

Progesteronkrem

Mette Haase Moen og medarbeidere refererer i Tidsskriftet nr. 15/2002 (1) til en bok av dr. John R. Lee. Dr. Lee er internasjonal ekspert og pioner på bruken av progesteronkrem. Det undrer meg at de ikke refererer til hans to senere bøker om emnet med referanser til mange nyere vitenskapelige arbeider (2, 3).

Måling av progesteron i serum er et svært dårlig mål for den aktive delen av hormonet. I serum er så mye som 95 % bundet og på vei til utskillelse. Måling i spytt viser derimot nivået for det frie og aktive progesteron. Ved tilførsel av 15–20 mg progesteron daglig gjennom huden blir konsentrasjonen lik de fysiologiske ved normalt fungerende eggstokker (Dollbaun CM, Duwe GF. Absorption of progesterone after topical application: serum and saliva levels. Poster, The 7th Annual Meeting of the North American Menopause Society, Chicago, 1996). Det er målt konsentrasjoner i brystvev som viser at fettløselige hormoner som progesteron og østrogen (apropos østrogenplastre) meget effektivt absorberes gjennom huden og når sine målorganer (4).

Analyser av spytt viser at så mange som 50 % av alle menstruerende kvinner over 35 år i perioder kan ha luteal insuffisiens. Produksjonen av progesteron er da for liten og kortvarig. Dette baner veien for symptomer på premenstruelt syndrom (PMS). Normalt vil progesteronet i lutealfasen balansere østroget. Med for lite progesteron får man i denne fasen PMS-symptomer som skyldes dominans av østrogen. Bruk av transdermal progesteronkrem for disse pasienter i lutealfasen er svært effektivt og uten bivirkninger. Progesteron gir heller ikke økt fare for brystkreft som kombinasjonen av østrogen og gestagen.

Progesteron er et steroid som bygger beinvev og brenner fett. Dyreforsøk viser at progesteron fremmer ny beindanning, mens østrogen bare hemmer resorpsjonen (5).

Helse er et spørsmål om balanse. Det er særlig tydelig når det gjelder hormoner. Det kan aldri bli balanse i hormonene uten at de er naturlige; det vil si lik dem som finnes i kroppen fra før. Gestagener er fremmede hormonhermere som aldri kan erstatte progesteron. Gestagener er ikke progesteron.

Oslo

Leif Ims

Litteratur

1. Moen MH, Buajordet M, Leirstrand T. Progesteronkrem – effektivt ved premenstruelt syndrom og klimakterielle problemer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1477–8.

2. Lee JR, Hopkins V. Alt du trenger å vite om hormoner og menopausen. Oslo: Futhark Forlag, 1999.

3. Lee JR, Hanley J, Hopkins V. Naturlig hormonterapi for yngre kvinner. Oslo: Futhark Forlag, 2000.

4. Chang KJ, Lee TT, Linares-Cruz G, Fournier S, de Lignieres B. Influences of percutaneous administration of estradiol and progesterone on human breast epithelial cell cycle in vivo. *Fertil Steril* 1995; 63: 785–91.

5. Schmidt IU, Wakeley GK, Turner RT. Effects of estrogen and progesterone on tibia histomorphometry in growing rats. *Calcif Tissues Int* 2000; 67: 47–52.

M.H. Moen og medarbeidere svarer:

Kollega Leif Ims undrer seg over at vi ikke refererer til nyere bøker forfattet av den amerikanske forkjemper for progesteronkrem, dr. John R. Lee. Vi har bare referert til heftet fra 1996 (1) som er en samling av udo-kumenterte påstander med mange medisinske feil og unøyaktigheter. Det gav ikke mersmak. Lee har aldri publisert sine resultater i tidsskrifter som vi støtter oss til når vi skal gi råd til våre pasienter om behandling.

Steroidhormoner er i serum bundet til forskjellige proteiner i ulik grad og derved inaktive. Her er progesteron ikke i noen særklasse. Vi måler totalmengden av et hormon, altså både den inaktive og aktive delen. I klinikken byr det ikke på problem, da det i de aller fleste tilfeller vil være likevekt mellom den bundne og den frie fraksjonen av hormonet. Ims refererer til en posterpresentasjon ved den nordamerikanske menopausekongress i 1996 (Dollbaun CM, Duwe G. Absorption of progesterone after topical application: serum and saliva levels. Poster, The 7th Annual Meeting of the North American Menopause Society, Chicago 1996). Men siteringen er ikke helt korrekt. Ved transdermal tilførsel av 30 mg progesteronkrem daglig oppnådde man en serumkonsentrasjon på 1,8 ng/ml (5,7 nmol/l), et nivå som ligger langt fra forholdene i normal lutealfase hvor verdier over ca. 30 nmol/l kreves som bevis for normal funksjon av corpus luteum. Det er for øvrig påfallende at forfatterne av dette kongressbidraget ikke har publisert sine resultater i noe medisinsk fagtidsskrift og dermed har oppnådd kvalitetsbedømmelse som ikke hefter ved et kongressbidrag.

