



HRT in der Urogynäkologie

Anna Aulitzky

HRT in der Urogynäkologie

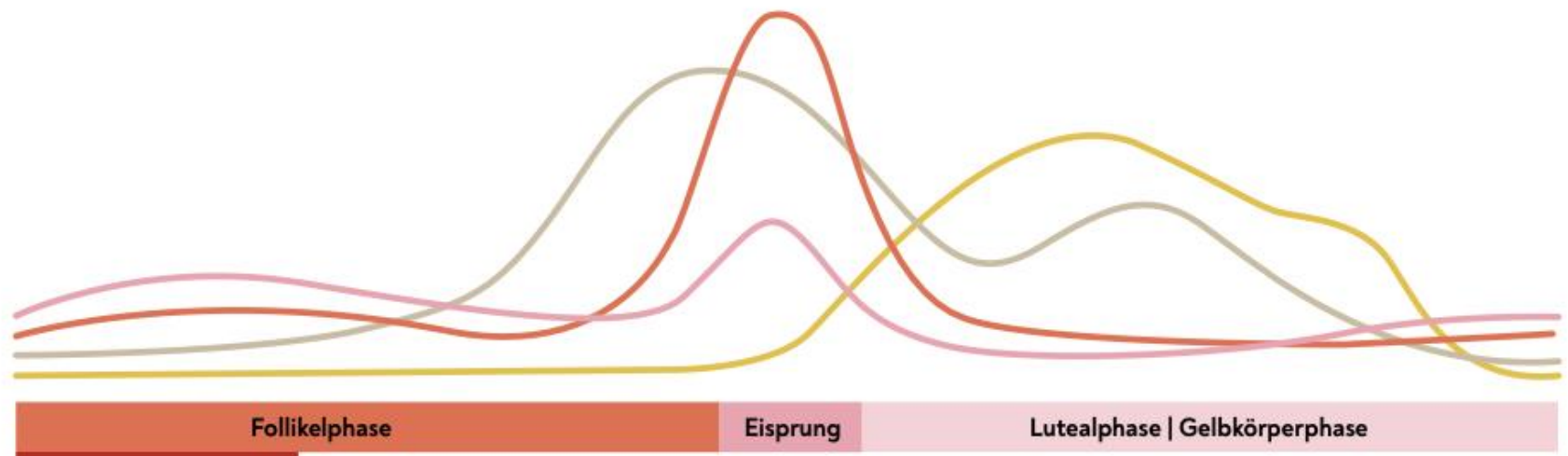
Belastungsinkontinenz

Überaktive Blase

Rezidivierende Harnwegsinfekte

Östrogen / Progesteron

Systemische Therapie / Vaginale
Therapie



Antikonzeption und HRT Leitlinie

Leitlinienprogramm

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)



Österreichische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)



Schweizerische Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)



**Peri- und Postmenopause –
Diagnostik und Interventionen**

AWMF-Registernummer

015-062

Leitlinienklasse

S3

Stand

Januar 2020 – inkl. Addendum (September 2020)

