

Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption

Univ.-Prof. Dr. Doris Gruber



Verhüten und mehr...

Vor 50 Jahren ist es erstmalig gelungen ein „Medikament“ auf dem Markt zu bringen, das nicht im eigentlichen Sinne eine Krankheit heilt oder lindert, sondern bei gesunden Frauen zum Einsatz kommt, um nur ein Ziel zu verfolgen, die Empfängnis zu verhindern.

Die oberste Prämisse an das Produkt war, effizient eine Schwangerschaft zu verhüten. Dass dies mit der „Pille“ auch wirklich möglich ist, steht außer Zweifel, und wird bei jedem neu auf den Markt kommenden Präparat vorausgesetzt. Ein niedriger Pearl-Index ist selbstverständlich. Doch was „kann“ die „Pille“ noch? Welche Vorteile und möglichen Nachteile „erkaufe“ ich mir als Anwenderin um den Preis des Empfängnissschutzes? Mit diesen Fragen sehen sich Ärztinnen und Ärzte immer öfter konfrontiert. Die Information diesbezüglich ist wichtig und muss sachgerecht erfolgen. Doch sollten auch, wenn es das Gesprächsklima zulässt, weitere Dimensionen der Sexualität, vor allem bei jungen Anwenderinnen besprochen werden. Verhüten ist nur ein Aspekt, wenn man eine Partnerschaft eingeht.

Glücklicherweise ist die Palette der hormonellen Möglichkeiten groß und es bedarf mittlerweile eines längeren Gespräches mit den Mädchen und Frauen, um auch wirklich alle diesbezüglichen Frage ausführlich zu erörtern.

Allgemeines zur Pille

Es ist in den letzten 40 Jahren gelungen, die Hormonkonzentration der Pille

immer mehr zu verringern und neue Gestagenkomponenten zu entwickeln, was jedoch nicht zu einer kritiklosen Verordnung und Anwendung verleiten soll. Die Pille ist als ein hochwirksames, pharmakologisches Produkt, als Medikament und nicht als Lifestyle-Präparat einzustufen. Dementsprechend muss auch über Nebenwirkungen und Interaktionen mit der Anwenderin gesprochen werden.

Bei der Erstverschreibung einer Pille ist eine genaue Anamnese zu erheben, sodass man daraus resultierend ein geeignetes Präparat verordnen kann. Grundsätzlich sollte mit einem möglichst niedrigen Gesamtsteroidanteil begonnen werden. Das Postulat „so niedrig wie möglich“ gilt auch für die orale Kontrazeption.

In den letzten Jahren wurde aber nicht nur die Dosis reduziert, auch die Applikationsmöglichkeiten wurden deutlich erweitert. So kamen neben dem hormonhaltigen Implantat der Intra vaginalring, die Hormonspirale und zuletzt das Kontrazeptionspflaster auf den Markt. Das bedeutet, man muss die zukünftige Anwenderin auch über diese neuen Möglichkeiten informieren, denn der Applikationsmodus ist ein wichtiges Kriterium für eine zuverlässige Anwendung. Zumeist ist es so, dass junge Mädchen und Frauen schon sehr gut über die unterschiedlichen Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption Bescheid wissen, sodass es schließlich die Aufgabe des verschreibenden Arztes/der Ärztin ist, den medizinischen „Hintergrund“ gemeinsam mit der Frau zu prüfen, um eine optimale Verträglichkeit möglichst sicherzustellen.

Zu Beginn der Pillenanwendung verunsichern vor allem Zwischenblutungen und Zyklusinstabilitäten die Anwenderinnen. Dies ist aber meist ein kurzes, sich rasch wieder von selbst lösendes Problem, meist ohne dass eine ärztliche Intervention notwendig ist. Manchmal, wenn auch nach drei bis vier Monaten die Zwischenblutungen nicht aufgehört haben, ist eine Modifizierung der Pillenverordnung notwendig. Prinzipiell kann man bei Blutungsstörungen, die unter monophasischen Ovulationshemmern auftreten, auf ein Dreistufen- bzw. auf ein Zweiphasenpräparat ausweichen (Tabelle 1). Damit gelingt es, in vielen Fällen Metrorrhagie und Spottings zu beenden. Die Verkürzung der Pillenpause aber auch das Verwenden höher dosierter Präparate ist ein weiterer Schritt im Management von Zyklusstörungen unter der Pille.

