

Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1563—1568

Aus der Frauenklinik des Städtischen Klinikum Berlin-Buch
(Chefarzt: MR Prof. Dr. med. habil. H. P o c k r a n d t)
(Ärztlicher Direktor: Doz. Dr. med. habil. H e n d r i k)

Erfahrungen mit den Intrauterinpressaren vom Typ „DANA-Super“ in der Ehe- und Sexualsprechstunde Berlin-Buch¹

Von B. Hamann

Herrn Professor Dr. Dr. sc. med. Helmut Kraatz zum 70. Geburtstag

Zusammenfassung: Bericht über eigene Erfahrungen mit 1000 eingelegten Intrauterinpressaren vom Typ DANA-Super in einem Beobachtungszeitraum von 4 Jahren.

Wirkung, Indikation, Kontraindikation und Komplikationen werden differenziert dargestellt. Diese Methode der reversiblen Kontrazeption bedeutet für die Frauen eine verhältnismäßig hohe Sicherheit (Schwangerschaftsrate 2,1) bei nur geringer zusätzlicher Belastung. Das Intrauterinpressar ist vor allem für solche Frauen wichtig, bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit der hormonellen Kontrazeptiva besteht.

Auf dem Internationalen Seminar über Probleme der Familienplanung 1971, unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. habil. Kraatz [16], wurde empfohlen, beim Auftreten einer Gravidität bei liegendem Intrauterinpressar die Frauen auf die Gefahr eventueller fetaler Schädigungen hinzuweisen und aus diesem Grunde eine Interruptio aus medizinischer Indikation durchzuführen.

Eine Forderung unserer Zeit, die Frauen und Ehepaare über Kinderzahl und Geburtenabstand selbst entscheiden zu lassen und daß nur Wunsch Kinder geboren werden, machten die Anwendung neuer und weiterer Methoden der Geburtenregelung notwendig. Die Zahl der Interruptionen und der kriminellen Abortus liegt noch sehr hoch. Nach M e h l a n [8] ist der größte Anteil der Müttersterblichkeit heute durch kriminelle Abortus bedingt.

Jetzt besteht durch die Wiederanwendung der Intrauterinpressare (IUP) die Möglichkeit, eine verhältnismäßig sichere Methode der Geburtenregelung auch bei solchen Frauen anzuwenden, bei denen eine Kontraindikation oder Unverträglichkeit der hormonellen Kontrazeptiva besteht.

G e s e n i u s [1, 2], der 1935 das Einlegen von IUP als eine „fahrlässige Handlung“ bezeichnete, hat jetzt seine ablehnende Haltung aufgegeben.

Der wissenschaftliche Beirat der WHO bestätigte 1966 die Intrauterinpressare zur Antikonzeption [9].

Die Intrauterinpressare vom Typ DANA-Super sind aus einem kontrastmittelhaltigen Polyäthylen hergestellt und dadurch im Röntgenbild sichtbar. Die Pressare werden aus der CSSR importiert.

Die IUP werden ungeschwänzt in 4 verschiedenen Größen als DANA-Super und geschwänzt in 4 verschiedenen Größen als DANA-Super-Lux, in 3 Größen als DANA-Super-Fix und in 3 unterschiedlichen Größen als DANA-Cor geliefert. Die Form des DANA-Super-Fix und -Lux entspricht teils der Lippes-Schleife und teils dem Birnberg-Bogen und paßt sich der Uterushöhle gut an — „Akkordioneffekt“ [12].

Die genaue Wirkung der Pressare ist noch unklar. Durch eine beschleunigte Tubenperistaltik, biochemische und mechanische Faktoren im Cavum uteri wird die Nidation der in der Tube befruchteten Eier verhindert [10].

¹ Auszugsweise vorgetragen auf dem Internationalen Seminar über „Probleme der Familienplanung“ im Oktober 1971 in Rostock-Warnemünde und auf den 6. Rostocker Fortbildungstagen über „Probleme der Ehe- und Sexualberatung“ im Oktober 1971.

Š r á č e k [15] weist auf die Aktivierung von Makrophagen durch das Pessar hin, welche die Spermien und das befruchtete Ei angreifen und zerstören. Eine Normospermie wird dadurch zur Hypo- bis Aspermie.

W y n n [11] bezeichnet solche Methoden als Kontrandidation mit dem gleichen Recht wie die gebräuchliche Kontrazeption. Solange sich die befruchtete Eizelle nicht eingenistet hat und die Verbindung mit dem mütterlichen Organismus hergestellt ist, kann man es noch nicht als Abortus bezeichnen [3].

