

IDIOPATHISCHE HYPERMENORRHOE – ROLLE IN DER VERHÜTUNGSBERATUNG

Prof. Dr. med. Thomas Römer
Evangelisches Klinikum Köln Weyertal

1 EINLEITUNG

Eine zu starke Menstruationsblutung, im Englischen als *Heavy Menstrual Bleeding* (HMB) und im Deutschen als Hypermenorrhoe bezeichnet, stellt einen der häufigsten Gründe für die Konsultation einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen dar. So ist etwa jede dritte Frau während der reproduktiven Phase hierdurch beeinträchtigt [DGGG et al. 2019]. Insbesondere Frauen in der Adoleszenz sowie Frauen über 40 Jahre, die sich in der Perimenopause befinden, können von den starken Blutungen betroffen sein [DGGG et al. 2019, Merki-Feld 2011]. Neben einer Einschränkung der Lebensqualität kann die Hypermenorrhoe in schweren Fällen auch zur Entwicklung einer sekundären Anämie führen. Zur Behandlung der Hypermenorrhoe stehen sowohl kurzfristige als auch langfristige

Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Dabei kommt speziell innerhalb der Langzeittherapie den hormonellen Verhütungsmethoden eine wichtige Rolle zu. Daher ist es wichtig, das Thema Hypermenorrhoe auch im Rahmen der Verhütungsberatung zu berücksichtigen und die Auswirkungen einzelner Kontrazeptionsmethoden auf das Blutungsmuster zielgerichtet in das Therapiekonzept der betroffenen Patientin zu integrieren.

Diese Fortbildung hat zum Ziel, das Bewusstsein für die Hypermenorrhoe zu schärfen, sodass diese Beschwerden insbesondere auch im Rahmen der Verhütungsberatung verstärkt thematisiert und langfristige Behandlungsstrategien mit der Patientin erörtert werden.

2 KRANKHEITSBILD UND DIAGNOSTIK DER IDIOPATHISCHEN HYPERMENORRHOE

Die Hypermenorrhoe bezeichnet eine verstärkte Menstruationsblutung bei normaler Blutungsdauer (maximal sieben Tage) und wird somit von der Metrorrhagie bzw. Menorrhagie unterschieden, welche Blutungsstörungen mit einer azyklisch verstärkten Blutung bzw. einer verstärkten und verlängerten Blutung bezeichnen. Gemäß der objektivierbaren Definition liegt eine Hypermenorrhoe vor, wenn der Blutverlust 80 ml pro Menstruationszyklus

übersteigt [Hallberg et al. 1966]. Da jedoch die quantitative Bestimmung der Blutmenge im Alltag schwierig ist und die Belastung durch starke Blutungen sehr unterschiedlich von den Frauen wahrgenommen wird, hat sich im Praxisalltag eine andere Definition bewährt: Danach handelt es sich um eine Hypermenorrhoe, wenn die körperliche, psychische oder soziale Lebensqualität durch den menstruellen Blutverlust eingeschränkt wird [Bartsch 2020]. Zu den kör-

perlichen Symptomen der Hypermenorrhoe zählen unter anderem Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Unterleibsschmerzen, Anämie und Kreislaufprobleme [Hofmann-Aßmus 2013]. Diese körperlichen Symptome können den Alltag, inklusive Beruf, Partnerschaft, soziale Aktivitäten und Hobbys, betroffener Frauen stark einschränken. Daneben empfinden manche Frauen die starke Menstruation als peinlich, störend (z. B. bei sportlichen Aktivitäten) oder sogar angsteinflößend und daher auch als psychisch belastend [IQWiG 2017].

Zu den Ursachen der idiopathischen Hypermenorrhoe zählen ein gestörtes Gleichgewicht von vasokonstriktorisches und dilatatorisches Prostaglandinen sowie Veränderungen der Gefäßmorphologie und eine gestörte Produktion endothelialer Wachstumsfaktoren am Endometrium [Merki-Feld 2011]. Definitionsgemäß liegen jedoch bei der idiopathischen Hypermenorrhoe keine organischen Ursachen, wie Myome, Polypen, Karzinome oder Aborte, für die starken Blutungen vor. Auch weisen mehr als 80 % der Frauen mit Hypermenorrhoe keine Uterusanomalien auf [DGGG et al. 2019].

Die Unterscheidung von organisch bedingten und idiopathischen Hypermenorrhoeen ist für die Therapiewahl essenziell und daher ein wesentlicher Aspekt der Diagnostik. Diese basiert zunächst auf einer ausführlichen **Anamnese**. Als Indikator für die Stärke des Blutverlusts werden die Patientinnen zur Menge der benötigten Tampons oder Vorlagen pro Tag bzw. pro Menstruationszyklus befragt. Ist ein Wechsel bereits nach ein bis zwei Stunden bzw. sogar die doppelte Anwendung von Hygieneartikeln erforderlich, weist dies auf eine zu starke Blutung hin [IQWiG 2017]. Ein gut geeignetes Hilfsmittel ist zudem ein Zykluskalender, der es Patientinnen erleichtert, die Dauer und Stärke der Menstruationsblutungen über einen längeren Zeitraum zu erfassen. Neben den klassischen, gedruckten Kalendern gibt es inzwischen auch eine speziell entwickelte und zertifizierte App für die Dokumentation mittels Smartphone. Diese arbeitet ebenfalls mit einem Blutungstagebuch sowie mit Piktogrammen von Tampons und Vorlagen zur Beurteilung der Blutungsstärke und wurde bereits gegenüber der sogenannten Alkalin-Hematin-Methode validiert [Haberland et al. 2020]. Bei diesem Standardverfahren für klinische Studien wird der Hämoglobingehalt in Tampons und Vorlagen photometrisch bestimmt. Jedoch ist die Alkalin-Hematin-Methode sehr aufwändig und eignet sich daher nicht für den Praxisalltag.

Da eine verstärkte Blutung mit einer sekundären Anämie bzw. Eisenmangelanämie verbunden sein kann, sollten zusätzlich die **Hämoglobin- und Ferritinwerte im Serum** routinemäßig überprüft werden. Zur Basisdiagnostik gehört weiterhin die gynäkologische Untersuchung mit dem Spekulum zur Beurteilung der Zervix sowie die Palpation. Mithilfe der **Vaginalsonografie** werden Myometrium, Endometrium und Ovarien beurteilt und unter anderem auf Myome und Polypen hin untersucht, um gegebenenfalls organische Ursachen für die Blutungsstörung zu identifizieren [DGGG et al. 2019].

Bei einem hochaufgebauten Endometrium (≥ 12 mm) sollte zur Differenzialdiagnostik ein **sonografisch gestützter Gestagen-Test** durchgeführt werden. Dabei wird durch die Gabe eines Gestagens über zehn Tage eine Abbruchblutung induziert (zugelassen hierfür ist z. B. Chlormadinonacetat 4 mg/d über zehn Tage). Ergibt die anschließende sonografische Kontrolle, dass das Endometrium nicht vollständig abgebaut ist (doppelte Endometriumdicke > 5 mm), sollten ein Korpuspolyp, ein Korpuskarzinom sowie eine therapieresistente Hyperplasie in Betracht gezogen und weiter abgeklärt werden. In diesen Fällen ist eine **Hysteroskopie** mit Abrasio oder Biopsie und histologischer Beurteilung angezeigt. Durch den sonografisch gestützten Gestagen-Test lassen sich jedoch bereits etwa 60 % der Fälle abklären, sodass den Patientinnen der invasive Eingriff einer Hysteroskopie erspart werden kann. Es wird daher empfohlen, insbesondere bei Patientinnen mit Blutungsstörungen in der Perimenopause und Verdacht auf Endometriumhyperplasie auf dieses diagnostische Mittel zurückzugreifen [Römer et al. 2014].

