

Moderní trendy v hormonální antikoncepci

MUDr. Martina Novotná

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Milosrdných bratří, Brno
Unica – Klinika pro léčbu ženských nemocí a neplodnosti, Brno
Gynekologická ambulance MUDr. Ludmily Břouškové, Blansko
Katedra etiky, LF MU, Brno

Základním úkolem gynekologa je pomoci ženě najít pro ni nejvhodnější účinnou a bezpečnou formu antikoncepce. Článek poskytuje základní návod jak pečlivým přístupem minimalizovat rizika spojená s užíváním hormonální (zejména kombinované) antikoncepce a jak optimalizovat výběr konkrétního antikoncepčního přípravku podle požadavků uživatelky a jejich případných zdravotních problémů. Obsahuje také informace o nejnovějších trendech v oblasti hormonální antikoncepce.

Klíčová slova: bezpečnost antikoncepce, antikoncepce na míru, moderní formy antikoncepce.

Modern Trends in hormonal contraception

The basic task is to help a woman gynecologist for her to find the most effective and safe form of contraception. The article provides basic instructions on how to approach carefully to minimize the risks associated with hormonal (especially combined) and contraceptive how to optimize the selection of a particular contraceptive according to user requirements and their potential health problems. It also includes information about the latest trends in hormonal contraception.

Key words: safety contraception, contraception tailored, modern forms of contraception.

Med. praxi 2011; 8 (12): 544–546

Téma hormonální antikoncepce je stále aktuální a názory na ni se pohybují v celé škále od jednoho extrému ke druhému. Nesporné však zůstává, že široká dostupnost vysoce bezpečné a vysoce účinné – tedy hormonální – antikoncepce změnila svět. Miliony žen mohly začít svůj život plánovat – volit počet svých dětí a rozhodovat o tom, kdy se narodí. Ženy začaly studovat a pracovat mimo domácnost. Filozofickou otázku, co tato svoboda přinesla a o co ženy ochudila, ponechme tentokrát stranou, neboť je jasným faktem, že návrat k době „před hormonální antikoncepcí“ by zvolila asi málokterá žena. Otázka tedy nezní, zda hormonální antikoncepce ano či ne, ale jaká antikoncepce, komu a kdy.

Nejmodernější trendy v oblasti hormonální antikoncepce neznamenaají jen využívání preparátů s novým složením a využití nových aplikačních forem, ale především přístup zaměřený na bezpečnost antikoncepce a spokojenost uživatelek.

Základní rozhodovací proces

Ačkoliv je předpis antikoncepce jedním z **nejběžnějších úkonů** v gynekologické am-

bulanci, je to **zároveň úkon velmi zodpovědný**. Může ovlivnit nejen spokojenost uživatelky se zvolenou metodou, ale může zásadně pozitivně či negativně ovlivnit její zdravotní stav či dokonce ohrozit její život. Oba tyto základní faktory jsou velmi důležité. Spokojená uživatelka povede spokojený život a zároveň nebude předčasně ukončovat antikoncepční ochranu a riskovat tak nechtěné těhotenství s jeho možnými následky (umělé ukončení těhotenství či porod nechtěného dítěte). Hormonální antikoncepce u rizikové uživatelky či dokonce uživatelky s kontraindikací k hormonální antikoncepci (dále HAK) může vést k závažné až život ohrožující zdravotní komplikaci (žilní trombóza, plicní embolie, infarkt myokardu atd.). Ženě, která má HAK kontraindikovanou nebo má významné rizikové faktory, můžeme samozřejmě nabídnout jinou formu antikoncepce.

Každý pár může najít pro sebe spolehlivou a bezpečnou formu antikoncepce v souladu se

svým zdravotním stavem i světonázorovým přesvědčením.

V **základním rozhodovacím procesu** je potřeba položit několik otázek a získat na ně co nejpřesnější odpovědi, které pomohou objasnit, **zda uživatelka vůbec může pomýšlet na hormonální antikoncepci.**

Pokud ano, je nutné vybrat co nejvhodnější metodu pro konkrétní uživatelku – hovoříme o „**antikoncepci na míru**“. Názor budoucí uživatelky je považován za tak zásadní, že Evropská společnost pro kontracepci dokonce označuje 21. století za „**věk uživatelky**“.

I. Identifikace rizikových uživatelek

Užívání kombinované hormonální antikoncepce (HAK) je spojeno s vyšším rizikem některých kardiovaskulárních komplikací (hluboké žilní trombózy a plicní embolie (TEN), infarktu myokardu a cévní mozkové příhody), Tato rizika

Tabulka 2. Pomocné otázky při výběru antikoncepce

1.	Má potenciální uživatelka zvýšené riziko zdravotních komplikací v souvislosti s užíváním HAK?
2.	Má potenciální uživatelka kontraindikaci k HAK?
3.	Máte nějaké jiné určité požadavky?
4.	Máte nějaké potíže spojené s menstruačním cyklem nebo s hormonální situací?
5.	Přivítáte nějaký neantikoncepční benefit HAK?
6.	Jaký máte životní styl, jste pečlivá či zapomětlivá?
7.	Jaké máte reprodukční plány?
8.	Máte nějaké finanční limity?

