
Subject: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Sun, 29 Jul 2007 16:43:01 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo zusammen!

Ich lese hier schon länger mit und bräuchte jetzt auch mal euren Rat. Und zwar bin ich jetzt 27 und seit 8 Jahren schlage ich mich mit Akne, Haarausfall und Hirsutismus herum. Zwar moderat, aber mir reicht es.

Leider hat es bisher kein Arzt geschafft mir eine fundierte Diagnose zu stellen und ich weiß langsam auch nicht mehr weiter. Um keinen Roman zu schreiben, versuche ich mal die Story kurz zusammenzufassen.

Erster Hormonstatus war 2003. Da hatte ich die Probleme also schon 4 Jahre. Ich hatte bis dato nie eine Pille genommen, hatte seit meinem 12. Lebensjahr einen 1A-Zyklus (28 Tage!), nur einmal einen Aussetzer nach extremer Stresssituation (NN?), keine Zysten etc. Hormonstatus war dann auch recht unauffällig. Testosteron lag bei 0,4 (Referenzwert 0,5), Androstendion bei 2,7 (Ref.bis 2,7). Eisprung vorhanden, Östrogen und Progesteron top. Ich bekam dann aber aufgrund der kosmetischen Probleme die Valette.

Erst wurde es super, aber nach 4 Jahren passierte was merkwürdiges. Ich hatte extremen Stress über Wochen, mir ging's total beschissen und plötzlich bekam ich Akne, wie noch nie im Leben. Es war schrecklich! Und das alles unter der Pille. Und es wurde nicht besser. Ich wechselte auf Diane 35, nix. Auf Belara, nix. Hab dann im Januar abgesetzt und es wurde tatsächlich erst besser. Dann aber wieder etwas schlechter.

Mittlerweile sind Haut und Haare, wie damals vor der Pille und es wird nicht großartig besser, obwohl ich einen Monat wieder Diane 35 nahm (tja, die Verzweiflung). Meine Zyklen (mit Eisprung allerdings) sind verlängert, Zysten hab ich jetzt auch. Spricht also alles für PCOS. Neuer Hormonstatus ergab ohne Pille Testosteron 0,7 und Androstendion 3,7 (Referenzwert bis 3,7), mit Diane Testo bei 0,68 und Androstendion bei 3,6. Ist also schon gesunken, aber trotzdem finde ich die Diagnose nicht zufriedenstellend.

Viele Werte sind nicht gemacht worden, z.B. 17-Hydroxyprogesteron, LH etc (hab jetzt allerdings nicht alles reingeschrieben, was gemacht wurde). Ist mir auch unbegreiflich, wo die Androgene unter der Pille herkamen, bleiben ja nur die Nebennieren, vor allem wegen dem Stress. Schilddrüse ist top, Insulinresistenz liegt keine vor, bin schlank, die Werte von 2003 passen auch nicht recht zu PCOS und trotzdem sitze ich hier mit der Diagnose. Und es sieht ja fast so aus.

AGS wurde übrigens nie erwähnt, mein Cortisolwert ist hochnormal (einmal sogar leicht erhöht), DHEAS lag im Referenzbereich. Östrogen und sogar Progesteron waren normal.

Ich stehe echt auf dem Schlauch!

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!

Posted by [valeska](#) on Sun, 29 Jul 2007 16:46:38 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Sorry, hab mich verschrieben. Also Testo ist unter 1 Monat Diane 35 von 0,72 auf 0,68 gefallen und Androstendion von 3,68 auf 3,6

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!

Posted by [derPunkt](#) on Sun, 29 Jul 2007 17:00:40 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

wenn die androgene unter der pille nicht sinken, dann sind es nicht die eierstöcke.

da handeln die meisten ärzte leider völlig falsch und zücken einfach ihren rezeptblock bevor eine konkrete diagnose steht.

du hast nun also PCO?!

ohne insulinresistenz würde ich an PCOS zunächst immer zweifeln, letztlich ist es doch auch zur modediagnose geworden: "och, erhöhte androgene, ja das ist dann PCOS".

weißt du, ob du regelmäßig eisprünge hast?

schilddrüse top... was heißt denn das genau?

wurde prolaktin untersucht?

wurde cortisol unter pille bestimmt? dann wäre der wert falsch hoch. bestimmt werden muss das freie cortisol. evtl. arbeiten die NN zu viel durch stress und es kommt dadurch auch zu höheren androgenen. ein normaler cortisolwert schließt ein AGS sonst auch nicht aus.

hier hätte in der tat 17-OHP bestimmt werden müssen und dann auch ein ACTH-test.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!

Posted by [valeska](#) on Sun, 29 Jul 2007 20:55:39 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Punkt!

Es kommt mir halt auch so vor, als ob PCOS eine Art Modediagnose geworden ist. Vor allem, wo ich damals (2003) kaum Anzeichen auf diese Erkrankung hatte. Mein Gyn meinte, ich habe nichts, die Pille war eben gegen die kosmetischen Probleme. Hat erst ja auch geholfen, also werden die Androgene gesunken sein, aber plötzlich nicht mehr. Im Gegenteil!

Eisprünge hatte ich früher auf den Tag genau am 14. Zyklustag. Seit Absetzen ein erwiesener Eisprung, sonst weiß ich nicht. Mein TSH ist bei 1,3, war auch schon beim Radiologen zur Sono, alles okay, ft3 und ft4 auch. Hab's bei 3 verschiedenen Ärzten überprüfen lassen. Prolaktin ist leicht erhöht (22, soll bei fehlenden Eisprünge aber vorkommen. Habe kein Prolaktinom.

Nehme jetzt einen Prolaktinsenker.

Cortisol lag erst bei 200 im Referenzbereich, dann beim 2. Hormonstatus bei 270, leicht erhöht. Das war allerdings unter Pilleneinnahme! Stress habe ich sehr viel in meinem Leben gehabt, auch damals als das alles angefangen hat vor 8 Jahren. Können die NN chronisch durchpowern? Also das Gegenteil von einer NN-Schwäche? Müsste ich dann auch Cortison nehmen, um dem beizukommen? Habe Dexa schon hier, weil ich meinen Gyn weichgeklopft habe, aber ich hab Angst vor Cushing-Nebenwirkungen!

Ja, mittlerweile habe ich PCO. Wobei man ja sagt, es müssten um die 6-12 Follikel am Ovar sein (?), soviele habe ich nicht.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [Lula74](#) on Mon, 30 Jul 2007 15:31:17 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

..hat dein Doktor jemals einen Insulinresistenztest gemacht wenn er schon PCO(s) diagnostiziert hat? Sollte man wirklich auch machen um dies ausschließen zu können.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [marie](#) on Mon, 30 Jul 2007 18:04:53 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

valeska schrieb am Son, 29 Juli 2007 22:55Hallo Punkt!
Ja, mittlerweile habe ich PCO. Wobei man ja sagt, es müssten um die 6-12 Follikel am Ovar sein (?), soviele habe ich nicht.

Hallo,

hier könntest Du mal weiterlesen:
<http://www.pco-syndrom.de/ueberblick>

Zum einen:

Nach dieser Definition liegt ein PCOS vor, wenn zwei der folgenden drei Kriterien erfüllt sind:

- Polyzystische Ovarien,
- Oligo- oder Anovulation und
- klinische oder laborchemische Zeichen eines Hyperandrogenismus, nach Ausschluss anderer endokriner Erkrankungen.

Zum anderen denke ich, dass Werte von 2003 keine Relevanz zur Diagnosestellung mehr haben.

Ich denke, Du müsstest zu einem gynäkologischen Endokrinologen und solltest unbedingt alle fehlenden Werte machen lassen; dazu gehört bei Deinem Symptombild natürlich auch SHBG, LH, FSH - neben den genannten Werten und den von "demPunkt" angeführten.

Grüße
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Tue, 31 Jul 2007 12:56:45 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo!

Ich war doch schon bei einem gynäkologischen Endokrinologen. Bei 2... Es gibt hier halt kaum Endokrinologen und ich denke, die Palette habe ich schon voll ausgeschöpft.

Insulinresistenztest ist gemacht worden und negativ. Habe ich glaube ich irgendwo geschrieben.

Ich kenne die Diagnosekriterien von PCOS und ja klar, es spricht alles dafür, ich hab ja auch Zysten. Also alle 3 primären Diagnosekriterien. Es ist auch okay, wenn man den Hormonstatus von 2003 nicht überbewertet, wobei die meisten mit PCO(s) wohl schon immer irgendwelche Symptome hatten. Ich hatte aber zum erstenmal mit 19 Jahren Symptome, davor nix. Kann schon sein, dass es auch später auftreten kann, nicht gleich zu Beginn der Pubertät

ABER: Ich habe 4 Jahre die Pille genommen (Valette, also antiandrogen und gängige Therapie bei PCOS) und es war alles wunderbar. Also Akne vollständig weg, Haare lang und dicht, keine sonstige abnormale Körperbehaarung. So wie es sein sollte eben. Dann habe ich unter der Pille eine massive Akne bekommen und überall Haare, wo sie bei einer Frau nicht hingehören. Ergo: Die Androgene sind angestiegen und zwar heftig. Aber wie soll das möglich sein, wenn die Eierstöcke durch die Pille supprimiert sind? Alle Ärzte haben zu mir gesagt, das ist NICHT möglich, also bleiben doch nur die Nebennieren. Und weshalb sollte es dann z.B. kein late onset AGS sein, daraus kann sich ja auch eine PCOS-ähnliche Konstellation entwickeln?! Plus Zysten.

nach Ausschluss anderer endokriner Erkrankungen.

