

**Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast**

Montag, 29.01.2024

Thema: Endometriose und Wechseljahre

**Katrin Simonsen, Moderatorin**

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

**Dr. med. Katrin Schaudig, Expertin**

Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

**Katrin Simonsen**

Hallo und herzlich willkommen bei *Hormongesteuert*, dem Wechseljahre-Podcast für Frauen vor, in und nach den Wechseljahren, natürlich auch wie immer für alle interessierten Männer. Wir wollen ohne Tabus über alle Themen sprechen und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR Aktuell und die Expertin an meiner Seite ist Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Schönen guten Morgen nach Hamburg zu Ihnen!

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, schönen guten Morgen, Frau Simonsen. Ich freue mich dabei zu sein wieder.

**Katrin Simonsen**

Frau Schaudig. Heute wollen wir uns ja mal näher anschauen, welche besonderen Herausforderungen es für Frauen mit Endometriose in den Wechseljahren gibt. Dazu haben uns auch wieder einige Mails erreicht. Und wir sprechen über das Thema Reflux, Reizdarm und Reizmagen. Und wir klären, was das mit den Wechseljahren zu tun haben kann. Frau Schaudig, erst mal zu unserem ersten Thema „Endometriose“. Für alle, die sich dann noch nicht so gut auskennen, würden Sie noch mal kurz erklären, was das ist und wie das entsteht?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, was ist eine Endometriose? Endometriose bezeichnet man Herde oder Inseln von Gebärmutter Schleimhaut, die nicht in der Gebärmutter sind – also praktisch die Gebärmutter innen auskleiden – sondern an anderen Stellen des Körpers irgendwo entstanden sind und vor

sich hinwachsen. Jetzt haben wir ja schon mal im vorigen Podcast auch gesagt: die Gebärmutter Schleimhaut baut sich jeden Monat auf, unter dem Einfluss von Östrogenen, das ist ganz wichtig in dem Zusammenhang. Das heißt, die ersten zwei Zykluswochen baut sich Gebärmutter Schleimhaut auf unter dem Einfluss von Östrogenen. Und dann kommt mit dem Eisprung auch eine Progesteronwirkung dazu. Die baut dann diese aufgebaute Schleimhaut um. Und wenn am Ende des Zyklus keine Schwangerschaft entstanden ist, blutet es alles ab. Noch mal, die Gebärmutter Schleimhaut wird eigentlich aufgebaut, damit ein befruchtetes Ei, wenn es zum Schwangerschaftseintritt gekommen ist, gute Einnistungsbedingungen vorfindet, damit der Embryo sich gut entwickeln kann.

Wenn jetzt irgendwo anders im Körper diese Gebärmutter Schleimhaut Inseln sitzen, dann bauen die sich auch auf und zwar so, wie die Schleimhaut in der Gebärmutter, bauen die sich auf, während der ersten Zyklushälfte und bauen die sich dann um. Aber die können nicht abbluten. Und die sitzen dann an Stellen, wo sie Beschwerden machen können. Und dann gibt es noch so lokale Entzündungsreaktionen um diese Herde herum und das kann zu starken Schmerzen führen. Es muss gar nicht unbedingt zu Schmerzen führen. Aber bei vielen Patientinnen ist das so.

Jetzt muss man sich fragen, wo können denn diese Inseln sitzen? Die können zum Beispiel in der Gebärmutterwand selbst sitzen. Also, das heißt, man hat neben der Gebärmutter Schleimhaut, in der Gebärmutterhöhle, auch noch Schleimhaut Inseln irgendwo in diesem Gebärmuttermuskel sitzen. Die können aber auch irgendwo im Bereich des kleinen Beckens sitzen, also im Unterbauch, gerade an den Geschlechtsorganen. Sprich: an den Eierstöcken, an den Eileitern, auch in den Eileitern drin, auch in den Eierstöcken drin. Die können aber auch gerne so hinter der Gebärmutter nach unten rutschen, im sog. Douglaschen Raum. Da ist so ein Zwischenraum, vom Bauchfell ausgekleidet, zwischen Hinterwand der Gebärmutter und sozusagen dann dem Steißbein, wenn

man so will, auch Richtung Enddarm. Das wären die Bereiche im kleinen Becken. Wichtig ist: Auch auf der Blase können die draufsitzen.

Die können aber auch, das ist natürlich viel seltener, überall an anderen Stellen im Bauchraum vorkommen. Die können noch an ganz anderen Stellen vorkommen, also irgendwo im Körper. In der Lunge, wo auch immer. Aber das, muss man sagen, ist extrem selten. Also, das sehen wir wirklich extrem rar. Mein Mann, der Augenarzt ist, hat es auch schon mal im Auge gesehen. Aber das ist wirklich was ganz Ungewöhnliches. Also, das sind wirklich... Wir nennen es in der Medizin *Kolibris*.

Aber dieses, im kleinen Becken verbreitet zu sein, ist doch relativ häufig und das macht Beschwerden. Das Tückische ist, diese Herde oder Inseln, die können auch richtig Organe infiltrieren, das heißt, da reinwachsen. Besonders unangenehm ist es, wenn der Darm betroffen ist oder gerade der Enddarm. Das ist dann so der Bereich zwischen Scheide und dem Enddarm. Also praktisch, wenn man sich das vorstellt: der Enddarm endet mit dem Anus und da drüber in diesem Zwischenraum zwischen Scheide und Enddarm kann Endometriose sitzen. Es kann auch mal die Blase infiltrieren und man kann sich vorstellen, dass das alles Prozesse sind, die schmerzhaft sind.

### **Katrin Simonsen**

Weiß man, warum manche Frauen Endometriose bekommen und andere nicht?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Das ist eine gute Frage und man muss auch sagen, da gibt es verschiedene Theorien und Thesen. Es ist sicher eine genetische Komponente dabei, wie bei vielen Dingen in der Medizin. Also, das heißt eine quasi vererbte Veranlagung, die man aus der Familie mitgekriegt. Und dann gibt es noch so Thesen, wie entsteht die sind? Ist es zufällig von vornherein angelegtes Endometrium? So heißt die Gebärmutter-schleimhaut im Medizinjargon. Oder... Auch eine These ist, dass es sozusagen rückwärts durch die Eileiter aus der Gebärmutter selber

in den Bauchraum gespült wird. Also, die Eileiter verbinden ja quasi offen die Gebärmutterhöhle und das kleine Becken, den Bauchraum in offener Weise. Da gibt es doch keinen Verschluss. Also, theoretisch kann Blut und damit auch Teile von Gebärmutter-schleimhaut nach rückwärts, *retrograd*, durch die Eileiter in den Bauchraum wandern und sich dort ansiedeln. Da gibt es verschiedene Theorien dazu. Wie wirklich im Einzelfall diese Theorien greifen, kann man nur spekulieren, also nach wie vor wissen wir nicht so ganz genau, wie die Endometriose entsteht.

### **Katrin Simonsen**

Es sind aber viele Frauen betroffen. Ich habe eine Zahl gefunden. Jede zehnte Frau hat Endometriose, allein in Deutschland 2 Millionen. Und sicher sind es sogar noch mehr, denn oft wird Endometriose nicht erkannt.

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, warum ist es so schwer? Das ist die Frage, warum es nicht erkannt wird. Manchmal macht Endometriose gar keine Beschwerden und das merken die Frauen dann erst oder es taucht erst auf, wenn Frauen nicht schwanger werden können und man eine Bauchspiegelung macht. Und dann sieht man *Uppsala*, da sitzt ja zum Beispiel Endometriose auf den Eileitern und verhindert, dass das Ei durch die Eileiter durchwandert zur Gebärmutterhöhle. Das ist das Eine. Also, manchmal macht es gar keine Schmerzen und wird dann erst entdeckt bei einer – aus anderen Gründen durchgeführten – Bauchspiegelung. Gerade relativ häufig, wenn die Frauen schwanger werden wollen.

Das Zweite ist, dass diese Beschwerden, die die Endometriose macht, typischerweise im Rahmen der Blutung stattfinden. Ich habe das ja vorhin erklärt, die Gebärmutter-schleimhaut baut sich jetzt an einer Stelle auf, wo sie gar nicht abbluten kann. Und jetzt kommt es aber theoretisch zu dieser Abbruchblutung. Das heißt, da entsteht plötzlich Blut oder Gewebe, was nicht abfließen kann. Und das drückt auf Nerven und macht Beschwerden. Das heißt, was diese Frauen häufig haben, sind ausge-

prägte Regelschmerzen. Jetzt ist aber das Problem Regelschmerzen sind was relativ Häufiges. Das haben ja viele Frauen in unterschiedlicher Ausprägung und deswegen sagt man da, „ja, die hat halt Regelschmerzen.“ Da wird man gar nicht so primär auf die Diagnose kommen.

So ein kleiner Hinweis dafür, dass da eine Endometriose dahintersteckt, kann sein, wenn die Schmerzen schon beginnen, bevor die Regel richtig einsetzt. Also, wir fragen immer dann, wenn Patienten Beschwerden haben, setzen denn die Schmerzen schon zwei, drei Tage vor der eigentlichen Regelblutung ein? Da wird man dann immer hellhörig. Also, ich glaube, dass einfach so dieses Thema Bauchschmerzen, Unterbauchschmerzen, Regelschmerzen etwas ist, was so allgemein hingegenommen wird von Frauen und auch von Ärztinnen und Ärzten. *Naja, das sind halt Regelschmerzen.* Und es wird oft nicht hinterfragt, ob eine Endometriose dahinterstecken kann.

Und es ist auch schwer zu erkennen. Das nächste ist, dass es eben auch sehr schwer festzustellen ist. Sie können ja nicht in den Bauch reingucken. Das heißt, sie können vielleicht einen Ultraschall machen. Sie können Tasten. Manchmal sieht man richtig in der Scheide kleine Endometriose-Herde, also das sind so bläuliche Knoten oder rot-bläuliche Knötchen. Aber dann ist es eigentlich schon immer eine sehr schwere Endometriose. Bei so leichteren Fällen der Endometriose sieht man es nicht. Ultraschall gibt so ein paar Indizien dafür. Das heißt, wir haben schon so ein paar Anzeichen im Ultraschall, dass man sagt, da könnte eine Endometriose dahinterstecken.

