

Kombinierte hormonelle Kontrazeptiva und deren Wirkungsspektrum



Univ.-Prof. Dr. Doris Maria Gruber Universitäts-Klinik für Frauenheilkunde, Wien

Für welche Pille entscheide ich mich?

Die Antwort auf diese Frage wird immer komplexer. Durch die Tatsache, dass es seit der Markteinführung der Pille vor 50 Jahren einen ständigen Produkte Zuwachs gibt, stehen uns mittlerweile um die 65 Präparate zur Auswahl. Jedes davon hat eine ganz spezifische Zusammensetzung, wodurch die extragenitalen Wirkungen auch differieren. Das Ziel effizient die Fruchtbarkeit der Frau für die Dauer der Einnahme zu unterdrücken ist selbstverständlich bei aller Vielfalt gegeben, und drückt sich bei allen Präparaten in einem niedrigen Pearl Index aus.

Nachdem die Pille eines der wenigen „Medikamente“ ist, die meist gesunden, jungen Frauen verordnet wird, ist die medizinische Sicherheit von großer Bedeutung. Seit der Einführung der hormonellen Kontrazeptiva ist mittlerweile eine fast unüberschaubare Flut an einschlägigen Publikationen erschienen, die die Sicherheit gut beschreiben. Trotzdem sollte bei jeder Neuverordnung mit großer Umsicht und genauem Abwägen der Vor- und Nachteile vorgegangen werden. Wobei das wichtigste anamnestische „Detail“ das Alter der Anwenderin sein sollte. Dies ist sowohl bei der Erstverordnung wichtig (je jünger umso zurückhaltender), aber auch bei Frauen, die ihre Familienplanung bereits abgeschlossen haben. Somit ist die genaue anamnestische Erfassung der Anwenderin eine entscheidende Information, sowohl über die individuelle Verträglichkeit als auch über das zu erwartende Nebenwirkungsspektrum, denn das ist natürlich auch vorhanden.

Allgemeines zur Pille

Es ist in den letzten 30 Jahren gelungen, die Hormonkonzentration der Pille immer mehr zu verringern und neue Gestagenkomponenten zu entwickeln, was jedoch nicht zu einer kritiklosen Verordnung und Anwendung verleiten soll. Die Pille ist als ein hochwirksames, pharmakologisches Produkt, als Medikament und nicht als Lifestyle-Präparat einzustufen. Dementsprechend muss auch über Nebenwirkungen und Interaktionen mit der Anwenderin gesprochen werden.

Bei der Erstverschreibung einer Pille ist eine genaue Anamnese zu erheben, sodass man daraus resultierend ein geeignetes Präparat verordnen kann. Grundsätzlich sollte mit einem möglichst niedrigen Gesamtsteroidanteil begonnen werden. Das Postulat „so niedrig wie möglich“ gilt auch für die orale Kontrazeption.

In den letzten Jahren wurde aber nicht nur die Dosis reduziert, auch die Applikationsmöglichkeiten wurden deutlich erweitert. So kamen neben dem hormonhaltigen Implantat der Intra vaginalinalring, die Hormonspirale und zuletzt das Kontrazeptionspflaster auf den Markt, sodass man die zukünftige Anwenderin auch über diese neuen Möglichkeiten informieren muss. Schließlich ist der Applikationsmodus ein wichtiges Kriterium für eine zuverlässige Anwendung. Zumeist ist es so, dass junge Mädchen und Frauen schon sehr gut über die unterschiedlichen Möglichkeiten der hormonellen Kontrazeption Bescheid wissen, und es ist in weitere

Folge die Aufgabe des verschreibenden Arztes/der Ärztin, den medizinischen „Hintergrund“ gemeinsam mit der Frau zu prüfen, um eine bestmögliche Verträglichkeit sicherzustellen.

Zu Beginn der Pillenanwendung verunsichern vor allem Zwischenblutungen und Zyklusinstabilitäten die Anwenderinnen. Dies ist aber meist ein kurzes, sich rasch wieder von selbst lösendes Problem, meist ohne dass eine ärztliche Intervention notwendig ist. Manchmal, wenn auch nach drei bis vier Monaten die Zwischenblutungen nicht aufgehört haben, ist über einen Präparatewechsel nachzudenken. Prinzipiell kann man bei Blutungsstörungen, die unter monophasischen Ovulationshemmern auftreten, auf ein Mehrphasenpräparat ausweichen (Tabelle 1). Damit gelingt es, in vielen Fällen Metrorrhagie und spottings zu beenden. Die Verkürzung der Pillenpause aber auch das Verwenden höher dosierter Präparate ist ein weiterer Schritt im Management von Zyklusstörungen unter der Pille.

