

Hormongesteuert – Der Wechseljahre-Podcast

Montag, 15.01.2024

Thema: Stimmungsschwankungen und Migräneattacken

Katrin Simonsen, Moderatorin

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio

Dr. med. Dr. Katrin Schaudig, Expertin

Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Links zur Sendung:

[Rote Rosen – der offizielle Podcast · Podcast in der ARD Audiothek](#)

Katrin Simonsen

Hallo und herzlich willkommen bei Hormongesteuert – der Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren, natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen hier ohne Tabus über alle Themen der Wechseljahre sprechen und euch zu Expertinnen und eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen, ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR aktuell und die Fachfrau an meiner Seite, das ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft, Dr. Katrin Schaudig. Schönen guten Morgen und herzlich willkommen.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, hallo Frau Simonsen. Freue mich auch sehr wieder dabei zu sein.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, heute wollen wir uns ja um die Migräne, um Stimmungsschwankungen und Depressionen in den Wechseljahren kümmern. Wir werden dazu auch wieder einige Fragen unserer Hörerinnen beantworten. Und wir beginnen mit den Stimmungsschwankungen. Die treten bei vielen Frauen ja schon sehr früh in der Perimenopause auf und die meisten bringen sie dann gar nicht mit den Wechseljahren in Verbindung, weil sie ja noch regelmäßig ihre Monatsblutung haben. Was erleben Sie da in ihrer Praxis? Was berichten Ihnen da ihre Patientinnen?

Dr. Katrin Schaudig

Das Interessante ist, Frau Simonsen, dass das

tatsächlich ein häufiges Problem ist. Und dadurch, dass die Frauen gar nicht daran denken, dass es mit den Wechseljahren zusammenhängen könnte, -oder mit ihrem Hormonhaushalt- erzählen die mir oft gar nichts davon. Und ich hatte gerade vor kurzem eine Patientin, die dann irgendwann auftauchte, wirklich im vollen Erschöpfungszustand, Burn-out. Und dann haben wir im Nachhinein eigentlich festgestellt, dass das schon vielleicht ein Jahr oder zwei Jahre vorher begonnen hatte.

Da hatte ich sogar dokumentiert in meinen Unterlagen, dass ich nachgefragt habe: „Wie ist es denn so mit der Stimmung?“ Weil ich das schon auch immer Frage. Und dann hat die nur so ein bisschen lapidar gesagt: „Na ja, es geht so“. Aber nicht explizit Beschwerden geäußert. Viele haben gar nicht so richtig den Eindruck, dass das was damit zu tun hat. Manche kommen aber tatsächlich und sagen explizit: „Ich habe jetzt neuerdings irgendwie so eine tiefe Traurigkeit in mir“. Oder: „Ich bin so aggressiv, ich kriege Ärger im Job. Ich kriege Ärger mit meiner Familie, mit meinem Partner.“ Also das ist wirklich unterschiedlich. Aber es ist ein in der Tat sehr häufiges Phänomen und zwar interessanterweise gerade in dieser Übergangsphase, wenn die Frauen eigentlich noch gar nicht an Wechseljahre denken. Sie haben gerade gesagt, „wenn die noch regelmäßig bluten“. Ich würde da einschieben, mehr oder minder regelmäßig bluten.

Denn die nächste Frage ist dann auch immer: Ist der Zyklus wirklich noch so Uhrwerk-mäßig auf den Tag genau. Und wenn man dann nachfragt, kommt dann schon: „Ja nicht mehr so ganz genau“. Und ich frage dann tatsächlich explizit nach- Sagen Sie mir mal die Daten ihrer letzten Blutung. Und dann sehen wir dann beide: Ah ist ja doch mal so sechs, sieben Tage Unterschied, also von der Zykluslänge. Also es geht einher mit nicht mehr so ganz regelmäßigem Zyklus und nicht mehr so ganz pünktlichen Blutungen. Und dann gehen diese Stimmungsschwankungen los und die können sich eben sehr unterschiedlich äußern.

Katrin Simonsen

Die Journalistin Miriam Stein, die hatte selbst auch extreme Stimmungsschwankungen. Hat

dann auch angefangen, ein Buch zu schreiben und da mal zu recherchieren. Der Titel des Buches ist „Die gereizte Frau.“ Und ich will nur mal einen kurzen Absatz vorlesen, weil ich den wirklich so beispielhaft finde für diese Zeit. Also, sie schreibt:

Früher war ich nicht ständig sauer, jetzt flippe ich andauernd aus. Wenn ich für jede Website oder jedes Spiel, das mein Sohn haben möchte, für jedes Gerät oder jeden Scheiß ein neues Profil erstellen muss. Oder wenn ich ins Bad komme und immer noch alle Tuben offen in der Ablage liegen.

Ich finde, das beschreibt so ganz gut diese dauerhafte Wut, diese Gereiztheit, die irgendwie dann raus muss und gegen die man auch nichts machen kann. Aber manche Familien droht das auch regelrecht zu zerreißen. Werden Stimmungsschwankungen einfach unterschätzt?

04:12

Dr. Katrin Schaudig

Vor allem wird der Zusammenhang von Stimmungsschwankungen mit Hormonen unterschätzt. Und ich sehe auch oft Patientinnen, die mir dann im Nachhinein berichten, dass sie immer schlechter im Beruf arbeiten konnten, arbeitsfähig, leistungsfähig waren. Und was ich besonders tragisch finde, ist, dass das dann tatsächlich bis dahin führt, dass die Patientinnen aus dem Beruf aussteigen. Ich hatte vor einigen Monaten eine Patientin, leidenschaftliche Kriminalbeamtin, und die hat genau das gehabt, was Miriam Stein schildert.

Es kommt aber auch oft noch so eine Dünnhäutigkeit dazu. Also nicht unbedingt eine Wut, sondern- Mein Lieblingszitat, das ist schon uralte, aber es umschreibt alles. „Gestern bin ich beim Bäcker in Tränen ausgebrochen, weil mein Lieblingsbrot ausverkauft war“. Nun ist es so, es ist traurig, wenn das Lieblingsbrot ausverkauft ist. Aber niemand würde deswegen in Tränen ausbrechen. Normalerweise. Also dieses nicht angemessene Reagieren auf irgendein Ereignis ist auch typisch. Und es muss nicht unbedingt gut sein. Es kann auch ein Tränenausbruch sein. Und wenn es dann dazu führt, dass man schlechter arbeitsfähig ist, wird es dramatisch. Die Frauen gehen dann zum Hausarzt und sagen: „Bin nicht gut drauf,“

oder sie gehen auch mal zum Frauenarzt. Dann wird ein Hormonstatus gemacht, der in dieser Phase fast immer noch mehr oder minder normal ist. Dann wird denen gesagt: „Nee, nee, sie sind noch nicht in den Wechseljahren und entspannen sich mal. Und sie bluten ja noch und alles gut.“ Aber in Wahrheit stecken eben doch oft schon Wechseljahre dahinter. Was dann passieren kann ist aber, dass die Frauen dann letztendlich bei einem Neurologen oder Psychiater vorstellig werden, durchaus auch auf Anraten vom Hausarzt, Hausärztin, vom Frauenarzt, Frauenärztin. Und dann kommen so Äußerungen wie: „Ja, sie haben einfach zu viel Stress. Sie müssen was an ihrem Leben ändern.“

Wenn man da genau guckt, der Stress hat sich überhaupt nicht geändert. Die hatten auch schon in Phasen vielleicht noch mehr Stress, weil Doppelbelastungen mit Kindern und Beruf. Und das ist ja immer schon vielleicht viel gewesen und es ist nicht unbedingt mehr geworden. Aber plötzlich kann man damit schlechter umgehen. Und dann führt es dann da zu so vielleicht gut gemeinten Ratschlägen: „Ändern Sie was an ihrem Leben. Sie müssen den Stress rausnehmen.“ Es kann dann sein, dass so jemand in einer Burn-out-Klinik landet oder in einer psychosomatischen Klinik. Aber was ich eben besonders schlimm und traurig finde, ist, dass es nicht selten Situationen gibt, wo die Frauen entweder in den Vorruhestand gehen -Das war bei dieser Kriminalbeamtin so. Das fand ich wirklich ganz schlimm. Irgendwie. Die wollte nämlich eigentlich gar nicht schon den Ruhestand, die war gerade mal 50- Oder aber das Frauen sagen: „Ich muss in einen anderen Job und das ist alles nichts mehr für mich.“ Sich um Beförderungen nicht mehr bemühen und, und, und. Also das sind Sachen, die tatsächlich mit diesen Stimmungsproblemen in dieser frühen Übergangsphase oder mittleren Übergangsphase eine Rolle spielen.

Katrin Simonsen

Weil man einfach das Gefühl hat, man schafft alles nicht mehr. Es überfordert einen auch gerade.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, es ist so- Es ist alles wie ein Berg vor mir.

Und wenn ich dann so nachfrage, sagen die dann: „Ja irgendwie, eigentlich hat sich an meinem Leben nichts geändert.“ -Ich frage da noch so nach: „Gibt es irgendwie eine zusätzliche Belastung?“- „Aber plötzlich wach ich morgens auf oder schon vorzeitig auf“.

Auch das ist ja ein typisches Phänomen. Der Schlaf ist ja ebenfalls in dieser Phase häufig nicht mehr gut, wird unterbrochen. Man liegt nachts lang wach und kann nicht wieder einschlafen. Und dann Grübeln die Frauen. Und dann dreht sich das ganze Leben im Kopf und plötzlich wird alles zum Problem, was eigentlich gar kein Problem ist. Dann stehen die auf. Wir hatten eine Lehrerin, die gesagt hat: „Ich sollte ein Frühstück für meine Kollegen im Lehrerzimmer vorbereiten und das war wie ein Berg vor mir. Und dann saß ich letztlich heulend im Lehrerzimmer und dachte ich schaffe es einfach nicht.“ Also, das ist schon relativ typisch. Und es ist ganz typisch für diese Übergangsphase, weil die regelmäßigen hormonellen Schwankungen, die Frauen im Zyklus gewöhnt sind -Das ist so wie Ebbe und Flut- Die geraten ja so durcheinander. Das hatten wir auch schon in vorherigen Folgen, wir sagen ja dann immer „Springfluten und Tsunamis.“ Und Die geraten durcheinander. Und wahrscheinlich sind es diese irren Schwankungen der Hormonspiegel, begleitet immer mal von so -wie soll ich es mal sagen- so Hormonpiekern aus der Hirnanhangsdrüse, die versucht, den Eierstock noch einmal zu normalem Arbeiten anzuregen. Was genau dieses Problem auslöst, wissen wir gar nicht so genau.

