

F a m i l i e n p l a n u n g s - R U N D B R I E F

Ausgabe Dezember 2000 Nr. 4

Inhalt

<i>Einleitung</i>	3
<i>Menstruation</i>	3
<i>Störungen der Menstruation</i>	8
– <i>Dysmenorrhö</i>	8
– <i>PMS</i>	11
<i>Kongressbericht</i> <i>“European Society of Contraception“</i> <i>in Ljubljana, Slovenien</i>	14
<i>Hinweise</i>	
– <i>Mifegyne – Aktuell</i>	17
– <i>Sterilisation der Frau und trotzdem schwanger</i>	18
– <i>Langzeitbenutzung von Mirena®</i>	20
– <i>Gebärmutterhalskrebs: Früherkennungsprogramm</i>	20
– <i>Apomorphin: Konkurrenz zu Viagra®?</i>	21
– <i>Yasmin®, Petibelle®. Eine neue Pille mit dem Gestagen Drospirenon</i>	22
– <i>Pränatale Diagnostik</i>	23
– <i>Fortbildungszertifizierung für ÄrztInnen</i>	24
– <i>Dokumentation der BZgA</i>	24
<i>Veranstaltungskalender</i>	25

Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband

**PRO
FAMILIA**

Impressum: © 2000
Herausgeber: PRO FAMILIA-Bundesverband
Redaktion: Dr. med. Ruth Eichmann, Frankfurt am Main
 Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main
 Dr. med. Jutta Walter, Heidelberg
Anschrift: PRO FAMILIA-Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Für den Familienplanungs-Rundbrief Nr. 4, 2000, wurde „Menstruation“ als Hauptthema gewählt. Dabei handelt es sich um eine Thematik mit vielen Facetten und von erheblichem Umfang. Fragen dazu ergeben sich in sehr unterschiedlichen Beratungssituationen: Beispielweise wird bei der sexualpädagogischen Arbeit u.a. über Menstruationshygiene gesprochen. Ein anderer Ort ist die ärztliche Sprechstunde, wo Frauen wegen Unregelmäßigkeiten der Periodenblutung und mit Beschwerden vor und während der Menstruation erscheinen und sich nach Behandlungsmöglichkeiten erkundigen. Wieder anders liegen die Verhältnisse in der Kinderwunsch-Sprechstunde; dort wird das Ausbleiben der Menstruation als ein Zeichen einer möglichen Schwangerschaft freudig aufgenommen. Das gleiche Symptom, nämlich das Ausbleiben der Menstruation als Zeichen einer Schwangerschaft, die aber nicht gewollt ist, führt zur Schwangerschaftskonflikt-Beratung. Eine weitere Beratungssituation, in der über Veränderungen im menstruellen Blutungsverhalten informiert wird, stellen die Gruppen für Frauen in den Wechseljahren dar.

In dem vorliegenden Familienplanungs-Rundbrief werden einige dieser Fragen über Menstruation aufgegriffen und Neues und Altbekanntes über Menstruation zusammengefasst. Die Redaktion möchte mit diesen hier gegebenen Ausführungen einen Austausch von Praxiserfahrungen anregen, die dann später im Kapitel „Forum“ der folgenden Familienplanungs-Rundbriefe veröffentlicht werden können.

Die verbleibenden Rubriken des Familienplanungs-Rundbriefes enthalten Informationen in der gewohnten Weise. Hingewiesen wird insbesondere auf den Bericht über den 6. Kongress der „European Society of Contraception“ in Ljubljana, auf die Situation von Mifegyne in Deutschland und auf neue Pillenpräparate.

Menstruation

Definition

Die Menstruation, auch als Menses, Regel, monatliche Regelblutung, Periode, „die Tage“, etc. bezeichnet, ist ein normales natürliches Geschehen während der Geschlechtsreife der Frau. Es handelt sich um eine mit Blutung einhergehende Abstoßung der Gebärmutter Schleimhaut. Die echte Menstruation tritt auf nach einem biphasisch verlaufenden Zyklus, in dem es zu keiner Konzeption (Befruchtung) gekommen ist, d.h. nachdem ein Eisprung und die Gelbkörperbildung stattgefunden hat. Die Menstruation ist Ausdruck vaskulärer und muskulärer Vorgänge in der Gebärmutter, die durch Hormone gesteuert werden. Vasokonstriktion (Gefäßverengung) und Vasodilation (Gefäßerweiterung) der Spiralarterien und die Kontraktilität (Zusammenziehbarkeit) des Myometriums (Muskelschicht der Gebärmutterwand) werden durch im Endometrium (Schleimhaut der Gebärmutterinnenwand) und Myometrium gebildete Prostaglandine beeinflusst. Die Produktion der Prostaglandine wird wiederum durch Sexualsteroid reguliert.

Das Menstrualblut ist ungerinnbar aufgrund einer erhöhten lokalen fibrinolytischen Aktivität.

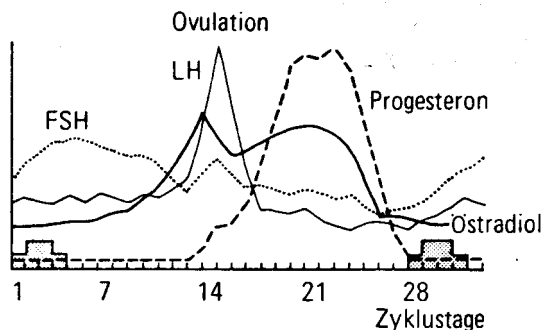
Laut Statistik tritt im mitteleuropäischen Raum die erste Menstruation (Menarche) zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr auf, heute zunehmend auch etwas früher. Wenn bis zum 16. Lebensjahr die Menstruation noch nicht eingetreten ist, sollte ärztlicher Rat eingeholt werden. Die letzte Menstruation (Menopause) wird um das 52. Lebensjahr registriert.

Der Menstruations-Zyklus

Die Menstruation ist Teil des sogenannten Menstruationszyklus. So wird die Zeit vom ersten Tag der Menstruation bis zum letzten Tag vor der nächsten Menstruation genannt. Der Menstruationszyklus dauert durchschnittlich 29,5 Tage mit großen im Normbereich liegenden Schwankungen. Bei der einzelnen Frau pendelt sich jedoch eine gewisse konstante Dauer ein.

Der Menstruationszyklus wird von Hormonen gesteuert. Die Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) erhält Impulse aus dem Zwischenhirn (Hypothalamus) und produziert das follikelstimulierende Hormon (FSH), das über den Blutweg zu den Eierstöcken gelangt und dort für die Reifung einer

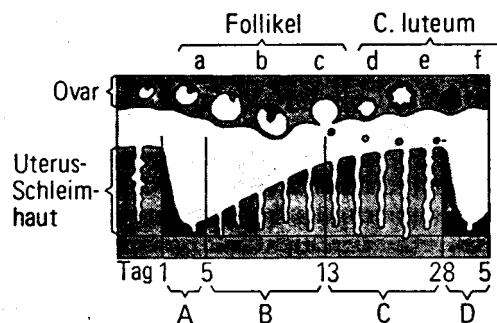
Eizelle im Eibläschen (Follikel) verantwortlich ist. Im Eibläschen wird das Follikelhormon (Östrogen) produziert. Unter dem Einfluss dieses Hormons findet der Aufbau der Schleimhaut der Gebärmutter statt. Wenn die Eizelle reif ist, platzt der Follikel aufgrund eines Anstiegs des von der Hypophyse produzierten luteinisierenden Hormons (LH) und gibt das Ei frei, das vom Eileiter aufgenommen wird. Der Vorgang der Freisetzung des Eis nennt sich Eisprung (Ovulation). Nach dem Eisprung verwandelt sich der Follikel unter dem Einfluss von LH in den Gelbkörper (Corpus luteum). Der Gelbkörper produziert das Gelbkörperhormon (Progesteron). Progesteron bewirkt die Umwandlung (Transformation) der Gebärmutterschleimhaut, so dass sich ein möglicherweise befruchtetes Ei einnisten kann. Es werden Nährstoffe in die Schleimhaut eingelagert. Progesteron sorgt für die Erhaltung der Schleimhaut. Hat keine Befruchtung stattgefunden, bildet sich der Gelbkörper zurück und schüttet kein Progesteron mehr aus. Die Voraussetzungen für die Erhaltung der Gebärmutterschleimhaut entfallen, die Schleimhaut wird abgestoßen, es kommt zur Menstruation und damit zum Beginn eines neuen Zyklus.



Menstruationszyklus:
Veränderungen der Plasma- bzw. Serumspiegel von FSH, LH, Östradiol und Progesteron im Verlauf des Menstruationszyklus. Die Darstellung ist stark schematisiert; die Ordinate drückt lediglich relative Spiegelbewegungen aus und trägt daher keine Skalierung.

Quelle: Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch

Der erste Teil des Menstruationszyklus vom ersten Tag der Menstruation bis zum Eisprung hat verschiedene Bezeichnungen: Eibläschenreifungsphase, Eireifungsphase, Follikelreifungsphase (Phase der Produktion des Follikelhormons), Proliferationsphase (Phase der Gewebszunahme durch Zellvermehrung der Gebärmutterschleimhaut).



Menstruationszyklus:
Veränderungen der Uterusschleimhaut und des Ovarium:
a: wachsend; b: sprungreif; c: gesprungen; d: Bildung; e: Blutestadium; f: Rückbildung.
A: Desquamation; B: Proliferation; C: Sekretion; D: Desquamation. [532]

Quelle: Pschyrembel – Klinisches Wörterbuch

Die Zykluslänge wird vor allem durch die Dauer der Proliferationsphase bestimmt. Die Dauer dieser ersten Zyklusphase ist veränderlich.

Der zweite Teil des Menstruationszyklus vom Eisprung bis zum letzten Tag vor der nächsten Menstruation wird als Gelbkörperphase, Corpus luteum-Phase, Lutealphase, Sekretions- oder Transformationsphase bezeichnet. Die Dauer ist ziemlich konstant zwischen 12 und 16 Tagen.

Die Abstoßung der Gebärmutterschleimhaut während der Menstruation wird auch Desquamation genannt.

Menge und Dauer der Menstruationsblutung

Der Blutverlust während der Menstruation beträgt im Mittel 60 bis 80 ml (30 bis 120 ml). Die Regelblutung dauert im allgemeinen 3 bis 5 Tage, selten bis 8 Tage und ist am 2. Tag am stärksten.

Häufigkeit der menstruellen Blutung

Der Begriff „monatliche Blutung“ weist auf die Wiederholung der Menstruation im Abstand von 28 Tagen hin. Untersuchungen haben allerdings gezeigt, dass die Zyklusdauer, d.h. die Dauer vom 1. Tag der Menstruation bis zum letzten Tag vor der nächsten Menstruation, sehr variabel ist. Jede Frau hat ihr persönliches Zyklusmuster. Nach Angaben aus der Literatur beträgt die Zyklusdauer zwischen dem 20. und dem 40. Lebensjahr bei 90 Prozent der Frauen zwischen 22 bis 32 Tagen.

Bezeichnungen verschiedener Menstruationstypen

Viele Faktoren können Einfluss auf die Menstruation nehmen und zu Störungen führen. Wenn Unsicherheiten bestehen, sollte ein Arzt/eine Ärztin befragt werden oder eine PRO FAMILIA-Beratungsstelle aufgesucht werden.

Als Eumenorrhö wird die beschriebene ohne Beschwerden verlaufende menstruelle Blutung bezeichnet.

Amenorrhö: Ausbleiben der Menstruation über mindestens 6 Monate. Es wird zwischen primärer und sekundärer Amenorrhö unterschieden.

Primäre Amenorrhö: Es hat noch nie eine Regelblutung stattgefunden.

Sekundäre Amenorrhö: Es sind zuvor Menstruationszyklen abgelaufen. Es handelt sich um rein zeitliche Begriffe ohne Berücksichtigung der zugrunde liegenden pathophysiologischen Zusammenhänge.

Oligomenorrhö: Die Abstände zwischen den Menstruationen sind verlängert. Die Blutung tritt nur alle 6 bis 12 Wochen auf.