Das Oxford English Dictionary definiert Konzeption als die — „Tatsache, in der Gebärmutter empfangen zu sein“. Demnach wäre der Beginn der Konzeption der Zeitpunkt der Implantation, also gleichzusetzen dem „Auffangen“ der Blastozyste durch das Endometrium [3].

Es kann deshalb bei der Wirkung der Intrauterin pessare nicht von einem „Frühstabortivum“ gesprochen werden.

Die chronisch-entzündliche Reaktion des Endometriums als Wirkungsursache der IUP wird nach neueren Literaturangaben abgelehnt [2, 5].

Bei unseren Patientinnen fanden wir bei den meisten Endometriumsuntersuchungen keine chronisch-entzündliche Reaktion.

Tabelle I. Histologische Endometriumsuntersuchungen vor der Einlage des IUP und Kontrolle bei positiven Befunden, Beschwerden oder nach der Extrak­tion

654 primäre Endometriumsuntersuchungen	9% Endometritis
101 Kontrolluntersuchungen	6% Endometritis

M e t h o d i k

In Zusammenarbeit mit den Gynäkologen unseres Stadtbezirkes und den Ärzten anderer Fachgebiete werden die Frauen in die Ehe- und Sexu­alsprechstunde der Frauenklinik des Städtischen Klinikum Berlin-Buch überwiesen, welche seit 1967 besteht. Hier findet nach dem Einlegen der IUP auch die weitere Dispensairebetreuung statt. Die histologische Beurteilung der Abrasionen und Kontrollabrasionen wird von Herrn Oberarzt Dr. S i l a f f aus dem I. Pathologischen Institut des Städtischen Klinikum Berlin-Buch (Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. habil. H e n k e l) durchgeführt.

Unter streng aseptischen Kautelen werden die Intrauterin pessare im kleinen Operationssaal z. Z. der abklingenden Menstruation oder kurz danach ambulant eingelegt.

Der Zervikalkanal ist zu diesem Zeitpunkt leichter dehnbar und eine Schwangerschaft wenig wahrscheinlich. Als Prämedikation erhalten die Frauen ein Spasmodikum und ein Analgetikum peroral. Nachdem die Frauen nochmals genau über die Wirkung, möglichen anfänglichen leichten Nebenerscheinungen u. a. informiert wurden, können sie nach etwa 2stündiger Beobachtungszeit nach Hause gehen.

Nach 6 Wochen, 3 Monaten und weiter halbjährlich werden die Frauen in der Dispensairesprechstunde kontrolliert.

Zur histologischen Ausgangsbeurteilung des Endometriums wird eine Strichkür­ette direkt vor der Einlage des IUP durchgeführt. Ein Kavumabstrich zur Feststellung einer eventuellen Bakterieneinschleppung wird sofort nach der Einlage des IUP abgenommen und eine aerobe sowie anaerobe Kultur angelegt (Tab. II).

Tabelle II. 538 bakteriologische anaerobe und aerobe Untersuchungen aus dem Cavum uteri nach der Einlage des IUP

508 Abstriche aus dem Cavum uteri negativ	94,5%
19 Abstriche in der aeroben Kultur positiv	3,5%
11 Abstriche in der anaeroben Kultur positiv	2,0%

Die Pessare bleiben 2 bis 4 Jahre, eventuell auch länger, falls keine stärkeren Beschwerden auftreten, im Cavum uteri liegen. In den ersten 3 Monaten tritt eine geringe mechanische Schleimhautreizung häufiger auf, weshalb wir in dieser Zeit vom 1. bis 5. eventuell 7. Zyklustag 1 Tablette Mestranol à 0,05 mg anraten einzunehmen. Bei starken Menstruationsblutungen Gabe von PAMBA-Tabletten 1 bis 3/die. Vitamin C und K geben wir bei Auftreten von Zwischenblutungen. In einigen Fällen wird die Schleimhaut hormonell aufgebaut. Bei Rezidivfällen Kontrolle der Lage des IUP durch eine Röntgenaufnahme und eventuelle Entfernung des Pessars.

Bis zum 30. 9. 1971 wurden 1000 Fälle ausgewertet mit einer durchschnittlichen Liegezeit von 14,4 Monaten. Aus Tabelle III ist der prozentuale Anteil der Frauen in den verschiedenen Altersgruppen und die Parität ersichtlich. Tabelle IV zeigt die Anzahl der Frauen mit Abortus und Interruptiones. Auffällig hoch ist die Anzahl der Frauen – 31%! –, die einen oder mehrere Abortus in der Anamnesen haben.

In Tabelle V ist die Zahl der verwendeten Pessargrößen angegeben.

