

Spezifische Bedürfnisse der chronisch kranken Adoleszenten

Aspekte der Betreuung und der Kontrazeptionsberatung

Durch die Fortschritte der Medizin erreichen Kinder mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen immer häufiger das Erwachsenenalter. Dadurch werden die betreuenden Ärzte vermehrt mit Fragen der Pubertätsentwicklung, Kontrazeption, Fertilität und Schwangerschaft bei diesen jungen Frauen konfrontiert. Leider wird die Sexualaufklärung bei Mädchen mit Behinderungen häufig vernachlässigt, obwohl sich diese Jugendlichen mit denselben Gedanken und Gefühlen beschäftigen wie gesunde Gleichaltrige.

RUTH DRATHS, IRÈNE DINGELDEIN

Die einfühlsame, ehrliche und medizinisch korrekte Beratung, gerade auch bezüglich Kontrazeption, ist von grosser Wichtigkeit. Oft fehlen den Mädchen grundlegende Informationen zur Pubertätsentwicklung, Fruchtbarkeit, Hygiene und Menstruation. Es ist wichtig, sexuelle Bedürfnisse und Ängste wahrzunehmen, aber auch die Risiken zu kennen, denen Jugendliche mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten oft ausgesetzt sind. Häufiger als gesunde Kolleginnen werden sie Opfer von sexueller Gewalt und Missbrauch. Die Ärztin/der Arzt kann dazu beitragen, die Unsicherheiten über die eigene körperliche Entwicklung abzubauen und damit das Selbstwertgefühl der Jugendlichen zu stärken.

Besondere Bedeutung kommt dem Einbezug der Eltern und/oder der betreuenden Institution zu, besonders wenn eine starke Abhängigkeit von diesen besteht. Viele Jugendliche mit chronischen Krankheiten sind auf die Unterstützung der Eltern angewiesen; im Laufe der Pubertät geraten sie mit ihrem natürlichen Wunsch nach Autonomie und Abgrenzung, insbesondere in sexueller Hinsicht, in Problemsituationen. Daher ist die Aufklärung der Eltern und Betreuenden, gerade auch von jugendgynäkologischer Seite, von grosser Bedeutung. Unter Umständen muss auch die soziale und rechtliche Situation sorgfältig geklärt werden.



Edvard Munch: Pubertät, 1894

Verzögerte Pubertät

Schwere chronische Krankheiten können zu einer Verzögerung der Ausreifung der Hypothalamus-Hypophysen-Ovarachse führen oder bei Neuauftreten mit dieser interagieren. Diese Interaktion kann zu Zyklusstörungen und Einschränkung der Fertilität führen. Für die betroffenen Jugendlichen ist es von grosser Bedeutung, diese Zusammenhänge zu verstehen und sich damit auseinandersetzen zu können. Jugendliche mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten vergleichen sich oft besonders intensiv mit

gesunden Gleichaltrigen und bemerken Unterschiede in der Entwicklung sehr genau. Von grosser Wichtigkeit ist es für die jungen Mädchen, solche gespürten Unterschiede vor anderen artikulieren zu können und in ihrer Sorge um ihre Pubertät, Weiblichkeit und Fruchtbarkeit ernst genommen zu werden.

Je nach Krankheitsbild sind weitergehende Abklärungen der endokrinologischen, hämatologischen, gastroenterologischen oder auch orthopädischen Gegebenheiten erforderlich. Oft bedarf es einer interdisziplinären Zusammenarbeit, um die bestmögliche Behandlungsmethode zu finden.

Kontrazeption

Für Jugendliche allgemein ist die Verhütung mit oralen Kontrazeptiva (orale Ovulationshemmer, Pille) als relativ sichere, risikoarme und gut akzeptierte Verhütungsmethode erste Wahl bei Anti-konzeptionsbedarf.

