

Empfängnisverhütung in der Stillzeit:

- ▶ **Laktationsamenorrhoe-Methode (LAM)**
- ▶ **und andere,**
- ▶ **was gibt es zu beachten ?**

Dr. Cora Vökt, LÄ, SP Feto-Maternale Medizin, IBCLC



Natürliche Rückkehr der Fruchtbarkeit postpartum

Erste Ovulation nach der Geburt

- ▶ frühestens 3 - 4 Wochen postpartum
- ▶ Ø 45 - 94 Tage pp.

Obwohl die erste Ovulation pp. oft subfertil abläuft, **können Wöchnerinnen theoretisch bereits ab der 4. Woche pp. wieder schwanger werden !!!**

Ein signifikanter Teil der Frauen ist bereits vor Ablauf der ersten 6 Wochen pp. wieder sexuell aktiv (bis zu 51 % in einer Studie) (*Jackson E et al. Systematic Review. Obstet Gynecol 2011;117:657*)

Erste Menstruation nach der Geburt

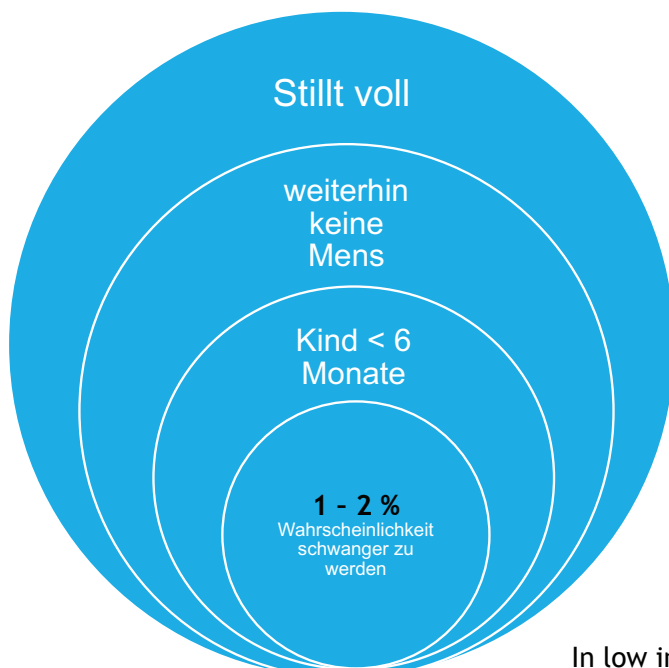
- ▶ 6 - 8 Wochen postpartum, falls nicht gestillt wird
- ▶ 40 % aller Frauen zeigen eine Laktationsamenorrhoe während der ersten 6 Mo pp., sofern sie ausschliesslich stillen

▶ Laktations-Amenorrhoe-Methode LAM

- ausschliessliches Stillen in den ersten sechs Monaten postpartum,
 - d.h. mindestens 6 lange Stillmahlzeiten pro Tag (mind. 80min/d), kein Pumpen
 - Abstand zwischen den Stillmahlzeiten < 6 Stunden
- Die Periode hat noch nicht wieder eingesetzt

Zu beachten: Wenn die Menstruation wieder einsetzt oder das Baby >6 Stunden schläft, dann besteht nur noch ein geringer Empfängnisschutz.

LAM – Kriterien erfüllt



Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021










↔ nicht erfüllt

- ↔ Beginn Beikost / Formula
- ↔ Periodenblutung
- ↔ Kind > 6 Monate
- andere Verhütungsmethode notwendig

!!! LAM ist nur eine temporäre Verhütungsmethode !!!

In low income Ländern wichtiger birth spacing effect durch LAM.







Methoden mit hohem Schutz

Birth control method options	Risk of pregnancy*	How the method is used	How often the method is used	Menstrual side effects	Other possible side effects to discuss	Other considerations
Female sterilization 	0.5 out of 100	Surgical procedure	Permanent	None	Pain, bleeding, infection	Provides permanent protection against an unintended pregnancy
Male sterilization 	0.15 out of 100					
IUD 	LNG: 0.2 out of 100 CopperT: 0.5 out of 100	Placement inside uterus	Lasts up to 3 to 12 years	LNG: Spotting, lighter or no periods CopperT: Heavier periods	Some pain with placement	LNG: No estrogen; may reduce menstrual cramps CopperT: No hormones; may cause more menstrual cramps
Implant 	0.05 out of 100	Placement into upper arm	Lasts up to 3 years	Spotting, lighter or no periods		No estrogen
Injectables 	4 out of 100	Shot in arm, hip or under the skin	Every 3 months	Spotting, lighter or no periods	May cause appetite increase/weight gain	No estrogen May reduce menstrual cramps
Pill 	8 out of 100	Take a pill	Every day at the same time	Can cause spotting for the first few months Periods may become lighter	May have nausea and breast tenderness for the first few months	Some clients may report improvement in acne May reduce menstrual cramps and anemia Lowers risk of ovarian and uterine cancer
Patch 	9 out of 100	Put a patch on skin	Each week			
Ring 		Put a ring in vagina	Each month			
Diaphragm 	12 out of 100	Use with spermicide and put in vagina	Every time you have sex	None	Allergic reaction, irritation	No hormones

