

# Beginn der Kontrazeption nach medikamentösem Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon

Nach einem komplikationslosen Schwangerschaftsabbruch nehmen viele Frauen ihre sexuelle Aktivität bald wieder auf. Mit einem Abbruch im ersten Trimenon beginnt ein neuer Zyklus und häufig kommt es bereits nach <sup>10</sup> Tagen zu einer Ovulation.<sup>1</sup> Deshalb ist es wichtig den Frauen wirksame Kontrazeptiva anzubieten, die sie unmittelbar nach dem Abbruch anwenden können.<sup>2</sup> Aufgrund bisher publizierter Untersuchungen wird die Anwendung aller modernen Kontrazeptiva unmittelbar nach einem komplikationslosen chirurgischen Abbruch empfohlen. Die Kontrazeption nach einem medikamentösen Abbruch wurde bisher noch wenig untersucht. Folgende Empfehlungen für die Kontrazeption nach einem medikamentösen Abbruch basieren auf den bisher publizierten Untersuchungen, der klinischen Erfahrung und dem Wissen von ExpertenInnen.

**Hormonelle Methoden**, sowohl Kombinationspräparate (Östrogen und Gestagen), als auch reine gestagenhaltige Präparate können bereits am Tag der Misoprostol-Applikation begonnen werden. (Dies ist meist der dritte Tag des medikamentösen Abbruchs mit der Kombination Mifepriстон-Misoprostol). Zu den hormonellen Verhütungsmethoden gehören **orale Kontrazeptiva**,<sup>5-7</sup> **3-Monatspritze** (zum Beispiel **Depot-Medroxyprogesteron-Acetat** bzw. **DMPA**),<sup>4</sup> **Implantat**,<sup>4</sup> und das **Verhütungspflaster**. Der **Vaginalring** (Östrogen-Gestagen Kombination) kann am Tag nach der Misoprostol-Applikation eingeführt werden; oder, falls die Frau an diesem Tag noch stark blutet, zwei bis drei Tage später. Diese Empfehlung basiert auf klinischer Erfahrung<sup>8,9</sup>. Es ist nicht bekannt, ob eine lang anhaltende oder starke Blutung nach einem medikamentösen Abbruch die Wirksamkeit des Vaginalrings beeinträchtigt.

**Intrauterinpressare (IUDs)** können nach einem medikamentösen Abbruch jederzeit eingelegt werden, sobald die Ausstoßung des Fruchtsackes diagnostiziert wurde <sup>8,10,7</sup>. Dies geschieht mittels Ultraschall, hCG Bestimmung oder Gynäkologischer Untersuchung in Verbindung mit dem Bericht der Patientin über ihre Blutung. Das gewählte Diagnoseverfahren kann nach Krankenhaus oder den jeweils gültigen Behandlungsrichtlinien variieren. Wird das IUD nicht in den ersten Tagen nach dem Abbruch gelegt, sollte die Frau bei sexueller Aktivität die Anwendung hormoneller Kontrazeptiva oder einer Barrieremethode in Erwägung ziehen.

**Barrieremethoden — Kondom, Diaphragma und Portiokappe; sowie Spermizid (Schaumzäpfchen oder Gel)**— können bei Bedarf jederzeit angewendet werden.<sup>3</sup>

**Sterilisation der Frau** — diese endgültige Methode kann durchgeführt werden, sobald die Frau eine informierte Entscheidung darüber getroffen hat.<sup>3</sup>

**Natürliche Familienplanung — Tagezählen und Methoden der Selbstbeobachtung** sind unzuverlässig und sollten erst angewendet werden, wenn sich der normale Zyklus wieder eingestellt hat.<sup>4</sup>

Falls sich die Anwendung einer geplanten Methode verzögert, sollte in der Zwischenzeit eine alternative Methode (z.B. Kondom) angewendet werden.