Manchmal bilden sich auch sogenannte Endometriose-Zysten im Eierstock und die sind dann tatsächlich blutgefüllt, weil quasi durch das Abbluten bildet sich da ein größerer Hohlraum, indem sich Blut ansammelt. Und wenn man das im Ultraschall sieht und es kann man auch schon so ein bisschen erkennen. Das sieht anders aus als eine andere Eierstockszyste. Dann wird man wahrscheinlich schon sagen, „okay, jetzt müssen wir operieren.“ Das macht

man heute meistens durch eine Bauchspiegelung, also diese Schlüsselloch Chirurgie. Dann entleert sich unter Umständen Blut und dieses Blut ist dunkel, weil es geronnen ist und alt ist. Deswegen haben sie den Namen *Schokoladenzysten*. Also, eine Schokoladenzyste ist im Grunde eine Endometriose im Eierstock. Aber die kann man sehen, sonographisch, also im Ultraschall. Aber die anderen Sachen kann man oft nicht gut erkennen.

Also, es ist immer so eine klinische Grauzone und einer Verdachtsdiagnose und die endgültige Diagnose kann man nur durch eine Bauchspiegelung stellen, also reinschauen. Und das ist natürlich ein Schritt, den man jetzt nicht so leicht geht. Also, dass man sagt, „okay, Bauchspiegelung, zackzack.“ Das ist eine Operation.

#### **Katrin Simonsen**

Sie sagen, da sind Herde außerhalb der Gebärmutter. Die wachsen mit während des Zyklus?

11:05

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, die bauen... Also, es ist jetzt nicht so, dass die gigantisch groß werden. Aber die bauen sich so ein bisschen auf, die proliferieren, wie wir sagen und machen dann lokal Entzündungsreaktionen und Beschwerden

#### **Katrin Simonsen**

Und können nicht abbluten? D.h., eigentlich wachsen die über die Jahre immer weiter?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, wobei das ist jetzt nicht so, dass die abstrus groß werden, weil da ist ja auch oft nicht Platz sich auszudehnen. Aber erscheinen dann, wenn man in den Bauch reinguckt, in der Bauchspiegelung, so als kleine blau-rote Knötchen. Aber manche kann man auch gar nicht so gut erkennen. Also, man muss sich jetzt nicht so vorstellen, dass das sich ganz viel Blut ansammelt, so wie ich das gerade bei den Schokoladenzysten beschrieben habe. An manchen Stellen ist einfach immer nur so eine lokale Entzündungsreaktion, die aber gerne zum Regel-Zeitpunkt Beschwerden macht und an manchen Stellen auch zu Blutungen führt.

Also, eine Darm-Endometriose zum Beispiel. Ja, eher so in Organen, wo ein bisschen mehr Platz ist. Also, wenn die Endometriose zum Beispiel im Darm liegt und die Darmwand durchgewachsen hat, dann kann es zum Beispiel sein, dass die Frauen bluten mit dem Stuhlgang und zwar zum Regel-Zeitpunkt, da kommt plötzlich Blut mit dem Stuhlgang raus.

**Katrin Simonsen**

Inwieweit haben die Hormone einen Einfluss auf die Entwicklung der Endometriose?

**Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, ich habe ja vorhin erklärt: Im normalen Zyklus haben wir immer zwei Wochen Östrogen in exponentiell steigender Menge, mit dem Ziel, Gebärmutter Schleimhaut aufzubauen und das Gleiche passiert mit den Endometriose-Herden. Insbesondere in diesen zwei Wochen, wo die Gebärmutter Schleimhaut sich aufbaut, baut sich auch die Endometriose auf oder diese Herde werden größer oder versuchen sich auszudehnen. In dem Moment, wo das Progesteron dazu kommt, wird es eigentlich ein bisschen gebremst, weil in dem Moment, wo Progesteron auch im normalen Zyklus im Rennen ist, wird die Gebärmutter Schleimhaut ja nicht mehr weiter aufgebaut, sondern nur noch umgebaut. Und das wäre sozusagen ein bremsender Effekt. Trotzdem ist es dann so, wenn beide Spiegel abfallen, Östrogen und Progesteron, was die normale Menstruationsblutung einleitet, dann kommt es eben da zu Beschwerden, weil sich dann auch Gewebe löst, da passiert eigentlich Ähnliches wie das, was in der Gebärmutter drin passiert, wo es dann alles abfließt.

**Katrin Simonsen**

Also, der normale Zyklus, der löst das sozusagen aus oder macht dann immer auch die Beschwerden. Das heißt, sie raten dann ihren Patienten auch zu diesen Gestagenpillen, um den Zyklus auszubremsen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja. Ganz genauso ist es. Also, es gibt da so mehrere Vorgehensweisen, wenn ich jetzt ein junges Mädchen habe, mit 16 zum Beispiel,

und die schildert mir diese Arten von Beschwerden und das sind dann zum Beispiel Beschwerden, wo die Patientinnen berichten, also das ist fast ein Vernichtungsschmerz oder ein wahnsinniger Schmerz, ich falle aus in der Schule. Ich habe eben diese Schmerzen schon kurz vor der eigentlichen Blutung. Dann werde ich schon hellhörig. Jetzt könnte ihn natürlich hergehen und sagen, „okay, wir gucken mal rein und gucken nach.“ Aber ich will jetzt einem 16-jährigen Mädchen nicht sofort eine Bauchspiegelung und OP anraten. Zumal die Therapie auch nach so einer OP immer darin besteht, den Mädchen eine Antibabypille zu geben.

Was ist der Unterschied zum normalen Zyklus? In der Antibabypille ist ja in aller Regel auch ein Östrogen mit drin, aber wir haben durchgehend ein Gelbkörperhormon damit drin. Das sind dann synthetische Gestagene, die einerseits – das ist ja der Job der Pille – den Eisprung unterdrücken und die Eibläschenreifung ausknocken und gleichzeitig habe ich aber durch den permanenten Gestagen-Effekt, also Gelbkörperhormon-Effekt, verhindere ich ein weiteres Aufbauen der Schleimhaut. Deswegen ist es ja auch so, dass Frauen, die die kombinierte Antibabypille nehmen, in aller Regel nur sehr schwache Regelblutungen haben und auch alle berichten, „ja, die Schmerzen sind schwächer, oder ich habe gar keine mehr.“

Also, der erste Schritt bei der Behandlung auch einer solchen schmerzhaften Regelblutung, wir nennen es Dysmenorrhoe, ist eigentlich der Einsatz einer Antibabypille. Und dann gibt es noch mal den nächsten Schritt. Wenn die dann sagt, „ja, ich habe aber immer noch Schmerzen bei der Abbruchblutung.“ Dann wird man versuchen, diese Pille im Langzyklus zu geben, das heißt, möglichst jede Blutung zu unterdrücken. Und das ist eigentlich auch so ein bisschen das Ziel bei Endometriose. Am besten ist es, wenn es gar keine Blutung gibt, denn dieser Blutungsmoment, der macht die Beschwerden. Dann gibt man die Pille im Langzyklus und ganz, ganz viele junge Frauen haben dann auch keine Beschwerden mehr. Die gute Nachricht

ist: aller Wahrscheinlichkeit nach verhindert man dann auch ein fortschreitend der Endometriose. Das ist so eine Art Prophylaxe und Prävention. In dem Moment, wo ich keine Blutung mehr habe und die Gebärmutter-schleimhaut in ihrem Aufbau stark gebremst wird, habe ich diese Endometriose-Beschwerden nicht mehr und ich verhindere, dass das sich weiter aufbaut.

Und vielleicht in dem Zusammenhang ist auch interessant, wenn die Frauen schwanger werden, dann haben die die gesamte Schwangerschaft über keine Blutung, in der Stillzeit auch nicht und wahnsinnig viel körpereigenes Progesteron, das hat man in der Schwangerschaft. Das heißt, man muss sich das so vorstellen, dann werden diese Endometriose-Herde quasi ausgetrocknet.

#### **Katrin Simonsen**

Aber hat man nicht auch Östrogen in der Schwangerschaft?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, hat man auch. Aber offensichtlich reicht das so stark, dass... Diese Progesteronwirkung in der Schwangerschaft ist so stark, dass das ausreicht und man hat ja auch gar keine Blutungen mehr. Das heißt, es wird alles runtergefahren und gebremst. Und Frauen, die zum Beispiel früher eine Endometriose Mal hatten und dann ein, zwei, drei Schwangerschaften haben, haben meistens hinterher kein Thema mehr damit. Es ist nie 100 %, es kann auch wieder aufflackern. Bei manchen kommt es überhaupt erst nach der Schwangerschaft. Vielleicht, weil sich im Rahmen der Geburt doch Gebärmutter-schleimhaut in den Bauchraum begibt. Kann alles passieren. Also, da gibt es alle Varianten. Aber grundsätzlich sagt man, „na ja, wenn man mal schwanger war, wird es meistens besser.“ Das Problem ist, dass die Endometriose vielleicht hinderlich ist, dabei schwanger zu werden.

#### **Katrin Simonsen**

Aber Sie haben vorhin gesagt, sie geben lieber eine kombinierte Antibabypille und nicht gleich die Gestagenpille.

17:45

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Das muss ich ein bisschen relativieren. Gut, dass sie nachfragen. Also, sagen wir mal so, früher war das eigentlich der eindeutige Standard, erstmal eine Kombipille zu geben, allein schon beim Verdacht auf Endometriose. Wissen Sie den Fall, den ich gerade geschildert habe, die 16-Jährige mit starken Regelschmerzen. Die hat ja nicht zwingend eine Endometriose, aber wir tun so als ob und außerdem hilft es ihr auch. Das ist quasi ein doppelter Ansatz. Wir wollen Symptome behandeln, da hilft eine Pille super und wir wollen die Endometriose, wenn sie denn eine hat, quasi im Keim ersticken.

