

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

Pharma-News

Journal für Menopause 2001; 8 (1) (Ausgabe für Schweiz)

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



TRANSDERMALE THERAPIE MIT KOMBINIERTEN MATRIXPFLASTERN ZUNEHMEND ETABLIERT

Erste kombinierte Matrixpflaster SYSTEM® Conti und SYSTEM® Sequi erfüllen nachhaltig die gewachsenen Bedürfnisse an die neue Generation der Medikamente in der HRT.

In der Schweiz gibt es seit dem Sommer 1999 eine echte Innovation auf dem Gebiet der kombinierten transdermalen Menopause-Therapeutika: Janssen-Cilag AG lancierte als erste pharmazeutische Firma die kombinierten Oestrogen/Gestagen-Matrixpflaster zur kontinuierlichen und sequentiellen Hormonersatztherapie. Damit wurde nun auch im Bereich der jetzt immer häufiger verschriebenen Kombinationspräparate für Frauen mit intaktem Uterus die Ära der Reservoirpflaster endgültig durch das neue Zeitalter der Matrixpflaster abgelöst.

SYSTEM® Conti und SYSTEM® Sequi sind sowohl in der gewohnten 1-Monatspackung als auch in der praktischen 3-Monatspackung kassenzulässig.

Bei SYSTEM® Conti werden Oestrogen (17 β -Oestradiol, 50 μ g/d) und Gestagen (Norethisteronacetat 170 μ g/d) während 28 Tagen kontinuierlich über die Haut in den Blutkreislauf abgegeben. Die Patientinnen haben unter dieser Hormontherapie keine Regelblutung mehr und befinden sich im typischen postmenopausalen Stadium.

Für die Patientinnen in der Perimenopause, die noch weiterhin ihre regelmässigen Blutungen wünschen, wird

die sequentielle Therapie empfohlen. Das bedeutet in der ersten Zyklushälfte die reine Oestrogentherapie (17 β -Oestradiol, 50 μ g/d) und in der zweiten Zyklushälfte die kombinierte Oestrogen/Gestagen-Therapie aus (17 β -Oestradiol, 50 μ g/d und NETA, 170 μ g/d).

Das Matrixpflaster, das haftet

SYSTEM® Conti und SYSTEM® Sequi sind Dank ihrer besonderen Matrix mit natürlichem Guar-Gummi besonders hautverträglich. Die Matrixpflaster von Janssen-Cilag AG zeichnen sich ebenfalls durch eine ausgezeichnete Haftung, auch beim Sport und Duschen, aus. Sie sind so gut wie unsichtbar und, da sie zweimal wöchentlich ersetzt werden, auch hygienisch und entsprechen den hohen kosmetischen Ansprüchen der Patientinnen.

Eine von der Janssen-Cilag im Sommer 2000 durchgeführte schriftliche Umfrage – u. a. zur Haftung der neuen Matrixpflaster bei mehr als 250 Schweizer Gynäkologen – ergab ein beeindruckendes Ergebnis:

Für 93 % aller befragten Gynäkologen ist die **gute Haftung** von SYSTEM® Conti und SYSTEM® Sequi ein grosser Vorteil.

„... gut haftend und wenig Randmarkierungen ...“ – „... zufriedene Patientinnen ...“ – „... das Material ist nicht allergieauslösend ...“ waren nur einige der vielen positiven Kommentare der befragten Gynäkologen.

Die transdermale Hormonsubstitution bietet den Patientinnen viele Vorteile

Im Gegensatz zur Pillenform werden die Hormone bei der transdermalen

Verabreichung schrittweise und schonend über die Haut aufgenommen. Der Hormonspiegel bleibt im Blut über Tage konstant, der „First pass-Effekt“ wird verhindert. Magen, Darm und Leber werden geschont. Der gesamte Körper wird durch die 20- bis 40mal geringere Dosis viel weniger belastet. Das entspricht dem Trend zur Ganzheitlichkeit bei den neuen Ideen in der zukunftsorientierten medizinischen Entwicklung.

Janssen-Cilag wollte deshalb auch bei der o.g. Umfrage von den teilnehmenden Schweizer Gynäkologen wissen, von welcher Therapiemöglichkeit sie ihre Patientinnen seit der Einführung der neuen Matrixpflaster SYSTEM® Conti und SYSTEM® Sequi umstellten:

- 210 Gynäkologen stellten von der oralen Therapie,
- 158 Gynäkologen vom Reservoirpflaster und
- 53 Gynäkologen vom Gel

auf die neuen hauchdünnen Matrixpflaster um.

Weitere Informationen bei



Janssen-Cilag AG, 6341 Baar
Heike Behn
Tel. 041 767 34 34
Fax 041 767 34 50
E-Mail: hbehn@jacch.jnj.com
Internet: www.janssen-cilag.ch
und im Arzneimittel-Kompodium

Jede Patientin möchte gerne über die verschiedenen Therapieformen, Vor- und Nachteile der jeweiligen Methode etc. informiert werden.