Tabulka 1. Moderní trendy v hormonální antikoncepci

I.	Identifikace kontraindikací a rizik
II.	Antikoncepce na míru
III.	Volba nových aplikačních forem a složení

jsou malá (např. pro TEN je relativní rizko (RR) 2–4, zatímco gravidita má RR vzniku TEN 5–6) a pro zdravé nerizikové uživatelky prakticky zanedbatelná (s výjimkou zátěžových situací). Nicméně v kombinaci s jinými rizikovými faktory mohou neúměrně vzrůst (např. při průkazu trombofilního stavu až 100×). Proto je **nezbytně nutné identifikovat rizikovou uživatelku a nerizikovou informovat o zátěžových situacích.**

1. Má potenciální uživatelka zvýšené riziko zdravotních komplikací v souvislosti s užíváním HAK? – rodinná a osobní anamnéza

Za rizikový považujeme **výskyt opakovaných kardiovaskulárních onemocnění v rodině** v I. a II. linii i přesto, že samotná uživatelka zatím žádnou příhodu neměla. V takovém případě je plně indikováno vyšetření na trombofilní stavy. Za rizikové považujeme **úrazy s dlouhodobou imobilizací, delší operační výkony, dlouhé cesty s malou možností pohybu a dehydrataci**. Tam, kde je to možné (plánovaná operace), doporučujeme 6 týdnů předem antikoncepci vysadit a nasadit až po plné mobilizaci. A pokud to možné není (úraz), zabezpečit profylaxi TEN nízkomolekulárními hepariny.

Rizikem jsou také **chronická onemocnění** (jako diabetes mellitus, hypertenze, jaterní onemocnění), **obezita** (BMI nad 30), **kouření a věk nad 35 let**. V těchto případech bychom měli uvažovat spíše o čistě gestagenní nebo nehormonální antikoncepci.

2. Má potenciální uživatelka kontraindikaci k HAK?

Pokud žena **proděla TEN, infarkt či mozkovou příhodu** není pro ni vhodná kombinovaná hormonální antikoncepce, ale může s výhodou použít čistě gestagenní antikoncepci v tabletové formě či intrauterinní systém s levonorgestrem (IUS).

V případě **akutních onemocnění jater nebo chronických onemocnění s poškozením funkce** či **hormonálně závislých nádorů** volíme jinou formu antikoncepce než hormonální.

Z hlediska rizik je rozdíl mezi kombinovanou (estrogen-gestagenní) a čistě gestagenní hormonální antikoncepcí. Čistě gestagenní je prakticky bez absolutních kontraindikací.

II. Antikoncepce „na míru“

Pokud uživatelka projde „prvním sítím“ a je možné ji bezpečně hormonální antikoncepci nabídnout, nastává výběr konkrétního vhodného preparátu. Identifikace se zvolenou antikoncepcí

ní metodou je přímo úměrná spokojenosti s ní a vytrvání v ní po potřebnou dobu.

3. Máte nějaké jiné určité požadavky?

Je nejen nutné, ale i výhodné naslouchat přáním budoucí uživatelky. Zvýší to její spokojenost a často zkrátí dobu výběru. Pokud vysloví konkrétní požadavek, většinou můžeme vyhovět.

4. Máte nějaké potíže spojené s menstruačním cyklem nebo s hormonální situací?

Problém: premenstruační syndrom, retence tekutin, mastodynie

Řešení: monofázické preparáty s nižší dávkou (< 20 ug) EE (ethinylestradiol) nebo EV2 (estradiol valerátu), ev. gestagen s antimineralokortikoidní aktivitou (aktivita: minimální gestoden, výrazný drospirenon).

5. Přivítáte nějaký neantikoncepční benefit HAK?

Problém: kvalita pleti a vlasů

Řešení: preparát s antiandrogenním progestinem (cyproteronacetát, chlormadinonacetát, dienogest, drospirenon).

Problém: opakovaný výskyt funčních cyst ovarií

Řešení: monofázický preparát, spíše nižší hladiny estrogenů.

Problém: silné menstruační krvácení

Řešení: po vyloučení organické příčiny monofázický preparát, spíše nižší hladiny estrogenů, schválená indikace pro využití dynamického preparátu s EV2 a dienogestem nebo IUS.

Problém: bolestivá menstruace

Řešení: prakticky jakýkoliv preparát.

