

Aus der Universitäts-Frauenklinik Kabul  
(Direktor: Prof. Dr. O. A n w a r i)

## Probleme der Konzeptionsverhütung in Afghanistan

Von H. S. R. Nevin

Mit 10 Abbildungen

Zur Rechtfertigung dieser Arbeit muß man die Frage stellen, ob in Afghanistan zum heutigen Zeitpunkt überhaupt ein Interesse an einer Einschränkung der Geburtenzahl durch Empfängnisverhütung besteht.

Im Hinblick auf die auch in unserem Lande ständig zunehmende Bevölkerungszahl muß diese Frage bejaht werden.

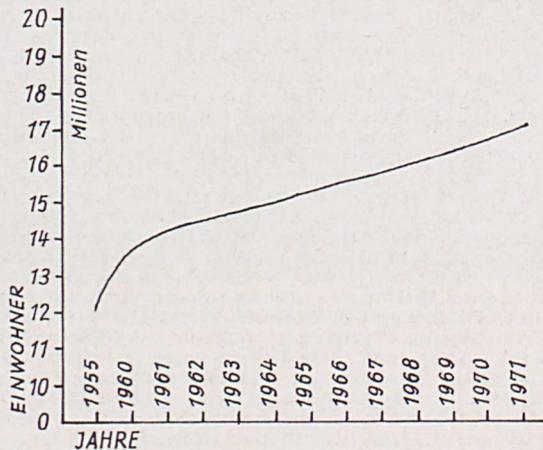


Abb. 1

Nach Angaben des Königlich Afghanischen Innenministeriums schätzt man den Zuwachs der Bevölkerung des Landes von 12 000 000 im Jahre 1955 auf 15 000 000 im Jahre 1965 (Abb. 1). Die jährliche Zuwachsrate ist 2,75%. Diese Rate wird sich im Jahre 1971 auf 3% erhöhen, so daß die Bevölkerung von Afghanistan im Jahre 1971 sich auf 16 900 000 belaufen wird. Die Ursachen dieser Bevölkerungszunahme sind bekannt. Sie sind außer in einer Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung vor allem in einer Geburtenzunahme zu sehen. Als Beispiel für die Verhältnisse im ganzen Lande mag die steigende Geburtenziffer der Universitäts-Frauenklinik Kabul gelten. Wie aus Abb. 2 ersichtlich ist, hatten wir in dieser Klinik im Jahre 1958 337 Geburten, im Jahre 1961 536 und schließlich im Jahre 1966 1128 Geburten. Wie aus derselben Abbildung zu ersehen ist, kommt es parallel mit der zunehmenden Geburtenziffer auch zu einer Zunahme der Abtreibungen. Obwohl Afghanistan noch ein Entwicklungsland ist, droht uns die oben angeführte Gefahr der ständig steigenden Zahl der Abtreibungen. Abb. 3 zeigt einen Vergleich zwischen der Anzahl der Abtreibungen in Kabul selbst und in der Provinz Kabul. Selbst wenn man die naturgemäß größere Dunkelziffer in der Provinz berücksichtigt, zeigt sich eine eindeutige Diskrepanz. Im Jahre 1958 lag der Höhepunkt der Abtreibungskurve zwischen dem 26. und 30. Lebensjahr (Abb. 4). In den folgenden Jahren, insbesondere den letzten 3 Jahren, wurden die meisten Abtreibungen zwischen dem 15. und