Bei chronisch kranken Jugendlichen sind aber die Risiken anders zu beurteilen: Sowohl die Anwendung von Kontrazeptiva als auch der Eintritt einer unerwarteten Schwangerschaft kann mit erheblicher Gefährdung verbunden sein. Wesentlich ist in gleichem Mass, dass die gewählte Verhütungsmethode von dem jungen Mädchen akzeptiert wird und dass sie ausreichend effektiv ist. Nach Jones und Wild besteht unter den verschiedenen Faktoren folgende Beziehung:

Risiko der Methode bei bestimmter Behinderung

Risiko einer Schwangerschaft bei bestimmter Behinderung

Jones, Wild; Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1575–80

X

Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin die Methode akzeptiert

Effektivität der Methode

Ein zusätzliches Dilemma bei der Wahl der geeigneten Kontrazeptionsmethode entsteht durch die oft ungenügende Datenlage bei diesem Patientinnenklientel. Denn: Studien über Wirksam- und Verträglichkeit einer Kontrazeptionsmethode erfolgen fast ausschliesslich bei gesunden jungen Frauen; verlässliche prospektive Daten in der Anwendung bei vielen der chronischen Krankheiten fehlen.

Eine gute, wenn auch nicht vollständige Übersicht als Entscheidungsgrundlage erlaubt die WHO-Klassifikation kontrazeptiver Methoden, wie in *Tabelle 1* aufgeführt.

Im Folgenden werden für die häufigsten chronischen Erkrankungen wichtige Aspekte aufgeführt, die bei der Risikoabwägung eines Kontrazeptivums und bei der Entscheidungsfindung eine Rolle spielen.

Kongenitale Herzerkrankungen

Bei Patientinnen mit kongenitalen Herzerkrankungen ist – im Falle von Vitien mit relevant veränderter Hämodynamik – das erhöhte Thromboembolierisiko zu beachten. Auch eine Blutdruckerhöhung und Wasserretention, die unter oralen Kontrazeptiva auftreten können, stellen Risiken für diese Frauen dar. Allerdings ist die Kombination von Cumarinen mit der Pille möglich. Intrauterinpressare (Bsp. Mirena®) stellen nachweislich nur ein geringes Infektrisiko dar und sind daher bei Patientinnen mit Klappenvitien und Shuntläsionen sinnvoll. Die Einlage einer Kupferspirale ist jedoch nicht indiziert.

Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen

Im Allgemeinen stellen das Asthma bronchiale und die zystische Fibrose keine Kontraindikationen für die Pille dar. Allerdings müssen Patientinnen mit Mukoviszidose – im Hinblick auf die Leberfunktionsstörungen – engmaschig über-

wacht werden: Nachzuprüfen ist, ob die zugeführten Steroide adäquat abgebaut werden.

Zu beachten ist, dass die oralen Kontrazeptiva die Effektivität der Asthmamedikamente herabsetzen. Hier ist folglich eine regelmässige Überwachung wesentlich.

Alternativen zur Pille stellen auch hier die Hormonspirale (Intrauterinpressar) oder allenfalls Barrieremethoden dar.

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Nach dem neuesten Stand der Literatur scheinen orale Kontrazeptiva keinen negativen Effekt auf den Krankheitsverlauf zu haben. Die ausreichende Wirkstoffresorption ist nur bei massiven Durchfällen bei Dünndarmpfaffall gefährdet. Gegebenenfalls ist bei betroffenen Patientinnen zusätzlich auf Barrieremethoden zurückzugreifen. Geeignete Alternativen stellen das Evra®-Pflaster, der Nuva-Ring® und die Mirena®-Hormonspirale dar.

Chronische Leberfunktionsstörungen

Diese können im Jugendalter auf der Basis eines M. Wilson oder einer biliären Zirrhose auftreten und gelten bei bereits beeinträchtigter Leberfunktion als Kon-

traindikation der oralen Kontrazeptiva. Zu beachten: Auch bei der Anwendung des Evra®-Pflasters muss das Gestagen (Norelgestromin) in der Leber abgebaut werden. Die gängigen Alternativen wie Mirena®, Implanon®, Depot-Provera® kommen ebenfalls nicht infrage; bei M. Wilson ist sogar die Kupferspirale kontraindiziert. Barrieremethoden müssen bei den betroffenen Mädchen (bzw. Frauen) konsequent angewendet werden. Ist die Leberfunktion jedoch im Normbereich, dürfen niedrig dosierte Hormonpräparate unter regelmässiger Kontrolle eingesetzt werden.

