

Neue Antikonzeptionsmethoden – Relevanz bei Jugendlichen

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

von Dr. med. Sibil Tschudin, Bärbel Hirrle

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.

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. «Pädiatrie» 2/2006 [1]).

Vor zwei Jahren wurden in der Schweiz die neuen Verhütungsmethoden Vaginalring (NuvaRing®) und Antikonzeptions-

patch (Evra®) eingeführt. Beide Methoden sind im Pearl-Index und in 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, dieses ist mit der 3-µg-Pille vergleichbar. Neu sind die Applikationsweisen der Hormone über ein Matrixpflaster (Patch) beziehungsweise einen Vaginalring. Diese Applikationen wurden unter dem Blickwinkel entwickelt, 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:

- 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 Abruptionrate 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 Geburten kommt. Gemäss der SMASH-Studie hat zirka die Hälfte der 16- bis 20-Jährigen bereits Geschlechtsverkehr; beim «ersten Mal» haben 3 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 mit 64 Prozent innert einem Jahr sehr hoch ist (7).

Strategien zur Verbesserung der Compliance in der Kontrazeption sind daher essenziell, in besonderem Mass bei jugendlichen Risikogruppen. Versuche, Langzeitkontrazeptiva wie Implantat bei jungen Mädchen über viele Monate anzu-



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



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

wenden, scheitern nicht selten wegen den 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 «Antikonzektionspatch» (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 Duschen/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-Anwenderinnen 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 empfehlen. Allerdings kam es hier bei knapp einem Drittel zur partiellen und bei 21 Prozent zur vollständigen Ablösung. Lokale Reaktionen traten bei 64 Prozent auf.



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

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. ■

Korrespondenzadresse:

Dr med. Sibil Tschudin

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 vom 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 ethinylloestradiol 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.



**15th World Congress
on Pediatric
and Adolescent
Gynecology**

**10th Latin American
Congress on
Pediatric and
Adolescent Gynecology**

May 6-9, 2007
São Paulo Brazil
Transamérica Expo Center

Information 

Phone (55-11) 3062.1722
Fax (55-11) 3062.1710
E-mail: soma@somaeventos.com.br
www.sogia.com.br

Neuigkeiten bei GYNEA

von Dr. med. Saira-Christine Renteria

Seit kurzem ist die GYNEA innerhalb der Gynécologie Suisse auch eine Arbeitsgruppe. Neu bietet sie zudem ihre Informationen über eine eigene Internetplattform an.

Im Hinblick auf diese neue Stellung der GYNEA innerhalb der Gynécologie Suisse wurden die Statuten der GYNEA neu überarbeitet und am 17. September 2005, im Rahmen des 8. Symposiums der GYNEA in Bern, von der Generalversammlung ratifiziert. Der Arbeitsgemeinschaft können nach wie vor PädiaterInnen und GynäkologInnen als ordentliche Mitglieder beitreten. Ausserordentliche Mitglieder sind ÄrztInnen anderer Fachrichtungen sowie ÄrztInnen in der Weiterbildung. Personen, die im Bereich der Kinder- und Jugendgynäkologie Ausserordentliches geleistet haben, können zu Ehrenmitgliedern gewählt werden.

Die GYNEA wird weiterhin auf die Praxis zugeschnittene Symposien und Workshops durchführen und sich im Bereich der Konzeption und der Organisation der Aus-, Weiter- und Fortbildung in diesem Spezialbereich einsetzen.

Die langjährige Zusammenarbeit mit den Zeitschriften «Gynäkologie» und «Pädiatrie» erlaubt es der GYNEA, ihren Mitgliedern regelmässig Informationen aus dem spezifischen Fachbereich zukommen zu lassen. Die Kommunikation wird neu seit 2005 durch die Internetpräsenz der GYNEA unterstützt. Die noch in den Kinderschuhen steckende Internetseite www.gynea.ch richtet sich an Fachpersonen, die Interesse am Thema der Kinder- und Jugendgynäkologie haben. Sie soll aber auf lange Sicht hinaus auch einige Informationen enthalten, die sich an Adoleszente und ihre Betreuungspersonen richten.

Von dieser erweiterten Plattform und der engeren Zusammenarbeit mit Gynécologie Suisse erhoffen wir uns nicht

nur einen regen Informationsaustausch, der unseren Mitgliedern sowie einem weiteren Publikum zugute kommen soll, sondern auch einen Zufluss an Ideen und Anregungen aus Kreisen inner- und ausserhalb der GYNEA.

Der Vorstand der GYNEA setzt sich aktuell wie folgt zusammen:

Präsidentin: Saira-Christine Renteria, Lausanne

Vize-Präsident: Johannes Bitzer, Basel

Kassierin: Renate Hürlimann, Dübendorf

Wissenschaftliche Sekretärin: Madeleine Gartenmann-Benz, Winterthur

Assessorinnen: Irène Dingeldein, Stephanie Eichenberger-Studer, Sibil Tschudin, Basel

Externe Beziehungen: Francesca Navratil, Zürich

Das Sekretariat wird neu seit dem 1. April 2006 von Frau Nicole Reinert betreut. E-Mail: gynea@gynea.ch

In diesem Jahr wird die GYNEA ein halbtägiges Symposium rund um das Thema «Hilfe, ich verändere mich!» organisieren. Das Symposium wie auch die jährliche Generalversammlung werden im Rahmen des Women's-Health-Kongresses in Basel durchgeführt. Die Interessierten werden gebeten, sich bereits den Samstag, 2. Dezember 2006, vorzunehmen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Saira-Christine Renteria

Médecin associé

Département de Gynécologie et Obstétrique

Responsable des consultations de gynécologie pédiatrique et de l'adolescence, CHUV, Lausanne

E-Mail: gynea@gynea.ch

Internet: www.gynea.ch