

Progesterontherapie transdermal – ein Erfahrungsbericht

Hildegard Faust-Albrecht

Im deutschsprachigen Raum sind wir gewohnt, Gestagene wie auch das bioidentische Progesteron nur oral zu verabreichen. Im Off-Label-Bereich wird dieses Hormon bisher vor allem in der reproduktiven Medizin bzw. bei Frühgeburtsbestrebungen vaginal appliziert. Im Ausland wird Progesteron schon länger auch dermal verwendet. Welche Indikationen und Wirkungen hat diese Applikationsweise? Die Autorin hat ihre Erfahrungen aus den mittlerweile mehr als zehn Jahren zusammengestellt, in denen sie verstärkt mit diesem Hormon arbeitet.

Die Progesterontherapie (Progesterone Replacement Therapy = PRT) ist in Deutschland im Vergleich zu den Nachbarländern (z. B. Frankreich) erst relativ spät eingeführt worden. Ich habe in der ersten Zeit meiner Niederlassung *Utrogestan* aus Frankreich verordnet, bevor wir Ende der 90er-Jahre die Möglichkeit bekamen, bio-identisches mikronisiertes Progesteron auch in Deutschland zu beziehen (*Utrogest*) (1, 2).

Im Buch „Natural Progesterone“ (3) von John R. Lee wurde schon lange die transdermale Wirkung von Progesteron auf Menopausebeschwerden, Osteoporose, Krebs und Unterleibserkrankungen beschrieben, vor allem in Form der in den USA erhältlichen *Progest-Creme*. In Michael E. Platts Buch „Hormonrevolution“ (4) wird, wie auch bei John R. Lee, die These vertreten, dass Progesteron das Haupthormon für Frauen ist und zur hormonellen Stabilisierung zumeist nur transdermales Progesteron in Form einer 10%igen Creme gebraucht wird, eventuell mit lokalem Estriolzusatz für die Vagina. Zusätzlich verwendet Platt bei manchen Frauen auch DHEA (in oraler Form). Auch die amerikanische Ärztin Dr. Christiane Northrup hat in ihrem Buch „Weisheit der Wechseljahre“ über transdermale HRT (Hormone Replacement Therapy) geschrieben (5). Prof. Dr. Johannes Huber (Wien)

bezeichnet Progesteron ebenfalls als das Hormon der Weisheit (6).

Eigene Erfahrungen mit der transdermalen und vaginalen Progesterontherapie

Diese Überlegungen nahm ich zu Beginn meiner Praxistätigkeit zwar zur Kenntnis und hatte auch einige Patientinnen, die von auswärts mit einer transdermalen Progesterontherapie in meine Praxis kamen und berichteten, damit gut zurechtzukommen. Wirkliches Interesse für diese Applikationsart weckte damals eine ältere Kollegin (sie war knapp 60 Jahre alt), die sich als Kassenpatientin regelmäßig ein Rezept über *Utrogest* holte und mir mitteilte, dass sie mehrmals im Jahr, wenn ihre Brüste so spannten, einige Tage die „Progesteron-Kaps“ aufstechen und den Inhalt auf beiden Brüsten verteilen würde. Sie hätte dann bald Erleichterung und jeweils nach einigen Tagen würde eine perioden-ähnliche Blutung eintreten. Sonografisch war das Endometrium nach der Blutung jeweils komplett abgebaut.

Mittlerweile wurde in Deutschland auch offiziell die vaginale Applikation für dieses Präparat, das je Kapsel 100 mg mikronisiertes Progesteron enthält, vorgeschlagen und praktiziert (7). Die Firma Dr. Kade/Besins hat hierzu einen gesonderten Verord-

nungsblock herausgegeben, der die meist abendliche Anwendung leicht verordnen hilft. Ein Hinweis im Beipackzettel fehlt bis heute, da die Nachzulassung für eine andere als die orale Therapie anscheinend zu teuer war. Für Risikoschwangere, vor allem im Bereich der reproduktiven Medizin (8), kennen wir schon lange die Therapie mit Progesteron-Suppositorien 1–3 x 200 mg (müssen speziell in der Apotheke angefertigt werden) oder ganz einfach mit 1–3 x 2 Progesteron-Kapseln vaginal, d. h. alle acht Stunden; auch bei Frühgeburtsbestrebungen mit verkürzter Zervix wurde Progesteron vaginal (100–200 mg/d) mit Erfolg zur Prävention einer Frühgeburt eingesetzt (9, 10).