Frauen, die einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, sollten wissen, dass:

- das Risiko für HIV- oder andere sexuell übertragbare Infektionen durch das **Kondom für den Mann oder die Frau** stark reduziert werden kann, wenn es bei jedem Verkehr und richtig angewendet wird.
- **Notfallkontrazeption** kann angewendet werden, bei Versagen einer Kontrazeption oder nach ungeschütztem Verkehr. Sofern gewünscht, können Frauen zum Zeitpunkt des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs darüber informiert werden und eine Packung oder ein Rezept dafür erhalten, für den Fall, dass sie dies in Zukunft benötigen.

## Zeitplan für den Einsatz von Kontrazeptiva nach medizinischem Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester

METHODE	START NACH DEM MEDIZINISCHEN SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH	ANMERKUNGEN
Hormonelle Methoden: (orale Kontrazeptiva, Depot-Injektion, Implantat, Pflaster, Vaginalring)	Bei Vaginalring am Tag nach der Misoprostol-Applikation oder bei starker Blutung, 2-3 Tage später Bei allen anderen Methoden, am Tag der Misoprostol-Applikation	Falls Beginn später als 5 Tage nach Misoprostol-Gabe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in der Zwischenzeit und während der ersten Woche sollte eine Barrieremethode angewendet werden, <b>oder</b></li> <li>• in der Zwischenzeit und während der ersten Woche sollte eine Barrieremethode angewendet werden, oder In der klinischen Erfahrung hat sich der Einsatz von IUDs kurz nach einem medizinischem</li> </ul>
IUDs: (Levonorgestrel [LNG] oder Kupfer [Cu])	Nach Ausstoßung des Fruchtsacks und Bestätigung eines vollständigen Schwangerschaftsabbruchs	In der klinischen Erfahrung hat sich das Legen eines IUD kurz nach einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch als sehr wirksam erwiesen, selbst wenn im Cavum noch Endometrium oder Blut vorhanden ist (eine Studie dazu wird derzeit durchgeführt). Ist das Legen für später geplant, sollte in der Zwischenzeit eine Barriere-Methode oder eine hormonelle Methode angewendet werden.
Barrieremethoden und chemische Methoden	Bei Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität	Barrieremethoden können auch angewendet werden, wenn eine andere Methode erst später begonnen wird.
Sterilisation der Frau	Sofern die Frau aufgeklärt wurde und eine informierte Entscheidung getroffen hat	—
Methoden der Selbstbeobachtung und Tagezählen	Sobald sich wieder normale Zyklen eingestellt haben	Barrieremethoden oder Abstinenz sollten angewendet werden, bis sich der normale Zyklus wieder eingestellt hat.

## Literatur

1. Boyd, E. Forrest Jr. and Emil G. Holmstrom. 1972. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4):469-73.
2. World Health Organization. 1997. *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Geneva, WHO. (WHO/RHT/97.20)
3. World Health Organization. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva, WHO.
4. Mittal, Suneeta. 2006. Contraception after medical abortion. *Contraception*, 74(1):56-60.
5. Tang, Oi Shan, Pei Pei Gao, Linan Cheng, Sharon W.H. Lee and Pak Chung Ho. 1999. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 14(3):722-725.
6. Tang, Oi Shan, Jieshuang Xu, Linan Cheng, Sharon W.H. Lee and Pak Chung Ho. 2002. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 17(1):99-102.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2004. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-Based Clinical Guideline Number 7. London, RCOG.
8. Gemzell-Danielsson, Kristina, MD, PhD. July 2006. Personal communication. Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.
9. Hassoun, Danielle, MD. July 2006. Personal communication. Delafontaine Hospital, Paris.
10. Fiala, Christian, MD, PhD. July 2006. Personal communication. Gynmed Clinic, Vienna, Austria.

## Anerkennung

Ipas dankt folgenden Kollegen für ihren Beitrag oder die Überprüfung dieses Dokuments. Christian Fiala, Kristina Gemzell-Danielsson, Danielle Hassoun, Helena von Hertzen, Beth Kruse und Eric Schaff.

Die Publikation und Verbreitung dieses Informationsblatts wurde durch eine großzügige Förderung der Swedish International Development Cooperation Agency an Ipas ermöglicht.

Ipas  
P.O. Box 5027 • Chapel Hill, NC 27516 USA  
1.919.967.7052 • ipas@ipas.org  
www.ipas.org