

Neue Antikonzeptionsmethoden – Relevanz bei Jugendlichen

Teil 2: Essenzielle Aspekte und Matrixpatch – Anforderungen, Indikation, Akzeptanz

Gut zwei Jahre nach Einführung von Vaginalring (NuvaRing[®]) und Antikonzeptionspatch (Evra[®]) sind erste Praxiserfahrungen bei jugendlichen Mädchen und jungen Frauen zur Sicherheit, Verträglichkeit und Akzeptanz gewonnen worden. Eine Bewertung dieser Kontrazeptionsmethoden, auch im Langzyklus, bei Teenagern erfolgte auf dem Symposium der GYNEA in Bern im vergangenen Herbst.

SIBIL TSCHUDIN, BÄRBEL HIRLLE

Im zweiten Teil der Übersichtsarbeit zu den neuen Antikonzeptionsmethoden, soll diskutiert werden, inwieweit nach den bisherigen Erfahrungen das Patch für die jungen Mädchen geeignet ist. (vgl. Teil 1: Merki, Gabriele, S.: Vaginalring und Langzyklus – Indikation und Akzeptanz. «Gynäkologie» 6/2005 (1). Vor zwei Jahren wurden in der Schweiz die neuen Verhütungsmethoden mittels Vaginalring (NuvaRing[®]) und Antikonzeptionspatch (Evra[®]) eingeführt. Beide Methoden sind im Pearl-Index und der Verträglichkeit vergleichbar mit den herkömmlichen modernen Pillen. Beide geben 20 µg EE pro Tag ab. Beim Pflaster liegen die Serumspiegel aber höher als beim Vaginalring, vergleichbar mit der 35 µg-Pille. Neu sind die Applikationsweisen der Hormone über ein Matrixpflaster (Patch) beziehungsweise einen Vaginalring. Diese Applikationen wurden entwickelt unter dem Blickwinkel, die Schwangerschaftsverhütung für Frauen zu vereinfachen (Anwendungsfehler zu vermeiden) und damit sicherer zu machen.

Verbesserte Compliance bei Jugendlichen oberstes Ziel

Eine zuverlässige Kontrazeption ist bei Teenagern ganz besonders wichtig, da die Verhütung ungewollter Schwangerschaften, der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, die Reversibilität der Methode sowie der Schutz vor gesundheitlichen Schäden in diesem frühen Alter an oberster Stelle stehen. Die gewählte Methode sollte:

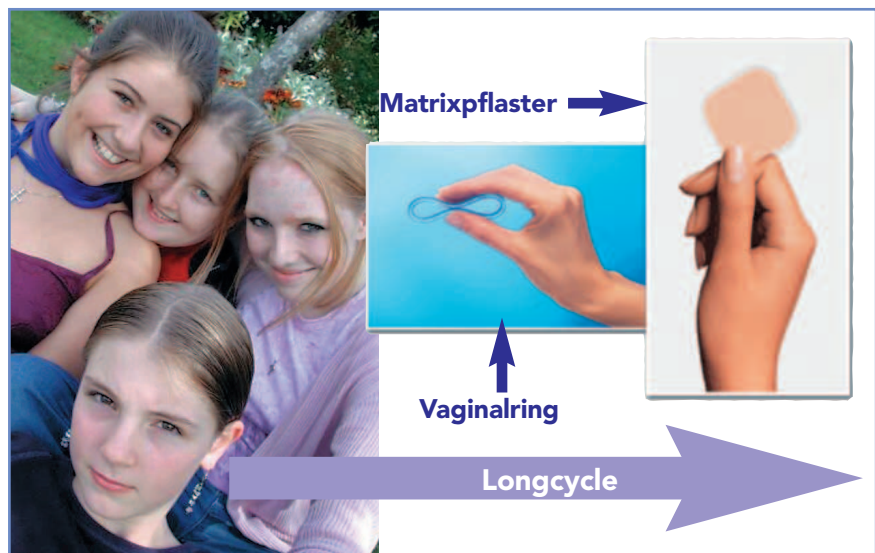


Abbildung 1: Drei Methoden moderner Antikonzeption im Blickpunkt: Matrixpflaster (Patch), Vaginalring, Langzyklus-Schema: für Jugendliche geeignet?