Probleme mit der vaginalen Progesterontherapie

Wie in den Leitlinien angegeben, habe ich anfangs bei intaktem Uterus kontinuierlich oder zyklisch als Zusatz, meist zur Endometriumkontrolle, die Progesteron-Kapseln vorwiegend oral oder vaginal appliziert. Zumeist wurde Estradiol in Form von transdermalem Gel oder Pflaster zusätzlich rezeptiert.

Hierbei habe ich mich immer an pauschale Verordnungsideen wie „besserer und tieferer Schlaf“ bei oraler Therapie durch Andocken an die GABA-Rezeptoren bzw. fehlende hepatische Passage und „lokale“ Progesterontherapie bei vaginaler Applikation gehalten.

Leider akzeptierten nicht alle Frauen die vaginale Therapie. Manche klagten über vermehrten Fluor oder allergische Reaktionen gegenüber Soja bzw. Erdnussöl (beides Inhaltsstoffe dieser

Progesteron-Kapseln bis 10/2011). Bei der vaginalen Applikation wird der uterine „First-Pass-Effekt“ ausgenutzt, der besonders für die Endometriumkontrolle wichtig ist. Man kommt hierbei auch mit der Hälfte der oralen Dosis aus. Bei einer Schwangeren war diese Therapie mit einem Dauerschwindel verbunden, der erst halbwegs sistierte, als ich sie transdermal einstellte.

Nebenwirkungen bei oraler Therapie

Drei meiner Patientinnen entwickelten unter oraler Therapie eine Narkolepsie (eine mit einem Beinahe-Autounfall, eine andere mit dramatischem Notarzteinsatz nach Schlucken einer Progesteron-Kapsel). Mehrere meiner Patientinnen verspürten unter oraler Medikation eine deutliche Verschlechterung ihrer PMS-Symptomatik. Bei Therapie wegen Lutealinsuffizienz haben einige Patientinnen mit extrem verstärkten Menstruationsblutungen, großer Reizbarkeit und Mastopathie im Sinne einer Östrogendominanz und kompletter Verschlechterung ihrer Beschwerden auf die orale Anwendung reagiert. Auch Schwindel und Übelkeit nach der oralen Applikation sind mir geläufig. Benommenheit und Schläfrigkeit treten vor allem bei oraler Therapie auf, sodass sich bei dieser Therapieform der Einsatz untertags verbietet.

Bei der in Abbildung 1 dargestellten Übersicht über die Hormonwirkungen im Körper lässt sich deutlich die übergeordnete hormonelle Funktion des Progesterons erkennen: Es stimuliert andere Hormone und ist gleichfalls Vorstufe für andere Hormone. Bei Problempatientinnen und Unverträglichkeiten der praktizierten oralen oder vaginalen Therapie scheint es daher sinnvoll, auf andere Wege der Progesteronapplikation umzusteigen.

Progesteron als Haupthormon

Nachdem ich einen Großteil meiner Patientinnen endokrinologisch betreue und fast alle meine Patientinnen ganz-

