

Die beste Kontrazeption für Diabetikerinnen

Wollen Diabetikerinnen ihr Risiko für Thromboembolien minimieren, sollten sie auf eine intrauterine oder eine subdermale hormonelle Kontrazeption setzen. Die Pille schneidet hier weniger gut ab.

— Fast drei Viertel der Diabetikerinnen im gebärfähigen Alter leben ohne Kontrazeption. Da wundert es nicht, dass zwei von drei Schwangerschaften dieser Frauen ungeplant sind. Für die Verhütung spricht, dass bei sorgfältig geplanten Schwangerschaften Hyperglykämien und teratogene Folgen besser vermeidbar sind. Andererseits kann die hormonelle Kontrazeption das Thromboembolierisiko weiter erhöhen.

Aus einer großen US-amerikanischen Datenbank mit Verschreibungen, Laborwerten und Diagnosen wurden die Daten von 146.080 Typ-1- und Typ-2-Diabetikerinnen im Alter von 14–44 Jahren entnommen, die zwischen 2002 und 2011 eine Kontrazeption verordnet be-

kamen. Bei diesen traten insgesamt 3.012 Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Venenthrombosen auf. Daraus errechnet sich ein niedriges absolutes Thromboembolie-Gesamtrisiko von 10–16 Ereignissen pro 1.000 Patient*innenjahre.

Die höchste Komplikationsrate fand sich bei der Kontrazeption mit dem Hormonpflaster und dem Vaginalring (16,4 bzw. 13,5 pro 1.000 Patient*innenjahre), die geringste mit der intrauterinen und – bei nur kleiner Fallzahl – der subdermalen Methode (3,4 bzw. 0 pro 1.000 Patient*innenjahre). Bei allen Ergebnissen wurden mögliche Einflussfaktoren wie Alter, diabetische Komplikationen, Hyperlipidämie, Hypertonie, Rauchen und maligne Erkrankungen berücksichtigt.

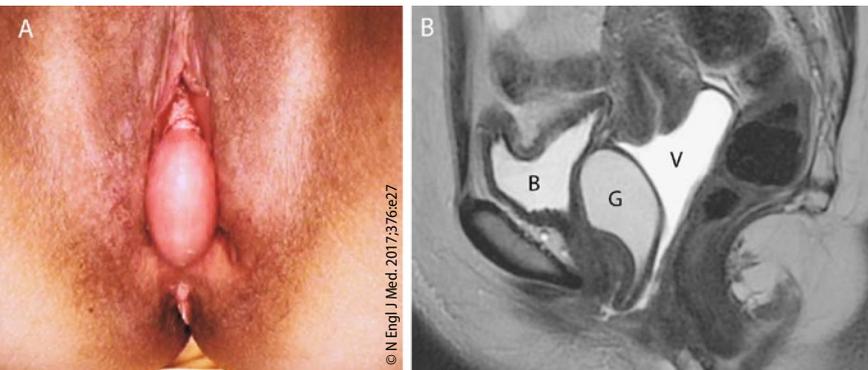
▪ O'Brien SH, Koch T, Vesely SK, Schwarz EB. Hormonal contraception and risk of thromboembolism in women with diabetes. *Diabetes Care*. 2017;40:233–8

KOMMENTAR

Das Thromboembolierisiko war in der Studie auch unter hormoneller Kontrazeption niedrig. Trotzdem zeigten sich zwischen den verschiedenen Methoden Unterschiede um den Faktor 15–20. Bei der intrauterinen und der subdermalen Kontrazeption ist das Thromboembolierisiko am geringsten. Für die Methoden spricht auch, dass sie implantiert werden, jahrelang wirksam sind, keine Therapietreue erfordern und bei Schwangerschaftswunsch wieder entfernt, also einfach beendet werden können. ■

Prof. Dr. med. H. Holzgreve

Aus der Vagina tritt eine Zyste hervor



A: weiche Raumforderung an der vorderen Vaginalwand. **B:** zystische Struktur (G) zwischen Harnblase (B) und Vagina (V).

Eine 29-jährige Frau suchte vier Monate nach einer unkompliziert verlaufenen vaginalen Geburt die gynäkologische Ambulanz auf, weil aus der Vagina tumorartiges Gewebe ausgetreten war. Beschwerden beim Wasserlassen oder vaginalen Ausfluss hatte sie nicht. Bei der Untersuchung erkannte man eine weiche, nicht druckschmerzhafte Raumforderung von etwa 5 cm Größe in der Mittellinie der vorderen Vaginalwand (Abb. A). Es bestand kein Hin-

weis auf einen Prolaps. Ein Blasendivertikel konnte durch eine Zystoskopie ausgeschlossen werden. Die Becken-MRT mit vaginaler Instillation von Kontrastmittel ergab eine zystische Struktur zwischen Harnblase und Vagina (Abb. B).

Nach der operativen Entfernung bestätigte sich histologisch der Verdacht auf eine Gartner-Zyste. Diese Zysten der Vaginalwand entwickeln sich aus einem Relikt des Ductus mesonephricus (Wolff-Gang), einer embryonalen Genitalanlage, die sich bei der weiblichen Sexualdifferenzierung zwischen dem 2. und 3. embryonalen Monat bis auf wenige Überreste zurückbildet. Aus den kaudalen Anteilen in der Scheidenwand entsteht der Gartner-Gang, aus dem Zysten werden können. Sie kommen bei 1–2% aller Frauen vor und sind beidseitig meist im anterolateralen Bereich der oberen zwei Drittel der Vagina lokalisiert. Häufig sind sie asymptomatisch. Die Patientinnen ertasten oft eine Vorwölbung in der Vaginalwand. Beim Geschlechtsverkehr kann es zu Beschwerden kommen. Die Patientin war sechs Wochen später rezidivfrei. ■

Prof. Dr. med. H. S. Füllbrunn

▪ Hoogendam JP, Smink M. Gartner's Duct Cyst. *N Engl J Med*. 2017;376:e27