30. Arbeitstreffen des »Zürcher Gesprächskreises« Mai 2003
Empfehlungen zur hormonalen Kontrazeption

Prof. Herbert Kuhl (Frankfurt)
Prof. Wilhelm Braendle (Hamburg)
Prof. Martin Birkhäuser (Bern)
Prof. Paul J. Keller (Zürich)
Prof. Joseph Neulen (Aachen)
Prof. Ludwig Kiesel (Münster)*

v.l.n.r.; *nicht im Bild

Die hormonale Kontrazeption zählt zu den zuverlässigsten Methoden der reversiblen Empfängnisverhütung. Zusätzliche therapeutische und präventive Wirkungen sind ebenso wie unerwünschte Nebenwirkungen abhängig von der Estrogendosis und der Gestagenkomponente.
Grundsätzlich sind vor der Verschreibung von Ovulationshemmern (OH) eine ausführliche Eigen- und Familienanamnese zu erheben und Risikofaktoren, z.B. Thrombophilie, Lebererkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Adipositas, Hypertonie, zu bewerten.
Für die Auswahl des Präparats sind die Estrogendosis sowie Art und Dosis des Gestagens Orientierungshilfen. Primär ist die Verordnung niedrig dosierter OH angezeigt. Es gibt große individuelle Unterschiede in der Pharmakologie der kontrazeptiven Steroide, wobei sowohl die Disposition als auch andere Einflußfaktoren eine Rolle spielen (Nahrung, Genußmittel, Medikamente). Inwieweit das Nebenwirkungsprofil von der verwendeten Gestagenkomponente abhängt, wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Voraussetzung für die kontrazeptive Sicherheit ist die korrekte Einnahme, denn die meisten unerwünschten Schwangerschaften beruhen auf Einnahmefehlern. Daher ist eine sorgfältige Beratung besonders bei der Erstverordnung erforderlich.
Für Substitutionspräparate mit natürlichen Estrogenen wurde bisher keine kontrazeptive Wirkung nachgewiesen.

1. Estrogene und Gestagene hemmen in synergistischer Weise die Ovulation. Die kontrazeptive Wirkung wird in erster Linie durch das Gestagen gewährleistet; so dass sich bei ausreichender Dosierung auch durch eine Gestagen-Monotherapie eine sichere Kontrazeption erzielen lässt. Eine adäquate Kombination mit Ethinylestradiol (EE) ist vor allem für die Zykluskontrolle wesentlich. Werden Tabletten vergessen, steigt das Risiko für Zwischenblutungen und unerwünschte Schwangerschaften; dies trifft besonders für die erste Einnahmewoche zu.

2. Durch ihren Einfluß auf die Follikelreifung reduzieren OH die endogene Estrogenproduktion. In den meisten Fällen ist EE in einer Dosierung von 20 µg ausreichend, um Estrogenmangelerscheinungen zu verhindern. Wie bei jeder Pharmakotherapie gilt auch für die Verschreibung von OH das Prinzip „Soviel wie nötig, sowenig wie möglich". Die Dosis des Gestagens richtet sich nach der jeweiligen Wirkungsstärke (Ovulationshemmdosis).
OH und andere Medikamente können sich durch pharmakologische Interaktionen in ihrer Wirkung abschwächen (z.B. Enzyminduktion in der Leber, Störung des entero-hepatischen Kreislaufs) oder verstärken. Bei langfristiger Anwendung von Medikamenten, welche die kontrazeptive Sicherheit beeinträchtigen können (z.B. Antikonvulsiva), ist eine ununterbrochene Einnahme von monophasischen Kombinationspräparaten (ohne einnahmefreies Intervall) zu empfehlen (siehe Addendum 1). Bei einer kurzfristigen medikamentösen Therapie, welche die Wirksamkeit von OH abschwächen könnte, sind zusätzliche kontrazeptive Maßnahmen anzuraten.

