



#11 Beratungsthemen aus der Kinder- und Jugendgynäkologie

mit Dr. Ilona Rost

Folge 11 (ET: 21.03.2025)

Intro

Dieser Podcast wird Ihnen von der österreichischen Ärzten und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren die Standesbank ist an ihrer Seite.

Mein Name ist Silvana Strieder und ich darf Sie herzlich zur 11. Episode von ÖAZ im Ohr begrüßen. In dieser Folge widmen wir uns einem wichtigen, aber weniger bekannten Bereich der Frauenheilkunde: der Kinder- und Jugendgynäkologie. Denn Mädchen sind keine kleinen Frauen. Sie befinden sich in einer anderen hormonellen Situation und haben vollkommen andere Themen und Fragestellungen.

Als Expertin zu diesem spannenden Thema begrüßen wir heute Dr. Ilona Rost. Sie ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe in Mödling in Niederösterreich und hat sich in ihrer praktischen Tätigkeit auf Mädchen und junge Frauen spezialisiert. Zudem engagiert sie sich in zahlreichen Fachgruppen, darunter in der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in den europäischen und nordamerikanischen Fachgesellschaften.

Im Gespräch mit Dr. Irene Senn beleuchtet sie altersspezifische Besonderheiten und gibt hilfreiche Antworten auf häufige Fragen: von Vulvitiden im Kindesalter über die hormonellen Veränderungen in der Pubertät bis hin zu Menstruationsbeschwerden und Verhütungsberatung bei Jugendlichen.

Besonderheiten der Kinder- und Jugendgynäkologie

[00:01:38]

Irene Senn: Herzlich willkommen, Frau Dr. Ilona Rost.

Ilona Rost: Grüß Gott, ich bedanke mich für die Einladung, dass ich über dieses für mich immer besondere Thema der Kinder- und Jugendgynäkologie sprechen darf.

Irene Senn: Man kann also nicht sagen, dass Mädchen einfach nur kleine Frauen sind, sondern da gibt es weitreichende Unterschiede.

Ilona Rost: Ja, das ist so, weil sie eben in einer hormonellen Entwicklung sind, bis sie das hormonelle Entwicklungsstadium der Frau erreicht haben. Es gibt da altersspezifische Unterschiede bei allen Aspekten – von den Infektionen angefangen über Fehlbildungsentwicklungen und vieles mehr.

Infektionen und Beschwerden im Intimbereich bei Kindern

[00:02:13]

Irene Senn: Sie haben die Infektionen schon angesprochen. Das ist ein Thema, mit dem wir als Apotheker:innen auch sehr häufig konfrontiert sind. Eltern sind oft verunsichert, weil ihre Mädchen verschiedene Beschwerden im Intimbereich haben. Bei erwachsenen Frauen wissen wir sehr gut damit umzugehen. In den meisten Fällen handelt es sich um Pilzinfektionen oder bakterielle Vaginosen. Bei Mädchen mit einer ähnlichen Symptomatik sind wir mitunter weniger sattelfest. Was können Sie uns hierzu erzählen?

Ilona Rost: Da spielen altersspezifische Faktoren und speziell der Grad der Östrogenisierung eine große Rolle. Es ist ein Unterschied in den ersten zwei Lebensjahren beziehungsweise bei Windelkindern. Dort ist zum Beispiel eine Dermatitis sehr häufig zu finden. Danach richtet sich dann auch die Behandlung – ob es ein Soor ist oder eine akute Dermatitis.

Zu beachten ist auch, dass zwischen dem zweiten Lebensjahr beziehungsweise nach dem Windelalter bis zum achten Lebensjahr eine sogenannte hormonelle Ruhepause besteht. In dieser Zeit können zwar spezifische und unspezifische Vaginitiden auftreten, aber eine Pilzkrankung ist in dieser Zeit nahezu ausgeschlossen und nur bei immunsupprimierten Kindern zu erwarten. Wir erleben in der Ordination sehr häufig, dass Veränderungen und Entzündungen als Pilz bezeichnet und behandelt werden. Zu lange Behandlung mit Pilzpräparaten kann das Problem nur verschlechtern. Man muss immer bedenken, dass es in dieser Altersgruppe andere Dinge gibt wie Hauterkrankungen, beispielsweise Lichen sclerosus, Kontaktdermatitis, Psoriasis und dergleichen.

Kontaktdermatitis und andere Hauterkrankungen

[00:03:48]

Ilona Rost: Bei der Kontaktdermatitis muss man die Noxen ausschalten. Diese können sein:

- Hygienische Produkte
- Nickel, Metalle
- Anästhetika
- Antibiotika (besonders Neomycin)
- Topische Pilzmittel

Die Therapie besteht in der Vermeidung der Noxe und in der Empfehlung, nur mit lauwarmem Wasser zu waschen, nur abzutupfen, nicht zu reiben und danach Schutzöl oder Schutzcreme bzw. Salbe zu verwenden.

Lichen sclerosus – häufige Hauterkrankung bei Kindern

[00:04:17]

Ilona Rost: Der Lichen sclerosus ist eine Erkrankung, die in dieser Zeit oft auftritt und sehr häufig mit einem Pilz verwechselt wird, der in dieser Altersgruppe aber kaum vorkommt. Die Inzidenz beträgt 1:900 bei präpubertären Mädchen. Der Beginn liegt durchschnittlich um das

fünfte Lebensjahr und die Therapie besteht aus einer Clobetasol-Behandlung über drei Monate. Im ersten Monat therapiert man täglich, im zweiten Monat jeden zweiten Tag und im dritten Monat dann zweimal wöchentlich, bevor man ausschleicht. Kontrollen muss man nach zwei Wochen und dann vierwöchentlich durchführen. Dies ist ein sehr häufiges Problem und darum wollte ich es unbedingt ansprechen – nicht alles ist eine Infektion.

