

Hormonersatztherapie – Risiko oder Segen?

Das Thema der „Rimkus“-Therapie scheint viele Interessentinnen gefunden zu haben. Es geht um eine Therapie mit „Hormonen“, die aber oft missverstanden eher zur Verwirrung beiträgt, denn objektiv informiert. In einem imaginären Interview möchte ich als Allgemeinmediziner mich diesem Problem stellen und meine Meinung dazu äußern. Geholfen haben mir Größen wie Dr. Holger Rimkus, Dr. John Lee und Dr. Michael Platt, praktische Tipps erhielt ich Dr. Marianne Krug.

Von Paul Blume

Sind Hormone nicht „out“?

In diesem Kapitel möchte ich das Thema der Hormonersatztherapie ein wenig näher beleuchten. Sie beschäftigen sich ja auch mit diesem Thema. Wie sind Sie eigentlich darauf gekommen?

- Wie bei den meisten Themen führten mich v.a. die Wünsche von Patientinnen dazu.

Wie meinen Sie das?

- Ich sah, wie „nach der großen Verdammung der Hormonersatztherapie“ (s. später) dass betroffene Patientinnen trotz Rotklee, Mönchspfeffer, Soja und Traubensilberkerze eigentlich noch immer unter starken Klimax-Beschwerden litten. Naja, sagte ich mir damals, kann man nichts machen, Hormone zu nehmen ist ja krebsfördernd.

Ist es nicht?

- Ja und nein, **Prof. Lee** lehrte uns die **Östrogendominanz** zu beachten, d.h. die Balance zwischen Östrogenen und Progesteron und Testosteron zu halten. Verhalten wir uns danach, ist alles o.k.

Das ist erstaunlich, denn noch heute sind FachärztInnen der Meinung, eine HRT können nur gefährlich sein.

- Nun, die Gilde der Fachärzte in Ehren, ich richte mich nach der Biologie.

Und das heißt...

- ...dass ich zwischen **NATUR- (oder BIO-) IDENTEN und NICHT-NATURIDENTEN Hormonen** unterscheide.

Die richtigen Hormone und die Rezeptoren...

Ist es nicht egal, welches Hormon am Rezeptor wirkt, Hauptsache „es wirkt“?

- Das ist der erste gedankliche Fehler, den Ärzte machen, die das so sehen. Die Natur zieht es vor, nur jenem den Schlüssel zu geben, der auch in ihr Kämmerlein darf. Freilich versuchen es Gewitzte, mit einem falschen Schlüssel, doch dabei wird nur das Schloss zerstört. Mit Gewalt lässt sich sogar das Schloss öffnen, aber was danach kommt, ist gewiss nicht harmonisch.

Was meinen Sie mit diesem Bild?

- Es werden Signale damit gesetzt, die falsch interpretiert werden können und viel Schaden in der Folge anrichten können.

Krebs zum Beispiel?

- Ja, auch.

Progesteron reicht in den meisten Fällen...

Meinen Sie, dass die richtigen Schlüssel das verhindern könnten?

- Ja. In den meisten Fällen genügt ein Schlüssel, um das Schloss zu öffnen und dieser Schlüssel ist **Progesteron**.

Können Sie das näher erläutern, was Sie damit meinen?

- Ich meine damit dies: Während die Frau bereits vor der Menopause Verluste des Progesterons hinnehmen muss, bleibt ihr die Östrogenbasis relativ lange bestehen. Es ist daher **selten wirklich nötig, Östrogene zu substituieren**.

Die Frau benötigt ja auch ein weiteres Hormon für ihre Biologie, ein eher männliches, das Testosteron. Muss dieses auch zugeführt werden?

- **Testosteron** ist, das mag überraschen, das **zweitwichtigste**

Hormon der Frau nach dem Progesteron. Es ist das **Energiehormon**, stärkt die **Libido** und ist der **beste Schutz** gegen die **Alzheimer Demenz**.

Das ist, glaube ich, nicht unbedingt allen bekannt.

- Stimmt, aber Testosteron, als das Hormon für den **Aufbau der Muskelmasse** und gegen den Abbau derselben (**Sarkopenie**) hilft auch, die **Kraft des Herzmuskels** zu erhalten.

