

Kontrazeption bei Jugendlichen mit Adipositas

Birgit Delisle

In Deutschland, wie in vielen Ländern der westlichen Industrienationen, nimmt die Zahl der Kinder- und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas laufend zu. In der Kontrazeptionsberatung Jugendlicher mit Übergewicht und Adipositas gibt es einige wichtige Aspekte, die zu berücksichtigen sind.



Nach den Ergebnissen des letzten nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) aus dem Jahre 2008 sind 8,7 % der Mädchen übergewichtig und 6,3 % adipös [1]. Adipositas ist schon im Kindes- und Jugendalter ein Risikofaktor, der mit Diabetes mellitus Typ 2, Leberverfettung, Bluthochdruck und anderen Krankheiten einhergeht [1]. Eine besondere Risikogruppe stellen

Jugendliche mit chronischen Krankheiten, körperlicher und geistiger Behinderung dar, da sie neben dem Risikofaktor durch die Behinderung noch wesentlich häufiger an Übergewicht und Adipositas leiden [2]. Durch Übergewicht und Adipositas kann es bei Mädchen zum frühzeitigen Einsetzen der Pubertät mit allen psychosozialen Belastungen kommen. Sie haben ein erhöhtes Risiko für Akne,

Hirsutismus und Polyzystisches Ovar Syndrom (PCOS) [3]. Bei Adipositas besteht ein höheres Risiko von Komplikationen in der Schwangerschaft [4].

Definition

Eine Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse für das Alter und Geschlecht gesundheitsgefährdend erhöht ist. Der Body Mass Index [BMI = Körpergewicht / Körpergröße² (kg/m²)] dient zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen. Da der Bodymassindex alters- und geschlechtsabhängig ist, müssen im Kindesalter BMI-Referenzkurven verwendet werden (► Abb. 1). Um in Deutschland einheitliche Definitionen heranzuziehen, hat sich die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) darauf geeinigt die BMI-Kategorien über bestimmte Perzentilen dieser Referenzdaten zu definieren [5]:

- Übergewicht: 90. Perzentile < BMI ≤ 97. Perzentile
- Adipositas: BMI > 97. Perzentile
- extreme Adipositas: BMI > 99,5. Perzentile

Welche Aspekte sind für die Kontrazeptionsberatung Jugendlicher mit Übergewicht und Adipositas wichtig?

Haben hormonelle Verhütungsmittel eine negative Auswirkung auf das Körpergewicht?

Die häufigste Frage, die Jugendliche zur Pille stellen, ist: „Macht die Pille dick?“ Vermeintliche oder echte Gewichtszunahme unter der Pille ist der häufigste Grund für Unterbrechung der Pilleneinnahme in den ersten sechs Monaten und somit ein Risikofaktor für eine ungewollte Schwangerschaft [6]. Viele Mädchen empfinden sich, obwohl sie ein normales Gewicht haben, als übergewichtig weshalb gerade bei Jugendlichen eine gründliche Beratung angezeigt (► Abb. 2) ist [7].

Der jugendliche Körper befindet sich in einer Umbildungsphase vom Kind zur Frau. Die Körperform und Zusammensetzung verändert sich. Oberschenkel-, Gesäß- und Brustumfang nehmen zu, es kommt zu ca. 1,14 kg Zunahme an Fettgewebe pro Jahr und daher ist auch ohne Hormone häufig eine Gewichtszunahme zu erwarten [8].

Gewichtszunahmen unter der Mikropille werden immer wieder beobachtet und kontrovers diskutiert. Bis zu 20 % aller Frauen nehmen in den ersten Monaten bei der Einnahme von Mikropillen 1–2 kg an Gewicht zu, aber im Laufe des Jahres reguliert sich meist das Körpergewicht.

Nach den Analysen der Cochrane Database führen hormonelle Kontrazeptiva bei erwachsenen Frauen, mit Ausnahme der Depot-Gestagene, zu keiner oder nur zu einer geringen Gewichtszunahme, die über die normale altersentsprechende Gewichtszunahme hinausgeht [9]. In einer Studie aus dem Jahre 2010 von Beksinska et al. [10] konnte gezeigt werden, dass Jugendliche (15–19 Jahre) in einen Beobachtungszeitraum über 3–5 Jahre 2 cm an Größe und 2,3–2,8 kg Gewicht zunahmten.

