

Progesteron – medisin eller kommers?

Der hersker en viss forvirring blant leger og kvinner om de kliniske effekter av progesteronkrem (1–3). Saken dukker jevnlig opp i pressen og andre medier. Det refereres ofte til to bøker av dr. Lee som legen Leif Ims har oversatt (2). I disse bøkene hevdes det at progesteronkrem har en rekke positive effekter og ingen bivirkninger. Den som søker vitenskapelig dokumentasjon for disse påstandene blir skuffet. Bøkene og innlegget til Ims i Tidsskriftet (2) er ikke til særlig hjelp. Som forskjemper for denne behandlingsmetoden burde Ims redegjøre for den dokumentasjon man som lege bør ha før man går ut med anbefalinger, særlig når kvinner anbefales å søke sin egen lege for å få resept på magistrelt forskrevet progesteronkrem.

Teorien bak denne behandlingen halter på flere punkter. Ims hevder at progesteronkrem er bra mot premenstruell tensjon, men denne tilstanden opptrer når progesteronverdiene er høye (lutealfasen). Den premenstruelle fase er for mange forbundet både med vektøkning og væskeretensjon, men Ims hevder at effekten av progesteron er den motsatte. Påstanden om at gravide føler seg vel på grunn av høye progesteronverdier halter også, for under graviditet er frekvensen av plager og sykmeldinger høy. Det er riktig at gestagen (ikke progesteron) har vel-dokumenterte effekter som kreftterapi, men da i helt andre doser og bare ved spesifikke kreftformer (endometrie- og mamma-cancer). Det er fortsatt ikke avklart om progesteron/gestagen virker antiøstroget på mammaev, slik det gjør i endometriet, eller gir additiv østrogeneffekt (målt som mam-mografisk densitet) eller mastalgi (4, 5). Det er usikkert om progesteronkrem har gunstige virkninger utover placeboeffekten.

Det burde være selvsagt for en seriøs lege å fremlegge dokumentasjon før man kommer med sterke anbefalinger om visse behandlinger, særlig når det gjelder kreft. Det synes som om grensene mellom legen og homøopaten Leif Ims er flytende eller utvisket. Ims oppfordres på ny (3) til å fremlegge dokumentasjon som utøver av et fag som i størst mulig grad burde ha som ambisjon å være kunnskapsbasert.

Vi har sett terapiformer komme og gå fra entusiasme til resignasjon. Bruken av progesteronkrem synes å føye seg inn i denne rekken. Det er ikke tilstrekkelig å være velmenende og ønske det beste.

Bergen

Ole-Erik Iversen

Litteratur

1. Iversen O-E. Gestagentillegg ved østrogenbehandling i klimakteriet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 82–3.
2. Ims L. Gestagentillegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 629.
3. Iversen O-E. Gestagentillegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 630.
4. Speroff L. Role of progesterone in normal breast physiology. J Reprod Med 1999; 44 (suppl 2): 172–9.
5. Speroff L. Postmenopausal hormone therapy and the risk of breast cancer. Maturitas 1999; 32: 123–9.

L. Ims svarer:

Ole-Erik Iversen refererer til to bøker av Dr. John R. Lee (1, 2), men savner vitenskapelig dokumentasjon. Da har han neppe lest disse bøkene, som er fulle av referanser til vitenskapelige arbeider.

Iversen hevder at premenstruell tensjon opptrer i lutealfasen «når progesteronverdiene er høye». Vitenskapelig dokumentasjon viser at i denne fasen er faktisk progesteron-nivået lavt og østrogennivået høyt (3, 4). Ellison og medarbeidere fant at kvinner i industriland generelt hadde høyt østrogennivå. Underlig nok var progesteron-nivået lavt hos mange kvinner – helt ned i 20-årsalderen. Dette gir de velkjente premenopausale symptomer (østrogendominanse) i form av ømme bryster, vektøkning, hevelser, irritabilitet, nedstemthet, nedsatt libido, søvnavskær etc. Symptomene kommer i dagene eller ukene før menstruasjon. Årsaken til dette er lite progesteron relativt til østrogen. Den vanlige behandlingen – å gi østrogen pluss et gestagen – vil ikke rette opp denne ubalansen. Den logiske behandlingen basert på vitenskapelig dokumentasjon er å gi progesteron alene. Det har en forbausende positiv effekt. Det er fordi hormonbalansen blir gjenopprettet.