Ab jetzt steht Ihnen das neue Tool für ein umfangreiches, aufklärendes Arzt-Patientinnen-Gespräch zur Verfügung!



Gerne bestelle ich das oben abgebildete Acrylglas-Tool mit den drei verschiedenen Applikationsformen:
oral, Reservoirpflaster, Matrixpflaster

Name:

Adresse:

.....

Coupon ausfüllen und einsenden an:
Janssen-Cilag AG, Gynäkologie, 6341 Baar, Sihlbruggstrasse 111
Oder mailen Sie uns unter hbehn@jacch.jnj.com

RAPPORT D'EXPÉRIENCES PRATIQUES AVEC FEMOSTON® CONTI

Ce qu'il faut et pas plus

77 % des patientes postménopausées se déclarent satisfaites ou très satisfaites d'une hormonothérapie substitutive (HRT) à faible dose. C'est là une démonstration convaincante des avantages d'une HRT postménopausique adaptée et par conséquent faiblement dosée. L'expérience faite avec les HRT classiques révèle une adhésion insatisfaisante au traitement. Au terme d'une année de thérapie conventionnelle, jusqu'à la moitié des sujets traités se détournent de l'HRT, ce qui réduit sensiblement le bénéfice à long terme attendu. Dans le cadre d'un Rapport d'expériences pratiques, l'utilisation thérapeutique d'une préparation HRT combinée en continu a été étudiée en Suisse dans les conditions de la pratique journalière. 1250 patientes ont été traitées par 1 mg de 17 β -estradiol associé en continu avec 5 mg de dydrogestérone. Voici les résultats:

Introduction

De nouveaux progrès dans la compréhension de l'hormonothérapie substitutive (HRT) postménopausique plaident en faveur d'un faible dosage. En ce qui concerne les troubles aigus de la ménopause et le bénéfice d'une HRT au long cours, les résultats documentent pour le 17 β -estradiol faiblement dosé (1 mg) un double effet cliniquement significatif: à court terme, réduction des troubles de la ménopause, à long terme prévention de l'ostéoporose [1, 2]. 1 mg de 17 β -estradiol peut en outre être considéré comme l'équivalent ostéoprotecteur de 0.625 mg d'estrogènes conjugués [3].

Ces arguments viennent à l'appui d'une réduction des doses d'estrogènes utilisées après la ménopause. En invoquant le principe «ce qu'il faut, et pas plus», les experts escomptent un effet protecteur suffisant à long terme et s'attendent à une meilleure adhésion des sujets au traitement du fait de la réduction des effets indésirables dose-dépendants habituels et du profil de risque amélioré [4, 5]. En ce qui concerne les estrogènes conjugués, une réduction de la dose de 1.25 mg à 0.625 mg réduit le risque relatif de cancer du sein de 2.0 à 1.08 [6].

Le choix des hormones adéquates est un autre point essentiel à considérer. Les progestatifs contenus dans une association estroprogestative sont de nature diverse. Alors que la dydrogestérone exerce un effet exclusivement progestatif analogue à celui de la progestérone endogène [7, 8], d'autres représentants de cette classe de substances ont aussi des propriétés androgéniques variables. L'action des estrogènes sur les lipides sanguins est partiellement antagonisée par les progestatifs synthétiques tels que lévonorgestrel, médroxyprogesterone ou noréthistérone, ce qui confère à ces derniers en somme un profil progestatif désavantageux [9, 10].

Une prise pondérale est évidemment mal tolérée par la femme sous HRT. L'association de 17 β -estradiol et de dydrogestérone a donc été étudiée au point de vue de la prise de poids contre le 17 β -estradiol transdermique et la tibolone [11]. Dans la comparaison avec les deux groupes de contrôle, on a pu montrer que la masse grasse a augmenté sous estradiol transdermique et sous tibolone, alors qu'elle a légèrement diminué au terme d'une année de traitement oral par 17 β -estradiol + dydrogestérone. Sous ce dernier type d'HRT, le poids reste constant, ce qui contribue à l'acceptation de cette thérapie par les femmes.

Rapport d'expériences pratiques

Une préparation associée en continu présentant le profil en question a été étudiée dans les conditions de la pratique journalière en Suisse. Un pourcentage élevé de patientes et de médecins satisfaits documente la praticabilité et le succès thérapeutique d'1 mg de 17 β -estradiol associé en continu à 5 mg de dydrogestérone dans une HRT postménopausique. Les données relatives à plus de 1200 patientes constituent une documentation exhaustive, particulièrement précieuse dans les conditions propres à la Suisse, du succès thérapeutique d'une préparation.

