

Expertenbrief No 72 (ersetzt No 35)

Kommission Qualitätssicherung
 Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Expertenbrief zum Thromboembolierisiko unter hormonaler Kontrazeption

Autoren: G. S. Merki-Feld, S. Tschudin, B. Imthurn, P. Stute, D. Wunder

Kontaktadresse: gabriele.merki@usz.ch

Dieser Expertenbrief wurde mit Swissmedic diskutiert

Hintergrund und Informationen zum Verständnis der Studienresultate	Evidenzlevel
<p>Das thromboembolische Risiko unter kombinierten hormonalen Kontrazeptiva (CHC) wurde in den letzten 30 Jahren durch die Entwicklung niedrigdosierter CHC (nCHC) ($\leq 35 \mu\text{g}$ Ethinylestradiol (EE)) gesenkt (1-3). Je nach Gestagenanteil der CHC variiert das auch bei den niedrigdosierten Präparaten noch gegenüber Nichtanwenderinnen gering erhöhte Thromboembolierisiko (4-6). CHC mit Gestagenen der dritten und vierten Generation (Gestoden, Desogestrel, Drospirenon), sowie Cyproteronacetat (CPA) sind im Vergleich zu solchen der zweiten Generation z.B. Levonorgestrel (LNG) mit einem geringfügig höheren Thromboserisiko assoziiert. Eine etwas vermehrte Resistenz auf aktiviertes Protein C, ein Anstieg von Prothrombin und Faktor VII und ein Abfall des Faktors V könnte unter Einnahme von Pillen mit Drittgenerationsgestagenen zu einer höheren Koagulabilität führen (6, 7). Da das Thromboserisiko mit nCHC generell nur gering erhöht ist bei gesunden jungen Frauen finden nur Studien mit enorm hohen Fallzahlen eine Differenz bezüglich des Risikos für venöse Thromboembolien (VTE) von nCHC mit unterschiedlichen Gestagenen. Dies ist wichtig zu beachten bei der Interpretation der Studienresultate generell, aber auch von Studien mit Präparaten die noch nicht so lange auf dem Markt sind und deshalb nur mit einer niedrigen Zahl an Frauenjahren in vergleichenden Studien und Datenbanken vertreten sind. Zu letzteren gehören aktuell CHC mit Estradiol und Estradiolvalerat und Präparate mit dem Gestagen Dienogest. Die Studienlage zum VTE Risiko hat sich in den letzten 20 Jahren verbessert, indem mehr Studien vorliegen welche nur noch Anwenderinnen von nCHC einschliessen, differenzierte Subanalysen für einzelne Gestagenkomponenten und Applikationsweisen durchführen und inzwischen erkannte besondere Risikofaktoren für eine VTE bei nCHC Anwenderinnen in die Auswertung des Risikos mit einfließen lassen (8-10).</p> <p>Aspekte, die in Studien vor 2009 nicht oder nur vereinzelt berücksichtigt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neustarterinnen haben ein höheres Risiko • Alter erhöht das VTE Risiko • BMI erhöht das VTE Risiko • Eine positive Familienanamnese erhöht deutlich das VTE Risiko • Sicherung der Diagnose Thrombose: Nur Einschluss von Studien mit Dokumentation einer Antikoagulation oder Phlebografie für eingeschlossene Frauen. • Patientinnen mit Tumorerkrankungen oder Zustand nach VTE müssen ausgeschlossen werden. <p>Die verbesserte Diagnostik und höhere Awareness für die mit CHC assoziierten kardiovaskulären Ereignissen hat dazu geführt, dass insgesamt mehr Ereignisse, als in älteren Studien diagnostiziert werden (11, 12).</p>	
<p>Epidemiologische Daten Die Inzidenz venöser thromboembolischer Erkrankungen (VTE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist altersabhängig und liegt ohne CHC bei Frauen im Alter von 15-34 bei 1-2 und von 35-44 Jahren bei 3-5 pro 10'000 Frauenjahren (2, 12-16) • ist um das 2-5fache erhöht im Durchschnitt unter CHC-Einnahme und liegt altersabhängig unter niedrigdosierten kombinierten hormonalen Kontrazeptiva im Durchschnitt bei 5.5-12 pro 10'000 Frauenjahre (2, 3, 6, 13, 17-22) • ist in der Schwangerschaft resp. im Wochenbett gegenüber gesunden nicht schwangeren Frauen ohne CHC altersabhängig um den Faktor 4-8 erhöht und liegt bei 8-30 Ereignissen per 10'000 Schwangerschaften (23) • wird entscheidend durch die genetische Prädisposition und Risikofaktoren der einzelnen Frau bestimmt (24 – 28) 	<p>EL IIa EL IIa EL III EL IIa</p>
<p>Das Risiko für eine VTE ist vor allem bei Erstanwenderinnen und im ersten Anwendungsjahr (speziell in den ersten 3 Monaten) erhöht, was die Bedeutung der Prädisposition zeigt. Etwa 20% der betroffenen Frauen entwickeln ein invalidisierendes postthrombotisches Syndrom und etwa 10% erleiden eine Lungenembolie. Die Letalität wird bei VTE auf 1-2% geschätzt (29). Die nicht orale Verabreichung (Vaginalringe, Pflaster) einer Kombination von EE mit einem Gestagen senkt das Risiko nicht (11, 21, 30). Ebenso reduziert nach heutigem Wissen die weitere Reduktion von $30 \mu\text{g}$ auf $20 \mu\text{g}$ EE das Risiko für eine VTE nicht weiter (3, 10, 22).</p>	