Chronische Niereninsuffizienz

Die Effekte oraler Kontrazeptiva auf die Flüssigkeitsbilanz des Organismus sowie deren ungünstiger Einfluss auf einen möglicherweise bereits manifesten Hypertonus müssen zu einer strengen Indikationsstellung für die Pille führen. Von der günstigen Wirkung der oralen Kontrazeptiva auf Knochen und Blutungsstörungen kann profitiert werden, wobei Drospirenon-haltige Präparate wegen der Kalium-sparenden Wirkung kontraindiziert sind. Als Alternative kommen reine Gestagene infrage, welche jedoch häufig mit Blutungsstörungen verbunden sind.

Lupus erythematoses

Patientinnen mit einer milden Krankheitsform, bei denen keine Antiphospholipid-Antikörper nachgewiesen werden können, kann die Gabe von niedrig

Tabelle 1:

WHO-Klassifikation kontrazeptiver Methoden im Hinblick auf medizinisch-klinische Merkmale der Anwenderin

I	Ein klinischer Zustand, bei dem die Methode unbeschränkt angewendet werden kann.
A = «Always usable»	
II	Ein klinischer Zustand, bei dem der Nutzen der Methode im Allgemeinen die theoretischen oder bewiesenen Risiken überwiegt.
B = «Broadly usable»	
III	Ein klinischer Zustand, bei dem die theoretischen oder bewiesenen Risiken im Allgemeinen den Nutzen übersteigen. Aber – unter Berücksichtigung der Autonomie der Patientin – kann, wenn sie die Risiken akzeptiert oder eine entsprechende alternative Methode nicht anwenden will oder soll, die Methode unter sorgfältiger Überwachung angewandt werden.
III	
C = «Caution/Counseling»	
IV	Ein klinischer Zustand, bei dem die Anwendung der Methode inakzeptable Gesundheitsrisiken mit sich bringt.
D = «Do not use»	

Einsehbar unter: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm

dosierten oralen Kontrazeptiva empfohlen werden.

Kontraindikationen für die Gabe von Ethinylestradiol sind:

- eine vaskuläre Beteiligung
- eine Nephritis
- der Nachweis von Antiphospholipid-Antikörpern.

Als Alternative zur niedrig dosierten kombinierten Pille kann ein reines Gestagen-Präparat, auch als Depot-Gestagen, gewählt werden. Die Einlage eines Intrauterinpressars ist bei den Betroffenen möglich (wobei die Datenlage zur sicheren Einschätzung der Verträglichkeit insgesamt ungenügend ist).

Diabetes mellitus Typ I

Der Diabetes im Jugendalter geht mit einer Verzögerung der Pubertät und der Menarche um sechs bis zwölf Monate einher. Häufig treten Zyklusstörungen im Sinne der Oligoamenorrhö auf, als Zeichen der chronischen Anovulation. Diese kann durch die Reifungsstörung der hypophysären Achse zentral oder im Rahmen eines PCO-Syndroms und beginnenden metabolischen Syndroms bedingt sein.

Für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I ist eine sichere Kontrazeption von grosser Wichtigkeit, da eine unvorbereitete und ungewünschte Schwangerschaft mit negativen Auswirkungen auf Mutter und Kind einhergeht.

Zur Kontrazeption sind, wenn keine Kontraindikationen vorliegen, primär orale Kontrazeptiva zu empfehlen.

Zu beachten sind aber die Kontraindikationen für Ethinylestradiol:

- diabetische Retinopathie
- diabetische Nephropathie (ab Stadium III)
- autonome Neuropathie.

In Abwägung von Risiken und Alternativen gelten als Kontraindikationen ebenfalls:

- Adipositas BMI > 35 kg/m²
- arterielle Hypertonie
- Nikotin-Abusus.