8:53

Katrin Simonsen

Ich habe noch eine spannende Zahl gefunden. Und zwar gab es eine Studie im Jahr 2008, da sagen 70 Prozent der Frauen im Klimakterium, dass Reizbarkeit das Symptom Nummer Eins ist. Finde ich schon ganz schön gravierend, muss ich sagen. 70 Prozent.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das finde ich auch viel. Und ich glaube auch, dass es realistisch ist, Frau Simonsen. Es gibt auch viele wissenschaftliche Studien, da wird immer gesagt das Hauptsymptom sind die Hitzewallungen. Aber auch das hatten wir ja auch

schon in vorherigen Folgen: Die Hitzewallungen treten ja häufig erst vorher auf. Ich glaube, dass dieses Reizbarkeit- oder Stimmungsproblem von vielen Frauen gar nicht wahrgenommen wird als wechselljahres-assoziiert und deswegen auch nicht abgefragt wird. Deswegen äußern die das gar nicht, die denken: „Das hat gar nichts damit zu tun.“ Es gibt ja auch Studien, dass auch dieses Schlafproblem mindestens so dominant ist, wie das Stimmungsproblem. Und das zahlt ineinander. Wenn ich schlecht schlafe, bin ich am nächsten Tag schlechter drauf und das schlägt sich auch in der Stimmung nieder. Ich glaube, das kann man gar nicht trennen voneinander.

Katrin Simonsen

Kommen wir aber noch mal zurück zu der Frage. Woher kommt das eigentlich in den Wechseljahren? Sie haben schon gesagt, so ganz sicher kann man es gar nicht sagen. Ich habe zwei Erklärungen gelesen. Es würde das stimmungsausgleichende Gestagen fehlen. Oder Erklärung Nummer Zwei: Es liegt am weniger werdenden Östrogen. Das ja wiederum für die Produktion von Serotonin gebraucht wird, dem sogenannten „Glückshormon.“

Dr. Katrin Schaudig

Ja also erst einmal gleich zum Ersten mit dem stimmungsausgleichenden Gestagen: Ich finde, das ist so ein Mythos und den muss man aus meiner Sicht tatsächlich auch wirklich argumentativ aus dem Weg räumen. Es war jetzt vor kurzem auch im Spiegel ein großer Artikel, da bin ich auch mehrfach zitiert worden. Es wurden aber auch andere Menschen zitiert und da wurde auch so behauptet, dass das Gestagen so stimmungsausgleichend ist. Wir müssen uns immer mal angucken, was passiert im natürlichen Leben. Also sprich, bei -sagen wir mal- einer 30-jährigen Frau mit dem regelmäßigen Zyklus. Die hat überhaupt nur in der zweiten Zyklushälfte Progesteron. Wenn Sie mal Frauen fragen, wann sind Sie besser drauf: In der ersten oder zweiten Zyklushälfte? Dann würde der weitaus größere Teil der Frauen sagen: „Nee, nee. In der ersten Zyklushälfte bin ich besser drauf.“ Da haben die gar kein Progesteron. Am besten sind eigentlich Frauen un-

terwegs in der zweiten Zykluswoche. Also sagen wir mal so zwischen Tag 7 und Tag 14. Da hat man Östrogen in stark ansteigender Menge und noch überhaupt kein Progesteron. Wenn es tatsächlich der Progesteronmangel wäre, der dieses Problem begründet, dann müssten ja alle Frauen, junge, gesunde Frauen, in der ersten Zyklushälfte, wenn kein Progesteron da ist, viel schlechter drauf sein. Ist aber nicht so. Im Gegenteil gibt es viele Thesen, die sagen, dass es gerade das Progesteron ist, das in der zweiten Zyklushälfte Stimmungsschwankungen auslöst. Also die aktuelle -na ja, ich würde mal sagen- wissenschaftliche Hypothese dafür, was das prämenstruelle dysphorische Syndrom auslöst. Also übersetzt Stimmungsschwankungen oder Stimmungseinschränkungen in den ein bis zwei Wochen vor der Regel. Dass das vermutlich ausgelöst wird bei manchen Frauen durch die individuelle Verstoffwechslung des Progesterons an einem Rezeptor im Gehirn.

Das ist der GABA-Rezeptor. Und da gibt es offensichtlich auch, -das ist individuell unterschiedlich und auch genetisch bedingt- Frauen, die das so verstoffwechseln, dass das Progesteron in diesem Hirnbereich tatsächlich eher Wut, Aggression, Depression, „Heulerrichkeit“, Dünnhäutigkeit auslösen kann. Wir sehen ja auch viele, viele Laborbefunde. Mir fällt immer wieder auf, dass ich gerade in dieser Lebensphase auch oft das mal sehe, dass im Verhältnis mehr Progesteron als Östrogen da ist in der zweiten Zyklushälfte. Also eher so eine Verschiebung in Richtung: Zu viel Progesteron. Also ich würde auf keinen Fall sagen, dass es der Mangel an Progesteron ist, der die Stimmungsschwankungen macht. Vielleicht ist es ein relatives Ungleichgewicht zwischen den beiden Hormonen.

Aber sehr viel wahrscheinlicher ist das Auf und Ab. meine Kollegin Frau Schwenkhagen sagt immer: Das Gehirn ist ein Beamter, mag es möglichst gleichmäßig und ohne viel Schwankungen. Die normalen Zyklusschwankungen ist unser Gehirn gewöhnt. Aber dieses wahnsinnige Auf und Ab in der Übergangsphase, wo die Hirnanhangsdrüse immer wieder versucht,

den Zyklus anzuturnen- „komm, es muss doch noch mal ein Ei-Bläschen herangehen und nochmal eine Schwangerschaft möglich sein.“ Das ist ja der biologische Zweck von dem ganzen Zyklus. Also Schwangerschaften auslösen. Also dieses Aufbäumen der Hirnanhangsdrüse und der darüber gelegenen Hirnareale, um zu versuchen, noch mal einen Zyklus zustande zu bringen, löst ziemlich sicher zumindest zum Teil diese Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen aus. Dann gibt es sogenannte Neurotransmitter, die da eine Rolle spielen. Sie haben gerade schon das Serotonin genannt. Es gibt ja noch andere Schaltzentralen dort oben im Hypothalamus. Wir haben, glaube ich, auch schon mal über die sogenannten KNDy-Neuronen gesprochen, die auch für die Entstehung von Hitzewallungen eine entscheidende Rolle spielen.

Meine persönliche Überzeugung ist, dass die vielleicht auch eine Rolle spielen über die Auslösung und Anschiebung von anderen Botenstoffen im Gehirn, die diese Schlafstörungen machen, die diese depressiven Verstimmungen machen. Also wir wissen auch aus vielen Studien, dass eine ganze Reihe von Hirnleistungen -und Schlaf und Stimmung hat ja, was mit dem Gehirn zu tun- beeinträchtigt sind in der Übergangsphase. Und es betrifft auch die Kognition, also die Konzentrationsfähigkeit, die Denkfähigkeit, die auch in dieser Übergangsphase besonders ins Stolpern gerät.

Katrin Simonsen

Das heißt, die zwei Thesen- können wir eigentlich sagen: Nicht wirklich, dass die zutreffen.

Dr. Katrin Schaudig

Also auf keinen Fall stimmt die These mit dem Progesteronmangel. Was ein Östrogenmangel am Serotonin-System macht, das könnte noch eher eine Rolle spielen. Dass so Phasen von Östrogen-Löchern oder einem relativen Ungleichgewicht von Östrogen das machen. Aber wir sehen ja auch Frauen, die Phasen mit viel zu viel Östrogen haben. Das ist auch nicht gut. Also es ist so eher diese Schwankungen, die wahrscheinlich die wesentliche Rolle spielt.

Katrin Simonsen

Und wenn jetzt einige verwirrt sind, weil ich hatte ja gesagt: Stimmungsausgleichendes Gestagen, sie sprechen von Progesteron...

Dr. Katrin Schaudig

Vielleicht muss man es anders sagen: das körpereigene Gestagen ist das Progesteron. Ob wir das jetzt zuführen, als bioidentische Substanz oder ob der Körper es selber produziert, ist ja letztlich wurscht. Also es ist das, was eigentlich die Natur als Gestagen -ist gleich Gelbkörperhormon- im Rennen hat.

15:46

Katrin Simonsen

Nun kennen ja wir Frauen oder viele von uns Frauen- Ich kenne es zumindest, dass man immer so bevor die Periode kam, sogenannte PMS bekam. Also da war man auch schlecht drauf, reizbar, nervös. Kann man sagen, dass vielleicht Frauen, die diese PMS auch haben, eher anfällig sind, dann Stimmungsschwankungen in den Wechseljahren zu bekommen? Oder gibt es da keine Erkenntnisse?

