



Hausärztliche Fortbildung Hamburg - HFH - Handout

Gynäkologische Beratungsanlässe

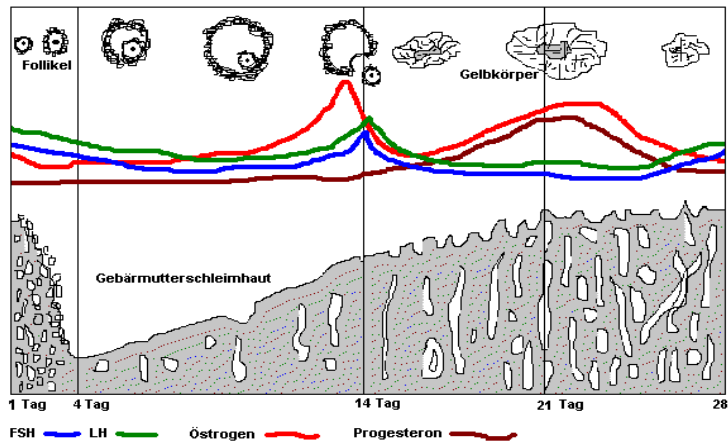
09. November 2010

Claudia Mews

HFH- 2010 Gynäkologische Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis

Dr. med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u.
Gynäkologie

ZYKLUS- Monitoring



HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Möglichkeiten gynäkologischer Diagnostik in der Hausarztpraxis

- **Anamnese:** Zyclus +- 28 / 5, Letzte Regel, VLR, Fluor, Spotting
Antikonzepation, IUP, Geburten, Schwangerschaften, Gynäkologische Eingriffe;
Inkontinenz
- **Abdomenpalpation:** DS, Peritonismus;
Rektale Untersuchung (Portiohebeschmerz) Temp. rektal/oral
- **Labor:** Harnstix, CRP, BSG, Leukos., β- HCG; Schwangerschaftstest,
Evtl. Nativpräparat /Pilzlabor (äußeres Genitale), Chlamyd. TPHA, GO, HIV
- **Hormonlabor:** FSH, LH Testo, PRG/ E2, Prolaktin, TSH
- **Sonographie:** Ovarialcysten/ Follikelpersistenz / Polycystisches Ovar/
Adnextumor/ Endometriumdicke, Myome, Amnion/ EU/ Freie Flüssigkeit im
Douglas? orientierend !

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Gynäkologischer Untersuchungsplatz in der Hausarztpraxis

- **Spec:** Fluor, Blutung, Polyp; Erosion, Deszensus
- **Palp:** Ut.-Größe? Myom?, Druckschmerz, Adnex, verdickt, dolent, Ovar palpabel, Portiohebeschmerz ?
- **Labor:** Nativpräparat, Portio-Abstrich: PAP/ Bakteriolog/HPV, Chlamydien Pilz-Labor
- **NATIV Mikroskopie:** Pilz (Blastosporen Hyphen)
Leukos/Erys/Döderlein/ Östrogenreaktion/ Atrophie, Clue Cells- Amintest auf Gardnerella, Trichomonaden
- **Kolposkop:** Ektopie/UZ, essigweißes Epithel, Ovula Nabothii, (Schillersche Jodprobe) gezielte PAP- Cytologie

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Häufige gyn. Beratungsanlässe

- Sekundäre Amenorrhoe: SST, β -HCG. (Grav / EU / Hormonelle Störung) Medikation
- Dysmenorrhoe
- Prämenstruelles Syndrom
- HPV Impfung, Partnertherapie?
- Chlamydien: Partner Diagnostik -Therapie?
- Klimakterisches Syndrom?
- HRT? ja / nein / wie lange?
- Mamma-Screening? ja / nein
- KF? ja/ nein / wie häufig?

