

HRT

Kreativität und Sorgfalt sind gefragt

Hildegard Faust-Albrecht

Kommentar zum Beitrag „Systemische Progesterontherapie – transdermal?“ von Alfred O. Mueck in FRAUENARZT 4/2014, S. 364–369

Herr Prof. Mueck hat als Internist und Endokrinologe im Vorsitz der Menopause-Gesellschaft einen Artikel über Progesterontherapie verfasst. Hierbei hat er einige Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen zu 20–40 mg Progesteron (z. T. in Kombination mit relativ hohen Östrogendosen) zitiert, eine Hormonersatztherapie mit Östrogenen und Gestagenen (vorzugsweise Progesteron oral) propagiert und Progesteron transdermal nicht zur systemischen Therapie empfohlen. Dazu möchte ich einige Anmerkungen machen.

Es existieren leider nur wenige Studien zur transdermalen Progesterontherapie. Eine neue brasilianische Studie (1) ergab an 66 menopausalen Frauen (mit transdermaletem E2+E3-Gemisch sowie einer 0,8-g-Dosis Progesteron 10% auf den anderen Unterarm) über 60 Monate keine Risiken hinsichtlich Endometrium-Ca. Diese Studie kann laut Telefonat mit Prof. Mueck allerdings nicht auf deutschen bzw. europäischen Standard übertragen werden: Hier wären Forschungsergebnisse bei mindestens 300 Frauen mit Endometriumbiopsie zum Ausschluss eines Endometrium-Ca nachzuweisen. Es gab jedoch in den USA Prozesse zu Progesteron-Cremes und Endometrium-Ca – hier enthielten jedoch fast 80% der Cremes kein substantielles Progesteron!

HRT individuell gestalten

Fakt ist, dass man nicht für alle Patientinnen zum kardiovaskulären und Knochen-Schutz eine relativ östrogendominante Therapie empfehlen kann, um diese gleichzeitig wieder für alle Frauen nur zum „Endometriumschutz“ mit hohen oralen Gestagen-/Progesterondosen zu antagonisieren. Mit dieser Kombitherapie (E2-Gel täglich oder E2-Pflaster in

kontinuierlicher oder zyklischer Therapie mit Gestagenen) kann man nur den Teil der Patientinnen erreichen, die mit Wohlbefinden (Psyche, Energie, Schlaf, Vigilanz) und ohne Ansteigen von östrogenabhängig zunächst benignen körperlichen Beschwerden (Wassereinlagerungen, Zunahme von Hitzewallungen, RR-Erhöhung, Wachstum von Myomen, Mamma- und Zervixzysten, Erhöhung der Endometriumdicke) reagieren. Die übrigen Patientinnen sind mit dieser fixen Kombination im Peri-/Postklimakterium nicht zu therapieren – auch bei alleiniger Lutealinsuffizienz ist die orale Progesterontherapie nicht immer erfolgreich – zumeist ist hierbei eine Zunahme der unerwünschten Östrogenwirkungen zu verzeichnen. Bei vielen Patientinnen im Periklimakterium ist auch durch die zunehmende Östrogendominanz in der Umwelt (Bisphenol A in Kunststoffen, Östrogene in Lebensmitteln und Trinkwasser, ansteigende Obesitas) Progesteron das in der Menopause primär fehlende Hormon.

Es erfordert auch ein Umdenken hinsichtlich der Wirkungen des Progesterons, das in diesem Beitrag vorwiegend als Endometriumschutz propagiert wird, „off label“ aber schon jetzt

in der Schwangerschaft zur Vermeidung von Abort und Frühgeburtlichkeit eingesetzt wird. Nicht jede Frau ist gewillt, eine fixe Dosis Progesteron in Form von Kapseln kontinuierlich vaginal zu verwenden – hier ist die Anwendung einer Creme im Bereich der Extremitäten bzw. des Unterbauchs sehr anwenderfreundlich und nachgewiesen günstiger für die Vaginalflora.

Wir sollten aber für alle Frauen einen hohen Benefit hinsichtlich aller günstigen Wirkungen der HRT (kardiovaskulär, osteologisch) bei größtmöglichem Wohlbefinden der Patientinnen erreichen, damit diese zum weiteren Schutz auch beibehalten wird. Dies funktioniert nur mit individueller Hormontherapie jeder einzelnen Patientin aufgrund der klinischen Symptomatik (ganzkörperliche Begutachtung inklusive Untersuchung und Sonografie der hormonabhängigen Organe), der patientenorientierten Anamnese und der serologischen Hormonkontrolle. Das ist die Voraussetzung für eine sichere und erfolgreiche HRT, die nur wir als Fachärzte durchführen können.

Die HRT gehört in die Hand von Frauenärzten

Wir müssen in unserer Fachgruppe innovativ und mutig bleiben, um für unsere Frauen die bestmögliche, fortschrittlichste Therapie anzubieten. Sonst werden uns Allgemeinärzte, Internisten, Endokrinologen oder gar „selbst ernannte Hormonspezialisten“ und Heilpraktiker, zu denen die hormonell verzweifelten Frauen in Scharen laufen, die Kompetenz zur individuellen HRT abnehmen! Diese Therapie gehört zum ureigensten Bereich unserer Fachgruppe – sie erfordert Umdenken und leider auch mehr Arbeit durch exakteres Zuhören und Begutachten aller Symptome. Wir erleben damit aber dankbare Patientinnen, die wir an unsere Praxen binden.

