

Kan jeg få en resept på progesteronkrem, doktor?

Spørsmålet kom fra en kvinne i 40-årene med premenstruelle plager. Jeg lot det gå noen sekunder i intens taushet mens jeg prøvde å huske om jeg hadde hørt noe om progesteronkrem. Så var det bare å stille seg helt åpen: «Nei, dette har jeg ikke hørt om før, kan du fortelle meg mer om dette?». (I motsetning til hva som angivelig nylig er vist i en større engelsk undersøkelse, synes jeg ikke pasientene blir usikre av at jeg kommer med slike utsagn, bare jeg klarer å ha en imøtekommende tone).

Kvinnen var godt forberedt på min uvitenhet. Hun gav meg en fem siders artikkel fra Mat & Helse, november 2002 med tittelen: «Progesteron – det glemte hormon» skrevet av kollega Leif Ims, privatpraktiserende lege i Oslo og rektor på Skandinavisk Institutt for Klassisk Homeopati. Han baserer endel av sin viten på en amerikansk lege, dr. John Lee, som bla har gitt ut to bøker om hormonell terapi, vi får ikke vite mer om dr Lee enn dette, og jeg føler meg umiddelbart litt usikker på ham! Er han er sjarlatan eller seriøs doktor? Artikkelen er uten referanser, og det er kanskje rimelig med tanke på det publikum den er skrevet for. Ims hevder at mange kvinner har en ubalanse i forholdet mellom østrogener og progesteroner med østrogenovervekt. Dette kan forklare mange symptomer kvinner får før, under og etter (!) menopausen. Han hevder at man har gjort målinger som viser at noen kvinner helt ned i 20-årene kan ha lave progesteron-nivåer, og at 50 prosent av kvinnene over 35 år har relativ progesteronmangel.

Østrogendominansen forklares med økt forekomst av miljøgifter, hormonell substitusjonsterapi (HRT), stress, luteal insuffisiens (manglende eggøsning tross regelmessig menstruasjon).

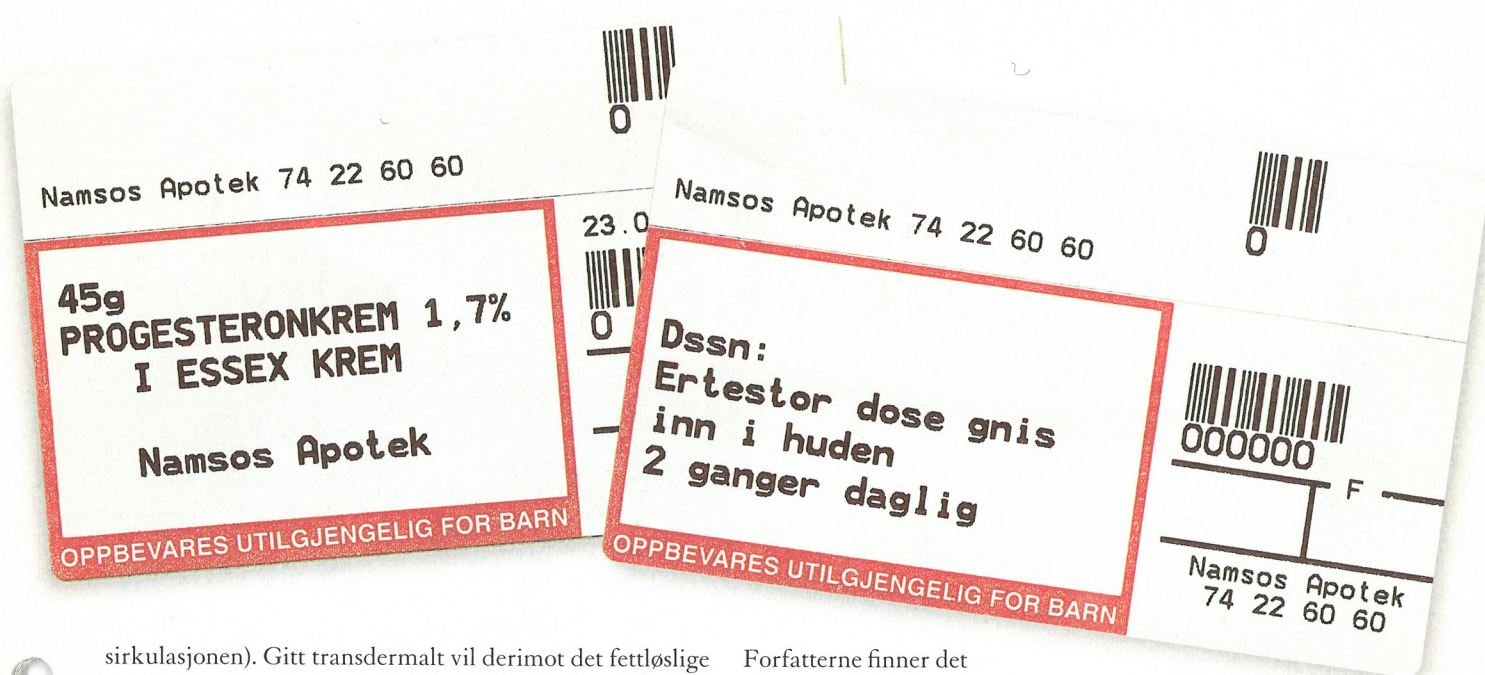
Ims mener det er viktig å være klar over at syntetiske gestagener gitt peroralt som bl.a. brukes i HRT-behandling ikke fullgodt erstatter relativ mangel på kroppens progesteron siden syntetiske gestagener og «naturlig» progesteron ikke har samme kjemiske egenskaper. Syntetiske gestagener blir idag brukt fordi «naturlig» progesteron har en høy firstpasseffekt (90 prosent nedbrytes i lever før det går ut i