- einfach und
- kostengünstig sein und
- den Vorstellungen der Mädchen entsprechen,

weil damit die konsequente Anwendung am besten gewährleistet ist. Untersuchungen aus den letzten Jahren bei sexuell aktiven Mädchen sprechen für sich: Die Abruptiorate in der Schweiz bei den 14- bis 19-Jährigen liegt bei zirka 7/1000 und ist gleich hoch wie bei der Gesamtheit der Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Statistisch kommen bei Teenagern aber drei Abbrüche auf zwei Lebendgeburten während bei allen Frauen im gebärfähigen Alter ein Abbruch auf fünf Ge-

burten kommt. Gemäss der SMASH-Studie hat zirka die Hälfte der 16- bis 20-Jährigen bereits Geschlechtsverkehr; beim «ersten Mal» haben drei Prozent gar nicht verhütet (die meisten mit Kondom); beim letzten Sexualverkehr verhüteten die meisten mit der Pille (2). Relevant ist, dass etwa 10 Prozent der Abbrüche wegen fehlerhafter Pilleneinnahme (Vergessen) erfolgen, und dies überdimensional häufig bei den Jugendlichen (3–6). Hinzu kommt, dass in diesem Alter die Absetzrate der Pille sehr hoch ist mit 64 Prozent innert einem Jahr (7). Strategien zur Verbesserung der Compliance in der Kontrazeption sind daher

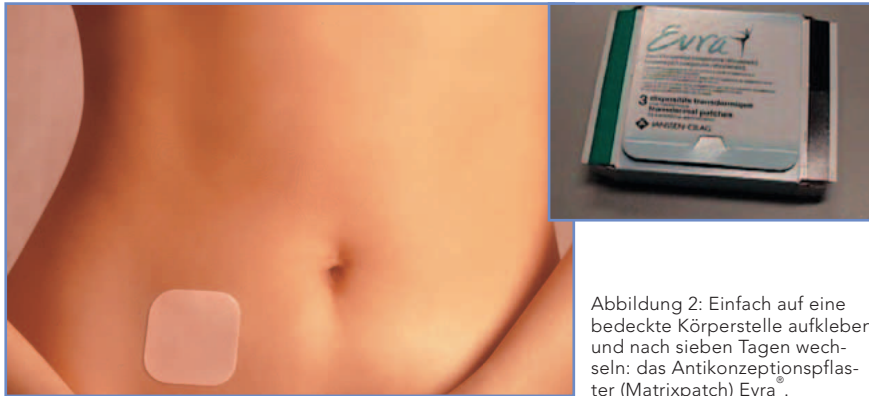


Abbildung 2: Einfach auf eine bedeckte Körperstelle aufkleben und nach sieben Tagen wechseln: das Antikonzepionspflaster (Matrixpatch) Evra.

essenziell, in besonderem Mass bei jugendlichen Risikogruppen. Versuche, Langzeitkontrazeptiva wie Implantat bei jungen Mädchen über viele Monate anzuwenden, scheitern nicht selten wegen der Gestagen-bedingten Nebenwirkungen. Zudem sind Depotgestagene wegen möglicher negativer Auswirkungen auf die Peak-Bone-Mass als Verhütungsmethode zweiter Wahl einzustufen. Ein markanter Vorteil wird in den neuen Methoden, beide Östrogen-Gestagen-Kombinationen, gesehen, da sie statt täglich nur wöchentlich oder auch monatlich angewendet werden müssen: Vaginalring (NuvaRing®) und das – hier besprochene – Matrixpflaster Evra®.

Matrixpflaster (Evra®)

Ein «Antikonzepionspatch» (vgl. *Abbildung 2*) im Ausmass von 4,5 mal 4,5 cm wird auf eine geeignete Körperstelle (Gesäss, Bauch, Rücken, Oberarm) aufgeklebt und dann wöchentlich durch ein neues ausgetauscht. Nach drei Wochen erfolgt die «Hormonpause», in der die Entzugsblutung eintritt, bevor im nächsten Zyklus das gleiche Schema beginnt. Das Patch zeichnet sich durch eine gute Haftbarkeit auch im feuchten Milieu aus, kann also unbedenklich beim Schwimmen, in der Sauna oder beim Du-

schen/Baden getragen werden. Das Pflaster gibt kontinuierlich während sieben Tagen 150 µg Norelgestromin (NGMN), ein primär aktiver Metabolit vom Gestagen Norgestimat, und 20 µg Ethinylestradiol (EE) pro Tag ab. Im Vergleich zur Pille zeichnet es sich durch homogenere Hormonserumspiegel aus mit maximalen EE-Spiegeln bei 50 bis 60 pg/mL am jeweiligen Tag 2 und 3 und tendenziell höheren Werten in der zweiten Zykluswoche. Vergisst die Jugendliche das Patch zu entfernen und ein neues aufzukleben, bleibt die Kontrazeption noch drei bis vier Tage mit dem «alten» Pflaster erhalten. Der Pearl-Index liegt drei Studien mit insgesamt 22 155 Zyklen zufolge bei 0,88 (15 Schwangerschaften), was nach heutiger wissenschaftlicher Auffassung einer guten bis sehr guten kontrazeptiven Sicherheit entspricht (6–8).

