

Methoden postkoitaler Verhütung

Wird aus der Pille danach eine „Montagmorgen-Pille?“

Das Hauptklientel für die "Pille danach" bilden junge Mädchen, die am Anfang ihrer sexuellen Aktivität stehen (46%), 36% der Frauen, bei denen eine postkoitale Kontrazeption indiziert ist, geben als Grund Schwierigkeiten im Umgang mit Kondomen bzw. Diaphragmen (5%) an, weitere 5% haben die Pille vergessen. (Pro Familia).*

Schon im alten Ägypten und im Mittelalter ersann man Möglichkeiten zur postkoitalen Schwangerschaftsverhütung. Das Ergebnis waren beispielsweise abenteuerlich konstruierte Scheidenpessare. Heutzutage – und hier sind England und Holland führend in der europäischen Forschung – stehen zwei alternative Vorbeugemaßnahmen zur Verfügung: zum einen eine Hormontherapie (hochdosierte Östrogene, niedrig dosierte Kombinationshormone oder hoch dosierte Gestagene), zum anderen postkoitale IUP-Einlage. An der Universitätsfrauenklinik Utrecht laufen seit 1969 Studien, in denen beide Wege getestet und miteinander verglichen werden.

Hochdosierte Hormontherapie. Aus den USA stammten Therapie-vorschläge mit hohen Östrogendosen, die Prof. *Haspels* (Utrecht) 1964 erstmals aufgriff: 5 Tage lang sind 5mg Ethinyl-Estradiol/die innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Kohabitation einzunehmen. Hormonspiegelmessungen hierbei ergaben einen um das 50fache erhöhten Spiegel. Die Nebenwirkungen (Nausea, Erbrechen, Verschiebung der Regelblutung) waren äußerst belastend für die Patientinnen und betrafen etwa 40 bis 50% der Frauen.

Postkoitale IUP-Einlage. Nicht ganz glücklich über die hochdosierte Östrogen-therapie, entschloß man sich in Utrecht 1978 postkoital die Spirale einzusetzen. Zu beachten ist dabei der Mechanismus des Eitransportes: nach der Ovulation dauert es 5 Tage, bis sich die Eizelle in der Gebärmutter einnistet. Das IUP kann postovulatorisch bis zum Termin der Einnistung eingesetzt werden und deckt ungeschützte Kohabitationen auch noch vor dem Ovulationstermin ab. Studien über den Zeitpunkt der IUP-Einlage haben ergeben, daß man nicht nur – wie bisher meist üblich – in der menstruellen Blutungsphase implantieren sollte, sondern eher in der Zyklusmitte. Nach dem 22. Zyklustag sollte allerdings nicht mehr eingesetzt werden, da ab dann die Infektionsgefahr drastisch steigt.

Ein weiterer Vorteil ist, daß das IUP nicht nach der nächsten Periode entfernt werden muß und somit einen länger anhaltenden Schutz vor ungewollter Schwangerschaft bietet. Ein letzter Vorteil dieser Methode schließlich ist, daß keine systemischen Nebenwirkungen bekannt sind.

Demgegenüber stehen allerdings auch zum Teil gravierende Nachteile: Das Hauptklientel (80%) sind Nulliparae, bei denen eine IUP-Implantation doch recht schmerzhaft verlaufen kann; es besteht ein erhöhtes Risiko einer Eierstocks-entzündung

(in 14,2% der Patientinnen unter 21 Jahren); wenn der Kohabitationszeitpunkt falsch oder ungenau angegeben wird, kann es passieren, daß bereits eine Schwangerschaft vorliegt. Eine IUP-Einlage kann dann ein erhöhtes Risiko für einen septischen Abort darstellen (Dr. *van Santen*).

Immerhin kam in den zwischen 1978 und 1983 in Utrecht untersuchten 100 Fällen keine einzige Schwangerschaft oder Infektion vor, so daß der 1979 in einer englischen Fachzeitschrift postulierte Satz „postcoital IUP prevents 100% pregnancy“ untermauert werden konnte.

Niedrig dosierte Kombinations-Hormontherapie. Auf den kanadischen Prof. *Yuzpe* geht die derzeit favorisierte postkoitale Kontrazeptionstherapie zurück (1976): 0,2 mg Ethinyl-Estradiol und 2 mg di-Norgestrel, Schwangerschaftsprozentsatz von 2,4%. Auch unter dieser niedrig dosierten kombinierten Hormontherapie klagten etwa 24% der Patientinnen über Übelkeit und 8% über Erbrechen. Diese Nebenwirkungen halten allerdings nur 12 Stunden an im Gegensatz zu über 36 Stunden bei der hoch dosierten Östrogen-therapie.

Das Schwangerschaftsrisiko ist zwischen dem 9. und 20. Zyklustag am größten (80%). Mit Hilfe der neuen Methode läßt es sich auf 5, bestenfalls 1% senken.

Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt der Hormonstoß verabreicht wird, verschiebt sich der Eintritt der Menstruation: in der Anfangsphase des Zyklus verabreicht, tritt die Periode eine Woche früher ein, in der Zyklusmitte gibt es kaum eine Verschiebung, aber gegen Ende des Zyklus bedeutet eine solche Therapie eine Verschiebung der Regelblutung um 1 Woche nach hinten (längere Schwangerschaftsängst).

Noch in diesem Jahr Zulassung? Während in England und Holland

Fortsetzung auf Seite 37

* Welche Methoden es zu einer postkoitalen Verhütung gibt, war Thema einer Fortbildungsveranstaltung der I. Frauenklinik der Universität München im Februar 1984.

