

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