

Ανασκόπηση

Περιεμμηνοπαυσιακή αντισύλληψη

Ν. Παπαδόπουλος
Κ. Δάμπαλα
Τ. Τσαλίκη
Ι. Μπόντης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι γυναίκες μετά τα σαράντα τους και ενώ υπάρχει σταδιακή και σαφής ελάττωση της γονιμότητάς τους, εξακολουθούν να είναι δυνητικά γόνιμες. Είναι γνωστή, επίσης, η αυξημένη συχνότητα επιπλοκών της μητέρας και του εμβρύου σε εγκυμοσύνες κατά την περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Η αντισύλληψη για αυτές τις γυναίκες, λοιπόν, κρίνεται ως αναγκαία και μπορεί να προσφέρει και άλλα μη αντισυλληπτικά οφέλη, όπως έλεγχο των συμπτωμάτων που προκύπτουν από τις ορμονικές αλλαγές. Θα πρέπει πάντα, πριν την έναρξη της αγωγής, να συνυπολογίζονται ειδικές αντενδείξεις και κίνδυνοι που προκύπτουν από αλλαγές στη φυσιολογία, αλλά και παθολογικές καταστάσεις στις ηλικίες άνω των σαράντα. Τέτοιοι κίνδυνοι μπορεί να είναι οι θρομβοεμβολικές νόσοι, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ο καρκίνος του μαστού, η υπέρταση και ο διαβήτης. Τα νεότερα από του στόματος αντισυλληπτικά με χαμηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνα έχουν βελτιώσει κατά πολύ το προφίλ της χορήγησής τους σε μεγαλύτερες ηλικίες. Συζητούνται, επίσης, το ενδομήτριο σπείραμα προγεστερόνης, καθώς και οι υπόλοιποι ορμονικοί και μη ορμονικοί τρόποι αντισύλληψης που μπορούν να βρουν εφαρμογή στην περιεμμηνοπαυση. Συμπεραίνεται, τέλος, ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται μετά από ενημέρωση και συζήτηση με την ασθενή για τα προτερήματα αλλά και τους πιθανούς κινδύνους της κάθε μεθόδου και ότι η τελική απόφαση πρέπει να εξετασθεί.

Όροι ευρετηρίου: περιεμμηνοπαυση, αντισύλληψη, ενδομήτριο σπείραμα, προγεστερονοΐδες, στείρωση.

Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική
Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο
«Παταγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:
Νικόλαος Παπαδόπουλος
Μαιευτράς-Γυναικολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης Α΄
Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής
Κίμωνος 35, Κ.Τούμπα
544 53 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 921930
E-mail: ndocpap@gmail.com
Κατατέθηκε: 20/04/07
Εγκρίθηκε: 21/09/07

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πιθανότητα εγκυμοσύνης μιας γυναίκας κατά τη λεγόμενη περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο εξακολουθεί να υφίσταται, παρόλο που υπάρχει σταδιακή μείωση της γονιμότητας από το τέλος της τρίτης δεκαετίας της ζωής. Η ιδιαιτερότητα της χρονικής αυτής περιόδου έγκειται στις ορμονικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν, καθώς και στην αύξηση της επίπτωσης νόσων, όπως είναι η οστεοπόρωση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την αλλαγή του τρόπου ζωής και τη διαφοροποίηση των κοινωνικών αναγκών στο σύγχρονο κόσμο καθιστούν υπαρκτή την ανάγκη για χρήση κατάλληλων αντισυλληπτικών μεθόδων και για αυτή την ηλικιακή υποομάδα γυναικών (πίνακας 1). Αυτό γίνεται φανερό αν κανείς ανατρέξει στα στοιχεία του Center for Disease Control (CDC) των Ηνωμένων Πολιτειών, όπου φαίνεται ότι το ποσοστό των εκτρώσεων σε γυναίκες άνω των 40 είναι συγκρίσιμο με αυτό των νεό-

τερων γυναικών μεταξύ 15-19 χρόνων¹. Το στοιχείο που ανεβάζει από το ποσοστό στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι η αυξημένη επίπτωση σε ανωμαλίες του εμβρύου, καθώς και το γεγονός της αυξημένης νοσηρότητας σε εγκύους άνω των 35 ετών. Είναι, επίσης, αναγκαία η ενημέρωση των γυναικών αυτών για την επιλογή της ασφαλέστερης και αποτελεσματικότερης μεθόδου καθώς και για την επίλυση αποριών και, ενδεχομένως, λανθασμένων απόψεων που επικρατούν. Έτσι, λοιπόν, καθιερωμένες αντισυλληπτικές μέθοδοι πρέπει να επανεξετάζονται και να επανεκτιμώνται, ούτως ώστε να βρίσκουν την καλύτερη εφαρμογή με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Περιεμμηνόπαυση είναι η περίοδος που παλαιότερα χαρακτηριζόταν ως κλιμακτήριος, της οποίας η έναρξη σηματοδοτείται από ορμονικές αλλαγές με κύριο αποτέλεσμα τη σταδιακή έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας και την ανωοθυλακιορρηξία². Οι ορμονικές αυτές μεταβολές, με τη μορφή κυρίως των απότομων αυξομειώσεων των οιστρογόνων, συνοδεύονται από άλλοτε άλλης έντασης κλινική συμπτωματολογία, όπως με ανωμαλίες της περιόδου -με τη μορφή αραιομηνόρροιας ή μηνομητρορραγίας, με εξάψεις, με κρύους ιδρώτες, με αϋπνίες, με δυσπαραρυνία κ.λπ.

