

Östrogene-Gestagene: Die Pille

Th. Quak

Die Verwendung von oralen Kontrazeptiva (Anti-Babypille) in unserer Gesellschaft ist weit verbreitet. Die Planbarkeit des Kinderwunsches und die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften lassen die Pille vielen Frauen, wegen der hohen Zuverlässigkeit, als das geeignetste Verhütungsmittel erscheinen. Die günstige Wirkung auf eventuell bestehende Menstruationsbeschwerden (Schmerzen, Brustspannen, Unregelmäßigkeit der Periode, übermäßige Blutungen etc.) und der therapeutische Erfolg bei jungen Frauen mit Akne lassen die Entscheidung noch leichter fallen.

Für den homöopathischen Arzt ist das überaus problematisch. Er kann Frauen, die die Pille einnehmen nicht behandeln. Gleiches gilt für die heute so moderne Anwendung von Östrogenen in der Menopause. Die natürlichen Krankheitsmanifestationen sind unterdrückt. Die Pille schafft eine Kunstkrankheit, eine Art chronische Arzneimittellvergiftung, die zwar von mancher Frau als „Gesundheit“ empfunden wird (keine Regelschmerzen, etc.), in Wirklichkeit aber nichts anderes ist, als ein vorübergehendes Schweigen der eigenen Symptome, während sich neue entwickeln, ähnlich wie bei einer Arzneimittelprüfung. Solange die Pille eingenommen wird bleibt dieser Zustand bestehen.

Die der Frau eigentümlichen Symptome, die wahlanzeigenden, charakteristischen Symptome schweigen, die Wahl eines Heilmittels ist unmöglich. Schon allein die Wichtigkeit der Menstruationsbeschwerden für die homöopathische Mittelwahl, die ja durch die Pillengabe völlig verändert werden, müßte als Argument für jeden denkenden Homöopathen genügen, um dies einzusehen.

Auch die Überzeugung, daß sich mit Absetzen der Pille der ursprüngliche Zustand wieder einstellen würde, trügt in vielen Fällen. Die Sexualhormone greifen tief in den Organismus ein. Geht man von der Vorstellung aus, und das tun die Homöopathen, daß es innerhalb eines Organismus verschiedenwertige Strukturhierarchien gibt, also bestimmte Organe oder Organsysteme verschiedene Wertigkeiten haben, so gehören die Sexualfunktionen und Organe zu den hierarchisch besonders hochwertigen. Sie dienen der Arterhaltung, dem Fortbestand der eigenen Gene und unterliegen daher einem besonderen Schutz durch den Gesamtorganismus. Gesundheitliche Störungen in diesem Bereich muß man daher als besonders weitreichend und tiefgehend beurteilen, andererseits führen Manipulationen in diesem System eben zu besonders schwerwiegenden Veränderungen. Solche Veränderungen hören dann leider mit Absetzen der Pille nicht einfach auf.

Dem ganzen Organismus wird die Kunstkrankheit aufgezwängt. Jede Frau, die die Pille einnimmt, spürt das. Die Veränderungen (Gewicht, Zyklus, Libido, Emotionalität, Intellekt) sind deutlich wahrnehmbar, erfahrbar. Einige Frauen werden dadurch veranlaßt, die Pilleneinnahme abzubrechen, weil ihnen diese Veränderungen nicht angenehm, ja vielleicht sogar nicht ganz geheuer sind. Die Mehrheit allerdings empfindet diese Veränderungen jedoch nicht als unmittelbar bedrohlich und setzt daher die Einnahme fort. Auf die Symptome der „Pillenkrankheit“ hin kann der homöopathische Arzt aber nicht verschreiben.

Eine Patientin wieder heimschicken zu müssen, ohne ihr helfen zu können, weil sie nicht bereit ist die Pille abzusetzen, ist für den Arzt keine schöne Sache. Helfen kann hier vielleicht eine behutsame Aufklärung über die Risiken der Pilleneinnahme. Diese Risiken sind bekannt, werden jedoch in sogenannten Nutzen/Nebenwirkungsanalysen immer als gering dargestellt. Problematisch dabei ist, daß der kollektive Nutzen dem Individuum nichts nutzt, wenn es er-

krankt. Jeder Internist sieht täglich diese sogenannten Einzelfälle: Junge Frauen mit Gefäßkrankungen, Tumoren, neurologischen Ausfällen, Sterilität, Infarkten etc. deren pathogenetische Entstehung mit Hormoneinnahme oder deren Begleiteffekten in Verbindung gebracht wird.