Wir wissen allerdings inzwischen das Gestagen-Monopillen möglicherweise noch effektiver sind. Und das gilt vor allen Dingen für ein Gestagen, das heißt *Dienogest*. Was wir zum einen in Kombipillen haben, schon ewig glaub schon 30/40 Jahre. Und es gibt seit auch schon über zehn Jahren eine Gestagen-Monopille mit *Dienogest* und die setzen wir gezielt ein, bei Endometriose-Verdacht.

Was ist der Vorteil? Das haben Sie selber eigentlich schon ganz klug festgestellt. Wahrscheinlich ist es noch besser, wenn überhaupt kein Östrogen dabei ist, für gerade schwere Endometriose-Fälle. Und was man auch mittlerweile standardmäßig macht, wenn man jemanden operiert und man sieht, „aha, da war eine Endometriose.“ Da macht man eigentlich eine Nachbehandlung, dann mit diesem *Dienogest*-Monopräparat und dann durchaus mindestens zwei, drei Jahre oder auch langfristig, um zu verhindern, dass diese Endometriose wieder auftaucht. Und da gibt es auch sehr gute Studien zu, dass das ganz gut funktioniert.

#### **Katrin Simonsen**

So. Jetzt haben wir alles erstmal ein bisschen erklärt. Wir haben auch das mit den Schwangerschaften schon angesprochen. Jetzt werden die Frauen älter, kommen in die Wechseljahre. Stichwort: Perimenopause. Da haben wir ja öfter schon gesprochen. Die Hormone schlagen

da so Kapriolen. Es kommt zu Östrogenbergen und tiefen Tälern, das haben sie so schön gesagt in der letzten Folge. Was macht das dann mit der Endometriose, also bei den Frauen, die eben zu der Zeit keine Pille nehmen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, da passiert genau das Problem, was ich gerade schon gesagt habe, das Östrogen baut Endometriose-Herde auf. Wenn jemand eine Endometriose hat und einen regelmäßigen Zyklus hat, dann wird sich jeden Monat immer wieder mit dem reinen Östrogen-Effekt über zwei Wochen die Endometriose etwas aufbauen.

Nun kommen wir in die Wechseljahre und da haben wir ja manchmal mehrere Follikel, die hintereinander reifen und dann auch immer mal Follikel, also Eibläschen, die eben nicht zum Eisprung kommen. Das heißt, da haben wir tatsächlich ein Wegfall der Progesteronwirkung bei gleichzeitig exorbitant hohen Östrogenspiegeln. Das heißt, diese Endometriose und die Herde, die irgendwo sitzen, die bauen sich deutlicher auf als vorher und es fehlt dann der Gegenspieler Progesteron oftmals, also der dann diese Herde quasi wieder so ein bisschen austrocknen soll. Und diese vor allen Dingen extrem hohen Östradiol-Spiegel können dazu führen, dass die Endometriose plötzlich, ich will nicht sagen, explodiert, aber viel schlimmer wird.

**Katrin Simonsen**

Und haben die Frauen dann auch mitten im Zyklus dadurch Probleme? Oder kommt es tatsächlich dann zu den Schmerzen immer nur, wenn abgeblutet wird?

**Dr. Katrin Schaudig**

Nein, die haben dann auch mal mitten im Zyklus Probleme. Das muss man vielleicht auch noch mal ergänzend sagen. Das kann auch bei jungen Frauen sein. Wenn die Endometriose sehr ausgeprägt ist, können die auch zu anderen Zeitpunkten als bei der Regel Schmerzen haben.

Typisch ist zum Beispiel auch Schmerzen beim Verkehr, das ist auch ein ganz typisches Phäno-

men, das ist dann so ein tiefer Unterbauchschmerz, der beim Sex wehtut. Es geht bei manchen Patienten dahin, dass die überhaupt keinen Sex mehr haben wollen und können, weil es so wehtut, das ist schon sehr dramatisch. Das wären auch so Fälle, wo man operiert.

Jetzt haben wir die perimenopausale Frau, die unter Umständen viel zu viel Östrogen hat und ich habe es auch schon gesagt, der Zyklus geht ja auch völlig durcheinander. Diese Frauen können dann auch mal völlig außerhalb von Regelblutung Schmerzen haben. Die sagen, „das zieht immer mal oder ich hatte dann mehr Schmerzen.“ Da muss man auch hellhörig sein. Es gibt ganz selten oder nicht ganz selten, aber es gibt es eher seltener, dass Frauen, die noch nie in der Endometriose hatten oder keine Vorgeschichte davon, plötzlich in Richtung Menopause eine Endometriose entwickeln oder dass sie da überhaupt erst diagnostiziert wird. Da können auch mal Schokoladenzysten auftreten. Das sehen wir immer mal. Das gibt es selbst, wenn die Frauen Schwangerschaften hatten. Aber grundsätzlich ist es häufig jemand, der in einer Vorgeschichte mal eine Endometriose hatte. Und die kann tatsächlich sich – also *explodieren* ist so ein schreckliches Wort – aber ich würde mal sagen, kann deutlich schlimmer werden.

**Katrin Simonsen**

Es gab auch die Frage, ob überhaupt Frauen mit Endometriose anders von den Wechseljahren betroffen sind.

**Dr. Katrin Schaudig**

Nein, das kann man nicht sagen. Und es wird auch immer wieder gefragt, macht die Endometriose selber was mit dem Zyklus? Nein, macht sie nicht. Der Zyklus selber wird dadurch nicht beeinflusst, das ist ein rein lokales Geschehen. Und es ist auch nicht so, dass Frauen mit Endometriose mehr Wechseljahresbeschwerden oder Ähnliches haben. Was wir tatsächlich wissen, ist das Endometriose Patienten statistisch gesehen etwas mehr Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Der Zusammenhang, warum und wieso weiß man nicht so genau.

Und das andere ist natürlich, wenn Frauen durch die Endometriose Operationen hatten am inneren Genitale, also an den Eierstöcken, dann kann es sein, dass sie etwas früher in den Wechseljahren kommen, wenn Eierstockgewebe entfernt worden ist. Ansonsten würde ich nicht sagen, dass Frauen mit Endometriose stärkere Wechseljahresbeschwerden oder Ähnliches haben. Das ist, glaube ich, unabhängig davon.

**Katrin Simonsen**

Und wie gehen Sie vor mit ihren Patientinnen, Wenn die dann so in das Wechseljahre Alter kommen, was empfehlen Sie denen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, ich achte besonders darauf, dass auf jeden Fall immer genügend Gelbkörperhormon da ist. Und da muss man vielleicht sagen, das ist so ein kleiner Schönheitsfehler des natürlichen Progesterons. Die Dosis, die wir da zur Verfügung haben und die wir den Frauen anbieten können, hilft tatsächlich bei Endometriose oft nicht ausreichend. Das, was der Körper selber einer zweiten Zyklushälfte oder in Schwangerschaft produziert, ist einfach gigantisch viel mehr und wirkt biologisch anders.

Wir können ja das Progesteron immer nur einmal oder zweimal am Tag geben. Der Eierstock schüttet permanent Progesteron aus. Also, es ist ja quasi so ein fließender Strom an Progesteron. Das zugeführte Progesteron ist bei Endometriose Patientinnen leider oft nicht ganz ausreichend. Insbesondere in der Perimenopause, weil wir damit ja den Zyklus und die Östragen-Sekretion ja gar nicht bremsen. Das heißt, wir geben vielleicht Progesteron, aber die Östrogenspiegel können trotzdem turmhoch sein. Bei Patientinnen mit Endometriose ist oft Progesteron nicht zielführend und nicht ausreichend. Da muss man tatsächlich Gestagene nehmen, die das Endometrium besser atrophisieren, das ist der Fachausdruck. Man könnte so ein bisschen flapsig sagen, *vertrocknen*. Und da ist eben das *Dienogest* wirklich das beste Gestagen zur Austrocknung einer Endometriose. Das heißt, wenn ich Patien-

tinnen behandel, dann habe ich mit diesem *Dienogest* zum einen, das ist ja wie eine östrogenfreie Pille, einmal eine Drosselung des Zyklus plus einen extrem guten Effekt auf Endometriose-Herde.

**Katrin Simonsen**

Aber dann besteht die Gefahr, dass die in so einen Östrogenmangel schon reinrutschen und dann geht es los mit Hitzewallungen und so...

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja. Liebe Frau Simonsen ich merke immer, Sie können eigentlich auch schon eine Wechseljahres Beratung machen (lacht).

**Katrin Simonsen**

Ich höre einfach gut zu (lacht).

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das merke ich, das finde ich großartig. Genauso ist es. Und dann gibt man durchaus ganz sanft ein bisschen Östrogen dazu. Das kann man auch machen. Die Wirkung von dem *Dienogest* ist so potent an den Herden, dass man ein bisschen Östrogen dazugeben kann. Es ist das gleiche wie mit den Kombipillen. Nur die Kombipillen haben eben doch viel mehr und stärker wirksames Östrogen, das heißt, da wird man eher zurückhaltend sein. Aber man kann sehr gut ein bisschen Östrogen dazugeben. Das machen wir dann schon sehr gerne über die Haut mit Gel oder Pflaster, weil wir das dann ganz gut steuern können, dann wissen wir, „ne, ne, nicht zu viel.“ Also, bei den Endometriose Patientinnen geben wir immer gerne nicht ganz so viele Östrogen und gucken, dass wir einen guten Atrophie Effekt am Endometrium haben.

**Katrin Simonsen**

Weil jetzt wieder gesagt wurde, Progesteron und Gestagen. Nur für alle die, die sozusagen die vorhergehenden Folgen noch nicht gehört haben. Progesteron, da reden wir über dieses bioidentische Hormon, was man als Kapseln, oral oder vaginal einnehmen kann. Und das Gestagen, das ist tatsächlich in diesen Pillen drin.

