

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

Dienstag, 02.01.2024

Thema: Ist Testosteron der Gamechanger?

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. med. Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Katrin Simonsen

Hallo und herzlich willkommen bei Hormongesteuert – der Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren, und natürlich für alle interessierten Männer. Das ist die erste Folge im neuen Jahr. Und wir hoffen und wir wünschen, dass das für euch alle ein gesundes und frohes 2024 wird. Auch in dieser Podcast-Folge wollen wir ohne Tabus über alle Themen sprechen und euch zu Expertinnen eures Körpers machen. Und deshalb gibt es heute nun den zweiten Teil mit Hörerinnen-Fragen zum Thema Hormonersatztherapie. Mein Name ist Kathrin Simonsen, ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR Aktuell, und die Fachfrau an meiner Seite ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft Dr. Katrin Schaudig. Herzlich willkommen, schön, dass Sie dabei sind!

Dr. Katrin Schaudig

Ja, hallo Frau Simonsen! Ich freue mich sehr!

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, Runde 2 zum Thema Hormonersatztherapie! Da haben wir schon in Folge 8 ausführlich uns darüber unterhalten und viele Fragen beantwortet. Heute soll es unter anderem darum gehen, welche Vorerkrankungen ein Ausschlusskriterium für die Hormonersatztherapie sind. Und wir wollen über Testosteron sprechen. Gerade kann man viel über Testosteron lesen. Manche Frauen sagen, es sei eine Art *Gamechanger* in den Wechseljahren und hätte ihnen die Energie zurückgebracht. Da wollen wir natürlich wissen: Was ist da dran? Wir beginnen aber mit den Fragen zu den Vorerkrankungen, zu den familiären Veranlagungen, und beginnen mit dem Thema: Brustkrebs. Generell möchte unsere Hörerin Petra erstmal wissen, welches Hormon nun dieses Brustkrebsrisiko macht. Ist das Östrogen oder das Progesteron?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine Frage, die kann man gar nicht so einfach beantworten, Frau Simonsen. Also vielleicht mal vorab, eigentlich wird immer wieder diskutiert unter Experten: Löst nun die Hormontherapie den Brustkrebs aus oder fördert sie ihn lediglich? Und der überwiegende Teil der Experten geht eigentlich davon aus, dass Hormone quasi nur wie ein Dünger wirken. Das heißt, da sind Zellen in der Brust oder Vorstufen von einem Krebs, die sowieso vielleicht irgendwann wachsen würden. Und jetzt gibt man Hormone dazu, und jetzt ist es wie ein Dünger. Also, man muss sich das so vorstellen wie auch in der Landwirtschaft. Man düngt sozusagen das Wachstum des Krebses.

Die Frage „Was ist das schlimmere, Östrogen oder Progesteron?“ muss man sehr differenziert sehen. Grundsätzlich haben Brustkrebszellen – oder können haben – Rezeptoren für Östrogen und Gestagen, also Progesteron. Das heißt, da haben Sie eine Brustkrebszelle, da sind so Rezeptoren, da sind so eine Art Empfänger auf der Zelle drauf. Wenn da das Östrogen oder das Progesteron andockt, wird quasi das Wachstum angeschoben. Brustkrebszellen müssen nicht unbedingt diese Rezeptoren haben, aber viele Brustkrebsarten haben das.

Und deswegen macht man auch erfolgreich eine Anti-Östrogentherapie. Das heißt, man blockiert die Östrogenwirkung an den Tumorzellen, und es ist auch erfolgreich. Also, scheint das Östrogen auf jeden Fall eine Rolle zu spielen. Wenn wir uns aber die Studienlage anschauen, dann sehen wir – und da sind sich wirklich alle Studien einig – dass, wenn man Östrogen mit einem Gelbkörperhormon kombiniert, also Progesteron oder ein synthetisches Gestagen, dann wird das Risiko für Brustkrebs etwas mehr gesteigert als bei einer „Östrogen-Allein-Therapie“. Also, wenn jemand nur Östrogen nimmt – was ja nur geht, wenn er keine Gebärmutter hat – dann wird das Brustkrebsrisiko, wenn überhaupt, gering gesteigert.

Und jetzt kommt ja dieses Paradoxe dazu, was wir glaube ich auch schon vorher mal besprochen haben, dass es ja eine große Studie, nämlich die WHI-Studie gibt, wo die Frauen mit der Östrogentherapie sogar ein geringeres Brustkrebsrisiko hatten als die Frauen, die keine Östrogene genommen haben. Wir haben das

auch damals schon mal besprochen. Das hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass in dieser Studie so viele Frauen übergewichtig und adipös waren, und durch die Östrogengabe wurde die Insulinresistenz, also die Vorstufe vom Diabetes, verbessert, und damit möglicherweise das Brustkrebsrisiko gesenkt. Ist eine Hypothese, klingt aber plausibel. Das heißt...

Katrin Simonsen

Wer das noch einmal nachhören will, in Folge 3 haben wir darüber gesprochen, da kann man ganz ausführlich anhören zu dieser Studie.

Dr. Katrin Schaudig

Man sieht also, so einfach ist das gar nicht. Das heißt, eine übergewichtige oder fettleibige Patientin macht mit Östrogen alleine wahrscheinlich gar nicht viel verkehrt, während wenn jemand schlank ist, so schlecht diese Botschaft vielleicht sein mag, könnte es sein, dass eine Östrogen-Monotherapie eben doch den Brustkrebs ein bisschen fördern kann. Jetzt gibt es nochmal Unterschiede, welches Gestagen ich nehme, ob es natürliches Progesteron ist oder das Dydrogesteron, was dem sehr nahesteht, oder ob ich eins von den alten synthetischen Gestagenen nehme. Und da gibt es tatsächlich auch ganz schöne Studien zu, dass diese alten, synthetischen Gestagene, die wir früher eigentlich überwiegend benutzt haben, dass die in Kombination mit Östrogen das Brustkrebsrisiko mehr fördern als die moderneren Gestagene, und insbesondere das Progesteron. Aber auch da ist es so, dass langfristig bei einer Kombinationstherapie das Risiko für Brustkrebs etwas höher ist, als wenn ich nur Östrogene alleine nehmen kann. Das ist natürlich ein Dilemma, weil wenn die Gebärmutter drin ist, muss ich ein Gelbkörperhormon dazugeben.

Katrin Simonsen

Eine ausführliche Antwort auf eine nicht zu einfache Frage.

Dr. Katrin Schaudig

So sieht es aus.

Katrin Simonsen

Was ist aber, wenn ich nun in meiner Familie einen Brustkrebs hatte, also meine Mutter oder meine Oma, darf ich dann Hormone nehmen oder mal anders gefragt: Nach welchen familiären Vorbelastungen fragen Sie denn ihre Patientinnen?

Dr. Katrin Schaudig

Auch das ist eine Frage, die man nicht so ganz eindeutig beantworten kann. Wir haben ja schon mehrfach gesagt: Brustkrebs ist ein sehr, sehr häufiges Karzinom. Jede achte Frau bekommt das. Wenn ich jetzt jemand habe, die mir sagt, meine Großmutter hatte mit 70 Brustkrebs, dann bin ich eigentlich ziemlich entspannt. Dann denke ich, ja na gut, es ist ein Alterskrebs tatsächlich, und die Großmutter ist schon eine Generation weiter weg. Da hätte ich jetzt überhaupt keine Bedenken. Wichtig ist, dass wir fahnden müssen nach diesen wirklich familiär bedingten Brustkrebshäufungen, das ist dieser genetisch-bedingte Brustkrebs. Und da gibt es ein oder zwei Mutationen, also genetische Belastungen, das sind die BRCA1-, oder BRCA2-Gene, Genmutation, die – ich glaube man darf das sagen – wahrscheinlich auch bei Angelina Jolie eine Rolle spielten, das ging ja damals sehr durch die Presse.

Wann guckt man nach, ob sowas da ist? Man guckt dann nach, wenn es in der engeren Familie – also, ich sage es mal, in erster Linie, vielleicht auch noch zweiter Grad, vermehrt Fälle von Brustkrebs in jungem Alter gibt. Sagen wir mal so, ein ganz wichtiges Indiz ist, wenn es einen Mann in der Familie gibt mit Brustkrebs. Und man muss auch schauen: Diese Genveränderungen gehen auch einher mit einem erhöhten Eierstockkrebsrisiko. Das heißt, ich höre mir bei einer Patientin an, wenn ich die das erste Mal sehe und mir die Krankengeschichte anhöre, okay, gibt es Brustkrebs in der Familie? Gibt es Eierstockkrebs in der Familie? Manchmal sagen die ja, die Großmutter, die ist an so einem komischen Bauchtumor verstorben mit 60. Da werde ich schon ein bisschen hellhörig.

Also, das heißt, das sind die Krebsarten, auf die man besonders achten muss. Was mache ich dann mit so einer Patientin? Ich schicke die in eine humangenetische Beratung. Die Humangenetiker, die gucken sich genau an: Wo gibt es in der Familie Krebsfälle? Welche Formen von Krebs sind das? Und entscheiden dann zusammen mit der Patientin, okay, wir untersuchen mal diese bekannten Formen, und es gibt außer dem BRCA1 und BRCA2, was ich gerade schon gesagt habe, mittlerweile eine ganze Reihe von Genveränderungen, von denen wir wissen, da gibt es erhöhte Risiken.

