



LAUT EINER BEREITS älteren Untersuchung der Universitäts-Frauenklinik Tübingen treten Menstruationsbeschwerden bei rund jeder dritten Frau auf.¹⁾ Die Symptome sind vielfältig, typisch sind jedoch Unterleibsschmerzen und/oder Stimmungsschwankungen, die unterschiedlich stark ausgeprägt sind und sich zudem von Monat zu Monat verändern können. Menstruationsbeschwerden werden im Allgemeinen unterteilt in prämenstruelles Syndrom (PMS) beziehungsweise prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS) sowie primäre beziehungsweise sekundäre Dysmenorrhö.

Da Beschwerden während der Menstruation von vielen Frauen als normal angesehen werden, sind Beschwerden, die letztlich doch beim Arzt angesprochen werden, ernst zu nehmen und als grundsätzlich behandlungsbedürftig einzustufen. Dass die Probleme häufig nicht ernst genommen werden, lässt sich beispielsweise daran erkennen, dass die Wartezeit bis zur Diagnose einer Endometriose einige Jahre betragen kann.

Viele Frauen, vor allem im städtischen Bereich, wenden sich bei Auftreten dieser Probleme wahrscheinlich gleich an ihren Gynäkologen, doch auch der Allgemeinmediziner ist ein wichtiger Ansprechpartner.

SCHMERZ- HAFTER ZYKLUS

Rund jede dritte Frau leidet an Beschwerden vor oder während der Regel. Die Beschwerden können den Alltag wesentlich beeinträchtigen und auf organische Erkrankungen hinweisen. Spezielle Aufmerksamkeit ist notwendig, wenn die Beschwerden mit unerfülltem Kinderwunsch einhergehen.

Fachliche Prüfung Univ.-Doz. Mag. Dr. Beda Hartmann,
Abteilungsvorstand Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung,
Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital, Wien

Redaktion Dr. Lydta Unger-Hunt





1. PRÄMENSTRUELLES SYNDROM

Rund 75 Prozent aller Frauen nehmen in der zweiten Hälfte des Menstruationszyklus (Lutealphase) gewisse psychische und/oder körperliche Symptome wahr. Ein behandlungsbedürftiges prämenstruelles Syndrom (PMS) ist dagegen viel seltener und wird je nach Kriterien auf 20 bis 50 Prozent der menstruierenden Frauen geschätzt. Der Anteil der Frauen mit „prämenstrueller dysphorischer Störung“ (PMDS) (potenziell ausgeprägter Leidensdruck) ist noch einmal geringer, er wird auf rund zwei bis fünf Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter geschätzt.

1.1 SYMPTOMATIK

Die Symptomatik eines PMS kann sehr unterschiedlich sein, als typisch gelten gesteigerte Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Anspannung und depressive Verstimmungen. Auch Wut, Apathie, Konzentrationsschwierigkeiten, Appetitveränderungen (z.B. Heißhungerattacken, Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln wie etwa Süßigkeiten) oder Schlafstörungen können auftreten. Zu den körperlichen Symptomen zählen Empfindlichkeit der Brust beziehungsweise Kopf- oder Muskelschmerzen.

Von einer PMDS spricht man dann, wenn

- während der meisten Menstruationszyklen des vergangenen Jahres mindestens fünf der oben genannten Symptome über die meiste Zeit während der letzten Woche vor Beginn der Menstruation bestanden, mit Rückbildung innerhalb weniger Tage nach ihrem Einsetzen
- es zu einer Beeinflussung beruflicher Leistungen und sozialer bzw. familiärer Beziehungen kommt
- die Symptome nicht Ausdruck einer anderen Störung sind (Depression, Angststörung)
- die Störung durch eine tägliche Selbstbeobachtung über mindestens zwei Zyklen bestätigt wird.

Die Abgrenzung gelingt entsprechend nur durch eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung; in den meisten Fällen werden auch Laborbefunde erhoben, die ebenfalls richtungweisend sein können, da sich während der Beschwerden erhöhte Entzündungswerte im Blut zeigen. Eine wertvolle Hilfe für Arzt und Patientin ist ein Regelkalender, in dem das Auftreten der Beschwerden festgehalten wird. Dieses Regeltagebuch erlaubt nicht nur eine bessere Abstimmung der Behandlung, die Patientin kann sich auch, so weit möglich, besser auf die Krisentage einstellen.