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

uptodate

Methoden mit niedrigem Schutz

Male condom 	13 out of 100	Put over penis	Every time you have sex	None	Allergic reaction, irritation	No hormones No prescription necessary
Female condom 	21 out of 100	Put inside vagina				
Withdrawal 	20 out of 100	Pull penis out of the vagina before ejaculation				
Sponge 	12 to 24 out of 100	Put inside vagina	Daily	None	Allergic reaction, irritation	No hormones No prescription necessary
Fertility awareness based methods 	24 out of 100	Monitor fertility signs Abstain or use condoms on fertile days				
Spermicides 	28 out of 100	Put inside vagina				

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

uptodate

▶ Intrauterine Kontrazeption

- Idealerweise IUD-Einlage, sobald der Uterus komplett involuiert ist (Exp.Rate 3 - 10 %), d.h. seine ursprüngliche Grösse wieder erreicht hat.
- Theoretisch könnte direkt postpartum bereits ein IUD eingelegt werden, allerdings ist die Expulsionsrate postpartum dann sehr hoch (10-40 %)
 - + Risiko Uterusperforation (< 1 %)
 - + Risiko für Dislokation im Verlauf

Tubensterilisation

- ▶ Bei abgeschlossener Familienplanung und Wunsch nach dauerhafter Kontrazeption, idealerweise bereits antenatal besprochen
- ▶ Im Rahmen Sektio oder nach vaginaler Geburt
- ▶ kann in den ersten 24 Stunden postpartum i.d.R. via subumbilikale Mini-Laparotomie in PDA/SPA (Methode nach Pomeroy) oder
- ▶ jederzeit später per Laparoskopie in ITN durchgeführt werden
- ▶ Elektrokoagulation + Durchtrennung, partielle oder totale Salpingektomie (-ektomie → Risikoreduktion für high-grade seröses Ovarial-Carcinom)

Vasektomie beim ♂

- ▶ Permanente Kontrazeption beim Mann
- ▶ Unterbindung des Samenstrangs bds., i.d.R. durch Urologe/Chirurg
- ▶ hoch-effektiv, < 1 % Versager (1:2000, spontane Rekanalisation möglich)
- ▶ In LA und ambulant durchführbar
- ▶ NW: Hämatom, Infektion, Epididymitis, Spermien-Granulom, post-vasectomy Schmerzen
- ▶ Postoperativ für 3 Mo zusätzliche Kontrazeption nötig → Ejakulat-Analyse: → Azoospermie
- ▶ Keine gesicherte Evidenz hinsichtlich Assoziation mit erhöhtem Risiko für Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Demenz, Hyperonie, Prostatakrebs, Hodenkrebs

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

POP- progestin only pill / Implantat / Injektion

- ▶ Cerazette® (Desogestrel 0,075 mg Tabl. → biol. aktiver Metabolit Etonogestrel))
- ▶ Zu jedem Zpt. nach der Geburt initiierbar, gemäss WHO ab 6 Wo pp
- ▶ Implanon® (Etonogestrel 68mg entspricht Desogestrel), in LA subcutan an der Innenseite des Oberarms eingelegtes 4 cm langes 2 mm dickes Plastikstäbchen
- ▶ Einlage (21-) 28 Tage pp, wirksam für 3 Jahre
- ▶ hemmt den Eisprung, verändert Cx-schleim, Endometrium, Tubenmukosa
- ▶ sehr geringe Komplikationsrate
- ▶ Kein negativer Effekt auf Menge und Qualität der MM (jedoch nur Observationsstudien) (Aufnahme von 0,2 % der absoluten Tagesdosis Etonogestrel, die von der Mutter aufgenommen wird oder 2,2 % pro kg KG beim Säugling)

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Tabelle 2: In der Schweiz zugelassene rein gestagenhaltige Kontrazeptiva (Stand 30.06.2017)