Östrogene sind mit Vorsicht zu geben

Kurz zurück zum Östrogen, gibt es nicht trotzdem Indikationen für das 17 β -Estradiol (E2)?

- Ich sehe v.a. folgende Indikationen für E2: 1. Hitzewallungen und Nachtschweiß in der Menopause, 2. Trockene Augen und Scheide (Vaginitis), 3. Libidoverlust (s.a. Testosteron!), 4. Gedächtnisstörungen (s.a. Testosteron!) Kurz: Pkt. 1 + 2 sind für mich sichere Indikationen für E2, die Punkte 3 + 4 sollten weiter abgeklärt werden.

Kehren wir kurz zu den Bedenken zurück, die seitens der Experten bestehen, die sich gegen eine Hormontherapie z.B. in der Postmenopause aussprechen.

- Ich nehme die Kritik ernst und es ist ja so, dass namhafte Zeitschriften Studien zitieren, die Risiken der HRT aufzeigen (JAMA – Chen Studie 2002, Washington – „HRT erhöht das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, auf das DOPPELTE“). Wiederum im JAMA zeigte sich, dass Frauen, die Premarin als HRT nahmen, keinen Benefit hatten in Bezug auf eine Verringerung des Herz-Kreislauf-Risikos, was zuvor behauptet wurde. Aber was uns allen im Gedächtnis bleiben wird, ist die Studie der *Women's health Initiative (WHI) 2002*, die gestoppt werden

musste, weil bei den Teilnehmerinnen das Risiko für *Brustkrebs*, *Schlaganfall* und *Gallenblasenkrankheiten* unakzeptabel hoch war. Viele andere Studien könnten hier noch aufgezeigt werden, die alle EINS aussagen: *Hände weg von Hormonersatztherapie!*

Die Estrogendominanz wurde oft zu wenig beachtet

Naja, angesichts solcher Statements kann man doch den Skeptikern nur Recht geben oder nicht?

- Nein, kann man nicht. Mir zum Beispiel wurde eines Tages klar, dass in der Rechnung etwas nicht stimmen konnte. Wenn „Hormontherapie“ nur schädlich sein kann, warum gibt es eigentlich noch Frauen, die das 25. Lebensjahr überdauern? Denn ab Beginn der Menarche (Zyklusbeginn der Frau) steht jede Frau unter einer Hormontherapie. Trotzdem ist das Krebsrisiko (Ausnahme familiärer Brust-/Eierstockkrebs) bei denen nicht erhöht. Hier hat Prof. Lee uns geholfen, die Sache besser zu verstehen. Er prägte den Begriff der **Estrogendominanz** und meinte damit, dass eine Störung zwischen der Balance von Progesteron und Estradiol (ein Östrogen) ein Krebsrisiko darstellt.

Kann man eine E2 Dominanz nicht einfach durch einen Bluttest erkennen?

- Dazu muss man wieder ein bisschen in die Chemiekiste schauen. Steroidhormone (z.B. E2, Progesteron, Testosteron etc.) sind Abkömmlinge des Cholesterins, also eines fettlöslichen Moleküls. In der Leber wird diese fettlösliche Substanz zwecks Ausscheidung an eine Proteinstruktur gebunden (Globulin), um eine Wasserlöslichkeit und damit eine renale Ausscheidung zu ermöglichen. Was aber passiert damit? Die Hormone sind nicht mehr *bioverfügbar*. Im Klartext: Nur

fettlösliche Hormone erreichen die Zielrezeptoren. Den **fettlöslichen Transport** übernehmen z.B. rote Blutkörperchen. Wenn ich nun wissen will, welche Hormone wirken, ist es dann sinnvoll, Serumanalysen zu machen? Nein, weil ich ja keine bioverfügbaren Hormone messe. Serumanalysen sind schlicht in dieser Frage nicht aussagekräftig, zumindest zu Beginn nicht, da wären **Speicheltestungen** besser. Da dies aber oft vom ökonomischen Standpunkt aus nicht gangbar erscheint, begnüge ich mich trotzdem mit der zweitbesten Lösung. Für die Routine, d.h. zum Therapiemonitoring reichen die Blutteste sehr wohl aus. Da wiederum würden die Speichelteste oft absurd hohe, daher wenig plausible Werte, wiedergeben.

