

ZÜRCHER GESPRÄCHSKREIS

Kontrazeption post partum

M. Birkhäuser, P. Hadji, B. Imthurn, A. O. Mueck, J. Neulen,
C. Thaler, I. Wiegratz, L. Wildt

Kurze Intervalle zwischen aufeinander folgenden Schwangerschaften sind mit einem erhöhten Risiko für Mutter und Kind verbunden. Die Post-partum-Periode stellt deshalb in der kontrazeptiven Beratung eine kritische Zeit dar, in der eine Frau über effektive kontrazeptive Methoden aufgeklärt werden muss. Dies gilt in besonderem Maße für die Situation nach einem Schwangerschaftsabbruch.

In die Aufklärung und Beratung sollen folgende spezifische Aspekte eingehen: Entbindungsmodus (Sectio oder Spontangeburt), stillt die Patientin oder wurde (medikamentös) abgestillt, bestehen bestimmte Risiken, insbesondere Zustand nach Gestationsdiabetes oder vorangegangene thromboembolische Komplikationen, Compliance und nicht zuletzt die in der Vergangenheit verwendeten kontrazeptiven Methoden.

Diese Beratung sollte idealerweise innerhalb der ersten Woche, bei der Entlassung der Patientin von der Entbindungsstation oder in der Praxis bei der Kontrolluntersuchung nach Mutterschaftsrichtlinie F.1. und nicht erst bei der postpartalen Kontrolle 6–8 Wochen nach der Entbindung (MuRiLi F.2.) erfolgen.

Grundsätzlich können auch in der Post-partum-Periode alle verfügbaren hormonellen und nicht hormonellen Methoden der Kontrazeption eingesetzt werden. Dabei sind allerdings für jedes Verfahren spezifische Umstände zu beachten:

- die durch die Laktationsamenorrhoe in unterschiedlichem Umfang verringerte Wahrscheinlichkeit einer Konzeption im Vergleich zu Frauen, die nicht stillen,
- die Abnahme der Knochendichte durch die Laktationsamenorrhoe und das Stillen und deren Beeinflussung durch verschiedene Kontrazeptiva,

- die Rückbildungsvorgänge des vergrößerten Uterus beim Einsatz intrauteriner Methoden der Kontrazeption,
- das erhöhte Thromboserisiko post partum bei Verwendung kombinierter oraler oder parentaler hormoneller Kontrazeptiva,
- der mögliche Einfluss auf die Milchbildung durch Kontrazeptiva bei stillenden Frauen,
- der Übergang von Hormonen (Gestagenen und/oder Östrogenen) in die Muttermilch und deren Einfluss auf den Säugling und
- der Einfluss von hormonellen Kontrazeptiva auf die Glukosetoleranz bei Frauen mit Diabetes bzw. nach Gestationsdiabetes.

Laktationsamenorrhoe und Wiederauftreten der Ovulation post partum

Die Laktation führt durch mit dem Saugreiz verbundene neuronale Mechanismen und Reflexbögen sowie durch die damit hervorgerufene Hyperprolaktinämie zu einer Hemmung des hypothalamischen Pulsengenerators, der die GnRH-Sekretion steuert. Dies hat eine Senkung der hypophysären LH- und FSH-Sekretion zur Folge. Folge dieser Hemmung ist die weitgehende ovarielle Funktionsruhe und die damit verbundene Laktationsamenorrhoe. Das Ausmaß dieser Hemmung und damit die Dauer der Laktationsamenorrhoe sind abhängig vom zeitlichen Abstand zur Geburt,

von der Intensität des Stillens (Dauer und Häufigkeit der Still-episoden), vom Ernährungszustand der Mutter sowie davon, ob Säuglingsnahrung zugeführt wird oder nicht. Die Laktationsamenorrhoe kann bis zu 2 Jahre dauern. Deshalb wird von der WHO die Laktation als Methode zur Verlängerung des Geburtenintervalls ausdrücklich empfohlen. Bei stillenden, amenorrhoeischen Frauen liegt demnach die Schwangerschaftsrate nach 6 Monaten bei 0,9%, nach 12 Monaten allerdings bei 17%. Für entwickelte Länder kann daher die Laktation auch innerhalb der ersten 6 Monate post partum als primäre Methode der Empfängnisverhütung aus nahe liegenden Gründen nur sehr eingeschränkt empfohlen werden. Zusätzliche Methoden der Empfängnisverhütung sind anzuraten.

Stillt eine Frau nicht oder wird medikamentös mit Dopaminagonisten abgestillt, kann es sehr schnell zur Wiederaufnahme der Ovarialfunktion, zur Ovulation und damit auch zu einer erneuten Schwangerschaft kommen. Die Gonadotropinsekretion und damit die ovarielle Funktion setzen in der 3.–5. Woche postpartal wieder ein. Der mittlere Abstand zwischen Entbindung und erster Ovulation beträgt dann im Mittel 45 Tage. Dieser Zeitraum kann nach medikamentösem Abstillen durch die schnelle Senkung der Prolaktinspiegel noch weiter verkürzt sein. Bei nicht stillenden Frauen kann daher die erste Ovulation bereits vor der ersten postpartalen Kontrolluntersuchung stattfinden; dies unterstreicht die Notwendigkeit einer kontrazeptiven Beratung bereits bei der Entlassung der Wöchnerin aus der Klinik.

Intrauterine Kontrazeption post partum

Zur intrauterinen Kontrazeption stehen Levonorgestrel(LNG)-haltige Hormonspiralen sowie die verschiedenen Formen der Kupferspiralen zur Verfügung. Beide Methoden sind seit

Langem etablierte sichere und zuverlässige Methoden der Kontrazeption. Eine Beeinträchtigung der Milchbildung konnte weder für das Kupfer-IUD noch für die LNG-Spirale nachgewiesen werden; die LNG-Spiegel im Plasma der Mutter liegen bei Einlage der Spirale bei nicht postpartalen Frauen zwischen 150 und 300 pg/ml, also deutlich unter den LNG-Spiegeln unter Einnahme oraler Kontrazeptiva. Angaben über die Konzentrationen in der Muttermilch liegen nicht vor, sie dürften aber deutlich unter denen nach oraler Applikation entsprechender Kontrazeptiva liegen.

Der Zeitpunkt der Einlage eines IUD kann unter bestimmten Umständen kritisch für die kontrazeptive Effektivität sein. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine Applikation von IUDs unmittelbar nach Geburt der Plazenta möglich und ähnlich effektiv ist wie die Einlage zu einem späteren Zeitpunkt. Die Expulsionsrate war bei Einlage während Sectio geringer als nach Spontanpartus und nach Inter-

vallinsertion nach Sectio größer als nach Spontanpartus, die berichtete Perforationsrate war bei laktierenden Frauen größer als bei nicht laktierenden. Die Ursache dafür ist nicht bekannt.

In einer kürzlich publizierten Studie von Chen et al. (7) wurde die Dauer des Stillens bei Frauen untersucht, denen unmittelbar post partum oder zu einem späteren Zeitpunkt eine LNG-Spirale gelegt wurde. Dabei fand sich eine signifikant verkürzte Stilldauer bei unmittelbar post partum eingelegter Spirale im Vergleich zu einem späteren Einlagezeitpunkt. Die Gründe für diesen Unterschied sind unklar.

Hormonelle Kontrazeption post partum

■ **Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva**

Die Peri- und Postpartalperiode ist durch eine Aktivierung des Gerinnungssystems mit einer konsekutiv

um das 25-Fache gesteigerten Zunahme des Thromboembolierisikos gekennzeichnet. Dieses erhöhte Risiko sinkt innerhalb von 21 Tagen nach der Geburt wieder auf den Ausgangswert ab, deshalb sollten kombinierte hormonelle Kontrazeptiva nicht vor dem 21.–28. Tag post partum verordnet werden. Für die Verordnung gelten die Kontraindikationen, die auch bei außerhalb der Postpartalperiode (Thrombophilie, erhöhtes anamnestisches Risiko für Thrombosen, Lebensumstände mit erhöhtem Risiko) zu beachten sind.

Von der Verordnung von COC während der Laktation wurde immer wieder abgeraten, da behauptet wurde, dass die Einnahme von COC mit einer verringerten Milchbildung einhergehe und dass der Übergang synthetischer Steroide in die Muttermilch zu einer Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung führen könne. Zu dieser Frage liegen aber aus verständlichen Gründen nur sehr kleine, meist nicht randomisierte Studien vor.

Der Übergang von in hormonalen Kontrazeptiva enthaltenen Steroiden in die Muttermilch ist in mehreren, allerdings älteren, Studien untersucht worden. Die Konzentrationen in der Muttermilch sind abhängig von der Eiweißbindung und betragen für die meisten Gestagene (mit Ausnahme des MPA, welches nur wenig an Plasmaproteine gebunden ist) 10–20% der mütterlichen Plasmakonzentrationen. Demnach nimmt ein voll gestillter Säugling etwa 0,2‰ der Ethinylestradioldosis und etwa 1‰ der Gestagendosis täglich auf (72, 84, 98–100).

Es wird unterstellt, dass kombinierte hormonelle Kontrazeptiva die Produktion von Brustmilch verringern. In einer rezenten, methodisch anspruchsvollen Studie von Bahamondes et al. (1) wurde die Frage der verringerten Milchzufuhr und des kindlichen Wachstums bei Müttern untersucht, die COC, LNG-IUD, Cu-IUD oder ein Etonogestrel-Implantat zur Empfängnisverhütung verwendeten. Dabei fanden sich keine Unterschiede in der Milchaufnahmerate, der mittleren Zahl der Stillepisoden, dem täglichen Windelwechsel und der mittleren Dauer der gesamten Stilldauer (5 Monate) zwischen den unterschiedlichen Gruppen. Zu ähnlichen Resultaten hinsichtlich der kindlichen Entwicklung kam auch ein von der WHO im Jahr 2008 publizierter Report.

■ Reine Gestagenpräparate

Die Gabe von reinen Gestagenpräparaten (parenteral, Implantat oder oral) zur Kontrazeption post partum scheint weder mit einem erhöhten Thromboserisiko noch mit einer Verminderung der Milchproduktion einherzugehen. In den meisten Studien wurde mit der Verabreichung um den 30. Tag postpartum begonnen. Ein – bisher wenig beachteter – Effekt vor allem der Gabe von Depotgestagenen post partum ist der mögliche Verlust an Knochenmasse sowie die Vaginalatrophie, die unter Umständen

zu einer Dyspareunie führen und sich somit negativ auf das Sexuelleben auswirken kann.

Zur Frage der Anwendung von reinen Gestagenen zur postpartalen Kontrazeption nach Gestationsdiabetes (GDM) liegen nur wenige Studien vor. Gestagene, vor allem MPA, vermindern die Insulinsensitivität und könnten daher zu einer Verschlechterung der Stoffwechsellage bei Zustand nach GDM führen. Ein erhöhtes Risiko für einen Typ-2-Diabetes durch Gabe von Depot-Gestagenen nach GDM wurde in einer Studie an hispanischen Patientinnen beschrieben. Ob dies auch für Frauen anderer ethnischer Herkunft mit einem inhärent geringeren Risiko für einen Typ-2-Diabetes zutrifft, ist unklar. Da Östrogene die Insulinempfindlichkeit erhöhen, wäre theoretisch die Verordnung von COC (entweder mit EE2 oder E2V bzw. E2 als Östrogenkomponente) nach GDM zu bevorzugen. Entsprechende Daten größerer randomisierter Studien liegen bisher allerdings nicht vor.

Internationale Empfehlungen

Nach den 2010 modifizierten Empfehlungen der WHO kann die Anwendung der verschiedenen kontrazeptiven Methoden für die Post-partum-Periode und die Stillzeit beurteilt werden. Dabei erfolgt eine Klassifizierung nach

- Kategorie 1: Methoden können ohne Risiko und ohne Einschränkung eingesetzt werden.
- Kategorie 2: Der Nutzen überwiegt das Risiko.
- Kategorie 3: Risiken überwiegen im Allgemeinen den Nutzen.
- Kategorie 4: Nicht akzeptables Sicherheitsrisiko.

Weiterhin erfolgt eine Unterscheidung in Frauen, die stillen bzw. nicht stillen, und in verschiedene Zeitabstände post partum (<21 Tage, 21–42 Tage und >42 Tage für nicht stillende Frauen bzw. <21 Tage, 21–29 Tage, 30–42 Tage und >42 Tage

für stillende Frauen). Unterschieden wird weiterhin nach Risikogruppen für VTE, wozu vorherige VTE, Alter ≥ 35 Jahre, Thrombophilie, Immobilisierung, Zustand nach Sectio, nach Transfusion bei Entbindung, nach postpartaler Blutung, BMI ≥ 30 , Zustand nach Präeklampsie und Rauchen gehören.

Unmittelbar post partum bis 4 Wochen post partum sind intrauterine Verfahren (Cu-IUD und LNG-IUD) ohne Einschränkungen bzw. mit der Empfehlung „Nutzen überwiegt das Risiko“ anwendbar, wobei für die unmittelbare Post-partum-Periode keine Einschränkungen für das LNG-haltigen IUD gelten.

Bei nicht stillenden Frauen sind kombinierte orale Kontrazeptiva innerhalb der ersten 21 Tage post partum kontraindiziert, in dieser Zeit kommen nur Gestagene in Form der Gestagen-only-Pill bzw. Implantaten oder Depotpräparaten infrage.

21–41 Tage post partum können COC mit der Einschränkung „Nutzen überwiegt das Risiko“ neben den Gestagen-only-Präparaten verordnet werden, sofern keine Kontraindikationen (z. B. VTE-Risiko) vorliegen. Mehr als 42 Tage postpartal können alle Kontrazeptiva verwendet werden.

Bei stillenden Frauen sind COC innerhalb der ersten 20 Tage kontraindiziert, bei Gestagen-only-Präparaten überwiegt der Nutzen im Allgemeinen das Risiko. Bis 29 Tage post partum sollten COC auch bei Fehlen eines erhöhten VTE-Risikos nicht verordnet werden (Kategorie 3), für Gestagen überwiegt der Nutzen das Risiko. Nach 30–42 Tagen überwiegt für COC der Nutzen das Risiko.

Auch das American College of Obstetrics and Gynecology sieht keine spezifischen Kontraindikationen zur Verordnung kombinierter hormoneller Kontrazeptiva ab vier Wochen postpartum.

Zusammenfassung

Grundsätzlich scheinen nach den bisher vorliegenden, allerdings limitierten Daten alle üblichen Verfahren der Kontrazeption auch in der Postpartalperiode (Tag 21 bzw. Tag 28 post partum) und während der Stillzeit unter Berücksichtigung der auch außerhalb dieser Phasen geltenden Kontraindikationen anwendbar zu sein. Unmittelbar post partum liegen ausreichende Daten vor, die die Sicherheit intrauteriner Verfahren belegen. Während der Stillzeit können sämtliche Verfahren mit den üblichen Einschränkungen verwendet werden, negative Auswirkungen auf die Milchproduktion oder die kindliche Entwicklung lassen sich nicht belegen. Für die Kontrazeption nach Gestationsdiabetes sind wahrscheinlich kombinierte hormonelle Kontrazeptiva reinen Gestagenpräparaten vorzuziehen. Die Datenlage kann hier aber nicht als gesichert angesehen werden.

Literatur

bei den Autoren oder bei der Online-Version dieses Beitrags unter www.frauenarzt.de

Für die Autoren



**Prof. Dr. med.
Joseph Neulen**

Klinik für Gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
jneulen@ukaachen.de