Vergleichstudien mit der Pille

Mehrere Studien untersuchten verschiedene Parameter im Vergleich zur Pille: Exemplarisch zeigte eine Studie (9) mit insgesamt 1417 Probandinnen, dass das Patch deutlich *häufiger fehlerfrei angewendet* wurde («perfect use» bei 88,2 vs. 77,7%). 4,6 Prozent der Patch-Anwen-

derinnen mussten die Pflaster wegen kompletter oder partieller Ablösung wechseln. Im Vergleich zur (in Deutschland erhältlichen) Pille Trinordiol® (Drei-Phasenpräparat: EE/Levonorgestrel, Firma Wyeth), wurde in den ersten Anwendungszyklen bei wesentlich mehr Frauen *eine verbesserte Zykluskontrolle* erreicht (18,3 vs. 11,4 im Zyklus 1). Bezüglich der *Nebenwirkungen* waren Kopfschmerzen und Nausea gleich häufig, lokale Hautreaktionen (20%), Brustspannen (18%) und Dysmenorrhö (13%) mit dem Patch allerdings häufiger.

Die Bewertung im Anschluss an vorliegende Anwendungsstudien bei Frauen im gesamten reproduktionsfähigen Alter:

Als *vorteilhaft* haben sich beim Patch aus ärztlicher Sicht vor allem drei Aspekte erwiesen:

- bessere Compliance dank weniger Fehlermöglichkeiten bei der einwöchigen statt täglichen Anwendungsweise
- Unabhängigkeit von der gastrointestinalen Resorption (daher Indikation bei Essstörungen bei Jugendlichen)
- kein First-Pass-Effekt.

Nachteilig sind applikationsbedingte Nebeneffekte wie Hautreaktionen und möglicherweise die Sichtbarkeit der Kontrazeption, welche die Anwendung limitieren können.

Ansonsten gelten gleiche Kontraindikationen wie bei der Pille.

Akzeptanz bei Jugendlichen

Wie beurteilen die Jugendlichen selbst die Anwendung des Matrixpatches?

Eine longitudinale Studie über drei Monate (6) mit 50 Teenagern zeigte eine perfekte Compliance bei 92 Prozent über einen Monat, bei 87 Prozent über drei Monate und eine gewünschte Weiterverwendung bei zwei Dritteln. Im Vergleich zur Anwendung der Pille, waren die Unterschiede signifikant: Deutlich mehr jugendliche Mädchen würden das Patch weiterempfehlen als die Pille. Als Vorzüge wurden besonders häufig angegeben: «einfach anzuwenden» (70%) und «einfach zu verbergen» (84%); als nachteilig ein «Juckreiz» (61%). In einer weiteren Studie mit 28 Teenagern (8) waren 68 Prozent «sehr zufrieden», 93 Prozent wollten das Patch einer Freundin emp-

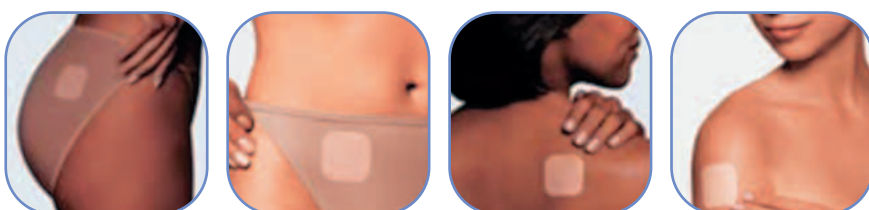


Abbildung 3: Applikationsstellen des Patches: z.B. Gesäss, Bauch, Rücken, Oberarm. Nur der Brustbereich wird nicht empfohlen.

fehlen. Allerdings kam es hier bei knapp einem Drittel zur partiellen und bei 21 Prozent zur vollständigen Ablösung. Lokale Reaktionen traten bei 64 Prozent auf.

