

Aus der Frauenklinik
(Chefarzt: Doz. Dr. med. habil. P. W i l l e)
des Bezirkskrankenhauses Schwerin
(Ärztlicher Direktor: MR Dr. P. H e r b s t)

Familienplanung unter besonderer Berücksichtigung der intrauterinen Antikonzeption mit dem Intrauterin pessar vom Typ Dana-Super®

Von Chr. Zwahr

Im Zeitalter der Emanzipation der Frau und des Wunschkindes gehört das Problem der Familienplanung und Geburtenregelung zu den aktuellen Themen der prophylaktischen Medizin [13, 18].

Die Frau in der modernen Gesellschaft sollte berechtigt sein, unter Berücksichtigung biologischer, sozialer, beruflicher und persönlicher Momente, den Zeitpunkt einer erwünschten Schwangerschaft selbst zu bestimmen. Freude auf das Kind und verantwortungsbewußte Mutterschaft sind Ziele, die bei vernünftiger Familienplanung mit zuverlässigen Methoden der Antikonzeption erreichbar erscheinen.

Zu einer echten prophylaktischen Aufgabe wird jedoch eine gewissenhafte antikonzeptionelle Beratung für den Arzt dann, wenn er von Frauen konsultiert wird, für die eine eintretende Gravidität gesundheits- und lebensgefährdend werden könnte. Durch eine konsequente Aufklärung dieser Frauen über Möglichkeiten einer Kontrazeption ließe sich manche Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation vermeiden.

Die Schwangerschaftsunterbrechung wird als Methode der Geburtenkontrolle immer abzulehnen sein, da es, abgesehen von ethischen und moralischen Einwänden gegen die Interruptio, bis heute noch keine völlig ungefährlichen Verfahren zur Schwangerschaftsunterbrechung gibt [14, 26].

Eine Schwangerschaftsunterbrechung ist im Interesse des Gesundheitsschutzes der Frau und der Förderung der Geburtenzunahme nur zulässig, wenn die Austragung des Kindes das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Frau ernstlich gefährdet oder wenn ein Elternteil mit schwerer Erbkrankheit belastet ist [4]. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Frau sollen nicht nur der momentane somatische Befund, sondern auch die Prognose, nämlich welchen Einfluß Schwangerschaft und Aufzucht des Säuglings unter Berücksichtigung der sozialen Umwelt auf physische und psychische Gesundheit der Antragstellerin ausüben, eingeschätzt werden [7, 19].

Nur eine umfangreiche Prophylaxe im Sinne einer Erziehung zur verantwortungsbewußten Elternschaft kann uns der Lösung der Problematik der Schwangerschaftsunterbrechung mit ihren Früh- und Spätkomplikationen und möglichen psychosomatischen Auswirkungen näher bringen.

Die Akzeptabilität prophylaktischer antikonzeptioneller Maßnahmen wird bestimmt von der kontrazeptiven Sicherheit, der Zumutbarkeit gewisser Nebenerscheinungen und der möglichst einfachen Anwendungsmöglichkeit. Die Prophylaxe darf weder physische und geistige Leistungsfähigkeit noch den Ablauf des sexuellen Kontakts stören, sie muß, wie das von einer echten Prophylaxe zu fordern ist, frei von gesundheitsschädigenden Einflüssen sein.

Bisher gibt es noch keine ideale Methode der Schwangerschaftsverhütung, die für alle Frauen in gleicher Weise geeignet wäre. Die Auswahl der kontrazeptiven Methode muß für jede Frau individuell geschehen, nach eingehender Beratung mit dem behandelnden Gynäkologen.

In der DDR ist seit 1965 das hormonale Kombinationspräparat Ovosiston® [2, 3, 5, 6, 10, 11, 15, 16, 17, 28, 29, 30] auf Grund seiner Sicherheit bevorzugtes Mittel der Empfängnisverhütung.

Als weitere sogenannte Ovulationshemmer sind 1970 Sequenz-Ovosiston® und Non-Ovlon® [8] im Handel erschienen.

Intrauterin pessare aller Bauweisen wurden auf der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 15. 5. 1935 auf Grund ihrer hohen Komplikationsrate aufs schärfste abgelehnt. Das Einlegen von Intrauterin pessaren zur Antikonzeption galt in Deutschland seitdem als „fahrlässige Handlung“ [21].