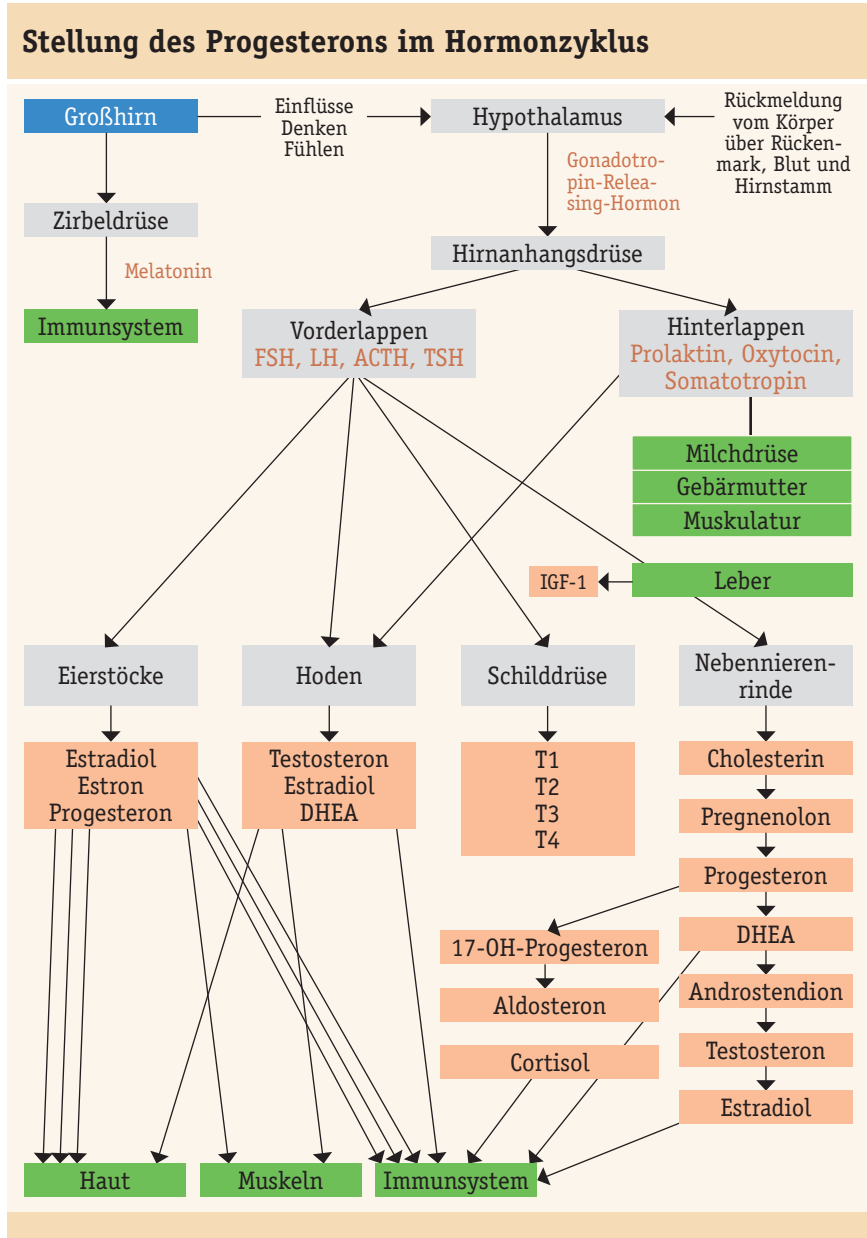


Abb. 1: Diese Übersicht lässt die übergeordnete hormonelle Funktion des Progesterons erkennen: Es stimuliert andere Hormone und ist gleichfalls eine Vorstufe für diese.

körperlich einschließend Sonografie (vaginal, viele auch zusätzlich mamasonografisch) untersuche, traue ich mich zu behaupten, dass bei manchen Patientinnen die transdermale Therapie sogar bessere Gewebespiegel und auch serologische Parameter liefert als die vaginale oder gar orale Therapie. Eine Patientin konnte selbst mit so geringen Mengen wie dem 1%igen *Progestogel*, das wegen einer nodulären Mastopathie in der zweiten Zyklushälfte auf beide Brüste aufgetragen wurde, die Menstruation jeweils um einige Tage hinauszögern. Sie hatte einen

regelmäßigen Zyklus und eine gute eigene Progesteronbildung.

Transdermale Rezepturen

Bei einer örtlichen Apotheke ließ ich als Rezeptur eine 10%ige Progesteroncreme herstellen (10,0 g Progesteron, Jojobaöl, Polypenglykol, Vitamin E sowie Basiscreme ad 100,0 g). Ein Hub des Dosierspenders mit 1,2 g gibt 120 mg Progesteron ab. Ich lasse von dieser Creme anfangs täglich einen Hub abends anwenden und reduziere dann individuell je nach Beschwerde-

bild auf minimal ein Viertel (analog 30 mg) oder erhöhe auf maximal 2x1 Hub (analog 240 mg Progesteron). Die Creme wird vorzugsweise auf die Handgelenke und die inneren (nicht behaarten) Seiten der Arme auftragen – bei Schwangeren oder speziellen Indikationen, wie z. B. Dranginkontinenz, lasse ich die Creme auch auf die Bauchdecken applizieren. Hierbei wird die Patientin analog zur dermalen ERT (Estrogen Replacement Therapy) angewiesen, sich in diesem Bereich über etwa eine Stunde nicht zu waschen.

