

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

Montag, 30.09.2024

Thema: Gestagenpille, Brustspannen und Zwischenblutungen

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Buchautorin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Links zur Sendung

Website zum Podcast Nachlesen:

<https://www.mdr.de/nachrichten/podcast/wechseljahre/index.html>

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen bei *Hormongesteuert* – der Podcast für alle Frauen vor, in, nach den Wechseljahren und natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen über alle Themen offen sprechen, mit Tabus aufräumen und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR Aktuell und die Expertinnen an meiner Seite, das ist Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Hallo, Frau Schaudig!

Dr. Katrin Schaudig

Hallo, Frau Simonsen!

Katrin Simonsen

Heute geht es in unserer Folge mal wieder nur um die Fragen unserer Hörerinnen. Wir bekommen sozusagen täglich Mails von euch und wir sammeln die Fragen und versuchen, sie im Laufe des Podcasts zu beantworten. Heute z.B. wollen wir uns diesen Themen widmen:

- Wie ist das eigentlich, wenn schon junge Frauen eine Gestagenpille verschrieben bekommen?
- Warum Schmerzen meine Brüste, obwohl mein Östrogen gar nicht erhöht ist?
- Machen Hormone auch allergische Reaktionen?
- Und warum habe ich auf einmal überall braune Flecken auf der Haut?

Frau Schaudig, wir legen mal los mit der Gestagenpille. Über diese Gestagenpille haben wir in den zurückliegenden Folgen ja schon öfter gesprochen. Diese Pille kommt vor allem in der Perimenopause zum Einsatz, also wenn die Frauen noch einen eigenen Zyklus haben und auch extreme Hormonschwankungen haben und die dann Probleme machen. Frau Schaudig, vielleicht erklären wir erst noch mal kurz das Wirkprinzip. Was macht diese Pille mit unserem Zyklus?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage und ich muss vielleicht gleich auch Ihre Frage ein bisschen korrigieren. Das wird nicht nur bei Frauen in der Perimenopause eingesetzt, es wird auch bei vielen jungen Frauen inzwischen eingesetzt. Warum ist das so? Also vorab, die klassische Antibabypille, die wir alle kennen, schon seit 50-60 Jahren, die ist ja 60 Jahre alt geworden schon, da war immer eine Kombination drin aus einem Gestagen, also Gelbkörperhormon, plus ein Östrogen. Und dieses alte Pillenöstrogen ist Ethinylestradiol. Das hat auch eine sehr starke Wirkung. Aber das waren die ursprünglich entworfenen Antibabypillen.

Und warum haben die zwei Komponenten? Das Gestagen ist eigentlich das verhütende Element in diesen Pillen, das heißt die Gestagene in den Pillen, und es trifft jetzt auch für die Gestagen-Monopillen zu, wir sagen auch oft östrogenfreie Pillen – Was passiert? Die hemmen die Ausschüttung von Hormonen aus der Hirnanhangsdrüse, die den Zyklus steuern. Das heißt, die Steuerung von oben wird gebremst, dann kommt es zu geringerer Eibläschenentwicklung oder zu gar keiner und dann bleibt natürlich auch der Eisprung aus.

Jetzt ist so ein bisschen das Problem, und das muss man, glaube ich, verstehen, wenn man die Wirkweise kapieren will: Also, warum hat man überhaupt ein Östrogen dazu gegeben, und zwar dieses Pillenöstrogen, um die Zykluskontrolle zu verbessern? Und ich glaube, es kommen ja dann auch noch Fragen, dass Frauen gern als Blutungsstörungen haben darunter, das ist genau das Thema. Man muss

sich immer vorstellen, ich drücke quasi mit dem Gestagen auf die Bremse. Ich finde dieses Bild ganz gut, weil man kann eine Vollbremsung machen, man kann ein bisschen bremsen wie beim Autofahren oder man bremst gar nicht. Und da muss man bei den Gestagenen einfach sehen, die machen eine unterschiedlich ausgeprägte Wirkung. Die ist dosisabhängig und, was die Sache ein bisschen kompliziert macht, von Frau zu Frau unterschiedlich.

Der Eisprung wird mit all diesen Gestagenmethoden sehr zuverlässig unterdrückt. Er wird nicht ganz so gut unterdrückt, das kennen vielleicht auch noch viele von Ihnen, eher die Frauen, die älter sind, in meiner Jugend war das immer ein Thema, da hat man von der Minipille gesprochen, bitte zu unterscheiden von Mikropillen, da ist immer so eine Begriffsverwirrung. Die Minipille ist nämlich eine reine Gestagenpille, die den Eisprung nicht zuverlässig verhütet. Also das heißt da drückt man nur so ein bisschen auf die Bremse. In der Hälfte der Fälle haben die Frauen auch noch einen Eisprung. Aber wie kommt die verhütende Wirkung zustande? Die verhütende Wirkung kommt zustande dadurch, dass durch diese kontinuierliche Gestagenwirkung der Schleim im Muttermund, der die Spermien hoch lassen soll – also die gehen ja normalerweise durch den Muttermund nach oben, der Schleim verdickt sich und wird für die Spermien sozusagen nicht oder schlecht durchdringbar.

Zusätzlich wird durch die Gestagene – auch bei der Minipille – die Beweglichkeit der Eileiter gebremst. Das heißt, nach dem Eisprung wird das Ei nicht mehr so ordentlich Richtung Gebärmutter transportiert, das ist der zweite Wirkmechanismus und der dritte ist, dass der Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut gestört ist. Das heißt, wir haben drei Mechanismen, selbst bei der Minipille, wenn Frauen noch einen Eisprung haben können, wodurch wir eine Schwangerschaft verhindern.

Jetzt liegt es auf der Hand, die ist aber nicht so besonders sicher, die muss man superpünktlich einnehmen, sonst funktioniert die nicht.

Also die Minipille mit einer niedrigen Gestagendosis gebe ich fast gar nicht, weil sie mir zu unzuverlässig ist. Man gibt die manchmal bei stillenden Frauen, es gibt auch nur noch eine auf dem deutschen Markt.

Die Weiterentwicklung waren die östrogenfreien Pillen und jetzt ist wichtig, die sind einfach ein bisschen höher dosiert und verhüten deswegen sehr viel zuverlässiger. Die Bremswirkung auf die Eireifung ist bei denen einfach deutlich höher. Jetzt kann man sogar noch mal einen Zahn zulegen. Die klassische Dreimonatspritze, das kennt vielleicht auch noch die eine oder andere, da ist die Gestagendosis so hoch, dass der Eierstock im Grunde komplett lahmgelegt wird. Ich muss das deswegen ein bisschen ausführlich erklären, Frau Simonsen, weil ich glaube es ist total wichtig, dass man das versteht. Das verstehen übrigens auch gar nicht alle Kolleginnen und Kollegen.

Und jetzt ist der Punkt mit den Gestagen-Monopillen haben wir also diese östrogenfreien Pillen, die auf dem Markt sind. Ich kann das beim Namen nennen, es gibt zwei Substanzen, die dafür zugelassen sind, das ist Desogestrel, da gibt es ganz viele Präparate inzwischen, und die Slinda, das ist Drospirenon, die verhüten sehr zuverlässig. Und man drückt so halb auf die Bremse, das heißt, so ein bisschen Eireifung ist da noch. Und erinnern Sie sich, die Eibläschen, die machen das Östrogen für den Zyklus, das heißt, wir haben immer noch Östrogen vorhanden. Wir fahren den Eierstock nicht komplett runter, ein bisschen Östrogen wird produziert und es reicht in aller Regel auch aus.

Wir haben übrigens das Gleiche mit dem Verhütungsstäbchen, das heißt Implanon oder Nexplanon. Das ist das gleiche Prinzip, man drückt ein bisschen auf die Bremse beim Eierstock und nochmal, bei jeder Frau ist das anders. Also, der verhütende Effekt ist, das Gestagen und das Östrogen machen dann eine Zyklusstabilisierung so zu sagen.

Katrin Simonsen

Wir haben dann trotzdem aber noch ein bisschen Östrogen, allerdings bei den Frauen in den Wechseljahren ist ja das Ziel, die Schwankungen der Östrogenproduktion auch so ein bisschen auszubremsten. Das funktioniert dann trotzdem ja mit der Gestagenpille?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das geht. Das ist gut, dass Sie das normal so fragen. Das Problem ist ein bisschen das, was ich auch vorhin schon gesagt habe: Jede Frau reagiert ein bisschen anders und es kann sein, ich würde mal sagen 60 % der Frauen, da haben wir dann einen Östrogenspiegel, der eigentlich ganz okay ist, so im mittleren Bereich, wo wir ihn haben wollen. Aber es gibt Frauen, da wird der Eierstock doch durch diese eine Gestagenpille komplett runtergefahren. Und es gibt welche, da wird er eben nicht ganz runtergefahren. Und das ist das, was ein bisschen die Probleme macht, die die Frauen auch schildern.

Manche haben dann doch noch ordentlich viel Östrogen. Was macht das? Das kann Blutungsstörungen machen, das kann aber auch Brustspannen zum Beispiel machen und es gibt noch verschiedene andere Symptome, Wassereinlagerungen z.B. Also ob das jetzt bei den Hörerinnen, die danach gefragt haben, der Fall ist, da muss man wirklich individuell gucken. Die Blutungsstörungen sind auch manchmal entweder durch ein Östrogen zu viel, aber es kann auch eine Folge von zu wenig Östrogen sein. Das heißt zu starke Unterdrückung des Eierstocks, das kann auch Blutungsstörungen machen. Also es ist ein bisschen *tricky*.

Katrin Simonsen

Ich komme mal zu einer Hörerin, die nimmt übrigens diese Minipille, von der Sie gerade gesprochen haben, und zwar drei Monate nimmt sie die und ist nicht so richtig begeistert, weil sie hat viele lange Zwischenblutungen, die Brüste schmerzen, obwohl in ihrem Blut kein erhöhter Östrogenspiegel festgestellt werden konnte. Und sie sagt: „Ich kann mich nicht erinnern, dass Sie in Ihrem Podcast gesagt hätten, dass reine Gestagenpillen auch schmerzende

Brüste verursachen.“ Außerdem würde sie gern noch das normale, also das bioidentische Progesteron dazunehmen, weil sie damit sehr gut schlafen konnte.

