

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Menopause heute und morgen: Menopausekongress 2015

Tramontana A

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (1)

(Ausgabe für Österreich), 27-28

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (1)

(Ausgabe für Schweiz), 27-28

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. GZ072007636M · 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



Menopause heute und morgen

Menopausekongress 2015

A. Tramontana

■ Neue Zeiten, neue Sitten: die Vielfalt der Alternative

Der Menopausekongress 2015 in Wien, von 10.–12. Dezember im Hotel Hilton am Stadtpark, seit Jahren eine Institution in den Bereichen Menopause, Andropause und Anti-Aging, traf mit seinem Kursprogramm erfolgreich den Nerv der Zeit. Der richtige Umgang mit Hormonen betrifft die Gesundheit in jeder Lebenslage und bringt das Potenzial für ein mehr und mehr ganzheitliches Zeitalter des gynäkologischen Denkens und Handelns. Therapeutische Ansätze gehen in Zukunft weit über die Grenzen der Frauenheilkunde hinaus und integrieren zahlreiche Disziplinen in moderne Behandlungskonzepte. Mit Einflüssen aus den verschiedensten Fachgebieten (Genetik, Neurologie, Dermatologie, Zahnmedizin) und den unterschiedlichsten Lebensbereichen (Ernährung, Schlaf, Philosophie) führt der Weg in Richtung natürlicher Therapiealternativen und Komplementärmedizin und verfolgt das Ziel des gesunden Älterwerdens zur Erhaltung der Lebensqualität bis ins hohe Alter.

■ Menopause: Natürliche Hormone

Nach dem Trend der Natürlichkeit widmete sich **Priv.-Doz. Dr. Alexander Römmler**, München, den bioidenten Hormonen und rückt deren medial kontroverse Wahrnehmung ins rechte Licht. „*Das Merkmal bioidentisch ist zu unpräzise*“, es seien vielmehr „*spezielle Kriterien zu beachten*“. Konkret, so Römmler, kommt es im Rahmen einer bioidenten Menopause-Therapie vor allem auf die generelle Methodik (physiologische Hormone in niedrig-physiologischem Wirkspiegelbereich bei geeigneter Darreichungsform) und die individuellen Aspekte (persönliche Risiken) an. Er zeigt, dass insbesondere der Applikationsweg in Abhängigkeit der klinischen Fragestellung ausschlaggebend ist und sowohl systemische Auswirkungen als auch ein bestimmtes Zeitfenster zu beachten sind. Seine Empfehlung zur menopausalen Substitutionstherapie: die Kombination aus transdermalemem Östrogen (17 β -Estradiol) und oralem Progesteron (mikronisiertes Progesteron). Das Fazit: „*Bioidente Hormone sind kein Etikettenschwindel*“, sondern führen aufgrund fundamentaler Nutzen-Risiko-Unterschiede (zwischen physiologischen und pharmakologischen Hormonen und diversen Darreichungsformen und Dosierungen) zu risikoarmer physiologischer Hormonersatztherapie und helfen, neben therapeutischen auch präventive Aspekte zu nutzen.

Ganz in diesem Sinne stellte sich **Prof. Dr. Petra Stute**, Bern, die Frage: „*Verschieben der Menopause – ist das möglich?*“ und erläuterte die Vor- und Nachteile einer technisch bereits möglichen Kryokonservierung von Ovargewebe für ein späteres Menopausenalter durch endogene Hormone. Es ist bekannt,

dass die allgemeine und kardiale Mortalität bei vorzeitiger früher Menopause in jungen Jahren (< 40) erhöht ist, aber: „*Bringt eine späte Menopause (> 55) einen Überlebensvorteil?*“ Die Studienlage ist noch unklar, lässt allerdings vermuten, so Stute, dass der Benefit einer künstlich späteren Menopause allenfalls nur gering ausfällt, die endogene Hormonsubstitution aber eventuell bei Frauen mit intaktem Uterus besser wäre.

