

The North American Menopause Society (NAMS).

The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society.

Menopause. 2020 Sep;27(9):976-992.

HINTERGRUND

Das letzte Positionspapier der Nordamerikanischen Menopause Gesellschaft (NAMS) zum Management der vaginalen Atrophie liegt sieben Jahre zurück [1]. Neue Präparate zur Therapie sind in der Zwischenzeit auf den Markt gekommen. Nun wurde ein Update publiziert [2]. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte stichwortartig genannt.

ZUSAMMENFASSUNG

- Einführung des Begriffs 'Genitourinary syndrome of menopause (GSM)' anstelle von 'vulvovaginaler Atrophie (VVA)', der der Komplexität der Symptomatik (genitale Symptome, urologische Symptome, sexuelle (Dys-)Funktion) besser gerecht wird.
- Diagnostik: Anamnese, gynäkologische Untersuchung (Ausschluss anderer Ursachen)
- First-line Therapie: nicht-hormonelle intravaginale Präparate (Gleitmittel, Feuchthaltemittel (Moisturizers), Cremes) [Level A].
- Second-line Therapie: niedrig-dosierte vaginale Östrogene (ET), vaginales Dehydroepiandrosteron (DHEA), orales Ospemifen (in der Schweiz nicht erhältlich), systemische Hormonersatztherapie (HRT; falls weitere menopausale Symptome vorhanden sind) [Level A].
- Therapiedauer: so lang wie nötig [Level C], auch wenn Sicherheitsdaten für das Endometrium aus randomisiert kontrollierten Studien nur für ein Jahr vorliegen. Kein erhöhtes Risiko für endometriale Pathologien in Beobachtungsstudien [Level B].
- Ein Gestagen zur Endometriumsprotektion ist bei der Gabe einer niedrig-dosierten vaginalen ET im Allgemeinen nicht nötig [Level B].
- Eine routinemässig durchgeführte Endometriumskontrolle ist bei asymptomatischen (= blutungsfreien) Frauen, die eine niedrig-dosierte vaginale ET anwenden, im Allgemeinen nicht nötig. Bei Frauen mit erhöhtem Endometriumskarzinomrisiko kann eine transvaginale Sonographie zur Endometriumsbeurteilung oder eine intermittierende Gestagentherapie erwogen werden [Level C].
- Wenn unter einer vaginalen ET ein Spotting oder eine vaginale Blutung auftritt, so muss diese standardgemäss weiter abgeklärt werden [Level A].
- Für die vaginale Lasertherapie sind noch weitere Studien nötig, bevor sie allgemein empfohlen werden kann [Level C].
- Frauen nach Brust- oder Endometriumskarzinom sollten unter Einbezug des Onkologen individuell über die Vor- und Nachteile der GSM Therapieoptionen aufgeklärt werden [Level C].

KOMMENTAR

Das aktualisierte Positionspapier der NAMS geht detailliert auf Definition, Pathologie, Prävalenz, Diagnostik, Therapie und Follow-up des GSM ein. Zu den Limitationen zählen: 1) keine Berücksichtigung von vaginalem Östriol, da es nicht auf dem US-Amerikanischen Markt erhältlich ist, 2) keine Berücksichtigung der international unterschiedlichen Zulassungen für vaginales DHEA, das in den USA z.B. nach Mammakarzinom nicht offiziell kontraindiziert ist (in anderen Ländern aber schon!), 3) keine Angaben dazu, wie die Überwachung des Endometriums bei erhöhtem Endometriumskarzinomrisiko per intermittierender Gestagengabe konkret durchgeführt werden soll (Vorschlag: alle 3-6 Monate über 14 Tage Gestagen in Transformationsdosis verabreichen). Diese «Lücken» könnten/sollten durch die Europäischen Menopause Gesellschaften z.B. in Form eines Addendums gefüllt werden.

REFERENZEN

- [1] Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society, *Menopause* 20 (9) (2013), 888-902; quiz 903-4.
- [2] The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society *Menopause* 27 (9) (2020) 976-992.

HERAUSGEBER

Deutsche Menopause
Gesellschaft e.V.
Präsidentin:
Dr. Katrin Schaudig

REDAKTION

Prof. Dr. Petra Stute
Leitende Ärztin Gyn. Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Inselspital, 3010 Bern

GESCHÄFTSSTELLEN

DMG e.V. und SMG
Anne Becker, D-35041 Marburg
Email: Info-DMG@email.de
administration@meno-pause.ch