

Panay N, Anderson RA, Bennie A, Cedars M, Davies M, Ee C, Gravholt CH, Kalantaridou S, Kallen A, Kim KQ, Misrahi M, Mousa A, Nappi RE, Rocca WA, Ruan X, Teede H, Vermeulen N, Vogt E, Vincent AJ;

ESHRE, ASRM, CREWHIRL, and IMS Guideline Group on POI. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency. Hum Reprod Open. 2024 Dec 9;2024(4):hoae065. doi: 10.1093/hropen/hoae065. PMID: 39660328; PMCID: PMC11631070.

HINTERGRUND

Die prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) stellt eine große Herausforderung für die Gesundheit von Frauen dar und hat weitreichende körperliche und emotionale Folgen. Zu den möglichen Folgen gehören negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Fertilität sowie die Knochen-, Herz-Kreislauf- und Kognitionsgesundheit. Obwohl eine Hormontherapie (HT) einige dieser Auswirkungen lindern kann, sind noch viele Fragen zur optimalen Behandlung einer POI offen. Die Leitlinie wurde gemäß der strukturierten Methodik zur Entwicklung von ESHRE-Leitlinien entwickelt.

Im Teil 1 wurde auf die relevanten Aspekte zur POI-Diagnostik eingegangen. Im Teil 2 wird das POI-Management erläutert.

- Frauen mit einer POI sollten darüber informiert werden, dass eine POI ohne HT mit einer verkürzten Lebenserwartung verbunden ist, die hauptsächlich auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen ist.
- Frauen mit einer POI sollten darüber informiert werden, dass sie ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben, einschließlich koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Schlaganfall.
- Alle Frauen, bei denen das Turner-Syndrom diagnostiziert wurde, sollten von einem Kardiologen mit Erfahrung auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler untersucht werden.
- Eine HRT wird für Frauen mit Östrogenmangel bis zum üblichen Menopausenalter als Primärprävention empfohlen, um das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zu senken, unabhängig davon, ob Symptome eines Östrogenmangels vorliegen oder nicht.
- Eine Östrogentherapie hat positive kardiometabolische Effekte, die das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen beeinflussen können. Eine Unterbrechung der Östrogentherapie ist mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität verbunden, weshalb eine Östrogentherapie bis zum üblichen Menopausenalter empfohlen wird.
- Alle Frauen mit einer POI sollten zum Zeitpunkt der Diagnose ein Lipidprofil und ein Diabetes-Screening erhalten. Danach sollte sich die Häufigkeit der Messungen nach dem Vorliegen von Hyperlipidämie, Hyperglykämie und zusätzlichen Risikofaktoren oder nach dem kardiovaskulären Gesamtrisiko richten.
- Frauen mit einer POI sollten darüber informiert werden, dass es keine Maßnahmen gibt, die nachweislich die Eierstockaktivität und die natürliche Empfängnisrate erhöhen.
- Bei iatrogenen Ursachen einer POI kann vor der Behandlung eine Fertilitätserhaltung in Betracht gezogen werden. Bei den meisten Frauen mit nicht-iatrogener POI gibt es keine Möglichkeit der Fertilitätserhaltung, da der Follikelpool erschöpft ist.
- Frauen mit einer POI haben ein erhöhtes Risiko für Osteoporose und Knochenbrüche im späteren Leben.

- Bei der Diagnose einer POI wird die Messung der Knochenmineraldichte mittels Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA) empfohlen.
- Wenn die Knochenmineraldichte normal ist und eine adäquate systemische HT eingeleitet und eingehalten wird (s.u.), ist der Wert einer wiederholten DXA-Untersuchung innerhalb von 5 Jahren gering.
- Bei Frauen mit einer POI, die an Osteoporose leiden oder eine niedrige Knochendichte haben, sollte die Knochenmineraldichte in Abhängigkeit von den individuellen Risikofaktoren alle 1-3 Jahre erneut mit DXA bestimmt werden.
- Zur Optimierung der Knochenmineraldichte wird eine tägliche HT mit mindestens 2 mg oralem Östradiol oder 100 µg transdermalem Östradiol oder einer äquivalenten Dosis empfohlen. Wenn ein kombiniertes orales Kontrazeptivum verwendet wird, wird eine kontinuierliche oder verlängerte Therapie empfohlen, um eine kontinuierliche Östrogentherapie zu gewährleisten und einen Knochenverlust zu vermeiden.
- Eine HT kann auch für die Muskelgesundheit vorteilhaft sein. Die Wirkung anderer Interventionen, einschließlich der Testosterontherapie, auf die Muskelgesundheit von Frauen mit POI ist unklar und sollte daher nicht angeboten werden.
- Frauen mit einer POI haben ein erhöhtes Risiko für kognitive Beeinträchtigung und Demenz.
- Eine HT kann bei Frauen mit einer POI empfohlen werden, um die neurologische Funktion zu schützen, auch wenn keine Wechseljahresbeschwerden vorliegen.
- Frauen mit einer POI können darüber informiert werden, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass die Anwendung einer HT ihr Brustkrebsrisiko im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen ohne POI erhöht.
- Frauen mit BRCA1/2-Mutationen ohne Brustkrebs in der Anamnese sollten darüber informiert werden, dass eine HT eine Option nach einer risikoreduzierenden beidseitigen Salpingo-Oophorektomie ist.
- Es wird empfohlen, dass Frauen mit POI und Endometriose in der Anamnese auch nach Hysterektomie mit einer kombinierten Östrogen-Gestagen-HT behandelt werden sollten, um ein Wiederauftreten der Endometriose oder eine maligne Transformation zu verhindern.
- Migräne sollte nicht als Kontraindikation für eine HT bei Frauen mit POI angesehen werden. Frauen mit POI und Migräne mit Aura sollte die Anwendung transdermaler Östrogene empfohlen werden.
- Eine Testosterontherapie sollte bei Frauen mit (nicht-)iatrogener POI in Betracht gezogen werden, um das hypoaktive sexuelle Verlangen zu behandeln, wenn andere biopsychosoziale Ursachen ausgeschlossen werden können.
- Eine kurzfristige Behandlung mit transdermalem Testosteron in Dosen, die nahe an den physiologischen prämenopausalen Spiegeln liegen, gilt zwar sicher ist, es liegen aber keine Daten zur Langzeitsicherheit vor.