

Jugendliche mit Menorrhagie – diagnostisches und therapeutisches Vorgehen

Dr. med. Susan Halimeh

Obwohl die Postmoderne durch Entmystifizierung und Enttabuisierung gekennzeichnet ist, gilt die weibliche Monatsblutung auch in Deutschland heute noch als schmutzig und verunreinigend. Mädchen und Frauen sind darum bemüht, sie unsichtbar werden zu lassen. So spricht die Werbung für Hygieneartikel beispielsweise von „Flüssigkeit“, die durch eine Binde verschlossen wird oder der Werbeslogan für eine bekannte Tamponsorte verspricht eine „saubere und diskrete“ Regel – von Blut ist nicht die Rede. Das zeigt sich auch in der Kodierung der Sprache und in Bezeichnungen wie z.B. „die Tage“ zu haben oder „unpässlich“ zu sein.

Die Menarche (erste Menstruationsblutung) tritt in der Regel zwischen dem 9. und 16. Lebensjahr ein und meist verläuft sie anovulatorisch. Bei einem Großteil der Mädchen stellt sich nach einem Jahr ein regelmäßiger Zyklus ein. Doch viele haben Probleme und sie leiden unter Zyklusstörungen wie Dysmenorrhoe oder Menorrhagie. Die Menorrhagie zählt zu den häufigsten gynäkologischen Anomalien, ca. 5–10 % aller Frauen zwischen 15 und 45 Jahren leiden daran [1, 2]. Eine verlängerte und zu starke Regelblutung (>7 Tage mit einem Blutverlust von über 80 ml insgesamt) wird als Menorrhagie bezeichnet.

Als Ursachen kommen Veränderungen im Bereich der Geschlechtsorgane, Geschwulste, Schleimhautwucherungen, Endometriose, Polypen, Myome, Blutgerinnungsstörungen und Schilddrüsenerkrankungen in Frage. In vielen Fällen ist die Menorrhagie das erste wahrgenommene Symptom für ein bestehendes von Willebrand Syndrom. Studienergebnisse zeigen, dass bei ca. 30 % aller Frauen mit Menorrhagie eine Blutgerinnungsstörung besteht [3]. Die Häufigkeit einer von Willebrand Erkrankung bei Frauen mit Menorrhagie liegt bei etwa 5–20 % [4–9]. Im Jugendlichenalter ist ein Progesteronmangel nicht selten die Ursache

für eine Menorrhagie. Während der Proliferationsphase findet die Synthese von PGF₂ (Vasokonstriktor) und PGE₂ (Vasodilator) im Endometrium statt. In einem regelrechten Monatszyklus beträgt das Verhältnis von PGF₂ zu PGE₂ von 2:1. In einem anovulatorischem Zyklus aufgrund von Progesteronmangel findet sich ein Absinken des PGF₂ und damit verbundenen ein Anstieg von PGE₂, dieses Ungleichgewicht führt zu einem massiven Anstieg des menstrualen Blutverlustes.

Diagnostisches Verfahren

Häufig kann man anhand der ausführlichen Eigen- und Familienana-

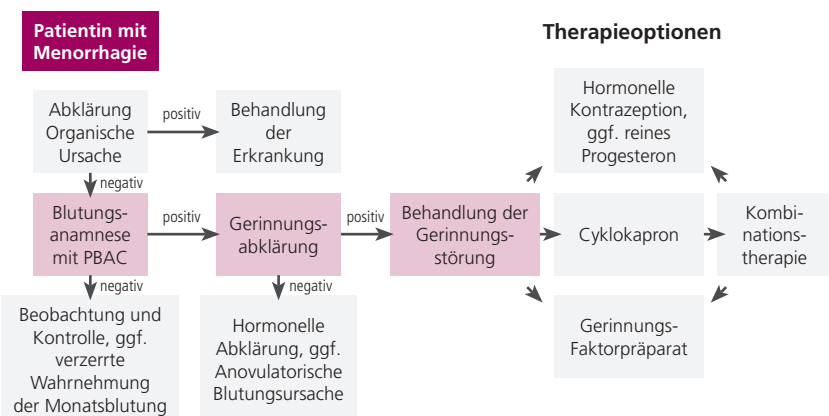


Abb. 1: Algorithmus zur Diagnostik bei Menorrhagie [11]