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Fluor genitalis

- (Primärversorgung / wann überweisen)
- Gardnerella-Vaginose (Aminkolpitis) (Metronidazol / Vit C.)
- Scheidenpilz, Candida-Vaginose (Clotrim./Nystatin)
- Bakt. Vaginose (z.B. Vagihex)
- Atrophische Kolpitis (E3)
- STD: Lues / GO / Chlamydien (HIV)
- maligner Fluor

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Perimenopause

- Frau K., 49 j. Sportlehrerin, groß und schlank, keine Kinder, Nichtraucherin
- vor 8 Monaten die Pille abgesetzt, danach bei normaler Zycluslänge prämenstruell Mastodynie und schwere Beine bei leichter Varicosis: Rp. Mastodynol (Agnus castus) Tropfen.
- "Herr Doktor, die Tropfen waren ja anfangs gut wirksam, aber jetzt wird der Zyclus immer kürzer und die schweren Beine gehen gar nicht weg- obwohl ich schon Venoruton intens täglich nehme"
- Pathophysiologie? Diagnostik?
Therapiemöglichkeiten?

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

HFH
gynäkologische Beratungsanlässe

Klimakterium
Übergangsphase aus dem
fortpflanzungsfähigen Alter der Frau
in die Phase der ovariellen
Erschöpfung

Stadien des menopausalen Übergangs

Menopause

Terminologie	Reproduktive Phase	Perimeno Pause	Prämeno Pause	Postmeno Pause
Dauer	variabel	variabel	variabel	Wenn erreicht -andauernd
Menstruation	regulär	variabel Länge (+/- 7 Tage)	Amenorrhoe Phasen (bis 60 Tage)	Keine
Endokrinologie	FSH normal	FSH erhöht	FSH erhöht	FSH erhöht

Hormone

zyklische Hormonproduktion lässt nach

es sinken:

1. Progesteron ↓↓
2. Östrogen ↓
3. Androgene (↓)

daraus folgt :

FSH steigt ↑↑

Auswirkungen der nachlassenden Hormone

1. Progesteron: zunächst niedrige Progesteronproduktion in der Lutealphase und Phasen der Hyperoestrogenität -> *Brustspannen, Flüssigkeitsausgleich im Gewebe geändert, Prämenstruelles Syndrom PMS, Blutungsstörung*
2. Östrogen: schließlich anhaltende niedrige oder nicht mehr nachweisbare Östrogenspiegel -> *Oligomenorrhoe, Amenorrhoe, aufsteigende Hitze, heiße Füße, Schlafstörung*

Auswirkungen der nachlassenden Hormone

- Androgene: Testosteron relativ erhöht da Östrogen niedrig - > *Akne – Hautbild wie in der Pubertät*
- FSH: da keine Ovulation mehr, steigt das zentral regulierende Follikel stimulierende Hormon

Diagnostik

- FSH, E2 - Bestimmung nur sinnvoll bei Z.n. Hysterektomie
- TSH diff Diagnostik Klimakterium/Hyperthyreose
- β -HCG bei uncharakt Beschwerden (sek Amenorrhoe, Mastodynien, Erschöpfung, Reizbarkeit, US Endometrium)
- Klärung der Notwendigkeit weiterer antikonzeptiver Maßnahmen:
- falls Amenorrhoe > 6 Monate -> Gestagentest (,) falls anschließend keine Abbruchblutung erfolgt, ist keine Antikonception mehr erforderlich
- Schwangerschaftserwartung Alter > 50 Jahre
Erwartung 1: 20 000
- Antimüller-Hormon, und andere Methoden der Bestimmung der ovariellen Reserve noch unzuverlässig

Klimakterisches Syndrom

- Das Vorhandensein dieser Beschwerden allein rechtfertigt keine Behandlung. Diese wird nur bei einem starken Leidensdruck der Frau durch diese Beschwerden gerechtfertigt.
- Instrument zur Messung des Leidensdruckes z.B. Klimakteriumsscore (Hauser et al 1994 Evaluation der klimakterischen Beschwerden, Menopausen rating Scale (MRS) zentralblatt Gynäkol 116, 16), aber auch subjektive Bewertung ernst nehmen.
- Alle die nachfolgenden Symptome sind nicht allein durch Abnahme des E2 und Progesterons bedingt und das Ausmaß derer Mitbeteiligung ist unterschiedlich bzw nicht geklärt. Weitere Faktoren die bedeutsam sind: östrogenunabhängige Alterungsprozesse, individuelle Lebenssituation, gesellschaftliche Faktoren.