<p>Risiko für venöse Thromboembolien unter Kombinationspräparaten mit unterschiedlichen Gestagenen</p> <p>Seit dem Jahr 2011 wurden 8 weitere Studien publiziert, die einige der genannten methodischen Probleme in Bezug auf VTE eliminieren konnten und Auswertungen über 10 Millionen Frauenjahre zur Verfügung stellen: 3 Fall-Kontrollstudien und 4 Kohortenstudien, sowie eine Metaanalyse der WHO (11, 20-22, 30-33). Die Stärken dieser Studien liegen einerseits darin, dass nur neuere Daten (ab 2001) berücksichtigt wurden und nur Fälle mit gesicherten VTE (meist aufgrund der dokumentierten Antikoagulantientherapie) eingeschlossen wurden.</p> <p>Ausserdem wurde versucht bei der Auswertung die Neustarterinnen separat zu analysieren (20, 21, 31-33) und Analysen in Abhängigkeit vom Alter durchzuführen (12, 21, 22, 33). Eine Limitation einiger dieser neuen Studien liegt darin, dass die erhobenen Daten zumeist aus Datenbanken stammen, welche die Dauer der Anwendung nur indirekt erfassen und keine standardisierte, alle Frauen betreffende Diagnostik als Grundlage der Erfassung von VTE haben. Ausserdem konnte die Familienanamnese in nur einer dieser Studien berücksichtigt werden (3).</p> <p>Diese Studien kamen zu folgenden Resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Thromboserate ist am höchsten im ersten Anwendungsjahr eines CHC. In den ersten 12 Monaten der Anwendung ist sie um das 2-3fache höher im Vergleich zum jährlichen Risiko danach (2, 3, 10, 21, 22, 33). Das Thromboserisiko unter CHC nimmt mit dem Alter zu und ist für Frauen im Alter von 30-34 Jahren (6-10/10000FJ) verdoppelt gegenüber Frauen unter 20 Jahren (Alter > 40 Jahre Multiplikator 4!) (3, 20, 21, 31, 33). Ethinylestradiolhaltige CHC mit Desogestrel, Gestoden, Cyproteronacetat und Drospirenon sind assoziiert mit einem um den Faktor 1.5-2 höheren relativen Risiko für eine VTE im Vergleich zu CHC mit Levonorgestrel (3, 20-22, 30-33). Dies gilt auch für die transdermale und vaginale Applikationsweise der Hormone. Die Datenlage für nCHC mit EE/Chlormadinoacetat im Vergleich zu EE/LNG bezgl. des Risikos für VTE ist nicht ausreichend um Schlüsse zu ziehen (34). Für nCHC mit EE/Dienogest weist eine nicht publizierte Metaanalyse von 4 Beobachtungsstudien darauf hin, dass im Vergleich zu EE/LNG das Risikos für VTE etwa um das die Hälfte erhöht sein könnte. Die Metaanalyse war nicht gepowert umso eine niedrige Differenz im Risiko zu finden, sondern gepowert um ein zweifaches Risiko zu finden (35). Für CHC mit Estradiol liegen bisher keine Daten vor. Für die Pille mit Estradiolvalerat/ Dienogest wurde in einer Studie, die gepowert war für ein doppeltes VTE-Risiko dieser Pille im Vergleich zu EE/LNG Präparaten, keine Risikoverdoppelung gefunden. Offen bleibt daher weiterhin, ob das relative Risiko (RR) eine Thrombose zu erleiden höher ist oder gleich, wie mit EE/LNG (36). Es gibt keine Evidenz dafür, dass das VTE Risikodurch eine Reduktion des EE-Anteils von 30 µg auf 20 µg oder 15 µg weiter reduziert werden kann (2, 3, 10, 22). Adipositas (BMI > 30kg/m²) führt zu