Nach dem Einsetzen der Pubertät ist der sogenannte Weißfluss oft ein Grund, warum Eltern oder Mädchen besorgt sind. Er hat eine milchig-weiße Farbe, ist geruchlos und ist einfach als Zeichen einer hormonellen Umstellung zu werten.

Irene Senn: Das heißt, da spielt die Infektion überhaupt keine Rolle – es ist einfach ein ganz natürlicher Prozess?

Ilona Rost: Ja, es ist ein ganz natürlicher Prozess und ist nicht behandlungsbedürftig. Bei unspezifischen Vulvitiden ist es ganz wichtig, die richtigen hygienischen Maßnahmen zu betreiben.

Wurmbefall als Ursache von Juckreiz im Intimbereich

[00:05:33]

Ilona Rost: Was auch noch im kindlichen Alter vorkommt, speziell wenn der Juckreiz nachts oder perianal im Vordergrund steht, ist ein Wurmbefall. Bei den Würmern muss man sagen, es gelingt nicht immer, die Würmer nachzuweisen. Wenn man sie im Stuhl schon gesehen hat, wenn die Mutter schon gesehen hat, dass Würmer da sind, dann bedarf es keines weiteren Beweises mehr. Wurmeier kann man manchmal nachweisen in einem sogenannten *Tixo-Test*. Da klebt man einen Tixo-Streifen nachtsüber auf den Anus und überträgt das dann in der Früh auf einen Objektträger und schickt es ins Labor. Selbst dann ist es manchmal nicht möglich, den Wurmbefall nachzuweisen. Wenn andere Diagnosen aber ausgeschlossen sind und dieser nächtliche Juckreiz im Vordergrund steht, kann man aber trotzdem Anthelminthika verschreiben. Dabei sollte man auch immer in der Anamnese beachten und fragen, ob es vielleicht einen Wurmbefall im Kindergarten oder in der Schule gibt. Auch dort sind die richtigen Hygienemaßnahmen das Wichtigste.

Irene Senn: Das heißt, es wird oft verwechselt, dass es eigentlich eine Wurmerkrankung ist und gar kein gynäkologisches Problem?

Ilona Rost: Ja, daran muss man denken. Der Juckreiz – und wie gesagt, wenn es speziell nachts oder perianal ist – dann ist das unbedingt ein Zeichen, dass das sein kann. Da muss man alles andere ausschließen.

Spezifische Infektionen mit pathogenen Keimen

[00:06:54]

Ilona Rost: Spezifische Infektionen mit pathogenen Keimen kann man mittels eines Abstrichs nachweisen. Und die muss man dann auch, wenn die Keime pathogen sind, behandeln. Am häufigsten ist die Streptokokkeninfektion und dabei der *Streptococcus pyogenes*. Wenn ich einen Abstrich mache, bekomme ich auch ein Antibiotogramm und kann gezielt behandeln. Bei Strep A ist das Mittel der Wahl normalerweise Penicillin.

Die richtige Hygiene im Intimbereich

[00:07:20]

Ilona Rost: Ansonsten, wie gesagt, sind die richtigen Hygienemaßnahmen das Um und Auf:

- Täglicher Wechsel der Unterwäsche, die aus Baumwolle sein sollte
- Reinigen des Intimbereichs mit lauwarmem Wasser, vorwiegend mit Wasser, falls nötig mit einer pH-neutralen Waschlotion
- Keine parfümierten Seifen oder Waschgels verwenden

Irene Senn: Das heißt, man kann sagen, Wasser ist grundsätzlich ausreichend?

Ilona Rost: Wasser ist grundsätzlich ausreichend. Nur bei einer starken Verschmutzung kann man ohne weiteres pH-neutrale Waschlotionen verwenden, die die Apotheker:innen auf alle Fälle empfehlen können.

Duschen ist besser als Baden. Beim Baden bitte immer darauf achten: Alle Badezusätze können die Haut irritieren und dadurch leichter zu Entzündungen und Infektionen führen. Das gilt vor allen Dingen auch für diese für die Kinder so lustigen bunten Badekugeln.

Beim Trocknen dann aufpassen, dass man trockentupft und nicht reibt – speziell wenn schon eine Rötung oder ein Schmerz da ist oder ein Juckreiz da ist. Nicht reiben, sondern nur tupfen und fetthaltige, nicht parfümierte Salben verwenden. Da gibt es in der Apotheke genug: Dexpanthenol, Hamamelis, Calendula. Bei den Jugendlichen kann man auch in der Apotheke das Octenidin schon empfehlen.

Irene Senn: Wenn eine Infektion vorliegt?

Ilona Rost: Ja, wenn der Verdacht auf eine Infektion vorliegt oder es ein unangenehmes Gefühl in der Scheide gibt aufgrund einer Infektion oder unangenehmer Ausfluss da ist. Ein Ausfluss ist nur dann zu behandeln, wenn Keime nachgewiesen sind. Wenn es eine Vaginose ist, dann riecht er meistens fischig. Da kann man auf alle Fälle mit dem Octenidin beginnen bei einem fischigen Ausfluss. Da muss man nicht gleich antibiotisch versuchen zu behandeln. Bei den speziellen Keimen, wie gesagt, muss man nach Antibiogramm vorgehen.

Irene Senn: Das heißt, wenn ich Sie richtig verstehe, kann die Patientin da auch eine Zeit lang in der Selbstmedikation behandelt werden mit Octenidin und dann erst an die Gynäkologin oder den Gynäkologen verwiesen werden?