Fortsetzung von Seite 34

bereits eigens für diese Indikation zugelassene Präparate im Handel sind, stehen in der Bundesrepublik derzeit nur die folgenden regulären Ovulationshemmer zur Verfügung: Eugynon[®], Neogynon[®], Stediril[®] und Stediril-d[®]. So gibt es einmal die Möglichkeit, 4 Tabletten à 0,5 Nor-gestrel und 0,05 Ethinyl-Estradiol spätestens innerhalb der nächsten 60 Stunden nach Verkehr, besser aber innerhalb von 48 Stunden einzunehmen (Eugynon-Methode. Sie wird in England praktiziert.) oder aber 4 Tabletten à 0,25 mg Levonorgestrol und 0,05 Ethinyl-Estradiol (Neogynon-Methode). Diese 4 Tabletten verteilen sich auf zwei aufeinander folgende Tage. Auch bei uns laufen bereits Verhandlungen mit dem Bundesgesundheitsamt über die Zulassung einer speziellen „Pille danach“. Sie soll auf dem Neogynon-Prinzip basieren. Man darf wohl damit rechnen, daß noch Ende dieses Jahres die Zulassung für ein solches Präparat erteilt werden wird.

Auch Pro Familia hat in der Bundesrepublik entsprechende Studien durchgeführt und hierbei besonders die Gestagen-Methode nach *Kessler* (hohe, reine Gestagendosen innerhalb von 12 Stunden nach Kohabitation) und die Yuzpe-Methode getestet. Von der erstgenannten kam man sehr schnell wieder ab wegen der hohen Unverträglichkeit und der relativ hohen Versagerquote. Letztere empfiehlt Dr. *K. Hoffmann* (Pro Familia, Lengerich) dagegen als Therapie der 1. Wahl. Im günstigsten Fall läßt sich die Versagerquote auf 1% reduzieren.

Auffallend war, daß 50% der Frauen, die mit der Indikation einer postkoitalen Kontrazeption zu Pro Familia kamen, keinerlei Verhütungsmittel benutzten. *Hoffmann* sieht ein wichtiges Aufgabengebiet für seine Organisation, aber auch für niedergelassene Ärzte und Kliniker, in besserer Aufklärung für junge Frauen. Da erfahrungsgemäß solche „Notfälle“ bevorzugt an einem Wo-

chenende passieren, hat Pro Familia einen „Montagmorgen-Service“ eingerichtet.

Pille danach kein Ersatz für kontinuierliche Kontrazeption. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, daß auch unter reduzierter Hormontherapie eine solche Verhütungsmethode immer nur Notfällen vorbehalten sein sollte, gewissermaßen als Rückendeckung. Eine Dauermedikation kann und will sie nicht sein. Die „Morning-after-Pille“ sollte nicht öfter als höchstens einmal in jedem Zyklus genommen werden. Eine gynäkologische Untersuchung etwa 4 Wochen nach der Einnahme ist zu empfehlen.

Gefragt nach dem Wiederholungsrisiko nannte *van Santen* eine Ziffer von 8%. Kommt es trotz postkoitaler Kontrazeption zu einer Schwangerschaft, so fällt diese in Holland unter die soziale Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch (keine medizinische). In Deutschland wohl nicht. In diesem Zusammenhang sei vielleicht noch erwähnt, daß mit der „Pille danach“ kein Abort induziert wird. Vielmehr bewirkt die Hormondosis eine verzögerte Entwicklung des Endometriums (um 5 bis 6 Tage retardiert), so daß es nicht mehr synchron mit der Entwicklung der Blastozysten ist. Dies aber wäre Vorbedingung für die Implantation einer Eizelle. (Nov)

Empfehlungen zur Sekundärvorsorge bei koronarer Herzkrankheit

Die vulnerable Phase überstehen

Wer einen akuten Myokard-Infarkt überstanden hat, trägt immer noch ein extrem hohes Risiko: 40% der Koronar-Todesfälle und Reinfarkt-Fälle ereignen sich in den ersten beiden der darauffolgenden zwölf Monate. Infarkt-Patienten mit ventrikulärer Insuffizienz, komplexer ventrikulärer Ektopie oder anhaltender Ischämie haben diese Zone besonders hohen Risikos erst nach ein bis zwei Jahren hinter sich.

Die Aussicht, diese vulnerable Phase zu überleben, läßt sich durch medikamentöse und chirurgische Behandlung und eine Lebensweise, die möglichst viele Risikofaktoren gleichzeitig vermeidet, unzweifelhaft verbessern.

Bewährter Tradition folgend, hat die Internationale Gesellschaft und Vereinigung für Kardiologie auf ihrem Workshop Ende Oktober 1983 in Titisee wiederum eine aktualisierte Liste von Empfehlungen erarbeitet, die dem Patienten, der einen Infarkt durchgemacht hat oder unter pektanginösen Beschwerden leidet, bei der Sekundärprävention zugute kommen sollen, und sie unlängst in

ihrem Workshop-Bericht veröffentlicht*.

Rauchen. Der rechtzeitige Abschied von der Zigarette vermindert das Risiko des plötzlichen Ablebens um 20 bis 50%. Die Anfälligkeit für einen nicht tödlichen Infarkt sinkt. Wer jedoch glaubt, es genüge, auf Pfeife, Zigarre oder Teer-arme Zigaretten umzusteigen, der irrt: Auch diese Tabak-Erzeugnisse sind keineswegs harmlos. ▷

* Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. Hrsg.: *K. Pyörälä, E. Rapaport, K. König, G. Schettler, C. Diem*. Thieme, Stuttgart 1983.