Patientinnen mit Endometriose, welche die Pilleneinnahme wünschen, wird man eine östrogenarme und gleichzeitig gestagenbetonte Pille oder auch eine reine Gestagenverhütung empfehlen.

Frauen, die unter der Pille eine trockene Scheide oder eine Conjunctivitis sicca entwickeln, sollten eher eine östrogendominierte Pille wählen. Aber auch bei Kopfschmerz und Migräne in der Pillenpause, bei Libidoverlust und Zellenentwicklung unter der Pille sowie gegen hyperandrogenämische Stigmata stehen besonders vorteilhafte Präparate zur Verfügung.

Pille und Haut

Auch die Haut ist ein Erfolgsorgan steroidaler Hormone. Aus diesem Grund wird oft schon sehr jungen Mädchen, die womöglich noch nicht die Menarche hatten, aus therapeutischen Gründen gegen Pubertätsakne die Pille verordnet. In diesem Fall sollte man allerdings besondere Zurückhaltung in der Verordnung walten lassen. Einerseits behandelt man mit der Pille sehr effektiv die Akne, allerdings stört man durch die plötzliche Hormonüberflutung den gerade in der Pubertät befindlichen Organismus und die weitere Etablierung eines physiologischen zyklischen, ovariell-gesteuerten Systems. Dies kann nachhaltige Folgen haben.

Zu den häufigsten dermatologischen Erkrankungen, die unter der Pilleneinnahme entstehen, gehören Chloasmen. Man versteht darunter gelblich-braune Flecken, die vor allem im Gesicht auftreten. Sonneneinstrahlung hat bei prädisponierten Frauen, die gleichzeitig die Pille einnehmen einen verstärkenden Einfluss auf die Manifestation von Chloasmen. Aus diesem Grund empfiehlt man diesen Frauen die Pilleneinnahme auf den Abend zu verlegen, da unmittelbar nach Pilleneinnahme die Steroidkonzentration im Serum am höchsten ist und direkte UV-Strahlung möglichst zu meiden oder zumindest sich gut davor zu schützen. Einmal entstandene Chloasmen wieder völlig zu entfernen ist eine große dermatologische Herausforderung.

Pille und depressive Verstimmung

Müdigkeit, Reizbarkeit, Depression und Nervosität werden gehäuft bei Pilleneinnahmenden beobachtet. Die Beeinflussung von Neurotransmittern durch Steroide gilt als gesichert und es scheint einen engen Konnex zum GABA-Rezeptor zu geben. Da Progesteron am GABA-Rezeptor bindet und die Wirkung der Gamma-Aminobuttersäure verändern kann, kommt dem Progesteron ein zentral sedierender Effekt zu. Man kann dem Auftreten dieser unangenehmen Nebenwirkungen durch Verordnung einer östrogenbetonten Pille in vielen Fällen Abhilfe schaffen.

Pille, PMS und PMDD

Es gibt nur weniger Mädchen und Frauen, die nicht schon mit dem Prämen-

struellen Syndrom Bekanntheit gemacht haben. Eine pathophysiologische Erklärung dafür liegt im endokrinen Geschehen während der zweiten Zyklushälfte. Das Beschwerdebild kann monosymptomatisch oder polysymptomatisch sein. Bei stark die Lebensqualität beeinträchtigendem PMS, das bis zur schweren prämenstruellen Dysphorie gehen kann (PMDD, premenstrual dysphoric disorder) und gleichzeitig erforderlichem Empfängnischutz stellen die oralen hormonellen Kontrazeptiva, besonders jene, die den einnahmefreien Intervall verkürzt haben, ein sehr gute therapeutische Option dar.

Pille und Thrombose

Einzelne Thrombosefälle, die unter der Pille aufgetreten sind, und intensiv diskutiert wurde, ließen den Eindruck entstehen, dass jede Frau, die die Pille nimmt, thrombosegefährdet wäre. Tatsächlich findet an eine derartige Thromboseinzidenz, wie sie zuletzt den Präparaten der dritten Gestagen-Generation angelastet wird, bei jedem neuen hormonellen Präparat, das auf den Markt kommt. Auch die Pillen der zweiten Gestagen-Generation wiesen die gleiche Thromboseinzidenz auf, wie zuletzt die Pillen der dritten Generation. Dies unterstreicht, dass es nicht die Pillenbestandteile sind, die für die Thrombose verantwortlich gemacht werden können, sondern die Art und Weise der Pillenverschreibung und die interindividuelle Verträglichkeit. Frauen mit Risikofaktoren, vor allem aber Raucherinnen und Übergewichtige, dürfen nur mit größter Zurückhaltung und exakter Information, orale Kontrazeptiva verordnet bekommen. Sollte nach genauestem Überlegen doch die Entscheidung für ein hormonelles Kontrazeptivum fallen, ist ein „Gestagen only“-Präparat vorzuziehen.