Médecins participants

Dans le cadre de ce Rapport d'expériences pratiques, 468 gynécologues – hommes et femmes en pratique libérale aussi bien qu'hospitalière (hôpitaux et cliniques) – ont traité sur 3 mois chacun(e) un maximum de 5 patientes pour qui une HRT postménopausique par une association continue de 17 β -estradiol (1 mg) et de dydrogestérone (5 mg) entraînait en ligne de compte. Ces médecins ont accepté de documenter par un protocole standard les expériences faites avec cette HRT à faible dose. La répartition géographique des médecins traitants s'étendait à la Suisse tout entière.

Patientes

Plus de 1200 patientes ont reçu une association continue d'1 mg de 17 β -estradiol et de 5 mg de dydrogestérone. Leur âge moyen se situait à 55.7 ans. Ono été recrutées pour cette étude aussi bien des nouvelles venues à l'HRT que des patientes utilisant précédemment d'autres traitements hormonaux et non hormonaux. La date des dernières règles était très variable au sein de cette population. Chez plus de la moitié des sujets (n = 674), la ménopause remontait à plus de 3 ans, chez les autres à diverses périodes dont la

distribution était approximativement égale (fig. 1).

Médication

1 mg de 17 β -estradiol associé en continu à 5 mg de dydrogestérone (Femoston® conti) a été pris sous forme de comprimés selon un schéma posologique simple, en une seule prise quotidienne et sans interruption. La préparation a été donnée aussi bien aux sujets non traités précédemment qu'aux patientes ayant déjà fait l'expérience d'une HRT (fig. 2). Ces dernières avaient expérimenté un large spectre de traitements: préparations monoestrogéniques, systèmes transdermiques sous forme de patches ou de gel, thérapies non hormonales des troubles de la ménopause, prévention de l'ostéoporose, dans des cas isolés traitement par contraceptifs hormonaux. La période d'observation a duré 3 mois au maximum resp. jusqu'à l'atteinte de l'objectif thérapeutique fixé par le médecin traitant.

Efficacité

1250 patientes ont été traitées dans le cadre de ce Rapport d'expériences prati-

ques. L'efficacité de la préparation a été évaluée par le médecin traitant en fonction de l'objectif fixé et des observations faites. Le but du traitement a été atteint dans 870 cas sur 1250, ce qui représente un taux de succès élevé – 70 %. 292 traitements ont résulté en un succès partiel (23 %) satisfaisant aux exigences de l'efficacité thérapeutique. Seules 88 patientes sur 1250, soit 7 %, n'ont pas vu leur état s'améliorer sous 1 mg de 17 β -estradiol + 5 mg de dydrogestérone; ce chiffre comprend également les sujets pour lesquels on ne dispose pas de données relatives à l'efficacité du traitement (fig. 3).

Acceptation du traitement

L'évaluation du traitement par les patientes a également été documentée dans le cadre du présent Rapport d'expériences pratiques. Sur un total de 1250 patientes, 1228 se sont exprimées sur leur acceptation du traitement poursuivi (fig. 4). Pour 32 sujets seulement, on ne dispose pas de données à cet égard. 972 patientes, ce qui représente un chiffre élevé de 77 %, se sont déclarées satisfaites ou très satisfaites du traitement proposé. 10 % se sont dites partiellement satisfaites, 10 % non satisfaites du traitement. Pour 3 % des sujets, on ne dispose pas de données sur ce point.

Au terme de la période d'observation, 1023 patientes étaient disposées à poursuivre le traitement par 1 mg de 17 β -estradiol et 5 mg de dydrogestérone en association continue (fig. 5). C'est là une proportion élevée: 82 %. 227 patientes ont arrêté le traitement au cours ou à la fin (n = 207) des 3 mois d'observation; dans d'autres cas (n = 20), on ne dispose pas de données quant à la volonté

Figure 1: Patientes traitées – Distribution des intervalles de temps écoulés depuis la survenue de la ménopause