Schließlich sollte bei einer zu starken Menstruationsblutung auch eine Gerinnungsstörung bzw. Hämophilie und dabei in erster Linie das von-Willebrand-Syndrom in Betracht gezogen werden. Immerhin ergab eine systematische Analyse vier europäischer Studien eine Prävalenz dieser Gerinnungsfaktorstörung von 18 % bei Frauen mit Hypermenorrhoe [Shankar et al. 2004]. So ist eine Gerinnungsstörung wahrscheinlich, wenn die Menstruation bereits seit der Menarche sehr stark ist oder andere Indizien für eine erhöhte Blutungsneigung vorliegen; der therapeutische Ansatz bleibt hiervon jedoch meist unbeeinflusst.

DIAGNOSTIK DER HYPERMENORRHOE [DGGG et al. 2019, Römer 2013]

- Anamnese
- Hämoglobin- und Ferritinbestimmung
- Gynäkologische Untersuchung mit Spekulum (Beurteilung der Zervix)
- Palpation
- Vaginalsonografie (Beurteilung von Myometrium, Endometrium und Ovarien)
- Sonografisch gestützter Gestagen-Test zur Differenzialdiagnostik
- Gegebenenfalls Hysteroskopie
- Gegebenenfalls Gerinnungsdiagnostik bei begründetem Verdacht auf eine Hämophilie

3 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE DER IDIOPATHISCHEN HYPERMENORRHOE

Für die Therapie der Hypermenorrhoe gilt grundsätzlich, dass organische Ursachen, wie Myome, Polypen, Karzinome oder Aborte, primär behandelt werden müssen. Im Falle einer idiopathischen Hypermenorrhoe werden hingegen direkt medikamentöse Strategien zur Behandlung eingesetzt.

Zur Kurzzeitbehandlung ist der Einsatz der antifibrinolytischen Tranexamsäure weit verbreitet. Der Wirkmechanismus der Substanz basiert auf einer Inhibition der Aktivierung von Plasminogen, welches sonst Fibrin spaltet und damit Gerinnsel auflösen würde und folglich eine fortgesetzte Blutung begünstigt. **Tranexamsäure** führt zu einer etwa 50%igen Reduktion des Blutverlusts [Hofmann-Aßmus 2013] und erwies sich laut einer Cochrane-Analyse von 13 randomisierten, kontrollierten Studien als wirksamer als Placebo (hinsichtlich Reduktion des Blutverlusts und der hypermenorrhoeischen Beschwerden) und als orale Gestagene (hinsichtlich hypermenorrhoeischer Beschwerden) [Bryant-Smith et al. 2018]. Der Wirkstoff zeichnet sich durch einen schnellen Wirkeintritt aus und wird während der Menstruation oral oder intravenös verabreicht. Nachteilig ist, dass sich häufig auftretende gastrointestinale Neben-

wirkungen auf die Therapieadhärenz der Patientinnen auswirken können. Aufgrund möglicher langfristiger Nebenwirkungen, insbesondere einer Störung des Farbsehens und thromboembolischer Ereignisse, ist Tranexamsäure außerdem nicht zur Langzeittherapie empfohlen [DGGG 2016].

Für die medikamentöse Therapie der Hypermenorrhoe eignet sich darüber hinaus die zyklische Gabe von Gestagenen. Dabei ist auf eine ausreichende Dosierung und Therapiedauer von mindestens zwölf Tagen pro Zyklus zu achten (Tabelle 1) [Römer 2013]. Die zyklische Gestagentherapie stellt insbesondere für Frauen ohne Verhütungswunsch eine Alternative zu den chirurgischen Verfahren (s. u.) dar.

Tabelle 1: Übersicht der Wirkstoffe für eine zyklische Gestagentherapie; modifiziert nach [Gelbe Liste, Rote Liste].

Gestagen	Dosierung (mg)	Therapiedauer (Tage)
Mikronisiertes Progesteron	200 – 300	12 – 14
Chlormadinonacetat	2 (– 4)	12
Medroxyprogesteronacetat	5 (– 10)	12
Dydrogesteron	10 (– 20)	12 – 14

Für Patientinnen mit Kontrazeptionsbedarf eignen sich hingegen auch hormonelle Verhütungsmethoden, die sich positiv auf das Blutungsmuster auswirken. Da zwei hormonelle Kontrazeptiva auch für die Indikation Hypermenorrhoe zugelassen sind, steht die Verhütungsberatung in einem engen Zusammenhang mit der Diagnose und Langzeittherapie der Hypermenorrhoe. Aus diesem Grund wird die Verhütungsberatung in den folgenden Abschnitten im Detail thematisiert.

THERAPIE IM RAHMEN DER VERHÜTUNGSBERATUNG

3.1 Rolle der Hypermenorrhoe bei der Verhütungsberatung

Für gynäkologische Praxen stellt die Verhütungsberatung einen zentralen Schwerpunkt ihrer täglichen Arbeit dar. Dies ist insbesondere deshalb der Fall, da einige andere Kernkompetenzen, wie Kinderwunschbehandlung, Beckenbodenerkrankungen und Endokrinologie, heute vielfach von spezialisierten Versorgungszentren oder Kliniken übernommen werden. Dass der Bedarf einer kompetenten Verhütungsberatung groß ist, zeigte nicht zuletzt die Auswertung der TANCO-*(Think-About-Needs-in-Contraception-)*Studie. Die deutschlandweite Befragung von 18.521 Frauen zwischen 14 und 50 Jahren in der niedergelassenen gynäkologischen Praxis ergab, dass sich 42 % der Frauen mehr Informationen über Verhütungsmethoden wünschten. Für 82 % war der wichtigste Ansprechpartner bezüglich Verhütungsfragen die Gynäkologin oder der Gynäkologe. Die ebenfalls im Rahmen der Studie befragten Gynäkolog(inn)en unterschätzten jedoch den Beratungsbedarf ihrer Patientinnen. Sie erwarteten von lediglich 21 % der Patientinnen, dass sie angeben würden, sich mehr Informationen zu wünschen [Oppelt et al. 2017].

Viele Frauen wissen zudem wenig über Hypermenorrhoe, wie eine internationale Studie mit 6.179 Teilnehmerinnen zwischen 18 und 55 Jahren zeigte. So beantworteten 34 % der gesamten Studienpopulation die Frage, ob sie von der Blutungsstörung gehört hätten, mit „nein“ oder „ich weiß nicht“. Insgesamt 48 % der Befragten gaben an, gar keine oder wenig Kenntnisse über Hypermenorrhoe zu haben. Sogar unter den Patientinnen mit diagnostizierter Hypermenorrhoe glaubten 39 %, dass es für sie keine Behandlungsmög-

lichkeiten gäbe [Bitzer et al. 2013]. Gründe dafür sind, dass viele Frauen eine starke Menstruationsblutung als für sich normal akzeptieren, die Belastungen dadurch für unumgänglich und natürlich halten und/oder sich scheuen die Problematik anzusprechen. Umso wichtiger ist es für die Gynäkolog(inn)en auch im Rahmen der Verhütungsberatung ihre Patientinnen nach ihrem Blutungsmuster und eventuellen Einschränkungen in der Lebensqualität zu befragen und auf aktuelle Bedürfnisse und Bedenken einzugehen.

