

Wissenswertes, Tipps und Tricks für die Praxis

Zyklus- und Blutungsstörungen im Jugendalter

Die gynäkologische Betreuung von Mädchen in der Adoleszenz benötigt besonderes Fachwissen und Fingerspitzengefühl. Im Gespräch mit GYN-AKTIV gibt Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau, Kinder- und Jugendgynäkologin sowie Vorstandsmitglied der Plattform für interdisziplinäre Kinder- und Jugendgynäkologie Österreich (PIKÖ), einen Überblick über die Besonderheiten bei Zyklus- und Blutungsstörungen im Jugendalter und viele hilfreiche Tipps, wie man betroffenen Mädchen in der Praxis helfen kann.

Redaktion: Dr.ⁱⁿ Christina Nowikow

Welche Rolle spielt die Adoleszenz für die spätere gynäkologische Gesundheit?

Eine ganz zentrale. Diese Zeit prägt vielfach die spätere gynäkologische Gesundheit: Wenn ein Mädchen früh einen vertrauensvollen Kontakt zu einem/einer Gynäkolog:in hat, dann fällt es ihr später viel leichter, auch in heiklen Situationen wiederzukommen. Gerade in der Phase der Adoleszenz, in der Scham eine große Rolle spielt, in der Mädchen nicht gerne mit Erwachsenen über Sexualität oder Körperlichkeit reden möchten, ist so eine vorangegangene positive Erfahrung mit einem/einer Gynäkolog:in hilfreich. Mädchen in der Pubertät sitzen eigentlich „zwischen den Stühlen“: Sie gehören nicht mehr so recht zu den Kinderärzt:innen, aber auch noch nicht zu den Gynäkolog:innen, und da es in Österreich noch zu wenige ausgebildete Kinder- und Jugendgynäkolog:innen gibt, fühlen sich viele Kolleg:innen überfordert. Dann kann es passieren, dass bei einer Virgo ohne medizinische Indikation eine vaginale Untersuchung gemacht wird, die für das Mädchen mitunter traumatisch und schmerzhaft sein kann. Das ist ein häufiger Grund, warum Mädchen nach dieser Erfahrung den neuerlichen Besuch bei dem/der Gynäkolog:in meiden. Ohne kindergynäkologisches Wissen werden schwere Erkrankungen mitunter lange nicht diagnostiziert, ein Beispiel ist die juvenile Endometriose: Selbst bei extremer Dysmenorrhö mit Kollaps und mehrtägiger monatlicher Bettlägrigkeit heißt es von ärztlicher Seite oft

schnell: „Regelschmerzen hatten wir alle, das ist normal“, und dann gibt es Schmerzmittel, ohne genauer hinzusehen. Aber Mädchen sind eben keine kleinen Frauen, sie sind auch keine Kinder mehr. Sie brauchen in der Übergangsphase ins Erwachsenenalter eine fachkundige, sensible Betreuung.

Wie häufig treten Zyklus- und Blutungsstörungen in der Adoleszenz auf, und ab wann spricht man von einem behandlungsbedürftigen Problem?

Sehr häufig! 70 % bis 75 % aller pubertierenden Mädchen haben Blutungsstörungen – das zeigen die Daten. Das ist kein Randthema, sondern betrifft die Mehrheit der Mädchen.

„Mädchen in der Pubertät sitzen ‚zwischen den Stühlen‘: Sie sind weder Kind noch Frau und bedürfen einer eigenen, sensiblen Betreuung.“

Als Orientierung: Zwischen Beginn der Pubertät (erste Brustknospe) und Menarche vergehen im Schnitt etwa zwei Jahre. Der normale Pubertätsbeginn liegt zwischen dem 8. und dem 14. Lebensjahr. Wenn bis zum 16. Geburtstag noch keine Blutung aufgetreten ist, muss man eine gynäkologische Ursache abklären.

Eine normale Menstruation, die Eumenorrhö, bedeutet eine Blutung alle 28 ± 5 Tage, 5–7 Tage lang, mit einem Verbrauch von ma-



Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau, MFHom
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendgynäkologie, Privatarztzentrum der Privatklinik Döbling, Wien

ximal 3 bis 6 Binden am stärksten Tag. Leichtes Unterbauchziehen ist normal, aber wenn ein Mädchen 1 Tag lang oder länger nicht in die Schule gehen kann, sich vor Schmerzen windet, weint und weitere Begleitsymptome hat, so ist das abklärungsbedürftig. Pathologische Abweichungen sind etwa die Hypermenorrhö, also übermäßig starke Blu-

