

ZÜRCHER GESPRÄCHSKREIS

Pille blockiert UPA-Notfallkontrazeption!?

Wechselwirkungen zwischen einer Notfallkontrazeption und der Anwendung konventioneller hormonaler Kontrazeptiva

M. Birkhäuser, P. Hadji, B. Imthurn, A. O. Mueck, J. Neulen, C. Thaler, I. Wiegatz, L. Wildt

Der Zürcher Gesprächskreis hat sich mit der Frage beschäftigt, wie sich Notfallkontrazeption und konventionelle hormonale Kontrazeption gegenseitig beeinflussen. Vorangestellt sind Ergebnisse zur allgemeinen Effektivität der Notfallkontrazeptiva.

Die Effektivität einer Notfallkontrazeption wird kontrovers diskutiert. Bei der einmaligen Einnahme von 1,5 mg Levonorgestrel kann eine Verhütung bei etwa 65 % der Anwenderinnen angenommen werden, wenn das Medikament präovulatorisch bei einer Follikelgröße von 12–17 mm eingenommen wird. Die Ovulation wird in diesen Fällen um etwa drei Tage verzögert. Bei etwa 18 % der Frauen kommt es in diesem Zyklus zu einer Anovulation. Hat der Graafsche Follikel eine Größe von 18–20 mm, so wird die Ovulation nicht beeinflusst. Das heißt, dass nach einem LH-Anstieg kein kontrazeptiver Effekt mehr erwartet werden darf (1).

Beim Einsatz von einmalig 30 mg Ulipristalacetat (UPA) oral vor Beginn des LH-Anstiegs kann die Ovulation in 100 % der Fälle um etwa fünf Tage verzögert werden. Bei etwa 60 % der Probandinnen bleibt die Ovulation aus. Hat der LH-Anstieg bereits begonnen, aber noch nicht den Maximalwert erreicht, so beträgt die Effektivität der Ovulationsverzögerung noch knapp 80 %. Nach dem LH-Maximum gibt es keine kontrazeptive Sicherheit (2, 3).

Implantation und Schwangerschaft

Die Implantation wird durch beide Substanzen nicht gestört. Bei Versa-

gen der Kontrazeption und Eintreten einer Schwangerschaft trotz der Behandlung mit einer der oben genannten Substanzen ergibt sich bisher keine Risikoerhöhung für die nachfolgende Schwangerschaft (4, 5).

Wechselwirkungen mit konventioneller hormonaler Kontrazeption

Interferenzen sollten allerdings zwischen der regulären hormonalen Kontrazeption z. B. mittels Pille und den Medikamenten zur Notfallkontrazeption berücksichtigt werden.

Wird einmalig UPA 30 mg präovulatorisch verabreicht, so ist die orale Gabe eines typischen hormonalen Kontrazeptivums, das ab dem nächsten Tag nach Gabe des UPA gegeben wird, nicht ausreichend, um zuverlässig in diesem Behandlungszyklus eine Ovulation zu blockieren. Etwa 33 % dieser Frauen ovulieren unter der Behandlung mit dem Kontrazeptivum (6). In einer weiteren Studie zeigte sich erneut, dass 30 mg UPA präovulatorisch gegeben die Ovulation um etwa fünf Tage verzögert. Die alleinige Gabe von 75 µg Desogestrel hatte keinen hemmenden Einfluss auf die Ovulation. Beginnt man unmittelbar nach der Verabreichung von 30 mg UPA mit einer kontinuierlichen Einnahme von 75 µg Desoges-

treil, so wird die ovulationsverzögernde Wirkung des UPA aufgehoben (7).

Bei einer Notfallkontrazeption mit Levonorgestrel ist dieser Effekt nicht beobachtet worden.

Fazit

30 mg UPA ist als Notfallkontrazeptivum bei Frauen ohne hormonelle Kontrazeption effektiver als 1,5 mg Levonorgestrel, da die Ovulation nicht nur um etwa drei Tage, sondern um etwa fünf Tage verzögert wird (8). Wichtig ist, dass beide Substanzen präovulatorisch, am besten vor Beginn des LH-Anstiegs, gegeben werden. Wenn UPA zur Notfallkontrazeption angewandt wird, so sollte eine hormonale Kontrazeption nicht unmittelbar im Anschluss fortgeführt werden, da dies die kontrazeptiven Effekte des Antigestagens kompromittiert. Eine hormonale Kontrazeption sollte mit Beginn der nächsten Menstruation beginnen. Bis dahin ist eine mechanische Verhütung anzuraten.

Literatur

Bei den Autoren oder in der Online-Version des Beitrags unter www.frauenarzt.de

Für die Autoren



Prof. Dr. med. Joseph Neulen
Klinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
jneulen@ukaachen.de

Literatur

1. Croxatto HB et al.: Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, on ovarian function. *Contraception*. 2002; 65: 121–8.
2. Brache V et al.: Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod*. 2010; 25: 2256–63.
3. Glasier A: The rationale for use of Ulipristal Acetate as first line in emergency contraception: biological and clinical evidence. *Gynecol Endocrinol*. 2014; 30: 688–90.
4. Berger C et al.: Effects of ulipristal acetate on human embryo attachment and endometrial cell gene expression in an in vitro co-culture system. *Hum Reprod*. 2015; 30: 800–11.
5. Jatlaoui TC et al.: Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception*. 2016; 93: 93–112.
6. Cameron ST et al.: The effects on ovarian activity of ulipristal acetate when ‚quick-starting‘ a combined oral contraceptive pill: a prospective, randomized, double-blind parallel-arm, placebo-controlled study. *Hum Reprod*. 2015; 30(7): 1566–72.
7. Brache V et al.: A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. *Hum Reprod*. 2015; 30: 2785–93.
8. Brache V et al.: Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception*. 2013; 88: 611–8.