Du sagst es. Nach Ausschluss. Habe schon oft gelesen, dass AGS und PCOS Differentialdiagnosen sind, aber bei mir wurde AGS nicht mal erwähnt.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [Lula74](#) on Tue, 31 Jul 2007 13:12:31 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

...Ist schonmal gut das der Dr. den Insuliresistenztest gemacht hat, und der negativ ausgefallen ist. Dann bleibt ihm/ihr ja nur noch übrig AGS auszuschließen und die NN zu untersuchen.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Tue, 31 Jul 2007 13:18:32 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Ähm, ja, wäre wohl so, aber ich glaube für ihn ist die Sache gegessen. Ich hab ihn mehrfach auf AGS angesprochen, aber er meinte, mein DHEAS wäre im Normbereich und Cortisol auch und deshalb wäre es wahrscheinlich nicht die Nebenniere. Habe im Internet aber schon gelesen, dass es trotzdem so sein kann? Ich weiß nicht, warum ich immer an so Ignoranten gerate, ich glaube ja, er hat langsam keinen Bock mehr, weil er selbst nicht durchblickt
Die Sache mit der Pille und dem Androgenanstieg hat er auch nur merkwürdig gefunden, aber sonst keine Reaktion.

PCOS könnte man aber auch ohne Insulinresistenz haben, oder?

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [marie](#) on Tue, 31 Jul 2007 13:31:02 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

PCOS kannst Du auch ohne Insulinresistenz haben.

Tja, um AGS auszuschließen, muss aber dieser 17-OH- Progesteron-Wert bestimmt und bewertet werden. Dann musst Dir wohl einen weiteren Arzt suchen.

(Eine persönliche Nachfrage: Wenn Du die Kriterien so genau kennst von PCOS, dann verstehe ich nicht, wieso Du fragst, ob Zysten für die Diagnose sprechen? - Ist aber auch nicht so wichtig...)

Gruß
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Tue, 31 Jul 2007 13:51:46 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Marie!

Habe ich gefragt, ob Zysten für die Diagnose sprechen? Muss wohl ein Missverständnis sein, vielleicht hab ich mich nicht richtig ausgedrückt?! Ich meinte nur, dass ich früher nie Zysten hatte und nen super Zyklus und ja auch keine erhöhten Androgene (weshalb mir 2003 ja auch -

unmissverständlich - gesagt wurde, dass ich kein PCOS hätte, die Pille nicht bräuchte und am Besten nach Hause gehen soll) und jetzt sind die Androgene/Prolaktin erhöht, ich hab keinen Zyklus mehr und es waren einige Zysten im US zu sehen, aber nur wenige. Irgendwo hatte ich gelesen, dass man erst bei 12 Zysten etc überhaupt von polycystischen Ovarien spricht? Für meinen Doc waren die Zysten allerdings ein weiterer Hinweis für seine PCOS-Diagnose. Aber meiner Meinung nach, kriegt man halt Follikelzysten, wenn der Eisprung ausbleibt, aber warum der ausbleibt bzw warum die Androgene erhöht sein und woher ist eben die Frage. Es ist mir eben unverständlich, wie man in 4 Jahren so eine eklatante Verschlechterung der Situation haben kann und das, obwohl ich ja die Pille genommen habe, was ja Therapie des PCOS wäre. Habe die Pille nur abgesetzt, weil ich plötzlich unter ihr die Probleme gekriegt habe, ist also auch kein post-pill-Phänomen.

ja, um AGS auszuschließen, muss aber dieser 17-OH- Progesteron-Wert bestimmt und bewertet werden.

Weiß ich eigentlich, aber mein Doc hat mich so verunsichert wegen Cortisol und DHEAS normal, dass ich's nicht gesagt habe, ich Dummie.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [marie](#) on Tue, 31 Jul 2007 14:15:52 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

valeska schrieb am Die, 31 Juli 2007 15:51 aber mein Doc hat mich so verunsichert wegen Cortisol und DHEAS normal, dass ich's nicht gesagt habe, ich Dummie.

Ich habe jetzt nicht alles gerade im Kopf, was Du geschrieben hast, aber es kann doch auch sein, dass Deine persönlichen Normwerte durchaus "gesprengt" sind (davon wollen die Ärzte aber wohl erst recht nichts hören). Außerdem war doch auch Androstendion bei Dir erhöht und Cortisol auch (2003), oder? Das spricht nun dafür - wie Punkt auch schrieb - nochmal die NNR genau ins Visier zu nehmen.

Da würde ich weiter verfolgen.

(PCOS wird nicht nur mit Pille behandelt, sondern z.B. auch mit Dexamethason zur Supression der NNR-Aktivität; ebenso kann mit Metformin behandelt werden, das aber eher dann erfolgreich, wenn Ovarandrogene).

Gruß
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Tue, 31 Jul 2007 14:40:02 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Ich denke auch, dass meine Normwerte "gesprengt" wurden. Rein theoretisch sind meine Werte nicht sooo katastrophal (rein medizinisch gesehen), aber es reicht, um mir Akne, Hirsutismus, Haarausfall und fehlende Eisprünge zu bescheren

Ja, Androstendion war bei mir immer noch höher einzustufen, als Testo und Cortisol war auch immer an der Obergrenze, einmal leicht erhöht. Aber DHEAS eben nicht und das reicht ihm wohl, als Nebennierenausschluss.

Ich weiß, dass man auch mit Dexamethason und Metformin behandeln kann, habe irgendwo geschrieben, dass ich darauf bestanden habe beides verschrieben zu bekommen. Habe also beides zuhause, bin aber noch unschlüssig, was ich tun soll. Ich habe vor Dexamethason Angst, weil ich keine Cortisonnebenwirkungen haben will. Nachher geht die Akne nicht weg und dazu kriege ich noch nen Stiernacken!!! Metformin soll ja eine tolle Sache sein bei PCOS, aber ich fühl mich unwohl ein Zuckermittel zu nehmen, obwohl ich nicht mal insulinresistent bin. Letztendlich ist das Problem, dass ich keine richtige Diagnose habe und das verunsichert mich total.

Andere Frage: Können die NNR auch zuviel Androgene produzieren, obwohl kein AGS vorliegt? Ich hatte ja auch zuviel Prolaktin, das soll die NN ebenfalls stimulieren. Ach je, wahrscheinlich kriege ich nie eine Diagnose

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [derPunkt](#) on Tue, 31 Jul 2007 15:06:19 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Zitat:Andere Frage: Können die NNR auch zuviel Androgene produzieren, obwohl kein AGS vorliegt? Ich hatte ja auch zuviel Prolaktin, das soll die NN ebenfalls stimulieren. Ach je, wahrscheinlich kriege ich nie eine Diagnose

ich weiß jetzt nicht mehr, ob ich das schon geschrieben habe:

ich hatte erhöhtes testo und androstendion aus der NNR, aber kein AGS! aufgrund der tatsache, dass ich jetzt NN-schwäche habe, denke ich rückblickend, dass die NN damals einfach zu viel gearbeitet hat aufgrund von stress.

metformin würde ich nicht so einfach nehmen, wenn bzgl. PCO-S gar nichts gesichert ist.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [Lula74](#) on Tue, 31 Jul 2007 15:47:33 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

..ich kann mir nicht vorstellen das irgendein Arzt Metformin verschreibt wenn keine

Insulinresistenz vorliegt und der eigene Glucose u/oder Insulinwert ganz normal ist.

Dexa wird bei AGS nur niedrig dosiert. Nebenwirkungen sollten gering sein wenn überhaupt. Muß man einfach ausprobieren. Ich hatte am Anfang ein bißchen Wassereinlagerungen von Dexa aber jetzt wo es richtig dosiert ist habe ich keinerlei Probleme mehr. Die Androgene (wie z.B. DHEAS und 17aOH Progesteron hat es gut gesenkt).

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @laila
Posted by [marie](#) on Tue, 31 Jul 2007 16:22:31 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

... doch, Metformin kann als Heilversuch bei PCOS verschrieben werden, auch wenn keine Insulinresistenz und keine Adipositas vorliegt (ist bei mir so).

Würde ich aber auch nur bei gesicherter Diagnose und Zuraten des Arztes nehmen; ebenso wie Dexa.

LG Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @laila
Posted by [Lula74](#) on Tue, 31 Jul 2007 16:48:48 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Gut zu wissen:)......denn mein Arzt verneinte es mir. Habe danach gefragt als mögliche alternative das zusammen mit Dexa zu nehmen falls sich mein HA unter Dexa innerhalb 6 monate nicht verbessert. Werde sie nochmals darauf ansprechen. Vielleicht ist sie mit dem Erfolgsberichten mit Metformin im Zusammenhang mit HA nicht gut belesen...wer weiß.

Wie wirkt das Metformin bei Dir? Zeigt es schon Erfolg oder nimmst es erst seit kurzem? Mußt du deinen Zuckerspiegel regelmäßig kontrollieren?