Was vermag denn das Superhormon Progesteron alles?

- Es ist selber Ausgangsstoff für verschiedene andere Hormone und vor allem – es kann schützt vor dem **Todeskuss des Estradiols**, des Engels der Schönheit und der Jugend.

Erzählen Sie uns nun etwas über diesen Todesengel...den Östrogenen.

- Dass E1 (Östron) und E2 (Estradiol) krebserregend ist, wusste man schon lange. Unter Forschern besteht kein Zweifel, dass **unbalanciertes Östrogen** zu Krebs führen kann. Ca. 80 – 90% der Brustkrebse haben ihre Ursache in der E2 Dominanz. Aber immerhin 10 – 20% können andere Ursachen haben, nämlich eine *HER-2/neu* Genmutation oder eine *BRCA-Genvariante*. Sollten die Ergebnisse der Forschungen bestätigt werden, könnte es sein, dass frühe Progesteronsubstitution den Ausbruch solche *Gen-Krebse*¹ verzögern (nicht verhindern) kann.

¹ Von mir verwendeter Begriff, der in der Literatur nicht üblich ist.

Können Sie die wichtigsten Faktoren einer E2 Dominanz nennen?

- Da wären lt. Prof. Lee folgende **sechs Punkte**: 1. Petrochemische Xenoöstrogene, 2. Zucker/raffinierte Stärke, 3. Transfettsäuren (Mangel an Omega-3-Fettsäuren), 4. Zu wenig Schlaf vor 24h oder zu wenig Schlaf in Dunkelheit (Melatoninmangel > Progesteronmangel > E2 Dominanz), 5. Anti-Babypille, 6. Konventionelle Hormonersatztherapie (HRT).

Was kann man gegen eine E2 Dominanz tun?

- Lebensstil ändern und Progesteron nehmen.

Frauen (und Männer) können von einer Mangelsubstitution zu ihrem Besten profitieren

Was ist Ihnen bei der Betreuung von Frauen wichtig, die eine NIHET wollen?

- Ein paar wichtige Regeln sind ärztlicherseits zu beachten. Diese sind: 1. Es muss bei Frau/Mann (auch Männer können von einer NIHET profitieren) ein **Mangel** vorliegen (klinisch anamnestisch oder im Saliva- (Speichel) Test nachgewiesen) 2. Es dürfen nur **bioide Hormone** verwendet werden (nie halb- oder synthetische Substanzen, wie sie die Pharmafirmen propagieren). 3. Es sollten nur **physiologische Dosen** verwendet werden, d.h. Dosen, die **normale Spiegel** herstellen.

Können Sie uns sagen, welche Art der Substitution Sie bevorzugen?

- Begonnen habe ich auf **oralem Wege** mit den sog. **RIMKUS** Kapseln, d.h. Progesteron und – wenn nötig – E2 wurden in eine „Morgen-“, und eine „Abend“ Kapsel verpackt und geschluckt, in der Menopause meist durchgehend, d.h. ohne Pause. Heute bevorzuge ich den **transdermalen** Weg, wie ihn auch Prof. Lee propagiert

hat. Er ist medizinisch sinnvoller, da die **über die Haut zugeführte Substanz nicht über die Leber verstoffwechselt wird und direkt die Hormonrezeptoren** erreicht. Dabei beginne ich immer mit Progesteron und überlege mir nach 1-2 Monaten, ob die Patientin Testosteron oder Estradiol dazu benötigt.

Ich würde gerne noch einmal auf den Punkt der Ursachen der E2 Dominanz zu sprechen kommen. Gibt es außer den oben genannten Punkten noch andere, die man beachten sollte?

- Prof. Lee hat einmal gesagt: „**Es gibt kein verstecktes Gift, keinen schlechten Industrieabfall, nichts Schlimmes in der Luft und nichts Schlechtes im Wasser (außer Fluor)...**“, das nicht erst durch eine E2 Dominanz keine wahre Toxizität entfaltet. Anders – und sehr plakativ – ausgedrückt kann man sagen: **Progesteron schützt vor Vergiftung.**

Leben ist letztlich von einer ausreichend hohen Energieleistung abhängig – und diese entsteht in den Mitochondrien

Sind Sie ebenfalls dieser Meinung?