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine komplizierte Frage, Frau Simonsen, aber ich hole mal ein bisschen aus. Also die Hörerin schreibt: „Ich nehme die Minipille.“ Dafür muss man wissen, dass diese östrogenfreien Pillen auch häufig als Minipille bezeichnet werden. Es ist eigentlich falsch, weil die klassische Minipille ist niedriger dosiert als diese reinen Gestagenpillen, die auf dem Markt sind. Aber oft werden auch die als Minipille bezeichnet, selbst von den Firmen. Das ist aber eigentlich falsch.

Also ich nehme an, dass die Hörerin keine klassische Minipille nimmt, sondern wahrscheinlich so eine östrogenfreie, Gestagen-Monopille. Und da ist es tatsächlich so, dass ich dennoch denke, dass die Brüste schmerzen, weil eben doch zwischendurch mal zu viel Östrogen da ist. Das erwischt man vielleicht nicht immer bei einer Blutuntersuchung, aber das wäre meine Fantasie. Das sind die Frauen, wo die Unterdrückungswirkung auf den Eierstock eben nicht so ausgeprägt ist und die Blutungsstörungen gehören da leider auch dazu.

Man muss ja umgekehrt mal fragen, was ist eigentlich der Vorteil dieser Gestagen-Monopillen oder der östrogenfreien Pillen? Der Vorteil ist, dass wir kein Thrombosierisiko haben, kein Schlaganfallrisiko. Das ist natürlich relevanter bei Frauen, die schon älter sind. Aber bei jungen Frauen, die zum Beispiel ein Thrombosierisiko mitbringen, denen gibt man heute auch immer so eine östrogenfreie Gestagen-Monopille. Jetzt könnte man nämlich sagen: „Warum geben wir das denn nicht allen, wenn es weniger Risiken macht?“ Ja, genau das Problem ist, sie machen mehr Blutungsstörungen und wir können nie ganz genau sagen, wie gut wird der Eierstock unterdrückt oder nicht. Das heißt, da ist manchmal so ein bisschen Feintuning notwendig und es gilt auch für die älteren Frauen in der Perimenopause.

11:04

Katrin Simonsen

Und die schmerzenden Brüste, gäbe es dann noch eine andere Erklärung? Also von dieser Pille, von diesem Gestagen kann es nicht kommen, sagen Sie?

Dr. Katrin Schaudig

Also, es gibt tatsächlich manchmal Frauen, ist aber selten, die sagen tatsächlich: „Dieses Gestagen macht mir Brustschmerzen.“ Ich würde vielleicht auf eins der anderen umstellen. Man könnte dann übrigens, das ist die Indikation dafür, es gibt ein Progesterongel, was man auf die Brust schmieren kann, das heißt Progestogel, das ist auch nur zugelassen zur Behandlung von solchen Brustschmerzen, das könnte man mal probieren. Wie gut der Effekt ist, wäre abzuwarten. Und dann würde ich einfach mal wechseln, das Präparat, weil wir das tatsächlich manchmal sehen, dass manche Gestagene bei manchen Frauen auch Brustspannungen oder Brustschmerzen machen können. Also muss man leider ausprobieren.

Für die Zwischenblutungen, auch da gilt, entweder hat die zu viel Östrogen, also der Eierstock, nicht genug unterdrückt, dann gehen wir mit der Dosis dieser östrogenfreien Pille hoch. Oder aber sie hat zu wenig Östrogen. Paradoxerweise macht auch das Blutungsstörungen. Dann geben wir gern ein bisschen Östrogen als Gel dazu. Und das ist ja die Methode, die wir in der Perimenopause auch ganz gerne nehmen, dass wir, je nachdem, wie der Eierstock der Frau reagiert, sogar ein bisschen Gel dazugeben, das machen wir relativ oft.

Katrin Simonsen

Auch habe ich hier bei Ihnen gelernt, weil dann sozusagen diese Eigenproduktion, wenn dann immer weniger Eier da sind, auch nicht mehr so wirklich funktioniert, vielleicht eher so ein Mangel da ist.

Dr. Katrin Schaudig

So ist es. Aber auch da muss man sagen, gerade in der Perimenopause versucht ja die Hirnanhangdrüse immer noch mal zu feuern, damit aus dem Eierstock rausgeholt wird. Auch

das kann dann zu einem hohen Östrogenspiegel führen. Das kann dann sein, dass man diese Gestagendosis mal vorübergehend anhebt.

Vielleicht noch eine kurze Frage, weil die Hörerin auch wissen wollte, ob sie dann Progesteron dazunehmen darf. Das ist ehrlich gesagt eine gute Frage. Ich glaube, dass sie das wahrscheinlich kann, ab und zu mal Progesteron schlucken. Das ist dann ein bisschen, wie wenn sie ein Schlafmittel schluckt. Wir wissen nicht so richtig, was an den Rezeptoren für die Gestagene dann eigentlich passiert. Also, das heißt, ich habe dann ein Progesteron und ich habe diese östrogenfreie Pille und die streiten sozusagen um den Rezeptor. Und was die dann wirklich an dem Rezeptor machen, das können wir nur spekulieren. Aber wahrscheinlich macht es nichts, wenn die ab und zu ein Progesteron dazu nimmt.

Katrin Simonsen

Wir kommen zu Sonja. Die ist auch in der Perimenopause, hat die Gestagenpille bekommen für ein halbes Jahr, dann bekam sie starke Darmprobleme. Sie reagiert auf Milchprodukte und vermutet, dass sie die Laktose in der Pille nicht vertragen kann. Ihre Frage ist nun, ob sie täglich eine Laktosetablette einfach dazu nimmt oder ob es eine Gestagenpille ohne Laktose gibt?

Dr. Katrin Schaudig

Also, da muss ich gestehen, dass ich das nicht weiß, da müsste man mal nachgucken, das muss man tatsächlich mit den Apothekern besprechen. Also eine Gestagenpille ohne Laktose, kann sein, dass es die gibt, und zwar nicht die klassischen, sondern da gibt es ja immer so genannte Generika, das heißt Nachfolgepräparate. Aber wenn ich ganz ehrlich bin, in diesen Pillen ist so wenig Laktose drin, dass ich mir nicht vorstellen kann, dass die Darmprobleme von der Laktose kommen. Kann ich mir nicht so richtig vorstellen. Sie könnte natürlich einfach mal gucken, dass sie die Tablette ausnahmsweise mal weglässt für vier Wochen und anders verhütet und einfach guckt: Ist die Darmproblematik dann besser? Das wäre so ein bisschen *trial and error*. Aber ich kann mir nicht

vorstellen, dass die Darmprobleme davon kommen. Das da gibt es ja ganz viele Gründe, warum man das haben kann und ich würde mal sagen, die Laktose in den Pillen dürfte der aller-, allergeringste Grund sein.

Katrin Simonsen

Und eine Laktosetablette mal nehmen, eine Weile, dazu?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, das sind ja nicht Laktose, sondern Laktase, nämlich die, die das sozusagen schon abbauen. Also, das könnte man versuchen, finde ich auch eine gute Idee, wobei ich eben nicht glaube, dass es tatsächlich die Ursache der Darmprobleme ist. Aber gut, im Einzelfall mag es das geben. Da könnte sie dieses Enzym dazugeben, was die Laktose gleich abbaut, das machen ja viele mit einer Laktoseintoleranz.

Katrin Simonsen

Und wenn es dann besser wird, dann würde sie es ja auch merken, dass es daran liegt?

Dr. Katrin Schaudig

Ganz genau.

Katrin Simonsen

Und uns schreiben auch manchmal Ärztinnen und Ärzte, das freut uns natürlich sehr, weil die oft unseren Podcast auch weiterempfehlen. Ich habe jetzt eine Mail bekommen, die Ärztin hat schon gleich drei Fragen. Sie sagt:

In einem Beitrag erwähnten Sie, dass höchstwahrscheinlich die Gestagen-Komponente für das leicht erhöhte Brustkrebsrisiko im Rahmen der Hormonersatztherapie verantwortlich ist. Betrifft dies auch die Therapie im Bereich der Antikonzeption? Und sollte daraus Ihrer Sicht ein früheres Screening für Frauen mit reiner Gestagenpille, z.B. in Form von jährlicher Mammasonografie abgeleitet werden?

Dr. Katrin Schaudig

Also das ist eine gute Frage, die wird uns natürlich auch dauernd gestellt, auch von Patientinnen, die jetzt sagen: „Ich habe jetzt jahrelang die Pille genommen. Und soll ich jetzt auch

noch Hormone in den Wechseljahren nehmen?“ Also, es gibt relativ große epidemiologische Studien und da hat man mal geguckt, ob Frauen, die länger die Pille genommen haben, und zwar egal welche, ein erhöhtes Brustkrebsrisiko haben. Und die Studien zeigen eigentlich durchweg, dass die Frauen mit langzeitiger Pilleneinnahme ein geringfügig erhöhtes Brustkrebsrisiko haben: 1,1-fach. Das ist eigentlich statistisch fast nix, muss man sagen. Also, man kann eigentlich grob sagen: Eine Pillenanwendung führt nicht zum erhöhten Brustkrebsrisiko.

Die Frage, ob die reinen Gestagenpillen dafür leicht ein höheres Risiko haben, die kann ich nicht beantworten, weil wir haben keine Daten dazu. Also wahrscheinlich ist es nicht so. Wenn nämlich die Frauen keine Pille nehmen, haben die ja auch körpereigene Hormone und die promoten das Brustkrebsrisiko ebenfalls. Also Frauen, die spät in die Wechseljahre kommen, haben ja mehr Brustkrebsrisiko als Frauen, die früh in die Wechseljahre kommen.

Und was passiert in dieser Zwischenzeit? Eigene Hormone. Solange der Eierstock selber Hormone produziert, ist es wahrscheinlich egal, ob die Patientin dann den eigenen Eierstock durch eine Pille unterdrückt oder nicht. Das heißt, der Brust ist es eigentlich „wurscht“, wo die Hormone herkommen, ob sie geschluckt sind oder ob sie aus einem eigenen Eierstock kommen. Das ist immer so meine Erklärung. Es könnte natürlich trotzdem sein, dass diese synthetischen Gestagene ein bisschen mehr Risiko machen. Finde ich eine gute Frage, kenne ich aber keine einzige Untersuchung zu. Deswegen würde ich auch nicht daraus ableiten, dass die nun besonders die Brust untersuchen müssen. Das glaube ich irgendwie nicht.