mnese erste Rückschlüsse auf mögliche Ursachen ziehen. Auch zahlreiche Medikamente können eine erhöhte Blutungsneigung induzieren oder eine bereits bestehende hämorrhagische Diathese verstärken, daher sollte bei der Anamneseerhebung gezielt danach gefragt werden.

Ein sinnvolles Hilfsmittel für die Quantifizierung der Monatsblutung ist der PBAC-Score nach Higham et al [10]. Mit dem PBAC-Score werden mengenmäßig die benutzten Hygieneartikel pro Tag der Monatsblutung erfasst und entsprechend mit Punkten bewertet. Als normal wird ein Wert <100 angesehen.

Neben der gynäkologischen Untersuchung sollte auch eine labordiagnostische Untersuchung in Erwägung gezogen werden, da die üblichen Menorrhagie-Symptome wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsabfall und Konzentrationsstörungen auf einen Eisenmangel hinweisen. Diese Symptome haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der betroffenen Frauen. Empfehlenswert ist die Bestimmung des Blutbildes inklusive Thrombozytenzahl, Ferritin, Quick, partielle Thromboplastinzeit (aPTT), PTZ, PFA – Ephinephrin PFA-Adeno-

Diphosphat ggf. Von Willebrand Screening mit von Willebrand Antigen und von Willebrand Ristocitin.

Therapeutisches Vorgehen

Generell ist die Wahl der Therapie abhängig von der Diagnose und der jeweiligen Lebensphase der Frauen nach Erkenntnissen einer internationalen Expertengruppen [12] (►Tab.).

Häufig ist besonders bei jungen Mädchen eine Hormontherapie mit Östrogen-Gestagen-Präparaten (hormonelle Kontrazeption) ausreichend. Vor der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva sollte jedoch beachtet werden, dass diese nicht zur Behandlung der Menorrhagie zugelassen sind. Diese sollten nur zum Einsatz kommen, wenn bei der Patientin ein genereller Verhütungswunsch mit der „Pille“ besteht. Die Behandlung der Menorrhagie stellt dann einen wertvollen Nebeneffekt da. Als einzige Ausnahme ist hier die QlairaR zu nennen, diese ist für die Behandlung nicht organbedingter Menorrhagie zugelassen. Eine Alternative hier ist der Einsatz von Antifibrinolytika. Mit Tranexamsäure kann eine Blutungsreduktion von ca. 50 % erreicht werden [13]. Hier empfiehlt sich eine Therapieeinleitung mit Einsetzen der Blutung bis zum Sistieren der Blutung. Im Fall ei-

ner bestehenden Gerinnungsstörung bieten sich hier verschiedene Therapieoptionen, welche auch als Kombinationstherapie möglich sind. Entzündungshemmende Medikamente (NSAR) wie Naproxen oder Ibuprofen können bei Mädchen gut eingesetzt werden, die zusätzlich unter starken Krämpfen während ihrer Menstruation leiden. Neben der Schmerzlinderung reduzieren diese auch in einigen Fällen die Blutung.

Fazit

Nicht bei allen jungen Mädchen stellt sich nach der Menarche kein regelrechter Monatszyklus ein. Die Menorrhagie ist mehr als ein Blutungsproblem. Für junge Frauen bedeutet eine Menorrhagie monatlich wiederkehrend deutliche Einschränkungen in ihrer Lebensqualität. Diese Einschränkungen betreffen Schule, Sport, soziales Umfeld und die Freizeitgestaltung. Daher sollte in der Praxis ein verstärktes Augenmerk auf die Menorrhagie gelegt werden und bei Verdacht auf eine Erkrankung diese differentialdiagnostisch abgeklärt werden.