Diese 10%ige Progesteroncreme verwende ich seit etwa fünf Jahren bei den meisten Patientinnen für die verschiedensten Hormonstörungen mit oder ohne andere hormonelle Therapien. Seit dem Herbst 2011 rezeptiere ich alternativ auch gern wieder die fertigen Progesteron-Kapseln, da die

Rezeptur statt Soja- und Erdnussöl jetzt vorwiegend auf Sonnenblumenöl als Grundlage umgestellt wurde. Die Kapseln können für die transdermale Therapie aufgestochen werden und der ölige Inhalt wird analog der Creme auf den Handgelenken verteilt. Vorteil der Kapseln ist die Verfügbarkeit über alle Apotheken, die Mitnahme in handlicher Form gerade im Urlaub sowie der manchmal ganz einfache Test mit fixer Dosierung zu Beginn der transdermalen PRT. Nachteile sind die fehlende individuelle Dosierungsmöglichkeit, da eine Kapsel 100 mg Progesteron enthält, nach dem Auspressen aber nicht alles verwendet werden kann, und die etwas öligere Konsistenz, die manche Frauen stört, sowie die etwas schwierige Applikation. Ich habe viele Patientinnen, die beides ausprobiert haben. Im Alltag verwenden die meisten Frauen am liebsten

die etwas angenehmer und leichter zu dosierende Creme.

Dosierungsempfehlung bei Lutealinsuffizienz

Ich verordne die Creme sowohl bei prä- und perimenopausalen Hormon- und Blutungsstörungen mit nachgewiesenem Progesteronmangel zumeist als alleinige Therapie mit zyklischem Einsatz (10–20 Tage pro Monat) oder quartalsweise zum Abbluten (s. Tab. 1). Auch bei jungen Mädchen mit eindeutiger Follikelpersistenz und anovulatorischen Zyklen habe ich bei Versagen von Agnus-castus-Präparaten mit der Verabreichung von transdermale Progesteron in der zweiten Zyklushälfte gute Erfolge hinsichtlich der Schmerz- und Blutungsreduktion inklusive der Zyklusregulierung erzielt. Bei Lutealinsuffizienz wird die-

Dosierungsempfehlung von transdermale Progesteron aus der Praxiserfahrung

| | morgens | abends | Bemerkungen |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| in der Lutealphase (Follikelpersistenz oder Lutealinsuffizienz) | keine Therapie | 1 Hub Progesteroncreme 10% (120 mg) <i>alternativ</i> 1 Progesteron-Kapsel 100 mg dermal | nur 2. Zyklushälfte ca. 13.–26. Zyklustag (Dosierung auch zum Abbluten in der Peri-/Postmenopause geeignet) |
| perimenopausal (bei unregelmäßiger Menstruation) | 0–¼ Hub Progesteroncreme 10% | ¼–1 Hub Progesteroncreme 10% (30–120 mg) <i>alternativ</i> ½–1 Progesteron-Kapsel dermal | ca. 3 Wochen/Monat – mögliche Pause bei vollständiger Zyklusnormalisierung |
| postmenopausal (evtl. als Zusatz zur transdermalen ERT) | 0–1 Hub Progesteroncreme 10% | ½–1 Hub Progesteroncreme (60–120 mg) <i>alternativ</i> 0,5–1,5 Kapsel mit Progesteron dermal | kontinuierliche Anwendung meist in Kombination mit ERT wie Estradiol/Estriol dermal oder DHEA |
| in der Gravidität (ab Konzeption bis zur 34. SSW) Cave: nur bei Unverträglichkeit von vaginalem Progesteron! | 0–1 Hub Progesteroncreme 10% | 1 Hub abends | bei Übelkeit, Pelvipathie und Unverträglichkeit von Progesteron-Kapseln auch 3 x 1 Hub Progesteroncreme Vorsicht: immer serologische Messungen! |

Tab. 1: Therapieempfehlungen für die Dosierung mit 10%iger Progesteroncreme oder Progesteron-Kapseln dermal bei verschiedenen Indikationen. 1 Hub der 10%igen Progesteroncreme-Rezeptur aus dem Dosierspender entspricht 120 mg mikronisiertem Progesteron, 1 Kapsel enthält 100 mg mikronisiertes Progesteron in öliger Grundlage.

se transdermale PRT manchmal besser als die orale PRT und zumeist ohne östrogene Überstimulationen vertragen. Die Patientinnen haben hierbei auch leicht die Möglichkeit, individuell selbst mehr oder weniger von der Creme zu verwenden. Die Reduktion von Ödemen, Reizbarkeit, Mastopathien und Heißhungerattacken bekommen die meisten Frauen mit der dann persönlichen Dosierung schnell in den Griff. Bei großer Nervosität und Unruhe sowie ausgeprägter fibrozystischer Mastopathie lasse ich manchmal morgens zusätzlich etwa einen halben Hub der 10%igen Progesteroncreme applizieren.