Dr. Katrin Schaudig

Das ist schon so interessant. Also, was ich auch vorhin- dieses PMDS, wo vor allen Dingen die Dysphorie, also die Stimmungseinschränkung eine Rolle spielt- Das ist genau das, was ich gerade auch schon angesprochen hatte. Dass die wahrscheinlich durch Progesteron selber ausgelöst wird. Wir wissen grundsätzlich, dass Frauen, und da gibt es auch gute Daten dazu, die in der Vorgeschichte eine depressive Verstimmung hatten, eine Wochenbettdepression- Das muss nicht unbedingt eine manifeste Depression gewesen sei, aber ein- Babyblues nennt man das ja so ein bisschen landläufig. Und auch die, die auch schon als junge Frauen unter diesem PMDS oder PMS gelitten haben, auf die Psyche bezogen, dass die tatsächlich ein höheres Risiko haben, in den Wechseljahren depressive Symptome zu haben. Und dafür muss man auch wissen: Das kann dann auch mal in Einzelfällen in eine richtige volle Depression abgleiten. Da gibt es so Abstufungen. Ist es jetzt nur eine depressive Episode, ist es eine depressive Verstimmung. Oder ist es eine richtig manifeste Depression, die auch zwingend

einer neurologischen Behandlung oder psychiatrischen Behandlung bedarf? Möglicherweise auch mit Psychopharmaka. Also insofern, das ist eine schwierige Trennlinie. Und das darf man auch als Ärztin oder Arzt nicht übersehen. Also wenn die Patientin sagt: „Ich will morgens überhaupt nicht mehr aufstehen.“ Es gibt so verschiedene Fragebögen und Scores für Depression. Die kann man auch gut nachlesen. Also im Zweifelsfall ziehen wir dann auch gerne neurologische oder psychiatrische Fachkollegen mit ins Gespräch und schicken die Patienten eben da auch mal hin. Grundsätzlich nochmal: Frauen, die in der Vorgeschichte irgendwie irgendeine dieser Episoden hatten -Angststörung, Panikattacken und, und, und- haben in den Wechseljahren ein erhöhtes Risiko, dass das sie schlimmer betrifft als andere.

Katrin Simonsen

Jetzt kommen wir noch mal zu den normalen Stimmungsschwankungen. Werden die auch einfach von allein dann wieder besser? Oder sollte man auf alle Fälle was tun dagegen?

Dr. Katrin Schaudig

Also ich finde, so ein bisschen muss man das abhängig machen davon: Wie stark ist die Patientin beeinträchtigt? Ich glaube ja immer, der allererste Schritt ist, dass man versteht, was mit einem passiert. Also, dass man selber wahrnimmt und auch begreift: Das hat jetzt was mit den Wechseljahren zu tun. Dass aber auch die Umgebung das wahrnimmt. Also allem voran die Familie, der Partner und auch vielleicht der Hausarzt, die Hausärztin. Der Frauenarzt und die Frauenärztin natürlich auch. Also, dass klar wird: Aha, wir haben es hier mit Wechseljahren zu tun. Das schafft tatsächlich schon eine gewisse Entspannung. Das ist ja auch häufig ein vorübergehender Prozess. Also gerade das Auf und Ab der Stimmung wird häufig besser, wenn die Wechseljahre voranschreiten und man dann tatsächlich aufhört zu bluten. Dann kommen vielleicht Hitzewallungen, die Schlafstörungen hören häufig nicht auf. Ich habe auch einzelne Patientinnen, die auch nach der letzten Regelblutung sagen: „Meine Stimmung ist immer noch nicht so richtig gut.“ Das gibt's schon auch. Aber dieses, was Sie vorhin auch geschildert haben aus dem Buch von Miriam Stein: Diese Wut, die raus

muss. Dass man so gar nicht mehr weiß, was ist, das wird häufig besser. Also ich glaube Awareness, wie man auf neudeutsch sagt, -also Bewusst sein, was ist hier eigentlich los? - Ist schon der erste Schritt. Und dann muss man einfach gucken: Wie stark ist die Beeinträchtigung? Was kann die Patientin machen? Da gibt es alle möglichen Methoden. Ich finde zum Beispiel dieses Achtsamkeitstraining ganz schön. Da gibt es auch richtig Kurse im Internet, die man machen kann, bei YouTube. Also dafür muss man nicht unbedingt viel Geld bezahlen. Da gibt es auch Studien dazu, dass die gerade bei diesen depressiven Verstimmungen in den Wechseljahren tatsächlich hilfreich sind. Es kann auch mal Hypnose sein. Akupunktur kann es mal sein. Kognitive Verhaltenstherapie. Das ist dann schon aufwendiger, weil man muss dann ja richtig einen Therapeuten finden.

Oder eben eine Hormontherapie. Und das kommt immer darauf an, wie stark der Leidensdruck ist. Und ich sehe manchmal Patientinnen, die mir dann Dinge, wie wir sie jetzt alle geschildert haben, erzählen. Und dann sage ich immer: Gut also, wir können jetzt mal einen Hormonversuch machen. Und wenn ich dann erkläre, wie man das machen kann, dann sagen dann oft die Frauen: „Ach, ich versuche es doch jetzt erst einmal ohne.“ Und da sage ich: Okay, prima. Kommen Sie in drei Monaten wieder und dann schauen wir uns an, wie es ihnen geht. Also der Leidensdruck der Frau ist eigentlich das Entscheidende, ob man was machen muss oder nicht. Und je stärker der ist, desto eher wird man dann doch auch mal sagen: Gehen Sie vielleicht doch noch mal zu einem Neurologen oder Psychiater.

Katrin Simonsen

Apropos Leidensdruck. Monika hat uns geschrieben:

Die ist 43 Jahre alt und hat einen großen Leidensdruck mit massiven Stimmungsschwankungen. Die haben sich im letzten Jahr deutlich verschlechtert und vor allem in der zweiten Zyklushälfte tritt das bei ihr auf. Hinzu kommen dann noch Verdauungsprobleme, Übelkeit, Müdigkeit, Erschöpfung, Antriebslosigkeit, deutlich stärkere Monatsblutung, Konzentrati-

onsprobleme. Und ihr hat die Frauenärztin gesagt -jetzt kommt das wieder, das liegt am Progesteronmangel. Und ihr wurde Bonasanit® plus verschrieben. Ich habe da mal nachgeschaut, das ist eine Kombination von Mikronährstoffen. Und Monika fragt nun: Ja, soll sie warten, bis das irgendwie hilft? Das dauert ihr irgendwie zu lang. Oder kann sie noch was Anderes tun?

Dr. Katrin Schaudig

Auch da muss man noch mal ein bisschen ausholen. Wenn man sagt- Das würde man ja alles so subsumieren unter PMS. Und da muss man so ein bisschen unterscheiden. Es gibt eine Form des PMS, die eher dominant Brustspannungen und Wasseransammlungen macht. Das ist tatsächlich ein Symptom des Progesteronmangels. Aber das, was Monika hier schildert, mit Übelkeit, Müdigkeit bis zur Erschöpfung, das würde ich eher einem Progesteron-Effekt zuordnen. Was wir beobachten ist, dass es Frauen gibt, die sagen: „Ich habe immer schon ein bisschen PMS oder PMDS“ –Das D steht sozusagen für Dysphorie oder man kann auch sagen depressive Verstimmung- „Da habe ich immer schon darunter gelitten. Seit ich 40 bin, nimmt es irgendwie zu.“ Woran es genau liegt, wissen wir nicht, ob es doch an den Schwankungen liegt. Und ich sage es nochmal: Wenn ich dann bei solchen Frauen Hormonuntersuchungen mache, sehe ich nicht selten ein relative Progesteron-Dominanz, sogar.

Das hört sich jetzt paradox an. Weil wir wissen, dass wenn man bioidentisches Progesteron schluckt, hat es bei vielen Frauen eine schlafanstoßende Wirkung. Also das ist so ein bisschen widersprüchlich in sich. Ich möchte auch nicht ausschließen, dass es einen Teil der Frauen gibt, wenn die dann Progesteron nehmen, dass das die so ein bisschen runterfährt. Also es ist ein bisschen angstlösend. Es ist ein bisschen schlaffördernd. Es gibt aber auch Frauen- Und das passt wieder zu dieser Hypothese, dass das Progesteron eigentlich diese Stimmungsschwankungen der zweiten Zyklushälfte auslöst. Dass, wenn man denen Progesteron zum Schlucken gibt. Dass die sagen:

„Meine Stimmung hat sich dramatisch verschlechtert und mir geht es einfach insgesamt nicht mehr so gut.“ Also ich möchte gar nicht jetzt gegen das natürliche Progesteron prinzipiell wettern. Man muss das ausprobieren. Da reagiert jede Frau anders. Aber so wie Monika das schildert, würde ich sagen: Das hört sich nicht nach Progesteronmangel an, sondern eher nach den Schwankungen. Wenn die wirklich hormonell was machen will, müsste man ihr ein Gelbkörperhormon geben, was nicht bioidentisch ist. Sondern eines, was den Zyklus einfach ausbremst. Hatten wir auch schon in mehreren vorherigen Folgen. Aber vielleicht für diejenigen, die das nicht gehört haben, wir drücken auf die Bremse. Wir schalten sozusagen die eigene Progesteronwirkung aus. Hört sich jetzt paradox an. Also, man kann beides mal ausprobieren. Erst Progesteron geben, aber wenn das nicht funktioniert, dann den eigenen Zyklus ausschalten. Dafür sind die bioidentischen oder die natürlichen Gestagene nicht geeignet. Die sind einfach nicht hoch genug dosiert. Es schwankt dann weiter, nur auf höherem Niveau.

Das heißt, was da sehr gut geeignet ist, sind die sogenannten Gestagen-Monopillen. Muss man auch selber bezahlen. Ist eine Antibabypille, also nur zur Empfängnisverhütung zugelassen. Da gibt es im Moment zwei auf dem Markt. Die Wirkstoffe heißen „Desogestrel“ oder „Drospirenon“. Ich darf jetzt, oder will auch nicht, die Handelsnamen sagen. Aber das wissen auch die Frauenärztinnen und Frauenärzte alle. Und die nimmt man dann durchgehend. Jetzt ganz wichtig. Wenn man die nur nimmt, kann es dann sein, dass man phasenweise bereits Östrogenmangel erzeugt. Und deswegen geben wir dann meistens schon ein bisschen Östrogen dazu, am liebsten als Gel. Mit so einer Kombination haben wir auch keine nennenswerten Risiken. Also wir haben kein Thromboserisiko. Wir haben kein Schlaganfallrisiko. Wir haben aller Voraussicht nach auch, wenn überhaupt, nur ganz minimalen Einfluss auf Brustkrebsrisiko. Also das ist was, was wir dann in dieser Übergangsphase gerne einsetzen, um hormonelle Schwankungen quasi zu glätten.

