

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

First to know

Stute P

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2012; 6 (3)

(Ausgabe für Österreich), 26-27

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2012; 6 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 36-37

**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. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · 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





First to know

P. Stute

AMH zur Prädiktion der Menopause

Broer SL, Eijkemans MJ, Scheffer GJ, et al. Anti-Müllerian hormone predicts menopause: a long-term follow-up study in normoovulatory women. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 2532–9.

Hintergrund

Das Zytokin Anti-Müller-Hormon (AMH) wird in den Granulosazellen des Follikelpools vor der Selektion des dominanten Follikels gebildet. Es kontrolliert die Follikulogenese, indem es das weitere Recrutement von Follikeln hemmt (Ziel: nur eine begrenzte Anzahl von Follikeln reift pro Zyklus heran) und den wachstumsfördernden FSH-Effekt bremst (Ziel: Selektion des dominanten Follikels). AMH im Serum nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Zusammenfassung

Für diese Studie wurden 257 normoovulatorische Frauen (Alter 21–46 Jahre) aus 3 Kohorten mit vergleichbaren Einschlusskriterien ausgewählt und die Parameter AMH, antrale Follikelzahl (AFC) und follikelstimulierendes Hormon (FSH) zu den Zeitpunkten Basis (V1) und nach 11 Jahren (V2) gemessen. Darüber hinaus wurde bei der zweiten Visite V2 der Menopausenstatus (reproduktive Phase mit regelmäßigem Zyklus, menopausaler Übergang oder Postmenopause) sowie das Menopausenalter ermittelt. Mittels Cox-Regressionsanalyse wurde die Genauigkeit der ovariellen Reservetests AMH, AFC und FSH bezüglich ihrer Vorhersagekraft der Zeitspanne bis zur Menopause untersucht; 48 (19 %) Frauen waren zum Zeitpunkt V2 postmenopausal. Die Autoren erstellten für die Beziehung zwischen altersspezifischem AMH (V1) und dem Menopausenalter ein Nomogramm. Alter, AMH und AFC (V1) korrelierten signifikant mit der Zeitdauer bis zur Menopause ($p < 0,001$) und vermochten häufig das Menopausenalter richtig vorherzusagen (C-Statistik; 0,87, 0,86 bzw. 0,84). Nach der Adjustierung für den Faktor Alter galt dies nur noch für AMH (C-Statistik; 0,90). Als Beispiel wurde eine 30-jährige Frau mit einem AMH von 0,15 ng/ml (entspr. 5. Perzentile der altersspezifischen AMH-Serumkonzentration) genannt, deren geschätztes medianes Menopausenalter demnach 48,8 Jahre (5.–95. Perzentile entspr. 42,1–53 Jahre) beträgt. Für eine altersgleiche Frau mit einem AMH von 4,38 ng/ml (entspr. 95. Perzentile der altersspezifischen AMH-Serumkonzentration) beträgt das geschätzte mediane Menopausenalter dagegen 55,3 Jahre (5.–95. Perzentile entspr. 47,7–60,1 Jahre). Hieraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass Alter und AMH die Zeitspanne vorhersagen können, in der die individuelle Menopause eintreten wird.

Kommentar

Mit der Frage, wann genau die Menopause eintreten wird, werden die meisten Gynäkologen fast täglich konfrontiert, wenn

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem „Newsletter“ der Deutschen Menopause Gesellschaft e. V.

es um Problemstellungen wie Blutungsstörung oder Kontrazeptionsnotwendigkeit in der Perimenopause geht. AMH gilt bereits als bester Marker der ovariellen Reserve. Bisher ist jedoch nur eine sehr vage Aussage zum erwarteten individuellen Menopausenalter möglich und somit z. B. die Frage der Kontrazeptionsnotwendigkeit nicht eindeutig zu beantworten. In einer früheren Studie konnte beispielsweise gezeigt werden, dass AMH 5 Jahre vor der Menopause unter die Nachweisgrenze fällt [1].

In der vorliegenden Studie wurde die Beziehung zwischen AMH bei normoovulatorischen Frauen und dem Zeitpunkt der zukünftigen Menopause untersucht. Die Ergebnisse sind somit auch nur für normoovulatorische Frauen gültig. Das konstruierte Nomogramm hat für die jüngere, ovulatorische Frau, die ihr Menopausenalter schätzen möchte, einen guten prädiktiven Wert (die prädiktiven Bereiche des Menopausenalters umfassen für alle AMH-Perzentilen eine 10-Jahres-Zeitspanne). AMH ist jedoch nicht prädiktiv für Frauen in ihren späten 40er-Jahren mit unregelmäßigen Zyklen. Gerade diese Frauen würden wahrscheinlich am meisten von einer exakten Vorhersage des Menopausenalters profitieren. Einschränkend muss außerdem hinzugefügt werden, dass aufgrund des Poolings verschiedener Kohorten auch 2 unterschiedliche Assays zur Messung von AMH eingesetzt wurden. Nichtsdestotrotz ist diese Studie ein Schritt in die richtige Richtung und untermauert erneut die Bedeutung von AMH als besten Marker der Eizellreserve.

Literatur:

1. Sowers MR, Eyvazzadeh AD, McConnell D, et al. Anti-müllerian hormone and inhibin B in the definition of ovarian aging and the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 3478–83.