1.2 URSACHEN

Die genauen Auslöser der Beschwerden im Rahmen des prämenstruellen Syndroms sind trotz jahrzehntelanger Forschungen nicht geklärt. Weder die ethnische Herkunft oder der Kulturkreis noch der sozio-ökonomische Status haben nach bisherigem Kenntnisstand einen Einfluss auf die Entstehung und Schwere des PMS. Dass es einen hormonellen Zusammenhang gibt, ist schon alleine dadurch begründet, dass die Beschwerden zyklisch auftreten und mit Beginn der Menopause verschwinden. Ein ursächlich auslösendes Hormon konnte bis jetzt nicht gefunden werden. Das Hormon der zweiten Zyklushälfte – Progesteron – scheint aber an den Beschwerden beteiligt zu sein. Ein exogener Faktor konnte jedenfalls identifiziert werden: Alkohol. Einem aktuellen Review von 19 epidemiologischen Studien zufolge ist der Konsum von Alkohol mit einem erhöhten Risiko für PMS verbunden (OR 1,45); bei starkem Alkoholkonsum (definiert als täglich mindestens ein alkoholisches Getränk) lag eine OR von 1,79 vor.³⁾

2-4% ALLER FRAUEN IM GEBÄRFÄHIGEN ALTER LEIDEN AN EINER PRÄ- MENSTRUELL DYSPHORISCHEN STÖRUNG



1.3 THERAPIE

Das bloße Wahrnehmen körperlicher und/oder psychischer Symptome in der zweiten Hälfte des Zyklus muss nicht unbedingt zu einer medikamentösen Behandlung führen. Oftmals sind Aufklärung, Veränderungen des Lebens- und Ernährungsstils oder Sport zur Beseitigung der körperlichen Begleitsymptome (Brustspannen, Kopfschmerzen etc.) ausreichend. Manchmal bessert sich die Symptomatik deutlich nach Gabe eines Kontrazeptivums. Bei schwerer Symptomatik (z.B. bei der PMDS) mit Betonung der psychischen Beschwerden (Reizbarkeit, Anspannung, Depressivität) kann eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum (SSRI) von Vorteil sein, Wirksamkeitsnachweise liegen für verschiedene Substanzen vor (Fluoxetin, Paroxetin, Citalopram, Sertralin, Venlafaxin). Dabei scheinen diese Substanzen sowohl mit einer kontinuierlichen Gabe während des gesamten Zyklus als auch mit einer Verabreichung nur in der zweiten Zyklushälfte (= intermittierende Gabe) wirksam zu sein.

Empfehlenswert ist die Abgrenzung zur klassischen depressiven Episode und die Einbindung eines Facharztes für Psychiatrie im Bezug auf die Differenzialdiagnose anderer psychischer Erkrankungen und ggf. indizierte medikamentöse Therapie.

Bei stark ausgeprägter Symptomatik kann es auch sinnvoll sein, eine Pille im Langzyklus zu nehmen, d.h. das Kontrazeptivum ohne Einnahmepause einzunehmen und damit eine therapeutische Amenorrhö zu induzieren. Bleibt der Erfolg dieser hormonellen Therapie aus, ist wie bereits besprochen eine Überweisung an den Facharzt für Psychiatrie sinnvoll. Die Patientin sollte darüber aufgeklärt werden, dass bei Erfolg einer medikamentösen Therapie die Medikamente nicht automatisch über viele Jahre eingenommen werden müssen; ein langsam ausschleichender Absetzversuch kann bereits nach sechs bis neun Monaten durchgeführt werden.

2. DYSMENORRHÖ

Dysmenorrhö bezeichnet Schmerzen, die entweder zeitgleich mit der Menses oder bereits ein bis drei Tage früher auftreten. Die Schmerzen erreichen nach rund 24 Stunden ein Maximum und klingen nach zwei bis drei Tagen ganz ab. Der Dauerschmerz kann dabei stechend, krampfartig und dumpf sein und gelegentlich in die Beine ausstrahlen. Oft können sekundär Kopfschmerzen, Übelkeit, Obstipation oder Durchfall sowie Schmerzen im unteren Rücken auftreten. Die Dysmenorrhö kann primär oder sekundär bedingt sein.