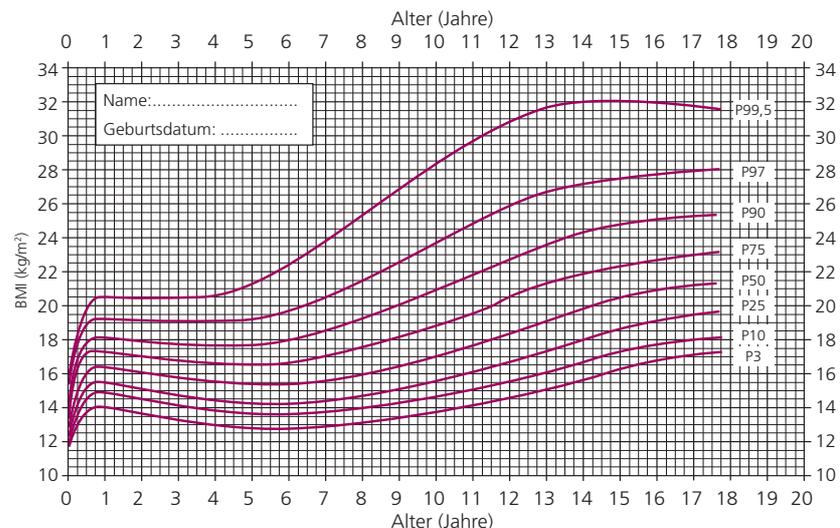


Abb. 1: Perzentilenkurven für den Body Mass Index (Mädchen 0–18 Jahre) nach Kromeyer-Hauschild 2001 [4].

Es war kein Unterschied zwischen Mädchen, die keine hormonelle Verhütung hatten, zu Mädchen, die Mikropillen einnahmen, zu beobachten, jedoch kam es unter einem Depot-Gestagen (DMPA, NET-EN) durchschnittlich zu einer Gewichtszunahme von 6,2 kg. Auch andere Studien zeigen, dass gerade bei übergewichtigen Jugendlichen es häufig unter Depot-Gestagenen zu einer weiteren Gewichtszunahme kommt [11]. Beim Verhütungsring, bei der Gestagenpille, dem Gestagenimplantat und der Hormonspirale ist in der Regel auch keine wesentliche Gewichtszunahme zu erwarten [9, 10].

Bei manchen Jugendlichen kommt es zu einer gewissen Wassereinlagerung durch die Östrogene, bei manchen kommt es zur Appetitsteigerung und vermehrter Nahrungsaufnahme. Jugendliche mit diesen Problemen sollten ernst genommen werden, da sonst das Risiko des Pillenabbruchs besteht. Andere Auslöser wie veränderte Lebensgewohnheiten oder Stress sollten diskutiert und den Jugendlichen die natürliche Gewichtszunahme in ihrem Alter erklärt werden. Objektive Messung

von Körpergröße und -gewicht sollte bei jeder Jugendlichen regelmäßig erfolgen und dokumentiert werden, da oft nur eine vermeintliche Gewichtszunahme vorhanden ist.

Kommt es zum Wirkungsverlust hormoneller Kontrazeptiva bei Übergewicht/Adipositas?

Eine effektive Verhütung ist besonders bei adipösen Jugendlichen sehr wichtig, da eine Schwangerschaft zusätzlich zum jugendlichen Alter höhere Risiken für Mutter und Kind darstellen [4]. Seitdem eine Studie von Holt 2004 [12] eine erhöhte Versagerquote bei oralen kombinierten Kontrazeptiva bei übergewichtigen und adipösen Frauen festgestellt hat, wird in der Presse immer wieder von „Übergewicht setzt Pille matt, Fett macht Pille wirkungslos u. a.“ gesprochen, obwohl in neueren Veröffentlichungen nur ein geringer oder kein Einfluss von erhöhtem BMI und Körpergewicht auf die Verhütungssicherheit konstatiert wird. Westhoff (2010) untersuchte die Ovarsuppression unter Mikropillen bei normalgewichtigen im Vergleich zu adipösen Patientinnen und konnte keine Unterschiede feststellen [13]. In einer großen prospektiven