Polymenorrhö: Zu häufig auftretende Blutung.

Hypomenorrhö: Schwache Blutung.

Hypermenorrhö: Zu starke Blutung.

Menorrhagie: Zu starke und zu lange anhaltende Monatsblutung.

Metrorrhagie: Nicht mehr zyklisch auftretende Blutungen.

Dysmenorrhö: Menstruation, die mit krampfartigen Schmerzen einhergeht.

Bedeutung der Menstruation

Die Bedeutung der Menstruation stellt sich für eine Frau in sehr unterschiedlicher Weise dar. Für viele Frauen ist die Menstruation u.a. gleichwertig mit der Erkenntnis „Frau-sein“, und gerade diese Einordnung wollen sie nicht missen. Daher fragen sich manche junge Mädchen, ob sie denn „normal“ seien, wenn die Mehrzahl ihrer Freundinnen bereits die Periode hat und sie noch nicht. Sie fühlen sich erst bestätigt und „dazugehörend“, wenn die Regelblutung eingetreten ist. Die Menopause, also die letzte Menstruation, ist nochmals ein einschneidendes Ereignis im Frauenleben. Die Wechseljahre vermögen die Identitätsfrage neu aufzuwerfen, wenn eine wichtige Funktion im Leben der Frau, die Gebärfähigkeit,

wegfällt. Es sollte jedoch nicht außer acht bleiben, dass das bewusste Verabschieden von der Phase der biologischen Fruchtbarkeit für viele Frauen nachweislich Freiräume erschließt, in denen sich eine neue Lebensform gestalten lässt.

Im Gegensatz zu Frauen mit einer positiven Einstellung zur Menstruation empfindet eine andere Gruppe die Menstruation als störend und als verzichtbar. Laut einer Emnid-Umfrage würden 71 Prozent von 855 befragten Frauen im gebärfähigen Alter auf die monatliche Blutung vorübergehend verzichten wollen und mehr als die Hälfte sogar für immer.

Die Frage stellt sich, inwieweit diese negative Besetzung der Menstruation durch gesellschaftlich tradierte Einstellungen und Vorurteile hervorgerufen wird. Die Menstruation ist allerdings schon seit langem kein ausgesprochenes Tabuthema mehr. Dies zeigt sich z.B. in der Werbung, die Mittel zur Monatshygiene anpreist. Alle angebotenen Produkte bieten Unterstützung bei dem erstrebenswerten Ziel an, dass sich die menstruierende Frau so wenig wie möglich oder gar nicht von der nicht menstruierenden Frau unterscheidet. Die Menstruation wird als etwas Unerwünschtes dargestellt.

Aufschluss über das „Erwünschtsein“ oder „Unerwünschtsein“ einer sich zyklisch wiederholenden Blutung gibt die Erforschung und Entwicklung der „Pille“. Für die „Väter der Pille“ war es wichtig, eine Stoffkombination zu finden, die neben der kontrazeptiven Wirkung eine Blutung in regelmäßigen Abständen auslöste. Für viele Frauen war und ist diese sogenannte Hormonentzugsblutung unter der Einnahme von Ovulationshemmern ein Äquivalent für die gewohnte Menstruation und sie sind beunruhigt, wenn unter der korrekten Pilleneinnahme diese Entzugsblutung nicht mehr auftritt. Auch bei den heute auf dem Markt befindlichen Kombinationspillen (Ovulationshemmer) ist die Blutung, die in der pillenfreien Woche nach 3-wöchiger Pilleneinnahme auftritt, eine Hormonentzugsblutung und keine Menstruation (s. Definition).

Berichte aus USA über die Entwicklung einer neuen Verhütungspille, die neben dem kontrazeptiven Effekt während der Einnahme zuverlässig die Blutung unterdrückt, lassen die Diskussion über die Notwendigkeit der Menstruation neu aufleben. Diese Ethinylestradiol-Levonorgestrel-Pille mit dem Namen „Seasonale“ der Barr Laboratories befindet sich z. Zt. im Prüfstadium. Sie soll täglich über die Dauer von 84 Tagen eingenommen werden. In den sieben anschließenden pillenfreien Tagen kommt es zu einer Entzugsblu-

tung. Für die Frau, die mit dieser Pille verhütet, bedeutet dies, dass sie nur viermal im Jahr eine menstruationsähnliche Blutung, eine Entzugsblutung, hat.

Bereits schon lange bekannt ist, dass Verhütungsmittel auf Gestagenbasis zu unregelmäßigen Blutungen und nach mehr oder weniger lange Anwendungsdauer bei einem Großteil der Frauen zum Ausbleiben der Blutung führen. Zu diesen Mitteln gehören z.B. die kontinuierlich einzunehmende Minipille; ferner die Zwei- bzw. Drei-Monatsspritzen, das IUS Mirena® (auch Hormonspirale genannt), mit 5-jähriger Liegedauer und das subdermale Hormonstäbchen Implanon® mit einer Wirkungsdauer von 3 Jahren.

Manche Experten, unter ihnen Gynäkologen und Endokrinologen, welche die Meinung vertreten, dass die Menstruation überflüssig ist, begründen dies mit den Erfahrungen, die bereits mit den oben erwähnten Verhütungsmitteln vorliegen. Auch mit dem Hinweis auf die Frauen im 19. Jahrhundert soll belegt werden, dass die Menstruation nicht notwendig ist: In dieser Zeit war es für die meisten Frauen wegen der zahlreichen Schwangerschaften und Stillzeiten normal, keine oder nur wenige Menstruationszyklen während ihres Lebens zu haben. Nicht erwähnt wird allerdings bei dieser Argumentation, dass die mittlere Lebenserwartung der Frau um 1900 unter dem Menopausenalter lag. Somit blieben organische Veränderungen der Postmenopause (z.B. Osteoporose, Atherosklerose), die heute unter anderem auf hormonelle Faktoren zurückgeführt werden, weitgehend unerkannt und bildeten kein Thema der medizinischen Forschung.

BefürworterInnen der „Abschaffung der Menstruation“ geben darüber hinaus eine wirtschaftliche Begründung, wonach durch die Beschwerden rund um die Menstruation viele im Arbeitsprozess stehende Frauen ausfallen und dadurch der Wirtschaft beträchtliche Unkosten verursachen würden.

GegnerInnen einer dauerhaften Unterdrückung der Menstruation bei der gesunden Frau führen medizinische und psychosoziale Argumente ins Feld. Aus medizinischer Sicht kann das Ausbleiben der Menstruation mit Veränderungen im Hormonsystem einhergehen, die unter Berücksichtigung der heute bekannten Systemvernetzung schließlich Auswirkungen auf beispielsweise das zentrale und vegetative Nervensystem, aber auch auf Stoffwechselprozesse haben könnten. Es sind bisher keine Untersuchungen über

diese möglichen Langzeitwirkungen bei der oben erwähnten neuen Pille bekannt.

Aus psychosozialer Sicht lässt sich die Frage stellen, welche Bedeutung die Menstruation für die einzelne Frau, für ihre Identitätsfindung, hat. Diese Bedeutung hängt unter anderem von dem Stellenwert der Menstruation in den jeweiligen Kulturen ab. Das Spektrum der Deutungen der Menstruation und somit das Verhalten gegenüber der Menstruation reicht von der Ansicht, dass es sich bei der Menstruation um „eine heilige Zeit“, um „Tage des Rückzugs und der Besinnung“ handle, bis hin zu einer Isolation der Frau, weil „Tage der Unreinheit“ vorliegen. Aus der letzteren Einstellung leitet sich mancher volkstümliche Aberglaube ab. So z.B., dass menstruierende Frauen Wein durch Berührung in Essig verwandeln, oder das Mayonnaise gerinnt, wenn sie von einer Frau während der Menstruation zubereitet wird.

Auch in der Medizin liegen die Zeiten nicht weit zurück, in denen die Menstruation zu vorsichtigen Schritten Anlass gab. So wurde z.B. eine Frau während der Menstruation nicht operiert, falls nicht ein Notfall vorlag. Auch heute bestehen noch unterschiedliche Meinungen hinsichtlich Operationen während der Menstruation. Geplante Operationen werden vorzugsweise in die Follikelphase gelegt. Laut Gattermann konnten frühere Bedenken einer allgemein erhöhten Infektionsgefahr oder Verschlimmerung von bestehenden Infektionen (Tb) während der Menstruation ausgeräumt werden. Nur Operationen im kleinen Becken und an der Hüfte sollten mit Vorsicht angegangen werden. Die Untersuchung der Gerinnungsfaktoren hat zu Ergebnissen geführt, die nicht gegen einen Eingriff während der Menstruation sprechen.

Studien über Einflussfaktoren auf den Menstruationszyklus

Vieles kann Einfluss auf den Menstruationszyklus nehmen. Es kann sich um psychisch-emotionale Faktoren handeln oder um körperliche Gegebenheiten, wie z.B. Leistungssport, Krankheiten. Im folgenden sind zwei Studien zu diesem Thema referiert.

1. Vegetarische Kost und Störungen des menstruellen Zyklus. Gibt es einen Zusammenhang? (Barr, SI. Am J Clin Nutr 70 (1999) 549-554 in Gyn-Depesche 2/2000, S. 20).

In einer prospektiven Untersuchung an kinderlosen Frauen zwischen 20 und 40 Jahren, mit

einem Body Mass Index (BMI) zwischen 18 und 25, normal langen Menstruationszyklen, die seit mindestens 6 Monaten keine „Pille“ einnahmen und keinen Leistungssport trieben, wurde der Einfluss vegetarischer Kost im Vergleich zu nicht vegetarischer Kost auf den Menstruationszyklus untersucht. Die mittlere Zykluslänge war in der vegetarischen und in der nichtvegetarischen Frauengruppe gleich. Die Vegetarierinnen hatten allerdings längere Lutealphasen (11 Tage) und weniger anovulatorische Zyklen (5 Prozent) als Frauen, die fleischhaltige Kost zu sich nahmen (9 Tage, 15 Prozent). Um Konsequenzen für die Gesamtbevölkerung zu ziehen, sollten nach Meinung der Autoren jedoch zur Bestätigung der Ergebnisse breitere Studien durchgeführt werden.

2. Wirkung des Rauchens auf den Menstruationszyklus (Windham, G.C et al. Obstet Gynecol 93 (1999) 59-65 in Gyn-Depesche 2/2000, S. 20).

In einer Studie an 408 Frauen wurde der Einfluss des Zigarettenrauchens auf den Menstruationszyklus untersucht. Dabei zeigte sich, dass Raucherinnen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchten, gegenüber Nichtraucherinnen ein fast vierfach erhöhtes Risiko hatten, eine verkürzte Follikelphase und damit einen verkürzten Zyklus (weniger als 25 Tage) zu bekommen. Bei starken Raucherinnen stieg außerdem das Risiko, dass eine Anovulation sowie eine verkürzte Lutealphase auftrat. Bei Raucherinnen und auch bei Frauen, die mit dem Rauchen aufgehört hatten, war das Risiko einer Anovulation umso höher, je früher sie mit dem Rauchen begonnen hatten (unter 16 Jahren).

Menstruationshygiene

Gewöhnlich ist die Frau während der Menstruation weder in beruflicher noch in sportlicher Hinsicht beeinträchtigt. Zum Auffangen des Regelblutes gibt es Monatsbinden, Tampons, Slipeinlagen. Was die Frau bevorzugt, bleibt ihr persönlich überlassen. Auf einige Besonderheiten sollte sie achten:

Tampons, die in die Scheide eingeführt werden, müssen alle vier bis sechs Stunden gewechselt werden. Wenn sie allzu lange liegen bleiben oder vergessen werden, können sie zu einem Nährboden für Bakterien werden und Scheidenentzündungen begünstigen. Außerdem sollten Tampons möglichst nur wäh-

rend der Tage mit stärkeren Blutungen benutzt werden. Ist die Regel nur noch sehr schwach, kann der Tampon außer der Menstruationsflüssigkeit zuviel Feuchtigkeit aus der Scheide aufsaugen. Das kann die Scheide trocken und anfällig für Entzündungen machen.