### Dr. Katrin Schaudig

Ja, vielleicht muss ich es ein bisschen korrigieren, Frau Simonsen. *Gestagen* ist der Überbegriff. Also unter Gestagen versteht man eine Substanz, die in der Lage ist, ein durch Östrogen aufgebautes Endometrium, also Gebärmutter Schleimhaut zu transformieren. Und wenn Sie so wollen, ist das körpereigene Progesteron oder das bioidentische Progesteron, was wir zuführen können, quasi die Urmutter aller Gestagene. Und Gestagen ist der Überbegriff, auch Progesteron ist ein Gestagen.

Und dann muss man davon abgrenzen, die synthetisch hergestellten Gestagene. Wobei auch da noch mal, es gibt das *Dydrogesteron*, was praktisch die exakt gleiche Strukturformel hat wie das Progesteron. Nur so einen kleinen Knick und deswegen ein bisschen anders verstoffwechselt wird und auch ein bisschen stabiler am Endometrium wirkt. Das muss man so sagen, weil es anders abgebaut wird.

Und dann gibt es so die vollsynthetischen Gestagene, die zum Beispiel vom Progesteron durch biochemische Veränderungen abgeleitet sind, aber eben doch anders sind. Und dann gibt es noch, welche die vom Testosteron abgeleitet werden und da gehört auch das Dienogest dazu. Und das sind sogenannte synthetische Gestagene, die wir gerade bei Endometriose dann immer noch gerne einsetzen.

### Katrin Simonsen

Jetzt sind die Frauen mit der Endometriose irgendwann auch in der Menopause. Das heißt, es kommt nicht mehr zu diesen Schwankungen. Wird es dann generell auch mit der Endometriose besser?

28:21

### Dr. Katrin Schaudig

Also, wenn diese Frauen tatsächlich die Menopause hinter sich haben, also die letzte Regelblutung, dann ist alles gut. Dann haben die eigentlich keine Beschwerden mehr, sofern kein Östrogen im Spiel ist. Also, wenn da der Eierstock endgültig aufgehört hat zu arbeiten und auch der Östrogenspiegel ganz niedrig ist, dann kann man eigentlich sagen, „ist Schluss.

Schluss mit dem Kummer.“ Das Problem ist, jetzt hat die Frau aber Wechseljahresbeschwerden und möchte gerne eine Hormontherapie haben, was wir auch trotzdem machen. Aber dann muss eben immer ein möglichst potentes Gestagen dabei sein.

Jetzt muss man dann, wenn man die behandelt, so ein bisschen gucken. Wie ist die genaue Vorgeschichte der Endometriose? Und die Gretchenfrage ist immer: Wenn die keine Gebärmutter hat, dann braucht sie ja auch gar kein Gestagen nehmen. Das haben wir ja in vorigen Folgen mal gesagt, man gibt ja bei der Hormonersatztherapie das Gelbkörperhormon – ob es jetzt bioidentisches Progesteron ist oder ein synthetisches – immer zwingend dann, wenn noch eine Gebärmutter vorhanden ist und verzichtet eigentlich darauf, wenn keine Gebärmutter vorhanden ist. Warum? Die Kombinationstherapie auch mit identischem Progesteron hat etwas mehr Brustkrebsrisiko als eine reine Östrogen Therapie. Aber bei Endometriose Patientinnen muss man einfach gucken, dass man da genügend Wirkung hat.

Jetzt muss man vielleicht so ein bisschen unterscheiden, wenn die Endometriose lange zurückliegt und die Frau auch nicht erkennbar Beschwerden hat. Also, die sagt zum Beispiel, vor 20 Jahren hatte ich meine Endometriose Operation. Dann habe ich zwei Kinder gekriegt. Seitdem habe ich eigentlich keine Beschwerden, vielleicht mal ein bisschen Regelschmerzen, was wirklich viele Frauen haben, dann wird man auch mit bioidentischem Progesteron arbeiten können. Wenn diese Patientin ihre Gebärmutter nicht mehr hat, weil aus irgendeinem Grund mal zwischendurch die Gebärmutter entfernt wurde. Und die sagt, „vor 20 Jahren hatte ich eine Endometriose.“ Wird man der auch kein Gelbkörperhormon geben müssen, weil sie keine Gebärmutter hat.

Jetzt habe ich eine Patientin, die auch eine Gebärmutterentfernung hatte, aber beispielsweise in den zurückliegenden fünf oder zehn Jahren eine Operation wegen einer Endometriose hatte. Und dann muss man noch mal gucken, wie ausgedehnt war die Endometriose,

war die tief infiltrierend, wie wir das nennen. Also, hat sie sich richtig ins Gewebe reingeböhrt? Ganz besonders dramatisch kann das sein, wenn es in diesen Zwischenraum zwischen Scheide und Enddarm fällt. Aber es gibt auch so Fälle, wo der Harnleiter quasi umgeben ist von Endometriose. Wir sprechen dann von *ummauert*. Also, immer, wenn ich so was von der Vorgeschichte habe, würde ich immer ein Gelbkörperhormon dazugeben, auch bei Zustand nach Gebärmutterentfernung. Und dann würde ich tatsächlich nicht mit Progesteron arbeiten, sondern da muss ein potentes Gestagen her, synthetisch, eigentlich am liebsten das Dienogest. Es geht aber auch mit ein paar anderen von den Gestagenen.

**Katrin Simonsen**

Aber wenn wir das bioidentische Östrogen geben, das sind ja eigentlich gar nicht so hohe Dosen. Was ist denn die Befürchtung, was sozusagen dann wieder in Gang kommen könnte?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist natürlich so, wenn sie nur Östrogen geben würden und baut sich dann trotzdem Endometriose auf. Das darf man nicht unterschätzen. Das ist natürlich dann so ein Dauerphänomen. Das passiert nicht nach vier Wochen, vielleicht auch nicht nach drei Monaten. Aber wenn jetzt die Patientin dauerhaft immer ein bisschen Östrogen nimmt, hat sie trotzdem immer einen leichten Stimulus für ihre Endometriose-Herde. Der ist dann nicht so groß wie bei jungen Frauen, die hohe Östrogenspiegel im Zyklus haben. Aber wir haben trotzdem immer so einen kleinen Wachstumsschub.

**Katrin Simonsen**

Aber man blutet ja nicht mehr. Gibt es dann trotzdem die Schmerzen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja. Sie meinen, wenn die Gebärmutter entfernt ist? Ja, man blutet nicht mehr. Aber, ich habe ja vorhin gesagt, die Endometriose kann ja an anderen Stellen sitzen und da baut sich dann Schleimhaut auf, auch wenn keine Gebärmutter

ter mehr da ist. Also, die Wirkung auf die Gebärmutter-schleimhaut-Inseln habe ich ja in jedem Fall. Ich habe dann keine Gebärmutter mehr, das heißt da kann sie dann auch nichts aufbauen. Aber an den anderen Stellen, wo noch so Endometriose-Inseln sitzen, baut sich natürlich sehr wohl was auf und macht dann auch Schmerzen. Die Frauen haben aber übrigens dann, da es ja auch keinen richtigen Zyklus mehr gibt – also ich sage jetzt mal ein Beispiel, eine Patientin ohne Gebärmutter, nimmt permanent ein bisschen Östrogen und dann macht diese Endometriose, die sie hat, oder die Herde von Endometriose, sporadisch ihr Schmerzen. Mehr oder weniger. Ich sehe das immer wieder.

**Katrin Simonsen**

Weil sie gesagt haben auch, dass manchmal der Darm sozusagen infiltriert ist oder andere Organe. Macht es dort dann eigentlich auch andere Probleme, also, dass man dann mit der Verdauung Probleme bekommt? Also, nicht nur Schmerzen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, ja. Diese Patientinnen haben dann auch gerne mal zum Regelzeitpunkt zum Beispiel Durchfälle. Und am Ende, das muss man dann wirklich zum Teil wirklich nachfragen, ist dem Stuhl Blut beigemischt? Also, sieht man blutige Auflagerungen? Also, das kann zu Durchfällen führen, zu Verdauungsproblemen, Schmerzen auch bei der Stuhlentleerung. Also, das Spektrum ist groß. Ich sage es jetzt mal so, das sind Fälle, die Gottseidank nicht viele Frauen haben. Davon sind nicht so wahnsinnig viele Frauen betroffen, also sicher weit unter zehn Prozent. Aber man muss im Einzelfall darauf achten und da muss man auch besonders auf die Patientinnen aufpassen.

**Katrin Simonsen**

Ich habe schon angekündigt, wir haben auch einige Hörerinnen-Fragen zu diesem Thema bekommen. Zum Beispiel hat uns Gabi geschrieben, sie hat Endometriose, ist 48 Jahre alt und wegen der Endometriose mussten ihr die Eierstöcke entfernt werden. Sie fragt, star-

ten jetzt die Wechseljahre früher und verlaufen sie schneller? Sie leidet schon jetzt unter starken Muskelbeschwerden, sie beschreibt es „wie eingetrocknet in Beinen und Nacken“ und benötigt eigentlich Östrogen. Aber darf sie das nehmen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, die Tatsache, dass beide Eierstöcke entfernt wurden, ist klar. Die ist jetzt voll in den Wechseljahren. Also, weil die Frage, ob das jetzt schneller geht. Die kann man eigentlich klar beantworten. Das geht nicht nur schneller, sondern katapultartig ist Gabi mit der Entfernung ihrer Eierstöcke in die Wechseljahre versetzt worden. Das ist sozusagen die chirurgisch induzierte, eingeleitete Menopause. Das heißt, dass die jetzt Beschwerden hat, finde ich sehr plausibel. Und kann ich mir auch gut vorstellen.