Problém: děložní myomy

Řešení: preparát s nižší hladinou EE nebo EV2 nebo IUS.

6. Jaký máte životní styl, jste pečlivá či zapomětlivá?

Problém: velmi zaměstnaná žena, stále na cestách, zapomětlivá, neschopná pravidelného užívání

Řešení: a) nezávislé na lékaři, se snadným návratem k fertilitě: antikoncepční náplast s týdenní aplikací, vaginální antikoncepční kroužek

Tabulka 5. Přehled u nás dostupné hormonální antikoncepce

1. Kombinovaná hormonální antikoncepce – tableta, náplast, vaginální kroužek
2. Čistě gestagenní antikoncepce – tableta, depotní injekce, implantát
3. Intrauterinní nitroděložní systém s levonorgestrem

Tabulka 3. Rizikové situace u rizikových i nerizikových uživatelek kombinované hormonální antikoncepce

Větší operační výkony (zejména od bránice kaudálně)
Úrazy s dlouhodobou imobilizací
Dlouhé cesty a dehydratace

Tabulka 4. Faktory rizikové pro použití kombinované hormonální antikoncepce

Kouření (zejména nad 15 cigaret denně)
Obezita (BMI nad 30)
Věk nad 35 let

žek s aplikací 1x měsíčně. **b) Závislé na lékaři, se snadným návratem k fertilitě:** depotní implantát (3 roky účinnost), IUS (5 let účinnost). **c) Závislé na lékaři, s pomalejším návratem k fertilitě:** depotní injekce s aplikací 1x za 3 měsíce (návrat k fertilitě možný krajně až za 1,5 roku).

7. Jaké máte reprodukční plány?

Chci otěhotnět v dohledné době – tableta, náplast, vaginální kroužek

Plánuji otěhotnět za několik let – tableta, náplast, vaginální kroužek, depotní injekce, implantát, IUD, IUS

Neplánuji těhotenství nebo za více než 4 roky – tableta, náplast, vaginální kroužek, depotní injekce, implantát, IUD, IUS, sterilizace (pokud nechce otěhotnět a splňuje indikace)

8. Máte nějaké finanční limity?

V dnešní době je nutné akceptovat i ekonomickou situaci dané uživatelky. V dlouhodobé perspektivě je výhodné zavedení IUS, ale je zde nutná počáteční poměrně vysoká finanční investice. Jinak je možno použít některé starší preparáty s příznivou cenou, případně generické preparáty firem s dlouholetou tradicí v oboru.

III. „Věk uživatelky“ – řešení nežádoucích účinků

Přes pečlivý výběr nemusí být první zvolený antikoncepční preparát plně vyhovující, a proto je potřeba s časovým odstupem znovu vyhodnotit spokojenost uživatelky a reagovat na případné potíže změnou preparátu či antikoncepční metody.

1. **Akné** – změna gestagenu v preparátu na antiandrogenní (cyproteronacetát, chlormadinonacetát, dienogest, drospirenon)

2. **Pokles libida** – 1. změna gestagenu v preparátu na s nižší antiandrogenní aktivitou (klesající efekt: cyproteronacetát, chlormadinontacetát, dienogest, drospirenon) nebo 2. na preparát s reziduální androgenní aktivitou (norethisteron, levonorgesterl) či 3. preparát se slabou až nulovou androgenní aktivitou (desogestrel, gestoden, norgestimát), nebo 4. změna monofázického preparátu na trifázický, nebo 5. využití vaginálního kroužku nebo 6. změna na nehormonální typ antikoncepce
3. **„Špinění“** – 1. kontrola přesnosti užívání, výskytu zažívacích potíží, kuřáctví – mohou se podílet na nepravidelném krvácení – nutná edukace, 2. při trvání zvýšení dávky EE či 3. změna na tri- či bifázický preparát nebo 4. využití vaginálního kroužku (kontinuální aplikace bez kolísání hladin s minimalizací chyby uživatelky)
4. **Bolesti hlavy** – 1. snížit dávku estrogenu i gestagenu, nebo 2. kontinuální aplikace při bolestech jen v pauze nebo 3. vysazení při trvání potíží
5. **Bolesti prsou** – 1. snížit dávku estrogenu i gestagenu nebo 2. preparát s drospirenolem
6. **Přírůstek hmotnosti** – 1. upozornit na nutnost revidovat dietní režim a pohybovou aktivitu, případně 2. snížit dávku estrogenu i gestagenu, 3. vaginální kroužek, 4. preparát s drospirenolem
7. **Premenstruační syndrom** – preparát s drospirenolem

III. Novinky v oblasti hormonální antikoncepce

1. Nové složení

Estradiolvalerát (EV2) místo dosud dominujícího ethinylestradiolu. Po průchodu játry se metabolizuje na 17 beta estradiol, proto hovoříme také o antikoncepci s „přirozeným“ estrogenem. Očekává se, že tím, že je méně indukována proteosyntéza v játrech (nižší syntéza prokoagulačních faktorů), bude nižší riziko TEN. Na potvrzení musíme počkat.