Und dann wird im Einzelfall geschaut, was man mit diesen Patientinnen macht. Man muss sagen, die Frauen, die zum Beispiel so eine BRCA-Mutation haben, haben so ein hohes Risiko für Brustkrebs, dass wenn die jetzt aufgrund eines Leidensdrucks Hormone nehmen, das Risiko nur noch ein bisschen höher ist. Hört sich ein bisschen zynisch an, aber da werden ja dann andere Dinge der Prophylaxe diskutiert, zum Beispiel sogar bis hin zur Brustdrüsenentfernung, komplett prophylaktisch. Eierstocks-Entfernung rät man diesen Frauen zum Beispiel bereits mit 40. Aber dann sagt man auch, Eierstöcke raus mit 40 und dann aber eine Hormonsubstitution, bis sie 50 sind. Zumindest bei denen, die bis dahin noch keinen Brustkrebs hatten. Wenn diese Patientinnen schon Brustkrebs hatten, dann wird die Situation allerdings wirklich schwierig und kompliziert.

Katrin Simonsen

Wenn Sie jetzt sagen, Sie gucken so die familiäre erste Linie, wer müsste denn da betroffen sein? Die Mutter?

Dr. Katrin Schaudig

Vor allen Dingen die Mutter und die Schwester. Und dann gucke ich natürlich schon nochmal in die zweite Gradverwandtschaft, also sprich: Cousinen, Tanten, Onkels und Großmutter. Alles, was weiter weg ist, finde ich dann doch uninteressanter. Aber, also die Großmutter-Generation auf beiden Seiten der Familie, also sowohl die väterlichen Großeltern als auch die mütterlichen Großeltern, und die Geschwister der Eltern – finde ich auch nochmal was, wo man immer draufschaut.

10:13

Katrin Simonsen

Wenn jetzt aber ich zu Ihnen komme und nur sage, ja, meine Mutter hatte einen Brustkrebs mit Mitte 40. Wäre das auch schon so, wo Sie sagen, na da sind wir doch mal vorsichtig?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist auch eine gute Frage. Da würde ich schon nochmal genau anhören, was für eine Art von Brustkrebs das war. Ich würde da noch einmal ganz genau nachfragen, was war denn sonst noch so in der Familie? Nun haben wir heute wirklich nicht wenige Patienten, da ist die Familie nur ganz klein. Also ich kann auch gar nicht groß nachfragen. Ich glaube, ich wäre

nicht so übermäßig vorsichtig, würde aber der Patientin immer raten: Gehen Sie einmal zur Genetik. Dann bespricht man das mit denen, soll man das untersuchen. Und ich würde klar so jemandem ganz sicher unter der Hormontherapie immer eine engmaschige Überwachung anraten. Je höher der Leidensdruck der Patientin ist, desto eher würde ich sagen okay, wir probieren das jetzt, aber haben Sie die Brust im Auge. Also ich würde eigentlich nie generell abraten.

Katrin Simonsen

Einen konkreten Fall haben wir auch. Eine Hörerin hat uns geschrieben: Bei ihr sind die Ur-Oma und die Oma mütterlicherseits und die Cousine von Brustkrebs betroffen, auch relativ jung. Jetzt hat sie Hitzewallungen, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen, Konzentrationsprobleme, also so klassische Wechseljahresbeschwerden – und auch noch erhöhtes Cholesterin. Sie schreibt, was sogar auf eine Hypercholesterin-Anämie hindeutet. Und jetzt fragt sie, ob sie Östradiol nehmen darf, mit dieser Geschichte. Und ob sie die Tabletten nehmen darf, weil sie gelesen hat, dass die ja das Cholesterin senken.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, also da fällt mir als Erstes auf, dass sie sagt Großmutter und Cousinen, und die Ur-Oma hatten Brustkrebs, die Mutter offensichtlich nicht. Damit bleibt ja die Chance, dass sozusagen jetzt sie genetisch ausgespart ist. Ein wichtiger Punkt bei dieser Krankengeschichte ist, dass sie schreibt, die hatten alle relativ jung Brustkrebs. Also, das ist so ein bisschen ein Indiz für eine genetische Komponente. Also, an der Stelle, wenn die jetzt gesagt hätte, die hatten das alle jenseits von 60 Jahren, da wäre ich schon wieder entspannter. Dieses Junge ist tatsächlich ein Thema. Also ich würde mich genetisch beraten lassen. Vielleicht zu dem Cholesterin: Es ist in der Tat so, dass vor allen Dingen geschlucktes Östrogen den Cholesterinspiegel senkt. Aber da muss man jetzt mal sagen, nur deswegen würde ich nicht zu einer Hormontherapie raten. Sondern vor allen Dingen ist auch da wieder der Leidensdruck entscheidend. Den Cholesterinspiegel kann man ja auch auf andere Weise mit Medikamenten behandeln. Das würde ich dann favorisieren, wenn die Patientin keinen Leidensdruck hat.

Umgekehrt ist es aber so, wenn sie einen hohen Leidensdruck hat, und das scheint mir hier, dann würde sie zumindest mit einer Östrogen-gabe sich was Gutes tun für den Cholesterin-spiegel. Das würde sie sozusagen als Begleit-effekt mitnehmen.

Katrin Simonsen

Und dann nur mit Tabletten?

Dr. Katrin Schaudig

Tatsächlich wissen wir, dass Tabletten den Cholesterinspiegel stärker senken. Aber auch ein Gel oder ein Pflaster hat einen positiven Einfluss. Der ist nur nicht so stark. Also ich denke auch da muss man klar gucken, wenn diese Hypercholesterinämie – das ist keine Anämie, sondern...

Katrin Simonsen

Achso, Entschuldigung! (lacht)

Dr. Katrin Schaudig

Macht gar nichts! Ich sage das nur, damit es jetzt nicht falsch rüberkommt. Ich glaube, die Patientin hat es auch so gefragt, aber es ist keine Anämie. Also, die sind nicht blutarm, sondern man spricht von „Cholesterinämie“, weil zu viel Cholesterin im Blut ist. Also, das würde ich eher anders angehen, auch natürlich die Rahmenbedingungen optimieren. Da würde man sich auch mal die Gefäße anschauen lassen, hat man eine Verdickung der Halsschlagader oder sind da vielleicht möglicherweise schon sogenannte Plagues? Also das würde man immer machen. Aber man würde jetzt nicht primär Hormone geben, um den Cholesterinspiegel zu senken. Das würde ich nicht machen.

Katrin Simonsen

Und wären denn solche Plagues, das wäre dann auch, wo Sie sagen, oh, da fangen wir jetzt lieber doch nicht mit einer Hormonersatz-therapie an?

Dr. Katrin Schaudig

Also wenn jemand mir erzählt, er hat Plagues, dann gibt es nochmal verschiedene Formen von Plagues. Es ist an sich so: Da gibt es tatsächlich eine ganz schöne Studie dazu, dass wenn Frauen in kurzem Abstand zur letzten Regelblutung – also, wenn die gerade so in diesen Östrogenmangel rutschen – wenn die Hormone nehmen, dann wird die Halsschlagader

langsamer verdickt als bei Frauen, die keine Hormone nehmen. Das heißt, wir haben also auf die Gefäße am Hals einen positiven Effekt durch eine Hormoneinnahme. Bei den Plagues ist es schwierig, da muss sich dann der Internist oder der Gefäßarzt, der den Ultraschall macht, auch äußern: Sehen die so aus, dass man Angst haben muss, dass die sich lösen? Das kann dann tatsächlich zum Schlaganfall führen.

Aber da würde ich jetzt nicht grundsätzlich sagen, die dürfen keine Hormone nehmen, sondern das ist wieder so eine Situation, wo man sagt: Die Rahmenbedingungen sollten rund um optimal sein. Also Blutdruck muss supergut eingestellt sein. Da würde ich auch nicht, wenn der so an der Grenze ist, wäre ich dann großzügig mit dem Blutdruckmittel. Ich würde auch auf jeden Fall gucken: Wie ist der Blutfettstatus, also Cholesterin? Soll ich einen Cholesterinsenker nehmen? Und ich sehe immer wieder Patienten, die großen Respekt haben vor diesen Cholesterinsenkern. Aber ich denke, da muss man tatsächlich abwägen, und die Gefäße sind dann tatsächlich der wichtigere Punkt.

Katrin Simonsen

Aber wenn ich, sagen wir mal Blutdruckmittel nehme, Cholesterinsenker, und mein Gefäß-experte sagt: „Das sieht eigentlich gerade gut aus“, ist sozusagen keine Gefahr, dass sich da was löst – könnte ich theoretisch auch noch Hormone nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, können Sie absolut. Ich würde in so einer Situation natürlich immer die Hormongabe über die Haut bevorzugen, also Gel oder Pflaster, weil wir dann nicht noch on-top ein erhöhtes Gewinnungsrisiko einkaufen. Das wollen wir ja vermeiden.

Katrin Simonsen

Weil wir gerade darüber gesprochen haben, über diese Östradiol-Tabletten. Da hatten wir ja letzte Folge darüber gesprochen, da gab es die Frage: Was sind denn das für Tabletten? Also das waren... also wie erkenne ich, dass das nun die richtigen sind?

