

Kontrazeption bei Jugendlichen

Johannes Bitzer^a, Sybille Tschudin^b, Brigitte Frey Tirri^a

Universitätsspital Basel, ^a Frauenklinik, Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik,

^b Universitäts-Frauenklinik, Labor für Pränatale Medizin



Quintessenz

- Die Sexual- und Kontrazeptionsberatung von Jugendlichen ist ein wichtiger Beitrag auf dem Weg zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit junger Menschen.
- Diese Beratung stützt sich auf zwei Grundlagen: zum einen auf die Erkenntnisse der psychosozialen Medizin im Hinblick auf die Entwicklung, das Verhalten, die Sexualität und die Partnerschaft von Adoleszenten; zum anderen auf das Wissen über die biologischen Prozesse der Adoleszenz und die Methoden der Fertilitätskontrolle aus der biomedizinischen Forschung und Technologie.
- Diese beiden Bereiche müssen in ein Beratungskonzept integriert werden, das von den Fachpersonen spezifische Qualifikationen verlangt: Herstellung und Gestaltung einer vertrauensvollen und konfidentiellen Arzt-Patientinnen-Beziehung; Auswahl der kontrazeptiven Methoden in Abstimmung mit der individuellen Situation der Jugendlichen; Entwicklung und Einsatz kommunikativer Fertigkeiten, die es ermöglichen, dass die Jugendliche durch die Beratung die Kompetenz erwirbt, selbstverantwortlich mit ihrer Sexualität und Fruchtbarkeit umzugehen.

Summary

Contraception and the adolescent

- *Sexual and contraceptive counselling plays an important role on the adolescent girl's way to reproductive and sexual health.*
- *The basis for counselling is twofold: first, a knowledge of findings in psychosocial medicine regarding adolescent development, behaviour, sexuality and partnership; second, the contributions of biomedicine and contraceptive technology in regard to the specific biological processes at work in adolescence and their relationship to contraceptive methods.*
- *Both domains need to be integrated into a concept of care that demands specific qualifications of caregivers: establishment and maintenance of a trusting and confidential relationship between doctor and teenager, and communication skills which will help the teenage girl to develop competence and personal responsibility in dealing with her sexuality and fertility.*

Fallbeispiel

Eine 16jährige Jugendliche wird von der Mutter, einer langjährigen Patientin in unserer Sprechstunde, zur Konsultation angemeldet. Beide erscheinen gemeinsam und nehmen im Wartezimmer Platz. Ich (J. B.) lade die Tochter dann ein, ins Sprechzimmer mitzukommen. Sie zögert einen Moment, nickt dann aber zustimmend mit dem Kopf. «Wenn Ihre Tochter einverstanden ist, können wir, nachdem ich mit ihr gesprochen habe, noch gemeinsam allfällige Fragen klären.»

Als die Patientin und ich allein im Sprechzimmer sind, befrage ich sie zu ihrer Vorgeschichte und zu möglichen aktuellen Beschwerden. Sie erklärt, an starken schmerzhaften Periodenblutungen zu leiden. Sonst seien keine Beschwerden vorhanden. Meine Frage, ob sie einen Freund habe und wenn ja, schon mit ihm geschlafen habe, beantwortet sie mit einem verschämten Nicken. Ihre Mutter dürfe das aber nicht wissen. Die Mutter habe ihr verboten, sich mit einem Mann einzulassen, weil sie dazu noch zu jung sei. Nach der Rückfrage, ob sie mit einer Untersuchung einverstanden sei, führe ich diese inklusive eines Krebsabstriches durch. Der Befund ist insgesamt normal.

Ich sage der jungen Frau, dass sie meiner Ansicht nach eine sichere Verhütung brauche und es keinen medizinischen Grund gegen eine Einnahme der Pille gebe. Gleichzeitig werde die Pille mit grosser Wahrscheinlichkeit die Hyper- und Dysmenorrhoe mindern. Ich frage sie, ob wir mit der Mutter zusammen die Pilleneinnahme besprechen sollten. Sie möchte das, aber sie wünscht, dass wir der Mutter nicht erzählen, dass sie sexuell aktiv ist. Ich weise sie darauf hin, dass es meiner Meinung nach sinnvoll wäre, die Mutter einzuweihen, dass sie sich aber darauf verlassen kann, dass nichts mitgeteilt wird, was sie nicht will. In Anwesenheit der Mutter besprechen wir die Anwendung der Pille zur Minderung der Regelschmerzen.

