

Dysmenorrhö

Was hilft den betroffenen Frauen? Von Analgetika bis Vitamin E

Viele Frauen und Mädchen haben so schmerzhafte Regelblutungen, dass sie am Arbeitsplatz oder in der Schule immer wieder fehlen. Dennoch suchen nur wenige Betroffene den Arzt auf – offensichtlich versprechen sich viele Frauen keinen grossen Erfolg von einer Behandlung. Dabei gibt es durchaus wirksame Therapieoptionen.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Bei der Dysmenorrhö kommt es während der Menstruation zu schmerzhaften Uteruskrämpfen. Man unterscheidet die primäre Dysmenorrhö, die kurz nach der Menarche beginnt und bei der keine organische Erkrankung vorliegt, von der sekundären Dysmenorrhö, die mit einer nachweisbaren Erkrankung einhergeht. Zu den häufigen Ursachen einer sekundären Dysmenorrhö zählen Endometriose, Myome, Adenomyosis uteri, Endometriumpolypen und entzündliche Beckenerkrankung. Für die Entstehung der schmerzhaften Regelblutungen sind offenbar Prostaglandine verantwortlich, die beim Einsetzen der Menstruation von Endometriumzellen freigesetzt werden und zu Kontraktionen der Uterusmuskulatur führen.

Diagnostik der Dysmenorrhö

Eine gezielte Anamnese und körperliche Untersuchung reichen meist aus, um eine primäre Dysmenorrhö zu diagnostizieren. Die Patientin sollte gefragt werden, seit wann die Schmerzen bestehen, wo sie genau lokalisiert sind, wie lange sie anhalten und welche Faktoren die Schmerzen lindern oder verschlimmern. Im Allgemeinen beginnt die primäre Dysmenorrhö 6 bis 12 Monate nach der Menarche, wenn sich ovulatorische Zyklen einstellen. Meist kommt es zu Beginn der Menstruation zu Schmerzen im Unterbauch oder im Becken, die 8 bis 72 Stunden lang anhalten. Auch Schmerzen im Rücken oder in den Oberschenkeln, Kopfschmerzen, Durchfall, Übelkeit und Erbrechen werden beobachtet.

Merksätze

- Bei der Dysmenorrhö handelt es sich um eine häufige gynäkologische Erkrankung, die jedoch oft nicht diagnostiziert und auch nicht behandelt wird.
- Einfache Analgetika und NSAR sind bei bis zu 70% der Frauen wirksam.
- Für Frauen, die verhüten möchten, kommt zur Behandlung der Dysmenorrhö ein orales Kontrazeptivum in Betracht.
- Manche Patientinnen bevorzugen alternative Therapien. Hier können Wärmeanwendungen, Thiamin, Magnesium und Vitamin E erfolgreich sein.

Die sekundäre Dysmenorrhö kann zu jedem beliebigen Zeitpunkt nach der Menarche auftreten, nachdem sich eine entsprechende zugrunde liegende Erkrankung entwickelt hat. Die Frauen berichten beispielsweise darüber, dass sich der Zeitpunkt oder die Intensität der Schmerzen geändert hat. Auch können – je nach Grunderkrankung – weitere gynäkologische Symptome vorliegen wie beispielsweise Dyspareunie, Menorrhagie, postkoitale und Zwischenblutungen.

Eine gynäkologische Untersuchung kann erforderlich sein, wenn Beginn und Dauer der Schmerzen auf eine sekundäre Dysmenorrhö hinweisen oder wenn eine medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich war. Bei Verdacht auf sekundäre Dysmenorrhö sollte auch eine Ultraschalluntersuchung des Beckens in Betracht gezogen werden. Liegt möglicherweise eine sexuell übertragene Erkrankung vor, sollten entsprechende Abstrichuntersuchungen erfolgen.

Wann muss die Patientin überwiesen werden?

Eine Überweisung zur Laparoskopie ist angezeigt, wenn die Initialtherapie wie etwa orale Kontrazeptiva und NSAR die Symptomatik nicht bessern konnte. Eine Überweisung ist auch indiziert, wenn eine sekundäre Dysmenorrhö vermutet wird oder wenn die Schmerzen nicht ausreichend beherrscht werden und die Patientin in ihren alltäglichen Aktivitäten entsprechend eingeschränkt ist.

Tipps für den Hausarzt

- Bei Jugendlichen liegt im Allgemeinen keine gynäkologische Grunderkrankung vor. Deshalb ist bei ihnen meist keine gynäkologische Untersuchung erforderlich.
- Bei Dysmenorrhö sollten in erster Linie orale Kontrazeptiva und/oder NSAR eingesetzt werden.
- Die Überweisung zum Facharzt ist indiziert, wenn orale Kontrazeptiva und NSAR versagt haben.
- Zur Behandlung der sekundären Dysmenorrhö eignet sich das Levonorgestrel-IUP.

Behandlung

Einfache Analgetika: Einfache Schmerzmittel wie Paracetamol oder Acetylsalicylsäure (ASS) können als erster Behandlungsschritt nützlich sein, besonders wenn nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) kontraindiziert sind.