Eine bedürfnisorientierte Verhütungsberatung lässt sich bereits unter Berücksichtigung dreier Aspekte realisieren [Bartsch 2020]:

- Verhütungssicherheit
- Blutungsmuster
- Akzeptanz von Hormonen

Dabei hat die Verhütungssicherheit den größten Stellenwert. Für 79 % der Teilnehmerinnen der TANCO-Studie war sie der wichtigste Aspekt bei der Wahl der Verhütungsmethode [Oppelt et al. 2017]. Patientinnen sollten daher gefragt werden, wie wichtig eine verlässliche Kontrazeption in ihrer derzeitigen Lebenssituation ist. Die Erwartungen der Frauen in Bezug auf das Blutungsmuster können leicht ermittelt werden, wenn gefragt wird, inwiefern die Verhütungsmethode die Menstruationsblutung beeinflussen soll:

- regelmäßiger/planbarer
- schwächer/kürzer
- möglichst keine Blutung
- keine Veränderung

Hieraus ergibt sich auch die Möglichkeit, auf das Thema Hypermenorrhoe näher einzugehen. Eine eventuelle kritische Einstellung gegenüber der Anwendung von Hormonen sollte wiederum mit der Frage aufgedeckt werden, ob eine hormonelle Verhütungsmethode für die Patientin denkbar ist oder nicht, und was ihre Ängste diesbezüglich sind. Werden diese drei Aspekte berücksichtigt, fühlt sich zum einen die Patientin mit ihren Wünschen

und Bedürfnissen wahrgenommen, zum anderen kann die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe die Auswahl der Verhütungsmethoden gezielt eingrenzen. Weitere Fragen zur Familienplanung und zum Lebensstil sowie die Einbeziehung medizinischer Gesichtspunkte helfen darüber hinaus, eine passende Verhütungsmethode gemeinsam mit der Patientin zu ermitteln [Bartsch 2020].

3.2 Sicherheit von Kontrazeptiva

Die Verhütungssicherheit von Kontrazeptiva wird anhand des Pearl-Index (Anzahl Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre) bemessen. Dieser wird zunächst im Rahmen von klinischen Studien ermittelt, wobei die untersuchten Verhütungsmethoden immer gemäß den jeweiligen Erfordernissen angewendet werden. Dies spiegelt jedoch häufig nicht die Sicherheit unter Alltagsbedingungen wider, denn in der Realität werden Anwendungen zum Teil ausgelassen oder falsch ausgeführt. Daraus ergibt sich ein angepasster Pearl-Index (typischer PI) unter Alltagsbedingungen. Die Diskrepanz zwischen dem Pearl-Index bei perfekter Anwendung und dem Pearl-Index unter Alltagsbedingungen ist folglich umso größer, je häufiger die Verhütungsmethode angewendet werden muss [BZgA 2019a].

Eine Patientinnen-gerechte und intuitive Darstellung der Verhütungssicherheit ist in Abbildung 1 gezeigt. Dieses Ampelschema berücksichtigt auch die Verhaltensabhängigkeit der Kontrazeptiva. So bieten Methoden, die bei jedem Geschlechtsverkehr angewendet werden müssen, wie das Kondom oder natürliche Methoden (z. B. Kalendermethode, *Coitus interruptus*, symptothermale Methoden), die geringste Sicherheit. Die höchste Sicherheit bieten hingegen Methoden, die nur selten (im Abstand von Jahren) oder nur einmalig angewandt werden müssen, wie Intrauterinsysteme (IUS) (Levonorgestrel-haltige [LNG]-IUS und kupferhaltige intrauterine Methoden), Implantate oder Sterilisation. Die in Deutschland mit 61 % am häufigsten verwendete Verhütungsmethode, die „Pille“, befindet sich hinsichtlich der Sicherheit im Mittelfeld, da sie regelmäßig und korrekt angewendet werden muss. Anwendungsfehler sind im Alltag jedoch häufig, so vergaß in der TANCO-Studie fast jede zweite Frau mindestens eine Einnahme innerhalb von drei Monaten. Dies wird häufig auch von Gynäkolog(inn)en unterschätzt. Von den befragten Fachärztinnen und Fachärzten gingen 66 % davon aus, dass ihre Patientinnen nie eine Einnahme vergessen würden [Oppelt et al. 2017].

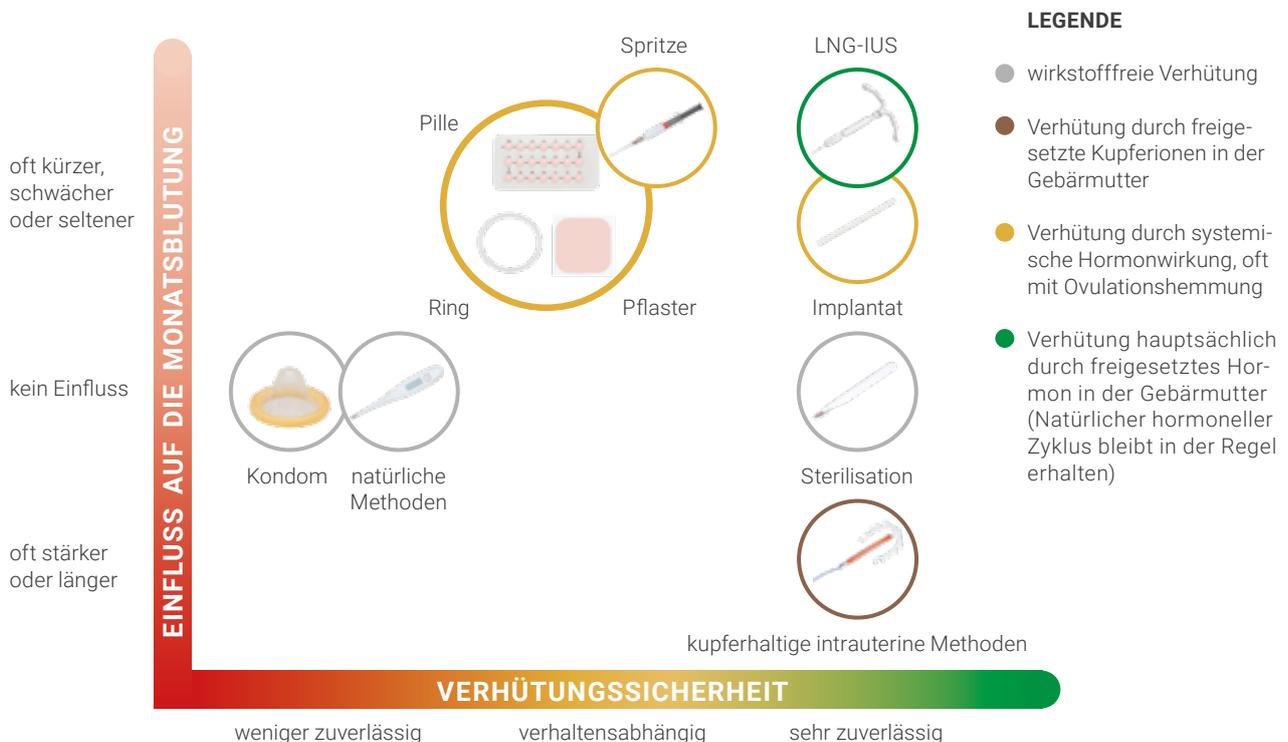


Abbildung 1: Verhütungssicherheit und Einfluss auf die Monatsblutung verschiedener Kontrazeptiva in einer Patientinnen-gerechten Ampel-Darstellung; modifiziert nach [Bachmann und Korner 2007, Gemzell-Danielsson et al. 2012, Hubacher et al. 2009, Trussell 2011, WHO/RHR 2018]. LNG-IUS: Levonorgestrel-haltige Intrauterinsysteme