Zehn Tage nach der Konsultation erhalten wir das zytologische Ergebnis: Pap II W (ASCUS), das heisst ein kontrollbedürftiger Krebsabstrich, eventuell im Zusammenhang mit einer kondylo-matösen Läsion, also einer HPV-Infektion. Ich beschliesse zunächst, die junge Frau zu informieren. Dabei zeigt sich, dass ich nur die Adresse der Mutter habe, und erst nach längerer Zeit gelingt es uns, die Tochter an ihrem Arbeitsplatz zu finden und sie zu informieren. Sie scheint jedoch nicht allzu beunruhigt, und ich schlage ihr vor, die Mutter von der Sachlage in Kenntnis zu setzen. Wir vereinbaren einen Termin in sechs Monaten.

Die Patientin erscheint zur Kontrolle des Krebsabstriches. Sie erzählt: «Seit dem letzten Mal ist viel passiert. Vor drei Wochen habe ich mich von meinem Freund getrennt ... Ich habe erfahren, dass er verheiratet ist und zwei Kinder

hat ... nicht, wie er mir erzählt hat, 26 Jahre alt ist ... sondern wahrscheinlich viel älter. Ich habe mit seiner Frau telefoniert ... Sie hat mir erzählt, dass er viele Freundinnen hat ... Jetzt habe ich Angst ... Ich habe meine Mutter sehr enttäuscht, auch meinen Bruder ... Ich hoffe, sie reden wieder mit mir.»

Die nachfolgenden Untersuchungen zeigen, dass die junge Frau sich mit Chlamydien infiziert hat. Die HPV-Typisierung ergibt einen Infekt mit einem hochpathogenen HPV-Typ. Es werden regelmässige zytologische Kontrollen empfohlen.

An diesem Fallbeispiel lassen sich einige zentrale Themen der Kontrazeption bei Jugendlichen veranschaulichen.

Konfidentialität, Arztgeheimnis

Die Jugendlichen müssen sich sicher sein, dass alles, was im Sprechzimmer gesprochen wird, vertraulich ist und nichts nach aussen dringen darf. Gleichzeitig, und das steht nur scheinbar im Gegensatz zu dieser Vertraulichkeit, ist es eine Tatsache, dass alle Jugendlichen Teil eines familiären Systems bzw. eines Beziehungsnetzes sind, das keineswegs nur als Bedrohung der individuellen Autonomie gesehen werden darf, sondern auch als wertvolle Ressource betrachtet werden muss. Im geschilderten Fall ist die Krise der Mutter-Tochter-Beziehung vor dem Hintergrund einer verheimlichten Liebschaft ein typisches Beispiel dafür, dass junge Frauen zwar ganz häufig ihre intimen Erfahrungen nicht mit ihrer Mutter oder ihren Eltern teilen wollen, dass aber die Mütter/Eltern durchaus eine Ressource und Hilfestellung bei der Verarbeitung dieser ersten Erfahrungen darstellen können. Dies erscheint um so bedeutungsvoller, je mehr in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden konnte, dass eine grosse Zahl der weiblichen Jugendlichen ihre ersten sexuellen Erfahrungen eigentlich als zu früh erfolgt betrachtet, also die Initiation in die sexuelle Aktivität etwas ist, das, «wie dieser Fall zeigt», hohe Anforderungen an die Entscheidungskompetenz stellt und eine Situation schafft, in der die Jugendliche durchaus angewiesen wäre, sich beraten zu können [1].

Kontrazeption und sexuelle reproduktive Gesundheit

Unser Beispiel illustriert, bis zu welchem Ausmass die Vorsorge bzw. die kontrazeptive Beratung Teil einer umfassenderen Gesundheitsförderung sein muss. Kontrazeption schützt vor ungewollten Schwangerschaften, wobei dies gewissermassen das primäre Ziel darstellt. Aber die Bedeutung von sexuell übertragbaren Erkrankungen (sexually transmitted diseases, STD), die

Bedeutung der ersten sexuellen und von Beziehungserfahrungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Sexualität und der Persönlichkeit darf nicht unterschätzt werden. In unserem Fall ist es unmittelbar einsichtig, dass die Erfahrung des Betrugs, der Ausbeutung durch einen älteren Mann in der jungen Frau möglicherweise nachhaltige psychische Schädigungen im Sinne eines Vertrauensverlustes, eines ambivalenten Verhältnisses zur Sexualität, einer Minderung des Selbstwertgefühles usw. nach sich ziehen kann. Damit bewegt sich kontrazeptive Beratung bei Jugendlichen in einem allgemeineren Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung, was dabei helfen sollte, körperliche und psychosoziale Risiken zu erkennen.

Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung

Eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der gemeinsamen Arbeit ist, wie allgemein in Arzt-Patienten-Beziehungen, die Jugendliche spüren zu lassen, dass bei der Ärztin oder beim Arzt zum einen eine fachkundige Kompetenz vorhanden ist und gleichzeitig ein persönliches Engagement, die Bereitschaft, die Jugendliche ernst zu nehmen, sich in ihre Situation einzufühlen und eben auch zur Fürsorge besteht.

Die kontrazeptiven Methoden für Adoleszente

Jede kontrazeptive Methode hat ein bestimmtes Profil, das sich aus den in Tabelle 1 aufgeführten Merkmalen zusammensetzt:

Tabelle 1. Merkmale kontrazeptiver Methoden.

Effizienz
Gesundheitliche Risiken
Nebenwirkungen
Positive Begleiteffekte (health benefits)
Anforderungen an die Compliance
Anwendungsmodus
Kosten und medizinischer Aufwand

Orale Östrogen-Gestagen-Kontrazeptiva: die Pille

Orale Kontrazeptiva (OC) weisen eine hohe kontrazeptive Effizienz von 99% und mehr auf. Diese hohe methodenbezogene Effizienz darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei der praktischen Anwendung über ein Jahr hinweg Versagerquoten von 8–18% angegeben werden [2].

Risiken

Bei den Risiken können wir nachgewiesene von vermuteten oder eventuell möglichen unterscheiden [3].

Nachgewiesene Risiken

Veränderungen des Gerinnungssystems und Auswirkungen auf die Gefässwand führen dazu, dass bei besonders suszeptiblen Frauen eine Erhöhung des Thromboserisikos um den Faktor 2–4 angenommen werden muss. Die absoluten Zahlen sind dabei aber sehr gering. Die Inzidenz von Thrombosen wird heute bei Frauen, welche keine OC einnehmen, auf 1–2 pro 10000 pro Jahr geschätzt. Die Inzidenz bei OC-Benutzerinnen liegt bei ungefähr 4–6 pro 10000 pro Jahr (WHO). Neue Einblicke in die Pathogenese wurden durch die Entdeckung angeborener Koagulationsdefekte bei OC-Benutzerinnen ermöglicht. Die Faktor-V-Leiden-Mutation, die zu einer Resistenz gegenüber aktiviertem Protein C führt und bei 20% der Frauen mit tiefer Venenthrombose gefunden wird, zeigt eine deutliche Interaktion mit oralen Kontrazeptiva.

Bei Carriers und OC-Benutzerinnen zeigt sich eine Inzidenzerhöhung um das 30- bis 50fache. Deshalb ist diese mögliche negative Auswirkung der OC nicht abhängig von der Dauer der Einnahme. Hier spielt also die Familienanamnese eine entscheidende Rolle. Von einem Labor-Screening auf eine Faktor-V-Leiden-Mutation bzw. eine APC-Resistenz wird abgeraten.

Vermutete Risiken

Vermutete Risiken ergeben sich für das Zervix- und das Mammakarzinom.

Fasst man die bisherigen Untersuchungen zusammen, so kann gesagt werden, dass keine Evidenz dafür vorliegt, dass bei OC-Anwenderinnen ein klinisch relevantes erhöhtes Risiko für ein Zervix- oder ein Mammakarzinom gefunden wurde. Geringfügige mögliche Risikoerhöhungen, die von der absoluten Häufigkeit her betrachtet äusserst seltenen Ereignissen entsprechen, lassen sich durch eine sorgfältige Auswahl der Anwenderinnen vermeiden (Alkohol und Übergewicht erhöhen das Risiko für ein Mammakarzinom) [3].

Nebenwirkungen

Als typische Nebenwirkungen können auftreten: Zyklusstörungen, Kopfschmerzen, Brustspannen, Völlegefühl, Stimmungsverschlechterung, Libidoabnahme. Die Häufigkeit dieser Nebenwirkungen liegt allerdings oft im Bereich der in plazebo-kontrollierten Studien gefundenen Frequenz. Ausserdem lassen sich diese Nebenwirkungen durch eine Auswahl geeigneter Präparate vermindern.

