



Menstruationsstörungen

Ingwer als Option bei primärer Dysmenorrhö

Die Dysmenorrhö ist eine komplexe neuroendokrine Erkrankung der Gebärmutter und ihrer Gewebe, für die eine psychosomatische Mitverursachung anzunehmen ist. Bisher wird eine primäre von einer sekundären Dysmenorrhö unterschieden [Lukas 1965; Iakovides et al. 2015]. Bei der primären Dysmenorrhö liegen laut bisheriger Definition keine pathologischen Veränderungen am Uterus vor. Anders bei der sekundären Dysmenorrhö: Hier sind diese in Form von Adenomyosis uteri, Hemmungsfehlbildungen, Zervixstenose, Entzündungen, iatrogenen Verletzungen (z.B. nach Abruptiones oder Kürettagen) oder Myomen nachweisbar. Diese Definition der primären Dysmenorrhö ist wohl zukünftig nicht mehr haltbar, denn Erkrankungen des uterinen Nervensystems, der Blut- und Lymphgefäße, der Muskulatur, des Bindegewebes, des Endometriums (Gewebe-Gewebe-Wechselwirkungen) und der Gewebestoffwechsel spielen offenbar eine (Haupt-) Rolle für die Erkrankung, sind jedoch nur sehr schlecht untersucht und fließen daher nicht in eine moderne Definition ein. Psychische und psychosomatische Faktoren spielen bei der Ausprägung der Dysmenorrhö ebenfalls eine essenzielle Rolle [Lukas 1965; Iakovides et al. 2015]. Außerdem sind Unterbauch- und Darmkrämpfe, Rückenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, perimenstruelle Stuhlwechsel und Blähungen Hinweise für eine vegetativ-neurogene Komponente der Erkrankung [Lukas 1965; Iakovides et al. 2015]. Eine andere Definition bezieht sich auf den zeitlichen Ablauf der Symptomentstehung: Bei der primären Dysmenorrhö kommt es de facto mit der Menarche zu krankheitsrelevanten Beschwerden, während die sekundäre Dysmenorrhö erst in einem zeitlichen Ab-

stand zur ersten Regel auftritt [Lukas 1965]. Die Grenzen können fließend sein.

Die Dysmenorrhö führt zu Einschränkungen der Lebensqualität, zu Arbeitsausfällen und kann durch Lifestyle-Faktoren beeinflusst werden [Iakovides et al. 2015; Münstedt 2016]. Die typische Therapie der primären Dysmenorrhö in der Praxis besteht in der zyklischen Behandlung mit oralen Kontrazeptiva oder aber in der Nonstop-Applikation dieser Präparate (Langzyklus). Als weitere Therapieansätze stehen nicht steroidale Antiphlogistika (NSAID), Traditionelle Chinesische Medizin oder Levonorgestrelhaltige Intrauterinsysteme (LNG-IUD) zur Verfügung, seltener die Gabe von GnRH-Analoga, oder – in speziellen Fällen – auch die frühe Hysterektomie (z.B. als LASH oder TLH).

Wirkmechanismen von Ingwerpräparationen

Zu den Wirkmechanismen von Ingwerpräparationen liegen zahlreiche Untersuchungen vor. So wurde gezeigt, dass Ingwerkomponenten aus der Familie der Zingiberaceae, wozu *Curcuma longa*, *Zingiber officinale*, *Curcuma zanthorrhiza* und *Alpinia galanga* gehören, antiinflammatorische und analgetische Effekte haben und die Prostaglandinsynthese sowie die Leukotrienbildung hemmen [White 2007; Semwal et al. 2015; Lakhan et al. 2015]. Wichtige Komponenten der Ingwerwirkung sind Gingerol und Zingeron [Lakhan et al. 2015]. Moduliert werden auch die COX-2-Expression, die NO-Synthese inklusive der iNOS-Bildung und die Funktion von NFκB. Letzteres funktioniert unter anderem über die Hemmung der nukleären NFκB-Translokation mit nachfolgender Unterdrückung der IκBα-Phosphorylierung, was Folgen für die TNFα-Expression hat [Semwal et al.

NATUM

Arbeitsgemeinschaft für Naturheilkunde, Komplementärmedizin, Akupunktur und Umweltmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

www.natum.de
Informationen und Kongressankündigungen

Geschäftsstelle:
Katrin Harling
Bosdorfer Str. 20
27367 Hellwege

Tel. (0 42 64) 8 37 45 42
Fax (0 42 64) 8 37 79 46

E-Mail:
info@natum.de

Die Veröffentlichung der Beiträge dieser Rubrik erfolgt in Verantwortung der NATUM.

2915]. In verschiedenen Zell-Linien benignen oder malignen Provenienz konnte weiterhin die Induktion der PPAR γ -Transkriptionsaktivität, eine Induktion von Apoptosemarkern sowie eine direkte Zytotoxizität gegenüber Tumorzellen nachgewiesen werden. Eine Rolle spielte hierbei auch die Hemmung der hepatischen Cytochrome-p450-Enzyme sowie des Cathepsin D. In Tierexperimenten ließ sich der antiemetische Effekt des Ingwer über eine Hemmung des M3- sowie des 5-HT $_3$ -Rezeptors erklären [Pertz et al. 2011]. Neuere In-vitro-Studien zeigten, dass der Urokinase-type-Plasminogenaktivator (uPA) vermindert exprimiert wird, während der Plasminogenaktivator-Inhibitor-1 (PAI-1) verstärkt exprimiert wird. Somit kommt es zu einer Hemmung der MAPK-Phosphorylierung, des PI3-Kinase/Akt-Signaltransduktionsweges und somit der Aktivitätsmodulierung von NF κ B und STAT3, also essenziellen Stoffwechselwegen von benignen und transformierten Zellen [Weng et al. 2012]

