

POSTKOITÁLNÍ ANTIKONCEPCE

MUDr. Michael Fanta

Gynekologicko – porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Postkoitální antikoncepce („emergency contraception“) je metoda zabráňující otěhotnění po nechráněném pohlavním styku, podává se většinou do 72 hodin od koitu. Užití vysokých dávek estrogenů k zabránění implantace, diethylstilbestrolu (25–50 mg denně) a ethinylestradiolu, bylo zkoušeno Morrisem a van Wagenem již od 60. let minulého století. Extrémní dávky estrogenů však byly spojeny s velmi vysokým výskytem gastrointestinálních nežádoucích účinků. V roce 1972 zavedl Yuzpe schéma užití kombinované postkoitální antikoncepce, které přineslo snížení dávek hormonů při zachování účinnosti.

Nejčastějšími důvody použití některé z metod postkoitální antikoncepce jsou selhání bariérové metody (kondomu), vynechání tablety hormonální antikoncepce a nechráněný pohlavní styk (bez jakékoliv formy antikoncepce) (3).

Klíčová slova: postkoitální antikoncepce, Yuzpeho metoda, levonorgestrel.

POSTCOITAL CONTRACEPTION

Postcoital contraception, i. e. the so-called „emergency contraception“, is a method to prevent pregnancy after unprotected sex and it should be administered within 72 hours from a sexual intercourse. From the sixties of the last century Morris and van Wagen experimented with the use of high doses of estrogens for the impedance of implantation (25–50 mg of diethylstilbestrol qd and ethinyl estradiol). This extreme estrogen dosage was linked to a high occurrence of gastrointestinal side effects. In 1972 Yuzpe introduced a novel scheme for the use of a combined emergency contraception characterized by preserving the efficacy and, at the same time, lowering the hormonal doses. The most frequent reasons for using one of the methods of emergency contraception are a failure of the barrier method (condom), an omission of a tablet during oral contraceptive use and an unprotected coitus (without any previous contraception).

Key words: postcoital contraception, Yuzpe method, levonorgestrel.

Mechanismus účinku a spolehlivost

Mechanismus účinku spočívá v inhibici ovulace, zabránění sekreční transformace endometria a implantaci a pravděpodobně i v regresi žlutého tělíska.

Spolehlivost metody postkoitální kontracepce s prodlužujícím se intervalem od koitu klesá. Pokud je použita některá z nejužívanějších forem (Yuzpeho metoda nebo metoda s levonorgestrem) do 12 hodin po styku, je riziko selhání 0,5%, mezi 61–72 hodinami se zvyšuje na 4 % (9), od 72 do 120 hodin dosahuje 5 % (1). Proto je u této formy antikoncepce výrazně limitující dostupnost. Z tohoto důvodu se v mnoha zemích diskutuje o volné prodejnosti přípravků postkoitální kontracepce, v některých státech si již lze bez lékařské preskripce „pilulku poté“ koupit (např. ve Velké Británii). Relativní riziko selhání levonorgestrelu ve srovnání s Yuzpeho metodou je 0,36 (95% interval spolehlivosti 0,18–0,70) – po podání levonorgestrelu otěhotnělo 1,1 %, po aplikaci Yuzpeho metody 3,2 % žen (9).

Metody postkoitální antikoncepce

Ve světě dosud nejrozšířenější je tzv. Yuzpeho metoda. Podává se 100 mg ethinylestradiolu a 0,5 mg levonorgestrelu dvakrát po dvanácti hodinách. Časté jsou vedlejší nežádoucí účinky jako nauzea (až u 50 % žen) a zvracení (u 18 % žen) (9). Prakticky jedinou kontraindikací je tromboembolická nemoc.

Obdobnou účinnost mají dvě dávky 0,75 mg levonorgestrelu, rovněž po dvanácti hodinách. Výhodou této metody jsou minimální kontraindikace (přecitlivělost na přípravek) a nižší výskyt nevolnosti (23 %) i zvracení (5 %) (9). Z těchto důvodů není racionální argument proti volnému prodeji této formy, tedy bez nutnosti lékařské preskripce.

Další možností postkoitální antikoncepce jsou déletrvající režimy užívání samotných estrogenů. Lze podávat 15 mg konjugovaných estrogenů dvakrát denně, 5 mg ethinylestradiolu denně, obojí po dobu 5 dnů, nebo 50 mg konjugovaných estrogenů intravenózně denně po dobu dvou dnů.

U všech popsanych metod dochází ke krvácení většinou do tří dnů.

Stoprocentní účinnost prokázalo několik randomizovaných studií při užití jedné dávky 600 mg antiprogesterinu mifepristonu (RU 486). Podle výsledků několika posledních studií se ukazuje, že k inhibici ovulace a implantace je dostatečná dávka 10 mg mifepristonu podaného až do 5 dnů od nechráněného pohlavního styku (6, 8). Mifepriston je rovněž spojen s nižším výskytem nežádoucích účinků. Některé ženy však negativně vnímají oddálení menstruace – ve 42 % případů dochází ke krvácení až v následujícím cyklu.

Tento antiprogesterin se rovněž používá jako tzv. „časné abortivum“ v kombinaci se syntetickým analogem prostaglandinu E1 misoprostolem do 49 dnů od poslední menstruace. 600 mg mifepristonu s následným podáním (po 36 až 48 hodinách) 400 mg misoprostolu vede k ukončení těhotenství u 98 % žen, které jsou takto ušetřeny chirurgického zákroku (tato kombinace je používána od roku 1992 např. ve Francii) (2).