Binden gibt es mit und ohne Parfümierung. Die parfümierten Binden sollen einen besseren Geruchsschutz bieten, aber die Duftstoffe können auch den Scheideneingang und die Harnröhrenöffnung reizen.

Slipeinlagen sind nützlich für die ausklingenden Tage. Es ist jedoch nicht ratsam, sie darüber hinaus anzuwenden. Sie sind undurchlässig und halten die Feuchtigkeit der Scheide. Hefepilze können sich unter diesen Bedingungen leichter vermehren und eine unangenehme Scheidenentzündung hervorrufen.

Frauen, die schon Erfahrungen mit einem Diaphragma haben, verwenden es manchmal auch zum Auffangen der Blutung während der Menstruation. Es sollte dann je nach Stärke der Blutung öfters herausgenommen und abgespült werden.

Es gab eine Zeit, in der von einigen Frauen Menstruationsschwämmchen benutzt wurden. Die Schwämmchen sind mehrmals verwendbar und werden durch Einlegen in Essigwasser oder Auskochen gereinigt.

Soweit gewünscht, können Kohabitationen (Geschlechtsverkehr) während der Menstruation erfolgen. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass während der Menstruation pathogene Keime leichter in die Gebärmutter gelangen können.

Störungen der Menstruation

Dysmenorrhö

Definition und Häufigkeit

Die Dysmenorrhö (D) oder schmerzhafte Regelblutung ist weit verbreitet. Laut Angaben in der Literatur leidet jede zweite Frau zumindest vorübergehend daran. Auftreten und Schweregrad unterscheiden sich von Frau zu Frau, und können von Zyklus zu Zyklus unterschiedlich sein. Von 7 bis 15 Prozent der Frauen werden die Schmerzen als schwer eingestuft.

Was passiert im Körper während der Dysmenorrhö?

Die D beruht auf einer langanhaltenden Uteruskontraktion, die einen Ischämieschmerz auslöst. Die Uteruskontraktion wird durch eine verstärkte Produktion von Prostaglandin ($\text{PGF}_{2\alpha}$) im Endometrium hervorgerufen. Gleichzeitig ist die Produktion von Prostazyklin, das für die Entspannung des Myometriums verantwortlich ist, vermindert. Die Prostaglandin-Synthese im Endometrium wird durch die Sexualsteroiden reguliert, wobei Östradiol die Synthese von $\text{PGF}_{2\alpha}$ steigert und Progesteron diesen Effekt antagonisiert.

Ursachen

Störungen der Ovarialfunktion und damit im hormonellen Gleichgewicht können zur D führen. Aber auch psychische Faktoren, z.B. Schmerz- und Erwartungsangst, spielen eine nicht unwesentliche Rolle beim Entstehen der D. Ferner werden unter den psychischen Faktoren Rollenfindungskonflikte erwähnt. Auch Stress steht auf der Liste der Ursachen.

In den meisten Fällen handelt es sich um eine funktionell bedingte primäre D. Sie wird vor allem in der Adoleszenz, ab der ersten Blutung (Menarche), beobachtet. Nach einer Schwangerschaft verschwinden diese Beschwerden häufig ganz oder sie sind weniger stark ausgeprägt.

Die sekundäre D tritt oft erst später im Leben der Frau auf, nach mehreren Jahren einer normalen Menstruation. Neben den oben erwähnten auslö-

senden Faktoren sind folgende Ursachen möglich: Die sekundäre D tritt als vorherrschendes Symptom bei der Endometriose auf. Auch organische Veränderungen der Gebärmutter (angeborene Missbildungen) oder eine fixierte Lageanomalie, Verwachsungen, eine intrauterine Spirale sowie Entzündungserscheinungen im kleinen Becken können Ursache für sekundäre dysmenorrhöische Beschwerden sein und müssen differentialdiagnostisch abgeklärt und entsprechend behandelt werden.

Symptome

Neben den typischen krampfartigen Unterbauchschmerzen können mit Beginn der Menstruation Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen auftreten.

Die Beschwerden halten durchschnittlich 2 Tage an. Risikofaktoren für länger anhaltende und schwere Krämpfe während der Menstruation sind Rauchen, Übergewicht und häufiger Alkoholkonsum, wie aus einer prospektiven Studie von S. D. Harlow und Mitarbeiter hervorgeht.

Therapie

Bei der funktionellen primären D wird eine symptomatische Therapie angewendet. Sie sollte durch ein psychosomatisch orientiertes Gespräch unterstützt werden.

Zu den konventionellen Behandlungsmitteln gehören Schmerzmittel, wie Ibuprofen oder Naproxen. In der roten Liste sind über 100 Handelspräparate von Ibuprofen (z.B. Urem®, Gyno-Neuralgin®, Dolormin® u.a.) und 12 Handelspräparate von Naproxen (z.B. Dysmenalgit® u.a.) angegeben.

Ferner werden Prostaglandin-Synthetase-Hemmer (Indometacin; Acetylsalizylsäure, z.B. Aspirin®) zur Behandlung der D verschrieben.

Gute Erfolge werden mit hormonalen Kontrazeptiva erzielt. Insbesondere Frauen mit starken Schmerzen reagieren sehr gut auf die Gabe von Ovulationshemmern. Sie werden verordnet, wenn gleichzeitig eine Kontrazeption erwünscht ist. Unter Östrogen-Gestagen-Kombinationen verminderte sich z.B. die Zahl der Frauen mit schwerer D innerhalb von 6 Monaten von 34 Prozent auf 2 Prozent; der Anteil der beschwerdefreien Frauen stieg von 32 Prozent auf 78 Prozent an (*Taubert/Kuhl*). Auch die Anwendung der Minipille ist gerechtfertigt.

Erfahrungsberichte aus Großbritannien und Italien weisen einen therapeutischen Effekt von Nitroglycerin-Pflastern bei schwerer D nach. Untersuchungen an einem kleinen Kollektiv von 20 Frauen über die Wirkung von Nitroglycerin-Pflastern sind neuerdings von *M. David* et al beschrieben worden. Diese Arbeitsgruppe stellte eine myometriumrelaxierende Wirkung des Nitroglycerins am humanen Uterusstreifenpräparat im in-vitro-Versuch fest. Danach wurde in-vivo bei Frauen mit einer starken D-Attacke eine Besserung sowohl nach alleiniger Applikation eines Nitroglycerin-Pflasters als auch bei kombinierter Behandlung mit Nitroglycerin-Pflaster und Ibuprofen beobachtet. Im Falle der kombinierten Therapie war die Besserung ausgeprägter. Folgende Nebenwirkungen wurden registriert: signifikante, jedoch nicht therapiebedürftige systolische Blutdrucksenkung 15 Minuten nach Applikation des Nitroglycerin-Pflasters und oraler Gabe von Ibuprofen. In der Gruppe von Frauen, die nur Nitroglycerin-Pflaster erhalten hatten, gaben 4 von 10 Patientinnen Kopfschmerzen an, die ca. 45 bis 60 Minuten nach Therapiebeginn einsetzten und eine Behandlung erforderlich machten (Entfernung des Pflasters, Analgetikagabe). Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass Nitrogly-

cerinpflaster eine Therapieoption bei starker D darstellen und dass sich die Nebenwirkung „Nitratkopfschmerz“ offenbar durch eine zusätzliche Gabe von Ibuprofen vermindern lässt. Gefordert werden weitere Studien an größeren Kollektiven unter kontrollierten Bedingungen, um diese vielversprechenden Ergebnisse zu bestätigen.

Gute therapeutische Ergebnisse im Sinne einer Schmerzlinderung, Krampflösung und Entspannung sind auch mit Naturheilverfahren zu erzielen. Dazu gehören:

1. Körperakupunktur und Moxibustion
2. Phytotherapie. Zur Akutbehandlung der D werden spasmolytisch wirkende Pflanzen (Kamillenblüte, Melissenblätter, Gänsefingerkraut, Kümmel, Schafgarbenkraut) als Tee oder Tinktur noch vor Eintritt der Blutung angewendet, oder äußerlich als Wickel, Auflagen, Teilbäder verordnet. Unter den Pflanzen mit schmerzstillender Wirkung werden Frauenmantel (*Alchemilla vulgaris*), Schlangenkraut (*cimicifuga racemosa*), Ingwer und Salbei angegeben.

Zur längerfristigen Behandlung empfiehlt sich *Vitex agnus castus* (Keuschlamm, Mönchspfeffer) in Form standardisierter Präparate.

Tabelle 1: Pflanzliche Dysmenorrhö

Arzneipflanze	Dosierung	Anwendung
Millefolii herba (<i>Achillea millefolium</i> , Schafgarbenkraut)	Für Sitzbäder: 10 g Droge auf 2 l Wasser	Bei schmerzhaften Krämpfen psychovegetativen Ursprungs im kleinen Becken (<i>Pelvipathia vegetativa</i>)
Potentillae anserinae herba (Gänsefingerkraut)	Tagesdosis: 4-6 g Droge	Bei dysmenorrhöischen Beschwerden, auch im Zusammenhang mit Diarrhö
Matricariae chamomillae flos (Kamillenblüten)	1 EL getrocknete Droge auf 1 l kochendes Wasser, ins Sitzbad geben	Sitzbad bei Dysmenorrhö (<i>Matricaria</i> von Mater-Gebärmutter!)
<i>Alchemilla vulgaris</i> (Frauenmantel)		Sitzbad zur Spasmolyse

Die bei dieser Indikation ebenfalls angezeigte Arzneipflanze *Vitex agnus castus* ist längerfristig als standardisiertes Phytotherapeutikum anzuwenden.

Quelle: Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Hrg. F.W. Dittmar, E. Loch, M. Wiesenauer

Bei Vorherrschen psychischer Symptome können im Intervall zwischen den Menstruationen psychotrop wirkende Substanzen eingenommen

werden. Da es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gibt, sollte vor der Anwendung ärztlicher Rat eingeholt werden.

Tabelle 2: Psychotrop wirkende Arzneipflanzen

Arzneipflanze	Arzneimittel ® (Mono- und Kombinationspräparate)
Hyperici herba (Johanniskraut)	Esbericum, Helarium Hypericum, Jarsin 300, Neuroplant 300
Piper methysticum-Rhizom (Kava-Kava)	Antares 120, Kavatino, Laitan 100
Passiflorae herba (Passionsblume)	Biral forte, Kytta-Sedativum, Passiorin N
Strobuli lupuli (Hopfen)	Euvegal forte N, Hovaletten N, Kytta-Sedativum f, Pascosedon S, Sedatruw S
Valerianae radix (Baldrianwurzel)	Baldrian-Phyton, Euvegal forte, Hovaletten N, Kytta-Sedativum f, Pascosedon S, Sedariston-Konzentrat, Sedatruw S
Melissae folium (Melissenblätter)	Pascosedon S, Sedatruw S

Quelle: Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Hrg. F.W. Dittmar, E. Loch, M. Wiesenauer

3. Homöopathie. Es wird zwischen Akut- und Langzeitbehandlung unterschieden. Erstere kommt mit Einsetzen der Blutung zur Anwendung. Je nach Schmerzqualität werden Belladonna, Chamomilla, Magnesium phosphoricum, Veratrum album, Viburnum opulus, zum Teil auch als Fertigpräparate, verschrieben. Voraussetzung für eine Langzeitbehandlung (Konstitutionsbehandlung) ist die Erhebung einer individuellen umfassenden homöopathischen Anamnese. Diese Behandlung ist darauf ausgerichtet, die Neigung zu dysmenorrhöischen Beschwerden abzubauen.

4. Balneo-, Hydro- und Thermo-therapie. Zu diesen Maßnahmen gehören altbekannte Behandlungen aus der Volksmedizin, die zur Entspannung beitragen und durchblutungsfördernd wirken, wie z.B. Sitzbäder in warmen Wasser (10 Minuten), oder temperaturansteigende Fußbäder (nicht bei Krampfadern!). Sie werden vor Eintritt der Blutung angewendet. Auch feuchtwarme Wickel (Wasser mit Rosmarin und Melisse-Zusatz) von 30 Minuten Dauer, sowie kurmäßige Anwendung von Moorbädern werden empfohlen.

