

## Fall 28

### 19 Jahre, Amenorrhoe seit 5 Jahren

19-jährige Patientin stellt sich erstmals mit einer seit etwa 5 Jahren bestehenden sekundären Amenorrhoe vor.

Weitere Angaben:

BMI: 19 kg/m<sup>2</sup>, RR 120/80, unauffällige primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale.

#### Fragen:

- Was ist die wahrscheinlichste Ursache der Amenorrhoe?
- Welche hormonelle Differenzialdiagnostik muss erfolgen?
- Welche Therapie muss erfolgen abhängig davon, ob Kinderwunsch besteht oder nicht?

Die nähere Anamnese ergibt eine normale Pubertätsentwicklung mit regelmäßigen Menstruationen bis zum 14. Lebensjahr. Danach sei es zum Sistieren der Blutungen gekommen. Auf Nachfragen berichtet die Patientin über eine Anorexie beginnend mit dem 14. Lebensjahr und einem BMI zeitweise von minimal 15,4 kg/m<sup>2</sup>. Seit gut 2,5 Jahren sei die Anorexie aber überwunden.

Es ist in jedem Fall eine hormonelle Abklärung erforderlich, um die Ursachen der persistierenden Amenorrhoe abzuklären, auch wenn ursächlich die in der Anamnese bekannte Anorexie vermutet werden kann. Differenzialdiagnostisch ist auszuschließen:

- ein hypergonadotroper Hypogonadismus (z.B. prämatüre Ovarialinsuffizienz)
- eine hypothalamisch-hypophysäre Dysfunktion (z.B. hyperandrogenämisch oder hyperprolaktinämisch oder durch eine Schilddrüsendysfunktion bedingt),
- ein hypogonadotroper Hypogonadismus (z.B. durch einen zentralnervösen Tumor mit Ausfall der hypophysären Funktion).

TSH	2,3 mIE/l
Östradiol	12 pg/ml
FSH	3,4 IE/l
LH	0,2 IE/l
Testosteron	0,4 ng/ml
DHEA-Sulfat	2,5 µg/ml
Prolaktin	12 ng/ml

**Tabelle 36:** Ergebnisse der Hormonanalyse

Das Labor (**Tabelle 36**) dokumentiert eine ovarielle Funktionsruhe, eine endogene Östrogensynthese ist nicht nachweisbar. In jedem Fall besteht eine Östrogenmangelsituation bei der Patientin. Bei den Gonadotropinen fallen insgesamt niedrige Werte auf, wobei insbesondere der sehr niedrige LH-Spiegel im Vergleich zum FSH in Kenntnis der Anamnese als pathognomonisch für eine anorexiebedingte zentrale Regulationsstörung angesehen werden muss. Die übrigen Werte sind unauffällig.

Unter Berücksichtigung der klinischen Angaben ist in diesem Fall trotz des normalisierten Körpergewichts die Anorexie als Ursache der anhaltenden sekundären Amenorrhoe im Rahmen einer hypothalamisch-hypophysären Dysfunktion zu sehen.

Mit Normalisierung des Körpergewichts kommt es in den meisten Fällen wieder zu einem Einsetzen der Menstruation. Je länger die Phase der Anorexie, desto länger ist oft die Zeitspanne bis zum Einsetzen ovulatorischer Zyklen! In 15% der Fälle persistiert eine Amenorrhoe trotz Gewichtsnormalisierung.

Therapeutisch wäre in jedem Fall die Einnahme eines Hormonpräparats oder ein orales Kontrazeptivum zur ausreichenden Östrogenisierung zu raten. Durch gelegentliche Auslassversuche der Hormontherapie kann überprüft werden, ob die endogene Follikelreifung wieder eingesetzt hat. Die Therapie sollte fortgesetzt werden bis zum Wiedereintritt der endogenen Follikelreifung.

Außerdem sollte zur optimalen Knochengesundheit für eine ausreichende Supplementierung von Vitamin D (800–2.000 IE/d) und Kalzium (1.000 mg/d) gesorgt werden.

Wichtig ist, die Patientin aufzuklären, dass sie in aller Regel sehr wohl später eine Schwangerschaft erzielen kann. Für viele ist dies eine sehr wichtige, beruhigende Information, besonders vor dem Hintergrund, dass die sekundäre Amenorrhoe als selbstverursacht angesehen wird.

Zum anderen ist es wichtig, die langfristigen Auswirkungen einer langanhaltenden Östrogenmangelsituation verständlich darzustellen, damit die Patientin den Einsatz der Hormontherapie bzw. des oralen Kontrazeptivums versteht und akzeptiert.

Sofern ein ovulatorisches Zyklusgeschehen bis zur Realisierung eines Kinderwunschs nicht eingesetzt hat, wäre primär eine Clomifentherapie zu versuchen, ggf. muss auf kombinierte Gonadotropinpräparate zurückgegriffen werden, die sowohl LH- als auch FSH-Aktivität enthalten (z.B. *Menogon HP*).