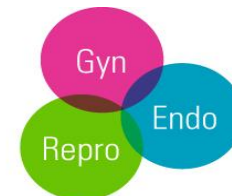


# MHT Guideline

## Weltkongresse 2014

Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert



**INSELSPITAL**

UNIVERSITÄTSSPITAL BERN  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE  
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

**Petra Stute**

**u<sup>b</sup>**

---

**UNIVERSITÄT  
BERN**



*Klinik*



## **Guideline SGGG in Vorbereitung:**

# **Aktuelle Empfehlungen zur Menopausalen Hormon-Therapie (MHT)**

Autoren: M. Birkhäuser, R. Bürki, C. De Geyter, B. Imthurn,  
K. Schiessl, I. Streuli, P. Stute, D. Wunder

# Internationale Empfehlungen (Grundlage der SGGG-Guideline)

Weltkongresse 2014  
Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert



Maturitas 74 (2013) 391–392

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Maturitas

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/maturitas](http://www.elsevier.com/locate/maturitas)



Position statement

## Global Consensus Statement on menopausal hormone therapy<sup>☆</sup>

T.J. de Villiers<sup>a,\*</sup>, M.L.S. Gass<sup>b</sup>, C.J. Haines<sup>c</sup>, J.E. Hall<sup>d</sup>, R.A. Lobo<sup>e</sup>, D.D. Pierroz<sup>f</sup>, M. Rees<sup>g</sup>

- American Society for Reproductive Medicine (ASRM)
- Asia Pacific Menopause Federation
- Endocrine Society
- European Menopause and Andropause Society (EMAS)
- International Menopause Society (IMS)
- International Osteoporosis Foundation (IOF)
- North American Menopause Society (NAMS)

# Internationale Empfehlungen (Grundlage der SGGG-Guideline)

Weltkongresse 2014  
Für Sie besucht, kondensiert und präsentiert



*CLIMACTERIC 2013;16:316–337*

**Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health**

*T. J. de Villiers, A. Pines<sup>\*</sup>, N. Panay<sup>†</sup>, M. Gambacciani<sup>‡</sup>, D. F. Archer<sup>\*\*</sup>, R. J. Baber<sup>††</sup>, S. R. Davis<sup>‡‡</sup>, A. A. Gompel<sup>\*\*\*</sup>, V. W. Henderson<sup>†††</sup>, R. Langer<sup>‡‡‡</sup>, R. A. Lobo<sup>\*\*\*\*</sup>, G. Plu-Bureau<sup>††††</sup> and D. W. Sturdee<sup>††††</sup>, on behalf of the International Menopause Society*

## Östrogendosierung

Östrogentyp	Dosierung			
	Hoch	Mittel	Niedrig	Ultraniedrig
Mikronisiertes E2 oral	4 mg	2 mg	1 mg	(0,25-)0,5 mg
E2-valerat oral		2 mg	1 mg	
Konjugierte equine Östrogene (CEE) oral	1,25 mg	0,625 mg	0,3/0,45 mg	-
E2 transdermal Pflaster	100 µg	50 µg	25 µg	

\* CEE in der Schweiz nur via Internationale Apotheke erhältlich



**Statement:** Eine MHT ist – altersunabhängig - die effektivste Therapie von menopausalen Hitzewallungen, wobei bei Frauen < 60 Jahren bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause die Vorteile die Nachteile überwiegen.

- IMS: Sonstige menopausale Symptome wie Gelenk- und Muskelschmerzen, Depression, Schlafstörung und vaginale Atrophiebeschwerden können durch eine MHT ebenfalls verbessert werden.



**Statement:** Bei Frauen mit prämaturner Ovarialinsuffizienz (POI) wird eine systemische MHT bis zum Erreichen des Durchschnittsalters der Menopause empfohlen.

- POI = vorzeitige Menopause < 40 Jahre
- Durchschnittsalter der Menopause = 51 Jahre
- IMS: Empfehlung gilt auch für Frauen mit früher Menopause = < 45 Jahre



**Statement:** Die Dosierung und Anwendungsdauer der MHT richtet sich nach den Behandlungszielen und Sicherheitsaspekten und sollte individualisiert werden.