Die Pille ist mittlerweile zu einem so selbstverständlichen gesellschaftlichen Faktor geworden, daß sie von einigen bereits als natürlicher Bestandteil des weiblichen Daseins betrachtet wird.

Die oft zu hörende Aussage, die Pille simuliere den natürlichen Menstruationsablauf und sei eine quasi natürliche Methode, da die dem Körper eigenen Hormone verwendet werden, ist aber falsch:

„Wenn Östrogen und Progesteron angewendet werden, kann man eine Vielfalt von histologischen Bildern in den verschiedensten Kombinationen finden: proliferatives und sekretorisches Endometrium, **glanduläre und adenomatöse Hyperplasie, Stromahyperplasie** und deciduale Transformation, **glanduläre Metaplasie, atrophisches Endometrium** und und all das Genannte gemeinsam mit Endometriumatrophie.“ (Mod Pathol 1993 Jan;6(1):94-106 Deligdisch L). Oder aus einer anderen Quelle: „Kombinierte Ovulationshemmer führen nach längerer Einnahme zu einer **Drüsenatrophie**, kombiniert mit großzelliger Umwandlung des Stromas.“ (Riede, Ursus-Nikolaus, Allgemeine und spezielle Pathologie 1989, S.813). Also nicht im geringsten der natürliche Ordnungszustand eines ungestörten Menstruationszyklus, sondern eine Karrikatur desselben, die eigentlich nur durch die regelmäßige Blutung eine Ähnlichkeit mit der normalen Menstruation gewinnt. Die unphysiologischen Umwandlungsvorgänge am Endometrium zeigen deutlich an, daß hier nicht eine natürlicher Vorgang nachgeahmt, sondern massiv in den natürlichen Ordnungszustand eingegriffen wird. Würden sich solche als überwiegend „harmlos“ angesehene Veränderungen auf der Haut zeigen, wäre das Entsetzen groß.

Dazu noch der Preis einiger erheblicher Nebenerkrankungen:

„Ein Überblick über die relevante Forschung zeigt eine Beziehung zwischen Sexualhormonen und **Gefäßkrankungen**.“ (Steroids 1993 Dec;58(12):605-10 Radwanska E). Störungen der Blutgerinnung: „Orale Kontrazeptiva verursachten eine **Steigerung von Fibrinogen, FVII, FX und Fibrinolyse**“ (Agents Actions Suppl 1992;38 (Pt 2):310-9 Mackie IJ; Campbell S; Gallimore M; Robinson G; Machin SJ). **Veränderungen der Blutfette**: „Orale Kontrazeptiva erhöhen die Plasmaspiegel von Triglyceriden und VLDL, was von Wichtigkeit sein könnte, da einige durch erhöhte Triglyceride charakterisierte Zustände mit **Atherosklerose** assoziiert sind“. (J Clin Invest 1993 May;91(5):2126-32 Walsh BW; Sacks FM). Überlegt man sich welche Hysterie z.B. in den USA bezüglich cholesterinhaltiger Nahrungsmittel herrscht und sieht gleichzeitig mit welcher Selbstverständlichkeit die Pille eingenommen wird, so ist das aus logischen Gesichtspunkten völlig unverständlich. Atherosklerose, Bluthochdruck und deren Folgekrankheiten werden von den Frauen scheinbar gedankenlos akzeptiert.