Tabelle III. Prozentualer Anteil der Frauen und Geburtenzahl in den verschiedenen Altersgruppen

Alter (Jahre)	%	Geburten	%
20	1	0	2
20 bis 24	7	1	16
25 bis 29	33	2	35
30 bis 34	35	3	29
35 bis 39	19	4	10
40+	5	5+	8

Tabelle IV. Anzahl der Abortus und Interruptiones bei 1000 Frauen

Abortus	%	Interruptiones	%
1	18	1	28
2	7	2+	5
3	3	—	—
4+	3	—	—
Summe	31	Summe	33

Tabelle V. Verwendete Pessargröße bei 1000 Einlagen

DANA-Super	%	DANA-Super	%
I	1	III	30
II	12	IV	57

Indikation und Kontraindikation

A. Die Indikation zur Einlage eines IUP war neben einer Unverträglichkeit der hormonellen Kontrazeptiva (57%) die absolute oder relative Kontraindikation der hormonellen Kontrazeptiva (43%) – Tabelle VI.

Weiterhin führt Š r á č e k [19] die Amenorrhoe (psychogen), die Hypoplasie und die Behandlung von Synechien durch das IUP an.

B. Kontraindikationen für eine IUP-Einlage sind:

1. Schwangerschaft.
2. Spezifische und unspezifische Entzündungen der Genitalorgane, akut oder subakut.
3. Meno-Metrorrhagien.
4. Uterusmißbildungen.
5. Submuköse Myome.

Tabelle VI. Indikation zur Einlage eines Intrauterinpressars

A. Kontraindikation zur hormonellen Antikonception	
1. Thromboembolien	17,0%
2. Hepatitis	7,0%
3. Diabetes, nephrologische Induktion, neurologische Induktion, Hypertonus u. a.	15,0%
4. Erweiterte Indikation (Nervosität, Vergeblichkeit, Unzuverlässigkeit)	4,0%
Summe	43,0%
B. Unverträglichkeit der hormonellen Kontrazeptiva	
1. Übelkeit, Erbrechen	13,0%
2. Zwischen- und Vorblutungen	16,0%
3. Konzentrationsschwäche, Müdigkeit, Kreislaufbeschwerden	7,0%
4. Gewichtszu- oder -abnahme	6,0%
5. Libidoabnahme oder Frigidität	5,0%
6. Chloasma uterinum, Ekzeme u. a.	4,0%
7. Graviditäten	3,1%
8. Thromboembolien	1,2%
Summe	57,0%

Ergebnisse

Von 1967 bis September 1971 wurden 1000 Intrauterinpressare vom Autor eingelegt, die jetzt durchschnittlich 14 Monate im Uterus liegen. Zusatzblutungen und verstärkte Regelblutungen traten in den ersten 2 bis 3 Monaten in 14% auf.

Nach der prophylaktischen Gabe von 0,05 mg Mestranol für 3 bis 4 Monate werden diese Komplikationen seltener beobachtet. In 3% kam es zu Teil- oder Ganzabstoßungen. Die Pearlische Schwangerschaftsrate beträgt 2,1. In 50% trat eine Schwangerschaft in den ersten 6 Monaten auf. Es empfiehlt sich deshalb, den Frauen anzuraten, gerade im ersten $\frac{1}{2}$ Jahr in der „kritischen Woche“ einen zusätzlichen Schutz anzuwenden. In 62% kam es zum Spontanabortus, hier meist als Frühabortus, welches den ungünstigen Einfluß auf den Embryo erklärt und auch die Gefahr einer eventuellen fetalen Schädigung.

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft wird deshalb aus medizinischer Indikation die Durchführung einer Schwangerschaftsunterbrechung vorgeschlagen [18]. Nach Tietze beträgt die Schwangerschaftsrate 2 bis 4. Š r á č e k [8, 12], H a v r á n e k [13] fanden bei IUP vom Typ DANA-Super eine Schwangerschaftsrate von 2,9.

In 0,4% konnte ein entzündlicher Adnexprozeß in den ersten 3 Monaten festgestellt werden, in 1,3% später. Während die unmittelbar nach dem Einlegen auftretenden Adnexitiden wahrscheinlich der Methode zur Last gelegt werden können, ist dies bei einem nach Monaten auftretenden Adnexprozeß fraglich [9]. 30% der akuten Adnexprozesse nach mehr als 3 Monaten Liegezeit waren durch eine Gonorrhoe bedingt. Bei den 654 Ausgangsuntersuchungen des Endometriums vor der Einlage eines IUP wurde in 9% eine Endometritis gefunden (Tab. I). Die hohe Anzahl

Tabelle VII. Komplikationen auf 100 Frauenjahre

Abstand in Monaten	Gravidität	Expulsion	Hypermenorrhoe Menorrhagien
1 bis 3	0,6	1,2	9,3
4 bis 6	0,3	0,4	5,2
7 bis 12	0,4	0,4	3,6
13 bis 24	0,3	0,2	2,4
24 bis 36	0,1	0,1	2,1