Positive Begleiteffekte

Orale Kontrazeptiva zeigen bestimmte günstige Auswirkungen wie eine Verminderung der Blutungsstärke, eine Abschwächung der Dysmenor-

rhoe, eine Verminderung von Androgenisierungserscheinungen wie Akne und Hirsutismus, eine Verminderung der Zahl funktioneller Ovarialzysten, eine günstige Beeinflussung einer bestehenden Mastopathie, längerfristige protektive Effekte hinsichtlich eines Endometriums und eines Ovarialkarzinoms, eventuell auch einer Endometriose sowie gegebenenfalls eine positive, das heisst abschwächende Wirkung auf ein PCO-Syndrom.

Diese nützlichen Wirkungen treten häufig auf und beziehen sich auf eine relativ grosse Zahl von Anwenderinnen.

Besondere Anwendungsformen und Anwendungsschemata

Um den beschriebenen Compliance-Schwierigkeiten bei der Verwendung der Pille entgegenzuwirken, wurden zwei neue Applikationsformen (Pflaster, Vaginalring) entwickelt. Diesen sind folgende Merkmale gemeinsam:

- Der First-pass-Effekt durch die Leber wird durch die parenterale Verabreichung umgangen (Verbesserung der Effizienz bei gastrointestinalen Störungen).
- Die neuen Formen wurden bisher nicht bei Frauen unter 18 Jahren untersucht. Es darf jedoch angenommen werden, dass sich keine wesentlichen Unterschiede zeigen.

Neben den Applikationsformen wurde in mehreren Studien die Anwendungsdauer im Sinne des sogenannten Langzyklus (siehe weiter unten) modifiziert.

Das kontrazeptive Pflaster

Beim kontrazeptiven Pflaster (Evra®) werden 20 µg Ethinylestradiol und 150 µg Norelgestromin pro Tag freigesetzt. Das Pflaster wird einmal wöchentlich während drei Wochen auf Bauch, Gesäss, Rücken, Oberarm (nicht auf die Brust) aufgeklebt. Dann wird eine pflasterfreie Woche eingelegt, in welcher die Menstruation als Hormonentzugsblutung eintritt.

Die Kontraindikationen sind dieselben wie bei der Pille. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Brustspannen (nur am Anfang), Kopfschmerzen, Übelkeit (<5%) und lokale Reizerscheinungen (ungefähr 3–5%). Die Haftfestigkeit hat sich in speziellen Sport- und Saunauntersuchungen als sehr gut erwiesen. Allerdings haben Anwendungsstudien ergeben, dass 5–10% der Anwenderinnen über eine partielle oder vollständige Ablösung über einen längeren Anwendungszeitraum berichten [4].

Verschiedene neue Untersuchungen zeigen, dass bei Jugendlichen die Compliance mit dem Pflaster besser ist als mit der Pille.

Der Wirkungsgrad ist bei sehr adipösen Patientinnen eingeschränkt. Bei mehr als 90 kg Gewicht sollte man vom Pflaster eher abraten.

Der kontrazeptive Vaginalring

Der Vaginalring wird von der Patientin in die Vagina eingeführt und dort während drei Wochen belassen. Danach erfolgt eine «ringfreie» Woche bis zum Einsetzen des nächsten Rings. Der Ring gibt pro Tag 15 µg Ethinylestradiol und 120 µg Etonogestrel ab. Pharmakinetische Studien zeigen, dass die Serumspiegel im Vergleich zum Pflaster und zu oralen Kontrazeptiva beim Ring am niedrigsten sind.

Die Kontraindikationen und Nebenwirkungen sind ähnlich wie bei den OC. Wiederum besteht ein zentraler Vorteil in der Verbesserung der Compliance. Ausserdem resultierte aus verschiedenen Studien eine hohe Zyklusstabilität beim Ring. Lokale Irritationen sind sehr selten. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich die Rate von Kolpitis erhöht oder pathologische Veränderungen an der Zervix begünstigt werden (z.B. Dysplasien). Für die Praxis ist es wichtig, dass der Ring während des Verkehrs für drei Stunden entfernt werden kann.

