

STARKE MENSTRUATIONSBLUTUNGEN IN DER ADOLESCENZ: EMPFEHLUNGEN FÜR PÄDIATER:INNEN

Dehlia Moussaoui, Kerstin Ruoss

Übersetzung: weiss traductions genossenschaft



Dehlia Moussaoui

Kerstin Ruoss

Die im nachfolgenden Text verwendete weibliche Form bezieht sich auf alle menstruierenden Personen, unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität.

Fall 1 Starke Menstruationsblutungen aufgrund einer unreifen Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse mit akuter Präsentation und Zuweisung auf die Notfallstation

Falldarstellung

Die Mutter der 12-jährigen Lucy meldet sich bei Ihnen in der Praxis, um ihre Tochter wegen Müdigkeit und Schwindel abklären zu lassen. Anlass der notfallmässigen Konsultation ist eine Synkope in der Schule. In der Anamnese stellt sich heraus, dass Lucy seit 20 Tagen menstruiert und zwar so stark, dass sie jeweils 3 Binden gleichzeitig einlegen muss, welche sie 5 Mal tgl. wechselt. Auf Nachfragen erzählt sie, dass sie zudem ab und zu Koagel bemerkt, welche im Durchmesser grösser sind als eine 1-Franken-Münze.

Ihre Menarche hatte Lucy vor 5 Monaten. Bereits die erste Blutung hatte 6 Wochen gedauert, aktuell blutet die Jugendliche nach einem 4-monatigen Abstand zum 2. Mal.

Bisher war Lucy gesund, weder sie noch andere Familienmitglieder haben je unter verstärkten Blutungen gelitten.

In der klinischen Untersuchung wirkt Lucy müde und reduziert, das Hämoglobin beträgt 81g/l. Es erfolgt eine Zuweisung auf die Notfallstation zur weiteren Abklärung und Therapie.

Auf der Notfallstation bestätigt sich die Anämie. Anamnestisch ergeben sich keine Hinweise für eine erhöhte Blutungsneigung. Die Ursache für die akute Anämie ist die unregelmässige und verlängerte Menstruationsblutung. Weshalb diese auftritt, ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar.

Fall 2 Starke Menstruationsblutungen aufgrund einer Blutungsstörung (chronische Präsentation)

Falldarstellung

Sie sind der:die Pädiater:in der 14-jährigen Jasmine. Bei einer Kontrolluntersuchung klagt sie über Müdigkeit und ungewöhnlichen Haarausfall. Die klinische Untersuchung ist unauffällig. Die Blutbestimmung zeigt ein Blutbild in der Norm, jedoch einen Eisenmangel mit einem Ferritinwert von < 5 mcg/l. Sie vervollständigen die Anamnese, um die Ursache dieses Eisenmangels zu ermitteln. Jasmine isst ausgewogen und zeigt keine gastrointestinalen Symptome.

Die Menarche hatte sie vor zwei Jahren. Sie berichtet von regelmässigen, 8 bis 9 Tage dauernden Menstruationsblutungen alle 24 bis 28 Tage. An den ersten beiden Tagen muss sie die Binden stündlich wechseln, was in der Schule Probleme bereitet. Nachts legt sie zwei Binden übereinander, aber es gibt häufig Blutflecken auf der Bettwäsche. Sie beschreibt Koagel von einer Grösse von mehr als 2,5 cm. Jasmynes Blutungen sind seit der Menarche unverändert stark und ihre Mutter hat sich nie Sorgen gemacht, da ihre eigenen Blutungen ähnlich sind.

Die Anamnese ergibt, dass Jasmine seit ihrer Kindheit unter Nasenbluten, das jeweils etwa 15 Minuten dauert, und gelegentlichen Zahnfleischblutungen beim Zähneputzen leidet. Sie wurde nie operiert.

Die Familienanamnese zeigt, dass Jasmynes Mutter nach Jasmynes Geburt eine postpartale Hämorrhagie erlitt, die eine Kürettage und eine Erythrozyten-Transfusion erforderte. Bei der Mutter wurden nie hämostaseologische Abklärungen durchgeführt.

Fallbesprechung

Die Diagnose eines Eisenmangels mit oder ohne begleitender Anämie sollte nicht nur zu einer Substitution führen, sondern erfordert auch die Ermittlung der Ursache. Die Ursachen für Eisenmangel im Jugendalter sind unzureichende Zufuhr, Malabsorption sowie Verluste aufgrund von gastrointestinalen oder gynäkologischen Problemen.