Katrin Simonsen

Obwohl man gerade mit den Kombipillen, ja dann ab einem gewissen Alter sehr vorsichtig wird, oder?

Dr. Katrin Schaudig

Sie meinen mit Brustkrebs? Ja eigentlich nicht

unbedingt. Also es ist ja umgekehrt so, dass wir z.B. wissen, dass Frauen, die lange die Kombipille nehmen, ein signifikant niedrigeres Eierstockkrebsrisiko haben und auch ein niedrigeres Risiko für Gebärmutterkrebs. Also das ist immer so ein bisschen abwägen und auch Darmkrebs ist bei denen erniedrigt. Also ich glaube, das ist so eine Nettorechnung.

Ich würde nicht daraus ableiten, dass man mehr Mammografie machen muss. Und wir sind eigentlich bei den älteren Frauen mit der klassischen Kombipille weniger wegen der Brust ängstlich, sondern sehr viel mehr wegen der Gefäßrisiken, also Thrombose, Lungenembolie, Schlaganfall, Herzinfarkt. Das ist dann bei den Frauen, wenn sie älter werden, ein extrem wichtiges Thema, was man sich anschauen muss in Verbindung mit Antibabypillen, also insbesondere den Kombinationspillen. Den Frauen, die da ein Risiko haben, die stellen wir dann sowieso alle um, auf ein reines Gestagenpräparat.

Es ist immer das geschluckte Östrogen oder aber dieses Pillenöstrogen, dieses Ethinylestradiol, was übrigens auch in diesem vaginalen Verhütungsmittel drin ist und auch an den Verhütungspflastern, da ist immer Ethinylestradiol drin. Das ist extrem potent und schiebt auf jeden Fall die Gerinnung an. Anders als das Östradiol, also das natürliche bioidentische Östrogen, was wir über die Haut zuführen können, als Gel, Pflaster oder Spray, das macht eben nach menschlichem Ermessen kein Thromboserisiko.

Katrin Simonsen

Kommen wir zu Teil zwei der Fragen:

Sie hatten erwähnt, dass die Gestagengabe im Rahmen der Hormonersatztherapie auch intravaginal erfolgen kann. Geben Sie das dann auch unter Umständen zyklisch und haben Sie bei vaginaler Gabe ein nicht erhöhtes Risiko für Brustkrebs beobachtet oder kennen Sie da Daten?

Dr. Katrin Schaudig

Finde ich eine sehr kluge Frage. Also fangen

wir mal an, wenn überhaupt ein Gestagen vaginal, dann haben wir nur Daten vom Progesteron vaginal. Wir haben ganz viele Daten, im Rahmen der Kinderwunschtherapie gibt man das Progesteron vaginal in relativ hoher Dosis, z.B. bei der In-Vitro-Fertilisierung. Also das heißt, vaginales Progesteron ist bei den Kinderwunschpatienten sogar offiziell zugelassen. In der Peri- oder Postmenopause ist die vaginale Anwendung von Progesteron offiziell nicht zugelassen. Es gibt auch so mäßig viele Untersuchungen dazu. Das heißt, in dem Moment, wo wir vaginal arbeiten mit dem Progesteron, sind wir in der Peri- und Postmenopause streng genommen außerhalb der Zulassung. Also wenn ich das sinnvoll finde, mache ich das trotzdem.

Was ist der Unterschied zwischen vaginaler Anwendung von dem Progesteron und geschluckten? Wieder die Verarbeitung im Stoffwechsel. Wenn Sie es schlucken, wird das Progesteron verstoffwechselt, unter anderem in Allopregnanolon, was dann am Gehirn die schlafanstoßende und so runterfahrende Wirkung hat. Bei manchen Frauen aber auch depressive Verstimmung auslösen kann und Kopfschmerzen und Schwindel. Also das wird unterschiedlich bemerkt. Wenn ich es vaginal anwende, fallen diese Wirkungen, Kopfschmerz, Schwindel weg, auch depressive Verstimmung meistens. Dafür habe ich weniger schlafanstoßende Wirkung, weil es ja nicht so sehr in dieses Allopregnanolon verstoffwechselt wird. Das ist schon mal der grundsätzliche Unterschied.

Ein weiterer Unterschied ist, dass wenn ich es vaginal anwende, kommt aber mehr an der Gebärmutter Schleimhaut an. Das heißt, ich will ja einen Schutz der Gebärmutter Schleimhaut vor Gebärmutterkrebs. Das ist ja immer wichtig, wenn ich ein Östrogen gebe, muss ich die Schleimhaut davor schützen, dass sie sich zu sehr aufbaut. Und dieser Schutz ist tatsächlich bei vaginaler Anwendung besser, ist so. Aber dann habe ich wieder den Effekt nicht auf Schlaf und auch auf meine Ängstlichkeiten.

Also das ist wirklich schwierig. Die Frage danach, ob es zyklisch oder durchgehend gegeben werden soll, ist auch wieder so eine

schwierige Frage. Zugelassen ist es offiziell nur für die zyklische Anwendung, das heißt 14 Tage pro Monat. Da macht man ja, wenn man so will, den Zyklus der Frau nach. Die hat ja auch immer nur 14 Tage im Monat Progesteron, nämlich nach dem Eisprung. Also wir geben es zyklisch, dann bluten die Frauen aber. Nun wollen ganz viele Frauen aber nicht mehr bluten, ist auch klar. Die haben die Menopause gehabt und sagen: „Okay, das hat den ein oder anderen Nachteil, aber der Vorteil ist, ich blute nicht mehr.“ Wenn ich es durchgehend gebe, dann habe ich die Chance, dass es keine Blutungen gibt. Das funktioniert nicht immer und wichtig ist auch, dass es ausreichend hoch dosiert wird.

So, jetzt war die Frage mit dem Brustkrebsrisiko und dazu gibt es keine wirklich guten Daten. Was wir wissen, dass grundsätzlich die zyklische Anwendung von Gestagenen mit einem geringeren Brustkrebsrisiko einhergeht, als wenn ich es durchgehend dazugebe. Wie gesagt, aber dann bluten die Frauen. Das wissen wir sehr gut für die alten, synthetischen Gestagene, die ja noch ein bisschen mehr Brustkrebsrisiko machen als das bioidentische. Dafür gibt es klare Studien, dass eine zyklische Gabe weniger Brustkrebsrisiko macht als eine durchgehende. Das heißt, wenn Frauen das machen, muss man sagen: „Okay, wenn die Angst vorm Brustkrebsrisiko haben, nehmen Sie es zyklisch.“ Möglicherweise gilt das auch für die Anwendung mit Progesteron, zyklisch weniger als durchgehend, da haben wir aber keine guten Daten. Und wofür wir überhaupt keine guten Daten haben, ob es einen Unterschied macht, vaginal oder oral auf das Brustkrebsrisiko. Da haben wir keine Daten für.

23:35

Katrin Simonsen

Dritte und letzte Frage der Kollegin.

Erwarten Sie bei langjähriger Gestagen-Monopilleneinnahme bei jungen Frauen einen Östrogenmangel und damit Auswirkungen kardiovaskulär beziehungsweise für die Knochensta-

bilitàt? Und wenn ja, sollte eine niedrige, dosierte Östrogensubstitution transdermal erfolgen, auch schon bei den jüngeren Frauen?

Dr. Katrin Schaudig

Gute Frage. Es gibt für alle diese Gestagen-Monopräparate, also die östrogenfreien Pillen, Studien, dass sich am Knochen angeblich nichts tut. Was nicht heißen soll, dass es im Einzelfall vielleicht doch mal bei denen, die in Östrogenmangel rutschen, ein Knochenproblemen geben kann. In den Studien wird ja immer der Durchschnitt untersucht, was passiert da? Und da kann man sagen, gibt es Daten, dass der Knochen nicht beeinträchtigt ist durch Gestagen-Monopille?

Was wir machen in der Praxis ist, dass wir uns so ein bisschen anschauen, wir sehen die Patienten dann auch, haben die so ein bisschen Östrogenmangelerscheinungen, z.B. eine trockene Scheide, mehr Schmerzen beim Verkehr? Manche sagen dann auch: „Ich bin irgendwie ein bisschen ‚letschert‘ bis hin antriebsarm, geht mir irgendwie nicht so gut.“ Dann machen wir gelegentlich mal einen Östrogenspiegel. Und wenn der niedrig ist, niedrig heißt deutlich unter 50 pg pro Milliliter, aber ich will mich da nicht auf so eine Zahl festlegen, aber wir gucken so „Pi mal Daumen“. Wenn der niedrig ist und auch die klinische Situation für einen gewissen Östrogenmangel spricht, dann geben wir tatsächlich Östrogen transdermal dazu. Das ist dann auch wirklich ein extremes Feintuning und dann muss man auch sehr genau hingucken, auf keinen Fall generell dazu, aber im Einzelfall kann es durchaus sinnvoll sein.

Katrin Simonsen

Aber normalerweise bei den meisten Frauen reicht die Östrogenproduktion dann noch aus, die da stattfindet?

Dr. Katrin Schaudig

Ganz genau, weil wir eben nur halb auf die Bremse drücken.

Katrin Simonsen

Aber wenn dann die Ärztinnen sehen: „Uh, die

hat ja komische Wechseljahressymptome, obwohl die erst 35 ist“, dann einfach mal ein Bluttest machen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, wobei witzigerweise kriegen die keine Hitzewallungen, warum, weiß ich nicht so genau. Also das sehe ich ganz selten, dass die dann mit Hitzewallungen kommen, sondern eher mit trockener Scheide. Trockene Scheide, trockene Haut und irgendwie so ein bisschen antriebsloser, sowas sehen wir, von der Stimmung schlechter. Das sehen wir dann eher mal und da geben wir auch in Östrogenen dazu.

Katrin Simonsen

Okay, wir kommen jetzt wieder zum Thema schmerzende Brüste trotz geringem Östrogenwert. Diesmal aber nicht durch die Gestagenpille, sondern bei der Hormonersatztherapie.