Gruppe	Gestagen	Präparatename
Minipille	Desogestrel	Anouk, Azalia, Cerazette, Cevanel, Desofemono 75, Desonur, Desopop, Diamilla, Yolienne, Zenzi Gynial
Dreimonats-Spritze	Medroxyprogesteronacetat	Depo-Provera 150, Sayana
Hormonspirale	Levonorgestrel	Jaydess, Kyleena, Levosert, Mirena,
Implantat	Etonogestrel	Implanon NXT

Jaydess: 13,5 mg LNG, für 3 Jahre, für Jugendliche/Adoleszentinnen
 Kyleena: 19,5 mg LNG, für 5 Jahre, für Jugendliche/Adoleszentinnen
 Levosert / Mirena: 52 mg LNG für 5 Jahre,

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Classification of progestins used in combined oral contraceptive pills

First generation
<ul style="list-style-type: none"> • Norethindrone acetate: i.d.R. 0,35 mg Tabl. / 28 Tabl. Pckg., keine vollständige Ovarialsuppression, ↓ LH + FSH peak in Zyklusmitte, • Ethynodiol diacetate schmälere Endometrium, verlangsamt Eitransport durch Tube, eingedickter visköser Zervix-Schleim • Lynestrenol ↓ Spermienmigration, 5% failure rate ! Pünktliche Einnahme ! Micronovum® ausser Handel 2015, • Norethynodrel
Second generation
<ul style="list-style-type: none"> • dl-Norgestrel • Levonorgestrel
Third generation
<ul style="list-style-type: none"> • Desogestrel 75 mcg Tabl. / 28 Tabl. / Ovulationsinhibition, hohe kontrazeptive Sicherheit ähnl. CHC, vergessene Einnahme bis 12 Stunden ohne Verlust der kontrazeptiven Wirkung • Gestodene • Norgestimate
Unclassified
<ul style="list-style-type: none"> • Drospirenone 4 mg Tabl. / 24 Tabl. Drosp. + 4 Tabl. ohne/ Ovulationssuppression + antimineralocorticoide Wirkung vergleichbar mit 25 mg Spironolacton • Cyproterone acetate → cave Hyperkaliämie (Slinda® 4mg Tabl. in BRD + Österreich seit 2021, in USA seit 2019, kein erhöhtes Thromboserisiko (?)), (Eine vernachlässigbare Menge wird in die MM sezerniert)

Reproduced with permission from: Reust CE, Espinoza SA, Ruplinger J, Swofford S. What is the approach to intermenstrual bleeding in a woman taking a combined oral contraceptive? Evidence-Based Practice 2012; 15:29. Copyright © 2013 Family Physicians Inquiries Network.

UpToDate®

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Nebenwirkungen der POP

- ▶ Irreguläre Blutungen, Dauerblutung, rez. Schmierblutungen und Spotting (orale POP < MPA)
- ▶ Amenorrhoe, DD: Pillenversager, eingetretene Schwangerschaft
- ▶ Follikelpersistenz → Ovarialzyste (i.d.R. spontane Remission im Verlauf, keine Intervention nötig)
- ▶ Leicht ↑ Risiko für Depression (RR von ca 1.2 - 1.3), *Skovlund et al JAMA psychiatry 2016; 73:1154*
- ▶ Keine signifikante Gewichtszunahme, aber leichte Zunahme des Körperfettes
- ▶ Effekt auf Kohlehydratstoffwechsel, ↑ Risiko eines Typ II Diabetes → Kontrolle der Glukose-Toleranz unter POP im Falle erhöhtem Risiko für DM zu empfehlen
- ▶ POP Anwendung trotzdem erlaubt bei Diabetikerinnen inkl. jenen mit Gefässbeteiligung
- ▶ Unter POP niedrigerer Knochendichteverlust in der Stillzeit
- ▶ Insgesamt geringere EUG-Rate, da SS verhütet werden. Falls SS unter POP eintritt → ↑ EUG Rate OR 5 versus 2
Furlong
2002
- ▶ Nur geringer Effekt auf Gerinnung, Blutdruck, inflammatorische Marker, Lipidspiegel
- ▶ Kein Hw. auf eine Erhöhung des Ma-Ca Risikos
- ▶ ↓ Risiko für Endometrium-Ca

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

POP

- ▶ Fast bei allen ♀ mit Komorbiditäten anwendbar, bei welchen eine KI für CHC besteht
- ▶ KI:
 - ▶ Vorbek. oder V.a. Mamma-Ca
 - ▶ Vorbestehende, nicht abgeklärte uterine Blutungsstörung
 - ▶ Lebertumor, Leberzirrhose, akute Lebererkrankung
 - ▶ Z.n. bariatrischer Chirurgie mit bekannter Malabsorption
 - ▶ Antiepileptika-Einnahme