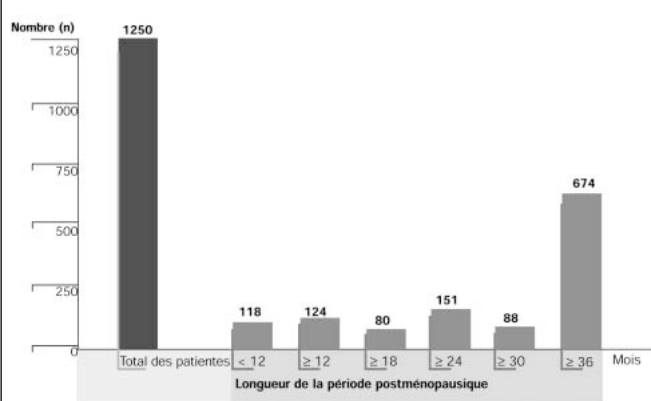


Figure 2: Traitements antérieurs

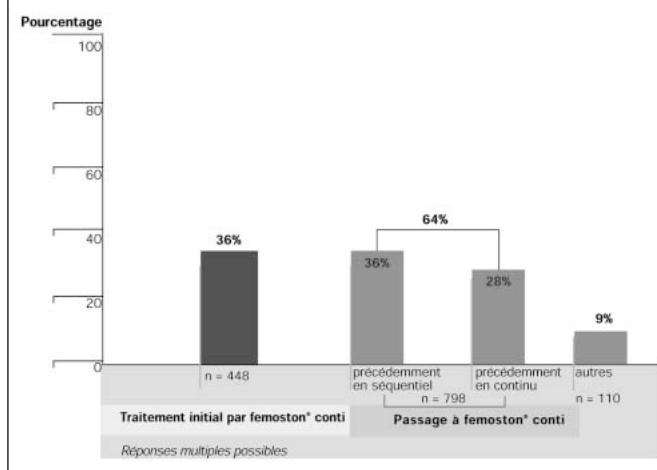
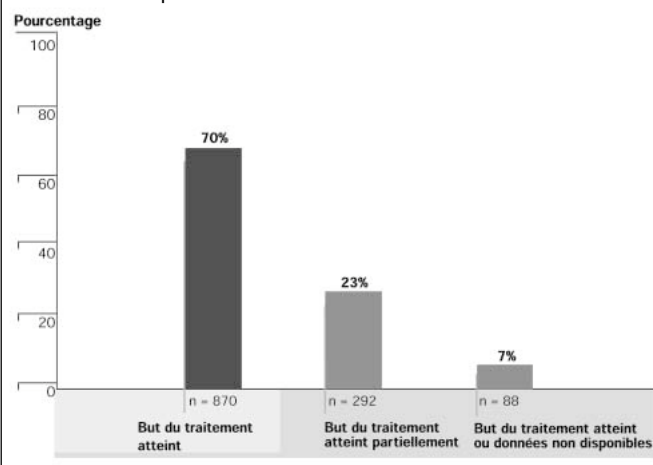


Figure 3: Succès thérapeutique – Mesure dans laquelle le but défini par le médecin a été atteint



des patientes de poursuivre ce traitement.

Tolérance

La tolérance au médicament n'a pas été explorée numériquement dans le cadre du présent Rapport d'expériences pratiques.

Sur 1250 patientes traitées, seulement deux cas d'effets indésirables supposés ont été signalés par la voie officielle au Centre suisse de pharmacovigilance.

Des effets secondaires désagréables resp. les effets secondaires d'une HRT par une association médicamenteuse continue faiblement dosée ont toutefois pu être évalués au plan qualitatif (mais non numériquement) sur la base des observations faites par les médecins traitants. Le problème de loin le plus fréquent a été l'apparition de spotting et de métrorragie comme il s'en produit habituellement avec les estroprogestatifs associés en continu, ce qui a constitué l'une des causes les plus fréquentes de l'arrêt du traitement. Par ailleurs, la qualité des effets indésirables susmentionnés concernait les segments typiques pour une HRT – le tractus gastro-intestinal, le SNC et l'équilibre

hydrique notamment. Les effets indésirables fréquents ont été les suivants:

- Spotting
- Malaise généralisé
- Vertiges
- Fatigue
- Troubles gastro-intestinaux (nausées, douleurs abdominales, diarrhée)
- Rétention d'eau/œdème de jambe/jambes lourdes
- Tension mammaire/mastodynie.

Évaluation

Les données obtenues proviennent exclusivement de la pratique thérapeutique quotidienne. L'évaluation du succès thérapeutique comprend l'expérience faite sur un collectif important de patientes. Les médecins traitants ne se sont pas vu imposer d'objectif thérapeutique, lequel a été en fait défini en fonction des conceptions resp. des attentes du médecin et de sa patiente. Des données scientifiques objectives relatives à l'efficacité et à la sécurité d'emploi d'une association orale d'1 mg de 17 β -estradiol et de 5 mg de dydrogestérone avec des points terminaux bien définis sont déjà disponibles. Le présent Rapport d'expériences pratiques

entendait documenter le succès de la préparation dans un domaine d'application bien plus vaste que ce n'a pu être le cas lors des études contrôlées de phase I-III. L'évaluation comprenait des patientes nouvelles venues à une HRT aussi bien que des sujets ayant déjà tâté d'une ou de deux autres préparations. La praticabilité du médicament et son acceptation par les patientes sont ainsi documentées pour un collectif correspondant à la clientèle quotidienne des praticiens; les résultats revêtent donc une grande importance pratique.