In der Schweiz werden auch heute noch Intrauterin pessare wegen des „absolut unzulässigen Eingriffs in die Physiologie des Cavum uteri und den bakteriellen Schutz des Zervixschleimpfropfs“ grundsätzlich verworfen [9].

Diese Beurteilung der intrauterinen Antikonzeption erscheint jedoch nach den guten Erfahrungen, die man mit biologisch völlig inaktiven Polyäthylen-Fremdkörpern im Ausland [22, 24, 25, 27] und auch in der DDR [1] gewonnen hat, revisionsbedürftig zu sein.

Auf der 2. Internationalen Konferenz über intrauterine Antikonzeption 1964 in New York wurde über die Erfahrungen mit Intrauterinfremdkörpern (Margulis-Spirale, Lippes-Schleife und Birnberg-Bogen), gewonnen an 16 734 Frauen mit einer Beobachtungszeit von 132 460 Monaten, berichtet. Obwohl der Wirkungsmechanismus der Intrauterin pessare noch nicht bekannt ist, konnte jedoch an verschiedenen Kliniken nachgewiesen werden, daß der Konzeptionsschutz nicht durch eine provozierte Endometritis hervorgerufen wird — das ergaben sowohl zytologische als auch histologische und bakteriologische Untersuchungen des Endometrium.

Mit 0,7% wurden Adnexitiden nur selten diagnostiziert, sie entsprachen in ihrer Häufigkeit dem spontanen Auftreten bei einer größeren Bevölkerungsgruppe [27]. Auch eine Begünstigung der Karzinomentstehung auf dem Boden eines chronischen Reizzustands durch den intrauterinen Fremdkörper ist nicht bewiesen und unwahrscheinlich [21].

Trotz der Geschichte des Intrauterin pessars in Deutschland [21] gewinnt die intrauterine Antikonzeption auch in der DDR immer mehr an Bedeutung.

Als biologisch inaktive Polyäthylen-Fremdkörper stehen uns zur intrauterinen Antikonzeption aus der CSSR importierte Pessare vom Typ Dana-Super® in den Größen 1, 2, 3 und 4 zur Verfügung; sie sind zur Erzielung eines Röntgenkontrastes mit Bariumsulfat imprägniert. Diese Pessare können über einen Zeitraum von mehreren Jahren bei ärztlicher Kontrolle in der Gebärmutter gelassen werden.

Als Vorbedingungen für ein erfolgreiches Einführen der Intrauterin pessare in den Uterus sind eine normal gestaltete Gebärmutter, ein durchgängiger Zervikalkanal ohne narbige Stenosen (der, wenn nötig, bis auf Hegar 5,5 dilatiert werden sollte), und ein genügend suffizienter Zervikalkanal anzusehen [22].

In seltenen Fällen sind Perforationen des Uterus beschrieben worden [12, 20, 23, 24], die sich jedoch sicherlich bei Beachtung der Vorbedingungen reduzieren lassen. Bei noch nicht beendeter Involution des Uterus post partum, post abortum oder auch post interruptionem, während der Laktations-Amenorrhoe, bei retroflektiertem Uterus und bei infantil-hypoplastischem Genitale sollte man mit der Einlage eines Intrauterin pessars zurückhaltend sein [12, 20, 23].

Hinsichtlich Verträglichkeit und antikonzeptionellem Schutz ist auch die Wahl der individuell geeigneten Pessargröße bedeutsam. Zu große Pessare können wehenartige Schmerzen und Blutung verursachen, zu kleine dagegen vermögen nicht immer eine Gravidität zu verhüten und können leichter ausgestoßen werden [22].

Die Expulsionsrate der Intrauterin pessare liegt, abhängig von Material und Größe der Fremdkörper, zwischen 7,3 und 30,2%. Die Schwangerschaftsrate, ebenfalls abhängig von der Art des Intrauterinkörpers zwischen 1,1 bis 5,5 Graviditäten pro 100 Frauenjahre [25, 27].

Wir führten an der Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses Schwerin bisher bei 100 Frauen eine intrauterine Antikonzepktion über 1237 Zyklen mit dem Intrauterinpessar vom Typ Dana-Super® durch. Die durchschnittliche Zyklusbeobachtungszeit pro Patientin betrug 12,4 Zyklen.