Dr. Katrin Schaudig

Also, in Deutschland gibt es eigentlich ausschließlich das natürliche Östrogen als Tablette. Das ist das 17 β -Östradiol. Wir haben praktisch nichts anderes mehr. Es gab noch bis vor ein, zwei Jahren diese aus Stutenhaaren gewonnenen Östrogene. Ich glaube, ich kann den Namen sagen, es war das *Presomen*. In Deutschland ist das vom Markt, das spielt keine Rolle mehr. Das heißt, die Tabletten, die es auf dem Markt gibt, sind immer natürliches, bioidentisches 17 β -Östradiol. Da kann man eigentlich nichts falsch machen. Nur nochmal an der Stelle: In dem Moment, wo man es schluckt, wird es eben anders verstoffwechselt, als wenn ich es über die Haut zuführe. Und auch anders verstoffwechselt, als wenn der Eierstock Östrogene ausschüttet. Das heißt, ich bin dann nicht mehr ganz bioidentisch, auch wenn die Substanz, die ich zuführe, bioidentisch ist. Aber in dem Moment, wo diese Verstoffwechslung durch die Leber einsetzt, habe ich eine ein bisschen andere Situation. Was jetzt nicht grundsätzlich schlecht oder schlimm ist, außer dass wir damit uns damit ein erhöhtes Thromboserisiko einkaufen.

Katrin Simonsen

Aber das sind nicht Tabletten, die ich irgendwie zergehen lassen muss im Mund? Die schlucke ich wirklich wie eine Pille?

Dr. Katrin Schaudig

Die schluckt man wie eine Pille. Und der Unterschied – ah, gut, dass Sie das Wort *Pille* erwähnen – der Unterschied zu diesen klassischen, alten Antibabypillen, da ist eben nicht Estradiol drin, sondern Ethinylestradiol. Es gibt zwei Produkte, wo tatsächlich 17 β -Östradiol drin ist. Ich glaube, ich darf die Namen sagen, weil es gibt nur die zwei. Das ist einmal eine Pille, die heißt *Qlaira* und die andere heißt *Zoely*. Da ist tatsächlich 17 β -Östradiol drin. Alle anderen Pillen haben Ethinylestradiol. Es wird jetzt noch ein bisschen komplizierter. Es gibt noch ein weiteres Östradiol, was man schlucken kann.

Das ist E4-Estetrol, und das ist auch ein natürliches Östrogen, was aber eigentlich nur beim Feten in der Schwangerschaft vorkommt. Aber das dürfte auch der Biologie sehr nahekommen, muss man so sagen. Aber da haben wir

für die Patientinnen in der Peri- und Postmenopause ohnehin im Moment kein Präparat. Das gibt's nur als Antibabypille.

Katrin Simonsen

Jetzt kommen wir zum Thrombose-Risiko. Da hat es viele Fragen gegeben. Wann gilt man hier als familiär vorbelastet?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist auch eine gute... das passt jetzt eigentlich ganz gut, weil wir gerade schon bei diesem Thrombose-Thema waren. Also, wenn ich eine Patientin das erste Mal sehe, dann frage ich immer ganz genau nach – gab es in der Familie schon mal eine Thrombose -oder Lungenembolie? Und da frage ich auch erstmal alle erstgradig Verwandten, also Geschwister, Eltern vor allen Dingen. Aber manchmal frage ich dann schon auch noch okay, Tanten, Onkels, Großeltern. Da kommt es vor allen Dingen drauf an, in welchem Alter die die Thrombose hatten, bzw. ob es eine Situation war, die von Haus aus zur Thrombose führen kann.

Ich sage mal ein Beispiel: Die 70-jährige Großmutter hat eine Hüftoperation gehabt und kriegt im Anschluss daran eine Lungenembolie. Das ist der Klassiker. Warum? Hüftoperation, Immobilisierung – also, die darf nicht rumlaufen – dann ist vielleicht die Gerinnungsprophylaxe nicht gut genug gemacht worden. Die Patientin ist schon 70 gewesen... da hat man einfach so viele rote Lampen für ein Thromboserisiko, dass man sagen muss, also das muss überhaupt nicht genetisch sein. Wenn die mir aber sagt „Meine Mutter hatte im Wochenbett eine Lungenembolie oder eine Thrombose“, dann werde ich hellhörig. Es ist zwar so, dass Schwangerschaft und Wochenbett mit einem sechsfach erhöhten Thromboserisiko einhergehen, trotzdem kriegen ja doch relativ wenige Frauen eine Thrombose im Wochenbett. Das heißt, bei denen wäre ich hellhörig. Insbesondere wenn es die Mutter war. Bei der Großmutter wird es schon wieder schwieriger, weil das eben eine Generation weiter ist, kann man sagen „Glück gehabt“.

Aber in dem Moment, wo eine Thrombose in jungem Alter oder eine Lungenembolie in der Familie vorhanden ist, da wäre ich vorsichtig. Es gibt immer wieder Leute, die sagen ja, da

machen wir noch eine Testung auf gerinnungsfördernde Veränderungen. Also, da gibt es auch eine ganze Reihe von genetischen Dingen. Das Problem dabei ist, dass selbst bei eindeutiger genetischer Belastung – also das heißt: Großmutter Thrombose mit 40, Mutter Thrombose im Wochenbett – und die Patientin sitzt vor mir und hat vielleicht eine schon eine Thrombose auch erlitten, solche Fälle kenne ich. Und dann mache ich manchmal eine Gerinnungsdiagnostik, inzwischen mache ich es schon meistens gar nicht mehr, und es kommt nichts raus. Tja, was mache ich dann? Die Patientin hat ja schon eine Thrombose gehabt. Da muss irgendein genetischer Faktor sein. In 20 % der Fälle mit eindeutig genetischer Thromboseneigung – also wo ich so anhand der Familiengeschichte sehe, ja, die haben ja alle Thrombose gehabt – findet man trotzdem keinen auffälligen Gerinnungsfaktor oder eine Gerinnungsmutation. Das heißt, wenn ich bei der Patientin nichts finde, dann heißt es leider noch lange nicht, dass die Luft rein ist.

Ich persönlich gehe immer so vor, dass ich mir die Familienanamnese, also die Familiengeschichte genau anschau. Und wenn ich den Eindruck habe, da gibt es tatsächlich im jungen Alter ohne eindeutigen Auslöser – also so etwas wie eine Hüftoperation – ohne eindeutigen Auslöser eine Thrombose, dann bin ich schon mal vorsichtig. Es ist aber nicht so, dass ich diesen Patientinnen gar keine Hormone gebe. Ich bin aber ganz zurückhaltend mit der klassisch kombinierten Antibabypille. Die kriegen die nicht von mir. Und ich bin auch super zurückhaltend mit geschluckten Östrogenen, weil die eben das Thromboserisiko ungefähr verdoppeln bis verdreifachen. Das heißt, da arbeite ich ausschließlich mit Transdermalen Gabe, also über die Haut: Gel-, Pflaster-, oder Spray-Östrogen, und versuche auch, mit der Dosis möglichst auf einer Höhe zu bleiben, dass die Patientin gerade beschwerdefrei ist. Das heißt, ich vermeide auch mit einer transdermalen Gabe zu hohe Östrogenspiegel.

Katrin Simonsen

Susanne ist 58, leidet sehr unter Hitzewallungen, Schlafstörungen, Gewichtszunahme. Sie hatte 2023, also in diesem Jahr, eine tiefliegende Venenthrombose/ Lungenembolie

schreibt sie, und die Thromben hätten sich leider noch nicht aufgelöst. Sie nimmt Blutverdünner und würde gerne gegen die Wechseljahresbeschwerden auch Hormone nehmen. Kann sie das probieren?

23:15

Dr. Katrin Schaudig

Also strenggenommen, im Beipackzettel ist es eine eindeutige Kontraindikation. Jetzt ist es bei Susanne so, die nimmt einen Blutverdünner. Damit ist das sehr unwahrscheinlich, dass da nochmal was passiert. Trotzdem hat die noch Thromben möglicherweise in der Lunge – also, da wäre auch ich extrem zurückhaltend. Ich würde wahrscheinlich bei Susanne erst alles andere probieren an Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu beheben. Wir hatten ja auch schon mal eine Folge: Was kann man machen gegen Hitzewallungen, wenn man keine Hormone nehmen darf? Was kann man machen gegen Schlafstörungen? Gewichtszunahme – das ist sowieso ein Sonderthema. Da muss man natürlich sagen: Je mehr Gewicht sie zunimmt, desto höher ist ihr Thromboserisiko. Das ist natürlich tragisch, aber so ist es.