Ilona Rost: Wenn es fischig riecht, dann kann man das einmal versuchen. Aber dazu sagen, wenn das nicht innerhalb von wenigen Tagen oder einer Woche besser wird, unbedingt den Gynäkologen aufsuchen.

Wichtig ist auch, dass man Feuchttücher nach Möglichkeit vermeidet, auch kein parfümiertes WC-Papier verwendet. Achtung – auch viele Menschen vertragen kein Recycling-WC-Papier. Ich habe das in der Erwachsenen-Gynäkologie immer wieder erlebt und es ist bei Kindern genauso darauf zu achten. Das recycelte WC-Papier hat manchmal Inhaltsstoffe, vor allem Farbstoffe, und kann dadurch Hautreizungen hervorrufen – nicht für alle, aber es kommt immer wieder vor. Im Großen und Ganzen muss man sagen, die Empfehlungen durch die Apotheke sind natürlich möglich. Aber eine genaue Diagnose einer Vulvaläsion ist nur durch Blickdiagnose bzw. mit dem Kolposkop richtig zu klären. Daher ist die Beratung in der Apotheke meist auf diese Hygienemaßnahmen, die wir jetzt erwähnt haben, und auf die Pflegemaßnahmen beschränkt.

Warnzeichen für den Arztbesuch

[00:10:41]

Irene Senn: Was sind Warnhinweise, die uns veranlassen sollen, eine Patientin auf jeden Fall an die Gynäkologin zu verweisen?

Ilona Rost: Im Fall von Infektionen und Verdacht auf Infektionen ist es bei starkem Juckreiz, bei Ausfluss, der grünlich-gelblich ist, der unangenehm riecht, oder wenn ein Ausschlag besteht, wenn irgendwelche Bläschen bestehen oder rote Punkte da sind, die man sich nicht erklären kann – dann ist immer der Arztbesuch anzuraten. Die Kindergynäkolog:innen haben den Vorteil, dass sie mit Hilfe der Kolposkopie Diagnosen noch leichter stellen können. Und meistens sind sie mit den Vulvaerkrankungen auch vertrauter als die Kinderärzte.

Labiensynechie – Verklebung der kleinen Schamlippen

[00:11:21]

Irene Senn: Ein anderes sehr häufiges Thema, bei dem sehr viel Unsicherheit besteht, ist die Labienseynechie. Das ist eine Verklebung der kleinen Schamlippen. Es sind etwa 1 bis 5% der Mädchen davon betroffen. Es kommt also gar nicht so selten vor. Wie können wir Eltern diesbezüglich beraten?

Ilona Rost: Die Verklebung der inneren Labien nimmt meistens von den hinteren Vulva-Rändern ihren Ausgang. Die Inzidenz zwischen dem sechsten Lebensmonat und dem siebten Lebensjahr liegt bei 2,5% der Mädchen nach der neuesten Literatur. Mit dem Kolposkop können wir sogar minimale Formen in bis zu 38% finden. Es ist also nicht selten.

Ursachen sind der physiologische Östrogenmangel, entzündliche und mechanische Irritationen. Es spielt auch die mangelnde, aber auch die übertriebene Hygiene eine Rolle.

Oft sind sie asymptomatisch. Mögliche Beschwerden können sein: eine erhöhte Miktionsfrequenz, Urin-Nachträufeln (wenn die Kinder von der Toilette aufstehen und noch ein paar Tropfen kommen), Harnwegsinfekte oder auch Vaginitiden.

Wichtig ist, dass man den Müttern sagt, dass es eine gutartige Situation ist und sich dieses Problem mit der Pubertät von alleine löst.

Behandlung der Labienseynechie

[00:12:34]

Ilona Rost: Bei den asymptomatischen Fällen, wenn es also keine Beschwerden gibt, kann man schützende Öle oder ölhaltige Waschlösungen verwenden.

Bei symptomatischen Formen, wo die Miktion beeinträchtigt ist, ist die Therapie der ersten Wahl die lokale Anwendung einer Östriolsalbe, indem man ein- bis zweimal täglich eine erbsgroße Menge entweder mit dem Finger oder mit einem Q-Tipp aufträgt – immer von vorne nach hinten auftragen. Da kommt es meistens innerhalb von 4 Wochen zum Lösen der Synechie, und dann kann man die Therapie auf ein- bis zweimal wöchentlich für die nächsten 2 Wochen reduzieren.

Wichtig ist, dass man die Mutter aufklärt: Rezidive kommen in 40% der Fälle vor. Eine Wiederholung der Lokaltherapie ist nur bei beeinträchtigter Miktion erforderlich. Das Ziel einer

Behandlung ist nur die Symptom- und Beschwerdefreiheit und dass man den Abfluss des Harns gewährleistet. Es muss nicht zu einer kompletten Lösung der Synechie kommen. Also wenn es nach der Behandlung nicht komplett gelöst ist, aber die Harnröhre frei liegt und es kein Abflusshindernis gibt, dann ist das Ziel der Behandlung erreicht.

Alternativ wird speziell in den angloamerikanischen Ländern auch Betamethason-Creme zweimal täglich durch 3 Wochen verwendet. Dabei gibt es aber mehr Nebenwirkungen. Bei uns ist das eigentlich nicht so üblich, es ist halt auch eine der möglichen Behandlungsmethoden.

Dann wird in der Literatur noch die mechanische Lösung in der lokalen Anästhesie manchmal beschrieben. Das führt zu einer massiven Traumatisierung der Kinder und ist absolut obsolet. Es braucht auch in Fällen, wenn man es mechanisch löst, eine Nachbehandlung mit Östriolsalbe. Die Rezidivrate ist gleich hoch wie wenn man nur mit der konservativen Therapie beginnt.