Dass es nicht mehr so rauf und runter geht. Und das hilft auch gerade in solchen Situationen ziemlich gut. Wir machen das schon viele Jahre und haben eigentlich gute Erfolge damit. Für die Frauen ist es oft so ein bisschen ein zu starker Eingriff. Das ist schon ein Eingriff in den Hormonhaushalt. Man bremst sozusagen den Zyklus aus. Also man unterdrückt den eigenen Zyklus, aber mit dem Ziel gleichmäßigere Hormonspiegel zu schaffen. Die Hirnanhangsdrüse beruhigt sich dann in aller Regel wieder. Der wird so signalisiert: Ach, entspann dich mal, du musst hier nicht verrücktspielen. Schütte nicht das FSH wie verrückt aus. Und das funktioniert. Das kann man auch wunderbar über einen längeren Zeitraum machen. Wichtig ist nochmal, dass der Östrogenspiegel oder die Östrogenwirkung sollte im Auge behalten werden. Und deswegen häufig dann bereits ein Östrogen dazu. Mehr oder weniger dosiert, das kommt auf die einzelne Situation an.

26:20

Katrin Simonsen

Dann hatte uns Nadja geschrieben:

Sie ist Mitte 40 und sie leidet unter PMDS. Das haben sie schon vorhin angesprochen, prämenstruelle, dysphorische Störung. Und sie nimmt momentan einen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer. Das funktioniert ganz gut. Und sie fragt sich jetzt: Was erwartet sie, wenn sie in die Wechseljahre kommt

Dr. Katrin Schaudig

Also, das ist tatsächlich so. Die Therapiestrategie beim PMDS ist entweder, den Eisprung zu unterdrücken oder einen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer einzusetzen. Da läuft jetzt bei Nadja eigentlich alles richtig. Man kann sogar bei Frauen mit so einem PMDS versuchen, diesen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer – kurz SSRI genannt – nur in der zweiten Zyklushälfte zu geben. Interessanterweise funktioniert das. Normalerweise, wenn man das als Antidepressivum einsetzt – also das sind Medikamente, die man auch Frauen mit Depressionen gibt – dann muss man es durchgehend geben. Und da ist der Wirkeintritt auch erst nach sechs, acht Wochen zu erwarten. Bei PMDS interessanterweise ein direkter Wirkeintritt.

Und da ist noch mal was Wichtiges. In dem Wort steckt ja Serotonin drin. Sie haben das vorhin schon erwähnt, dass vielleicht der Einfluss auf den Serotoninstoffwechsel bei den Stimmungsschwankungen eine Rolle spielt. Und daran sieht man auch, das nützt tatsächlich was. Das heißt in den Wechseljahren könnte man dann vielleicht zusätzlich zu diesem SSRI auch dann eine Zyklusunterdrückung machen. Aber es ist schwer vorhersehbar, wie das die einzelne Patientin betrifft. Ich würde nie prophylaktisch schon mal was machen, sondern ich würde mal abwarten: Okay, wie geht es mir? Kann man ja innerhalb von ein bis zwei Monaten beobachten. Den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer würde ich dann auf keinen Fall absetzen, könnte total kontraproduktiv sein. Aber vielleicht mache ich zusätzlich so eine Zyklus Unterdrückung. Beides ist denkbar.

Katrin Simonsen

Sie haben vorher schon gesagt, dass viele Frauen im Zusammenhang mit den Stimmungsschwankungen dann auch über Antriebslosigkeit, depressive Verstimmungen klagen und manche auch in eine richtige Depression rutschen. Wo ziehe ich da sozusagen die Grenze? Was ist noch Stimmungsschwankungen und depressive Phase und was ist eine richtige Depression?

Dr. Katrin Schaudig

Also, wie ich auch gerade schon gesagt habe, das muss man tatsächlich im Einzelfall sehen. Dieses überhaupt nicht mehr aufstehen wollen morgens, auch eine Stumpfheit im Leben und diese Ausprägung des Symptoms bis hin zu suicidalen, also Selbstmordgedanken. Das muss man ein bisschen fragen. Und es gibt da entsprechende Fragebögen, die man auch mit den Patientinnen durchgehen kann. Wenn man viel klinische Erfahrung hat und viele Patientengespräche führt, dann spürt man das schon so ein bisschen raus. Und wenn ich im Gespräch den Eindruck habe, das ist hier jetzt wirklich ein dramatisches Problem. Ich sage es jetzt noch mal: Selbstmordgedanken oder überhaupt nicht mehr aufstehen wollen, zum normalen Leben nicht mehr in der Lage sein. Spätestens dann würde ich sagen okay, wir müssen jetzt einen entsprechenden Fachkollegen

dazu holen. Interessanterweise gibt es tatsächlich eine relativ neue Studie, die sogar sagt: Frauen, die dann eine schwere Depression entwickeln, profitieren von einer doppelten Therapie mit Antidepressiva plus Hormonen. Passt auch so ein bisschen zu dem, was wir gerade zu der Patientin gesagt haben, die die Frage hatte: Ich habe immer schon ein schweres PMDS, was muss ich in den Wechseljahren erwarten? Also es kann einfach sein, dass wir da doppelgleisig fahren. Und interessanterweise scheint es so zu sein, dass die Frauen von einem doppelgleisigen Vorgehen profitieren. Ich kriege manchmal von Psychiatern Patientinnen geschickt in dieser Lebensphase, die schon mit allen möglichen Antidepressiva behandelt werden und es trotzdem noch nicht perfekt ist. Und dann sagen die: Können Sie hormonell noch was machen? Und dann, je nachdem, wenn die in der Übergangsphase ist, fahren wir eher diese Schiene Zyklusunterdrückung plus ein bisschen Östrogen dazu.

Wenn die aber schon eindeutig postmenopausal sind, also nach der letzten Regelblutung, dann kann man auch da durchaus mit bioidentischen Hormonen arbeiten. Ich bin da trotzdem immer ein kleines bisschen zurückhaltend mit natürlichem Progesteron, weil das bei einzelnen Patientinnen -aber wirklich nur bei einem kleinen Teil- auch Stimmungsschwankungen verstärken kann. Aber das kann man ausprobieren. Also ich sage dann manchmal da: Okay, wir probieren jetzt mal das Eine. Und wenn das nicht funktioniert, haben wir dann noch das Dydrogesteron, was ja dem Progesteron sehr nahesteht. Also ähnlich wenige Nebenwirkungen auf Brust und alles andere hat, aber diese Psycho-Nebenwirkungen eben nicht hat. Also das macht keine Depression. Es macht keine Wutauslösung. Also es hat diese Nebenwirkungen, die es nur bei manchen Frauen hat, eben nicht. Und da sehen Sie schon, das ist echt komplex. Es gibt auch Frauen, die sagen: Seit ich das Progesteron nehme, ist mein Leben total in Ordnung. Neulich war eine, sagte das war ein echter Gamechanger, so ein neumodisches Wort. Also Frauen sind unterschiedlich. Man muss alles ausprobieren. Nur an der Stelle noch mal: das Progesteron ist gerade in der Übergangsphase nicht das ideale Medikament.

Katrin Simonsen

Und Sie haben vorhin das auch schon angedeutet. Frauen, die sozusagen schon mit Depressionen zu tun hatten früher, da könnte es sein, dass in den Wechseljahren sich die Depressionen dann auch nochmal verstärken.

Dr. Katrin Schaudig

Ja oder neu auftreten. Also wenn ich so eine Anamnese mache, also Krankengeschichte, dann frage ich schon immer mal. Das gibt es auch bei uns. Unsere Patientinnen kriegen alle Fragebögen. Haben Sie schon mal eine seelische Erkrankung gehabt? Auch Frauen z. B. mit einer Essstörung in der Vorgeschichte. Das sind alles so -Wie soll ich mal sagen- kleine rote Flaggen auf die ich achten muss. Und die Patientinnen haben dann ein etwas höheres Risiko, dass die in den Wechseljahren ein Problem bekommen. Was wir noch gar nicht so richtig angesprochen haben, ist auch das Thema der Panikattacken und Angststörungen. Ich habe Patientinnen, die dann mir erzählt haben: Ich fahre in den Elbtunnel und plötzlich kriege ich eine totale Panikattacke. Oder beim Flug. Und auch das kann sich durch die Wechseljahre entweder verstärken oder überhaupt erst losgehen. Auch da sollte man daran denken, vielleicht können wir da hormonell was machen.

Katrin Simonsen

Und haben das auch die behandelnden Ärzte, also die Psychiater, haben die das eigentlich auf dem Schirm?

Dr. Katrin Schaudig

Gute Frage. Ich glaube, es ist sehr unterschiedlich. Also, wir haben viele Kolleginnen und Kollegen in Hamburg, Neurologen und Psychiater, die mit uns kooperieren. Also unsere zuweisenden Ärzte sind durchaus auch die aus der Neurologie und Psychiatrie. Ich denke schon, dass es viele auf dem Schirm haben, aber nicht alle.

Katrin Simonsen

Jetzt kommen wir zu unseren Hörerinnen-Fragen. Britt ist 56, ist seit sechs Jahren in der Menopause und bis auf ein paar Hitzewallungen verlief alles problemlos. Aber seit einigen Wochen merkt sie verstärkt Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit, Unruhe, Herzstolpern. Und sie ist sich ein bisschen unsicher mit den Symptomen, weil sie sich fragt: Können denn

Wechseljahressymptome auch sechs Jahre nach der Menopause noch auftreten?

