

ANTIKONCEPCE A ADOLESCENTKA

MUDr. Hedvika Geržová

Porodnicko-gynekologická klinika, FN Ostrava

Antikoncepce zůstává důležitou součástí úsilí snížit počet těhotenství u dospívajících. K dispozici je řada bezpečných a účinných antikoncepčních metod pro mladé dospívající, zahrnující abstinenci, bariérové metody, orální kontracepci, depotní injekční hormonální antikoncepci, nitroděložní tělísko (IUD) a periodickou abstinenci. Sexuálně aktivní adolescenti by měli rozumět výhodám a omezením různých antikoncepčních metod.

Klíčová slova: antikoncepce u dospívajících, antikoncepční metody.

CONTRACEPTION AND ADOLESCENT

Contraception remains an important part of efforts to reduce adolescent pregnancy. A number of safe and effective contraceptive methods are available for young adolescents, including abstinence, barrier methods, oral contraceptives, depot injectable hormonal contraceptives, intrauterine devices (IUD) and periodic abstinence. Sexually active adolescents should understand the benefits and limitations of the various contraceptive methods.

Key words: contraception in adolescents, contraceptive methods.

Pediatr. pro Praxi, 2007; 1: 20–23

Úvod

Pojmem antikoncepce označujeme metody, které slouží k zabránění početí. V současné době stoupá počet žen, ale i mladých dívek, které antikoncepci požadují. Pro každou dívku je vhodná určitá forma antikoncepce, jejíž výběr závisí na věku, ve kterém dívka antikoncepci požaduje, charakteru menstruačního cyklu, hormonálním statusu adolescentky, pravidelnosti pohlavního styku, počtu sexuálních partnerů a aktuálním zdravotním stavu. Vhodnou formou antikoncepce lze snížit rizika nežádoucí gravidity u mladistvých dívek. Každá antikoncepce je vždy lepší a méně riziková, než provedená interrupce. Kromě toho lze hormonální antikoncepci využít i terapeuticky v některých jiných indikacích (7, 9).

Moderní metody antikoncepce

- A. sexuální abstinence, mimokoitální aktivity
- B. orální kontracepce
 1. kombinovaná (estrogen-gestageni) = COC
 2. minipilulky (jen gestageni)
- C. postkoitální kontracepce
- D. bariérové kontracepční metody
 1. diafragma (pesar)
 2. vaginální houba
 3. cervikální pesar
 4. ženský kondom
 5. mužský kondom
- E. injekční kontracepce
 1. depomedroxyprogesteron acetát (Depo-provera)
 2. implantát s levonorgestrem (Norplant)
- F. náplastrové metody (estrogen-gestageni – ERA)
- G. nitroděložní tělísko (IUD)
 1. s progestinem (MIRENA)
 2. bez progestinu
- H. periodická abstinence.

Ad A. Sexuální abstinence, mimokoitální aktivity

Pro mladistvé nepopulární metoda, všeobecně nelze doporučit.

Ad B. 1. Orální kombinovaná kontracepce (COC)

Jeden z neúčinnějších prostředků zábrany nežádoucího těhotenství mladistvé. Patří k nejpoužívanější metodě plánovaného rodičovství ve věkové kategorii 16–19 let. Při preskripci COC dnes mladé dívky preferují spolehlivý antikoncepční efekt, dobrou kontrolu cyklu se snížením krevních ztrát při menstruaci, vymizení dysmenorey, zlepšení akné a udržení své stabilní hmotnosti. V neposlední řadě přistupuje požadavek dobré snášenlivosti („*compliance*“) a dlouhodobé výhody kombinovaných kontraceptiv („*pill benefits*“) (5).

Protektivní účinky COC u adolescentek jsou obecně stejné jako u dospělých žen, mají však významnější specifika. Patří sem:

1. snížení výskytu ovariálního a endometriálního karcinomu v pozdějším věku
2. snížení výskytu ektopické gravidity
3. snížení výskytu funkčních ovariálních cyst
4. snížení výskytu anémie při menoragiích
5. snížení výskytu benigních cyst prsů
6. snížení rizika výskytu pánevních zánětů
7. snížení dysmenorey
8. regulace menstruačního cyklu se snížením dysfunkčního děložního krvácení
9. snížení rizika vzniku osteoporózy
10. léčba akné a hyperandrogenních stavů (4).

