

Journal für

# Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

## First to know

Stute P

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2013; 7 (1)*

*(Ausgabe für Österreich), 31-32*

*Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2013; 7 (1)*

*(Ausgabe für Schweiz), 21-22*

**Offizielles Organ der Österreichischen  
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen  
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

[www.kup.at/gynaekologie](http://www.kup.at/gynaekologie)

Member of the



**Homepage:**

[www.kup.at/gynaekologie](http://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



## ■ Gestagen, Affekt und Menopause

Rogines-Velo MP, Heberle AE, Joffe H. *Effect of medroxyprogesterone on depressive symptoms in depressed and nondepressed perimenopausal and postmenopausal women after discontinuation of transdermal estradiol therapy. Menopause* 2012; 19: 471–5.

### Hintergrund

Östrogene wirken v. a. bei perimenopausalen Frauen (LoE-B) und bei Frauen mit menopausalen Beschwerden (LoE-C) antidepressiv [1]. Der Einfluss von Gestagenen wird dagegen kontrovers diskutiert. Dieser Aspekt ist jedoch bei der Beratung zur kombinierten HRT v. a. bei Frauen mit Depression relevant.

### Zusammenfassung

Der Einfluss einer Gestagen-Therapie auf depressive Symptome wurde in 2 randomisierten, placebokontrollierten Studien (RCT) mithilfe des Beck Depression Inventory (BDI) untersucht. Hierfür wurden placebokontrolliert 52 nicht-depressive (RCT-1) bzw. 72 depressive (RCT-2) 40–60-jährige, peri- und postmenopausale Frauen während 8–12 Wochen transdermal mit 0,05 mg 17 $\beta$ -Östradiol pro Tag behandelt. Im Anschluss an die Östrogen-Monotherapie erhielten Frauen mit intaktem Uterus täglich während 14 Tagen open-label, oral 10 mg Medroxyprogesteronacetat (MPA). Depressive Symptome wurden per BDI vor Start und nach Abschluss der Östrogen-Monotherapie sowie nach Abschluss der Gestagen-Monotherapie erfasst. Der BDI-Score reicht von 0–63 Punkten, wobei im Allgemeinen ein Score  $\geq$  18 Punkte für eine klinisch relevante Depression spricht. Depressive Frauen hatten zu jedem Messzeitpunkt einen höheren BDI-Score als nicht-depressive Frauen. In beiden Behandlungsgruppen war jedoch ein signifikanter antidepressiver Effekt der Östrogene nachweisbar, der bei depressiven Frauen signifikant stärker ausgeprägt war als bei nicht-depressiven. Weder depressive (n = 14) noch nicht-depressive (n = 24) Frauen zeigten während der MPA-Behandlung eine Zunahme depressiver Symptome (kein Gruppenunterschied; p = 0,25). Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass der antidepressive Effekt der Östrogene auch nach Therapieende und gefolgt von einer kurzfristigen, reinen MPA-Therapie nicht verlorengeht. Dies gilt auch dann noch, wenn Hitzewallungen und Schweißausbrüche nach dem Stopp der Östrogentherapie wieder auftreten.

### Kommentar

Beide Studien unterstützen die Ergebnisse früherer Untersuchungen eines positiven, d. h. antidepressiven Einflusses von Östrogenen auf den Affekt. Basierend auf der aktuellen Datenanalyse sollten Gestagene depressiven Frauen mit intaktem Uterus aus Sorge vor einer Zunahme depressiver Symptome nicht vorenthalten werden. Einschränkend muss hinzugefügt

werden, dass (a) das untersuchte Kollektiv klein ist, (b) die Ergebnisse nicht automatisch auf andere Östrogen- und Gestagentypen, -dosierungen und -applikationsformen übertragbar sind und (c) je nach Schweregrad einer vorbestehenden Depression unterschiedlich starke Effekte zu erwarten sind.

### Literatur:

1. Santen RJ, Allred DC, Ardoin SP, et al.; Endocrine Society. Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific

statement. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95 (Suppl 1): s1–s66.

## ■ Macht die Menopause dick?

Wildman RP, Tepper PG, Crawford S, et al. *Do changes in sex steroid hormones precede or follow increases in body weight during the menopause transition? Results from the Study of Women's Health Across the Nation. J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: E1695–E1704.