Ims omtaler en human studie (2) hvor man ved lokal applikasjon av progesteronkrem over brystet oppnådde stor vevskonsentrasjon av hormonet, men hvor det ikke kunne påvises økning av serumkonsentra-

sjonen. Det taler mot en generell effekt. I sist refererte arbeid (3) er det gitt progesteronimplantat til rotter i vekst og påvist en beinstimulerende effekt, men det er noe spinkelt grunnlag for å slutte at progesteronkrem gir beskyttelse mot osteoporose hos postmenopausale kvinner.

Påstanden om luteal insuffisiens og effekt av progesteronkrem ved premenstruelt syndrom mangler dokumentasjon og kan derfor ikke kommenteres. Påstanden om at hormonell ubalanse ikke kan opprettes med syntetiske hormoner, stemmer ikke med den kliniske hverdagen. Vi kan f.eks. ved målrettet bruk av gestagener få kontroll med blødninger og hindre utvikling av endometriehyperplasi – og kreft (4).

Ims har rett i at gestagener ikke er progesteron.

Trondheim/Oslo

*Mette Haase Moen
Marit Buajordet
Torill Leirstrand*

Litteratur

1. Lee JR. Naturlig progesteron. Løten: Aage Stenseth Forlag, 1996.

2. Chang KJ, Lee TT, Linares-Cruz G, Fournier S, de Lignieres B. Influences of Percutaneous Administration of estradiol and progesterone on human breast epithelial cell cycle in vivo. *Fertil Steril* 1995; 63: 785–91.

3. Schmidt IU, Wakley GK, Turner RT. Effects of estrogen and progesterone on tibia histomorphometry in growing rats. *Calcif Tissues Int* 2000; 67: 47–52.

4. Gestagens as additions to estrogen treatment in the menopause. Workshop 2000–1. Stockholm/Oslo: Svenska Läkemedelsverket og Statens Legemiddelkontroll, 2000.

Kulturell kirurgi

Rådet for legeetikk ved Reidun Førde uttrykker i Tidsskriftet nr. 17/2002 skepsis mot kirurgisk rekonstruksjon av jomfruhinner (1). Rådets uttalelse er foranlediget av en forespørsel fra en (eneste?) privatklinikk i landet som utfører hymenplastikk, i relasjon til lovforbud om kjønnslemllestelse.

I Rådets svar målbæres det ønsket kvinner og kvinners familie kan ha om hymenplastikk som et kulturelt problem med implisitt tvilsom moralsk dignitet, faktisk så tvilsom at Rådet finner grunnlag for å anbefale at problemer med manglende jomfruhinne løses ved samfunnskulturell utvikling.

Etikk er kulturelt betinget. På ovenstående grunnlag har mange former for kosmetisk kirurgi magre fremtidsutsikter i vårt land. Inngrep som fettsuging, mammaplastikk, omskjæring, og ansiktsløfting har bakgrunn

i ønsker basert på kulturelt betinget (skjønnhets)-syn, og jeg kan forvente at Rådet uttrykker skepsis også mot denne type inngrep.

Jeg har, med min kulturelle bakgrunn, vansker med å forstå at en skarve jomfruhinne skal være så viktig; jeg innser dog at retten til annen oppfatning finnes.

Jeg har større vansker med å forstå at kun hymenplastikk skal løftes som medisinsk etisk fanesak. Tanken slår meg at Rådet for legeetikk her kan komme i skade for å bli tatt til inntekt for det syn at kvinner som har førekteskapelig sex i kulturer der dette er skam- og straffebelagt, har bare seg selv å skyldes for det og må bære ansvaret selv, både for eget liv eller død og den av Rådet ønskede kulturelle utvikling i sitt etniske samfunn. Er det etisk forsvarlig?

Har Rådet for legeetikk diskutert spørsmålet med kolleger i andre land der hymenplastikk utføres rutinemessig, eller er dette et spørsmål om norsk lovgivning mer enn om særnorsk etikk?

Jessheim

Björg-Helene Renaa
spesialist i allmennmedisin

Litteratur

1. Førde R. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1709.

Eutanasi i Nederland – ny, foruroligende statistikk

Den kongelige nederlandske legeforening gir ut en publikasjon *Euthanasia in the Netherlands* med visse mellomrom. Femte utgave kom i desember 1996 og er delvis referert i Tidsskriftet (1). Nylig er 7. utgave kommet (2). I en artikkel av R. J. M. Dillmann sammenliknes årene 1990 og 1995. Aktiv dødsavslutning (active ending of life) viser en oppgang fra 2,9% til 3,4% av alle dødsfall i Nederland mellom 1990 og 1995. Oversikten inneholder også to nye rubriker, nemlig for dødsfall der det er brukt «opioider i store doser» og «avgjørelser om behandlingssunnlatelse» (forgo treatment).