Bei der Verordnung einer HRT wird jede meiner Patientinnen mindestens einmal jährlich gynäkologisch untersucht (inklusive zytologischem Abstrich, Mamma-Diagnostik sonografisch/radiologisch und Sonografie des kleinen Beckens) und eine Kontrolle der serologischen Parameter (Hormone einschließlich 25-OH-Vitamin D) zur Prävention von Fehldosierungen durchgeführt. Wir messen bei unseren Patientinnen durchaus je nach Höhe der Dosierung auch deutliche Progesteron-Serumspiegel >1–2 ng/ml – lutale Spiegel über 10 ng/ml sind aufgrund des niedrigeren Estradiolspiegel (in der Regel 30–50 pg/ml) in Kombination mit der Messung von Estron nicht notwendig, da sie nur eine weitere hormonelle Dysbalance (Progesteronüberschuss) bringen würden. Bei dieser Art der Überwachung gibt es dann auch mit der transdermalen Progesterontherapie oder einer Kombination zusätzlich mit wenig Östrogenen/Androgenen keine Endometriumhyperplasien (das Endometrium bleibt in der Regel atrophisch), auch Myomwachstum oder Brustzysten gehen zurück. In den über 20 Jahren meiner Praxistätigkeit habe ich hierbei keinerlei Endometrium-Ca oder deren Vorstufen erlebt.

Das Interesse der Patientinnen ist groß

Die Nachfrage bei Patientinnen ist jedoch sehr groß. Erhebliches Echo hat ein Artikel über bioidentisches Progesteron im Webmagazin *Netzwerk Frauengesundheit* erfahren, das von der Ehrenvorsitzenden der NATUM, Prof. Ingrid Gerhard, redaktionell betrieben wird, um frauenärztliches Wissen an interessierte Laien und Therapeuten weiterzugeben (www.netzwerk-frauengesundheit.com/progesteron-das-hormon-der-weisheit-richtig-einsetzen).

Neben einer individuellen Rezeptur für eine Progesteroncreme stehen allen Therapeuten die fertigen Progesteronkapseln (allerdings nur mit der fixen Dosierung von mindestens

100 mg) zur Testung der dermalen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Viele Apotheker in ganz Deutschland kennen schon die transdermale neben der vaginalen Anwendung, da die Herstellung der Creme etwas kompliziert ist.

Damit ist diese Art der HRT, teilweise auch nur solitäre Progesterontherapie transdermal/vaginal (Dosierung von 10–30 mg ansteigend bis 120 auf 200 mg) sinnvoll und effektiv: Besonders die psychosomatischen Beschwerden wie Ängstlichkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Energiemangel, Depressionen und Reizbarkeit werden deutlich besser. Aktuell ist jedoch jeder Arzt, der neben den fertigen Progesteronkapseln individuell angefertigte Hormoncremes verordnet, selbst für die Rezepturen verantwortlich und muss geeignete Kontrollen hierzu serologisch und sonografisch selbst durchzuführen. Gegebenenfalls muss man die Patientinnen auch auf die – streng wissenschaftlich gesehen – fehlenden Forschungsergebnisse zur transdermalen Progesterontherapie hinweisen.

Ich danke Herrn Prof. Mueck für das kollegiale Gespräch im Juni und hoffe auch von Seiten der Pharmaindustrie auf innovatives Umdenken.

Literatur

1. Botelho MA et al.: Nanostructured transdermal hormone replacement therapy for relieving menopausal symptoms: a confocal Raman spectroscopy study. *Clinics* (Sao Paulo) 69 (2014) 75–82.



Autorin

Dr. med. Hildegard Faust-Albrecht
Frauenärztin, Homöopathie
Hauptstraße 10
82008 Unterhaching
faust-albrecht@t-online.de

Ultra-low-dose Estriol & Laktobazillen

Gynoflor®



Für jede Frau

- Behandlung der atrophischen Vaginitis
- Wiederherstellung der natürlichen Vaginalflora
- In allen Phasen der Schwangerschaft & Stillzeit



Gynoflor® Zusammensetzung: Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Vaginaltablette enthält Lactobacillus-acidophilus-Kultur-lyophilisat 50 mg (mindestens 10⁸ lebens- oder vermehrungsfähige Keime), Estriol 0,03mg. Sonstige Bestandteile: Poly(O-carboxymethyl)stärke, Natriumsalz, Mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Dinatriumhydrogenphosphat, Lactose- Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Atrophische Vaginitis bei postmenopausalen Frauen. Anschlussbehandlung nach antiinfektiver Therapie von Vaginalinfektionen (z. B. bakterieller vaginose, Trichomoniasis, Candidose), wenn nach Infektsanierung Symptome persistieren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit auf die Inhaltsstoffe, Endometriose oder Verdacht, östrogenabhängige Tumore oder Verdacht, Genitalblutungen unbekannter Ätiologie. Vor der Menarche. **Schwangerschaft:** Anwendung nach Nutzen-Risiko-Abwägung. Stillzeit: Anwendung möglich. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Brennen, selten Juckreiz, Rötung. Allergische Reaktion gegen Lactobacillus-acidophilus-Kulturlyophilisat (ein Einzelfall). **Verschreibungspflichtig.** Stand: Februar 2011