Die Anamnese ist auch bei der Fragestellung nach dem individuellen Thromboserisiko sehr hilfreich: Berichtet die betroffene Frau, dass sie bereits in jungen Jahren an einer Thrombose litt, dass ein Elternteil vor dem 30. Lebensjahr ebenfalls eine Thrombose hatte, so kann dies als sicherer Hinweis dafür gelten, dass die Frau thrombosegefährdet ist und auf eine andere Art der Empfängnisverhütung wählen sollte.

Die APC-Resistenz-Bestimmung ist eine zusätzliche Information, die dem

Arzt nebst der Anamnese eine Entscheidungshilfe sein kann, ob er die Pille verschreiben soll oder nicht. Liegt ein pathologischer APC-Resistenz-Wert vor, d.h. ist die Ratio kleiner als 2,35, so sollte einerseits eine weitere hämatologische Abklärung erfolgen (Verdacht auf Mutation des Gerinnungsfaktor-V-Leidens) und andererseits ist von einer Pillenverschreibung abzuraten.

Es muss noch einmal unterstrichen werden, dass es nicht unbedingt die Pille selbst ist, die Probleme, Nebenwirkungen und Interaktionen verursacht, sondern die unsachgemäße und sorglose Verschreibung sowie Verabreichung! Auch die Kombination der Pille mit den Risikofaktoren Rauchen, Alkohol und Übergewicht stellt eine sehr kritische Konstellation dar und gefährdet letztendlich die Gesundheit der Anwenderin.

Pille und Brustkrebs

Obwohl der Zusammenhang zwischen Pille und Brustkrebs nicht als erwiesen angesehen werden kann, sollte man aus Sicherheitsgründen behutsam vorgehen. Dies heißt, dass auch die Frage nach einem hereditären Mammakarzinom in die Anamnese vor der Pillenverschreibung einfließen sollte. Liegt eine diesbezügliche Belastung vor, so sollte man vermeiden, der betroffenen Frau vor dem 18. Lebensjahr bzw. über eine Dauer von zehn Jahren, die Pille zu verordnen. Mit diesen beiden Maßnahmen verringert man ein mögliches Risiko, das aber noch nicht als gegeben angesehen werden kann. Trotzdem ist es sinnvoll, aus Sicherheitsgründen restriktiv vorzugehen. Studien diesbezüglich lassen noch keine einheitliche und eindeutige Empfehlung zu.

Pille und Effluvium

Nicht selten klagen Frauen, dass es während der Pilleneinnahme zu Haarausfall kommt. Obwohl Ethinylöstradiol positiv auf die Anaphase des Haarzyklus wirkt, kann durch ein völliges Absinken des ovariellen 17-beta-Östradiols lokal ein relativer E2-Mangel entstehen, der durch das Ethinylöstradiol nicht ausgeglichen werden kann. Als kausale Therapie wäre das Absetzen der Pille zu überlegen. Es ist außerdem bekannt, dass es während der Pilleneinnahme zu einer Verarmung an Folsäure und Cobalamin kommen kann.

Beide Substanzen sind für den Haarzyklus notwendig, sodass eine Substitution therapeutisch zu empfehlen wäre.

Pille und Körpergewicht

Für viele Frauen ist die Zunahme des Körpergewichtes, das bei den niedrig dosierten Pillen kaum zu registrieren ist, ein großes Problem. Vereinzelt findet man tatsächlich Pilleneinsteherinnen, bei denen entweder der Appetit steigt, oder die Metabolisierung der Nahrung so verändert ist, dass es tatsächlich zu einer merklichen Gewichtszunahme kommt. Es empfiehlt sich, diesen Frauen während der ersten sechs Wochen der Pilleneinnahme zu raten, auf ihr Essensverhalten genau zu achten. Die Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva, die der vermehrten Wassereinklagerung entgegenwirken, führt bei den Betroffenen oftmals zu einer Verbesserung.

