

Frühe und wiederholte Beratung wichtig

Kontrazeption bei Frauen mit speziellen Bedingungen

Durch die Fortschritte der Medizin erreichen immer mehr Kinder mit chronischen Krankheiten und Behinderungen das Erwachsenenalter. Die Bemühungen der betreuenden Personen richteten sich auf möglichst gute körperliche und geistige Förderung, aber die Sexualaufklärung und die damit verbundene Beratung über Kontrazeption wird häufig vernachlässigt. Auch die Forschung liefert bis heute nur wenige Studien zur Kontrazeption in besonderen Lebenssituationen, besonders bei seltenen Erkrankungen.

Der folgende Artikel geht auf die Situation von Jugendlichen und erwachsenen Frauen mit speziellen Bedingungen ein. Aus der grossen Anzahl an unterschiedlichsten chronischen Erkrankungen, Einschränkungen und Behinderungen werden hier einige allgemeine Überlegungen anhand der Themen kongenitale Herzerkrankungen, Cystische Fibrose, Organtransplantation und bariatrische Chirurgie exemplarisch dargelegt.

1. Kongenitale Herzerkrankungen

Die Anzahl von Jugendlichen und jungen Frauen mit kongenitalen Herzerkrankungen, die das fertile Alter erleben, nimmt stetig zu. Nach den Guidelines der Royal College of Obstetricians and Gynaecologists sollten ungeplante Schwangerschaften unbedingt vermieden werden, da diese für einige Frauen mit einem extrem hohen Mortalitätsrisiko einhergehen, bei anderen zu einem medizinisch gesehen unnötigen Schwangerschaftsabbruch führen (1). Insbesondere bei pulmonal-arterieller Hypertonie oder schwerer Links-Herzinsuffizienz sind Schwangerschaften als extrem gefährlich anzusehen mit einer mütterlichen Mortalität von 25–40%. Wichtig ist zu wissen, dass die Mortalitätserhöhung bereits in der Früh-Schwangerschaft beginnt und dass das Risiko auch bei Schwangerschaftsabbruch mit einer Mortalität von 7% extrem hoch ist (2). Bei diesen Frauen ist das Risiko einer Schwangerschaft in jedem Fall höher zu bewerten als das Risiko einer kontrazeptiven Methode.

Beratungsdefizit: Trotz der unmittelbaren Bedrohung, die ungeplante Schwangerschaften für Frauen mit kongenitalen Herzerkrankungen bedeuten können, verfügen sie nicht über mehr Wissen als gesunde Gleichaltrige. Die Studien zeigen ein grosses Wissensdefizit der Jugendlichen und Frauen in allen Bereichen der Reproduktion, es fehlt an Wissen über Kontrazeption, Fertilität und Schwangerschaft, über die Wirkung von Medikamenten auf den Feten, aber auch über die Auswirkungen auf die Herzerkrankung und die Gesundheit der Mutter. Zudem zeigten sich viele Missverständnisse, so gingen junge Frauen davon aus, dass sie gar nicht schwanger werden könnten, was sich negativ auf das Gefühl der Weiblichkeit auswirkte. Nach Wald (3) ist nur jede fünfte Jugendliche mit konge-



Dr. med. Ruth Draths
Luzern

nitäler Herzerkrankung über die Kontrazeptionsmethode informiert, die für sie geeignet wäre. Die Jugendlichen haben aber gleichhäufig ungeschützten Verkehr wie ihre gesunden Altersgenossen und begeben sich dadurch direkt in Gefahr. 35% der Frauen mit Herzerkrankung geben an, nie mit dem Arzt über Kontrazeption gesprochen zu haben, wobei aber 80% sexuell aktiv waren. 15% waren von ungeplanten Schwangerschaften betroffen (3). Dies ist alarmierend, stellen doch kardiale Defekte den Hauptgrund für Morbidität und Mortalität in der Schwangerschaft dar.

Wichtige Faktoren für die Kontrazeptionsberatung

- ▶ Einschätzung des konkreten Schwangerschaftsrisikos für die Frau und das Kind
- ▶ Auswirkung der kontrazeptiven Methode für die Grunderkrankung
- ▶ Versagerrate der kontrazeptiven Methode
- ▶ Konsequenzen einer ungeplanten Schwangerschaft
- ▶ Wunsch der Frau

Risikoeinschätzung: Um Jugendliche und Frauen mit Herzerkrankungen korrekt zu beraten, bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit den behandelnden Kardiologen. Eine grobe Risikoeinschätzung kann anhand der Risikoklassen nach WHO vorgenommen werden (4). Neben den mütterlichen sind auch die kindlichen Risiken bedeutend, in 25% der vollendeten Schwangerschaften ist mit Komplikationen zu rechnen (4).