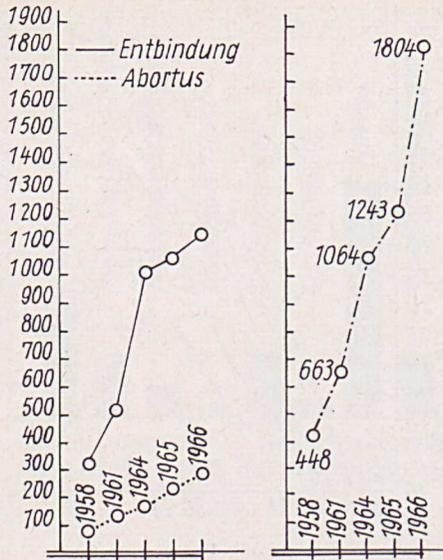


Abb. 2

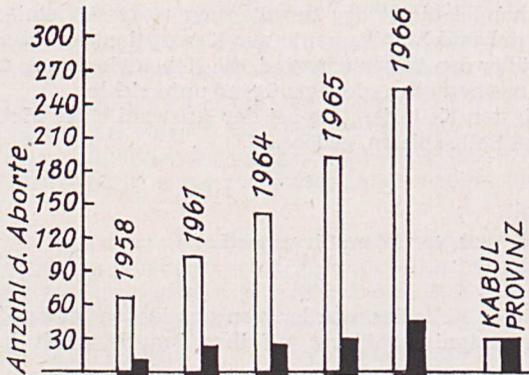


Abb. 3

20. Lebensjahr vorgenommen. Wie in den entwickelten Ländern macht sich auch bei uns dieses Problem bereits vor dem 21. Lebensjahr bemerkbar. Das frühzeitige intime Zusammenleben der Jugendlichen mit unvollkommener sexueller Aufklärung ist einer der Hauptgründe hierfür.

Nach unserem Gesetz ist lediglich die Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation möglich. Bezüglich der Konzeptionsverhütung bestehen keine gesetzlichen Bestimmungen. Nach unserer Religion (Islam) ist die Konzeptionsverhütung erlaubt, wenn in der Bevölkerung aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen eine Notwendigkeit dafür besteht. Niemand wird bezweifeln, daß durch den Kinderreichtum der unteren sozialen Schichten in Afghanistan eine solche Notwendigkeit vorliegt. Während jedoch in der ganzen Welt die Konzeptionsverhütung ein alltägliches Problem ist und viele einfache Methoden erfolgreich angewandt

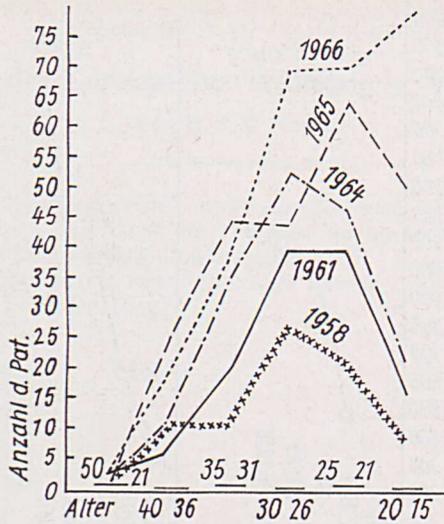


Abb. 4

werden, sind wir in Afghanistan noch am Anfang einer solchen Entwicklung. Der medizinische Fachhandel bietet der Bevölkerung zwar seit einigen Jahren bereits zahlreiche Hilfsmittel und Medikamente zur Konzeptionsverhütung an, die Öffentlichkeit ist jedoch über den Sicherheitsgrad, die Nebenwirkungen und in erster Linie über die Anwendungsmethoden nicht genügend unterrichtet.

Zu den wichtigsten Kriterien, die bei der Auswahl einer Methode zur Konzeptionsverhütung eine Rolle spielen, gehören:

1. Wirksamkeit,
2. Unschädlichkeit,
3. Verträglichkeit, und, vor allem für unser Land,
4. Wirtschaftlichkeit.

Auf Grund dieser Kriterien wurden von uns in den letzten 3 Jahren folgende Methoden der Empfängnisverhütung auf ihre Brauchbarkeit in unserem Lande geprüft:

1. Coitus interruptus
2. Periodische Enthaltensamkeit
3. Zyklotest und Basaltemperaturmessung
4. Coitus condomatus
5. Scheidendiaphragma und Okklusivpessar
6. Chemische Methoden
7. Intrauterinpessar
8. Operative Eingriffe (Tubenligatur)
9. Ovulationshemmer.

1. *Coitus interruptus*: Von dieser Methode wird in Afghanistan immer mehr Gebrauch gemacht. In der Ambulanz der Frauenklinik Kabul wurden in dem genannten Zeitraum 1150 Frauen, die regelmäßig *Coitus interruptus* geübt hatten, beobachtet. Die Versagerquote liegt bei 10 pro 100 Anwendungsjahre. Bei der Frage