Ulipristal acetát – první zástupce selektivních regulátorů progesteronového receptoru na našem trhu v tabletě postkoitální antikoncepce.

Nové gestageny (trimegestone, nestoron, nomegesterol acetát) – intenzivně se pracuje na vývoji nových, tzv. čistých gestagenů se silnou afinitou k progesteronovému receptoru a minimální k ostatním steroidním receptorům.

2. Nové aplikační formy

Vaginální antikoncepční kroužek představuje zcela nový trend v depotní hormonální antikoncepci nezávislé na lékaři aplikované samotnou uživatelkou. Využívá poševního prostředí s velkou plochou a výborným cévním zásobením. Díky těmto podmínkám dochází k výbornému vstřebávání účinných látek přímo do krevního oběhu s obejitím first pass efektu jater a se zajištěním stabilní nefluktuující nízké hladiny hormonů po celou dobu aplikace. Kroužek je v pochvě uložen po dobu 3 týdnů a následuje týdenní pauza bez kroužku. Vyvíjejí se kroužky s dávkou hormonů na celý rok a jsou dostupné kroužky (mimo ČR) s čistým gestagenem.

Antikoncepční gel a spray – vyvíjejí se další aplikační systémy umožňující snadné parenterální podávání.

Závěr

Moderní přístup dnes znamená hlavně **flexibilitu**. Nejdůležitější je **bezpečnost** antikoncepce – tedy neohrozit uživatelku komplikací, které lze předejít. Hlavním úkolem praktických gynekologů je **udržet žádoucí trend širokého používání nejrozumnějších forem antikoncepce a trvalého poklesu umělých ukončení těhotenství**. Dosáhnout toho lze jen erudovaným předepisováním antikoncepce specialisty s důrazem na požadavky budoucí uživatelky a s využitím všech moderních antikoncepčních prostředků.

Literatura

1. Bitzer J. Contraception in the Consumer Age, Berlin, 2009, přednáška, ESC congress.
2. Burkman R, Bell C, Serfaty D. The evolution of combined oral contraception: improving the risk-to-benefit ratio. Contraception. 2011; 84(1): 19–34.

3. Doporučené postupy v gynekologii a porodnictví. Moderní gynekologie a porodnictví 2007; 16(1), supplementum.

4. Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. Obstet Gynecol. 2011; 117(3): 705–719.

5. Fait T, Apetauer I. Význam konzultace při výběru kombinované hormonální antikoncepce – výsledky projektu CHOICE (Contraception Health Research Of Informed Choice Experience) v České a Slovenské republice. Ceska Gynekol. 2011; 76(2): 140–144.

6. Fraser IS, Römer T, Parke S, Zeun S, Mellinger U, Machlitt A, Jensen JT. Effective treatment of heavy and/or prolonged menstrual bleeding with an oral contraceptive containing estradiol valerate and dienogest: a randomized, double-blind Phase III trial. Hum Reprod. 2011 Jul 21. [Epub ahead of print].

7. Gregorová P, Weiss P, Unzeitig V, Cibula D. Antikoncepční chování českých žen – výsledky národního výzkumu. Ceska Gynekol. 2010; 75(2): 141–148.

8. Guida M, Di Spiezio Sardo A, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, Di Carlo C, Pellicano M, Greco E, Nappi C. Effects of two types of hormonal contraception—oral versus intravaginal—on the sexual life of women and their partners. Hum Reprod. 2005; 20(4): 1100–1106.

9. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 5(2): CD006586. Review.

10. Milsom I, Lete I, Bjertnaes A, Rokstad K, Lindh I, Gruber CJ, Birkhäuser MH, Aubeny E, Knudsen T, Bastianelli C. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. Hum Reprod. 2006; 21(9): 2304–2311.

11. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. Contraception. 2006; 74(3): 220–223.

12. Sitruk-Ware R. Contraception: an international perspective. Contraception. 2006; 73(3): 215–222. Epub 2005 Nov 14.

13. Sitruk-Ware R, Nath A. The use of newer progestins for contraception. Contraception. 2010; 82(5): 410–417.

14. WHO Medical Eligibility Criteria 2011.

15. Yuzpe AA. Oral contraception: trends over time. Reprod Med. 2002; 47(Suppl 11): 967–973.

Článek přijat redakcí: 5. 9. 2011

Článek přijat k publikaci: 30. 11. 2011

MUDr. Martina Novotná

Gynekologicko-porodnické oddělení

Nemocnice Milosrdných bratří

Polní 3, 639 00 Brno

martina-novotna@seznam.cz