Pille, Körpergewicht und Wirksamkeit

Übergewicht ist weltweit ein zunehmendes Problem. Ob das erhöhte Verteilungsvolumen, und die dadurch veränderte Stoffwechselsituation zu einer verringerten Wirksamkeit von hormonellen Kontrazeptiva und in weitere Folge zu ungewollten Schwangerschaften führen kann wurde nun analysiert (Cochrane Database of Systemic Reviews 2010) Der Analyse liegen sieben Berichte zu Grunde, die Daten aus elf Studien mit über 39.500 Frauen enthielten. Eine von drei Studien mit Angabe des Body-Mass-Index (BMI) ergab ein erhöhtes Schwangerschaftsrisiko für Frauen mit Übergewicht und Fettleibigkeit (BMI >25) im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen. In dieser Studie hatten die Frauen entweder Hormonpflaster oder orale Kontrazeptiva verwendet. Diese Daten untermauern das oft in der Praxis vermutete Problem, und unterstreicht erneut die notwendige Aufklärung, die basierend auf dieser Datenlage, nun erfolgen kann.

Pille und Cervixkarzinom

Eine groß angelegte Reanalyse epidemiologischer Daten zur Klärung der Frage, ob hormonelle Kontrazeptiva einen Einfluss auf die Entstehung des Cervixkarzinoms haben, kommt zur Erkenntnis, dass grundsätzlich ein Zusammenhang zwischen der langjährigen

Anwendung von hormonellen Kontrazeptiva und der Cervixkarzinomsinzidenz besteht. Es geht dabei um einen Anwendungszeitraum von zehn Jahren und mehr. Für die Praxis der Patientenbetreuung wichtiger ist das individuelle Risiko. Dies variiert stark mit der Inanspruchnahme der Vorsorgemaßnahmen und hängt zusätzlich von zahlreichen anderen Faktoren ab.

Unzweifelhaft ist der kausale Zusammenhang von high-risk-HPV-Infektionen, Promiskuität und Parität. Wobei HPV-Infektion und Promiskuität in einem Atemzug zu nennen sind. Die wissenschaftlich offenen Fragen, wo etwa der Angriffspunkt der Hormone im Verlauf der viralen Onkogenese zu suchen ist, bedürfen noch der Klärung. In Kenntnis dieser Information, sollte bei der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva die individuelle Lebenssituation der Anwenderin genau besprochen werden, damit die Verunsicherung klein gehalten wird. Die Anwenderinnen mögen zunehmendes Augenmerk auf die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung legen und die Möglichkeit der HPV-Impfung als präventive Maßnahme sollte jeder Frau bekannt sein.

Notfallkontrazeption mit Hormonen

Die Methode der Notfallkontrazeption („Pille danach“) kommt dann zur Anwendung, wenn zum Zeitpunkt des Eisprungs ungeschützt Geschlechtsverkehr stattgefunden hat und der Eintritt einer Schwangerschaft verhindert werden soll. Die millionenfachen Zugriffe auf die Internetseite für die „Pille danach“ (www.pille-danach.at) repräsentieren einerseits das enorme Interesse an der Materie und andererseits den sich dahinter verbergenden Bedarf an Information, welcher schließlich zur Anwendung dieses Präparates bei tausenden Frauen führt.

Ein Notfallkontrazeptivum, wie es das Präparat Vikela® 1,5-mg-Tablette darstellt, verhindert den Eintritt einer Schwangerschaft durch Verzögerung des LH-Peaks und einer damit einhergehenden Arretierung des Leitfollikels, induziert aber nach derzeitigem Wissensstand keinen Schwangerschaftsabbruch gemäß jener Definition, dass eine Schwangerschaft mit der Implantation einer befruchteten Eizelle beginnt (Definitionen laut US Food and Drug Administration, US National Institute

of Health, American Medical Women's Association, American College of Obstetricians and Gynecologists).

Die Nebenwirkungen sind gering bis moderat und äußern sich in erster Linie in Blutungsunregelmäßigkeiten sowie leichter Übelkeit und Brustspannen. Mit dem Eintritt der nächsten Menstruation ist nach Einnahme einer Notfallkontrazeption mit bis zu sieben Tagen Verspätung zu rechnen.

Die Methode der Notfallkontrazeption zeichnet sich durch folgende Charakteristika aus:

- Hohe Effizienz durch Applikation vor der Ovulation.
- Niedrige Effizienz durch Applikation nach stattgehabter Ovulation mit einem Zeitfenster von +/- zwei Tagen.
- Im Falle einer Befruchtung ungehinderter Eintritt einer intakten Schwangerschaft, da weitere „Postfertilisation-Events“ nicht gestört werden.

