

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

First to know

Stute P

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2014; 8 (3)

(Ausgabe für Österreich), 30-31

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2014; 8 (3)

(Ausgabe für Schweiz), 31-32

**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

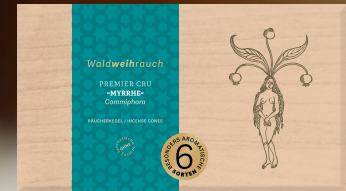
Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at



First to know

P. Stute

■ Der Verzicht auf Östrogene erhöht das Sterberisiko

Sarrel PM, Njike VY, Vinante V, et al. *The mortality toll of estrogen avoidance: an analysis of excess deaths among hysterectomized women aged 50 to 59 years. Am J Public Health 2013; 103: 1583–8.*

Hintergrund

In den USA sorgt soeben eine weitere Auswertung der Women's Health Initiative (WHI), diesmal des Placeboarms der WHI-Teilstudie konjugierte equine Östrogene (CEE) vs. Placebo bei hysterektomierten Frauen, für Aufregung.

Zusammenfassung

Die Autoren gehen der Frage nach, inwiefern der Verzicht auf Östrogene in der Altersgruppe 50–59 Jahre die Sterbewahrscheinlichkeit über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren beeinflusst. Hierzu wurden hysterektomierte Frauen, die in einer Teilstudie der WHI mit Placebo behandelt wurden, mit der entsprechenden Gesamtpopulation US-amerikanischer Frauen verglichen und die zusätzlichen Sterbefälle errechnet, wobei die abnehmende Prävalenz der Östrogenanwendung mitberücksichtigt wurde. Es wurde gezeigt, dass seit 2002 zwischen 18.601 und 91.610 postmenopausale Frauen vorzeitig aufgrund des Verzichts auf Östrogene verstorben sind. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Gabe von Östrogenen bei jüngeren, hysterektomierten, postmenopausalen Frauen mit einer reduzierten Gesamtmortalität verbunden ist. Die entsprechende Aufklärungsarbeit der behandelnden Ärzte sollte intensiviert werden.

Kommentar

Die Assoziation einer Östrogentherapie bei jüngeren postmenopausalen Frauen (bei Therapiestart Alter < 60 Jahre bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause) mit einer reduzierten Gesamtmortalität ist nicht neu. Bisherige Annahmen reichen von einer Mortalitätsenkung durch eine Hormontherapie von 28 % [1], über 30 % [2] und 39 % [3] bis 43 % [4]. Dieser Effekt scheint, zumindest für CEE bei hysterektomierten Frauen, sogar nachhaltig zu sein [5]. Allerdings beruhen die genannten Zahlen auf komplexen mathematischen Modellierungen und u. a. der Annahme, dass das koronare günstige Zeitfenster für Hormone [6] tatsächlich existiert, was z. B. durch die KEEPS-Studie (präsentiert bei der NAMS-Jahrestagung 2012) bisher nicht belegt werden konnte. Somit gilt trotz dieser vielversprechenden Daten weiterhin die Empfehlung einer individualisierten Beratung und nicht die Verteilung von Östrogenen nach dem „Gießkannenprinzip“.

Literatur:

1. Salpeter SR, Walsh JM, Greyber E, et al. Mortality associated with hormone replacement therapy in younger and older women: a metaanalysis. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 791–804.
2. Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007; 297: 1465–77.
3. Salpeter SR, Cheng J, Thabane L, et al. Bayesian meta-analysis of hormone therapy and mortality in younger postmenopausal women. *Am J Med* 2009; 122: 1016–1022.e1.
4. Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CK, et al. Effect of hormone replacement treatment on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomized trials. *BMJ* 2012; 345: e6409.
5. La Croix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, et al.; WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305: 1305–14.
6. Clarkson TB, Meléndez GC, Appt SE. Timing hypothesis for postmenopausal hormone therapy: its origin, current status, and future. *Menopause* 2013; 20: 342–53.

■ Einfluss von Östrogendosis und -applikationsform auf das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko?

Schufelt CL, Merz CN, Prentice RL, et al. *Hormone therapy dose, formulation, route of delivery, and risk of cardiovascular events in women: findings from the Women's Health Initiative Observational Study. Menopause* 2014; 21: 260–6.