Als Alternativen zur kombinierten Pille stehen in zweiter Linie die oralen Gestagen-Präparate zur Verfügung, wobei eine mögliche Erhöhung der Insulinresistenz durch deren Einnahme zu berücksichtigen ist. Für Depot-Gestagene besteht eine ungenügende Datenlage. Die

Tabelle 2:

Mögliche Enzyminduktion durch verschiedene Antiepileptika

Enzyminduktion	Keine (geringe) Enzyminduktion
Phenytoin	Valproat* (Orfiril)
Carbamazepin	Lamotrigin** (Lamictal)
Phenobarbital	Gabapentin (Neurontin)
Primidon	Levetiracetam (Keppra)
Oxcarbazepin	Tiagabin (Gabitril)
Felbammat	Topirammat (< 200 mg/Tag)
Vigabatrin	
Topirammat (> 200 mg/Tag)	

*Valproat begünstigt die Entstehung eines PCO-Syndroms durch Erhöhung der Androgene und Zunahme der Insulinresistenz. Günstiger wirken Carbamazepin und Lamotrigin.

**Lamotrigin: Unter oralen Kontrazeptiva ist mit einer Abnahme des Lamotrigin-Spiegels um bis zu 50% zu rechnen. Damit kann es zur Anfallszunahme unter oraler Kontrazeption kommen. Entsprechend ist mit einer Erhöhung des Spiegels im pillenfreien Intervall zu rechnen.

Einlage eines Intrauterinpressars ist möglich; die erhöhte Infektionsgefahr muss mit der Patientin besprochen werden, damit sie sich beim Sexualverhalten darauf einstellt und bestenfalls zusätzlich ein Kondom benutzt wird.

Hämorrhagische Diathese

Symptome einer hämorrhagischen Diathese können sich im Jugendalter durch Menorrhagie und Hypermenorrhö ab der Menarche zeigen. Bei verdächtiger Anamnese (z.B. häufige Epistaxis im Kindesalter) sollte eine Gerinnungsstörung (Morbus von Willebrand, Hämophilie B, Thrombozytopenie) ausgeschlossen werden.

Zur Therapie der Hypermenorrhö werden kombinierte orale Kontrazeptiva, eventuell im Langzyklus, gemeinsam mit einem NSAR (Ibuprofen, Mefenaminsäure) und, je nach Verlauf, ein Hämostyptikum (Dicynone® Etamsylat, Cyklokapron®) eingesetzt.

Thrombophilie

Die Thrombophilie geht mit einer Erhöhung des Thromboserisikos einher, insbesondere bei Anwendung eines oralen Kontrazeptivums, wobei die Gefährdung um den Faktor 40 erhöht ist. Bei der Betroffenen ist das Thromboserisiko aber auch in der Schwangerschaft erhöht.

Bei verdächtiger Familienanamnese sollte eine Thrombophilie (Faktor-V-Leiden-Mutation, APC-Resistenz, Protein-S- oder Protein-C-Mangel, AT-III-Mangel) ausgeschlossen werden.

Die Thrombophilie ist eine Kontraindikation für Ethinylestradiol-haltige Präpa-

rate. Als Alternative stehen reine Gestagen-Präparate oder Intrauterinpressare zur Verfügung.

Zerebrale Paresen

Je nach Ausmass der Behinderung besteht durch die Bewegungseinschränkung (v.a. bei kompletter Gehunfähigkeit) sowohl erhöhte Thrombose- als auch Osteoporosegefahr. Damit ist einerseits die Gabe von Ethinylestradiol wegen des Thromboserisikos, andererseits die Anwendung reiner Gestagen-Präparate (v. a. Depot-Gestagene) wegen des Osteoporoserisikos problematisch. Durch Kontraktionen der Beine kann die Einlage eines Intrauterinpressars erschwert sein, sodass gelegentlich eine Kurznarkose erforderlich ist. Hierbei müssen aber auch die Fragen der Lagekontrolle sowie der Selbstkontrolle durch die Patientin gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt überlegt werden.

Epilepsie

Kontrazeption und Schwangerschaft bedürfen bei Frauen mit Epilepsie einer engmaschigen Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Neurologen. Verschiedene Gesichtspunkte sind zu bedenken: Der Eintritt einer Schwangerschaft sollte sorgfältig vorbereitet und geplant werden. Somit kommt einer sicheren Kontrazeption grosse Bedeutung zu.

Die erhöhte Neigung zum PCO-Syndrom sowie zur Gewichtszunahme ist zu berücksichtigen. Nicht zu übersehen ist das erhöhte Osteoporoserisiko unter der antiepileptischen Langzeittherapie. Vor

allem muss die mögliche Enzyminduktion (Zytochrom-P-450-Isoenzyme) durch verschiedene Antiepileptika beachtet werden (vgl. hierzu *Tabelle 2*).

Kontrazeptive Möglichkeiten bei Epilepsie:

- **Reine Gestagene:** Diese zeigen häufig einen günstigen Einfluss auf die Anfallshäufigkeit, aber Vorsicht: Die Enzyminduktion wirkt auch auf Gestagene! Depot-Provera® sollte mit verkürztem Intervall, für zehn statt zwölf Wochen, appliziert werden. Eine Implanon®-Einlage ist bei enzyminduzierenden Medikamenten unsicher!
- **Alternativen:** Umstellen der Antiepileptika auf nicht enzyminduzierende Präparate (in Zusammenarbeit mit dem Neurologen) und anschliessend orale Kontrazeptivagabe.
- **Intrauterinpressare (Mirena®/Kupfer)**
- **Experimentell:** Die Gabe höher dosierter oraler Kontrazeptiva ist problematisch, da nur die Ethinylestradiol-Dosierung höher, die Gestagen-Dosierung aber identisch ist. Erwogen wird die Langzyklus-Gabe mit zusätzlicher Barrieremethode oder die Gabe von zwei Mikropillen pro Tag (Studien- daten fehlen).

Migräne

Eine Migräne ohne Aura stellt keine Kontraindikation für orale Kontrazeptiva dar, diese sollten aber bei Verschlechterung der Migräne abgesetzt werden.

Eine Migräne mit Aura ist dagegen eine absolute Kontraindikation gegen Ethinylestradiol (WHO-Klasse IV), auf orale Kontrazeptiva muss verzichtet werden. Als Alternativen können reine Gestagen-Präparate oder ein Intrauterinpressar erwogen werden.

Psychiatrische Erkrankungen

Bei psychiatrischen Erkrankungen können sich kontrazeptive Probleme vor allem durch Fragen der Compliance, der Einsicht und des Verständnisses der Methode sowie der Motivation bei jungen Patientinnen ergeben. Das Risiko einer Gewichtszunahme (z.B. unter Depot-Provera®) ist ernst zu nehmen. Ferner sind Interaktionen mit der weiteren Medikamenteneinnahme, auch mit Hypericum perforatum, zu berücksichtigen. Studien- daten belegen, dass orale Kontrazeptiva nicht zu einer Verschlechterung einer bestehenden Depression führen.

Geistige Retardierung

Bei Mädchen mit geistiger Retardierung oder Behinderung ist eine sorgfältige Kontrazeptionsberatung sehr wichtig. Diese Gespräche können zur Vermittlung grundlegender Kenntnisse von Pubertät und Sexualität genutzt werden. Bei guter Unterstützung durch die betreuende Institution kann oft eine orale Kontrazeption gewählt werden. Bei zusätzlichen Hygieneproblemen ist möglicherweise

die Gabe eines Depot-Gestagens mit erwünschter Amenorrhö sinnvoll. Auch die Einlage von Mirena® kann bei Hypermenorrhö und Dysmenorrhö günstig sein, gelegentlich ist die Einlage in Kurz- narkose sinnvoll.

Fazit

Die Kontrazeptionsberatung chronisch kranker oder behinderter Jugendlicher ist eine Herausforderung, die ein sorgfältiges Abwägen verschiedener Risiken bedarf und gelegentlich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert. Neben der Klärung der medizinischen Fragen ist es jedoch entscheidend, die Jugendliche mit ihren dem Alter entsprechenden Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten als ganz normale Adoleszente zu betrachten. ■



Dr. med. Ruth Draths
(Korrespondenzadresse)
Leitung «firstlove-Projekt» und
Kinder-
und Jugendgynäkologie
Neue Frauenklinik
Kantonsspital Luzern
6004 Luzern
E-Mail: ruth.draths@ksl.ch



Dr. med. Irène Dingeldein
Universitätsfrauenklinik Bern
Inselspital
3010 Bern
E-Mail:
irene.dingeldein@insel.ch

Literatur bei den Verfasserinnen.