Unsere Hörerin, die es 61 Jahre alt, da erwischten sie dann Schlafprobleme, sie konnte nicht durchschlafen. Dann hat die Frauenärztin gesagt: „Wir probieren es mal mit Hormonen.“ Sie bekommt Estradiol, Progesteron. Die Schlafstörungen waren schnell behoben, allerdings plagen sie seither Brustschmerzen. Und ihr Busen hat sich auch deutlich vergrößert, von D auf E, das ist extrem schmerzhaft. Jetzt haben die nochmal umgestellt auf eine Pille, die heißt Angelique. Und mit dieser Angelique ist die Brust jetzt besser, jetzt kann sie aber nicht mehr schlafen. Das ist so ein bisschen „Pest und Cholera“. Und sie fragt: „Haben Sie eine Idee, was ich machen kann?“

Dr. Katrin Schaudig

Ja, also meine Fantasie dazu ist, was unterscheidet die erste Variante Östrogen-zwei-Hübe und Progesteron dazu von der Angelique-Pille? Die erste Variante ist sehr östrogen-dominant. Wahrscheinlich ist Zwei-Hub-Gel für die Patientin zu viel, und vielleicht muss man dafür mit dem Progesteron ein bisschen hoch gehen. Das klingt nach so einem gewissen Ungleichgewicht, was auch bei jeder Frau unterschiedlich ist. Also ich würde einmal versuchen, wie der Schlaf wird mit einem Hub Gel und rund 200 mg Progesteron und da muss

man einfach gucken, was mit der Brust passiert. Dann ich würde denken, dass die Brust dann weniger schmerzt und in dem Angelique, das ist halt ein geschlucktes Östrogen, kein hochdosiertes, da ist als Gelbkörperhormon Drospirenon mit drin. Das ist dieses relativ neue Gestagen, wo es auch eine Gestagen-Monopille gibt, das wäre Slinda, das auch ein bisschen entwässernden Effekt hat. Es kann natürlich sein, dass die Patienten besonders auf diesen entwässernden Effekt an der Brust reagiert. Das Drospirenon wird aber nicht auf den Schlaf wirken. Also mein *Favorit* wäre in dem Fall, bisschen weniger Östrogen, mehr Progesteron und ich hoffe, dass dann der Schlaf funktioniert und die Brust auch nicht mehr so spannt.

Katrin Simonsen

Katharina hat uns geschrieben. Sie ist begeisterte ZuhörerIn unseres Podcasts, schreibt sie.

Sie ist 54 Jahre, schlank und sportlich, hatte ihre letzte Regel mit 48 und sie hat Probleme mit der Knochendichte. Die Erstaufnahme 2021, waren ganz schlechte Werte, die Wirbelsäule bereits im roten Bereich, der Beckenknochen, naja gerade so im Grünen, D3 und Kalzium im Blut wurden getestet, waren gut. Sie hat dann Hormone mit der „Rimkus-Methode“ genommen, da haben wir uns ja auch schon mal darüber unterhalten. Nach einem Jahr aber wieder abgesetzt, weil das war ja alles auch ganz schön teuer und die Knochendichte hatte gar nichts von dieser „Rimkus-Methode“ gewonnen.

Nun, nach drei Jahren, zeigt die nächste Kontrolle, dass sich die Werte deutlich verschlechtert haben. Die Orthopädin hat eine Hormonersatztherapie bis 65 vorgeschlagen. Unsere Hörerin nimmt nun zwei Sprühstöße Lenzetto, 100 mg Famenita, also Progesteron, und nach ein paar Wochen hat sie starke Brustschmerzen bekommen. Kein Spannen, sondern Schmerzen. Da sie nun Anfang des Jahres auch noch eine Brust-OP hatte – ein „Tumor Mastitis“, schmerzende Brust mit Verhärtungen, das betroffene Gewebe wurde entfernt – ist sie be-

sorgt. Woher können die Brustschmerzen kommen? Und darf sie die Hormone eigentlich weiter nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, genau, das sind ja zwei Themen, wir fangen mal mit dem letzten an. Also mit der Brust, da müsste man natürlich jetzt sehen: Wie war der feingewebliche Untersuchungsbefund, gab es da schon vielleicht ganz, ganz frühe Vorstufen, die in Richtung Karzinom gehen? Also ich wäre da tatsächlich ein bisschen zurückhaltend. Ich würde bei so jemandem, einfach mal um sicher zu sein, Prolaktin bestimmen. Manchmal können Pur-Prolaktinspiegel auch sowas machen, auch insbesondere eine Mastitis, also eine Entzündung der Brust. Also, Mastitis ist eine Brustentzündung. Also mein Gefühl sagt mir, ich würde vielleicht mit Hormonen etwas zurückhaltender sein.

Ich fange mal an, also ich glaube, da würde ich eher auf was gehen, was die Brust nicht unbedingt beeinflusst. Denn, wenn ich das richtig sehe, hat die ja sonst gar keine Wechseljahresbeschwerden gehabt, sondern es waren vor allen Dingen die Knochen, weswegen sie es genommen hat. Und mit dieser Geschichte mit der Brust gebe ich zu, das finde ich so ein bisschen unheimlich, aber ich weiß da zu wenig darüber. Wenn es nur eine Entzündung war und nichts sonst, okay. Also ich wäre da vorsichtig. Was gibt es für andere Methoden? Ich finde es erstaunlich, dass sie mit zwei Sprühstößen Lenzetto – wo bei den meisten Patienten nicht so hohe Östrogenspiegel ankommen, dass sie da mehr Brustprobleme hatte als mit Rimkus, Rimkus hat hochdosiert Östrogen. Aber vielleicht gehört sie jetzt zu den Patientinnen, die mit Sprühstößen einen hohen Spiegel haben. Also das wäre das eine.

Dass die Knochendichte unter Rimkus nicht zugenommen hat, ist gar nicht so ungewöhnlich. Uns muss schon eins klar sein, mit einer Hormontherapie, da haben Sie keinen Turboeffekt auf den Knochen, dass die Knochendichte super nach oben geht. Was Sie machen mit Hormonen, ist, dass Sie den Knochen stabilisieren. Das heißt dann, er nimmt nicht weiter ab. Und

wenn ich das richtig sehe bei der Patientin, nach Absetzen des Östrogens ging die Knochendichte weiter nach unten. Das heißt, mit hochdosierten Östrogenen haben wir den Knochen gehalten, wenigstens auf dem Niveau, wo er war. Wir haben ihn nicht verbessert, gut, kann im Einzelfall sogar doch mal besser werden, aber in vielen Fällen nicht, sondern dass dann nach Absetzen des Rimkus der Knochen weiter runterging, das ist total logisch und nachvollziehbar.

Das heißt, die Patientin sollte tatsächlich irgendetwas machen für ihre Knochen, würde ich sagen. Man kann jetzt nochmal erwägen, ganz niedrig dosiert Östrogene zu nehmen. Da reichen tatsächlich niedrige Dosierungen, um den Knochen zu stabilisieren. In den USA gibt es ein superniedrig dosiertes Pflaster, das gibt es bei uns gar nicht. Da erreichen Sie Spiegel, die nicht messbar sind, trotzdem hat man einen Erhalt der Knochendichte nachweisen können. Vielleicht reicht einfach viel weniger. Aber nochmal, bei der Patientin war ja dieses Brustthema.

Es gibt noch eine andere Methode, die bei der in Betracht käme, finde ich. Es gibt ein Mittel, das heißt Raloxifen, da gibt es auch Generika schon ganz viele. Das ist eine spannende Substanz, das wirkt am Knochen wie ein Östrogen, aber an der Brust wirkt es antiöstrogen. Da wirkt es so wie andere Medikamente, die man beim Brustkrebspatienten einsetzt. Das heißt, die hätte sogar einen Schutzeffekt für die Brust und gleichzeitig würde sie ihren Knochen verbessern. Der Nachteil dieses Medikaments ist, dass Hitzewallungen schlimmer werden können, aber ich glaube, die hat keine, dann macht es nichts. Und der Nachteil ist, dass es das Thrombose- und Schlaganfallrisiko erhöht, was aber besonders bei älteren Frauen ein Problem ist. Also, die ist ja 54, und sie ist schlank, also ich würde da tatsächlich dieses Raloxifen gut finden, weil es die Brust schützt und den Knochen gleichzeitig verbessert.

33:02

Katrin Simonsen

Und das, was Sie vorher gesagt haben, „Wir nehmen einfach niedriger dosiert“, das wären dann, glaube ich z.B. diese Pflaster? Die gibt es so ganz niedrig –

Dr. Katrin Schaudig

Ja, wobei, das gibt es ja bei uns nicht. Es gibt das nur in den USA, aber man könnte jetzt ein 25-er Pflaster z.B. nehmen. Oder einen Hub von einem Gel, wo nicht so viel Östrogen drin ist, das könnte man probieren. Aber wie gesagt, mit der Brust, das finde ich so ein bisschen *spooky*, da wäre ich vorsichtig.

Katrin Simonsen

Okay. Und wer jetzt noch einmal Interesse hat zum Thema Knochengesundheit, wir haben da auch schon mal ausführlich darüber gesprochen in Folge 12, die packen wir auch in die *Shownotes* rein, noch mal zum Nachhören. Da wissen dann auch alle, wieviel Estradiol müsste man nehmen, wie lange dauert es, bis man eine Verbesserung feststellt? Das haben wir da alles schon mal erzählt.

Dr. Katrin Schaudig

Es gibt aber noch einen wichtigen Aspekt bei dieser Frage, weil die Hörerin geschrieben hat, dass ihr Vitamin D und das Kalzium im Blut gut fahren. Beim Vitamin D ist es gut, dass es gemessen wurde, und da wollen wir auch wirklich Spiegel haben, die ausreichend sind. Das heißt, Vitamin D zu nehmen, ist sicher super. Das Problem mit dem Kalzium im Blut ist, dass das Kalzium im Blut meistens normal ist und eigentlich der Wert nichts darüber aussagt, wie viel Kalzium wir tatsächlich haben. Das liegt daran, dass die Kalziumkonzentration im Blut sehr fein reguliert ist, weil das auch ein wichtiges Stoffwechselelement ist. Und wenn wir zu wenig Kalzium zu uns nehmen, dann holt sich der Körper aus dem Knochen Kalzium raus. Das heißt, wir messen das Kalzium im Blut und es ist praktisch fast immer normal und wir wissen nicht, hat die genug Kalzium oder nicht? Holt sich vielleicht der Körper immer aus dem Knochen das Kalzium raus und baut den dann ab? Was in so einer Situation total kontraproduktiv

wäre. Es gibt wenige Situationen, wo der Kalziumspiegel z.B. erhöht ist, wenn nämlich die Nebenschilddrüse zu viel Parathormon produziert. Das sind dann kleine Tumoren oder so. Dann steigt der Kalziumspiegel, weil das wird dann auch ständig aus dem Knochen abgebaut. Aber das sind seltene Situationen.