Mechanismus účinku COC spočívá v inhibici ovulace, zahuštění cervikálního hlenu, ovlivnění motility vejcovodů a atrofizaci endometria. Estrogeny obsažené v přípravcích stabilizují menstruační cyklus. Mají antiandrogenní vliv zvýšením hladin sex-

binding globulinu. Zvyšují hladinu HDL-cholesterolu a mají antiaterogenní vliv na cévní stěnu. Zlepšují libido a působí antidepresivně. Pozitivně ovlivňují kostní metabolismus ve smyslu nárůstu kostní hmoty tím, že snižují kostní resorpci. Vyšší dávky estrogenů (50 mikrogramů) mohou mít nežádoucí vedlejší účinky ve smyslu náhlých cévních příhod, hypertenze, cholestatické hepatopatie a rizika vzniku hluboké žilní trombózy či tromboembolie. Tyto komplikace jsou však vzhledem k mladému věku a dobrému zdravotnímu stavu většiny adolescentek v této skupině uživatelek COC velmi vzácné (3).

U adolescentek je otázka přírůstku hmotnosti při užívání COC na jednom z prvních míst důležitosti. Je třeba si uvědomit, že dospívající dívky přirozeně přibývají na hmotnosti ještě několik let po menarché, což je dáno přirozeným růstem a vývojem. Hmotnostní přírůstek je dán poměrem příjmu a výdeje energie. Samotná antikoncepce ovlivňuje hmotnost minimálně, na množství a objem tukových buněk nemá prakticky žádný vliv. Estrogeny ovlivňují hmotnost v rámci cyklu zadržováním tekutin, což souvisí s jejich mineralokortikoidním účinkem. Gestageny ovlivňují hmotnost spíše z hlediska dlouhodobého svým anabolickým účinkem. Dívky, jejichž organizmus je zvýšeně citlivý na účinky hormonů, mohou na začátku užívání COC pozorovat hmotnostní přírůstek 2–3 kg. Je nutno upozornit na zvýšenou chuť k jídlu při užívání COC, ale zároveň na souvislost se sebeovládáním v jídlu, pohybovou aktivitou, složením stravy a dietními návyky adolescentky. Nicméně tento pro dospívající dívky velmi nepříjemný vedlejší účinek může u některých z nich vést k psychologické bariéře a k přerušování užívání COC. Zlepšení „*compliance*“ u adolescentek užívajících COC docílíme buď snížením dávky ethinylestradiolu v tabletech preskripční preparátů s velmi nízkým obsahem estrogenu nebo preskripční kombinovaného orálního kontraceptiva

Tabulka 1. Podmínky užívání kontracepčních metod dle WHO

Kategorie	Charakteristika stavu	Klinický význam	Závěr
1.	Stav, pro který neexistuje žádné omezení pro použití metody.	Metoda je použitelná za všech okolností.	ANO – metodu lze použít.
2.	Stav, kdy výhody používané metody všeobecně převyšují teoretická nebo prokázaná rizika.	Metoda je všeobecně použitelná.	ANO – metodu lze použít.
3.	Stav, kdy teoretická nebo prokázaná rizika převyšují výhody použité metody.	Metodu nelze doporučit s výjimkou stavů, kdy nelze použít jinou vhodnější metodu.	NE – metodu nelze použít.
4.	Stav, který představuje neúměrné riziko pro použití metody.	Metoda nemůže být použita v žádném případě.	NE – metodu nelze použít.

Tabulka 2. Přehled mladistvých těhotných na naší klinice v roce 2005

Porody do 15 let	0
Porody 16–18 let	19 (12x spontánní, 7x operační)
ITP do 15 let (2x indukce abortu v 14. a 24. týdnu z genetické a psychiatrické indikace, 1x ITP v 10. týdnu)	3
ITP 15–16 let	3
ITP 16–18 let	10
Revize dutiny děložní do 15 let	1
Revize dutiny děložní 15–16 let	1
Revize dutiny děložní 16–18 let	12

obsahujícího gestagen s antimineralkortikoidním účinkem (6).

Jako u dospělých žen platí i u adolescentek obecné kontraindikace k užití COC. Jsou to:

1. současná nebo prodělaná hluboká žilní trombóza
2. embolizace do plic
3. neléčená juvenilní hypertenze
4. cévní mozková příhoda
5. infarkt myokardu, srdeční dekompenzace, srdeční vady hemodynamicky závažné
6. těžká migréna s neurologickými symptomy
7. diabetes mellitus s cévními změnami
8. akutní hepatopatie, maligní i benigní tumor jater
9. hormonálně dependentní nádor
10. krvácení z rodidel nejasné etiologie
11. těhotenství a kojení
12. dlouhodobá imobilizace.

