

Methoden der intrauterinen, nichthormonellen Verhütung



Dr. Bettina Pinnisch

Schon tausende Jahre vor der Erfindung der Pille gab es Verhütungsmethoden, die ohne hormonelle Komponente auskommen mussten. Bereits im alten Ägypten kamen Barrieremethoden wie ausgehöhlte Zitronenhälften (als Ur-Diaphragma) oder spermizide Substanzen, zum Beispiel saure Milch oder Honig, zum Einsatz. Beduinen legten den Kamelen Steine in die Gebärmutter, um auf langen Reisen Kamelnachwuchs zu verhindern.

Seit in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts erste Intrauterinsysteme entwickelt wurden (Gräfenberg-Ring, 1928), werden sie vielfach angewendet. Derzeit verwenden weltweit rund 160 Millionen Frauen – nicht nur in China – Intrauterinpressare. Und der Wunsch nach einer hormonfreien Verhütung wird immer größer. Obwohl in westlichen Ländern bis zu 50% der Frauen mit der Pille verhüten, ist durch die Auseinandersetzung unserer Patientinnen mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit das dringende Bedürfnis vorhanden, eine Schwangerschaft ohne Eingriff in das Hormonsystem sicher auszuschließen. Auch gibt es gegen die hormonelle Kontrazeption mit ethinyl estradiolhaltigen Präparaten eine Reihe von absoluten und relativen Kontraindikationen (Tabelle 1). Diesen Frauen kann mit der Einlage eines IUP eine sichere und reversible Verhütungsmethode angeboten werden.

Die Einlage eines Fremdkörpers in die Gebärmutterhöhle wirkt nidationshemmend. Die heute verwendeten IUDs setzen jedoch – je nach Modell – rund 400 mg Kupfer frei. Die Kupferionen wirken

per se spermizid, die spermizide Wirkung wird durch die Fremdkörperreaktion des Endometriums auf die Kupferionen massiv verstärkt. Außerdem kommt es zu einer Veränderung der endometrialen Prostaglandinsekretion. Je höher der Kupferanteil ist, umso höher ist die Sicherheit und umso länger die Wirkungsdauer (Pearl Index 0,5–1,5).

Die zurzeit angewendeten Modelle wirken nur dann als Abortivum, wenn sie unmittelbar nach einer vermuteten Befruchtung zur Notfallkontrazeption eingesetzt werden. Sie lassen sich unter-

teilen in solche mit einem meist T-förmigen Plastikkern, auf dessen vertikalen Arm ein Kupferdraht aufgebracht wurde und in das sogenannte Gynefix®, einen Faden, auf den Kupferröhrchen aufgefädelt sind und der im Fundus uteri im Myometrium verankert wird.

Die Einlage eines IUDs sollte während der Regelblutung erfolgen, da dann die kontrazeptive Sicherheit ab dem ersten Tag gegeben ist und das Einlegen der Spirale am wenigsten schmerzvoll ist. Bewährt hat sich zur Schmerzhemmung auch die orale oder vaginale Gabe von zwei Tabletten Cyprostol® drei bis vier Stunden vor dem Einsetzen. Um das Risiko einer ascendierenden Infektion möglichst gering zu halten, muss die Spirale unter absolut sterilen Kautelen gelegt werden.

Vor dem Einsetzen eines IUP sollte die Patientin in einem ausführlichen Gespräch über Vor- und Nachteile der Methode aufgeklärt werden. Ein aktueller PAP-Befund muss vorliegen, ebenso ein normaler kolposkopischer und Sekretbefund. Die Anwendung eines IUD ist absolut kontraindiziert bei Frauen mit Form- und Lageanomalien der Gebärmutter (Uterus bicornis u.ä.), großem Uterus myomatosus, primärer Dysmenorrhö und akuten oder chronisch rezidivierenden Genitalinfektionen. Bei Patientinnen mit Morbus Wilson oder Kupferallergie ist eine Anwendung ebenfalls ausgeschlossen.