<https://doi.org/10.35190/Paediatria.d.2026.1.4>

Korrespondenz:
dehlia.moussaoui@hug.ch

Hämostase

Begrüssung und
Moderation auf Deutsch
Prof. Manuela Albisetti

Thrombose et thrombophilie en âge pédiatrique: enjeux diagnostiques et cliniques

PD Dr med. Mattia Rizzi,
Médecin associé, Lausanne
Präsentation FR | Folien EN

Die Therapie der Thrombose im Kindesalter – Altbekanntes und Neues

Dr. med. Alessandra Bosch,
Oberärztin, Zürich
Präsentation DE | Folien EN

Hämophilie: Welche Prophylaxe für welchen Patienten

Prof. Dr. Manuela Albisetti, Leitende Ärztin, Zürich
Präsentation DE | Folien EN

Roundtable

Am Roundtable nehmen alle oben genannte
Referent:innen sowie Dr. med. Jan Teller,
Vertreter des Vorstands pädiatrie schweiz und
Praxispädiater teil.



Anmeldung bis am 4. Mai 2026.
paediatricschweiz.ch/fortbildung

Die Veranstaltung wird von pädiatrie
schweiz mit 2 pädiatrischen Kernfort-
bildungscredits anerkannt. Die Teilnah-
me an der Fortbildung ist für Mitglieder
von pädiatrie schweiz kostenlos. Für
Nicht- Mitglieder beträgt der Unkos-
tenbeitrag CHF 50.-.

Menstruationsanamnese

Starke Menstruationsblutungen sind die häufigste Ursache für Eisenmangel bei Jugendlichen⁽¹⁾ – eine Menstruationsanamnese ist daher unerlässlich. Sie sollte das Alter bei der Menarche, die Dauer und Regelmässigkeit des Menstruationszyklus, die Dauer der Menstruation, die Stärke der Blutung und eventuell damit verbundene Menstruationsbeschwerden umfassen. Die Verwendung eines Menstruationskalenders (in Papierform oder als Smartphone-App) sollte empfohlen werden, um objektive Daten zu erhalten und die Entwicklung der Menstruationszyklen über mehrere Monate hinweg beobachten zu können. Die Stärke der Menstruationsblutung lässt sich in der Praxis nur schwer einschätzen, und aufgrund fehlender Vergleichsmöglichkeiten ist es für eine Frau oft schwierig zu beurteilen, ob ihre Menstruation «normal» oder «stark» ist. Darüber hinaus wird das Wissen über die Menstruation in der Regel innerhalb der Familie weitergegeben, was dazu beitragen kann, dass in Familien, in denen alle Frauen starke Regelblutungen haben, z. B. aufgrund einer Gerinnungsstörung, ein verzerrtes Bild von «Normalität» entsteht. Visuelle Methoden wie die PBAC (Pictorial Blood Assessment Chart) ermöglichen eine semiquantitative Beurteilung der Blutung durch Angabe der Anzahl des täglich verwendeten Menstruationsschutzes und seines Sättigungsgrades sowie des Vorhandenseins von Koageln oder von einem Auslaufen⁽²⁾. Ein PBAC-Score von 100 entspricht einem Blutverlust von 80ml, was einer starken Menstruationsblutung gleichkommt⁽³⁾. In der Praxis kann der:die Pädiater:in nach Anzeichen suchen, die auf eine starke Menstruationsblutung hindeuten und in Tabelle 1 beschrieben sind.

Interessant und wichtig zu betonen ist, dass die derzeitige Definition von starken Menstruationsblutungen auf den Auswirkungen auf die Lebensqualität beruht⁽⁴⁾.