3. Ernsthafte Nebenwirkungen treten unter der Einnahme von OH sehr selten auf und sind meistens von der individuellen Disposition abhängig. Vor der Verordnung von OH sind neben der sorgfältigen Anamnese eine allgemeine und gynäkologische Untersuchung, einschließlich der Brust, sowie Blutdruckmessung und Zervixzytologie notwendig. Bei der Anamnese sind zu

beachten: familiäre Häufung von kardiovaskulären und thromboembolischen Erkrankungen; in der Eigenanamnese: zusätzliche Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht und Hypertonie. Ein besonderes Risiko – insbesondere in zunehmendem Alter – stellt das Rauchen dar. Bei Hinweisen auf eine entsprechende Disposition ist eine fachspezifische Abklärung zu empfehlen, z.B. des Hämostasesystems, Fett- und Kohlenhydratstoffwechsels. Ohne Vorliegen anamnestischer Hinweise ist ein solches Screening nicht gerechtfertigt.

4. OH dürfen nicht verordnet werden bei thromboembolischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen mit sekundären Gefäßschäden, schwer behandelbarem Bluthochdruck und ausgeprägter Hypertriglyzeridämie, akuten und chronisch progredienten Lebererkrankungen, Störungen der Gallensekretion, intrahepatischer Cholestase (auch in der Anamnese), vorausgegangenen oder bestehenden Lebertumoren sowie hormonabhängigen Karzinomen. Für Gestagen-Monopräparate mit ovulationshemmender Wirkung liegen noch keine ausreichenden Daten vor. Bei relativen Kontraindikationen muß über die Verordnung individuell auf der Basis des aktuellen Wissensstandes entschieden werden. Frauen über 40 Jahre können niedrig dosierte Präparate einnehmen, wenn gesundheitliche Risiken ausgeschlossen wurden.

5. OH erhöhen das relative Risiko thromboembolischer Erkrankungen. Vor geplanten Operationen mit erhöhtem Thromboembolierisiko sollten OH rechtzeitig (4 bis 6 Wochen vorher) abgesetzt werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollten sie unter Thromboseprophylaxe weiter eingenommen werden. Das bei Langstreckenflügen erhöhte Thromboserisiko läßt sich durch geeignete Präventivmaßnahmen reduzieren. Gleiche Empfehlungen gelten auch für eine längerfristige Immobilisierung. Für Gestagen-Monopräparate mit ovulationshemmender Wirkung liegen noch keine ausreichenden Daten vor.

6. Bei gesunden Frauen, die nicht rauchen, sind kardiovaskuläre Erkrankungen unter der OH-Einnahme sehr selten. Für die Entstehung arterieller Erkrankungen (z.B. Hypertonie, koronare Herzerkrankungen) ist die individuelle Disposition von Bedeutung. OH können dieses Risiko – vor allem durch die vasokonstriktorische Wirkung der Gestagenkomponente – erhöhen. Die Entwicklung einer Atherosklerose wird durch die Einnahme von OH nicht gefördert.

7. OH-induzierte gutartige Lebertumoren sind sehr seltene Komplikationen. Sie können sich nach Absetzen der OH zurückbilden und stellen – auch bei Persistenz - keine Kontraindikation für eine nachfolgende Schwangerschaft dar. Bei der Entstehung der extrem seltenen Leberzellkarzinome spielen andere Faktoren, wie z.B. Hepatitis B und C, eine Rolle.

8. OH induzieren keine Mammakarzinome, doch gibt es Hinweise darauf, daß unter der Einnahme von OH das Wachstum okkulter Mammakarzinome beschleunigt werden kann. Infolgedessen können diese früher entdeckt werden, sind häufiger lokal begrenzt und haben eine bessere Prognose. Nach 5-jähriger Einnahme von OH findet man bei 10.000 Frauen maximal drei Fälle mehr, wobei sich die Zahl bei längerer Einnahme nicht erhöht.
Bei der Entstehung von Zervixdysplasien spielen bestimmte Papillomaviren eine kausale Rolle; inwieweit kontrazeptive Steroide darauf einen Einfluß haben, ist ungeklärt. Durch regelmäßige, sachgerechte Vorsorgeuntersuchungen, die vor und während der Einnahme von OH obligat sind, lassen sich Zervixveränderungen rechtzeitig erkennen und behandeln.