3.3 Wirkung von Kontrazeptiva auf das Blutungsmuster – Therapie der Hypermenorrhoe

Verschiedene Verhütungsmethoden können sich auch unterschiedlich auf die Menstruationsblutung der Anwenderinnen auswirken (Abbildung 1). Bei kupferhaltigen intrauterinen Methoden, deren Wirkprinzip auf der Freisetzung von Kupferionen in der Gebärmutter basiert, kommt es aufgrund der hierdurch u. a. induzierten nicht bakteriellen Entzündungsreaktion beispielsweise oft zu einer längeren oder stärkeren sowie schmerzhafteren Blutung. So hatten in einer chilenischen Studie 68 % der Erstnutzerinnen einer Kupferspirale in den ersten neun Wochen nach der Insertion einen stärkeren Blutverlust und 38 % stärkere Menstruationsschmerzen als vor der Insertion. Zwar ging der Anteil der betroffenen Frauen mit der Zeit zurück, doch auch nach mehr als 39 Wochen hatte etwa die Hälfte der Frauen stärkere Blutungen und etwa ein Drittel gab an, mehr Unterbauch- bzw. Regelschmerzen zu haben [Hubacher et al. 2009]. Für Patientinnen mit Hypermenorrhoe sind kupferhaltige Methoden daher nicht empfehlenswert. Wirkstofffreie Verhütungsmethoden wie das Kondom, natürliche Methoden und die Sterilisation üben in der Regel keinen Einfluss auf die Menstruationsblutung aus und können folglich die Beschwerden bei einer Hypermenorrhoe auch nicht lindern. Systemische oder intrauterine hormonelle Verhütungsmethoden hingegen führen, aufgrund der antientzündlichen Wirkung der enthaltenen Gestagenkomponente, häufig zu einer kürzeren, schwächeren oder selteneren sowie schmerzärmeren Blutung [DGGG 2016].

Zu den Kontrazeptiva mit Blutungsreduktion, jedoch ohne spezifische Zulassung zur Behandlung der Hypermenorrhoe, zählen Gestagen-haltige Präparate wie Gestagenmonopillen, Depot-Gestagene sowie orale Kontrazeptiva mit einer Ethinylestradiol-Gestagen-Kombination. Gestagenmonopillen reduzieren in der Regel die Anzahl der Blutungstage und können je nach Gestagen bei bis zu 20 % der Anwenderinnen sogar eine Amenorrhoe herbeiführen. Andererseits ist diese Verhütungsmethode aber auch häufig mit dem Auftreten irregulärer und unerwarteter Blutungen verbunden [Bachmann und Korner 2007, Maybin und Critchley 2016]. Injizierte Depot-Gestagene („Dreimonatsspritzen“) können ebenfalls zu einer Reduktion des Blutverlusts und zu damit verbundenen steigenden

Hämoglobinwerten führen. Darüber hinaus erreichen etwa 50 % der Anwenderinnen innerhalb eines Jahres eine Amenorrhoe. Dennoch ist zu beachten, dass in den ersten Monaten häufig Schmierblutungen auftreten [Merki-Feld 2011]. Für kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) mit Ethinylestradiol wurde gezeigt, dass sowohl die Blutungsstärke als auch die -dauer nach einer Anfangsphase zumeist abnimmt [Bachmann und Korner 2007]. Im Durchschnitt wird eine Blutungsreduktion um 50 % erreicht. Es wird dabei empfohlen, Kombinationen mit endometriumwirksamen Gestagenen insbesondere auch im Langzyklus (84/7 Tage) oder als kontinuierliche Langzeiteinnahme anzuwenden (in den meisten Fällen Off-label) [Römer 2013]. In vielen Fällen kann dadurch die Lebensqualität von Frauen mit starker Menstruationsblutung deutlich verbessert werden. Bei einer anämisierenden Hypermenorrhoe oder starkem Blutverlust mit Koagelabgang ist der Effekt der KOK mit einer Ethinylestradiol-Gestagen-Kombination jedoch nicht immer ausreichend [Merki-Feld 2011].

Eigens zur Therapie der idiopathischen Hypermenorrhoe sind in Deutschland zwei Kontrazeptiva zugelassen: ein orales Kontrazeptivum mit einer Estradiolvalerat-Dienogest-Kombination (E₂V/DNG) sowie 52-mg-LNG-IUS. Ersteres hat die Zulassung für die Indikation Hypermenorrhoe ohne organische Ursache bei gleichzeitigem Wunsch einer oralen Kontrazeption. Die Wirksamkeit wurde in zwei gleichartig angelegten randomisierten, Placebo-kontrollierten Doppelblindstudien in Nordamerika bzw. Australien und Europa nachgewiesen. Die gepoolte Analyse beider Studien ergab, dass der mediane menstruelle Blutverlust nach sechs Monaten unter E₂V/DNG um 88 % und in der Kontrollgruppe (Placebo) um 24 % zurückging. Dabei erfolgte der größte Rückgang bereits zum Zeitpunkt der ersten Blutung nach Behandlungsbeginn, was den schnellen Wirkeintritt demonstriert (Abbildung 2). Zudem verbesserten sich damit verbunden sowohl der Hämoglobin- als auch der Ferritinwert sowie der Hämatokrit in der Verumgruppe deutlich und signifikant, wohingegen keine oder nur geringfügige Verbesserungen in der Kontrollgruppe auftraten [Fraser et al. 2011]. Die E₂V/DNG-Kombination wird in einem dynamischen Dosierungsschema mit ansteigender Gestagen- und absinkender Estrogen-Komponente verabreicht und zeichnet sich durch die hohe endometriale Wirksamkeit von Dienogest sowie den geringen

Effekt auf die Leberfunktion des natürlichen Estradiols aus [Junge et al. 2011]. Zudem ist E₂V/DNG laut einer ebenso randomisierten Studie mit weniger bzw.

schwächeren Hormonentzugssymptomen (wie z. B. Kopf- und Unterleibsschmerzen) verbunden als eine Ethinylestradiol-LNG-Kombination [Macias et al. 2013].

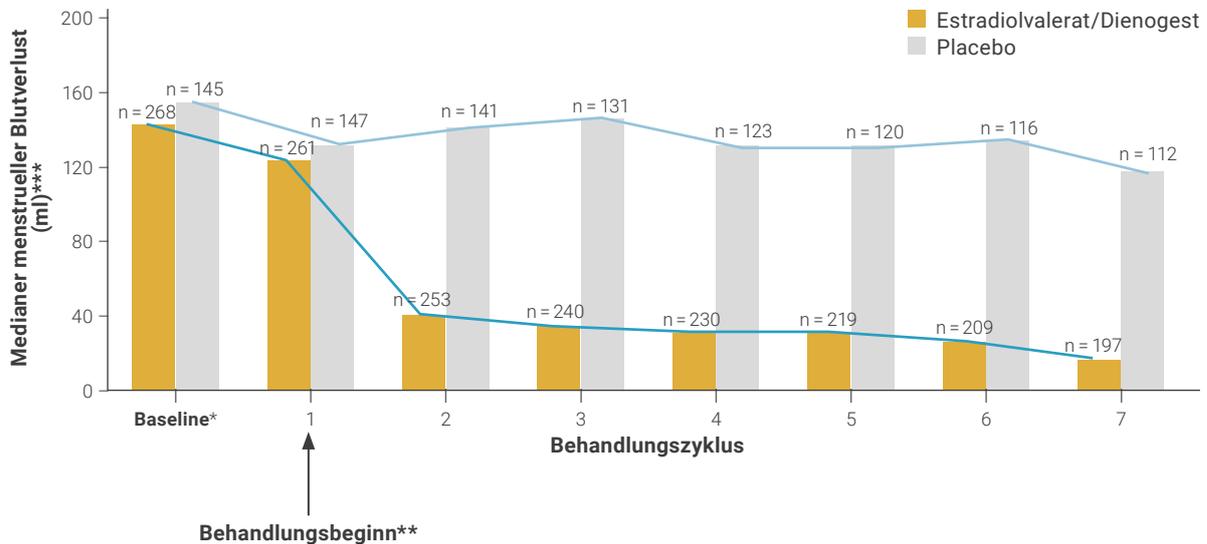


Abbildung 2: Veränderung des medianen menstruellen Blutverlusts in Abhängigkeit vom Behandlungszyklus unter Estradiolvalerat/Dienogest (E₂V/DNG) oder Placebo in der *Intention-to-Treat*-Population; modifiziert nach [Fraser et al. 2011]. *Baseline berechnet als: (menstrueller Blutverlust während der 90-tägigen *Run-in*-Phase/90) x 28. **Der menstruelle Blutverlust während des ersten Behandlungszyklus repräsentiert die physiologische Menstruationsblutung, welche den Behandlungsbeginn auslöst, plus gegebenenfalls intermenstruelle Blutungen. ***Gesamter Blutverlust während der 28-tägigen Behandlungszyklen.