Aber es ist ja nicht so, dass man Hormone gibt gegen die Gewichtszunahme, diese Formel, die greift leider nicht so ganz. Also bleiben die Hitzewallungen, die Schlafstörungen. Da habe ich verschiedene Methoden. Ich wäre in so einer Situation extrem zurückhaltend. Aber wenn ich mit nichts anderem klarkomme, dann muss man mit der Patientin wirklich ausführlich besprechen, okay, ganz niedrig dosiert über die Haut eine Hormontherapie versuchen. Es bleibt ein Restrisiko, was dies Patientin auch tragen muss. Das Thema ist, dass Susanne mit dieser Vorgeschichte ohnehin ein erhöhtes Risiko hat, wieder mal eine Thrombose zu kriegen. Und möglicherweise ist das auch eine Patientin, die ihr Leben lang Blutverdünner nehmen muss. Und solange sie die Blutverdünner nimmt, kann man wiederum mit einer transdermalen Hormongabe ein bisschen großzügiger sein. Also, auf keinen Fall geschluckte Hormone, auf gar keinen Fall! Und wenn überhaupt, transdermal ganz vorsichtig, niedrig dosiert. Und das muss man auch mit der Patientin ganz genau besprechen. Und ich würde in dem Fall alles andere erst ausprobieren, ob sie anders beschwerdefrei wird.

Katrin Simonsen

Eine andere Hörerin schreibt, sie hat auch einen Thromboserisiko und fragt, ob diese Gestagen-Pille, über die wir ja verschiedentlich gesprochen haben, die Blutgerinnung beeinflusst?

Dr. Katrin Schaudig

Nach allem, was wir wissen, machen die Gestagen-Pillen, also die östrogenfreien Pillen kein Thromboserisiko. Es gibt so ein paar Überlegungen, dass die vielleicht in Einzelfällen mal das arterielle Gefäßrisiko erhöhen könnten. Also sie merken schon, ganz viel Konjunktive, und das betrifft Herzinfarkt und Schlaganfall. Aber da ist die Datenlage wirklich sehr, sehr, sehr mau. Aber auf jeden Fall können wir ziemlich sicher davon ausgehen, dass reine Gestagen-Gabe nichts am Thromboserisiko macht – mit einer Ausnahme: Die Dreimonatsspritze, die ja auch eine reine Gestagen-Methode ist, die macht tatsächlich ein verdoppeltes Thromboserisiko. Das heißt, das kommt für Frauen mit einem entsprechenden Risiko nicht in Betracht.

Katrin Simonsen

Dann haben uns auch Hörerinnen geschrieben, bei denen sozusagen ein Thromboserisiko offenbar richtig festgestellt wurde, die schreiben sie leiden unter einer Faktor-V-Mutation, heterozygot. Und auch die beiden wollen wissen: Ist das ein Ausschlusskriterium für die Hormonersatztherapie? Und darf ich wenigstens Phytoöstrogene nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Phytoöstrogene gehen eigentlich immer. Wo bei wir da auch gar keine Daten haben zum Thromboserisiko. Also, ich muss sagen ich glaube, ich würde in der Situation lieber niedrig dosiert transdermal Östrogene geben. Vielleicht ganz kurz, was ist die Faktor-V-Mutation? Die Hörerin schreibt selber heterozygot – das heißt, man hat diese Mutation nur von einem Elternteil geerbt. Es gibt auch sehr selten eine homozygote Faktor-V-Mutation, das heißt, man hat es von beiden Elternteilen geerbt. Da hat man da tatsächlich ein extrem hohes Thromboserisiko. Bei der heterozygoten Mutation ist das Thromboserisiko schon sehr deutlich erhöht. Also man sagt rund sieben bis acht Mal so hoch wie bei jemandem, der das nicht hat.

Jetzt muss man aber auch wieder sagen: Thrombose ist ja nicht so ein häufiges Ereignis. Und bei Frauen jenseits der 50, sagen wir mal als grobe Größenordnung – eine von tausend pro Jahr, das ist also an sich niedrig – bei der heterozygoten Mutation, die übrigens die häufigste genetische Gerinnungsneigungs-Erkrankung ist, die wir kennen, da muss man sagen, wenn noch keine Thrombose war, hätte ich überhaupt keine Bedenken, transdermal Hormone zu geben. Ich würde immer in solchen Situationen versuchen, möglichst nicht so hoch zu dosieren. Da mache ich tatsächlich ganz gelegentlich auch mal eine Spiegelkontrolle vom Östrogen, um zu gucken, wo liege ich denn hier mit meiner Dosis? Aber man kann...

Katrin Simonsen

Und wo dürfen Sie da liegen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist immer schwer zu sagen. Ich will auf keinen Fall über 100 pg pro Milliliter kommen. Hängt aber immer vom Labor ab.

Katrin Simonsen

Aber 30, 40 wäre okay?

Dr. Katrin Schaudig

30, 40, 50 finde ich super. Wenn die Patientin damit sagt „Ich schwitze aber immer noch und mir geht es immer noch nicht gut“ – würde ich sagen, ja okay, ein bisschen mehr kann man machen. Es gibt noch ein paar andere Gerinnungsneigungsfaktoren, die wir kennen. Also, das ist einmal diese, nochmal, diese Faktor-V-Mutation, wird auch Faktor-V-Leiden-Mutation genannt. Das ist mit Abstand die häufigste. Dann gibt es einen ATIII-Mangel, der sehr selten ist, aber dafür auch mit einem erheblich erhöhten Risiko einhergeht. Dann gibt es noch die Prothrombin-Mutation. Die macht nicht so ein deutlich erhöhtes Risiko, muss man aber bedenken. Dann gucken wir noch nach Protein-S-, und Protein-C-Mangel. Beides sind Proteine, die in der Blutgerinnungskaskade eine wichtige Rolle spielen.

Also, das sind so die wichtigsten, nach denen wir gucken. Aber Sie können sich denken, je weiter die Medizin und der Fortschritt voranschreitet, es tauchen also immer mal wieder Mutationen auf, von denen man weiß, aha, da gibt es ein Problem. Manchmal auch die Kombination sogar aus mehreren Faktoren. Also,

man kann sich davon Gerinnungs-Spezialisten beraten lassen. Aber das Wichtigste ist eigentlich die Anamnese, also die Geschichte in der Familie. Und da muss man einfach gucken, was macht man?

Die Gerinnungsdiagnostiker raten auf jeden Fall davon ab, einfach grundsätzlich bei jedem eine Diagnostik zu machen. Also jemand, der keine Auffälligkeiten hat – auf keinen Fall eine Diagnostik. Also es wird gelegentlich so eine Art Screening gemacht, „Na lasst uns alles mal untersuchen“ – davon wird eigentlich dringend abgeraten. Da kommt man auch nur in Teufelsküche. Und selbst wenn jemand schon eine Thrombose hatte, kann man diese Gerinnungsdiagnostik machen. Das ist aber eigentlich nur dafür relevant, dass dann möglicherweise Familienangehörige sich darauf testen lassen können. Also, sagen wir mal so, ich habe eine Embolie im Wochenbett. Lass mich testen, habe eine Faktor-V-Mutation. Dann könnte ich hergehen und sagen okay, ich lasse meine Tochter testen. Wenn die das auch hat, sollte sie keine Antibabypille nehmen. Zum Beispiel. Und man würde auch in der Schwangerschaft ein bisschen vorsichtig sein und gibt dann auch gelegentlich mal Blutverdünner, um das Thromboserisiko nicht noch zusätzlich zu erhöhen.

30:26

Katrin Simonsen

Weil Sie es gerade gesagt haben, diese Blutgerinnungsstörung „Protein-C-Mangel“. Dazu habe ich auch eine Frage. Claudia hat das nämlich, und sie leidet unter Scheidentrockenheit. Ihr Gynäkologe hat ihr *Gynoflor* verschrieben. Aber im Beipackzettel ist angegeben, dass Frauen mit einem Protein-C-Mangel *Gynoflor* nicht anwenden dürfen. Jetzt hat sie es wieder abgesetzt.

Dr. Katrin Schaudig

Also, ich muss dazu sagen, da gibt es überhaupt keine Daten zu. Also es gibt null Daten dazu, was eine vaginale Östriol-Therapie macht. Und dafür müssen wir vielleicht nochmal kurz ausholen: Auch das hat man in einer der vorherigen Folgen schon. Für die lokale Therapie benutzen wir Östriol, kein Estradiol, sondern Östriol, überwiegend. Und das Östriol ist ein schwach wirksames Östrogen, was vor

allen Dingen bei Schwangeren vorkommt, aber von dem wir wissen, dass es bei der lokalen Anwendung diese Scheidentrockenheit sehr gut behebt.

Das *Gynoflor* ist jetzt eins, was superniedrig dosiert ist. Das steht im Beipackzettel in der Tat drin, ups, Thromboseerhöhung. Das macht aus meiner Sicht ehrlich gesagt gar keinen Sinn. Und warum steht es im Beipackzettel? Naja, die Behörden sehen, aha, in dem Moment, wo ein Östrogen irgendwo drin ist, steht in jedem Beipackzettel „erhöhtes Thromboserisiko“. Ich würde wirklich sagen, dass man es beim *Gynoflor*, zumal es wirklich superniedrig dosiert ist, völlig vergessen kann, dieses Thromboserisiko. Ich hätte null Bedenken einer Patientin nach Thrombose oder Lungenembolie lokal *Gynoflor* zu geben. Da bin ich ganz entspannt. Wir dürfen sogar das *Gynoflor* bei Patientinnen nach Mammakarzinom einsetzen, laut Leitlinien. Das ist eben superniedrig dosiert und macht nach allem, was wir wissen auch kaum einen systemischen Effekt. Das heißt auch Patientinnen, die ein Mammakarzinom hatten, also Brustkrebs hatten, können das nehmen.

