

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

**Kongressbericht: Neues und praktisch Relevantes aus der
Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin**

von Wolff M, Stute P

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2016; 10 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 30-32

**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

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



Kongressbericht: Neues und praktisch Relevantes aus der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin*

M. von Wolff, P. Stute; zusammengefasst von Dr. H. Baminger

■ Aesthetic & Anti-Aging Medicine World Congress, AWWC, Monaco

Mythen und Fakten zur Ernährung I – Wie gesund ist Kaffee?

Es gibt zahlreiche Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen anamnestisch erfragtem Kaffeekonsum und Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der Mortalität (z. B. [1, 2]). Ein moderater und auch hoher Konsum von insbesondere koffeinhaltigem Kaffee scheint durch einen Effekt auf die Inzidenz von Krebserkrankungen, aber auch durch Effekte auf das kardiovaskuläre System mit einer Verringerung der Mortalität einherzugehen und somit einen „Anti-Aging-Effekt“ zu haben. Dieser Effekt ist maximal beim Konsum von ca. 5 Tassen Kaffee/Tag.

Mythen und Fakten zur Ernährung II – Wie gesund ist Schokolade?

Gemäß einer Metaanalyse [3] reduziert der mehrwöchige Konsum von Kakao in einer Menge, die etwa einer halben Tafel Zartbitterschokolade entspricht, signifikant die Konzentration von LDL, verändert aber nicht die Konzentration von HDL und Triglyceriden. Eine andere Metaanalyse zeigte, dass der Konsum von Kakao in obiger Dosierung in fast allen Studien signifikant die Dilatation der Brachialarterie und die Insulinresistenz erhöhte [4].

Ob die positiven Effekte auf Gefäßelastizität und Insulinresistenz einen solch starken Einfluss auf die Mortalität haben können, dass Schokolade einen „Anti-Aging-Effekt“ haben kann, darf aber bezweifelt werden, da Kakao in der Regel in Form von Schokolade konsumiert wird, die viel Fett und Zucker enthält.

Erhöht Sport die Testosteronproduktion als Alternative zur Testosteronersatztherapie?

In den USA ist die Verschreibung von Testosteron („testosteron replacement therapy“ [TRT]) in der letzten Dekade um 400 % gestiegen. Aufgrund der positiven Effekte einer TRT und der in den Medien häufig genannten Effekte von Sport auf die Testosteronfreisetzung stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß Sport die Testosteronproduktion erhöhen kann.

Große Metaanalysen zeigten, dass Ausdauersport (einmalig 30–180 min) die Testosteronkonzentration signifikant erhöht. Dies trifft jedoch nicht für Kraftsport zu (einmalig 30–60 min) [5]. Die Testosteronkonzentration i. S. betrug bei einer Ausdauerbelastung in einer Studie bei einer niedrigen, moderaten

* Veranstaltet am 10. September 2015 in Olten von der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Universitäts-Frauenklinik, Inselspital Bern; www.weltkongresse.ch

Weltkongresse 2015

Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert

und intensiven 30-minütigen Belastung vor der Belastung 532, 599 bzw. 632 ng/dl, direkt nach der Belastung 684, 705 bzw. 789 ng/dl und 30 min nach der Belastung 627, 649 bzw. 742 ng/dl. Somit ist der Testosteronanstieg nur sehr gering. Der Testosteronanstieg scheint unabhängig vom Geschlecht zu sein [6], ist mit zunehmendem Alter weniger stark ausgeprägt und auch nicht dauerhaft [7].

Sport kann – rein endokrinologisch betrachtet und unabhängig von der Vielzahl positiver Effekte von Sport auf die Gesundheit und die Lebenserwartung – eine ggf. erforderliche „Anti-Aging“-Hormonsubstitution im Alter nicht ersetzen.

Sind Vitamine für das Anti-Aging der Haut wirksam?

Man unterscheidet eine intrinsische und eine extrinsische Hautalterung. In der Folge werden freie Sauerstoffradikale gebildet, die die Epidermis und Dermis schädigen. Die Haut besitzt verschiedene Verteidigungsstrategien, u. a. enzymatische und nichtenzymatische Antioxidantien, zu letzteren zählen die Vitamine.