Dosierungsempfehlung bei peri- und postmenopausaler HRT

Bei klimakterischen Beschwerden in der Peri- oder Postmenopause habe ich mittlerweile gelernt, dass nicht bei allen Patientinnen zunächst nur ERT zum Ziel führt. Bei vielen Frauen mit östrogenen Gewebespeicherung – erkennbar an Uterusmyomen, Uterusadenomen, Zervixzysten, Endometrium- und Zervixpolypen sowie zystischer Mastopathie – reicht selbst bei Hitzewallungen vorrangig die PRT. Ergänzend wird bei vaginaler Atrophie und Blasenproblemen immer Estriol, bei Unverträglichkeit auch Estradiol (z. B. *Vagifem*) in lokaler Form vorgeschlagen. Einige Patientinnen brauchen noch zusätzlich ganz wenig Estradiol transdermal (manchmal nur 2–3 Hub vom niedrigsten Gel wöchentlich), einige zusätzlich oder allein geringe Mengen DHEA (s. Tab. 1 auf S. 46).

Besonders die Patientinnen mit wechselhaften perimenopausalen Problemen sind für die auch immer wieder individuell und zyklisch angepasste PRT dankbar. Die Frauen mit metabolischen Problemen (Hypertonie, Adipositas vom „Apfeltyp“, Hyperinsulinismus) und den durch den erhöhten Fettanteil noch gemessenen „ungünstigen“ Östrogenmetaboliten (wie z. B. Estron) bzw. der deutlichen Östrogen dominanz, die im Senium auch zu En-

dometriumhyperplasie und -karzinom führt, profitieren nachweislich neben der Reduktion von Hitzewallungen und Schlafstörungen von der durch die PRT verbesserten Stoffwechselsituation.

Erfolgskontrolle bei der PRT

Bei der Therapie mit Progesteroncremes bleibt die Frage nach der Messung von Hormonen im Speichel nicht aus. Es wurde immer wieder versucht, durch Speichelmessungen die Hormonmengen im Gewebe abzuschätzen (11, 12). Hierzu existieren keine Standards, die Methode ist sehr störanfällig, es gibt keine Ringversuche und nur einen Anbieter auf dem Markt. Wir haben als Frauenärzte allein durch die sorgfältige Anamnese und die körperliche Untersuchung (inklusive der Haut- und Schleimhautbeschaffenheit sowie der Behaarung) sowie durch die Sonografie des kleinen Beckens und der Mammae zusammen mit der serologischen Hormonkontrolle bei HRT und bioidentischer Hormontherapie den kompletten endokrinologischen Überblick über unsere Patientinnen wie keine andere Fachgruppe. Wir dürfen uns weder von Internisten, Endokrinologen, Allgemeinärzten, selbsternannten Hormonspezialisten oder gar Heilpraktikern die hormonelle Therapie für unsere Frauen entziehen lassen.

Bioidentisches Progesteron (cave Verwechslung mit Yamswurzelpräparaten)

Nachdem die bioidentische Therapie mit dermale Progesteron (und Estradiol) 1:1 den körpereigenen Hormonen entspricht, entfallen auch die Diskussionen über mögliche Nebenwirkungen, da diese Substanzen keine Medikamente im eigentlichen Sinn sind. Yamswurzelpräparate (auch -cremes), die gern von Heilpraktikern und Laien statt der PRT oder ERT verwendet werden, da sie ohne ärztliches Rezept zu erhalten sind, fallen hierbei unter die Stoffgruppe der Xenogestrogene (griech.: fremd)-Östrogene. Hierzu zählen auch andere Pflanzen wie Soja, Cimicifuga, Pueraria mirifica und

Rotklee. (Wobei das natürliche Progesteron durch eine chemische Umwandlung aus Phytosterinen wie dem Diosgenin und damit auch aus der Yamswurzel gewonnen wird.) Ich warne aus eigener Erfahrung mit etlichen Patientinnen aber vor der Therapie mit Yamswurzel oral oder dermal – es ist kein Progesteronderivat. Bei keiner meiner ovariectomierten oder ovarsupprimierten Patientinnen konnte serologisch ein Progesteronspiegel gemessen werden. Ich habe im Gegensatz hierzu jedoch extremes Wachstum von Uterusmyomen und Endometriumpolypen (alles also östrogene Überstimulationen) gesehen und möchte alle Fachkollegen bitten, hinsichtlich dieser Therapie sehr aufmerksam zu reagieren.