Literatur:

1. Altersdefinition: Bundeszentrale für politische Bildung / **je nach Studie/
2. Scharer I.: Women with von Willebrand Disease, Hämostaseologie 2004, 1:45–4
3. Halimeh S, Menorrhagie beim von Willebrand Syndrom: ein wichtiges Symptom in der klinischen Diagnostik, Frauenarzt 2010 (51) 1028–32
4. Edlund M, Blomback M, von Schoultz B, Andersson O.: On the value of menorrhagia as a predictor for coagulation disorders. Am J Haematol 1996; 53: 234–238
5. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, Owens D, Lee CA.: Frequency of inherited bleeding disorders in women with abnormal uterine bleeding. Lancet 1998;351:485–489.
6. Goodmann-Gruen D, Hollenbach K.: The prevalence of von Willebrand disease in women with abnormal uterine bleeding. J Womens Health Gend Based Med. 2001;10:677–680
7. Dilley A, Drews C, Miller C et al.: Von Willebrand disease and other inherited bleeding disorders in women with diagnosed menorrhagia. Obstet Gynecol 2001;97:630–636
8. Woo YL, White B, Corbally R et al.: Von Willebrand's disease: an important cause of dysfunctional uterine bleeding. Blood Coa-

Ursache	Adoleszenz 13 – 19 Jahre	20 – 35 Jahre	35 – 50 Jahre	Peri-/post- menopausal
Anovulatorische Blutung in der Adoleszenz	→			
Gerinnungsstörung	→	→	→	→
Chronische Menorrhagie		→	→	→
Pathologische Ursache (Fibrom oder Polyp)			→	→
Neue Systemische Erkrankung z. B. Leukämie		→	→	→
Therapie mit Antikoagulation	→	→	→	→
Postoperative Komplikation			→	→
Hypothyreose		→	→	→
Perimenopausal anovulatorisch				→

Tab.: Therapeutisches Vorgehen

- gul Fibrinolysis 2002;13:89–93
9. Philipp CS, Dilley A, Miller CH et al.: Platelet functional defects in women with unexplained menorrhagia. *J Thromb Haemost* 2003;1:477–484
10. Higham et al, (1990), Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart, *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 97, pp734–739.
11. Halimeh S, Monatsblutung, Menorrhagie, Thrombophilie, Oppelt, Patricia G. et al.: 2015 Kinder- und Jugendgynäkologie DOI: 10.1055/b-0035–104137
12. James A H, Kouides P A, Abdul-Kadir R, et al: Evaluation and management of acute menorrhagia in women with and without underlying bleeding disorders: consensus from an international expert panel *EUR J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2011 Oct, 158(2):124–134
13. Gaetje R, Kissler S, Scharl A, Ahr A, Kaufmann M, *Therapiemöglichkeiten der uterinen Blutungsstörungen*, *Frauenarzt*, 2006, (47) 739–741

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Susan Halimeh
 Königstraße 13
 D-47051 Duisburg
 Tel.: +49 (0) 2 03/348 336 0
 Fax: +49 (0) 2 03/348 336 641
 E-Mail: Susan.Halimeh@gzrr.de
<http://www.gzrr.de>

Dr. med. Susan
 Halimeh



Mitteilung der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e. V.

Weltkongress für Kinder- und Jugendgynäkologie

Vom 25.–28.06.2016 wird in Florenz der Weltkongress für Kinder- und Jugendgynäkologie stattfinden. Zahl-

reiche internationale Referenten und Koryphäen des Faches werden dort vortragen und neue Erkenntnisse präsentieren.

Detaillierte Hinweise zum Programm finden Sie auf unserer Webseite:

www.kindergynaekologie.de.