Gleiches bestätigte **Prof. Dr. Adolf Schindler**, Essen, und sprach über das richtige Gestagen für die menopausale Frau, das Gestagen mit dem richtigen Partialeffekt. Die unterschiedlichen Partialwirkungen beruhen auf den strukturellen Unterschieden der verschiedenen Gestagene und deren Bindung an bestimmte Steroidrezeptoren. So verursachen sie entsprechend günstige oder ungünstige Organ Auswirkungen in der Menopause. Infrage kommen daher, so Schindler, lediglich das natürliche Gestagen, das Progesteron (mikronisiertes Progesteron) oder das strukturell ähnliche synthetische Retroprogesteron, das Dydrogesteron (Duphaston). Beide haben ein optimales Wirkungsprofil, sind für die Kombination mit Östrogen geeignet, beeinflussen den Blutdruck positiv und führen nicht zu einem erhöhten Brustkrebsrisiko.

■ Hormonersatztherapie: Hormone 2015

In seinem Vortrag „*Erhöhte Risiken unter MHT (HRT) im WHI-Trial (2002): Was bleibt 2015?*“ präsentierte **Prof. Dr. Martin Birkhäuser**, Basel, die jüngsten Eckdaten aus dem aktuellen Schweizer Expertenbrief (Dezember 2015) bezüglich Nutzen und Risiko der Hormonersatztherapie nach WHI. Auszug aus der Zusammenfassung: „*Kardiovaskuläres Risiko: Eine MHT bringt eine Verminderung der Insulin-Resistenz und bessert zahlreiche Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine Estrogenmonotherapie in mittlerer Dosierung reduziert das Risiko für KHK und die Gesamtmortalität signifikant bei Frauen mit Beginn der Therapie innerhalb des günstigen Zeitfensters (innerhalb von zehn Jahren nach der Menopause), eine kombinierte Estrogen-Gestagen-Gabe mit Beginn der Therapie innerhalb des günstigen Zeitfensters zeigt abhängig vom eingesetzten Gestagen einen neutralen bis positiven Effekt; Zerebrovaskuläres Risiko: Das zusätzliche Risiko an ischämischen Schlaganfällen steigt unter oraler MHT altersabhängig an, es gibt kein günstiges Zeitfenster, das absolute Risiko bleibt mit 1–2 Fällen auf 10.000 Frauenjahre gering, durch Ausschluss von Patientinnen mit vorbestehenden Risikofaktoren für CVI lässt sich jedoch dieser zusätzliche Risikoanstieg vermeiden, unter transdermaler MHT in niedrig bis mittlerer Dosierung ist das Risiko geringer oder nicht erhöht; Thromboembolisches Risiko: Das zusätzliche VTE-Risiko beträgt mit CEE+MPA 11/CEE allein 4 Fälle pro 10.000 Frauenjahre, das höchste Risiko findet sich in den ers-*

ten Monaten, unter transdermaler MHT in niedrig bis mittlerer Dosierung ist das Risiko geringer oder nicht erhöht, die Anwendungsdauer/Art/Dosierung des Gestagens können das VTE-Risiko beeinflussen, unter mikronisiertem Progesteron und Dydrogesteron scheint das Risiko geringer zu sein als unter synthetischen Gestagenen; Brustkrebsrisiko: Die Brustkrebsmortalität sinkt unter CEE allein nach einem medialen Follow-up von 11,8/13 Jahren signifikant um minus 5/7 Fälle auf 10.000 Frauenjahre, es zeigt sich unter einer Estrogenmonotherapie nach einer kumulativen Beobachtungsdauer von 13/16/19 Jahren kein Risikoanstieg für die Inzidenz von und der Mortalität an Brustkrebs, die kombinierte MHT kann das Mammakarzinom-Risiko unter Umständen erhöhen, die korrigierten Resultate für das Brustkrebsrisiko unter CEE+MPA betragen für das Brustkrebsrisiko unter CEE+MPA nach der Interventionsphase von 5,6 Jahren ohne vorherige Hormoneinnahme 1,02, so ist das Brustkrebsrisiko bei Erstanwenderinnen in den ersten 5,6 Behandlungsjahren nicht erhöht, danach beginnt das Risiko zu steigen, unter CEE+MPA wurden nach einer kumulativen Beobachtungszeit von 13 Jahren 9 Fälle mehr pro 10.000 Frauenjahre an invasiven Brustkrebs beobachtet“. Schlussfolgernd, so Birkhäuser, überwiege bei der MHT auch 2015 der Nutzen über die Risiken.