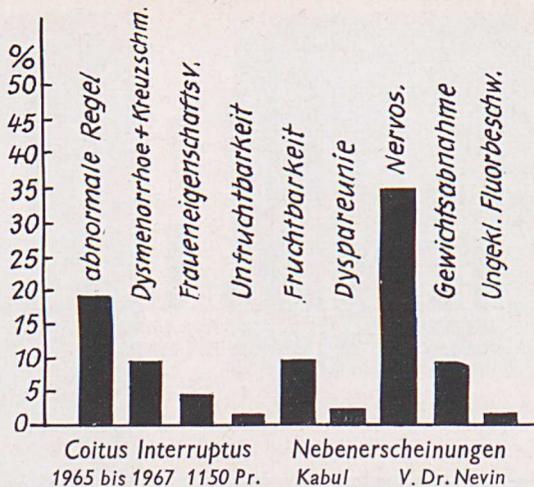


Abb. 5

nach Nebenwirkungen nannten die Patientinnen Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Gewichtsabnahme, Gefühlskälte und ungeklärte Fluorbeschwerden. Im allgemeinen empfehlen wir diese Methode bei psycholabilen Frauen nicht (Abb. 5).

2. **Periodische Enthaltbarkeit**: Es wurden 100 Frauen über 3 Jahre beobachtet. Die Versagerquote betrug 35 auf 100 Anwendungsjahre.

3. **Zyklotest und Basaltemperaturmessung**: Auch nach eingehender Belehrung war die Anzahl der nicht verwertbaren Temperaturkurven zu groß, um eine statistisch signifikante Aussage zu gewährleisten. Ursache dafür waren unexakte Temperaturmessung sowie zu häufige interkurrente fieberhafte Bagatell-erkrankungen.

4. **Coitus condomatus**: Da das Gummikondom aus wirtschaftlichen Gründen häufig mehrmals gebraucht wird, ohne dabei auf die Hygiene zu achten, besteht eine gewisse Infektionsgefahr. Wir führen die bei den beobachteten Frauen häufig aufgetretenen Fluorbeschwerden darauf zurück.

5. **Scheidendiaphragma und Okklusivpessar**: Da die Frauen hier aus präventiven Gründen nur selten einen Arzt aufsuchen, wird diese Methode kaum angewandt.

6. **Chemische Methoden**: In Afghanistan hergestellte Vaginal-Tabletten und Ovula sowie Suppositorien aus Pakistan und Indien verursachten wegen eines relativ hohen Säuregehaltes Erosionen der Vagina und der Portio sowie starken Ausfluß. Ihre Anwendung kann aus diesem Grunde nicht empfohlen werden. Erfahrungen mit der Creme Delfen (v. Ortho) haben bei 30 Frauen bei 3418maligem Gebrauch im Laufe von 3 Jahren eine Versagerquote von 25 ergeben. Diese relativ hohe Versagerquote kommt dadurch zustande, daß die meisten Frauen die Creme während einer Nacht entgegen den Anwendungsvorschriften für mehrmaligen Koitus gebrauchten.

8. **Operative Eingriffe (Tubenligatur)**: Ein solcher Eingriff wurde an insgesamt 100 Frauen durchgeführt. Zum überwiegenden Teil handelte es sich um eine Tubenligatur im Anschluß an einen Kaiserschnitt wegen Osteomalazie, engen Beckens, Placenta praevia, in einigen Fällen bei Frauen wegen 18 bis 20 Geburten in der Anamnese.