Der Langzyklus

Unter einem Langzyklus wird die Verwendung eines hormonalen Kontrazeptivums (Pille, Pflaster, Ring) ohne Pause über mehrere Monate (drei, sechs, zwölf Monate oder länger) verstanden.

Mögliche Vorteile

- Erhöhung der kontrazeptiven Effizienz durch den Wegfall der sieben kontrazeptionsfreien Tage;
- Verbesserung der Wirkung des Kontrazeptivums bei gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten, welche als Enzyminduktoren in der Leber wirken (Antikonvulsiva, Antibiotika, Barbiturate usw.);
- Verstärkung des Nutzens bei Patientinnen mit angeborenen Defekten des Gerinnungssystems, bei Dysmenorrhoe, bei Endometriose, beim prämenstruellen Syndrom (PMS), bei menstrueller Migräne oder bei Androgenisierungserscheinungen.

Mögliche Risiken

Bisher gibt es keine Hinweise auf eine Risikoerhöpfung gegenüber der «traditionellen» monatlichen Anwendung. Eine Kumulation von Steroiden über einen längeren Zeitraum liess sich nicht nachweisen. Nach etwa zehn Tagen wird ein stabiler Steady State erreicht.

Bei den möglichen Nachteilen stehen Blutungsunregelmässigkeiten, vor allem am Anfang und besonders häufig bei jenen Frauen, die zuvor keine monatliche Pilleneinnahme durchführten, im Vordergrund. Bei ununterbrochener Verwendung während mehr als sechs Monaten kann es zu einem Ausbleiben der Abbruchblutung kommen, was besonders bei jungen Frauen zu Ängsten bezüglich der Fruchtbarkeit führen kann. Bislang gibt es jedoch keine Hinweise

auf eine länger dauernde Suppression der ovariellen Aktivität und der endometrialen Reaktion.

Praktische Empfehlungen zur Beratung

Die Pille bietet für Adoleszente eine sichere, bequeme, diskrete, vom unmittelbaren Sexualverhalten und vom Partner unabhängige Methode der Verhütung.

Einige Merkmale

Bei vielen Jugendlichen bestehen zahlreiche Ängste vor den Hormonen: Die Furcht vor einer Gewichtszunahme, vor schlechter Haut, Krebs und Unfruchtbarkeit stehen dabei im Vordergrund und sollten in der Beratung angesprochen und ausgeräumt werden (siehe oben).

Die Jugendlichen haben weniger Sorgen bezüglich der realen Risiken wie Thrombose und Gefässkomplikationen. Eine sorgfältige Familienanamnese ist wichtig. Ebenso die Besprechung des Tabakrisikos.

Die kontinuierliche, von der Sexualität unabhängige Einnahme steht häufig im Widerspruch zur Spontaneität und Impulsivität im Fühlen und Denken Adolozenter sowie in ihrem Verhalten (siehe oben). Deshalb sollten mögliche Compliance-Schwierigkeiten erkannt und besprochen werden. Ein wichtiger Faktor dabei sind eventuell vorhandene unbewusste Widerstände gegen eine nahezu perfekte Kontrazeption, die dem Wunsch nach einem Kind oder auch dem Willen nach Verwirklichung der eigenen Fruchtbarkeit als einer inneren Potenz zuwiderläuft.

Ein sehr wichtiges Problem bei der Anwendung oraler Kontrazeptiva stellt der fehlende Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten dar. In der Tat haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass die Angst vor einer Schwangerschaft bei Jugendlichen deutlich vor der Angst vor sexuell übertragbaren Erkrankungen rangiert und damit die Gefahr besteht, dass Sicherheit auf dem einen Gebiet mit Sicherheit auf dem anderen Gebiet gleichgesetzt oder eventuell sogar verwechselt wird.

Es ist deshalb unbedingt erforderlich, dass bei der Entscheidung für OC der STD- bzw. HIV-Schutz besprochen und die praktische Anwendung des Kondoms demonstriert werden.

Die Vorteile von Langzyklus, Pflaster oder Vaginalring sollten mit der Jugendlichen diskutiert und die Wahl eines Kontrazeptivums auf ihre Wünsche und ihre individuelle Situation abgestimmt werden.

Gestagene als Kontrazeptiva

Die gemeinsamen Merkmale dieser Gruppe von Kontrazeptiva sind in Tabelle 2 zusammengefasst:

Tabelle 2. Gemeinsame Merkmale der auf Gestagenen basierenden kontrazeptiven Methoden.

