***Dr. med. Hildegard Faust-Albrecht Hauptstr. 10, 82008 Unterhaching***

***Frauenärztin, Homöopathie Tel. 089 / 681557 (Fax 681504)***

***email:*** [***faust-albrecht@t-online.de***](mailto:faust-albrecht@t-online.de)

***www.faust-albrecht.de***

Was raubt Frauen menopausal den Schlaf? Sind es tatsächlich die Estrogene?

Angesichts einer Diskussion auf dem Kollegen-Portal „Coliquio“ über den Schlaf der Frauen ab der Menopause und der Idee der Fachkollegen/-innen bzgl. einer Substitution von Estrogenen oder Melatonin möchte ich hier einen kleinen Beitrag aus der Praxis liefern:

Wir kennen es aus der Praxis, dass Frauen „im Wechsel“ , also mit beginnenden Hormonschwankungen schon ab der Praemenopause, manche aber auch noch lange in der Peri- und sogar Postmenopause über **Durchschlafstörungen zwischen 3-5 Uhr** morgens berichten - viele geben **exakt 4 Uhr** an; sie sind dann hellwach, erwachen evtl. durch Hitze oder Hitze mit Schweiß und können lange nicht mehr einschlafen. Das sind quälende Nächte, die auf die Dauer zermürben.

Diese Zeit nachts ist spezifisch für Hormonprobleme: ob dann Hausarbeit gemacht bzw. gelesen wird oder der Gedankenzudrang durch die Alltagsprobleme das Problem macht, ist individuell unterschiedlich. Es hilft manchmal eine Life-Style-Modulation: weniger Alkohol und Nikotin, Gewichtsreduktion, mehr Sport untertags mit Ausdauertraining sowie Stress-Abbau durch Entspannungstraining. Leider haben wir damit bei den meisten Patientinnen keinen durchschlagenden Erfolg – sie haben ja selbst schon vieles versucht, zumeist auch eine Einnahme von Schlafmitteln, ggf. auch Psychopharmaka und pflanzliche Östrogen-Stimulanzien.

**Was sind aber die Ursachen für die Beschwerden, welche Fragen stellen wir den Patientinnen**?

Ursächlich sind bei diesen Durchschlafstörungen bei einfacher anamnestischer Abfrage weder Melatonindefizite (wenn die Patientin noch träumt) noch Oestrogenmangel, sondern zumeist nur ein Progesteronmangel bei Oestrogendominanz. Die weiteren Beschwerden bei **Oestrogendominanz** wie nächtliche Wadenkrämpfe, Palpitationen beim Einschlafen (spez. in Linksseitenlage), Gewichtszunahme verbunden mit Heißhunger und Oedemneigung, Reizbarkeit oder Weinerlichkeit (analog den individuell zumeist vorbekannten Beschwerden praemenstruell) sowie Konzentrationsstörungen und ggf. Libidomangel werden bei der schnellen Nachfrage von den Patientinnen teilweise bestätigt. Wir haben als Gynäkologen/-innen außerdem die Möglichkeit, sowohl serologisch (Bestimmung von E2 und E1 in Zusammenschau mit FSH und Progesteron) als auch untersuchungstechnisch den noch guten Estrogenstatus (Sonographie kl. Becken und Mammae, Nativpräparat, Beurteilung von Haut und Haaren) zu eruieren.

Was brauchen die Frauen, die durch Umweltprobleme (östrogene Metaboliten), die eigene ovarielle Restfunktion oder gar fälschlicherweise durch zu hohe estrogene Hormonsubstitution unter den genannten Durchschlafstörungen (ohne Traumverlust) leiden: **PROGESTERON** und Sistieren jeglicher künstlich zugeführter Hormongaben hilft bei dieser Schlafkonstellation in 95 % der Fälle meiner Patientinnen.

