

Empfehlungen zur Kontrazeption in der Covid-19 Pandemie

Während der "Lock-down" Phase der aktuellen Pandemie führte die eingeschränkte Möglichkeit eines direkten Arztkontaktes manchmal zu Problemen bezüglich der Neueinstellung auf eine individuell risikoadaptierte Kontrazeption bzw. gelegentlich auch zu Unsicherheiten bei der Weiterführung einer bestehenden Kontrazeption. Weltweit schätzt das Guttmacher Institut - vor allem in den Entwicklungsländern - die Folgen mit etwa 15 Mill zusätzlichen ungeplanten Schwangerschaften ein [1].

Jedenfalls wird von medizinischen Gesellschaften in einer Pandemie die Versorgung von Patientinnen mit einer effektiven Kontrazeption als prioritär eingestuft und vereinzelt wurden bereits Richtlinien für derartige Situationen erarbeitet [2,3].

COVID-19 wird durch das neue Coronavirus (SARS-CoV-2) verursacht und kann bei klinischer Erkrankung im Rahmen einer systemischen inflammatorischen Reaktion gehäuft zu thrombembolischen Ereignissen und sogar zu „disseminierter intravaskulärer Koagulation“ (DIC) führen [4,5]. Die Gefahr einer Koagulopathie führt einerseits zum verstärkten Einsatz von bekannten prophylaktisch/therapeutischen Strategien wie niedermolekularen Heparinen, aber auch zur Empfehlung der individuellen Einschätzung von diesbezüglichen Risikofaktoren, um durch den Einsatz antithrombotischer Maßnahmen die Morbidität und Mortalität zu verbessern [6].

Multifaktorielle Ursachen der Thrombembolie wie Immobilisierung, Schwangerschaft und Wochenbett, Alter, BMI und Körpergröße, aber auch vererbte oder erworbene prothrombotische Gerinnungsstörungen sowie insbesondere synthetische Estrogen-Applikation sind seit Jahren bekannt und können individuell massiv das thrombembolische Risiko potenzieren.

Derzeit gibt es keine Hinweise darauf, dass eine kontrazeptiv angewandte Methode zu einer Risikoerhöhung in Bezug auf das Outcome einer COVID-19 Erkrankung führt. Vor allem wegen der thrombogenen Effekte bei schweren COVID-19 Erkrankungen gibt es aber entsprechende Überlegungen bezüglich der verschiedenen kontrazeptiven Methoden.

Neueinstellungen auf eine kontrazeptive Methode [2,3]

Da v.a. synthetische Estrogene das Risiko eines thrombembolischen Ereignisses vor allem bei bereits bestehenden Risikofaktoren zusätzlich erhöhen [7], ist insbesondere bei reduzierter ärztlicher Gesamtbeurteilungsmöglichkeit - z.B. durch telefonische oder Video-Konsultation - die primäre Verschreibung von reinen oralen Progestogen Präparaten (POP) zu bevorzugen.

Falls POPs nicht geeignet oder akzeptabel sind, sollte unbedingt eine komplette ärztliche Einschätzung der medizinischen Indikation für eine kombinierte orale Kontrazeption (COC) inklusive RR- und Gewichts-Messung erfolgen

„Long-acting-reversible-Contraceptives“ (LARCS) wie Kupfer-IUDs, LNG-Intrauterinspiralen oder ENG-Implantate können auf der Basis des fehlenden thrombogenen Risikos (Ausnahme möglicherweise MPA 3-Monatsspritzen [8]) ebenfalls prioritär eingesetzt werden, sind aber natürlich mit einem direkten Kontakt während der Applikation verbunden.

Weiterverwendung bereits initiiertter kontrazeptiver Methoden [2,3]

Kombinierte orale Kontrazeption (COC)

Immer unter der Voraussetzung, dass kein anderer Grund für eine persönliche gynäkologische Begutachtung vorliegt (z.B. PAP Abstrich), können COC-Anwenderinnen bei dokumentiertem niedrigem Thrombembolie-Risiko bei der letzten gynäkologischen Untersuchung sicherlich eine Neuverschreibung auch ohne eingehende Untersuchung für 6-12 Monate erhalten, wenn keine neu dazukommenden Kontraindikationen vorliegen.

Orale Progestogen Präparate (POP)

Bestehende POP-Anwenderinnen können ohne neuerliche Untersuchung ein Rezept für 12 Monate erhalten.

