

Wie Kontrazeptiva die spätere Fruchtbarkeit beeinflussen

Die Forschung zur Kontrazeption und Fruchtbarkeit hatte sich bislang auf orale hormonelle Kontrazeptiva konzentriert. Doch mit steigender Beliebtheit der Methoden zur reversiblen Langzeitverhütung brauchte es neue Daten. Die lieferten nun Forscher aus den USA.

Reversible Langzeitverhütungsmethoden, speziell Intrauterinpeessare, werden zunehmend beliebter. Daten zu den Auswirkungen dieser Verhütungsmethode auf die Fruchtbarkeit sind bislang kaum verfügbar, weshalb US-amerikanische Wissenschaftler diesen Zusammenhang nun an rund 18.000 Frauen mit Kinderwunsch prospektiv untersucht haben. Die Frauen aus Dänemark, Kanada und den USA hatten an einer von drei prospektiven Studien (Snart Gravid, Snart Foraeldre, PRESTO) teilgenommen, in denen evaluiert wurde, nach wie vielen Zyklen im Durchschnitt eine Schwangerschaft eintritt. Nach sechs Monaten waren 56 % der Frauen schwanger, nach 12 Monaten 77 %.

Auf die Frage, welche Verhütungsmethode zuvor überwiegend genutzt worden war, nannten 38 % der Teilnehmerinnen orale Kontrazeptiva (OC), 13 % reversible Langzeitverhütungsmethoden und 31 % Barrieremethoden. Das Intrauterinpeessar – entweder hormonhaltig (8 %) oder aus Kupfer (4 %) – war die meist genutzte reversible Langzeitverhütungsmethode weit vor Hormonimplantat oder Depotspritze.

Bis sich nach Absetzen der Verhütungsmethode die Fruchtbarkeit wieder normalisierte, brauchte es methodenabhängig unterschiedlich lange. Anwenderinnen der Dreimonatsspritze mussten am längsten warten; im Vergleich zu Barrieremethoden dauerte es fünf bis

acht Zyklen länger. Vier Zyklen länger dauerte es bei Anwenderinnen von Verhütungspflastern; ein Plus von drei Zyklen ergab sich für orale Kontrazeptiva und Verhütungsring. Nach Entfernen eines Intrauterinpeessars – egal ob kupfer- oder hormonhaltig – brauchte es zwei zusätzliche Zyklen.

Fazit: Wie lange es nach Absetzen einer Verhütungsmethode dauert, bis sich die Fruchtbarkeit normalisiert, variiert in Abhängigkeit der verwendeten Methode. Die längste Zeitverzögerung im Vergleich zu Barrieremethoden ergab sich für Depotspritzen, gefolgt von Hormonpflastern und oralen Kontrazeptiva. Für Intrauterinpeessare war der Verzug mit einem Plus von zwei Zyklen relativ gering. Allerdings wollen die Studienautoren das Ergebnis zur Depotspritze mit Vorsicht interpretiert wissen, denn der Zeitpunkt der letzten Injektion war in den Patientenunterlagen nicht dokumentiert.

Dr. Dagmar Kraus

Yland JJ et al. Pregravid contraceptive use and fecundability: prospective cohort study. *BMJ* 2020;371:m3966

Welche Frauen von einer Geburtseinleitung nach 41 Wochen profitieren

Je länger eine Schwangerschaft nach der 40. Woche dauert, desto höher die Wahrscheinlichkeit für perinatalen Tod und schwere Morbidität. Eine neue Metaanalyse liefert jetzt Hinweise darauf, dass Erstgebärende und ihre Kinder davon profitieren, wenn die Geburt in der 41. Woche eingeleitet wird, statt bis zur 42. Woche abzuwarten.

Ein internationales Forscherteam hat drei Studien zum richtigen Zeitpunkt einer Geburtseinleitung analysiert. Alle Teilnehmerinnen waren zum Untersuchungszeitpunkt gesund und in der 41. Woche schwanger. Von fast 4.600 Frauen wollten knapp 2.300 zu diesem Zeitpunkt eine Weheninduktion. Bei 80 % davon erfolgte sie wie geplant, bei den anderen begann die Geburt spontan. In einer zweiten Gruppe von rund 2.300 Schwangeren wurde bis zur 42. Schwangerschaftswoche abgewartet. Bei 30 % dieser Frauen musste die Geburt anschließend eingeleitet werden, während

die Wehen bei den übrigen von allein einsetzten.

Vom kombinierten Endpunkt aus perinatalem Tod und schwerer Morbidität, definiert als Krankheit, Trauma oder andere Verletzung, waren zehn Neugeborene (0,4 %) in der 41-Wochen-Gruppe und 23 Kinder (1,0 %) in der 42-Wochen-Gruppe betroffen. Perinatale Todesfälle traten bei einer (< 0,1 %) gegenüber acht (0,4 %) Schwangerschaften auf. 24 (1,1 %) versus 46 (1,9 %) Kinder mussten für mehr als vier Tage in eine Neugeborenenstation aufgenommen werden.

Die Unterschiede waren signifikant, galten aber nur für Erstgebärende. Bei allen anderen Frauen war die Anzahl der unerwünschten Ereignisse zu gering, um einen Effekt nachzuweisen. Der Gesundheitszustand der Mütter nach der Geburt war in Interventions- und Kontrollgruppe ähnlich, genauso wie der Anteil an Sectio- und Zangenentbindungen sowie Vakuumextraktionen. In einer Subgruppenanalyse mit Frauen über und unter 35 Jahren zeigten sich keine Unterschiede und auch auf den BMI schien es nicht anzukommen.

Fazit: Eine Weheninduktion in der 41. Schwangerschaftswoche scheint im Vergleich zu einem abwartenden Management die Prognose der Neugeborenen zu verbessern. Das gilt zumindest für Erstgebärende.

Joana Schmidt

Alkmark M et al. Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS Med* 2020;17:e1003436