

Ihre Frage:

Eine 28jährige Patientin, 161 cm, 44 kg raucht 6-8 Zigaretten täglich. Sie leidet an einer Muskeldystrophie, im 11. Lebensjahr aufgetreten, Typ Gliedergürteldystrophie, Beckengürtel. Die Patientin sitzt im Rollstuhl. Eine krankengymnastische Behandlung erfolgt, Bewegen der Beine ist möglich, Laufen etc. allerdings nicht.

Die Patientin leidet unter Dysmenorrhöen und Regeltempoanomalien, sie hat einen aktuellen Kontrazeptionsbedarf. Die Mirena wird nicht gewünscht.

Frage: Ist ein niedrig dosierter Ovulationshemmer bei Muskeldystrophie und dadurch bedingter Immobilisation möglich?

Antwort:

Es handelt sich hier um eine grundsätzliche Frage: Wie hoch ist das Thromboserisiko einer immobilisierten Patientin. Vorab gesagt, eine evidenzbasierte Antwort darauf gibt es leider nicht.

Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass eine Immobilisierung immer ein erhöhtes Thromboserisiko bedeutet. Allerdings ist es abhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung durchaus unterschiedlich, wie hoch das Risiko laut Literaturangaben tatsächlich ist. Offensichtlich ist es z.B. bei Patientinnen mit Rückenmarksverletzungen so, dass das Thromboserisiko in den ersten vier Monaten deutlich erhöht ist, danach aber auf ein normales Maß sinkt. Etwas Ähnliches beobachtet man auch bei anderen Erkrankungen. Die Ursachen dafür werden kontrovers diskutiert. Zum einen geht man von einer vermehrten Spastizität der Muskulatur der unteren Gliedmaßen aus, was konsekutiv zu einer Minderung der venösen Stase führen soll. Zum anderen werden vaskuläre Veränderungen diskutiert mit einer Minderdurchblutung der gelähmten Gliedmaßen.¹

Je älter ein Mensch mit einer Immobilisierung ist, desto höher ist bzw. bleibt auch das Thromboserisiko. So ist z.B. bei Parkinsonpatienten das Thromboserisiko sehr hoch. Bei bettlägerigen Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose wird in über 40% im mittleren Alter von 50 Jahren eine Thrombose bzw. stattgehabte Thrombose gefunden.²

Nun zu Ihrer Frage: Die Patientin ist schlank, allerdings raucht sie. Sie ist immobilisiert und benötigt eine Kontrazeption. Ich sehe keine absolute Kontraindikation gegen die Verschreibung eines kombinierten oralen Kontrazeptivums. Ich würde ein eher niedrig dosiertes wählen (20 µg) und bei sonst unauffälliger Patientin (keine Androgenisierung?) eines mit Levonorgestrel, also z.B. *Leios*, *Ilona Hexal* usw. Hätte die Patientin Androgenisierungserscheinungen dann hätte ich auch keine Einwände gegen die Anwendung von *Yasminelle*, *aida*, *YAZ*.

Das niedrigste Thromboserisiko hätte die Patientin mit *DepoClinovir* bzw. *Sayana*. Dann allerdings bestünde ein erhöhtes Osteoporoserisiko, so dass man ihr zu einer gleichzeitigen Östrogenisierung raten sollte (z.B. mit 50 µg Östradiol transdermal, einmal pro Woche als Pflaster für eine Woche appliziert).

Literatur

1. Gaber, Significant reduction of the risk of venous thromboembolism in all long term immobile patients a few months after the onset of immobility. *Medical Hypotheses* 2005
2. Arpaia et al., Risk of deep venous thrombosis (DVT) in bedridden or wheelchair-bound multiple sclerosis patients: A prospective study. *Thrombos Res* 2009