

Die Mädchensprechstunde

Zyklusstörungen und PMS – häufig schon ab der Pubertät

D. M. Gruber

Die hormonellen Umstellungen, die mit der weiblichen Pubertät beginnen, sind Voraussetzung für das Funktionieren der Eierstöcke und in weiterer Konsequenz für die erfolgreiche Weitergabe des Lebens während der nächsten 3 Jahrzehnte. Damit die Neuausrichtung des jungen hormonellen Systems erfolgen kann, sind Geduld, Zeit, Ruhe und eine gehörige Portion Toleranz der Umgebung erforderlich. Besonders die Lebensführung mit entsprechend gesunden Nahrungsmitteln ist essentiell, damit das Mädchen möglichst gesund diese Jahre durchmacht. Zentraler Taktgeber dieses fein regulierten Systems ist der Hypothalamus mit den nachgeordneten Ebenen **Hypophyse, Ovar** und **Nebenniere** sowie **periphere Erfolgsorgane**.

Der weibliche Zyklus folgt einem komplexen System von hormonellen Regelkreisen, die aufeinander abgestimmt sind. Diese Abstimmung muss erst „erlernt“ werden. Der Hypothalamus regelt mittels Dopamin und Gonadotropin-Releasing-Hormonen (GnRH) über die Hypophyse sowohl die Prolaktin- als auch die Gonadotropinausschüttung (luteotropes Hormon [LH], follikelstimulierendes Hormon [FSH]). Die Gonadotropine bewirken über Östrogen am Ovar den Follikelaufbau und die Gelbkörperbildung nach erfolgter Ovulation. Östrogen- und Progesteron-vermittelt wird am Endometrium dessen Auf- und Umbau bewirkt. Prolaktin ist für die Ovulation von Bedeutung, stimuliert unter anderem die Brustdrüse und ist eine der Voraussetzungen für den Beginn der Laktation. Gerade in den ersten Monaten und Jahren nach der Menarche ist es sehr häufig, dass sich die Regelmäßigkeit der Blutung nur zögerlich einstellt. Begleitet ist die Zeit oftmals von prämenstruellen Beschwerden und von unangenehmen Veränderungen an Haut und Haar. Auch die Psyche „leidet“ und der Blick auf die Welt wird auf den Kopf gestellt.

Zyklusstörungen in der Pubertät liegt oft eine Dysbalance des hormonellen Gleichgewichts, das sich erst finden muss, zugrunde. Anfänglich dominieren das Fehlen des Progesterons und ein relativer Androgenüberschuss. In wenigen Fällen kann die anatomisch-funktionelle Fehlfunktion endokriner Drüsen ein Problem darstellen. Häufig hingegen findet man als Ursache für die hormonelle Dysbalance eine übermäßige Belastung durch körperlichen oder psychischen Stress, vermehrte oder auch verminderte körperliche Betätigung und falsche Essgewohnheiten – sowohl eine Zuviel als auch ein Zuwenig. Das Körpergewicht ist nämlich zu diesem Zeitpunkt ein sensibles Maß für die Etablierung der neuen hormonellen Ausrichtung. Selten ist die Wechselwirkung mit Arzneimitteln ursächlich daran beteiligt. Auch die Schilddrüse „macht eine Pubertät durch“ und adaptiert zu dieser Zeit die Schilddrüsenhormon-Produktion an die zukünftigen körperlichen Anforderungen. Es ist immer wieder zu beobachten, dass sich Hy-

pothyreosen während dieser Zeit erstmanifestieren. Das ist auch der Grund, weshalb man in der Pubertät die Schilddrüse ebenfalls bei der Diagnostik berücksichtigen soll.

Zyklusunregelmäßigkeiten sind die klinischen Folgen der meist bestehenden Anovulation und des damit verbundenen Progesterondefizites. Dies ist ein Zustand, der sich innerhalb der nachfolgenden Monate meist von selbst reguliert und somit ein selbstlimitierendes Problem ist. Will sich die Regelmäßigkeit der Blutung aber nicht einstellen (bis zu 3 Jahre kann gewartet werden), sollte man nachforschen.

Die klinischen Symptome eines PMS in der Pubertät äußern sich bei jungen Mädchen oftmals in unspezifischen Unterbauchbeschwerden, begleitet von Ausfluss, Kopfschmerzen, Übelkeit und/oder Erbrechen bis zu kurzen Ohnmachtsanfällen. Auch kann es zu neurologischen Beschwerden wie Stimmungsschwankungen und Kopfschmerzen bis zu migränearartigen Schmerzen kommen. Das beunruhigt sowohl das betroffene Mädchen als auch die Mutter sehr und sollte mit einem Facharzt besprochen werden.