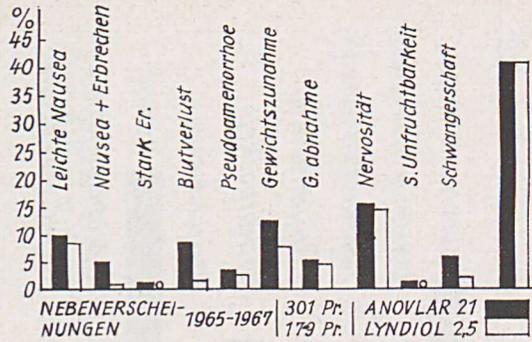


Abb. 6

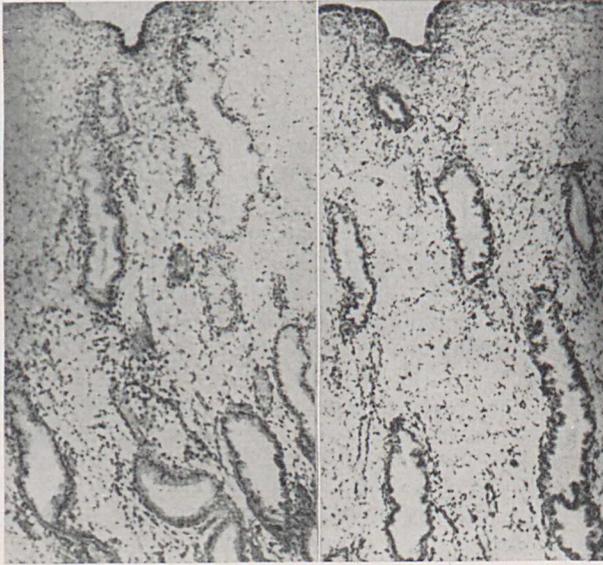


Abb. 7. Endometrium 21. Zyklustag Abb. 8. Endometrium 22. Zyklustag

9. Orale Kontrazeptiva: Vergleich zwischen Anovlar und Lyndiol. Von den oralen Kontrazeptiva ist Anovlar seit 3 und Lyndiol seit 2 Jahren in Kabul erhältlich. Über den Wirkungsmechanismus, die Zuverlässigkeit und die Nebenerscheinungen sind in Europa und in Amerika zahlreiche Arbeiten veröffentlicht worden. Unsere Statistik über Versagerquote und Nebenwirkungen stützt sich auf 301 Frauen, welche Anovlar erhielten, wie auf 179 Frauen, denen Lyndiol verabreicht wurde. Die Versagerquote betrug bei Anovlar 6% der behandelnden Zyklen, bei den mit Lyndiol behandelten Frauen lag sie bei 4%. Diese Diskrepanz zu den Ergebnissen aus den entwickelten Ländern erklärt sich aus der Häufigkeit der Einnahmefehler.



Abb. 9. Endometrium 26. Zyklustag

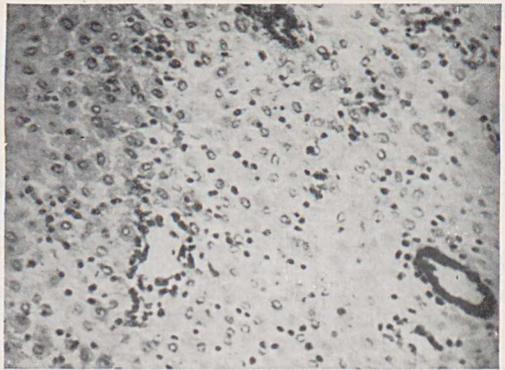


Abb. 10. Endometrium unter Einfluß von Anovlar

### Nebenwirkungen

Weit an der Spitze der Nebenwirkungen steht eine leichte Übelkeit während der ersten Monate. Bei unseren Beobachtungen verschwanden bei der Mehrzahl der Patientinnen diese Erscheinungen im Laufe der Weiterbehandlung. Beim Rest bleibt eine leichte Nausea weiterhin bestehen. Diese Beschwerden waren jedoch nicht so stark, daß die Frauen die Tabletteneinnahme aufgeben mußten. Nach einer Statistik von Kopera mit Lyndiol schwanken die individuellen Beschwerden zwischen 2 und 12%. Wir fanden leichte Nausea bei Anovlar in 10%, bei Lyndiol in 8%. Nausea mit Erbrechen bei Anovlar in 5%, bei Lyndiol in 1%. Starkes Erbrechen bei Anovlar in 1%, bei Lyndiol in 0%. Nach diesen statistischen Ergebnissen können die genannten Beschwerden mit der Zunahme der progestativen Aktivität in Beziehung gebracht werden. Wir haben eine große Anzahl der Patientinnen mit Vitamin-B-Komplex zusammen mit der Pille behandelt und dadurch die Beschwerden beseitigt.

**Durchbruchblutungen und Schmierblutungen:** Diese Erscheinungen traten in einem hohen Prozentsatz (bei Anovlar in 8% und bei Lyndiol in 3%) bei unseren Patientinnen auf. Auch starke Blutungen wurden beobachtet. Dies lag teilweise daran, daß die Frauen die Tabletteneinnahme nach Eintritt der Blutungen nicht fortgesetzt oder die Tabletten 2 bis 3 Tage lang vergessen hatten. Eine kurzfristige sekundäre Amenorrhoe trat unter Anovlar in 4%, unter Lyndiol in 3,5% auf. **Gewichtszunahme** wurde unter Anovlar in 10%, unter Lyndiol in 8% beobachtet. Überwiegend trat die Gewichtszunahme bei bessergestellten Frauen auf. **Gewichtsabnahme** und **Appetitlosigkeit** sahen wir bei Verabreichung von Anovlar in 5%, bei Verabreichung von Lyndiol in 4,5%. **Flüssigkeitsretention:** Bei den Frauen, die eine Neigung zu Ödem hatten, haben wir die Pille mit Diuretika (z. B. Exidris) kombiniert gegeben. **Nervosität:** Eine große Anzahl der Frauen (bei Anovlar 15%, bei Lyndiol 14%) litten an psychischen Beschwerden. Ursache war in erster Linie die Angst vor den erwarteten