Aktiv livsavslutning dreier seg oftest om intravenøs injeksjon av letale medikamenter. Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy gav i 1994 ut et hefte om bruk av slike legemidler ved eutanasi (3). Heftet er selsom lesing. Opioider frarådes fordi pasienter som er blitt behandlet med slike midler en viss tid, kan være tolerante for opioidenes depressive effekt på respirasjonen. Dette er noe som er vel kjent blant dem som driver med palliativ medisin. Når det i tabellen opereres med uttrykket «store doser» (large dosages), må det virkelig dreie seg om betydelige kvanta.

15,5% av dødsfall skjer etter store doser med opioider gitt i den hensikt å avslutte livet (with the intention of ending life). I tillegg til dette kommer 3,0% der injeksjonen

er gitt med klar intensjon om å fremskynde døden (with the oblique intention to accelerate death). Disse pasientene kommer klart inn under det vi vil definere som aktiv døds-hjelp og øker denne kategorien fra 3,4% til 21,9%. Betegnelsen «large dosages» kan neppe komme inn under «dobbelteffekten», det vil si at et medikament gitt som smertestillende kan ha den bivirkning at det forklorter livet.

Når det gjelder avgjørelser om å unngå behandling, var det i 7% av tilfellene hensikten å fremkalle døden. Ved å legge til dette tallet, ser vi at i Nederland er 28,9% av dødsfallene registrert som følge av en eller annen form for aktiv døds-hjelp slik dette defineres i vårt land.

De aller fleste av oss er svært glad for Den norske lægeforenings klare holdning mot aktiv døds-hjelp. Tallene fra Nederland er foruroligende. Er de et uttrykk for den skrålplaneffekten mange av oss frykter? Hva kan det komme av at leger fra to så nære kulturer som Norge og Nederland tenker så forskjellig?

Sandvika

Helene Pande
Kreftavdelingen
Bærum sykehus

Litteratur

1. Pande H. Eutanasi. Forsøk på klargjøring og avgrensning av begreper. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3548–50.

2. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Euthanasia in the Netherlands. 7. utg. Utrecht: RDMA, 2000.

3. Administration and compounding of euthanasic agents. Haag: Royal Dutch Society for the Advancement of Pharmacy, 1994.

Emil Aarestrup, lege og lyriker

Per Joachim Aarestrup Lund hadde i Tidsskriftet nr. 17/2002 en meget interessant artikkel om sin fjerne slektning, legen og dikteren Emil Aarestrup (1).

Lund skriver innledningsvis at Emil Aarestrups farfar utvandret med sin familie fra København til Bergen i 1788. Det gir meg grunn til å minne om at Danmark og Norge den gang var deler av det samme rike, kongeriket Danmark-Norge. Det dreide seg således ikke om utvandring, men om flytting til en annen by. Fredrik Aarestrup hadde vært så heldig og dyktig at Kongen fant å vilje forfremme ham fra Toldbetjent i København til Overtoldbetjent i rikets viktigste handels- og sjøfartsby, et stort og viktig embete. Han døde her den 1. februar 1815. Den gang som nå, var det her langs kysten i nord og sør staten tjente sine penger.

Vi får vite i artikkelen at Emil Aarestrup (egentlig Carl Ludvig Emil) tok medisinsk embetseksamen i 1827, men ikke hvor han tok eksamen. I Danmark hadde man fortsatt den ordning som også gjaldt før Danmark og Norge skilte lag i 1814, at staten innenfor

samme by, København, drev to læreanstalter som utdannet leger. Den ene var det gamle medisinske fakultet ved Københavns Universitet, den annen Det Kongelige kirurgiske Akademi fra 1785. Fra førstnevnte ble man cand.med., fra sistnevnte cand.chir. Eksamen fra begge institusjoner gav nøyaktig de samme rettigheter til å praktisere og til å bli ansatt som embetsmann. Emil Aarestrup tok eksamen ved universitetet, men akademiet utdannet langt de fleste leger. Først i 1838 ble de to institusjoner smeltet sammen, og de som deretter ble uteksaminert fikk tittelen cand.med. et chir., slik som det fortsatt er.

Seligmann Meyer Trier som Aarestrup søkte råd hos i sin praksis, var ikke ved Rigs-hospitalet. Det ble først opprettet omkring 1910. Han var overmedicus og titulær professor ved Frederiks Hospital, det daværende undervisningssykehus. I dag brukes det av Kunsthindustrimuseet. Det ligger i Bredgade, bare noen skritt fra Kirurgisk Akademi hvor man nå finner Medicinsk-Historisk Museum. Begge steder er vel verdt et besøk.

Apropos: Bare få er klar over at Universitetet i Oslo i de første ca. 40 år utdannet to sorter leger. Man kunne bli candidatus med. eller examinatus med. som var hyppigst. Hos oss var de to eksamener ikke likestilte. Men det er en annen historie.

Bergen

Torstein Bertelsen
cand.med. et chir.

Litteratur

1. Lund PJA. Var det synd? Emil Aarestrup, lege og lyriker. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1656–9.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
 - **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
 - **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
 - **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no
eller
A-post
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40
- Bruk kun én forsendelsesmåte.**