Typiske symptomer på østrogendominans er ifølge Ims:

- Ømme og hovne bryster
- Hevelser i kroppen
- Vektøkning
- Engstelse og nedstemthet
- Tørre øyne
- Tretthet
- Redusert seksuallyst
- Hodepine
- Lavt blodsukker
- Allergier
- Uregelmessige menstruasjoner
- Klumper i brystene
- Økt trombosetendens
- Kalde hender og føtter
- Søvnløshet
- Humørsvingninger
- Premenstruelt syndrom
- Polycystisk ovarialsyndrom
- Lavt stoffskifte
- Myoma uteri





sirkulasjonen). Gitt transdermalt vil derimot det fettløslige «naturlige» progesteronet absorberes godt. Stoffet utvinnes av jamsrot, men har en kjemisk struktur som er identisk med kroppens selvproduserte progesteron, derav betegnelsen «naturlig».

Dette var altså den kunnskapen min pasient hadde før hun kom på time til meg. Artikkelen min pasient gav meg virket jo ganske troverdig, og at forskingen har overfokusert på østrogener og oversett progesteronet virker heller ikke så urimelig, verden går jo fremover ved at originale kolleger tør å tenke nye tanker... Ja, hvorfor ikke skrive resepten?

Jeg skrev resepten etter oppskrift fra artikkelen til Ims og tenkte at det neppe var det verste jeg har foretatt meg i min praksis, men var det riktig? Skal jeg fortsette med dette, finnes det vitenskapelig belegg for en slik praksis? Og hvis det ikke finnes, hva så?

Spørsmålene førte meg til Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 15/2002 (Søren også, hvorfor hadde jeg ikke lest Tidsskriftet grundigere? Jeg husket overhodet ikke at de nylig hadde skrevet om dette.) Gynekolog Mette Moen har sammen med to andre sett på det som finnes av dokumentasjon på bruken av progesteronkrem. De skriver at det er gjort studier på absorpsjon av transdermal «naturlig» progesteron som viser at serumkonsentrasjonen øker svært beskjedent. De mener det er rimelig å tenke seg at det da gir lite effekt siden målorganet ligger langt fra applikasjonsstedet. Men kan det tenkes at stoffet oppkonsentreres i de organer som har progesteronreseptorer? Den føromtalte Dr. Lees påstand om at preparatet virker på premenstruelt syndrom finner de ingen dokumentasjon for. Det eneste som er dokumentert er at progesteronkrem har bedre effekt på vasomotoriske symptomer i klimakteriet enn placebo.

Forfatterne finner det viktig å presisere at det ikke er dokumentert at progesteronkrem har effekt på osteoporose eller gir nødvendig cancerbeskyttelse av endometriet ved østrogenterapi i klimakteriet, noe Ims gir inntrykk av i sin artikkel. Ims hevder at progesteronkrem dosert riktig er uten bivirkninger, mens Moen ikke nevner bivirkninger i det hele tatt.

Og hva nå? Skal jeg skrive ut nye resepter – eller skal jeg ikke? Det er jo tydelig at det er gjort for få studier på dette feltet, og skal vi tenke «Evidence based» bør jeg si nei ved neste forespørsel. Men skal vi være strengere med å kreve dokumentasjon på nye preparater enn gamle, selv når det handler om noe så uskyldig (?) som progesteronkrem? Dersom det ikke er noen grunn til å frykte bivirkninger er det kanskje ikke så farlig, eller er vi da med på en karusell der pasienten til slutt får oss til å skrive resept på en rekke behandlinger som ligger fjernt fra vitenskapelig dokumenterte behandlingsmetoder?

Det enkleste er å «helgardere» seg med å be pasienten kjøpe kremen på postordre fra et firma som formidler alternativ behandling. Kremen heter da Progesta-care. Dersom man velger å skrive ut resepten lages kremen ganske billig på de fleste apoteker. Det anbefalte er da 1,7 prosent progesteron i en krembase (f.eks Essex krem) i en tube på 45 gram. Den holder ca 2 måneder. 1/4 teskje (en ertestor kremklatt) smøres inn i huden (hvor som helst på kroppen) to ganger daglig. Menstruerende kvinner bør bruke kremen fra 12.–26. cyclusdag, mens kvinner etter menopause kan bruke den 25 dager pr mnd.

Jannike Reymert

Kilder:

Tidsskr Nor Lægeforen nr 15, 2002, 1477-78
Mat og Helse November 2002