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @laila
Posted by [marie](#) on Tue, 31 Jul 2007 17:45:50 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hi,

also ich nehme das Metformin erst seit ungefähr 2 Monaten. Ich bin zwar nicht übergewichtig, aber seitdem nehme ich ab; hatte vorher schon meine Ernährung umgestellt, war aber vergebene Liebesmüh, die paar überflüssigen Pfunde loszuwerden. Ich fühle mich auch nicht mehr so abgeschlagen. Das finde ich beides sehr angenehm.

Aber mein HA ist seit vier Wochen sehr stark. Ob das am Met liegt - keine Ahnung; eigentlich hat es ja eine androgensenkende Wirkung. Ich habe schon die Theorie entwickelt, dass vielleicht die Ovarproduktion wieder angeregt wird und dadurch auch Testosteron ... und dass sich das alles dann einbalanciert. Aber das ist nur eine Idee, vielleicht auch Quark.

Warte gerade auf neue Blutwerte; insbesondere werden jetzt bei mir Leber- und Nierenwerte unter Metformin kontrolliert.

Mal gucken, was sich da so tut.

LG Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @laila
Posted by [lara](#) on Tue, 31 Jul 2007 20:04:51 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

hab mal ne vielleicht blöde frage:

Mein endo hat bei mir auch pcos vermutet, nachdem ich meine Symptome vor Pilleneinnahme geschildert habe. Da ich die Pille zur Zeit nicht absetzen will, um meinen Hormonstatus kontrollieren zu lassen, kann ich das ja jetzt erstmal nicht weiter verfolgen. Der Arzt meinte aber auch, da ich sowieso ne antiandrogene Pille nehme, sei das ja nicht weiter schlimm, denn wenn ich PCOS hätte, würde ich ja auch eine zur Behandlung bekommen.

Nachdem ich das hier alles überflogen habe, mach ich mir aber schon Sorgen, wegen der Insulinresistenz. Angenommen ich hätte eine, oder erhöhtes Risiko, würde dieses dann gesenkt, nur durch die antiandrogene Pille?
Oder sollte ich auch mal besser demnächst einen Insulinresistenztest machen?

LG, Lara

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @laila
Posted by [tino](#) on Tue, 31 Jul 2007 22:09:22 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Marie

Zitat;keine Ahnung; eigentlich hat es ja eine androgensenkende Wirkung. Ich habe schon die Theorie entwickelt, dass vielleicht die Ovarproduktion wieder angeregt wird und dadurch auch Testosteron

Auch wenn einige altsture Wissenschaftler es annehmen,...die Met Wirkung auf Haarwuchs

basiert nicht auf einem antiandrogenen Mechanismus, sondern auf verbesserung der Insulinsensitivitaet. So kann Insulin und IGF-1 wieder problemlos Zugang zu den Rezeptoren im Haarfollikel erhalten. Das zeigt sich auch ganz deutlich an der nachgewiesenen Tatsache, das hohes IGF-1 im Rahmen eines PCO-S unter MET abfaellt, was dafuer spricht, das die Insulinrezeptoren, wieder mehr IGF-1 "aufsaugen" koennen. Es ist kein Ersatz fuer ein Antiandrogen, sondern eine Ergaenzung. Androgene, und Aromatasemangel downregulieren naemlich die Insulinrezeptoren.

gruss Tino

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Wed, 01 Aug 2007 08:46:45 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Angenommen ich hätte eine, oder erhöhtes Risiko, würde dieses dann gesenkt, nur durch die antiandrogene Pille?

Wie ich das verstanden habe, hat die Pille mit der Insulinresistenz (falls eine vorliegt) nichts zu tun und kann diese dann auch nicht verbessern. Insulinresistenz bedeutet ja, dass deine Zellen das Insulin nicht so gut aufnehmen können (glaub ich*g*) und dadurch mehr Insulin produziert wird, das zu dem Kreislauf von PCOS führt. Wie genau weiß ich jetzt allerdings nicht, will auch nichts falsches erzählen. Jedenfalls senkt die Pille dann gegebenenfalls nur die Androgene, die durch die Insulinresistenz erst gestiegen sind. Man geht also nur gegen die Folgen vor, nicht gegen die Ursache. Da wäre Metformin wieder besser. Wenn du dich damit besser fühlst, kannst du ja mal einen Insulinresistenztest machen lassen. Aber nur weil der Doc bei dir PCOS vermutet und das vielleicht auch stimmt, heißt das noch lang nicht, dass du insulinresistent bist. Ich bin's ja auch nicht.

doch, Metformin kann als Heilversuch bei PCOS verschrieben werden, auch wenn keine Insulinresistenz und keine Adipositas vorliegt (ist bei mir so).

So ist es. Met habe ich bekommen, weil man es im individuellen Heilversuch probieren kann. Aber mein Doc war nicht begeistert davon und ich wohl auch nicht mehr. Werde es nicht nehmen. Dexa ist natürlich auch ein Problem, aber bei mir fällt die Pille halt flach, weil sie keinerlei Wirkung zeigt und die Androgene selbst unter Diane 35 gestiegen sind. Außerdem hab ich erhöhtes Prolaktin, was durch Östrogene und z.B. CPA ebenfalls angeregt werden kann.

Würde ich aber auch nur bei gesicherter Diagnose und Zuraten des Arztes nehmen; ebenso wie Dexa.

Toll, aber was ist schon eine gesicherte Diagnose?! Nicht falsch verstehen, sehe ich ja genauso, aber was ist, wenn man keine kriegt (so wie ich)? Mein Doc sagt ja selbst, es sieht nach PCOS aus, aber sicher ist er nicht. Und der ist schon Endo!

Ich hatte am Anfang ein bißchen Wassereinlagerungen von Dexa aber jetzt wo es richtig dosiert ist habe ich keinerlei Probleme mehr.

Wieviel Dexa nimmst du? Hast du die richtige Dosis durch Ausprobieren gefunden oder mit Hilfe deines Arztes?

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @tino
Posted by [marie](#) on Wed, 01 Aug 2007 08:52:13 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Tino,

danke für Deine Information. Das finde ich wirklich sehr erhellend, was Du schreibst. Mir sind viele Zusammenhänge noch gar nicht klar. Dass die antiandrogene Wirkung von Met indirekt ist, hatte ich ja schon (von Dir) gehört.

Das heißt also, dass der Androgenspiegel im Prinzip unter Met recht unbeeinflusst bleibt, während aber einige androgene Effekte infolge der Verbesserung der Insulinsensitivität abgeschwächt werden. Ist das so ungefähr richtig?

Könntest Du eine These entwickeln, warum evtl. unter Met Haarausfall - hoffentlich nur zu Beginn - zunehmen kann? Ich habe ansonsten nichts verändert (außer das Sommer ist). Antiandrogene habe ich weder davor noch jetzt genommen.

Vielen Dank.
Grüße
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @lara
Posted by [marie](#) on Wed, 01 Aug 2007 08:56:15 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Lara,

ich denke, Dein Endo müsste alle relevanten Parameter abklären, wenn er PCOS vermutet. Dazu gehört auch die Untersuchung von Glukosetoleranz bzw. Insulinresistenz (also OGTT, bei dem Blutzucker und Insulin bestimmt wird).

Ich bin zwar keine Expertin, habe aber noch nirgendwo gelesen, dass die Pille das Risiko der IR senken kann. Nein, Deine Werte müssen abgeklärt werden.

Grüße
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [marie](#) on Wed, 01 Aug 2007 09:05:29 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

valeska schrieb am Mit, 01 August 2007 10:46[i]Würde ich aber auch nur bei gesicherter Diagnose und Zuraten des Arztes nehmen; ebenso wie Dexa.

Toll, aber was ist schon eine gesicherte Diagnose?! Nicht falsch verstehen, sehe ich ja genauso, aber was ist, wenn man keine kriegt (so wie ich)? Mein Doc sagt ja selbst, es sieht nach PCOS aus, aber sicher ist er nicht Und der ist schon Endo!

Ich verstehe Deinen Frust. Aber bei mir hat es auch sechs Jahre gedauert, bis PCOS von meiner Endokrinologin (bei der ich allerdings noch von Anfang an war) diagnostiziert wurde und das auch nur, nachdem ich ihr noch einmal alle Symptome, Auffälligkeiten bei Werten und die Rotterdam-Definition vorgelegt habe. Dennoch ist bei mir auch nicht alles PCOS-typisch (z.B. ist FSH viel höher als LH), und ich bin manchmal auch nicht 100%ig sicher, ob ich dieses Syndrom wirklich habe. Andere endokrine Störungen wurden aber bislang ausgeschlossen.

Immerhin hilft mir Met (unter Dexa ging es mir nicht gut; der Punkt sagte aber mal, Unterzuckerungszustände könnten auch an einer zu geringen Dosierung (0,125 mg) gelegen haben... ich weiß es nicht). Und ich habe im letzten Zyklus mal wieder einen Eisprung gehabt. Das ist doch auch schon was. Mal abwarten. Ohne die Diagnose hätte ich Met nicht bekommen, und weder Dexa noch Met sollten ohne ärztliche Begleitung und Kontrolle genommen werden. Das halte ich für sehr gefährlich. Beide sind meiner Erfahrung nach sehr wirkungsmächtige Medikamente.