9. OH sind – neben der Kontrazeption – auch zur symptomatischen Therapie von Zyklusstörungen und Dysmenorrhoe, insbesondere bei Jugendlichen, geeignet. Androgenabhängige Symptome wie Akne, Seborrhoe und Hirsutismus lassen sich grundsätzlich durch OH günstig beeinflussen; besonders geeignet sind solche mit antiandrogen wirksamer Gestagenkomponente. Treten nach Absetzen der OH unregelmäßige Zyklen oder Amenorrhöen auf, so sind diese nicht eine Folge der vorherigen Behandlung. Auch zur Therapie dysfunktioneller Blutungen im Klimakterium sind OH geeignet. Gleichzeitig verhindern OH einen durch einen Estrogenmangel bedingten Knochenmasseverlust (siehe auch Addendum 1).

10. Durch die Einnahme von OH werden auch die mit einer ungewollten Schwangerschaft verbundenen Komplikationen vermieden. Darüber hinaus sind folgende günstige Wirkungen zu nennen:
OH reduzieren das Risiko des Endometrium- und Ovarialkarzinoms erheblich. Dieser protektive Effekt nimmt mit der Einnahmedauer zu und bleibt auch nach Absetzen für mehrere Jahre erhalten. Außerdem vermindern OH die Inzidenz verschiedener Erkrankungen wie z.B. gutartige Brusterkrankungen, Ovarialzysten, aszendierende bakterielle Genitalinfektionen,

Blutungsstörungen sowie Dysmenorrhoe und reduzieren die Beschwerden bei Endometriose (siehe auch Addendum 1). Auch durch eine langfristige Einnahme von OH wird die Fertilität nach Absetzen nicht beeinträchtigt. Ebenso hat sie keine nachteiligen Auswirkungen auf eine nachfolgende Schwangerschaft (z.B. Abortrisiko, Fehlbildungsrate), selbst wenn diese unmittelbar nach Absetzen eintritt. Entscheidend hierfür ist das Lebensalter. Es gibt keine Hinweise auf teratogene Effekte bei der Einnahme von OH während einer nicht erkannten Frühschwangerschaft.

Addendum

1. Langzyklus-Behandlung mit Ovulationshemmern

Das konventionelle Schema der Behandlung mit Ovulationshemmern (OH) imitiert durch Auslösung regelmäßiger Entzugsblutungen im Abstand von 28 Tagen den natürlichen Menstruationszyklus der Frau. Nach 21 Tagen der Einnahme einer Estrogen/Gestagen-Kombination folgt ein hormonfreies Intervall von 7 Tagen, in dem es aufgrund des raschen Abfalls der Serumkonzentrationen der synthetischen Sexualsteroide zu einer Hormonentzugsblutung kommt. Es gibt jedoch keine Notwendigkeit für regelmäßige Blutungen. Frauen, die regelmäßig an Dysmenorrhoe, starkem Blutverlust, abdominalen Beschwerden, Ödemen, Kopf- und Rückenschmerzen sowie psychischen Problemen leiden, bevorzugen ein OH-Schema mit deutlich weniger Blutungsintervallen oder sogar eine Amenorrhoe. Umfragen in verschiedenen Ländern ergaben übereinstimmend, dass mehr als 40% der Frauen überhaupt keine Menstruation mehr haben möchten. Zur Verringerung der Blutungshäufigkeit bietet sich die kontinuierliche Einnahme eines monophasischen OH mit einem 7-tägigen hormonfreien Intervall nach 12 Wochen (Langzyklus) oder in größeren Abständen (nach 6 oder 12 Monaten) an.