Ebenfalls zugelassen zur Behandlung der Hypermenorrhoe sind 52-mg-LNG-IUS, die sich durch eine vor allem intrauterin stattfindende Wirkweise bei gleichzeitigem Erhalt des natürlichen weiblichen hormonellen Zyklus aufgrund der niedrigen systemischen Hormonexposition auszeichnen. Eine randomisierte, offene Studie untersuchte 52-mg-LNG-IUS im Vergleich zu KOK mit Ethinylestradiol-Norethisteron-Kombination. Die beiden Vergleichsgruppen zeigten dabei eine signifikante Reduktion des menstruellen Blutverlusts über den Studienzeitraum von zwölf Monaten, wobei der Wert zur Einschätzung des Blutverlusts in der LNG-IUS-Gruppe signifikant stärker zurückging als in der KOK-Gruppe (Abbildung 3). Von den LNG-IUS-Anwenderinnen hatten 80 % einen Wert < 100 (entspricht < 80 ml Blutverlust pro Menstruationszyklus), von den Anwenderinnen des KOK hingegen nur 37 %. Insgesamt wurde dem LNG-IUS in dieser Studie somit ein größerer klinischer Benefit zugeschrieben als dem KOK [Endrikat et al. 2009]. In einer weiteren multizentrischen, randomisierten Studie mit insgesamt 280 Teilnehmerinnen reduzierten 52-mg-LNG-IUS den menstruellen Blutverlust ebenfalls

deutlich und steigerten damit verbunden sowohl die Hämoglobin- als auch die Ferritinwerte. Der größte Rückgang des Blutverlusts wurde dabei drei Monate nach der Insertion beobachtet [Mawet et al. 2014], was wiederum einen schnellen Wirkeintritt bei einer leichten primären Anpassungsphase erkennen lässt. Insgesamt ist die Erfolgsrate von 52-mg-LNG-IUS als reversible Kontrazeptionsmethode vergleichbar mit der einer irreversiblen Endometriumablation (70 – 80 %) mit ggf. begleitend durchzuführender Sterilisation [DGGG 2016]. Zudem zeigte sich in einer Cochrane-Analyse kein Unterschied bezüglich der Lebensqualität verglichen mit einer ebenso effektiven Hysterektomie (ungeachtet der hierzu angewendeten Operationstechnik). Auch gab es keine Hinweise auf Unterschiede in der Anwendungszufriedenheit zwischen irreversiblen operativen Therapien und LNG-IUS als reversible und zugleich kontrazeptiv wirksame Therapiemethode [Marjoribanks et al. 2016]. Neben den LNG-IUS mit der höchsten verfügbaren Gestagendosis zeigte auch ein 19,5-mg-LNG-IUS positive Effekte auf das Blutungsmuster, d. h. kürzere, schwächere und seltener

sowie schmerzärmere Blutungen, welche sich nicht signifikant vom Blutungsmuster der 52-mg-LNG-IUS unterschieden. Am Ende der fünfjährigen Studiendauer hatten 22,6 % der Anwenderinnen eine Amenorrhoe [Gemzell-Danielsson et al. 2017]. Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse hat das 19,5-mg-LNG-IUS keine Zulassung zur Therapie der Hypermenorrhoe. Gegenüber den regelmäßig einzunehmenden oralen Kontrazeptiva bieten LNG-IUS mit ihren relativ langen

Anwendungsdauern von bis zu fünf Jahren bei der Indikation Hypermenorrhoe den Vorteil einer effektiven Langzeittherapie. Insgesamt stehen damit verschiedene, gut wirksame medikamentöse Therapieansätze zur Behandlung der Hypermenorrhoe zur Verfügung und sollten den Patientinnen mit ihren individuellen Eigenschaften bzw. Vor- und Nachteilen insbesondere auch als alternative Option zu operativen Vorgehensweisen vorgestellt werden.

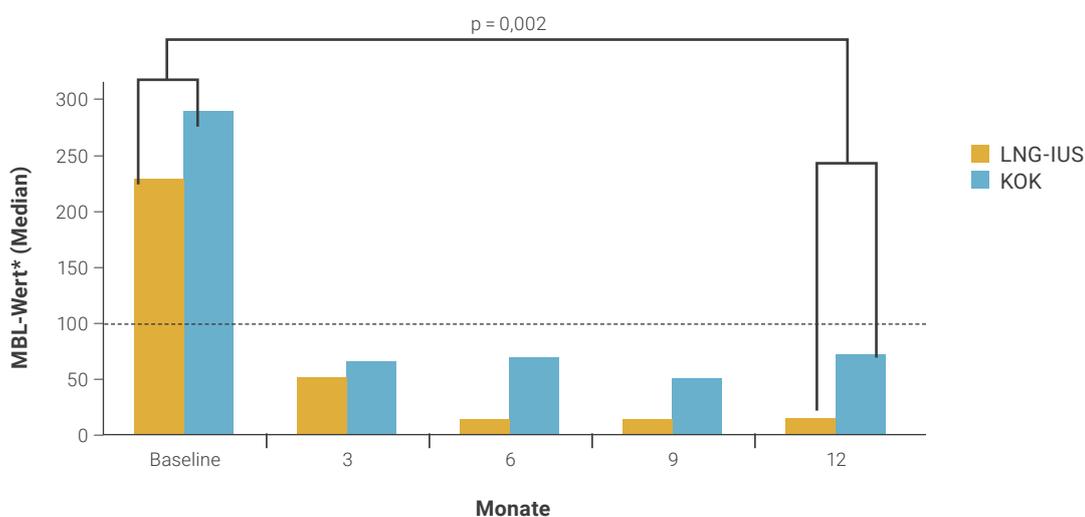


Abbildung 3: Veränderung des menstruellen Blutverlusts unter Anwendung eines 52-mg-Levonorgestrel-haltigen Intrauterinsystems (LNG-IUS) im Vergleich zur kombinierten oralen Kontrazeption (KOK) mit Ethinylestradiol/Norethisteron; modifiziert nach [Endrikat et al. 2009]. *MBL-Wert: Wert zur Einschätzung des menstruellen Blutverlusts, Wert < 100 entspricht < 80 ml Blutverlust pro Menstruationszyklus.

3.4 Begegnung der Hormonangst

Laut einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) war die „Pille“ im Jahr 2018 mit einem Anteil von 47 % das meistgenutzte Verhütungsmittel in Deutschland. Im Vergleich zur vorhergehenden Befragung im Jahr 2011 wurde jedoch ein Rückgang um sechs Prozentpunkte beobachtet. Parallel dazu stieg der Anteil an Frauen bzw. Paaren, die nur oder zusätzlich mit Kondomen verhüteten (Mehrfachnennungen waren möglich), um neun Prozentpunkte auf insgesamt 46 % [BZgA 2019b]. Diese Veränderung ist in der jungen Altersgruppe besonders stark ausgeprägt. Gleichzeitig ist eine deutlich kritischere Haltung gegenüber dem Einsatz von Hormonen festzustellen. So stimmten 55 % der befragten Frauen der Aussage zu, dass hormonelle Verhütungsmethoden negative Auswirkungen auf Körper und Seele haben. Auch hier ist die Zustimmung in der

jüngeren Altersgruppe am höchsten [BZgA 2019b]. Es ist daher im Rahmen der Verhütungsberatung von besonderer Bedeutung, auf eine hormonkritische Haltung einzugehen, die Bedenken der Patientinnen ernst zu nehmen und die Risiken dann wissenschaftlich korrekt einzuordnen bzw. eventuell auch zu relativieren.

