

Dysmenorrhö

Welche Behandlungsoptionen gibt es?

Schmerzhafte Regelblutungen sind besonders bei jungen Frauen häufig. In einem Beitrag für «American Family Physician» hat Linda French die heutigen Therapiemöglichkeiten der Dysmenorrhö nach Evidenzkriterien vorgestellt.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Einteilung

Die primäre Dysmenorrhö bezeichnet schmerzhafte Regelblutungen bei normalen anatomischen Verhältnissen. Die Beschwerden beginnen meist in der Pubertät. Die Schmerzen setzen unmittelbar vor Beginn oder mit Beginn der Monatsblutung ein und dauern etwa ein bis drei Tage. Dysmenorrhö kann aber auch sekundär entstehen (s.u.).

Die Prävalenz ist bei Adoleszenten am höchsten, je nach Methodik weisen die einschlägigen Studien ein Vorkommen von 20 bis 90 Prozent aus. Etwa 15 Prozent der jungen Frauen dürften demnach unter einer schweren Dysmenorrhö leiden, die dazu führt, dass sie an diesen Tagen nicht in der Lage sind, die Schule zu besuchen. Im Rahmen einer Longitudinalstudie einer repräsentativen Kohorte aus Schweden fand sich eine Dysmenorrhöprävalenz von 90 Prozent bei 19-Jährigen; immerhin noch zwei Drittel der 24-jährigen Frauen wiesen schmerzhafte Regelblutungen auf, jede Zehnte fühlte sich dadurch in ihrem täglichen Leben stark beeinträchtigt. Nur wenige Frauen gehen laut dieser Studie mit ihren Beschwerden zum Arzt, die meisten behandeln sich selber.

Pathogenese

Die Dysmenorrhö ist nach heutigem Kenntnisstand wahrscheinlich vornehmlich als Folge der Freisetzung von Prostaglandinen zu interpretieren, die die Uteruskontraktion und den Schmerz verursachen. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Vasopressin

Merksätze

- Die Beschwerden werden wahrscheinlich vor allem durch eine erhöhte Prostaglandinfreisetzung verursacht.
- Die Diagnose kann meist empirisch gestellt werden. Zur Abklärung organischer Befunde, etwa einer Endometriose, kommen Ultraschall oder Laparoskopie in Betracht.
- Therapeutisch sind nichtsteroidale Antirheumatika Mittel der ersten Wahl. Viele Alternativen stehen zur Verfügung, deren Nutzen unterschiedlich bewertet wird.

eine Rolle bei der gesteigerten Uteruskontraktion spielt. Erhöhte Vasopressinspiegel wurden tatsächlich zumindest bei Frauen mit primärer Dysmenorrhö festgestellt.

Die Rolle der Endometriose ist nicht ganz eindeutig geklärt. Sie kann bekanntlich asymptomatisch sein, aber sehr wohl auch mit starken Unterleibsschmerzen einhergehen, die jedoch oft zeitlich nicht auf die Regelblutung beschränkt sind. In einer Studie mit Frauen, die sich einer elektiven Sterilisation unterzogen, fand sich Dysmenorrhö bei Patientinnen mit Endometriose nicht häufiger als bei jenen ohne diese Erkrankung. Anders lautete das Ergebnis einer Beobachtungsstudie bei Frauen, die sich einer Laparoskopie unterziehen mussten. Hier ergaben die Untersuchungen Hinweise darauf, dass hinter Unterleibsschmerzen des Öfteren eine Endometriose steckt. Andere pathogenetische Faktoren sind organische Abnormalitäten, wie Uterusmissbildungen, die aber selten sind. Psychosomatiker weisen darauf hin, dass Schwierigkeiten bei der Übernahme von weiblichen Rollen in der Pubertät eine Rolle bei der Entstehung der Dysmenorrhö spielen können.

Risikofaktoren

Jugendliches Alter und Kinderlosigkeit sind statistisch gehäuft mit Dysmenorrhö assoziiert. Oft bessern sich die Beschwerden

Tabelle 1: **Risikofaktoren für Dysmenorrhö**

- Alter ≤ 20 Jahre
- Versuch, Gewicht abzunehmen
- Soziale Probleme
- Kinderlosigkeit
- Rauchen

nach der Geburt. Dysmenorrhö kommt auch öfter bei Frauen vor, die eine starke Regelblutung haben. Der Einfluss von Tabakgenuss und Übergewicht ist unklar. Mangelnde Aktivität und Alkoholgenuss dürften mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Risikofaktoren darstellen. Mentale Probleme sind hingegen von Belang. Depression, Angst und soziale Isolierung beeinflussen die Dysmenorrhö. Dem sozioökonomischen Status der Frauen schreibt die Autorin keine Bedeutung zu, einzelne Untersuchungen sehen das nicht ganz so eindeutig.

Diagnose

In der Regel gibt die Symptomatik die Diagnose vor, sodass die empirische Therapie begonnen werden kann. Allerdings sollten im Verdachtsfall auch Geschlechtskrankheiten, wie Chlamydieninfektionen, ausgeschlossen werden. Wenn die Anamnese eine Beckenpathologie andeutet, ist oftmals eine Sonografie angezeigt. Dabei können dann beispielsweise Ovarzysten entdeckt werden. Das MRI hat nur einen begrenzten Wert in der Diagnostik der Endometriose, die meist laparoskopisch gesichert wird.