Je höher die Risikoklasse, desto dringender muss eine möglichst sichere Kontrazeption empfohlen werden. Für die meisten Patientinnen mit Herzerkrankungen ist die Anwendung von Gestagen-only-Kontrazeptiva möglich, wobei Einschränkungen für Depot-MPA gelten (arterielle Hypertonie >160/>100mmHg, vasculäre Erkrankungen, multiple Risikofaktoren, Nephropathie oder Diabetes). Die Einnahme enzyminduzierender Medikamente vermindert auch die Wirksamkeit von Implantaten (z. B. Bosartan, Cytochrom P450-Induktion). Kombinierte orale Kontrazeptiva sind kontraindiziert bei Frauen mit ischämischer Herzerkrankung, bei erhöhtem Risiko für zerebrale Ischämie, bei arterieller Hyper-

tonie (>160/100mgHg) und vor allem bei pulmonaler Hypertonie. Bei antikoagulierten Patientinnen ist die intrauterine hormonelle Kontrazeption zu überlegen, z.B. bei Frauen mit Metall-Herzklappenersatz. Bei Frauen mit Arrhythmien und pulmonalarterieller Hypertonie ist bei Cervixdilatation wegen des Risikos einer Bradycardie-Reaktion Vorsicht geboten. Kontrazeptive sowie präkonzeptionelle Beratung und Risikoevaluation ist auch für Frauen mit Marfan-Syndrom äusserst wichtig, da Schwangerschaften das Risiko einer Aortendissektion oder anderen schweren kardialen Komplikationen mit entsprechender Mortalität erhöhen.

2. Cystische Fibrose

Immer mehr Jugendliche mit cystischer Fibrose (CF) erreichen das Erwachsenenalter, womit die Bereiche Kontrazeption, präkonzeptionelle Beratung und Schwangerschaft immer bedeutender werden. Aber Mädchen und Frauen mit CF sind noch weniger über Kontrazeption und Schwangerschaft informiert als ihre gesunden Gleichaltrigen. Auch bezüglich STI sind sie signifikant schlechter informiert, obwohl sie wegen einer möglichen späteren Immunsuppression gefährdeter sind. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen wird von den betreuenden Ärzten zu selten über Sexualität gesprochen, die sexuelle Aktivität wird nicht erkannt und die Mädchen zu spät gynäkologisch beraten (5).

Wir sind oft zu spät! Jugendliche wünschen sich bereits mit 12–13 Jahren eine kontrazeptive Beratung, die Mütter möchten gerne noch früher vom Arzt über Fertilität und Kontrazeption informiert werden. Obwohl das ärztliche Gespräch als Hauptinformationsquelle gewünscht wird, geben 87% der Jugendlichen an, nie mit dem Arzt über sexuelle Fragen gesprochen zu haben (6). Es besteht ein grosser Mangel an Kenntnissen über alle Aspekte der sexuellen Gesundheit sowie über sexuell übertragbare Infektionen. Dies wirkt sich ungünstig auf die Pubertät und das Selbstbild aus. Verzögerte Pubertätsentwicklung, Zyklusstörungen oder Inkontinenz durch den chronischen Husten haben nicht nur körperliche, sondern vor allem auch psychische und soziale Auswirkungen. Die meisten jungen Frauen mit CF sind fertil; eine sichere Kontrazeption und, bei Schwangerschaftswunsch, eine sorgfältige präkonzeptionelle Beratung sowie eine genetische Beratung bzw. Abklärung des Partners noch vor Absetzen der Kontrazeption sind dringend angezeigt.

Empfehlungen zur präkonzeptionellen Beratung

- ▶ Optimale Einstellung des Glukosestoffwechsels
- ▶ präkonzeptioneller Beginn der Folsäureprophylaxe
- ▶ Überprüfung bzw. Vervollständigen der Impfungen inkl. MMR, H Influenza, Pneumokokken, Varizella Zoster, Hepatitis B und Humane Papillomaviren vergl. Impfeempfehlungen BAG (5)
- ▶ Optimieren bzw. Stabilisieren der Ernährungssituation
- ▶ Anpassen der antibiotischen Prophylaxe, in Absprache mit dem betreuenden Pneumologen
- ▶ Optimieren der Physiotherapeutischen Massnahmen

Kontrazeption: Allen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit CF sollte grundsätzlich die Anwendung von Kondomen bei neuen Beziehungen empfohlen werden, als zusätzliche Kontrazeptionsmethode und vor allem als Schutz vor STI. Für viele junge Frauen mit