klimakterische Beschwerden

- Klimakterische Symptome – vasomotorische Beschwerden sind kein Ausdruck einer Krankheit
- Die Physiologie der Beschwerden ist noch nicht genau geklärt. Möglicherweise beeinflusst das Erleben die körperliche Reaktion
- Reaktion der Umwelt hat Einfluß auf das Erleben und die Bewältigung von Wechseljahrsprobelmen
- Wichtig für die Frau zu wissen: es gibt eine Therapie, die mit großer Wahrscheinlichkeit hilft - das hilft abzuwarten

Therapie

- **S3-Leitlinie:** *Phytoöstrogene, andere pflanzliche und nichthormonale Therapien können nicht als Alternative zur HT empfohlen werden*
- Hormone lindern Beschwerden, aber bei 50% der Frauen treten diese nach Absetzen wieder auf
- Hormone lindern vasomotorische Beschwerden bei 70% der Frauen, Plazebo bei 58%
- Lebensstilveränderungen und Sport helfen Frauen diese Lebensphase aktiv zu leben

Hormonersatztherapie

- Hormone sollten nur eingenommen werden zur Linderung von Beschwerden, nicht zur Prophylaxe und nicht als Lifestyle –Tablette, denn sie haben Nebenwirkungen
- **S3- Leitlinie:** *zur Behandlung vasomotorischer Beschwerden können Oestrogene, ggf Oestrogen-Gestagenkombinationen oder Tibolon eingesetzt werden (A). Bei der Indikationsstellung sind die in der Leitlinie dargestellten möglichen Nutzen und Risiken zu beachten.(A) – Konsensstärke: starker Konsens*
- **S3- Leitlinie:** *Bei Frauen mit hohem Frakturrisiko kann eine HT zur Prävention einer Fraktur, unter Berücksichtigung der Nutzen-Risiko Abwägung, eingesetzt werden, sofern eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber anderen zur Osteoporosetherapie vorrangig empfohlener Arzneimittel besteht A Konsensstärke : starker Konsens*
- **S3- Leitlinie:** *Eine HT ist nicht zur Primär- oder Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit indiziert (B).Konsensstärke : Konsens*

– **WHI-Studie:** *nichtsignifikanter Trend zur Risikoreduktion unter ET zwischen 50-59, nicht bei älteren Frauen. Unter EPT war das Risiko zu Behandlungsbeginn erhöht, nicht bei Behandlungsdauer über 5,6 Jahre. Insbesondere für ältere bzw. kardiovaskulär vorbelastete Frauen (>60J) besteht initial ein erhöhtes Risiko*

A: starke Empfehlung: soll

B: Empfehlung: sollte

O Empfehlung offen: Kann

Hormonersatztherapie

- depressive Erkrankungen – keine Wirksamkeit (A)
- Verbesserung kognitiver Funktionen – Wirksamkeit widerlegt (B)

Kontraindikationen

- Z.n. Mamma CA
- Z.n. DCIS
- fam oder anamnestisches Thromboserisiko
- Z.n. Apoplex
- Z.n. Herzinfarkt /KHK
- Lebererkrankungen
- Gallenblasenerkrankungen

Relative Kontraindikationen

- Z.n. Endometrium CA
- Z.n. Ovarial CA
- Z.n. Kolorektalem CA
- fam Mamma- bzw Ovarial CA
- art Hypertonie
- Adipositas
- Nikotinabusus
- Alter > 60 J

Nebenwirkungen der Hormonersatztherapie

- uterine Blutungsstörungen
- Oedeme
- Gelenkschmerzen
- psychische Störungen: Reizbarkeit,
- Thromboembolische Erkrankungen – vor allem in den ersten 4 Einnahmemonaten
- Völlegefühl
- schwere Beine
- erhöhte Rate von diagnostizierten Mamma CA
- Blutdruckerhöhung
- Apoplex-Risiko
- Herzinfarktrisiko

Hormonersatztherapie

Östrogene

- Estradiol (E2) – 0,5 – 2 mg /die (Tabletten)
- Estradiol transdermal 14µg – 28µg (Pflaster,Gel)
- oder konj. Oestrogene- 0,3 – 0,6 mg (1,25) mg/die (Tabletten)

Gestagene

- Progesteron (Tabletten oral oder intravaginal)
- Cyproteronacetat/Dionogest
- MPA(Medroxyprogesteronacetat): MPA 2,5 -5 mg/die (Tabletten)

Kombinationen

- fixe Kombinationen Oestroegen/ Gestagen (Pflaster/Tabletten)