2.1 PRIMÄRE DYSMENORRHÖ

Bei der primären Dysmenorrhö lassen sich die Symptome nicht durch strukturelle gynäkologische Erkrankungen erklären. Derzeit geht man davon aus, dass der Schmerz auf Uteruskontraktionen und Ischämie zurückzuführen ist, die vermutlich durch Prostaglandine (z.B. Prostaglandin F_{2alpha}, ein starkes myometriales Stimulans und Vasokonstriktor) und andere Entzündungsmediatoren (die durch das sekretorische Endometrium produziert werden) ausgelöst werden. Eventuell verlängern sie auch die Uteruskontraktionen und verringern den Blutfluss zum Myometrium. Folgende Einflussfaktoren sind mittlerweile bekannt:

- Passage des Menstrationsgewebes durch den Gebärmutterhals
- Ein enger Muttermund
- Eine Fehlstellung der Gebärmutter
- Bewegungsmangel
- Die Angst vor der Menstruation

Klassifikation nach ICD-10

- N94: Schmerzen und andere Beschwerden, die an den weiblichen Organen und mit dem Menstruationszyklus auftreten
- N94.4 primäre Dysmenorrhö
- N94.5 sekundäre Dysmenorrhö



Die primäre Dysmenorrhö beginnt innerhalb eines Jahres nach der Menarche und tritt fast immer in den Ovulationszyklen auf. Der Schmerz beginnt gewöhnlich mit der Menses (oder kurz davor) und hält für die ersten ein bis zwei Tage an; gleichzeitig können Unwohlsein, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Schmerzen im unteren Rückenbereich oder Kopfschmerzen auftreten. Bei rund fünf bis 15 Prozent der Frauen mit primärer Dysmenorrhö sind die Krämpfe so stark, dass sie den Tagesablauf beeinträchtigen und zu Fehlzeiten in der Schule oder bei der Arbeit führen. Zu den Risikofaktoren für schwere Symptome zählen:

- Frühes Menarchealter
- Lange oder schwere Menstruation
- Rauchen
- Familienanamnese für Dysmenorrhö

Die Symptomatik kann sich in vielen Fällen mit zunehmendem Alter oder nach einer Schwangerschaft bessern.

2.2 SEKUNDÄRE DYSMENORRHÖ

In diesem Fall sind die Symptome auf Veränderungen im Beckenbereich zurückzuführen. Zu den häufigsten Ursachen zählen Endometriose, Adenomyose sowie Leiomyome.

Seltener Ursachen sind angeborene Fehlbildungen (z.B. Uterus bicornis, Uterus subseptus, vaginales Querseptum), Zysten und Tumoren des Ovars, entzündliche Erkrankungen des Beckens, pelvine Stauung, intrauterine Adhäsionen, psychogene Schmerzen und Intrauterinpeppare (IUP).

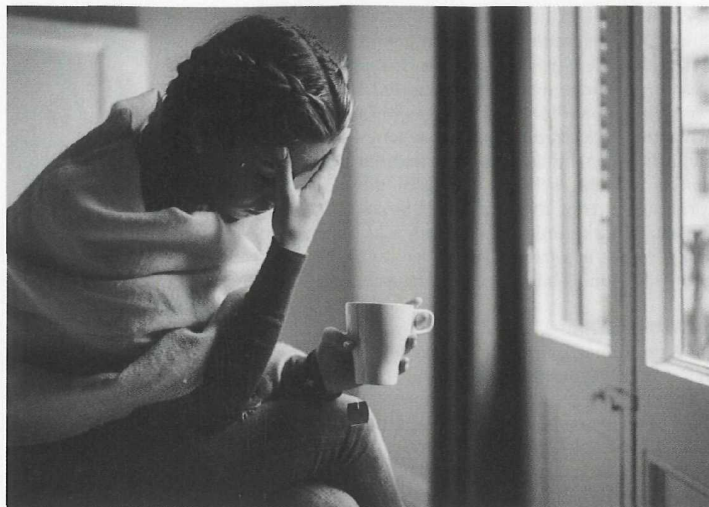
Bei einigen Frauen liegt als Folge von Konisation, LEEP („Loop Electrical Excision Procedure“) oder Kryo-beziehungsweise Thermokauterisierung ein extrem enger Muttermund vor, der mit Schmerzen auf den Versuch des Uterus reagiert, Gewebe auszustoßen. Konsektiv kann sich Menstruationsblut im Cavum uteri sammeln (Hämatometra). Gelegentlich sind Schmerzen auch auf die Passage eines gestielten submukösen Leiomyoms oder eines Endometriumpolypen durch den Zervikalkanal zurückzuführen.