Das heißt, was die Hörerin auf jeden Fall machen muss, ist neben ausreichender Vitamin-D-Versorgung darauf achten, dass sie 1000 mg bis 1500 mg Kalzium am Tag zu sich nimmt. Es macht man am liebsten über die Ernährung, Milchprodukte, Käse, aber auch zum Beispiel über Mineralwasser kann man das sehr gut machen. Man muss sich aber ein Mineralwasser besorgen, was einen hohen Kalziumgehalt hat. Es gibt so Listen auch im Internet, also möglichst eins, was am liebsten 500 mg Kalzium oder mehr hat, dann kommen Sie auf Ihre Kalziumversorgung. Das war mir noch mal wichtig an der Stelle.

Katrin Simonsen

Und an dieser Stelle machen wir einen kleinen *Break*. Ich möchte euch nämlich unseren nigel-nagelneuen Podcast von MDR Aktuell ans Herz legen.

Dieser Podcast spielt in einem Dorf mit dem Namen Wendehausen, einem Dorf in Thüringen. Dort lebten die Menschen jahrzehntelang ganz nah an der Grenze zwischen Ost und West. Sie sahen jeden Tag die Todeszone, den „eisernen Vorhang“ und ohne Passierschein kam hier niemand ins Dorf rein. Freiheit war in Wendehausen noch mehr ein Fremdwort als anderswo in der DDR. Im Podcast *Wendehausen – Heimat im Todesstreifen* erzählen wir über das Leben in dem früheren Grenzort und dem benachbarten Heldra in Hessen. Es geht um Zwangsumsiedlungen, Entwurzelung, Tragödien bis hin zum Selbstmord. Und bis heute prägt diese Geschichte selbst die Nachwendegenerationen. *Wendehausen – Heimat im Todesstreifen*, hört ihr ab dem 2. Oktober in der ARD Audiothek und überall dort, wo ihr sonst eure Podcasts hört.

Dann gehen wir weiter. Es geht um Endometriose und Wechseljahre. Darüber haben wir in Folge 11 gesprochen.

Diese Folge hat Birgit gehört, sie hat Endometriose. 2018, als sie 41 Jahre alt war, wurden ihr Gebärmutter und ein Eierstock entfernt. Mittlerweile leidet sie an Haarausfall, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme, Energielosigkeit und würde eigentlich gern Östrogen nehmen. Die Frage ist, sie würde das zwar gern nehmen, verträgt aber kein Gestagen, weil wir hatten ja gesagt: „Gerade Endometriose-Patientinnen müssen sich schützen sozusagen, mit Gestagen“. Das hat sie mal probiert, da bekam sie dann psychische Nebenwirkungen. Jetzt fragt sie: „Gibt das eine Alternative?“

Dr. Katrin Schaudig

Man muss grundsätzlich sagen, es kommt so ein bisschen drauf an, wie ausgedehnt die Endometriose war. Grundsätzlich würde ich sagen, die war ja 41, als sie die Eierstöcke entfernt bekommen hat. Das heißt, man ist eigentlich nicht glücklich, wenn eine 41-Jährige kein Östrogen mehr hat, ist ja für Knochengesundheit, für das Herz und so weiter wichtig. Also eigentlich würde ich da sagen: Die muss irgendetwas nehmen.

Katrin Simonsen

Naja, ihr wurde ja nur ein Eierstock entfernt und offenbar hat jetzt der zweite sozusagen auch die Arbeit aufgegeben.

Dr. Katrin Schaudig

Ah okay, das habe ich nicht verstanden, aber sie hat noch einen Eierstock, okay. Also was man da machen könnte, wäre ein Präparat nehmen, das heißt Tibolon. Das ist gerade bei Endometriose ganz gut untersucht. Das ist ein Designerpräparat, was so verstoffwechselt wird, dass es sowohl östrogene als auch gestagene Wirkung hat und auch ein bisschen eine androgene Wirkung. Denn wenn Eierstock weg ist, dann hat man ja auch meistens einen gewissen Mangel an Testosteron. Das Einzige, was mich daran irritiert, ist, dass sie Haarausfall auch angibt. Da weiß man nicht so richtig, das könnte dann verstärkt werden, das müsste

man ausprobieren. Aber das Tibolon, da gibt es verschiedene Präparate, wäre in der Situation tatsächlich eine gute Option, wenn sie die anderen Gestagene nicht verträgt. Es kann allerdings auch sein, dass sie auch das Tibolon nicht verträgt. Das müsste man dann mal gucken, wie diese Unverträglichkeit sich tatsächlich niederschlägt. Also worin äußert sie sich? Kann man da dann dagegen steuern? Also, ich würde da schon noch mal verschiedenste Gestagene ausprobieren. Ich weiß nicht, ob sie alle schon ausprobiert hat, also das müsste man da mal gucken.

Katrin Simonsen

Hm, also dass sie einfach mal eine andere Sorte nimmt? Aber weil Sie sagen: „Wie stark ist das ausgeprägt gewesen, diese Endometriose?“, wenn das jetzt nicht doll war im Bauchraum, wenn es so ein bisschen sich auf diesen Eierstock und die Gebärmutter begrenzt hatte, könnte sie es dann auch wagen, nur Östrogen zu nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Kann sie, kann sie.

Katrin Simonsen

Aber nicht so hoch dosiert?

Dr. Katrin Schaudig

Genau, ich würde nicht so eine hohe Dosis nehmen. Wichtig ist immer, war das z.B. zwischen Scheide und Darm, also so eine tief infiltrierende Endometriose? Also, da wäre ich ganz zurückhaltend. Aber wenn die Operateure gesagt haben: „Wir haben alles entfernt und da war nichts mehr da“, dann wäre ich auch ein bisschen entspannter.

Katrin Simonsen

Also, noch mal mit der Ärztin genauer darüber reden?

Dr. Katrin Schaudig

Genau.

Katrin Simonsen

Eine andere Hörerin schreibt, sie ist 50 Jahre alt und die Frauenärztin hat bei der jüngsten

Vorsorgeuntersuchung auf einmal Endometriose in der Gebärmutter festgestellt. Sie hat einen Ultraschall gemacht, weil die Patientin von starken und schmerzhaften Blutungen berichtet hatte und nun schlägt die Ärztin vor, sie mit einem Gelbkörperhormon, also einem Gestagen, zu behandeln. Da gibt es wohl zwei Wege – einer, der ein bisschen drastischer ist und einer, der ein bisschen sanfter ist. Und jetzt fragt sich nun die Hörerin: „Reicht überhaupt eine vaginale Untersuchung per Ultraschall, um diese Endometriose sicher festzustellen?“ Und ihre Mutter hatte Brustkrebs und sie ist da jetzt ein bisschen zurückhaltend, wenn sie jetzt Hormone nehmen soll.

40:43

Dr. Katrin Schaudig

Also, mit der Feststellung der Endometriose, das ist tatsächlich eine gute Frage. Also, so Endometrioseherde im Bauchraum an sich kann man fast nicht feststellen mit Ultraschall. Das heißt, da muss man eigentlich in den Bauch reingucken, durch eine Bauchspiegelung. Die Endometriose der Gebärmutter, das ist die sogenannte „Adenomyosis“. Das heißt, man hat Endometrioseherde in der Wand der Gebärmutter sitzen und das führt eben typischerweise zu starken Blutungen und häufig auch zu schmerzhaften Blutungen. Aber wir sehen auch immer wieder Frauen, die dann irgendwann mal die Gebärmutter entfernt bekommen, dass es heißt: „Ja, das war alles voller Adenomyose“, also Endometriose-Herde, und die hatten keine Schmerzen. Also ist nicht zwingend, aber bei jemanden, der starke und schmerzhaft Blutungen hat, in dem Alter, man sieht es schon. Da gibt es so Ultraschallzeichen, an der Gebärmutter ist zum Beispiel die Durchblutung sehr besonders stark oder es sind so kleine Löchlein. Also, man kann schon die Verdachtsdiagnose durch Ultraschall für eine Endometriose der Gebärmutter dafür speziell so ein bisschen erhärten.

Ich muss gestehen, dass ich wenig andere Möglichkeiten sehe, als Gestagen zu geben. Man kann mal versuchen, eine Hormonspirale hilft tatsächlich auch in diesen Situationen,

sind natürlich auch wieder Hormone. Also, man muss sagen, wenn die Mutter Brustkrebs hatte, muss man sich natürlich trotzdem überlegen, wieviel höher ist das Brustkrebsrisiko dieser Patientin und wenn die jetzt mal ein, zwei Jahre ein Gestagen nimmt oder eine Hormonspirale fände ich da auch eine ziemlich gute Idee, dann glaube ich nicht, dass das am Brustkrebsrisiko so dramatisch was dreht. Und da muss man einfach abwägen, also stark und schmerzhaft Blutungen, die das Leben beeinträchtigen, dann fände ich eigentlich ein Gestagen schon ziemlich gut.

Katrin Simonsen

Und weil sie sagen „Verdachtsdiagnose“, heißt, man sollte es aber noch einmal prüfen lassen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, man kann das nicht prüfen lassen. Das Problem ist, eine Adenomyosis der Gebärmutter kriegen Sie nur definitiv raus, wenn Sie die Gebärmutter rausnehmen und das ist dann schon sehr drastisch. Aber wie gesagt, wir sehen das gelegentlich bei Frauen, wo dann, aus welchen Gründen auch immer man sich doch entschließt, die Gebärmutter zu entfernen und da kommt ziemlich oft die Diagnose, gerade bei denen, die stark bluten und die viele Schmerzen haben: Ah, es ist eine Endometriose in der Gebärmutter.

Katrin Simonsen

Aber ich meine, sie ist jetzt 50 und sie hat das wahrscheinlich nicht erst seit gestern. Wenn sie das ertragen hat bisher und das sie jetzt nicht Extremes stört, muss sie da überhaupt was machen?