Hormonersatztherapie

- immer so kurz und so wenig wie möglich – egal wie lange HET angewandt wird – es tritt meist nur eine Verschiebung der Phase der Wechseljahre ein
- immer Kombination Oestrogene und Gestagene (zyklisch oder fixe Kombination)
 - Ausnahme: Z.n. Hysterektomie: da reichen Oestrogene
- **Empfehlung: E2 transdermal und Progesteron**
- **morgens:** E2 Gel ¼ Streifen auf die Innenseite des Oberarms auftragen
- **abends:** 1 Kps. Progesteron in die Scheide einlegen
- **Wenn die Hitzewallungen nach 1 Woche unverändert fortbestehen,** ½ ganzen Streifen

Scheidenatrophie

- **S3- Leitlinie:** eine systemische HT bzw eine lokale Oestrogentherapie verhindern die vaginale Atrophie bzw führen zu ihrer Rückbildung. Eine niedrig dosierte lokale ET ist gleich effektiv wie eine systemische. Die lokale ET ist einer Placebo- oder hormonfreien Lokaltherapie signifikant überlegen.
- Wenn eine symptomatische Vaginalatrophie die einzige Therapieindikation ist, soll eine lokale vaginale Et empfohlen werden,(A)
- **rezidivierende Harnwegsinfekte**
- **S3- Leitlinie:** eine lokale Oestrogenbehandlung ist wirksam (B)
- Eine vaginale Oestrogenbehandlung kann bei rezidivierenden Harnwegsinfekten empfohlen werden B Konsensstärke. starker Konsens

Behandlungsempfehlung lokale Östrogenbehandlung

- Estriol 0,5 – 1mg 1– 2x wöchentlich intravaginal (Salbe, Zäpfchen, Tabletten)
- **Empfehlung: ½ Tablette (2mg Estriol) 1x wöchentlich intravaginal**
- zum schnellen Wirkungseintritt über 2 Wochen abends 1x täglich 1 Applikator Estriolsalbe intravaginal, nach 2 Wochen 1x wöchentlich oder ½ Tablette Ovestin intravaginal abends.
- Dauerbehandlung

Ist mir wichtig zu sagen:

- Angst und Panik verursachen ähnliche Symptome wie Wechseljahrsbeschwerden
- Depressionen sind nicht typisch für die Wechseljahre. Sie sollten nicht mit Hormonen behandelt werden.
- Hormone bei Beschwerden anwenden, so wenig als möglich, so lang wie nötig.

Erkrankungen der Vulva

**Caroline v. Schubert-Bayer
Dysplasiesprechstunde
Tel: 040-181881-1700**

**Asklepios Klinik Hamburg – Altona
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe**

Neoplastische Veränderungen

- VIN usual typ:
 - die mit 90 bis 98% häufigste Form der VIN
- VIN differentiated typ:
 - nur 2-10% aller VIN

Vulväre Intraepitheliale Neoplasie

Ätiologie

- der differenzierten VIN:
 - a) HPV spielt keine Rolle bei ihrer Genese*
 - b) hohe Korrelation mit Lichen sclerosus (L.s.) und squamöser Hyperplasie +/- Atypien

*Bonvicini F et al 2005, van de Nieuwenhof et al 2008, Preti M et al 2005, Yang B, Hart WR 2000

Ätiologie

- der gewöhnlichen VIN:
 - a) HPV wurde je nach DNA-Nachweismethode in 42 bis 100% der Läsionen nachgewiesen*

* Hampf M et al 2006 , Hillemanns P. et al 2006 , Hording U et al 1991 , Insinga R et al 2008, Lerma E et al 1999, Rufforny I et al 2005, Skapa P et al 2007, Srodon M et al 2006, van Beurden M et al 1995

Epidemiologie

Inzidenzrate:

- Die Inzidenz der VIN hat sich in den letzten Jahrzehnten vervierfacht !
- Über starke Zunahme der Inzidenzrate: von 0,6/100.000 Frauen im Jahre 1973 auf 2,9/100.000 im Jahre 2000 wurde weltweit berichtet

Prävalenz

VIN vom gewöhnlichen, HPV assoziierten Typ

- junge Frauen zwischen 20 und 35 Jahren
- meist multifokal
- bzw. multizentrisch (AIN, VaIN, CIN)