Unserer Erfahrung nach ist es sogar so, dass, wenn Frauen durch eine Entfernung der Eierstöcke abrupt in die Wechseljahre versetzt werden, dass die oft besonders stark über Beschwerden klagen. Da muss man auch sagen, denen fehlt dann natürlich auch das Testosteron, was die Eierstöcke vorher auch noch ein bisschen produziert haben. Da gibt es zum Beispiel auch ein Präparat, das heißt *Tibolon*, gibt es schon ganz lange, dass wir gar nicht so oft einsetzen. Aber gerade bei Frauen, wo die Eierstöcke relativ früh entfernt wurden, mit Wechseljahresbeschwerden, ist das Tibolon eine ganz gute Alternative, weil es auch ein bisschen wirkt wie Testosteron. Es ist kein Testosteron, aber es wirkt so ein bisschen wie Testosteron. Also, das wäre dann durchaus eine Möglichkeit. Da muss man gucken, ob es irgendwelche Gründe gibt, Schlaganfallgefahr und Thrombosegefahr, die verbietet, dass man Hormone schluckt. Das Tibolon ist was zum Schlucken. Das muss man gucken.

Aber abgesehen davon, so wie sich das anhört bei Gabi hat die keine Bauchschmerzen mehr. Die Eierstöcke sind entfernt, aber das kann trotzdem sein, dass sie irgendwo noch Herde von Endometriose hat. Außerdem hat sie offensichtlich noch eine Gebärmutter. Man kann

ihr Östrogene geben, immer in nicht so einer hohen Dosis. Das hilft möglicherweise für die Muskelbeschwerden. Man kann ja auch für die – wenn Sie eine trockene Scheide hat – lokal was geben. Aber ich würde in solchen Fällen immer ein Gelbkörperhormon dazugeben und wie vorhin schon gesagt, lieber nicht so gerne Progesteron, sondern tatsächlich ein bisschen potenteres Gestagen, gerne des Dienogest.

**Katrin Simonsen**

Dann sind wir bei Annett. Annett wurde vor zehn Jahren die Gebärmutter entfernt, dann nach drei Jahren eine OP wegen Wucherungen. Da hörte sie dann auch das erste Mal das Wort Endometriose.

*Die schlimmen Schmerzen, die ich weiter hatte, wurden erst erträglicher, als ich vor circa vier Jahren wegen Schlaflosigkeit, Stimmungsschwankungen und heftigen Hitzewallungen Gynokadin und Fameniter 200 genommen habe.*

Nach zwei Jahren bekam sie aber starke Brust- und Unterleibsschmerzen, hat dann mit den Hormonen aufgehört, geblieben sind ständige Bauchschmerzen, zwar nicht mehr so stark und hinzugekommen sind Hitzewallungen, Schlafprobleme. „Ich traue mich aber nicht, wegen der beschriebenen Beschwerden wieder mit Hormonen anzufangen.“

37:30

**Dr. Katrin Schaudig**

Tja, jetzt muss man so ein bisschen spekulieren. Was ist bei Annett passiert? Also, die Gebärmutter ist draußen. Aber wenn ich es richtig verstanden habe, sind die Eierstöcke drinnen geblieben. Sie hat dann Gynokadin-Gel und Famenita genommen und hatte dann weniger Schmerzen, wenn ich das richtig verstanden habe...

**Katrin Simonsen**

Die Schmerzen wurden dann besser.

**Dr. Katrin Schaudig**

Wurden die Schmerzen aber vielleicht besser, weil der Eierstock dann auch weniger Östrogen

produziert hat, ja? Die hat mit dem Famenita 200, das ist ein natürliches Progesteron, das hat offensichtlich bei ihr kurzfristig funktioniert. Aber dann hat sie starke Brust- und Unterleibsschmerzen bekommen. Und da habe ich so die Fantasie, da ist der Eierstock vielleicht noch einmal aufgeflackert und was wir ja auch schon mehrfach gesagt haben, in dieser Übergangsphase, wenn der Eierstock noch in seiner Funktion nicht so richtig weiß, „höre ich jetzt auf oder mach ich hier nochmal den Riesen Ramba-Zamba.“ Was sie dann leider machen die Eierstöcke.

Dann kann es natürlich sein, dass sich dann wieder massiv Endometriose-Herde aufgebaut haben, ihr die Bauchschmerzen gemacht haben. Und mit dem Progesteron können wir eben diese überschießende Aktivität der Eierstöcke nicht bremsen. Dann hat sie aufgehört und dann hat es alles aufgehört und dann kamen wieder Hitzewallungen, das heißt dann hat der Eierstock wieder aufgehört zu arbeiten. Jetzt hat sie eben die Hitzewallungen, Schlafprobleme. Ich würde tatsächlich mich trauen, ihr ein Östrogen zu geben. Aber bitte kein Progesteron, sondern in dem Fall, tatsächlich auch wieder ein synthetisches Gestagen, am liebsten Dienogest, wäre mein Tipp in der Situation.

#### **Katrin Simonsen**

Und dann gucken, ob es besser wird.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja.

#### **Katrin Simonsen**

Sonja ist 58, hat schon lange eine Leidensgeschichte mit Endometriose hinter sich. Die hat auch im Becken und Darm Endometriose-Herde. Von 2005 bis 2015 hat sie dann dauerhaft eine Gestagenpille eingenommen. Da wurde es dann auch besser. Dann hat sie mit 50 die...

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Darf ich kurz dazwischen gehen, das ist möglicherweise genau diese gewesen von der wir sprechen, Dienogest.

#### **Katrin Simonsen**

Da wurde es auch besser. Mit 50 hat sie dann aber die Pille abgesetzt. Wahrscheinlich, weil ja viele Ärzte auch sagen, nicht solange die Pille nehmen. Dann kamen Hitzewallungen und wegen Scheidentrockenheit und ständigen Blasenentzündungen hat sie dann *OeKolp forte* verschrieben bekommen, das ist gegen diese Scheidentrockenheit. Und da hat sie dann nach sechs bis acht Wochen erneut heftige Beschwerden im Becken und vor allem im Darm bekommen, dann hat sie es abgesetzt, da wurde es besser. Und jetzt fragt sie, was kann sie denn gegen Scheidentrockenheit nehmen, dass das nicht sozusagen immer wieder anspringt?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, also ich finde den Fall eher ungewöhnlich. Aber man kann so etwas nicht ausschließen. Das *OeKolp*, da ist ja *Östriol drin*. Und es ist eigentlich ein schwach wirksames Östrogen, dem man auch wenig systemische oder praktisch keine systemischen Effekte nachsagt. Nun ist es aber trotzdem so, das ist ja da unten lokal in der Scheide und da in der Gegend sozusagen sind auch Endometriose-Beschwerden. Und da hat sie ja geschrieben, dass vor allen Dingen der Darm betroffen war.

Also, das kann theoretisch schon sein, Darm und Scheidenwand sind ja da ganz eng beieinander. Dann führt man das *OeKolp* vaginal ein und macht Beschwerden am Darm. Also, so hört sich ein bisschen an. Ich kann mich nicht erinnern an so einen Fall, muss ich wirklich sagen. Also, das *Östriol* diese Beschwerden triggert, ist selten, aber man kann das alles nicht ausschließen.

So jetzt gibt es zwei Möglichkeiten, entweder sie nimmt dann noch mal ein Gestagen dazu, damit es gar nicht erst sich aufbaut. Oder aber man versucht es tatsächlich noch einmal mit der Scheidentrockenheit mit anderen Substanzen. Es gibt ja hyaluronhaltige Cremes. Es gibt ja alles Mögliche. Dann wäre das vielleicht auch noch mal eine Überlegung, ihr *DHEA* lokal zu geben. Da gibt es auch ein Präparat. Wir nennen hier keine Präparate, aber eigentlich

muss ich es jetzt sagen, weil sonst findet sie es nicht, das heißt *intrarosa*.

DHEA ist sozusagen eine Vorstufe aller anderen Hormone und es bildet in der Scheide dann das, was es selber braucht, wird zu Östrogen und auch zu Testosteron verstoffwechselt. Wir haben eigentlich ganz gute Erfahrungen damit gemacht. Ich kann ihr aber auch nicht sagen, ob auch das sich auf die Endometriose auswirken würde. Keine Ahnung, müsste man ausprobieren. Und der Nachteil ist, das ist ein Präparat, das nicht von den Kassen übernommen wird und es ist auch nicht ganz billig. Also, es kostet leider was.

Also, ich würde jetzt, glaube ich, in erster Linie erstmal versuchen, ob man mit anderen vaginal Cremes/Lösungen, gerade die Hyaluron Cremes sind gut, aber auch alle möglichen Substanzen. Dann beim Sex, damit es beim Eindringen nicht wehtut, immer ein Gleitgel verwenden. Das ist auch sehr hilfreich, weil es oft gerade beim penetrieren, im äußeren Scheidenbereich Richtung Anus auch wehtut. Also, ich würde es, glaube ich, erstmal mit allem Möglichen ausprobieren. Da gibt es wirklich ganz viele Produkte. Und da muss tatsächlich durch *trial and error* rausgefunden werden, was hilft mir, wenn das tatsächlich nichts bringt, dann könnte man noch mal Versuch mit OeKolp machen. Aber dann ehrlich gesagt ein Gestagen dazu, um quasi zu verhindern, dass die Endometriose sich aufbaut.

#### **Katrin Simonsen**

Bei der OeKolp gibt es ja Zäpfchen und Creme. Wäre es auch denkbar, dass vielleicht die Zäpfchen einfach nur, weil die sozusagen dann mehr Einfluss haben auf den Darm, diese Wirkung machen und nicht, wenn man die Creme aufträgt?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, das glaube ich nicht, weil die Creme natürlich auch resorbiert wird. Die Creme trägt man ja außen und innen auf. Also, da sind oft so Applikatoren. Bei allen Östriolcremes, da gibt es ja verschiedene Präparate. Ich sage es

jetzt mal, OeKolp, Ovestin, Östrogenetron, Est-radiol und so weiter. Also, da gibt es ganz viele.

Was ich jetzt gerade noch einmal dachte, sie hat OeKolp forte aufgeschrieben bekommen. Das ist 0,5 mg Östriol und das nimmt man zwei, dreimal die Woche, eigentlich zweimal. Vielleicht kann sie auch mal versuchen, es gibt auch noch ein normales OeKolp, auch Östriol in Kombination mit Laktobazillen, das heißt *Gynoflor*. Da sind nur 0,03 mg drin, also erheblich viel weniger. Vielleicht hilft ihr das auch schon und macht nicht diese Beschwerden, muss sie leider ausprobieren. Also, ich könnte mir schon vorstellen, dass sie mit so einer viel geringeren Östrioldosis genau vielleicht für ihre Scheide was macht und die Endometriose nicht triggert.