5. Gymnastische Entspannungsübungen. Auch Massagen, z.B. des Rückens und Unterleibs mit verdünnten ätherischen Ölen werden empfohlen.

Entspannend und schmerzlindernd wirken ätherische Öle von Lavendel, Rosenpelargonie, Muskatellersalbei, Ylang-Ylang, Kamille, Zitronenmelisse, Ingwer, Rosmarin.

Die Behandlung der sekundären D richtet sich nach der auslösenden Ursache, z.B. Behandlung der Endometriose, operative Entfernung von Verwachsungen, Gabe von Antibiotika bei Entzündungen im kleinen Becken, Entfernung der Spirale.

Um sexuell übertragbare Krankheiten und die damit verbundenen Entzündungen zu vermeiden, wird in Risikosituationen die Verwendung von Kondomen empfohlen.

Eine fettarme vegetarische Kost kann die Intensität und Dauer der D herabsenken, wie eine Crossover-Studie an einem allerdings kleinen Frauenkollektiv zeigte (*Barnard*)

Prämenstruelles Syndrom (PMS)

Definition

Mit dem Begriff „Prämenstruelles Syndrom“ oder PMS wird eine Reihe von unterschiedlichen körperlichen und psychischen Symptomen beschrieben, die bei Frauen in der zweiten Zyklushälfte, etwa 8 bis 10 Tage vor der Menstruation auftreten. Mit Einsetzen der Periodenblutung verschwinden die Beschwerden. Um von PMS zu sprechen, sollten die Beschwerden in mindestens drei aufeinanderfolgenden Zyklen auftreten und die Frau so beeinträchtigen, dass sie sich ärztlichen Rat holt. Vorwiegend betroffen sind Frauen jenseits des 30. Lebensjahres.

Häufigkeit

Die Angaben in der Literatur über die Häufigkeit des PMS reichen von 20 Prozent bis 85 Prozent. Nach neueren Daten klagten bis zu 40 Prozent der Frauen im biologisch reproduktiven Alter über mehr oder weniger ausgeprägte PMS-Beschwerden, 5 Prozent sind schwer beeinträchtigt. Nach der Menopause wird kein PMS mehr beobachtet.

Ursachen

Die Ursachen des vielschichtigen PMS sind noch unklar. Da die Beschwerden mit der Lutealphase des Zyklus zusammenfallen, wird ein Zusammenhang mit der Progesteronproduktion diskutiert. Wahrscheinlicher sind komplexe Phänomene, wie eine möglicherweise dispositionsbedingte Dysregulation des zentralen und vegetativen Nervensystems als Reaktion auf hormonale Veränderungen (neben Progesteron werden in diesem Zusammenhang Aldosteron, Prolactin, Estradiol, beta-Endorphin und die Schilddrüsenunterfunktion genannt). Laut *Jürgensen* ist „die Intensität der subjektiven Reaktion auf diese Veränderungen von normal (erträglich) zu pathologisch (unerträglich) mit Sicherheit inter- und intraindividuell fließend“.

Des Weiteren werden Ernährungsdefizite oder -unregelmäßigkeiten (übermäßiger Genuss von Zucker und raffinierten Kohlehydraten, von Koffein und Alkohol, hoher Salzkonsum), Vitamin- und Mineralstoffmangel (Magnesium, Zink,

Chrom, Kalzium, Vitamin C, B-Vitamine, Vitamin E und Linolsäure) für das Auftreten des PMS verantwortlich gemacht, ohne bisher konkrete Beweise dafür zu haben. Auch Bewegungsmangel, Obstipation, Medikamente (Abführmittel) werden als zusätzliche Ursachen von PMS diskutiert.

Als starke unabhängige Risikofaktoren für ein PMS erwiesen sich in einer Bevölkerungsstudie aus den USA das subjektive Empfinden von großem Stress und regelmäßiger Alkoholkonsum, wogegen Tabak- und Kaffeekonsum keinen Einfluss auf die Symptomatik hatten. In dieser Studie wurden 874 nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Frauen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren per Telefon interviewt. Schwarze waren stärker betroffen als Weiße; Frauen mit einer Menstrationsdauer von mehr als 6 Tagen litten häufiger unter PMS als Frauen mit kürzerer Menstrationsdauer. Entgegen den bisherigen Erkenntnissen litten in dieser Studie Frauen unter 34 Jahren stärker an PMS als ältere Frauen. Nach Meinung einiger Autoren können auch ursächliche Zusammenhänge zwischen PMS und Identifikationsproblemen mit der weiblichen Rolle bestehen.

Symptome

Mehr als 150 Symptome des PMS sind beschrieben.

Küpper und *Loch* haben die Störungen in verschiedene Gruppen wie folgt zusammengefasst.

- Störungen durch Wassereinlagerung (Mastodynie, Gewichtszunahme, Ödeme)
- neurovaskuläre Störungen (Migräne, Schwindel, Parästhesien, Herzrhythmusstörungen, erniedrigte Krampfschwelle bei Epilepsie)
- gastroenterologische Störungen (verändertes Essverhalten, Druckgefühl im Unterbauch, Obstipation)
- psychische Störungen (Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Depressionen, negatives Körperbewusstsein bis hin zu gesteigerter Unfallrate, kriminellen Handlungen und Suiziden)
- weitere Störungen: Rücken- und Gelenkschmerzen, akneiforme Hautveränderungen, Neigung zu Pilz- und Herpesinfektionen, Urtikaria u.a.

Tabelle 3: Einteilung des PMS nach dominierendem Symptom (nach Küpper, C., Loch, E.-G.: Prämenstruelles Syndrom. Dtsch. Apoth.Z. 136 (1996) 23-27)

PMS-Typ	Dominierende Symptome	Diskutierte Ursache
D (=depression)	Depression, Vergesslichkeit, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit (20%)	Progesteron-Dominanz, erniedrigter Serotonin- und Dopaminspiegel durch Vitamin-B ₆ -Mangel, dadurch erhöhter Prolaktinspiegel
A (=anxiety)	Angst, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen (80% der Betroffenen)	Relativ zu hoher Östrogenspiegel in der Lutealphase
C (=craving)	Heißhungerattacken, Appetitzunahme, Kopfschmerzen, Schwindel, Herzjagen (40%)	Verstärkte Insulinwirkung in der Lutealphase, Neigung zu Hypoglykämie
H (=hyperhydration)	Wassereinlagerung, Gewichtszunahme, Ödeme, Brustspannen (60% der Betroffenen)	Veränderungen der Renin-Angiotensin-Aldosteron-Achse unter Einfluss des Progesterons, Laxanzienabusus

Quelle: Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Hrg. F.W. Dittmar, E. Loch, M. Wiesenauer

Therapie

Die Behandlungen sind symptomorientiert bzw. richten sich nach der vermuteten Ursache. Aus dieser Tatsache ergibt sich, dass viele Therapien beschrieben worden sind. Häufig wird auch von einem positiven Placeboeffekt berichtet. Eine Besserung des PMS kann durch Einnahme oraler Kontrazeptiva (Pille), durch Progesteron – auch lokal angewendet bei Mastodynie -, Prolaktin-hemmer (Dopaminagonisten wie Bromocriptin) u.a. erreicht werden. Auch Schmerz- und entzündungshemmende Mittel wie Ibuprofen und Naproxen lindern bei manchen Frauen die Beschwerden.

In schweren Fällen von PMS werden zunehmend selektive Serotonin-Re-uptake-Inhibitoren (SSRI) eingesetzt. Körperliche Symptome und Befindlichkeitsstörungen können wirksam gelindert werden, wie *Dimmock et al* nachweist.

Hilfreich sind, zusätzlich zu anderen Behandlungen, psychotherapeutische Gespräche. Ferner werden Strategien zur Stressbewältigung empfohlen. Je nach vorherrschenden Symptomen kommen Körper- oder Ohrakupunktur zur Anwendung, hydrotherapeutische Maßnahmen (z.B. längerfristig konsequent angewendete Wechselbäder und Kaltanwendungen), Entspannungsübungen (z.B. Autogenes Training, Muskelrelaxation nach Jacobson), Bewegungstraining (z.B. Lauftraining, Schwimmen).

Die Ernährung sollte ausgewogen sein, so dass es zu keinen Gewichtsveränderungen kommt. Eine fettarme vegetarische Kost besserte in einer Studie von *Barnard* die Symptome deutlich.

In einigen Studien wurden günstige Wirkungen nach Einnahme von Vitamin B 6 oder Vitamin E beobachtet. Andere Untersuchungen konnten dies nicht bestätigen. Bei erniedrigten gamma-Linolensäure-Blutspiegeln kann eine Substitution dieser Substanz sinnvoll sein.

Gamma-Linolensäure wird auch unter den zur Behandlung des PMS angewandten Phytopharmaka (pflanzliche Arzneimittel) erwähnt; sie ist z.B. in Borretsch- und Nachtkerzensamenöl, schwarzen Johannisbeeren und Algenarten enthalten. Das am meisten in der Therapie des PMS angewendete Phytopharmakon ist *Vitex agnus castus* (Mönchspfeffer oder Keuschlamm); es befindet sich in Form verschiedener Handelspräparate auf dem Markt (z.B. Agnolut®, Femicur®, u.a.)

Während es sich bei den sogenannten Phytopharmaka heute in den meisten Fällen um standardisierte Medikamente handelt, deren Wirkstoffe wissenschaftlich erforscht und analysiert sind, kennt die Volksmedizin eine Vielzahl von Pflanzen und Kräutern mit gesundheitsfördernden Wirkungen, deren Inhaltstoffe jedoch weitgehend unbekannt sind. Einen Eindruck über die Vielfalt therapeutisch anwendbarer Kräuter

vermittelt der folgende Abschnitt „Kräuterbehandlung bei PMS“, entnommen aus „Frauenhandbuch Heilkräuter“ von A. McIntyre:

„Setzen sie Kräuter zum Hormonausgleich ein, um den Östrogen- und Progesteronausgleich wiederherzustellen. Mönchspfeffer hat direkte Auswirkungen auf die Hypophyse und reguliert die Hormonproduktion. Durch das Herabsetzen des follikelstimulierenden Hormons (FSH) und die Erhöhung des luteinstimulierenden Hormons (LSH) wird das relative Übergewicht von Östrogen gegenüber Progesteron ausgeglichen. Mönchspfeffer empfiehlt sich auch bei Ungleichgewicht im Schilddrüsenhormon. Das Falsche Einkorn hat ebenfalls eine ausgleichende Wirkung auf das Verhältnis zwischen Östrogen und Progesteron und stärkt die Eierstöcke. Auch Wilde Yamswurzel und Amerikanischer Schneeball gleichen den Hormonhaushalt aus. Manche Kräuter haben östrogenähnliche Eigenschaften. Weist ihr Bluttest auf einen Östrogenmangel hin, können östrogenhaltige Pflanzen wie Salbei, Herzgespann, Hopfen und Wanzenkraut hilfreich sein. Abgestimmt auf die jeweiligen Symptome, kann ihr „Kräuterfahrplan“ noch ergänzt werden.

Bei Spannung, Angst oder Depression empfehlen sich:

Helmkraut	Wilder Hafer
Echter Ziest	Eisenkraut
Kamille	

Stimmungshebend wirken:

Rosmarin	Zimt
Hafer	Johanniskraut
Ingwer	Zitronenmelisse

Bei starker Anspannung eignen sich:

Baldrian	Passionsblume
----------	---------------

Bei Wasseransammlung, Aufgedunsensein, Schwellung und Brustschmerzen helfen Diuretika wie:

Mais	Klette
Löwenzahnblätter	

Brustschwellungen und –überempfindlichkeit lindern:

Kletten-Labkraut	Kermesbeere
Ringelblume	

Alle Verschreibungen zur PMS-Behandlung sollten Heilmittel zur Stimulierung der Leber beinhalten, um den Entgiftungsprozess zu stimulieren. Auch Kräuter zur Regulierung des Blutzuckerspiegels sind wichtig. Es eignen sich Klette, Löwenzahnwurzel, Wermut, Krauser Ampfer, Rosmarin und Ringelblume.