Die Risikofaktoren für die schwerwiegende, sekundäre Dysmenorrhö sind die gleichen wie für die primäre Dysmenorrhö. Im Gegensatz zur primären Dysmenorrhö tritt die sekundäre aber erst im Erwachsenenalter auf – mit Ausnahme jeder Fälle, die auf angeborene Fehlbildungen zurückzuführen sind.

2.3 DIAGNOSTIK

Zur Abklärung der Symptome sind Anamnese und die körperliche Untersuchung erforderlich.

Die Anamnese der aktuellen Erkrankung sollte die komplette Entwicklung der Menstruation einschließlich Alter bei Beginn der Menses, Dauer und Menge der Blutung, Dauer und Regelmäßigkeit des Zyklus sowie Bezug der Menses zu den Symptomen umfassen. Weiters sind die Symptome abzuklären: das Alter, in dem die Symptome erstmals auftraten, Art und Schweregrad, Faktoren, die zu Linderung oder Verschlimmerung beitragen, oder das Auftreten von Unterleibsschmerzen, die nicht in Zusammenhang mit der Menses auftreten. Zu erfragen ist, ob möglicherweise bekannte Ursachen einer Dysmenorrhö bereits diagnostiziert wurden, wie Endometriose, Adenomyosis uteri oder Myome. Auch die Methode der Empfängnisverhütung, insbesondere die Verwendung eines IUP, sollte ermittelt werden. **CAVE!** Die Sexualanamnese umfasst auch das Erfragen eines möglichen sexuellen Missbrauchs (aktuell oder zurückliegend). Die körperliche Untersuchung ist hauptsächlich eine gynäkologische Untersuchung und wird daher in den



meisten Fällen vom Facharzt für Gynäkologie durchgeführt (verengter Muttermund, vorgefallene Polypen oder Myome, Uterus- oder Adnextumoren). Steht auch nach Schwangerschaftstest und Beckensonografie kein endgültiger Befund fest, sollte eine weiterführende Abklärung an einem spezialisierten Zentrum erfolgen (zertifizierte Endometriose und/oder CPP – „chronic pelvic pain“-Zentrum).

CAVE! Zu den Warnzeichen zählen neu oder plötzlich auftretende Schmerzen, Fieber, vaginaler Ausfluss, positiver Schwangerschaftstest (Extrauterin gravidität?) oder Verdacht auf Peritonitis. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass Dysmenorrhö nicht die Ursache für die pelvinen Schmerzen ist. Auch an das Vorliegen einer sexuell übertragbaren Erkrankung ist zu denken.

2.4 PRIMÄRE UND SEKUNDÄRE DYSMENORRHÖ

Eine primäre Dysmenorrhö wird dann vermutet, wenn die Symptome kurz nach der Menarche oder in der Adoleszenz erstmals auftreten. Hingegen beginnen die Symptome bei sekundärer Dysmenorrhö erst nach der Adoleszenz, und/oder es liegen bekannte Ursachen vor (Adenomyose, Leiomyome, Endometriose, enger Muttermund).

2.5 THERAPIE

Bei Frauen mit primärer Dysmenorrhö kann zunächst der Ausschluss struktureller gynäkologischer Erkrankungen beruhigend wirken. Ratschläge zur Verbesserung der Situation umfassen die üblichen Lebensstiländerungen: ausreichend Schlaf, regelmäßige Bewegung und gesunde Ernährung. Sollten die Schmerzen persistieren, werden versuchsweise NSAR eingesetzt: Das Medikament ist ein bis zwei Tage vor Einsetzen der Menses einzunehmen und bis zu ein bis zwei Tage nach Blutungsbeginn.