Version

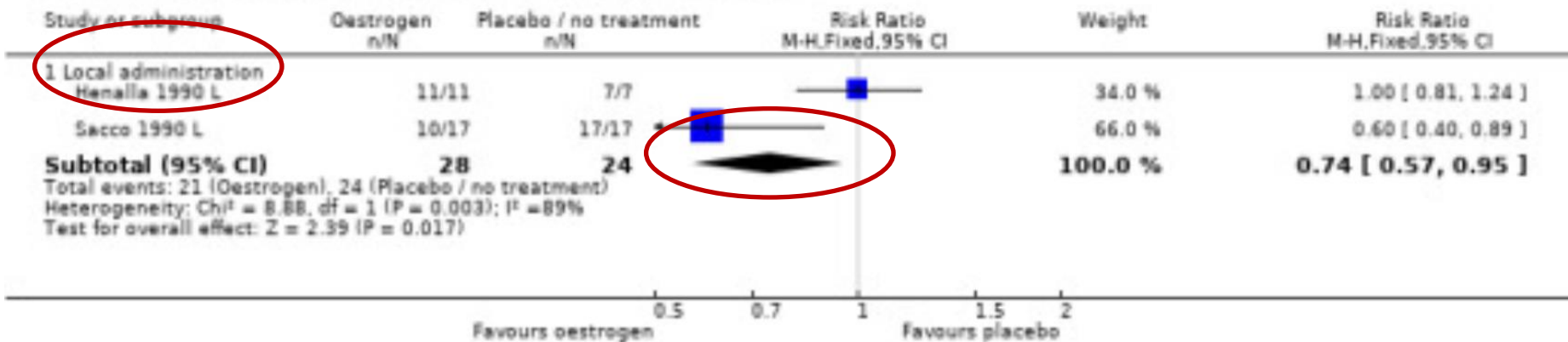
1.1

HRT - Belastungsinkontinenz

Vaginale ET kann Inkontinenzprobleme verbessern

- 2 Studien: Verbesserung um 68% versus 16% bei Placebo-Anwenderinnen
- Cochrane Review zur ET bei postmenopausalen Frauen mit Harninkontinenz: 34 Studien mit 19.676 Frauen: Vaginale ET verbessert die Beschwerden

Review: Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women
Comparison: 1 Oestrogen versus placebo or no treatment
Outcome: 5 Number with incontinence not improved (objective observations)