Die Notfallpille Vikela® (Wirksubstanz Levonorgestrel) ist seit zwei Jahren rezeptfrei erhältlich.

Mit ellaOne® (seit 1.1. 2010 rezeptpflichtig erhältlich) wurde eine neue Substanz zur Notfallkontrazeption eingeführt. Die Wirksubstanz Ulipristalacetat ist der Klasse der Selektiven Progesteron-Rezeptor-Modulatoren zuzuordnen und ermöglicht eine längere und annähernd gleichbleibende Wirksamkeit bis zum 5. Tag nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr.

Wie der Name sagt, sollten die Methoden der Notfallkontrazeption dem „Notfall“ vorbehalten sein und nicht die Norm der Empfängnisregelung für eine Frau darstellen.

Langzeitzyklusgabe oraler Kontrazeptiva

Seit längerer Zeit befindet sich ein Präparat zur durchgehenden, nicht unterbrochenen Hormonzufuhr am Markt. Dadurch ahmt man eine Situation nach, die bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund der häufigen Schwangerschaften ganz allgemein bestand. Dementsprechend hatten die Frauen vor 100 Jahren nur ca. 140 Menstruationszyklen während ihres gesamten Lebens, heute sind es rund 450.

Für den Langzeitzyklus spricht z.B. die

geringere Anzahl beschwerlicher Phasen im Leben einer Frau, wenn ihr zu dieser Zeit Dysmenorrhoe, zyklusabhängige Migräne und andere Zyklusbeschwerden zu schaffen machen.

Orale Kontrazeption mit naturidentem Östrogen

Das - nennen wir es - „Anforderungsprofil“ an die Pille hat sich, wie beschrieben, in den letzten Jahre sehr verändert. Die Frauen sind den „Hormonen in der Pille“ gegenüber zunehmend kritischer geworden, und aus Umfragen weiß man, dass als oberster Wunsch an ein Pillen-Präparat immer wieder die „Natürlichkeit“ steht.

Was soviel bedeutet wie: mit Hormonen verhüten JA, aber dann bitte mit den Körpereigenen.

Diesen „Wunsch“ kennt auch die Industrie seit Jahren und alle Forschungsanstrengungen auf diesem Gebiet haben im Mai 2009 zur Marktreife des Produktes Qlaira® der Firma Bayer geführt. Diese Pille beinhaltet in einem besonderen Dosierungsschema Östradiolvalerat und Dienogest und steht für das, was sich Frauen besonders von „Ihrer“ Pille wünschen: der Natur am nächsten zu sein. Das Dosierungsschema (4 Phasen, 26/2) , wurde nach aufwendigen Studien ermittelt, und stellt neben einer guten Verträglichkeit, Zyklusstabilität und einer hohen kontrazeptiven Sicherheit das Charakteristikum der neuen Pille dar.

Die Markteinführung eines weiteren Pillenpräparates mit naturidentem Östradiol erfolgte im Frühjahr 2012. Der Produktname ist Zoely®. Jede Filmtablette enthält in einem monophasischen Schema 2,5mg Nomegestrolacetat und 1,5 mg 17beta Östradiol. Es gibt 24 Verum und 4 Placebo Tabletten. Das Sicherheitsprofil von Zoely® wurde in multizentrischen klinischen Studien, die bis zu einem Jahr dauerten erhoben und beurteilt. Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen dem 18. und 50. Lebensjahr. Die kontrazeptive Wirkung beruht auf dem Zusammenwirken verschiedener Faktoren, wobei die Ovulationshemmung und die Veränderung des zervikalen Sekretes als die wichtigsten anzusehen sind. Die Verträglichkeit wird als sehr gut angegeben.

Die am häufigsten berichteten Nebenwirkungen waren Akne, Unverträglichkeit im Magen-Darm-Trakt, Kopfschmerzen, Libidoverminderung und Stimmungsschwankungen. Das Blutungsprofil zeigt aufgrund des verwendeten Gestagens ein stabiles Verhalten, wobei in 18-32 % auch mit dem Ausbleiben der Abbruchblutung zu rechnen ist.

Was kann die Pille noch.....

Pille und Schilddrüse

Die Ergebnisse bei der Literatursuche zum Thema Schilddrüse und orale Kontrazeptiva sind nicht sehr ergiebig und die wenigen Sätze, die in den Publikationen zu diesem Thema zu finden sind, negieren einen Zusammenhang zwischen Pilleneinnahme und Schilddrüsenfunktionsstörung.