Hysterektomie aus benigner Indikation – mit oder ohne elektive Adnexektomie?

Jacoby VL, Grady D, Wactawski-Wende J, et al. Oophorectomy vs ovarian conservation with hysterectomy: cardiovascular disease, hip fracture, and cancer in the Women's Health Initiative observational study. *Arch Intern Med* 2011; 171: 760–8.

Hintergrund

Bei Hysterektomie (HE) aufgrund nicht-maligner Indikation wird häufig eine elektive bilaterale Adnexektomie (BSO) durchgeführt, obwohl unklar ist, ob dies langfristig mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist.

Zusammenfassung

Postmenopausale Frauen im Alter zwischen 50 und 79 Jahren, die an der WHIOS teilnahmen, keine familiäre Ovarialkarzinombelastung aufwiesen und entweder über eine HE mit bilateraler Adnexektomie (BSO; $n = 14.254$) oder HE mit Ovarienerhalt ($n = 11.194$) berichteten, wurden in diese prospektive Kohortenstudie eingeschlossen. Ziel war es, den Einfluss einer BSO auf Herzgefäßerkrankungen (CVD), Hüftfrakturen, Malignome und Mortalität zu untersuchen. 78,6 % der Frauen waren

derzeitige oder frühere HRT-Anwenderinnen. In der multivariaten Analyse zeigte sich, dass eine BSO nicht mit einem erhöhten Risiko für tödliche bzw. nicht-tödliche koronare Ereignisse, Koronarbypass/PTCA, Apoplex, CVD-Ereignisse, Hüftfraktur oder Tod verbunden war. Stattdessen war während des mittleren Beobachtungszeitraums von 7,6 Jahren eine BSO mit einem reduzierten Risiko für ein Ovarialkarzinom (0,02 % Gruppe mit BSO; 0,33 % Gruppe mit Ovarkonservierung; NNT = 323) bei fehlendem Einfluss auf das Risiko für Mamma-, Kolorektal- und Bronchialkarzinom assoziiert. Die Autoren kommen somit zu dem Schluss, dass die BSO das Risiko für ein Ovarialkarzinom senkt, auch wenn die Erstdiagnose eines Ovarialkarzinoms in beiden Gruppen ein seltenes Ereignis war. Darüber hinaus scheint im Vergleich zur Ovarkonservierung die BSO keinen negativen Einfluss auf CVD-Ereignisse, Hüftfrakturen, Malignome und Mortalität zu haben.

Kommentar

Die Hauptmotivation für eine elektive bilaterale Adnexektomie bei benigner HE ist die Ovarialkarzinomprävention. Auch wenn eine BSO das Ovarialkarzinomrisiko fast eliminiert, so scheint die alleinige HE ebenfalls einen protektiven Effekt zu haben [1]. Der Zusatznutzen einer BSO für die Ovarialkarzinomprävention im Vergleich zu HE mit Ovarerhalt ist demnach fragwürdig bzw. gering. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie v. a. für zum Operationszeitpunkt prämenopausale Frauen widersprechen denen der „Nurses' Health Study“ (NHS), die mit einer Fallzahl von 29.380 Frauen und einem Follow-up von 24 Jahren die bisher größte Studie zu diesem Thema ist [2]. Hier konnte für die BSO ein erhöhtes Risiko für KHK, Gesamt- und Malignommortalität gezeigt werden. Das Risiko für z. B. die KHK-Mortalität war v. a. für Frauen < 50. Lebensjahr bei BSO erhöht, welches durch die Nichtanwendung einer HRT noch gesteigert wurde. In der Post-WHI-Ära ist die Anwendung einer HRT stark rückläufig. Den anhaltenden Trend vorausgesetzt,

ist somit eine Zunahme von kardiovaskulären Erkrankungen v. a. bei Frauen mit früher (iatrogener) Menopause nicht ausgeschlossen. Dies ist gerade angesichts der positiven Ergebnisse der aktuellen WHI-Analyse zur Primärprävention von CVD durch eine Östrogenmonotherapie [3] bei der Beratung zu beachten. Nicht berücksichtigt wurden in der vorliegenden Studie die Endpunkte Lebensqualität, Sexualität, Affekt und kognitive Funktion.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die elektive Adnexektomie bei benigner HE nicht automatisch erfolgen sollte, sondern u. a. die Faktoren Alter, Lebensqualität, HRT-Anwendung, vorausgegangene CVD bzw. CVD-Risikofaktoren in die Entscheidung miteinbezogen werden sollten. Hier wäre eine bessere Kommunikation zwischen Gynäkologischen Endokrinologen und Operateuren wünschenswert.

Literatur:

1. Rosenblatt KA, Thomas DB. Reduced risk of ovarian cancer in women with a tubal ligation or hysterectomy. The World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1996; 5: 933–5.
2. Sigtler SE, Boike GM, Estape RE, et al. Ovarian cancer in women with prior hysterectomy: a 14-year experience at the University of Miami. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 681–4.
3. LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, et al.; WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305: 1305–14.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Petra Stute

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Universitätsklinik für Frauenheilkunde

Inselspital Bern

CH-3010 Bern, Effingerstrasse 102

E-Mail: petra.stute@insel.ch

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](#)