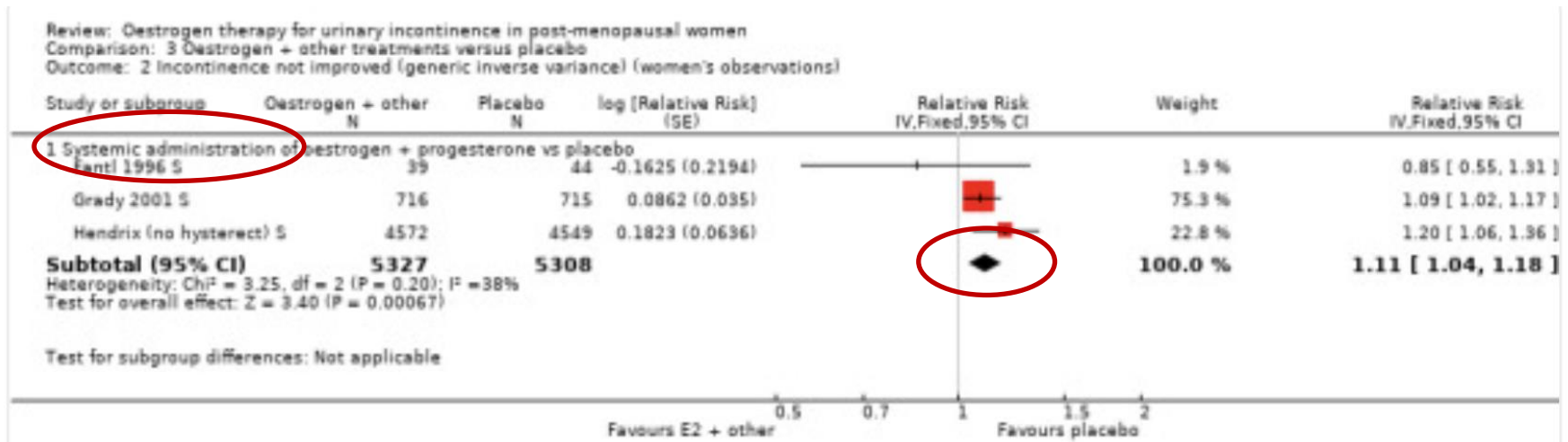


HRT - Belastungsinkontinenz

Systemische ET und EPT können Inkontinenzprobleme verschlechtern

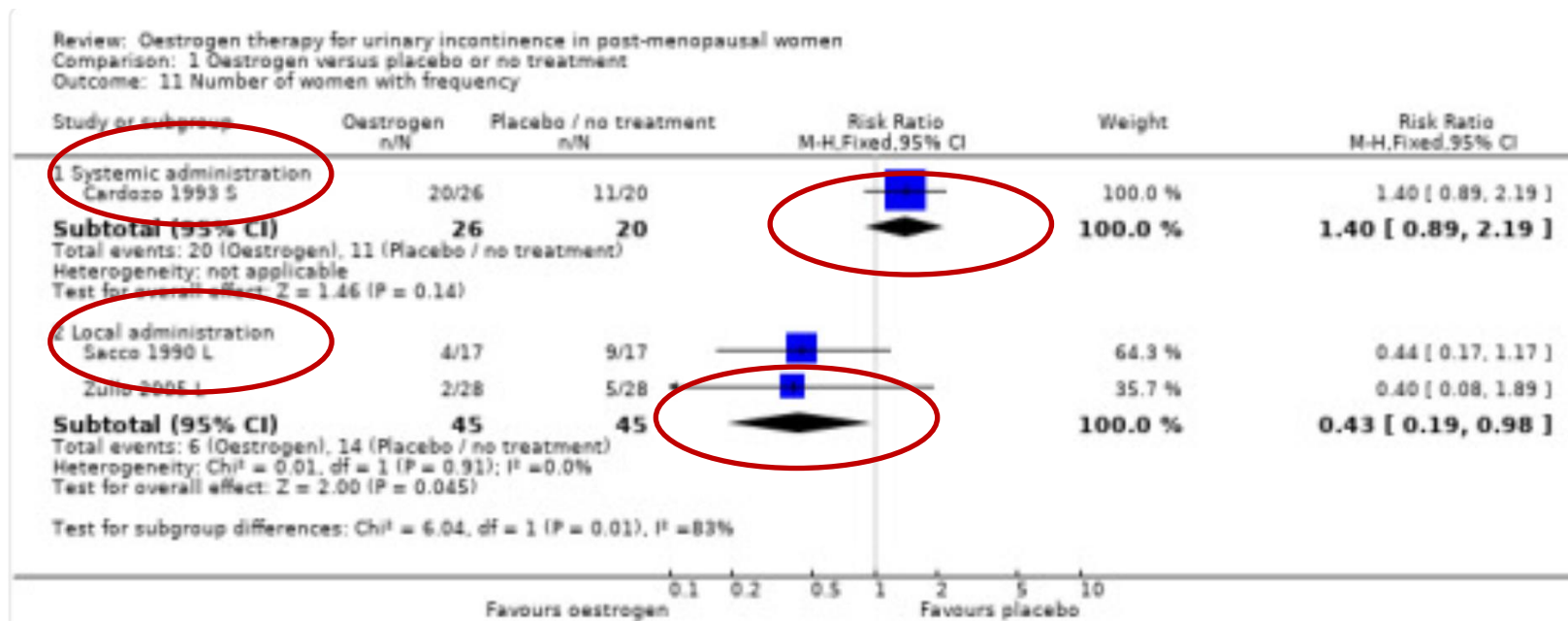
Cochrane Review:

- Negative Effekte: 1 Jahr nach systemischer ET verdoppelt sich bei kontinenten Frauen die Prävalenz der Harninkontinenz im Vergleich zur Placebogruppe (unabhängig von Hysterektomie)
- Bei harninkontinenten Frauen besteht nach systemischer ET im Vergleich zu Placebo eine 30%ige Wahrscheinlichkeit, dass sich die Inkontinenz verschlechtert



HRT - Belastungsinkontinenz

Systemische und vaginale Therapie im Vergleich:



HRT - Belastungsinkontinenz

Evidenzbasiertes Statement 2.S1

Evidenzgrad 1a

Konsensusstärke ++

Eine vaginale ET kann eine Harninkontinenz bei postmenopausalen Frauen verbessern.

Literatur:

Cody et al. 2012, Reisenauer et al.2013, Rahn et al. 2014

Evidenzbasierte Empfehlung 2.E8

Evidenzgrad 1a

Empfehlungsgrad A

Konsensusstärke ++

Patientinnen sollen vor einer systemischen ET/EPT darüber informiert werden, dass diese zum Auftreten oder zur Verschlechterung einer Harninkontinenz führen kann.

Literatur:

Cody et al 2012, Andersson et al. 2013

HRT - überaktive Blase

Rolle der Östrogene bei der überaktiven Harnblase (OAB) ungeklärt

2 Placebo-kontrollierte Studien n=1612 / 1 Jahr Anwendung von lokaler ET:

- Harninkontinenz reduziert: 18% vs 10%
- Pollakisurie und Nykturie reduziert: 38% vs. 10%
- 1-2 Miktionen weniger in 24 Stunden (positiver Effekt auf Miktionsfrequenz und Drangsymptomatik)
- Andere Studien fanden keinen Effekt

Systemische HRT kann Symptome verschlechtern



➔ Therapie der 1. Wahl: Antimuskarinika, ggf. Kombination mit lokaler ET

HRT - überaktive Blase

Evidenzbasiertes Statement 2.S2

Evidenzgrad 1b

Konsensusstärke +++

Eine systemische HRT kann eine vorhandene Harninkontinenz verschlechtern.
Eine vaginale ET kann bei überaktiver Blase (OAB) angeboten werden.