Dr. Katrin Schaudig

Also wichtig ist mir noch einmal, wenn die Patientin meint tatsächlich Menopause, letzte Blutung -also ich geh mal davon aus, dass sie sagt, vor sechs Jahren letzte Blutung. Ich finde das ein bisschen untypisch. Ich sehe immer mal wieder solche Patientinnen, die dann sagen: „Ja, vor fünf oder zehn Jahren hatte ich die Menopause, und plötzlich geht es mir schlechter.“ Ich wäre da eher geneigt, die Patientin tatsächlich neurologisch, psychiatrisch behandeln zu lassen. Das Herzstolpern, da muss sie natürlich auch mal zum Kardiologen gehen, also zum Herzspezialisten. Manchmal, je nachdem, wie die Patientinnen das schildern und auch so den Verlauf schildern- Wenn die z. B. sagen: „ja, das hat dann so zugenommen im längeren Abstand zur Menopause,“ kann man mal erwägen, einen Hormon-Versuch zu machen. Das kann man machen.

Das ist dann, wenn Sie so wollen, fasst ein diagnostischer Test. Wird es besser mit Hormonen oder nicht? Manchmal mache ich das, kommt auf die Situation an. Und dann nutzt auch kein Hormonstatus übrigens. Die kommen dann oft und sagen: „Machen Sie doch mal ein Hormonstatus.“ Ich kann Ihnen jetzt schon sagen, wie der aussieht. Der der ist, wie bei allen Frauen sechs Jahre nach der Menopause. Das muss man im Einzelfall entscheiden, wie man vorgeht. ob man so einen Trial-and-Error Versuch macht. Ich mache das manchmal. Diagnostischer Test, niedrig dosiertes transdermales, also über die Haut gegebenes, Östrogen mit einem natürlichen Gelbkörperhormon dazu. Kann man ausprobieren. Es ist einen Versuch wert. Aber es ist eigentlich so ein bisschen jenseits der Leitlinie, zumal die Patientin auch gar keine Hitzewallungen hat, sondern die hat ja tatsächlich eher so andere Symptome. Und nach Leitlinien geben wir eigentlich bis jetzt Hormone nur bei Hitzewallung.

Katrin Simonsen

Also ist eigentlich untypisch, so lange nach der-Also, wenn es jetzt wirklich die Menopause ist.

Dr. Katrin Schaudig

Es ist untypisch, aber im Einzelfall kann es trotzdem mal auch hormonmangelbedingt sein, dass sich das erst schleichend entwickelt. Vielleicht muss man dazu sagen: Bei manchen Frauen ist es schon so, dass der Eierstock auch nach der Menopause immer noch so ein bisschen Hormone produziert. Und diese Hormonproduktion ist dann vielleicht nach sechs Jahren dann endgültig zum Erliegen gekommen. Also, das ist theoretisch auch noch mal eine Hypothese. Aber wie gesagt, da würde ich schon mal alles andere erstmal abklären.

Katrin Simonsen

Uns haben Hörerinnen geschrieben, die seit vielen Jahren unter Depressionen leiden. Jetzt kommen die Wechseljahresbeschwerden, und sie werden mit bioidentischen Hormonen behandelt. Die Beschwerden gehen weg, die Depressionen haben sich allerdings verschlimmert.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist genau das, was wir vorhin gesagt haben, gerade in dieser Übergangsphase. Perimenopause, also in den Wechseljahren, wenn der Eierstock noch so ein bisschen mitmischtdann ist es einfach so, dass das natürliche Progesteron tatsächlich Depressionen verschlechtern kann. Ich musste es noch einmal sagen. Nicht, dass am Ende dieses Podcast alle sagen: „Schaudig sagt, Progesteron ist Mist“. Nein, das ist wirklich unterschiedlich. Und diese Patientin gehört offensichtlich zu denen, für die das natürliche Progesteron nicht gut ist. Es gibt jetzt zwei Überlegungen. Entweder löst es bei ihr tatsächlich am GABA-Rezeptor im Gehirn eine depressive Verstimmung aus wie bei Frauen in der zweiten Zyklushälfte, die ein PMDS haben. Es könnte aber auch sein, dass das eigentliche Problem ihrer Depression die Schwankungen der Hormonspiegel sind. Und die beheben sie eben nicht mit dem Progesteron. Und ich höre es auch immer wieder, dass Patientinnen dann sagen: „Ich komme mit dem

Progesteron in dieser Übergangsphase nicht gut zurecht.“ Also nochmal: in der Perimenopause, also wenn der Eierstock noch mitmischtdann sind bioidentische Hormone nicht immer die Lösung. Das trifft zumindest fürs Progesteron zu, fürs Östrogen eigentlich nicht unbedingt. Aber wenn das Problem der Patientinnen schwankende Spiegel, auch vom Östrogen, sind, dann bringt es gar nichts, wenn ich bioidentisch was ins System bringe. Es schwankt nämlich dann weiter, nur auf höherem Niveau. Und wenn es die Schwankungen sind, die das Problem sind, dann mache ich mit den bioidentischen Hormonen nichts besser, sondern offensichtlich wie bei dieser Patientin einen Teil nur schlimmer.

37:47

Katrin Simonsen

Christina hat schwankende Hormonspiegel und hat deshalb die Pille Drovelis verschrieben bekommen. Auch bei ihr wurden die Depressionen schlimmer. Ich habe mal geschaut. Drovelis ist eine sogenannte Kombi-Pille.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das Drovelis ist ein relativ neues Präparat. Es ist eigentlich eine ganz spannende Kombination, weil das Östrogen, was da drin ist- Da spricht man auch von natürlichem Östrogen, ist aber eigentlich ein Östrogen, was nur während der Schwangerschaft vom Fötus selber produziert wird. Warum jetzt der Fötus in der Schwangerschaft dieses Estetrol, heißt es, produziert, wissen wir ehrlich gesagt nicht genau. Und nach der Schwangerschaft ist es alles weg. Macht auch der Fötus das nicht mehr und auch bei der Frau nicht. Man hat sich jetzt so ein bisschen versprochen, bei der Entwicklung dieses Präparats, dass es eben trotzdem eine natürliche Substanz ist und vielleicht dadurch manche Nebenwirkungen, die Hormone haben können -namentlich Thrombose, Schlaganfall, Brustkrebs- vielleicht geringer auftreten. Da haben wir aber noch keine Endpunktdaten. Ich würde eigentlich denken, dass die Drovelis- Weil das Gelbkörperhormon, was da drin ist, ist tatsächlich auch eins, was den Zyklus unterdrückt und von dem man auch aus Studien mit anderen Kombinationen weiß: Es hilft z. B.

ganz gut beim PMDS. Da würde ich jetzt eigentlich denken: Schlecht ist das Drovelis nicht für die Depression. In der Situation würde ich denken, die Depressionen haben nochmal eine andere Komponente. Vielleicht eben wirklich eine endogene Depression. Da muss meines Erachtens tatsächlich der Psychiater oder der Neurologe ran, on top. Also ich finde das keine schlechte Idee, jemanden, der perimenopausal ist, eine Drovelis zu verschreiben. Man muss ein bisschen aufpassen, wenn Risiken für Thrombosen da sind, wäre ich trotz allem damit vorsichtig, weil wir noch nicht genau wissen, was die Endpunktdaten sind. Aber eigentlich ist es schon das, was man machen würde. Eine Pille, um den Zyklus aus zu schalten. Und dass jetzt die Depression schlimmer werden, kann ich nicht so nahtlos erklären. Da würde ich aber tatsächlich unbedingt mich neurologisch nochmal beraten lassen.

39:54

Katrin Simonsen

Nun könnte es aber sein, dass man einfach eben das Medikamenten nicht verträgt. Und man probiert es dann doch noch mal mit dieser klassischen Methode „Monopräparat“ und ja-

Dr. Katrin Schaudig

Ich würde dann einfach- Und zwar würde ich dann nicht das Monopräparat nehmen, wo das Gestagen drin ist, was in Drovelis ist, das Drospirenon, sondern da würde ich dann tatsächlich Desogestrel mal ausprobieren. Einfach jedes Gestagen wirkt bei jeder Frau anders am Gehirn. Und das ist natürlich auch noch einmal das andere Problem, das alle Gestagene irgendwas an der Birne machen -Sage ich jetzt mal so flapsig. Und es ist tatsächlich total spannend, weil es bei jeder Frau unterschiedlich ist. Ich habe auch Frauen, die sagen, ich komme mit gar keinem Gestagen klar. Egal, ob bioidentisch, ob synthetisch, völlig wurscht, das bekommt mir alles nicht. Das ist dann tatsächlich so ein gewisses Dilemma. Aber das ist Gottseidank nicht so häufig. Muss man dann im Einzelfall lösen.

Katrin Simonsen

Und unser Podcast-Tipp heute ist der neue of-

fizielle „Rote Rosen“ Podcast. Genau. Die bekannte Telenovela im Ersten, die bekommt einen eigenen Podcast. Und auch wenn ihr das nicht guckt, egal, ich verspreche euch, der Podcast macht trotzdem Spaß. Host Martin Tietjen spricht mit Schauspielerinnen und Schauspielern und entlockt ihnen immer wieder überraschende und witzige Details. Es geht aber auch um relevante Fragen wie zum Beispiel warum es eigentlich Schauspielerinnen ab 40 schwerer als ihre männlichen Kollegen haben, an Rollen zu kommen. Der „Rote Rosen Podcast“, nicht nur für Fans, jeden Freitag gibt es eine neue Folge exklusiv in der ARD Audiothek.

Katrin Simonsen

Dann sind wir jetzt bei unserem nächsten Thema und zwar dem Thema Migräne. Da haben uns auch viele Hörerinnen dazu geschrieben. Wobei wir wahrscheinlich erst einmal kurz so unterscheiden müssen zwischen Kopfschmerzen, schlimmen Kopfschmerzen und Migräne. Das gibt's ja schon ein Unterschied...

