

Pessare: die Qual der Wahl

## Cave Schwangerschaft

**Das Interesse an der Kontrazeption mit Intrauterin-Pessaren (IUP = IUD = intrauterine device) wächst. Vor allem jüngere Frauen und Mädchen erhoffen sich durch das IUP eine „Befreiung vom Arzt“. Wie sieht es in der Praxis aus?**

„Wir befinden uns, wie etwa vor fünf Jahren mit der ‚Pille‘, gegenwärtig in einer Phase, wo wir die Nebenwirkungen der intrauterinen Kontrazeption genauer kennenzulernen beginnen“, so *H. Ludwig*, Essen, auf einer Informationsveranstaltung der Nourypharma über „Kontrazeption mit Intrauterin-Pessaren“.

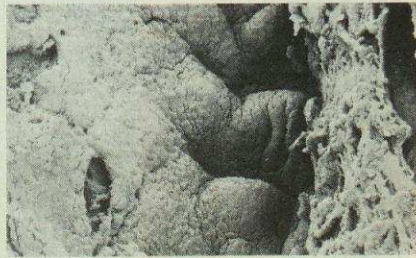
Das IUP steht erst an zweiter Stelle der Empfängnis-verhütenden Methoden nach den Ovulationshemmern.

Es verhütet intrauterine Schwangerschaften zu 99,5%, Eileiterschwangerschaften zu 95%. Das Auftreten der seltenen Ovarialschwangerschaft wird nicht verhindert. Während die Multipara das IUP im allgemeinen gut verträgt, kommt es bei der jungen Nullipara häufiger zu Komplikationen.

Bei Jugendlichen sollte besonders streng selektioniert werden. Hier hält Frau *M. Mall-Haefeli*, Basel, die Minipille für das Mittel der Wahl, weil sie kaum Fertilitätsstörungen macht.

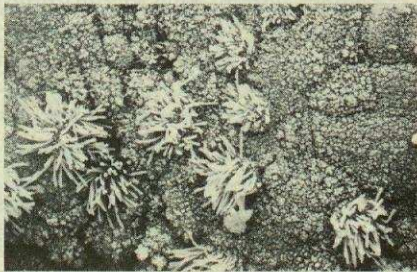
Zu den möglichen *Komplikationen* gehört die Perforation beim Einsetzen des Pessars, wenn Vorsichtsmaßnahmen nicht beachtet wurden, z. B. bei Retroflexio uteri. Weitere Komplikationen sind Ausstoßung, krampfartige Unterleibsschmerzen, uterine Blutungen, ascendierende Entzündungen, Schwangerschaft, septischer Abort.

Als *Indikationen* für die intrauterine Kontrazeption kommen in Frage: Pillenunverträglichkeit, Ablehnung der Pille, Diabetes, hormonal aktiver



Oben: Auflagefläche eines IUP Multiload 250 am Endometrium. An den Flanken zerstörtes Deckepithel, in der Tiefe intaktes Epithel. (Vergr.  $\times 50$ ) – Unten: Detailvergrößerung der Auflagefläche. Die Zilien sind nicht voll ausgebildet. Mehrere Zilien im Zustand der Neogenese. ( $\times 2000$ )

Fotos: H. Ludwig, H. Metzger, Essen



Tumor, Interferenzen von Medikamenten (z. B. bei Epilepsie), Gefäßschäden (thromboembolische Prozesse) u. a. Bei fester Partnerbeziehung sind die Bedingungen für das IUP günstiger wegen der geringeren Infektionsgefahr.

Zu den *Kontraindikationen* für die Einlage eines IUP zählen Schwangerschaft und Verdacht auf Schwangerschaft, genitale Entzündungen, Zervizitis, septischer Abort, pathologische Uterusformen, Uterusanomalien, Stenosen des Zervikalkanals, Extrauterin gravidität in der Anamnese, Genitalblutungen, Verdacht auf Genitalkarzinom.

Das *Hauptproblem* bei der intrauterinen Kontrazeption ist die *ungewollte Schwangerschaft* bei liegendem IUP. In diesem Fall muß das IUP

sofort entfernt werden, wenn der Markierungsfaden noch sichtbar ist. Sind bei der bakteriologischen Untersuchung des Pessars pathogene Keime gefunden worden, ist eine Interruptio aus medizinischer Indikation gegeben. Sollte die problemlose Entfernung des Pessars nicht mehr möglich erscheinen, ist ebenfalls ein Schwangerschaftsabbruch zu erwägen oder anzubieten.

Für die Praxis spielt die *Auswahl des geeigneten Pessars* eine große Rolle. Heute werden vorwiegend Pessare verwendet, die mit bioaktiven Stoffen beladen sind, kleine flexible Kupferpessare, Cu 7 und Cu-T 200, die relativ leicht einzuführen sind. Eine noch bessere Einlagetechnik bietet das Multiload Cu 250, bei dem die Perforationsgefahr fast ausgeschlossen und Ausstoßungsrate und Versagerzahl niedriger zu sein scheinen. Bei 505 Fällen sah *M. Mall-Haefeli* keine Schwangerschaft und eine Ausstoßungsrate von 4,2%. Sie besteht aber auch darauf, daß sich die Frauen während der Menses schonen und eine intensive sportliche Betätigung wegen der Ausstoßungsgefahr vermeiden. Eine besondere Stellung nimmt das Progesteron-Pessar ein, das im vertikalen Schenkel ein Reservoir enthält, aus dem kontinuierlich Progesteron abgegeben wird. Dieses Pessar dient daher nicht nur als Kontrazeptivum, sondern auch als Therapeutikum. Die Einlage des Pessars erfolgt im allgemeinen zwischen dem 3.–5. Tag der Menses, in etwa 20% zum Zeitpunkt der Ovulation, wenn man sicher ist, daß keine Schwangerschaft vorliegt. Wegen der erhöhten Infektionsgefahr sollte man nicht nach einem Partus oder Abortus einlegen. Ärztliche Kontrollen des Pessars sind etwa vier Wochen nach der Einlage und dann nach einem halben Jahr erforderlich. Im übrigen muß die Frau selber darauf achten, ob die Haltefäden an der richtigen Stelle liegen, bei geringstem Zweifel muß sie sofort den Arzt aufsuchen. Von einer „Befreiung vom Arzt“ kann also vorerst wohl nicht gesprochen werden.

E. Platzer