Dr. Katrin Schaudig

Also ich sehe es umgekehrt. Die ist jetzt 50 und es wird nicht mehr so lange dauern und die Zeit kann man überbrücken. Und dann kommt jetzt vielleicht auch noch dazu, wissen Sie, die ist jetzt in dieser Übergangsphase, wo sie Phasen hat mit zu hohem Östrogen, also, Sie sehen, man kann die Dinge immer von zwei Seiten sehen, und ich sehe, die ist jetzt 50 und starke Schmerzen und Blutungen, da geht der Eisenspiegel runter, das ist auch nicht so toll

für die Frau. Und da würde ich sagen, wahrscheinlich ist die Dauer, wo sie das noch hat, das Problem, überschaubar und das wiederum wird nicht so ein hohes Brustkrebsrisiko machen, oder?

Katrin Simonsen

Und würden sie mehr so die krasse Methode nehmen, dass sofort alles stillgelegt ist oder erst einmal mit so einer Gestagen-Monopille arbeiten?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, wir haben vorhin bei den Gestagen-Monopillen eine eigentlich nicht erwähnt und das ist eine Gestagen-Monopille, die nur zur Behandlung der Endometriose zugelassen ist. Die nehmen wir übrigens auch in der Perimenopause manchmal ganz gerne. Die kann man auch nehmen, also wird auch von der Kasse bezahlt, wenn man die Verdachtsdiagnose Adenomyosis hat. Da haben wir genau den gleichen Effekt wie bei den anderen Gestagen-Monopräparaten, der Eierstock wird nicht komplett ausgebremst, sondern nur so halb und meistens ist dann noch ein bisschen Östrogen da. Also es ist keine drastische Methode.

Katrin Simonsen

Ist das die Slinda?

Dr. Katrin Schaudig

Nee, das Ursprungspräparat heißt Visanne, aber die Substanz da drin ist Dienogest. Und da gibt es auch mittlerweile ganz viele Generika, die auch billiger sind. Also, Dienogest Mono ist eine gute Möglichkeit da. Das macht übrigens, – ah, das hab ich vergessen, vorhin zu sagen – wir erleben auch, dass gerade Dienogest Mono mit weniger Blutungsstörungen einhergeht. Warum? Das Dienogest Mono ist deswegen für die Endometriosebehandlung so gut, weil es die Schleimhaut wunderbar vertrocknet sozusagen, atrophisiert sagen wir. Also, da werden die Endometrioseherde so ein bisschen ausgetrocknet. Und das funktioniert dann auch ganz gut und es macht ein bisschen weniger Blutungsstörungen – unsere klinische Erfahrung.

Katrin Simonsen

Dann kommen wir jetzt zum Martina. Die hat

eine Frage, ja da bin ich mal gespannt, was Sie darauf antworten. Und zwar fragt sie:

Stimmt es, dass auch Progesteronmangel zum Schwitzen führen kann? Ich habe neulich ein Interview mit einer Gynäkologin gesehen und da hieß es, dass vor allem das Schwitzen auf dem Dekolleté am Progesteron liegt.

Dr. Katrin Schaudig

Das finde ich eine schwierige Frage. Also dass das nun speziell am Dekolleté zum Schwitzen führt, halte ich für eine gewagte Hypothese, ich sage es mal so.

Katrin Simonsen

Aber gibt es das? Schwitzen wenn Progesteron fehlt?

Dr. Katrin Schaudig

Das habe ich noch nie gehört und ich wüsste auch nicht, warum jetzt insbesondere man am Dekolleté besonders schwitzt mit Progesteronmangel. Also das habe ich einfach noch nie gehört, muss ich so sagen, ich habe da meine Zweifel.

Grundsätzlich ist es so, ob der Progesteronmangel zu schwitzen führen kann, ist eine gute Frage. Ich würde immer sagen vor allen Dingen der Östrogenmangel führt zum Schwitzen. Es ist aber schon so, dass wenn man hochdosiert Progesteron gibt, es gibt eine Studie, dass sie mit 300 mg Progesteron oral, also geschluckt, tatsächlich die Hitzewallungen reduzieren können. Also ein bisschen Effekt haben wir da also. Das heißt Ausgleich von Progesteronmangel scheint auch das Schwitzen zu verringern. Aber über welche Stoffwechselwege das nun eigentlich funktioniert, das kann ich nicht sagen,

Katrin Simonsen

So, Frau Schaudig, jetzt wird es richtig spannend. Ich muss jetzt mal was länger vorlesen. Und zwar: manche Frauen gehen in ihrer Not in dieser Wechseljahreszeit ja auch zu anderen Beraterinnen, die probieren auch mal etwas Pflanzliches aus. Und Karen hat uns geschrieben, sie nimmt Hormone und war aber auch jetzt bei einer Heilpraktikerin und ist nun extrem verunsichert. Sie schreibt:

Liebes Podcast-Team, ich habe Fragen zur HRT, nachdem ich gestern bei meiner Heilpraktikerin, Schwerpunkt Frauenheilkunde, war. Sie hat mir gestern den Unterschied zwischen gebundenem und ungebundenem Östrogen erklärt, den habe ich leider schon wieder vergessen, und dazu erläutert, dass eine Bestimmung des Östrogenspiegels sehr viel aussagekräftiger per Speicheltest ist als per Blutprobe. Und sie sagte, dass dabei, ihrer Erfahrung nach, herauskommt, dass sich bei einer HRT mit bioidentischem Östrogen über die Haut 1000 bis 2500-fache Östrogenmenge im Körper befindet im Vergleich zum Spiegel vor den Wechseljahren, also bei regelmäßigem Zyklus. Und dies belastet bezüglich der Ausscheidungen des vielen überflüssigen Östrogens die Leber und andere Organe.

Ich würde mich wahnsinnig freuen, wenn Frau Dr. Schaudig dazu ihre Erfahrungen und medizinische Sicht erläutert bzw. den Denkfehler, sofern es einer ist, erklärt. Ich fühle mich mit zwei Hüben Gynokadin am Morgen gut und kann mir gerade nicht vorstellen, dass ich damit über 1000 mal mehr Östrogen im Körper habe.

Des Weiteren hat sie mir auch erzählt, dass normalgewichtige Frauen mit einem guten Stressmanagement im Grunde keine Hormontherapie benötigen, weil erstens Östrogen auch anderweitig im Körper produziert wird, zum Beispiel im Bauchfett – darüber haben wir ja auch schon mal geredet – und zweitens Progesteron in der Nebenniere gebildet wird. Dort wird es dann einfach nur zu Cortisol umgebildet, wenn wir gestresst sind. Deshalb ist Stressmanagement so wichtig. Reichen diese selbst produzierten Östrogene und das Progesteron der Nebenniere wirklich so einfach aus?

So, jetzt sind Sie dran, Frau Schaudig.

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine Menge von Fragen, da muss ich gestehen, da lese ich so einige sehr steile Hypothesen. Ich gehe das mal so der Reihe nach durch. Ich darf vielleicht sagen, ich habe diese Frage auch schriftlich hier, sonst würde ich wahrscheinlich einen Teil vergessen. Also, die

Übersorgung mit einer HRT wird angefragt und dass die Fähigkeit des Körpers, die Hormone selbst zu produzieren, dass man die fördern kann, auch während der Wechseljahre und HRT dient mehr der Bequemlichkeit. Also, da muss ich jetzt mal klar sagen, die Produktion von Östrogen, also dem weiblichen Hormon, kommt zum aller-, aller-, allergrößten Teil aus dem Eibläschen, was jeden Monat produziert wird. Das ist am Anfang vom Zyklus niedrig, ungefähr 30 pg und nach 14 Tagen, wenn das Eibläschen gewachsen ist, haben wir 300 pg. Das sage ich immer noch mal deswegen, weil immer die Frage ist: Was ist denn ein normaler Östrogenspiegel? Der schwankt ja im normalen Leben zwischen 30 pg und 300 pg. Das ist nochmal die erste Sache.

In dem Moment, wo wir keine Eizellen mehr haben, haben wir auch keine Eibläschen und dann ist Schluss mit lustig. Da wird ein ganz, ganz kleines bisschen tatsächlich im Fettgewebe produziert und in der Nebenniere. Aber die Mengen sind so niedrig, dass man die meistens nicht mal mehr messen kann. Auch die Produktion von Östrogen in Fettgewebe wird meistens überschätzt. Wir sehen manchmal Frauen, die sehr adipös sind, dass die immerhin einen Östrogenspiegel haben, der messbar ist, nach der Menopause. Aber in aller Regel sinkt der Östrogenspiegel in den Keller. Und das, obwohl die Nebennierenrinde ja weiter produziert und obwohl die Bazillen auch Fettgewebe haben, die meisten jedenfalls. Also dass man sagt, das wird dann ausgeglichen, das ist leider Unfug, das muss ich so leider sagen.

Und wenn die Patientin sich mit zwei Hub Gel super fühlt, dann soll sie das um Gotteswillen weitermachen, weil sie wird ohne das niemals die Menge von Hormonen einholen, egal, was ihre Nebenniere macht, die sie normalerweise im fruchtbaren Zeitraum produziert hat. Dass die vielleicht nicht so viel braucht, wie sie sonst im normalen Leben produziert hat, also bis zu 300 pg, das steht auf einem anderen Blatt. Aber die Nebenniere und das Fettgewebe kann

das nicht einholen, das mal gleich zum Anfang, weil es auch unten heißt: „Reicht das?“

So, jetzt kommt diese Bestimmung mit dem Speicheltest, das finde ich eine besonders spannende Frage. Also, hier wird gesagt, dass sich bei einer HRT mit bioidentischem Östrogen über die Haut eine 1000 bis 2500-fache Östrogenmenge im Körper befindet. Also, da muss ich jetzt mal sagen, wir haben ja Blutuntersuchungen, sowohl – und die werden nicht im Speichel gemacht, sondern im Blut – bei Frauen, die vor den Wechseljahren sind. Das ist die gleiche Methode wie bei den Frauen, die sich nach den Wechseljahren befinden und wir Östrogen zuführen. Ich habe ja schon mehrfach erklärt, dass im Grunde die Zuführung über die Haut dem biologischen Mechanismus extrem nah kommt. Ihr Eierstock schüttet das Östrogen auch nicht in den Magen, sondern gibt es ins Blut ab. Das heißt, da haben wir so einen Spiegel, der zirkuliert, und das gleiche machen wir, wenn wir als Gel, Pflaster oder Spray Östrogen in die Frau reinbringen. Die Dosierungen, die wir da verwenden... wir kriegen damit Blutspiegel, die deutlich niedriger sind.

