

Beginn einer hormonellen Kontrazeption

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Die meisten Frauen können problemlos zu jedem Zeitpunkt des Menstruationszyklus mit einer hormonellen Methode der Schwangerschaftsverhütung beginnen. Ähnliches gilt nach einer Geburt oder nach einem Schwangerschaftsabbruch.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Bis vor Kurzem war es üblich, dass Frauen mit dem Beginn einer hormonellen Verhütung bis zur nächsten Regel abwarteten. Nach einer Geburt liess man einige Wochen verstreichen, oder man wartete ab, bis das Kind abgestillt war. In diesen Wartezeiten wurden viele Frauen ungewollt schwanger, schreiben Ruth Lesnewski und Linda Prine im «American Family Physician». Den damit verbundenen Problemen kann begegnet werden, indem Hausärzte ihren Patientinnen rasch zu einer sicheren Verhütungsmethode verhelfen.

Arztbesuch zwischen zwei Menstruationsblutungen

Wenn Frauen anlässlich eines Arzttermins zwischen zwei Blutungen nach einer Verhütungsmethode fragen, empfehlen viele Ärzte, mit einer hormonellen Kontrazeption bis zur nächsten Regel abzuwarten. So kann man sicher sein, dass bei der Frau keine Schwangerschaft (SS) vorliegt, wenn sie mit der neuen Methode beginnt. Doch zahlreiche Studien lassen den Schluss zu, dass kombinierte Östrogen-Gestagen-Kontrazeptiva keine angeborenen Missbildungen verursachen. Manche argumentieren, dass die verabreichten Hormone die Symptome einer Früh-SS maskieren und damit die Feststellung der SS verzögern könnten, was zu einem späteren Beginn der SS-Vorsorge oder zu einem Abbruch in einem weiter fortgeschrittenen Stadium führen würde. In unklaren Fällen kann man einen SS-Test durchführen, eine Notkontrazeption anbieten oder während der ersten Woche der hormonellen Kontrazeption zusätzlich eine Barrieremethode empfehlen.

Merksätze

- Im Allgemeinen können Frauen unmittelbar nach dem Arztbesuch mit einem hormonellen Kontrazeptivum beginnen – ein Abwarten bis zur nächsten Regel ist nicht erforderlich.
- Nach einer Geburt können die meisten Frauen sofort Kontrazeptiva anwenden, sofern sie nur Gestagene enthalten.
- Östrogenhaltige Kontrazeptiva sollten in den ersten drei Wochen nach der Geburt nicht eingesetzt werden.
- Nach einem Abbruch in der Frühschwangerschaft können Frauen sofort mit einer geeigneten hormonellen Kontrazeption beginnen.

Die «Quick-Start»-Methode ermöglicht es den meisten Frauen mit negativem Schwangerschaftstest, sofort nach dem Arztbesuch und zu jedem beliebigen Zeitpunkt während des Zyklus mit der oralen Kontrazeption oder dem Hormonpflaster (cave «Off-label-Use») zu verhüten. Dies führt zu einer besseren Therapiecompliance. Frauen, die mit der neuen Verhütungsmethode nach dem ersten Tag der letzten Regel beginnen, sollten in der ersten Woche eine Barrieremethode anwenden. Die «Quick-Start»-Methode kommt auch für Frauen infrage, die vor Kurzem ungeschützten Geschlechtsverkehr hatten. Liegt der ungeschützte Verkehr nicht mehr als fünf Tage zurück, kann am Tag des Praxisbesuchs nach entsprechender Beratung eine hormonelle Notkontrazeption angeboten und am nächsten Tag mit der neuen Verhütungsmethode begonnen werden. Das Kupfer-IUP eignet sich sowohl für eine Notkontrazeption als auch zur dauerhaften Verhütung und bietet fast 100-prozentige Sicherheit, wenn es innerhalb von fünf Tagen nach ungeschütztem Verkehr eingesetzt wird. Das Gestagen-IUP kann jedoch nicht für eine notfallmässige Kontrazeption verwendet werden. Entscheidet sich eine Frau für eine hormonelle Verhütungsmethode, die im Fall einer Schwangerschaft nicht so leicht

abzusetzen ist (Hormoninjektionen, Implantate oder Gestagen-IUP), können als Übergangslösung kurz wirksame Hormone appliziert werden, bis eine Schwangerschaft ausgeschlossen ist. Unabhängig von der Form der hormonellen Kontrazeption muss die Patientin über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Bei den meisten Frauen kommt es in den ersten Monaten der hormonellen Kontrazeption zu Schmierblutungen und zu anderen Zyklusveränderungen.

Verhütung nach einer Geburt

Viele Ärzte verordnen aus Angst vor einer Hyperkoagulabilität in der Postpartalphase nach der Geburt keine hormonellen Kontrazeptiva, unabhängig davon, ob die junge Mutter stillt oder nicht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt zu bedenken, dass in den ersten drei Wochen nach der Geburt die Risiken östrogenhaltiger Kontrazeptiva möglicherweise grösser sind als ihr Nutzen. Nach drei Wochen hat sich das Thromboseisiko jedoch normalisiert, und nicht stillende junge Mütter können dann orale östrogenhaltige Kontrazeptiva einnehmen. Da niedrig dosierte Gestagenpräparate nicht mit erhöhter Thrombosegefahr assoziiert sind, empfiehlt die WHO Gestagenmonopräparate zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt. Ein Gestagen- oder Kupfer-IUP kann unmittelbar nach der Geburt eingesetzt werden. Die Expulsionsraten sind geringer, wenn diese IUP innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt gelegt werden.