Es gibt nur einen Grund für eine manuelle Lösung: Das ist bei der chronischen Manifestation mit einer derben, vernarbten Synechie. Da ist eine mechanisch-operative Lösung bitte in allgemeiner Narkose erforderlich, und es ist auch wieder mit einer Östriolsalbe nachzubehandeln. Also mechanische Lösung bitte niemals nur in der Ordination, auch nicht mit Lokalanästhetika – das traumatisiert die Kinder und das wollen wir nicht. Denn wir wollen, dass sie später ohne Bedenken und ohne Angst zur gynäkologischen Vorsorge regelmäßig kommen.

Die Traumatisierung der Kinder bei diesen frühen, kindlichen, gynäkologischen Untersuchungen ist ein ganz wichtiger Faktor, den man ausschalten muss. Man sollte Vertrauen aufbauen, den Kindern die Angst nehmen, und ihnen immer erklären, was man tut. Wenn ich ein Kind untersuche, muss ich manchmal die Labien spreizen. Das heißt, ich erkläre dem Kind: "Ich halte mir das jetzt – du kannst mir dabei helfen." Wenn man sie so einbezieht, dass sie dabei helfen können, dann ist es schon viel leichter.

Ich habe natürlich in der Gynäkologie in der gynäkologischen Ordination den Vorteil, dass ich sagen kann: "Wenn es dich interessiert, kannst du auf dem Bildschirm mitschauen, wie das da unten aussieht." Das hilft den Kindern sehr oft.

Die erste gynäkologische Untersuchung

[00:15:50]

Irene Senn: Wenn ein Mädchen eine solche Labiencynechie hat, wird das Kind wahrscheinlich sehr früh den Gynäkologen oder die Gynäkologin das erste Mal aufsuchen. Wenn das Problem nicht besteht, was ist ein guter erster Zeitpunkt für den ersten Besuch?

Ilona Rost: Für den ersten Besuch, also wenn überhaupt kein Problem besteht, würde ich sagen 14. bis 16. Lebensjahr – einfach auch, um einmal nachzuschauen, ob alles in Ordnung ist. Es ist nur eine äußere Untersuchung dabei, keine innere Untersuchung erforderlich.

Ich erkläre auch den jungen Mädchen, also den Jugendlichen schon, wie man eine Brust abtastet, damit sie ein Gefühl dafür bekommen: Wie fühlt sich dieses Gewebe an? Damit man rechtzeitig merkt, wenn sich irgendetwas ändert und man einfach einmal auch einen Blick drauf wirft, ob alles normal aussieht. Also spätestens im 14. bis 16. Lebensjahr würde ich empfehlen.

Wenn ein Problem besteht, dann bitte in jedem Lebensalter. Bei einer Labiencynechie – ich hatte vorige Woche ein Kind mit 6 Monaten – also wenn irgendeine Frage besteht, dann jederzeit, ab der Geburt.

Pubertätsentwicklung – normaler zeitlicher Rahmen

[00:16:58]

Irene Senn: Gehen wir weiter zur Pubertät. Viele Eltern von heranwachsenden Mädchen sind sich unsicher, was der normale Zeitpunkt für gewisse körperliche Entwicklungen ist. Können Sie uns erklären, wie eine normale Pubertätsentwicklung aussieht, auch vom zeitlichen Rahmen her, und ab wann Eltern aufmerksam werden sollten?

Ilona Rost: Ab dem achten Lebensjahr beginnt die Brust zu wachsen. Wir teilen das Bruststadium nach Tanner ein, von B1 bis B5. Das Ausgangsstadium vor der Pubertät ist das Stadium B1, und ab dem achten Geburtstag ist diese sogenannte Thelarche zu erwarten.

Die Schambehaarung kann gleichzeitig mit der Brustentwicklung starten. Sie beruht auf einer Aktivierung der Nebennierenrinde. Eine Schambehaarung, die vor dem achten Lebensjahr auftritt, bedarf einer detaillierten Abklärung durch einen pädiatrischen Endokrinologen.

Die Achselbehaarung und der Schweißgeruch sind auch Zeichen einer gesteigerten Androgenproduktion und treten zwischen dem 9. und 10. Lebensjahr auf. Bei 10 bis 30% der Mädchen sieht man diese Zeichen bereits vor der beginnenden Brustentwicklung. Zeichen können auch plötzlich fettere Haare und einzelne kleine Pickel sein. Wenn das deutlich vor dem achten Lebensjahr auftritt, kann es abklärungsbedürftig sein.

Der Wachstumsschub setzt meist gleichzeitig mit der beginnenden Brustentwicklung ein. Die erste Regelblutung ist im Mittel 2 Jahre nach der beginnenden Brustentwicklung zu erwarten, kann aber zwischen 1 und 5 Jahren variieren. Wenn die Menarche vor dem neunten Lebensjahr auftritt, ist es abklärungsbedürftig.

Frühzeitige Pubertät und Mini-Pubertät

[00:18:38]

Ilona Rost: Es gibt auch so etwas wie eine Minipubertät in den ersten beiden Lebensjahren. Diese kann hormonell-physiologisch vorkommen. Da gibt es dann eben schon ein Stadium 2 der Brustentwicklung.

Die Diagnostik bei einer prematuren Brustentwicklung bei Mädchen zwischen dem zweiten und achten Lebensjahr umfasst einen Ultraschall der Gebärmutter und der Eierstöcke. Wenn man dort sieht, dass das Gewebe stimuliert ist oder eine erhöhte Wachstumsgeschwindigkeit stattfindet, dann kann man Hormondiagnostik, Tumormarker und ein Röntgenbild zur Knochenalterbestimmung brauchen.

Irene Senn: Das heißt, verstehe ich Sie richtig – es kann passieren, dass es zu Brustdrüsenanschwellungen schon ab dem zweiten Lebensjahr bei Mädchen kommt?