Analýzy klinických studií přinášejí stále nové výsledky účinků kombinované kontracepce na organismus, a proto byl světovou odbornou společností vypracován doporučený postup k bezpečné aplikaci hormonální antikoncepce, tzv. „**Doporučení WHO**“, které je pravidelně publikováno a aktualizováno, a to především v otázkách kontraindikací. „Doporučení WHO“ klasifikuje podmínky užívání kontracepčních metod (onemocnění či aktuální okolnosti) do čtyř skupin, které představují míru rizika při aplikaci konkrétní metody plánovaného rodičovství (tabulka 1).

Lékař, který je konfrontován s kterýmkoliv komplikujícím onemocněním či fyziologickým stavem

pacientky, by měl být schopen zařadit tento stav do jedné z těchto skupin (8).

Ad B.2. Minipilulky

Obsahují jen gestagení složku bez estrogenu. Tato varianta je vhodná především pro dívky, u kterých je estrogenní složka nežádoucí (silné kuřačky, dívky trpící migrénou, juvenilní hypertoničky, juvenilní diabetičky s cévními změnami, dívky s prokázanou trombofilii). Nepřítomnost estrogenu může vyvolat nepravidelné krvácení, které dívky špatně tolerují. Navíc je nutné dodržovat přesný časový interval v medikaci tablet a i to může být pro některé dívky problémem. Spolehlivost této metody je nižší, zvyšuje se v kombinaci s použitím bariérových metod (6). U adolescentek předepisujeme minipilulky v ojedinělých případech. Nejsou vhodné u dívek s anamnézou ektoické gravidity a nepravidelného cyklu, pro obézní dívky se sklonem k tvorbě akné a pro epileptičky.

Ad C. Postkoitální kontracepce

Jde o „**pohotovostní**“, nikoliv dlouhodobou antikoncepční metodu. Balení obsahuje dvě tablety, které se užijí od 1 do 72 hodin po styku, vždy po 12 hodinách. Spolehlivost je nižší než u „klasických“ pilulek. Nedoporučuje se víc než 2x během cyklu vzhledem k nepravidelnému krvácení.

Ad D. Bariérová kontracepce

Ne všechny zde uvedené prostředky jsou k dispozici na našem trhu. Nejvhodnější pro mladé páry

se jeví použití kondomu, i když spolehlivost je menší. Současným použitím kondomu a spermicidního prostředku se zvyšuje účinnost této metody a snižuje se riziko přenosu pohlavních chorob (STD), což je zvláště u promiskuitních adolescentek jistá prevence vzniku pánevního zánětu a následné neplodnosti.

Ad E.1. Injekční kontracepce

Depo-Provera 150 mg, jedenkrát za 12 týdnů aplikovaná intramuskulárně, je vhodná pro dívky, u kterých je kontraindikováno podání estrogenu. Nevýhodou je možnost intermitentního krvácení. Navozená amenorea je dlouhodobější a návrat pravidelného menstruačního krvácení po vysazení je zdlouhavější. U pacientek s rizikovými faktory vzniku osteoporózy by aplikace této metody neměla být delší než 1 rok (2). Výhodou je nízká cena a poměrně spolehlivý antikoncepční efekt, selhání se udává kolem 0,3%. S výhodou lze tuto metodu použít u dívek s mentální retardací, psychózou či abúzem drog, u kterých není spolehlivě zajištěno pravidelné používání jiné antikoncepční metody a ta je požadována.

Ad E.2. Implantát s levonorgestremem

In vazivní metoda, která spočívá v inzerci kapsuly subkutánně do paže na dobu 5 let. Selhání této metody je udáváno kolem 0,2%. Frekvence ovulace se pohybuje kolem 39% během 5 let. Kontracepční efekt je způsoben především vysokou viskozitou cervikálního hlenu, alterací maturace oocyty a atrofií endometria. Nevýhodou je vyšší cena a menší kontrola cyklu v začátku účinku.

Ad F. Náplastová metoda

Kombinace estrogenu s gestagenem (EVRA), aplikace 1x týdně po dobu 3 týdnů, pak následuje týdenní pauza. Menstruační cyklus je pravidelný. S efektem užíváme tuto metodu u dívek s alterovaným gastrointestinálním traktem, který limituje vstřebávání a enterohepatální metabolismus steroidů.