Messwerte bei transdermaler Therapie

Es hat sich bewährt, zur Messung der Progesteronspiegel bei menopausaler Substitution nach der abendlichen Anwendung die Blutbestimmung im Lauf des Vormittags durchzuführen: Die optimalen Serumspiegel (gemessen zumeist mit EIA-Methode) betragen dann 2–5 ng/ml, gegen Abend sollte immer noch ein Progesteronspiegel von über 1,0 ng/ml zu messen sein. Ich habe in der Praxis immer einen Progesteroncreme-Spender zur Demonstration stehen, verwende diesen aber keinesfalls vor der Blutabnahme, um nicht die doch sehr sensible serologische Messung zu stören.

Bei Lutealinsuffizienz oder in der Schwangerschaft sollten jeweils die physiologischen Bereiche über 10 ng/ml zu jeder Tageszeit erreicht werden.

Indikation zur transdermalen Progesterontherapie

Zusammenfassend sind die Wirkungen der peri- und postmenopausalen transdermalen PRT bei Östrogen dominanz oder Progesteronmangel (s. Tab. 2 auf S. 49) bei folgenden Beschwerden am günstigsten: Östrogen dominanz findet sich bei Patien-

Indikationen zur dermalen Progesterontherapie – Erfahrungen aus der Praxis

| | Symptome | Bemerkungen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| absolut | Narkolepsie, Schwindel, Übelkeit bei oraler PRT Unverträglichkeit transdermaler ERT | vorsichtig in der Praxis austesten mit transdermaler Rezeptur bei Notwendigkeit zur HRT mit niedriger Progesterondosierung beginnen |
| empfohlen bei Östrogendominanz | Prämenopause: Lutealinsuffizienz, Follikelpersistenz, Uterus myomatosus, Endometriumpolypen, Hypermenorrhoe, fibrozystische Mastopathie, Alopezie, Hashimoto-Thyreoiditis, PMS-Symptomatik (Ödemneigung, Reizbarkeit) Postmenopause: Uterus myomatosus, Endometriumhyperplasie, Venalgien, Mammazysten, Reizbarkeit, metabolisches Syndrom, Hypertonie mit Ödemneigung, Panikattacken, Durchschlafstörungen, Palpitationen | individuelle Einstellung nach Anamnese und serologischer Kontrolle nach ca. 4–8 Wochen |
| möglich (anstatt oral) als Zusatz zur transdermalen ERT | klimakterische Hitzewallungen, Osteopenie, Gelenksbeschwerden zur Hormonsubstitution bei allen Estrogenmangelkrankungen | auch Zustand nach Hysterektomie und v. a. nach Ovarektomie bzw. vorzeitiger oder primärer Ovarialinsuffizienz |
| in der Gravidität (ab Konzeption bis zur 34. SSW) Cave: Off-Label-Situation | Konzeption bis 1. Trimenon: bei nachgewiesener Lutealinsuffizienz im 2. und 3. Trimenon: Pelvipathie und Übelkeit durch Östrogenüberschuss | vorzugsweise immer mit vaginaler Therapie (Progesteron-Kapseln) beginnen, ab der 13. SSW wenig Progesteroncreme transdermal als Test |

Tab. 2: Absolute und mögliche Indikationen zur Therapie mit transdermalem Progesteron

tinnen zum Großteil idiopathisch (meist eher übergewichtige Patientinnen), ansonsten medikamentös (Pille, unphysiologisch hohe HRT, vor allem mit synthetischer ERT), Xeno-Östrogene (aus der Nahrungskette und durch viele pflanzliche Präparate). Die Patientinnen geben Reizbarkeit und Nervosität an, kommen schnell aus der psychischen Balance und berichten auch über Panikattacken. Sie neigen zu Ödemen, Venalgien, Varikosis, Völlegefühl sowie Cellulite. Autoimmunstörungen wie M. Raynaud und Hashimoto-Thyreoiditis sowie Erkrankungen der Gallenblase weisen unter anderem auf eine Überöstrogenisierung hin. Aus dem gynäkologischen Bereich imponieren benigne Uteruserkrankungen (Myome, Polypen, Zervixzysten, Zervix- und Endometrium-