Erhöhung der kontrazeptiven Wirksamkeit

Im hormonfreien Intervall des konventionellen OH-Schemas beginnt bei vielen Frauen eine nachweisbare Follikelreifung, die sich auch an den ersten Tagen der OH-Einnahme fortsetzt, bevor die Hemmung einsetzt. Während dieser Zeit lässt sich ein Anstieg des Estradiolspiegels beobachten. Trotzdem ist bei korrekter Anwendung der OH ein hohes Maß an kontrazeptiver Sicherheit gegeben. Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass nahezu die Hälfte der Frauen die Einnahme einer oder mehrerer Tabletten vergisst [1]. Das größte Risiko einer ungewollten Schwangerschaft ist dann gegeben, wenn die Einnahmefehler unmittelbar vor der tablettenfreien Woche oder an den ersten Einnahmetagen des folgenden OH-Zyklus stattfinden; d.h. jede Verlängerung des hormonfreien Intervalls über die 7 Tage hinaus erhöht das Schwangerschaftsrisiko.

Umgekehrt bedeutet eine Verkürzung des hormonfreien Intervalls auf 5 oder weniger Tage eine deutliche Erhöhung der kontrazeptiven Sicherheit, da es kaum noch zur Follikelreifung kommt [2]. Dementsprechend führt die kontinuierliche Einnahme von OH zu einer enormen Verstärkung der ovariellen Suppression, so dass selbst bei Vergessen mehrerer Tabletten die Empfängnisverhütung gewährleistet bleibt.

Die kontinuierliche Einnahme von OH wird vor allem für Patientinnen empfohlen, die langfristig mit Medikamenten behandelt werden, welche die Wirksamkeit von OH vermindern können (z.B. bestimmte Antikovulsiva, Barbiturate, Antibiotika). Diese Maßnahme ist erheblich zuverlässiger und verträglicher als die konventionelle Einnahme hoch dosierter OH, da es hinsichtlich der Interaktionen große individuelle Unterschiede gibt. Auch bei Anwendung von Medikamenten mit einem teratogenen Potential (z.B. Isotretinoin) ist eine zuverlässige Kontrazeption mit der kontinuierlichen OH-Einnahme zu empfehlen.

Tabelle 1.
Ergebnisse einer repräsentativen EMNID-Umfrage zur gewünschten Häufigkeit von Entzugsblutungen in der fertilen und postfertilen Lebensphase (ovulatorische Zyklen oder OH-Zyklen). EMNID-Report vom 7.4.2000.

Gewünschte Blutungshäufigkeit	**15–19 Jahre** (n = 310)	**25–34 Jahre** (n = 295)	**45–49 Jahre** (n = 250)	**52–57 Jahre** (n = 340)
Monatlich	26%	35%	26%	12%
alle 3 Monate	15%	11%	5%	6%
alle 6 Monate	4%	3%	4%	1%
einmal pro Jahr	8%	8%	7%	3%
Nie	41%	37%	46%	66%

Therapeutische Anwendung

Aufgrund der starken Suppression der endogenen Estrogenproduktion ist das Langzyklusschema zur Behandlung der Endometriose und zur Kontrazeption bei Uterusmyomen geeignet. Durch die Verringerung der Zahl der Entzugsblutungen und die Vermeidung von verstärkten und verlängerten Blutungen eignet es sich auch für Patientinnen mit hämorrhagischen Diathesen wie bei Afibrinogenämie, Faktor XII-Mangel, von Willebrand-Syndrom und Faktor IX-Mangel. Bei Frauen mit Eisenmangelanämie verbessert die Abnahme der Zahl und Intensität der Menstruationen die klinische Situation (Tabelle 2).

Tabelle 2.
Medizinische Gründe für die Suppression von Entzugsblutungen (Ergebnisse einer Umfrage bei 1133 Gynäkologen, Jenapharm 2002).