Bleibt die NSAR-Gabe ohne Wirkung, kann die Unterdrückung der Ovulation mit einem niedrig dosierten, oralen Östrogen-Gestagen-Kontrazeptivum versucht werden. Eine Hormontherapie mit Gestagenen, kombinierten Kontrazeptiva oder Levonorgestrel-freisetzendem IUP kann die Symptome reduzieren. Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten werden als Ultima Ratio verwendet und versetzen die betroffenen Frauen für den Therapiezeitraum in den Wechsel. Auch eine periodische Analgetikagabe kann erforderlich sein. Zu alternativen Verfahren zählen Hypnose, Akupunktur und Akupressur, die Studienlage ist hier allerdings mangelhaft.

ENDOMETRIOSE, ADENOMYOSE UND LEIOMYOME ZÄHLEN ZU DEN HÄUFIGSTEN URSACHEN FÜR SEKUNDÄRE DYSMENORRHÖ



3. SONDERFALL ENDOMETRIOSE

Definitionsgemäß handelt es sich bei Endometriose um Vorkommen, Wachstum und Progression von endometrialem Gewebe außerhalb der Gebärmutter; nach Schätzungen sind rund drei Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter betroffen. Die Symptome sind vielfältig – von sehr gering bis fast hin zu invalidisierenden Unterbauchschmerzen –, die typischerweise zyklusabhängig auftreten und sich nach der Periode wieder bessern; auch Fatigue ist häufig. Neben der Dysmenorrhö können auch Dyschezie, Dysurie und Dyspareunie auftreten. Ein weiteres, bekanntes Symptom ist die Infertilität. Zu den bekannten Risikofaktoren zählen die familiäre Belastung und eine frühe Menarche. Da die Beschwerden häufig nicht ernst genommen oder als normale Regelschmerzen eingestuft werden, kann die richtige Diagnose Jahre in Anspruch nehmen; laut einer österreichischen Untersuchung warten Patientinnen in Zentraleuropa über zehn Jahre auf die richtige Diagnose.⁵⁾ Die Empfehlung lautet daher: Ist mit einer einfachen Analgesie eine Kontrolle der Symptome nicht möglich oder besteht der Verdacht auf Infertilität, ist die Patientin an den spezialisierten Gynäkologen beziehungsweise an ein Zentrum zu überweisen.⁶⁾

Für die Therapie empfehlen die meisten Richtlinien zunächst die empirische medikamentöse Behandlung; Progestagene sind die Medikamente der ersten Wahl, weitere Optionen sind Gestagene, Intrauterinpressare, Ovulationshemmer und GnRH-Analoga. Bei unerfülltem Kinderwunsch oder Persistenz der Beschwerden erfolgt jedoch großzügig die Indikation zur Operation.⁷⁾

4. SONDERFALL MENSTRUELLE MIGRÄNE

Als menstruelle Migräne bezeichnet man eine Migräne mit oder ohne Aura, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Menstruation steht. Am häufigsten ist ein Beginn der Beschwerden rund zwei Tage vor Einsetzen der Menstruation. Der Verlauf kann diskontinuierlich sein: Die Migräne ebbt zunächst ab, tritt aber gegen Ende der Menstruation wieder auf. Etwa ein Drittel aller migränegeplagten Frauen im gebärfähigen Alter leidet zumindest teilweise an menstruell gebundenen Attacken; in der Allgemeinbevölkerung soll die Prävalenz bei rund drei Prozent liegen.⁸⁾


Für Frauen mit regelmäßigem Zyklus bietet sich eine Kurzzeitprophylaxe mit einem NSAR an, wobei die Medikamente ab zwei Tage vor der erwarteten Menstruation und bis zum dritten Blutungstag einzunehmen sind. Eine weitere Option sind langwirksame Triptane, als dritte Variante der Kurzzeitprophylaxe ist die Applikation von Östradiol als Gel oder Pflaster verfügbar. Für den Fall eines gleichzeitigen Kontrazeptionsschutzes ist auch ein hormonelles Kontrazeptivum gegen Migräne hilfreich. Bei manchen Betroffenen ist auch eine Migräne-Langzeitprophylaxe mit Phytotherapeutika möglich.