Den Weg der intrauterinen Kontrazeption wählten wir stets dann, wenn eine sichere Methode der Empfängnisverhütung wünschenswert war, und die hormonale Kontrazeption nicht zum Einsatz gelangen konnte. Sie wurde angestrebt bei Frauen, die

1. hinsichtlich einer regelmäßigen Ovosistoneinnahme als unzuverlässig beurteilt wurden,
2. aus Dauerbehandlungsgründen schon verschiedene andere Medikamente einnehmen mußten,
3. nach jahrelanger hormonaler Kontrazeption eine Pause der Ovosistoneinnahme einlegen sollten und
4. unter Ovosistoneinnahme über verstärkte Nebenwirkungen klagten.

84% der so beratenen Frauen vertrugen das Intrauterinpessar vom Typ Dana-Super® gut, obgleich es nach Einlage des Pessars zunächst gewisse Anpassungsstörungen gab (Tab. I).

Tabelle I. Anfängliche Nebenerscheinungen
nach Einlage des Intrauterinpessars vom Typ Dana-Super®

Art der Nebenerscheinungen	Zahl der Patienten = % von 100
Fluor	29
Zwischenblutungen	26 (in 7% Abbruch der Behandlung nach 4 Wochen, in 2% später)
Kohabitationsbeschwerden	9
Wehenartige Schmerzen	
a) während Periode	25
b) dauernd	10

Bei 16% der Frauen mußte das Dana-Pessar aus den verschiedensten Gründen entfernt werden (Tab. II).

Tabelle II. Grund für den Abbruch der intrauterinen Kontrazeption

Grund des Behandlungsabbruchs	Zahl der Patienten = % von 100
Blutungen:	
a) innerhalb der ersten 4 Wochen	7
b) nach 4 Monaten	1
c) nach 7 Monaten	1
Dauerschmerz	1
Pessarexpulsion	1
Fluor (nach 1 Monat)	1
Adnexitis (nach 4 Monaten)	1
Vermeintliche Gravidität (glandulär-zystische Hyperplasie)	1
Gravidität	2

46% der befragten Frauen gaben stärkere, 43% verlängerte Periodenblutungen im Vergleich zur individuellen Norm an.

58% der Frauen trugen das Pessar 6 Monate, 40% über ein Jahr, 20% über 2 Jahre und 2% 3 Jahre (Tab. III).

Tabelle III. Verträglichkeit des Dana-Intrauterin-Pessars — dargestellt an der Behandlungsdauer

Dauer der Behandlung	Zahl der Patienten = % von 100
über 6 Monate	58
über 1 Jahr	40
über 2 Jahre	29
3 Jahre	2

Die Expulsionsrate betrug bei unserem Patientengut 5%. Die nochmalige Ausstoßung des nächst kleineren Pessar erfolgte 3mal (Tab. IV).

Tabelle IV. Pessargrößenwechsel während der Beobachtungszeit

Grund für Pessargrößenwechsel	Zahl der Patienten = % von 100
Expulsion	5
Wehenartige Schmerzen	2
Blutungen	2

Tabelle V. Pessarentfernung nach Abschluß der Behandlungszeit

Grund für Pessarentfernung	Zahl der Patienten = % von 100
3jährige Behandlung	2
2jährige Behandlung	3
1/4jährliche Behandlung	5
(Intervallbehandlung nach 2jähriger Ovosistoneinnahme)	

Als primäre Pessargrößen gelangten zum Einsatz in

56% Nr. 4, 38% Nr. 3, 5% Nr. 2, 1% Nr. 1.

Ein Pessargrößenwechsel war während der Beobachtungszeit bei 9% der Patientinnen nötig.

Trotz guter Verträglichkeit des Intrauterinpessar vom Typ Dana-Super® wurde dieses nach Abschluß einer gewissen Behandlungszeit bei 10 Patientinnen entfernt.

Die antikonzeptionelle Sicherheit war über 1237 kontrollierte Zyklen bei den 100 Patientinnen bei 2 Graviditäten mit 1,94 Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre gut. Die 2 Schwangerschaften wurden bei in situ befindlichem Pessar nach 4 und 14 Anwendungsmonaten festgestellt. Bei diesen beiden Frauen war die intrauterine Einlage der Pessargrößen 3 und 4 vorgenommen worden. Erstere Gravidität wurde aus sozial-medizinischer Indikation bei der 40jährigen Patientin unterbrochen, letztere Schwangerschaft wurde ohne Komplikationen für Mutter und Kind ausgetragen. Die Geburt des Intrauterinpessar erfolgte zusammen mit der Plazenta.