einer Verdoppelung des VTE-Risikos bereits bei gesunden jungen Frauen, die keine CHC einnehmen (20, 37). Mehrere Risikofaktoren haben einen kumulativen Effekt auf das VTE-Risiko (19). Pillen, die nur Desogestrel enthalten und Hormonspiralen führen nicht zu einem erhöhten Risiko für VTE (2). <p>Arterielle thromboembolische Risiken (ATE)</p> <p>Neben dem erhöhten VTE Risiko darf nicht vergessen werden, dass CHC auch das Risiko für die selteneren, aber häufig folgenschweren arteriellen thromboembolischen Ereignisse, d.h. Schlaganfälle (ischämische Insulte) und Herzinfarkt erhöhen (11, 17, 21, 38).</p> <p>Dieses Risiko steigt stark mit zunehmendem Alter an (Herzinfarktereignisse /100000 Frauenjahre: 0.7 für 20-24jährige; 25.4 für 40-44jährige und 38.2 für 45-49 jährige Frauen) (11). Gemäss den aktuellsten Studien und einem Cochrane Review von 2018 gibt es keine signifikanten Unterschiede, was das Risiko von CHC mit Gestagenen der 2. Generation und der 3. Generation anbelangt. Ob das Risiko für drospirenonhaltige CHC etwas höher liegt, ist aufgrund der aktuellen Datenlage weiterhin nicht konklusiv zu beantworten (12, 40). Hingegen zeigt sich eine ATE-Risikozunahme mit steigender Oestrogendosis (11, 41). Die vaginale und transdermale CHC-Applikation bieten keine Vorteile betreffend des ATE Risikos (12, 21, 41). Gefährdet für eine ATE sind vor allem Frauen im Alter > 35 Jahre, Neustarterinnen, Raucherinnen und Frauen mit weiteren arteriellen Risikofaktoren (11, 21).</p> <p>Klinische Bedeutung der Resultate</p> <p>Die Anwendung von nCHC erhöht das Risiko nicht nur für VTE, sondern auch für ATE. Risikofaktoren wie Alter > 35 Jahre, Adipositas, Rauchen und eine positive Familienanamnese müssen erkannt und in die Kontrazeptionsberatung mit einbezogen werden. Dies erfordert eine sorgfältige Erhebung der Anamnese. CHC haben aber nicht nur Risiken, sondern für viele Frauen günstige Wirkungen auf Organe wie Knochen, Ovar, Endometrium oder das allgemeine Wohlbefinden. Gestagenmonopräparate als Pille oder Implantat, Intrauterinpressare und Unterbindung/Vasektomie sind sehr effiziente Verhütungsmethoden und nicht mit einer Risikoerhöhung assoziiert. Dies gilt es in die Abwägung von Nutzen und Risiko mit einzubeziehen. Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> VTE gehören zu den seltenen unerwünschten Nebenwirkungen kombinierter hormonaler Kontrazeptiva. CHC mit Levonorgestrel sind gemäss neuerer Kohortenstudien und der Mehrzahl der Fall Kontrollstudien mit einem geringeren thromboembolischen Risiko assoziiert als solche mit Desogestrel, Gestoden, Drospirenon, Dienogest und CPA. Die Patientin muss vor Verschreibung über diese Ergebnisse informiert werden (42). Bei Erstverschreibung oder Wechsel eines CHC ist immer abzuwägen, ob gewisse Benefits die Verschreibung eines Präparates mit einem geringfügig höheren Thromboserisiko rechtfertigen. 	<p>EL IIa</p> <p>EL IIa</p> <p>EL IIa</p> <p>EL IIa</p> <p>EL III EL IIa</p> <p>EL IIb</p> <p>EL IIa</p> <p>EL IIa EL III</p> <p>EL IIa</p> <p>EL IIa</p> <p>EL III / EL IV</p>
--	---