- Nein, als in seinem biologischen Denken **mitochondrial-medizinisch ausgerichteter Arzt** vermute ich, dass die E2 Dominanz eine der **gravierenden Belastungsfaktoren** sein kann, welche behandelt werden muss, und zwar durch **Progesteron!** Doch um auf weitere Faktoren der E2 Dominanz zu sprechen zu kommen (ich wiederhole mich hier teilweise), zähle ich diese weiteren auf: Mangel an **Testosteron** (s. Verhältnis der Trias E2 – PG – T!), **ernährungsbedingte Insulinresistenz** (zu viel Zucker und raffinierte Kohlehydrate), **Zinkmangel** (KH Mast, Zucker,

Alkohol), **Magnesium Mangel** (Zucker, Rauchen), **Mangel an S-haltigen Aminosäuren** wie z.B. **Methionin, Cystein** (Glutathionmangel), zu viel an **gesättigten Fetten, Transfetten** (Chips, Gebäck, Pommes, industrielle Ernährung), **oxidierten Fetten** (Grillen, Geräuchertes), **Hypothyreose** (Schilddrüsenunterfunktion > Prolaktinerhöhung), **chronischer Stress** (Hypocortisolismus), **Xenoöstrogene** (Pestizide, Lösungsmittel, Plastik = Phthalate, petrochemische Produkte, die im Abbau über die Leber mit den Östrogenen konkurrieren), **Umweltgifte** (Cadmium bei Rauchern), **nächtliche Arbeiten bei hellem Licht** (Melatoninmangel, Unterbindung der nächtlichen Synthese von Regenerationshormonen wie dem Wachstumshormon), **Aromatase-Aktivatoren** (Alkohol), **Sulfatase-Aktivatoren** (Alkohol > hormonabh. Krebsarten), **Sulfotransferasehemmer** (Drogen und Xenobiotika)

Wie bei jeder biologischen Therapie steht die Änderung des Lebensstils an erster Stelle, d.h. Änderung der Ernährungs- und körperlichen Aktivität

Das klingt einigermaßen bedrohlich und betrifft Frauen wie Männer. Kann man eigentlich klinisch Hinweise für eine E2 Dominanz finden?

- Ich würde sagen, dass sich diese in 3 Kategorien subsummieren lassen, dennoch allesamt nicht unbedingt als **pathognomonisch** (krankheitsspezifisch) gelten dürfen. Da wären zunächst bei Frau und Mann die **Gemütssymptome** zu nennen, die sich hauptsächlich in **Reizbarkeit** und/oder **Depressivität** äußern (bei der Frau zusätzlich **prämenstruelle Stimmungsschwankungen**). Auch die **Vita sexualis** ist durch einen

Libidoverlust gekennzeichnet (Verhältnis der Trias E2 – PG – T !). An „**leiblichen Symptomen**“ finden wir **Kopfschmerzen, Spannung und Schwellung der Brüste** (Frau) und **Mastopathie** (Frau) sowie eine **Gynäkomastie** beim Mann. Eine **Ödemneigung, geschwollene Füße** sind ebenfalls zu beobachten sowie eine **Gewichtszunahme** (v.a. Fettdepots an den Hüften und Oberschenkeln), **Menstruationsbeschwerden** (stark, unregelmäßig), **Gebärmutterfibrome, Neigung zu Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs, Neigung zu Eierstockzysten**. Nicht selten wird auch über **abnorme Gelüste nach etwas Süßem berichtet, Schlaflosigkeit** (Melatoninmangel), **Schwindelgefühl**.

Gibt es Wege, die E2 Dominanz zu durchbrechen?

- Lebensstilmaßnahmen stehen ganz oben („Ernährung und Bewegung“), also **Gewichtsabnahme**, denn **Fettgewebe produziert E2**, eine Gewichtsabnahme dagegen wirkt wie ein Aromatasehemmer! Sport wirkt wie ein Sulfatasehemmer, was wiederum hilft E2 Spiegel zu senken.