Diskussion

Methoden der Empfängnisverhütung gewinnen in der modernen Gesellschaft immer mehr an Bedeutung, da der Wunsch nach einer verantwortungsbewußten Elternschaft immer breitere Kreise der Bevölkerung erfaßt. Der in Beruf und Gesellschaft emanzipierten Frau muß auch das Recht eingeräumt werden, abhängig

von biologischen, sozialen, beruflichen, gesellschaftlichen und persönlichen Momenten, den Zeitpunkt einer erwünschten Schwangerschaft selbst festlegen zu können.

Die antikonzeptionelle Beratung auf breitester Ebene wird deshalb in Zukunft ein wichtiges Teilgebiet der prophylaktischen Medizin werden.

Die Schwangerschaftsunterbrechung dagegen kann und darf niemals als eine Methode der Geburtenregelung anerkannt werden. Ihre Genehmigung unterliegt den geltenden Gesetzen, und sie bedarf stets einer strengen medizinischen Indikation. Da eine Schwangerschaftsunterbrechung trotz klinischer Durchführung, moderner Technik und Narkoseverfahren auch heute noch mit einer erheblichen Anzahl von Komplikationen belastet ist, muß es sich der prophylaktisch denkende Arzt besonders bei den Frauen, die durch eine eingetretene Gravidität gesundheits- oder lebensgefährdet belastet werden können, zur Aufgabe machen, Methoden der Antikonzeption zu empfehlen, die zuverlässig sind. Nur auf der Basis dieses prophylaktischen Denkens können die Zahlen der noch aus medizinischer Indikation erforderlich werdenden Schwangerschaftsunterbrechungen gesenkt werden. Ob die hormonale Kontrazeption mit Ovosiston®, Non-Ovlon® oder Sequenz-Ovosiston® oder die intrauterine Antikonzeption mit dem Pessar vom Typ Dana-Super® empfohlen werden können, wird für jede Patientin individuell zu entscheiden sein. Nach den von uns gemachten Erfahrungen entspricht die antikonzeptionelle Sicherheit der Intrauterinpessare mit 1,94 Graviditäten pro 100 Frauenjahre in etwa der der hormonalen Kontrazeption mit Ovosiston in neuer Dosierung mit 1,89 Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre [30]. Diese Aussage wird noch durch größere Zahlen zu bestätigen sein.

Mit der Bereitstellung biologisch inaktiver Polyäthylen-Fremdkörper zur intrauterinen Antikonzeption erscheint es heute nicht mehr berechtigt, an der 1935 [zit. 21] ausgesprochenen Verurteilung jeglicher Intrauterinpessare festzuhalten.

84% unserer beobachteten Patientinnen waren mit dem IUD gut beraten, 40% tolerieren es bereits beschwerdefrei über 1 Jahr.

Als Vorteile der intrauterinen Antikonzeption gegenüber der hormonalen Kontrazeption sind zu erkennen:

1. Die tägliche Tabletteneinnahme mit ihren Fehlermöglichkeiten entfällt.
2. Das IUD bedeutet keinen Eingriff in den endogenen Hormonhaushalt.
3. Es resultieren keine allgemeinen Nebenerscheinungen.
4. Mit einem einmaligen kleinen Eingriff ist eine Kontrazeption über Jahre möglich.
5. Das IUD wird bei guter Verträglichkeit überhaupt nicht störend bemerkt und ist zudem noch billiger für Frauen, welche die Antikonzeption selbst finanzieren müssen.

Die Nachteile des Intrauterinpessar sind:

1. Die Gefahr einer unbemerkten Expulsion des Körperchens und
2. bei einem Teil der Patientinnen verstärkte und verlängerte Periodenblutungen.

Ein in situ liegendes Dana-Pessar berechtigt bei eingetretener Gravidität ebenso wie ein Versager der hormonalen Kontrazeption nicht zu einer Interruptio, sofern nicht eine medizinisch begründete Indikation zur Unterbrechung der eingetretenen Schwangerschaft vorliegt. Allerdings sollte in einem solchen Fall auf einen röntgenologischen Nachweis des in situ befindlichen Intrauterinkörpers verzichtet werden.