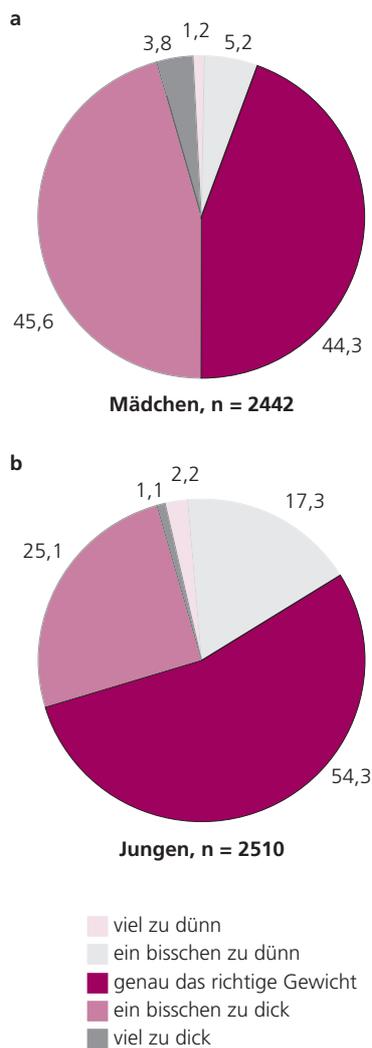


Abb. 2: Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr [7]?

europäischen Studie (Dinger 2009) mit 59.000 Frauen wurde nur ein geringer oder kein Einfluss von BMI und Körpergewicht auf die Wirksamkeit festgestellt. Lediglich unter der Einnahme von chlormadinonacetathaltigen Mikropillen wurde eine Korrelation zwischen BMI und Beeinträchtigung der Wirksamkeit gefunden. Chlormadinonacetat liegt in den Mikropillen nicht in einer doppelten Ovulationshemmdosis vor und kann bei ausgeprägter Adipositas zu einer geringeren Ovarsuppression führen (► Abb. 3) [14, 15]. In der neuesten Cochrane Analyse

2013 konnte bestätigt werden, dass auch bei Übergewicht und Adipositas durch die Mikropillen ein sicherer Verhütungsschutz gewährleistet ist [16].

Auch andere hormonelle Verhütungsmittel (Verhütungsring, Gestagenpille, Gestagenimplantat, Hormonspirale), mit Ausnahme des Verhütungspflasters, sind bei Adipositas sichere Verhütungsmittel [17, 18]. Ausnahme ist das Verhütungspflaster. Bei Frauen über 90 kg (nicht aber nur bei erhöhtem BMI) zeigten Untersuchungen von Ziemann (2002), dass das Verhütungspflaster weniger effektiv ist [20, 21]. In die Verbrauchsinformation von Evra® wurde dieser Hinweis mit aufgenommen.

Glasier (2011) zeigt in ihrer Untersuchung, dass bei übergewichtigen und adipösen Frauen die Versagerquote der Notfallkontrazeption mit Levonorgestrel doppelt so hoch ist wie bei Normalgewicht. Bei Ulipristalacetat erhöht sich die Versagerquote erst ab einem BMI > 30 [22].

Welche Risiken bestehen bei Adipositas und hormoneller Kontrazeption?

Adipositas erhöht das Thromboserisiko um das 2–3 fache [23]. Mikropillen erhöhen je nach Zusammensetzung das Thromboserisiko auf das 3–6 fache. Da gesunde Jugendliche ein sehr niedriges Grundrisiko für Thrombose haben (unter 1:10000), muss von einer Mikropille aus diesen Gründen nicht abgeraten werden. Problematisch wird es jedoch, wenn zusätzliche Risiken wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen oder eine Fettleber, die schon im Jugendalter bei adipösen Kindern auftreten können, das Risiko erhöhen. Dann sollte eine östrogenfreie Verhütung oder eine intrauterine Kontrazeption empfohlen werden. Bei Frauen mit Normalgewicht haben niedrig dosierte orale Kontrazeptiva keinen negativen Einfluss auf Glucose- und Lipidstoffwechsel. Vergleichsstudien zeigen,

dass dies auch für adipöse Frauen und Jugendliche gilt [24, 25].

Haben hormonelle Kontrazeptiva eine positive Wirkung?

Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für Hyperandrogenämie und PCO-Syndrom. Das PCO Syndrom ist gekennzeichnet durch Zyklusstörungen (Oligo/Amenorrhoe), Akne und Hyperandrogenämie. Orale kombinierte Kontrazeptiva erhöhen das Sexualhormon bindende Globulin (SHBG) und vermindern das freie Testosteron. Die Wirkung wird verstärkt, wenn ein antiandrogenhaltiges Gestagen gewählt wird (Dienogest, Chlormadinon, Drospironon). Ein Benefit haben auch Jugendliche mit Dysmenorrhoe, Endometriose und andere zyklusabhängige Beschwerden, besonders wenn Mikropillen im Langzyklus (off label use) gegeben werden.

Zusammenfassung

Auch Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas, ohne zusätzliche Risikofaktoren, kann eine Mikropille oder Verhütungsring als sichere und nebenwirkungsarme Verhütung mit Zusatznutzen bei Akne und PCO-Syndrom empfohlen werden. Bei Kontraindikation gegen östrogenhaltige Kontrazeptiva sind die Gestagenpille, das Gestagenimplantat oder das gestagenhaltige IUS zu empfehlen. Depot-Gestagene sollten wegen dem Risiko der Gewichtszunahme und Osteoporose nur in Ausnahmefällen injiziert werden. Bei Kontraindikation von Hormonen empfiehlt sich die Einlage eines kupferhaltigen intrauterinen Kontrazeptivums.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

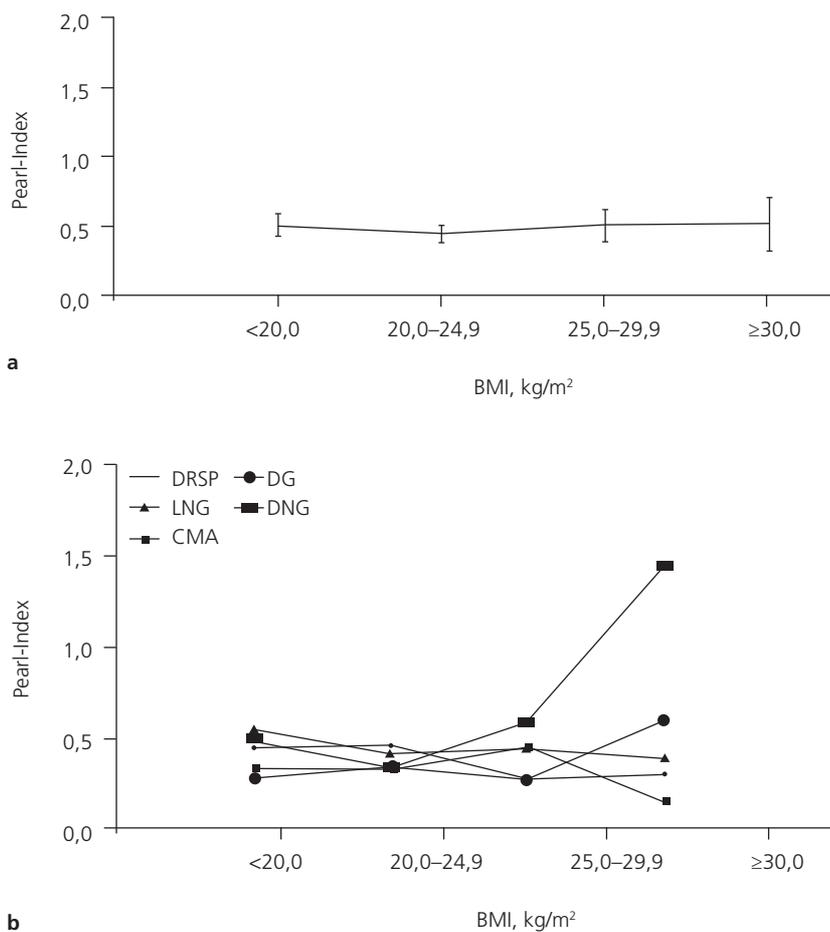


Abb. 3: Nach Dinger [14].

- a Einfluss des Body-Mass-Index(BMI) auf die kontrazeptive Effektivität während der Behandlung mit verschiedenen Kombinationspräparaten.
 b Unterschied zwischen Präparaten, die verschiedene Gestagene enthalten. DRSP Drosperinon, DG Desogestrel, LNG Levonorgestrel, DNG Dienogest, CMA Chlormadinonacetat.