Durch das Fehlen des Ethinylestradiols wird das kardiovaskuläre Risiko entscheidend gesenkt (ob es gänzlich verschwindet, wird im Moment kontrovers beurteilt).
Die kontinuierliche Wirkung der Gestagene kann zu therapeutischen Zwecken bei menstrueller Migräne, Endometriose, beim PMS und bei Dysmenorrhoe, eventuell auch bei mastopathischen Beschwerden eingesetzt werden.
Durch die kontinuierliche Abgabe treten keine vorhersagbaren Entzugsblutungen auf, was zu Veränderungen des Zyklus (Dauer, Blutungsstärke usw.) führen kann.
Eine mögliche negative Beeinflussung der Erreichung der maximalen Knochenmasse (peak bone mass) bei Jugendlichen, die früh und lange Gestagene anwenden, wird für die verschiedenen Applikationsformen unterschiedlich bewertet, bleibt aber ein zu berücksichtigender Aspekt.
Es kann zu typischen gestagenbedingten Nebenwirkungen kommen: Akne, Stimmungsschwankungen, Gewichtszunahme.

Die Gestagenpille

Es lassen sich ovulationshemmende (Desogestrel, 75 µg [Cerazette®]) und nicht ovulationshemmende (Levonorgestrel [LNG], 30 µg [Microlut®]) orale Gestagenpräparate unterscheiden. Die kontrazeptive Effizienz der nicht ovulationshemmenden Präparate ist unterschiedlich und hängt vom Alter der betreffenden Frau ab. Zwischen 25 und 34 Jahren liegt der Pearl-Index (PI) bei 2 bis 3 und sinkt dann auf 1 bzw. 0,3 ab.¹ Das ovulationshemmende Präparat zeigt einen PI, der jenem der kombinierten Ovulationshemmer entspricht, und ist deshalb für Jugendliche besser geeignet. Die Methode stellt die für ein orales Kontrazeptivum üblichen Anforderungen an die Compliance.

Gestagene als Injektion: die Dreimonatsspritze

Die Injektionen in Form des Depot-MPA (Methoxyprogesteronacetat) sind kontrazeptiv sehr effizient. Es kommt durch die relativ hohe Dosierung zur Ovulationshemmung. Der Pearl-Index liegt bei 0,3.

Von Bedeutung beim Depot-MPA sind Untersuchungen, die zeigen, dass es bei einer Langzeitanwendung zu einem signifikanten Verlust der Knochendichte kommt, der jedoch reversibel zu sein scheint [5].

Bei jungen Frauen spielt das Erreichen der maximalen Knochenmasse (peak bone mass) eine wichtige Rolle. Depot-MPA kann die Erreichung einer optimalen Knochendichte, die normalerweise bis zum 20. Lebensjahr aufgebaut wird, eventuell beeinträchtigen.

Wichtig ist ebenfalls, dass die Wiederherstellung der vollen Fertilität länger andauert als nach der oralen Einnahme eines Gestagens. Dies hängt damit zusammen, dass sich MPA im Fettgewebe anreichert und länger nachwirkt.

Implanon®

Bei Implanon® handelt es sich um ein Kunststoffstäbchen, das unter der Haut an der Innenseite des Oberarmes implantiert wird und kontinuierlich

lich über drei Jahre hinweg Etonogestrel abgibt (im ersten Jahr 35–45 µg/d, im zweiten Jahr 30–40 µg/d und am Ende des dritten Jahres 25–30 µg/d). Die kontrazeptive Effizienz ist sehr hoch. Der PI liegt bei 0,01. Die Wirksamkeit dieser Methode hängt nicht von der Compliance ab.

Die häufigste Nebenwirkung, die zum Abbruch der Behandlung führt, sind Blutungsstörungen.

Praktische Empfehlungen

Es gibt zwei Zielgruppen für die gestagenen Verhütungsmethoden:

- junge Frauen mit Kontraindikationen oder einer Unverträglichkeit gegenüber Ethinylestradiol (erhöhtes Thromboserisiko, starke Raucherin, Übelkeit und Kopfschmerzen unter der Pille);
- junge Frauen mit zusätzlichen Erkrankungen (Endometriose, menstruelle Migräne usw.).

Eine weitere spezielle Zielgruppe bilden Frauen mit Compliance-Problemen. Für sie sind die Dreimonatsspritze und Implanon® zu erwägende Optionen.

