

Blutungsstörungen unter hormonaler Kontrazeption bei jungen Mädchen

Blutungsstörungen unter kontrazeptiven Massnahmen stehen an erster Stelle der Gründe, weshalb besonders Jugendliche eine empfohlene Kontrazeption abbrechen.

Veränderte Blutungsmuster sind verursacht durch die direkte Einwirkung der Sexualsteroiden auf das Endometrium. Irreguläre Blutungen bis Amenorrhoe sind abhängig von den jeweiligen Östrogenspiegeln bei mehr oder weniger supprimiertem Endometrium (Tab1)

Methodik

Es wird der Versuch unternommen über Medline Recherche der Literatur der letzten 10 Jahre, von Empfehlungen der Fachgesellschaften und anhand eigener Erfahrungen eine Übersicht über zu erwartende Blutungsstörungen unter verschiedenen hormonalen Kontrazeptionsmethoden bei Adolescentinnen zu erhalten.

Die unterschiedlichen Methoden der Datenpräsentation erschweren einen Vergleich der Blutungsmuster zwischen den verschiedenen hormonalen Kontrazeptiva. Ausserdem ist die Datenlage für Adolescentinnen ausgesprochen spärlich.

Hinzukommt, dass verschiedene, die Blutungsstörungen beeinflussende Faktoren, wie z.B. Chlamydieninfektionen, Rauchen, Anwendungsfehler und Medikamenteneinnahme oder Drogen- und Alkoholabusus sowie ethnische Besonderheiten in den meisten Untersuchungen nicht oder nur teilweise berücksichtigt wurden.

In der Adoleszenz beträgt die Inzidenz von Menstruationsstörungen in Abhängigkeit vom Menarchealter noch bis zu 50%, bei der erwachsenen Frau zwischen 10 und 20%. Unter diesem Aspekt könnten hormonale Kontrazeptiva je nach ihrer Art und Zusammensetzung das Blutungsmuster bei Jugendlichen mit noch nicht stabiler endokriner Achse günstiger oder ungünstiger beeinflussen als bei der erwachsenen Frau.

Welche Empfehlungen können wir den Jugendlichen bezüglich zu erwartender Blutungsstörungen ungeachtet anderer Nebenwirkungen bei der Verordnung von hormonalen Kontrazeptiva geben?

Kombinationspräparate und Phasenpräparate

Unter der Einnahme von Kombinations- und Phasenpräparaten kommt es bei durchschnittlich 5 -10% aller Frauen zu Zwischenblutungen, die aber meist innerhalb von drei Behandlungszyklen zurückgehen.

Vergleichende Untersuchungen zwischen den verschiedenen Kombinations- und Phasenpräparaten zeigen nur geringfügige Unterschiede im Blutungsverhalten, so dass sich innerhalb der Präparategruppen keine Verordnungsempfehlungen bezogen auf die Häufigkeit von Blutungsstörungen ergeben. Mit steigender Behandlungsdauer werden spottings seltener.(Tab.2)

In der Adoleszenz sind diese Blutungsstörungen offensichtlich geringer als bei der erwachsenen Frau.

Als Ursache der Schmier- und Durchbruchblutungen wird ein direkter Einfluss der synthetischen Sexualsteroiden, insbesondere des Gestagens, auf das Endothel der endometrialen Gefäße angenommen.

Orale Kombinations- und auch Phasenpräparate haben im Vergleich mit allen anderen hormonalen Methoden die wenigsten Blutungsstörungen und sind daher bei entsprechender Compliance unverändert Mittel der ersten Wahl bei Jugendlichen.

Therapie bei irregulären Blutungen

Bei nicht akzeptierten, länger als 3 Zyklen anhaltenden Zwischenblutungen sollte die Dosis der Östrogenkomponente erhöht werden.

Bei nicht akzeptierten zu schwachen Blutungen oder einer Amenorrhoe, verursacht durch eine unvollständige sekretorische Transformation oder eine Atrophie des Endometriums, sollte auf ein Sequenzial (Zwei- oder Dreiphasenpräparat) gewechselt werden.

Langzyklus-Kontrazeption

"Langzyklus-Kontrazeption" ist ein Verordnungsschema ohne Pillenpause, das weitgehend zur Amenorrhoe führt und zukünftig möglicherweise auch mehr von Adolescentinnen nachgefragt werden könnte, die trotz zyklischer OH-Einnahme unter Dysmenorrhoe leiden oder einfach ihre Blutung als lästig empfinden. Die Rate von Zwischenblutungen bei erwachsenen Frauen kann >25% betragen (Tab3)

Für die Langzykluskontrazeption sind insbesondere solche Mikropillen geeignet, die ein Gestagen mit kurzer Plasma-Eliminationszeit enthalten, wie Dienogest, Desogestrel und Levonorgestrel.

Für die Langzyklus-Einnahme von oralen Kombinationspräparaten liegen bei Adolescentinnen bisher keine Erfahrungen vor.

Minipille (Gestagene)

Unter der Minipille, d.h. kontinuierliche orale Einnahme eines Gestagenpräparates, sind in

10-15% verlängerte Blutungen

40-60% irreguläre spottings und in

10-20% Amenorrhoeen zu erwarten.

Wie bei jeder reinen Gestagenkontrazeption verringern sich die Blutungsstörungen mit der Dauer der Anwendung.

Bis vor ca. 2 Jahren waren ausschliesslich Präparate mit Levonorgestrel 0,03mg (Microlut, Mikro-30Wyeth) verfügbar. Das neu hinzugekommene Desogestrel 0,075mg (Cerazette) bewirkt im Unterschied zu LNG eine Ovulationshemmung, wodurch die kontrazeptive Sicherheit erhöht ist, weil das unter LNG erforderliche Zeitfenster von 3 Stunden innerhalb 24-Stunden etwas erhöht ist.