Eine akzeptable Evidenz im Hinblick auf einen Schutz vor „Photoageing“ gibt es zum Einsatz von Vitamin A. Eine geringere Evidenz, jedoch vielversprechend, liegt hier Vitamin C (Ascorbinsäure), Vitamin E, Vitamin B₃ (Niacin, Nikotinsäure), Vitamin D und Vitamin K vor.

Hautalterung ist ein „Krieg“, den man nicht gewinnen kann. Vitamine (Antioxidantien) sind für die Abwehr von oxidativem Stress wichtig. Falten lassen sich durch die topische Anwendung von Vitamin A, ggf. Vitamin C und E, abmildern. Für die orale Supplementierung von Vitamin A, C, E, B₃, D, K gibt es bzgl. Faltenmilderung noch zu wenige Daten.

Azidität der Nahrung und ihre Folgen

Wir begünstigen über Lebensmittel und mit unserem Lebensstil die Entstehung von Säuren. Damit wir „dennoch“ gut überleben, verfügt unser Organismus über Regelmechanismen, die das Säure-Basen-Gleichgewicht im Blut regulieren.

Ein hoher Verzehr von tierischen Proteinen und Kochsalz ohne neutralisierendes Obst und Gemüse begünstigt in der Tat die Entwicklung einer metabolischen Azidose durch nichtflüchtige Säuren. Die Supplementation von Basen reduziert

das Risiko. Aufgrund der altersbedingten Nierenfunktionsabnahme nimmt der Verlauf progressiv mit dem Alter zu [8]. Die Niere passt sich mit einer Hyperkalziurie an, was die Entstehung von Nierensteinen und möglicherweise einer Osteoporose begünstigt. Ein folgender Muskelabbau zur Gewinnung von Ammoniak-Puffer begünstigt wiederum die Entstehung einer Insulinresistenz und Hyperkortisolämie [9]. Eine latente metabolische Azidose begünstigt evtl. die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas.

■ European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE, Lissabon

Ist die Hydrosonographie eine Alternative zur Office-Hysteroskopie?

Der Studienhintergrund war, dass eine Hydrosonographie ein akkurates Diagnostikum bei symptomatischen Patientinnen darstellt [10] und dass intrauterine Pathologien die IVF-Erfolgsrate verringern können [11]. Unklar war jedoch, ob die Hydrosonographie auch bei nicht-symptomatischen Patientinnen ein akkurates Diagnostikum darstellt und eine Alternative zum diagnostischen Goldstandard, der Hysteroskopie, ist.

Als Kontrolle wurde bei der Studie nach der Hydrosonographie eine Office-Hysteroskopie durchgeführt. Bei 19 von 129 Frauen wurde bei der Hydrosonographie keine Pathologie gefunden, wohl aber bei der Kontroll-Hysteroskopie. Somit wurde ein falsch negativer Befund bei 17 % der Frauen erhoben.

In einer weiteren Analyse wurde die Lebendgeburtenrate nach einer routinemäßigen Hydrosonographie versus einer Hysteroskopie vor der IVF-Therapie untersucht (Beobachtungszeit: 18 Monate). Wurde nur eine Hydrosonographie durchgeführt, lag die Lebendgeburtenrate bei 55 %, wurde eine Hysteroskopie durchgeführt, betrug diese 51 %.

Die Hydrosonographie ist nicht so akkurat wie die Hysteroskopie. Allerdings scheinen die bei der Hydrosonographie übersehenen Pathologien keinen Einfluss auf die Lebendgeburtenrate zu haben. Somit ist die einfach durchzuführende Hydrosonographie möglicherweise ein alternatives Diagnostikum bei asymptomatischen Sterilitätspatientinnen.

Ist die schulische Leistung bei IVF-Kindern eine andere als bei Nicht-IVF-Kindern?