Tabelle VIII. Komplikationen auf 100 Frauenjahre bei 1000 IUP

Extraktion	3,3	Vorzeitig beendet	7,1
Expulsion	2,4	Blutungsbeschwerden	16,1
Perforation	0	Schmerzen	3,2
Gravidäten (davon in 62% als Abortus!)	2,1	Adnexitis	1,7

Tabelle IX. Vergleich einiger Komplikationen beim DANA-Super

	Šráček 500 Fälle (1967)	Frauenklinik Buch 1000 Fälle (1971)
Schwangerschaften.....	2,9	2,1
Ausstößeungen	3,9	2,4
Perforationen	0	0

einer primären Endometritis ist wahrscheinlich durch die frühe Einlage des Pessars nach einer Interruptio oder einem Abortus, also nach 1 bis 2 Menstruationsblutungen, bedingt, das Abfallen hingegen auch zusätzlich durch die Endometritis-Prophylaxe und eventueller Therapie durch Mestranol.

In den bisherigen gezielten histologischen Kontrolluntersuchungen nach mehr als 3monatiger Liegedauer des IUP bei den Frauen, welche primär eine Endometritis hatten oder bei welchen klinisch Blutungsbeschwerden auftraten, fand sich nur noch in 6% eine Endometritis, d. h. trotz liegendem IUP wurde eine primäre Endometritis histologisch und klinisch ausgeheilt.

Diskussion

An der hohen Zahl der Frauen, die eine (28%) oder zwei oder mehr Interruptiones (5%) hatten und wegen der zum Teil bestehenden Kontraindikationen oder Unverträglichkeit von hormonellen Kontrazeptiva hinsichtlich der Gefahr weiterer ungewollter Schwangerschaften, stellt das Intrauterinpressar einen deutlichen Fortschritt der reversiblen Kontrazeption dar.

Das IUP vom Typ DANA-Super bietet bei guter Verträglichkeit eine verhältnismäßig hohe Sicherheit. Die Versagerquote beträgt 2,1. Wichtig ist die Einlage eines möglichst großen IUP, wobei nicht nur die Sondenlänge, sondern auch das Verhältnis von Cervix uteri zum Corpus uteri zur Größenbestimmung des auszuwählenden Pessars herangezogen werden sollte (Tab. V).

Bei der histologischen Beurteilung des Endometriums ist ein Vergleich zum Ausgangsstadium und eine Verlaufskontrolle notwendig, um etwas über die Häufigkeit einer auftretenden Endometritis sagen zu können. Wir konnten z. B. schon in 9% eine leichte bis schwere Endometritis vor der Einlage des IUP nachweisen (Tab. I).

Schrifttum

1. Gesenius, H.: Zbl. Gynäk. 37 (1935) 2168.
2. Gesenius, H.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 25 (1956) 38.
3. Leinzinger, E.: Zbl. Gynäk. 34 (1969) 1110–1113.
4. Mehlan, K. M.: In: Arzt und Familienplanung, S. 69. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1969; Tagungsberichte der 3. Rostocker Fortbildungstage.
5. Neumann, H. G.: Zbl. Gynäk. 33 (1969) 1068.
6. Neumann, H. G.: Dtsch. Ges.wesen 34 (1967) 1607.
7. IPPF: Med. Bull. 3, Nr. 2 (1969).
8. Steindel, E.: Zbl. Gynäk 17 (1970) 518.
9. Basic and clinical Aspects of IUD. Report of a WHO Scientific Group. Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser. 332 (1966).
10. Wuermeling: Münch. med. Wschr. 110 (1968) 2748.
11. Wynn, R. M.: Science 156 (1957) 1508.
12. Šráček, J.: In: Arzt und Familienplanung, S. 168. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1968.
13. Šráček, J.: Čs. Gynaec. 32 (1967) 212.
14. Havránek, F.: Čs. Gynaec. 34 (1969) 171.
15. Šráček, J.: Internationales Seminar über Probleme der Familienplanung 1971 in Rostock-Warnemünde.
16. Kraatz, H.: Internationales Seminar über Probleme der Familienplanung 1971 in Rostock-Warnemünde.
17. Hamann, B.: Medicamentum (Berl.) 7 (1971) 216.
18. Šikl und Šráček: Geburtsh. u. Frauenheilk. 31 (1971).
19. Šráček, J.: Persönliche Mitteilung.

Anshr. d. Verf.: Dr. B. Hamann, Frauenklinik im Städtischen Klinikum Berlin-Buch,
DDR-1115 Berlin-Buch, Wiltbergstr. 50