tungen bei normaler Dauer, die Menorrhagie, eine zu starke und zu lange Blutung, und die akute uterine Blutung. Letztere ist ein Notfall: Die Mädchen bluten massiv, werden anämisch, kollabieren und werden dann ins Krankenhaus gebracht. Selten erhalten sie mehr Hilfe als eine i. v. Schmerztherapie und kaum jemals einen Plan, wie sie in Zukunft mit diesen monatlichen Ereignissen umgehen sollten. Das Hauptaugenmerk müsste in diesem Fall darauf gerichtet werden, die Blu-

tungsintensität zu mindern (Tranexamsäure), und da die Mädchen oft eine schwere Eisenmangelanämie haben, muss diese korrigiert werden. Bei extremer Anämie muss sogar die Notwendigkeit von Blutkonserven diskutiert werden. Bei sehr hohem Endometrium sollte Progesteron über 10 Tage verordnet werden – mit nachfolgender Ultraschallkontrolle – und eine ausreichende Schmerztherapie gewährleistet sein. Ist das Endometrium flach, sollte das Mädchen zunächst mit 2 mg Östradiolvalerat über 10 Tage mit anschließender Östrogen/Gestagen-therapie über 12–14 Tage behandelt werden, um einen physiologischen Zyklus zu imitieren. Zusätzlich sollte ein Gerinnungsstatus gemacht und nach organischen Ursachen geforscht werden. Die Eltern und das Mädchen brauchen einen Plan, um zu wissen, wie sie mit der nächsten Blutung umgehen sollten.

Und wie sieht es mit der Dysmenorrhö aus?

Auch hier sind die Zahlen hoch: 50–75 %

der Mädchen leiden daran, 7 % bis 15 % sogar so stark, dass sie den Alltag kaum noch bewältigen können. Das bedeutet Schulausfälle, soziale Einschränkungen und einen massiver Verlust an Lebensqualität. Man muss ärztlicherseits wissen, dass in den ersten zwei

deuten – etwa die juvenile Endometriose oder als seltenes Beispiel eine Hymenalatresie, die mit starken Schmerzen ohne Blutung einhergeht, da das Hymen verschlossen ist und das Menstruationsblut sich in der Vagina und dem Uterus zurückstaut.

„Wir brauchen in Österreich mehr Kinder- und Jugendgynäkolog:innen – und eine enge Zusammenarbeit mit der Pädiatrie. Nur so können wir diesen Patientinnen gerecht werden.“

Jahren nach der Menarche etwa die Hälfte der Zyklen anovulatorisch sind – in dieser Zeit sind die Blutungen oft unregelmäßig, aber die Schmerzen noch nicht so stark. Sobald aber die ovulatorischen Zyklen einsetzen, beginnen oft auch die heftigen Schmerzen.

Eine Dysmenorrhö sollte nie abgetan werden. Sie kann auf schwere Krankheiten hin-

Gibt es belastbare Daten zur juvenilen Endometriose?

Leider nein. Wir haben eine hohe Dunkelziffer, weil die Diagnose nur operativ mittels Histologie gesichert werden könnte, und eine Operation sollte bei Jugendlichen vermieden werden. Aber es gibt typische Symptome der Endometriose: Sind die ▶

FIORA Scheidentrockenheit®

ZUR BEHANDLUNG VON

- regenerativen Prozessen bei atrophischen und dystrophischen Zuständen der Vaginalschleimhaut¹
- nach der Geburt¹
- vor und nach gynäkologischen Eingriffen¹

INHALTSSTOFFE



Hyaluronsäure



Borretschöl



Kamillenöl-extrakt



kolloidales Siliziumdioxid



Vitamin-A Palmitat



Für weitere Informationen steht Ihnen unser Team mit Mustern zum Kennenlernen sowie Servicematerialien gerne zur Verfügung:

+WPharma GmbH
info@pluswpharma.com

ANWENDUNG: 1 Vaginalzäpfchen abends

1. Gebrauchsinformation FIORA Scheidentrockenheit®. Stand Februar 2024.

Schmerzen nicht von Anfang an stark, sondern steigern sich über ein bis zwei Jahre, so ist das als ein starker Verdacht auf juvenile Endometriose zu deuten. Im Ultraschall sieht man meist nichts Auffälliges – das Wichtigste ist daher die Anamnese. Und diese sollte bei jungen Mädchen besonders gründlich erhoben werden.

Wie sollte die Anamnese aussehen, und welche Differenzialdiagnosen sollte man im Blick haben?