Dr. Katrin Schaudig

Ja, da gibt es schon klare Unterschiede. Also Kopfschmerzen kennt ja jeder, wenn man irgendwie mal schlecht geschlafen hat. Spannungskopfschmerz und so weiter. Die Migräne lässt sich schon ganz klar abgrenzen vom normalen Kopfschmerz. Da gibt es natürlich auch Leitlinien dazu. Der Unterschied ist schon mal, dass die Migräne attackenartig, also anfallsartig auftritt, sehr lange andauern kann, also bis zu drei Tage. Im Einzelfall auch mal länger als drei Tage. Wenn man es nicht behandelt, dann sind es so pulsierende, pochende Schmerzen. Wird durch körperliche Aktivität verstärkt, es ist einfach ein extremer Schmerz. Und was man schon auch sehen muss, eine echte Migräne knockt die Patienten wirklich aus. Die sind auch gar nicht mehr richtig arbeitsfähig. Die liegen im verdunkelten Raum. Es kommt dann oft Übelkeit, Erbrechen, dazu eine Lichtempfindlichkeit, auch Geräuschempfindlichkeit. Also so eine Migräne. Die ist häufig einseitig, kann aber auch doppelseitig sein. Die ist einfach von ihrer Intensität, nicht mit einem normalen Kopfschmerz zu vergleichen. Also die

Patienten sind völlig neben der Spur. Ich gehöre zu den glücklichen Menschen. Ich habe keine Migräne, aber es gibt- also meine Kollegin hat z. B. Migräne. Das muss wirklich schlimm sein und man ist auch hinterher erschöpft. Es gibt häufig auch so Vorzeichen für eine Migräne, dass man so ein bisschen erst agitiert ist, ein bisschen Gähnen will, mehr Hunger hat.

Und es gibt dann auch noch einmal -Das ist auch noch einmal wichtig- diese klassische Aura einer Migräne. Das ist ein neurologisches Ausfallssymptom, was sehr häufig sogenannt visuell ist. Also was das Sehen anbetrifft. Und eine visuelle Aura ist sowas, da sehen sie plötzlich die Hälfte von ihrem Gesichtsfeld nicht mehr oder da entwickeln sich so Zacken und Farben. Ich kann es nur beschreiben, was mir Patientinnen beschreiben, wie das aussieht. Also das heißt, man hat plötzlich so richtig- Kann man nicht mehr richtig gucken. Da kann man auch nicht mehr Auto fahren. Und man guckt auf eine Zeitung und kann plötzlich die Hälfte von einer Seite nicht mehr sehen. Die visuelle Aura ist das Häufigste. Es gibt aber auch andere Auren. Dass man plötzlich komisch riecht, dass man plötzlich sensible Ausfälle hat, dass man die Hälfte vom Gesicht nicht mehr spürt. Sprachstörung entwickelt, höhere Riechstörung entwickelt, auch das, auch taube Finger bekommt. Das sind schon schlimmere Symptome.

Und diese Aura geht klassischerweise der echten Migräne dann so 20 bis 30 Minuten voraus. Und Patienten, die das kennen, wissen schon: „Oh mein Gott, jetzt geht es gleich los mit den Kopfschmerzen.“ Oft ist es dann sinnvoll, direkt im Ansatz diesen Schmerz zu durchbrechen, indem man direkt was nimmt. Naproxen hilft da z. B. gut. Aber auch dann, wenn man weiß, dass man Migränepatient ist, Triptane, sogenannte, die auch interessanterweise nur bei echter Migräne helfen und nicht bei einem Spannungskopfschmerz oder Kopfschmerz, weil man einen Kater hat oder so. Also da gibt es schon klare Unterschiede. Und ich würde,

auch, wenn der Verdacht auf eine Migräne besteht, immer einen Neurologen hinzuziehen. Das würde ich nicht mal so einfach lapidar irgendwie behandeln. Sondern würde ich mich einmal durchchecken lassen, um die Diagnose zu kriegen,

Katrin Simonsen

Weiß man eigentlich, ob Migräne auch was mit unseren hormonellen Schwankungen zu tun hat?

Dr. Katrin Schaudig

Also grundsätzlich haben sehr viel mehr Frauen Migräne als Männer. Und wir erleben auch, dass gerade in den Wechseljahren die Migräne-Problematik zunimmt. Es gibt Frauen, die zum Beispiel ihr Leben lang eine streng menstruationsgebundene Migräne haben. Das sind nicht so viele. Ich glaube zehn Prozent ungefähr. Also insgesamt, sagt man 10 bis 30 Prozent der Frauen haben eine Migräne, was echt viel ist. So diese streng menstruationsgebundene Migräne heißt, dass die immer nur dann eine Migräneattacke kriegen. Entweder genau zum Einsetzen der Blutung oder ein, zwei Tage vorher, also direkt im Regelzeitpunkt. Und dann gibt es Frauen, die besonders da Migräne haben, aber auch zu anderen Zeitpunkten im Zyklus. Und oft auch in der Zyklusmitte.

So, was passiert da? Mit dem Ende des Zyklus- also, wenn sozusagen keine Schwangerschaft eingetreten ist, rauschen alle Hormone in den Keller. Also das Progesteron und das Östrogen. Das Gleiche passiert übrigens nach dem Eisprung, da fällt auch der Östrogenspiegel ab. Und man weiß inzwischen, dass es vor allen Dingen der Abfall des Östrogens ist. Und zwar der steile Abfall des Östrogens, der bei Patientinnen mit einer Migräne den Anfall auslösen kann. Das sind auch die Patientinnen, die in der Einnahmepause einer Antibabypille- Da hat man nämlich das gleiche Phänomen, hohe Östrogenspiegel. Dann setzt man die ab, und zack rauscht der Östrogenspiegel in den Keller und das kann eine Migräne auslösen. Bei Pillenanwenderinnen, die sonst nicht unter Migräne leiden, sondern wirklich nur in dieser Einnahmepause, die Migräne haben, sagt man: Einfach durchnehmen. Wenn auch ansonsten Migräne auftritt, muss man so ein bisschen

vorsichtiger sein. Und Patientinnen die Migränen haben mit einer Aura vorneweg, die sollen eigentlich überhaupt keine Kombi-Pille nehmen. Die dürfen nur Gestagen-Monopillen nehmen. Also es gibt schon einen Unterschied. So jetzt haben wir vorhin schon gesagt, in den Wechseljahren haben wir viel mehr hormonelle Schwankungen. Das heißt, wir haben tiefere Täler des Östrogenspiegels. Wir haben aber auch höhere Berge des Östrogenspiegels. Das heißt diese normalen Auf-und-Ab-Schwankungen im Zyklus sind einfach extremer. Ich sage es noch mal, tiefere Täler, höhere Berge und beides kann Migräne begünstigen. Das heißt, wir sehen tatsächlich Patientinnen, die eine Verstärkung ihrer Migräne so ab 40 -also dann, wenn es so losgehen kann mit den Wechseljahren- haben. Und da ist vielleicht ganz wichtig: Die Östrogen-Löcher verstärken die Chance, dass man eine Migräne kriegt. Aber die Östrogenspitzen, können z. B. eine Aura triggern, das heißt auslösen. Das heißt wenn man mal so einen absolut hohen Östrogenspiegel hat, was durchaus mal sein kann in den Wechseljahren, dann kann es sein, dass man plötzlich dadurch eine Aura kriegt.

Katrin Simonsen

Und was empfehlen Sie dann Ihren Patientinnen? Auch den Zyklus runterfahren?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ja, ja. Also es ergibt sich eigentlich auch schon aus dem, was ich vorhin gesagt habe. Gehirn ist ein Beamter, wie meine Kollegin Frau Schwenkhagen immer sagt. Möglichst gleichmäßige, stabile Hormonverhältnisse schaffen, das heißt die Schwankungen rausnehmen, Zyklus unterdrücken. Das kann man gut mit einer Gestagen-Monopille machen. Also bei den Migränepatientinnen gebe ich ungern Kombinationspräparate. Auf keinen Fall bei denen mit einer Aura. Warum? Weil Patientinnen mit einer Migräne mit Aura schon von Haus aus ein erhöhtes Schlaganfallrisiko haben. Und wenn ich eine Kombinationspille mit geschluckten Östrogenen gebe, erhöhe ich dieses Risiko noch mehr. Und auch bei Patientinnen mit Migräne mit Aura, die sich jetzt in den Wechseljahren verschlechtert. Ich wäre da immer zurückhaltend mit oralen Östrogenen, also mit geschluckten Östrogenen oder mit

Kombinations-Antibabypillen, sondern lieber Gestagen-Mono- Aber auch dann ein Östrogen über die Haut dazu. Das ist auch ganz gut mit einem Pflaster. Man hat vielleicht mit einem Pflaster noch ein bisschen gleichmäßigere Spiegel als mit einem Gel. Gute Studien gibt es dazu nicht, aber auf jeden Fall nur über die Haut das Östrogen.

49:24

Katrin Simonsen

Jetzt werden einige Frauen sagen: „Na ja, ich bin vielleicht nicht Migränepatientin. Aber ich kenne dieses, vor der Regel, dass ich auf einmal Kopfschmerzen aus der Hölle bekomme und mir ist auch übel. Und ich kann dann nicht arbeiten gehen. Können die eigentlich dann in den Wechseljahren noch eine Migräne entwickeln? Oder ist das untypisch?

Dr. Katrin Schaudig

(Lacht) So wie sie das gerade geschildert haben, würde ich sagen die haben eine Migräne. Ist immer die Frage was mache ich da für einen Kleber drauf. Nenne ich es Migräne oder sage ich nee, ich habe keine Migräne? Also nicht arbeitsfähig, Übelkeit, Erbrechen und Mörder-Kopfschmerzen ist eigentlich eine Migräne. Würde ich so sagen. Ja, und da muss man nicht unbedingt ein Triptan einnehmen. Das hilft ja auch oft, wenn man Naproxen oder Ibuprofen nimmt. Also, so ein nichtsteroidales, entzündungshemmendes Medikament. Migräne ist nämlich letztlich eine Art Entzündungsreaktion der Gefäße, ist jetzt zu kompliziert, um die genauen Mechanismen zu beschreiben. Aber also das, was Sie schildern, die Patientin hat eine Migräne, und die kann sich auch verschlimmern. Und es kann auch sein, dass die dann sogar in den Wechseljahren eine sogenannte Aura entwickelt, also diese Ausfallserscheinungen des Gesichtsfelds, des Hörens, Sehens, Riechens, Schmecken, Tastens.