Ilona Rost: Das kann physiologisch in den ersten beiden Lebensjahren vorkommen, bis zum Tanner Stadium B2. Aber zwischen dem zweiten und achten Lebensjahr sollte keine Brustentwicklung stattfinden.

Irene Senn: Das heißt, sowas wäre immer abklärungsbedürftig, wenn man sowas beobachtet?

Ilona Rost: Das ist abklärungsbedürftig. Mit einem Ultraschall, der über den Bauch natürlich gemacht wird und nicht durch die Scheide, kann man sehen, wie die Gebärmutter aussieht und wie die Eierstöcke aussehen. Man sieht eine stimulierte Gebärmutter mit einer Schleimhaut und

man sieht für das Alter zu große Eierstöcke. Wenn dann auch noch eine erhöhte Wachstumsgeschwindigkeit da ist, dann ist das ein Zeichen dafür, dass da hormonell etwas nicht passen kann beziehungsweise müssen die Tumormarker bestimmt werden.

Menarche und Körperwachstum

[00:20:06]

Irene Senn: Sie haben schon erwähnt, dass, wenn vor dem 9. Lebensjahr die Menarche einsetzt, es abklärungsbedürftig ist. Aber es gibt auch einen spätesten Zeitpunkt?

Ilona Rost: Der späteste Zeitpunkt ist 16 Jahre – das ist unser spätestester Zeitpunkt für die Menarche.

Irene Senn: Die Hormone haben ja auch einen großen Einfluss auf das Körperwachstum. Wie wirkt sich eine sehr frühe oder sehr späte Menarche auf die endgültige Körpergröße einer Frau aus?

Ilona Rost: Eine zu frühe Menarche kann dazu führen, dass es zu einem geringeren Wachstum kommt.

Irene Senn: Das könnte dann auch problematisch sein, oder ist das einfach so gegeben?

Ilona Rost: Wenn es viel zu früh ist, dann sollte man das schon abklären – mit Ultraschall und Hormondiagnostik.

Irene Senn: Es ist auch ein interessantes Phänomen, dass über die Jahre beziehungsweise Jahrhunderte gesehen, die Menarche heute viel früher einsetzt als noch vor 50 oder 100 Jahren. Wissen Sie, was die Ursachen dafür sind? Was wird da diskutiert?

Ilona Rost: Ich glaube, dass das ein bisschen überbewertet wird. Es ist ein bisschen früher. Es ist sicher unsere Ernährung, die wesentlich besser ist. Früher gab es viel mehr Mangelernährung. Die Mangelernährung kann eine Rolle spielen, dass die Menarche später einsetzt. Einfach Ernährung, Bewegung, Lebensstil – das alles kann eine Rolle spielen. Aber es ist nicht so, dass die Menarche viel, viel früher einsetzt als früher.

Regelschmerzen bei jungen Frauen

[00:21:29]

Irene Senn: Sehr häufige Beratungsthemen in den Apotheken sind natürlich auch Regelschmerzen bei jungen Mädchen. Wie können wir die jungen Frauen hier unterstützen und wann sollte man zu einem Arztbesuch raten?

Ilona Rost: Die Regelschmerzen sind ein sehr, sehr häufiges Symptom. Man sollte schauen, dass die Mädchen in dieser Zeit der Regel ein normales Leben führen können und keine Nachteile haben. Man sollte immer der Ursache nachgehen und schauen, wodurch die Schmerzen bedingt sind. Eine Dysmenorrhoe ist belastend für die Kinder. Es führt manchmal auch dazu, dass die Kinder in der Schule fehlen. Das sollte man unbedingt vermeiden.

Normal ist ein Zyklusintervall von 21 bis 35 Tagen, eine Blutungslänge von 2 bis 7 Tagen und ein Blutverlust von 30 bis 40 Milliliter pro Zyklus, was 3 bis 6 Binden oder Tampons pro Tag

entspricht. In den ersten 2 Jahren nach der Menarche darf der Zyklus variieren, weil oft noch anovulatorische Zyklen vorliegen.

Wann bei Zyklusstörungen ärztlichen Rat einholen?

[00:22:40]

Ilona Rost: Abklären muss man in dieser Periode, wenn Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung bestehen, bei starken Gewichtsschwankungen, bei Androgenisierungserscheinungen, bei der Dysmenorrhoe – eben wenn der Zyklus schon regelmäßig war und zunehmend unregelmäßig wird, dann muss es beachtet werden.

Optionen zur Behandlung sind zunächst nicht-medikamentös. Ganz wichtig ist Bewegungstherapie bei der Dysmenorrhoe. Auch Entspannungstechniken und eventuell etwas Wärme können helfen – bei der Wärme muss man nur darauf achten, dass zu viel Wärme die Blutung verstärken kann.

Ich rate meinen jungen Patientinnen immer, dass sie schon vor der Regel anfangen, sich etwas mehr zu bewegen, mehr zu walken oder zu laufen – was sie halt wollen, weil das oft gegen den Regelschmerz hilft, auch während der Regel. Sich nicht ins Bett legen, sondern sich bewegen – was manchmal eine gewisse Überwindung braucht. Physiotherapie kann dabei helfen.

Endometriose als mögliche Ursache für starke Regelschmerzen

[00:23:36]

Ilona Rost: Und man muss natürlich dann auch irgendwann abklären, ob eine Endometriose besteht, die auch schon sehr früh vorkommen kann.

Irene Senn: Das heißt, wenn die Regelbeschwerden wirklich sehr, sehr stark sind, kann das schon ein erster Hinweis darauf sein, dass eine Endometriose dem Ganzen zugrunde liegt?