CF sind kombinierte hormonale Kontrazeptiva (CHC) eine mögliche Option. Die Resorption bei oraler Einnahme wird durch die CF nicht eingeschränkt, auch unter der häufigen antibiotischen Therapie (Ausnahme: Rifampicin) sind die Plasmaspiegel der Steroidhormone stabil; es empfiehlt sich aber, eine genügend hohe Hormondosierung (30µg EE) zu wählen. Bei neu auftretenden Blutungsstörungen unter COC sollte eine STI ausgeschlossen und auf ein transdermales oder intravaginales Präparat gewechselt werden. Kontraindiziert sind COC bei aktiver Leberbeteiligung, manifester Leberzirrhose, pulmonaler Hypertonie und St.n. Thromboembolie. Von einem erhöhtem TE-Risiko muss auch bei implantiertem Venenzugang ausgegangen werden. Bei manifestem Diabetes ist die Angiopathie zu beachten. Gestagen-only-Präparate sind ebenfalls für viele Frauen mit CF geeignet. Auch die intrauterine Kontrazeption ist für Frauen mit CF eine Option, insbesondere die hormonellen Systeme mit günstiger Wirkung bei Hypermenorrhoe. Die verminderte Infektabwehr ist keine Kontraindikation gegen intrauterine Kontrazeption, vor Einlage sollte aber auf STI gescreent werden.

3. Organtransplantation

In den letzten Jahrzehnten haben die erfolgreichen Organtransplantationen stetig zugenommen und in der Folge kommt es vermehrt zu Schwangerschaften und Geburten bei transplantierten Frauen. Der Kontrazeptionsberatung sowie der präkonzeptionellen Beratung kommen grosse Bedeutung zu, auch unter dem Aspekt

der Teratogenität einiger Immunsuppressiva. In den ersten zwei, sicher im ersten Jahr nach Transplantation ist von einer Schwangerschaft dringend abzuraten. Gemäss den Richtlinien der Royal Society ist eine Schwangerschaft im ersten Jahr wegen bedeutend erhöhter Mortalität kontraindiziert, eine sichere Kontrazeption ist unbedingt bereits präoperativ zu besprechen. Dies ist umso wichtiger, da viele Frauen infolge der chronischen Organerkrankung eine verminderte Fertilität und oft eine Amenorrhoe aufweisen und nach der Transplantation vom Wiedereintritt der Fertilität wenige Monate nach Transplantation überrascht werden (9).

Die Wahl des Kontrazeptivums hängt in erster Linie von der Grunderkrankung ab, denn an sich ist der Zustand nach Transplantation keine Kontraindikation gegen eine bestimmte Methode. Für die meisten Patientinnen ist eine Gestagen-only Kontrazeption eine gute Wahl. Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva können nur bei Frauen ohne vaskuläre Beteiligung und ohne erhöhtes Thromboembolierisiko gegeben werden. Die Anwendung intrauteriner Kontrazeptiva bei Frauen unter Immunsuppression wird unterschiedlich beurteilt, nach der Royal Society for Contraception kann dies unter Abwägung von Nutzen und Risiken in Betracht gezogen werden, wenn andere Methoden weniger geeignet erscheinen (8). Das Risiko einer aufsteigenden Infektion wird heute als gering beurteilt, vor der Einlage eines IUPs ist aber eine Infektion mit STIs auszuschliessen und Immunsupprimierte sollen bei ungewöhnlichen Symptomen engmaschig kontrolliert werden (1).

4. Bariatrische Chirurgie

Die CDC sowie die UKMEC haben in der Neuauflage der “medical eligibility criteria for contraceptive use” auf die Notwendigkeit von Kontrazeption für Frauen mit erhöhtem Schwangerschaftsrisiko hingewiesen. Dazu zählen neu auch die Organtransplantation innerhalb der letzten zwei Jahre und der Zustand nach bariatrischer Chirurgie wegen Malabsorption und Gefahr innerer Hernien (11).

In der Kontrazeptionsberatung von Frauen mit morbidem Adipositas sind Nutzen und Risiken der verschiedenen Methoden sorgfältig abzuwägen (9). Resektions- und Bypassoperationen erreichen oft erheblichen Gewichtsverlust und damit raschen Wiedereintritt der Fertilität, können aber zur Malabsorption führen. Die Resorption oraler Kontrazeptiva ist damit nicht gewährleistet (12). Die transdermale hormonale Kontrazeption ist wegen der oberen Gewichtslimite von 90 kg bei diesen Patientinnen keine Option, insgesamt ist wegen erhöhtem TE-Risiko bei adipösen Frauen (BMI>35) die östrogenhaltige Kontrazeption relativ kontraindiziert (Stufe 3; UKMEC 2009). Die Datenlage ist dünn, dennoch kann bei intrauteriner Kontrazeption sowie bei Gestagenimplantaten von einem hohen Kontrazeptionsschutz ausgegangen werden.