2. Eine ausführliche Information der Erstanwenderin ist dringend erforderlich. Sie sollte neben verständlichen Informationen zum Thromboserisiko bei Anwendung des Präparates, welches verschrieben wird, auch darüber in Kenntnis gesetzt werden, warum ein bestimmtes Gestagen gewählt wird. Daneben ist es wichtig über Frühsymptome einer Thrombose oder Lungenembolie zu informieren, um eine schnell einsetzende Therapie zu gewährleisten (s. Patientinneninformation).	EL IIa EL IIa EL IV
3. Es ist vor jeder Verschreibung von CHC essentiell, die Familien- und Eigenanamnese für alle bekannten Risikofaktoren, wie z.B. Status nach VTE oder kardio- und cerebrovaskulären Ereignissen, arterielle Hypertonie, Migräne, Nikotinabusus, Adipositas, Hyperlipidämie oder östrogenabhängige Tumoren zu erheben (siehe Check-Liste). Diese Risikofaktoren müssen bei der jährlichen Neuverschreibung regelmässig reevaluiert werden. Für Frauen mit erhöhten Risiken, mehreren relativen oder einer absoluten Kontraindikation stehen als sichere Alternativen zu CHC reine Gestagenpräparate, Intrauterinpressare oder nach abgeschlossener Familienplanung operative Methoden (Sterilisation/Vasektomie) zur Verfügung.	EL IIa
4. Frauen mit Alter > 35 Jahre sollten aufgrund der neuen Datenlage auf das mit dem Alter ansteigende Risiko für eine VTE oder einen arteriellen Verschluss hingewiesen und über Alternativen zur Verhütung informiert werden (20, 21, 42). Dies gilt für Neustarterinnen als auch für Langzeitwenderinnen. Beim Vorliegen einer medizinischen Indikation zur Verschreibung von CHC sind die Risiken gegen den Nutzen abzuwägen.	EL III
5. Wenn keine neuen medizinischen Risikofaktoren aufgetreten sind, gibt es keinen Grund bei Frauen, die bereits eine Drittgenerationspille oder eine Pille mit Drospirenon resp. CPA verwenden und sich damit wohl fühlen, auf ein anderes Präparat zu wechseln (42).	EL IIA
6. Die Östrogendosis von nCHC ist innerhalb des Spektrums der Mikropillen hinsichtlich des VTE-Risikos für die Ersteinstellung bei gesunden jungen Frauen nach heutigem Wissen weniger relevant. Bei Adolescentinnen und jungen Frauen mit ungenügender endogener Östrogenproduktion bleibt zudem offen, welche Dosis noch eine optimale Entwicklung der Peak Bone Mass garantiert.	EL IIa EL IIa
7. Das VTE-Risiko ist unter nicht oralen CHC (Pflaster, Vaginalringe) dasselbe wie unter einer kombinierten oralen Kontrazeption (21, 43).	
8. Für Präparate mit Estradiol/Nomegestrolacetat, sowie Kombinationspräparate mit EE/Chlormadinoacetat liegen keine für diese Fragestellung ausreichenden epidemiologischen Daten vor. Deshalb gelten bis auf Weiteres die gleichen Vorsichtsmassnahmen, wie für Drittgenerationspillen.	EL III
9. Für die Pille mit Estradiolvalerate+Dienogest gelten bis auf Weiteres die gleichen Vorsichtsmassnahmen, wie für Drittgenerationspillen, da die vorliegenden Daten nicht gepowere sind, um einen kleineren Unterschied als Faktor 2 zu levonorgestrelhaltigen CHC zu finden.	EL IIa
10. Bei Vorliegen von absoluten Kontraindikationen oder mehreren relativen Kontraindikationen und bei Verdacht auf eine Thrombophilie sind orale Gestagenmonopräparate, das Gestagenimplantat oder Intrauterinpressare die Methoden der Wahl.	
11. Bei der Verschreibung eines CHC an Frauen < 18 Jahren für die Indikation Kontrazeption handelt es sich nicht um einen `offlabel use` (Information von Swissmedic). Gerade bei diesen jungen Frauen ist neben der üblichen Aufklärung über Risiken eine besonders sorgfältige Risikoevaluation erforderlich. Ausgenommen davon ist das Präparat Zoely®, welches aufgrund einer noch ungenügenden Datenlage bezüglich des Einflusses auf die Knochendichte nicht zugelassen ist für Frauen unter 18 Jahren. Vorschrift Swissmedic	
12. CHC mit EE/CPA sind nur zugelassen für die Behandlung von Frauen mit Androgenisierungserscheinungen bei gleichzeitigem Kontrazeptionsbedarf. Vorschrift Swissmedic	