44:14

#### **Katrin Simonsen**

Und natürlich habe ich auch heute einen Hör Tipp für euch. Es geht um den MDR Podcast *Tabubruch*.

Stellt euch vor, ihr erfahrt nach 20 Jahren, dass der Mann, von dem ihr dachtet, er sei euer Vater, gar nicht euer biologischer Vater ist. Kinder, denen das widerfährt, werden Kuckucks-kinder genannt. Und meine Kollegin Juliane Neubauer hat mit solch einem Kuckuckskind gesprochen, die heute 46-Jährige erzählt offen, wie ihr Leben dadurch ins Wanken geriet. Den Podcast *Tabubruch* findet ihr in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt.

Frau Schaudig. Damit ziehen wir einen Strich unter das Thema Endometriose und Wechseljahre und kommen zu einem Thema, von dem ich erst durch die Mails unserer Hörerinnen erfahren habe. Und zwar schildern sie dort, dass sie seit den Wechseljahren unter Reflux, Reizdarm und Reizmagen leiden. Und da passt eine Mail dazu, die bekam ich von einer Gastroenterologin. Sie schreibt:

*Ich arbeite als Gastroenterologin in einer Praxis in München und die Gruppe der Patientinnen zwischen 40 und 60 Jahren macht einen Großteil meiner Patientinnen aus. Können Sie bitte*

*auf Auswirkungen der Perimenopause auf den Magen-Darm-Trakt eingehen? Und mit welchen gastrointestinalen Beschwerden ist es hilfreich, die Patientin zu einer in der Perimenopause erfahrenen Kollegin zu schicken?*

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, Frau Simonsen, das ist eine echt schwierige Frage. Und ich muss gestehen, dass ich die auch nicht so ganz perfekt beantworten kann. Ich finde, ich habe dann... Sie hatten mir die Frage vorher geschickt und ich habe dann nachgeguckt. Ich finde da auch nicht viel in der Literatur. Es ist schon so, dass gerade die Appetitsteuerung und auch die Regulierung des Magen-Darm-Trakts durchaus mit Hormonen zusammenhängt.

Progesteron zum Beispiel entspannt die glatte Muskulatur im Darm. Deswegen haben Frauen auch in der Schwangerschaft, weil sie da so viel Progesteron haben, oft Blähungen und sagen, mein Bauch ist so gebläht. Die Darmschlingen erweitern sich dann, wenn die glatte Muskulatur der Darmwand entspannt wird. Also, bei solchen Frauen wäre ich zum Beispiel auch mit Progesteron, würde ich immer nachfragen, wie vertragen Sie denn das bioidentische Progesteron? Die macht eben eher eine Darmerweiterung /-blähung, dann auch Verdauungsprobleme.

Was wir wissen ist, dass sich das sogenannte Mikrobiom – also das ist die bakterielle Besiedlung des Darmes, die ja ganz wichtig und notwendig ist – dass sich die verändert mit dem Wegfall der Hormone. Das wäre aber da nicht die Perimenopause, sondern die Postmenopause. Also Frauen haben ein anderes Mikrobiom, wenn keine Hormone mehr da sind und das wirkt sich sicherlich auch auf die Verdauung aus.

Das nächste Problem ist, dass ja die Frauen in der Perimenopause eine Gewichtszunahme haben und die Gewichtszunahme als solche geht auch mit einer Veränderung mancher Steuerungshormone für Appetit, aber auch Darmbeweglichkeit und Magenentleerung einher. Und wenn der Magen sich langsamer entleert, dann

haben wir tatsächlich dieses sogenannte Reflux Problem, das heißt, dass Magensaft und es ist dieser saure Magensaft, nach oben steigt.

Auch die Gewichtszunahme, die leider in den Wechseljahren oft ein Problem ist, kann dazu führen, dass quasi das Zwerchfell nach oben gedrückt wird und auch dieser Verschlussmechanismus schlechter funktioniert. Also, das sind alles so Dinge, die möglicherweise zu Magen-Darm-Problemen beitragen könnten.

*Last not least* ist meines Erachtens auch der Stress, den manche Frauen in dieser Übergangsphase empfinden, weil es ihnen nicht gut geht, weil sie schlecht schlafen, weil sie psychisch extrem belastet sind... Wir wissen, dass Stress sich auch auf die Magenschleimhaut auswirken kann bei dafür empfindlichen Personen. Also, wir wissen ja, wenn man Stress hat, kriegt man eine Magenschleimhautentzündung. Also so ein ganz banaler Mechanismus, also Gastritis.

Also ich denke, es gibt viele durchaus hormonell getriggerte Faktoren, die sowohl in der Übergangsphase, wo wir dann auch manchmal zu viel Östrogen haben – und ich habe irgendwo eine Arbeit gefunden, die meinte, dass der Schließmuskel, der zwischen der Speiseröhre und dem Magen liegt, nicht mehr so gut schließt, wenn viel Östrogen da ist. Also auch das könnte diesen Reflux begünstigen. Dann wissen wir auch, dass hormonelle Schwankungen sich auf immunologische Prozesse, also so Abwehrprozesse auswirken können und zwar sowohl in Richtung Verstärkung von Immunantwort als auch im Sinne von Abschwächung von Immunantwort. Und es hört sich jetzt total blöd an, ja was macht es denn jetzt mehr oder weniger? Das wissen wir nicht und es ist individuell unterschiedlich. Wir wissen ja, dass auch gerade bei entzündlichen Darmerkrankungen immunologische Prozesse eine Rolle spielen.

Also, sie merken das ist so ein bisschen eine *Black Box*. Und ich habe so ein bisschen gedacht, als die Frage aufkam, da muss ich mich mal intensiver mit beschäftigen. Ich gebe es jetzt mal ganz offen zu. Aber selbst wenn man

das so mal versucht rauszufinden, was gibt es für Studien? Finde ich das so ein bisschen unbefriedigend. Es kümmern sich ganz viele Studien darum, wie sich die Hormone verändern, die den Appetit regeln und dass sich das alles stark verändert. Hormone verändern sich, die sich auf die Insulinresistenz auswirken. Aber so einen ganz konkreten Fahrplan kann ich tatsächlich dazu nicht geben. Tut mir echt leid.

50:02

### **Katrin Simonsen**

Weil Sie gerade gesagt haben, „Stress macht natürlich auch was mit Darm und Magen“. Nun habe ich ja auch schon öfter gehört, dass gerade Frauen in den Wechseljahren auch auf ihren Cortisolspiegel achten sollen, der ist wohl dann sozusagen auch gefährdet, weil das Östrogen abnimmt oder das Östrogen schwankt. Kann das vielleicht da auch so ein Zusammenspiel sein, dass man dann einfach auch darm- und magenmäßig so ein bisschen sensibler ist und ein bisschen schneller reagiert?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist finde ich eine ein bisschen steile Hypothese. Aber ich möchte sie nicht in Abrede stellen. Theoretisch ist es schon möglich. Cortisol ist ein Stresshormon und wir wissen auch, dass wenn jemand zum Beispiel Cortisol einnimmt zur Therapie von irgendwas, das man da immer einen Magenschutz dazugibt, weil in der Tat Cortisol dazu führt, dass es zu Magenschleimhautentzündungen kommt, bis hin zu Magengeschwüren. Insofern haben Sie völlig Recht. Vielleicht, wenn diese Phase als sehr stressig empfunden wird, kann es sein, dass das Cortisol anspringt. Jetzt haben Sie gesagt, man muss den Cortisolspiegel im Blick haben. Das Problem ist, Cortisol ist ein Hormon, was extrem tageszeitabhängig ist, das heißt auch einen Spiegel zu bestimmen, bringt ehrlich gesagt ziemlich wenig. Weil das steuert der Organismus ziemlich, wie soll ich mal sagen, autonom und unbeeinflussbar. Und dann messen sie den irgendwann mal, das bringt genau gar nichts. Morgens ist der hoch, abends ist eher niedrig.

Und die Schwankbreite, die können Sie ganz schwer feststellen. Sie müssten sozusagen alle Stunde mal Blut abnehmen. Dann gibt es so Speichelmessungen vom Cortisol Tagesprofil, wo Sie morgens mal messen, mittags und nachts um 23 Uhr. Aber auch diese Messungen sind durchaus umstritten, weil die nicht so genau sind.

Also noch mal: eine Cortisolspiegel-Messung bringt da gar nichts. Es ist nur lediglich vielleicht eine Erklärung, dass man sagt, durch vermehrte Cortisolausschüttung wird auch der Magen mehr gestresst. Das ist, finde ich durchaus etwas, was man mal so in den Raum stellen kann, aber bewiesen ist es nicht.

### **Katrin Simonsen**

Und wie hängen Östrogen und Cortisol zusammen? Ist das tatsächlich so, dass das Östrogen das Cortisol auch einfangen kann, im normalen?

### **Dr. Katrin Schaudig**

Nein, das kann man so nicht sagen. Nee, nee, das kann man so nicht sagen. Aber da gibt es auch keine guten Daten zu. Wir wissen, dass grundsätzlich bei älteren Menschen, also auch jetzt, ich sage mal Richtung 60-70-80, der Cortisolspiegel leicht ansteigt, möglicherweise dann auch begünstigt, dass die Patienten Alzheimer kriegen oder eine Demenz, das wird immer mal diskutiert. Aber, dass man so einen direkten Einfluss durch Östrogen auf das Cortisol hat, das kann man so nicht sagen.