Der Hintergrund der Untersuchung der schulischen Leistungen bei IVF-Kindern im Alter von 15–16 Jahren war, dass verschiedene Studien einen Einfluss von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht auf schulische Leistungen nachgewiesen haben [12] und somit auch ein Einfluss einer IVF-Therapie auf die schulische Leistung vorstellbar ist. Bisherige Untersuchungen ließen bei allerdings sehr jungen Kindern im Alter von 5 Jahren keinen Effekt einer IVF-Therapie auf kognitive Leistungen erkennen [13]. Da diese Vorstudie aufgrund des jungen Alters der Kinder bedingt aussagekräftig war, wurde eine nationale Kohortenstudie mit 10.427 Jugendlichen durchgeführt. Ausgewertet wurden die obligatorischen Schultests bei 2838 IVF-Einlingen und 5661 Nicht-IVF-Einlingen. IVF-Jugendliche zeigten ein signifikant besseres Ergebnis im Schultest. Nach einer Adjustierung zeigte sich in einer multi-

variante Analyse jedoch kein Unterschied zwischen den Gruppen.

Ist eine Natural-Cycle-IVF-Behandlung mit mehreren Therapiezyklen psychisch belastender als ein Zyklus einer klassischen IVF mit einer Gonadotropin-Stimulation?

Verglichen wurde die psychische Belastung bei bis zu drei Natural-Cycle-IVF- (NC-IVF) Therapiezyklen (ohne Gonadotropin-Stimulation) mit einem Zyklus einer klassischen IVF-Behandlung (mit einer hochdosierten Gonadotropin-Stimulation).

Drei Zyklen einer NC-IVF-Therapie führen zu einer gleich hohen Schwangerschaftsrate wie ein Zyklus einer klassischen IVF-Behandlung mit einem Transfer [14]. Die Zahl der Konsultationen ist bei beiden Therapien gleich hoch, wenn die NC-IVF-Therapie unter optimierten Bedingungen durchgeführt wird [15]. Die Kosten pro erzielter Schwangerschaft sind bei einer NC-IVF ca. $\frac{1}{3}$ niedriger, die Behandlungszeit bis zu einer Schwangerschaft ist $\frac{1}{3}$ länger [14].

Die Frauen füllten online vor und nach den NC-IVF-Therapiezyklen und der klassischen IVF Fragebögen zur Lebensqualität, dem therapieinduzierten Stress und dem Depressionsniveau aus. Vor den Therapien waren die Testparameter in beiden Therapiegruppen gleich. Nach der Therapie zeigten die Frauen, die eine klassische IVF-Behandlung durchführten, in 2 Tests (CES-B-Test, BSI-Test) ein signifikant höheres Depressionsniveau als nach der NC-IVF-Therapie. Der behandlungsinduzierte Stress war bei einer klassischen IVF-Behandlung ebenso signifikant höher (FertiQuol-Test).

Eine klassische IVF-Behandlung führt also bei gleichen kumulativen Schwangerschaftsraten zu einer höheren psychologischen Belastung als eine NC-IVF-Behandlung.

Herr/Frau Doktor: „Wie hoch ist die Chance, in meinem Alter von 38/39, 40/41, 42/43 oder > 43 Jahren mithilfe einer IVF-Behandlung ein Kind zu gebären?“

Der Hintergrund der Untersuchung der kumulativen Lebendgeburtenrate nach einer IVF-Behandlung in Abhängigkeit vom Alter der Frau war, dass es zwar akkurate Zahlen zur SS-Rate pro Transfer mit zunehmendem Alter sowie Zahlen zur Geburtenrate pro transferierten Embryonen gibt, nicht jedoch akkurate Zahlen zur kumulativen Geburtenrate pro Stimulation in Abhängigkeit vom Alter bezogen auf die Anzahl gewonnener Oozyten.

In einer retrospektiven, monozentrischen Studie wurden 5841 IVF-Zyklen bei 4195 Frauen im Alter ≥ 38 Jahre untersucht. Analysiert und kalkuliert wurden die Anzahl an gewonnenen Oozyten, die Anzahl an Frisch- und Auftauzyklen sowie die Lebendgeburtenrate nach dem Transfer aller bei einer Stimulation gewonnenen fertilisierten Oozyten.