Grüße
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [valeska](#) on Wed, 01 Aug 2007 10:25:00 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Ohne die Diagnose hätte ich Met nicht bekommen, und weder Dexa noch Met sollten ohne ärztliche Begleitung und Kontrolle genommen werden

Auf jeden Fall! Begleiten und kontrollieren wird mein Doc schon tun, ich traue dem Braten nur nicht so ganz, weil er mir ins Gesicht gesagt hat, er hat keine Ahnung, was bei mir nun wirklich los ist! Ist übrigens nicht der erste, der mir das sagt. Was soll ich dann noch sagen?

Aber bei mir hat es auch sechs Jahre gedauert, bis PCOS von meiner Endokrinologin (bei der ich allerdings noch von Anfang an war) diagnostiziert wurde

Schau, letztendlich hat er ja PCOS diagnostiziert, es stimmt ja auch, dass die Rotterdam-Kriterien auf mich zutreffen. Nur hat er Differentialdiagnosen nicht ausgeschlossen und es bleibt immer noch eine Ungereimtheit: Wie kann ich mit der Pille mehr (Eierstocks-)Androgene haben als

vorher? Da ist m.E. unmöglich. Sagen auch die Ärzte. Da es so also nur die NNR sein können, stehe ich der PCOS-Diagnose eher skeptisch und verwirrt gegenüber.

Wie lange hast du Dexa genommen? Hat sich an deinem Haarausfall was verbessert? Übrigens habe ich vorhin in einem anderen Forum gelesen, dass eine Frau seit 3 Wochen Metformin nimmt und sich ihre Akne verschlimmert hat. Vielleicht stimmt deine Theorie, dass die Eierstöcke eben wieder ihre normale Funktion aufnehmen und es eventuell zu einer "Anfangsverschlechterung" kommt?!

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @tino
Posted by [tino](#) on Wed, 01 Aug 2007 14:11:34 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Marie

Zitat;Das heißt also, dass der Androgenspiegel im Prinzip unter Met recht unbeeinflusst bleibt, während aber einige androgene Effekte infolge der Verbesserung der Insulinsensitivität abgeschwächt werden. Ist das so ungefähr richtig?

Ja so ungefaehr.Aber wie gesagt,...das was die Androgene mit dem Insulin und dem IGF-1 machen,kann nicht nur mit Metformin behandelt werden.Die Androgene muessen dann separat gesenkt werden.

Ich denke das System blockiert die Insulin/Igf-1 Rezeptoren instinktiv dann,wenn die Zellen prooxidativ ueberlastet werden.Sonst koennte naemlich Krebs entstehen,denn oxidativer Stress plus gute insulin/Igf-1 Versorgung der Zellen,ist potentiell karzinogen.Wenn nun zu viele Androgene in die Zellen stroemen,entsteht ein Ungleichgewicht,was dann zu einer oxidativen Ueberlastung fuehrt.Das wiederum schickt den haarvernichtenden Tumorsupressor TGF-beta auf die Reise,der dann ueber Upregulation des IGF-Bindungsproteins,den Zellen das IGF-1 entzieht,und dessen Rezeptoren, die auch mit Insulin kreuzreagieren koennen,downreguliert.Alles was Tumore wachsen lassen kann,wird zur Sicherheit abgeschaltet.Insulin und IGF-1 sind Wachstumsfaktoren,die im Prinzip alles wachsen lassen....nicht nur Haarfollikel.

Ich moechte das hier mit einer neueren Arbeit untermauern,in der eine Metformintherapie,insulinresistenten Maedchen mit zu kurz geratener Statur,und zu hohem Koerperfett,zu mehr Groesse,und einer schlankeren Linie verholfen hat.Nicht nur die bessere Insulinaufnahme der Zellen,sondern auch die beseere IGF- Aufnahme, die bekanntlich ueberschuessiges Fett 'wegschmelzen'laesst,hat hier beides verursacht.Die Autoren haben wie die meissten Autoren diverser Studien die mit IGF-1 zu tun haben,wieder mal keine Ahnung wie das wohl mit dem IGF-1 funktionieren koennte.Sie haben absurde Theorien entwickelt-jemand sollte ihnen erklaren wie das funktioniert....

<http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/91/6/2068>

Genau wie hier das Wachstum des Koerpers durch Metformin fociert wurde,vergroessert es auch

den Haarfollikel.

Was dein HA betrifft,so denke ich abgesehen von einem sommerlichen telogen Effluvium,das dank der besseren IGF/Insulinaufnahme,nun altes Haar weichen muss,um neuem Haar platz zu machen.

gruss tino

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [marie](#) on Wed, 01 Aug 2007 14:14:58 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Valeska,

ich würde an Deiner Stelle alle diese Unklarheiten noch einmal Stück für Stück mit dem Arzt besprechen, wenn er Dir ganz sympathisch ist und Du das Gefühl hast, es ist der Mühe wert; sonst musst Du Dir einen neuen suchen, vielleicht auch mal in ein Universitätskrankenhaus. Es kann ja auch autonome Aktivitäten geben (z.B. ein Adenom an der NNR). Aber ich kenne mich da nicht gut aus. Das muss eben alles abgeklärt werden und Du musst wohl einen langen Atmen haben.

Ich forsche bei mir ja auch noch weiter.

Liebe Grüße erst einmal
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [tino](#) on Wed, 01 Aug 2007 14:18:00 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Die Akne hat sich dann aber durch die bessere zellulaere IGF- Aufnahme verschlimmert.Bitte nicht immer so androgenfixiert.....

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15781674&ordinalpos=5&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

der volltext ist frei zugaenglich.

wie schaffe ich es nur euch von der aerztlich vermittelten Androgenfixierung zu befreien.....

gruss tino

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [tino](#) on Wed, 01 Aug 2007 14:34:28 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Zitat;und dadurch mehr Insulin produziert wird, das zu dem Kreislauf von PCOS führt.

Das Insulin zu dem Ausbruch von PCO-S fuehren kann,ist reine Theorie.Ich denke eher umgekehrt,also das hohe Androgene Insulinresistenz manifestieren.

Wobei hier tatsaechlich vieles moeglich ist,bzw der Tropfen,der dann letztendlich das genetische Fass zum ueberlaufen bringt,kann viele Gesichter haben.Manche Autoren vermuten auch das der Tropfen aus oxidativem Stress besteht,...unabhaengig seines Ursprungs.

Zitat;Jedenfalls senkt die Pille dann gegebenfalls nur die Androgene, die durch die Insulinresistenz erst gestiegen sind

Das die Insulinresistenz die hohen Androgene verursacht ist reine Theorie,....recht abwaegige Theorie allerdings!

Die Pille verbessert Insulinresistenz dann,wenn sie durch Androgene verursacht wird.Das muss aber nicht immer so sein-warscheinlich sind bei \PCO-S,auch diverse Gene fuer Insulinaufnahme defekt.

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?!
Posted by [Lula74](#) on Wed, 01 Aug 2007 16:03:37 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

...habe am Anfang 0.25 mg Dexa genommen. Nach 6 Wochen hatte ich eine Blutkontrolluntersuchung. Die Androgene waren gesunken...deshalb hat mein Endo gesagt das ich es mal mit 0.125 mg versuchen sollte und nach 6 Wochen wieder kommen soll um nochmals die maennl. Hormone zu kontrollieren. Ich hoffe natuerlich das 0.125 mg den Job genausogut machen. Waere toll. Umso weniger ich benoetige desto besser-hauptsache die doofen Androgene sind gesunken;).

Subject: insulinresistenz
Posted by [lara](#) on Wed, 01 Aug 2007 20:11:51 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

ok, danke fuer eure antworten.
werde das einfach das naechste mal beim hausarzt ansprechen und hoffe, dass er den test dann macht.

k
ann auch gut sein, dass ich kein pcos habe, vielleicht ist die Vermutung auch übertrieben vom endo, aber was ich hier gelesen habe, hat mich dann schon beunruhigt. dachte halt, mögliche pcos-symptome würden durch die Pille unterbunden und hab mich erstmal nicht weiter mit beschäftigt... (vielleicht wenig weit gedacht, dem Arzt da so zu vertrauen, aber ich hatte noch keine Zeit, mich weiter mit dem Thema zu beschäftigen und hab's erstmal so geglaubt)

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @tino
Posted by [marie](#) on Thu, 02 Aug 2007 07:17:52 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

tino schrieb am Mit, 01 August 2007 16:11

Ich denke das System blockiert die Insulin/Igf-1 Rezeptoren instinktiv dann, wenn die Zellen prooxidativ überlastet werden. Sonst könnte nämlich Krebs entstehen, denn oxidativer Stress plus gute Insulin/Igf-1 Versorgung der Zellen, ist potentiell karzinogen. Wenn nun zu viele Androgene in die Zellen strömen, entsteht ein Ungleichgewicht, was dann zu einer oxidativen Überlastung führt. Das wiederum schickt den haarvernichtenden Tumorsuppressor TGF-beta auf die Reise, der dann über Upregulation des IGF-Bindungsproteins, den Zellen das IGF-1 entzieht, und dessen Rezeptoren, die auch mit Insulin kreuzreagieren können, downreguliert. Alles was Tumore wachsen lassen kann, wird zur Sicherheit abgeschaltet. Insulin und IGF-1 sind Wachstumsfaktoren, die im Prinzip alles wachsen lassen.... nicht nur Haarfollikel.
gruss tino

Hallo Tino,

jetzt habe ich wirklich etwas ganz Neues von Dir erfahren, was ich so noch nirgendwo gelesen habe und offenbar auch nicht Stand des Wissens bei den (meisten) Ärzten ist. Super. Aber besteht dann auch ein erhöhtes Krebsrisiko, wenn man diesen Systemsicherungsmechanismus durch Met in gewisser Weise aufbricht, aber die Androgene eben nicht senkt?