Ad G. Nitroděložní tělísko

Mechanismem účinku je zábrana implantace blastocysty ve sliznici dělohy v důsledku vyvolání aseptického lokálního zánětu v endometriu, který také zhoršuje průnik spermií k oocyty. U tělíska s progesteronem působí ještě lokální atrofizaci sliznice děložní. Počet selhání se uvádí mezi 0,2–3%. Kandidátkami k inzerci této metody jsou ženy s kontraindikací estrogenu, žijící v monogamním partnerském svazku. Kojení není kontraindikací. U mladých dívek používáme nitroděložní tělísko limitovaně vzhledem k riziku vzniku zánětu či spontánní expulze. Kontraindikací u nullipar je uzavřené hrdlo a malá děloha.

Ad H. Periodická abstinence

U mladistvých metoda nespolehlivá s vysokým počtem selhání a nechtěných těhotenství.

Přehled mladistvých těhotných na naší klinice za rok 2005

V roce 2005 jsme řešili na naší klinice celkem 49 těhotenství u dospívajících dívek ve věku 13–18 let. Ani jedna z nich neuzívala hormonální antikoncepci. Z celkového počtu 49 těhotenství bylo ukončeno porodem 19, tj. 38,78%. Neúspěchem, ať už přirozeným či arteficiálním, bylo ukončeno 30 gravidit, tj. 61,22% všech těhotenství u adolescentek. Víc než

polovina těhotenství u dospívajících dívek za rok 2005 skončila nezdarem s nutností medicínské ataky jejich organismu (tabulka 2). Tento fakt jednoznačně podporuje naše doporučení k výběru vhodné antikoncepce u dospívajících jako prevence snižování zdravotního rizika nežádoucího těhotenství.

Role pediatra a dětského gynekologa

Edukační a osvětová úloha pediatra v rámci spolupráce s dětským gynekologem je velmi důležitá. Pediatr sleduje správný somatosexuální vývoj dívky s adekvátním pubertálním vývojem, sleduje a hodnotí menstruační cyklus a doporučuje dívky k preventivnímu vyšetření k dětskému gynekologovi

v 15 letech, pokud zde již nejsou vedeny pro jinou epizodu. Preventivní prohlídky nejsou povinné, nicméně jsou pediatry doporučeny a vyžadované stejně jako preventivní pediatrické vyšetření. Pediatr rovněž edukuje o vhodných metodách antikoncepce a plánovaného rodičovství (1). Důkladné vyšetření adolescentky před nasazením antikoncepce a volba správného preparátu, jakož i další průběžné sledování do dospělosti je v kompetenci gynekologa dětí a dospívajících.

MUDr. Hedvika Geržová

Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava
Tř. 17. listopadu 1790, 700 30 Ostrava 3
e-mail: hedvika.gerzova@fnspo.cz

Literatura

1. American academy of pediatrics: Contraception and adolescents, Pediatrics Vol. 104 No. 5 November 1999, pp. 1161–1166.
2. Bachrach Laura K, Cundy Tim, Ott Susan M. Depot Medroxyprogesterone Acetate in Teens: A Risk for Bone Health? Pediatrics Vol. 106 No. 5 November 2000, pp. 1137–1138.
3. Bambas M. Kombinovaná orální kontracepce s extrémně nízkou dávkou hormonů, Medicína 6 / Roč. VIII / 2001 strana 20.
4. Committee on Adolescence: Contraception and Adolescents, Pediatrics Vol 104 No. 5 November 1999, pp. 1161–1166.
5. Geržová H. Současný pohled na hormonální antikoncepci u adolescentek, Gynekolog 2005, ročník 14, č. 4, str. 156–160.
6. Greydanus Donald E, Patel Dilip R, Rimsza Mary Ellen: Contraception in the Adolescent Pediatrics Vol. 107 No. 3 March 2001, pp. 562–573.
7. Koliba P, Geržová H, Matura D, Pinkavová I. Přehled současných možností, antikoncepce, Vox paediatricae 2005; 2 (5): 25–28.
8. Křepelka P. Jak se liší aktualizovaná „Doporučení k předpisu kombinované hormonální antikoncepce 2005“ a „Medical eligibility criteria for Contraceptive use WHO 2004“. Moderní gynekologie a porodnictví vol. 14, č. 1, supplementum, březen 2005, str. 23–27.
9. Makalová D. Antikoncepce a mladistvá uživatelka, Vox paediatricae, 2005; 2 (5): 22–24.