Diese Tatsache steht in starkem Kontrast, zur klinischen Beobachtung, dass einerseits Schilddrüsenerkrankungen bei Frauen häufiger vorkommen als bei Männern und andererseits, dass durch die Ethinylöstradiol vermittelten Veränderungen der Bindungsproteine ein endokriner Zusammenhang zwischen Pille und Schilddrüse besteht.

Häufig entwickeln Frauen nach jahrelanger Pilleneinnahme und nach Absetzen der Pille in weiterer Folge ein Schilddrüsenfunktionsstörung – meist eine Unterfunktion. Frägt man dann nach, ob die Betroffene schon vor Anwendung oraler Kontrazeptiva Probleme

mit der Schilddrüse hatte, wird diese meist verneint.

Aus dieser klinischen Beobachtung ergibt sich nun die interessante Frage: was ist in der Zeit der Pilleneinnahme im Körper der Frau geschehen?

Auffallend ist, dass die Frauen instinktiv diese neu aufgetretenen Störungen mit der Pillenanwendung in Verbindung bringen, die evidente Medizin aber aus der Studienlage dafür kaum eine Hilfestellung anbietet.

Dennoch: the lack of evidence is no evidence of lack.....

Da eine Hypothyreose ein großes Problem u.a. bei Kinderwunsch darstellt, sollte man sich dem Thema Schilddrüse und Pille auch wissenschaftlich vermehrt annahmen.

Pille und PCO

Orale Kontrazeptiva werden oft Patientinnen mit polyzystischem Ovar (Syndrom) als „Therapie“ verordnet. Die antiandrogenen Pillenbestandteile bewirken auch tatsächlich, dass die polyzystisch imponierenden Ovarien im Ultraschall nicht mehr, oder deutlich weniger darzustellen sind.

Die zuvor amenorrhöische Patientin blutet regelmäßig, stabilisiert ihr Körpergewicht, die hyperandrogenämischen Stigmata verschwinden und alle sind zufrieden.

Tabelle Die häufigsten in Österreich verwendeten hormonellen Kontrazeptiva

Monophasenpräparate	Balanca®, Belara®, Cileste®, Gynovin®, Harmonette®, Liberel®, Liberel® mite, Loette®, Madonella®, Marvelon®, Meliane®, Mercilon®, Microgynon® 30, Minesse®, Minulet®, Mirelle®, Wave®, Yasmin®, Yasminelle®, Yris®, Yris® mite Madinette®, Yirala®, Aliane®, Mellow®, Motion® Volina®, Volina mite®, Selina, Selina mite
Mehrphasenpräparat	Gracial®, Yaz®, Eloine®
Dreistufenpräparate	Tricileste®, Trinovum®, Vivelle®
„Akne“-Pillen	Bellgyn®, Diane® mite, Loette®, Midane®, Minerva®, Vivelle®, Xylia®, Alisma®
„Gestagen-only“-Präparate	Cerazette®, Micronovum®, Tangolita®, Cycle®, Moniq Gynial®
Pille mit Östradiovalerat	Qlaira®
Pille mit 17beta-Östradiol	Zoely®
Andere Applikationsformen hormoneller Kontrazeptiva	Sayana® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze) Depocon® (gestagenhaltige Dreimonatsspritze) Evra® (Hormonpflaster) Implanon NXT® (gestagenhaltiges Implantat), Mirena® (intrauterines, gestagenhaltiges System) NuvaRing® (Vaginalring)

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Wird die Pille allerdings von der Patientin nach einigen Jahren der Anwendung wieder abgesetzt, dauert es nicht lange und die ursprünglichen Probleme stellen sich erneut ein. Diese klinische Tatsache ist jedem der solche Patientinnen betreut wohlbekannt und nun ist guter Rat teuer.

Die vermeintliche Therapie war nicht - wie von beiden Seiten erhofft - kurativ wirksam, sondern vielfach nur „Kosmetik“ zur Zyklusstabilisierung. Auch hier besteht noch ein großer wissenschaftlicher Nachhohlbedarf.

Univ.-Prof.
Dr. Doris Maria Gruber

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde
Klinische Abteilung
für Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin

Währinger Gürtel 18–20,
A-1090 Wien
Tel.: 01/40 400-28 16,
Fax:Dw: 28 17

doris.gruber@meduniwien.ac.at