Beschwerden. Thrombophlebitis, Embolien, Blindheit, Portio-  
karzinom sowie virilisierende Wirkung wurde bei keiner der beob-  
achteten Frauen festgestellt.

Bei Patientinnen mit geschädigtem Leberparenchym, Mamma-  
karzinom sowie Kachexie haben wir keine Ovulationshemmer ver-  
abreicht.

Bei der Laktationsamenorrhoe haben wir oft die erste Menstruation  
durch Verabreichung von Duogynon induziert und dann erneut Ovulationshemmer  
empfohlen. Wir sahen keine nachteiligen Wirkungen.

Bei einer kleinen Anzahl von Frauen der Beobachtungsreihe wurde die Visko-  
sität des Endozervikalschleimes untersucht sowie eine Endometriumbiopsie durch-  
geführt. Unter dem Einfluß der progestagenen Stoffe bleibt die Veränderung der  
Viskosität des Zervixschleimes aus. Das Endometrium bleibt bei mangelhafter sekre-  
torischer Umwandlung relativ niedrig.

### Zusammenfassung

Darstellung der Probleme einer Geburtenkontrolle in einem unterentwickelten  
Land am Beispiel von Afghanistan. In der Universitätsklinik von Kabul wurden in  
einem Zeitraum von 3 Jahren insgesamt 860 afghanische Frauen in der Anwendung  
von antikonzeptionellen Methoden und Medikamenten beraten; die Beobachtungs-  
ergebnisse wurden ausgewertet.

Neben der Verträglichkeit wurde vor allem die Wirksamkeit der verschiedenen  
Methoden unter den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Landes ge-  
prüft. Die bei der unteren sozialen Schicht meist geübte Art der Antikonzeption ist  
der Coitus interruptus mit einer Versagerquote von 10 pro 100 Anwendungsjahre.  
Kompliziertere Methoden wie z. B. Basaltemperaturmessung scheiterten bisher an  
der Unerfahrenheit der Frauen sowie an der Häufigkeit der hierzu beobachteten  
fiebrhaften Bagatellinfektionen. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von oralen  
Kontrazeptiva wurde an 301 Frauen an Beispielen von Anovlar und bei 379 Frauen  
am Lyndiol untersucht. Bisher wurden diese Ovulationshemmer nur von einer ge-  
ringen Zahl von Frauen aus der unteren sozialen Schicht sowie von jungen Frauen  
verwendet. Die Versagerquote betrug in der Beobachtungsreihe bei Anovlar 6%  
der behandelten Zyklen, bei Lyndiol 4%. Ursache hierfür war in allen Fällen eine  
ungenauere Einnahme der Medikamente. Bei einem Teil der unter Anovlar und  
Lyndiol stehenden Frauen wurde die Viskosität des Endozervikalschleimes unter-  
sucht und eine Endometriumbiopsie durchgeführt.

Literatur kann beim Verf. angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Pohenwal Dr. med. H. S. R. Nevin, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Kabul/Afghanistan

## Berichte aus gynäkologischen Gesellschaften

### Bericht über das Symposium:

### „Die Cervix uteri als lokale Prädilektion des Karzinom“

20. und 21. 9. 1968 in Hamburg

Berichterstatter: J. P. R i e p e r (Rio de Janeiro)

Das Symposium wurde am 20. 9. 1968 von G. M e s t w e r d t eröffnet. Er erklärte  
die Wahl von Hamburg als Sitz des Symposium mit der Tatsache des Wirkens von  
H i n s e l m a n n in dieser Stadt. Außerdem sprachen der Präsident der Hamburger  
Gesundheitsbehörde, der Dekan der Medizinischen Fakultät Hamburg sowie  
K. T h o m s e n im Namen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie, K. V e s e l y  
im Namen der Prager Gynäkologischen Gesellschaft und H. J. W e s p i (Aarau) als  
einer der Veranstalter des Symposium.