Vor allem: Fragen stellen und geduldig zuhören! Man sollte die Mädchen selbst erzählen lassen, wie ihre Blutung begonnen hat, über deren Regelmäßigkeit sowie darüber, welche Beschwerden besonders belasten, und gezielt nachfragen. Die Mädchen kommen meist mit der Mutter, manchmal auch mit dem Vater oder mit beiden besorgten Eltern. Sie wissen selbst oft nicht genau, was „normal“ ist. Deshalb arbeite ich gerne mit Zyklus-Apps – das ist für die Jugendlichen greifbar, sie haben das Handy sowieso immer dabei. Da kann man Stärke und Häufigkeit der Blutung, Schmerzen, Begleitsymptome sowie die psychische Befindlichkeit im Zyklus dokumentieren und bekommt schnell ein klareres Bild des Leidensdruckes des Mädchens. Differenzialdiagnosen der Dysmenorrhö sind zum Beispiel das bereits erwähnte verschlossene Hymen, ein Vaginalseptum – hier steht die Dysmenorrhö im Vordergrund, die Blutung fehlt jedoch vollständig bzw. ist nur gering – oder eine Gerinnungsstörung bei primär massiven Blutungen. Wichtig ist auch, den Eisenstatus zu überprüfen. Ich

habe etwa eine Leistungssportlerin betreut, die beim Training ständig kollabierte – Grund war ein massiver Eisenmangel durch Hypermenorrhö.

Wann ist eine hormonelle Therapie indiziert, und wie sollte sie durchgeführt werden?

Die Art der hormonellen Behandlung – die meist nur über einige wenige Monate notwendig ist – hängt von den Symptomen und Gegebenheiten des Endometriums ab. Dauerblutungen bei hohem Endometrium deuten auf Östrogendominanz und Progesteronmangel hin. Hier sollte über 10–14 Tage ein Gestagen (Dydrogesteron 10 mg) und anschließend eine Kombination aus Östrogen und Gestagen gegeben werden, um die Situation zu stabilisieren. Als Gestagenanteil wird derzeit Levonorgestrel empfohlen.

Ist die Schleimhaut flach, braucht das Mädchen zunächst Östrogen (Östradiolvalerat 2 mg) über 10 Tage und anschließend ein Kombinationspräparat. Sollte die Blutung nach 10 Tagen noch nicht aufgehört haben, kann die Dosis der Kombinationspille verdoppelt werden. Eine sehr gute Option für Mädchen, die bereits größer sind und eine entwickelte Gebärmutter haben, ist die Minihormonspirale. Diese sollte in Sedoanalgesie gelegt werden, um das Mädchen nicht zu traumatisieren. Die Minihormonspiralen haben auch den Vorteil, dass sie nicht in den physiologischen Hormonhaushalt eingreifen und auch die Knochendichteentwicklung, die in der Adoleszenz stattfinden muss, um später vor Osteoporose zu schützen, nicht beeinträchtigen.

Wie geht man mit Sorgen in Bezug auf die hormonelle Therapie um – Stichworte frühe Hormonbelastung, Fruchtbarkeit, Gewichtszunahme?

Viele Eltern sind besorgt und misstrauisch, wenn sie „Hormone“ oder „Pille“ hören. Darauf muss man im Gespräch eingehen. Ich erkläre den Patientinnen und ihren Begleitpersonen immer, dass es oft nur eine kurzzeitige Stabilisierung braucht, die keine bleibenden Nebenwirkungen hat. Man kann die Hormone nach einiger Zeit wieder weglassen und mit komplementärmedizinischen Methoden weiterarbeiten. Begleitend setze ich gerne phytotherapeutische und komplementärmedizinische Medikamente ein. So kann die hormonelle Therapie oft zeitnah reduziert oder beendet werden. Langfristig sollten Jugendliche möglichst nicht vor dem 20. Lebensjahr über längere Zeit die Pille erhalten, da die Knochendichteentwicklung noch nicht abgeschlossen ist. Wie bereits erwähnt, ist hier die Minihormonspirale eine gute Alternative.

Die Fruchtbarkeit wird durch eine hormonelle Therapie nicht beeinträchtigt. Auch eine Gewichtszunahme ist in Studien nicht nachweisbar – allenfalls kommt es zu einer vorübergehenden Wassereinlagerung. Wichtig ist eine enge ärztliche Begleitung. Ich gebe den Mädchen und den Müttern immer meine Handynummer, um mich im Notfall kontaktieren zu können. Das gibt ihnen Sicherheit, wenn plötzlich nachts oder am Wochenende wieder eine extreme Blutung losgehen sollte.

PIKÖ-FACHTAGUNG:

HUNGER NACH HILFE?

Prävention, Erkennen und interdisziplinäre Strategien zur Behandlung von Anorexie

Termin: Freitag, 28.11.2025 / 9:00 – 17:00

Veranstaltungsort: Billrothhaus, Frankgasse 8, 1090 Wien (Festsaal)

Veranstaltungsinformation



Welche komplementärmedizinischen Maßnahmen setzen Sie ein, und wo liegen die Grenzen dieser Ansätze?