Katrin Simonsen

Okay, also ist nicht untypisch und man könnte sich dann doch hormonell Hilfe holen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ich würde tatsächlich, wenn die Migräne zunimmt und an Fahrt aufnimmt, würde ich diese Methode, die wir jetzt auch schon in anderen Situationen auch gerne anwenden, empfehlen.

Nämlich Zyklus ausschalten durch eine Gestagen-Monopille und Östrogen dazu über die Haut.

Katrin Simonsen

Uns hat eine Hörerin geschrieben, die hat seit ihrem Jugendalter Migräne. Hatte da immer so zwei Attacken im Monat. Mittlerweile ist sie nach einer Eierstockentfernung in den Wechseljahren, hat mit einer Hormonersatztherapie begonnen. Sie bekommt Femoston Conti als Tablette durchgängig. Die Migräne hat sich dadurch nicht verstärkt. Also erst mal alles gut. Nun fragt sie aber: Wie lang kann sie diese Hormone nehmen? Wird ihr Schlaganfallrisiko im Zusammenhang mit der Migräne dadurch schlimmer? Oder hat sie dann ein größeres Risiko für Osteoporose?

Dr. Katrin Schaudig

Also das Osteoporose-Risiko hätte sie nur dann, wenn sie keine Hormone nimmt. Ja, das hat mit der Migräne- Also ist die einfachste Frage. Das hat mit der Migräne ja gar nichts zu tun. Also wenn die jetzt ein Osteoporose-Risiko mitbringt, weil aus irgendeinem Grund erniedrigte Knochendichte, dann ist das natürlich schon so: Durch die Hormone beugt sie diesem Risiko vor. Und wenn sie es absetzt, wird das Risiko wieder höher. Ist aber null verbunden mit der Migräne. So die andere Frage ist, was sie da nimmt. Die nimmt ein geschlucktes Östrogen, nicht so furchtbar hochdosiert. Ich glaube, Sie haben es gesagt, Femoston Conti. Das ist so mäßig hochdosiertes Östrogen. Ich habe ja vorhin schon gesagt, dass wir grundsätzlich bei Migränepatientinnen nicht so gerne geschluckte Östrogene nehmen. Wenn die aber sagt, die Migräne ist jetzt nicht mehr geworden, kann die das theoretisch weiter nehmen. Die Frage ist, wie lange? Was man nicht vorhersehen kann, ist, was passiert, wenn die das absetzt? Ob dann die Migräne mehr wird, das kann man nur durch Trial und Error versuchen. Also mal sehen, was passiert. Was mich in dem Zusammenhang interessieren würde, ist, hat die eine Aura oder nicht. Also, da schreibt sie dazu nichts. Sie hat gesagt, sie hatte immer zwei Migräneattacken im Monat. Da würde ich jetzt noch mal nachfragen. Hatte sie die immer zum einen im Menstruati-

onszeitpunkt und um den Zeitpunkt des Eisprungs? Weil, da haben wir ja auch diesen steilen Östrogenabfall. Dann wäre das eine Migräne, von der ich sagen würde- Das ist tatsächlich eine Frau, die im Wesentlichen ihre Migräne hat durch hormonelle Schwankungen, also durch Abfälle. Jetzt hat die aber offensichtlich weiter Migräne, obwohl sie das Femoston Conti nimmt. Das heißt-

Katrin Simonsen

Sie hat gesagt, hat sich nicht verstärkt.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, aber dann hat sie trotzdem noch weiter welche.

Katrin Simonsen

Ja stimmt, Sie haben Recht. Ich habe das falsch gelesen.

Dr. Katrin Schaudig

Wenn die jetzt sagt, sie hat gar keine mehr, dann würde ich sagen: Super. Weitermachen. Wenn die aber sagt: Ja und weiter habe ich meine zwei Anfälle, dann würde ich sagen: Dann haben die Hormone vielleicht gar nichts zu tun mit ihrer Migräne. Ich würde grundsätzlich trotzdem- weil ja auch die Frage war, wie ist das Schlaganfallrisiko. Je älter die Patientin ist, desto höher ist auch das grundsätzliche Schlaganfallrisiko. Das wird durch die Migräne auch bei den Migränepatientinnen ohne Aura etwas verstärkt. Und die orale Gabe von Östrogen tut dann auf das Risiko noch mal ein kleines Schippchen drauf. Deswegen eher transdermales Östrogen. Und es gibt das Gestagen was im Femoston ist auch als Einzelsubstanz „Dydrogesteron“. Das kann man dann wunderbar kombinieren. Also, weiß ich nicht, Gel, Pflaster, Spray. Östrogene über die Haut und dann Gestagen dazu. Und wie lang die das macht, hängt davon ab, ob sie, wenn sie es absetzt, Beschwerden kriegt oder nicht. Das ist ausschließlich abhängig von ihren Beschwerden. Wenn die das absetzt und sagt: „Nö, jetzt ändert sich gar nichts. Mir geht es gut. Ich habe weiter meine zweimal Migräne im Monat, die behandle ich mit Triptan oder Naproxen oder womit auch immer.“ Dann kann sie auch aufhören mit den Hormonen. Wenn sich

aber nach absetzen, dann plötzlich mehr Migräne einstellt, das muss man abwarten und ausprobieren.

Katrin Simonsen

Auch Sandra leidet unter Migräne. Bei ihr hat es nach der Geburt ihrer Kinder begonnen. Sie meidet Östrogene. Nun hat sie seit neun Monaten keine Blutung mehr und sie bekommt jetzt Muskelschmerzen. Und würde vielleicht gern Hormone, bioidentische Hormone nehmen, hat aber Angst wegen ihrer Migräne. Damit sich das nicht verschlimmert.

Dr. Katrin Schaudig

Kann man leider nur sagen, ausprobieren. Ja, es hat nach der Geburt ihrer Kinder begonnen, mit der Migräne. Ich weiß gar nicht, inwieweit es mit Hormonen zusammenhängt. Da müsste man noch mal genau fragen, zu welchem Zykluszeitpunkt und, und, und... Haben sie die Migräne? Also grundsätzlich würde ich bei der einen Versuch machen, mit wieder Östrogene über die Haut und möglichst neutrales Gelbkörperhormon dazu. In dem Fall kann man Progesteron versuchen, das ganz gut funktioniert. Oder das Dydrogesteron ausprobieren. Man muss sich- Die Frage ist natürlich schon, ob diese extremen Muskelschmerzen tatsächlich hormonell bedingt sind. Das weiß man nämlich nicht- Es kann ja auch andere Ursachen haben. Also jetzt ist- Es gibt zwar Muskelschmerzen, die sich durch Hormongabe verbessern, aber in vielen Fällen auch nicht. Wenn die sonst keine Wechseljahrsbeschwerden hat, wäre es wieder so eine Art diagnostischer Test. Wir geben mal Hormone, gucken, ob es besser wird. Und beobachten die Migräne. Da würde ich übrigens auch immer auf keinen Fall zu hoch dosieren, sondern mit so einer eher niedrigen Dosis einsteigen.

Katrin Simonsen

Weil Sie sagen, nach der Geburt ihrer Kinder hat es begonnen. Manche schreiben, nach der Geburt ihrer Kinder haben sie die Pille nicht mehr vertragen, weil sie dann extreme Kopfschmerzen in der Pillepause bekommen haben. Also irgendwas scheint ja da doch sozusagen in der Umstellung zu sein, auch nach Entbindungen.

Dr. Katrin Schaudig

Also das ist schwierig zu beantworten, Frau Simonsen. Man darf natürlich auch nicht vergessen, nach der Entbindung ist man schon mal älter, zwangsläufig. Schwangerschaft dauert neun Monate, dann stillt man, dann kommt man in so ein Östrogenloch. Also ich glaube, es hat was einfach auch mit dem Älterwerden zu tun. Und ich sehe auch Patientinnen, die nach den Entbindungen- Die haben dann drei Kinder gekriegt und versuchen das- Aber wissen Sie, meistens ist es ja auch so: Dann ist es vielleicht nicht nur ein Kind, zwei Kinder, dann ist ja noch mehr Zeit verstrichen. Die dann sagen: „Ich vertrage die Pille irgendwie nicht mehr.“ Es kommt noch ein anderer Effekt dazu. Die haben vielleicht auch zugenommen durch die Entbindung. Auch das ist ja ein schleichender Prozess. Viele Frauen haben ja nach der Entbindung dann doch mehr Gewicht als vorher. Also diese Gewichtszunahme nach Kinderkriegen ist ja relativ typisch. Auch das Übergewicht spielt ja eine Rolle. Also kann man ausprobieren. Aber ich finde das kein seltenes Phänomen. Ich würde es nicht direkt dem hormonellen Einfluss von Geburt und Schwangerschaft zuordnen.

57:27

Katrin Simonsen

Martha ist 46 Jahre alt, die Migräne begann bei ihr mit 39. Damals hat sie einen Nuvaring noch gehabt zur Verhütung. Den ließ sie entfernen. Da war es wieder besser mit der Migräne. Jetzt hat sie die Slinda Pille verschrieben bekommen, weil ihr Zyklus sehr schmerzhaft war. Und nach zwei Jahren kam jetzt die Migräne wieder. Alle zwei Wochen hat Martha jetzt Migräne. Sie schreibt:

Ich habe in ihrem Podcast gehört, dass man vorsichtig sein soll mit Gestagenpillen, wenn man Migräne hat. Würden Sie mir empfehlen, mit der Slinda aufzuhören? Kann die Gestagenpille der Grund für meine Migräne sein?

Dr. Katrin Schaudig

Also, dass man bei Migränepatienten mit Gestagen-Monopillen vorsichtig sein sollte? Das ist vielleicht irgendwann in einem unserer Podcasts, Frau Simonsen, falsch rübergekommen.

