

Tre enkla riktlinjer för hormonbehandling

John R. Lee, leg. läkare

Varför ökar kompletterande östrogen- och progesteronbehandling (d.v.s. syntetisk hormonbehandling) en kvinnas risk för bröstcancer med 30 procent eller mer? Andra studier har funnit att dessa syntetiska hormoner ökar risken för hjärtsjukdom och stroke, och att de inte heller förebygger Alzheimers sjukdom som normala hormonnivåer annars har visat sig göra.

När en ung kvinna går igenom puberteten och könshormonerna svallar, gör de inte henne sjuk – hormonerna verkar för att kroppen ska utvecklas till en frisk vuxen kvinnas. Detta står i kontrast till de hormoner som används i konventionell hormonsättningsterapi (HRT).

Under årens lopp har jag tillämpat ett antal enkla riktlinjer som omfattar naturlig hormonsupplementering för att komma till rätta med det här problemet. När dessa riktlinjer följs, får kvinnor minskad risk för bröstcancer, hjärtinfarkt och stroke. Risken att de blir överviktiga, får sömnstörningar, försämrat korttidsminne, bröstcystor, humörpåverkan eller problem med sexlust minskar också signifikant.

Ge bara hormoner till dem som verkligen har brist

Den första riktlinjen handlar om sunt förnuft. Vi ger inte insulin till patienter som inte behöver det. Samma sak gäller sköldkörtelhormon, kortisol och alla andra typer av hormon. Trots detta skriver många skolmedicinska läkare rutinmässigt ut östrogen eller andra könshormoner utan att testa om hormonbrist faktiskt föreligger.

Skolmedicinen utgår från att kvinnor efter klimakteriet har östrogenbrist – ett generellt antagande som är felaktigt. För tjugofem år sedan granskade jag den medicinska litteraturen angående hormonnivåer före och efter klimakteriet. Det jag fann då är nu alla myndighe-

ter överens om: att mer än två tredjedelar (66 procent) av kvinnorna upp till 80 år fortsätter att producera allt östrogen de behöver. Sedan dess har bevisen stärkts ytterligare. Till och med då äggstockar tagits bort, producerar kvinnor östrogen, främst genom enzymet aromatas i kroppsfett samt bröstet som omvandlar binjurehormonet androstenon till östron. Kvinnor med mycket kroppsfett kan producera mer östrogen efter klimakteriet än magra kvinnor gör före menopaus.

Bröstcancerspecialister å sin sida är så bekymrade över allt östrogen som kvinnor producerar efter klimakteriet att de använder läkemedel (antiöstro-

Vissa läkare skriver ut östrogen för behandling av misstänkt hormonbrist hos postmenopausala kvinnor, medan andra läkare skriver ut läkemedel som blockerar östrogenproduktionen hos dessa kvinnor

gen) för att blockera enzymet aromatas. Tänk på ironin i detta; vissa läkare skriver ut östrogen för behandling av misstänkt hormonbrist hos postmenopausala kvinnor, medan andra läkare skriver ut läkemedel som blockerar östrogenproduktionen hos dessa kvinnor.

Hur avgör man då östrogenbrist? Varje kvinna som fortfarande har månatlig menstruation har gott om östrogen. Torrhet i slidan och vaginal slemhinneatrofi, å andra sidan, är tydliga tecken på östrogenbrist.

Om inte dessa symtom föreligger, är bästa sättet att säkerställa en brist att

göra ett hormontest via saliv. Tack vare ny och bättre teknik har hormontestning i saliv blivit mer korrekt och tillförlitligt. Vi har också lärt oss att hormonnivåerna varierar mellan individer – vad som är normalt för en person är inte nödvändigtvis normalt för en annan.

Dessutom måste man vara medveten om att hormoner arbetar i ett komplext nätverk med andra hormoner och är mediatorer för ämnesomsättningen. Detta kan liknas med hur olika musiker i en orkester samverkar med varandra. För att tolka ett hormons nivå, måste man inte bara veta dess absoluta nivå utan också dess relativa förhållande till andra hormoner utöver östradiol, progesteron och testosteron, t.ex. kortisol och sköldkörtelhormon.