Grund für die Anwendung von Langzyklen	**Anteil der befragten Ärzte (%), die bei dieser Diagnose Langzyklen verordnen**
Dysmenorrhoe	84,9
Endometriose	75,0
Hypermenorrhoe	74,1
Prämenstruelles Syndrom	71,1
Menorrhagie	57,8
Polyzystisches Ovarsyndrom	42,0
Hämorrhagische Diathese	35,6
Erhöhung der kontrazeptiven Sicherheit	15,1

Unter der kontinuierlichen Einnahme eines monophasischen OH wird die ovarielle Androgenproduktion stärker supprimiert als beim konventionellen Schema, so dass der therapeutische Effekt auf Androgenisierungserscheinungen bei Frauen mit polyzystischen Ovarien (PCOS) stärker zum Tragen kommt. Dabei ist die Suppression des Ovars mit der durch ein GnRH-Analogon vergleichbar, doch ist im Gegensatz zu diesem keine Add-back-Estrogensubstitution nötig.
Zyklusabhängige Symptome wie Brustspannen, Ödeme, abdominale Beschwerden, Kopf- und Rückenschmerzen, depressive Verstimmungen, Reizbarkeit oder Müdigkeit, die unter der konventionellen OH-Behandlung nur teilweise gebessert werden, lassen sich mit dem Langzyklus-Schema weitgehend reduzieren [3]. Bis zu 30% der fertilen Frauen leiden mehr oder weniger stark an Symptomen, die dem prämenstruellen Syndrom zugeordnet werden können. Sowohl Beschwerden, die mit dem Progesteronanstieg in der Lutealphase verbunden sind, als auch Symptome (z.B. Migräne), die von dem Hormonabfall vor der Menstruation ausgelöst werden, können durch die kontinuierliche OH-Behandlung vermindert oder verhindert werden. Dies führt zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität [3].

Anwendung in der Perimenopause

Auch wenn bei Frauen über 40 Jahre die Fertilität rasch abnimmt, ist eine zuverlässige Empfängnisverhütung gefragt. In der durch unregelmäßige Zyklen geprägten Perimenopause können OH zu einem stabilen Zyklus beitragen. Meinungsumfragen haben gezeigt, dass die Ablehnung regelmäßiger Menstruationen mit dem Alter zunimmt und bis zu zwei Drittel der Frauen über 50 Jahre nicht mehr bluten wollen. Wenn keine Kontraindikationen oder Risikofaktoren vorliegen, stellt das Langzyklus-Schema eine Möglichkeit dar, die Zahl und Stärke der Blutungen zu vermindern. Beschwerden, die mit Uterusmyomen, Endometriose, Ovarialzysten und benignen Mastopathien verbunden sind, treten seltener auf, und der in diesem Alter mögliche Knochenmasseverlust wird verhindert.

Nebenwirkungen und Risiken

Zwar führt das Auslassen des hormonfreien Intervalls zu einer Zunahme der Gesamtdosis der kontrazeptiven Steroide um 33% pro Monat, doch hängen die Wirkungen und Nebenwirkungen der Präparate von der Tagesdosis des Ethinylestradiols und der Art und Dosis des Gestagens ab. Da die Prädisposition eine wichtige Rolle spielt, treten die meisten unerwünschten Wirkungen der OH in den ersten Einnahmewochen auf und gehen danach zurück.
Im Vergleich zum konventionellen Schema sind unregelmäßige Blutungen in den Langzyklen häufiger, insbesondere bei Frauen, die zum ersten Mal OH anwenden. Dies lässt sich vor allem nach den ersten drei Einnahmewochen beobachten und geht im weiteren Verlauf zurück [4]. Entsprechend den Erfahrungen mit der kontinuierlich-kombinierten Hormonsubstitution entwickelt sich bei der kontinuierlichen Anwendung von monophasischen OH eine Amenorrhoe, und das Risiko einer Endometriumhyperplasie bzw. eines –karzinoms ist noch geringer als beim konventionellen Schema. Bei einem großen Teil der Frauen atrophisiert das Endometrium unter der kontinuierlichen OH-Einnahme.