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Depot-Medroxyprogesteron-Injektion

- ▶ Für 12 Wochen wirksam, d.h. alle 3 Monate eine Injektion
- ▶ Tiefe i.m. Injektion (gluteal, DepoProvera® 150 mg), s.c. (Vorderseite OS, Sayana® 104 mg)
- ▶ Erste Injektion 6 Wo pp. Möglich (WHO)
- ▶ Theoretisch z.Z. der Geburt beginnbar, dann jedoch leicht ↑ VTE-Risiko und in Tierstudien an Ratten Effekt auf die Hirnentwicklung → WHO > 6 Wo pp Beginn
- ▶ Assoziation mit postpartaler Depression (?)
- ▶ Nach längerer Anwendung verzögerter, nicht vorhersagbarer Wiederbeginn der Ovarialfunktion (z.T. > 10 - 18 Mo in Abh. vom BMI).
- ▶ Kein Effekt auf Laktation
- ▶ KI: Leberzirrhose, Hepatozelluläres Adenom, Diabetes mit Organmanifestation, ischämische Herzerkrankung, Lupus, Langzeit-Cortison-Th (↑Fx-risiko), Aminoglutethimid-Th (Cushing-Sy Th) → beschleunigter Gestagenmetabolismus

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Vorteile von DMPA

- ▶ Auch bei Adipositas effektiv
- ▶ Periode wird abgemildert / sistiert mit der Zeit
- ▶ ↓ Blutungsmenge bei Hypermenorrhoe infolge Uterus myomatosus
- ▶ ↓ Dysmenorrhoe und andere Mensbeschwerden
- ▶ ↓ Endometriose-Beschwerden
- ▶ Selten Interaktion mit anderen Medikamenten

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Nachteile von DMPA

- ▶ Häufiger Zwischen- und Dauerblutungen
- ▶ Mögliche Gewichtszunahme
- ▶ Möglicherweise Zunahme depressiver Verstimmung
- ▶ ↓ Knochendichte (i.d.R. reversibel)
- ▶ Allergische Reaktion (kleines Risiko)
- ▶ Cave: in 8 % Lipatrophie nach s.c. Injektion, in 0,4 % nach i.m. Injektion
- ▶ Fruchtbarkeit kehrt verzögert zurück (bei 50 % in den ersten 10 Mo nach Stopp)
- ▶ Injektion alle 12 Wochen notwendig

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Kombinierte Pille / Pflaster / Vaginalring

- ▶ Enthält Gestagen und Östrogen
- ▶ Frühestens > 30 Tage pp. beginnbar wegen ↑ VTE-Risiko (falls kein persistierendes TVT-Risiko besteht)
- ▶ Gemäss WHO in der Stillperiode frühestens 6 Mo pp beginnen (CDC > 3 Wo pp)
- ▶ Wissenschaftliche Evidenz zeigt keinen signifikanten oder konsistenten Effekt auf den Stillserfolg. Nur eine kleine Menge von beiden Hormonen gelangt via MM zum Säugling. Qualitativ hochwertige Studien fehlen allerdings. Meta-Analyse 2015 (Bahamondes L et al. *Fertil Steril* 2013;100:445) aus 4 Studien: 1 mit nachteiligem Effekt auf das Stillen, 3 ohne Effekt, 2 Studien mit geringerer Milchmenge im Vergleich zu Placebo.

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Natürliche Empfängnisverhütung ?

- ▶ Wegen der Hormonumstellung pp. und dem gestörten Nachtschlaf, ist nicht vorhersehbar, wann sich der normale Zyklus wieder einstellt.
- ▶ Die Schleim- und Temperaturmethode ist deshalb in der Stillzeit ungeeignet. Dies gilt insbes. für Frauen, welche mit der Methode noch keinerlei Erfahrung haben.
- ▶ Unter Umständen kann die Methode bedingt geeignet sein, wenn Sicherheit in der Anwendung besteht und falls das Eintreten einer SS kein Problem darstellt.

