


Erstelldatum: 29.09.2011		1931 Gynäkologie	Nr. 1931102/4	Seite 1 von 2
Mirena-Einlage (IUD)			Kantonsspital Aarau 	
Verfasser:	Schneider Ingrid	Genehmigt am:	12.02.2020	Ersetzt Versionen:
Änderungen:	Prevost Christina	Genehmigt durch:	PD Dr. D. Sarlos	
Anlaufstelle:	OA FKL	Gültig ab:	12.02.2020	
Telefon:	9265	Gültig bis:	11.02.2023	
E-Mail:	christina.prevost@ksa.ch			

1. Ziel

Einheitliches Vorgehen bei der IUD-Einlage

2. Mirena

T-förmiges Intrauterinsystem mit einem hormonfreisetzenden Zylinderreservoir, welches den Wirkstoff Levonorgestrel 52mg enthält (Abgabe 20 µg/ 24h)

Grösse 32x32mm, Durchmesser 4.4mm

Brauner Rückholfaden

Einlagedauer: 5 Jahre (perimenopausal 6-7 Jahre möglich)

Pearl Index: 0.1

Kassenpflichtig bei idiopathischer Hypermenorrhoe und bei MHT in Kombination mit Oestrogen (zum Schutz einer Endometriumhyperplasie)

3. Ultra low dose Levonorgestrel (bei Frauen < 18 Jahren empfohlen)

3.1 Kyleena®

Levonorgestrel 19.5 mg, durchschnittliche Abgabe 9 µg /24h

Grösse 28x31mm, Durchmesser 3.8mm (gut für Nulliparae geeignet)

sonographisch sichtbarer Silberring, **blauer** Rückholfaden

Einlagedauer: 5 Jahre

Pearl Index: 0.2

3.2 Jaydess®

Levonorgestrel 13.5 mg, durchschnittliche Abgabe 6 µg /24h

Grösse 28x31mm, Durchmesser 3.8mm (gut für Nulliparae geeignet)

sonographisch sichtbarer Silberring, **brauner** Rückholfaden

Einlagedauer: 3 Jahre

Pearl Index: 0.4

alle 3 IUDs enthalten 20 - 24% Bariumsulfat, dadurch ist die korrekte Lage radiologisch überprüfbar

4. Wirkungsmechanismen

- Zunahme Viskosität des Zervixschleims
- Hemmung der Spermienbeweglichkeit
- Reversible Hemmung der Endometriumproliferation
- Teilweise Verzögerung und Unterdrückung der Ovulation (entfällt bei den ultra low dose IUDs)

5. Zielgruppe

- Intrauterine Antikonzepation bei Frauen jeden Alters
- Idiopathische Hypermenorrhoe
- Schutz vor Endometriumshyperplasie während einer Östrogen-Substitutionstherapie
- Perimenopausale Blutungsstörungen nach Ausschluss von Malignität
- ultra low dose IUDs: Antikonzepation zwischen 2 Schwangerschaften oder bei Nulliparae

6. Häufige Nebenwirkungen

Blutungsstörungen (Zwischenblutungen, Spotting), die in der Regel nach 3 - 6 Monaten sistieren;
Brustspannen; Übelkeit; Stimmungsschwankungen; Libidoverminderung; Kopfschmerzen; Akne; Ovarialzysten

Mirena-Einlage (IUD)



Merke: Kleine Zysten an den Ovarien können auftreten und können auf die Gestagenwirkung zurückgeführt werden (= Patientin beruhigen).

7. Kontraindikationen

- Schwangerschaft
- Akute oder wiederholt durchgemachte Adnexitis
- Uterusanomalien
- Cavumlänge mittels Hysterometer und Ultraschall: < 6 cm oder > 10 cm (gemäss Hersteller, nach Aufklärung über eine erhöhte Expulsionsrate auch bis zu 14 cm möglich)

8. Bedingungen für die Einlage

- Die Einlage sollte innerhalb der ersten **5-7** Tage nach Beginn der Menstruation eingesetzt werden, da dann die Einlage am einfachsten und die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft am geringsten ist.
- Ein Wechsel kann zu jedem Zeitpunkt im Zyklus stattfinden.
- Bei gut involutiertem Uterus kann eine Einlage nach einem Abort unmittelbar erfolgen (Uterustiefe nicht **> 10 cm** = intraoperative sonographische Kontrolle, **KEIN Hysterometer!**).
- Eine Schwangerschaft sollte anamnestisch verlässlich oder mittels SST ausgeschlossen sein.
- Es muss nicht zwingend ein aktueller PAP oder Bakteriologie/Chlamydien-Abstrich vorliegen. Bei fehlendem Hinweis auf eine Infektion (inkl. blandem Nativ) können beide Abstriche am Tag der IUD-Einlage abgenommen werden. Bei positivem Chlamydienresultat genügt eine Therapie mit Zithromax 1 g p.o. als Einmaldosis inkl. Partnertherapie (kein Ziehen der IUD notwendig) mit Kontrollabstrich nach 6 Wochen.
- Sonographie zur Kenntnis der Gebärmuttergrösse sowie allfälliger Nebenbefunde: Myome, Zysten, etc.
- Frühestens 6 Wochen nach Entbindung/**Abort im 2./3. Trimenon**
- Frühestens 12 Wochen nach Sectio caesarea
- Stillzeit ist KEINE Kontraindikation
- Einlage bei 0-Para möglich, es empfiehlt sich dann aber den CK bis 4mm zu dilatieren (ev. zuvor Gabe von Schmerzmitteln oder Priming).

9. Einlage

Die Einlage sollte gemäss der Packungsbeilage und bis zum Erreichen einer gewissen Routine unter Anleitung eines Oberarztes durchgeführt werden.

Es empfiehlt sich nach der Einlage die Fäden auf eine Länge von ca. 1,5 bis 2cm zu kürzen: zu lange und zu kurze Fäden könnten den Partner stören. Bei etwas längeren Fäden ist eine Selbstkontrolle durch die Patientin möglich – *dies wird jedoch von unserer Seite nicht wirklich empfohlen; resp. ist nur für die wenigsten Patientinnen geeignet.*

Merke

Bevor eine Mirena eingelegt oder ein Wechsel vorgenommen wird, muss die Patientin das SGGG - Aufklärungsprotokoll durchgelesen und die aufgetretenen Fragen mit dem Arzt besprochen haben. Das Aufklärungsblatt wird unterschrieben **im Original in die elektronische Akte der Patientin eingescannt**, sie erhält eine Kopie.

Zusätzliche Verhütung mit Kondom für 1 Woche, falls die Einlage nach dem 5. ZT erfolgt.

Keine zusätzliche Verhütung bei: Einlage bis am 5. ZT, IUD-Wechsel, andere hormonelle Kontrazeption bis zur IUD-Einlage.

10. Kontrollen

Eine Lagekontrolle sollte 6 Wochen nach erfolgter Einlage per Ultraschall vorgenommen werden. Bei diesem Termin wird auch nachgefragt ob die Fäden den Partner stören = falls ja, evtl. die Fäden ein wenig kürzen. Anschliessend jährliche Lage-Kontrollen **im Rahmen der Jahreskontrolle empfohlen.**

11. Vorgehen bei Dislokation

Eine geringfügige Dislokation hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des IUD, **solange sich die Spirale im Cavum uteri befindet, ist keine Entfernung nötig. Bei Lage im Zervikalkanal / Myometrium sollte die IUD jedoch entfernt werden.**