Discussion

Le bilan du Rapport d'expériences pratiques avec 1 mg de 17 β -estradiol et 5 mg de dydrogestérone en association est impressionnant. Un taux de réponse de 70 %, de réponse partielle de 23 % est à qualifier d'élevé, en bonne corrélation avec le pourcentage de patientes satisfaites ou très satisfaites du traitement (77 %). Une proportion de 82 % des sujets disposés à poursuivre le traitement au-delà des 3 mois d'observation justifie l'espoir d'une adhésion thérapeutique plus poussée que dans les traitements conventionnels. Une adhésion thérapeutique impor-

Figure 4: Acceptation du traitement par les patientes; représentation proportionnelle

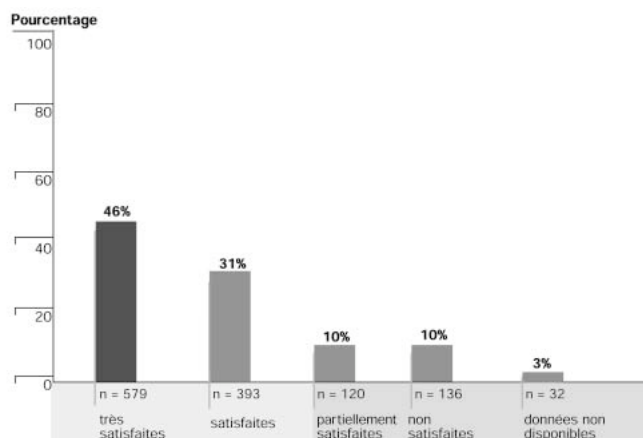
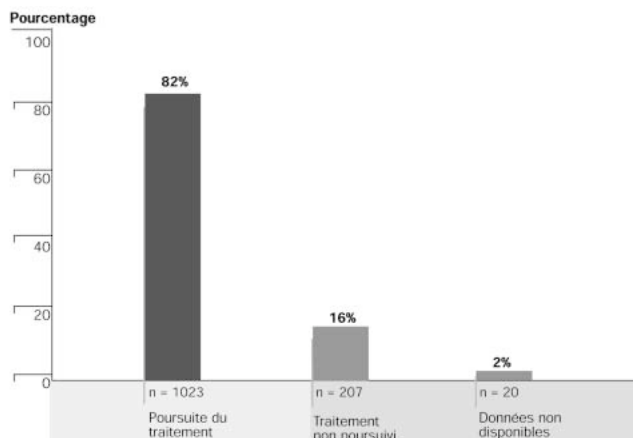


Figure 5: Adhésion des patientes au traitement au terme des 3 mois d'observation; représentation proportionnelle



tante et durable est la condition première de la manifestation des effets protecteurs de longue durée documentés pour 1 mg de 17 β -estradiol en ce qui concerne les os et les lipides sanguins. La faible dose d'œstrogène exerce visiblement un effet favorable sur l'acceptation d'une HRT. En règle générale, on peut affirmer que 10 à 30 % des femmes qui se sont vu recommander ou prescrire un médicament d'HRT s'abstiennent de le prendre [12]. Sur 100 % de patientes entamant une HRT, 30 à 50 % l'arrêtent au bout d'une année [12]. Seules 30 % environ reprennent le traitement après l'avoir arrêté [12]. Les espoirs que les femmes fondent sur une HRT ont plutôt affaire avec les effets secondaires et les risques connus qu'avec l'utilité du traitement à long terme, qui n'est encore guère visible dans le court terme. Il est donc important d'avoir recours à des préparations d'HRT ne déployant dans la mesure du possible que peu d'effets non œstrogéniques resp. non progestatifs, sinon aucun, en raison du caractère naturel de l'hormone choisie. Un dosage adéquat est le second point essentiel pour une amélioration du profil de l'HRT resp. pour une réduction des effets indésirables dose-dépendants tels qu'une mastodynie ou une tension mammaire.

Dans le cadre du présent Rapport d'expériences pratiques, 1 mg de



17 β -estradiol en association avec 5 mg de dydrogesterone peut être considéré comme satisfaisant aux exigences les plus modernes posées à une hormonothérapie substitutive. Dans son association avec le progestatif exemplaire qu'est la dydrogesterone, l'œstrogène faiblement dosé établit l'équilibre entre la nécessité d'un dosage suffisant pour le traitement des troubles de la ménopause et la sécurité au long cours d'une HRT.

Références bibliographiques:

1. Notelowitz M et al. Initial 17 β -estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 726–31.
2. Ettinger B et al. Low-Dosage micronized 17 β -estradiol prevents bone loss in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 479–88.
3. Quigley T et al. Estrogen therapy arrests bone loss in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 1516–23.
4. Hänggi W, anlässlich eines Vortrages mit dem Titel „Low-Dose HRT“ Bedeutung für die postmenopausale Hormon-Ersatz-Behandlung. Bern, 2000.
5. Interview mit Prof. Dr. med. P. J. Keller. Hormonersatztherapie in der Menopause – Pro oder Contra? *Med J* 2000; 5: 1–2.