Red Flags, die auf starke Menstruationsblutungen hinweisen
Dauer der Menstruationsblutung > 7 Tage
Dauer des Menstruationszyklus < 21 Tage
Der Menstruationsschutz muss alle zwei Stunden oder häufiger gewechselt werden
Es müssen mehrere Menstruationsschutzartikel gleichzeitig getragen werden
Koagel von einer Grösse von > 2,5 cm
Gefühl der Überflutung

Tabelle 1. Red Flags, die auf starke Menstruationsblutungen hinweisen

Abklärungen

Erstpräsentation

Zur initialen Abklärung gehören die Bestimmung eines Blutbildes mit der Frage nach Anämie und Thrombozytopenie. In der Notfallsituation ist der aktuelle Hämoglobingehalt richtungweisend hinsichtlich Therapie. Gleichzeitig wird das Ferritin zur Beurteilung des Eisenspeichers ermittelt. Bei deutlicher Eisenmangelanämie sollten weitere Abklärungen erfolgen. Eine Bestimmung des Blutbildes inkl. Retikulozyten, der Gerinnungsparameter (Quick, INR, aPTT, Fibrinogen)^(5,6) und ein Schwangerschaftstest bei sexuell aktiven Jugendlichen sind bei der Erstpräsentation unerlässlich.

Die Prüfung der Schilddrüsenfunktion zur Evaluation bezüglich Hypothyreose, allenfalls Kontrolle der Gonadotropine zum Ausschluss einer Ovarialinsuffizienz und der Androgene zum Ausschluss einer Hyperandrogenämie können im Verlauf bei klinischen Hinweisen ergänzt werden.

Starke Menstruationsblutungen und Gerinnungsstörungen

30% der Jugendlichen mit starken Menstruationsblutungen weisen eine zugrunde liegende Gerinnungsstörung⁽⁷⁾ auf. Häufige Ursachen für starke Menstruationsblutungen sind die Von-Willebrand-Krankheit und Thrombozytenfunktionsstörungen, wobei manchmal eine Diagnose auch nach umfangreichen biologischen Abklärungen nicht möglich ist - man spricht dann von einer Blutungsstörung unbekannter Ursache (*bleeding disorder of unknown cause*)⁽⁸⁾. Wichtig ist, dass diese Gerinnungsstörungen untersucht und identifiziert werden, damit eine geeignete Behandlung angeboten und Blutungskomplikationen, beispielsweise bei einem chirurgischen Eingriff oder während einer Entbindung, vermieden werden können. Bestimmte Erkenntnisse aus der Anamnese können auf eine zugrunde liegende Störung der Hämostase hindeuten: Starke Menstruationsblutungen seit der Menarche und während mehr als 12 aufeinanderfolgenden Monaten, Schweregrad der Menstruationsblutungen, Notwendigkeit einer Bluttransfusion, Ruptur einer hämorrhagischen Ovarialzyste mit Hämoperitoneum und familiäre Vorbelastung mit Blutungsneigung^(1,9). Der Blutungs-Score der International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH-BAT-Score) ermöglicht die individuelle Bewertung der Blutungsneigung anhand von 14 Items, die je nach Schweregrad der Symptome mit 0 bis 4 Punkten bewertet werden⁽¹⁰⁾. Ein Blutungs-Score von 3 oder höher bei Jugendlichen unter 18 Jahren gilt als positiv und erfordert weitere Abklärungen.

Bei Verdacht auf eine zugrunde liegende Gerinnungsstörung (Anamnesehinweise auf eine Blutungsneigung und/oder positiver ISTH-BAT-Score) sollte die Jugendliche zur weiteren Abklärung an eine:n Fachärzt:in (Kinder- und Jugendgynäkologie und/oder Hämatologie) überwiesen werden^(5,8,9).

Fortbildung

Diagnose

Bei unauffälligen Abklärungen und einer Anamnese mit unregelmässigen und verlängerten Blutungen im ersten Jahr nach Menarche und **sofern keine Red Flag für eine Blutgerinnungsstörung vorliegt**, gehen wir primär von einer dysfunktionellen abnormen uterinen Blutung aus. Diese Blutungen können akut mit verkürzten Intervallen und verstärkten und verlängerten Blutungen auftreten oder auch chronisch mit vorwiegend unregelmässigen Menstruationsblutungen. Dabei handelt es sich um eine Dysregulation infolge anovulatorischer Zyklen. Bis zu 80% der Zyklen sind in den ersten 2–3 Jahren nach Menarche anovulatorisch. In Folge fehlt der proliferationshemmende Effekt des Progesterons und das hochaufgebaute und instabile Endometrium blutet unregelmässig und unterschiedlich stark. Diese Situation erklärt auch, weshalb eine Sonografie bei Jugendlichen nicht zwingend zur Erstbeurteilung gehört. Im Gegensatz zu den erwachsenen Frauen sind eine Atrophieblutung oder ein Tumor eine Rarität und wir können primär davon ausgehen, dass wir eine Therapie für das hoch aufgebaute und instabile Endometrium einleiten müssen.