Das auch in der Öffentlichkeit bekannte Risikomuster Pille und Rauchen hat zwar schon dazu geführt, daß die meisten Frauen während der Pilleneinnahme nicht Rauchen, um die Gefahren einer venösen Thrombose zu verringern. Weniger bekannt ist aber, daß es auch weitere, nicht so leicht zu beeinflussende Faktoren gibt, die unvermutet zur Pilleneinnahme hinzutreten können. Z.B. eine plötzlich notwendige Operation bei einem Arm oder Beinbruch, einer Blinddarmentzündung, usw.: „Orale Kontrazeptiva sind ein Risikofaktor für die **Entwicklung tiefer Venenthrombosen** bei Erwachsenen, besonders bei solchen Patienten, die sich einer Operation unterziehen müssen. Wir empfehlen erwachsenen Frauen die sich einer elektiven Operation unterziehen, mindesten 1 Monat vor und nach der Operation die Einnahme oraler

Kontrazeptiva zu unterbrechen.“ (J Adolesc Health 1992 Nov;13(7):634-6 Taube OM; Rouse MR; D'Angelo L). Konkret gesprochen heißt das, daß Frauen, die die Pille einnehmen bei unerwarteten Operationen ein erhöhtes Risiko für thromboembolische Komplikationen auf sich nehmen.

Aber auch ohne Operation ist das Risiko nicht zu unterschätzen: „Eine Fallkontrollstudie von tödlichen venösen Thromboembolien bei jungen Frauen wird beschrieben. Das Risiko kann zwar niedrig sein, weil die Dosis von Östrogen in modernen oralen Kontrazeptiva reduziert wurde, aber es kann ebenso sein, daß das Risiko niedrig erscheint, weil die Fälle **von tödlichen Thromboembolien**, die diese Studie betrachtet, nur einen kleinen Teil der Fälle aller venösen Thromboembolien repräsentieren; eine Erkrankung die bei jungen Frauen nur selten tödlich verläuft. Die Ergebnisse können nicht notwendigerweise auf nichttödliche venöse Thromboembolien extrapoliert werden.“ (Int J Epidemiol 1992 Feb;21(1):48-52 Thorogood M; Mann J; Murphy M; Vessey M). Man muß nicht unbedingt gleich tot sein um einen Schaden davongetragen zu haben. Alle Frauen die aufgrund von Thrombosen gezwungen sind Stützstrümpfe zu tragen, wissen was das Wort „Einschränkung der Lebensqualität“ bedeutet.

Aber es bleibt nicht nur bei den Stützstrümpfen. Manchmal werden umfangreichere Rehabilitationsmaßnahmen notwendig: Wenn junge Frauen einen **Schlaganfall** erleiden: „Niedrig dosierte orale Kontrazeptiva gehen mit einem erhöhten Risiko für **zerebrale thromboembolische Anfälle** einher. Kombinierte oder sequentielle Pillen, die 30 bis 40 microgramm Östrogen enthalten, gehen mit einem um ein Drittel niedrigeren Risiko einher, verglichen mit Zubereitungen die 50 Microgramm Östrogen enthalten.“ (BMJ 1993 Apr 10;306(6883):956-63 Lidegaard O). Der Fortschritt liegt also in der Quantität. In der Reduzierung auf ein Drittel. Diese bei gesellschaftlichen Kostenschätzungen relevante Frage nützt der betroffenen jungen Frau, deren Leben nachhaltig gestört ist, leider nur wenig.

Gleiches gilt für den **Herzinfarkt**: „Heute gibt es wenig Zweifel an der Tatsache, daß Fibrinogen ein wesentlicher, unabhängiger **cardiovaskulärer Risikofaktor** ist. Orale Kontrazeptiva sollen mit erhöhtem Fibrinogen einhergehen.“ (Atherosclerosis 1992 Mar;93(1-2):1-5 Ernst E).

Die Pille beeinflusst ferner die Glucocorticoidsekretion, gelgentlich führt sie auch zu einer Aktivierung des Renin-Angiotensin Systems. Beide Mechanismen können zu **Hypertonie** führen, ein wesentlicher weiterer cardiovaskulärer Risikofaktor. Gerade aber in der Summation einzelner Risikofaktoren liegt die große Gefahr. Kommt noch das Rauchen hinzu sind thromboembolische Ereignisse fast vorprogrammiert.