Trotz der starken Suppression der Ovarialfunktion und einer langfristigen Amenorrhoe besteht kein Estrogenmangel, da der Abfall des endogenen Estradiols durch das zugeführte Ethinylestradiol kompensiert wird. Die iatrogene Amenorrhoe ist nach Absetzen der OH rasch reversibel.

Pharmakokinetik und Metabolismus

Wie beim konventionellen Schema der OH-Einnahme kommt es auch im Langzyklus während der ersten Einnahmetage zu einem Anstieg der Serumspiegel des Ethinylestradiols und des Gestagens, doch wird innerhalb von 10 Tagen ein Gleichgewicht erreicht. Die bisher vorliegenden Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Einnahmeschemata hinsichtlich der Veränderungen des Fettstoffwechsels oder der Hämostase [5].

Akzeptanz

Umfragen in Deutschland, Schottland, den Niederlanden, der Tschechischen Republik, in China und Südafrika ergaben, dass die Mehrheit der Frauen eine Änderung ihres Zyklusverhaltens, d.h. weniger Menstruationen oder eine Amenorrhoe wünschen (Tabelle 1). Dies gilt gleichermaßen für Frauen mit Spontanzyklen wie für OH-Anwenderinnen. Die Hauptgründe dafür sind weniger Menstruationsbeschwerden, bessere Hygiene, bessere Lebensqualität und weniger Blutverlust. Bei den Frauen, die regelmäßige monatliche Blutungen wünschten, steht vor allem die Ansicht, dass die Unterdrückung der Menstruation etwas „Unnatürliches" sei, im Vordergrund. Weitere Gründe für deren Ablehnung ist die Angst vor einer unerkannten Schwangerschaft, vor einer verminderten Fertilität nach Absetzen oder vor unerwünschten Nebenwirkungen.
Es ist deshalb notwendig, die Frauen darüber zu informieren, dass die kontrazeptive Sicherheit unter dem Langzyklus-Schema noch gesteigert wird und eine Beeinträchtigung der Fertilität nicht zu erwarten ist. Das Risiko von Zwischenblutungen lässt sich beim ersten Langzyklus durch eine vorherige dreimonatige Einnahme des gleichen Präparats nach konventionellem Schema vermindern.

Literatur

1. Rosenberg M, Waugh MS: Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance. Am. J. Obstet. Gynecol. 180 (1999) S276–S279.

2. Spona J, Elstein M, Feichtinger W, et al.: Shorter pill-free interval in combined oral contra-ceptives decreases follicular development. Contraception 54 (1996) 71–77.

3. Sulak PJ, Cresman BE, Waldrop E, et al.: Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. Obstet. Gynecol. 89 (1997) 179–183.

4. Kwiecien M, Edelman A, Nichols MD, Jensen JT: Bleeding patterns and patient acceptability of standard or continuous dosing regimens of a low-dose oral contraceptive: a randomized trial. Contraception 67 (2003) 9–13.

5. Cachrimanidou AC, Hellberg D, Nilsson S, et al. Hemostasis profile and lipid metabolism with long interval use of a desogestrel-containing oral contraceptive. Contraception 50 (1994) 153–165.

