

Kontrazeptive Gestagene

Endokrinologisches Arbeitstreffen
Zürich, 11.-13. April 1986

Teilnehmer:

Prof. Dr. Gerhard Bettendorf, Hamburg

Prof. Dr. Meinert Breckwoldt, Freiburg

Prof. Dr. J. Hammerstein, Berlin

Prof. Dr. P. J. Keller, Zürich

Prof. Dr. Herbert Kuhl, Frankfurt

Prof. Dr. Benno Runnebaum, Heidelberg

Sonderdruck

Chemie und Pharmakologie der synthetischen Gestagene

Paul J. Keller

**Wirkungsstärke der synthetischen Gestagene
und die Bedeutung der Rezeptorbindungsaffinität**

Herbert Kuhl

**Einfluß der synthetischen Gestagene in oralen Kontrazeptiva
auf den Stoffwechsel**

Benno Runnebaum



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York 1986

Die „Zürcher Empfehlungen zur oralen Kontrazeption“

Ausgesprochen beim endokrinologisch-gynäkologischen Arbeitstreffen, Zürich, April 1986*.
Im Konsens getragen von den Professoren G. Bettendorf, M. Breckwoldt, J. Hammerstein,
P. J. Keller, H. Kuhl und B. Runnebaum

1. Grundsätzlich sind heute niedrig dosierte Präparate mit einem Östrogengehalt von weniger als 50 µg zu bevorzugen.
 2. Bei diesen niedrig dosierten Präparaten treten die unterschiedlichen Wirkungsprofile der verschiedenen Gestagene klinisch in den Hintergrund. Als Ausnahme sind bei Frauen mit Androgenisierungserscheinungen solche Präparate zu bevorzugen, deren Gestagenanteil zugleich auch antiandrogen wirksam ist.
 3. Es gibt keine konstitutionstypischen Kriterien für die Bevorzugung eines bestimmten Kontrazeptivums.
 4. Ein Vergleich der Gestagenkomponenten in den Kontrazeptiva auf Gewichtsbasis (mg) hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkungen ist irreführend.
 5. Ebenso ist ein Vergleich auf der Basis sogenannter Potenzen problematisch, einschließlich der Bindungsaffinität zu Gestagen-Rezeptoren. Ausschlaggebend sind die kontrazeptive Wirksamkeit und klinische Verträglichkeit.
 6. Unter dem Aspekt des kardiovaskulären Risikos wird künftig ein Lipidstatus für folgende Patientinnen empfohlen:
Frauen ab Mitte 30
Raucherinnen ab 30 Jahren
Patientinnen mit Adipositas (Übergewicht 20 %)
Frauen mit Diabetes Typ I
- Der Lipidstatus sollte umfassen:
Triglyceride
Gesamtcholesterin
HDL und Ermittlung des LDL-Anteils durch die Friedewald-Formel
7. Nach erneutem Ausschluß von Risikofaktoren und bei normaler Stoffwechsellage kann bei Frauen über 35 Jahren die Pille beibehalten werden.
 8. In der Laktationsphase ist unter den hormonalen Kontrazeptiva die Minipille zu bevorzugen, dagegen sind die Kombinationspräparate wegen einer möglichen Beeinträchtigung der Still-Leistung zu vermeiden.
 9. Bei Diabetikerinnen ist die Einnahme von niedrig dosierten Ovulationshemmern über einen auf wenige Jahre begrenzten Zeitraum möglich.
Bei bestehenden Mikroangiopathien sind orale Ovulationshemmer kontraindiziert.
 10. Bei Durchbruchblutungen unter niedrig dosierten oralen Ovulationshemmern empfiehlt sich nach Ausschluß anderer ursächlicher Faktoren (Medikamente, Malabsorption etc.) der Übergang auf Präparate mit höherem Östrogengehalt. Kommt es auch dabei zu Blutungen, ist eine histologische Abklärung (Abrasio) herbeizuführen.

* Veranstaltet von der Firma CILAG GmbH, Postfach 1252, D-6146 Alsbach-Hähnlein 1