Literatur

1. Robert Koch Institut. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS 2008)
2. Reinehr T, Dobe M., Winkle K et al. Adipositas bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Dtsch Ärztebl. 2010 15: 268–275
3. Richter-Unruh A. Erfahrungen aus der kinderendokrino-logischen Sprechstunde. Metabolisches Syndrom und PCOS Korasion 2 2011
4. Raio L. Schwangerschaftsbetreuung bei adipösen Frauen. Gynäkologie. 2008 6: 6–9
5. <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>
6. Hall KS et al. An exploratory analysis of associations between eating disordered symptoms, perceived weight changes and oral contraceptive discontinuation among young minority women. J Adolesc Health. 2013 52(1):58–63
7. Kurth B-M, Ellert U. Gefühls- oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? Dtsch Ärztebl 2008 23: 408–412
8. Rogol AD, Roemmich JN, Clark PA. Growth at puberty. J Adolesc Health 2002 31: S192–200
9. Gallo MF et al. Effect of birth control pills and

patches on weight. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD003987.

10. Beksinska et al. Prospective study of weight changes in new adolescent users of DMPA, NET_EN, COCs, non-users and discontinuers of hormonal contraception. Contraception 2010 81(1): 30–34
11. Bonny AE, Secic M, Cromer BA. A Longitudinal Comparison of Body Composition Changes in Adolescent Girls receiving Hormonal Contraception. J Adolesc Health 2009 45(4): 423–425
12. Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. Obstet Gynecol 2005 105:46–49
13. Westhoff CL, Torgal AH, Mayeda ER, Stanczyk FZ, Lerner JP, Benn EK, Paik M SO. Ovarian suppression in normal-weight and obese women during oral contraceptive use: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2010 116: 275
14. Dinger JC, Cronin M. et al. OC effectiveness according to BMI, weight, age, and other factors. Am J Obstet Gynecol 2009 201:263–9
15. Wiegratz I. Kontrazeption und Problemfälle.

Der Gynäkologe 2009 12: 949–962

16. Lopez LM et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD008452.
17. Curtis KM, Ravi A, Gaffield ML. Progestin-only contraceptive use in obese women. Contraception 2009 80(4):346–54
18. Westhoff CL et al. Pharmacokinetics and ovarian suppression during use of a contraceptive vaginal ring in normal-weight and obese women. Am J Obstet Gynecol 2012 207(1): 39e–39e6
19. Xu H et al. Contraceptive Failure Rates of Etonogestrel Subdermal Implants in Overweight and Obese Women. Obstet Gynecol 2012 120(1): 1–6
20. Ziemann M et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. Fertil Steril. 2002 77(2 Suppl 2): S13–8.
21. Bitzer et al. Klinisch relevante pharmakologische Grundlagen der hormonellen Kontrazeption. Frauenarzt 2009 50(4): 348–354
22. Glasier A. et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetat and levonorgestrel Contraception 2011/84 363–367
23. Pomp ER et al. Risk of thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. Br J Haematol 2007 139 (2): 286–296
24. Verhaege J. Hormonal contraception in women with metabolic syndrome: A narrative review. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2010 15: 305–313
25. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4

Korrespondenzadresse:

Dr. Birgit Delisle
 Münsinger Str. 28
 81477 München
 E-Mail: ebemdelisle@t-online.de

Dr. Birgit Delisle



Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Intensivkurs I:

„Grundbestand der Kinder- und Jugendgynäkologie“

13.–15. November 2014 in Merseburg (Halle), Radisson Blu Hotel

Teilnehmerkreis: Fachärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen/Ärzte im letzten Weiterbildungsjahr für Gynäkologie, Pädiatrie und angrenzende Fachgebiete (z. B. Kinderurologie, -chirurgie)

Informationen und Anmeldung:

if-kongress management gmbh

Standort München:

Hainbuchenstraße 47, 82024 Taufkirchen

Tel.: 089/612 096 89

Standort Berlin:

Hausvogteiplatz 12, 10117 Berlin

Tel.: 030/514 883 346

Weitere Informationen finden Sie stets aktualisiert unter: www.kindergynaekologie.de

Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.

Liebes Mitglied,

Sie sind herzlich eingeladen, im Rahmen des 09. Berliner Symposiums, das vom 15. bis 18. April 2015 stattfinden wird, an der ordentlichen Mitgliederversammlung teilzunehmen.