Katrin Simonsen

Also, gute Nachrichten für Claudia. Ihr kann mit *Gynoflor* geholfen werden, gegen ihre Scheidentrockenheit. So, jetzt nächstes Thema: Hashimoto. Kathrin fragt: Wie behandelt man Wechseljahresbeschwerden in Kombination mit Hashimoto? Hashimoto ist eine chronische Autoimmunentzündung der Schilddrüse. Bei ihr klappt die Einstellung der Schilddrüsenwerte einfach nicht mehr, sie schwanken sehr stark.

Dr. Katrin Schaudig

Was wir wissen, ist, dass gerade diese Autoimmunprozesse – das gilt für die Schilddrüse, aber auch für andere – in diesen Phasen des hormonellen Übergangs so ein bisschen außer Tritt geraten. Wobei man gar nichts sagen kann, es wird schlimmer oder schlechter – es ändert sich. Und dass dann zumindest vorübergehend die Schilddrüsenachse bei einer Hashimoto-Thyreoiditis schlechter einstellbar ist, das sehen wir immer wieder. Wie geht man damit um? Also, ich hätte jetzt kein Problem, trotzdem Hormone zu geben. Eins muss man wissen, geschlucktes Östrogen, was ja an der

Leber irgendwas macht, das haben wir ja schon bemerkt – also es schädigt nicht die Leber, bitte ganz, ganz wichtig! – aber es verändert gewisse Stoffwechselprozesse in der Leber. Wenn ich Hormone schlucke, steigen die Bindungseiweiße für Sexualhormone, aber es steigen auch die Bindungseiweiße für das Thyroxin, also das das Schilddrüsenhormon wegbindet.

Das heißt, wenn ich Östrogen schlucke, steigt mein Bedarf an Thyroxin, wenn ich eine Thyroxin-Gabe habe, für mein Hashimoto zum Beispiel. Das heißt, das muss man berücksichtigen. Trotzdem erklärt es nicht die Schwankungen. Und die Schwankungen sind wahrscheinlich einfach dem zuzuordnen, dass diese Übergangsphasen im Autoimmunsystem irgendwas machen. Man kann da tatsächlich nichts anderes tun als engmaschig alles überwachen, zum Beispiel Schilddrüsenwerte alle drei Monate, und dann entsprechend die Thyroxin-Dosis anpassen. Ich würde auf keinen Fall abraten von einer Hormonersatztherapie. Das kann man aus meiner Sicht beim Hashimoto bedenkenlos machen. Unter Berücksichtigung aller anderen Dinge, die wir schon jetzt so oft besprochen haben. Aber ich würde eine geschluckte Therapie vermeiden von Östrogen, und ich würde transdermal lieber arbeiten und einfach engmaschig überwachen, wie die Schilddrüse sich verhält. Das kann man leider schwer vorhersagen.

Katrin Simonsen

Wie ist es bei Morbus Meulengracht? Das ist eine Stoffwechselstörung. Darf ich da Hormone nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Der Meulengracht ist eine angeborene, völlig harmlose Stoffwechselstörung, die dazu führt, dass das Bilirubin – das ist der Gallenfarbstoff – höher ist als bei anderen Menschen. Die haben dann tatsächlich manchmal gelbe Augen, ein bisschen, das Bilirubin steigt aber jetzt nicht in absurde Höhen. Und die übrigen Leberenzyme, also die, die wir so messen, wenn jemand sagt, ich habe erhöhte Leberwerte, die sind in aller Regel völlig normal. Und ob man einen Meulengracht hat oder nicht, hat mit der Hormontherapie gar nichts zu tun. Ich wäre da völlig entspannt. Kann man machen. Ich würde bei

sowas auch immer lieber transdermal was geben. Das ist aber rein Bauch-basiert. Es gibt dazu keine Studien, ob man jetzt bei Meulengracht Hormone schlucken darf oder nicht. Aber ich würde in dem Fall immer was nehmen, was die Leber vielleicht nicht zusätzlich noch anregt, oder zu Stoffwechselschritten inspiriert sozusagen. Aber keine Bedenken, kann man machen.

Katrin Simonsen

Und wir kommen zu einer Erkrankung, unter der viele Frauen leiden. Es geht um das Lipödem oder auch Lipo-Lymphödem. Mareile hat ein Lipödem Stadium 2. Das entsteht durch die Störung des Lymphflusses, und es kommt dann zu so krankhaften Fettverteilungsstörungen. Das sieht man dann zum Beispiel, die Beine sind extrem dick, die werden auch hart und schmerzen extrem. Mareile ist jetzt 49 und überlegt, eine Hormontherapie zu beginnen, damit sich durch die Hormonschwankungen in der Perimenopause nicht ihr Lipödem verschlimmert.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage. Ich habe das auch tatsächlich gestern nochmal nachgelesen, weil ich wusste, dass Sie mir diese Frage stellen würden. Tatsache, da gibt es ganz, ganz wenig Daten dazu. Und es ist ein ganz kompliziertes und komplexes Thema. Östrogene scheinen einen Einfluss zu haben beim Lymphödem oder Lipödem. Man rät deswegen ab, diese kombinierten Pillen mit Ethinylestradiol zu geben, weil, das ist auch relativ stark von der Östrogenwirkung, das sollte man eher nicht geben. Da gibt man tatsächlich lieber eine Gestagen-Monopole und vielleicht transdermal Östrogen dazu. So jetzt sind wir hier bei den Frauen in den Wechseljahren...

Katrin Simonsen

Darf ich nochmal fragen, auch wenn es um Verhütung geht?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, auch wenn es um Verhütung geht.

Katrin Simonsen

Okay.

Dr. Katrin Schaudig

Genau, würde ich eher keine Kombi-Pille nehmen, weil da doch immer ordentlich viel Östrogen dabei ist. Also es gibt immer wieder die Überlegung, dass Östrogene das Lipödem oder das Lipo-Lymphödem triggern können, also verstärken können. Wir haben aber auch mal einzelne Patienten, die in die Wechseljahre kommen und kein Östrogen mehr haben. Und plötzlich wird das Ganze viel schlimmer.

Daran sieht man so ein bisschen: Wir wissen eigentlich nicht so wirklich, was da so passiert. Das heißt, man kann sich da nur so ganz vorsichtig rantasten. Möglichst nicht zu hoch Östrogen dosieren, gerade so wieder, dass die Patientin beschwerdefrei ist. Da kommt man ja in Spiegelbereiche, die physiologisch, also natürlich sind – und eher niedriger als das. Also wenn wir uns überlegen: Kurz vor dem Eisprung haben wir den höchsten Östrogenspiegel. Der liegt dann so bei 300 pg. Im Mittel haben Frauen während des Zyklus Werte zwischen 80 pg und 100 pg, also, wenn sie das mitteln. Und ich würde bei jemandem mit so einer Erkrankung immer eher versuchen, ein bisschen drunter zu legen. Dann kann ich ja schonmal nicht schlechter sein als der natürliche Zustand sozusagen. Aber es ist nicht so, dass es kontraindiziert ist. Es gibt wenig Methoden das zu behandeln, und im Endeffekt operiert man diese Patienten tatsächlich, und versucht, dieses Gewebe abzusaugen. Also, das ist dann bei sehr schlimmen Fällen.

Also, ich würde immer sagen, man kann versuchen, Hormone zu geben, ganz vorsichtig. Und dann muss man einfach beobachten, wie entwickelt sich diese Erkrankung? Wird es schlechter, wenn es schlechter wird, Finger weg. Wenn es gleichbleibt, kann man es weitermachen, wenn es sogar besser wird, dann denkt man aha, gehört zu den wenigen Patientinnen, wo es einen positiven Effekt haben kann. Also da kann man leider keine eindeutige Richtlinie aussprechen.

Katrin Simonsen

Aber ist die Erfahrung tatsächlich so, dass sich dieses Lipödem verschlechtert, zum Beispiel in der Schwangerschaft und in den Wechseljahren, oder verschlechtern kann?

Dr. Katrin Schaudig

Das kann sich verschlechtern in der Schwangerschaft, in der Tat, wo wir ja irre hohe Östrogenspiegel haben. Es kann sich auch eben verschlechtern unter Anwendung einer Kombi-Pille. Und gerade in dieser Wechseljahres-Übergangsphase, der Perimenopause haben wir ja auch manchmal immer mal Phasen, wo der Östrogenspiegel irre hoch ist – das sollte man tatsächlich bei den Frauen eher vermeiden.

Katrin Simonsen

Wäre dann auch diese Gestagen-Pille vielleicht empfehlenswert, also auch für die Wechseljahre dann?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das könnte tatsächlich sinnvoll sein, weil man damit ja verhindert, dass die Östrogenspiegel so hochgehen. Also, wir bremsen ja dann so den Zyklus so ein bisschen runter. Und das fände ich eigentlich gerade in dieser Übergangsphase, der Perimenopause ein ziemlich schlaues Vorgehen, zu sagen „wir bremsen mal den hohen Östrogenspiegel so ein bisschen aus“, und dann muss man einfach gucken, wenn die Patientin zunehmend in einen Östrogenmangel rutscht, dass man es ersetzt.