Die **Therapie mit Progesteron** (abends) muss individuell mit der Patientin abgestimmt werden und ist unabhängig vom Uterus – auch hysterektomierte Patientinnen leiden unter systemischem Progesteronmangel. In meiner Praxis habe ich gute Erfahrungen mit 25-50 mg Progesteron transdermal gemacht (1). Es funktionieren bei manchen Patientinnen auch Dosen von 10 mg oder bis zu 100-200mg (transdermal, vaginal, oral). Nachdem Progesteron auch einen nicht absehbar stimulierenden Effekt auf die Restfunktion der Ovarien hat, muss man vorsichtig einen überschießenden estrogenen Effekt, der die Symptomatik möglicherweise verschlechtert, berücksichtigen. Ich habe Patientinnen, die nach einer Gabe Progesteron transdermal wieder wochenlang gut schlafen und hormonell ins Lot kommen, andere brauchen immer wieder cyclisch einige Wochen die Unterstützung mit Progesteron, andere kontinuierlich (das sind natürlich immer die Patientinnen mit Hormonsubstitution von Estrogenen und/oder Androgenen). Die Umwandlung in das schlaffördernde Allopregnenolon ist nur für die orale Gabe von Progesteron postuliert. In der Praxis sieht man aber gerade auch bei den anderen Applikationsformen oft verblüffende Reaktionen gerade im Schlafbereich. **Progesteron gilt vorwiegend als das „hormonelle Valium“** mit all den Möglichkeiten als Ein- und Durchschlafhilfe. Bei verbesserter Lutealwirkung kann auch ein Ansteigen des Melatoninspiegels nachgewiesen werden, was für die zusätzliche medikamentöse Option (Melatoningaben) bedacht werden sollte. Bei Versagen von Progesteron oder inverser Reaktion hilft in seltenen Fällen auch transdermal Estradiol oder pflanzliche/homöopathische Zubereitungen.

Wie wichtig der Schlaf, spez. das Durchschlafen ist, und dass wir die menopausalen Schlafstörungen nicht als unwesentlich aburteilen sollten, zeigt eine Studie aus Shanghai (2), die Frauen zwischen 40-60 Jahren untersucht hat mit dem direkten Nachweis, dass schlechter Schlaf in der Menopause mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko („arterial stiffness“) verbunden ist.

Auch bei Schwangeren kann man bei hormoneller Dysbalance mit erhöhten Estrogenen/reduzierter plazentarer Progesteronbildung nervige Wachphasen nachts um die sensible Zeit gegen 4 Uhr finden. Auch hier wird Progesteron helfen, wenn auch in deutlich höheren Dosen als außerhalb der Schwangerschaft.

Insgesamt haben wir als Frauenärzte/-innen nicht nur die Möglichkeit, hormonell ausgleichend für eine bessere Schlafqualität zu sorgen, sondern verbessern hiermit auch den gesamten Gesundheitsstatus, wie dies auch für eine zusätzliche Karzinom- prävention bekannt ist und am Beispiel der reduzierten kardiovaskulären Risiken gezeigt wurde. **Nebenbei werden mit der Progesterontherapie auch viele gewebs- spezifischen östrogendominanten Veränderungen** wie Myome, Mamma-Cysten und – Fibrome sowie Endometriumspolypen und -hyperplasien **günstig mit-therapiert**. Dies sollte für uns Anlass sein, über den Schlaf, den die Patientin selbst gut beurteilen kann, zu einem individuell guten hormonellen Ausgleich zu kommen.

Autorin: Dr. Hildegard Faust-Albrecht, Hauptstr. 10, 82008 Unterhaching,

Email: [faust-albrecht@t-online.de](mailto:faust-albrecht@t-online.de); www.faust-albrecht.de

1. Faust-Albrecht: Progesterontherapie transdermal – ein Erfahrungsbericht. FRAUENARZT 54 (2013) 1: 44-50
2. Zhou Y et al.: Sleep disorder, an independent risk associated with arterial stiffness in menopause. Sci Rep 2017; 7(1): 1904