Bei Verstopfung oder Verdauungsproblemen regulieren Krauser Ampfer, Klettenwurzel oder Süßholz die Darmtätigkeit. Bei Übelkeit oder Erbrechen helfen Kamille, Zitronenmelisse, Zimt, Ingwer und Pfefferminze. Süßholz wirkt auf die Nebennieren und minimiert die Auswirkungen von Stress auf den Körper.

Die ätherischen Öle von Lavendel, Rosmarin, Melisse, Rose und Bergamotte können bei der Massage oder als Zusatz für ein Entspannungsbad verwendet werden.“

Unter den Behandlungsmöglichkeiten des PMS werden nicht zuletzt die Homöopathie und die Neuraltherapie erwähnt.

Das berechtigte Ausprobieren vieler Behandlungsmethoden und Arzneien beim PMS ist einerseits auf die Unsicherheit der Genese des PMS und andererseits auf die vielfältige Symptomatologie zurückzuführen. Es stellt sich die Frage, ob diese Aussagen zur Genese und Symptomatologie nicht gerade charakteristisch für das PMS sind, und so akzeptiert werden sollten. In ihrem Vortrag „Neuroendokrinologische Aspekte beim PMS“ nennt *Jürgensen* „als einzige sichere Voraussetzung für die Entstehung eines PMS den hormonalen Zyklus“ und folgert: „Das Erleben dieser Zyklizität ist integrativer Bestandteil des Weiblichen, mag man es nun als Geschenk oder Schicksal oder Krankheit verstehen.“

Quellenangaben

- | | |
|-----------------------|---|
| Barnard, N.D. et al. | Diet and sexualhormone binding globulin, dysmenorrhea and premenstrual symptoms. Obstet. Gynecol 95 (2000) 245. In Gyn-Depesche 8/2000, S. 17 |
| David, M. et. al. | Nitroglycerin-Pflaster als Therapieoption bei schwerer Dysmenorrhö. Resultate einer in-vitro-Untersuchung und klinische Untersuchungen GebFra Oktober 2000, 60: 489-495 |
| Deuster, P.A. et. al. | Biological, social and behavioral factors associated with PMS. Arch. Fam Med 8 (1999) 122-128 in Gyn-Depesche 5/1999, S. 20 |

- Dimmock, P.W. et al. Efficacy of selective serotonin-re-uptake inhibitors in premenstrual syndrome : a systematic review. Lancet 356 (2000) 1131 und Steiner, M. Lancet 356 (2000) 1126. In Gyn-Depesche 8/2000, S. 17
- Dittmar, F.W., Loch, E-G., Wiesenauer, M., Herausgeber Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 2. Auflage 1998, Hippokrates Verlag
- Gattermann, M. Menstruation. Keine Kontraindikation für Operationen. Dt. Ärztebl. 84, Heft 27, 1987
- Harlow, S.D. et al Weshalb ändern sich Menstruationsbeschwerden ? GebFra, Januar 1997, 57:A 13
- Jürgensen, O. PMS-Neuroendokrinologische Aspekte. Psychosomatische Gyn- u. Geburtsh. 1987, S. 189
- McIntyre, A. Frauenhandbuch Heilkräuter, 1996, BLV Verlags GmbH
- Martius, G., Breckwoldt, M., Pfeleiderer, A., Herausgeber Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe. 1994, Thieme-Verlag
- Nissim, Rina Naturheilkunde in der Gynäkologie. Ein Handbuch für Frauen.
- Taubert, H.-D., Kuhl, H. Kontrazeption mit Hormonen. 1995, Thieme-Verlag
- Emnid-Umfrage: Zitiert in: „Bevölkerungsexplosion: Zukunftsperspektiven der Verhütung weltweit.“ Gyn-Depesche 5/2000, (September), S. 26

Kongressbericht

Bericht vom 6. Kongress der European Society of Contraception vom 28. Juni bis zum 1. Juli 2000 in Ljubljana, Slovenien

Dr. med. Ines Thonke

Die European Society of Contraception (ESC), die 1989 in Paris gegründet wurde, hat als ihre Hauptaufgabe definiert, das Wissen und den Gebrauch von Verhütungsmethoden in Europa zu verbessern und zu vereinfachen. Das bedeutet einerseits Einzelne und Paare bei Entscheidungen in Fragen der Kontrazeption und in Fragen der reproduktiven Gesundheit zu informieren und zu unterstützen. Andererseits heißt dies auch, auf Forschung und Wissenschaft Einfluss zu nehmen, dass diese sich verstärkt der Entwicklung verlässlicher und sicherer Verhütungsmethoden widmet. Die Einführungsveranstaltungen befasste sich mit dem Thema reproduktive Gesundheit und Rechte. Laut Darstellung der ESC-Präsidentin C. Coll aus Spanien wird es im kommenden Millennium die wichtigste Aufgabe sein, das bisherige medizinisch-orientierte Modell durch ein Modell auszutauschen, das eine umfassende Auffassung von reproduktiver Gesundheitsfürsorge beinhaltet und das zu einer Veränderung der wissenschaftlichen und persönlichen Haltung führt. Das Wort Kontrazeption muss neu definiert werden als Art der Versorgung, die Frauen und Männern ein sicheres, befriedigendes Sexualeben ohne Risiken ermöglicht bei der gleichzeitigen Erhaltung ihrer reproduktiven Kapazität, so dass sie zu gegebener Zeit die gewünschte Anzahl Kinder bekommen können.

Zur reproduktiven Gesundheitsfürsorge gehören:

- Menschenrechte für Frauen und Männer, die das Recht auf reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung beinhaltet. Verbesserung des Status der Frauen, um den gleichen Status wie Männer zu erhalten.
- Bildung zum Thema Sexualität hinsichtlich einer gesunden sexuellen Entwicklung, der Vermeidung von Krankheiten, Behinderung, Gewalt und von schädigenden Handlungsweisen
- Sichere und zugängliche Angebote zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs

- Die Möglichkeit, Kinder unter sicheren und gesunden Bedingungen, in gewünschter Anzahl und zum gewünschtem Zeitpunkt zu gebären

Paul van Look von der Abteilung Reproduktive Gesundheit und Forschung bei der WHO in Genf betonte bei seiner Einführung in die Veranstaltung die große Bedeutung der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD), die 1994 in Kairo stattfand. Der möglicherweise größte Erfolg der Konferenz war nach *van Look* der Paradigmenwechsel von Familienplanung und Bevölkerungskontrolle zu reproduktiver Gesundheit. Nach Einschätzung der Konferenz ist es möglich, eine Stabilisierung der Weltbevölkerung zu erreichen und gleichzeitig die Bedürfnisse der Menschen zu beachten und ihr Recht zur Reproduktion zu respektieren.

Trotz großer Veränderungen in den letzten Jahren bleiben wichtige Herausforderungen für die Gegenwart und für die Zukunft aktuell: Bei noch immer steigenden Bevölkerungszahlen ist es notwendig, in den einzelnen Ländern Programme zu entwickeln, die den erhöhten Bedarf an Familienplanungsangeboten gerecht werden. Gegen die Ausbreitung von STD (Sexual Transmitted Diseases) inklusive HIV/AIDS müssen Methoden entwickelt werden, die einen zweifachen Schutz - vor Schwangerschaft und vor sexuell übertragbaren Krankheiten - garantieren; die Verhinderung der epidemischen Ausbreitung von HIV hat hierbei eine besondere Bedeutung.

Die Situation im Gastgeberland Slovenien lässt sich in vielen Bereichen der reproduktiven Rechte und des reproduktiven Gesundheitsstatus mit der in Zentraleuropa vergleichen.

Unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg wurden erste Schritte unternommen, indem nach und nach eine Liberalisierung der Schwangerschaftsabbruch-Regelung stattfand. Die Verhütungsberatung wurde in das allgemeine Gesundheitssystem aufgenommen. Seit 1974 existiert das Gesetz „Right to free decision on the childbirth“. Dieses Gesetz enthält die drei Aspekte der Fertilitätsregulierung: Verhütung, Schwangerschaftsabbruch und Behandlung der Unfruchtbarkeit. Verbesserungswürdig bleiben in Slovenien die Raten der mütterlichen und perinatalen Sterblichkeit, die Sterilisationsraten sowie die Raten der Morbidität und Mortalität bei Krebserkrankungen des Genitaltrakts.

D. Cossey von IPPF, London, erläuterte das Konzept: „Freedom of reproductive choices“, das in diesem Zusammenhang am treffendsten mit Freiheit zur reproduktiven Selbstbestimmung

übersetzt wird. Die Begrifflichkeit wurde von ihr anhand von Fragen zur Gültigkeit in der Gegenwart, zur Bedeutung für den/die Einzelne(n) und zu der Ausgewogenheit von Selbstbestimmung und Verantwortung überprüft. Weitere Fragen zielten darauf, ob europaweite Initiativen dazu beitragen können, die Freiheit zur reproduktiven Selbstbestimmung zu erhöhen und ob in dieser Hinsicht Ziele für Kairo + 10 (Jahre) existieren.

Das kompakte Programm des ESC-Kongresses beinhaltete ein sehr weites Spektrum zum Thema Kontrazeption. Neben Hauptvorlesungen fanden freie Vorträge, Symposien und Workshops statt. Es existierten zahlreiche Angebote zu Expertengesprächen in kleiner Runde sowie Posterpräsentationen.

In Ljubljana wurden viele Themen bearbeitet auf deren Diskussion man in den deutschen Fachgesellschaften leider noch immer vergeblich wartet. So fanden sich hier die „Emergency Contraception“ und der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch eingebettet in die „Kontrazeptionsdebatte“.

Der postkoitalen Verhütung sprach *van Look* das Potential zu, weltweit zweistellige Millionenzahlen von unbeabsichtigte Schwangerschaft zu vermeiden.

Durch die große Unwissenheit über das von ihm genannte „bestgehütete Geheimnis“ vieler Nationen blieb dieses Potential jedoch ungenutzt. Erst in den letzten Jahren wurde durch die Anstrengung von Familienplanungsorganisationen und der WHO, die Postkoitalverhütung in die (reproduktive) Gesundheitsversorgung zu integrieren, eine deutliche Verbesserung in der Versorgung und Nutzung dieser Methode erkennbar.

Dies geschah z.B. durch die Überprüfung und Überarbeitung von klinischen Richtlinien (bei der Anwendung der Gestagenmethode bedeutet dies praktisch die Streichung aller medizinischer Kontraindikationen), durch die Initiierung von Medienkampagnen, um das öffentliche Bewusstsein zu erhöhen, durch das Erproben neuer Modelle, die die Verfügbarkeit für Klientinnen vereinfachen und schließlich durch eine intensive Forschung, insbesondere über Levonorgestrel und Mifepristone.

In diesem Sinne eröffnete *A. Bigrigg* aus Glasgow ihren Vortrag zu den Möglichkeiten, die Kenntnisse über den Zugang zu „emergency contraception“ (EC), zu verbessern mit dem Satz: „Soziale Fortschritte müssen Hand in Hand gehen mit dem wissenschaftlichen Fortschritt. Die Barrieren für EC sind noch immer die Unkenntnis

über die existierende Methode, die Verschreibungspflicht, moralische Bedenken, das Zeitfenster und die Anlaufstellen, wo EC erhältlich ist. Neben Öffentlichkeitskampagnen, einheitlichen telefonischen Informationsangeboten (z.B. in den USA: Easy to go= EC to go, dial EC) existiert die potentielle Apothekenabgabe, die Vorverschreibung sowie die Möglichkeit, Informationen zu EC auf Kondompackungen bzw. weiteren Verhütungsmittelverpackungen zu platzieren.