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Venöse Thromboembolie (VTE) Risiko

- ▶ A priori niedriges Risiko im gebärfähigen Alter (ca 5 / 100.000 jährlich)
- ▶ Bei Einnahme von kombinierten hormonellen Kontrazeptiva x 3 - 7 ↑, abh. von der Applikationsart und im ersten Anwendungsjahr am höchsten und bleibt dann auf erhöhtem Niveau
- ▶ Reine Gestagentherapie (ausser DMPA) kein erhöhtes TE-Risiko
- ▶ Bei Z.n. TVT/LE ist eine kombinierte hormonelle Kontrazeption kontraindiziert, besser Cu- oder LNG-IUD
- ▶ VTE-Risiko in den ersten 6 Wo postpartum x 21 – 84 ↑ (i.V. zu baseline Risiko) und 5 x höher als in der Schwangerschaft selbst (in der ersten Wo pp am höchsten, dann kontinuierlich abfallend bis 6 Wo pp, dann Plateaubildung bis 12. Wo pp.) (*Jackson et al, Obstet Gynecol 2011*)

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Venöse Thromboembolie (VTE)-Risiko

Bei

- ▶ Alter > 35. Lj
- ▶ BMI > 35
- ▶ Nikotinabusus
- ▶ Pos. FA für VTE bei Verwandten 1. Grades > 45. Lj
→ Risikoberatung, kombinierte hormonelle Kontrazeption vermeiden

- ▶ Pos. Eigenanamnese für VTE oder pos. FA für Verwandten 1. Grades < 45. Lj
→ Hämostaseologisches Konsil ggfs. mit Thrombophilie-Abklärung, kombinierte hormonelle Kontrazeption vermeiden

L. Ross, P. Stute, L. Kiesel. Update hormonelle Kontrazeption. Gynäkologe 2021.54:116-120

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Arterielle Thromboembolien

- ▶ Erhöhtes Risiko unter kombinierter hormoneller Therapie
- ▶ wie ischämischer Hirninfarkt (RR 1,7), Myokardinfarkt (RR 1,6)

- ▶ Frauen mit Migräne haben ein deutlich ↑ Risiko für ischämischen Hirninsult von 36,9 / 100.000 Frauen → kombinierte Hormontherapie kontraindiziert
- ▶ Tritt unter der Einnahme einer komb. Präparates eine Migräne mit Aura auf, sollte die Th abgesetzt werden. Alle Medi zur NF-Kontrazeption sind aber möglich.
- ▶ Reine Gestagen-Th ohne erhöhtes Risiko und deshalb erlaubt. (cave DMPA, da ungünstige W. auf Lipidstatus)

L. Ross, P. Stute, L. Kiesel. Update hormonelle Kontrazeption. Gynäkologe 2021.54:116-120

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Malignom-Risiko ?

- ▶ Geringgradige Risiko - Erhöhung für Mamma-Ca sowohl bei kombinierter oraler hormoneller Kontrazeption als auch bei Gestagen-Mono Therapie (13 Fälle pro 100.000 Anwenderjahre) *(Morch LS et al. Meta-Analyse N Engl J Med 2017. 377:2228-2239)*
- ▶ Signifikante Risiko-Reduktion für Ovarial-Ca in Abhängigkeit der Einnahmedauer, welche 1 bis 30 Jahre nach Absetzen der kombinierten oralen Kontrazeption andauert *(Beral V et al. Lancet 2008 / Lurie G et al. Epidemiology 2008. 19:237-243)*
- ▶ Erhöhtes Risiko für Cervix-Ca während und bis 20 Jahre nach Stopp der Einnahme (Erhöhung von 11 auf 15 Fälle pro 100.000 Frauenjahre). Stärke des Effekts mit der Einnahmedauern assoziiert. *(Hanaford PC et al. BMJ 2010.340:c927)*
- ▶ Risikoreduktion für Endometrium-Ca durch kombinierte orale Kontrazeption, welche bis zu 30 Jahre nach Einnahme persistiert. *(Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial Cancer 2015. Lancet Oncol 16:1061-1070)*

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Peri-koitale Methoden

- ▶ Diaphragma - muss nach der Geburt neu angepasst werden

und

- ▶ Portiokappe

sollten nicht in den ersten 6 Wochen postpartum verwendet werden

Spermizide können jederzeit angewendet werden, können aber zu Irritationen führen in der Scheide.

Barriere - Methoden

Kondom und Femidom können jederzeit zum Einsatz kommen

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

PEARL - Index PI

- ▶ Gibt an, wie viele von 100 sexuell aktiven Frauen trotz der Anwendung derselben Verhütungsmethode innerhalb eines Jahres schwanger werden.
- ▶ Werden z.B. 4 Frauen von 100 innerhalb eines Jahres trotz Anwendung einer Methode unbeabsichtigt schwanger, so liegt der Pearl Index bei 4.
- ▶ Je niedriger der PI, desto sicherer ist die Methode.
- ▶ Falls gar nicht verhütet wird, in 85 % Eintritt einer SS.