Patientinnen mit Endometriose, welche die Pilleneinnahme wünschen, wird man eine östrogenarme und gleichzeitig gestagenbetonte Pille oder auch eine reine Gestagenverhütung empfehlen.

Frauen, die unter der Pillenanwendung eine trockene Scheide oder eine Conjunctivitis sicca entwickeln, sollten eher eine östrogendominierte Pille wählen. Aber auch für Kopfschmerz und Migräne in der Pillenpause, für Libidoverlust und Zelluliteentwicklung unter der Pilleneinnahme sowie gegen hyperandrogenämische Stigmata stehen besonders vorteilhafte Präparate zur Verfügung.

Mit der Kenntnis der differenzierten Verordnung hormoneller Kontrazeptiva wird auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung auch das möglich, was man in der

Evra®

Das Verhütungspflaster



befreiend **einfach**
die Pille zum **kleben**



einfach **1x**
wöchentlich kleben

- 3 Pflaster pro Zyklus
- 1 Woche pflasterfrei

- ebenso sicher wie die Pille ^{1,2}
- Umgehung des Magen-Darm-Traktes
- Kein First-Pass Effekt
- Konstante Hormonspiegel über 7 Tage
- Klebt zuverlässig - auch beim Schwimmen, Baden, in der Sauna oder beim Sport

1: Audet, M.C. et al, JAMA May 2001, Vol 285., 2: Hedon, B et al: Int J Gyn Obstet 2002; 70 (suppl1),

Bezeichnung des Arzneimittels: EVRA transdermales Pflaster; **Qualitative und Quantitative Zusammensetzung:** Jedes transdermale 20-cm²-Pflaster enthält 6 mg Norelgestromin (NGMN) und 600 Mikrogramm Ethinylestradiol (EE). Jedes transdermale Pflaster gibt in 24 Stunden durchschnittlich 203 Mikrogramm NGMN und 33,9 Mikrogramm EE ab. Die Arzneimittelexposition wird durch das pharmakokinetische Profil in geeigneter Weise charakterisiert. **Anwendungsgebiete:** Hormonelle Kontrazeption für die Frau; EVRA ist für Frauen im gebärfähigen Alter bestimmt. Belegt ist die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit bei Frauen im Alter von 18 bis 45 Jahren. **Gegenanzeigen:** EVRA darf bei Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen nicht angewendet werden. Wenn eine dieser Erkrankungen während der Anwendung von EVRA auftritt, muss EVRA sofort abgesetzt werden: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile, Bestehende oder zurückliegende venöse Thrombose, mit oder ohne Lungenembolie; Bestehende oder zurückliegende arterielle Thrombose (z.B. zerebrovaskuläre Durchblutungsstörung, Myokardinfarkt, Retinathrombose) oder Prodrom einer Thrombose (z.B. Angina pectoris oder transiente ischämische Attacke); Migräne mit fokaler Aura; Vorliegen schwerwiegender oder multipler Risikofaktoren für die Entstehung einer arteriellen Thrombose: Persistierende systolische Blutdruckwerte von ≥ 160 mmHg oder diastolische Werte ≥ 100 mmHg; Diabetes mellitus mit Gefäßbeteiligung; Erbliche Dyslipoproteinämie; Mögliche ererbte Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombose, beispielsweise Resistenz gegen aktiviertes Protein C (APC-Resistenz), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus anticoagulans); Bekanntes oder vermutetes Mammakarzinom; Karzinom des Endometriums oder andere bekannte oder vermutete, östrogenabhängige Neoplasmen; Abweichungen der Leberfunktion in Verbindung mit einer akuten oder chronischen hepatozellulären Erkrankung; Leberadenome oder -karzinome; Abnorme Genitalblutungen ohne Diagnosestellung; **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Norelgestromin und Estrogen; ATC-Code: G03AA13. **Sonstige Bestandteile:** Außenschicht: Äußere Lage aus pigmentiertem Polyethylen niedriger Dichte, innere Lage aus Polyester. Mittlere Schicht: Polyisobutyl/Polybuten-Klebstoff, Crospovidon, Polyesterfleece, Dodecylactat. Dritte Schicht: Polyethylenterephthalat- (PET) Folie, Dimeticon-Überzug. **Inhaber der Zulassung:** JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL N.V., Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien; **Vertrieb für Österreich:** JANSSEN-CILAG Pharma GmbH., 1232 Wien. **Verschreibungspflicht / Apothekenpflicht:** Rp, apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information: Dezember 2008. Reg.Nr.: 2010-0367. Mat.Nr.: EVR/con/ADS/SEPT2010/AUT002.

