

DMW

Adnexitis-Risiko durch Intrauterinpressare

Entzündliche Genitalerkrankungen stellen den Hauptanteil der ernstesten Komplikationen bei Verwendung von Intrauterinpressaren (IUP) dar. Die Infektionen des oberen Genitaltraktes äußern sich klinisch als Salpingitis, Oophoritis oder Pelviperitonitis, meistens spricht man von Adnexitis. Die Adnexitis verursacht zu 20–50% schwere, morphologische Veränderungen des Eileiters, vor allem des distalen Tubenendes. Als Folge solcher Läsionen ergibt sich die tubarbedingte Sterilität bzw. ein erhöhtes Risiko für ektopische Schwangerschaften. Auch Tuboovarial- oder Douglas-Abszesse sind im Rahmen einer ascendierenden Genitalinfektion zu befürchten, deren Sanierung oft eine Adnexektomie oder sogar eine Hysterektomie notwendig macht.

Die Zusammenhänge zwischen Infektionen des oberen Genitaltraktes und Intrauterinpressaren sind seit der Einführung der intrauterinen Kontrazeption Gegenstand teils heftiger Diskussionen. Als Gräfenberg das von ihm entwickelte Pessar 1931 auf dem Gynäkologen-Kongreß in Frankfurt demonstrierte, wurde er heftig angegriffen. Aschheim warnte, daß man bald statt von »Verhütung der Empfängnis« von dem »Verhängnis der Verhütung« sprechen würde. Erst durch die überzeugenden Arbeiten von Tietze, Ota, Ishihama und Oppenheimer revidierten fast dreißig Jahre später die meisten Gynäkologen ihre ablehnende Haltung gegenüber der intrauterinen Kontrazeption.

Seit etwa 1970 beherrschen wieder Zweifel die Diskussion, zumal epidemiologische Studien belegten, daß das relative Risiko einer Genitalinfektion für IUP-Trägerinnen zwei- bis fünfmal so hoch ist wie für Frauen, die keine oder eine anderweitige Verhütungsmethode anwenden. Allerdings läßt sich gegen die meisten Untersuchungen einwenden, daß unter Studienbedingungen die Beziehung zwischen Intrauterinpressar und Infektionen des oberen Genitaltraktes nur schwer quantifizierbar ist. Schwierigkeiten bereiten die ungenauen Kriterien für die Adnexitis-Diagnose und das Fehlen einer Vergleichsgruppe: Manche Adnexitis verläuft asymptomatisch und ist sogar mit Hilfe der Laparoskopie nicht zu diagnostizieren, und bei den Kontrollpatientinnen vermindern sowohl die Ovulationshemmer als auch die Barriere-Methoden (Kondom, Scheidendiaphragma) das Adnexitis-Risiko.

In jüngster Zeit beschäftigten sich zwei Untersuchungen in den USA mit der Problematik der tubaren Sterilität

durch Intrauterinpressare. In der Seattle-Studie (2) wird das relative Risiko einer tubaren Sterilität, bedingt durch das Dalcon-Shield, mit 11,9, durch das Lippes-Loop mit 4,4 und durch ein Kupfer-IUP mit 1,3 angegeben. Das relative Risiko für eine Tubenläsion durch das Kupfer-IUP wurde damit nicht signifikant höher als in einer Vergleichsgruppe gefunden. Eine umfangreiche Multicenter-Studie (1) gibt für die Nullipara mit mehr als einem Sexualpartner das relative Risiko einer tubaren Sterilität durch das Kupfer-IUP mit 1,6 an; es war somit signifikant höher als bei Kontrollpatientinnen. Jedoch wurde das Risiko eines Tubenschadens für die Primi- und Multipara in dieser Studie nicht höher als für die Vergleichsgruppe eingestuft.

Zur intrauterinen Kontrazeption in der Bundesrepublik Deutschland wurde im letzten Jahrzehnt überwiegend das Kupfer-IUP verwendet. Faßt man die Ergebnisse der Seattle- und Multicenter-Studie bezüglich des Kupfer-IUP zusammen, so ist anzunehmen, daß bei der jungen IUP-Trägerin mit aktiverem Geschlechtsleben das Risiko einer tubaren Sterilität erhöht ist. Das bestätigen indirekt Untersuchungen von Senanayake und Kramer (3), die bei Frauen unter 25 Jahren einen höheren Anteil von Infektionen des oberen Genitaltraktes fanden.

Für die ärztliche Praxis bedeutet dies, daß die junge Nullipara, die mit mehr als einem Sexualpartner verkehrt, vor der IUP-Einlage sorgfältig und umfassend über die Problematik der Beziehung zwischen Intrauterinpressar und Adnexitis bzw. tubarer Sterilität aufgeklärt werden muß. Nach Tauber (4) sind Intrauterinpressare für nullipare Frauen unter 25 Jahren bestenfalls das Mittel der zweiten Wahl. Von wissenschaftlicher Seite wäre es sinnvoll, dem Faden des Intrauterinpressars erneut Aufmerksamkeit zu widmen, da er mit dem bakteriologischen Abwehrmechanismus der Cervix interferiert und es so Bakterien ermöglicht wird, zu ascendieren, wobei vielleicht Spermatozoen als Vehikel dienen (5).

Literatur

- (1) Cramer, D. W., I. Schiff, S. C. Schoenbaum et al.: Tubal infertility and the intrauterine device. *New Engl. J. Med.* 312 (1985), 941.
- (2) Daling, J. R., N. S. Weiss, B. J. Metch et al.: Primary tubal infertility in relation to use of an IUD. *New Engl. J. Med.* 318 (1985), 937.
- (3) Senanayake, P., D. G. Kramer: Con-

- trazeption and the etiology of pelvic inflammatory disease: new perspectives. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 138 (1980), 852.
- (4) Tauber, P. F.: Die intrauterine Kontrazeption. *Gynäkologie* 17 (1984), 185.
- (5) Toth, A., W. M. O'Leary, W. Ledger: Evidence for microbial transfer by spermatozoa. *Obstet. and Gynec.* 59 (1982), 556.

Prof. Dr. W. Distler
Universitäts-Frauenklinik
4000 Düsseldorf 1, Moorenstr. 5