

12. Arbeitstreffen des „Zürcher Gesprächskreises“ April 1994

Empfehlungen zur oralen Kontrazeption von:

Prof. G. BETTENDORF, Hamburg
Prof. M. BRECKWOLDT, Freiburg
Prof. P. J. KELLER, Zürich
Prof. H. KUHL, Frankfurt
Prof. B. RUNNEBAUM, Heidelberg
Prof. A. T. TEICHMANN, Aschaffenburg

Die Einnahme von Ovulationshemmern (OH) ist die zuverlässigste Methode der reversiblen Empfängnisverhütung. Sowohl die zusätzlichen günstigen als auch die unerwünschten Wirkungen sind abhängig von der Estrogen- und Gestagenkomponente. Es gibt keine „stoffwechselneutrale“ Ovulationshemmer.

Vor Verschreibung von OH sind grundsätzlich Eigen- und Familienanamnese sowie der sorgfältige Ausschluß von Risikofaktoren von entscheidender Bedeutung.

Für die Auswahl des Präparates sind die Estrogendosis sowie Art und Dosis des Gestagens Orientierungshilfen. Es gibt große Unterschiede in der Pharmakologie kontrazeptiver Steroide, wobei sich Ethinylestradiol (EE) und die Gestagene gegenseitig beeinflussen. Voraussetzung für die kontrazeptive Sicherheit ist die korrekte Einnahme. Daher ist eine sorgfältige Beratung besonders bei der Erstverordnung erforderlich.

1. Estrogene und Gestagene tragen synergistisch zur Ovulationshemmung bei. Die kontrazeptive Wirkung wird in erster Linie durch das Gestagen gewährleistet, eine adäquate Kombination mit EE ist vor allem für die Zykluskontrolle wesentlich.
2. Wie bei jeder Pharmakotherapie gilt auch für die Verschreibung von OH das Prinzip „soviel wie nötig, so wenig wie möglich“. Für EE ist mit 20 Mikrogramm/Tag die Untergrenze vermutlich noch nicht erreicht. Dies könnte aber

zu Lasten der Zykluskontrolle gehen. Auch die Osteoprotektion ist in diesem Dosisbereich gewährleistet. Die Dosis des Gestagens ist von der jeweiligen Wirkungsstärke abhängig.

Beim Vergleich von Präparaten ist aufgrund der gegenseitigen Beeinflussung von Gestagen und EE die Bedeutung der Dosis beider Komponenten zu relativieren. OH und Medikamente können durch pharmakologische Interaktionen ihre Wirkung verstärken oder abschwächen. Bei Medikamenten, welche die kontrazeptive Sicherheit beeinträchtigen können (z. B. Antikonvulsiva, bestimmte Antibiotika u. a.), ist eine längerfristige ununterbrochene Einnahme von monophasischen Kombinationspräparaten zu empfehlen.

3. Ernsthafte Nebenwirkungen treten unter Einnahme von OH sehr selten auf und sind meistens von der individuellen Disposition abhängig. Voraussetzung für die Verordnung von OH sind deshalb eine sorgfältige Anamnese sowie eine allgemeine und gynäkologische Untersuchung.

Bei der Anamnese sind zu beachten (s. Anhang): familiäre Häufung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Gerinnungsstörungen; in der Eigenanamnese: zusätzliche Faktoren wie z. B. Rauchen und Medikamente. Die Untersuchung muß Blutdruckmessung und Zervixzytologie einschließen.

Bei anamnestischen Hinweisen ist eine fachspezifische Abklärung erforderlich (z. B. Lipoproteine, AT III; Protein C und Protein S, oraler GTT, Augenhintergrund).

4. OH dürfen nicht verordnet werden bei akuten und chronisch progredienten Lebererkrankungen, Störungen der Gallensekretion, intrahepatischer Cholestase (auch in der Anamnese), vorausgegangen oder bestehenden Lebertumoren, thromboembolischen Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen mit sekundären Gefäßschäden, Mammakarzinom, schwer behandelba-

rem Bluthochdruck, schwerer Hypertriglyzeridämie. Bei relativen Kontraindikationen muß über die Verordnung individuell entschieden werden.