Hormonersatztherapie bereits seit Jahren praktiziert: Nämlich die individuelle, der entsprechenden Frau angepasste Pillenverschreibung. Man erreicht nebst der effektiven Verhütung auch therapeutische Effekte.

Pille und Haut

Auch die Haut ist ein Erfolgsorgan steroidaler Hormone. Aus diesem Grund wird oft schon sehr jungen Mädchen, die womöglich noch nicht die Menarche hatten, aus therapeutischen Gründen gegen Pubertätsakne die Pille verordnet. In diesem Fall sollte man allerdings besondere Zurückhaltung in der Verordnung walten lassen. Einerseits behandelt man mit der Pille sehr effektiv Akne, allerdings stört man durch die plötzliche Hormonüberflutung den gerade in der Pubertät befindlichen Organismus und die weitere Etablierung eines physiologischen zyklischen, ovariell gesteuerten Systems. Dies kann nachhaltige Folgen haben.

Zu den häufigsten dermatologischen Veränderungen, die unter der Pilleneinnahme entstehen, gehören Chloasmen. Man versteht darunter gelblich-braune Flecken, die vor allem im Gesicht auftreten. Sonneneinstrahlung hat bei prädisponierten Frauen, die gleichzeitig die Pille einnehmen einen verstärkenden Einfluss auf die Manifestation von Chloasmen. Aus diesem Grund empfiehlt man diesen Frauen die Pilleneinnahme auf den Abend zu verlegen, da unmittelbar nach Pilleneinnahme die Steroidkonzentration im Serum am höchsten ist und direkte UV-Strahlung möglichst zu meiden oder zumindest sich gut davor zu schützen. Einmal entstandene Chloasmen wieder völlig zu entfernen ist eine große dermatologische Herausforderung.

Pille und depressive Verstimmung

Müdigkeit, Reizbarkeit, Depression und Nervosität werden gehäuft bei Pilleneinnahmenden beobachtet. Die Beeinflussung von Neurotransmittern durch Steroide gilt als gesichert und es scheint einen engen Konnex zum GABA-Rezeptor zu geben. Da Progesteron am GABA-Rezeptor bindet und die Wirkung der Gamma-Aminobuttersäure verändern kann, kommt dem Progesteron ein zentral sedierender Effekt zu. Man kann dem Auftreten dieser unangenehmen Nebenwirkungen durch

Die häufigsten in Österreich verwendeten hormonellen Kontrazeptiva

Monophasenpräparate:

Balanca®, Belara®, Cileste®, Gynovin®, Harmonette®, Libelrel®, Lenea®, Libelrel® mite, Loette®, Mado-nella®, Marvelon®, Meliane®, Mercilon®, Microgynon® 30, Minesse®, Minulet®, Mirelle®, Wave®, Yasmin®, Yasminelle®, Yris®, Yris® mite,

Zweiphasenpräparate:

Gracial®

Dreistufenpräparate:

Tricileste®, Trinovum®, Vivelle®

„Akne“-Pillen:

Bellgyn ratiopharm®, Diane® mite, Loette®, Midane®, Minerva®, Vivelle®, Xylia®

„Gestagen-only“-Präparate:

Cerazette®, Micronovum®

Pille mit Östradiovalerat:

Qlaira®

Andere Applikationsformen hormoneller Kontrazeptiva:

Sayana® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze), Depocon® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze), Evra® (Hormonpflaster), Implanon NXT68® (gestagenhaltiges Implantat), Mirena® (intrauterines, gestagenhaltiges System), NuvaRing® (Vaginalring).

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Verordnung einer östrogenbetonten Pille in vielen Fällen Abhilfe schaffen.

Pille und PMS

Es gibt nur wenige Mädchen und Frauen, die nicht schon mit dem Prämenstruellen Syndrom Bekanntschaft gemacht haben. Eine pathophysiologische Erklärung dafür liegt im endokrinen Geschehen während der zweiten Zyklushälfte. Das Beschwerdebild kann monosymptomatisch oder polysymptomatisch sein. Bei stark die Lebensqualität beeinträchtigendem PMS und gleichzeitig erforderlichem Empfängnischutz stellen die oralen, hormonellen Kontrazeptiva ein sehr gute therapeutische Option dar.