Behandlung

Bei tiefen Ferritinwerten empfehlen wir eine Eisen-substitution mit einem II-wertigen Eisenpräparat. Dabei streben wir stets einen Ferritinwert von 30 µg/L an⁽¹¹⁾.

Zur Reduktion der Blutungsmenge bei einer milden abnormen uterinen Blutung (Hb > 120 g/L) und bei fehlenden Hinweisen für eine Gerinnungsproblematik kann der Einsatz von Nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR)⁽¹²⁾ evaluiert werden. Durch die Prostaglandinsynthesehemmung und nachfolgende Vasokonstriktion kann die Blutungsmenge bis zu 30 % reduziert werden.

Tranexamsäure (Cyklokapron®) ist ein Antifibrinolytikum, das oral verabreicht werden kann und den Menstruationsfluss mit einer Wirksamkeit von 40 bis 50 % reduziert⁽¹³⁾. Die Standarddosierung beträgt 1 g 3-mal täglich oral über einen Zeitraum von 5 Tagen.

Hormonfamilie	Hormonbehandlungen	Dosierung bei akuter Blutung mit hämodynamischen und biologischen Auswirkungen	Dosierung in der Erhaltungsphase oder bei Blutung ohne hämodynamische Auswirkungen	Risiken und Nebenwirkungen
Östrogen-Gestagen-Methode	Kombinationspille (verschiedene Formulierungen), z. B. EE 30 mcg/LNG 150 mg)	1 Tab. alle 6 Std., dann schrittweise Reduktion wenn Blutung unter Kontrolle oder nach max. 48 Std.	1×/Tag zyklisch (21/7) oder durchgehend	Übelkeit, Kopfschmerzen, Wassereinlagerungen, Mastodynie, Risiko für venöse und arterielle Thrombosen
	Verhütungspflaster (EE 60 mcg/Norelgestromin 6 mg – Evra®)		1×/Woche zyklisch (21/7) oder durchgehend	
	Vaginalring (EE 270 mcg/Etonogestrel 11,7 mg – Nuvaring®)		1×/3 Wochen zyklisch (21/7) oder durchgehend	
Reine Gestagen-Methode	Dydrogesteron (Duphaston®)	10 mg 3×/Tag dann schrittweise Reduktion wenn Blutung unter Kontrolle	10 mg 1–3×/Tag	Keine kontrazeptive Wirkung, Kopfschmerzen, Akne
	Norethisteronacetat (Primolut N®)	5–10 mg 4×/Tag dann schrittweise Reduktion wenn Blutung unter Kontrolle	5 mg 1–2×/Tag	Keine kontrazeptive Wirkung, Kopfschmerzen, Akne
	Depo- Medroxyprogesteronacetat (Depo Provera® oder Sayana®)		150 mg i.m. oder 104 mg s.c. alle 12 Wochen	Kopfschmerzen, unregelmässige Blutungen, Knochenstoffwechselstörungen (empfohlene maximale Anwendungsdauer von 2 Jahren)
	Gestagen-Pille (Desogestrel 75 mcg – Cerazette® oder Drospirenon 4 mg – Slinda®)		1×/Tag durchgehend	Unregelmässige Blutungen, Kopfschmerzen, Akne
	IUP Levonorgestrel 52 mg (Mirena®)		Anwendungsdauer: bis zu 8 Jahren	Unregelmässige Blutungen (insbesondere in den ersten 3 Monaten)

Tabelle 2. Hormonelle Methoden zur akuten und chronischen Behandlung abnormaler Gebärmutterblutungen

Legende: IUP = Intrauterinpeessar, EE = Ethinylestradiol, i.m. = intramuskulär, LNG = Levonorgestrel, s.c. = subkutan

Tranexamsäure wird in der Schweiz von der Krankenkasse rückerstattet und kann von Pädiater:innen in der Praxis als hämostatische Erstbehandlung bei starken Menstruationsblutungen verschrieben werden.