Hos friska kvinnor utan bröstcancer finner vi att progesteronnivån i saliv rutinmässigt är 200 till 300 gånger högre än östradiolnivån i saliv. Hos kvinnor med bröstcancer är förhållandet progesteron/östradiol betydligt lägre än 200 till 1 i saliven. Eftersom fler kliniker bli mer bekanta med salivtester av hormon, tror jag att dessa olika nyckeltal kommer att bli alltmer användbara för att bedöma behovet av hormonbehandling.

Serum- eller plasmablodprov för steroidhormoner borde upphöra, då de resultat som erhålls i huvudsak är irrelevanta. Steroidhormoner är extremt lipofila (fett-älskande) och är därför olösliga i serum. Steroidhormonerna förmedlar sitt budskap till cellerna genom att hormonerna lämnar blodflödet via kapillärerna och binds till cellernas specifika hormonreceptorer.

Dessa kallas "fria" hormoner. När de till slut cirkulerar genom levern, blir de proteinbundna (insvepta i ett hölje av särskilda globuliner eller albumin). Den här processen förhindrar deras biotillgänglighet och gör dem dessutom vattenlösliga, vilket underlättar deras utsöndring i urin. Att mäta koncentrationen av dessa icke biotillgängliga for-

mer av hormon i urin eller serum är alltså irrelevant, eftersom testsvaret inte ger någon vägledning om koncentrationen av de mer kliniskt signifikant "fria" (biotillgängliga) hormonerna i blodet. När de fria icke proteinbundna hormonerna cirkulerar genom salivkörtlarna diffunderar de lätt från kapillärblodet in i salivkörtlarna och sedan ut i saliven.

Proteinbundna, vattenlösliga och icke biotillgängliga hormoner klarar inte att ta sig in i eller genom salivkörtlarna. Således är salivtest vida överlägset serum- eller urinprov för att mäta biotillgängliga hormonnivåer.

Provtagning via serum är utmärkt för att mäta glukos och proteiner, men alltså inte för de så kallade fria steroidhormonerna. Femtio års fokus på blodtester har skapat en vana som nu förvirrar skolmedicinen i fråga om behandling med steroider.

Använd hellre bioidentiska hormoner än syntetiska hormoner

Den andra regeln är också bara sunt förnuft. Steroidhormonernas budskap till målvävnadens celler kräver bindning av hormonet till specifika unika receptorer i cellerna. Bindningen av ett hormon till sin receptor avgörs av dess molekylära uppbyggnad, på samma sätt som en nyckel har tillverkats för ett visst lås. Syntetiska hormoner och även hormoner från andra djurarter (t.ex. Premarin, ett östrogenpreparat som tas från dräktiga hästar) har molekylära strukturer som skiljer sig från människans kroppsegna hormoner.

Från studier av petrokemiska xeno-hormoner (d.v.s. hormonliknande ämnen i bl.a. plaster) lär vi oss att syntetiska hormoner skiljer sig åt i sin aktivitet på receptornivå. I vissa fall kommer de att aktivera receptorn på ett sätt som liknar det naturliga hormonet, men i andra fall ger det syntetiska hormonet ingen effekt eller blockerar receptorn helt.

Således har hormoner som inte är bioidentiska en annorlunda fysiologisk aktivitet jämfört med de kroppsegna hormoner de är avsedda att ersätta. Detta kommer därför att skapa oönskade biverkningar som inte förekommer med det mänskliga hormonet. Humaninsulin är till exempel ett föredrag framför insulin från gris.

Könshormoner som är identiska med människans hormoner (bioidentiska) har funnits i över 50 år. Läkemedelsföretag föredrar dock syntetiska hormoner eftersom dessa kan patenteras, till skillnad från de naturliga, bioidentiska hormonerna. Patenterade läkemedel är mer lönsamma än icke-patenterade läkemedel. Försäljningen av receptbelagda könshormoner har gett läkemedelsföretag miljarder dollar i vinst. Med andra ord offras kvinnors hälsa för kommersiell vinning.