Datum: 5. März 2021

Evidenzlevel	Empfehlungsgrad
Ia Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen	A Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib)
Ib Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung	
IIa Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung	B Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierten klinischen Untersuchungen (Evidenzlevel IIa, IIb, III)
IIb Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie	
III Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien	C Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV)
IV Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute	Good Practice Punkt Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Literatur

1. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*. 1998;57(5):291-301.
2. Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b2890.
3. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
4. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Buller HR, Vandenbroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*. 1995;346(8990):1593-6.
5. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995;346(8990):1589-93.
6. Vandenbroucke JP, Rosing J, Bloemenkamp KW, Middeldorp S, Helmerhorst FM, Bouma BN, et al. Oral contraceptives and the risk of venous thrombosis. *N Engl J Med*. 2001;344(20):1527-35.
7. Tans G, Curvers J, Middeldorp S, Thomassen MC, Meijers JC, Prins MH, et al. A randomized cross-over study on the effects of levonorgestrel- and desogestrel-containing oral contraceptives on the anticoagulant pathways. *Thromb Haemost*. 2000;84(1):15-21.
8. Heinemann LA, Garbe E, Farmer R, Lewis MA. Venous thromboembolism and oral contraceptive use: a methodological study of diagnostic suspicion and referral bias. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000;5(3):183-91.
9. Suissa S, Blais L, Spitzer WO, Cusson J, Lewis M, Heinemann L. First-time use of newer oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. *Contraception*. 1997;56(3):141-6.
10. Dinger J, Bardenheuer K, Heinemann K. Cardiovascular and general safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptives: final results from the International Active Surveillance Study of Women Taking Oral Contraceptives. *Contraception*. 2014;89(4):253-63.
11. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257-66.
12. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Lokkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*. 2012;344:e2990.
13. Spitzer WO, Lewis MA, Heinemann LA, Thorogood M, MacRae KD. Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *BMJ*. 1996;312(7023):83-8.
14. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ, 3rd. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med*. 1998;158(6):585-93.
15. Ho WK, Hankey GJ, Eikelboom JW. The incidence of venous thromboembolism: a prospective, community-based study in Perth, Western Australia. *Med J Aust*. 2008;189(3):144-7.
16. Dinger JC, Heinemann LA, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception*. 2007;75(5):344-54.
17. Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2001;345(25):1787-93.
18. The European Consensus Development Conference 2002: Sex Steroids and Cardiovascular Diseases. On the route to combined evidence from OC and HRT/ERT. *Maturitas*. 2003;44(1):69-82.
19. Farley TM, Collins J, Schlesselman JJ. Hormonal contraception and risk of cardiovascular disease. An international perspective. *Contraception*. 1998;57(3):211-30.
20. Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2011;183(18):E1319-25.
21. Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints. CHC-CVD final report 111022v2. 2011.
22. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 2015;350:h2135.
23. James AH. Pregnancy and thrombotic risk. *Crit Care Med*. 2010;38(2 Suppl):S57-63.
24. Bezemer ID, van der Meer FJ, Eikenboom JC, Rosendaal FR, Doggen CJ. The value of family history as a risk indicator for venous thrombosis. *Arch Intern Med*. 2009;169(6):610-5.
25. Colucci G, Tsakiris DA. Thrombophilia screening revisited: an issue of personalized medicine. *J Thromb Thrombolysis*. 2020;49(4):618-29.
26. Allman-Farinelli MA. Obesity and venous thrombosis: a review. *Semin Thromb Hemost*. 2011;37(8):903-7.
27. Lowe GD. Common risk factors for both arterial and venous thrombosis. *Br J Haematol*. 2008;140(5):488-95.
28. Myers DD, Jr. Pathophysiology of venous thrombosis. *Phlebology*. 2015;30(1 Suppl):7-13.
29. Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet*. 1999;353(9159):1167-73.

