

J. Gynäkol. Endokrinol. CH 2022 · 25:205–206  
<https://doi.org/10.1007/s41975-022-00271-x>  
Angenommen: 21. Oktober 2022  
Online publiziert: 24. November 2022  
© Der/die Autor(en) 2022



Petra Stute

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Bern, Schweiz

## NAMS-Positionspapier zur Hormonersatztherapie 2022

### Originalpublikation

The 2022 hormone therapy position statement of “The North American Menopause Society” advisory panel (2022) The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 29(7):767–794.

**Hintergrund.** Die Nordamerikanische Menopause Gesellschaft (NAMS) hat 2022 ihr Positionspapier von 2017 überarbeitet. Im Folgenden sollen einige wichtige Aspekte genannt werden.

**Zusammenfassung.** Die Hormonersatztherapie (HRT) bleibt der Goldstandard zur Therapie von menopausalen Hitzewallungen.

Das Brustkrebsrisiko im Zusammenhang mit einer Östrogen-Gestagen-Therapie ist gering, wobei Schätzungen auf ein seltenes Ereignis hindeuten ( $\leq$  ein zusätzlicher Fall pro 1000 Frauen pro Jahr HRT oder drei zusätzliche Fälle pro 1000 Frauen bei fünf Jahren Kombinationstherapie mit konjugierten equinen Östrogenen und Medroxyprogesteronacetat). (Level I).

Frauen sollten über das Brustkrebsrisiko unter Östrogen-Gestagen-Therapie aufgeklärt werden, wobei die Daten zu relativieren sind und das Risiko ähnlich dem von modifizierbaren Risikofaktoren wie zwei alkoholischen Drinks pro Tag, Adipositas und geringer körperlicher Aktivität ist. (Level III).

Die überwiegende Zahl der Daten zeigt keinen additiven Effekt des zugrun-

deliegenden Brustkrebsrisikos (Alter, familiäre Brustkrebsbelastung, genetisches Brustkrebsrisiko, gutartige Brusterkrankungen, persönliche Brustkrebsrisikofaktoren) und der Anwendung einer HRT auf die Brustkrebsinzidenz. (Level II).

Es gibt Hinweise, dass die antidepressive Wirkung von Östrogenen ähnlich stark ist wie die von Antidepressiva, wenn sie depressiven Frauen in der Perimenopause mit oder ohne Hitzewallungen verabreicht werden. (Level II).

Eine Östrogentherapie ist unwirksam bei der Behandlung von depressiven Störungen bei postmenopausalen Frauen. (Level II).

Transdermales Estradiol mit sequen-tiellem, mikronisiertem Progesteron kann depressiven Symptomen bei euthymischen Frauen in der Perimenopause vorbeugen. (Level II).

Östrogene können das klinische Ansprechen auf Antidepressiva bei Frauen in der Lebensmitte und bei älteren Frauen steigern. (Level III).

Eine HRT muss nicht routinemäßig abgesetzt werden bei Frauen, die älter als 60 oder 65 Jahre sind. (Level III).

Bei Frauen, die > 10–20 Jahre nach der Menopause oder > 60 Jahren mit einer HRT beginnen, scheint das Nutzen-Risiko-Verhältnis ungünstiger zu sein als bei jüngeren Frauen, da das absolute Risiko für koronare Herzerkrankung (KHK), Schlaganfall, venöse Thromboembolie (VTE) und Demenz höher ist.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus dem Newsletter der Deutschen Menopause Gesellschaft e.V. und der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Menopause