Die Minipille ist für Jugendliche nur bei Kontraindikationen gegenüber Östrogenen geeignet, da keine Zykluskontrolle besteht und irreguläre Blutungen in mehr als 50% auftreten. Ausserdem ist eine äusserst disziplinierte Einnahme erforderlich.

Langzeitkontrazeption

Alle Gestagen-Langzeitkontrazeptiva sind in hohem Masse von Blutungsstörungen begleitet (Tab.4).

Für Adolescentinnen gibt es nur Statistiken mit kleinen Zahlen (Tab.5). Auswirkungen der Langzeit-Gestagene auf die Ausbildung der peak bone mass bei Adolescentinnen werden unterschiedlich diskutiert. Für MPA scheint eine negative Auswirkung gesichert, ausserdem kann die Reversibilität für die Fertilität bei MPA bis zu 12 Monaten eingeschränkt sein. Beim Implantat und beim LNG-IUS tritt sie nach Entfernung ohne wesentliche Zeitverzögerung ein.

Die "3-Monatsspritze" (Injektate) hat mit bis zu 80% die höchste Rate an Amenorrhoeen,

Bei den Implantaten ist das Blutungsverhalten grundsätzlich nicht vorauszusagen. Hier kann ein Test zum Blutungsverhalten mit der Verordnung der Minipille, z.B. 0,075 mg Desogestrel, vor Einlage des Implantates nützlich sein.

Therapie von irregulären Blutungen unter Injektaten und Implantaten

1. Bei hoch aufgebautem Endometrium >6mm: Gestagene in Transformationsdosis, z.B. 10mg MPA über 14 Tage
2. Bei asynchron aufgebautem Endometrium: Zyklusadaptierte Östrogen-Gestagen-Kombinationen
3. Bei relativem Gestagenmangel: Über ein bis zwei Monate Gestagene, z.B. 0,075mg Desogestrel /d. Zur Vermeidung von Entzugsblutungen ausschleichen-des Absetzen, z.B. für ein bis zwei Monate ½ Tablette/d.
4. Bei Menorrhagien kann ein Versuch mit Prostaglandinsynthese- Hemmern unternommen werden.

Das Intrauterinsystem hat die geringste Rate an Blutungsstörungen mit bis zu 60% normaler Zyklen. Allerdings ist das verfügbare LNG-IUS (Mirena) für die meisten jungen Mädchen nicht geeignet, da es eine Uterussondenlänge von mindestens 6cm erfordert. Blutungsstörungen in den ersten 6 Monaten können erfolgreich mit dem Fibrinolyse-Hemmer Tranexamsäure 2x1 bis 3x2 Tabl./d bis zum Sistieren der Blutung behandelt werden.

Langzeitkontrazeptiva sind für Jugendliche nur bei besonderen Indikationen geeignet: Behinderte, Kontraindikationen gegenüber Östrogenen, mangelnde Compliance für regelmässige Pilleneinnahme, Drogen- und Alkoholabusus. Im allgemeinen benötigen junge Mädchen keine auf mehrere Jahre festgeschriebene Kontrazeption. Bei besonders gefährdeten Jugendlichen ist die Langzeitkontrazeption die sicherste Methode der Schwangerschaftsverhütung.

Fazit

1. Orale Kombinations- und Phasenpräparate verursachen die geringsten Raten an Blutungsstörungen und sind daher gegenwärtig sowohl unter dem Aspekt von Blutungsstörungen als auch anderer Nebenwirkungen immer noch die erste Wahl bei der Verordnung von sicheren Kontrazeptiva für junge Mädchen. Eine Langzyklus-Verordnung kann auf Wunsch des Mädchens nach Beratung über zu erwartende spottings in Erwägung gezogen werden.

2. Die Minipille (orale Gestagene) ist für Jugendliche nur bedingt geeignet, da die Zykluskontrolle mit mehr als 50% zu erwartender Irregulärer Blutungen schlecht ist und ihre Einnahme eine hohe Compliance erfordert. Bei Kontraindikationen gegenüber der Einnahme von Östrogenen ist sie aber bei disziplinierten Mädchen Mittel der Wahl.

3. Langzeitkontrazeptiva (Injektate, Implantate, Intrauterinsysteme) sollten jungen Mädchen nicht als "Routine-Kontrazeptivum" verordnet werden, da in Abhängigkeit von der Art des Kontrazeptivums der Zyklusverlauf völlig irregulär sein kann und weitere Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Akne u.a. von den Mädchen im allgemeinen nicht toleriert werden. Bei folgenden Indikationen sollten sie aber auch bei jungen Mädchen als Alternative und einzige Möglichkeit zur sicheren Verhütung einer Schwangerschaft verordnet werden: geistige Behinderung, mangelnde Compliance für die orale Kontrazeption u.a. bei Alkohol- und Drogenmissbrauch, Kontraindikationen gegenüber Östrogenen, wenn die regelmässige Einnahme der Minipille nicht gewährleistet ist.

4. Bei instabilen Intimbeziehungen und häufig wechselnden Partnern ist mit den Mädchen unbedingt über das Kondom zu sprechen und seine Anwendung zu empfehlen.

Dr. med. Marlene Heinz
Sprechstundenzentrum am Paritätischen Krankenhaus Berlin-Lichtenberg
Frankfurter Alle 31A
10365 Berlin

e-mail: marheinz@debitel.net