Ist es dann unumgänglich, die Androgene ebenfalls abzusenken? Oder kann ich vielleicht darauf hoffen, dass durch Anregung der Ovarfunktion (Eisprung) vielleicht eine veränderte Hormonsituation befördert wird? Oder vielleicht auch durch einen Anstieg von SHBG oder Ähnliches?

Nochmal herzlichen Dank.

Grüße
Marie

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @tino
Posted by [tino](#) on Thu, 02 Aug 2007 07:41:22 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Marie

Zitat;jetzt habe ich wirklich etwas ganz Neues von Dir erfahren, was ich so noch nirgendwo gelesen habe und offenbar auch nicht Stand des Wissens bei den (meisten) Ärzten ist. Super. Aber besteht dann auch ein erhöhtes Krebsrisiko, wenn man diesen Systemsicherungsmechanismus durch Met in gewisser Weise aufbricht, aber die Androgene eben nicht senkt?

Ich kann das nicht beweisen,...halte es aber durchaus fuer moeglich.Bedenke das PCO-S Patientinnen ohnehinn ziemlich stark Krebs und Cardiogefahrdet sind.

Hey Marie....lange Rede kurzer Sinn.Was spricht gegen die Einnahme von einem bischen Proscar?Metformin hat zum Beispiel noch viel bessere Ergebnisse zusammen mit aFlutamid geliefert <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/88/6/2600?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=1&andorexacttitle=&andorexacttitleabs=&andorexactfulltext=and&fulltext=pcos+flutamide+metformin&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HW CIT>

....aber muss ja nicht gleich Flutamid sein.....Proscar ist sehr sehr sicher,und hat ein ausgezeichnetes NW Profil.

Ich selbst wuerde Metformin nehmen,und in jedem Fall auch zumindest DHT senken.Ob Metformin ueberhaupt was an der Ovarfunktion aendern kann,ist spekulaton,da diese ganzen "Insulinresistenz ist an allem schuld bei pco-s-Theorien",eher auf wackligen Fundamenten stehen.Z.z sind viele Untersucher der Meinung,das Hyperglykaemie,oxidativen Stress erzeugt,und dies dann Insulinresistenz und Hyperandrogenaemie ausloest.

Ich wuerde auch NAC zusaetzlich nehmen,...es verbessert auch die Insulinresistenz und den FAI.....passt zu der Theorie das Nf-kb ein Entzuendungsprotein,eine Schluesselrolle bei PCO-S einnimmt.NAC senkt NF-kb sehr gut ab.

gruss Tino

Subject: Re: PCOS, AGS, keine Ahnung?! @tino
Posted by [tino](#) on Thu, 02 Aug 2007 08:02:12 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Sieh doch hier

Zitat;Hyperandrogenism is a key feature of the PCOS syndrome and might contribute to IR, which is often observed in PCOS women (2, 3, 9). At the molecular level, testosterone effects are

mediated through activation of the AR. The ability of the receptor to enhance transcription of testosterone-regulated genes was shown in vitro to depend on a highly polymorphic CAG repeat microsatellite in exon 1 (10). The shorter the CAG repeat length, the stronger the androgenic activity of the AR. In men, this polymorphism has been associated with metabolic parameters such as high density lipoprotein cholesterol, fasting insulin or fat mass (18). Therefore, it appears reasonable to consider the CAG length polymorphism, when investigating the relation between testosterone and IR in PCOS.

<http://eje-online.org/cgi/content/full/155/1/127>

Pco-S Frauen haben einen Gendefekt im Androgenrezeptor-zu kurze CAG-Repeats.Diese Autoren hier sehen das alles meiner Meinung nach sehr richtig.Sie sagen auch das die Androgenrezeptorenaktivitaet,die ja dann dafuer sorgt das der Androgenrezeptor sehr viel DHT aufnimmt,die Insulinresistenz ueber die Androgene verursacht.

Das andere ist reine Theorie,....schwache Theorie.

Zitat;). Insulin resistance (IR) has been shown to correlate with hyperandrogenism (2–4). It is, however, controversial whether hyperandrogenism causes IR or whether, vice versa, IR accounts for hyperandrogenism

Maenner mit AGA ,die ebenso zu kurze CAG-Repeats haben,sind auch immer latent insulinresistent.Meisstens sind neben dem Rezeptorendefekt,auch noch andere Gene,die zu Androgenerhoehungen fuehren defekt,bzw funktionieren zu stark.

Subject: Re: Philosophie
Posted by [tino](#) on Thu, 02 Aug 2007 08:17:08 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Maenner die einen solchen CAG Repeat Androgenrezeptoren-Polymorphismus besitzen,sind nur leicht insulinresistent.Frauen mit dem selben Gendefekt,entwickeln gleich ein dem metabolischen Syndrom aehnliches Desaster.Bei ihnen schalten sich direkt saemtliche Wachstumsfaktoren,bzw deren Wirkung ueber die Insulinresistenz ab.Nun liegt es doch nahe,das der weibliche Organismus viel extremer reagiert,weil er sich besser schuetzen muss.Besser und intensiver Schuetzen,weil ein weiblicher Organismus doch mit einer zu starken Androgenaktivitaet,extremst ueberlastet waere.Ohne diesen Schutz wuerden sie sehr schnell sehr krank werden.

Maenner mit AGA ,bzw mit sehrrasant verlaufender AGA,haben uebrigens nachweislich auch eine Light Variante des PCO-S.

Subject: Re: Philosophie

Posted by [valeska](#) on Thu, 02 Aug 2007 15:09:30 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Das die Insulinresistenz die hohen Androgene verursacht ist reine Theorie,....recht abwaegige Theorie allerdings!

Tja, keine Ahnung, ehrlich gesagt. Dachte, ich hätte das an mehreren Stellen so gelesen und es wird einem auch so erklärt, dass die Androgene sinken, wenn man die Insulinresistenz behandelt. Ich bin mir sicher, dass ein Arzt zu mir gesagt hat, durch die Insulinresistenz würden die Eierstöcke dazu angeregt mehr Androgene zu produzieren.

warscheinlich sind bei \PCO-S, auch diverse Gene fuer Insulinaufnahme defekt.

Das ganz sicher! Lara wollte ja wissen, ob die Einnahme der Pille eine möglicherweise bestehende Insulinresistenz verbessern würde und ich sagte nein, was ich auch so unterstreichen würde. Weil nunmal viele Faktoren dazu führen können.

wie schaffe ich es nur euch von der aertzlich vermittelten Androgenfixierung zu befreien.....

Ich bin ja noch nicht lange dabei, deshalb würde mich mal interessieren, was du von Beruf bist, Tino? Bist du Endo, in der Forschung oder ähnliches? Was ich hier immer so von dir lese, ist wirklich hochhochinteressant, deckt sich aber nie mit den Aussagen, die ich von diversen Hormonfachärzten schon gehört habe. Ich bin nun wirklich die Letzte, die den Ärzten alles glaubt (die Realität zeigt in meinem Fall ja nun auch, dass sie keinen Plan haben im Zweifelsfall), aber ich finde es erstaunlich/erschreckend, dass in solch einem Forum auf hochwissenschaftlicher Ebene diskutiert wird, während man in der Praxis nun wirklich mit der Billigerklärung "Androgene senken und gut is" konfrontiert wird. Da ist doch irgendwo der Wurm drin.

Subject: Re: der Wurm

Posted by [tino](#) on Thu, 02 Aug 2007 17:12:55 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Valeska

...was ich beruflich mache sag ich nicht,....aber dafuer sag ich euch wo der Wurm drin ist.

Der Wurm kommt daher, das eure Aerzte von den falschen Schaefern gelernt haben, die damals vor 20 Jahren, von wieder ganz anderen falschen Schaefern gelernt haben.

Vor vielen Jahren waren da mal wissenschaftlich taetige Schaefer, die falsche Zeugnisse abgelegt haben, Zeugnisse die besagten das Insulin die Androgensignale erhoeht. Diese Schaefer haben wie viele andere, ohne das sie Philosophie in ihre Zeugnisse legten, nur publiziert um die Existenz zu wahren. Die Natur des menschlichen Organismus ist nicht leicht zu verstehen. Und so kommt es sehr oft vor, das Ergebnisse, falsch, oder ueberbewertet werden. Diese Ergebnisse werden dann natuerlich benutzt um die falschen Legenden aufrecht zu erhalten, bzw um weitere falsche Zeugnisse mit ihnen zu untermauern. Gerade die Fach und Oberaerzte sind sehr anfaellig fuer falsche Zeugnisse.

Ein Beispiel fuer ein falsches Zeugnis.