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

▶ Die Sicherheit von verschiedenen Verhütungsmethoden im Vergleich

Methode	Pearl-Index
Verhütungsstäbchen Implanon®	< 0,1 %
Vasektomie	< 0,2 %
Hormonspirale	- 0,2 %
Sterilisation der Frau	- 0,3 %
Symptothermale Methode	0,3 %
„Pille“ (alle ausser Minipille)	0,5 %
Verhütungsring	0,9 %
Dreimonatsspritze	1 %
Kupferspirale (ohne Hormone)	- 1 %
Minipille	1-2 %
Pille danach	2 %
Basaltemperaturmethode	- 2 %
Kondom oder Femidom	2-12 %
Lea contraceptivum	2,5 %
Diaphragma oder Portiokappe	2,5-3 %
Verhütungscomputer	- 5 %
Zervixschleimmethode (Billings-Methode)	15 %
Coitus Interruptus	- 15 %
Knaus-Ogino-Methode (Kalendermethode)	- 20 %
Keine Verhütung	85 %

LARC

= lang anhaltende reversible Kontrazeption

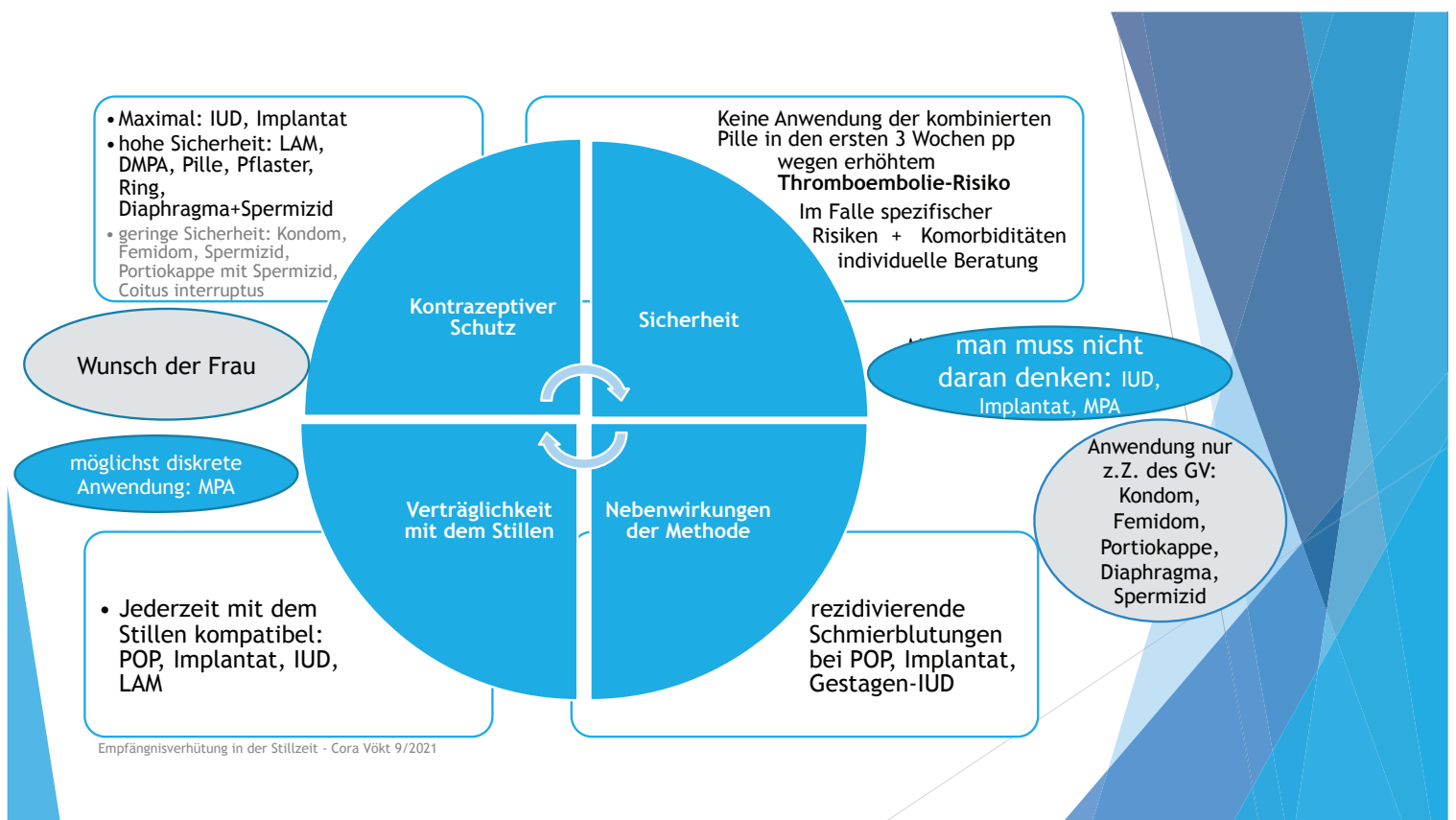
- ▶ PEARL Index von 0,2 für die Hormonspirale und kumulativ über 14 Jahre hochgerechnet 2,8
- ▶ Vt: keine Frage der Compliance
- ▶ \leftrightarrow Kondom bei perfekter Anwendung 2 %, unter Alltagsbedingungen 18 % Versagerquote
- ▶ $\leftarrow \rightarrow$ kombiniertes hormonelle Kontrazeptivum (Pille, Patch, Ring) 0,3 % bei perfekter Anwendung, 9 % unter Alltagsbedingungen