Jetzt ist die Sache mit dem gebundenen Östrogen. Es ist ja das gebundene Östrogen oder das nichtgebundene Östrogen, was in unserem Blut zirkuliert und was wir messen können. Und diese Speichelmessungen, die sind nicht vernünftig validiert und ich sage jetzt mal ein Beispiel: Ich sehe immer mal wieder Patienten, die kommen mit Speichelmessungen ihrer Hormone. Da kommt eine Patientin und sagt: „Ich war zum Speicheltest, ich habe viel zu viel Testosteron.“ Dann frage ich die: „Haben Sie denn Haarausfall oder Pickel oder zu viel Haare, wo Sie sie nicht haben wollen?“ Dann gucke mir die Frau an und die hat null Zeichen von zu vielen Androgenen. Dann messe ich den Blutspiegel von Testosteron im Blut, der ist völlig normal oder niedrig. Das heißt, es gibt eine irre Diskrepanz zwischen Speichelwerten, in der Tat, und dem, was ich im Blut messe. Nur das, was ich im Blut messe, das ist das, was bei der Frau wirkt und nicht, was im Speichel drin ist.

Und alleine schon, dass die Klinik, also die klinischen Anzeichen, völlig gegen ein Zuviel an Androgenen sprechen, das kann ich ja sehen, sagt mir, die Blutmessung ist ganz sicher viel verlässlicher als die Speichelmessung. Und da muss ich wirklich eine Lanze gegen die Speichelmessung hier ins Feld führen, weil ich halte die für viel, viel ungenauer und letztlich nicht aussagekräftig, weil uns interessiert ja, was im Blut unterwegs ist, also im Körper der Frau, und nicht in ihren Exkrementen.

Katrin Simonsen

Also könnte jetzt schon sein, sie hat einen Speicheltest gemacht, diese Heilpraktikerin und hat das bei irgendeiner Frau festgestellt, dass das extrem erhöhte Östrogenspiegel waren?

Dr. Katrin Schaudig

Aber nicht 1000- bis 2500-fach. Nein, das habe ich überhaupt noch nie gesehen. Also beim Testosteron, nur so als Beispiel, ist der Wert vielleicht mal zehnmal höher, als ich im Blut erwarten würde. Aber ich muss nochmal sagen, beim Speicheltest, da gibt es ja auch so viele Unsicherheiten. Wieviel die gerade Speichel produziert, ist sie nüchtern? Was hat sie gegessen? Denkt sie gerade an eine Zitrone? Dann geht der Speichelfluss sofort los, dann habe ich einen Verdünnungseffekt. Also ich halte das für wirklich nicht valide.

Katrin Simonsen

Und wird unsere Leber stark belastet durch die Hormonersatztherapie?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, nein, natürlich nicht. Also, gibt nicht so viele überflüssige Östrogene. Ich weiß gar nicht, wie diese Aussage zustande kommt. Wir versuchen ja, das Östrogen so zu ersetzen, dass die Blutspiegel, die wir messen, dass die ungefähr eigentlich eher niedriger sind als sie im Mittel im Zyklus sind. Das heißt, die Frau hat er weniger Östrogene, als wenn sie im normalen Leben steht. Also, die Leber, der macht es nichts. Man muss eines noch mal sagen, das wird auch oft missverstanden, wenn wir sagen, wenn Frauen Östrogene schlucken, kommt ganz viel in der Leber an und dann arbeitet die

Leber fieberhaft. Aber jetzt mal ganz kurz: Eine gesunde Leber hält es locker aus, das ist der Job der Leber. Die Leber muss verstoffwechseln, was wir irgendwie zu uns nehmen und da gibt es ganz viele Medikamente, die zu Leberwerterhöhung führen können, weil das ist vielleicht doch ein bisschen schädigend für die Leber. Viele Schmerzmedikamente, zum Beispiel das sehr beliebte Voltaren, auch Ibuprofen kann das mal machen. Ganz viele von den Schlafmitteln und Antidepressiva führen zu einer leichten Leberwerterhöhung. Die Östrogene machen das nicht, die erhöhen nicht die Leberwerte. Das heißt, die Leber, da kommt das Östrogen an, die Leber verstoffwechselt das und dann wird es ausgeschieden. Aber dass wir so viel überflüssiges Östrogen haben, ich weiß nicht, wo diese Aussage herkommt.

Katrin Simonsen

Und wenn Karen auf Nummer sicher gehen will, könnte sie ja bei ihrer Frauenärztin mal darum bitten, mal das Östrogen zu testen bei ihr, wie viel da ankommt, bei ihrem Körper, dann hat sie es gleich schwarz auf weiß.

Dr. Katrin Schaudig

Genau und noch einmal, ach und noch eins. Ich muss nochmal zum Cortisol was sagen, weil hier steht „Stressmanagement“. Also, wie kommt diese Stressreaktion mit Cortisol zustande? Also wenn wir gestresst sind, dann wird tatsächlich mehr Cortisol gebildet. Aber das wird deswegen gebildet, weil von oben aus der Hirnanhangsdrüse das Signal an die Nebenniere kommt: „Mach mehr Cortisol!“ Das heißt, quasi die Fließbänder der Nebenniere werden einfach angeregt.

Die Nebenniere funktioniert so, da kommt oben Cholesterin rein und unten kommt Cortisol raus, so ist es. Dazwischen gibt es alle möglichen Stoffwechselschritte, da wird Progesteron gemacht, wird Östrogen gemacht, Androgene usw., also da passiert alles. Aber der Stress macht lediglich, dass die Nebennierenrinde *angeturnt* wird und mehr produziert. Und dieses Signal kriegt die Nebenniere von oben und es hat nichts damit zu tun, ob ich jetzt mein Stressmanagement mache, das

dann weniger Progesteron oder mehr oder weniger Östrogen.... Das ist auch totaler Quatsch, Entschuldigung, weil die Menge an Östrogen und Progesteron in der Nebenniere ist einfach insgesamt sehr niedrig und dass Cortisol was mit Stress zu tun hat, ist richtig. Es ist auch super gut Stressmanagement zu machen. Aber dass man damit dann alle Probleme löst, muss ich gestehen, halte ich jetzt auch für sehr steil. Sie sehen schon, da rede ich mich in Wallungen.

Katrin Simonsen

Okay, also bitte nicht verunsichern lassen.

Dr. Katrin Schaudig

Nein.

Katrin Simonsen

Und wenn die Hormone, wenn die Einnahme gut tut, dann weiter nehmen.

Dr. Katrin Schaudig

Ja.

Katrin Simonsen

Allergische Reaktion in den Wechseljahren. Daniela ist 41, die Wechseljahre wurden schon im Alter von 35 Jahren diagnostiziert. Sie kämpft seit anderthalb Jahren nun gegen sämtliche Symptome der Wechseljahre.

Seit ich nun immer öfter heftige hormonelle Schwankungen habe und häufig auch an Östrogendominanz leide, die mich ziemlich erschöpft, versuchen wir nun, meine Eierstöcke auszubremsen mit einer Mono-Gestagenpille.

Aber was jetzt bei ihr schlimmer geworden ist, ist eine Allergie gegen Gräserpollen.

„Während der Phase der Östrogendominanz reagiere ich momentan des Öfteren immer häufiger auf Histamin. Vor allem meine Haut macht mir mit Rötungen, Juckreiz und Pocken momentan zu schaffen. Kann das eine Art Überreaktion sein?“

Dr. Katrin Schaudig

Ja, wissen Sie, das hören wir ja immer wieder, dass diese immunologische Reaktion auch ge-

rade in den Übergangsphasen mal angeschoben wird. Wir wissen, dass z.B. Gestagene ja die Immunantwort eher ein bisschen bremsen können, das ist meistens klinisch nicht merkbar, und umgekehrt Östrogene, die vielleicht verstärken können. Also offensichtlich, die Patientin sagt ja, sie hat Östrogendominanzen, vielleicht werden die mit dieser Gestagen-Monopille bei ihr nicht ausreichend ausgebremst. Ich finde es eine superspannende Frage, aber im Einzelfall möchte ich das nicht ausschließen. Also, ich würde da schon überlegen, möglichst gleichmäßige Verhältnisse zu schaffen, da ist eine der Gestagen-Monopole sicher günstig. Aber vielleicht muss man die sogar ein bisschen höher dosieren. Finde ich eine schwierige Frage. Ich müsste mal einen Hormonstatus sehen. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass es einen Zusammenhang gibt.

Katrin Simonsen

Wir haben noch Fragen zur Haut, eben ging es ja auch schon um Haut. Annette schreibt:

Seit Ende September nehme ich Hormone. Östrogen über die Haut, Progesteron oral. Ich bin 58, in der Menopause. Nun stelle ich fest, dass ich massiv braune Hautflecken auf den Armen bekomme, innerhalb von nur wenigen Wochen. Kann das mit der Hormonersatztherapie zusammenhängen?

Und auch Simone, eine andere Hörerin, schreibt von vermehrten Pigmentflecken im Gesicht und am Körper, seitdem sie die Hormone nimmt. Und ich will noch eine dritte Hörerin vorlesen, bei der hat sich die Farbe der Brustwarzen verändert, die sind viel dunkler geworden. Dann hat sie es nicht mehr auf die auf die Arme aufgetragen, sondern auf die Oberschenkel. Und dann hat sich dieser Strich gezeigt, den man eigentlich immer nur in der Schwangerschaft hat, zwischen Bauchnabel und Scham, dieser dunkle Strich. So, jetzt die spannende Frage an Detektiv Schaudig.

1:00:17

Dr. Katrin Schaudig

Ich habe neulich mal sogar mit einer Hautärztin

darüber gesprochen, was mit diesen sogenannten Altersflecken ist, diese braunen Hautflecken. Ich hatte nämlich auch eine Patientin, die meint: „Das wird jetzt mehr.“ Die Hautärztin hat gesagt: „Quatsch, das ist einfach eine Alterserscheinung.“ Diese Pigmentflecken auf Armen vor allen Dingen, hat natürlich auch was mit Sonneneinstrahlung zu tun.