Literatur:

Urinary incontinence in women: management, Clinical guideline Published: 11 September 2013, nice.org.uk/guidance/cg171, Andersson et al.2013, Rahn et al. 2014

Evidenzbasierte Empfehlung 2.E10

Evidenzgrad 1b

Empfehlungsgrad 0

Konsensusstärke ++

Wenn bei einer Drangsymptomatik urologische Erkrankungen ausgeschlossen wurden, kann eine lokale ET angeboten werden. Miktionsfrequenz und Drangsymptomatik können reduziert werden.

Literatur:

Andersson et al 2013, Cody et al. 2012, Rahn et al.2014

HRT – rezidivierende Harnwegsinfekte

Cochrane Database of Systematic reviews | [Review - Intervention](#)

Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women

✉ [Carla Perrotta, Mireya Aznar, Raul Mejia, Xavier Albert, Cheen Werne Ng](#) [Authors' declarations of interest](#)

Version published: 23 April 2008 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005131.pub2> 



Eine vaginale ET reduziert die Häufigkeit von HWI (**RR 0.25** (95% CI 0.13-0.50) bzw. **0.64** (95% CI 0.47-0.86))



Eine orale ET reduziert die Rezidivrate nicht

HRT – rezidivierende Harnwegsinfekte

Evidenzbasiertes Statement 2.S3

Evidenzgrad **2b**

Konsensusstärke **++**

Die Veränderung des Vaginalmilieus postmenopausaler Frauen disponiert zu Harnwegsinfektionen. Es besteht eine positive Korrelation mit höherem Alter.

Literatur:

Cody et al. 2012, Wang et al. 2013, Lüthje et al 2014, Rahn et al.2014

Evidenzbasierte Empfehlung 2.E11

Evidenzgrad **2a**

Empfehlungsgrad **B**

Konsensusstärke **++**

Bei rezidivierenden Zystitiden postmenopausaler Frauen sollte vor Beginn einer antibiotischen Langzeitprävention eine vaginale ET durchgeführt werden.

Literatur:

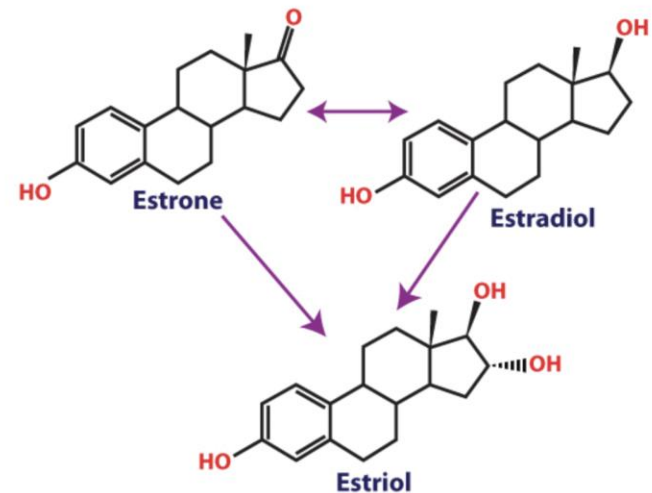
Leitlinienprogramm DGU: Interdisziplinäre S3 Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten. Langversion 1.1-2, 2017, AWMF Registernummer: 043/044, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-044l_S3_Harnwegsinfektionen.pdf, Beerepoot et al.2013, Perotta et al 2008, Rahn et al.2014

HRT in der Urogynäkologie

Estriol (E3) 0,5mg oder 0,03mg (ultra-niedrig dosiert)
Initial: täglich für 2-4 Wochen, dann Reduktion auf 2-3x/Woche

Weniger systemische Wirkung / weniger Risiko für Leber/Brust/Ovar

Ultra-niedrig dosierte vaginale Therapie führt wahrscheinlich zu keiner Erhöhung des Brustkrebsrisikos (ultraniedrigdosierte Östriol 0,03 mg, 3 Applikationen pro Woche)



HRT in der Urogynäkologie

Vaginale ET reduziert verschiedene urogynäkologische Symptome und Beschwerden

Systemische ET oder EPT scheinen einen geringeren oder keinen positiven Effekt auf urogynäkologische Probleme zu haben



Frage an Urogynäkologen: Sollten wir allen Frauen die eine systemische HRT brauchen, eine vaginale Therapie dazugeben?

Hormone und Krebs



Vielen Dank!

Kinderwunsch-Buch