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

▶ Was ist bei der Beratung zu beachten?

- Wie sieht die weitere Familienplanung aus ? Sind noch weitere Kinder gewünscht und in welchem Abstand ? - *Bedeutung der Einhaltung eines gewissen Intervalls bis zur nächsten SS für ihre Gesundheit besprechen*
- Alle kontrazeptiven Möglichkeiten darlegen / diskutieren, welche kommen für sie gar nicht in Betracht, welche werden bevorzugt, ist diese vereinbar mit dem Stillen ? Wie sicher soll die Methode sein ? Mit welcher Methode hat sie bereits gute Erfahrung gemacht?
- Medizinische Vorgeschichte / Komorbiditäten ?
- Erste 6 Wo pp \uparrow Thrombose/LE Risiko beachten !





Nicht zu vergessen:

- ▶ Notfall-Kontrazeption im Falle ungeschütztem Geschlechtsverkehr / vergessener Pille etc auch in der Stillzeit möglich
- ▶ → Inhibition der Ovulation oder Verhinderung der Befruchtung der gesprungenen Eizelle
 - ▶ Cu - IUD (kein Effekt auf das Stillen), SS-Rate: 0,1 %, Einlage innert 5 (-7) Tage nach ungeschütztem GV, bei jedem BMI anwendbar
 - ▶ LNG-IUD, SS-Rate: 0,3 %, Einlage innert 5 Tage. Bei jedem BMI anwendbar
 - ▶ Levonorgestrel 1,5 mg (LNG) (NorLevo®) p.o., SS-Rate: 2,6 %
Anwendung innert 72 Stunden nach ungeschütztem GV (idealerweise innert 12 h, off label max 120 h)
 - ▶ Ulipristilacetat 30 mg FTabl. (UPA, selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator) (EllaOne®) → MM für 24 Stunden verwerfen (gemäss Beipackzettel 1 Wo), Anwendung innert 120 Std. nach ungeschütztem GV möglich, SS-Rate 1,8 %
 - ▶ Im Falle medik. NF-Kontrazeption gleichzeitiger Beginn einer sicheren Kontrazeption diskutieren und anbieten: mit LNG Einnahme gleichzeitig Langzeitkontrazeption mit DMPA, Implantat oder LNG-IUD beginnbar. Mit UPA hormonelle Kontrazeption frühestens 5 T nach UPA Einnahme beginnen

Cu-IUD zur NF-Kontrazeption

- ▶ Hemmung der Befruchtung
- ▶ Störung der Spermien-/ Eizellfunktion sowie Veränderung der Eileiter und Uterusphysiologie
- ▶ Verhinderung der Einnistung einer befruchteten Eizelle
- ▶ 99 % Schutz

LNG-IUD zur NF-Kontrazeption

- 52mg LNG, ähnlich effektiv
- Vt: NF-Kontrazeption und Langzeit-Kontrazeption
- Langfristig weniger Mensbeschwerden und geringere Periodenstärke

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Interpregnancy interval Intervall Geburt → Konzeption

- ▶ WHO : mindestens 24 Monate
- ▶ ACOG : > 18 Monate. Unbedingt zu vermeiden: < 6 Mo (→ ↑ maternale Risiken) (< 18 Mo: ↑ perinatale Risiken), ideal 18 - 24 Mo falls > 35 - 40 J 12 Mo vertretbar, bei Z.n. FG besser 24 Mo Abstand einhalten !!!
- ▶ abhängig von der gewählten kontrazeptiven Methode

Summary of pregnancy outcomes associated with short and long interpregnancy intervals^[1-12]

Pregnancy outcome	Short interpregnancy interval (range aOR/RR)	Long interpregnancy interval (range aOR/RR)
Low birth weight	1.39 to 1.86	
Small for gestational age	1.18 to 1.33	
Preterm birth	≥1.20	
Preeclampsia		1.1
Uterine rupture at TOLAC	2.7 to 3.14	
Miscarriage	0.78 to 0.86	
Stillbirth	0.9 to 1.09	

A short interpregnancy interval is variously defined but generally can be considered ≤6 to 18 months because ≤6 months is associated with elevated maternal risk and ≤18 months is associated with elevated perinatal risk. A long interpregnancy interval can be considered >60 to 75 months, but intervals >35 months are also associated with some elevated risk.

aOR: adjusted odds ratio; RR: relative risk; TOLAC: trial of labor after cesarean delivery.