polypen), Endometriumhyperplasie (glandulär-zystisch bis zum Endometrium-Ca) sowie benigne Brustbeschwerden wie Mastopathien und Mastopathia fibrocystica. Die Patientinnen berichten über vermehrte Gewichtszunahme (Ödemneigung durch Östrogene), erhöhten Blutdruck, Wadenkrämpfe vor allem nachts und Schlafstörungen durch morgendliches Aufwachen mit Hellwachsein.

Bei Progesteronmangel fallen die meisten Östrogendominanz-Probleme sowie vorrangig Nervosität und Ängstlichkeit aus dem psychischen Bereich auf. Die Patientinnen berichten über Drehschwindel, kardiale Palpitationen, Durchschlafstörungen, Schilddrüsenstörungen und Heißhungerattacken. Bindegewebsprobleme

wie die Urge- und Stressinkontinenz sprechen auch auf Progesteronsubstitution an. Eine therapeutische Option ergibt sich auch bei der Parodontitis und schwierigen Formen von Cellulite und Striae. Bei der schwierig zu therapierenden Fibromyalgie wird ein Progesteron-, eventuell auch Pregnenolonmangel zugrunde gelegt.

Ganzheitliche HRT

Die individualisierte HRT vor allem im Klimakterium erfordert auch die genaue Interpretation der persönlichen Reaktion auf die Hormongaben, hier vorzugsweise hinsichtlich des Progesterons. Ich habe Patientinnen, die z. B. bei fehlenden Tiefschlafphasen mit oralem Progesteron bei Umstellung auf dermal eine bessere Schlaf-

qualität und bessere Serumspiegel aufweisen, wie auch das genaue Gegenteil. Es gibt leider keine generelle Therapieempfehlung, auch nicht bezüglich der PRT, die für alle Frauen gültig ist. Durch die vorwiegende Substitution von Progesteron, meistens kontinuierlich, und wenig Estriol/Estradiol vaginal bzw. transdermal sowie Ersatz von Androgenen habe ich meist einen Rückgang von überöstrogenisierten Geweberscheinungen wie Myomen und Polypen gesehen. Die meisten Frauen haben auch keinerlei Endometrium Aufbau mehr und benötigen zum Abbau keine zusätzlichen Medikamente (Gestagene). Durch die sehr individuell und für die Frau selbst steuerbare dermale Hormontherapie ist der Erfolg auf seelischer, körperlicher und Stoffwechsell-Ebene beachtlich und sicher noch weiter ausbaufähig. Obwohl die Endometriumkontrolle früher der medizinische Hauptgrund für die Anwendung von Progesteron wie auch aller übrigen synthetischen Gestagene war, setze ich die PRT auch bei entferntem Uterus oder bei der Gestagenspirale (*Mirena*) mit gutem Erfolg für die restlichen Indikationen sein.

Selbst meine drei Patientinnen mit nachgewiesener Narkolepsie nach oraler Anwendung verwenden jetzt nach anfänglicher Skepsis mit gutem Erfolg und nebenwirkungsfrei die Progesteronsubstitution über die Haut.

Erfahrungsbericht klinisch überprüfen

Ich bitte, meinen Erfahrungsbericht eventuell weiter klinisch zu untersuchen, da es zu diesem Thema bisher nur wenige Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen und geringer Patientenzahl gibt (13–16). Die transdermale HRT, die von unseren Patientinnen sehr geschätzt wird, für uns Ärzte jedoch leider mit einer längeren individuellen Aufklärung verbunden ist, könnte wegen der nebenwirkungärmeren Begleitsymptomatik vor allem bei Problempatientinnen mit unklarer oder inverser hormoneller Ver-

