

Prof. Peter Scheidel  
Frauenklinik, Marienkrankenhaus  
D-22087 Hamburg

## Die primäre (medikamentöse) Therapie der Menorrhagie

Es existiert weltweit keine einheitliche Definition der Menorrhagie. Am gebräuchlichsten ist die Definition einer überstarken Menstruationsblutung mit einem gemessenen Blutverlust von mehr als 80 ml/Monat. Dieser Erfahrungswert basiert auf klinischen Studien, welche zeigen konnten, dass bei wiederholten Blutverlusten in dieser Grössenordnung eine Erniedrigung des Hb-Werts bzw. Eisenmangel beobachtet wird. Da eine objektive Messung unter normalen klinischen Bedingungen nicht möglich ist, wird der Begriff «Menorrhagie» dann benutzt, wenn die Patientin überzeugend von wiederholten verstärkten Menstruationsblutungen berichtet. Dennoch ist bekannt, dass nur bei etwa 50% dieser Fälle tatsächlich ein Blutverlust über 80 ml/Monat vorliegt. Zur Objektivierung haben sich folgende anamnestiche Erhebungen bewährt:

1. Benutzen Sie Binden oder Tampons? Verwenden Sie reguläre oder «Super»-Produkte? – Die meisten Frauen mit objektivierbarer Menorrhö verwenden «Super»-Produkte.
2. Benutzen Sie zwei Binden oder kombinieren Sie Tampons mit Binden, wenn die Periode besonders stark ist? – Die meisten Frauen mit Menorrhagie verwenden zwei Binden oder Binden und Tampons, zumindestens zur Zeit, wenn die Blutung am stärksten ist.
3. Wie oft wechseln Sie die Hygieneartikel, wenn die Blutung besonders stark ist? – Frauen, die Binden und/oder Tampons etwa alle 0,5–2 h wechseln, haben wahrscheinlich eine objektivierbare Menorrhagie.
4. Kommt es vor, dass die Blutung trotz Binden oder Tampons die Unterwäsche benetzt, oder wachen Sie nachts auf und finden Blut in der Bettwäsche? – Die meisten Frauen mit objektivierbarer Menorrhagie geben solche Ereignisse regelmäßig an.

### Ursachen der Menorrhagie

Die Ursachen der Menorrhagie sind so unterschiedlich wie ihre Ausprägung. Sinnvollerweise unterscheidet man die – seltene – akut einsetzende Menorrhagie von der chronischen – häufigen – Form. Im Wesentlichen sind drei Hauptursachen bekannt (Abb. 1):

1. Anatomische Ursachen.
2. Systemische Erkrankungen.
3. Dysfunktionelle uterine Blutungen.

Dysfunktionelle uterine Blutungen sind hauptsächlich eine Ausschlussdiagnose. Man versteht darunter eine verstärkte, verlängerte oder häufigere Menstruationsblutung, die (nach Ausschluss einer Gravidität) nicht auf anatomische oder systemische Erkrankungen zurückgeführt werden kann. Dysfunktionellen uterinen Blutungen können Störungen auf hypothalamischer, ovarieller oder endometrieller Ebene zugrunde liegen. Besondere Probleme kann die Diagnostik der Menorrhagie bei pubertierenden Mädchen bereiten, da hier eine Reihe seltener Systemerkrankungen, eventuell in Zusammenarbeit mit Hämatologen und/oder Kinderendokrinologen, auszuschliessen ist. Auch die Menorrhagie bei der perimenopausalen Patientin ist als eigenständige Entität aufzufassen, finden sich hier doch häufiger Störungen der Schilddrüsen- bzw. Nebennierenfunktion bzw. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Adipositas). Auch die Assoziation mit Tumoren ist zu diesem Zeitpunkt deutlich häufiger.