NSAR: Bei der Dysmenorrhö sind die verschiedenen NSAR-Formulierungen ähnlich wirksam, und bei der Mehrzahl der Frauen (im Durchschnitt bei 67 %) führen sie zu einer Schmerzlinderung. Zu bedenken sind die potenziellen gastrointestinalen NSAR-Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö). Im Allgemeinen sind diese Effekte tolerierbar, doch wenn Frauen behandelt werden sollen, die Risikofaktoren für NSAR-induzierte Ulzerationen aufweisen, müssen Nutzen und Risiken einer NSAR-Behandlung sorgfältig bedacht werden. In diesen Fällen kann ein gastroprotektives Medikament hilfreich sein. Frauen mit gastroduodenalem Ulkus, gastrointestinaler Blutung oder gastroduodenaler Perforation in der Vorgeschichte sollten eher nicht mit NSAR behandelt werden.

Selektive COX-2-Hemmer: Laut einem Reviewartikel über die jüngste Generation entzündungshemmender Medikamente sind selektive COX-2-Hemmer bei Dysmenorrhö wirksam. Doch sind einige Fragen bezüglich der kardiovaskulären Sicherheit von selektiven COX-2-Hemmern offen, und in vielen Ländern werden diese Medikamente nicht mehr eingesetzt.

Orale Kontrazeptiva: Zum Einsatz oraler Kontrazeptiva bei Dysmenorrhö gibt es kaum qualitativ hochwertige klinische Studien. In einer offenen klinischen Studie mit einem kombinierten oralen Kontrazeptivum, an der 100 000 Frauen teilnahmen, gaben 65 Prozent der Teilnehmerinnen, die an einer Dysmenorrhö litten, eine Besserung der Symptome aufgrund der Behandlung an. Wenn eine Dysmenorrhöpatientin eine Schwangerschaft vermeiden möchte, kann ein kombiniertes orales Kontrazeptivum eine lohnende Behandlungsoption sein. Die potenziellen Nebenwirkungen oraler Kontrazeptiva sind hinlänglich bekannt, doch können kombinierte orale Kontrazeptiva auch gesundheitliche Vorteile bieten wie beispielsweise ein vermindertes Risiko für Endometrium- und Ovarialkarzinome.

IUP mit Levonorgestrel-Freisetzung: Das Levonorgestrel freisetzende Intrauterinpressar (IUP) Mirena® gibt mindestens fünf Jahre lang täglich 20 µg Levonorgestrel ins Cavum uteri ab und verhindert so den Aufbau der Uterusschleimhaut. Bis zu 50 Prozent der IUP-Trägerinnen entwickeln nach zwölf Monaten eine Amenorrhö. Viele Frauen, die an nichtrandomisierten Studien teilnahmen, berichteten spontan über eine Besserung ihrer dysmenorrhöischen Beschwerden durch das Levonorgestrel-Pessar. In einer randomisierten kontrollierten Studie mit Endometriosepatientinnen führte das Levonorgestrel-IUP ebenfalls zu einer Linderung der Dysmenorrhö.

Kombinationsbehandlung: Reicht eine Monotherapie nicht aus, können Analgetika mit einem oralen Kontrazeptivum oder auch mit dem Mirena®-IUP kombiniert werden.

Alternative Behandlungsmethoden: Etwa 10 bis 20 Prozent der Frauen mit primärer Dysmenorrhö sprechen auf eine Behandlung mit NSAR oder oralen Kontrazeptiva nicht an. Darüber hinaus sind diese Medikamente bei einigen Frauen kontraindiziert. Deswegen haben Wissenschaftler nach Alternativen zur Pharmakotherapie gesucht:

■ **Nahrungsergänzungsmittel:** In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass Thiamin (Vitamin B₁), Pyridoxin (Vitamin B₆), Vitamin E, Magnesium und Fischöl Schmerzen lindern können, doch sind Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen.

■ **Körperliche Aktivität:** Sport und Bewegung können einer Dysmenorrhö entgegenwirken. Man vermutet, dass die verbesserte Durchblutung des Beckens zu einer vermehrten Freisetzung von Betaendorphinen führt, die schmerzlindernd wirken.

■ **Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS):** Hierbei wird die Haut mit Strom unterschiedlicher Frequenz und Intensität stimuliert, was Schmerzen reduzieren soll. Laut einem Cochrane-Review gibt es gewisse Hinweise aus kleinen Studien, dass TENS schmerzlindernd wirkt.

■ **Akupunktur:** Die Akupunktur führt zu einer Erregung von Rezeptoren oder Nervenfasern, was über eine komplizierte Interaktion mit Serotonin und Endorphinen Schmerzimpulse blockiert. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte durch Akupunktur eine signifikante Schmerzreduktion erreicht werden, doch muss dieses Ergebnis in weiteren Untersuchungen bestätigt werden.

■ **Wärmeanwendungen:** Diese sind ein bewährtes Hausmittel. In einer kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass ein Wärmepatch (39 °C), der zwölf Stunden pro Tag angewandt wurde, die Schmerzen so effektiv reduzierte wie Ibuprofen (dreimal täglich 400 mg). In einer anderen Studie führte die Anwendung eines Wärmewickels zu einer besseren Schmerzlinderung als Paracetamol. ■

M. Proctor (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, New Zealand) et al.: Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *British Medical Journal* 2006; 332: 1134-1138 (13. Mai 2006).

Andrea Wülker

Interessenkonflikte: keine deklariert