Immer wieder wird auch auf die Unschädlichkeit der modernen Pillenpräparate hingewiesen, die durch die Reduzierung des Östrogengehaltes besser verträglich sein sollen. Diese Aussagen sind aber durchaus unsicher: „Trotz der gut bekannten Verknüpfung von oralen Kontrazeptiva und tiefer Venenthrombose ist wenig über die Risiken bekannt, die mit den gegenwärtig vermarkteten Zubereitungsformen, die weniger als 50 Microgramm Östrogen enthalten, verknüpft sind. Die Daten unserer Studie machen es wahrscheinlich, daß die Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen dem Östrogen in **Kontrazeptiva und venöser Thrombose** sich im Bereich von 50 bis 30 Microgramm bewegt, der Dosierungsbereich der gegenwärtig vermarkteten Zubereitungen“. (Am J Epidemiol 1991 Jan;133(1):32-7 Gerstman BB; Piper JM; Tomita DK; Ferguson WJ; Stadel BV; Lundin FE).

Was hier so trocken niedergeschrieben wird, kann für die einzelne Frau dramatische Konsequenzen haben: „Das relative Risiko (RR) eines **Myocardinfarktes** war bei ständig Kontra-

zeptiva anwendenden Frauen 2.1 (Konfidenzintervall von 0.7 bis 7.1), allerdings verwendeten nur 4% der Frauen diese ständig.“ Und weiter aus derselben Studie: „Ein signifikant höheres Risiko wurde für **primären Leberkrebs** beobachtet, der allerdings bei jungen Frauen insgesamt ausgesprochen selten ist“. (Ann Ostet Ginecol Med Perinat 1991 Nov-Dec;112(6):368-75 Parazzini F; La Vecchia C; Negri E.)

Gerade die Induktion von gutartigen und bösartigen Tumoren beim Menschen durch östrogen- und gestagenhaltige Pillenpräparate ist in der Literatur ein ständiger Streitpunkt. Es gibt aber durchaus deutliche Hinweise für ein erhebliches Risiko. Im folgenden einige Zitate dazu:

„Untersucht wurden die Wirkungen von Östrogen, Progesteron und Testosteron auf das Wachstum von DMBA induzierten **Adenocarcinomen** bei Ratten. Bei Östrogen ergab sich die höchste **Akzelleration des Tumolvolumens**.“ (Kurume Med J 1992;39(4):285-90 Lee KS; Sugiyama T; Kataoka A; Hirakawa N; Maruuchi T; Nishida T; Yakushiji M)

„Die chronische Anwendung von Östradiol in Form von subcutanen Injektionen bei männlichen syrischen Hamstern induziert **Nierentumore**.“ (Carcinogenesis 1994 May;15(5):997-1000 Han X; Liehr JG)

„Sowohl natürliche als auch synthetische Östrogen sind in der Lage, mit einer Inzidenz von nahezu 100%, bei syrischen Hamstern **Nierenneoplasien** auszulösen.“ (Environ Health Perspect 1993 Dec;101 (1):uppl 5 p259-64 - Li JJ; Gonzalez A; Banerjee S; Banerjee SK; Li SA)

„Es wurde ein erhöhtes Risiko für primären Leberkrebs bei aktuellen Anwenderinnen von Kontrazeptiva gefunden (Odds Ratio [OR] = 1.6, 95% Konfidenzintervall [CI] = 0.9 -2.6). Ebenso bei Langzeitanwendung (größer oder gleich 10 Jahre) von oralen Kontrazeptiva (OR =2.7, CI =1.4-5.3). Diese Studie, die größte bis heute, paßt zu den zahlreichen Beobachtungen, die ein gesteigertes Risiko für **primären Leberkrebs** bei der Anwendung, insbesondere der Langzeitanwendung, oraler Kontrazeptiva zeigen.“ (Cancer Causes Control 1992 Jan;3(1):43-8 Hsing AW; Hoover RN; McLaughlin JK; Co-Chien HT; Wacholder S; Blot WJ; Fraumeni JF Jr). Die aktuelle Diskussion um das Diane Präperat zeigt, wie ernst dieses Thema ist.