A. Webb berichtete über eine Multicenter-Studie des Population Council, die eine Modifikation der Yuzpe-Methode vornimmt. Folgende Fragen sollen durch die mit über 2000 Frauen durchgeführte Studie beantwortet werden: Kann das Zeitfenster der Anwendung der Yuzpe-Methode verlängert werden? Haben andere Dosiskombinationen den gleichen gewünschten Effekt? Wie lassen sich Nebenwirkungen vermindern? Ergebnisse dieser Untersuchungen werden für das Ende des Jahres erwartet.

S. Rowlands widerlegte mit ihrer vorgelegten Studie das häufig vorgetragene Vorurteil, dass die wiederholte EC-Einnahme weitverbreitet ist.

H. Christman stellte in ihrem Vortrag ein Projekt aus den Vororten von Paris vor, bei dem die EC-Versorgung in Familienplanungs-Kliniken von Krankenschwestern vorgenommen wurde, wenn kein Arzt/Ärztin anwesend war. Ihr Fazit aus den Ergebnissen ist: Die Abgabe der EC durch Krankenschwestern ist unbedenklich, die EC-Methode wird durch diese Vorgehensweise für die Klientinnen leichter zugänglich, die Einnahme von EC bzw. der erleichterte Zugang zur Methode hat keinen negativen Effekt auf die spätere Anwendung regulärer Kontrazeptiva.

Durch die Zulassung eines reinen Gestagenpräparates zur Anwendung als Postkoitalpille erfolgte in Frankreich im letzten Jahr eine Modifizierung der Abgaberegulierung für die „Notfallverhütung“. E. Aubény beschrieb in ihrem Vortrag die Veränderungen in der Einstellung zu EC bei ÄrztInnen und ApothekerInnen, die durch diese vereinfachte Abgaberegulierung für EC ausgelöst wurde.

Durch die gute Information der französischen Gesellschaft für Kontrazeption wurde laut Aubény eine gute Akzeptanz in der französischen Ärzteschaft geschaffen.

Die PharmazeutInnen zeigten zu Beginn der Neuregelung große ethische Bedenken, waren ungenügend informiert und sahen die Übernahme von Verantwortung in dieser Frage als problematisch an.

Mittlerweile ist die Methode bekannt und gut akzeptiert, ApothekerInnen übernehmen die Verantwortung gerne und sehen sich als Teil des Gesundheitssystems. Akzeptanzprobleme existieren jedoch weiterhin bei Eltern und Krankenschwestern. Dagegen wird die EC-Methode nach Aubény von 63 Prozent der Öffentlichkeit akzeptiert und sie sieht eine sehr positive Entwicklung darin, dass in Frankreich über diese Fragen öffentlich debattiert wird.

Die weiteren Präsentationen des Kongresses beschäftigten sich sehr weitläufig mit dem Thema Kontrazeption. Eines der Schwerpunktthemen war natürlich die hormonale Kontrazeption. Neben medizinischen Fakten, z.B. der Vorstellung neuer Wirksubstanzen wie z.B. Drospirenon oder den Stoffwechselinteraktionen von oralen Kontrazeptiva wurden hierzu auch Fragen der „evidence-based“ Medizin, Fragen der Beratung, Erkenntnisse zu „kontrazeptiven“ Bedürfnissen in verschiedenen Altersgruppen und zu den Auswirkungen der oralen Kontrazeptiva auf das sexuelle Erleben behandelt.

So ist hierzu J. Bancroft aufgefallen, dass diese Frage seit der Einführung niedrig dosierter oraler Kontrazeptiva in der Forschung vernachlässigt wurde. Die zwei vorgelegten Studien belegen, dass Kombinationspräparate (COC = combined oral contraceptive) häufig zu negativen Veränderungen in der Sexualität führten und signifikant mit einem Absetzen der oralen Kontrazeptiva assoziiert waren.

In einer der Studien, die mit 150 sterilisierten Frauen durchgeführt wurde, war es möglich eine Placebo-Kontrollgruppe zu bilden. In dieser als auch in der Studie, die COC Einnahme mit der POP-Einnahme verglich, ließen sich die o.g. negativen Effekte weder in der Gruppe, die nur Gestagene (POP = Progestogen-only pills) einnahm, noch in der Placebokontrollgruppe nachweisen.

Neben der Thematik der oralen Kontrazeptiva fand sich in Ljubljana Raum für die Auseinandersetzung mit alternativen Verhütungsmethoden. IUD, Depot-Kontrazeptiva wie die LNG-Spirale und Implantaten sogenannten „natürlichen“ Methoden wie Fruchtbarkeitswahrnehmung und Laktationsamenorrhö und Sterilisation. Der Schwangerschaftsabbruch wurde unter dem Leitmotiv „Abortion: Free, safe and available“ behandelt, hierbei wurde insbesondere über neue Erkenntnisse und Erfahrungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch berichtet.

Zu dem Kongress kann abschließend festgehalten werden, dass die ESC unter Einbeziehung der WHO- und der IPPF-Programmatik einen wichtigen Schritt unternimmt, die sexuellen und reproduktiven Rechte in Europa zu realisieren. Die Diskussion sowie die international gewonnenen Erkenntnisse sollten in Deutschland Beachtung und Berücksichtigung in der Kontrazeptionsberatung, -Verordnung und -Forschung finden.

Hinweise

Mifegyne - Aktuell

Vertrieb gesichert: Nachdem Femagen, die Vertriebsfirma von Mifegyne® in Deutschland, in diesem Herbst angekündigt hat, den Vertrieb aus finanziellen Gründen Ende des Jahres 2000 einzustellen, gab es Unklarheit darüber, ob und wer für Deutschland den Vertrieb übernehmen wird, d.h. ob die Verfügbarkeit von Mifegyne® weiterhin gewährleistet ist.

Inzwischen wurde von Exelgyn, der Herstellerfirma eine Nachfolgefirma bestimmt. Die Firma Contragest GmbH, Geschäftsführer Martin Kessel, wird den Vertrieb in Deutschland am 1. Januar 2001 übernehmen.

Kostenfrage weiterhin unbefriedigend: In Deutschland wurden im ersten Quartal dieses Jahres 2 Prozent und im dritten Quartal drei Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche mit Mifegyne® vorgenommen. Als Haupthindernis der Anwendung gilt von Seiten der Praktiker die unzureichende Kostenregelung. Die vom Bewertungsausschuss (hier legen Vertreter der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenkassen die Vergütung ärztlicher Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen fest) festgelegte Vergütung für die Durchführung eines medikamentösen Abbruchs wird als nicht kostendeckend beurteilt. Sie stellt jedoch die Vorgabe für die Vergütung bei der Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei bedürftigen Frauen dar. Bemühungen von PRO FAMILIA, Ärztenverbänden, Bundesregierung, einigen Landesregierungen und der Gesundheitsministerkonferenz um eine angemessene Kostenbewertung hatten bisher keinen Erfolg. Die Verhandlungen werden fortgeführt.

PRO FAMILIA-Fachkonferenz zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® am 28. Oktober 2000 in Berlin

Im Rahmen des vom Bundesfamilienministeriums geförderten PRO FAMILIA-Projektes zu Mifegyne® fand in Berlin eine international besetzte Fachtagung statt. Die Konferenz befasste sich mit internationalen Anwendungs- und Beratungsstandards, mit Erfahrungen sowie aus aktuellem Anlass auch mit der Kosten- und Vertriebsfrage. Nach der Begrüßung durch *Elke Thoß*, Geschäftsführerin des PRO FAMILIA-Bundesverbandes hielt *Dr. Christine Bergmann*, Bundes-

familienministerin ein fachlich und politisch sehr engagiertes Grußwort. Nach einer fachlichen Einführung durch *Dr. Ulrike Busch*, Balance Berlin, berichteten *Dr. Elisabeth Aubény* und *Dr. Ingrid Ostlund* über medizinische Standards in Frankreich und Schweden. *Dr. Christian Fiala* (Österreich) sprach über die internationalen Betreuungsstandards. *Elfie Mayer* vom Familienplanungszentrum in Hamburg berichtete hierzu über die ersten Erfahrungen und Probleme. In dem dichtgedrängten Programm folgte der Vortrag von *Dr. Beverly Winikoff* vom Population Council, New York, über internationale Qualifizierungsstandards. Sie zeigte auf, welche Veränderungen in den nächsten Jahren bezüglich des Zeitfensters, der Dosis und der Selbstmedikation in der Diskussion sein werden. *Prof. Hans Georg Siedentopf*, ehemaliger Leiter der Poliklinik der Universitätsfrauenklinik in Frankfurt, machte auf die unbefriedigende Berücksichtigung des Schwangerschaftsabbruchs in der Lehre, d.h. im Medizinstudium und in der Facharztausbildung aufmerksam. Die folgenden Vorträge widmeten sich der aktuellen Situation in Deutschland. *Klaus Riemann* von Gesomed stellte empirische Daten zur Versorgungssituation vor und *Hanna Staud-Hupke*, Geschäftsführerin des PRO FAMILIA-Landesverbands Bremen, präziserte Aufwand und Kostenvergütung durch Krankenkassen und Bundesländer. Zu den Themen fanden am Nachmittag Arbeitsgruppen statt. Alle Vorträge und Ergebnisse werden in einer Dokumentation zusammengefasst, die in Kürze dem Gesamtverband zur Verfügung stehen wird.

Zulassung in den USA

Mifepristone wurde Ende September unter dem Markennamen Mifeprex durch die FDA (Food and Drug Administration) zugelassen. Der Population Council hatte sich gemeinsam mit Danco Laboratories lange dafür eingesetzt, dass die medikamentöse Option auch in den USA zur Verfügung steht. Unter <http://www.popcouncil.org/mifeprex> können per Internet Informationen wie der „Medication Guide for Mifeprex-users“ sowie der englische Text einer Patientinnen-Einverständniserklärung abgerufen werden.

Sterilisation der Frau und trotzdem schwanger

Die Sterilisation, auch operative Kontrazeption genannt, gilt als endgültige (definitive) Kontrazeptionsmethode.

Sie wird als die sicherste Empfängnisverhütungsmethode angepriesen.

Unter den Verhütungsmethoden nimmt die Sterilisation des Mannes und der Frau weltweit die erste Stelle ein.

Bei der Sterilisation der Frau gibt es verschiedene Operationstechniken.

Zum einen unterscheiden sie sich durch den Zugangsweg zu den Eileitern, zum anderen durch das Vorgehen an den Eileitern selbst.

Der Eingriff kann vom Bauch ausgehend vorgenommen werden durch Laparoskopie (die häufigste Methode) und Laparotomie (oberhalb der Symphyse oder nach der Geburt in Nabelhöhe), oder von der Scheide ausgehend.

Zu den Methoden, die die Eileiter undurchgängig machen, gehören folgende Techniken: Unterschiedliche Koagulationen, wobei die bipolare bevorzugt wird; Bänder; Clips; chirurgische Durchtrennung.

Die Angaben über Versager, d.h. das Auftreten von Schwangerschaften, reichen von 0 bis 3,7 Prozent, durchschnittlich zwischen 0,3 bis 0,4 Prozent.

Es werden zwei Arten von Versagern beschrieben:

1. Technische Versager, d.h. eine Verwechslung der Eileiter mit anderen anatomischen Strukturen. Je erfahrener der Operateur umso seltener kommt es zu einem technischen Versagen.
2. Methodenversager, d.h. die Operation wurde korrekt durchgeführt, doch es kommt zur Rekanalisation, Fistelbildung, Abgleiten der Bänder oder der Clips von den Eileitern.

Methodenfehler sind weitgehend unvermeidbar.

Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Sterilisation nehmen die intrauterinen Schwangerschaften ab. Eine indische Follow-up Studie über 11 Jahre zeigte, dass eine Schwangerschaft im Durchschnitt nach 8 Monaten festgestellt wurde.

Das Risiko für eine extrauterine Schwangerschaft (EU) nach Sterilisation bleibt konstant und ist mit 16 Prozent deutlich höher als das EU-Risiko ohne Sterilisation.