Katrin Simonsen

Jetzt kommen wir zu „Myomen“. Also viele Frauen wissen, dass also auf einmal so mit Anfang, Mitte 40, sagt dann der Frauenarzt oh, Sie haben jetzt aber viele Myome. Also scheinbar wachsen die dann auch so in der Zeit. Und die Solveig aus Duisburg, die hat auch sehr große Myome. Und nun hat sie aber Hitzewallungen, wacht dreimal die Nacht auf, ist müde, hat Konzentrationsprobleme und überlegt: Kann sie jetzt Östrogen und Progesteron nehmen, oder wachsen dann die Myome noch mehr?

40:54

Dr. Katrin Schaudig

Grundsätzlich kann man schon sagen, dass Östrogene, vor allen Dingen die Östrogene, möglicherweise aber auch das Gestagen das Wachstum von Myomen fördern. Das sind ja Erkrankungen von jungen Frauen. Wobei, ich würde gar nicht so weit gehen, dass es eine Erkrankung ist. Jede dritte Frau hat Myome. Es gibt sogar Studien, die sagen jede zweite. Also

so kleine Myome sind ganz oft in der Gebärmutter drin. Vielleicht ganz kurz: Was sind Myome? Myome sind fast immer gutartige Muskelverdickungen in der Gebärmutter. Das können ganz viele sein. Also da können tatsächlich zehn, zwölf Myome in der Gebärmutter sein – das ist extrem – aber so ein, zwei, drei Myome ist nicht selten. Tatsache wachsen die unter Östrogeneinfluss.

Wenn Frauen in die Wechseljahre kommen, bzw. die Blutung ganz aufhört und sie keine Hormone nehmen, dann beobachten wir: Diese Myome werden dann mit der Zeit immer kleiner. Das heißt, wenn kein Östrogen mehr da ist, schrumpfen die. So. Und das heißt natürlich auch leider umgekehrt: Wenn ich jetzt die eigene Hormonproduktion durch die Anwendung von Hormonen verlängere, dann fördere ich weiter das Wachstum. Also ein Myom, was jemand mit 30 hat, wird im Laufe der nächsten 20 Jahre tendenziell immer größer werden. Es ist nicht so, dass die besonders in den Wechseljahren auftauchen. Nee, nee, die haben schon junge Frauen, es gibt auch Schwangere, die Myome haben. Das kann auch mal ein Problem machen in der Schwangerschaft. Es kann auch mal den Eintritt einer Schwangerschaft ein bisschen behindern. Also, da gibt es verschiedene Situationen. Aber es ist jetzt nicht so, dass Frauen besonders Richtung Wechseljahre Myome kriegen. Das hat einfach was damit zu tun, wir werden dann immer älter, und die Myome wachsen alle so langsam vor sich hin.

Also, ich würde auf keinen Fall sagen, Frauen mit Myomen dürfen keine Hormone nehmen. Das kommt dann so ein bisschen drauf an: Wie groß sind die Myome? Wieviel Beschwerden hat die Patientin dadurch? Wenn Letzteres der Fall ist, dann würde ich auf jeden Fall immer versuchen, so niedrig wie möglich zu dosieren, um nicht ein unnötiges Wachstum anzuschieben. In wenigen einzelnen Fällen raten wir sogar mal von der Östrogengabe ab. Aber eine niedrigdosierte Östrogengabe ist aus meiner Sicht absolut vertretbar. Man muss halt das Myom darunter beobachten. Und man sollte vermeiden, und da kommen wir wieder zu dem Punkt, zu hohe Östrogenspiegel in der Perimenopause sind sicherlich auch in dieser Situa-

tion nicht gut. Das heißt, da kann es auch sinnvoll sein, eine Gestagen-Monopille zu geben, um die hohen Östrogenspiegel zu verhindern. Also, es ist nicht so, dass die Gestagen-Monopole das Myom schrumpfen lässt. Leider nein. Aber zumindest verhindern wir damit zu hohe Östrogenspiegel.

Katrin Simonsen

Aber sie hat ja Hitzewallungen, wo man theoretisch Östrogen geben würde. Da sagen Sie „okay, können wir probieren, aber ganz gering dosiert“?

Dr. Katrin Schaudig

Oder zumindest so gering, dass die Patientin gerade beschwerdefrei ist.

Katrin Simonsen

Und wenn sie das bioidentische Progesteron nicht gut verträgt?

Dr. Katrin Schaudig

Sie muss ja immer ein Gestagen dazu nehmen, solange sie eine Gebärmutter hat. Also ich finde ja dann immer eine ideale Ausweich-Substanz ist das Dydrogesteron, was dem natürlichen Progesteron sehr nahesteht. Aber bestimmte Nebenwirkungen, die manche Patientinnen mit dem natürlichen Progesteron haben – ich sage mal Schwindel, Kopfschmerz, Stimmungsschwankungen – die hat man mit dem Dydrogesteron nicht, weil es nicht im Gehirn wirkt, sozusagen.

Katrin Simonsen

Und natürlich habe ich auch heute einen Hörtipp für euch: Es geht um die Familie. Und wenn euch das interessiert, dann empfehle ich euch den Podcast „Familientreffen“ von NDR Info:

Familie – das ist das pralle Leben, die große Liebe, die lebenslange Enttäuschung. Der Podcast „Familientreffen“ erzählt echte Geschichten über tiefe Krisen und höchste Freuden. Die Familien berichten bspw. von Ungerechtigkeit und Rassismus, aber auch von Erfolg und Verbundenheit. Den Podcast gibt es in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt. Und den Link, den findet ihr bei uns in den Shownotes.

So. Damit haben wir die letzte Frage beantwortet zu den Vorerkrankungen und sind jetzt

beim spannenden Thema „Testosteron“. Darüber haben wir bisher in diesem Podcast noch nicht so viel gesprochen. Einige Hörerinnen wollen aber wissen, ob sie nicht neben Östrogen und Progesteron auch Testosteron nehmen sollten, damit sie die Wechseljahre besser überstehen. Frau Schaudig, erstmal die Frage: Wofür brauchen wir Frauen eigentlich dieses Testosteron?

Dr. Katrin Schaudig

Naja, wir brauchen das Testosteron schon für eine Menge Körperfunktionen. Aber die Gleichung „Wir brauchen Testosteron, damit es uns gut geht“ – die kann man leider so nicht sagen. Interessant ist, die höchste Testosteronmenge haben wir in der Pubertät. Also zwischen 14 und 20, sind die Testosteronspiegel bei Frauen am höchsten. Ist aber auch die Ursache, warum die jungen Mädchen dann Pickel kriegen. Männliche Hormone haben bei Männern und Frauen ein bisschen unterschiedliche Wirkung, und führen zumindest auch bei Frauen beispielsweise zu Akne, zu vermehrten Haarwuchs, zu Haarausfall auf dem Kopf – ich sage dann immer zu viele Haare, wo man sie nicht haben will und zu wenig da, wo man sie haben will, nämlich auf dem Kopf – das sind so die Kehrseiten von zu viel Testosteron. Es gibt ja Frauen, die haben zu viel. Ansonsten brauchen wir Testosteron für alle möglichen Körperfunktionen: Muskeln, Knochendichte, aber auch für die Sexualität. Die psychischen Auswirkungen von Testosteron, die sind spannend.

Aber auch da kann man jetzt nicht sagen, dass Testosteron grundsätzlich ist, was die Psyche verbessert. Sie kann zum Beispiel... kann zum Beispiel auch aggressiver machen. Kann auch mal weniger empathisch durchaus machen. Da gibt es ganz witzige Studien dazu, dass Frauen mit Testosteron weniger empathisch sind als ohne Testosteron. Grundsätzlich ist es ganz interessant, dass es nicht so ist, dass in den Wechseljahren der Testosteronspiegel sinkt, sondern der beginnt bereits zu sinken ab dem 20. Lebensjahr und geht dann kontinuierlich, wird er immer so ein bisschen weniger. Und während der Wechseljahre gibt es eigentlich keinen Knick. Aber es gibt ja auch vorher schon Frauen, die nicht so viel Testosteron haben. Also, mehr wird es dann nicht. Es kann aber

sein, dass in dieser Phase sogar relativ das Testosteron überwiegt, weil wir kein Östrogen mehr haben. Aber Testosteron bleibt gleich.

Das kann bei manchen Frauen durchaus auch zu Haarausfall führen, zum Beispiel, oder so vermehrten Haarwuchs im Gesicht. Das ist so die Kehrseite. Umgekehrt ist es so, dass wir wissen, dass Testosteron schon auch was mit dem Thema Libido und Sexualität zu tun hat. Und da ist die Datenlage wirklich gut. Vielleicht an der Stelle: Es ist auch nicht so, dass Frauen, die viel Testosteron haben, besonders viel Libido haben. Und Frauen, die wenig haben, alle keine Libido. So ist es eben nicht. Daran sehen Sie, diese Formel „Ja, wir brauchen unbedingt Testosteron“, so einfach ist es alles nicht. Grundsätzlich kann man sagen: Frauen haben etwa ein Zehntel der Testosteronmenge, die Männer haben, *round about*, also viel, viel weniger. Und man hat aber vor so, 20 Jahre ist es ungefähr her, mal sehr, sehr gute Studien gemacht. Da hat man gesehen, wenn Frauen die Eierstöcke entfernt bekommen, dann fällt der Testosteronspiegel auf ganz niedrige Werte ab. Die Eierstöcke sind die wesentliche Produktionsstätte für Testosteron. Und dann sinkt auch die Libido. Und dann hat man Versuche gemacht, hat diesen Frauen Testosteron gegeben. Und tatsächlich hat sich dann die sexuelle Funktion verbessert. Nicht dramatisch verbessert – es gibt eine Studie, die sagt, einmal mehr Sex im Monat, ist jetzt nicht so viel – aber es natürlich schon so: Die gesamte Gefühlslage hat sich verbessert.