6. Dupont WD et al. Menopausal estrogen replacement therapy and breast cancer. *Arch Intern Med* 1991; 151: 67.
7. Keller PJ. Hormonsubstitution mit natürlichem mikronisiertem Progesteron. In: Fischl F, Huber J (Hrsg). *Menopause*. Verlag Krause und Pachernegg, Gablitz, 1995; 59–66.
8. Dupont A et al. Effect of progesterone on cholesterol and lipoproteins during hormone replacement therapy. In: Lobo RA, Naftolin F (Hrsg). *Progesterone in hormonal replacement therapy*. Parthenon, Carnforth, 1992; 37–46.
9. Miller VT et al. Effects of conjugated equine estrogen with and without three different progestogens on lipoproteins, high-density lipoprotein subfractions and apolipoprotein A-I. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 235–40.
10. Phillips K et al. Putting the risk of breast cancer in perspective. *N Engl J Med* 1999; 340: 141–4.
11. Hänggi W et al. Differential impact of conventional oral or transdermal hormone replacement therapy or tibolone on body composition in postmenopausal women. *Clin Endocrinol* 1998; 48: 691–9.
12. Lauritzen C. Hormonsubstitution in der Prä-, Peri- und Postmenopause. In: Fischl F, Huber J (Hrsg). *Menopause*. Verlag Krause und Pachernegg, Gablitz, 1995; 89–105.

Auteur

Thomas Handschin, médecin
CH-4054 Bâle, Eichenstrasse 12

Information:



Solvay Pharma AG Schweiz
Dr. Kathrin Scheidegger
CH-3027 Bern, Untermattweg 8
E-Mail: kathrin.scheidegger@solvay.com

PROGESTERON-EINSATZ ZU BEGINN DER MENOPAUSE

Neben einem Abfall des Oestrogenspiegels spielt – besonders zu Beginn des Klimakteriums – das Absinken des Progesteronspiegels eine wichtige Rolle. Psychische Schwankungen, depressive Verstimmungen und Schlafstörungen werden vor allem mit dem Progesteron in Verbindung gebracht. Überwiegen diese psychischen Symptome, kann eine reine Progesteronersatztherapie zu ihrer Linderung genügen.

Utrogestan®, das einzige zur Zeit in der Schweiz erhältliche mikronisierte Progesteron, wird bei Störungen des Hormongleichgewichts, wie zum Beispiel bei der Menopause, zur Bekämpfung der klimakterischen Beschwerden und als Ergänzung zu einer Oestrogentherapie eingesetzt. Es entspricht dem natürlichen, vom Körper im Verlauf des weiblichen Ovarialzyklus sezessierten Hormon. Die tägliche Einnahme von 2 perlmutterfarbenen Kapseln zu je 100 mg Progesteron gewährleistet einen dem physiologischen Plasmaspiegel entsprechenden Wert von rund 15 ng/ml. Der Ausgangsstoff des im Utrogestan enthaltenen Progesterons wird aus der Dioscorea-Pflanze gewonnen.



Welche klinischen Vorteile bietet das Utrogestan®?

- Progesteron hat einen natriuretischen Effekt, welcher bei Frauen mit Neigung zu Oedemen, bei Risikopatientinnen und Frauen, die auf ihr Gewicht achten, hilft, die Verträglichkeit zu steigern.
- Progesteron wirkt beruhigend und ist schlaffördernd.
- Das mikronisierte Progesteron liegt in Utrogestan in Form von Partikeln unter 10 µm Durchmesser vor. Diese vergrösserte Partikeloberfläche verstärkt die Resorptionsrate des Progesterons.
- Die perlmutterfarbenen Utrogestan Kapseln können sowohl oral als auch vaginal angewendet werden. So kann, bei Bedarf, der hepatische First pass-Effekt vermieden werden.
- Durch die Preissenkung seit 1. 1. 2001 wird Utrogestan® noch kostengünstiger.

Wie sind Ihre Erfahrungen mit Utrogestan®? Gibt es für Sie andere Punkte, die bei der Beratung der Patientin wichtig sind?

Wir würden uns über Ihre Anregungen freuen und bitten Sie daher, uns diese entweder per E-Mail oder per Fax (Nummer: 026/406 64 50; Vermerk: Laboratoire Golaz) zu senden. Als Entschädigung für Ihren Aufwand spenden wir in Ihrem Namen für jede erhaltene Mitteilung Fr. 10.– zugunsten des Hilfswerks „SOS werdende Mütter“. Herzlichen Dank im voraus für Ihre Unterstützung.

Weitere Informationen:

Laboratoire Golaz
Postfach 1067, 1701 Fribourg
Tel.: 026/407 64 33, Fax: 026/407 64 50,
E-Mail: laboratoire.golaz@vifor.ch