Zavedení mifepristonu zůstává v mnoha zemích kontroverzním tématem, ačkoliv jeho vysoká účinnost a bezpečnost je nepochybná. Nejzávažnější dokumentovanou komplikací mifepristonu je podání krevní transfuze pro silné krvácení u cca 0,1 % případů. Mifepriston není dostupný na našem trhu.

Tabulka 1. Příklady hormonálních přípravků dostupných na našem trhu, které lze použít k postkoitální antikoncepci

Levonorgestrel	Postinor, Postinor-2	
kombinované	Microgynon	EE2 30 mg, LNG 0,150 mg
	Stediril 30	EE2 30 mg, LNG 0,150 mg
	Minisiston	EE2 30 mg, LNG 0,125 mg
	Tri-Regol, bílé tbl.	EE2 30 mg, LNG 0,125 mg
	Triquilar, okrové tbl.	EE2 30 mg, LNG 0,125 mg
	Trinordinol, okrové tbl.	EE2 30 mg, LNG 0,125 mg
	Trisiston, oranž. tbl.	EE2 30 mg, LNG 0,125 mg
	Anteovín, růžové tbl.	EE2 50 mg, LNG 0,125 mg

Vysvětlivky: Postinor a Postinor-2 jsou v ČR registrovány jako vlastní postkoitální kontraceptiva, u ostatních (kromě Anteovinu) se obvykle podávají 2 × 4 tbl., EE2 = ethinylestradiol, LNG = levonorgestrel.

Zkoumán byl rovněž efekt danazolu jako postkoitálního kontraceptiva. Jeho účinnost se však pohybovala ve velkém rozptýlu, od minimální po 99 %. Stejně tak se neosvědčila aplikace superagonistů gonadoliberinu.

Další možnost postkoitální antikoncepce představuje zavedení intrauterinního tělíska do pěti dnů po nechráněném pohlavním styku. Je vhodnou metodou pro ženy, které si přejí touto formou antikoncepce pokračovat, a pro ženy s intervalem od nechráněného pohlavního styku delším než 72 hodin (4).

Zajištění vyšší informovanosti a dostupnosti postkoitální antikoncepce by jistě vedlo ke snížení počtu nežádoucích gravidit a tím umělých přerušení těhotenství. Podle průzkumu prováděného mezi francouzskou mládeží se více než polovina respondentů dověděla o možnosti postkoitální antikoncepce

od kamarádů, dále ve škole a na třetím místě v médiích (1). Ve Velké Británii, kde byla v posledních letech věnována této metodě velká publicita a vedena úspěšná mediální kampaň, by v roce 1990 70 % z žen žádajících interrupci volilo postkoitální antikoncepci, kdyby o ní bylo informováno (3).

Bylo rovněž prokázáno, že více než 50 % žen požaduje „pilulku po“ v noci, o víkendech a svátcích. Tím často dochází k prodloužení intervalu od nechráněného styku a tedy ke snížení účinnosti. Z tohoto důvodu je správná vstřícná politika zemi, které již lékařský předpis u této metody nevyžadují. Nejdále je pravděpodobně v této oblasti Francie, kde lze „pilulku poté“ získat přímo na některých středních školách („high-school nurses“) a kde rozšíření této formy antikoncepce nepřineslo žádné problémy (1). Obavy odpůrců liberalizace postkoitální antikoncepce, zda rozšíření této metody nepovede k vyššímu výskytu pohlavně přenosných onemocnění a opakovanému, pravidelnému užívání metody, se nepotvrdilo (5, 7). Poučení žen, že se nejedná o dlouhodobý typ antikoncepce, by mělo být samozřejmostí.

Závěr

Větší informovanost o možnostech zabránění početí po nechráněném pohlavním styku by jistě dále snížila výskyt interrupcí a s nimi spojených komplikací. Proto je nutné nejen zvyšovat povědomí o postkoitální antikoncepci mezi odbornou a laickou veřejností, ale zároveň maximálně liberalizovat její preskripci. Metodou volby je podání levonorgestrelu 2 × 0,75 mg po 12 hodinách do 72 hodin po pohlavním styku. Tato metoda nemá téměř žádné kontraindikace a má nejnižší výskyt nežádoucích účinků. Při intervalu delším než 72 hod. od koitu lze využít možnosti zavedení nitroděložního tělíska.

Literatura

1. Aubény E. Can hormonal emergency contraception (EC) be available without medical prescription?, The 6th Congress of the European Society of Contraception Ljubljana June 2000. Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5: 1: 41.
2. Aubény E, Chatellier G. A randomized comparison of mifepristone and self-administered oral or vaginal misoprostol for early abortion, Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5, 3: 171–176.
3. Bigrigg A. Improving knowledge of access to emergency contraception, The 6th Congress of the European Society of Contraception, Ljubljana, June 2000. Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5, 1: 23.
4. Čepický P, Holub Z, Hořejší J, Rokyta Z, Uzel R. Postkoitální antikoncepce. Česká gynekol 2001; 66, 5: 378–380.
5. Falk G, Falk L, Hanson U, Mislom I. Young women requesting emergency contraception have a high frequency of new unintended pregnancies despite counseling, The 6th Congress of the European Society of Contraception, Ljubljana, June 2000, Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5, 1: 39.

6. Glasier A. Emergency postcoital contraception. N Engl J Med 1997; 337: 1058.
7. Rowlands S, Devalia H, Lawrenson R, et al. Repeated use of hormonal emergency contraception by younger women in the UK, The 6th Congress of the European Society of Contraception, Ljubljana, June 2000, Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5, 1: 40.
8. Sitruk-Ware R. The role of antiprogesterins in contraception, The 6th Congress of the European Society of Contraception, Ljubljana, June 2000. Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5, 1: 21.
9. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352: 428–433.