**Kommentar**

Die NAMS-Guidelines 2022 orientieren die HRT-Dosis am Therapieziel und definieren kein Alter für den Stopp einer HRT. Sie zeigen „neue“ Vorteile einer HRT auf (z. B. Auge, Haut, Gleichgewichtssinn), relativieren die Nachteile einer HRT stärker im Vergleich zu den Vorteilen. Sie halten fest, dass „Bei gesunden symptomatischen Frauen im Alter von < 60 Jahren oder innerhalb von 10 Jahren nach der Menopause, sollten die günstigen Auswirkungen einer HRT auf die KHK und die Gesamtmortalität gegen eine mögliche seltene Erhöhung des Risikos für Brustkrebs, VTE und Schlaganfall abgewogen werden. (Level I)“. Gemäss des Positionspapiers der British Menopause Society 2020 lässt sich im Hinblick auf ältere Frauen ergänzen: „Wenn eine HRT bei Frauen > 60 Jahren eingesetzt werden soll, sollte mit niedrigeren Dosen begonnen werden, vorzugsweise mit einer transdermalen Verabreichung von Estradiol. Die Cochrane-Datenanalyse und die Langzeit-Follow-up-Daten der WHI-Studie haben gezeigt, dass bei Frauen, die mehr als 10 Jahre nach der Menopause mit der HRT begonnen haben, kein Anstieg der kardiovaskulären Ereignisse, der kardiovaskulären Mortalität oder der Gesamtmortalität zu verzeichnen war“ [1].

**Korrespondenzadresse**



**Prof. Dr. Petra Stute**  
 Abteilung für Gynäkologische  
 Endokrinologie und  
 Reproduktionsmedizin,  
 Universitätsklinik für  
 Frauenheilkunde, Inselspital  
 Bern  
 Friedbühlstraße 19,  
 3010 Bern, Schweiz  
 petra.stute@insel.ch

**Funding.** Open access funding provided by University of Bern

**Interessenkonflikt.** P. Stute gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsge-

mäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

**Literatur**

1. Hamoda H, Panay N, Pedder H, Arya R, Savvas M (2020) The British Menopause Society & Women's Health Concern 2020 recommendations on hormone replacement therapy in menopausal women. *Post Reprod Health* 26(4):181–209. <https://doi.org/10.1177/2053369120957514> (Epub 2020 Oct 12. PMID:33045914)

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

**Uwe Andreas Ulrich (Hrsg.)  
 Gynäkologische Onkologie  
 für Klinik und Praxis**

**Berlin: De Gruyter 2022, 2. Auflage,  
 480 S., 110 Abb., 62 Tab., (ISBN: 978-3-11-061261-5), Hardcover 72,95  
 EUR**



Die 2. Auflage Gynäkologische Onkologie für Klinik und Praxis mit Herrn Prof. Dr. med. Uwe Andreas Ulrich als Herausgeber und

Autor von 5 der 9 Kapitel ist erschienen (De Gruyter Verlag)! Ich kann sie allen sehr empfehlen, die einen Leitlinien-basierten Überblick über die gynäkologische Onkologie gewinnen wollen – sowohl für die Facharztausbildung als auch für die Spezialisierung in diesem Bereich. Die gynäkologische Onkologie ist eine tragende Säule unseres Faches und das vorliegende Buch gibt einen hervorragenden Überblick über die operativen, systemtherapeutischen und radioonkologischen Therapien dieses Schwerpunkts. Im Vergleich zur 1. Auflage wird unser Wissen um operative Verfahren (z.B. die SNL Technik, Verzicht auf die systematische Lymphonodektomie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom), die Einführung der genomischen Klassifikation beim Endometriumkarzinom und neue Substanzen wie die immunonkologischen Therapien und PARP Inhibitoren erweitert. Komplexe Zusammenhänge werden klar und didaktisch gut aufbereitet. Die Autor:innen zeigen dabei für jedes Karzinom die Chancen einer individualisierten Therapie auf, die die Patientin mit Ihrer Erkrankung aber auch ihren Kontextfaktoren und persönlichen Wünschen im Mittelpunkt sieht.

Das Buch ist sehr praxisnah geschrieben, anschaulich bebildert und wird mit besonderer Note durch historische Zitate und zahlreiche Fallbeispiele gewürzt. Freuen Sie sich auf einen wissenschaftlich basierten und zugleich praktischen Ratgeber für Ihren klinischen Alltag.

**A. Hasenburg (Mainz)**