Hintergrund

Eine „low-dose“ und/oder transdermale Östrogentherapie wird mit einem geringeren kardiovaskulären Erkrankungsrisiko assoziiert. Die Evidenz für diese Aussage ist jedoch begrenzt.

Zusammenfassung

Die Women's Health Initiative Observational Study (WHIOS) ist eine prospektive Kohortenstudie an – bei Studienstart 50–79-jährigen – postmenopausalen Frauen, die u. a. jährlich per Fragebogen zur Hormontherapie (HT) interviewt wurden. Die HT-Subkategorien waren: (1) orale „low-dose“ konjugierte equine Östrogene (CEE; < 0,625 mg/Tag), (2) orale „standard-dose“ CEE (0,625 mg/Tag), (3) orale „high-dose“ CEE (> 0,625 mg/Tag), (4) orale Östrogene (CEE + Östradiol [E₂]), (5) orale Östrogen-Gestagen-Therapie (EPT) mit oralen CEE bzw. E₂ plus synthetischem Gestagen bzw. Progesteron und (6) Dosis-unabhängige transdermale Östrogentherapie (ET) plus ggf. synthetischem Gestagen bzw. Progesteron bei intaktem Uterus. Endpunkte dieser Studie waren: (1) relevante koronare Herzkrankheit (KHK; nichttödlicher Herzinfarkt, Koronartod), (2) Apoplex, (3) kardiovaskuläre Mortalität, (4) alle kardiovaskulären Ereignisse (1 + 2 + 3) und (5) Gesamtmortalität. Die Datenbasis waren rund 42.000 Frauen, die zum Studienstart eine HT einsetzten (45 % der Gesamtpopulation). Das Follow-up betrug 10,4 Jahre. Der Zeitraum seit der Menopause (< oder ≥ 10 Jahre) und die HT-Dauer (< oder ≥ 5 Jahre) wurden als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt. Die meisten Frauen wendeten orale „standard-dose“ CEE an. Eine transdermale ET/EPT war – unabhängig vom Zeitpunkt seit der Menopause und der HT-Anwendungsdauer – im Vergleich zu oralen „standard-dose“ CEE mit einem nichtsignifikant niedrigeren Risiko für eine relevante KHK und Apoplex ver-

bunden. Orale „low-dose“ CEE waren mit einem nichtsignifikant erniedrigten Risiko für alle kardialen Ereignisse, nicht aber für Apoplex, assoziiert. Beim Vergleich der Östrogentypen zeigte sich ein nichtsignifikant erniedrigtes Apoplexrisiko unter oralem E₂ im Vergleich zu oralen „standard-dose“ CEE. Der Vergleich orale EPT versus orale „standard-dose“ CEE zeigte keine Unterschiede bzgl. kardio- und zerebrovaskulärer Ereignisse bzw. Mortalität.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass (1) Östrogenosis und -applikationsform kaum eine Rolle für die kardiovaskuläre Gesundheit spielen, aber (2) orales E₂ evtl. günstiger bzgl. Apoplexrisiko und (3) eine transdermale HT sowie (4) „low-dose“ CEE evtl. günstiger bzgl. koronarer Ereignisse seien.

Kommentar

Trotz der Kohortengröße und des langen Beobachtungszeitraums ist eine finale Aussage über das vermutete günstigere kardiovaskuläre Profil einer transdermalen bzw. „low-dose“

HT nicht möglich. Das liegt zum einen an den typischen Schwächen einer Observationsstudie, der geringen Fallzahl in den Gruppen der transdermalen HT- (n = 2187) und „low-dose“ CEE- (n = 2149) Anwenderinnen sowie am alleinigen Einschluss von derzeitigen HT-Anwenderinnen bei Studienstart. Hierdurch wird die im 1. Anwendungsjahr einer oralen HT erhöhte Inzidenz koronarer Ereignisse nicht miterfasst und möglicherweise die Prävalenz kardiovaskulärer Ereignisse im Beobachtungszeitraum unterschätzt. Und somit erklingt wieder der Ruf nach weiteren Studien ...

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](#)