Pille und Thrombose

Einzelne Thrombosefälle, die unter der Pille aufgetreten sind, sind in den letzten Jahren so intensiv in den Medien diskutiert worden, dass der Eindruck entstanden ist, dass jede Frau, die die Pille nimmt, thrombosegefährdet wäre. Tatsächlich findet man eine derartige Thromboseinzidenz, wie sie zuletzt den Präparaten der dritten Gestagengeneration angelastet wird, bei jedem neuen hormonellen Präparat, das auf den Markt kommt. Auch die Pillen der zweiten Gestagengeneration wiesen die gleiche Thromboseinzidenz auf, wie zuletzt die Pillen der dritten Generation. Dies unterstreicht, dass es nicht die Pillebestandteile sind, die für die Thrombose verantwortlich gemacht werden können, sondern die Art und

Weise der Pillenverschreibung und die interindividuelle Verträglichkeit. Frauen mit Risikofaktoren, vor allem aber Raucherinnen, dürfen nur mit größter Zurückhaltung und exakter Information orale Kontrazeptiva verordnet bekommen. Sollte nach genauestem Überlegen doch die Entscheidung für ein hormonelles Kontrazeptivum fallen, ist ein „Gestagen-only-Präparat“ vorzuziehen.

Die Anamnese ist auch bei der Fragestellung nach dem individuellen Thromboserisiko sehr hilfreich: Berichtet die betroffene Frau, dass sie bereits in jungen Jahren an einer Thrombose litt, dass ein Elternteil vor dem 30. Lebensjahr ebenfalls eine Thrombose hatte, so kann dies als sicherer Hinweis dafür gelten, dass die Frau thrombosegefährdet ist und auf eine andere Art der Empfängnisverhütung umsteigen sollte.

Die APC-Resistenz-Bestimmung ist in solchen Fällen eine zusätzliche Information, die dem Arzt nebst der Anamnese eine Entscheidungshilfe sein kann, ob er die Pille verschreiben soll oder nicht. Liegt ein pathologischer APC-Resistenz-Wert vor, d.h. ist die Ratio kleiner als 2,35, so sollte einerseits eine weitere hämatologische Abklärung erfolgen (Verdacht auf Mutation des Gerinnungsfaktors-V Leiden) und andererseits sollte auf eine Pillenverschreibung verzichtet werden.

Es darf noch einmal unterstrichen werden, dass es nicht unbedingt die Pille selbst ist, die Probleme, Nebenwirkun-

gen und Interaktionen verursacht, sondern die unsachgemäße und sorglose Verschreibung sowie Verabreichung! Auch die Kombination oraler Kontrazeptiva mit den Risikofaktoren Rauchen, Alkohol und Übergewicht stellt eine sehr kritische Konstellation dar und gefährdet letztendlich die Gesundheit der Anwenderin.

Pille und Brustkrebs

Obwohl der Zusammenhang zwischen Pille und Brustkrebs nicht als erwiesen angesehen werden kann, sollte man aus Sicherheitsgründen behutsam vorgehen. Dies heißt, dass auch die Frage nach einem hereditären Mammakarzinom in die Anamnese vor der Pillenverschreibung einfließen sollte. Liegt eine diesbezügliche Belastung vor, so sollte man vermeiden, der betroffenen Frau vor dem 18. Lebensjahr bzw. über eine Dauer von zehn Jahren, die Pille zu verordnen. Mit diesen beiden Maßnahmen verringert man ein mögliches Risiko, das aber noch nicht als gegeben angesehen werden kann. Trotzdem ist es sinnvoll, aus Sicherheitsgründen restriktiv vorzugehen. Studien diesbezüglich lassen noch keine einheitliche und eindeutige Empfehlung zu.

Pille und Effluvium

Nicht selten klagen Frauen, dass es während der Pilleneinnahme zu Haarausfall kommt. Obwohl Ethinylöstradiol positiv auf die Anaphase des Haarzyklus wirkt, kann durch ein völliges Absinken des ovariellen 17- β -Östradiols lokal ein relativer E2-Mangel entstehen, der durch das Ethinylöstradiol nicht ausgeglichen werden kann. Als kausale Therapie wäre das Absetzen der Pille zu überlegen. Es ist außerdem bekannt, dass es während der Pilleneinnahme zu einer Verarmung an Folsäure und Cobalamin kommen kann. Beide Substanzen sind für den Haarzyklus notwendig, so dass eine Substitution therapeutisch zu empfehlen wäre. In der Pipeline der Firmen befinden sich bereits hormonelle Kontrazeptiva die auch Folsäure enthalten.