„Jede adäquat dosierte HRT ist effektiv, Unterschiede ergeben sich nur im Risikoprofil“, sagte Prof. DDr. Alfred O. Mueck, Tübingen, und veranschaulichte die Reduktion der Risiken am Beispiel der transdermalen Hormontherapie ohne Nachteil für die therapeutische Prävention. Ganz im Gegenteil, denn durch transdermale Östrogene wird weder das hepatische Angiotensin gesteigert noch das RAAS aktiviert, und so bleibt der Blutdruck unbeeinflusst. Außerdem kommt es unter transdermaler Anwendung zu keiner Destabilisierung bereits bestehender arteriosklerotischer Plaques, sodass das Risiko für arterielle Erkrankungen und Hirninsulte nicht erhöht ist. Das gilt auch im Hinblick auf das Brustkrebsrisiko, bei dem, so Mueck, durch die transdermale Applikation ein exzessiver Östrogenmetabolismus, als einer der Mechanismen einer hormonbedingten Risikoerhöhung für Karzinome, speziell für das Mammakarzinom, vermieden wird.

■ Anti-Aging: Hormone für die Schönheit

„Endokrine Dermatologie: solving an age problem?“, fragten sich Univ. Prof. DDr. Johannes Huber, Wien, und Prof. Dr. Bernd Kleine-Gunk, Nürnberg, und gaben die Antwort in ihrem Workshop über die topische Östrogentherapie für vaginale Gesundheit und einen strahlenden Teint. Niedrige Östrogenspiegel verändern im Alter das vaginale Milieu und verursachen über den Anstieg des pH-Wertes einen daraus resultierenden NO-Mangel mit Überwucherung einzelner Keimstämme und einer daraus entstehenden vaginalen Infektion. Hormonstörungen sind außerdem verantwortlich für eine übermäßige endogene NO-Produktion und führen durch verstärkte Gefäßpermeabilität, Ödembildung und einen zu sauren pH-Wert zu chronischem abakteriellem Fluor mit Irritation des Gewebes und folgender Vulvo-/Vaginodynie. Das hormonelle Gleichgewicht, so Huber weiter, ist daher in der Menopause essenziell und zugleich auch für eine bessere Sexualität und einen vaginalen Orgasmus förderlich. Hormone wirken an der Schleimhaut, erklärte Kleine-Gunk, genau wie auch auf der Haut gegen Falten und Cellulite. Östrogene spielen dabei durch eine vermehrte Kollagen- und Elastinsynthese und eine erhöhte Hyaluronsäurebildung eine zentrale Rolle und reduzieren gleichzeitig Haarausfall. Gestagene vermindern den enzymatischen Bindegewebeabbau durch Hemmung der Matrix-Metalloproteasen und bekämpfen außerdem Teleangiectasien. Auch Androgene leisten ihren Beitrag und werden gegen Cellulite eingesetzt, denn sie vermehren die Epidermiszellen, straffen die Oberhaut und vernetzen das Bindegewebe. Hormone arbeiten also daran, die Altersprobleme zu lösen, und machen klar, dass bei diesen Erkenntnissen das hormonelle Gleichgewicht nicht erst in der Menopause essenziell ist.

Korrespondenzadresse:

Dr. Alessandra Tramontana
Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung
Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital
A-1120 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail: allessandra.tramontana@wienkav.at

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](#)