Was vielleicht an der Stelle, es hat jetzt nur bedingt was mit unserem Thema zu tun, wichtig ist zu sagen, unter der Einnahme der Antibabypille steigt das gemessene Cortisol im Blut an. Und das liegt aber daran, dass man durch die Einnahme der Antibabypille die Bindungseiweiße, die auch Cortisol wegbinden, erhöht. Und dann ist es quasi eine Kompensation vom Organismus, dass der sagt, „okay, hier ist zu viel gebundenes Cortisol. Wir müssen mehr produzieren.“ Wenn ich dann den Cortisolspiegel messe ist, der erhöht und dann kriege ich immer mal wieder Patienten geschickt von ir-

gendeinem Allgemeinarzt, der ganz doll besorgt ist und sagt, „oh mein Gott, hat die jetzt ein sogenanntes Cushing-Syndrom?“ Was viel zu viel Cortisol wäre. Und das ist dann eine schlanke Patientin, die auch keinerlei Anzeichen dafür hat. Und den kann ich dann beruhigendes, das ist ganz normal unter einer Antibiotikapille. Und übrigens auch in der Schwangerschaft hat man ganz hohe Cortisolspiegel, weil auch in diesen Phasen die Bindungseiweiße ansteigen.

Was machen die Bindungseiweiße? Die fangen sozusagen die Substanzen ein und solange die gebunden sind, können sie nicht wirken und dann steigt kompensatorisch der Cortisolspiegel an, das ist jetzt mal so eine kleine Randbemerkung zum Cortisol. Also, Cortisol zu messen ist wirklich kompliziert und wenn man da eine saubere Diagnostik machen wollte, dann ist das aufwendig mit 24h Sammelurin und, und, und. Also das ist eine relativ komplexe Diagnostik.

#### **Katrin Simonsen**

Obwohl die Frauen, die es betrifft, könnten zumindest, es gibt ja auch so Empfehlungen, was sozusagen Ernährung angeht, was auch den Kaffeekonsum angeht. Die könnten sich da zumindest mal schlau machen und es probieren, ob es dann besser wird.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, absolut, absolut.

#### **Katrin Simonsen**

Zur Frage der Gastroenterologin zurück, macht es Sinn diese Frauen auch zu ihnen zu schicken, wegen einer Hormontherapie?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Das ist eine schwierige Frage, wissen Sie. Vielleicht ist manches dieser Probleme auch einfach altersbedingt. Aber wenn man den Eindruck hat, die Patientin befindet sich tatsächlich in so einem Auf und Ab und hat ja auch Beschwerden, dann ist es in jedem Fall gut, wenn die Internistin oder Gastroenterologin sagt, lassen Sie sich mal hormonell beraten. Ob ich als gynäkologische Endokrinologin das Problem

dann lösen kann, kann man ja mal ausprobieren, mit den üblichen, jetzt schon mehrfach besprochenen Methoden. In der Perimenopause den Zyklus mal runterfahren und vor allen Dingen dafür sorgen, dass die Patientinnen einen ausgeglichenen Hormonspiegel haben. Dann geht es denen ja meistens schon besser. Ich möchte nicht ausschließen, dass im Einzelfall dann auch die Magen-Darm-Beschwerden besser werden.

#### **Katrin Simonsen**

Auch wenn Sie sagen, Sie sind da keine super Expertin bei dem Thema, ich will trotzdem mal unsere Hörerinnen-Fragen zu dem Thema vorlesen. Ulrike schreibt:

*Bei mir ist es zum ersten Mal in der Perimenopause aufgetreten, Magen-Darm-Probleme und Reflux.*

Nun ist sie postmenopausal und es ist wieder schlimmer geworden. Hinzugekommen sind dann auch noch Hitzewallungen. Gegen die Hitzewallungen nimmt sie jetzt Hormonpflaster, 30/95. Die Hitzewallungen sind komplett weg, der Reflux bleibt. Hat der Reflux mit einer Magensäurestörung zu tun, die durch den Hormonmangel oder durch Hormonstörung bedingt ist?

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Also, ich glaube eher, dass vielleicht durch die Wechseljahre und durch einen Alterungsprozess überhaupt das Reflux Thema aufgetaucht ist. Vielleicht hat sie auch an Gewicht zugenommen, das könnte auch sein. Ich würde keinen direkten Zusammenhang da sehen und ich habe auch noch nie erlebt, dass wenn ich bei einer Patientin mit der Hormondosis hochgegangen bin, der Reflux besser wurde. Ich möchte es im Einzelfall nicht ausschließen, aber ich kenne auch da keine Untersuchungen zu. Ich denke eher, dass der Reflux eben jetzt einmal in Gang gekommen ist und vielleicht durch Gewichtszunahme... Also eine Gewichtszunahme macht tatsächlich auf jeden Fall dieses Thema schwerwiegender. Aber sie ist ja jetzt substituiert und eigentlich auch be-

schwerdefrei. Also, ich kann mir nicht vorstellen, dass es so eine ganz eindeutige Lösung gibt.

**Katrin Simonsen**

Ulla ist offenbar in der Menopause angekommen. Sie hat seit einem Jahr mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu tun. Sie fragt, kann das auch mit den Wechseljahren zu tun haben? Sie hat nämlich im Internet auf einer Seite über bioidentische Hormone auch über Reizdarmprobleme gelesen, die sich aus den Hormonveränderungen ergeben können.

**Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, wissen Sie, das Thema „Nahrungsmittelunverträglichkeiten“ hat auch was damit zu tun, dass immer in Phasen hormoneller Übergänge, also sowohl in der Pubertät, aber auch in den Wechseljahren, plötzlich allergische Reaktionen auftauchen. Die sind ja auch häufig so eine Art immunologische Reaktion. Ich halte das nicht für ausgeschlossen, dass man das machen kann. Ich kenne keine Studie dazu. Also das jetzt... Ich kenne keine einzige Studie, die sagt, mit Verlauf der Wechseljahre mehr Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass es im Einzelfall der Fall sein kann. Ich glaube aber nicht, dass das ein wirklich vordringliches Problem ist. Grundsätzlich wissen wir ja, dass eine Hormontherapie viele Symptome beseitigt. Und wenn jetzt bei der einzelnen Patientin die Reizdarmproblematik besser wird, kann ich mir das alles vorstellen. Aber es gibt keine Daten dazu.

**Katrin Simonsen**

Sie hatten ja vorhin gesagt, das Mikrobiom verändert sich tatsächlich, das ist nachgewiesen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Das ist nachgewiesen.

**Katrin Simonsen**

Kann das nicht am Ende auch zu diesen Nahrungsmittelunverträglichkeiten führen? Da gibt es ja auch dieses *Leaky-Gut-Syndrom* und so, wenn auf Dauer sozusagen dieses Mikrobiom gestört ist.

**Dr. Katrin Schaudig**

Also das halte ich für absolut möglich, dass das tatsächlich eine Rolle spielt. Nun sind wir ja... Also die Studien zum Mikrobiom sind in den letzten Jahren wirklich durch die Decke gegangen und der Punkt ist aber, dass wir zwar sehen, dass es Veränderungen gibt, aber, dass wir noch nicht so richtig wissen und da gibt es auch keine guten Studien zu, wie wir das Problem beheben können. Es gibt auch meines Wissens keine Studie dazu, dass sich dann durch eine Östrogengabe zum Beispiel das Mikrobiom wieder zurückverwandelt. Das wäre aber theoretisch gut möglich. Also, Mikrobiom ist ja ein total spannendes Thema. Auch, dass man zum Beispiel sagt, Menschen die im gleichen Haushalt leben, haben die gleiche Darmbesiedlung, die gleiche Keimbesiedelung. Also, ich denke, dass das wirklich... Da werden wir auch noch viel von hören. Aber wie wir das Problem angehen und dann werden immer wieder angepriesen, Probiotika für den Darm, und, und, und, da muss man leider sagen, das ist alles auf ganz dünnen Füßen und alles nicht durch Studien abgesichert.

Fakt ist und da gibt es Studien, dass sich was verändert. Aber es gibt meines Wissens keine guten Studien dazu, ob man dann durch entsprechende Therapien irgendwas zum Guten wenden kann. Gesunde Ernährung ist immer, das wissen wir ja, also Ernährung ändern, das ist sicherlich gut. Und es gibt auch durchaus für die Keimbesiedelung des Darms Ernährungsempfehlungen, was vielleicht günstig ist. Aber sie merken schon, was *vielleicht* günstig ist. Nichts ist sicher. Und ich glaube, man muss sich da vor Heilsversprechungen, die im Internet leider weit verbreitet sind. Auch ein bisschen... Muss man sich in Acht nehmen.

**Katrin Simonsen**

Trotzdem ist es wahrscheinlich nicht schlecht sich mit Ernährung und darmgesunder Ernährung mal zu befassen.

**Dr. Katrin Schaudig**

Ganz, ganz sicher ja, das ist ganz sicher richtig.

**Katrin Simonsen**

Jessica ist Mitte 40 und hat oft gegen Abend mit Übelkeit zu kämpfen. Kann keinen Grund dafür finden und fragt sich jetzt sind das Anzeichen der Perimenopause?

**Dr. Katrin Schaudig**

Das halte ich jetzt eher für kein typisches Symptom. Auch das könnte jetzt mit Stress zusammenhängen, der sich irgendwie auf den Magen schlägt. Also ich würde, wenn ich diese Übelkeit hätte, vor allen Dingen mal – da muss sie sich unbedingt mal beim Gastroenterologen untersuchen lassen – vielleicht eine Magen-spiegelung machen und so weiter. Also kein typisches Symptom. Aber auch das haben wir ja schon in vorigen Folgen gesagt. Es gibt eigentlich kein Symptom, was es nicht geben kann im Zusammenhang mit den Hormonumstellungen und wenn man eindeutig sieht, es sprechen auch andere Indizien dafür, dass Jessica in der Perimenopause ist, also sprich: Zyklus nicht mehr uhrwerkmäßig, Schlafstörung, Stimmungsschwankungen. Dann halte ich das auch nicht für ausgeschlossen. Es ist aber kein typisches Symptom.

**Katrin Simonsen**

Und wenn die Übelkeit zyklisch auftritt, also immer so kurz vor der Regel, könnte es schon hormonell bedingt sein oder?