Pille und Körpergewicht

Für viele Frauen ist die Zunahme des Körpergewichtes, das bei den niedrig dosierten Pillen kaum zu registrieren ist, ein großes Problem. Vereinzelt findet man tatsächlich Pilleneinnahmenden, bei denen entweder der Appetit steigt, oder die Verwertung der Nahrung so verstärkt ist, dass es tatsächlich zu einer merklichen Gewichtszunahme kommt. Es empfiehlt sich, diesen Frauen zu raten, während der ersten sechs Wochen der Pilleneinnahme auf das Abendessen zu verzichten. Das bedeutet nicht zu fasten, sondern zu frühstücken und normal Mittag zu essen aber dafür das Abendessen zu streichen. Die Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva, die der vermehrten Wassereinlagerung entgegenwirken, führt bei

den Betroffenen oftmals zu einer Verbesserung.

Pille, Körpergewicht und Wirksamkeit

Übergewicht ist weltweit ein zunehmendes Problem. Ob das erhöhte Verteilungsvolumen und die dadurch veränderte Stoffwechselsituation zu einer verringerten Wirksamkeit von hormonellen Kontrazeptiva und in weitere Folge zu ungewollten Schwangerschaften führen kann, wurde nun analysiert (Cochrane Database of Systemic Reviews, 2010). Der Analyse liegen sieben Berichte zu Grunde, die Daten aus elf Studien mit über 39.500 Frauen enthielten. Eine von drei Studien mit Angabe des Body-Mass-Index (BMI) ergab ein erhöhtes Schwangerschaftsrisiko für Frauen mit Übergewicht und Fettleibigkeit (BMI > 25) im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen. In dieser Studie hatten die Frauen entweder Hormonpflaster oder orale Kontrazeptiva verwendet. Diese Daten untermauern das oft in der Praxis vermutete Problem und unterstreichen erneut die notwendige Aufklärung, die basierend auf dieser Datenlage nun erfolgen kann.

Pille und Cervixkarzinom

Eine groß angelegte Reanalyse epidemiologischer Daten zur Klärung der Frage, ob hormonelle Kontrazeptiva einen Einfluss auf die Entstehung der Cervixkarzinoms haben, kommt zur Erkenntnis, dass grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der langjährigen Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva und der Cervixkarzinomsinzidenz besteht. Es geht dabei um einen Anwendungszeitraum von zehn Jahren und mehr. Für die Praxis der Patientenbetreuung wichtiger ist das individuelle Risiko. Dies variiert stark mit der Inanspruchnahme der Vorsorgemaßnahmen und hängt zusätzlich von zahlreichen an-

deren Faktoren ab. Unzweifelhaft ist der kausale Zusammenhang von High-risk-HPV-Infektionen, Promiskuität und Parität. Wobei HPV-Infektion und Promiskuität in einem Atemzug zu nennen sind. Die wissenschaftlich offenen Fragen, wo etwa der Angriffspunkt der Hormone im Verlauf der viralen Onkogenese zu suchen ist, bedürfen noch der Klärung. In Kenntnis dieser Information, sollte bei der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva die individuelle Lebenssituation der Anwenderin genau beleuchtet werden, damit die Verunsicherung klein gehalten wird. Die Anwenderinnen mögen zunehmendes Augenmerk auf die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung legen und die Möglichkeit der HPV-Impfung als präventive Maßnahme sollte jeder Frau bekannt sein.

Notfallkontrazeption mit Hormonen

Die Methode der Notfallkontrazeption („Pille danach“) kommt dann zur Anwendung, wenn zum Zeitpunkt des Eisprungs ungeschützt Geschlechtsverkehr stattgefunden hat und der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden soll. Die millionenfachen Zugriffe auf die Internetseite für die „Pille danach“ (www.pille-danach.at) repräsentieren einerseits das enorme Interesse an der Materie und andererseits den sich dahinter verbergenden Bedarf an Information, welcher schließlich zur Anwendung dieses Präparates bei tausenden Frauen führt.