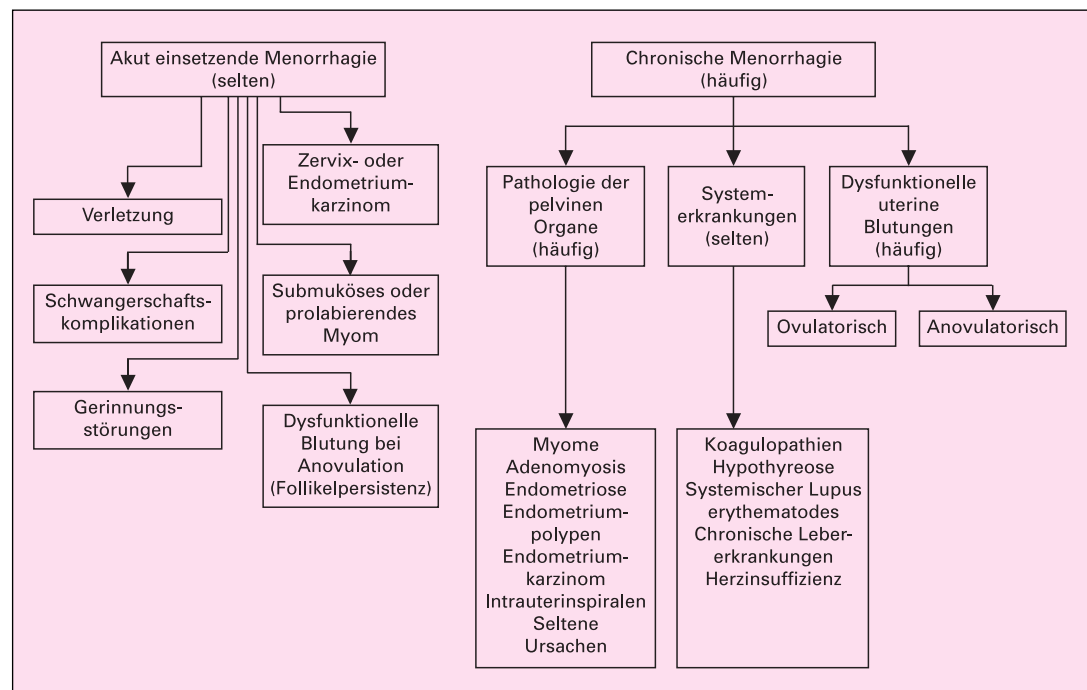


Abb. 1. Ursachen der akuten und chronischen Menorrhagie.

## Abklärung

Zur Abklärung der Menorrhagie stehen dem Gynäkologen neben der Anamnese und dem Untersuchungsbefund vor allem die allgemeine und endokrinologische Labordiagnostik sowie bildgebende Verfahren (Ultraschall, Kernspintomografie) und die Endoskopie mit Gewinnung von Histologiematerial zur Verfügung.

Die häufigsten diagnostischen Fehler, die beobachtet werden, sind:

1. Kein Ausschluss maligner Tumoren bei perimenopausalen Patientinnen.
2. Kein Ausschluss hämatologischer Grunderkrankungen.
3. Kein Ausschluss einer Genitaltuberkulose (insbesondere wenn Patientinnen aus Ländern kommen, in denen die Tuberkulose endemisch vorkommt).
4. Kein Ausschluss eines (kleinen) feminisierenden Tumors.
5. Kein Ausschluss einer Hypothyreose.
6. Übersehen einer Schwangerschaft (z.B. Extrauterin gravidität oder Trophoblasttumor).
7. Behandlung durch Hausarzt ohne gynäkologische Untersuchung.
8. Unterlassen der Bestimmung der Endometriumdicke bei der Ultraschalluntersuchung.

## Behandlung

Die Behandlung ist so vielfältig wie die Ursachen der Menorrhagie. Wenn immer möglich, sollte eine kausale Therapie angestrebt werden. Häufig wird es jedoch erforderlich sein, eine symptomatische Therapie einzusetzen, sei es als zusätzliche Massnahme bei nur teilweise korrigierbarer Pathologie bzw. Grunderkrankung, sei es, weil die Patientin z.B. operative Massnahmen nur als Ultima ratio akzeptiert. Über die operativen Möglichkeiten (Endometriumablation, Myomenukleation, suprazervikale oder totale Hysterektomie) haben wir in dieser Zeitschrift wiederholt berichtet. Nachfolgend sollen die symptomatischen Massnahmen nach den Empfehlungen des Royal College of Obstetrics and Gynaecology dargestellt werden, die im Internet unter [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk) abgerufen werden können. Diese Empfehlungen können insofern als Leitlinien dienen, als für die einzelnen Schritte eine Klassifizierung nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin wie folgt durchgeführt wurde:

- A Basiert auf randomisierten kontrollierten Studien.
- B Basiert auf zuverlässigen experimentellen oder Fallbeobachtungsstudien.
- C Basiert auf begrenzter Evidenz, Expertenempfehlungen, oder wird von anerkannten Autoritäten unterstützt.

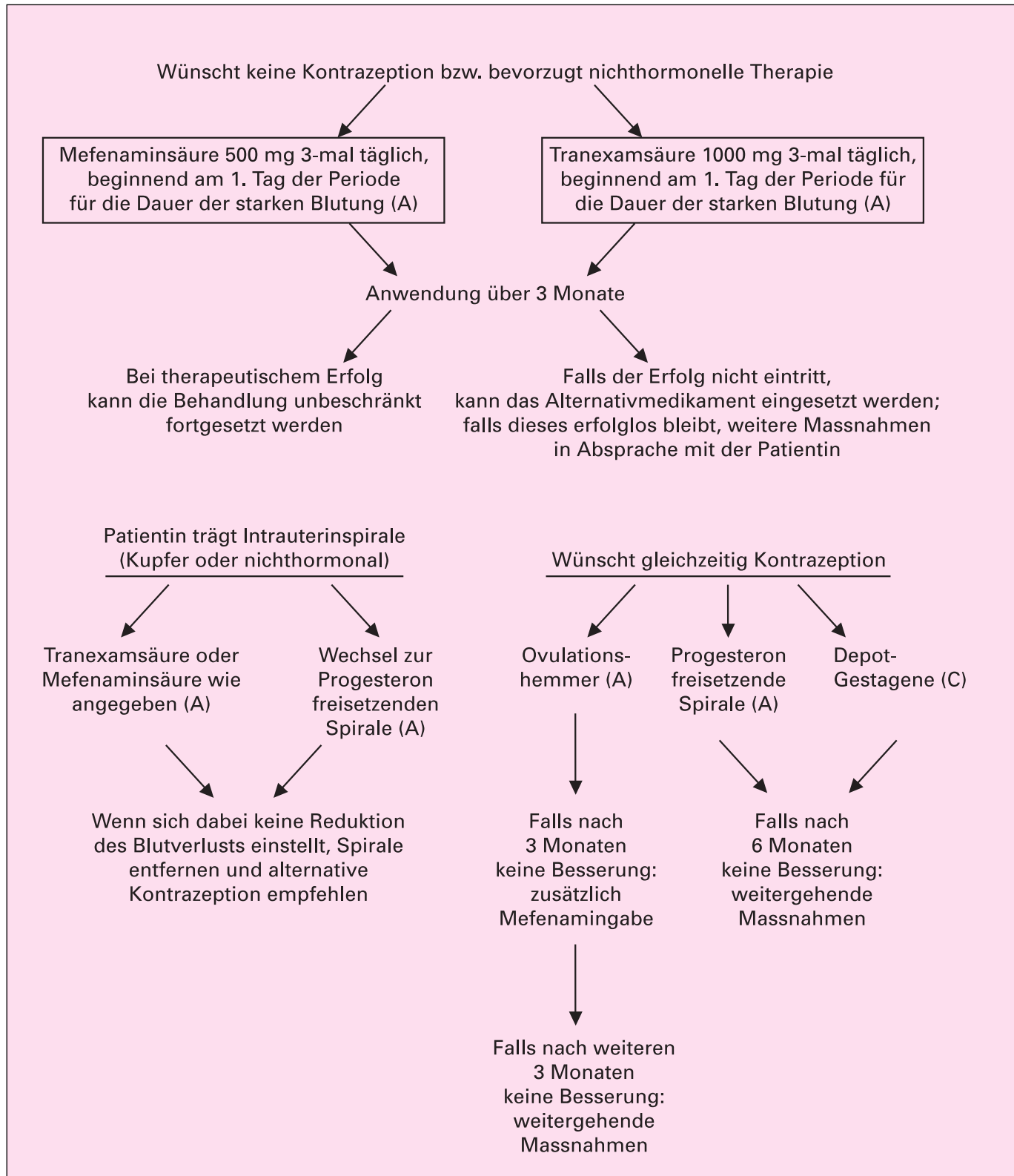


Abb. 2. Primäre (medikamentöse) Behandlung der Menorrhagie.