### Hintergrund

Die Prävalenz der Adipositas nimmt bei Frauen ab der Lebensmitte zu. Es ist unklar, ob dies am Alterungsprozess, an der menopausalen Transition oder an beidem liegt. Insbesondere ist unklar, ob eine Zunahme des Körpergewichts bzw. die Entwicklung einer abdominalen Adipositas eine Veränderung des Sexualhormonprofils induziert oder umgekehrt.

### Zusammenfassung

Die US-amerikanische „Study of Women's Health Across the Nation“ (SWAN) ist eine prospektive Kohortenstudie, die biologische und psychosoziale Veränderungen während der menopausalen Transition untersucht. Für die aktuelle Studie wurden die Daten von 1528 Frauen mit einem Durchschnittsalter von 46 Jahren bei Studienbeginn und 9 Jahren Follow-up ausgewertet. Hauptzielparameter waren Bauchumfang (BU) bzw. Körpergewicht sowie die Serumkonzentration von SHBG, Testosteron, Östradiol und FSH. Der jeweilige aktuelle BU war prädiktiv für SHBG, Testosteron und FSH i.S. bei der Folgevisite 3 Jahre später, aber nicht umgekehrt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass pro 1 cm BU-Zunahme SHBG i.S. um 0,07–0,25 nM ab- und Testosteron um 0,08–0,16 mg/dl zunahm. FSH i.S. sank ebenfalls mit zunehmendem BU. Das Verhältnis von BU und Östradiol i.S. war jedoch wechselseitig und abhängig vom reproduktiven Stadium. In der Prä- und frühen Perimenopause war eine BU-Zunahme mit einem Abfall von Östradiol i.S. bei der Folgevisite verbunden. Dagegen war in der späten Peri- und Postmenopause eine BU-Zunahme mit einem Anstieg von Östradiol i.S. assoziiert. Zudem bestand eine schwach negative Assoziation zwischen Östradiol i.S. und dem BU. Die Wahl der Kovariablen Körpergewicht anstelle des BU führte zu ähnlichen Ergebnissen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass in der zeitlichen Sequenz die Gewichtszunahme zuerst, gefolgt von Veränderungen der Sexualhormonkonzentration auftritt.

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

### Kommentar

Jetzt wissen wir es: Nicht die Menopause ist „schuld“ an der Gewichtszunahme in der Lebensmitte. Aber wer dann? Der Alterungsprozess, die Ernährungsgewohnheiten, der Bewegungsmangel? Wie dem auch sei: Eine Gewichts- bzw. eine BU-Zunahme begünstigt ein „ungünstiges“ Hormonprofil und erklärt vielleicht, warum die prämenopausale Adipositas nicht, die postmenopausale Adipositas aber sehr wohl mit einem erhöhten Mammakarzinomrisiko verbunden ist [1]. Die sich daraus ergebende Frage ist, ob das Hormonprofil durch eine Gewichtsabnahme positiv verändert werden kann. In einer weiteren aktuellen Studie wurde genau dies untersucht [2]. Es konnte gezeigt werden, dass bei postmenopausalen Frauen sowohl Diät als auch Sport und am eindrucklichsten die Kombination aus Diät und Sport die Serum-Steroidhormonkonzentration reduzieren und SHBG i.S. erhöhen. Die Limitationen der vorliegenden Studie liegen in der Messmethode des abdominalen Fettanteils, da der BU sowohl das Subkutan- als auch das In-

traabdominalfett misst, und in nicht ausschließbaren Tages- und Zyklusschwankungen der Östradiolserumkonzentration.

---

### Literatur:

1. Yong LC, Brown CC, Schatzkin A, et al. Prospective study of relative weight and risk of breast cancer: the Breast Cancer Detection Demonstration Project follow-up study, 1979 to 1987–1989. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 985–95.
2. Campbell KL, Foster-Schubert KE, Alfano CM, et al. Reduced-calorie dietary weight loss, exercise, and sex hormones in postmenopausal women: randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2012; 30: 2314–26.

### 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](mailto: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](#)