

Vorgehen bei Hypermenorrhoe

Neue Therapieoptionen gegen verstärkte uterine Blutungen

Die Hypermenorrhoe ist eine verstärkte uterine Blutung mit Koagelabgang. Ein Bindenverbrauch von mehr als fünf Binden oder Tampons/Tag ist ein wegweisendes Kriterium für eine Hypermenorrhoe. Andere Definitionen sind ein Blutverlust von mehr als 80ml pro Menstruation.

In Bevölkerungsstudien geben 10 bis 35% der Frauen an, an Hypermenorrhoe zu leiden und eine Eisenmangelanämie entwickelt sich bei 21 bis 67% der Patientinnen mit Hypermenorrhoe. Für die betroffenen Frauen ist die Hypermenorrhoe oft mit einer Einschränkung der Lebensqualität, Abgeschlagenheit und Müdigkeit, sowie Arbeitsausfall verbunden.

Die Ursache der Hypermenorrhoe ist häufig organisch bedingt: Myome, Polypen oder Adenomyosis (Abb. 1a, b). Diese können die Kontraktionsfähigkeit des Myometriums verringern oder durch Dehnung des Endometriums Mikrotraumen und Entzündungen hervorrufen, welche zu vermehrten Blutungen führen. Bei Adolescentinnen sind anovulatorische Zyklen die häufigste Ursache von Hypermenorrhoe. Bei jungen Frauen können auch in bis zu 30% der Fälle Koagulopathien ursächlich sein. Hierbei ist die am weitesten verbreitete Koagulopathie die qualitative oder quantitative Veränderung des Willebrand Faktors, eines Proteins, das für die Plättchenadhäsion und Gerinnung notwendig ist. Mit zunehmendem Alter müssen Malignome von Zervix/Uterus, medikamentöse Ursachen oder internistische Erkrankungen als Ursache der Hypermenorrhoe ausgeschlossen werden. Die Abklärung erfolgt sonographisch. Der transvaginale Ultraschall ist die sensitivste und kostengünstigste Methode in der Detektion von Myomen oder intrakavitären Befunden. Bei neuauf-

getretener Hypermenorrhoe und suspektem Endometrium (Dicke >12mm prämenopausal/frühzyklisch und >6mm postmenopausal) soll die histologische Abklärung des Endometriums erfolgen. Laborchemisch sind bei über mehrere Zyklen bestehender Hypermenorrhoe eine Hb-/Htk-Bestimmung und Ferritinbestimmung sowie bei entsprechender Anamnese eine Gerinnungsabklärung einzuleiten.

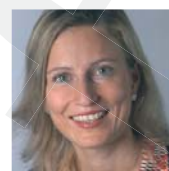
Ursachenorientierte Therapie der Hypermenorrhoe

Die Abklärung und Therapie soll ursachenorientiert erfolgen:

- ▶ bei intrakavitären Befunden mit HSK und frakt. Kürettage, ggf. Befundresektion (Abb. 1a)
- ▶ durch eine hysteroskopische, laparoskopische oder abdominale Myomresektion bei submuköser oder intramuraler Lokalisation des Myoms. Bei Wunsch nach konservativem Vorgehen kann auch eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden (siehe unten) (Abb. 1a, b).

Unspezifische Therapieoptionen

Oftmals bleibt die Ursache der Hypermenorrhoe unklar und es können nichtspezifische medikamentöse oder operative Therapien angewandt werden:



Dr. med.
Cornelia Betschart
Zürich

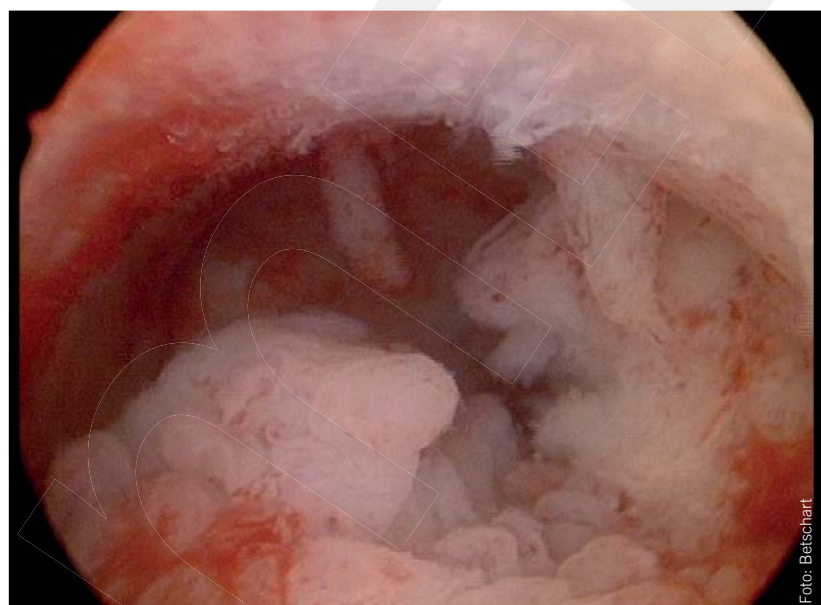


Abb. 1a: Abklärung Hypermenorrhoe – endometrioides Adenokarzinom des Corpus uteri

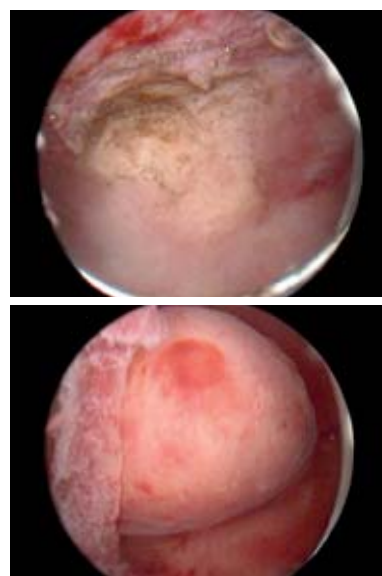


Abb. 1b: hysteroskopische submuköse Myomresektion

TAB. 1 Kostenvergleich medikamentöser Therapien pro Anwendungsjahr

	Primolut N® (Norethisteron) (2x5mg 10/20 Tage)	Prodafem® (Medroxypro- gesteronacetat) (1x10mg 10/20 Tage)	Cyklokapron® (Tranexamsäure) 1. ZT: 4x1 2.–5. ZT: 3x1	Dicynone® (Etamsylat) (3x500 während 10 Tagen)	Mirena® (Levonorgestrel) Spirale, Einlage und Nach- kontrolle total 550.00 CHF (2010, USZ)
Anzahl Tabletten pro Monat	20 40	10 20	16	30	
Kosten pro Jahr in CHF Stand Nov. 2010	72.00 144.00	81.20 162.40	243.80	654.60	110.00

- ▶ Mefenacid 3x500mg/d während der Mensblutung oder Naproxen 550mg einmalig gefolgt von 275mg 8 stündlich
- ▶ Dicynone® (Etamsylat) 500 3x500mg/d während 10 Tagen; Therapiebeginn fünf Tage vor erwarteter Blutung
- ▶ Endometriumsablation: hysteroskopisch oder mit intrakavitärer bipolarer Elektro- oder Thermokoagulation

Spezifische nicht-operative Therapieoptionen

Falls die Ursache der Hypermenorrhoe bekannt ist und diese nicht operativ angegangen wird, gibt es folgende Therapieansätze:

- ▶ Bei anovulatorischen Blutungen ohne Antikonzeptionsbedarf vermindern Gestagene vom 16.–25. Zyklustag die Hypermenorrhoe. Eingesetzt werden Primolut-N® (Norethisteron) 2x5mg vom 5./15.–26. ZT oder Prodafem® (Medroxyprogesteronacetat) 10mg/d. Gestagene wirken atrophisierend auf das Endometrium und reduzieren die Blutungsstärke. Eine Alternative in der Perimenopause ist die Mirena®-Spirale. Mirena® bringt von den nicht operativen Möglichkeiten die effektivste Blutungsreduktion (75–95%) und ist krankenkassenpflichtig in dieser Indikation. Relative Kontraindikationen sind submuköse Myome, da es darunter häufiger zu einer Dislokation der Spirale kommt. Zu erwähnen ist, dass sich unter den levonorgestrelhaltigen IUD in ca. 12% der Fälle Ovarialzysten entwickeln, welche sich meist nach zwei bis drei Monaten zurückbilden. Ein Kostenvergleich der medikamentösen Therapien in der Anwendung über zwölf Monate ist in Tabelle 1 dargestellt.
- ▶ Bei Antikonzeptionsbedarf ist eine gestagenbetonte Pille einzusetzen.
- ▶ Patientinnen mit symptomatischer Adenomyosis erfahren eine Linderung der Unterbauchschmerzen durch Ovulationshemmer und levonorgestrelhaltige IUD. NSAR sind bei diesen Patientinnen sowohl eine Option zur Schmerzlinderung als auch zur Verringerung der Hypermenorrhoe.
- ▶ Mikronisiertes Progesteron ist Mittel der Wahl bei Hypermenorrhoe in der präkonzeptionellen Situation, da hierzu keine Teratogenität bekannt ist. Die Anwendung von Utrogestan ist in einer Dosierung von 200mg 0-0-0-1 abends empfohlen.
- ▶ Progesterondurchbruchblutungen (Depo-Provera®, Implanon®) können mit Östradiol 2mg über sieben bis zehn Tage behandelt werden.
- ▶ Myome und Wunsch nach nicht operativem Vorgehen: Mifegyne® 5mg/d (Off-label-use). Mifegyne reduziert das Volumen von Myomen um bis zu 50% und führt zur Atrophisierung des Endometriums.

- ▶ Von Willebrand-Faktor Mangel: Minirin® (Desmopressin) vermindert für ungefähr sechs Stunden die Blutung durch Erhöhung des von Willebrandfaktors. Minirin® (Desmopressin) nasal oder i.v. verbessert die Gerinnung bei hämorrhagischer Diathese, im speziellen bei von Willebrand-Faktor Mangel. Bei hämorrhagischer Diathese empfiehlt sich in jedem Fall eine hämatologische Abklärung. Oftmals werden danach im Alltag sofern keine andere Kontraindikation vorliegt – kombinierte Ovulationshemmer eingesetzt. Cyklokapron® kann ebenfalls bei der von Willebrand-Erkrankung eingesetzt werden. Cyklokapron® (Tranexamsäure) kann in folgender Dosierung angewendet werden: 4x1gr am 1. ZT, 3x 1gr vom 2.–5. ZT. Cyklokapron hemmt die gesteigerte Fibrinogenolyse und verbessert lokal die Gerinnung.
- ▶ GnRH-Agonisten vor Myomenuklation/Reproduktionsmedizin: Bei schwerer präoperativer Anämie können GnRH-Antagonisten zu einer Amenorrhoe führen, worunter sich das Hb normalisiert und die Myome präoperativ kleiner werden. Längerfristig sind die Nebenwirkungen zu gross, als dass sich diese Therapieform etabliert hat. Die Indikation zum Einsatz von GnRH-Agonisten zur Myomreduktion vor einem geplanten Eingriff ist operationenabhängig.

Notfallmedikation

Empfehlung der hormonellen Blutstillung bei akuten dysfunktionalen Blutungen als Notfallmedikation nachdem Primosiston aus dem Handel genommen wurde:

- ▶ Endometrium >5mm: atrophisierende Gestagene, z.B. Primolut-N 1-1 -1 für zehn Tage
- ▶ Endometrium atroph: Microgynon® 30: 1.–2. Tag: 1-0-1; 3. –8. Tage: 1-0-0

Dr. med. Cornelia Betschart

UniversitätsSpital Zürich

Gynäkologische Klinik und Poliklinik, 8091 Zürich
cornelia.betschart@usz.ch

Literatur:

1. Leon Speroff und Marc A. Fritz: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 7. Ausgabe, 2005. Kapitel Dysfunctional uterine bleeding.
2. Handbuch: Hormon- und Zyklusstörungen, Klinik für Reproduktionsendokrinologie, UniversitätsSpital Zürich, 2011