Eine weit verbreitete Sorge ist das Auftreten von venösen thromboembolischen Ereignissen (VTE). Tatsächlich sind kombinierte Kontrazeptiva, auch bei parenteraler Anwendung (transdermal bzw. vaginal), mit einer signifikanten Erhöhung des VTE-Risikos verbunden. Dies gilt ebenso für ausgewiesene Depot-Gestagen-Präparate (Dreimonatsspritze mit Depot-Medroxyprogesteronacetat), wohingegen andere Gestagenmonopräparate (wie Gestagenmonopillen, Implantate oder auch LNG-IUS) das VTE-Risiko ihrerseits nicht erhöhen. Bei der Anwendung von KOK steigt diesbezüglich das VTE-Risiko

vorrangig mit der Konzentration der verwendeten Estrogen-Komponente und hier insbesondere im Hinblick auf die Ethinylestradiolkonzentration: Je höher Ethinylestradiol dosiert wird, umso höher ist dabei das zu erwartende VTE-Risiko zu beurteilen. In Abhängigkeit von der Art des verwendeten Gestagens wird dieses Risiko nach bisherigem Kenntnisstand moduliert und liegt um den Faktor 2 – 4. Im Vergleich dazu erhöht sich das Risiko für VTE während einer Schwangerschaft um den Faktor 6 [DGGG et al. 2019]. Inwiefern sich die Verwendung von natürlichen Estrogenen im Rahmen der Kontrazeption auf diesen Sachverhalt auswirken kann, unterliegt derzeit fundierten wissenschaftlichen Untersuchungen, welche zumindest für E₂V in Kombination mit DNG entsprechend publiziert sind. Die in diesem Zusammenhang kürzlich veröffentlichte *Real-World*-Studie INAS-SCORE zeigte, dass eine E₂V/DNG-Kombination verglichen mit LNG-haltigen KOK ein vergleichbares VTE-Risiko aufweist. Im Vergleich mit der ebenfalls untersuchten Gruppe der anderen KOK (Ethinylestradiol-haltige KOK mit anderen Gestagenkomponenten) zeigte sich hingegen mit E₂V/DNG ein verringertes Risiko für VTE. So lag die VTE-Inzidenz in der E₂V/DNG-Gruppe bei 7,1 pro 10.000 Frauenjahre und in der Gruppe der anderen KOK bei 8,1 pro 10.000 Frauenjahre (adjustierte *Hazard Ratio*: 0,4; 95%-Konfidenzintervall 0,2 – 0,9) [Dinger et

al. 2020]. Daraufhin wurde die Fachinformation des E₂V/DNG-Präparates entsprechend angepasst. Bei der Verhütungsberatung muss für die Wahl einer geeigneten Kontrazeptionsmethode daher in jedem Fall das individuelle VTE-Risiko unter Berücksichtigung von Familienanamnese und weiteren Risikofaktoren, wie Nikotinkonsum, Lebensalter und Body-Mass-Index, einbezogen werden [DGGG et al. 2019].

Ein weiterer häufig genannter Aspekt im Zusammenhang mit hormonellen Verhütungsmethoden ist das Risiko für das Auftreten von Stimmungsschwankungen und Depression. Laut der Zusammenfassung der dazu bestehenden Daten seitens der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) führt die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva jedoch nicht zu einer Verschlechterung einer bereits bestehenden Depression bzw. verursacht keine Depression, auch wenn sie zu Stimmungsveränderungen führen kann. Einige Studien weisen sogar auf eine Besserung depressiver Symptome unter hormonellen Kontrazeptiva hin [DGGG et al. 2019]. Viele Frauen befürchten auch eine Gewichtszunahme durch die Anwendung hormoneller Verhütungsmethoden. Diesbezüglich kommt die DGGG zu dem Schluss, dass KOK nicht zu einer signifikanten Steigerung des Gewichts führen [DGGG et al. 2019].

4 CHIRURGISCHE VERFAHREN ZUR BEHANDLUNG DER IDIOPATHISCHEN HYPERMENORRHOE

Nach Versagen der medikamentösen Therapien und bei abgeschlossener Familienplanung stehen Patientinnen grundsätzlich auch chirurgische Verfahren zur Behandlung der Hypermenorrhoe zur Verfügung. Dies ist zum einen die Endometriumablation, bei der das Endometrium über einen hysteroskopischen Zugang abgetragen bzw. koaguliert wird. Die Erfolgsraten dieser minimal invasiven, aber dennoch irreversiblen Methode sind mit 70 – 80 % ähnlich hoch wie für 52-mg-LNG-IUS. Die erzielten Amenorrhoe-Raten liegen bei dieser chirurgischen Methode im Bereich von 30 – 40 % [DGGG 2016]. Gemäß den Ergebnissen einer Cochrane-Analyse unterscheiden sich Verfahren der ersten Generation (Resektionsschlinge, Roller-Ball-Elektrode, Laser-Ab-

lation) nicht von den Verfahren der zweiten Generation (bipolare Netze, Uterinballonmethode) hinsichtlich der Wirksamkeit zur Behandlung der Hypermenorrhoe. Jedoch zeichnen sich letztere durch eine kürzere Operationsdauer und die häufigere Möglichkeit zur alleinigen notwendigen Durchführung unter Lokalanästhesie aus [Bofill Rodriguez et al. 2019]. Zu den Vorteilen der Endometriumablation im Vergleich zur Hysterektomie zählt in erster Linie der Organerhalt, aber auch eine kürzere Operationsdauer, ein kürzerer Krankenhausaufenthalt bzw. eine kürzere Erholungszeit und eine geringere Komplikationsrate [Fergusson et al. 2019]. Insgesamt kann mithilfe der Endometriumablation eine Hysterektomie häufig vermieden werden. Im Allgemeinen gilt,

dass Hypermenorrhoe-Patientinnen sowohl über die Erfolgs- als auch Versagerquoten und gegebenenfalls erforderliche Zweitoperationen aufgeklärt werden sollten, um ihre informierte Entscheidung für sich im Einklang mit der beratenden Frauenärztin bzw. dem beratenden Frauenarzt treffen zu können. Zudem müssen vor einer Endometriumablation prämaligne und maligne Veränderungen des Endometriums ausgeschlossen werden und die Familienplanung muss definitiv abgeschlossen sein. Ist letzteres nicht der Fall, sollte eine reversible Therapie mit einem 52-mg-LNG-IUS bevorzugt werden.

Eine abgeschlossene Familienplanung ist ebenfalls Voraussetzung für die Hysterektomie, die zweite chirurgische

Behandlungsmöglichkeit der Hypermenorrhoe. Während bei einer laparoskopischen suprazervikalen Hysterektomie (LASH) der Gebärmutterhals erhalten bleibt, wird bei der totalen Hysterektomie die Gebärmutter inklusive Zervix entfernt. Nach einer LASH können bei bis zu 5 % der Patientinnen noch Schmierblutungen auftreten, wohingegen die totale Hysterektomie eine komplette Blutungsfreiheit bietet [Römer 2013]. Es ist jedoch zu beachten, dass auch bei Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung häufig der Wunsch des Organerhalts besteht, da auch zum Teil andere Aspekte, wie z. B. Beckenbodenstabilität und Kontinenz-betreffende Faktoren, eine Rolle spielen und daher auch mit in die Beratung einfließen sollten.