Depot Medroxy-Progesteron-acetat (DMPA, 3-Monatsspritze)

Wegen des in Metaanalysen [8] gezeigten, leichten Anstiegs des Thrombose-Risikos empfiehlt sich ggf. das Umsteigen auf ein POP bis zur 14. Woche nach der letzten Injektion auch ohne neuerliche Untersuchung. Bei längerdauernder Einstellung auf subkutane Selbstapplikation kann ggf. ein Rezept für eine 12-monatige Anwendung ohne neuerliche Untersuchung abgegeben werden.

Etonogestrel-Implantat

Kleinere Studien [9] zeigten, dass das Risiko einer Schwangerschaft im 4. Jahr der Implantat-Anwendung extrem gering ist, sodass eine Neuimplantation für 12 Monate verschoben werden kann, um unnötige Kontakte zu vermeiden. Eventuell kann auch ohne neuerliche Untersuchung zusätzlich ein POP verschrieben werden.

Intrauterine Hormonspirale

Studien [10,11] zeigten, dass auch im 6. Anwendungsjahr (bei 52 mg Levonorgestrel-IUS) sehr niedrige Schwangerschaftsrisiken bestehen, sodass die Neuapplikation für 12 Monate verschoben werden kann, um unnötige Kontakte zu vermeiden. Eventuell kann auch ohne neuerliche Untersuchung zusätzlich ein POP verschrieben werden.

Für niedriger dosierte LNG-IUS sollten ggf. zusätzlich Kondom- oder POP-Anwendung empfohlen werden.

Kupferspiralen

Nach 5-jähriger Anwendung sollte ggf. zusätzlich Kondom- oder POP-Anwendung empfohlen werden.

Generelle Empfehlungen

Die COVID-19 Pandemie wird uns vermutlich noch viele Monate beschäftigen. Sollten aufgrund der weiteren Entwicklung neuerliche (vermutlich regionale) „Lock down“ Situationen entstehen, sollten bei entsprechenden medizinischen Fragen Telefon- oder Video-Konsultationen bevorzugt und nur wenn nötig (wie z.B. bei Neueinstellungen oder Re-Applikationen von LARCs) eine direkte Untersuchung unter entsprechenden Schutzkautele vorgenommen werden. Das potentiell zunehmende Risiko eines thrombembolischen Ereignisses bei eventuell requirierter COVID-19 Infektion sollte bedacht und diesbezüglich risikolose kontrazeptive Methoden bevorzugt werden. Um ungeplante Schwangerschaften zu vermeiden, sollten Frauen jedoch unbedingt weiter Zugang zu effizienten kontrazeptiven Methoden und auch der „Pille danach“ haben.

Literatur:

- [1] Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2020;46:73–76
- [2] Royal College of Obstetricians and Gynecologists. FSRH CEU clinical advice to support provision of effective contraception during the COVID-19 outbreak. Published online March 20, 2020. Accessed June 5, 2020. <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-clinicaladvice-to-support-provision-of-effective/>
- [3] Fruzzetti F. et al. Contraception during Coronavirus-Covid 19 pandemia. Recommendations of the Board of the Italian Society of Contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2020, VOL. 25, 3, 231–232
- [4] J. Wang, N. Hajizadeh, E.E. Moore, et al. Tissue plasminogen activator (tPA) treatment for COVID-19 associated acute respiratory distress syndrome (ARDS): a case series, *J Thromb Haemost* (April) (2020), <https://doi.org/10.1111/jth.14828>
- [5] E. Driggin, M.V. Madhavan, B. Bikdeli, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, *J. Am. Coll. Cardiol.* (March) (2020), <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.03.031>
- [6] N. Tang, H. Bai, X. Chen, et al. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy, *J. Thromb. Haemost.* (March) (2020), <https://doi.org/10.1111/jth.14817>
- [7] F. Martínez, I. Ramírez, E. Pérez-Campos, et al. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis, *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* 17 (2012) 7–29.
- [8] Glisic M, Shahzad S, Tsoli S. et al. Association between progestin-only contraceptive use and cardiometabolic outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2018, Vol. 25(10) 1042–1052
- [9] Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod* 2016;31(11): 2491-2498
- [10] Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel-releasing intrauterine system during COVID restrictions. 20 March 2020. Available online <https://www.fsrh.org/fsrh-and-covid-19-resources-and-information-for-srh/>
- [11] Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, Smith RA, Gaffield ME and Curtis KM. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2020 Jul;223(1):24-35.e3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.014

Autor: Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter

Leiter: Klinische Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin,
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Medizinische Universität Wien