Ein Notfallkontrazeptivum, wie es das Präparat Vikela® 1,5-mg-Tablette darstellt, verhindert den Eintritt einer Schwangerschaft durch Verzögerung des LH-Peaks und einer damit einhergehenden Arretierung des Leitfollikels, induziert aber nach derzeitigem Wissensstand keinen Schwangerschaftsabbruch gemäß jener Definition, dass eine Schwangerschaft mit der

Implantation einer befruchteten Eizelle beginnt (Definitionen laut US Food and Drug Administration, US National Institute of Health, American Medical Women's Association, American College of Obstetricians and Gynecologists).

Die Nebenwirkungen sind gering bis moderat und äußern sich in erster Linie in Blutungsunregelmäßigkeiten sowie leichter Übelkeit und Brustspannen. Mit dem Eintritt der nächsten Menstruation ist nach Einnahme einer Notfallkontrazeption mit bis zu sieben Tagen Verspätung zu rechnen.

Die Methode der Notfallkontrazeption zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

- Hohe Effizienz durch Applikation vor der Ovulation.
- Niedrige Effizienz durch Applikation nach stattgehabter Ovulation mit einem Zeitfenster von +/- zwei Tagen.
- Im Falle einer Befruchtung ungehinderter Eintritt einer intakten Schwangerschaft, da weitere „Postfertilisation-Events“ nicht gestört werden.

Seit Dezember 2009 ist die Notfallpille Vikela® (Wirksubstanz Levonorgestrel) rezeptfrei erhältlich.

Mit ellaOne® (seit 1. 1. 2010 rezeptpflichtig erhältlich) wurde eine neue Substanz zur Notfallkontrazeption eingeführt. Die Wirksubstanz Ulipristalacetat ist der Klasse der selektiven Progesteron-Rezeptor-Modulatoren zuzuordnen und ermöglicht eine längere und annähernd gleichbleibende Wirksamkeit bis zum fünften Tag nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Wie der Name sagt, sollten die Methoden der Notfallkontrazeption dem „Notfall“ vorbehalten sein und nicht die Norm der Empfängnisregelung für eine Frau darstellen.

Langzeitzyklusgabe oraler Kontrazeptiva

Seit längerer Zeit befindet sich ein Präparat zur durchgehenden, nichtunterbrochenen Hormonzufuhr am Markt. Dadurch ahmt man eine Situation nach, die bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund der häufigen Schwangerschaften ganz allgemein bestand. Dementsprechend hatten die Frauen vor 100 Jahren nur ca. 140 Menstruationszyklen während ihres gesamten Lebens, heute sind es rund 450.

Für den Langzeitzyklus spricht z.B. die geringere Anzahl beschwerlicher Phasen im Leben einer Frau, wenn ihr zu dieser Zeit Dysmenorrhoe, zyklusabhängige Migräne und andere Zyklusbeschwerden zu schaffen machen.

Orale Kontrazeption mit naturidentem Östrogen

Das – nennen wir es – „Anforderungsprofil“ an die Pille hat sich, wie beschrieben, in den letzten Jahre sehr verändert. Die Frauen sind den „Hormonen in der Pille“ gegenüber zunehmend kritischer geworden, und aus Umfragen weiß man, dass als oberster Wunsch an ein Pillen-Präparat immer wieder die „Natürlichkeit“ steht.

Was soviel bedeutet wie: mit Hormonen verhüten JA, aber dann bitte mit den körpereigenen. Diesen „Wunsch“ kennt auch die Industrie seit Jahren und alle Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet haben im Mai 2009 zur Marktreife des innovativen Produktes Qlaira® der Firma Bayer Schering geführt. Die neue Pille beinhaltet in einem ausgefeilten Dosierungsschema Östradiolvalerat und Dienogest. Das neue Produkt steht für das, was sich Frauen besonders von „Ihrer“ Pille wünschen: der Natur am nächsten zu sein. Das besondere Dosierungsschema, wurde nach aufwendigen Studien ermittelt und stellt neben einer guten Verträglichkeit, Zyklusstabilität und einer hohen kontrazeptiven Sicherheit das Charakteristikum der neuen Pille dar.

Conclusio

Die Möglichkeit der hormonellen Kontrazeption stellt nach wie vor eine der einfachsten und sichersten Formen der Empfängnisverhütung für die Frau dar.

*Univ.-Prof. Dr. Doris Gruber
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde
Klin. Abt. für Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien
Tel.: +4371/40 400-28 16, Fax: DW -28 17
doris.gruber@meduniwien.ac.at*