Es gab dann damals ein Pflaster auf dem Markt mit Testosteron für Frauen. Das war zunächst sogar nur zugelassen für Frauen ohne Eierstöcke und Gebärmutter. Das ist dann später so ein bisschen aufgeweicht. Und das gab so ungefähr bis vor 15 Jahren vielleicht, 14 Jahren. Und dann ist es vom Markt genommen worden. Da wurde ich immer wieder gefragt ja, warum denn? Es hat doch auch geholfen. Das haben wir auch bei unseren Patientinnen gesehen, dass es bei einem Teil der Frauen die Libido tatsächlich verbessert hat. Aber dann hat die amerikanische Behörde gefordert: Wir brauchen eine Studie zur Langzeitsicherheit, dass es eben nicht vielleicht Brustkrebs oder was auch immer macht. Das wäre eine irre, aufwendige, teure Studie gewesen. Damals hat

die Firma gesagt „Das schaffen wir nicht, es ist ein Nischenprodukt“. Denn es war immer eine Privatleistung, nie eine Kassenleistung. Und dann ist es vom Markt genommen worden. Und das heißt, wir haben jetzt seit 15 Jahren eigentlich gar kein Testosteronprodukt auf dem Markt, und zwar auf der ganzen Welt keins. Es gibt jetzt, ganz kurz...

Katrin Simonsen

Also keins für Frauen, ne?

50:08

Dr. Katrin Schaudig

Keins für Frauen. Es gibt die für Männer. Da gibt es Gele, zum Beispiel, Injektionen. Aber die sind ja zehnmal so hoch dosiert. Und jetzt gibt es dann immer wieder Leute, die sagen na, dann dosiere ich das doch ganz niedrig. Das funktioniert einfach nicht. Das ist zu ungenau. Jetzt haben wir das Dilemma: Es gibt Frauen, auch aus dieser Zeit mit dem Pflaster, die waren sehr zufrieden mit dem Pflaster, haben gesagt ja, es geht mir sehr viel besser, was die sexuelle Funktion anbelangt. Und wir haben dann begonnen, diesen Frauen ein Testosteron gel anmischen zu lassen von den Apotheken. Das machen wir auch. Ich möchte so ein bisschen davor warnen, dass Testosteron als so All-round-, Happy-, Go-Lucky-Medikament, als Lifestyle-Medikament zu vermarkten. Die Sexualität ist nicht so monovektorial mit dem Testosteronspiegel verknüpft, wie ich vorhin schon gesagt habe.

Frauen mit zu viel Testosteron haben keineswegs ganz viel Libido oder Lust. Im Gegenteil, da gibt es sogar Studien bei Frauen mit zu viel männlichen Hormonen, da ist das sogar unter Umständen schlechter. Ganz komplexes Thema, hat auch ganz viel mit der psychosozialen Situation zu tun. Und es ist keineswegs so, dass, wenn sie jetzt bei 100 Frauen den Testosteronspiegel messen, dass alle mit einem niedrigen Wert eine schlechte Libido haben. Überhaupt nicht. Das kann man gar nicht sagen. Dazu kommt noch, dass Libido bei Frauen, oder die sexuelle Funktion ja ein ganz schwieriges und komplexes Thema ist. Es ist eben beileibe nicht so einfach wie bei Männern. Die weibliche Sexualität ist viel, viel komplexer. Und dann müssen ganz viel Stellschrauben stimmen. Depression machen eine schlechte

Libido, Stress macht eine schlechte Libido und, und, und... die Liste kann man endlos fortführen. Also, es ist ganz schwierig einzuschätzen.

In der Leitlinie für Hormone in Deutschland steht klar drin: Frauen, die eine sexuelle Dysfunktion haben, da muss man zunächst eine sorgfältige, psychosoziale Sexualanamnese machen. Also, mal gucken wie ist es mit der Libido? Was hat es mit der Beziehung zu tun? Was hat es mit meiner persönlichen Situation zu tun? Wenn man da überall nichts findet und die Patientin tatsächlich einen niedrigen Spiegel hat, kann man erwägen eine Testosterontherapie zu machen. Dann werden wir immer wieder gefragt „Ja, macht es denn auch mehr Power und Selbstvertrauen und Antrieb?“. Und das berichten gelegentlich Patientinnen. Die Studien dazu sagen „nö, macht es nicht“. Was nicht heißt, dass es im Einzelfall eben doch was bringt. Aber es ist ein sehr komplexes Thema und ich möchte einfach an der Stelle davor warnen, global zu sagen „Testosteron für alle Frauen“. Das kann man auf keinen Fall so stehen lassen.

Katrin Simonsen

Und wahrscheinlich weiß so schwierig ist, halten sich viele Frauenärztinnen und Frauenärzte da auch sehr zurück. Weil, außerdem bräuchte man ja auch eine Apotheke, die es anmischt, ne?

Dr. Katrin Schaudig

Man braucht eine Apotheke, die es anmischt. Alles muss von den Frauen selber bezahlt werden. Was wir auch ganz dringend dann auch sagen: Es muss unter der Therapie unbedingt der Testosteronspiegel regelmäßig überprüft werden, was auch dann keine Kassenleistung ist. Es ist leider so, weil, es gibt ja kein Präparat dafür. Das heißt, man muss auch diese Kontrollen selber bezahlen. Das kostet jetzt nicht die Welt, Testosteronspiegel-Bestimmung kostet irgendetwas zwischen 20 und 30 Euro. Aber auch die Medikamente sind nicht billig, und man muss es engmaschig überwachen. Also, es ist nicht ohne, aber in Einzelfällen kann es durchaus sinnvoll sein. Und man muss tatsächlich sagen, wir haben immer wieder Patientinnen, deren Libido davon profitiert, aber bei weitem nicht alle. Muss man so sagen. Also so die Formel, dass die Patientinnen kommen – vielleicht sogar mit ihrem Mann – und sagt „Ja,

die hat ja gar keine Lust mehr, gib ihr doch mal was“, da finde ich, da werde ich immer ganz nervös. Weil, das gefällt mir so nicht. Sondern man muss wirklich sehr sorgfältig eine Exploration der Sexualanamnese machen.

Katrin Simonsen

Also das Testosteron nimmt sozusagen allmählich ab? Ab der Pubertät?

Dr. Katrin Schaudig

Ja.

Katrin Simonsen

Und manche Frauen haben aber dann trotzdem generell mehr sozusagen am Start, und deshalb auch mehr dann in den Wechseljahren als andere. Und kann man sagen, bei denen, wo praktisch dann gar nix mehr zu testen ist, dass denen man aber ein bisschen was geben sollte tatsächlich? Oder ist es wurscht?

Dr. Katrin Schaudig

Nein. Also, es sind allein tatsächlich die Symptome. Also, wenn die jetzt zum Beispiel mir sagt „Okay, ich hatte 30 Jahre lang super Sexualität. Und zweimal die Woche hatten wir Sex, und es war alles supi. Und plötzlich empfinde ich gar nichts mehr“. Da muss man auch so fragen „Haben Sie auch keine Lust mehr auf Masturbation, wenn Brad Pitt reinkommt?“, oder worauf auch immer man steht, lässt mich das völlig kalt? Habe ich erotische Träume? Und, und, und... Ganz wichtig ist, dass man dann mit der Patientin zusammen rausfindet: Ist es ein Beziehungsproblem oder hat es damit gar nichts zu tun und ist wirklich ausschließlich auf die Situation der Frau beschränkt? Und alleine schon, wenn man das diskutiert, dann merkt man schon ganz oft aha, nee, es hat schon auch was mit der Beziehung zu tun. Es ist einfach relativ normal, dass im Laufe einer Beziehung häufig die Lust weniger wird. Das muss man einfach sorgfältig eruieren. Also, bitte auf gar keinen Fall, wenn die Spiegel niedrig sind, auf keinen Fall direkt der Griff zum Rezept – das darf auf keinen Fall so sein.

Katrin Simonsen

Aber wäre es nicht eigentlich für unsere Muskeln gut, wenn wir noch ein bisschen Testosteron haben?

Dr. Katrin Schaudig

Es ist tatsächlich gut für unsere Muskeln, das ist halt so. Aber wissen Sie was, Frau Simonsen, das ist dann Doping.