Bin ich so ein bisschen traurig darüber, weil eigentlich- Das haben wir ja jetzt auch bei beiden Themen Depression und Migräne gesagt, ist die Gestagen-Monopille in aller Regel unbedenklich. Es gibt auch Studien dazu, dass dadurch Migränen sogar eher abnehmen, weil man die Schwankungen rausnimmt. Wenn ich mir den Fall von Martha anschau, finde ich den ehrlich gesagt relativ typisch. Die hat den Nuvaring gehabt. Da ist Ethinylestradiol drin, und sie ist dann ja auch schon ein bisschen älter geworden. Es gibt Frauen, die unter Ethinylestradiol-Pillen tatsächlich eine Migräne entwickeln. Also das ist jetzt keine Pille, sondern ein Vaginalring. Aber die Wirkmechanismen sind identisch. Das Ethinylestradiol in den Antibabypillen ist ein extrem potentes Östrogen und kann bei manchen Frauen Migräne verstärken oder auslösen. Wenn das der Fall ist, dann setzt man das sowieso sofort ab. Vielleicht hat Martha über einen längeren Zeitraum den Nuvaring genommen und dann ging es eine ganze Zeit lang gut.

Aber jetzt kommt wieder der Altersaspekt zu. Martha ist dann auch älter geworden und plötzlich hat sie es nicht mehr vertragen. Dann hat man den Nuvaring entfernt. Finde ich eine Superidee, hätte ich auf jeden Fall gemacht. Und die Migräne war weg. Klasse, jetzt musste sie verhüten. Dann hat die Gynäkologin Slinda verschrieben. Sehr klug, von der Gynäkologin hätte ich auch gemacht, weil sie einen schmerzhaften Zyklus hatte und so weiter. Und dann ging es auch offensichtlich erst einmal gut. Jetzt ist Martha 46 und jetzt hat sie plötzlich unter der Slinda wieder Migräne bekommen. Meine Hypothese ist: Durch das Älterwerden arbeitet jetzt der Eierstock doch schwächer und die hat jetzt einen Östrogenmangel gekriegt. Es könnte auch sein, dass sie zu den Patientinnen gehört, wo sich jetzt der Eierstock noch einmal aufbäumt und diese Slinda nicht ausreicht, den Zyklus auszubremsen. Das müsste man mal sich anschauen. Hat die vielleicht Zysten gekriegt? Hat sie jetzt zu viel Östrogen, was eben auch eine Migräne triggern kann. Aber meine Vermutung wäre eher, jetzt hat die das zwei Jahre genommen und jetzt ist der Östrogenspiegel in die Knie gegangen. Und jetzt brauchst sie einfach ein biss-

chen Östrogen dazu. Also ich würde jetzt als allererstes Mal checken: Wie sind die Spiegel? Ist das Östrogen wirklich niedrig? Und wenn dem so ist, würde ich jetzt ein Östrogen über die Haut dazugeben. Pflaster oder Gel.

1:00:28

Katrin Simonsen

Und wenn das Östrogen hoch ist, heißt das sie hat irgendwie doch noch Schwankungen und die Slinda wirkt nicht so richtig? Wechselt man da dann das Präparat, oder?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, schwierig. Man kann auch mal sagen, wir gehen hoch mit der Dosis. Es gibt auch noch eine weitere Gestagen-Monopille, die heißt Dienogest. Die ist aber nur zugelassen zur Behandlung der Endometriose und ist eigentlich keine Pille, wirkt aber ähnlich. Also die kann man dann Off-Label, also ohne richtige Indikation auch noch einmal versuchen. Also, wir verdoppeln dann manchmal die Gestagendosis zumindest vorübergehend. Oder sagen: Nehmen sie jeden zweiten Tag zwei Pillen, wenn wir den Eindruck haben, der Eierstock ist noch nicht so richtig zur Ruhe gekommen. Das gibt es. Aber bei Martha würde ich eher denken, die hat jetzt zu wenig Östrogen. Muss man gucken.

Katrin Simonsen

Okay, zur Ruhe gekommen heißt eigentlich, man produziert gar keine Eier mehr?

54:24

Dr. Katrin Schaudig

Nein, nicht man produziert keine Eier mehr, sondern die Eier entwickeln sich nicht mehr so gut. Also man kann ja keine Eier- Sorry, dass ich das korrigiere. Also, dass die Eibläschen sozusagen sich nicht mehr entwickeln und keine Östrogenen mehr produzieren.

Katrin Simonsen

Es geht auch um eine Gestagenpille in der nächsten Frage. Beate nimmt eine Gestagenpille in der Perimenopause und es kommt zu Panikattacken. Die Nerven liegen blank. Es tauchen Phasen der Angst auf.

Dr. Katrin Schaudig

Ach, sehen Sie, das haben wir ja vorhin schon

erwähnt. Die Panikattacken und Angststörungen. Also meine Hypothese wäre auch da: Jetzt hat sie zu wenig Östrogen. Also ich sehe das auch manchmal. Wenn die Patientinnen diese Gestagen-Monopillen über einen längeren Zeitraum geben, dann ist es irgendwie so, dass der Zyklus zunehmend zum Erliegen kommt. Ja, das ist vielleicht noch nicht sofort komplett. Aber je länger- Wenn die die ein, zwei Jahre nehmen, dann kommt der Zyklus ganz zum Erliegen. Oder aber Beate ist jetzt einfach eben voll in den Wechseljahren oder schon in der Menopause. Das weiß die ja nicht. Weil dadurch, dass sie wahrscheinlich gar nicht mehr blutet, kann sie das gar nicht sagen. Also meine Fantasie wäre, Beate braucht dringend Östrogen dazu.

Katrin Simonsen

Und dann taucht immer wieder die Frage auf: Wie viel denn von dem Östrogen?

Dr. Katrin Schaudig

Ausprobieren. Ich würde immer so z.B., wenn sie Gel nehmen, ein Hub Gel. Beim Pflaster würde ich so eine mittlere Dosis nehmen. 37,5 , 50...

Katrin Simonsen

Und da dann erst mal zwei Wochen warten oder wie lange warten?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, da würde ich immer zwei Monate mindestens warten.

Katrin Simonsen

Echt, solange? Nicht früher erhöhen, heimlich?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, ich sage immer gucken, warten Sie mal zwei, drei Wochen. Und wenn sie null Effekt haben auf die Symptome, dann gehen sie hoch.

Katrin Simonsen

Ulrike nimmt ein Hormonpflaster „Estramon Conti 30/95.“ Es wirkt sofort gegen die Hitze-wallung, aber sie bekommt Kopfschmerzen. Ist das eine normale Nebenwirkung?

Dr. Katrin Schaudig

Ach, das ist eine interessante Frage. Also es ist

eigentlich keine wirklich normale Nebenwirkung. Dass es sofort gegen die Hitzewallungen gewirkt hat, spricht ja dafür, dass sie schon in den fortgeschrittenen Wechseljahren ist und dass das Östrogen in dem Pflaster ihr hilft. Jetzt ist da auch noch ein Gelbkörperhormon drin und zwar ein synthetisches. Das ist ein Meta- oder Norethisteron-Acetat. Ich möchte nicht komplett ausschließen, dass sie zu den Frauen gehört, wo das tatsächlich die Migräne triggert. Das Östrogen in dieser niedrigen Dosis, also 30 Mikrogramm im Pflaster, ist echt nicht viel. Dass das eine Migräne auslöst, kann ich mir nicht so richtig vorstellen. Es sei denn, bei ihr ist doch noch eine Restfunktion da, die durch dieses Pflaster null gebremst wird. Dafür ist es zu niedrig dosiert und jetzt hat sie Schwankungen. Und es ist dann ein reiner Zufall, dass sie eine Migräne hat. Also da müsste man gucken. Hat sie eine Restfunktion oder nicht? Wenn sie sicher keine Restfunktion hat, weil die letzte Regel schon vor zwei oder drei Jahren war, dann würde ich tatsächlich umstellen auf ein reines Östrogen Pflaster. Da gibt es auch 25 oder 37,5. Und das mit einem neutraleren Gestagen kombinieren, z. B. Progesteron oder Dydrogesteron. Ausprobieren. Also, es ist keine typische Nebenwirkung. Ich sehe das ganz selten. Müsste jetzt wirklich nachdenken, wann ich so etwas gesehen, habe. Aber ich möchte es nicht ausschließen. Es wäre nicht ganz unplausibel.

Katrin Simonsen

Damit sind wir am Ende dieser Folge. Wir haben wieder sehr ausführlich viele auch unserer Hörerinnenfragen beantwortet. Wir hoffen, wir könnten euch ein bisschen weiterhelfen. Ein großes Dankeschön an Sie, Frau Schaudig. Vielen Dank und bis zum nächsten Mal!

Dr. Katrin Schaudig

Ja, vielen Dank auch an Sie, Frau Simonsen, hat mir wie immer großen Spaß gemacht. Und bis zum nächsten Mal. Tschüss!

Katrin Simonsen

Bis dann, tschüss!

01:05:05

Katrin Simonsen

Und in zwei Wochen, da geht es hier bei uns in „Hormongesteuert“ u. a. um Endometriose.

Was haben Endometriose-Patientinnen in den Wechseljahren zu erwarten? Wie können sie sich vorbereiten? Und uns haben Frauen geschrieben, die seit der Wechseljahre an Reflux und Magen-Darm-Problemen leiden. Auch das wollen wir uns mal genauer anschauen. Ihr könnt uns weiterhin gern schreiben an hormongesteuert@mdraktuell.de. Abonniert unseren Podcast, lässt gern noch eine Bewertung für uns da. Und natürlich freuen wir uns, wenn ihr uns weiter empfiehlt an eure Freundinnen, Schwestern, Kolleginnen, Töchter, Mütter, natürlich auch gern an eure Partner und Partnerinnen. „Hormongesteuert“ hört ihr überall da, wo ihr Podcast hören könnt und natürlich werbefrei in der App der ARD Audiothek.

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

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