Clinique gynécologique de l'Inselspital de Berne. J'ai repris le centre de ménopause fondé par le Professeur Birkhäuser. Je suis originaire de Rhénanie-du-Nord-Westphalie (Allemagne) et avant de venir à Berne, je travaillais à la Clinique gynécologique universitaire de Münster. Le thème de l'endocrinologie gynécologique et de la ménopause m'accompagne de façon intensifiée depuis mes séjours de recherche à la Wake Forest University à Winston Salem (États-Unis), commencés en 2001. Je fais partie du Comité de la Société allemande de ménopause (DMG) depuis 2007 et ai rejoint celui de la Société suisse de ménopause (SSM/SMG) cette année.

Mon objectif est de vous offrir comme par le passé des informations d'actualité sur les développements et les manifestations dans le domaine de l'endocrinologie gynécologique, de transmettre des messages de la SSM et d'intégrer des domaines thématiques tels que Women's Health. Bien entendu, vos suggestions et commentaires seront les bienvenus.

Je me réjouis d'ores et déjà des prochains mois et des années à venir!

*Bien à vous,
Petra Stute*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

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](#)