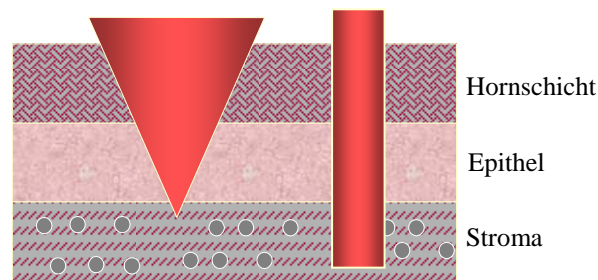
Diagnostik

- Kolposkopie
- Essig möglich aber häufig unspezifische Reaktion an nicht erkranktem Gewebe.
- Zytologie nur bedingt sinnvoll
- Großzügige PE Indikation (Stanze)

Diagnostik

- **Biopsie zur histologischen Sicherung**

- Knipsbiopsie (Nachteil: Basis fehlt, da keilförmiges Biopsat)
- Exzisionsbiopsie (bei zirkumskripten, auf VIN verdächtigen Herden)



Therapie

- Lokale Exzision, „scinning excision“ mit CO₂ Laser
- Entfernung bis in das Korium, 4-5 mm seitlicher Sicherheitsabstand
- Unbehaarte Areale 2 mm tief
- Behaarte Areale 5 mm tief

Take home message

- Das Vulvacarcinom ist nicht mehr eine Erkrankung der alten Frau
- Es nimmt vor allem bei jungen Frauen zu
- Häufigster Sitz ist subklitoral
- **Jede wunde Stelle, die nicht spätestens nach 4-6 Wochen abheilt, muss histologisch abgeklärt werden**

Schmerzhafte Vulvaveränderungen

Zwei Beispiele:

- Herpes genitalis
- Lichen sclerosus

Klinik

- Akute Schmerzen
- Brennen beim Wasserlassen
- Schwellung Leistenlymphknoten
- Starkes Krankheitsgefühl mit z.T. hohem Fieber

Lichen sclerosus der Vulva

- Erkrankungsalter der Frau meist zwischen 45 und 65 Jahren
- Kann in allen Altersklassen auftreten

Klinik

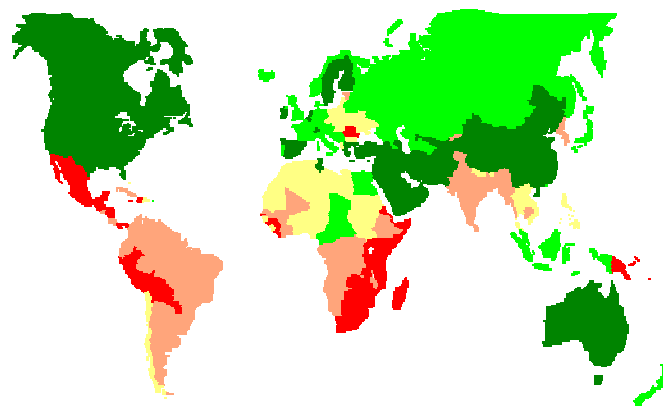
- Seit Monaten bis Jahren Jucken und Brennen
- Enger werden der Scheide

Ätiopathogenese

- Genaue Ursache unbekannt
- **Autoimmunphänomene**

Therapie

- Lokale Steroidtherapie
 - **Clobetasol-Propionat (Dermoxin)**
 - Ovestin Salbe
 - Fetthaltige Cremes



■ < 9.4 ■ < 17.2 ■ < 23.6 ■ < 33.7 ■ < 82.6

Altersstandardisierte Inzidenz pro 100.000 Personenjahre

In Europa sterben 40 Frauen täglich am Zervixkarzinom

Bosch X. , de Sanjosé S. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;31:3–13.