„Orale Kontrazeptiva indizieren möglicherweise die Proliferation der Human Papillomavirus (HPV), einer der wesentlichen Substanzen, die verdächtigt werden, **Cervixcarzinome** zu verursachen.“ (Contraception 1991 Jun;43(6):581-95 Brinton LA)

„Eine Routinedurchsicht der Daten einer Fallkontrollstudie verschiedener Erkrankungen ergab eine Assoziation zwischen gestationsbedingtem Chorionkarzinom und der Verwendung von oralen Kontrazeptiva. Bezüglich der Frauen, die niemals orale Kontrazeptiva verwendet hatten, war das geschätzte relative Risiko eines Chorionkarzinoms für Frauen, die orale Kontrazeptiva für mindestens 5 Jahre benutzt hatten 6.0 (95% CI, 1.3-28); für invasive Molen und hydatidiforme Molen war das relative Risiko erhöht, aber nicht statistisch signifikant. Die Anwendung oraler Kontrazeptiva wurde auch in einer kürzlich durchgeführten Studie in den westlichen U.S. mit einem gesteigerten Risiko für **Chorionkarzinom** in Verbindung gebracht. Diese Untersuchungen betärken die Hypothese, daß die Langzeitanwendung von oralen Kontrazeptiva, oder ein Korrelat zu dieser Anwendung, z.B. Aussetzung gegenüber einer sexuell übertragenen Infektion, das Risiko für eine oder mehrere Manifestationen von gestati-

onsbedingten **Trophoblastenerkrankungen** steigern.“ (Cancer Detect Prev 1991;15(1):45-8 Palmer JR)

„Unsere Ergebnisse lassen entweder an eine Interaktion zwischen einer HPV Infektion und oralen Kontrazeptiva in der Genese von **Cervixkrebs** denken, oder an eine gesteigerte Expression von HPV Genom in Neoplasmen von Verwenderinnen oraler Kontrazeptiva.“ (Int J Cancer 1990 May 15;45(5):860-4 Hildesheim A; Reeves WC; Brinton LA; Lavery C; Brenes M; De La Guardia ME; Godoy J; Rawls WE)

„Die Metaanalyse zeigt auf, daß das Risiko für **Brustkrebs** möglicherweise bei jungen Nullipara und Langzeitanwenderinnen oraler Kontrazeptiva um 20% gesteigert ist.“ (Br J Obstet Gynaecol 1992 Mar;99(3):239-46 Rushton L; Jones DR)

Diese nur fragmentarisch aus der umfangreichen Literatur wesentlicher schulmedizinischer Periodika zitierten Textstellen müssen sehr nachdenklich machen, auch wenn die Angst vor Krebs oft andere Gefahren im Bewußtsein vieler Menschen überdeckt. Eine schwere, weniger bekannte Komplikation ist das „**hämolytisch, urämische Syndrom durch orale, östrogenhaltige Kontrazeptiva**, welches durch hämolytische Anämie, Thrombozytopenie, Fragmentation der Erythrozyten, Hypertonus und **Nierenversagen** charakterisiert ist, das durch glomeruläre Nekrosen, thrombotische Verschlüsse und Intimaveränderungen der Arteriolen bedingt ist.“ (Innere Medizin, Siegenthaler 1992, S.519).

Auch greifen Ovulationshemmer in subtile Synthesprozesse im menschlichen Körper ein. „Orale Ovulationshemmer sollen die Verwertung der Folatkonjugate stören oder durch Induktion hepatischer Enzyme zu einem schnelleren Folatumsatz führen, sodaß ein Folatmangel entstehen kann. Die daraus entstehenden Mangelerscheinungen können sich in einer **hyperchromen, makrozytären Anämie, megaloblastären Dysplasie des Knochenmarks, Leuko- und Lymphopenie, Thrombozythopenie, Glossitis, Atrophie des lymphatischen Gewebes und Störungen des Knochenwachstums** äußern. (Klinische Pathophysiologie, Siegenthaler 1994, S.228). Für junge Frauen, die ihr Wachstum noch nicht abgeschlossen haben bietet die Pille somit besondere Risiken.