Ich möchte dennoch einen gewissen Zusammenhang nicht komplett ausschließen. Man kann z.B. sagen, die Hörerin, die Erste, ist 58. Da stellt sich die Frage: Wie lange war die jetzt ohne Hormone? Jetzt sind sozusagen die Pigmentzellen in der Haut quasi entwöhnt. Und jetzt tut man Östrogen ins System und „schwuppdwupp“ denken die: „Ist ja super“, und jetzt machen die Pigmente. Also, dass Östrogene mit Pigmenten was zu tun haben, wissen wir, also mit den Melanozyten in der Haut, mit den Pigmentzellen sozusagen. In einer Schwangerschaft kriegen Frauen ja diese Schwangerschaftsflecken im Gesicht, die heißen Chloasmen, die gehen auch wieder weg. In der Schwangerschaft haben wir unfassbar viel Östrogen, 20.000 pg z.B. gegen Ende der Schwangerschaft. Daher wissen wir auch, es hat etwas mit Pigmenten zu tun.

Ich habe auch Patienten, die sagen: „An dem Arm, wo ich schmiere, habe ich mehr Pigmentflecken.“ Ich möchte das nicht komplett ausschließen. Diese Geschichte mit den Brustwarzen, die finde ich besonders spannend, weil wir haben eine Zeit lang mal gesagt: „Die Frauen sollen immer nur auf den gleichen Arm schmieren“, damit wir am anderen sozusagen Blut abnehmen können, wenn wir wissen wollen: „Wie ist der Spiegel?“. Also man kann auch abwechselnd schmieren. Aber wir hatten dann immer wieder die Situation, Patientin wusste nicht mehr: „Wo habe ich zuletzt geschmiert?“ und „schwuppdwupp“, war es am geschmierten Arm, dann ist der Spiegel absurd hoch, das muss man wissen. Und dann hatten wir tatsächlich ein paar Patientinnen, die gesagt haben: „Auf der Seite, wo ich schmiere, ist die Brustwarze dunkler als auf der anderen Seite.“ Da habe ich erst gedacht: „Ach Unfug, kann

nicht sein.“ Und dann haben wir uns das mal angeguckt und dann habe ich so gedacht: „*There is a method in the madness.*“ Irgendwie ist es schon erkennbar bei ganz wenigen Frauen.

Und dann muss man sich überlegen, wenn man auf einen Arm schmiert, da gibt es ja so Querverbindungen, wir nennen das „Kollaterale“ von Venen. Die Blutgefäße, auch die Venen, die vom Arm kommen, wenn wir da geschmiert haben, die gehen auch zum Teil zur Brust. Das heißt, möglicherweise kommt tatsächlich dann in der Brust mehr Östrogen an als wir uns denken. Und das ist sicherlich wiederum individuell total verschieden, hängt davon ab, wie viel Kollateralen hat die einzelne Frau? Das ist völlig unterschiedlich. Und das zweite ist, wie sensibel reagiert ihre Haut beziehungsweise ihre Melanozyten auf Östrogenspiegel? Auch das ist extrem unterschiedlich. Es gibt ja Frauen, die in der Schwangerschaft gar keine Schwangerschaftsflecken haben und es gibt welche, da ist das ganze Gesicht ganz braun, und das lässt sofort nach, nach der Schwangerschaft. Also das ist individuell unterschiedlich.

Wir sind seitdem tatsächlich dazu übergegangen, den Frauen eher zu empfehlen, brustfern zu applizieren, also am Oberschenkel oder Bauch oder Po. Aber es gibt auch welche, die sagen: „Arm finde ich einfach praktischer.“ Ich würde da keine Wissenschaft draus machen und es ist auch eine reine klinische Beobachtung. Aber grundsätzlich kann man sagen, es gibt sicher welche, wo die Melanozyten sehr empfindlich reagieren. Ich würde dann vielleicht eher an einer Stelle anwenden, das Gel, wo jetzt die Flecken nicht stören. Ich möchte den Zusammenhang nicht komplett ausschließen, aber man darf nie vergessen, Altersflecken sind einfach ein Phänomen, was bei jeder Frau oder bei denen, die dafür empfänglich sind, zunimmt im Alter.

Katrin Simonsen

Ja, leider kommt das dann auf einmal. Und dann denkt man: „Huch, das hatte ich doch früher nicht.“ (Lacht).

Dr. Katrin Schaudig

Mal gucken, manchmal merkt man es dann. Und dann denkt man: „Oh mein Gott, es wird täglich mehr!“ Es sind auch andere Effekte, ob es die grauen Haare sind oder was auch immer. Ich meine, das sind einfach auch vieles Alltagsphänomene.

Katrin Simonsen

In unserer letzten Frage geht es jetzt darum: Wann ist der richtige Zeitpunkt, doch noch mit einer Hormonersatztherapie anzufangen? Da haben wir ja auch schon mal darüber gesprochen. Aber jetzt habe ich hier noch eine konkrete Frage von einer Hörerin. Die ist schon sehr früh, nämlich mit Mitte 30, in die Wechseljahre kommen. Dann hat sie fünf Jahre eine Hormonersatztherapie gemacht, dann abgesetzt und hat dann nur noch diese Estriol Vaginalzäpfchen genommen. Jetzt sind 20 Jahre vergangen seitdem und jetzt wurde eine Osteoporose festgestellt. Die Frauenärztin sagt: „Lassen Sie uns doch wieder mit Hormonen anfangen!“ Aber jetzt ist die Hörerin schon 61 Jahre alt und fragt sich: „Ist das nicht zu gefährlich, weil ja doch viel Zeit vergangen ist ohne Hormone?“ Sie hat allerdings bisher keinen Bluthochdruck, kein Diabetes, nimmt allerdings Cholesterinsenker und L-Thyroxin für die Schilddrüse.

Dr. Katrin Schaudig

Ah, das ist fast eine philosophische Frage, Frau Simonsen. Also ich kann die nicht eindeutig beantworten. Der Knochen würde profitieren von einer Hormongabe, mit 61 sagt man eigentlich aber generell: „Nee, da fangen wir nicht mehr an.“ Wenn jetzt jemand bis 59 geblutet hat, dann fangen wir doch noch mal mit 61 an. Aber die ist ja schon seit fast 30 Jahren in den Wechseljahren. Also ich würde mich da auch sehr schwertun. Es käme so ein bisschen drauf an, wie ausgeprägt es ist. Offensichtlich ist es noch nicht so schlimm, präklinisch hat sie gesagt. Wahrscheinlich hat sie eine Osteopenie. Das Allerwichtigste ist Kalzium und Vitamin D. Ich würde es so ein bisschen auch davon abhängig machen: wie ist die Gesamtsituation?

Es ist wahrscheinlich vertretbar, da niedrig dosiert ein Hormon einzusetzen, ein bisschen Gel, bisschen Progesteron oder Dydrogesteron, vielleicht auch ein Kombinationspflaster oder eben dieses super niedrig dosierte aus den USA, wo man nicht mal zwingend ein Gestagen dazu nehmen muss. Wobei, ich habe eine Patientin, die besorgt sich das, die ist selbst Apothekerin, die muss eben doch ein Gestagen nehmen. Da sieht man, dass auch geringe Östrogenmengen was an der Gebärmutter-schleimhaut machen. Also das wäre eine Option.

Man muss natürlich unbedingt die Brust im Auge behalten und die untersuchen. Wenn man ehrlich ist, ist vor allen Dingen bei einer niedrig dosierten Östrogengabe mit Gestagen lediglich die Brust das, wovor ich ein bisschen Angst hätte. Aber wahrscheinlich kann man es erwägen, weil das Problem ist, es gibt nichts Anderes, was man der geben würde in dem Alter. Also man gibt da noch kein Bisphosphonat, Raloxifen würde ich jetzt auch nicht geben in der Situation. Das ist das, was wir vorhin gesagt haben, was sogar einen schützenden Effekt auf die Brust hat. Die ist aber schon über 60, dann hat sie dann erhöhtes Thrombose und Schlaganfallrisiko, wäre jetzt auch nicht so mein Favorit. Also man kann da schon erwägen, niedrig dosiert was zu nehmen. Ich würde das nicht ablehnen, aber es wäre was, was ich mit der Patientin sehr ausführlich besprechen würde.

Katrin Simonsen

Aber offenbar ist ihre Frauenärztin daher nicht ganz unerfahren und guten Mutes, das mal zu probieren.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ja, man würde den Knochen damit stabilisieren. Also, ich habe durchaus auch ältere Frauen, wo das Thema Osteopenie oder Osteoporose aufkommt. Und da bin ich auch einfach ein bisschen großzügiger mit der Hormontherapie.

Katrin Simonsen

Und mit dieser Frage sind wir jetzt am Ende

dieser Folge. Wir konnten nicht alle Fragen beantworten, die ihr uns in den letzten Wochen geschickt habt. Seid ein bisschen geduldig, wir greifen auch immer mal wieder ein Thema speziell auf, widmen uns einem Thema in einer kompletten Folge. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen, Frau Schaudig, wieder für das Beantworten, der vielen Fragen. Und wir hatten ja auch wieder spannende Fälle dabei.

Dr. Katrin Schaudig

Super spannend. Ich finde es total toll, dass wir so viele Fragen haben. Und ich hoffe, dass ich es nicht zu ausführlich erklärt habe. Aber ich finde ja immer, wenn die Frauen richtig verstehen, was da los ist, dann kann man es auch leichter – erstens ertragen – aber auch leichter angehen.

Katrin Simonsen

Recht vielen Dank für diese Folge, Frau Schaudig, Tschüssi!

Dr. Katrin Schaudig

Ich danke Ihnen, Frau Simonsen.

Katrin Simonsen

Wir wurden ja immer mal gefragt, ob wir unseren Podcast nicht auch in Textform zur Verfügung stellen könnten, denn manche können uns nicht hören, andere würden gern noch mal nachlesen. Für alle Folgen der zweiten Staffel gibt es das jetzt, unsere Gespräche als PDF. Ihr findet die unter jeder Podcastfolge auf der MDR Internetseite. Den Link den packen wir euch natürlich in die *Shownotes*.

Und in zwei Wochen hören wir uns dann wieder. Wir sprechen dann über Depressionen und Ängste in den Wechseljahren. Wusstet ihr, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer von Depressionen betroffen sind? Warum ist das so? Was hat das auch mit unseren hormonellen Schwankungen und den besonderen Lebensphasen zu tun? Das besprechen Frau Schaudig und ich mit einer Expertin in der kommenden Folge. Abonniert doch unseren Podcast, lasst gern noch eine Bewertung da und erzählt es fleißig weiter an eure Freundinnen, Kolleginnen, Schwestern, Partnerinnen und Partner. *Hormongesteuert* hört ihr in der

App der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt.

*Hormongesteuert – der Wechseljahrepodcast
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>