Beide Studien zeigten bezüglich der Nebenwirkungen bei der Hälfte der Mädchen kürzere Blutungen, bei 36 Prozent schwächere. Zu Zwischenblutungen kam es bei 10 respektive 14 Prozent. Über Brustspannen berichtete knapp ein Drittel. Dysmenorrhö war bei 39 Prozent verringert, bei einem kleinen Teil (11%) aber auch verstärkt. Ein Drittel der Mädchen wünschte sich eine andere Patchfarbe.

Bewertung der Anwendung bei Teenagern

Aus jugendgynäkologischer Sicht handelt es sich bei dem Matrixpatch Evra® um eine effiziente Verhütungsmethode, deren gesundheitsbezogene Wirkungen mit der modernen Pille vergleichbar sind. Zu beachten ist allerdings, dass es bei einem Teil der Anwenderinnen zu Lokalreaktionen kommt. Ein Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen (insbesondere HIV), als ein optimales Ziel einer Antikonzeptionsmethode, ist wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva nicht gegeben.

Die Anwendung ist für die Mädchen einfach, aber nicht kostengünstig. Insgesamt entspricht das Patch zu einem grossen Teil den Vorstellungen und Wünschen der Jugendlichen nach einer Verhütungsmethode. Aus ärztlicher Sicht kann es als Alternative zur Pille empfohlen werden. ■

Dr med. Sibil Tschudin
(Korrespondenzadresse)

Oberärztin
Abteilung für gynäkologische Sozialmedizin
und Psychosomatik
Universitäts-Frauenklinik Basel
Spitalstr.21
4031 Basel
E-Mail: stschudin@uhbs.ch

Der Bericht entstand im Anschluss an die Vorträge auf dem 8. Symposium der GYNEA am 17. September 2005.

Quellen:

1. Merki, G. S.: Neue Antikonzeptionsmethoden – Relevanz bei Jugendlichen. Teil 1: Vaginalring und Langzyklus – Indikation und Akzeptanz. GYNÄKOLOGIE 2005; 6: 6–9.
2. SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey) Gesundheitsbefragung bei Schweizer Jugendlichen (16- bis 20-Jährige). 2002, www.alkoholpolitik.ch/forschue/forsch18.htm.
3. Serfaty, D.: Caractéristiques des méthodes de contraception précédant les demandes d'IVG. Gynécologie. 1995.

4. Oddens, B., Guis, F.: Compliance and missed pills in France in 1995. Contracept. Fertil Sex. 1996; 24(4): 290–296.
5. Rosenberg, M.J. et al.: Use and misuse of oral contraceptives: risk indicators for poor pill taking and discontinuation. Contraception 1995; 51 (5): 283–288.
6. Rubinstein, M.L. et al.: An evaluation of the use of the transdermal contraceptive patch in adolescents. J. Adolescent Health 2004; 34 (5): 395–401.
7. Abrams, L.S. et al.: Pharmacokinetics of a contraceptive patch (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinyloestradiol at four application sites. Br. J. Clin. Pharmacol. 2002; 53 (2):141–146.
8. Harel, Z. et al.: Adolescents' experience with the combined estrogen and progestin transdermal contraceptive method Ortho Evra. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2005;18 (2): 85–90.
9. Audet, M.C., et al. (ORTHO EVRA/EVRA 004 Study Group): Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285(18): 2347–2354.

Weitere Angaben zur Literatur sind unter der Korrespondenzadresse anzufragen.

Korrigendum zum Teil 1:

Hier wurden zwei Quellenangaben irrtümlich falsch gesetzt: Die Quellenangabe 22 im Textteil entspricht der Quelle 21 (Merki, S. et al.: Praxiserfahrungsbericht von NuvaRing in der Schweiz. Poster. SGGG-Kongress 2005)
Die Quellenangabe 18 im Textteil und in der Tabelle entspricht der Quelle 17 (Sulak, P.J. et al.)

Fortbildung – Formation continue

Xth European Pediatric and Adolescent Gynecological Congress

Hauptthemen/sujets principaux:

- I. Hyperandrogynism from conception to adolescence
- II. Obesity with all late consequences and complications in youth
- III. Sexual problems and contraceptive options in disabled girls

■ Datum/Date: 10. bis 13. Mai 2006

■ Ort/Lieu: Budapest/Ungarn

■ Information/Anmeldung/Inscription:

Programm: www.new-instant.hu/pag/index.html

Scientific Correspondence

Judit Blahó
1013 Attila u. 29
Budapest/Ungarn
E-Mail: newinst@hu.inter.net

Congress Organisation

NEW INSTANT DC
Attila u 29. I.e.7/a.
Budapest 1013/Ungarn
Tel. 0036-1225 0303
Fax 0036-1212 2232