

vorübergehend abgesetzt werden. Zwischenblutungen treten bei zu niedriger Dosierung auf. Zur Behandlung gibt man vorübergehend 2 Tabletten täglich. Die Sequentialpräparate dämmen eine verstärkte Blutung ein, die Kombinationspräparate führen zu einer verstärkten Blutung. Der Uterus wird hypoplastisch. Frauen mit Kinderwunsch sollen also keine Kombinationspräparate einnehmen. Die Brust reagiert auf Östrogenzufuhr mit einer leichten Vergrößerung, Gestagen bewirkt eine Erschlaffung. Zwar gibt es keinen bestimmten „Pillentyp“ bei Frauen, trotzdem ist der differenzierte Einsatz hormonaler Kontrazeptiva durchaus möglich. – Leitsymptome für östrogenbetonte Ovulationshemmer: Oligo-Hypomenorrhö, Zusatzblutungen, Uterushypoplasie, Mammahypoplasie. – Leitsymptome für gestagenbetonte Ovulationshemmer: Poly-Hypermenorrhö, Myohyperplasie. – Leitsymptome für die Minipille: Adolescentinnen, labiler Zyklus, Varikose, Übergewicht, Diabetes. – Leitsymptome für Gestagen-Depotpräparate: über 35 Jahre, kein Kinderwunsch, Menorrhagie, Myomatose, Endometriose, Mastopathie. – Ein Präparatewechsel ist sinnvoll, wenn der Östrogenanteil bzw. Gestagenanteil hoch ist. Leitsymptome für östrogenärmere Präparate: starke Extrablutung, Gewichszunahme, Übelkeit, Migräne. – Leitsymptome für gestagenschwächere Präparate: Appetitzunahme, Hitzewallungen, Müdigkeit, Depressionen, Libidoverlust. Durch überlegte Einnahme der Pille läßt sich die Periode vorverlegen oder hinausschieben. So kann die Frau jedes Wochenende und jeden Urlaub blutungsfrei gestalten. – Während der Stillzeit kommt die Minipille in Frage. – Die morning-after-Pille muß in den ersten 36 Stunden nach dem Koitus eingenommen werden.

H. Ludwig (Essen): Die wichtigsten Nebenwirkungen durch hormonale Kontrazeptiva

Wirkung und Nebenwirkungen der hormonalen Kontrazeptiva sind eng

miteinander verknüpft. Extragenitale Nebenwirkungen: Die Blutgerinnungsfaktoren nehmen zu; es kommt zu einer kompensierten Hyperkoagulabilität. Die Trijodthyroninspeicherung ist erniedrigt, so daß bei Hypothyreose die Substitution erhöht werden muß und bei Hyperthyreose keine Kombination mit Thyreostatika erfolgen darf. Die 17-Hydroxykortikosteroide sind erniedrigt, eine Kombination mit Kortikosteroiden ist erlaubt. Bei 5% der Frauen ist der Blutdruck bei bestimmten Präparaten erhöht. Triglyzeride, Phospholipide und Gesamtcholesterin sind erhöht. Orale Kontrazeptiva sind also bei Hypertriglyzeridämie und Hypercholesterinämie kontraindiziert. Bei Langzeittherapie ist auf Gallensteinbildung zu achten. Kontraindikationen sind: vorausgegangener Schwangerschaftsikerus, chronisch aggressive Hepatitis, Leberzirrhose. Die Ausscheidungsschwelle für Glukose ist gelegentlich herabgesetzt, so daß bei Diabetes Sequentialpräparate günstiger als Kombinationspräparate sind. Veränderungen am Endothel betreffen Zellumsatz, ADP-Abgabe und die Fibrinolyse-Aktivatoren. Bei 30 von 100 000 Frauen kommt es zu einer Venenthrombose. Für die Bundesrepublik bedeutet das pro Jahr 1000 oberflächliche und 3000 tiefe Venenthrombosen. Gesicherte Nebenwirkungen sind: Venenthrombose, Gallensteinleiden, depressive Verstimmung, Libido-Herabsetzung, Harnwegsinfekt, Photosensibilität, Chloasma, Neurodermitis, Morbus Crohn, Kolitis. Positive Effekte der oralen Kontrazeptiva: Brusttumoren, Ovarialgeschwülste, Eisenmangelanämien, Dysmenorrhö, Akne, Seborrhö, Duodenalgeschwülste treten seltener auf.

P. Obolenski (Basel): Die Intrauterin-Pessare

Bereits 1909 beschrieb *Richter* das 1. Intrauterinpessar. Mit dem Graefenberg-Ring wurden Ende der 20er Jahre sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Erst 1959 berichtete *Oppenheimer* wie-

der über die Brauchbarkeit der intrauterinen Kontrazeption. Man schätzt, daß derzeit 15 Millionen Intrauterinpessare in Gebrauch sind, davon 3 bis 4 Millionen in den USA. Intrauterinpessare beeinträchtigen den Sexualakt nicht. Heute gebräuchlich: Lippeschleife, Dalton-Schild, Kupfer-Pessar. Auf 100 Frauenjahre treffen 2 bis 4 Schwangerschaften, das heißt 1 von 20 Frauen wird trotz Intrauterinpessar schwanger. Ein hoher Anteil sind Extrateringraviditäten. Kontraindikationen: Nulliparae, Hypermenorrhö, Entzündungen. Zu Perforationen kommt es in 1:500 bis 1:1000. In den ersten drei Monaten ist der Prozentsatz wegen Blutung und Schmerzen besonders groß. Bei 1% kommt es zu Infektionen.

H. Hepp (Mainz): Über den Einsatz kontrazeptiver Maßnahmen bei Jugendlichen (einschließlich mechanischer und chemischer Kontrazeptiva)

Die Vielfalt der Methoden entspricht der individuellen Annehmbarkeit. Empfehlung unzuverlässiger Methoden muß heute als Kunstfehler angesehen werden. – An ein Mittel zur Empfängnisverhütung sind folgende Anforderungen zu stellen: Unschädlichkeit, Zuverlässigkeit, Annehmbarkeit für beide Partner, Reversibilität, leichte Handhabung, geringe Kosten. Die Beratung Jugendlicher ist eine wichtige ärztliche Maßnahme, zumal wenn man bedenkt, daß von 15jährigen Mädchen jedes 10., von 16jährigen jedes 3. und von 17jährigen bereits jedes 2. Koitus-Erfahrung hat. Jedoch nur wenige kümmern sich um Kontrazeption. Bei Jugendlichen muß der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden, da die Komplikationsrate sehr hoch ist, vor allem Frühgeburten, Mangelgeburten, hohe Säuglingssterblichkeit. – Für Jugendliche empfiehlt sich die Minipille, da anovulatorische Zyklen bis zum 20. Lebensjahr auftreten. Ein vorzeitiger Epiphysenschluß ist nicht zu befürchten, dazu wäre eine 4- bis 5fache Östrogen-