stoffwechsellung des oralen Progesterons generell erwogen werden. Erleichtert haben mir die Aufklärungsarbeit in der Praxis die Ausgabe einer eigenen schriftlichen Information zur Anwendung der Progesteroncreme sowie die Empfehlung der für alle interessierten Laien und Ärzte verständlichen Literatur von der amerikanischen Medizinjournalistin B. Rosenshein: „Wechseljahre – nein danke“ (17), die sich generell mit dem komplexen Thema der bioidentischen HRT beschäftigt. Die Patientinnen wollen, wie schon bei Estriol und Estradiol, gerne auf eine andere bioidentische Applikation von Progesteron zugreifen als nur wie bisher oral/vaginal. Hierzu sind wir Ärzte aufgefordert, sensibel zu verordnen, da ich etliche Patientinnen hatte, die sich schon selbst rezeptfrei Progesteroncremes unklarer Zusammensetzung (z. B. über das Internet bezogen aus Belgien) oder Yamswurzel-Rezepturen aus hiesigen Apotheken besorgt haben. Es existieren auch etliche „Progesteron-Foren“ im Internet, die vorwiegend von Laienberichten und Austausch unter Patientinnen gefüllt sind. Hier sind speziell wir Frauenärzte aufgerufen, uns näher mit dieser doch immer noch komplizierten Thematik zu befassen.

Literatur

1. De Lignières B: Oral micronized progesterone. *Clin Therap* 21 (1999) 41–60.
2. Fitzpatrick LA, Good A: Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments. *Fertil Steril* 72 (1999) 389–397.
3. Lee JR: Natürliches Progesteron. Ein bemerkenswertes Hormon. Akse-Verlag, Oberhaching 2011.
4. Platt ME: Die Hormonrevolution: Spekulative Behandlungserfolge bei Schilddrüsenstörungen, Migräne, Osteoporose, Wochenbettdepressionen, ADHS, ... Wechseljahresbeschwerden, Diabetes u.v.a.m. VAK-Verlag, Kirchzarten 2012.
5. Northrup C: Weisheit der Wechseljahre: Selbstheilung, Veränderung und Neuanfang in der zweiten Lebenshälfte. Goldmann Verlag, 2010 S. 150–151.
6. Huber J: www.drhuber.at/hormonkosmetik/hormone/progesteron.html – Hormon der Weisheit.
7. Kleinstein J, Schlegelmilch R, Mazur D et al.: Vergleichende Pharmakokinetik von Progesteron-Kapseln und einem Progesteron-Gel nach vaginaler Anwendung. *Arzneim-Forsch/Drug Res* 52 (2002) 615–621.

8. Griesinger G, Diedrich K: Die Vaginale Anwendung von natürlichem Progesteron als Lutealphasenunterstützung nach IVF und Embryotransfer. *Geburtsh Frauenheilk* 66 (2006) 655–664.
9. Romero R et al: Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol* 206 (2012) 124.e1–19.
10. Fonseca EB, Celik E, Parra M et al., for the Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group: Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix. *N Engl J Med* 357 (2007) 462–469.
11. Lewis JG, McGill H, Patton VM et al.: Caution on the use of saliva measurements to monitor absorption of progesterone from transdermal creams in postmenopausal women. *Maturitas* 41 (2002) 1–6.
12. O’Leary P, Feddema P, Chan K et al.: Salivary, but not serum or urinary levels of progesterone are elevated after topical application of progesterone cream to pre- and postmenopausal women. *Clin Endocrinol* 53 (2000) 615–620.
13. Burry KA, Patton PE, Hermsmeyer K: Percutaneous absorption of progesterone in postmenopausal women treated with transdermal estrogen. *Am J Obstet Gynecol* 180 (1999) 1504–1511.
14. Wren BG, McFarland K, Edwards L et al.: Effect of sequential transdermal progesterone cream on endometrium bleeding pattern, and plasma progesterone and salivary progesterone levels in postmenopausal women. *Climacteric* 3 (2000) 155–160.
15. Cooper A, Spencer C, Whitehead MI et al.: Systemic absorption of progesterone from Progect cream in postmenopausal women. *Lancet* 351 (1998) 1255–1256.
16. Carey BJ, Carey AH, Patel S et al.: A study to evaluate serum and urinary hormone levels following short and long term administration of two regimens of progesterone cream in postmenopausal women. *Br J Obstet Gynecol* 107 (2000) 722–726.
17. Rosenshein B, Oechsler R: Wechseljahre – nein danke! Wie Sie die Menopause risikofrei mit bioidentischen Hormonen vermeiden und rückgängig machen können. VAK-Verlag, Kirchzarten 2010.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.



Autorin

**Dr. med.
Hildegard Faust-Albrecht**
Niedergelassene Frauenärztin
Hauptstr. 10
82008 Unterhaching
faust-albrecht@t-online.de