Ort: dbb forum berlin zum 09. Berliner Symposium der AG Kinder- und Jugendgynäkologie, 10117 Berlin

Datum: Freitag, den 17. April 2015

Uhrzeit: 16:45 Uhr bis 18:15 Uhr

Raum: siehe Ausschilderung sowie Programm des 09. Berliner Symposiums.

Wir freuen uns auf Sie!

Nachrichten aus der Mitgliederverwaltung

Die Zahl der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. hat sich im Jahr 2013 auf 751 Mitglieder erhöht. In die Arbeitsgemeinschaft aufgenommen wurden 40 Ärzte und Ärztinnen. Im gleichen Zeitraum ausgeschieden sind 28 Mitglieder.

Aufruf

Wir möchten kostengünstig und kurzfristig mit Ihnen kommunizieren können und Sie vermehrt in unsere Aktivitäten einbinden. Die E-Mail ist dazu eine zeitgemäße Möglichkeit. Bitte unterstützen Sie uns und senden Sie Ihre aktuelle E-Mail-Adresse an:

info@kindergynaekologie.de

Kongressbericht zum NASPAG 2014 in Philadelphia

Vom 24.–26.04.2014 fand das 28. „Annual Clinical and Research Meeting“ der Nordamerikanischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendgynäkologie (NASPAG) in Philadelphia statt.

In zahlreichen Plenarsitzungen wurde über Reproduktionsgenetik, PCO Syndrom, dem Nutzen von Robotics in der Kindergynäkologie und „Compensated Dating“ etc. gesprochen. Besonders interessant war der Vortrag von Frau Dr. Elizabeth Miller vom Children's Hospital Pittsburgh, die über Nötigung zur Reproduktion d. h. Erzwingen einer Schwangerschaft durch den Partner, teils unter brachialen Methoden, wie eigenhändigem Entfernen der IUP oder Vaginalringes der Partnerin be-

richtete, ein bei uns wenig bekanntes Problem. Des Weiteren wurden viele Themen auch im Rahmen von Workshops in Kleingruppen oder bei gesetzten Diskussionen am Mittagstisch („Hot Topic Luncheon“) behandelt. Bei diesen hatte man Gelegenheit, intensiv untereinander oder auch den mit den Referenten über Themen wie reproduktive Gesundheit von Leistungssportlerinnen, Fertilität nach onkologischer Therapie, DSD, Gerinnungsproblemen bei Jugendlichen u. v. m. zu diskutieren. Die Aufteilung in viele parallel stattfindende Workshops gab zwar die Gelegenheit, direkter mit den Referenten zu diskutieren, allerdings konnten viele interessante und gleichzeitig abgehaltene Sitzungen nicht be-

sucht werden. Um dies zu kompensieren wurde Handouts von fast allen Vorträgen und Workshops verfügbar gemacht.

Zahlreiche Teilnehmer aus allen Teilen der USA, aber auch Mittel- und Südamerika, Europa und Asien nahmen am diesjährigen Kongress teil. Bei einer von Dr. Ellen Rome, der aktuellen Präsidentin der FIGIJ, organisierten Abendveranstaltung hatten die internationalen Teilnehmer Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen und Wissensaustausch.

Der nächste Kongress der NASPAG wird vom 16.–18.04.2015 in Orlando, Florida stattfinden.

korasion-Impressum

Schriftleitung: PD Dr. med. Patricia G. Oppelt (Erlangen), Dr. med. Esther M. Nitsche (Lübeck)

Redaktion: I. Bedei (Frankfurt), I. Voß-Heine (Werl), D. Mackert (Kulmbach)

Bezug: korasion erscheint 4-mal im Jahr (Bezug für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. kostenlos – kann aus technisch/wirtschaftlichen Gründen nur zusammen mit der gyne bezogen werden); Jahresbezugspreis für alle 11 Fachzeitschriften gyne: 42,- Euro inkl. Porto und MwSt.

Herausgeber und Verleger: Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, E.-C.-Baumann-Str. 5, 95326 Kulmbach.

Geschäftsführer: Walter Schweinsberg, Bernd Müller

Druck: creo Druck & Medienservice GmbH, 96050 Bamberg

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen/teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Für veröffentlichte Beiträge behält sich der Verlag das ausschließliche Recht der Verbreitung/Vervielfältigung/Übersetzung (auch v. Auszügen) vor. Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung des Verlages.

ISSN 0179 9185