

Kasuistik

ORALE KONTRAZEPTION BEI ADIPOSITAS UND HYPERTONUS

Trotz gegenläufiger Trends bevorzugen viele Frauen wegen der hohen kontrazeptiven Sicherheit eine orale Kontrazeption. Bei Adipositas und Hypertonus bestehen allerdings Bedenken gegen ein Kombinationspräparat. Eine gute und für die Patientin zufriedenstellende Lösung kann dann eine Gestagen-Monopille sein.

☞ Eine 45-jährige Patientin stellt sich neu in der Praxis zur Kontrazeptionsberatung vor. Sie wendete in den vergangenen Jahren keine hormonelle Kontrazeption an. Seit 2 Jahren ist bei ihr ein Hypertonus bekannt, der mit Antihypertonika behandelt wird (aktueller Blutdruckwert: 130/90 mmHg). Die Patientin ist Nichtraucherin. Das Gewicht beträgt 97 kg bei einer Größe von 160 cm. Dies entspricht einem BMI von 38 kg/m² (Adipositas Grad 2). Zudem zeigt sich bei der Patientin ein leichter Hirsutismus. Weitere Risikofaktoren für eine venöse Thromboembolie (VTE) bestehen laut BfArM-Checkliste nicht [1]. Wichtig ist für die Patientin vor allem eine sichere Verhütung. Die Patientin wünscht sich eine orale Kontrazeption.

Die Grunderkrankung Adipositas

Als indirektes Maß für Übergewicht und Adipositas gilt der Body-Mass-Index (BMI). Bei einem BMI zwischen 25 und 30 kg/m² liegt ein Übergewicht vor. Bei einem BMI von über 30 kg/m² eine Adipositas Grad 1, bei einem BMI über 35 kg/m² eine Adipositas Grad 2 und bei einem BMI über 40 kg/m² eine Adipositas Grad 3. Basierend auf Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße lag laut einer Studie des Robert Koch-Instituts die Prävalenz der Adipositas in Deutschland in den Jahren 2019 und 2020 bei rund 19 % [2]. Adipositas ist oft verknüpft mit weiteren gesundheitlichen negativen Effekten, wie Hypertonie, Hyperlipidämie oder einem Typ-2-Diabetes. Die Vermeidung ungewünschter Schwangerschaften hat bei Patientinnen mit Adipositas eine besondere Bedeutung, da mit einem steigenden BMI auch erhöhte Risiken während der Schwangerschaft einhergehen. Die Abortrate nach spontaner Konzeption war in einer gepoolten Analyse von 6 Studien bei adipösen gegenüber normalgewichtigen Frauen

um den Faktor 1,3 erhöht [3]. Ein interessanter Aspekt dabei ist, dass bei Adipositas häufiger als bei Normalgewicht euploide Fehlgeburten berichtet werden [4]. Das Vorliegen einer Adipositas führt auch zu einem erhöhten VTE-Risiko. Während das Risiko bei Übergewicht (BMI 25–30 kg/m²) um das bis zu 1,9-Fache erhöht ist, erhöht sich das relative Risiko bei einem BMI über 30 kg/m² um das 2- bis 5-Fache [5,6].

Patientinnen mit einer Adipositas haben aufgrund der erhöhten Estrogenproduktion im Fettgewebe häufiger Blutungsstörungen, auch ohne Kontrazeptiva [6]. Aus diesem Grund besteht ein erhöhtes Risiko für Endometriumhyperplasien.

Überlegungen zur Kontrazeption

Bei der Beratung von Patientinnen mit Adipositas sind neben dem erhöhten VTE-Risiko in der Praxis ein paar weitere Besonderheiten zu bedenken:

- Viele Patientinnen haben Angst vor einer weiteren Gewichtszunahme durch die Anwendung von hormonellen Kontrazeptionsmethoden. Durch wissenschaftliche Daten ist das nicht zu belegen [7]. Eine Ausnahme bildet hier lediglich Depot-Medroxyprogesteronacetat (DMPA) [8].
- Mögliche verminderte Sicherheit einzelner Kontrazeptionsmethoden bei Adipositas. Studien zu einer möglichen Einschränkung der Effektivität hormoneller Kontrazeptiva bei adipösen Frauen zeigen kontroverse Daten [9]. So wurde gezeigt, dass Resorption, Metabolisierung und renale Exkretion verändert sind, allerdings scheint die kontrazeptionelle Effektivität erhalten zu bleiben [10].

Wir haben der Patientin nach eingehender Diskussion der Vor- und Nachteile der verschiedenen Kontrazeptionsmethoden die Anwendung von Drospirennon-mono empfohlen.

DER AUTOR



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

Bei der vorliegenden Kombination aus Adipositas Grad 2, Hypertonus und auch dem Alter der Patientin besteht eine relative Kontraindikation für kombinierte hormonelle Kontrazeptiva [11]. Eine Gestagen-Monopille ist bei der Adipositas Grad 2 und dem Risikofaktor Hypertonie eine gute Alternative [5]. Aufgrund der antiandrogenen Wirkung von Drospirennon (Problem Androgenisierungserscheinung bei der Patientin) und des günstigeren Blutungsmusters ist dies der Desogestrel-Pille in dieser Situation vorzuziehen. Weiterhin sind durch die antimineralekortikoid Wirkung des Drospirenons keine negativen Auswirkungen auf das Gewicht zu erwarten und es kann auch bei adipösen Patientinnen angewendet werden. Drospirennon-mono hat bei einem milden Hypertonus laut Studienlage sogar einen geringen blutdrucksenkenden Effekt [12].

FAZIT

Die Kombination der beiden Risikofaktoren Adipositas Grad 2 und Hypertonie kann das individuelle VTE-Risiko erhöhen. Daher stellten wir die Patientin auf die Drospirennon-Monopille ein. Darüber hinaus profitiert die Patientin von der antimineralekortikoiden und antiandrogenen Wirkung des Gestagens. Die Patientin kommt mit dieser Kontrazeption gut zurecht.

1 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Rote-Hand-Brief zu den kombinierten hormonalen Kontrazeptiva. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2014/rhb-khk.html>; Stand: 04.01.2024
 2 Robert Koch Institut. Themenschwerpunkt: Übergewicht und Adipositas. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html; Stand: 13.03.2024
 3 Boots C et al., Semin Reprod Med 2011; 29: 507–13

4 Boots C et al., Fertil Steril 2014; 102: 455–9
 5 S3-Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung, Version 1.2. Leitlinienprogramm Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG). AMWF-Registernummer 015/015, September 2020. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-015>; Stand: 04.01.2024
 6 Römer T, Göretzlehner G, Kontrazeption mit OC in 238 Problemsituationen. De Gruyter 2017

7 Gallo MF et al., Cochrane Database of Systematic Reviews 2014: CD003987
 8 Beksinska ME et al., Expert Rev Obstet Gynecol 2011; 6: 45–56
 9 Holt VL et al., Obstet Gynecol 2005; 105: 46–9
 10 Ramadhan S et al., Curr Obstet Gynecol Rep 2020; 9: 72–8
 11 World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Fifth edition. 2015. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/item/9789241549158>; Stand: 13.03.2024
 12 Archer DF et al., Contraception 2015; 92: 439–44