Katrin Simonsen

Okay! (lacht)

Dr. Katrin Schaudig

Ich habe ich hatte eine Patientin, die kam aus Südafrika. Und in Südafrika wird tatsächlich relativ großzügig – offensichtlich in den Privatpraxen – Testosteron verschrieben. Und die war nur zufällig in Deutschland zu Besuch, und kam bei uns vorbei, und... weil sie irgendwo gehört hatte, dass wir durchaus sowas rezeptieren. Und dann habe ich – die hatte aber schon wochenlang nichts mehr genommen – und dann haben wir gesagt okay, wir machen jetzt erstmal die Spiegel, haben hier aber schon einmal prophylaktisch ein Rezept mitgegeben. Dann habe ich gesehen, die Spiegel waren völlig normal, eher mittlerer bis oberer Normbereich, ohne Testosterontherapie. Dann habe ich mit der Patientin gesprochen am Telefon, habe gesagt „Ja, wissen Sie, sie brauchen kein Testosteron. Sie haben genug Testosteron.“. Dann hat sie gesagt „Ja, aber ich habe es jetzt wieder genommen, und ich kann viel besser Sport machen.“. „Ja“, habe ich sage „klar, das ist Doping!“. Es ist schon so, dass Testosteron bei Frauen die Muskeln tatsächlich aufbauen lässt. Das tut es ja auch bei Männern. Ich meine, Testosteron ist das beste Dopingmittel schlechthin. Das ist halt nicht natürlich, das ist Doping. Das muss man klar sagen. Dass der Sport besser geht, ist jetzt nicht erstaunlich.

Katrin Simonsen

Aber auch, wenn Sie jetzt sagen, okay, wir haben Frauen, denen tut das ganz gut. Aber es muss jetzt nicht jede nehmen. Aber wäre es nicht irgendwie fair, wenn, sagen wir mal irgendeine Pharmafirma sowas dann herstellen würde, dass man es ganz normal in der Apotheke kaufen kann?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, da sprechen Sie was Wichtiges an. Also, wie gesagt, in Australien gibt es jetzt wieder ein Produkt. Aber Australien ist weit weg, da können wir ja nicht hinfliegen. Ich glaube, dass die eine oder andere Firma bereits erwägt, das doch wieder ins Programm zu nehmen. Das

würde mich persönlich sehr freuen, denn das hatten wir ja auch schon mal gesagt, diese an-gemischten Produkte, die sind halt nie so stan-dardisiert wie das, was von der Industrie am Fließband produziert wird. Dass es eine Kas-senleistung wird, halte ich für mittel- und lang-fristig für wenig wahrscheinlich. Aber vielleicht ist es, wenn es von der Industrie produziert wird, auch günstiger. Und vor allen Dingen ist es vielleicht auch standardisierter. Und dann ist es einfacher, das anzuwenden.

Katrin Simonsen

Zum Schluss habe ich noch eine Frage – die nehme ich mal mit rein, weil ich das wirklich extrem spannend finde – nämlich die Frage: Brauche ich meine Eierstöcke nach der Meno-pause noch? Diese Frage stellt uns Christiane, 55, bei ihr wurde eine größere Zyste festge-stellt. Diese soll jetzt mit dem betroffenen Eier-stock entfernt werden. Sie schreibt noch die Tumormarker sind negativ oder unauffällig. Und da sagen jetzt die Ärzte, naja, wenn man einmal dabei ist, machen wir den zweiten Eier-stock auch mit raus. Und der Arzt sagte naja, Sie sind ja jetzt fast durch, durch die Wechsel-jahre, da ist das hormonell überhaupt kein Un-terschied mehr.

58:47

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das stimmt eben nicht so ganz. Ich habe ja vorhin gesagt, anders als das Östrogen fällt das Testosteron mit den Wechseljahren nicht so dramatisch ab. Sondern das dümpelt weiter so wie bisher, und geht so allmählich immer wei-ter runter. Und jetzt muss man sich fragen: Wo kommt das Testosteron her? Auch das habe ich vorhin schon gesagt – aus den Eierstöcken. Und ein bisschen was macht es eben doch. Und auch da habe ich vorhin gesagt: Frauen, wo die Eierstöcke entfernt werden, da rauscht der Testosteronspiegel in die Knie, und es geht denen dann auch nicht unbedingt besser. Ich finde, 55 ist so ein Alter, wo man denkt, naja, okay. Irgendwann macht der Eierstock auch kein Testosteron mehr. Aber da ist mir 55 fast zu jung. Ich persönlich würde nicht unbedingt den zweiten Eierstock mit entfernen, es sei denn, der Operateur entdeckt irgendwelche komischen Dinge an dem Eierstock.

Was man mittlerweile tatsächlich routinemä-ßig macht – und das würde ich auch dann in so einer Situation empfehlen – dass man die Eilei-ter entfernt. Denn es spricht viel dafür, und das ist tatsächlich neuere Forschung, dass der Eierstockkrebs aus den Eileitern entsteht und nicht aus dem Eierstock selber. Das heißt, wenn – die Eileiter beide raus sind, aber den zweiten Eierstock, wenn der harmlos aussieht und nichts auffällig ist, würde ich den persön-lich eher drin lassen, weil viel dafürspricht, dass der doch noch, sagen wir mal eine ganze Reihe von Jahren nach der letzten Regelblu-tung eben noch ein bisschen Testosteron pro-duziert. Und das in dieser Art physiologisch wahrscheinlich doch ganz gut ist. Auch wenn das jetzt so ein bisschen widersprüchlich zu dem klingt, was ich vorhin gesagt habe. Also da würde ich sagen, das Testosteron was noch in der Frau drin ist, würde ich ihr auch lassen.

Katrin Simonsen

Zysten ist ja auch so ein Thema, was wahr-scheinlich viele Frauen in unserem Alter ken-nen werden. Muss man da tatsächlich immer gleich operieren, wenn der Tumormarker ne-gativ ist?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, der Tumormarker... der Tumormarker ist noch einmal so ein Ding. Also, wenn der Tu-mormarker hochgeht, dann ist schon ganz schlecht. Dann ist eigentlich schon... wirklich... rote Alarmlampe! Das Problem ist, in der Peri-menopause haben wir natürlich ganz oft Zys-ten. Warum? Naja, der Eierstock versucht nochmal irgendwie den Hormonmangel auszu-gleichen. Was passiert? Es entstehen diese Fol-likelzysten. Das können auch drei, vier Stück auf einmal sein. Dann denkt der Arzt oder die Ärztin „Oh mein Gott, wie sieht der Eierstock aus?“ Das ist physiologisch, die lässt man schön drin. Und jetzt wird es schwierig: Wenn jetzt jemand Jahre nach der Menopause plötz-lich eine Zyste entwickelt, dann ist das ja keine Follikelzyste mehr. Das ist einfach zu spät. Aus diesen Zysten, die häufig harmlos sind, kann sich im Einzelfall auch mal dann ein Karzinom entwickeln, also das kippt dann quasi. Die Da-tenlage dazu ist aber sehr ungewiss. Ich per-sönlich würde es immer an der Größe ausma-chen, und daran: Wächst das Ding oder nicht?

Ich habe immer wieder Patientinnen, da kontrolliere ich das dann. Also, wenn das stetig größer wird und die Patientin 60 ist, dann sage ich „Wissen Sie, das gehört da einfach nicht hin.“. Und ich würde es dann immer entfernen. Es gibt aber auch Kollegen, die da sehr abwartend vorgehen. Meine persönliche Ansicht ist, also jemand mit 60, zehn Jahre nach der Menopause, der sollte eigentlich keine Zyste am Eierstock haben. Die würde ich auch bei negativen Tumormarkern, wenn sie eine bestimmte Größe hat – also früher hat man mal gesagt, so zwei Zentimeter ist so die Schallgrenze – ich würde die entfernen. Ich kenne aber auch Kollegen, die dann entspannter sind und sagen ach, wir beobachten die. Also das ist so ein bisschen Ermessensfrage. Aber man muss sich immer überlegen: Es ist keine Funktionszyste mehr, wie in der Perimenopause. Sondern es ist irgendwie eine neu gebildete Zyste, die wahrscheinlich da nicht hingehört.

Katrin Simonsen

Und damit sind wir auch am Ende dieser Folge. Wir hoffen, wir konnten viele eure Fragen rund um die Hormonersatztherapie beantworten. Nach wie vor erreichen uns immer noch Fragen dazu, auch noch zu Dosierungen der Hormone. Wir müssen mal schauen, wie wir sozusagen in den kommenden Folgen da immer mal wieder was beantworten. Frau Schaudig, vielen Dank an Sie! Vielen Dank fürs schöne Erklären mal wieder. Hat Spaß gemacht!

Dr. Katrin Schaudig

Ja gerne. Mir hat es auch Spaß gemacht!

Katrin Simonsen

Dankeschön, tschüss!

Dr. Katrin Schaudig

Ja, tschüss!

Katrin Simonsen

Danke fürs Zuhören! Abonniert unseren Podcast gern, und lasst eine Bewertung für uns da. Und danke, dass ihr uns so fleißig weiterempfiehlt. Ihr könnt uns auch gern schreiben an hormongesteuert@mdr.de. Und wenn wir dann eure Fragen beantworten, verwende ich ja immer Vornamen und Alter, und ab und an auch gern die Stadt, aus der ihr kommt. Einfach um zu zeigen, dass uns Frauen aus ganz Deutschland hören, und manchmal auch aus

Österreich und der Schweiz. Wenn ihr das allerdings auf keinen Fall wollt, also, dass ich euren Vornamen und euren Wohnort sage, dann schreibt mir das doch bitte mit in eure Mail. Unseren Podcast *Hormongesteuert* hört ihr überall da, wo ihr Podcast hören könnt, und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

Hormongesteuert – der Wechseljahre-Podcast mit Dr. Katrin Schaudig.

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>