Zur Verringerung des Menstruationsflusses oder zur vollständigen Unterdrückung der Menstruationsblutung können Hormonbehandlungen verschrieben werden (Tabelle 2). Die meisten dieser Methoden gelten als Verhütungsmittel und werden, obwohl sie zur Behandlung von Menstruationsstörungen eingesetzt werden, in der Schweiz in der Regel nicht von der Krankenkasse rückerstattet. Eine Ausnahme bildet Norethisteronacetat (kein Verhütungsmittel) und unter bestimmten Umständen das hormonelle Intrauterinpeessar Levonorgestrel 52 mg (Mirena®). Die Wahl zwischen den verschiedenen Methoden hängt von den Menstruationsbeschwerden, möglichen individuellen Kontraindikationen und persönlichen Präferenzen ab.

Östrogen-Gestagen-Methoden (Pille, Vaginalring oder Pflaster) ermöglichen eine Verringerung des Menstruationsflusses um 70 % und können dauerhaft angewendet werden als Versuch, die Menstruation komplett zu unterbinden^(14,15).

Die Anwendung von Gestagenen allein ist mit einem Risiko für unregelmässige Blutungen verbunden. Das hormonelle Intrauterinpeessar (Levonorgestrel 52 mg, Mirena®) stellt nach wie vor die wirksamste Behandlung von AUB dar, wobei der Menstruationsfluss nach einem Jahr der Anwendung um 94 % reduziert wird⁽¹⁶⁾. Entgegen der verbreiteten Meinung kann es bei Jugendlichen, die noch keinen penetrativen Geschlechtsverkehr hatten, unter angemessener Siedierung eingesetzt werden. Die gestagenhaltige Verhütungspille (Desogestrel oder Drospirenon) wird mit einer variablen Amenorrhoe-Rate und unregelmässigen Blutungen assoziiert. Norethisteronacetat ist bei der Behandlung von AUB wirksamer, hat jedoch keine kontrazeptive Wirkung⁽¹⁷⁾. Medroxyprogesteronacetat-Injektionen führen in etwa 50 % der Fälle nach einjähriger Anwendung zu Amenorrhoe. Es ist wichtig zu beachten, dass das subkutane Implantat aufgrund des hohen Risikos unregelmässiger und starker Blutungen nicht als Erstbehandlung bei starken Menstruationsblutungen empfohlen wird.

Schlussfolgerung

Trotz der hohen Prävalenz im Jugendalter und der deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität werden starke Menstruationsblutungen häufig bagatellisiert und wenig erforscht. Es ist wichtig, dass Pädiater:innen auf Anzeichen achten, die auf starke Menstruationsblutungen hindeuten, und dass grundlegende Abklärungen durchgeführt werden können (grosstes Blutbild, Ferritin und Blutgerinnungsparameter). Bei Verdacht auf eine zugrunde liegende Gerinnungsstörung muss die Jugendliche zur weiteren Abklärung an eine Fachperson für Hämostaseologie überwiesen werden. Der/die Pädiater:in kann Tranexamsäure zur Behandlung starker Menstruationsblutungen verschreiben und die Jugendliche gegebenenfalls zwecks Besprechung der Einführung einer Hormonbehandlung an eine jugendgynäkologische Beratung überweisen.

Kernbotschaften für Pädiater:innen:

- Abklärung der Ursachen eines Eisenmangels mit oder ohne Anämie - nicht nur Substitution des Mangels!
- Erstellung einer Menstruationsanamnese der Jugendlichen
- Ermutigung der Jugendlichen, einen Menstruationskalender zu führen
- Kenntnis über häufigste Ursachen für starke Menstruationsblutungen bei Jugendlichen: unreife Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse und Gerinnungsstörungen
- Abklärung starker Menstruationsblutungen mit einem Hämogramm (grosstes Blutbild, Ferritin und Blutgerinnungsparameter)
- Überweisung an eine Fachperson für Hämostaseologie zur weiteren Abklärung, wenn Anzeichen für eine Blutungsneigung vorliegen
- Verschreibung von Tranexamsäure
- Überweisung an die Jugendgynäkologie zwecks Hormonbehandlung

Für das Literaturverzeichnis verweisen wir auf unsere Online Version des Artikels.

Dr med. Dehlia Moussaoui

Consultation ambulatoire de santé des adolescents et jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Département de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève

Dr. med. Kerstin Ruoss

Kinder- und Jugendgynäkologie, Universitäts-Kinderspital Zürich