Helse er balanse. Man kan aldri oppnå balanse uten ved bruk av naturlige hormoner. Progesteron er naturlig, mens gestagen er en syntetisk hormonhermer som er fremmed for kroppen. Fremmede stoffer vil alltid gi bivirkninger. Kombinasjonen av østrogen og gestagen er vist å øke risikoen for brystkreft med 8 % hvert år.

Flere molekylærbiologer har undersøkt rollen til bcl-2, som er et protoonkogen, og p53, et tumorsuppressorgen. bcl-2 hemmer apoptose og fremmer derfor kreft i bryster, ovarier, endometriet, prostata og follikulært B-cellelymfom. En oppgradering av p53 vil hemme aktiviteten til bcl-2, stanse celledeling og indusere apoptose, og således beskytte mot kreft. Formby & Wiley (5) fant at når østrogen ble tilsatt cellekultur, ble bcl-2

aktivert. Tilførsel av progesteron (i konsentrasjoner som i cellen) nedregulerte bcl-2 og oppregulerte p53 (5).

Det er min observasjon at mange kvinner i siste trimester opplever den tiden som fylt av livsglede. Da er progesteronproduksjonen 20 ganger det normale. Det er også et faktum at det er 20 ganger mer progesteron i nerve-celler enn utenfor.

Oslo

Leif Ims

Litteratur

1. Lee JR, Hopkins V. Alt du trenger å vite om hormonbalanse og menopause. Oslo: Futhark Forlag, 1999.
2. Lee JR, Hanley J, Hopkins V. Naturlig hormonterapi for yngre kvinner. Oslo: Futhark Forlag, 2000.
3. Ellison PT, Panter-Brick C, Lipson SF, O'Rourke MT. The ecological context of human ovarian function. Human Reprod 1993; 8: 2248–58.
4. Ellison PT. Measurements of salivary progesterone. Ann N Y Acad Sci 1993; 694: 161–76.
5. Formby B, Wiley TS. Progesterone inhibits growth and induces apoptosis in breast cancer cells: inverse effect on expression of p53 and bcl-2. Santa Barbara, CA: Sansun Medical Research Foundation, 1997.

Timelønn for leger og bilmekanikere

Ifølge VG for 11. september har bilmekanikere i Oslo en timelønn på kr 200. Dette tilsvarende lønstrinn 59 i det offentlige regulativ. Dette lønstrinnet kan de fleste leger bare drømme om. På sykehusene er det vel ingen leger som har et slikt høyt lønstrinn.

Med henvisning til foranstående har jeg følgende spørsmål til Legeforeningen:

– Vil Legeforeningen arbeide for å få legenes timelønn opp på det samme nivå som bilmekanikerne i Oslo har? Fra hvilket tidspunkt vil dette ev. kunne skje?

– Hvilken fremgangsmåte vil Legeforeningen benytte for å få alle legers timelønn opp på det samme nivå som bilmekanikerne i Oslo har?

– Når man sammenlikner utdanning, ansvar og kompetanse: Burde ikke legene egentlig ha en dobbelt så høy timelønn som bilmekanikerne i Oslo, altså kr 400 per time? Vil Legeforeningen arbeide for dette?

– Er legeyrket mer attraktivt enn bilmekanikeryrket, når man kun sammenlikner timelønn? Hva er i så fall Legeforeningens begrunnelse for dette?

Jeg takker på forhånd for Legeforeningens svar på spørsmålene.

Granvin

Gunnar Hetland