Ilona Rost: Man muss daran denken. Speziell – ich hatte jetzt letzte Woche zwei Jugendliche, die da waren, wo es extrem war. Sie fehlen ein bis zwei Tage oft in der Schule. Das soll nicht sein, das darf nicht sein. Das bringt den Mädchen und bringt später den jungen Frauen Nachteile im Schul- beziehungsweise im Berufsleben. Daher muss man da immer schauen, dass man diese Dysmenorrhoe behebt.

Behandlungsmöglichkeiten bei Regelschmerzen

[00:24:20]

Ilona Rost: Man kann zunächst medikamentös versuchen mit einer Phytotherapie – Mönchspfeffer wird hier gerne verwendet. Da muss man aber beachten, dass es erst ab dem 18. Lebensjahr zugelassen ist, und zwar nur, weil es keine validen Daten für diese Altersgruppe gibt. Das ist dann ein Off-Label-Use und man muss darauf aufmerksam machen. Bei Mönchspfeffer können Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden auftreten.

Ganz wichtig: Wenn ich es mit Mönchspfeffer probiere, weil die Beschwerden nicht so massiv sind, dann wird der Therapieeffekt erst nach 3 Monaten erwartet. Das heißt, es ist Geduld gefragt. Das hilft nicht sofort.

Die medizinische Schmerztherapie – da sind die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) Mittel der Wahl, und zwar rechtzeitig gegeben und hoch genug dosiert. Ein bisschen reicht nicht aus.

Irene Senn: Können Sie das ein bisschen spezifizieren? Rechtzeitig und ausreichend dosiert – was ist damit gemeint?

Ilona Rost: Rechtzeitig heißt, dass ich NSAR dann gebe, wenn der Schmerz langsam beginnt. Die meisten Mädchen merken es, dass es ein Ziehen im Bauch gibt. Sie wissen, dass sie immer Regelbeschwerden haben. Dann sollten sie beim leichtesten Ziehen schon beginnen.

Wir müssen versuchen, die Prostaglandin-Synthese zu hemmen, und das passiert mit den nichtsteroidalen Antiphlogistika. Die müssen rechtzeitig gegeben werden und sie müssen herausfinden, wieviel sie brauchen. Bis zu dreimal täglich kann man nichtsteroidale Antiphlogistika ohne weiteres nehmen.

Wenn das nicht ausreicht, kann es sein, dass man zusätzlich noch kombinierte orale Kontrazeptiva braucht oder sie sogar im Langzeitzyklus verwendet. Wenn eine Kontraindikation gegen Östrogene besteht, dann kann man auch eine Gestagen-Pille aufschreiben oder später, wenn es möglich ist, auf eine Hormonspirale setzen.

Aber wir sollen schauen, dass die Kinder bzw. Jugendlichen keine Schmerzen bei der Regel haben und ein ganz normales Leben auch in dieser Zeit fortsetzen können.

Verhütung für junge Frauen

[00:26:26]

Irene Senn: Sie haben die oralen Kontrazeptiva jetzt schon angesprochen als Schmerztherapie bei der Dysmenorrhoe. Das Thema Kontrazeption wird natürlich auch ab einem gewissen Alter dann Thema. Welche Verhütungsmethoden empfehlen Sie für junge Frauen?

Ilona Rost: Auf alle Fälle sind die hormonellen Kontrazeptiva sicherer als alles andere. Ein nichthormoneller, halbwegs sicherer Schutz ist nur durch die Kupferspirale möglich, die aber den Nachteil hat, dass es oft zu sehr starken Blutungen kommt, was nicht gewollt ist. Bei den ganz jungen Frauen ist sie meistens nicht indiziert.

Das Kondom – sage ich immer – ist ein guter Schutz vor Infektionen, ist aber ein schlechter Empfängnischutz. Das Kondom alleine ist für Jugendliche zu wenig.

Das heißt, die Pille ist im Prinzip das, was man am Anfang am leichtesten verschreiben kann. Es gibt auch das Pflaster, aber das Pflaster sieht man. Es gibt den Scheidenring – das ist mit Manipulation verbunden. Das ist den Jugendlichen meistens auch noch nicht so angenehm. Die Pille ist sozusagen in dem Fall das Mittel der Wahl, aber später auch die Hormonspirale, aber sicher nicht im ganz jungen Alter. Man kann eine Spirale sehr früh setzen, sobald die Gebärmuttergröße normal ist, kann man eine Spirale setzen. Aber die Mädchen wollen das meistens nicht als erstes Mittel der Wahl. Man kann die Spirale auch ab dem 14. Lebensjahr setzen.

Irene Senn: Erleben Sie das in Ihrer Praxis, dass da heute eine große Zurückhaltung besteht gegenüber hormonellen Kontrazeptiva, dass junge Mädchen das gar nicht mehr so wollen?

Ilona Rost: Ja, die Akzeptanz der Pille ist zurückgegangen, leider. Diese Angst vor der Pille muss man ein bisschen reduzieren. Die Pille ist ja nicht nur ein Kontrazeptivum, sondern bei der Dysmenorrhoe eine Therapie. Sie hat ja auch einen therapeutischen Einsatz.

Irene Senn: Was sind die größten Bedenken, die junge Frauen haben?

Ilona Rost: Die größten Bedenken betreffen den Brustkrebs. Die Pille ist einfach wirklich ein bisschen in Verruf gekommen durch die amerikanische Studie und das hat einen Einfluss auf die Akzeptanz gehabt. Dann kommt dazu, dass manche Jugendliche glauben, dass sie die Pille nicht vertragen. Es gibt heute eine so große Auswahl an Pillen, dass man anhand der Beschwerden, die die Jugendlichen angeben, eine Pille finden kann, die passt. Normalerweise haben wir eine derartige Auswahl heute. Da muss man einfach wirklich ein genaues Gespräch führen und auch dazu sagen, dass es mindestens 3 Monate braucht, bis ich überhaupt sagen kann, ob ich diese Pille vertrage oder nicht, weil Anfangsschwierigkeiten mit Zwischenblutungen immer vorkommen können.