**Kernaussagen**

- Vor Behandlung der Menorrhagie sind organische Ursachen und Allgemeinerkrankungen auszuschliessen.
- Tranexamsäure und Mefenaminsäure sowie bei Patientinnen mit liegender Intrauterinspirale auch nichtsteroidale antiinflammatorische Substanzen sind wirksame nichthormonelle Massnahmen zur Reduktion der Blutung.
- Niedrigdosiertes Norethisteron (in der Lutealphase) und Ethamsylat sind keine erfolgversprechenden Behandlungsmassnahmen.
- Eine endokrinologische Abklärung – mit Ausnahme der Schilddrüsenfunktion – ist vor einer primären Therapie nicht erforderlich.
- Neben der Gabe hormoneller Kontrazeptiva stellt die Progesteron freisetzende Intrauterinspirale die Therapie der Wahl bei Patientinnen mit Wunsch nach Schwangerschaftsverhütung dar.

**Fazit**

Nach der vorliegenden Literatur sind folgende Fragen bislang nicht hinreichend geklärt:

1. Können aus den anamnestischen Angaben verlässliche Aussagen über die Notwendigkeit einer Therapie gemacht werden?
2. Muss ein Schilddrüsenfunktionstest routinemässig bei der primären Abklärung der Menorrhagie durchgeführt werden?
3. Sollte eine Endometriumhistologie vor jeder Therapie der Menorrhagie durchgeführt werden?
4. Sind lang wirksame Gestagene über das Herbeiführen einer Amenorrhö eine erfolgreiche Behandlungsmethode der Menorrhagie?

Als ausreichend gesichert, wenn auch nicht durch prospektiv randomisierte Studien abgesichert, können folgende Aussagen angesehen werden:

1. Bei allen Patientinnen mit anamnestischen Angaben einer Menorrhagie sollte eine laborchemische Bestimmung des Blutbilds durchgeführt werden.
2. Ausser der Abklärung der Schilddrüsenfunktion sind weitergehende endokrinologische Untersuchungen primär nicht erforderlich.

Als gesicherte Basis für die Therapieentscheidung bei der primären symptomatischen Therapie gilt:

1. Tranexamsäure und Mefenaminsäure sind wirksame medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zur Reduzierung der uterinen Blutung.
2. Antifibrinolytische und nichtsteroidale antiinflammatorische Substanzen sind wirksam bei der Behandlung der Menorrhagie bei Frauen mit liegender Intrauterinspirale.
3. Orale Kontrazeptiva können zur Verminderung der Menorrhagie eingesetzt werden.
4. Progesteron freisetzende Intrauterinspiralen sind wirksam in der Behandlung der Menorrhagie.
5. Niedrig dosierte, in der Lutealphase eingesetzte Norethisteronpräparate stellen keine effektive Behandlung der Menorrhagie dar.
6. Die Gabe von Ethamsylat – zumindest in der derzeit empfohlenen Dosis – ist keine erfolgversprechende Behandlung der Menorrhagie.

Aus diesen Empfehlungen ergibt sich ein Flussschema zur medikamentösen (symptomatischen) Behandlung der Menorrhagie, abhängig davon, ob die Patientin Kontrazeption wünscht, eine Spirale trägt oder eine nichthormonelle Therapie bevorzugt (Abb. 2).

**Literatur**

- 1 Shet S, Sutton C (eds): Menorrhagia. Oxford, ISIS Medical Media, 1999.
- 2 The Initial Management of Menorrhagia Guidelines (RCOG). [www.rcog.org.uk](http://www.rcog.org.uk).