Ich habe schon vor drei Jahren gesagt, und auch auf meiner Seite vermerkt das IGF-1 eine paradiesische Substanz fuer Haare ist. Irgendwann vor einigen Jahren haben Untersucher entdeckt, das aeltere Maenner mit starker Glatzenbildung, auch hohe IGF-1 Spiegel haben. Ganz andere haben dann ungefaehr zum selben Zeitpunkt entdeckt, das bei Glatzenmaennern, auch die Kopfhaut zu viel IGF- zeigt. Die Stimmen wurden laut, und alle wollten den Schafen erzaehlen das IGF-1 schlecht fuer Haar ist, obwohl es im Labor, und bei richtigen Schafen auf richtigen Wiesen, Haare wie unkraut wachsen liess.

Siehe hier; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=3077896&ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

Zitat; Wool growth rate decreased by 20% during the 4 weeks of GH treatment in sheep fed the high energy diet, largely because of reduced wool fibre diameter. This was followed by restoration of normal growth and then an increase of up to 20% above control levels, a response which persisted for 12 weeks following cessation of GH administration, and which was due to increases in both fibre length and diameter.

Nach einer anfaenglichen Verschlechterung von 20%, stieg die Wollproduktion um ganze 20%, ueber das Niveau der Kontrollgruppe an.

Die Wollindustrie ist schlauer wie die Hormonspezialisten.....

Selbst Professor Hoffman hat das zu Papier gebracht, und dort geschrieben, das IGF- ganz bestimmt ueber Androgene das Haar kaputt macht. Und das alles obwohl die Untersucher, und auch Hoffman genau wussten das IGF-1 in der Zellkultur Haarfollikel gross macht. Alte Schaefer orientieren sich leider viel zu oft immer noch an Dr Hamiltons kastrierten Schaefflein. Dr Hamilton- ein Anatom, hat vor 60 Jahren unter untersuchungstechnisch miserablen Voraussetzungen rausgefunden, das Kastraten angeblich nicht kahl werden. Primaer die praepubertaer kastrierten.

Dann habe ich die IGF-1 Papiere auf der ganz grossen Weide gefunden. Ich habe sie mir angeschaut, und habe gesagt, dass IGF-1 bei diesen Männern, deshalb so hoch ist, weil sie insulinresistent sind - insulinresistent durch ihre genetischen Androgenüberschüsse. Wenn nämlich das vor allem auch noch durch Testosteron hochgetriebene IGF-1, nicht mehr von Rezeptoren aufgesaugt werden kann (IGF-1 kreuzreagiert mit dem Insulinrezeptor), dann schwirrt es logischerweise vermehrt im Blut rum. Das System versucht dann natürlich auch die Zellen zu retten, indem es vergeblich auch IGF-1 ins Gewebe ausserhalb der Zellen schickt.

Jetzt drei Jahre später kommen die ersten Studien heraus, ... Studien die zeigen das ein hoher IGF1 Spiegel beim Menschen die AGA stoppt wenn man das IGF-1 hochtreibt.

Siehe hier; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17569567&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

Ich war hier zweifellos der bessere Schaefer!

Warum?

Weil ich logisch denken kann, und viel lese. Ich lese mehr wie Hormonspezialisten, und ich habe das was die oft nicht haben, ... Passion

Diese Rede der Hormonspezialisten, wird von uralten Theorien gestützt... von Theorien die vielleicht auch ein wenig Wahrheit in sich haben, leider aber unbedeutende Wahrheit. Die letzte Studie (die ich der Marie gezeigt habe) die mich auch bestaetigt ist von 2006.

Ausserdem ist es nur so logisch wie ich es mir denke... alles andere macht doch keinen Sinn. Der Körper denkt auch logisch, ist aber leider nicht perfekt.

Zitat; Das ganz sicher! Lara wollte ja wissen, ob die Einnahme der Pille eine möglicherweise bestehende Insulinresistenz verbessern würde und ich sagte nein, was ich auch so unterstreichen würde. Weil nunmal viele Faktoren dazu führen können.

Ganz tut die Pille das nicht, aber etwas schon.

Zitat; Tja, keine Ahnung, ehrlich gesagt. Dachte, ich hätte das an mehreren Stellen so gelesen und es wird einem auch so erklärt, dass die Androgene sinken, wenn man die Insulinresistenz behandelt. Ich bin mir sicher, dass ein Arzt zu mir gesagt hat, durch die Insulinresistenz würden die Eierstöcke dazu angeregt mehr Androgene zu produzieren.

Ich hoffe ich habe dich jetzt richtig verstanden. Was fuer einen Sinn soll das denn machen - bei

PCO-S sind die Androgene doch ohnehin viel zu hoch, und Senkungsbedürftig.

Gruss Tino

Subject: Re: Metformin und Testosteron
Posted by [tino](#) on Thu, 02 Aug 2007 17:29:46 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Selbstverständlich hat die Pharmaindustrie einige Studien so gedreht, dass ihr Metformin, in diesen Studien, auf wundersame Weise die Androgene senkt.

Vor ein paar Tagen erschien eine unabhängige Studie, die folgendes aussagt:

Metformin and glitazones: do they really help PCOS patients? Pillai A, Bang H, Green C.
Methodist Family Medicine Residency Program, Houston, TX, USA. aspillai@tmh.tmc.edu

BACKGROUND: Polycystic ovarian syndrome (PCOS) leads to a multitude of clinical and biochemical alterations in patients. Metformin and the thiazolidenediones (TZDs)--which have insulin-sensitizing properties--are believed to be effective in minimizing the changes caused by this syndrome. **OBJECTIVES:** Our goal was to assess the evidence for the use of TZDs or metformin in the treatment of PCOS patients. In addition, we sought to assess and compare the effectiveness of metformin vs TZDs in the clinical and biochemical regression of PCOS based on available randomized controlled trials (RCTs). **SEARCH STRATEGY:** We searched Medline (January 1966 to January 2007), PubMed (January 1954 to January 2007), Google Scholar search engine (through January 2007), and reference lists of articles. We also contacted researchers and clinicians in the field. **SELECTION CRITERIA:** We reviewed RCTs involving women diagnosed with PCOS (based on 1990 the National Institutes of Health Criteria) who were treated with either metformin or TZDs. Trials were limited to those that were testing only the effects of either of these agents as their primary endpoint. **MAIN RESULTS:** A total of 115 trials were obtained, of which only 33 trials met the inclusion criteria. Ultimately, 31 trials involving total 1892 patients were included in the analysis (23 metformin, 2 rosiglitazone, 1 pioglitazone, 5 troglitazone) with 2 unobtainable trials. There was insufficient data to compare metformin to the TZDs in any parameter because the literature often contained inadequate quantitative data, or there were too few published trials. As a result, we performed the meta-analysis for metformin only. Among the outcomes examined, the only statistically significant changes were minimal decreases with metformin in ovulation rates and luteinizing hormone to follicle stimulating hormone ratio (LH/FSH), and an increase in fasting insulin. There was no clinically significant change with metformin in ovulation rate, pregnancy rate, body mass index, waist-to-hip ratio, hirsutism (F-G score), LH/FSH, fasting insulin, fasting blood glucose, total testosterone, free testosterone, androstenedione, and dehydroepiandrosterone sulfate. **AUTHORS' CONCLUSIONS:** There is a paucity of data from RCTs to compare the effectiveness of metformin vs TZDs as well as the effects of either agent in treating the clinical and biochemical features of PCOS. Further research involving RCTs with larger sample sizes is needed before any recommendation can be made on the usefulness of these agents in the treatment of PCOS.

PMID: 17543254 [PubMed - in process]

Ich hoffe ich habe dich jetzt richtig verstanden. Was fuer einen Sinn soll das denn Machen-bei PCO-S sind die Androgene doch ohnehin viel zu hoch,und Senkungsbeduerftig.

Über Sinn oder Unsinn kann und will ich mich hier nicht auslassen, weil ich mich mit Metformin nur am Rande beschäftigt habe und es ohnehin nicht anwenden werde, weil ich nicht insulinresistent bin (und es mir deshalb ehrlich gesagt egal ist). Mir wurde es nur wie folgt erklärt: Eine bestehende Insulinresistenz stimuliert was auch immer und dadurch wird wiederum LH stimuliert. Leider kenne ich den genauen Ablauf nicht, der nun dadurch folgt, aber am Ende stehen eben die erhöhten Androgene. Im Prinzip soll es angeblich so sein, dass die Insulinresistenz am Anfang steht und für den PCOS-Kreislauf verantwortlich ist, also auch für die erhöhten Androgene. Schaltet man die IR nun aus, wird der Kreislauf durchbrochen und die Androgene sinken automatisch.

Ob das nun stimmt oder nicht, weiß ich nicht. Sicher ist es irgendwie unsinnig, da es auch PCOS-Frauen ohne IR gibt, aber so wird es nunmal propagiert. Gehe mal in ein Kinderwunschforum (z.B.), da wird dir das so erklärt. Oder ich bin ganz blöd und hab alles falsch verstanden.

Die einzigen statistisch signifikanten Geschehen,zeigten sich in einer verminderten LH,FSH Sekretion,sowie einer verbesserten Insulinsensivitaet.