5 FAZIT

Die Hypermenorrhoe ist eine häufige Erkrankung, die sowohl die körperliche, psychische als auch soziale Lebensqualität von Frauen stark einschränken und sekundäre Anämien verursachen kann. Der Kenntnisstand vieler Frauen hierzu ist jedoch leider meist sehr gering. Es ist daher umso wichtiger, dass unter Gynäkolog(inn)en die Hypermenorrhoe stärker in den täglichen Fokus rückt und unter anderem im Rahmen der Verhütungsberatung – einer Kernkompetenz des Fachbereichs – noch stärker thematisiert wird. Da die Hypermenorrhoe auch immer mit dem subjektiven Empfinden der Frauen zusammenhängt, stützt sich die Diagnostik im ganz wesentlichen Maße auf die Anamnese. Im weiteren diagnostischen Verlauf gilt es, mögliche organische Ursachen oder auch bestehende Gerinnungsstörungen abzuklären. Die idiopathische Hypermenorrhoe kann heute sowohl reversibel bzw. medikamentös als auch irreversibel bzw. operativ sehr effektiv behandelt werden. Für die Kurzzeittherapie kann die antifibrinolytische Tranexamsäure eingesetzt werden und, wenn kein Kontrazeptionswunsch besteht, die zyklische Anwendung von Gestagenmonopräparaten erfolgen. Die medikamentöse Langzeittherapie basiert hingegen ausschließlich auf einer hormonellen Behandlung, bei der auch Kontrazeptiva eine zentrale Rolle spielen. So führen Gestagenmonopillen, Depot-

Gestagen-Präparate und KOK mit Ethinylestradiol-Gestagen-Kombination in der Regel zwar zu einer Reduktion des menstruellen Blutverlusts, ihr Einsatz erfolgt jedoch entsprechend ihrer Zulassung zumeist Off-label. Dahingegen ist in Verbindung mit Kontrazeptionswunsch ein KOK mit Estradiolvalerat/Dienogest zur Behandlung der Hypermenorrhoe zugelassen sowie die 52-mg-LNG-IUS speziell zusätzlich für diese Indikation. Beide Therapieoptionen zeichnen sich durch eine schnelle und starke Reduktion des Blutverlustes aus. LNG-IUS bieten zudem eine sehr zuverlässige Verhütungssicherheit, da sie verhaltensunabhängig und damit unabhängig von der Compliance der Patientin sind. Erst bei einem Versagen der reversiblen, medikamentösen Therapien sollten irreversible, operative Verfahren zum Einsatz kommen. Während die Endometriumablation den Vorteil des Organerhalts bietet, ermöglicht die totale Hysterektomie als einziges Verfahren eine komplette Blutungsfreiheit. Eine abgeschlossene Familienplanung ist für beide Methoden aber nachvollziehbarerweise die Grundvoraussetzung. Zudem sollten Patientinnen über den Nutzen und alle Risiken der jeweiligen Methoden aufgeklärt werden, um gemeinsam mit ihrer behandelnden Gynäkologin bzw. ihrem behandelnden Gynäkologen die für sie am besten passende Therapieoption finden zu können.

6 LITERATUR

- Bachmann G**, Korner P. Bleeding patterns associated with oral contraceptive use: a review of the literature. *Contraception* 2007;76(3):182 – 9
- Bartsch V**. Gynäkologische Anwendungen von Dienogest alleine und in Kombination mit Östrogenen. *J Med Drug Rev* 2020;10:1 – 35
- Bitzer J**, Serrani M, Lahav A. Women's attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life. *Open Access J Contracept* 2013;2013:21
- Bofill Rodriguez M**, Lethaby A, Grigore M, et al. Endometrial resection and ablation techniques for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1(1):Cd001501
- Bryant-Smith AC**, Lethaby A, Farquhar C, et al. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4(4):Cd000249
- BZgA**. Sichergehn – Verhütung für sie und ihn. 2019a. <https://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/familienplanung/verhuetung/sichergehn-verhuetung-fuer-sie-und-ihn/>, abgerufen am: 19.04.2021
- BZgA**. Verhütungsverhalten Erwachsener – Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018. 2019b. <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018>, abgerufen am: 17.03.2021
- DGGG**. S3-Leitlinie: Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen. 2016. <https://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/leitlinien/leitlinie/indikation-und-methodik-der-hysterektomie-1281/>, abgerufen am: 17.03.2021
- DGGG**, SGGG, OEGGG. S3-Leitlinie: Hormonelle Empfängnisverhütung. 2019. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015L_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf, abgerufen am: 10.03.2021
- Dinger J**, Möhner S, Heinemann K. Combined oral contraceptives containing dienogest and estradiol valerate may carry a lower risk of venous and arterial thromboembolism compared to conventional preparations: results from the extended INAS-SCORE study. *Front Womens Health* 2020;5:1 – 8
- Endrikat J**, Shapero H, Lukkari-Lax E, et al. A Canadian, multicentre study comparing the efficacy of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to an oral contraceptive in women with idiopathic menorrhagia. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(4):340 – 7
- Fergusson RJ**, Bofill Rodriguez M, Lethaby A, et al. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;8(8):Cd000329
- Fraser IS**, Parke S, Mellinger U, et al. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding without organic cause: pooled analysis of two multinational, randomised, double-blind, placebo-controlled trials of oestradiol valerate and dienogest. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2011;16(4):258 – 69
- Gelbe Liste**. www.gelbe-liste.de, abgerufen am: 19.04.2021
- Gemzell-Danielsson K**, Apter D, Dermout S, et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;210:22 – 8
- Gemzell-Danielsson K**, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril* 2012;97(3):616-22 e1 – 3
- Haberland C**, Filonenko A, Seitz C, et al. Validation of a menstrual pictogram and a daily bleeding diary for assessment of uterine fibroid treatment efficacy in clinical studies. *J Patient Rep Outcomes* 2020;4(1):97
- Hallberg L**, Högdahl AM, Nilsson L, et al. Menstrual blood loss – a population study. Variation at different ages and attempts to define normality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1966;45(3):320 – 51
- Hofmann-Aßmus M**. Zyklus aus dem Takt. *Pharmazeutische Zeitung* 2013;30
- Hubacher D**, Chen PL, Park S. Side effects from the copper IUD: do they decrease over time? *Contraception* 2009;79(5):356 – 62
- IQWiG**. Starke Regelblutung. 2017. <https://www.gesundheitsinformation.de/starke-regelblutung.html>, abgerufen am: 09.03.2021
- Junge W**, Mellinger U, Parke S, et al. Metabolic and haemostatic effects of estradiol valerate/dienogest, a novel oral contraceptive: a randomized, open-label, single-centre study. *Clin Drug Investig* 2011;31(8):573 – 84
- Macias G**, Merki-Feld GS, Parke S, et al. Effects of a combined oral contraceptive containing oestradiol valerate/dienogest on hormone withdrawal-associated symptoms: results from the multicentre, randomised, double-blind, active-controlled HARMONY II study. *J Obstet Gynaecol* 2013;33(6):591 – 6
- Marjoribanks J**, Lethaby A, Farquhar C. Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016(1):Cd003855
- Mawet M**, Nollevaux F, Nizet D, et al. Impact of a new levonorgestrel intrauterine system, Levosert(®), on heavy menstrual bleeding: results of a one-year randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014;19(3):169 – 79
- Maybin JA**, Critchley HO. Medical management of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)* 2016;12(1):27 – 34
- Merki-Feld GS**. Medikamentöse Therapie der idiopathischen Hypermenorrhö. *Speculum – Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 2011;29(2):21 – 32
- Oppelt PG**, Baier F, Fahlbusch C, et al. What do patients want to know about contraception and which method would they prefer? *Arch Gynecol Obstet* 2017;295(6):1483 – 91
- Römer T**. Hypermenorrhoe. *Med Monatsschr Pharm* 2013;36(1):4-10; quiz 1 – 2
- Römer T**, Rabe T, Albring C, et al. Management von Endometriumhyperplasien. Gemeinsame Stellungnahme der DGGEF und des BVF e.V. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2014;11(4):170 – 85
- Rote Liste**. www.rote-liste.de, abgerufen am: 19.04.2021
- Shankar M**, Lee CA, Sabin CA, et al. von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review. *BJOG* 2004;111(7):734 – 40
- TRussell J**. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83(5):397 – 404
- WHO/RHR**. Family Planning – a global handbook for providers. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf>, abgerufen am: 12.03.2021
- Bildnachweis** Titel © Adobe / Jordan



Die Lernkontrollfragen lassen sich online unter <https://cmemedipoint.de/gynaekologie/hypermenerrhoe/>

LERNKONTROLLFRAGEN

Bitte kreuzen Sie jeweils nur **eine** Antwort an.