**Dr. Katrin Schaudig**

Alles, was einen eindeutigen Hormonzusammenhang hat zur Regel, ja. Aber das ist, glaube ich, nicht Jessicas Problem. Die hat es ja nicht zyklisch. Also ich finde eine Übelkeit vor der Regel kann schon Teil eines prämenstruellen Syndrom, aber auch eines menstruellen Syndroms sein, aber auch eher untypisch. Also kann man jetzt gerade an keiner Patientin... Also ich habe viele Patientinnen, die sagen, ich habe zyklisch folgende Befindlichkeitsprobleme, aber die Übelkeit gehört eher nicht dazu. Das ist ein eher ein Kolibri.

**Katrin Simonsen**

Wenn wir schon mal beim Thema Ernährung und Verdauung sind. Manche Hörerinnen beobachten auch, dass ihr Cholesterinwert auf

einmal ansteigt, auch typisch für die Wechseljahre?

**Dr. Katrin Schaudig**

Ja, das ist tatsächlich typisch. Und da wissen wir, dass tatsächlich Östrogene auf den Cholesterinspiegel einen gewissen protektiven Effekt haben. Und es ist überhaupt nicht untypisch, dass perimenopausale und in der Postmenopause die Frauen plötzlich einen höheren Cholesterinspiegel haben. Die schlechte Nachricht ist, mit Ernährung kann man da leider nicht viel machen. Also, ein bisschen was – es gab ja mal die Phase in den 60ern, 70ern, wo man gesagt hat, Margarine senkt den Cholesterinspiegel. War leider eine Gleichung, die so nicht aufging.

Das ist ein genetisch determiniertes Problem. Und es ist tatsächlich so, dass durch das Wegfallen des Östrogens das Thema dann richtig relevant wird. Man sollte den Cholesterinspiegel tatsächlich überprüfen. Entscheidend ist, dass man auch guckt, was ist gutes und schlechtes Cholesterin. Also, das ist jetzt ganz pauschal gesagt, das Schlechte ist das LDL und wenn das LDL gewisse Höhen erreicht, auch in Kombination mit, was habe ich sonst noch für Risikofaktoren? Bin ich übergewichtig? Habe ich vielleicht schon Gefäßveränderungen an meinen Halsschlagadern? Da gibt man heute relativ großzügig sogenannte Lipidsenker oder Statine. Da ist die Datenlage wirklich sehr gut dafür. Das sollte man unbedingt beobachten. Tatsache ist, dass eine Östrogentherapie in den Wechseljahren oder danach den Cholesterinspiegel wieder etwas senken kann.

Die schlechte Nachricht ist das funktioniert besser mit geschlucktem Östrogen und weniger gut mit Gel. Aber zumindest haben wir da einen positiven Effekt. Der ist tatsächlich mit der transdermalen Therapie, also der Therapie über die Haut, nicht so ausgeprägt. Aber dafür geben wir ja trotzdem zur Vermeidung von Thrombose und Schlaganfallrisiko eigentlich ganz gerne transdermal. Also, da muss man im Einzelfall gucken und da nicht davor scheuen, wenn der Wert sehr hoch ist, einen solchen Lipidsenker anzuwenden.

**Katrin Simonsen**

Diese Statine, die Sie genannt haben. Da hat uns eine Hörerin gefragt, sie verträgt die einfach nicht. Sie bekommt davon Kopfschmerzen. Gibt es dann Alternativen?

**Dr. Katrin Schaudig**

Na ja, nicht so richtig viel. Da muss sie sich tatsächlich von einem Spezialisten dafür beraten lassen. Was leider eine häufige Nebenwirkung der Statine ist, also viel häufiger als Kopfschmerzen sind Muskelschmerzen, Muskel- und Gliederschmerzen. Es gibt verschiedene Statine. Kann man im Einzelfall auch mal ausprobieren, welches besser funktioniert. Oder dann einfach mal mit der Dosis runtergehen. Ich habe dann Patientinnen, die deswegen absetzen. Dann geht ihr LDL wieder hoch. Das ist tatsächlich so ein bisschen ein Therapiedilemma. Gottseidank nicht bei allen Patientinnen, muss man im Einzelfall gucken. Also Kopfschmerzen finde ich eher untypisch. Und da muss sie einfach mit dem Arzt, der ihr die verschrieben hat oder der Ärztin ausprobieren, ob es mit anderen Statinen bessergeht. Es gibt halt verschiedene.

**Katrin Simonsen**

Und dass sie dann bioidentische Hormone oder Hormone nimmt und keine Statine?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, Progesteron macht da gar nichts dran. Und Östrogen macht was, aber nur, wenn sie schlucken. Und die meisten, die bioidentisch arbeiten wollen, nehmen das Östrogen über die Haut. Weil das auch, wenn Sie so wollen, der bioidentischere Weg ist und das Progesteron macht da gar nichts dran. Und es wird die hohen Cholesterinspiegel ganz sicher nicht in die Knie zwingen.

Übrigens gibt es Hydrogesteron, das ist quasi die Schwester von Progesteron. Da gibt es tatsächlich Daten, dass das günstig sich auswirkt auf den Cholesterinspiegel, aber auch nicht in dem Ausmaß wie Statine. Also, mit Statinen können Sie super viel erreichen. Es gibt auch noch andere Substanzen, die auf den Stoff-

wechsel, auf den Cholesterinstoffwechsel wirken. Also, das wird aber dann glaube ich hier zu *sophisticated*, um darauf näher einzugehen. Da muss man sich tatsächlich von einem Lipid Spezialisten beraten lassen.

**Katrin Simonsen**

Und zum Schluss noch eine Frage von Monika, die ist 45 Jahre alt, hat seit fast anderthalb Jahren immer wieder Gallensteine. Die Gallenblase wurde entfernt, es hat nicht geholfen. Die Steine treten immer wieder alle zwei Monate auf, müssen dann entfernt werden. Und zuletzt machte einer der Internisten eine Bemerkung, dass das bei Frauen über 40 öfter auftritt. Und in dem Moment musste sie an die Wechseljahre denken. Und sie hat sich erinnert, dass sie auch schon in der Pubertät immer mal Entzündung der Gallenblase hatte. Kann es da einen Zusammenhang geben?

**Dr. Katrin Schaudig**

Also, das ist schon ein sehr spezielles Problem. Und auch da muss ich Ihnen sagen, grübele ich gerade: so speziell habe ich den Fall noch nie gehabt. Wir wissen, dass Östrogene tatsächlich was mit Gallensteinen zu tun haben können. Wir wissen, dass Frauen, die Östrogene schlucken, signifikant mehr Gallensteine haben, Frauen, die Östrogene über die Haut zu führen, haben ein kleines bisschen mehr Gallensteine.

Und jetzt müssen wir uns fragen: Also, dass der Kollege oder die Kollegin gesagt hat, Frauen über 40 haben das öfter. Es gibt so eine Faustregel die *4F's*. Also was geht mit einem erhöhten Risiko für Gallenstein einher. Die *4F's* sind *forty*, also 40, *fertile*, also *noch* im fertilen Alter wohl gemerkt, also noch nicht Wechseljahre, dann *fair*, blonde Frauen haben mehr Probleme und gemein das Wort *fat*, also Übergewicht auch. Das sind die vier Risikofaktoren, die aber explizit sagen Frauen im fertilen Alter, was aber durchaus mit Östrogenen zusammenhängen kann. Und jetzt kommen wir wieder dazu. Wir haben oft diese Östrogen Überschüsse in dieser Phase zwischen 40 bis zur Menopause. Und das könnte sein, dass das bei Monika jetzt der Fall ist, wie man das jetzt behandelt, ob man einfach satt, „okay, auch da

bremsen wir mal die hohen Östrogenspiegel aus.“ Das wäre jetzt einfach mal ein hypothetischer Behandlungsansatz, also Gestagen-Monopräparat.

Also, eine östrogenfreie Pille und ein bisschen Östrogen dazu, damit sie keine Mangelerscheinungen hat, wäre eine Überlegung. Ich kann mir vorstellen, dass, wenn Monika zu den Frauen gehört, die immer wieder sehr hohe Östrogenspiegel haben, dass das ihre Gallensteine triggert. Die Frage wäre ja so ein bisschen, ob sie mal schwanger war und da auch viele Gallenprobleme hatte. Denn da hat sie extrem hohe Östrogenspiegel, das wäre dann nochmal so die Frage.

#### **Katrin Simonsen**

Auch wieder ein spannender Fall. Frau Schaudig, damit sind wir am Ende dieser Folge. Ich habe wieder viel dazugelernt. Dickes Dankeschön an Sie für das ausführliche Erklären. Und an dieser Stelle möchte ich gleich auch noch mal das Lob unserer Hörerinnen loswerden. Die sind nämlich ganz begeistert von Ihnen und Ihrer Art, schwierige Zusammenhänge verständlich zu machen. Und in diesem Sinne: Dankeschön an Sie, Frau Schaudig. Es hat mir wieder viel Spaß gemacht.

#### **Dr. Katrin Schaudig**

Ja, vielen Dank Frau Simonsen. Da freue mich natürlich sehr über das Kompliment. Mir macht es auch sehr viel Spaß mit Ihnen. Vielen Dank.

#### **Katrin Simonsen**

Vielen Dank, bis zum nächsten mal.

Und in zwei Wochen geht es hier bei uns in *Hormongesteuert* um die Knochengesundheit. Welche Rolle spielt Östrogen für meine Knochenstabilität? Wann sollte ich das erste Mal meine Knochendichte messen lassen und bekommt eigentlich jede Frau Osteoporose? Und sollte ich präventiv Hormone nehmen? Das und viele weitere Fragen besprechen wir in zwei Wochen.

Ihr könnt uns auch gern Schreiben an [hormongesteuert@mdraktuell.de](mailto:hormongesteuert@mdraktuell.de). Abonniert unseren

Podcast und lasst gern eine Bewertung für uns da. Und natürlich freuen wir uns, wenn wir uns weiterempfiehlt an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter und natürlich gern auch an eure Partner und Partnerinnen. *Hormongesteuert* hört ihr überall da, wo ihr Podcast hören könnt und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

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