Da die Attacken durch einen Östrogenabfall getriggert werden, ist auch eine hormonelle Einflussnahme möglich; dabei sind Nutzen und mögliche Risiken einer Östrogengabe abzuwägen. **CAVE!** Bei Raucherinnen mit Migräne sind Östrogene aufgrund des deutlich erhöhten Insultrisikos absolut kontraindiziert.

Eine hormonelle Langzeitprophylaxe kann bei stark beeinträchtigenden und lang andauernden Migräneattacken im Zusammenhang mit der Menstruation versucht werden, um Fluktuationen oder das Absinken des Östrogenspiegels zu verhindern. Dazu eignet sich etwa eine monophasische Kombinationspille mit mittlerer Östrogendosis. Eine Studie zeigte den Erfolg einer kontinuierlichen Einnahme einer Östrogen-Gestagen-

Kombination über 84 oder sogar 168 Tage, mit einer anschließenden siebentägigen Pillepause:⁷⁾ Die Migräneattacken traten erst bei der Abbruchblutung nach Absetzen der Pille auf, nicht wie vorher üblich monatlich. Allerdings können bei dieser langen Unterdrückung der Menstruation Zwischenblutungen auftreten.

5. DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH

Die Menstruation ist ein Teil des normalen Lebens jeder Frau, sehr starke Menstruationsbeschwerden sollten aber nicht als normal gelten. Frauen sollten nicht gezwungen sein, sich mit starken Schmerzen oder monatlich auftretenden seelischen Beschwerden abzufinden, vor allem dann, wenn diese regelmäßig den Alltag stören und die Frau etwa daran hindern, ihren normalen Aktivitäten nachzugehen, oder wenn sie ihr Liebesleben beeinträchtigen. Ärzte sollten Beschwerden ernst nehmen und ihnen diagnostisch nachgehen. 

Tipps für Allgemeinmediziner

Sollte der Allgemeinmediziner Regelbeschwerden grundsätzlich erfragen?

- Ja, wenn es die Zeit in der Allgemeinpraxis zulässt, wäre dies für die Betroffenen sehr hilfreich, zumal gleich eine entsprechende Therapie eingeleitet werden kann.
- Es kann auch sodann gemeinsam abgeschätzt werden, ob die Beschwerden nach einer bestimmten Zeit besser wurden und wie weiter vorgegangen werden sollte.

Welche Fragen sind am wichtigsten?

- Wann treten die Beschwerden auf?
- Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?
- Sind die Beschwerden jeden Monat gleich stark?
- Erkennen Sie Trigger?

Bei welchen Symptomen ist eine Überweisung an den Facharzt auszustellen?

- Bei längerem Bestehen / bei monatlichem Auftreten länger als ein halbes Jahr mit Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Bei unerfülltem Kinderwunsch über 1 Jahr.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung, Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital, Wien

Lecture Board:

Univ.-Prof. Dr. Doris Maria Gruber, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wien

Univ.-Doz. Dr. Gernot Hudelist, MSc, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Wien

Quellen u.a.:

- 1) König PA, Archiv für Gynäkologie 1959;2:174-191
- 2) www.femina.uni-bonn.de/Infoblatter/PatInfo_PMS.pdf
- 3) Fernandez MDM et al, BMJ Open 2018;16:e019490
- 4) www.msmanuals.com/de/profi/gyn%C3%A4kologie-und-geburtshilfe/menstruationsst%C3%B6rungen/dysmenorrhoe
- 5) Hudelist et al, Hum Rep 2012;27:3412-3416
- 6) www.endometriose-sef.de
- 7) Mueller M et al, Schweiz Med Forum 2017;17:654-659
- 8) Couturier EG et al, Cephalalgia 2003;23:302-308
- 9) Ahrendt H-J et al, Frauenarzt 2007; 48: 2-7

Link zum Online-Fragebogen
www.medonline.at/aem-dff1918-1