Använd endast doser som ger normala fysiologiska vävnadsnivåer

Den tredje regeln är lite mer komplicerad eftersom skolmedicinen sällan mäter nivån av könshormoner före behandling. Jag tror dock att alla skulle hålla med om att hormon som tillförs utifrån bör ges i doser som återställer den normala fysiologiska nivån. Som jag förklarat ovan definierar man lämpligast den normala nivån genom att mäta könshormon i saliv.

Det är också ganska enkelt att mäta förändringen av nivåerna av hormon i saliv när hormonsupplement ges. Om fler läkare gjorde det, skulle de finna att deras vanliga doser av östrogen skapar östrogennivåer som är 8 till 10 gånger högre än de hos friska människor, och att progesteronnivåerna inte stiger genom tillförsel av syntetiskt gulkroppshormon såsom medroxiprogesteronacetat (MPA).

Vidare kommer salivnivåerna (men inte serumnivåerna) av progesteron att visa på utmärkt progesteronabsorption från transdermala krämer (hormonet tas upp genom huden). Transdermalt progesteron kommer in i blodbanan helt biotillgänglig (d.v.s. utan att vara proteinbundet). En liten ökning av progesteron i serum ses dock ibland efter transdermal progesterondosering, vilket oftast är ett tecken på för hög dosering. Ett salivtest hjälper till att avgöra optimal dosering av kompletterande steroidhormoner, något som testning i serum inte kan göra.

En tioårig fransk studie av HRT med lågdos-östradiolplaster plus oralt progesteron visar ingen ökad risk för bröstcancer, stroke eller hjärtinfarkt. Trots detta tillämpar inte skolmedicinen någon av ovanstående tre riktlinjer för

rationell supplementering med steroidhormoner. Hormonbehandling är en lovvärd insats, men den måste ske på rätt sätt med en sund, effektiv och säker teknik.

Riskfaktorer

Hormonell obalans är inte den enda orsaken till bröstcancer, stroke och hjärtinfarkt. Andra riskfaktorer av betydelse är följande:

- Dåliga matvanor (överskott av socker och raffinerad stärkelse, transfetter, brist på nödvändiga näringsämnen såsom omega 3-fetter, samtliga essentiella aminosyror, vitaminer, mineraler, etc.)
- Xenoöstrogener i miljön och hormoner som inte avlägsnas genom vattenrening av dricksvatten. (Om du använder vattenfilter i hemmet bör du kontrollera att det avlägsnar hormoner.)
- Insulinresistens.
- Stress.
- Andra livsstilsrelaterade problem såsom överskottsljus på natten (vilket ger dålig sömn, melatoninbrist), alkohol, kadmium (cigarettrökning), och P-piller under de tidiga tonåren.

Män delar dessa risker lika med kvinnor. Hormonell obalans och exponering för dessa riskfaktorer hos män leder till tidigare hjärtinfarkt, lägre antal spermier och högre risk för prostatacancer.

Slutsats

Skolmedicinsk hormonbehandling som använder antingen östron eller östradiol, med eller utan progestin (exklusive progesteron), medför en oacceptabel risk för bröstcancer, hjärtinfarkt och stroke. Jag föreslår en mer rationell HRT-behandling med bioidentiska hormoner i doser som baseras på verkliga behov som bestämts genom salivtester. Utöver lämplig hormonbalans, bör övriga nämnda riskfaktorer ses över och korrigeras vid behov. En sådan kombinerad behandling är vårt bästa hopp för att minska den nuvarande risken för bröstcancer, stroke och hjärtinfarkt.

Källa: Million Women Study Collaborators, Aug 09, 2003, The Lancet, Vol. 362 No. 9382 pp 419-427

Denna artikel har översatts och tryckts med tillstånd av The Official Web Site of Dr. John R. Lee, M.D. (www.JohnLeeMD.com). Dr Lee avled 2003.

Översättning: Leif Östberg