Da die Pille normalerweise eingenommen wird, um Schwangerschaften zu verhüten, wird wenig darüber nachgedacht, was geschehen kann, wenn doch eine Schwangerschaft eintritt und die Pilleneinnahme fortgesetzt wird: „Nach Informationen der U.S. Collaborative Perinatal Study (CPS) berichtet die Drug Epidemiology Unit (DEU) von einem relativen Risiko von etwa 2.3 zwischen mütterlicher Exposition mit Sexualhormonen während der ersten vier Monate der Schwangerschaft und **cardiovaskulären Mißbildungen bei Neugeborenen**.“ (Heinonen et al., 77a N. Engl. J. Med., 296:67-70).

Ferner heißt es in einem weiteren Artikel: „Kurzzeitige Östrogenexposition während der Entwicklung soll irreversible Veränderungen auslösen, **einschließlich Neoplasien bei Östrogenzielgeweben**; i.e. den Fortpflanzungsorganen und den Brustdrüsen. Überdies hat sich gezeigt, daß Östrogene einen dramatischen Effekt auf den Knochenumsatz haben. Die kürzliche Entdeckung eines „Low Level“-Östrogenrezeptors in Knochenzellen läßt stark vermuten, daß diese Wirkung eine direkte ist. Unser Bericht soll evaluieren, ob eine neonatale Exposition mit Diethylstilbestrol (DES) irreversible **Veränderungen im Knochengewebe** verursacht, wie dies für andere spezifische Zielorgane gezeigt wurde. Wir zeigen, daß eine kurzzeitige Exposition von Mäusen (Tag 1-5) mit DES anhaltende Veränderungen im Knochengewebe des Erwachsenenalters erzeugt; die Oberschenkelknochen von DES-behandelten Tieren waren

signifikant kürzer als die der gematchten Kontrollmäuse.“ (Endocrinology 1992 Mar;130(3):1756-8 Migliaccio S; Newbold RR; Bullock BC; McLachlan JA; Korach KS).

Es wäre auch mehr als erstaunlich, wenn die hochpotenten Sexualsteroiden nicht auch auf das wachsende Leben einen erheblichen Einfluß nehmen würden. Beeinflussen sie doch in irgendeiner Weise nahezu jeden Regelkreislauf in biologischen Systemen: Fettstoffwechsel, Zucker- und Elektrolythaushalt. Sie verändern die Kollagenstruktur des Bindegewebes, führen zur Myomvergrößerung. Auch hier nur ausschnittsweise einige Anmerkungen, z.B. zu **Diabetes**: „Aus einer großen, prospektiven Studie über Diabetes-Risiken wurden 1112 berufstätige, nicht menopausale, nicht schwangere, gesunde Frauen crossgematched bezüglich ihrer Verwendung von oralen Kontrazeptiva untersucht. Nach Angleichung von Alter, Gewicht und Diabetes-Risikofaktoren, wurden diejenigen, die die Pille nahmen, mit denen, die sie nicht nahmen, verglichen. Erstere hatten **signifikant höhere Nüchterninsulinspiegel**, Triglyceride und 2h 75g OGTT Blutglucosespiegel. Die Insulinresistenzmarker, die kürzlich als Risikofaktoren für ischämische Gefäßerkrankungen erwähnt wurden, sollten bei Pilleanwenderinnen sorgfältig überwacht werden.“ (Int J Gynaecol Obstet 1990 Mar;31(3):263-9 Eschwege E; Fontbonne A; Simon D; Thibault N; Balkau B; Saint-Paul M; Garnier P; Senan C; Papoz L).

Oder die Einwirkung auf die Leber: „Die **fokale, noduläre Hyperplasie der Leber** bleibt ein schwieriges diagnostisches und klinisches Problem. Über eine Periode von 10 Jahren wurden 20 Patienten unserer chirurgischen Behandlung unterzogen. Siebzehn der Patienten waren Frauen, von denen 64% orale Kontrazeptiva einnahmen. (Acta Chir Belg 1993 May-Jun;93(3):94-7 Landen S; Siriser F; Bardaxoglou E; Maddern GJ; Chareton B; Champion JP; Launois B). Man denke immer daran, daß es bei dieser Erkrankung um überwiegend junge Frauen geht. Die fokale, noduläre Hyperplasie wird von einigen Autoren als Präkanzerose angesehen.