Vor der Durchführung einer Sterilisation ist die Frau aufzuklären über die Operationsrisiken und auf die Möglichkeiten des Versagens der Sterilisation.

Beim Vergleich des Mortalitätsrisikos verschiedener Methoden der Familienplanungsmethoden in

den Industrieländern (s. Tabelle) steht die Sterilisation der Frau an letzter Stelle der Tabelle von 1977. (Inzwischen dürften durch Veränderungen der Dosierung und der Zusammensetzung der Ovulationshemmer und dank besserer Kenntnis der Kontraindikationen der hormonellen Kontrazeptiva die Unterschiede nicht mehr so deutlich sein.) (s. Tabelle 1; S. 19)

Hinsichtlich der Sicherheit zeigen die neuerdings entwickelten Hormonpräparate in Depotform, z.B. Depot-Implantate, im Vergleich zur Sterilisation eine deutliche Überlegenheit. (s. Tabelle 2; S. 20)

Quellennachweise

Hirsch, H.A., Keller, E. Operative Kontrazeption der Frau Sexualmedizin, Infertilität, Familienplanung Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Band 2, K.H. Wulf, H. Schmidt-Matthiesen, Urban & Schwarzenberg 1989

Roy KK et. al. Pregnancy following tubal Sterilisation : an 11-year-survey: zitiert in Gyn Depesche 4/2000-11-30 S.8: Trotz Sterilisation schwanger

Tabelle 1. Mortalitätsrisiko verschiedener Methoden der Familienplanung in Industrieländern (Population Reports 1977)

Methoden der Familienplanung	Kumulative Mortalitätsrate* per 100.000 Frauen
Keine Kontrazeption	245
Legalen Schwangerschaftsabbruch**	92
Ovulationshemmer bis zur Perimenopause	188
Ovulationshemmer bis zum 40. Lebensjahr, danach IUP oder Kondom	80
Intrauterinpressare	22
Scheidenpessar oder Kondom	55
Scheidenpessar oder Kondom mit legalen Schwangerschaftsabbruch als Notfalllösung	14
Sterilisation der Frau	10-20

* Hiermit wird die kumulative Mortalität vom 30. Lebensjahr an bis zur Menopause erfasst, die auf Komplikationen durch Kontrazeption oder im Zusammenhang mit unerwünschten Schwangerschaften (Methodenfehlern), d.h. Geburten, Aborten, Interruptiones, Extrauteringraviditäten aufgetreten sind.

** Bezieht sich auf den Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon, wobei unterstellt wird, dass diese Frauen keine empfängnisverhütenden Maßnahmen anwenden und im Mittel 13 Abbrüche durchmachen.

Tabelle 2. Zu erwartende und tatsächliche Häufigkeit von unerwünschten Schwangerschaften im ersten Anwendungsjahr pro 100 Frauen (nach Angaben des Population Council).

Methode	Erwartet	Tatsächlich
Keine	85	85
Sterilisation der Frau	0,2	0,4
Sterilisation des Mannes	0,1	0,15
Ovulationshemmer	0,1	?
Minipille	0,5	?
Depotgestagen	0,3	0,3
Gestagen-Implantat	0,04	0,04
Intrauterinpessar	0,8	?
Diaphragma	6	18
Kondom	2	12
Spermizid	3	21
Portiokappe	6	18
Coitus interruptus	4	18
Messung der Basaltemperatur	9	?

Positive gesundheitliche Effekte unter der Langzeitbenutzung der Hormonspirale Mirena®

In einer Follow-up Studie über 12 Jahre in Schweden konnten verschiedene positive Wertepapiere der levonorgestrelhaltigen Hormonspirale Mirena® beobachtet werden.

77 Prozent der Frauen hatten keinerlei Gesundheitsprobleme während der gesamten Zeit von 12 Jahren. 60 Prozent der Frauen hatten keine Blutungen mehr. 12 Prozent der Frauen beschrieben seltene, schwache Blutungen, 28 Prozent regelmäßige schwache Blutungen.

Ein deutlicher Anstieg der Hämoglobinwerte war festzustellen.

Ein leichter Blutdruckanstieg und geringe Gewichtssteigerungen zeigten sich im Laufe der 12 Jahre. Andererseits ist bekannt, dass mit zunehmendem Alter sowohl leichte Blutdruckerhöhungen als auch Gewichtssteigerungen normal sind. (Die Studie hatte kein Vergleichskollektiv.)

Einige Frauen kamen unter Mirena® in die Menopause (FSH-Werte waren deutlich erhöht). Bei liegender Hormonspirale konnte eine Östrogenersatztherapie durchgeführt werden. (Gestagensubstitution war nicht zusätzlich erforderlich.)

Unter Mirena® wurde in den 12 Jahren keine Schwangerschaft beobachtet.

Nur einmal wurde eine partielle Ausstoßung kurz nach der Einlage der 2. Spirale beobachtet. In einem Fall trat eine Infektion im kleinen Becken auf, die mit Antibiotika erfolgreich behandelt wurde. In einzelnen Fällen wurde zum Einlegen eine Lokalbetäubung durchgeführt, um eine ausreichende Dilatation erreichen zu können.

Die hohe Fortsetzungsrate spricht für eine große Zufriedenheit der Frauen mit Mirena®.

Eine ausführliche Beratung vor der Einlage der Spirale wurde als sehr wichtig erachtet. In dieser Beratung muss vor allem auf die Blutungsveränderungen hingewiesen werden, damit Frauen nicht verunsichert sind, wenn z.B. keine Blutungen mehr auftreten.

Quellennachweise:

Rönnerdag, M., Odlind, V. Health effects of long-term use of the intrauterine levonorgestrel-releasing system
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 1999; 78:716-721

Gebärmutterhalskrebs: Ist ein neues Früherkennungsprogramm notwendig?

Seit Einführung des zytologischen Früherkennungsprogramms 1971 in Deutschland ist die Häufigkeit und Mortalität des Zervixkarzinoms (Gebärmutterhalskrebs) dramatisch gefallen.

Mit einer Inzidenz von 15/100.000 ist die Zervixkarzinomrate aber immer noch zu hoch.

Zytologie und in Ergänzung Kolposkopie haben in den letzten Jahren keine weitere Senkung der Fallzahlen gebracht. Jährlich werden etwa 6200 Neuerkrankungen in Deutschland gemeldet.

Da die Tatsache bekannt ist, dass ca. 95 Prozent aller Zervixkarzinome mit humanen Papillomviren assoziiert sind, und dass der zytologische Krebsabstrich wie auch die Kolposkopie in hohem Prozentsatz Vorstadien und auch Karzinome nicht erkennt, liegt es nahe einen HPV-Test (humane Papillomviren Test) baldmöglichst als ein normales Screeningverfahren zu fordern, um die Früherkennungsmöglichkeiten zu verbessern.

Es sind bereits verschiedene HPV-Tests verfügbar, die die verschiedenen HPV-Typen identifizieren können. Es gilt in erster Linie, die High-risk Typen mit ihren onkogenen Eigenschaften zu erkennen (Typ 16,18 etc.). Onkogene HP-Viren sind in der weiblichen Bevölkerung weit verbreitet. Fachleute schätzen, dass jährlich etwa 300.000 HPV-assoziierte Präkanzerosen entstehen, die in etwa 8800 Fällen in ein invasives Zervixkarzinom progredieren können.

Mit zunehmendem Alter nehmen die HPV-Infektionen ab, jedoch nimmt das Risiko für eine Veränderung im Bereich der Zervix mit zunehmenden Alter zu. Das durchschnittliche Alter für ein Zervixkarzinom liegt bei 49,6 Jahren, scheint aber zunehmend jüngere Frauen zu betreffen. HPV-Tests können zwar keine Krebstests sein, aber durch sie können bei bestimmten Frauen die High-risk-Typen erkannt werden.

In Deutschland haben sich HPV-Tests noch nicht durchsetzen können. In speziellen Dysplasie-Sprechstunden finden sie oft Einsatz. Noch besteht Unklarheit darüber, welche Indikatoren eine HPV-Diagnostik auf breiter Basis empfehlenswert machen. Neben dem Alter müssen Kolposkopiebefund und Zytologieergebnis diskutiert werden. Für den Fall der Identifikation des high-risk-Typs bzw. der persistierenden HPV-High-risk Positivität sind Standards für eine optimale Vorgehensweise dringend notwendig.

Die Kostenfrage des HPV-Tests ist noch nicht geklärt. Für die individuelle Prognose, die sekundäre Prävention und eventuelle Behandlung wäre ein Test eine wünschenswerte Ergänzung zu Zytologie und Kolposkopie.

Da das Immunsystem beim Verlauf einer HPV-Infektion eine wichtige Rolle spielt, werden neben Forderungen nach der allgemeinen Einführung von HPV-Tests große Hoffnungen auf die Entwicklung eines Impfstoffes gesetzt, der sowohl prophylaktisch als auch therapeutisch eingesetzt werden kann.

Quellennachweis

Geburtshilfe und Frauenheilkunde	Einfacher HPV-Test Medizin+Markt, GebFra 9/2000
	Zervixkarzinom: Jeder zweite Tumor unentdeckt "Für Sie notiert" GebFra 9/2000 S. A 266

Gebärmutterhalskrebs: Neues Früherkennungsprogramm notwendig? „Für Sie notiert“ in GebFra 10/2000 S. A 295

Gebärmutterhalskrebs: HPV-Test verbessert die Diagnostik
Medizin+Markt, GebFra 10/2000

High-Risk-HPV-Infektionen im Genitalbereich – Wie erkennen, wie therapieren?
Medizin+Markt, GebFra 10/2000

Gyn-Depesche

Zervixkarzinom als Viruskrankheit
Neues Screening empfohlen Walboomers, IMM et. al zitiert in Gyn-Depesche 5/2000

Zervixkarzinom: Momentane Screening-Methoden unzureichend
Gyn-Depesche 6/2000 S. 24

PRO FAMILIA
FPR 3/1999

Papilloma Viren Infektionen

Schenck, U.

Zytologisches Vorsorgeprogramm – Durch neue Methoden ernsthaft herausgefordert?
GebFra 9/2000 S. M 125 ff

Apomorphin: Demnächst Konkurrenz zu Viagra®?

In den nächsten Monaten wird ein neues Präparat zur Behandlung der erektilen Dysfunktion auf den Markt kommen.

Es handelt sich um Apomorphin SL, ein Morphinpräparat. Die Substanz ist nicht neu. Die Wirkung auf das Brech- und Atemzentrum ist bekannt.

Apomorphin wirkt nur zentral. Es stimuliert im Hypothalamus (ein Teil des Zwischenhirns) D1- und D2-Dopaminrezeptoren. Apomorphin ist kein spezifischer Dopaminagonist.

In Studien konnte im Vergleich zu Placeboverabreichung eine deutliche Erektionsförderung, ca. 60 Prozent, nachgewiesen werden, die sich nicht von einer natürlichen Erektion unterscheidet.

Apomorphin wurde an über 65-jährigen Männern und bei Männern mit Bluthochdruck getestet.

In die Beurteilung wurden erstmals die Partnerinnen miteinbezogen. Apomorphin wirkt bei erektiler Dysfunktion verschiedener Genese.

Da Apomorphin eine zentrale Wirkung hat, gibt es keine Interaktionen mit nitrathaltigen Medikamenten wie bei Viagra®.

Die Wirkung tritt nach durchschnittlich 15 bis 22 Minuten ein und damit deutlich früher als bei der Verabreichung von Viagra® (1 Stunde). Apomorphin wird in Form einer Tablette unter die Zunge gelegt (sublingual). Da Apomorphin bereits in sehr niedriger Dosierung von 2 bis 4 mg erektionsfördernd ist, sind selten Nebenwirkungen zu beobachten. Übelkeit und Erbrechen sind zu Beginn möglich, vor allem, wenn die Dosis erhöht wird.

In den USA wird Apomorphin unter dem Markennamen „Uprima“ erhältlich sein. In Deutschland bemühen sich zwei pharmazeutische Firmen um die Zulassung: Firma Takeda wird sein Präparat Ixense® nennen.