Dos.: Je nach Indikation 2–3 Kapseln abends, bei IVF bis zu 6 Kapseln täglich. **KI:** Lebertumor (auch in der Anamnese), cholestatischer Ikterus. Chronische oder akute Leberstörungen: Dubin-Johnson- oder Rotorsyndrom. Vermutete oder bestätigte Neoplasien der Brust oder der Genitalorgane; Genitalblutungen unbekannter Ursache, hypogonadotrope Amenorrhö. Bekannte Überempfindlichkeit auf Progesteron oder einen der Inhaltsstoffe. Per os: Vermutete oder bestätigte Schwangerschaft, Stillzeit. **Vors. M.:** Bei seltenen Krankheiten, die durch Sexualhormone beeinflusst werden; bei Diabetes, endogenen Depressionen, bei plötzlich auftretenden Sehstörungen oder Migräne mit Aura. Unter Gestagenen wurden selten gutartige und noch seltener maligne Leberveränderungen beobachtet. Die Behandlung ist abzusetzen: bei generalisiertem Pruritus, anormalen Leberwerten, cholestatischem Ikterus, Hepatomegalie oder vermutetem Lebertumor, bei erwiesenem Wachstum eines Myoms, bei den ersten Anzeichen einer Thrombose, zerebralen vaskulären Störungen oder bei einer Thromboembolie, bei einer plötzlichen starken Blutdruckerhöhung, bei schweren depressiven Zuständen. Utrogestan kann den Beginn der Menopause verschleiern; es bietet keinen Schutz vor Osteoporose und ist keine Kontrazeption. **Schwangerschaftskat.:** Oral: Kat. D; vaginal: Kat. C. Utrogestan ist vaginal nur bis zur 12. Schwangerschaftswoche empfohlen. **Stillzeit:** nicht empfohlen. **UW:** Nach oraler Einnahme: Brustspannungen und Mastodynien, Metrorrhagien, unregelmässiger Zyklus, histologische Veränderungen des Uterus und am Ovar. Gelegentlich: Nesselfieber, Pruritus, Akne, Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Nausea, Erbrechen, Diarrhö, Obstipation, Gewichtsveränderungen, vorübergehende Erhöhung der Natrium- und Chlorausscheidung. Vaginal: selten: lokale Unverträglichkeit, Schläfrigkeit, Schwindel. **IA:** Barbiturate, Carmabazepin, Hydantoin, Meprobamat, Phenylbutazon, gewisse Antibiotika, Theophylline, Cyclosporin, Tabak, Alkohol und gewisse Diagnostika. **Packungsgrösse:** 30 Kapseln. **IKS Liste B.**

INFORMATIONEN ZU KLIMAKTOPLANT®

In Deutschland sind 10,2 Millionen Frauen zwischen 45 und 65 Jahren alt (laut Auskunft des Statistischen Bundesamtes, Stand: 1994), dies entspricht einem Anteil von 24,3 % aller Frauen. Sie sind in einem Alter, in dem bei 85 % der Frauen mit dem Auftreten typischer Symptome des Klimakteriums gerechnet werden kann. 35 % der Betroffenen fühlen sich schwach oder gar nicht belastet, 35 % zeigen eine mittelstarke Symptomatik, 25 % klagen immerhin über sehr starke Beschwerden und bei 5 % dieser Frauen tritt aufgrund der Beschwerden sogar eine Arbeitsunfähigkeit ein.

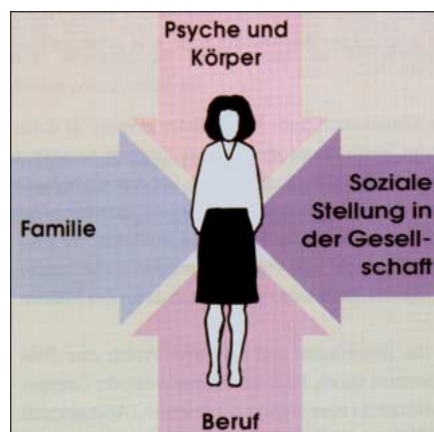
Das Klimakterium, auch Wechseljahre genannt, ist durch ein im Vergleich zu den übrigen Organen vorzeitiges Altern der Ovarien gekennzeichnet. Der dadurch bedingte rasche Abfall der im Blut zirkulierenden Östrogenmenge und auch des Gehalts an Progesteron ist offenbar der auslösende Faktor für viele vegetative und psychische Symptome, die eine große Zahl von Frauen in dieser Zeit belasten.

Da das Endokrinium und das Nervensystem eine Funktionseinheit bilden, führt die Verminderung der Östrogenproduktion zu einer Störung des zentralen Gleichgewichts. Das Hormondefizit bedingt damit einen großen Teil der Beschwerden im Klimakterium. Davon unabhängige psychogene Prozesse sollten jedoch in ihrer Bedeutung für die Manifestation der Symptome nicht unterschätzt werden.

Die Vorgänge während der Wechseljahre beziehen den ganzen Menschen mit ein. Jede Frau reagiert in individueller Art und Weise auf die körperlichen Veränderungen, die sehr häufig auch mit sich wandeln-

den Lebensumständen zusammenfallen. So ändern sich z. B. Familienverhältnisse, wenn die Kinder aus dem Haus gehen oder neue Arbeitsverhältnisse aufgenommen werden. Die persönliche Disposition der Frau und vor allem ihre Einstellung zu möglichen Rollenveränderungen im fortschreitenden Alter sind entscheidend für den Ausprägungsgrad vieler klimakterischer Beschwerden.