2. Prämenstruelles Syndrom

Bis zu 75% aller Frauen im reproduktiven Alter erleben zumindest vorübergehend prämenstruelle Symptome, etwa 25% der Frauen leiden unter dem prämenstruellen Syndrom (PMS), das in seiner schweren Ausprägung 3–5% der fertilen Frauen betrifft (premenstrual dysphoric disorder, PMDD). Die Symptome beginnen meist im Alter zwischen 20 und 25 Jahren, verstärken sich häufig in der Folgezeit und können bis zur Menopause bestehen bleiben. Charakteristisch ist das immer wiederkehrende Auftreten der somatischen und psychischen Beschwerden in der Lutealphase, wobei das Muster der Symptome individuell sehr unterschiedliche ist (Tabelle 3). Die Beschwerden verlieren sich mit dem Beginn der Menstruation. Die Ätiologie des PMS ist ungeklärt, doch lassen Zeitpunkt des Beginns und Ablauf der Symptomatik einen Zusammenhang mit dem Anstieg des Progesterons vermuten, auch wenn es hinsichtlich der Hormonspiegel keine Unterschiede zwischen Patientinnen mit PMS und solchen ohne Beschwerden gibt. Offensichtlich besteht eine dispositionsbedingte verstärkte Reaktion gegenüber hormonalen Veränderungen bzw. dem Progesteronanstieg. Dafür spricht auch die Beobachtung, dass die PMS-Symptomatik bei anovulatorischen Zyklen nicht vorkommt und eine vollständige Suppression der Ovarialfunktion (z.B. durch GnRH-Analoga) eine deutliche Besserung bewirkt.

Tabelle 3. Symptome des Prämenstruellen Syndroms

Somatische Symptome	Psychische Symptome
Ödeme	depressive Verstimmung, Stimmungsschwankungen
Mastodynie	Angstzustände
Abdominale Beschwerden	Reizbarkeit, Aggressivität
Blähgefühl, Gewichtszunahme	Hypersomnie oder Insomnie
Kopfschmerzen	Anspannung, Nervosität
Müdigkeit, Kraftlosigkeit	Lethargie, Hilflosigkeit, Konzentrationsschwäche
Verschlechterung chronischer Erkrankungen	Kontrollverlust

Vor der Entscheidung für eine Behandlung ist eine Differentialdiagnose notwendig, um die PMS-Symptomatik von anderen Erkrankungen abzugrenzen. Zu den Erkrankungen, die sich in der zweiten Zyklushälfte verschlechtern können, zählen z.B. endogene Depressionen, Migräne, Epilepsien, Diabetes mellitus, Asthma, Allergien, Reizkolon oder das chronische Ermüdungssyndrom.

Entsprechend der ungeklärten Ätiologie gibt es zahlreiche Therapieansätze, wobei mit einem ausgeprägten Placeboeffekt zu rechnen ist. Für die zahlreichen Empfehlungen zur Änderung des Lebensstils, der Ernährung, der körperlichen Betätigung oder des Verhaltens (z.B. Stressvermeidung) gibt es keine kontrollierten Studien.

Notwendig ist eine individualisierte Therapie, die sich am Leitsymptom orientieren sollte. Stehen psychische Symptome im Vordergrund, können selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. 20 mg Fluoxetin) oder andere geeignete Psychopharmaka Besserung bringen. Dabei ist statt der kontinuierlichen Einnahme auch eine intermittierende (in der Lutealphase) Anwendung möglich oder sogar vorzuziehen. Eine verstärkte Wassereinlagerung, d.h. Ödeme, Brustspannen, Blähgefühl, Gewichtszunahme, lässt sich mit Aldosteron-Antagonisten (z.B. Spironolacton) behandeln.

Da es sich beim PMS um eine hormonabhängige Störung handelt, sind hormonale Interventionen naheliegend. Bei leichter bis mäßiger Symptomatik können Ovulationshemmer durch die Unterdrückung der Ovulation und der Corpus luteum-Funktion die Beschwerden bessern. In diesem Fall ist die kontinuierliche Einnahme eines OH vorzuziehen, da auf diese Weise eine stärkere Suppression der Ovarialfunktion erreicht wird und der ständige Wechsel des Hormoneinflusses vermieden wird.

Literatur

1. Grady-Weliky TA: Premenstrual dysphoric disorder. N. Engl. J. Med. 348 (2003) 433–438.

2. Breckwoldt M: Das Prämenstruelle Syndrom. In. Sexualhormone und Psyche (Hrsg. Kuhl H), Thieme Stuttgart (2002) 18–21.

Überreicht durch

Jenapharm

Jenapharm GmbH & Co. KG
Otto-Schott-Straße 15 · 07745 Jena