5. Vor geplanten Operationen mit erhöhtem Thromboembolierisiko sowie bei längerfristiger Immobilisierung sollten OH rechtzeitig (4 bis 6 Wochen vorher) abgesetzt werden. Wenn dies nicht möglich ist, können OH – unter geeigneter Thromboseprophylaxe – weiter eingenommen werden.
6. Ernsthafte Nebenwirkungen wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen sind selten: Bei den arteriellen Erkrankungen ist vor allem das Gestagen, bei den venösen das EE ursächlich beteiligt. Das Risiko einer Atherosklerose wird auch durch eine langjährige Einnahme von OH nicht erhöht.
7. OH-induzierte Leberzelladenome sind eine extrem seltene Komplikation. Sie bilden sich nach Absetzen der OH weitgehend zurück.
8. Es gibt keine überzeugenden Hinweise auf eine Steigerung des Mammakarzinomrisikos durch die Einnahme von OH: Die in einzelnen Fall-Kontroll-Studien gefundene leicht erhöhte Inzidenz in bestimmten Untergruppen läßt sich durch Mängel bei der Auswahl der Kontrollgruppe erklären. Mammakarzinome werden in der Regel bei Pilleneinsteherinnen in einem prognostisch günstigeren Stadium gefunden.

Ob eine erhöhte Dysplasierate der Zervix durch die kontrazeptiven Steroide selbst oder durch begleitende andere Faktoren, insbesondere Virusinfektionen, hervorgerufen wird, ist ungeklärt.

Unabhängig von ihrer Genese wird die Prognose dieser Erkrankungen durch regelmäßige Früherkennungsmaßnahmen, die vor- und während der Einnahme von OH obligat sind, entscheidend verbessert.

Ein Zusammenhang zwischen OH und malignem Melanom konnte nicht bestätigt werden.

9. Nach der Menarche steht der Verordnung von OH nichts im Wege. Frauen über 40 Jahre können die Einnahme von niedrigdosierten OH fortsetzen, wenn gesundheitliche Risiken sorgfältig ausgeschlossen wurden.
10. Das Risiko eines Endometrium- und Ovarialkarzinoms ist durch OH mit zunehmender Einnahmedauer und auch nach Absetzen reduziert. Außer dem vermindern OH die Inzidenz verschiedener Erkrankungen und Beschwerden wie z. B. gutartige Brust-erkrankungen, Ovarialzysten, Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe und Akne. Sie verhindern zuverlässig ungewollte Schwangerschaften und die damit verbundenen Komplikationen. Sie haben keine langfristigen Auswirkungen auf die Fertilität und keine nachteiligen Wirkungen (z. B. Abort, Fehlbildungen) auf nachfolgende Schwangerschaften, auch wenn sie unmittelbar nach Absetzen eintreten. Es gibt keine Hinweise auf teratogene Effekte, wenn während

der Frühschwangerschaft OH eingenommen wurden.

Während der Laktationsphase sind reine Gestagenpräparate (Minipille) zu bevorzugen.

Für Rückfragen:

Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Benno RUNNEBAUM
Abt. für gynäkologische Endokrinologie
und Fertilitätsstörungen der
Univ.-Frauenklinik, Heidelberg
Voßstraße 9

69115 Heidelberg

Kommentar: „Ovarialzysten“ und
„Hormonstatus“

Die zyklusabhängige Rekrutierung und Reifung der Follikel läßt sich sonographisch darstellen.

Auch unter der Behandlung mit Ovulationshemmern (OH) beginnt in der einnahmefreien Woche die Follikelreifung. Diese wird dosisabhängig gehemmt.

Ein Teil dieser Follikel kann auch während der Einnahme an Größe zunehmen und für eine gewisse Zeit persistieren.

Sie können einen Durchmesser bis zu 30 mm und mehr erreichen und bilden sich im weiteren Verlauf zurück. Deshalb haben diese zystischen Strukturen keine klinische Relevanz.

Ebenso ist ein Anstieg des Estradiolspiegels unter OH ohne Bedeutung.

Palpatorische oder sonographische Besonderheiten (verstärktes Binnenecho, unklare Strukturen: > 50 mm Durchmesser) bedürfen der weiteren diagnostischen Abklärung.

Hormonbestimmungen – der sog. Hormonstatus – sind für die Verordnung von OH bedeutungslos.

Empfehlungen zur Anamneseerhebung bei der Verordnung von oralen Kontrazeptiva

Familienanamnese

Erkrankungen bei Verwandten
1. Grades bis zum 50. Lebensjahr:

- Thromboembolien
- Hypertonie
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Diabetes
- Fettstoffwechselstörungen

Allgemeinanamnese

- Rauchen
- Adipositas
- Migräne
- Thromboembolie
- Hochdruck
- Herzkrankungen
- Fettstoffwechselstörungen
- Diabetes mellitus
- Lebererkrankungen
- Medikamente

Gynäkologische Anamnese

- Gynäkologie
- Zyklus:
 - normal
 - irregulär
 - Oligomenorrhoe
 - Amenorrhoe
 - Dysmenorrhoe
- Brustspannen
- Ausfluß
- Operationen

Bei anamnestischen Auffälligkeiten ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung, gegebenenfalls eine fachspezifische Abklärung erforderlich.