Das in situ befindliche Pessar stört die Entwicklung einer Gravidität nicht, es wird meist mit der Geburt der Plazenta ausgestoßen [24, 27].

Zusammenfassung

Familienplanung und Geburtenregelung sind ein wichtiges Teilgebiet der prophylaktischen Medizin geworden. Als sichere Methoden der Empfängnisverhütung werden in der DDR die hormonale Kontrazeption und in wachsendem Maße die

intrauterine Antikonzepktion mit dem Intrauterinkörper vom Typ Dana-Super® bevorzugt. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist keine Methode der Geburtenregelung, sie bedarf einer strengen medizinischen Indikation.

Bericht über Erfahrungen mit dem Intrauterin pessar vom Typ Dana-Super®, die an 100 Patientinnen über 1237 Anwendungszyklen gewonnen wurden. 84% der Frauen waren mit dem Pessar antikonzepktionell gut beraten.

Die antikonzepktionelle Sicherheit war mit 1,94 Schwangerschaften pro 100 Ehejahre sehr hoch.

Abschließend werden die gemachten Erfahrungen diskutiert.

Schrifttum

1. Aresin, N.: Zbl. Gynäk. 91 (1966) 266.
2. Carol, W., E. Hempel und G. Klinger: Medicamentum 8 (1968) 233.
3. Geschke, H.: Dtsch. Ges.wesen 24 (1969) 121.
4. „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ vom 27. 9. 1950, § 11.
5. Gödel, E., und B. Gödel: Dtsch. Ges.wesen 25 (1970) 627.
6. Igel, H.: Zur Frage der Leberschädigung bei Langzeittherapie mit Ovosiston. Vortrag auf dem Gynäkologischen Kongreß in Poznań vom 30. 9. bis 2. 10. 1968.
7. Instruktion des Ministers für Gesundheitswesen zum „Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ § 11 vom März 1965.
8. Klinger, G., W. Carol und E. Hempel: Behandlungsergebnisse mit dem Kombinationspräparat Non-Ovlon des VEB Jenapharm. Vortrag auf dem Gynäkologen-Kongreß in Leipzig am 13. 5. 1970.
9. Koller, T., und M. Mall: Gynaecologia (Basel) 159 (1965) 307.
10. Kühne, D.: Dtsch. Ges.wesen 21 (1966) 377.
11. Kühne, D.: Medicamentum 3 (1968) 2.
12. Lehfeldt, H.: Fertil. and Steril. 116 (1965) 502.
13. Leinzinger, E.: Zbl. Gynäk. 91 (1969) 1110.
14. Mehlan, K. H.: Dtsch. Ges.wesen 11 (1965) 660.
15. Müller, R. J., H. J. Kempf und L. Eckert: Zbl. Gynäk. 90 (1968) 1545.
16. Müller, W.: Z. ärztl. Fortbild. 61 (1967) 1177.
17. Müller, W., und W. Carol: Zbl. Gynäk. 90 (1968) 257.
18. Prill, H. J.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 30 (1970) 212.
19. Rothe, J.: Präpartale-pränatale Betreuung. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1967.
20. Rummel, H.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 27 (1967) 33.
21. Schürmann, K.: Zbl. Gynäk. 97 (1965) 290.
22. Sracek, J.: Dana-Super, Mechanische Schwangerschaftsverhütung (Information).
23. Thambu, J.: Brit. med. J. II (1965) 407.
24. Thietze, Chr.: Amer. J. Obstet. Gynec. 96 (1966) 1043.
25. Willson, J. R., W. J. Ledger, Ch. C. Bollinger und G. J. Andros: Amer. J. Obstet. Gynec. 92 (1965) 62.
26. Woraschk, H. J., und J. Berndt: Zbl. Gynäk. 91 (1969) 6.
27. Wyss, H. J.: Gynaecologia (Basel) 159 (1965) 301.
28. Z w a h r, Chr.: Dtsch. Ges.wesen 24 (1969) 2189.
29. Z w a h r, Chr.: Dtsch. Ges.wesen 25 (1970) 635.
30. Z w a h r, Chr.: Vortrag auf dem Gynäkologen-Kongreß in Leipzig am 13. 5. 1970. Erfahrung mit Ovosiston in neuer Dosierung bei Langzeitbehandlung.

Ansch. d. Verf.: OA Dr. Chr. Z w a h r,
Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses,
DDR-27 Schwerin, Bornhövedstr. 78