Irene Senn: Man muss dann einfach mit vielen Falsch- und Missinformationen auch aufräumen?

Ilona Rost: Ja, man muss einfach mit diesen Fehlinformationen aufräumen. Die Pille ist sicher, wenn ich die Kontraindikationen beachte. Kontraindikationen sind vorwiegend Gerinnungsstörungen zum Beispiel. Dann ist die Pille ein wirklich guter Empfängnisschutz, und man muss sie natürlich regelmäßig nehmen. Man muss darauf aufmerksam machen, dass, wenn man die Pille einmal vergessen hat, der Empfängerschutz unter Umständen nicht da ist, und dass Erbrechen und Durchfall einen Einfluss auf die Wirkung der Pille haben – nämlich einen negativen Einfluss, sodass der Schutz dann nicht ausreicht. Wenn man das ausreichend erklärt und wenn die Jugendlichen das auch richtig beachten, dann sollte die Pille eine gute Sache für sie sein.

Die „Pille danach“ bei jungen Frauen

[00:30:01]

Irene Senn: Wie sehen Sie den Einsatz der Pille danach bei jungen Mädchen und Jugendlichen?

Ilona Rost: Das ist ganz, ganz wichtig. Bei der Verschreibung der Pille oder auch bei jedem Aufklärungsgespräch gehört dazu, dass man sagt: Wenn es passiert ist, die Pille danach so bald wie möglich nehmen. Die Pille danach bekommt man heute auch ohne Rezept in der Apotheke.

Wir haben 2 Möglichkeiten: Es gibt eine Pille danach, die man bis 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr einsetzen kann, und eine, die man bis 120 Stunden danach einsetzen kann. Die Präparate kennen die Apotheker:innen.

Man muss im ersten gynäkologischen Gespräch mit den Jugendlichen darüber aufklären, dass es diese Möglichkeit gibt und dass sie davon Gebrauch machen müssen – und zwar so rasch wie möglich. Je rascher die Pille danach genommen wird, desto besser. Ich empfehle auch immer, dann zum Zeitpunkt der zu erwartenden Regel beziehungsweise spätestens 4 Wochen später einen Schwangerschaftstest zu machen, damit man sicher ist, dass man rechtzeitig und gut genug gehandelt hat.

Irene Senn: Aber es ist definitiv als absoluter Notfall zu sehen und sollte nicht die gängige Praxis werden, dass man sich dann eh immer die Pille danach holen kann?

Ilona Rost: Ja, es soll wirklich dem absoluten Notfall zugeordnet sein. Es kann keine dauerhafte Art der Verhütung sein, weil man sonst den Zyklus komplett durcheinanderbringt.

HPV-Impfung als wichtige Präventionsmaßnahme

[00:31:28]

Irene Senn: Kommen wir zum Abschluss noch kurz zur HPV-Impfung, ein wichtiger präventiver Aspekt. Seit Juli 2024 ist die HPV-Impfung für alle Personen zwischen dem 9. und 30. Geburtstag kostenfrei im Kinderimpfprogramm enthalten. Können Sie uns kurz erklären, wann der beste Zeitpunkt für die HPV-Impfung ist?

Ilona Rost: Der optimale Zeitpunkt ist zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr, weil wir wissen, dass in diesem jugendlichen Alter die Immunantwort am höchsten ist. Sowohl Mädchen als auch Buben gehören geimpft. Beide können eine HPV-Infektion haben und können einander anstecken.

Also Mädchen und Burschen sollten zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr am besten geimpft werden. Die Impfung wirkt prophylaktisch und ist keine Therapie. Das Ziel ist die Vermeidung von HPV-assoziierten Erkrankungen. Der Krebsabstrich (PAP-Test) ist eine Früherkennungsmethode, und die Impfung soll verhindern, dass die Infektion überhaupt entsteht. Deswegen gehören Mädchen und Buben geimpft.

Es gibt über 200 Typen von HPV-Viren. Die Niedrigrisikotypen rufen vorwiegend Genitalwarzen hervor, was auch sehr unangenehm ist, sowohl für die Mädchen als auch für die Burschen. Die Hochrisikotypen sind für die Entstehung von Krebs am Gebärmutterhals, an der Vulva und am Anus verantwortlich. Die Ansteckung erfolgt über die Haut- und Schleimhautkontakt.

Das Impfschema ist jetzt zwischen dem 9. und 30. Lebensjahr: 2 Dosen im Abstand von 6 bis 12 Monaten. Nach dem 30. Lebensjahr sollte man 3 Dosen impfen, und zwar die zweite nach 2 bis 4 Monaten und die dritte Dosis nach 6 bis 8 Monaten, sodass alle Dosen innerhalb eines Jahres verabreicht werden.

Irene Senn: Sie sollten idealerweise vor dem ersten sexuellen Kontakt verabreicht werden. Ist es auch sinnvoll, junge Frauen zu impfen oder auch junge Männer, die bereits sexuell aktiv sind?

Ilona Rost: Ja, wir haben wie gesagt über 200 Typen von humanen Papillomaviren, und daher macht eine Impfung auch Sinn, wenn man schon einen Virustyp trägt, weil man sich gegen die anderen dann trotzdem schützen kann.

Irene Senn: Auch nach dem 30. Lebensjahr noch?