Diese Beschwerden verursachen oft einen erheblichen Leidensdruck und beeinträchtigen vielfach die Lebensqualität der Patientinnen. Der behandelnde Arzt sieht sich daher häufig veranlaßt, eine medikamentöse Therapie einzuleiten. Besonders in der späten Postmenopause, die durch metabolische Störungen einschließlich eines erhöhten Osteoporoserisikos gekennzeichnet ist, ist in vielen Fällen eine hormonelle Substitution erforderlich. Der positive Effekt einer Hormontherapie wird allerdings häufig durch das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen und gesundheitlichen Risiken, die nicht selten zu einer generellen Ablehnung seitens der Frauen gegenüber dieser Therapie führen, beeinträchtigt. Der Einsatz von Hormonpräparaten sollte daher nicht pauschal, sondern im Einzelfall wohlüberlegt und individuell dosiert erfolgen.



Klimaktoplant®

Vor allem in der Prä-, Peri- und der frühen Postmenopause, in denen die Ovarien noch eine gewisse Hormonsynthese aufweisen, bietet sich eine Behandlung klimakterischer Störungen mit hormonfreien Präparaten an. Klimaktoplant® wirkt hier regulierend und normalisierend auf die vielfältig vernetzten physiologischen Vorgänge, die durch die allmählich nachlassende Hormonproduktion beeinträchtigt werden.

Klimaktoplant ist ein homöopathisches Arzneimittel und enthält mit *Cimicifuga*, *Sepia*, *Ignatia*, *Sanguinaria* und *Lachesis* fünf Bestandteile, die jeder für sich gezielt auf die weibliche Konstitution einwirken. Die Kombination der Einzelbestandteile mit jeweils unterschiedlicher Wirkungsweise führt zu einem synergistischen Effekt auf die komplexen somatischen und psychischen Beschwerden im Klimakterium. Ein Angriffspunkt ist dabei u. a. der veränderte hormonelle Regelkreis der Frau. Der Funktionskreis Hypothalamus-Hypophyse-Ovar und damit alle von diesem Regelkreis gesteuerten Vorgänge werden im Sinne einer Harmonisierung positiv beeinflusst. Klimaktoplant® stellt hierbei im Gegensatz zur Hormontherapie keine Substitution dar, sondern greift vielmehr modulierend und anregend in die physiologischen Abläufe ein.

Die Wirkungsweisen der Einzelbestandteile lassen sich folgendermaßen charakterisieren. *Cimicifuga* setzt am Hypothalamus mit besonderer Beeinflussung der Geschlechtsfunktionen an. Es hat entsprechend diesem zentralen Angriffspunkt eine besondere Wirkung vor allem auf Hitzewallungen, nervöse Erregungs- und depressive Verstimmungszustände.

Sepia reguliert das Zusammenspiel der Hormone der Nebennierenrinde, der Geschlechtsorgane und der

Hypophyse. Der Wirkungsschwerpunkt von Sepia liegt dabei vor allem im psychischen Bereich (Depressionen, Stimmungslabilität, Reizbarkeit), aber auch im somatischen Bereich mit positivem Effekt auf Herz-Kreislauf-Störungen, Schweißausbrüche, Hitzewallungen und Kopfschmerzen bis hin zu Erschöpfung oder auch Schlaflosigkeit.

Gerade die Zeit des Klimakteriums, in der sich die Frau mit physiologischen, biologischen und sozialen Veränderungen auseinandersetzen muß, ruft oft eine Vielzahl psychischer Störungen hervor. Ignatia erweist sich hier durch seine ausgeprägte Wirkung auf die Psyche als besonders wertvoll.

Sanguinaria hingegen entfaltet seine Wirkung vor allem im somatischen Bereich. Insbesondere Hitzewallungen, fliegende Röte, kalter Schweiß, Schwindel, Übelkeit, aber auch stenokardische Beschwerden im Klimakterium werden positiv beeinflußt.

Lachesis wirkt ausgleichend im Hinblick auf depressive Zustände und Schlaflosigkeit infolge innerer Unruhe, aber auch auf Hitzewallungen und Kopfschmerzen.

Quelle: Wissenschaftliche Information Klimaktoplant®. Deutsche Homöopathie-Union, Karlsruhe, 1997. Mit freundlicher Genehmigung.

Weitere Informationen:

OMIDA AG
Frau Heinrich
6403 Küssnacht a. R., Erlistrasse 2
Tel.: 041/854 18 20
Fax: 041/854 18 21
E-Mail: info@omida.ch

OMIDA-PATIENTENINFORMATION

OMIDA bietet Ihnen mit einer Broschüre – in deutscher und in französischer Sprache – umfassende Informationen über die Wechseljahre!

Diese Broschüre und weitere Informationen erhalten Sie bei:

OMIDA AG, Frau Heinrich
CH-6403 Küssnacht a. R., Erlistrasse 2
Tel.: 041/854 18 20, Fax: 041/854 18 21
E-Mail: info@omida.ch



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung