

Kasuistik

ORALE KONTRAZEPTION IN DER PERIMENOPAUSE

Die Perimenopause stellt eine besondere Situation in der Verhütungsberatung dar. Einerseits ist eine sichere Verhütung noch gewünscht und nötig, andererseits liegen häufig einschränkende Risikofaktoren vor. Im hier vorgestellten Fall wird dargestellt, welche orale Kontrazeption für perimenopausale Frauen in Frage kommt.

☞ Eine 43-jährige Patientin stellte sich in der Praxis vor. Sie wünscht eine sichere Verhütungsmethode, die vergangenen Jahre verhütete sie mit Barrieremethoden (Kondom). Im Rahmen der Verhütungsberatung klagte sie über auftretende Stimmungsschwankungen sowie ein unregelmäßiges Blutungsprofil. Vor allem die unerwarteten Blutungen, die auch mit Schmerzen einhergingen, beeinträchtigten sie im Arbeitsalltag. Der Blutdruck betrug 125/85 mmHg, der BMI 28 kg/m² und die Familienanamnese bezüglich des Thromboserisikos war unauffällig. Die Patientin rauchte gelegentlich, max. 5 Zigaretten/Tag. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen unauffälligen Tastbefund, einschließlich einer wegen der Blutungsstörung durchgeführten unauffälligen Vaginalsonografie. Anamnestisch bekannt war eine Spontangeburt vor 10 Jahren. Vor der Entbindung hatte die Patientin mit kombinierten oralen Kontrazeptiva verhütet (Ethinylestradiol/Levonorgestrel). Damit war die Patientin zufrieden und hatte zu diesem Zeitpunkt auch stabile Blutungsprofile.

Überlegungen zur Kontrazeption

Die Perimenopause umfasst mehrere Jahre und ist durch schwankende Hormonspiegel gekennzeichnet, was mit vielfältigen Symptomen einhergeht. Viele Patientinnen berichten in dieser Zeit von Zyklusstörungen, die mit Schmerzen verbunden sind, oder auch von zyklusabhängigen Stimmungsschwankungen. Bei manchen Frauen kommen vasomotorische Symptome hinzu. In der Perimenopause reduziert sich die Fertilität deutlich – dennoch sollte weiterhin verhütet werden, um den Eintritt spontaner Schwangerschaften zu vermeiden.

Die von der Patientin früher angewandte kombinierte hormonelle Kontrazeption war inzwischen aufgrund des Alters, des Übergewichts und des gelegentlichen Rauchens relativ kontraindiziert (WHO 3) [1]. Daher wurde sie über andere Optionen aufgeklärt, wie Progestin-only-Pillen (POP), Gestagenimplantat sowie intrauterine Methoden. Hier bestanden bezüglich der Risikofaktoren keine Kontraindikationen. Die Patientin bevorzugte eine orale Kontrazeptionsmethode, da sie damit gute Erfahrungen gemacht hat. Ihr wurde Drospirenon mono (Sinda®) empfohlen.

Die Patientin begann am ersten Tag ihrer nächsten Blutung mit der Einnahme. Es lag zu diesem Zeitpunkt ein flaches Endometrium vor (sonografisch doppelte Endometriumdicke 4 mm), was sich positiv auf das zukünftige Blutungsprofil unter Drospirenon 4 mg auswirken könnte.

Verlauf unter Drospirenon mono

Die Patientin begann wie üblich mit einer 24-tägigen Einnahme und einer 4-tägigen Pause. Es kam zu einer 2–3 Tage dauernden, normal starken Abbruchblutung. Die Patientin hatte dabei aber kaum noch Schmerzen. Nach 6 Monaten stellte sie sich wieder vor. Die Blutungsstärke war tendenziell rückläufig und dauert maximal noch 2 Tage. Die Verträglichkeit war gut. Die gelegentlichen Stimmungsschwankungen waren ebenfalls rückläufig. Die Patientin fühlt sich aktuell – insbesondere durch die regelmäßig kontrollierten und geringen Abbruchblutungen – sehr wohl und möchte die Anwendung fortsetzen.

Diskussion

Eine besondere Problematik des perimenopausalen Übergangs stellen die oft durch die hormonellen Dysbalancen entstehenden Blutungsstörungen dar, die Frauen im Alltag belasten können und ihre Lebensqualität einschränken. Bei der hier vorgestellten Patientin bestand aufgrund der Risikofaktoren (Alter, Übergewicht, Rauchen) eine relative Kontraindikation für kombinierte hormonelle kontrazeptive Methoden [2-4]. Die von kombinierten hormonellen Kontrazeptiva einschließlich Pflaster und Vaginalring bekannten thromboembolischen Risiken bestehen bei der Anwendung von POP nicht (WHO 1) [1]. Aus diesem Grund wurde bei ihr eine POP angewendet, wobei Drospirenon dem Desogestrel aufgrund seines günstigen Blutungsprofils vorgezogen wurde [5,6]. Der Effekt von Drospirenon mono auf ihren Zyklus wurde von der Patientin positiv wahrgenommen und die bessere Zyklusstabilität erhöhte ihre Lebensqualität. Auch die Stimmungsschwankungen sind jetzt relativ stabil. Der in der Perimenopause oft auftretende Progesteronmangel wird durch die Anwendung einer Gestagenpille ausgeglichen, was zu einer Stabilisierung der hormonellen Dysbalancen führt.

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Thomas Römer
 Chefarzt der Frauenklinik
 Evangelisches Klinikum Köln Weyertal
 50931 Köln
 thomas.roemer@evk-koeln.de

Besonders in der Perimenopause kann der Beginn der Anwendung von Gestagenen bei einem flachen Endometrium (post menstruationem) von Vorteil sein. Die initialen Blutungsprofile können erfahrungsgemäß dann besonders vorteilhaft sein, wenn bei einer doppelten Endometriumdicke unter 5 mm begonnen wird, was auch für die Langzeitcompliance günstig ist. Der Einsatz von Drospirenon 4 mg eignet sich auch für eine langfristige Anwendung zur Verhütung in der Perimenopause. Kommen Symptome der Postmenopause hinzu (vasomotorische Beschwerden, z. B. Hitzewallungen), so kann die Medikation erneut evaluiert werden und im Zuge einer Hormonersatztherapie die Gabe von transdermalestem Estrogen in Verbindung mit einem Gestagen zum Endometriumschutz erwogen werden.

FAZIT

Drospirenon mono stellt eine wichtige Kontrazeptionsmethode in der Perimenopause dar – insbesondere bei Patientinnen, bei denen eine kombinierte orale Kontrazeption aufgrund von Risikofaktoren kontraindiziert ist. Das kann in einer Lebensphase mit erheblichen hormonellen Dysbalancen zu einer sicheren Kontrazeption führen, bei gleichzeitiger Blutungsstabilisierung und Linderung weiterer Symptome, die durch die hormonelle Umstellung bedingt sind.

- 1 WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015
- 2 Römer T, Göretzlehner G, Kontrazeption in Problemsituationen, de Gruyter Verlag Berlin 2017
- 3 Römer T et al., Frauenarzt 2022; 62: 17–22
- 4 DGGG, OEGGG, SGGG. S3-Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung. AMWF-Reg.-Nr. 015/015, Version 1.2, 2020
- 5 Regidor PA et al., Gynecol Endocrinol 2022; 38: 333–8
- 6 Palacios S et al., PLOS ONE 2020; 15: e0231856