Nebenwirkungen der IUDs sind eine Zunahme der Blutungsdauer und -stärke, vor allem in den ersten Monaten nach der Einlage, die Zunahme einer

Tabelle 1

Absolute Kontraindikationen für eine Verhütung mit Kombinationspräparaten („Pille“)

- Gerinnungsstörung mit erhöhter Thrombose- neigung
- Status nach Thrombose, Herzinfarkt, zerebralem Insult
- Migräne mit Aura
- Diabetes mit (Gefäß-) Komplikationen
- Lupus erythematodes
- ausgeprägte Fettstoffwechselstörungen
- akute Hepato- und Cholezystopathien
- hormonabhängige maligne Tumoren

Relative Kontraindikationen für eine Verhütung mit Kombinationspräparaten („Pille“)

- Thrombophlebitis/starke Varikosis
- Hypertonie
- Adipositas
- Rauchen
- Migräne ohne Aura
- Alter > 40 Jahre
- Diabetes
- Stillzeit (Reduktion der Milchmenge)
- Epilepsie
- Hyperlipidämie

22 Anzeige Plus

vorbestehenden Dysmenorrhö und das erhöhte Risiko aufsteigender Infektionen. Bei Eintritt einer Schwangerschaft unter liegendem IUD ist die Rate an Extrauteringraviditäten erhöht, jedoch ist die absolute Zahl an Eileiterschwangerschaften niedriger als in einem Vergleichskollektiv von Frauen ohne Kontrazeption.

Ein sehr wichtiger Faktor bei der Beurteilung einer kontrazeptiven Methode ist die Zufriedenheit der Anwenderinnen. Die häufigsten Gründe für die vorzeitige Entfernung einer Spirale auf Wunsch der Patientin sind Blutungen und Schmerzen. Vor allem bei jüngeren Patientinnen und Nulliparae, die ein kleineres Uteruscavum haben, kann ein „klassisches“ IUD zu chronischen Unterbauschmerzen und starker Dysmenorrhö führen.

Anwendungsbeobachtungen des „neuen“ Systems Gynefix® zeigen jedoch, dass diese Faktoren bei Verwendung der flexiblen Kupferkette eine wesentlich kleinere Rolle spielen. Die auf einem Faden aufgefädelten Kupferföhrchen passen sich der Form der Gebärmutterhöhle an. Auch die Ausstoßungsrate scheint geringer zu sein als bei konventionellen Intrauterinsystemen.

Die Rate an IUD-Expulsionen beträgt zwischen 5% und 10% im ersten Jahr nach Einlage, wobei Nulliparae häufiger betroffen sind, und sinkt dann auf 1–2% jährlich. Bei sachgerechter Verankerung eines rahmenlosen IUD in der Uterusmuskulatur ist die Expulsionsrate um den Faktor 5-10 reduziert [J GYNÄKOL ENDOKRINOL 2010; 13 (2)]. Auch konnte gezeigt werden, dass der Blutverlust unter Gynefix® im Vergleich zu Patientinnen ohne Intrauterinsystem nicht erhöht zu sein scheint.

Kupferhaltige IUDs stellen - entgegen früherer ethi-

scher und medizinischer Vorurteile – eine sichere und anwenderinnenfreundliche Methode zur Langzeitverhütung dar.

Da das Alter der Erstgebärenden in den westlichen Ländern immer weiter ansteigt, besteht auch ein erhöhter Bedarf an dauerhafter Verhütung bei Nulliparae. Wie sich in jüngster Zeit gezeigt hat, ist ein Verbot der Einlage von IUDs bei diesen Frauen nicht gerechtfertigt. Vor allem das rahmenlose Intrauterinsystem scheint den Bedürfnissen und Wün-

schen dieser Frauengruppe sehr entgegenzukommen.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. Bettina Pinnisch
 FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Kreuzgasse 73, 1180 Wien
 Tel.: +43/1/470 38 18
 aon.912603249@aon.at

Qlaira®. Die 1. Pille, die mit naturidentem Östrogen wirkt.

Jetzt NEU:
 Als einziges orales Kontrazeptivum in Österreich für die Behandlung von starken Menstruationsblutungen zugelassen.

Vier Phasen - Zwei Wirkstoffe - Eine Innovation:

- Wirkt mit naturidentem Östrogen und bewährtem Dienogest.
- Niedrig und ausgewogen dosiert für einen stabilen Estradiolspiegel im Zyklus.¹
- Effektive Behandlungsform für Frauen, die unter starken Menstruationsblutungen ohne organische Ursache leiden.²

1 Lu M et al. Obstet Gynecol 2007; 109 [4(Suppl.)] 615
 2 Qlaira Fachinformation (Verminderung des mittleren menstruellen Blutverlustes nach 6 Monaten um 88%)
 Fachkurzinformation siehe Seite 3

www.diepille.at
 Bayer HealthCare