Zervixkarzinom

- Cx. Carcinom weltweit die zweit häufigste Krebserkrankung der Frau
- Seit Einführung der Krebsvorsorge in den 70er Jahren Rückgang um
- 6500 Neuerkrankungen in Deutschland / Jahr, davon 2/3 >5 Jahre ohne Vorsorge

Akuter Unterbauchschmerz

- 25 j. schlanke Patientin mit akutem, krampfartigen Unterbauchschmerz re. gestern abend, heute noch etwas dumpfer Schmerz insbesondere beim Gehen, Stuhlgang und Miktion regelrecht
- A: IUP, LR vor 2 WO, VLR vor 5 Wochen
- B: Diffuser Unterbauchdruckschmerz re. paramedian, keine Abwehr, DG +, Rektal kein Portiohebeschmerz, Temp. Rectal 36.8., RR 120/80 HF 76
- US: Wenig freie Flüssigkeit im Douglas, IUP in situ
- Labor: CRP / BB - Leukos in der Norm, Harnstix o.B.
- Mittelschmerz, Rupturierte Follikelcyste
- Therapie? Kontrollen

Unterbauchschmerz der Frau

- akuter Unterbauchschmerz
 - Dysmenorrhoe
 - Endometritis / Adnexitis; Appendicitis, EUG, perforierte Ovarialcyste, Stieldrehung; akute Divertikulitis
 - Cystitis

- rezidivierender Unterbauchschmerz
 - Dysmenorrhoe; Mittelschmerz
 - Endometriose; Dysmenorrhoe bei Myomen
 - Endometritis
 - Tumor (Ovarial / Endometrium / Zervix)

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Dysmenorrhoe Schmerzhafte Regelblutung

- Primär – essentiell (99 %) sekundär – organisch (1 %)

- Pathophysiologie:
 - Progesteronsynthesestörung
 - Prostaglandinausschüttung
 - Uteruskontraktion und Ischämie

- Die primäre Dysmenorrhoe tritt im 1. bis 5. Jahr nach der Menarche bei ein bis zwei Drittel der jungen Frauen auf!

- Symptome:
 - Krampfartige Unterbauchschmerzen, evtl. Ausstrahlung in Flanken Rücken und Beine, evtl. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz, Kollaps
 - Dauer 1-5 Tage, vom Beginn der Mensis an

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Dysmenorrhoe

- **Risikofaktoren:** Pubertätskonflikte, Konflikthafte Identifikation als Frau,
- Transkulturelle Probleme, Familiäre Probleme, Schul- und Berufsprobleme
- Leptosomer Habitus, depressiv – ängstliche Struktur

- **Therapieoptionen:** Gynäkologisch – physiologische Aufklärung
- Entspannungs- und Körperwahrnehmungstraining

- **Anfallsbehandlung:**
- Paracetamol (max. 4 x 1000 mg) bei leichter Symptomatik
- Ibuprofen (max. 3 x 600 mg) - schnell wirksam
- Naproxen (max. 2 x 500 mg) - lange Halbwertszeit
- **möglichst 1-2 Tage vor der Mensis beginnend!**

- **Präventiv:**
- Progesteron: z.B. Gestafortin 5-10 mg von 15-25 Zyklustag
- Ovulationshemmer
- Vitamin B6 ca. 80 mg / Tag, Vitamin C 500 mg / Tag (Versuch)

HFH- Gynäkologie 2010
 © Dr med. D. W. Niemann
 FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

DD: Akute Appendizitis / Adnexitis

■ Appendizitis

Anamnese

Übelkeit Erbrechen

Abdomen -Palpation

LL / P. max. Mc. Burney

Rectal digital

Schmerz tief - lateral

gynäkol. Palpation Adnexe: frei

Nativ- Cytologie: o. B.

Temp. Ax / rec. = 1°, eher subfebril

■ Adnexitis

Fluor postmenstruell, Spirale

P. max. caudal / medial

Portioschiebeschmerz

Adnexe verdickt und dolent

Leucos ++

eher febril

HFH- Gynäkologie 2010
 © Dr med. D. W. Niemann
 FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Cystitis bei jungen Frauen

Siehe DEGAM LL:

Akute unkomplizierte Cystitis ohne Aszension u. Fieber

- D: Anamnese + Harnstix (L+ / N+)
- T: TMP, 2 x 100 für 3 Tage (ggf. Furadantin 50)
- ggf. für 10 Tage bei Nichtansprechen oder Norflox

- Prophylaxe: Sexualhygiene, siehe Info DEGAM
- bei Rezidiven: Kultur und Antibiogramm
ggf. Chlamydien - Urethralabstrich (PCR)