30. Dragoman MV, Tepper NK, Fu R, Curtis KM, Chou R, Gaffield ME. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(3):287-94.
31. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Lokkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ.* 2011;343:d6423.
32. Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ.* 2011;342:d2139.
33. Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ.* 2011;342:d2151.
34. Ziller M, Ziller V, Haas G, Rex J, Kostev K. Risk of venous thrombosis in users of hormonal contraceptives in German gynaecological practices: a patient database analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(2):413-9.
35. Dinger J. COCs containing dienogest and 30 ug ethinylestradiol may carry a higher vTE risk compared to corresponding preparations with Levonorgestrel: A meta-analysis fo four large cohort studies. *Frontiers in Women`s Health.* 2020;5:1-6.
36. Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Impact of estrogen type on cardiovascular safety of combined oral contraceptives. *Contraception.* 2016;94(4):328-39.
37. Borch KH, Nyegaard C, Hansen JB, Mathiesen EB, Njolstad I, Wilsgaard T, et al. Joint effects of obesity and body height on the risk of venous thromboembolism: the Tromso Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2011;31(6):1439-44.
38. Roach RE, Helmerhorst FM, Lijfering WM, Stijnen T, Algra A, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: the risk of myocardial infarction and ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(8):CD011054.
39. Plu-Bureau GH-R, J. et al. Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2012;27:35-45.
40. Wu CQ, Grandi SM, Fillion KB, Abenheim HA, Joseph L, Eisenberg MJ. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. *BJOG.* 2013;120(7):801-10.
41. Gompel A, Plu-Bureau G. Are we overestimating the stroke risk related to contraceptive pills? *Curr Opin Neurol.* 2014;27(1):29-34.
42. Neue Studien zum Risiko von Venenthrombosen und lungenembolien unter hormonalen Verhütungsmitteln - Empfehlungen Swissmedic 5.12.2011. 2011.
43. Elliott TC, Montoya CC, Williams R. Clinical inquiries: how does VTE risk for the patch and vaginal ring compare with oral contraceptives? *J Fam Pract.* 2008;57(10):680, 3, 5.

Deklaration von Interessenkonflikten

- G.Merki-Feld: Teilnehmerin Advisory Board von HRA.
S.Tschudin: Keine
B.Imthurn: Berater bei Bayer AG, Deutschland
P.Stute: Jenapharm, Dr. Kade Besins, Exeltis
D.Wunder: Keine

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben. Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.