Therapie

Medikamente

Viele der in der Praxis eingesetzten Medikamente sind nicht sehr gut evaluiert (Tabelle 2). Die am besten wirksamen Medikamente sind nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR). Sie haben einen direkten analgetischen Effekt durch Hemmung der Prostaglandinsynthese, und sie verringern die Blutung. Das gilt wahrscheinlich für alle Substanzen dieser Medikamentenklasse. Bestätigt wird diese Beurteilung durch zwei Metaanalysen. NSAR sollten kurz vor dem Einsetzen der Schmerzen eingenommen werden und dann nicht über die Menstruation hinaus. Alle NSAR sind offenbar wirksamer als Paracetamol.

Orale Kontrazeptiva werden häufig bei Dysmenorrhö eingesetzt. Auch sie wirken über die reduzierte Prosta-

glandinfreisetzung. Die Nutzenbeurteilung beruht überwiegend auf Beobachtungsstudien, die insgesamt zu einem positiven Fazit kommen. Zudem gibt es eine randomisierte und kontrollierte Studie bei Frauen, die ein Desogestrel enthaltendes Kontrazeptivum einnahmen. Bei ihnen verringerte sich der Schmerz im Vergleich zu Placebo. Am besten scheinen Monophasenpräparate zu wirken. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen steht die Einschätzung eines Cochrane-Review, nach dem die Wirksamkeit der Kontrazeptiva bei Dysmenorrhö nicht erwiesen ist.

Eine neue Methode ist die intravaginale Applikation von Standardkontrazeptiva, zum Beispiel täglich Ethinylestradiol plus Levonorgestrel: In einer randomisierten Studie zeigten sich weniger Nebenwirkungen und eine bessere schmerzlindernde Wirkung im Vergleich mit der Tabletteneinnahme. Hormonpflaster scheinen dagegen weniger wirksam.

Tabelle 2: **Medikamente gegen Dysmenorrhö**

Intervention	Evidenzkategorie
Wirksam:	
NSAR	A
Wahrscheinlich wirksam:	
Danazol	B
Hysterektomie	B
Leuprolid	B
Depo-Medroxyprogesteron	B
Möglicherweise wirksam:	
Akupunktur/Akupressur	B
Fischölpräparate	B
Fettarme vegetarische Diät	B
Orale Kontrazeptiva (auch intravaginal)	B
Thiamin-Supplementation	B
Toki-shakuyaha-san (japanische Heilpflanze)	B
Topische Wärmeapplikation	B
Vitamin-E-Supplementation	B
TENS	B
Unsichere Wirksamkeit:	
Verhaltensintervention (inkl. körperliche Aktivität)	C
Nifedipin	C
Terbutalin	C
Nervendurchtrennung im Becken	C
Unwirksam:	
Spinale Manipulation	B

A = konsistente patientenorientierte Evidenz in Studien guter Qualität
 B = inkonsistente Studienergebnisse oder qualitativ unbefriedigende Studien
 C = Konsensus, krankheitsorientierte Evidenz, übliche Praxis, Meinung oder Fallserien

Lifestyle-Veränderungen und alternative Verfahren

Nur wenige Studien haben den Einfluss von Lifestyle-Veränderungen untersucht. Eine Studie zeigte, dass vegetarische Kost die Dauer und Intensität der Dysmenorrhö günstig beeinflusste. Einige Studien kommen zu dem Schluss, dass körperliche Aktivität helfen soll, aber die methodische Qualität all dieser Untersuchungen ist mangelhaft. Ob Rauchabstinenz die Beschwerden lindert, wurde bisher nicht untersucht.

Die Wirksamkeit von Akupunktur und Akupressur konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden. In einer Studie erfuhren 91 Prozent der Frauen eine Schmerzlinderung durch Akupunktur, 36 Prozent ging es besser, nachdem sie sich einer Sham-Akupunktur (Nadeleinstich an «falschen» Hautarealen) unterzogen hatten. Eine Studie mit Akupressur an einem bestimmten Punkt der Hand fand eine vergleichbare Schmerzlinderung wie unter Ibuprofen und eine bessere als unter Sham-Akupunktur. Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) zeigte in einigen Studien eine Wirksamkeit, fiel in einem systematischen Review aber durch.

Wie vorgehen?

Die Autorin schlägt vor, NSAR als Mittel der Wahl bei Patientinnen mit primärer Dysmenorrhö einzusetzen. Die Wahl des

NSAR soll Kosten und Patientenwünsche berücksichtigen. Namentlich empfiehlt sie Ibuprofen und Naproxen. Wenn die Frau eine hormonelle Kontrazeption wünscht, ist diese Therapie eine gangbare Variante. Für Frauen, die keine «Pille» einnehmen möchten oder darauf nicht genügend ansprechen, kommen weitere sehr unterschiedliche Alternativen in Betracht, unter anderem topische Wärmeapplikation, vegetarische Diät, Akupunktur oder Fischölpräparate. In sehr seltenen schweren Fällen kann eine Hysterektomie erwogen werden. Die chirurgische operative Unterbrechung der Beckennerven hat, wie ein Cochrane-Review zeigt, insgesamt eher enttäuschende Resultate gebracht.

Derzeit wird ein Vasopressinrezeptor-Antagonist getestet. Bisherige Ergebnisse lassen aber noch nicht auf einen durchschlagenden Erfolg hoffen. ■

Linda French: Dysmenorrhoea. Am Fam Physician 2005; 71: 285-291.

Uwe Beise

Interessenlage: Die Autorin deklariert, keine Interessenkonflikte zu haben.

Rotkreuz-Notrufsystem



Sicherheit rund um die Uhr für ältere, kranke und behinderte Menschen.

Weitere Informationen:

Rotkreuz-Notrufsystem
Tel. 031 387 71 11
notruf@redcross.ch

oder bei Ihrem
Rotkreuz-Kantonalverband

Schweizerisches Rotes Kreuz 