Ich setze sehr gern Teemischungen (Frauenmantel, Himbeerblätter, Schafgarbe, Ringelblume, Hirtentäschel), Myo-Inositol, Omega-3-Fettsäuren, hochdosiertes Magnesium rund um die Menstruation und α -Liponsäure ein. Das unterstützt meiner Erfahrung nach die Reifung der hormonellen Achse und stabilisiert die Blutungsproblematik. Die Teemischungen, die ich verordne, sollen so zubereitet werden, dass sie auch schmecken – etwa mit Honig oder Säften. Compliance ist alles. Auch Folsäure, Selen, Zink und die B-Vitamine können unterstützen. Bewegung (bei manchen lindert es, bei anderen verschlechtert es die Beschwerden), Wärme, Entspannung, Homöopathie, TCM, Moxen oder kraniosakrale Therapie sind weitere Optionen, die individuell gut wirken können und die ich – je nach Symptomatik – empfehle.

Bei akuten Blutungen oder massiver Dysmenorrhö muss immer zunächst konventionell medizinisch interveniert werden. Der Wert der Komplementärmedizin liegt in der Stabilisierung der Blutungs- und Schmerzproblematiken.

Gibt es Evidenz für alternative Methoden?

Leider kaum. Es gibt kleine Studien, viele positive Erfahrungsberichte, aber keine großen randomisierten Untersuchungen. Das liegt schlicht daran, dass solche Studien selten finanziert werden. Trotzdem – in der Praxis sehen wir, dass es vielen Mädchen hilft, und gerade bei Jugendlichen suchen wir nach Optionen, mit möglichst sanften Methoden das Ziel zu erreichen.

Welche Ressourcen empfehlen Sie Kolleg:innen, die sich in diesem Bereich fortbilden möchten?

Unsere Plattform für Kinder- und Jugendgynäkologie PIKÖ (pikoe.at) kann ich wärmstens empfehlen. Auf unserer Website haben wir über die Jahre viele Informationen gesammelt – von Fachartikeln bis hin zu Fallbesprechungen. Wir bieten jährlich startende Ausbildungen zum Thema Kinder- und Jugendgynäkologie, Fachtagungen und viele Fortbildungsveranstaltungen an. Es gibt einen offenen Bereich und einen geschlossenen Mitgliederbereich, in dem man direkt mit Expert:innen in Austausch treten kann. Die Mitgliedschaft ist günstig und der Erfahrungsaustausch enorm wertvoll.

Zum Abschluss – welches Anliegen möchten Sie besonders betonen?

Unser zentrales Anliegen ist die Sensibilisierung der Gynäkolog:innen und Pädiater:innen. Mädchen in der Pubertät sind weder Kinder noch Erwachsene, und sie brauchen eine eigene Form der Betreuung. Der Bedarf an ausgebildeten Kinder- und Jugendgynäkolog:innen sowohl unter den Kinderärzt:innen als auch unter den Gynäkolog:innen ist groß – und eine enge Zusammenarbeit immens wichtig, um Mädchen fachkundig und gut zu betreuen.

Wir erleben viele Mütter, die völlig verzweifelt von Ärzt:in zu Ärzt:in und von Krankenhausambulanz zu Krankenhausambulanz gehen, ohne dauerhafte Hilfe zu finden. Diese Mädchen dürfen nicht alleingelassen werden. Darum bilden wir bei der PIKÖ seit zehn Jahren fort. Nur wenn wir mehr Fachleute haben, welche die Besonderheiten kennen, können wir diesen Jugendlichen wirklich gerecht werden. ■



COLPOFIX®

Das Vaginalgel zum Sprühen.

Prophylaxe und Behandlung
von HPV bedingten Läsionen
des Gebärmutterhalses.



SYNERGISTISCHE WIRKUNG DER INHALTSSTOFFE

→ Carboxymethyl Betaglukan
und Polycarbophil



NACHGEWIESENE WIRKSAMKEIT

→ 4 Studien* mit > 2.000 Patientinnen



ERGONOMISCHER SPRÜHAPPLIKATOR

→ Zielgenaue Applikation

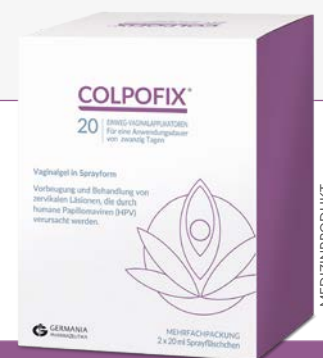


GEL MIT THIXOTROPEN EIGENSCHAFTEN

→ Haftet gut, läuft nicht aus

**Colpofix® 20 ml
10 Applikatoren**

**Colpofix® 40 ml
20 Applikatoren**



Eine proaktive Alternative zur Strategie
des kontrollierten „WAIT and SEE“

* Scardamaglia 2010, Laccetta 2015, Stentella 2017, Lavitola 2020