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

Cystitis bei postmenopausalen Frauen

Siehe DEGAM LL

- Bei unkompliziertem HWI idem + Östrogen lokal (oder systemisch)
- Bei geriatrischen, immobilen Pat. 10 Tage Therapie mit TMP 2 x 100 + Östrogen lokal (oder systemisch)
- Bei Rezidiven: Ausschluss organischer Ursache
- US (Restharn, Blasenwand) -Ü. Urol. / Gyn.
- ggf. TMP oder Nitrofurantoin - Langzeitprophylaxe für 6 Monate

HFH- Gynäkologie 2010
© Dr med. D. W. Niemann
FA für Allgemeinmedizin u. Gynäkologie

HFH
gynäkologische Beratungsanlässe

Kontrazeption

Methoden, Wirkungsweise, Risiken, Hinweise

Verhütungspannen

Pille danach; Spirale danach

Kontrazeptionsmethoden

- Pille, Ring, Pflaster
 - Kombinierte Östrogen- Gestagen Präparate
- Minipille, 3 Monatspritze, Implantat
 - Gestagendaueranwendung
- Intrauterin Pessar
 - Kupfer Spirale, Kupfer Kette, Gold Spirale
 - Hormonspirale

Kombinierte OVH

- Ethinylestradiol und Gestagen
- Pille, Verhütungsring, Pflaster
- Verhinderung des Eisprungs
- Hinweise: Akne Medikation, Langzyklus, „Neues“ auf dem Markt
- Thrombosegefährdung ; Inzidenz: 20/100 000 Frauenjahre
- Nicht in der Stillzeit

Gestagendaueranwendung

- Levonorgestrel, Desogestrel , Etonorgestrel, Medroxyprogesteronacetat
- Minipille, Implantat, 3 Monatsspritze
- Hemmt Ovulation, verändert Endometrium
- Hinweis Minipille: häufig Schmierblutungen/ Zyklusstörungen nach Absetzen; kann in der Stillzeit genommen werden
- Risiko 3 Monatsspritze: Osteoporosegefährdung

Spiralen

- Kupfer IUP
 - Verhinderung der Einnistung
 - Stärkere Blutung, Entzündung, wenn mens ausbleibt immer an EUG denken
- Hormonspirale
 - Verhinderung des Aufbaus des Endometriums
 - Anfangs bis zu 6 Monate Schmierblutungen, Cysten, Stimmungsveränderungen

Verhütung danach

- Pille danach = 1,5 mg Levonorgestrel (Unofem), 30 mg Ulipristal(EllaOne)
 - Spätestens 48/72 h nach ungeschütztem GV
 - am sichersten 12 h danach
 - Interaktion mit Warfarin und Johanniskraut
 - Wirkungsweise nicht sicher bekannt, wahrscheinlich Verhinderung des Eisprungs
- Spirale danach = Kupfer IUP
 - Spätestens 5 Tage nach ungeschütztem GV
 - Verhindert die Einnistung

Fragen zur Anwendung

- Pille danach- wann nötig? – ab 3. ZT bis Einsetzen der Mens
- OVH vergessen – Pille danach?
 - 1 OVH vergessen in 1. und 2 Einnahmewoche: Pille sofort nach Bemerken einnehmen und dann weitere Einnahme wie gewohnt. Für die folgenden 7 Tage besteht kein sicherer Verhütungsschutz. Wenn hier GV – Pille danach
 - 1 OVH vergessen in der 3. Einnahmewoche: vergessene Pille sofort nach Bemerken einnehmen, Packung zu Ende und folgende anschließen. Keine Pille danach.
- Nach Anwendung der Pille danach – nach erfolgter Blutung -> SST durchführen
- Nach Einnahme der Pille danach 57% Blutung zum erwarteten Zeitpunkt

Infos für Ihre Patientinnen

- BZgA „Sichergehn“ Verhütung für Sie und Ihn
- www.familienplanung.de
- BZgA „Die Pille danach“

Fragen zu Medikamenten in der Schwangerschaft

Embryonaltoxikologie

Spandauer Damm 130, Haus 10B, 14050 Berlin

Beratungs-Telefon:

Tel. 030 / 30308-111

Fax 030 / 30308-122

Info Tipp zum Mammographie- Screening

Knotenpunkt

„Was kann das Mammographie-Screening leisten?“

Arbeitskreis Knotenpunkt Bielefeld e.V.

Postfach 101708

33517 Bielefeld