Zusammenfassung

Bei Jugendlichen und Frauen mit besonderen Bedingungen soll eine ungeplante, unvorbereitete Schwangerschaft möglichst vermieden werden. Dabei spielen auch der Kinderarzt sowie der Hausarzt eine wichtige Rolle, Themen der Kontrazeption und Sexualität rechtzeitig anzusprechen. Bei komplexen Situationen muss die Einschätzung von Fertilität, Kontrazeption und prä-

konzeptionelle Beratung interdisziplinär erfolgen. Der Frauenarzt wird zukünftig vermehrt zu einem Berater der prospektiven Familienplanung, denn Kontrazeptions- und Konzeptionsberatung werden weniger ein „entweder – oder“ sondern vielmehr ein rechtzeitig geplantes Nacheinander in der Lebensplanung darstellen.

Dr. med. Ruth Draths

Leitende Ärztin Kinder- und Jugendgynäkologie, Leiterin firstlove-Projekt
Neue Frauenklinik Luzern und Kinderspital
Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern
ruth.draths@luks.ch

Interessenkonflikt: Die Autorin hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Die Autorin hat zu dieser Thematik ein Buch verfasst:

Ruth Draths, Vergessene Pubertät – Sexualität und Verhütung bei Jugendlichen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung; Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2012.
CHF 24.50; ISBN 978-3-456-85123-5

Literatur:

1. FSRH Guidance (June 2014) Contraceptive Choices for Women with Cardiac Disease
2. Loomba et al. Addressing Sexual Health in Congenital Heart Disease: When Being the Same Isn't the Same. *Congenit Heart Dis.* 2014 Feb 13
3. Wald et al. Pregnancy and contraception in young women with congenital heart disease: General considerations. *Paediatr Child Health* 2011;16(4):e25-9
4. Drenthen W. Predictors of pregnancy complications in women with congenital heart disease. *European Heart Journal* 2010;31:2124–2132
5. Gatiss et al. Provision of contraception services and advice for women with cystic fibrosis. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35(3):157-60
6. Tsang et al: Contraception, Communication and Counseling for Sexuality and Reproductive Health in Adolescents and Young Adults with CF. *Paediatric Respiratory Reviews* 11 (2010) 84–89
7. BAG Impfpfehlungen für Personen vor und nach Transplantation eines soliden Organs Bull BAG 2014; Nr. 8: 155-158 sowie: Impfprinzipien und Empfehlungen für Personen mit autoimmun-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen Bull BAG 2014; Nr. 8: 159-161
8. Szpotanska-Sikorska M. Contraceptive awareness and birth control selection in female kidney and liver transplant recipients. *Contraception* 2014
9. Gosman GG. Reproductive Health of Women Electing Bariatric Surgery. *Fertil Steril.* 2010; 94(4): 1426–1431
10. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG practice bulletin no. 105: bariatric surgery and pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1405-13
11. Willi H. Acute abdominal pain in pregnancy: the first diagnosis is noch always the right diagnosis. *PV/51* Präsentiert am SGGG 2014
12. Merhi Z. Revisiting optimal hormonal contraception following bariatric surgery. *Contraception* 2013; 87:131–133

Take-Home Message

- ◆ Jugendliche und Frauen mit kongenitaler Herzkrankheit, Cystischer Fibrose und anderen chronischen Erkrankungen, die zu erhöhtem Schwangerschaftsrisiko führen, sollten früh und wiederholt kontrazeptiv beraten werden. Ebenso ist eine präkonzeptionelle Beratung rechtzeitig, vor Absetzen der Kontrazeption durchzuführen
- ◆ Bei hoher kardialer Risikoklasse, insbesondere bei pulmonaler arterieller Hypertonie ist eine Schwangerschaft kontraindiziert. Auch ein früher Schwangerschaftsabbruch geht mit einer erheblichen mütterlichen Mortalität einher und muss unbedingt vermieden werden
- ◆ Nach Organtransplantationen sowie nach bariatrischer Chirurgie sollte eine Schwangerschaft zwei Jahre vermieden werden und erst nach sorgfältiger präkonzeptioneller Beratung und Vorbereitung geplant werden. Die Kontrazeption sollte bereits präoperativ besprochen werden