Bei allen Methoden muss über die möglichen Veränderungen des Blutungsmusters aufgeklärt werden.

Eine Gewichtszunahme wird sehr selten beobachtet; am ehesten kommt eine solche unter Depot-MPA in Frage.

Andere gestagene Nebenwirkungen (Akne, Stimmungsschwankungen) sind selten.

Bei Depot-Gestagenen ist stets an die Knochenmasse und den verzögerten Wiedereintritt der Fertilität zu denken.

Das Intrauterinpeppar (UIP)

Das Gebiet der intrauterinen Verhütungsmethoden hat sich in den letzten Jahren rapide entwickelt. Zusätzlich zu den gut wirksamen Kupferspiralen stehen jetzt gestagenhaltige Spiralen und neue Formen des Intrauterinpeppars (UIP) mit Fixation im Fundus zur Verfügung.

Die Vorteile dieser Methode sind evident: Die

¹ Pearl-Index: Anzahl ungewollter Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre.

Verhütungseffizienz ist hoch (PI bei modernen Kupferspiralen ungefähr 1, bei LNG freisetzen- den IUP 0,1 [4]; sie ist eine von der Compliance unabhängige Methode, die eine effiziente Verhütung während fünf bis zehn Jahren bietet.

Die Risiken der Methode werden in der möglichen Entwicklung einer «pelvic inflammatory disease» (PID) gesehen. Während man in früheren Studien ein um das Acht- bis Zehnfache erhöhtes Risiko für eine Adnexitis fand, zeigen neuere Studien, dass bei (streng) monogamen Beziehungen kein erhöhtes Risiko besteht [6].

Praktische Empfehlungen

Es sind zwei wichtige Aspekte zu beachten:

- Zum einen ist die Einlage eines IUP bei eher engem Muttermund und Zervikalkanal häufig erschwert und schmerzhaft für die junge Frau. Durch eine lokale Traumatisierung können aufsteigende Infekte begünstigt werden.
- Der zweite Aspekt bezieht sich auf das Sexualverhalten. Jugendliche leben häufig nicht in stabilen Beziehungen und haben wechselnde Sexualpartner. Dies stellt eindeutig eine Erhöhung des Risikos für eine PID dar. Das bedeutet, dass wir heute zwar sagen können, dass IUP per se nicht die Infektionsrate erhöhen, dass sie aber bei jungen nulliparen Frauen zusammen mit anderen typischen Risikofaktoren zur Entwicklung einer PID beitragen können.

Eine Ausnahme bilden dabei eventuell die gestagenhaltigen Spiralen. Rein biologisch kann argumentiert werden, dass die kontinuierliche Gestagenabgabe im Cavum uteri zu einer Veränderung des Zervixschleimes führt, welche die Aszension von Spermien und Bakterien erschwert und somit also einen protektiven Faktor im Hinblick auf die PID darstellt.

Daraus ergibt sich, dass heute für Jugendliche keine absolute Kontraindikation gegen die Verwendung eines IUP besteht. Eine wichtige Voraussetzung ist allerdings eine gewisse Stabilität der Beziehung. Je häufiger der Partner gewechselt wird, desto höher ist das Infektrisiko.

Vor der Einlage eines IUP bei einer Jugendlichen sollte ein bakteriologischer Abstrich der Vagina und der Portio vorgenommen werden und eine Entnahme für eine PCR-Bestimmung von Chlamydien erfolgen.

Dann kann bei sorgfältiger Überwachung und Kontrolle das IUP eine akzeptable Verhütungsmethode darstellen.

Das Diaphragma

Die kontrazeptive Effizienz des Diaphragmas ist bei korrekter Anwendung recht gut, allerdings nicht vergleichbar mit jener der hormonalen Kontrazeptiva. Der Pearl-Index wird mit 6–18 angegeben. Als Vorteil kann ein gewisser

Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten betrachtet werden. Die Vorteile dieser Methode liegen darin, dass keine systemischen Nebenwirkungen zu befürchten sind. Der Nachteil ist die mangelnde Effizienz.