In der Annahme, dass 4 Oozyten gewonnen wurden, lag die Geburtenrate bei 38/39-jährigen Frauen bei ca. 15 %, bei 40/41-jährigen Frauen bei ca. 10 %, bei 42/43-jährigen Frauen bei ca. 5 % und bei > 43-jährigen Frauen bei ca. 1 %. Wurden

8 Oozyten gewonnen, betragen die Lebendgeburtenraten ca. 30 %, 20 %, 10 % bzw. 2 %.

Ab einem Alter von 44 Jahren macht eine IVF-Behandlung in der Regel keinen Sinn mehr.

■ North American Menopause Society, NAMS, Washington

Prävalenz von vasomotorischen Beschwerden

Vasomotorische Beschwerden (VMS) an > 6 Tagen pro 2 Wochen sind mit diversen erhöhten Risiken verbunden. In der SWAN-Studie, einer Observationsstudie zur menopausalen Transition, wurden die VMS-Gesamtdauer und die VMS-Dauer nach der Menopause untersucht. Das mittlere Follow-up betrug 12,7 Jahre [16]. Die mediane VMS-Gesamtdauer betrug 7,4 Jahre, die mediane VMS-Dauer postmenopausal 4,5 Jahre. Bei Frauen mit VMS-Beginn in der Prä- und frühen Perimenopause betrug die VMS-Gesamtdauer sogar > 11,8 Jahre und die postmenopausale VMS-Dauer 9,4 Jahre. Dagegen war die VMS-Gesamtdauer bei Frauen mit VMS-Beginn in der Postmenopause mit 3,4 Jahren deutlich kürzer. Ungünstige Faktoren, das heißt mit einer signifikant längeren VMS-Gesamtdauer assoziiert, waren ein früher VMS-Start, Nikotin, ein höherer BMI, ein höherer Stresslevel, Angststörung und Depression. Eine Partnerschaft bzw. soziale Einbindung, ein höheres Bildungsniveau bzw. Einkommen waren dagegen mit einer signifikant kürzeren VMS-Gesamtdauer verbunden. Sport und Alkoholkonsum hatten keinen Einfluss.

Die App MenoPro

Beim Management von Frauen in der Peri- und Postmenopause herrscht zum Teil große Unsicherheit. Aus diesem Grund hat die Nordamerikanische Menopausegesellschaft (NAMS) eine App entwickelt, die bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine HRT helfen soll.

Die App MenoPro hilft bei der schnellen Entscheidungsfindung für oder gegen eine HRT. Vorteile sind, dass sie kostenlos und gut für „Anfänger“ geeignet ist, zu Positionspapieren verlinkt ist und eine E-Mail-Funktion „an die Patientin“ besitzt. Nachteile sind, dass die App auf Englisch ist, nur FDA-Präparate gelistet sind und nur die Hauptindikationen (Hitzewallungen, vaginale Atrophie) für die Therapieempfehlung herangezogen werden. Somit bietet die App keine individuellen Therapielösungen.

Die medikamentöse Therapie der sexuellen Funktionsstörung der Frau

Eine Libidoreduktion mit Leidensdruck (HSDD) ist eine häufige sexuelle Dysfunktion der Frau. In Europa ist kein Medikament zugelassen. Folgende Therapieoptionen stehen dennoch – „off label“ – zur Verfügung: (a) Macabido: Maca-Extrakt (900 mg) plus diverse Extrakte; (b) hormonelle Therapie, v. a. bei postmenopausaler HSDD: vaginale Östrogene, Östrogen-Gestagen-Therapie, Tibolon und Androgene („off label“) und (c) Psychopharmaka: Bupropion („off label“) ist ein selektiver Serotonin-Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Hemmer, der bei prämenopausalen, nicht depressiven Frauen eine signifikante

Verbesserung von u. a. Erregung und Orgasmus gezeigt hat. Flibanserin ist ein 5-HT_{1A}-Agonist und 5-HT_{2A}-Antagonist, der 2015 von der FDA unter dem Namen Addyi® für die Therapie einer HSDD bei prämenopausalen Frauen zugelassen wurde.