Ilona Rost: Auch nach dem 30. Lebensjahr noch. Es ist kein hundertprozentiger Schutz mehr, aber es ist der maximale Schutz, den wir haben können, und wir sollen immer das Maximum an Vorbeugung und an Protektion herausholen.

Irene Senn: Das kostenfreie HPV-Erst- und Zweitimpfungsprogramm ist begrenzt, also zwischen 9. und 30. Lebensjahr ist diese Impfaktion begrenzt. Die läuft nur mehr bis Dezember 2025. Das heißt, es wird empfohlen, dass man die erste Teilimpfung noch im ersten Halbjahr 2025 vornimmt, damit man dann sicher auch die zweite Dosis quasi gratis bekommt.

Ilona Rost: Ja, das war mir schon lange ein Anliegen, dass diese Impfung zumindest kostengünstiger wird. Die HPV-Impfung war immer sehr teuer. Es hat mich viele Gespräche mit Politikern gekostet, die nichts darauf reagieren wollten. Ich bin froh, dass es endlich soweit ist, und man soll das nützen. Man soll in den Apotheken immer auch kundtun, dass es möglich ist, diese kostenfreie Impfung jetzt in diesem Jahr in Anspruch zu nehmen, wo es eben bis zum 30.

Lebensjahr möglich ist. Ansonsten wird es, so viel ich weiß, auch in den Schulen meistens angeboten – nicht in allen Schulen, aber meistens.

Bitte unbedingt zwischen dem 9. und 12. Lebensjahr impfen, wann immer es möglich ist. Es bietet einen hohen Schutz, und wir haben immer noch bis zu 6.000 Konisationen im Jahr. Das heißt, 6.000 Operationen, die man vermeiden kann. Und es gibt immer noch um die 300 invasive Karzinomfälle beim Zervixkarzinom bei den Frauen. Das ist etwas, das wirklich heute nicht mehr notwendig ist. Und das Impfen schützt.

Zur Impfung nach der Konisation möchte ich noch sagen: Bei der Impfung nach der Konisation, wenn jemand schon eine Konisation hat, ist diese auch wichtig, weil sie das Risiko des Rezidivs um zwei Drittel senkt. Das ist im jugendlichen Alter seltener, also dass Mädchen schon eine Konisation haben, weil es meistens eine Latenzzeit hat, bis die Infektion sichtbar wird.

Abschließende Empfehlungen: Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung

[00:36:00]

Irene Senn: Gibt es ganz, ganz allgemein noch eine Botschaft an die Apothekerinnen und Apotheker, die Sie ihnen mitgeben möchten im Bereich Kinder- und Jugendgynäkologie?

Ilona Rost: Die Beratung von Kindern und Jugendlichen in die Hände von Kinder- und Jugendgynäkolog:innen geben. Es ist ein Fachgebiet, das derzeit gerade im Wachstum ist. Und es gibt auch in Österreich bereits sehr viele Kinder- und Jugendgynäkolog:innen.

Eines der größten Ziele ist, ungewollte Schwangerschaften in der Jugend zu vermeiden. Das heißt: Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung. Und dazu sind wir da. Ich nehme in meiner Ordination für eine Kinder- oder Jugendsprechstunde eine Stunde Zeit, weil es auch so lange dauert, bis man alles erklärt hat. Also unbedingt sobald als möglich zu einem Aufklärungsgespräch schicken.

Es ist nicht notwendig, dass ein Kind vor dem 14. Bis 16. Lebensjahr kommt, wenn es gut aufgeklärt ist. Aber wenn die Mütter Probleme haben, es den Kindern zu erklären oder mit den Kindern darüber zu reden – eine tut sich leichter, die andere tut sich weniger leicht damit – dann bitte unbedingt in eine gynäkologische Kinder- oder Jugendsprechstunde schicken, damit wir die Jugendlichen und die Kinder rechtzeitig aufklären können und ihnen erklären können, wie alles funktioniert und wo sie die Möglichkeit haben, alle intimen Fragen zu stellen.

Irene Senn: Frau Dr. Rost, ich bedanke mich sehr herzlich für dieses sehr spannende und aufschlussreiche Gespräch. Wir haben sehr viele Einblicke bekommen und auch sehr, sehr viele wertvolle Tipps, die viele Apothekerinnen und Apotheker in der Praxis umsetzen können. Herzlichen Dank für Ihre Zeit.

Ilona Rost: Ich danke für die Einladung.

Outro

[00:37:42]

Silvana Strieder: Das war Podcast Folge 11 zum Thema Kinder- und Jugendgynäkologie mit Frau Dr. Ilona Rost. Das Gespräch führte meine liebe Kollegin Dr. Irene Senn. Schön, dass Sie bis zum Schluss mit dabei geblieben sind.

In der aktuellen Printausgabe der ÖAZ finden Sie passend zu unserem Schwerpunkt Kindergesundheit auch einen informativen Artikel zu "Babys erster Apotheke" mit praktischem Beratungswissen zur Erstausrüstung für die Babygesundheit im ersten Lebensjahr.

Außerdem können Sie dort auch gleich den ersten Teil unseres Kongressberichts zum ApoKongress in Schladming nachlesen mit den wichtigsten Take-Home-Messages aus den Fachvorträgen zu den Themen Rheumatoide Arthritis und Gicht – für alle, die das Gehörte nochmal rekapitulieren wollen oder dieses Mal nicht vor Ort sein konnten.

Übrigens, alle Inhalte der ÖAZ sind auch online auf www.oeaz.at verfügbar. Mit unserer neuen Text-to-Speech-Funktion können Sie viele Beiträge jetzt auch bequem anhören, falls Sie mal keine Zeit zum Lesen haben.

Wir freuen uns, wenn Sie auch bei der nächsten Episode wieder mit dabei sind, denn Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Apothekerin, einem Apotheker.