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

uptodate

Kontraindikationen für hormonelle Kontrazeption

	Komb.Pille	Depot-MPA	Gestagen P	Implanon
Z.n. bariatrischer malabsorptiver OP	Kat. 3		Kat. 3	
Gallenblasen-Erkr.	Kat. 3			
≥35. Lj + <15 Zig./d ≥35. Lj + >15 Zig./d	Kategorie 3 nein			
Z.n. TVT/LE Thrombophilie	nein nein			
Mamma-Ca	nein			
Peripartum KMP	nein			
Art. Hypertonie	nein	Kat. 3		
Diab.mell. seit > 20 J oder mit Komplik.	nein	Kat. 3		
Migräne mit Aura	nein			
Myokardinfarkt cerebraler Apoplex	nein nein	Kat. 3	Kat. 3	Kat. 3
Lupus mit AP-Antik.	nein	Kat. 3	Kat. 3	Kat. 3
Leberzirrhose Lebertumor	nein nein	Kat. 3	Kat. 3	Kat. 3

K. Coleman-M. et al, AJOG 2021

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Kat. 3 = die theoretischen / bewiesenen Nachteile überwiegen etwaige Vorteile der Methode
Kat.4 = nein. Im Falle der Anwendung dieser Methode unakzeptables Gesundheitsrisiko für die Pat.

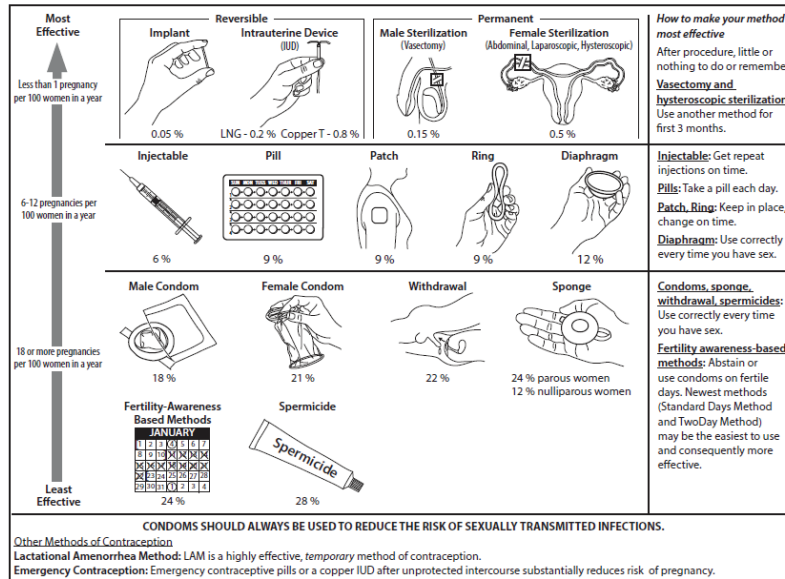
Spezielle Situationen

- ▶ ♀ mit Depression oder anderer psychischer Erkrankung: hormonelle Kontrazeption möglich und ohne Nachteil, sowohl POP und komb. Pille möglich
Systematic Review mit 26 Studien ohne klaren Bezug. Worly et al, Contraception 2018; 97:478
- ▶ ♀ mit Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) haben oft weitere Komorbiditäten und ein höheres VTE Risiko

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Effektivität der verschiedenen Methoden

FIGURE. Effectiveness of family planning methods*



Sources: Adapted from World Health Organization (WHO) Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP). Knowledge for health project: Family planning: a global handbook for providers (2011 update). Baltimore, MD, Geneva, Switzerland: CCP and WHO; 2011; and Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.
* The percentages indicate the number out of every 100 women who experienced an unintended pregnancy within the first year of typical use of each contraceptive method.

UpToDate

Empfängnisverhütung in der Stillzeit - Cora Vökt 9/2021

Fazit

Die Empfängnisverhütung in der Stillzeit ist auf jede Frau und ihre Bedürfnisse abzustimmen, individuelle Risiken sind hierbei zu beachten und zu besprechen.

- ▶ Laktationsamenorrhoe-Methode (LAM) ± Barriere-Methode
- ▶ Gestagen-only Methoden, IUD

Fragen?