- IMS: Empfehlung jährliche Kontrolle mit Untersuchung, Update Eigen- und Familienanamnese, Lifestyle-Beratung, ggf. Labor, ggf. Bildgebung
- IMS: keine willkürliche Beschränkung der MHT Anwendungsdauer





**Statement:** Eine Östrogenmonotherapie ist nur nach Hysterektomie zulässig. Bei vorhandenem Uterus muss zusätzlich ein Gestagen gegeben werden.

- IMS: Die vaginale oder intrauterine Gestagenapplikation gewährleistet eine Endometriumprotektion und ist mit weniger systemischen Gestageneffekten verbunden als andere Applikationsformen.
- Achtung: die vaginale Progesterongabe i.R. einer MHT ist in der Schweiz ein „off label use“!
- IMS: Die Langzeitanwendung einer sequentiellen kombinierten MHT und v.a. einer extended cycle MHT (z.B. Gestagen alle 3 Monate) erhöht evtl. das Risiko für Endometriumhyperplasie und –karzinom.
- IMS: der Endometriumeffekt von Tibolon ist mit einer kontinuierlich-kombinierten MHT vergleichbar.



**Statement:** Eine MHT ist bei Frauen mit erhöhtem Frakturrisiko und Alter  $< 60$  Jahren bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause wirksam, um Osteoporose-assoziierte Frakturen vorzubeugen und zu therapieren.

- IMS: Eine MHT wird bei der genannten Konstellation als „first-line“-Therapie empfohlen; Evidenz bzgl. Frakturen allerdings nur für standard-dosierte MHT.
- IMS: Wenn  $< 60$  Jahren MHT „nur“ wegen Frakturprävention gestartet, dann ab 60 Jahren Vor- und Nachteile einer MHT genau abwägen, ggf. Therapiewechsel.
- IMS: Kein MHT Start  $> 60$  Jahren „nur“ wegen Frakturprävention.



**Statement:** Eine standard-dosierte Östrogenmonotherapie reduziert das KHK Risiko und die Gesamtmortalität von Frauen < 60 Jahren bzw. innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause. Eine Kombi-MHT zeigt in dieser Population einen neutralen Effekt auf das KHK Risiko und einen Trend zur Mortalitätsreduktion.

- IMS: Ein MHT Start > 60 Jahren bzw. > 10 Jahre postmenopausal ist mit einem erhöhten Risiko für koronare Ereignisse, v.a. in den ersten 2 Jahren, verbunden. Dieses Risiko wird evtl. durch die parallele Gabe von Statinen reduziert.



**Statement:** Eine orale MHT erhöht das Risiko für venöse Thromboembolien (VTE) und ischämischen Apoplex, wobei das absolute Risiko < 60 Jahren gering ist. Eine transdermale MHT scheint sicherer zu sein.

- IMS: Niedrig dosierte orale (0.3 mg CEE) und transdermale ( $\leq 50$  mcg) Östrogene erhöhen nicht das Apoplex Risiko.
- IMS: Tibolon erhöht nicht das VTE Risiko, aber das Apoplex Risiko von Frauen > 60 Jahren.



**Statement:** Das Mammakarzinom Risiko wird v.a. durch die Kombination von Östrogen mit Gestagen erhöht und ist von der Anwendungsdauer abhängig.

IMS: Das mit einer MHT assoziierte MaCa Risiko ist klein ( $< 0.1\%$  pro Jahr) und geringer als das durch Bewegungsmangel, Adipositas und Alkohol.

IMS: kein erhöhtes MaCa Risiko für MHT Neuanwenderinnen in den ersten 5 Jahren (WHI).

IMS: die Kombi-MHT mit den Gestagenen Progesteron und Dydrogesteron scheint günstiger zu sein.

IMS: eine 7-jährige Östrogenmonotherapie reduziert das MaCa Risiko (WHI).