Und genau das - die verminderte LH-Sekretion und die verbesserte Insulinsensivität - sollen dafür sorgen, dass der PCOS-Kreislauf durchbrochen wird. Weil er angeblich erst dadurch verursacht wird. Und angeblich soll Metformin Testosteron signifikant senken. Angeblich! Angeblich! Und alles nicht auf meinem Mist gewachsen.

Da du dich so gut auskennst, Tino, wie würdest du denn meinen Fall beurteilen? Würde mich wirklich interessieren, ohne Gewähr natürlich

Subject: Re: @Tino
Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 12:20:14 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo

Zitat:Und genau das - die verminderte LH-Sekretion und die verbesserte Insulinsensivität - sollen dafür sorgen, dass der PCOS-Kreislauf durchbrochen wird. Weil er angeblich erst dadurch verursacht wird. Und angeblich soll Metformin Testosteron signifikant senken. Angeblich! Angeblich! Und alles nicht auf meinem Mist gewachsen.

Du hast was uebersehen

In der Studie blieb das Testosteron oben,....also wurde der Kreislauf nicht unterbrochen.

Alles,...aber auch wirklich alles was die Endokrinologen meinen ueber PCO-S zu wissen ist falsch!Der Name Endokrinologe sagt es schon.Sie versuchen alles mit Hormonschleifen zu erklaren.Sie wissen nichts von Genen,und auch nichts von Zellen.Sie schleifen sinnlos im Kreise herum.

Die Pharmaindustrie hat ein riesen Fressnapf in diesen alten PCO-S und Insulin-Theorien gefunden.Damit koennen sie Metformin zum INtherapeutikum Nummer 1 machen,...so lange bis die Schafe schreien weil sie nicht gesund werden,und keine Wolle mehr geben.Das macht die Industrie aber bei jedem Mittel....auch Finasterid wurde basierend auf masslosen Uebertreibungen zum Lifestylemedikament Nr1.

PCO-S kann man NICHT mit nur einem Mittel therapieren.Die Verordnung,bzw der Heilversuch nur mit Metformin ist..... gefaehrlich und fahrlaessig.Ihr wisst ja sicher das PCO-S multifaktoriell und multigenetisch funktioniert.Da ist gar nichts mit endokrinen Schleifchen.Die Wissenschaftler die sowas denken sind einfach nur Bauernschlau.

Zitat:Na, ich hoffe mal, du leitest die Schäfchen nicht in die Irre

Was denkst du von deinem Schaefer,...ich bin empoert

Ich bin der einzige,der euch zur goldenen Heide geleiten kann.....ihr muesst glauben,es ist sinnlos sich ein Bild von mir zu machen.....

Hehehe.....wenn doch die Insulinresistenz schuld ist,...warum sind dann die Androgenrezeptoren bei den PCO-S Schaefflein genetisch veraendert ?Fragt das doch mal den Endo,...mal sehen was fuer Kreisel und Schleifen er dann auf Lager hat .Villich sagt er dann.....ein Brummkreisel.....

Ich brauche keine Infos aus dem Kinderwunschforum....dort sind alle Schafe verblendet und Manipuliert!Villich sollte ich es ihnen dort erklaren,...ich denke ich werde das mal tun...

Gerne nehme ich mich dir,bzw deines Falles an,...aber was hast du denn?Wenn du es schon irgendwo niedergeschrieben hast,dann verlinke es mir doch bitte.

Gruss Tino

Subject: Re: @Tino
Posted by [valeska](#) on Fri, 03 Aug 2007 13:09:06 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Ich bin der einzige,der euch zur goldenen Heide geleiten kann.....ihr muesst glauben,es ist sinnlos

sich ein Bild von mir zu machen.....

Ich glaube, du hast ein wenig einen an der Klatsche, aber ich mag das. Genie und Wahnsinn liegen ja gern mal beeinander

Ich brauche keine Infos aus dem Kinderwunschforum....dort sind alle Schafe verblendet und Manipuliert!Vileicht sollte ich es ihnen dort erklæaren,...ich denke ich werde das mal tun...

Und die Heiden werden zu deinem Lichte ziehen und die Könige zu deinem Glanz, der über dir aufgeht...

Mein Fall steht zu Beginn dieses Threads. Ich weiß nicht, wie man hier irgendwas verlinkt. Kann dir noch meine Hormonwerte reinstellen, aber ich hab keine Referenzwerte

2003 (noch nie Pille genommen und "sinnigerweise" Lutealphase)

Östradiol 125
Progesteron 16,2
Cortisol 150 (nachmittags)
Testosteron 0,4
DHEAS 1,8
Androstendion 2,7

April 2007 (seit Januar Pille Valette abgesetzt, unter der ich schon das Akneproblem plötzlich hatte; wieder Lutealphase)

FSH 3,2
Östradiol 162
Progesteron 22,1
Prolaktin 31,9
Cortisol 209
Testosteron 0,72
DHEAS 1,8
Androstendion 3,68
TSH 1,4

Juli 2007 (seit Anfang Juni 1/2 Gynokadin, 1/2 Androcur, Prolaktinsenker; Follikelphase nach Abbruchblutung)

FSH 8,5
Östradiol 113
Progesteron 1,0
Prolaktin 22,8
Cortisol 270
Testosteron 0,68
DHEAs 1,4
Androstendion 3,6
TSH 1,3

So, falls du noch Infos brauchst, ich bin nachher wieder da. Ziemlich viel Blut abgenommen, dafür dass wichtige Werte fehlen und es zweimal Lutealphase war. Geh jetzt ein paar Parasiten aus meiner Wolle entfernen

Subject: Re: @Tino
Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 13:26:49 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Zitat;Ich glaube, du hast ein wenig einen an der Klatsche, aber ich mag das. Genie und Wahnsinn liegen ja gern mal beeinander

Du verspottest mich schaedlichst,....aber ich helfe dir trotzdem....

Ich waere so gluecklich wenn ich alle Heiden bekehren koennte,....aber es ist so schwierig...

Nein,es koennen nicht nur Nebennieren und Testosteron sein die Akne ausloesen.Gerade unter Stress sind es oft andere Mechanismen.Siehe auch das Kapitel Examensstrssakne auf meiner Seite.Substance-P kommt auch in Frage.

Villeicht sollte mal der Selenspiegel gemessen werden.

Hilfee...ich hasse Werte ohne Referenzbereich.Ich kann bis auf zwei warscheinlich(Warscheinlich weil Referenzbereich fehlt)zu hohe Androstendionwerte nichts auffaelliges finden.Aber der Punkt soll bitte auch noch mal schauen,wenn sie es noch nicht getan hat.

Ganz ganz wichtig ist Stressabbau.Stress macht ueberall Krank,..zuerst merkt es die Haut.Sollte das irgendwie mit Sport oder anderen nicht medikamentoesen stressabbauenden Massnahmen klappen,dann waere das gut so.Sollte das nicht moeglich sein,oder nicht funktionieren,dann sollte medikamentoes eingegriffen werden.Stress macht genau so schlimm HA und Akne wie Hormone-und das nicht nur ueber Sexualhormone.

Subject: Re: @Tino
Posted by [Lula74](#) on Fri, 03 Aug 2007 13:56:50 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Alles,....aber auch wirklich alles was die Endokrinologen meinen ueber PCO-S zu wissen ist falsch!Der Name Endokrinologe sagt es schon.Sie versuchen alles mit Hormonschleifen zu erklaren.Sie wissen nichts von Genen,und auch nichts von Zellen.Sie schleifen sinnlos im Kreise herum.

...okay, daß ist Deine Meinung. Ich bin nicht der Ansicht das ALLE Endokrinologen nichts von ihrem Fach verstehen. Der ganze Hormonhaushalt ist eine komplizierte Sache und manchmal auch ein rätselraten...so ist das halt, leider.

Subject: Re: @Tino
Posted by [Lula74](#) on Fri, 03 Aug 2007 14:01:04 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Und die Heiden werden zu deinem Lichte ziehen und die Könige zu deinem Glanz, der über dir aufgeht...

..ha ha ha ha ha

Subject: Re: @Tino
Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 14:24:19 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Zitat;...okay, daß ist Deine Meinung. Ich bin nicht der Ansicht das ALLE Endokrinologen nichts von ihrem Fach verstehen. Der ganze Hormonhaushalt ist eine komplizierte Sache und manchmal auch ein rätselraten...so ist das halt, leider.

Deine Ratgeber werden dich in die Irre fuehren-du wirst reumueting an meine Worte denken....

In der Welt der Endokrinologen ist es so,das diese in der Regel unbewegliche Jobmaker sind.Jobmaker die eifernd auf den Feierabend,alles das machen was ihnen der Pharmareferend eingibt.Warum auch anders-warum recherchieren wenn man nicht wissenschaftlich taetig ist?So sind sie doch abgesichert,bzw wenn sie das machen was ihnen die Industrie eingibt,dann kann ihnen nie etwas passieren,denn sie haben ja mit den Woelfen geheult.

Wuerde ich sicher auch machen,wenn mein Lebensinhalt ihrem aehnlich waere.Aber ich habe andere Ziele...und ausserdem bin ich betroffen,und Betroffene gehen so etwas ganz anders an.

Glaubst du so einer kennt die Studien die ich kenne,oder kann damit etwas anfangen?

Sooo kompliziert ist das gar nicht.....der Fehler liegt einfach nur in den Schleifen.