Gut bekannt ist auch das durch Kontrazeptivaeinnahme ausgelöste **Leberzelladenom**, daß unter Umständen zu lebensbedrohlichen Blutungen führen kann. Auch wenn diese Erkrankungen in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht unmittelbar zum Tode führen, zeigen sie doch die Wirkungsgewalt der Sexualsteroiden.

Wie problematisch die Pilleneinnahme für den Organismus ist, zeigt sich unter anderem, wenn kranke Frauen diese einnehmen. Im folgenden ein paar Kontraindikationen: „Patienten, die an einem cholestatischen Schwangerschaftslebererkrankung erkrankt waren, sollten alle Kontrazeptiva vermeiden, wegen des hohen Risikos des Wiederauftretens. Frauen, deren erstgradige Verwandten einen cholestatischen Schwangerschaftslebererkrankung oder **eine kontrazeptivainduzierte Cholestase** erlitten haben, haben möglicherweise ein erhöhtes Risiko und sollten, wenn sie Anti-Baby-Pillen nehmen engmaschig überwacht werden. Frauen mit gegenwärtigen oder früheren benignen oder malignen Lebertumoren sollten keine oralen Kontrazeptiva nehmen. **Aktive Hepatitis ist eine absolute Kontraindikation** für Anti-Baby-Pillen, auch wenn Patientinnen mit einer früheren Hepatitis und keinen Krankheitsaktivitätszeichen es mit diesen Arzneien versuchen können, wenn sie eng überwacht werden. Eine letzte Gruppe die orale Kontrazeptiva vermeiden sollte, sind solche mit familiären Defekten der Gallenexkretion, einschließlich des Dubin-Johnson Syndroms, des Rotor Syndroms und der benignen intrahepatischen, rekurrenten Cholestase. Das Dubin-Johnson Syndrom ist oft asymptomatisch und manifestiert sich möglicherweise nur während einer Schwangerschaft oder der Anwendung oraler Kontrazeptiva. Die **Reduzierung der hepatischen Exkretionsfunktion** durch Sexualhormone kann die milde Hyperbilirubinämie in eine offensichtliche Gelbsucht verwandeln.“ (J Gen Intern Med 1992 Mar-Apr;7(2):199-209 Lindberg MC).

Noch ein weiteres Wort zum Schwangerschafts- und Kontrazeptivaikterus: „Interessant ist die geographische Verteilung dieser Komplikation. Sie ist vor allem in Skandinavien, aber auch in Chile und der Bundesrepublik Deutschland gewiß häufiger als in den USA, bevorzugt also solche Länder, in denen auch der **Ikterus nach Kontrazeptiva** gar nicht so selten ist. Als Ursache ist eine besondere, genetisch bedingte, in manchen Populationen gehäuft auftretende Empfindlichkeit gegenüber Östrogenen anzuschuldigen, die, vielleicht am GER angreifend, die Synthese der Gallensäuren stören, oder die Mikrofilamente beeinträchtigen. (Spezielle Pathologie, Grundmann 1985, S.270). Paradoxerweise benutzen gerade die von diesem Problem weniger häufig betroffenen Amerikanerinnen die Pille seltener, als die bundesdeutschen Frauen.

Welche möglichen Schäden in Zukunft noch in die öffentliche Diskussion aufgenommen werden, darüber können vielleicht die nachfolgenden Zitate ein wenig Aufschluß verleihen:

„Die Patientin war eine 36 jährige Frau, mit einem diagnostizierten Turnersyndrom. Sie hatte eine Sexualhormonsubstitution mit Östrogen und Progesteron über 20 Jahre akzeptiert. Es ist gut bekannt, daß häufige, übermäßige Injektionsdosen von Östrogen bei Ratten Hypophysenadenome oder -hyperplasien auslösen können. In diesem Fall hielt man die **Hypophysenhypertrophie** für eine Folge der langdauernden Östrogeninjektionen.“ (No Shinkei Geka 1994 Apr;22(4):333-8 Kido G; Miyagi A; Shibuya T; Miyagami M; Tsubokawa T; Sawada T).