Da der weibliche Zyklus einen sehr sensiblen Regelkreis darstellt, kann sich das Symptom „Zyklusstörung“ sehr vielfältig zeigen: Veränderungen in Häufigkeit, Dauer oder Intensität der Monatsblutung, eine schmerzhaft Menstruation sowie abweichende Hormonwerte (Hyper-/Hypogonadotropinämie und/oder Hyper-/Hypoöstrogenämie), erhöhte Androgenwerte und ein Prolaktinanstieg sind möglich.

Um Ursachen zu erkennen, sind das Zuhören und das Befragen des jungen Mädchens am wichtigsten. Ergänzend dazu ist es hilfreich, den Zykluskalender (wenn ein Zyklus vorhanden ist; aktueller: App am Smartphone) anzusehen und gegebenenfalls eine Hormonspiegelmessung zu veranlassen. Um seltene – aber doch immer wieder zu diagnostizierende – anatomische Aberrationen nicht zu übersehen, wäre eine vorsichtige gynäkologische Untersuchung inklusive abdominaler Ultraschalluntersuchung vorzunehmen. Meistens lässt sich schon bei der Anamnese erkennen, wo die mögliche Ursache liegen könnte.

Den wichtigsten therapeutischen Rat, den man einem pubertierenden/adoleszenten Mädchen, welches von den einen oder anderen hormonellen Unannehmlichkeiten belastet wird, geben kann, ist der: **Abzuwarten** und mit einer medikamentösen Therapie möglichst lange zu warten. Gegen die lästigen dermatologischen Begleiterscheinungen der Pubertät gibt es viele lokale Möglichkeiten, die schon allein aus psychologischen Gründen ausgeschöpft werden sollten.

Therapeutisch werden und wurden oft orale Kontrazeptiva eingesetzt, auch wenn nicht die Notwendigkeit zur hormonellen Kontrazeption in der doch oft sehr jungen Altersgruppe gegeben ist. Hierbei sollte man besondere Vorsicht walten lassen, um nicht voreilig das Ausreifen des Hormonsystems zu irritieren oder oft ganz zu unterbrechen („Freezing der Hormonachsen“). Die Zyklusstörung oder sogar Amenorrhö der Pubertät, die mit der Pille scheinbar „geheilt“ wird, tritt nach Jahren der Pilleneinnahme wieder als Post-Pillen-Amenorrhö auf und ist dann nur schwer zu „kurieren“.

Es mehren sich die Anfragen jener Mädchen und Frauen, die eine Hormongabe ablehnen, und solcher, bei denen sie ohnehin kontraindiziert ist. Hier kommen dann pflanzliche Präparate wie Extrakte aus *Vitex agnus castus*, Isoflavone, Omega-3-Fettsäuren, Yamswurzelextrakt und viele weitere verwandte Substanzen aus dem Reich der Natur zum Einsatz. Die potenziellen Nebenwirkungen von pflanzlichen Präparaten sind harmlos und wenn, dann meist im „allergischen Bereich“ anzusiedeln. Um die oft vorhandene Hyperöstrogenämie zu „antagonisieren“, kann auch an eine Progesterongabe zu diesem Zeitpunkt gedacht werden.

Pflanzliche Therapieoptionen haben in der Gynäkologischen Sprechstunde längst ihren Platz erobert und das Wissen darüber wird auch von unseren Patientinnen eingefordert.

Auch Lebensstilmodifikationen/Anpassungen sind ein wichtiger Faktor. Dazu gehören die Beachtung eines chronobiolo-

gischen Lebensstils (genügend Schlaf), die Zufuhr von gesunden Nahrungsmitteln für Geist und Körper und ausreichende körperliche Betätigung.

Dort, wo eine medikamentöse Therapie notwendig erscheint, soll man sie einsetzen. Doch solange ein „**watchful waiting**“ möglich ist, gibt man dem jungen Körper die Chance, in Ruhe (und das kann bis zu 5 Jahre dauern) sein neues hormonelles Gleichgewicht mit einem geregelten Menstruationszyklus zu finden. Jede junge Frau, der dies gelingt, hat damit einen wichtigen Grundstein für ihre „endokrine“ Gesundheit der nächsten Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte gelegt.

Korrespondenzadressen:

Univ. Prof. Dr. med. Doris Maria Gruber
Klinische Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: doris.gruber@meduniwien.ac.at
www.frauenaerztin-gruber.at

Dr. Alessandra Tramontana
Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung
Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital
A-1120 Wien, Langobardenstraße 122
E-Mail: allessandra.tramontana@wienkav.at