Subject: Re: @Tino

Posted by [Lula74](#) on Fri, 03 Aug 2007 14:46:05 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

...ähmmm genau diese Studien die Du liest sind bestimmt von Wissenschaftlern und/oder Ärzten (wie z.B. Endokrinologen im Fall PCO, AGs, etc) geschrieben....also irgendwie widerspricht sich da Deine Aussage im Bezug auf das alle Endos nichts von Ihrem Fach verstehen. Viele Ärzte die auch mit an solchen Artikeln arbeiten haben Ihre eigene Praxis.

Deine Ratgeber werden dich in die Irre fuehren-du wirst reumuendig an meine Worte denken

...Nöööööö, werde ich nicht ...ha ha. I know better....

Jobmaker die eifernd auf den Feierabend,alles das machen was ihnen der Pharmareferend eingibt.Warum auch anders-warum recherchieren wenn man nicht wissenschaftlich taetig ist

Wer eifert nicht auf den Feierabend?..lol. Denkst Du wirklich die Ärzte machen das was Ihnen der Pharmareferend eingibt?? Ich weiß es aus eigener Erfahrung das diese Aussage vielleicht nur auf einige Ärzte zutrifft. So generell würde ich das selber nicht behaupten.

Viele praktizierenden Ärzte schreiben auch Artikel für das New England Medical Journal..auch die die nicht an klinischen Studien mitbeteiligt sind.

Subject: Re: @Tino

Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 15:04:39 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Zitat;...ähmmm genau diese Studien sind oft von Wissenschaftlern und/oder Ärzten (wie z.B. Endokrinologen im Fall PCO, AGs, etc) geschrieben....also irgendwie widerspricht sich da Deine Aussage. Viele Ärzte die auch mit an solchen Artikeln arbeiten haben Ihre eigene Praxis.

Ja,aber DIESE wissenschaftlich taetigen Aerzte verstehen nichts von der Materie.Sie publizieren es oft bnur damit ihre wissenschaftliche Existenz gesichert bleibt.ENDokrinologen.....Endokrinologen konstruieren hier Schleifen im Rahmen einer Erkrankung fuer die ungefaehr 70 Kandidatengene in Frage kommen.SogarMTHRF-Polymorphismus den ich habe ist dabei.Die Wissenschaftler die an den Genen ansetzen sind auf der richtigen Spur.

Und was 80%der Metformin-Allheilmittel-Studien betrifft,so sind diese Industrieabhangig,und die Autoren werden sehr gut dafuer bezahlt.

Ich sage dir was ein guter Endo bei PCO-S macht.

Er nimmt dir Blut ab,und laesst eine Genanalyse machen.Er laesst nach dem AR-CAG-Repeat-Polymorphismus schauen,nach Mutationen im Mineralocorticoid-Rezeptor,nach Defekten der 5-alpha-Reduktase relevanten Genen,nach Defekten der Zytokininduzierenden Gene,und nach Defekten der Insulingene.

Die Cardiorelevanten Gene sind die heissesten Kandidaten.

Aber das ist teuer,...deshalb maecht man es nicht.Obwohl man so sehr gezielt behandeln koennte.

Zitat:Wer eifert nicht auf den Feierabend?..lol. Ärzte müssen sich auch weiterbilden (wie gut sie es machen ist natürlich dahingestellt. Der eine mehr, der andere weniger). Viele Ärzte schreiben auch Artikel für das New England Medical Journal

Das war suess

Ich wollte damit aber eigentlich den Unterschied zwischen Jobmaker und Passionsmench hervorheben.

Ich nehme auch an zertifizierten Weiterbildungen fuer Aerzte teil,...ich habe selbst schon erlebt,wie die an diesen Live-Online Weiterbildungen teilnehmenden Aerzte,einen beruehmten Haarprofessor darum gebeten haben,doch bitte nicht soviel zu werben.Diese Weiterbildungen sind alle langweilig fuer jemand der sich wirklich auskennt,und erworben Industriegesponsort.

Die koennen von mir aus auch fuer Lancet und Nature publizieren,...ich achte ihre Werke nicht,wenn sie dort mit Schleifen arbeiten

Zitat:...Nöööööö, werde ich nicht ...ha ha.

Ich glaube bis jetzt hab ich immer recht gehabt

Subject: Re: @Tino
Posted by [Lula74](#) on Fri, 03 Aug 2007 15:24:24 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Ich glaube bis jetzt hab ich immer recht gehabt

Immer?ich lese das....und denke dann an Narzissmus.

Egal, i agree to disagree.

LG,

Laila

Subject: Re: @Tino

Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 16:00:02 GMT

[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

vorab....

Zitat:Immer?ich lese das....und denke dann an Narzissmus

Du liest aber sehr aufmerksam..

Selbst die Schleifendreher des New England Journal of Medicine sagen sowas hier

The place of insulin-reduction therapies in treating the polycystic ovary syndrome is evolving and should be viewed in context with all available therapies (Table 3). These therapies can effectively manage the established metabolic derangements in the polycystic ovary syndrome, but whether they can prevent them is not yet established.

.32 Current understanding of the pathogenesis of the syndrome suggests, however, that it is a complex multigenic disorder. Candidate genes that may regulate the hypothalamic–pituitary–ovarian axis, as well as those responsible for insulin resistance and its sequelae, have been the principal focus of linkage and case–control studies. Microarray analyses of target tissues in the polycystic ovary syndrome³¹ have been used to identify novel candidate genes involved in the condition, and a number of them appear to contribute modestly to the phenotype (Table 2).^{30,57,58}

Hier haben sie sehr viele Gene im naeheren Kreis vergessen....

Aus:Polycystic Ovary Syndrome

David A. Ehrmann, M.D.

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/352/12/1223>

Zitat:Our findings do not support the hypothesis that extended-release metformin, either alone or in combination with clomiphene citrate, improves the rate of live birth in women with the polycystic ovary syndrome. Conception, pregnancy, and live birth were significantly more likely to occur after treatment with clomiphene alone than after metformin alone. Adverse-event rates were similar among the study groups, although serious adverse events, primarily related to pregnancy, tended to occur in the groups receiving clomiphene (either alone or in combination therapy); these groups

had correspondingly higher rates of pregnancy than did the metformin group.

Aus;Clomiphene, Metformin, or Both for Infertility in the Polycystic Ovary Syndrome

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/356/6/551>

Ich moechte nur Zeigen das es selbst dort,in diesem guten und angesehenen,aber doch recht konservativem Journal nicht als Wunderallheilmittel gepriesen wird.Nichts gegen Metformin,...ganz im Gegenteil.Aber es nicht die alleinige Loesung.

Allerdings werden dort sehr eifrig Schleifchen gedreht

Die wissen aber schon das die Schleifchen nicht die Loesung sind....anschenend koennen sie einfach nicht weiter....und wenn dann nur so begrenzt,das nichts wirklich schluessiges dabei rumkommt.

gruss Tino

Subject: Re: @Tino
Posted by [marie](#) on Fri, 03 Aug 2007 16:44:11 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hallo Tino,

ich habe noch zwei Fragen:

1. Kann es auch sein, dass es infolge der endokrinen Störung und seiner Wirkfolgen zu genetischen Defekten kommt? und
2. Wie wären denn genetische Defekte (effektiv) zu behandeln?

LG

Marie

Subject: Re: @Tino
Posted by [tino](#) on Fri, 03 Aug 2007 16:59:32 GMT
[View Forum Message](#) <> [Reply to Message](#)

Hi

Zitat:1. Kann es auch sein, dass es infolge der endokrinen Störung und seiner Wirkfolgen zu genetischen Defekten kommt? und

Sagen wir mal so....der PCO-S Prozess an sich,geht nachweisslich mit starkem oxidativem Stress einher.Das kann ja bekanntlich bei angeborener genetischer Disposition,eine ganze Reihe von Erkrankungen,die auf einem anderen Gendefekt beruhen ausloesen.Der Beruehmte Tropfen der das Fass zum ueberlaufen bringt.

Ich will hier keine Panik machen,aber es ist ja z.b bekannt das eine ganze Reihe schwerer Krankheiten mit dem PCO-S Syndrom verknuepft sind.

2. Wie wären denn genetische Defekte (effektiv) zu behandeln

Ich wuerde zu einem Anti-Aging Arzt gehen,und ihn bitten diverse Gene zu untersuchen.Ich denke er weiss dann auch welche.Hat man die Gendefekte lokalisiert,kann man diese auch oft behandeln,z.b kann ein MTHFR-Polymorphysmus mit NAC,B Vitaminen und Folsaeure behandelt werden,was auch ich tue.Ein Defekt im 5-alpha-Reduktase Gen (oft praesent bei Hirsutismus),kann mit Dutasterid behandelt werden,weil bei Hirsutismus die 5-alpha-R-1 dominiert.Sonst koennte man Finasterid nehmen.Ich bin mir ziemlich sicher das Frauen mit PCO-S auch sehr oft einen Defekt im Mineralcorticoid Rezeptor haben-eine Ueberaktivitaet.Das kann dann mit einem Aldosteronantagonisten behandelt werden,der gleichzeitig auch die Androgene hemmt-zwei Fliegen mit einer Klappe.Besonders wenn Vater oder Mutter Herzkrank ist,sollte man an diesen Rezeptor denken.

gruss Tino