Verhütung in der Stillzeit

Die WHO rät stillenden Müttern in den ersten sechs Wochen nach der Geburt von einer hormonellen Kontrazeption ab, um potenzielle Steroideffekte auf die Entwicklung von Leber und Gehirn des Neugeborenen zu vermeiden. Sechs Monate nach der Geburt beginnen die Kinder mit der Aufnahme fester Nahrung, dann können die Vorteile östrogenhaltiger Kontrazeptiva grösser sein als die Nachteile. Die Anwendung von gestagenhaltigen Verhütungsmitteln in der Postpartalzeit ist besser untersucht. Auch in den ersten sechs Wochen nach der Geburt haben diese Präparate keinen negativen Einfluss auf die Milchbildung oder das Wachstum des Säuglings. Nach den Empfehlungen der Planned Parenthood Federation of America (PPFA) sind gestagenhaltige Kontrazeptiva zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt möglich. Die WHO gibt allerdings zu bedenken, dass die Steroidexposition des Neugeborenen in den ersten sechs Lebenswochen möglicherweise stärker wiegt als der Nutzen durch gestagenhaltige Mittel. PPFA und WHO sind sich jedoch einig, dass stillende Mütter sechs Wochen nach der Geburt bedenkenlos Gestagenmonopräparate anwenden können. Das Stillen selbst bietet keinen sicheren Schutz vor einer erneuten Schwangerschaft – auch wenn der Säugling voll gestillt wird.

Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch

Eine hormonelle Kontrazeption kann unmittelbar nach einem medikamentös eingeleiteten Schwangerschaftsabbruch oder nach einer Vakuumaspiration begonnen werden. Die Patientinnen müssen bei diesem Vorgehen in der ersten Woche nach

Beginn einer neuen Verhütungsmethode keine zusätzliche Barriereanwendung anwenden. Nach einem medikamentösen Abbruch beeinträchtigen hormonelle Kontrazeptiva das Blutungsmuster nicht. Kupfer- und Gestagen-IUP können ohne Bedenken unmittelbar nach einer Vakuumaspiration eingesetzt werden, das Risiko einer Abstossung des IUP ist nur leicht erhöht. Implantierbare Kontrazeptiva können sofort nach einer Vakuumaspiration verwendet werden, nach einem medikamentösen Abbruch können sie bei der üblichen Kontrolluntersuchung eingesetzt werden.

Untersuchung vor Beginn der Kontrazeption

Um Kontraindikationen gegen eine hormonelle Kontrazeption auszuschliessen, sollte der Arzt eine ausführliche Anamnese erheben, in der kardiovaskuläre Risikofaktoren erfasst werden. Auch ist nach Allergien, Vor- und Begleiterkrankungen sowie nach Medikamenteneinnahme zu fragen. Die Wahl des geeigneten Verhütungsmittels hängt nicht zuletzt auch von Gewicht, Körpergrösse und Blutdruckwerten der Patientin ab. Ein Papanicolaou-Abstrich ist zwar als Screeningmethode zur Erfassung von Zervixkarzinomen sehr wichtig, spielt aber bei der Einleitung einer Kontrazeption nur eine minimale Rolle.

Applikationswege

Orale Kontrazeptiva werden seit Jahrzehnten angewandt und sind gut untersucht. Doch können hormonelle Verhütungsmittel auch transdermal, subkutan, vaginal beziehungsweise per Intrauterinpressar oder Injektion verabreicht werden.

Für alle östrogenhaltigen Kontrazeptiva bestehen ähnliche Kontraindikationen – unabhängig vom jeweiligen Applikationsweg. Beim Östrogen-Gestagen-Pflaster und beim Vaginalring wird zwar der First-Pass-Effekt durch die Leber vermieden, doch ist nicht untersucht, ob dies zu einem Benefit führt. Deswegen gelten für diese neueren Produkte ebenso wie für die älteren oralen Präparate Vorsichtsmassnahmen hinsichtlich Lebererkrankungen und bezüglich Arzneimittelinteraktionen. Im Allgemeinen gelten für Kontrazeptiva, die nur Gestagene enthalten, weniger Kontraindikationen als für östrogenhaltige Produkte, doch der Applikationsweg beeinflusst die klinische Anwendung. Nach Injektion von Depotgestagenen sind noch viele Monate nach Absetzen des Präparats messbare Gestagenwerte im Blut nachweisbar. Deswegen sind Gestageninjektionen für Frauen mit instabilen Krankheitszuständen (beispielsweise unkontrollierter Bluthochdruck) weniger geeignet als Gestagenpillen. Nach Entfernung eines Gestagenimplantats werden zwar keine Hormone mehr freigesetzt, doch die Entfernung kann schwierig sein. Intrauterinpressare können dagegen leicht entfernt werden. ■

Quelle:

R. Lesniewski (Beth Israel Residency Program in Urban Family Practice, New York) et al.: Initiating Hormonal Contraception. *American Family Physician* 2006; 74: 105-112.

Interessenkonflikte: keine.

Andrea Wülker