Quellennachweise:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Goldstein, I. et al. | Vom Gehirn gesteuert: Die Erektion, Spektrum der Wissenschaft, Okt. 2000 |
| Heaton, JPW | Apomorphine: an update of clinical trial results, International Journal of Impotence Research (2000) 12, Suppl. 4, 567-573 |
| Kirby, R., Holmes, S., Carson, C. | Erectile Dysfunction. Health press Oxford 1998 |

Yasmin® und Petibelle®: Die neue Pille mit dem neuen Gestagen Drospirenon

Seit Oktober 2000 hat die Firma Schering ein neues „Pillenpräparat“ auf den Markt gebracht.

Es heißt Yasmin®; zeitgleich bringt die Firma Jenapharm Petibelle® in den Handel, das in der Zusammensetzung mit Yasmin® identisch ist. Yasmin® und Petibelle® sind Einphasenpräparate. Die 21 Filmtabletten enthalten je Tablette 30 Mikrogramm Ethinylestradiol und 3 Milligramm Drospirenon.

Bei dem synthetischen Gestagen Drospirenon (DRSP) handelt es sich um ein neues Gestagen, einem Derivat des 17 α -Spirolacton.

Alle Gestagene in den bisher verfügbaren Ovulationshemmern sind entweder 19-Nortestosteron- oder 17 α -Hydroxyprogesteron-Derivate. In seinem Wirkungsprofil entspricht Drospirenon weitgehend dem natürlichen Progesteron.

DRSP unterscheidet sich von den anderen synthetischen Gestagenen vor allem in seiner antimineralocorticoiden Wirkung. Das bedeutet, dass DRSP eine natriuretische (kochsalzausscheidende) und blutdrucksenkende Wirkung hat. Östrogenbedingte Wasserretentionen unterbleiben, d.h. es kommt zu keinen östrogenbedingten Gewichtserhöhung. DRSP blockiert außerdem Androgenrezeptoren. Diese antiandrogene Eigenschaft zeigt sich in ihrem günstigen Effekt auf die Haut bei Akne und Seborrhoe. Im Hershberger-Test konnte gezeigt werden, dass DRSP 30 Prozent der antiandrogenen Wirksamkeit von Cyproteronacetat (z.B. in Diane) hat. Chlormadinonacetat (z.B. in Neo-Eunomin) hat nur 20 Prozent der antiandrogenen Wirksamkeit von Cyproteronacetat. Die androgene Wirkung von DRSP ist schwächer als die androgene Wirkung von Dienogest (Valette).

DRSP hat außerdem einen günstigen Effekt auf den Fettstoffwechsel. Die klinischen Prüfungen der Kombinationspräparate Yasmin® und Petibelle® zeigen einen sicheren Empfängnischutz (PI 0,09) mit sehr guter Zykluskontrolle (über 90 Prozent ohne Zwischenblutungen) und seltener Amenorrhö (1,2 Prozent).

Durch den antimineralocorticoiden Effekt mit günstiger Wirkung auf Blutdruck und Gewicht und die antiandrogene Wirkung könnte Yasmin® bzw. Petibelle® für bestimmte Frauen die gewünschte Pille werden. Eine gute Wirksamkeit auf prämenstruelle Beschwerden von Yasmin® hat sich in verschiedenen Studien gezeigt.

Der Preis für Yasmin® bzw. Petibelle® pro Packung entspricht 23,75 DM

Quellennachweise:

Geburtshilfe und Frauenheilkunde	Drospirenon eröffnet eine neue Gestagenkategorie Medizin + Markt 10/2000
Firma Schering	Yasmin® Filmtabletten, Fachinformation Okt. 2000 Yasmin®, eine neue Ära der oralen Kontrazeption, Dezember 2000
Firma Jenapharm	Petibelle® Filmtabletten Fachinformation Okt. 2000

Pränatale Diagnostik

1. Die Nackenfalte

Um die Entscheidung für oder gegen eine Fruchtwasseruntersuchung zu erleichtern kann der Ultraschallbefund (US) zwischen der 10. bis 14. Schwangerschaftswoche von Bedeutung sein.

Der Ultraschallnachweis einer verdickten Nackenfalte (Nackentransparenz = nuchal translucency) von ≥ 3 mm kann ein frühzeitiges Hinweiszeichen für eine Chromosomenstörung oder einen angeborenen Herzfehler sein.

Mit zunehmender Dicke der Nackenfalte steigt das Risiko einer Chromosomenstörung. Die Sensitivität für die Erkennung einer Trisomie (21, 18, 13) liegt zwischen 60 Prozent und 80 Prozent.

2. β -Core Fragment

Die Urinuntersuchung mit immunologischen Methoden auf das sogenannte β -Core Fragment, ein Metabolit des Choriongonadotropins, ist bei erhöhten Konzentrationen im mittleren Schwangerschaftsdrittel ein Hinweis auf Trisomie 21. Ein Urinbefund mit erhöhten β -Core-Fragment-Testwerten kombiniert mit dem Nachweis einer verdickten Nackenfalte im Ultraschall (über 5 mm) zeigte eine Sensitivität für eine Trisomie 21 von 77,8 Prozent.

Normale Urin- und US-Befunde sprechen für ein stark reduziertes Down-Syndrom-Risiko, schließen es aber nicht aus.

Der Befund kann dazu dienen, Ängste abzubauen; er kann hilfreich sein bei der Entscheidungs-

findung für oder gegen eine invasive pränatale Diagnostik, z.B. Fruchtwasseruntersuchung.

3. Der FISH-Test

Der FISH-Test (Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung) findet zunehmend Anwendung bei der Fruchtwasseruntersuchung. (s. FPR 9/98, S. 16)

An unkultivierten Fruchtwasserzellen können mit passenden DNA-Sonden in wenigen Stunden am Bild der Fluoreszenzaktivität mittels DNA-Scanner die Trisomien 21, 18 und 13 als auch die Chromosomen-Aberrationen der Geschlechtschromosomen erkannt werden.

Die numerischen Chromosomenabweichungen werden problemlos erkannt. Die strukturellen Chromosomenabweichungen können mit dieser Diagnostik nicht erfasst werden (z.B. Mosaik-Trisomie). Bei Kontamination des Fruchtwassers mit mütterlichem Blut ist der Test unbrauchbar.

Der Vorteil dieses FISH-Testes ist die schnelle Befundvorlage. Es ist nur wenig Fruchtwassermenge erforderlich. Die Technik ist automatisiert und bedarf keiner speziellen Expertise. (Trotz hoher Kosten des Scanners ist sie auf die Dauer kostensparend.)

Der FISH-Test kann die Karyotypisierung der kultivierten Fruchtwasserzellen bisher nicht ersetzen. Es wird also immer der Befund der Zellkultur abgewartet, der erst nach circa 15 Tagen vorliegt.

Es wird erwartet, dass in Zukunft mit dieser FISH-Methode aus dem mütterlichen Blut isolierte kindliche (fetale) Zellen auf Chromosomenaberrationen untersucht werden können. Dies würde die Untersuchungen vereinfachen, insbesondere im Hinblick darauf, dass 80 Prozent aller fetalen Aneuploidien (Chromosomenabweichungen) bei Schwangeren unter 35 Jahren vorkommen.

Quellennachweise:

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen	Humangenetische Beratung: Wege zur Diagnose von genetisch bedingten Erkrankungen 30.1.1999 Bad Nauheim
Geburtshilfe und Frauenheilkunde	Nicht-invasives Screening-Verfahren für Down-Syndrom? Für Sie notiert, Appel, K. A 70 3/1999

Down-Syndrom: Diagnose mit DNA-Sonden
Für Sie notiert, Rautenstrauch, J.
A 34, 2/1999

Gyn-Depesche

FISH kann Karyotypisierung nicht ersetzen.
Gyn-Depesche 6/2000

Klang, A., Tercauli, S.,
Hahn, S., Holzgreve,
W.

Die Rolle fetaler Zellen im Blut Schwangerer für die nicht-invasive Pränatal-Diagnostik und bei Autoimmunerkrankungen
GebFrau 6/2000

Bundesweit einheitliche Regelung der Fortbildungszertifizierung für ÄrztInnen

Bisher existierten von Ärztekammer zu Ärztekammer unterschiedliche Regelungen, welche Leistungen ÄrztInnen vorweisen müssen, um ein Fortbildungszertifikat zu erhalten.

Eine bundesweite Vereinheitlichung wurde nun durch die Bundesärztekammer beschlossen. Den Landesärztekammern wurde empfohlen, die erarbeiteten „Einheitlichen Bewertungskriterien für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats“ in Zukunft zu berücksichtigen.

Mit diesen „Einheitlichen Bewertungskriterien“ wird genau festgelegt, welche Punktzahl ÄrztInnen für welche Fortbildungsveranstaltung erhält.

Es sind 4 verschiedene Kategorien vorgesehen:

Kategorie A: Vortrag und Diskussion

Kategorie B: Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers

Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung

Wichtig ist, dass es sich um den **freiwilligen** Nachweis der in der Freizeit und auf eigene Kosten erbrachten Fort- und Weiterbildung handelt. Die Regelung beruht auf einem Bonus-System, d.h. durch nicht erbrachte Fort- und Weiterbildung erfolgt keine Bestrafung.

Vorteile können sich aber durch Modellprojekte zwischen Landesärztekammern und Haftpflicht-

versicherungen ergeben. So erhalten z.B. FachärztInnen in Hessen, die ihre Fortbildungen zertifizieren lassen, einen Bonus von ca. 10 bis 25 Prozent auf ihre Haftpflichtjahresprämie bei einzelnen Versicherungsunternehmen. Weitere Informationen können bei den zuständigen Landesärztekammern bzw. durch die Zeitschrift der jeweiligen Landesärztekammer eingeholt werden.

Der PRO FAMILIA-Bundesverband wird in Zukunft eine Zertifizierung der medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen beantragen. Rückwirkend kann die Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung nicht beantragt werden.

Dokumentation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Soeben erschienen ist die Dokumentation des Symposiums „Familienplanung und Lebensläufe von Frauen – Kontinuitäten und Wandel“ das vom 27. bis 29. Februar 2000 von der BZgA in Freiburg veranstaltet wurde. Die Dokumentation kann kostenlos bestellt werden unter der Versandadresse der BZgA, 51101 Köln, per Fax: 0221-8992-257 oder per e-Mail: order@bzga.de.

Bestell-Nr.: 13 314 100

Die Kurzfassung der BZgA-Studie „Frauen leben“ – Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung kann kostenfrei mit der Best.-Nr. 13 314 00 bestellt werden.

Veranstaltungs- kalender

30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Psychosomatik

Geburtshilfe und Gynäkologie (DGPGG)

“Beziehungswelten in der Frauenheilkunde –
Zwischen Liebe und Entfremdung.“

07.-10. März 2001 in Aachen

Information: Dr. Ulrike Brandenburg

Tel.: 0241/80 89 461;

Fax: 0241/88 88 401

1. Weltkongress „Women’s Mental Health“

27.-31. März 2001 in Berlin

Information: Dr. Mario Lanczig,

Universität Erlangen-Nürnberg

Tel.: 09131/853-41 43;

Fax: 09131/853-65 92

8. Jahrestagung der Akademie für Sexualmedizin
und 25. Fortbildungstage für Sexualmedizin und
Psychosomatik

Themen: Sexualität: Beziehung – Lust - Repro-
duktion

24.-26. Mai 2001 in Dresden

Information: Prof. Dr. med. H.-J. Vogt,

Hautklinik der TU,

Biedersteiner Str. 29,

80802 München

Internationaler IPPNW-Kongress

“Medizin und Gewissen, wenn Würde ein Wert
würde.“

Themen: Menschenrechte, Technologiefolgen,
Gesundheitswesen

24.-27. Mai 2001 in Erlangen

Information: Kongressbüro Erlangen

c/o Stephan Kolb

Fichtestraße 39

91054 Erlangen

Tel.: 09131/81 68 30

Fax: 09131/223 39