„Sexualhormone in oralen Kontrazeptiva üben zahlreiche **Effekte auf das Zentralnervensystem** aus.“ (Am J Obstet Gynecol 1993 Jun;168(6 Pt 2):2027-32 Mattson RH; Rebar RW).

„Es gibt deutliche Hinweise, daß Östrogene die Aktivität von Dopamin im extrapyramidalen System modulieren. Allgemein verschlechtert sich **Parkinson unter Östrogentherapie**.“ (Med Hypotheses 1994 Apr;42(4):280-2 Session DR; Pearlstone MM; Jewelewicz R; Kelly AC).

Bekannt ist auch das Auftreten einer **Chorea minor**. „Der bei jungen Frauen in den ersten drei bis fünf Schwangerschaftsmonaten oder unter Einnahme von Ovulationshemmern auftretenden Chorea minor gravidarum geht in der Regel eine rheumatische Erkrankung in der Kindheit voraus. Für die Reaktivierung der extrapyramidalen Symptomatik wird eine Sensitivitätserhöhung der striatalen Dopaminrezeptoren durch weibliche Sexualhormone verantwortlich gemacht.“ (Masuhr, Karl F., Neurologie 1992, S.199). Es wäre interessant zu wissen, wieviele Gynäkologen vor der Verschreibung der Pille überhaupt nach einer früheren rheumatischen Erkrankung fragen.

Nach dem bisher Gesagten sind die Probleme des Homöopathen bei der Behandlung von Ovulationshemmer einnehmenden Frauen möglicherweise etwas verständlich geworden. Wie soll eine so unmittelbar von der Symptomatik des Patienten abhängige Methode wie die Homöopathie auch nur den Hauch einer Erfolgchance haben, wenn die Patientin ständig ein Medikament einnimmt, das eine solche Vielzahl von Krankheiten, Symptomen und Beschwerden unterhält wie die Pille.

Ein Gynäkologe hat einmal zu mir gesagt, es gebe nur zwei Gruppen von Patientinnen. Die unter 35, die nicht schwanger werden wollen, und die über 35, die unbedingt schwanger werden wollen. Während die erste Gruppe alles unternimmt kein Kind zu bekommen, unternimmt die zweite Gruppe alles Erdenkliche, um gerade das zu bekommen, wovon die erste Gruppe

eine geradezu panische Angst zu haben scheint. Welche Strapazen diese Ehepaare auf sich nehmen, um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen, erfahren besonders diejenigen, die näher mit der Thematik der künstlichen Befruchtung, der In vitro-Fertilisation und angrenzenden Bereichen beschäftigt sind. Es bleibt aus dieser Sicht ein wenig unverständlich, wie sich die vorherige Ablehnung einer Schwangerschaft später in einen solch heftigen Kinderwunsch verwandeln kann, daß die Frauen bereit sind, dafür fast alles auf sich zu nehmen.

Solange Kinder von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft oftmals nur als Karrierehindernis betrachtet werden und die oft irrationale Angst vor dem Kinderkriegen nur durch die Einnahme eines Hormonpräparates besänftigt werden kann, werden leider oft auch gute Argumente gegen die Pille auf taube Ohren stoßen.

Da der Verzicht auf die Pille aber nicht unmittelbar eine Schwangerschaft zur Folge hat und man darüberhinaus einen erheblichen Zugewinn an Gesundheit erlangt, ist das Absetzen der Pille bei nüchterner Überlegung oft weniger problematisch, als es zunächst den Anschein hat. Bei Informationsbedarf wende man sich an eine der Natürliche-Familien-Planung (NFP) Beratungsstellen (Zentrale für Deutschland: Malteser Arbeitsgruppe NFP, Kalker Hauptstr. 22-24, Tel.: 0221 9822 591), die gerne Auskunft geben.

Und sollte doch ein Kind geboren werden, läßt sich immer eine Lösung finden, wie man zu recht kommt: „Für jedes Haserl wachst a Graserl.“

Dr. med. Thomas Quak. Tulbeckstr.19. 80339 München. Tel.: 089-540 70 894