Nicht-hormonelle Pharmakotherapie bei vasomotorischen Beschwerden (VMS)

Zu den Therapieansätzen, die Frauen mit VMS, die keine HRT nehmen möchten oder dürfen, angeboten werden können, zählen nicht-hormonelle Pharmakotherapien [17], v. a. Antikonvulsiva und Antidepressiva (Gabapentin, Pregabalin, Paroxetin, Citalopram, Venlafaxin).

Antidepressiva und Antikonvulsiva besitzen eine vergleichbare Wirksamkeit bei gesunden und an einem Mammakarzinom erkrankten Frauen. Die Dosis der Antidepressiva ist im Allgemeinen geringer als die für die Therapie einer Depression nötige Dosis. Im Vergleich zu einer HRT ist der Wirkungseintritt schneller. Die Wirksamkeit ist jedoch im Vergleich zu einer standarddosierten HRT geringer.

Literatur:

1. Tang N, Wu Y, Ma J, et al. Coffee consumption and risk of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2010; 67: 17–22.
2. Larsson SC, Orsini N. Coffee consumption and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol* 2011; 174: 993–1001.
3. Tokede OA, Gaziano JM, Djoussé L. Effects of cocoa products/dark chocolate on serum lipids: a meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2011; 65: 879–86.
4. Hooper L, Kay C, Abdelhamid A, et al. Effects of chocolate, cocoa, and flavan-3-ols on cardiovascular health: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Clin Nutr* 2012; 95: 740–51.
5. Hayes LD, Grace FM, Baker JS, et al. Exercise-induced responses in salivary testosterone, cortisol, and their ratios in men: a meta-analysis. *Sports Med* 2015; 45: 713–26.
6. Wegner M, Koedijker JM, Budde H. The effect of acute exercise and psychosocial stress on fine motor skills and testosterone concentration in the saliva of high school students. *PLoS One* 2014; 9: e92953.
7. Häkkinen K, Pakarinen A, Newton RU, et al. Acute hormone responses to heavy resistance lower and upper extremity exercise in young versus old men. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1998; 77: 312–9.
8. Hietavala EM, Stout JR, Hulmi JJ, et al. Effect of diet composition on acid-base balance in adolescents, young adults and elderly at rest and during exercise. *Eur J Clin Nutr* 2015; 69: 399–404.
9. Adeva MM, Souto G. Diet-induced metabolic acidosis. *Clin Nutr* 2011; 30: 416–21.
10. Fatemi HM, Kasius JC, Timmermans A, et al. Prevalence of unsuspected uterine cavity abnormalities diagnosed by office hysteroscopy prior to in vitro fertilization. *Hum Reprod* 2010; 25: 1959–65.
11. Bosteels J, Kasius J, Weyers S, et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2: CD009461.
12. Shenkin SD, Starr JM, Deary IJ. Birth weight and cognitive ability in childhood: a systematic review. *Psychol Bull* 2004; 130: 989–1013.
13. Bay B, Mortensen EL, Kesmodel US. Fertility treatment and child intelligence, attention, and executive functions in 5-year-old singletons: a cohort study. *BJOG* 2014; 121: 1642–51.
14. von Wolff M, Rohner S, Santi A, et al. Modified natural cycle in vitro fertilization an alternative in vitro fertilization treatment with lower costs per achieved pregnancy but longer treatment time. *J Reprod Med* 2014; 59: 553–9.
15. von Wolff M, Nitzschke M, Stute P, et al. Low-dosage clomiphene reduces premature ovulation rates and increases transfer rates in natural-cycle IVF. *Reprod Biomed Online* 2014; 29: 209–15.
16. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 531–9.
17. Drewe J, Bucher KA, Zahner C. A systematic review of non-hormonal treatments of vasomotor symptoms in climacteric and cancer patients. *Springerplus* 2015; 4: 65.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael von Wolff

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Universitäts-Frauenklinik

Inselspital

Bern CH-3010 Bern, Effingerstrasse 102

E-Mail: michael.vonwolff@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](#)