VNR: 2760909011960220016 **Gültigkeitsdauer:** 02.07.2022 – 02.07.2023

1. Wobei handelt es sich um **kein** körperliches Symptom der Hypermenorrhoe?
 - A) Müdigkeit und Abgeschlagenheit
 - B) Kopfschmerzen
 - C) Unterleibsschmerzen
 - D) Kreislaufprobleme
 - E) Ausbleibende Menstruationsblutung

2. Welches Verfahren wird in der Diagnostik der Hypermenorrhoe **nicht** eingesetzt?
 - A) Bestimmung der Hämoglobin- und Ferritinwerte im Serum
 - B) Bestimmung des Anti-Müller-Hormons
 - C) Gynäkologische Untersuchung mit Spekulum
 - D) Vaginalsonografie zur Beurteilung von Myometrium, Endometrium und Ovarien
 - E) Sonografisch gestützter Gestagen-Test bei hochaufgebautem Endometrium

3. Welche Aussage zur Therapie der idiopathischen Hypermenorrhoe ist **richtig**?
 - A) Sie wird primär chirurgisch behandelt.
 - B) Die Gabe von antifibrinolytischer Tranexamsäure eignet sich als Langzeittherapie.
 - C) Tranexamsäure wird subkutan verabreicht und zeichnet sich durch einen langsamen Wirkeintritt aus.
 - D) Bei der zyklischen Gabe von Gestagenen ist auf eine Therapiedauer von höchstens zehn Tagen pro Zyklus zu achten.
 - E) Zwei hormonelle Kontrazeptiva sind zur Behandlung der Hypermenorrhoe zugelassen.

4. Welche Aussage zu den Ergebnissen der TANCO-(Think-About-Needs-in-Contraception-)Studie ist **richtig**?
 - A) Drei Viertel der befragten Frauen wünschen sich mehr Informationen über Verhütungsmethoden.
 - B) Für ein Viertel der befragten Frauen war der wichtigste Ansprechpartner bezüglich Verhütungsfragen die Gynäkologin oder der Gynäkologe.
 - C) Der Beratungsbedarf der Patientinnen wurde von den befragten Gynäkolog(inn)en unterschätzt. Sie nahmen an, dass nur etwa ein Fünftel der Patientinnen sich mehr Informationen wünscht.
 - D) Für die Hälfte der Patientinnen ist die Verhütungssicherheit der wichtigste Aspekt bei der Wahl der Verhütungsmethode.
 - E) Jede zehnte Frau vergaß mindestens eine Einnahme der „Pille“ innerhalb von drei Monaten.

5. Wie viele Frauen mit diagnostizierter Hypermenorrhoe gehen laut einer internationalen Studie davon aus, dass es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt?
 - A) 9 %
 - B) 17 %
 - C) 25 %
 - D) 39 %
 - E) 61 %

6. Welche Aussage zur Verhütungssicherheit der Kontrazeptiva ist falsch?

- A) Die Verhütungssicherheit wird anhand des Pearl-Index bemessen.
- B) Der Pearl-Index unter Alltagsbedingungen ist immer kleiner als der bei perfekter Anwendung.
- C) Methoden, die bei jedem Geschlechtsverkehr angewendet werden müssen, bieten die geringste Sicherheit.
- D) Levonorgestrel-haltige Intrauterinsysteme (LNG-IUS) gehören zu den sichersten Verhütungsmethoden.
- E) Die häufigste verwendete Verhütungsmethode, die „Pille“, befindet sich hinsichtlich der Sicherheit im Mittelfeld.

7. Welche Aussage zur Wirkung verschiedener Verhütungsmittel auf die Menstruationsblutung ist richtig?

- A) Kupferhaltige intrauterine Methoden sorgen für verkürzte oder geringere Blutungen.
- B) Gestagenmonopillen sind zur Behandlung der Hypermenorrhoe zugelassen und führen bei bis zu 10 % der Anwenderinnen zu einer Amenorrhoe.
- C) Injizierte Depot-Gestagene haben keinen nennenswerten Einfluss auf die Menstruationsblutung.
- D) Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) mit Ethinylestradiol können Blutungen um durchschnittlich 30 % reduzieren.
- E) Laut zwei klinischen Studien ging der mediane menstruelle Blutverlust unter einer Estradiolvalerat/Dienogest-(E₂V/DNG-)Therapie nach sechs Monaten um 88 % zurück.

8. Wie viele Monate nach Insertion eines LNG-IUS ist der größte Rückgang des Blutverlustes zu beobachten?

- A) Nach einem Monat
- B) Nach zwei Monaten
- C) Nach drei Monaten
- D) Nach sechs Monaten
- E) Nach neun Monaten

9. Welche Aussage zu venösen thromboembolischen Ereignissen (VTE) ist falsch?

- A) Die Anwendung kombinierter Kontrazeptiva ist mit einem erhöhten VTE-Risiko verbunden.
- B) Gestagenmonopräparate (z. B. LNG-IUS) erhöhen das VTE-Risiko im Vergleich zu kombinierten Kontrazeptiva nicht.
- C) Je höher Ethinylestradiol bei KOK dosiert wird, umso niedriger ist das zu erwartende VTE-Risiko.
- D) Das Risiko einer VTE während einer Schwangerschaft erhöht sich um den Faktor 6.
- E) Die INAS-SCORE-Studie ergab im Vergleich zu Ethinylestradiol-haltigen KOK für E₂V/DNG ein geringeres VTE-Risiko.

10. Welche Aussage zur Endometriumablation zur Behandlung der Hypermenorrhoe ist falsch?

- A) Es handelt sich um ein reversibles Verfahren.
- B) Die Erfolgsrate liegt bei 70 – 80 % und damit ähnlich hoch wie für 52-mg-LNG-IUS.
- C) Die erzielte Amenorrhoe-Rate liegt bei 30 – 40 %.
- D) Der wichtigste Vorteil gegenüber einer Hysterektomie ist der Organerhalt.
- E) Vor dem Eingriff sollten prä-maligne und maligne Veränderungen ausgeschlossen werden und die Familienplanung abgeschlossen sein.

IMPRESSUM

AUTOR

Prof. Dr. med. Thomas Römer

Evangelisches Klinikum Köln Weyertal

INTERESSENKONFLIKTE DES AUTORS

Honorare für Vorträge und Advisory Boards von Aristo, Besins Healthcare, Exeltis, Gedeon Richter, Jenapharm, Theramex

REDAKTION & LAYOUT

Dr. Martina Reitz & Lisa Sander

KW MEDIPOINT, Bonn

Die Zertifizierung dieser Fortbildung durch die Bayerische Landesärztekammer wurde von CME MEDIPOINT, Neusäß organisiert.

Diese Fortbildung wurde von Jenapharm GmbH & Co. KG mit insgesamt 7.707,- € finanziert.
Die Ausarbeitung der Inhalte der Fortbildung wird dadurch nicht beeinflusst.

BEGUTACHTUNG

Diese Fortbildung wurde von zwei unabhängigen Gutachtern auf wissenschaftliche Aktualität, inhaltliche Richtigkeit und Produktneutralität geprüft. Jeder Gutachter unterzeichnet eine Konformitätserklärung.

Diese Fortbildung ist auf www.cmemedipoint.de online verfügbar.