Ingwer bei der klinischen Dysmenorrhöbehandlung

Der Einsatz von Ingwer-Präparaten bei Dysmenorrhö hat in der Medizin eine lange Tradition [Semwal et al. 2015]. Die Studienlage bei primärer Dysmenorrhö ist derzeit jedoch noch sehr übersichtlich, da nur sieben klinische Studien aus Asien vorliegen [Ozgoli et al. 2009; Halder 2011; Rahnama et al. 2012; Jenabi 2013; Gupta et al. 2013; Kashefi et al. 2014; Shirvani et al. 2015]. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass alle Studien in puncto Schmerz eine Überlegenheit der Ingwerapplikation gegenüber einem Placebo belegen [Daily et al. 2015; Chen et al. 2016]. Verwendet wurde überwiegend der „pain visual analogue score“ (pain VAS), aber auch andere Schmerz-Scores, was die Vergleichbarkeit erschwert. Besonders wichtig für die klinische Praxis erscheint auch der additive Ansatz, wobei zunächst Ingwer gegen NSAID getestet werden musste. Signifikante Unterschiede in der schmerzstillenden Wirkung zwischen einer Ingwer- oder NSAID-Gabe konnten nicht belegt werden [Daily et al. 2015; Chen et al. 2016]. Hieraus könnte sich die additive Gabe von Ing-

werpräparationen im Kontext einer medikamentösen Schmerztherapie bei Dysmenorrhö ableiten lassen, da Ingwerpräparate wesentlich geringere gastrointestinale und renale Nebenwirkungen aufweisen als dies bei NSAID der Fall ist [Lakhan et al. 2015]. Auf Wechselwirkungen mit Antikoagulantien und Nifedipin wurde hingewiesen [Chen et al. 2016]. Die vorliegenden randomisierten klinischen Studien liefern die Evidenz für die Effektivität einer Gabe von 750–2000 mg Ingwer-Puder während der ersten 3–4 Tage der Menstruation bei Frauen mit primärer Dysmenorrhö. Andererseits werden Dosen von 250–1.000 g auch viermal täglich gut vertragen [White 2007]. In Deutschland sind Ingwer-Präparationen auch als Kapseln frei verkäuflich. Der in weiten Kreisen bekannte und beliebte Ingwer-Tee reicht dagegen auch bei ausgedehntem Konsum nicht, um die gewünschte Wirkung bei primärer Dysmenorrhö zu erzielen. Dazu bedarf es nach eigener praktischer Erfahrung (ADE) der Einnahme von mindestens 1,5 g/Tag an den Tagen der Menstruation sowie – im Sinne einer präemptiven Schmerztherapie – individuell 2–3 Tage vor Menstruationsbeginn (Level of Evidence, LOE IV).

Es bleibt heute festzuhalten, dass die aktiven Ingwerbestandteile vielversprechende, kostengünstige und nebenwirkungsarme Ansätze zur primären oder additiven Phytopharmakotherapie der primären Dysmenorrhö liefern könnten. Der endgültige Beweis für diese Annahme, geführt durch eine randomisierte placebokontrollierte Studie, steht wie im Falle vieler Pflanzenstoffe allerdings noch aus [Fugh-Berman & Kronenberg 2003; Münstedt 2016; Chen et al. 2016].

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. h. c. mult. Andreas D. Ebert

Praxis für Frauengesundheit, Gynäkologie und Geburtshilfe
Nürnberger Str. 67, 10787 Berlin
E-Mail: info@prof-ebert.de

Prof. Dr. med. Matthias David

Klinik für Gynäkologie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin,
Campus Virchow-Klinikum

Wissenschaftliche Sitzung im Rahmen des DGGG-Kongresses 2016

Neue Entwicklungen in der Komplementärmedizin: 19. Oktober 2016
Akupunktur, TCM und Naturheilverfahren in Schwangerschaft und Geburt: 19. Oktober 2016
Komplexhomöopathie + Phytotherapie für die frauenärztliche Praxis: 20. Oktober

Ort

Stuttgart

Information/Anmeldung

www.dggg2016.de/programm

NATUM-Tag Baden-Baden

mit Verleihung des Forschungspreises Komplementärmedizin 2016 (im Rahmen der 50. Medizinischen Woche Baden-Baden)

Termin

30. Oktober 2016

Ort

Baden-Baden

Information/Anmeldung

www.medwoche.de

Intensivkurs Komplementärmedizin: benigne gynäkol. Erkrankungen

Termin

5. November 2016

Ort

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Information/Anmeldung

www.natum.de/intensivkurs

Intensivkurs Komplementärmedizin: Gynäkologische Onkologie

Termin

21. Januar 2017

Ort

Habichtswaldklinik Kassel

Information/Anmeldung

www.natum.de/intensivkurs

Zertifizierung Ganzheitliche Gynäkologische Onkologie

Modul A (Mamma-Ca.): 18. Februar 2017,
Modul B (Endometrium-/Ovarial-Ca.):
20. Mai 2017, Modul C (maligne Erkrankungen der Zervix uteri, Vulva, Vagina und Vorstufen): 23. September 2017

Ort

Universitätsfrauenklinik Essen

Information/Anmeldung

www.natum.de/ggo