Praktische Empfehlungen

Für diese Methode ist es erforderlich, dass die Jugendliche ein sicheres Körpergefühl entwickelt hat und in der Lage ist, sich selber zu untersuchen, innerlich abzutasten und zu spüren, ob das Diaphragma richtig sitzt. Dies kann im Sinne der Körpererfahrung als durchaus wichtiger positiver Aspekt der Methode gewertet werden. Für Jugendliche aber, die das als belastend oder schwierig empfinden, ist die Methode ungeeignet, und es besteht die Gefahr, dass erhebliche Compliance-Schwierigkeiten auftreten. Ein wichtiger Vorteil dieser Methode ist die relativ schnelle Verfügbarkeit, die allerdings nicht an jene des Kondoms heranreicht.

Das Kondom

Die Verhütungssicherheit des Kondoms bei korrekter und regelmässiger Anwendung ist gut. Der Pearl-Index liegt zwischen 2 und 12. Das Kondom ist die einzige derzeit zur Verfügung stehende kontrazeptive Methode für junge Männer. Der besondere Vorteil der Methode liegt im effizienten Schutz vor verschiedenen sexuell übertragbaren Krankheiten, vor allem vor HIV. Ein weiterer Vorteil liegt in der guten Verträglichkeit und im Fehlen systemischer Nebenwirkungen. Mögliche Nachteile sind: Latexallergie (1–3% der Bevölkerung), Beeinträchtigung der Sexualität, Reißen oder Abrutschen des Kondoms (schätzungsweise bei 1–2%) beim Geschlechtsverkehr. Die Besonderheit des Kondoms liegt darin, dass es im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Geschlechtsakt verwendet werden muss. Um das Kondom überzustreifen, muss der Junge erregt sein, und er muss in dieser speziellen Situation in der Lage sein, die Methode korrekt anzuwenden.

Praktische Empfehlungen

Sexualität bei Adoleszenten ist häufig spontan, neu, emotional hochbesetzt, mitunter auch begleitet von Scham und Heimlichkeit. In diesem sozialen und verhaltensbezogenen Setting besteht die Gefahr, dass die Methode nicht richtig oder eventuell gar nicht angewendet wird. Beide Partner trauen sich vielleicht nicht, über das Kondom zu sprechen. Insbesondere junge Frauen sollten dazu ermutigt werden, vom Partner die Verwendung eines Kondoms zu verlangen.

Die postkoitale Kontrazeption, die Notfallkontrazeption

Die Notfallkontrazeption hat gerade bei Jugendlichen einen wichtigen Stellenwert in der Verhütung. Es werden 1,5 mg Levonorgestrel entweder als Einmaldosis oder verteilt auf zwei Gaben mit jeweils 750 µg LNG mit zwölfstündigem Abstand eingenommen. Die Wirksamkeit korreliert mit der Dauer seit dem ungeschützten Verkehr, wobei die Einnahme bis zu 72 Stunden nach dem

Geschlechtsverkehr als wirksam betrachtet werden kann (Wirksamkeit von 95% innerhalb von 24 Stunden, von 85% innerhalb von 24–48 Stunden von 48% innerhalb von 48–72 Stunden). Eine Studie bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren ergab eine Schwangerschaftsrate von 2%. Nebenwirkungen waren Übelkeit (26%), Brustspannen (22%) und Müdigkeit (20%). In 14% kam es zu einer Verschiebung der Periodenblutung, in 8% zu Durchbruchblutungen [7].

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer
Frauenklinik
Gynäkologische Sozialmedizin
und Psychosomatik
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
jbitzer@uhbs.ch

Literatur

- 1 Cotton S, Mills L, Succop PA, Biro FM, Rosenthal SL. Adolescent girls' perceptions of the timing of their sexual initiation: "too young" or "just right". *J Adolesc Health*. 2004; 34:453–8.
- 2 Alan Guttmacher Institute. Contraceptive use. Facts in brief. New York, Washington: Alan Guttmacher Institute; 2004.
- 3 Bitzer J. Kontrazeptionsberatung bei Jugendlichen. In: Wolf AS, Esser Mittag J, Herausgeber. *Kinder und Jugendgynäkologie*. Ulm, Düsseldorf: Schattauer Verlag; 2002.
- 4 Rubinstein ML, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. An evaluation of the use of the contraceptive patch in adolescents. *J Adolesc Health*. 2004;34:395.
- 5 Cromer BA. Bone mineral density in adolescent and young adult women on injectable or oral contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2003;15:353.
- 6 Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital tract infection. *Lancet*. 2000;356:1013–9.
- 7 Anthuber S. Kontrazeption bei Jugendlichen. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch*. 2005;45:235–40.