Η έναρξη της περιεμμηνοπαυσιακής περιόδου μπορεί να είναι δύο έως οκτώ χρόνια πριν την εμμηνόπαυση και τοποθετείται χρονικά και κατά μέσο όρο στο μέσον της τέταρτης δεκαετίας της ζωής. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Reproductive Aging Workshop, χωρίζεται σε πρόωμη και σε όψιμη φάση, με ακανόνιστη έμμηνο ρύση στην πρώτη και περιόδους αμηνόρροιας στη δεύτερη^{3,4}. Η διάγνωση μπορεί να βασιστεί στα ανωτέρω αναφερθέντα κλινικά ευρήματα και σε εργαστηριακές ορμονικές παραμέτρους με κύριο εκπρόσωπο τη μέτρηση της FSH, η οποία χαρακτηριστικά διατηρεί μια τιμή >30 IU/L σε τουλάχιστον δύο διαδοχικές μετρήσεις με χρονική διαφορά περίπου 40 ημερών.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Καθώς η πιθανότητα για εγκυμοσύνη, ακόμα και μεταξύ ανωοθυλακιορρηκτικών κύκλων, δεν μπορεί να αποκλειστεί και με δεδομένη την αύξηση της επικινδυνότητας σε κυήσεις γυναικών ηλικίας πάνω από τα 40-42 έτη, είναι επιτακτική, θα λέγαμε, η ανάγκη για αποτελεσματική αντισύλληψη⁵. Η συμβουλευτική στον τομέα αυτό μπορεί και πρέπει να συνδυαστεί με ένα γενικότερο πλαίσιο φροντίδας υγείας της γυναίκας, όπως βοήθεια για διακοπή του καπνίσματος, βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ και πρόληψη της οστεοπόρωσης, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του καρκίνου, αλλά και των ψυχικών νόσων.

Σε γενικές γραμμές η αντισυλληπτική μέθοδος που συνδυάζει και μη αντισυλληπτικά οφέλη, προσφέρει επίσης καλύτερη συμμόρφωση και ικανοποίηση της ασθενούς. Παρακάτω θα εξετάσουμε τις περισσότερες από τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους σήμερα και τα πιθανά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, σχετικά με τη χρήση τους από γυναίκες που διανύουν την κλιμακτήριο.

ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

• Α. Συνδυασμένα στεροειδή αντισυλληπτικά

Είναι γενικότερα γνωστή η αντίληψη για αποφυγή λήψης του αντισυλληπτικού χαπιού από μεγαλύτερες γυναίκες, ιδιαίτερα όταν αυτές είναι καπνίστριες ή έχουν αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI)^{6,8}. Παρόλα αυτά, η εισαγωγή των νεότερων σκευασμάτων με χαμηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνο (Low Dose Combined Oral Contraceptives -LD-COC), κατέστησε την χρήση τους ασφαλέστερη από τις ομάδες των περιεμμηνοπαυσιακών γυναικών^{9,10}. Οποιοδήποτε, όμως, όπως σε κάθε απόφαση για χορήγηση φαρμάκων στην ιατρική, η χορήγηση πρέπει να γίνεται μετά από στάθμιση των πλεονεκτημάτων έναντι των πιθανών μειονεκτημάτων της συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής (πίνακας 2). Σε κάθε περίπτωση, η συζήτηση αυτών των δεδομένων με την ασθενή κρίνεται απαραίτητη και θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τη διαφύλαξη της γενικότερης υγείας της.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια έγινε αποδεκτό ότι τα LD-COCs είναι αποτελεσματικά και προσφέρουν ασφάλεια σε γυναίκες μη καπνίστριες έως 50-51 ετών, με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και, συγχρόνως, τηρείται επανέλεγχος της ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα^{6,7} (πίνακας 3).

Επίσης, με δεδομένο ότι πολλές γυναίκες αποφεύγουν να αναφέρουν τον πραγματικό αριθμό τσιγάρων που καπνίζουν, καθώς και το ότι η χρήση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών μετά από τα 35 χρόνια δεν συνιστάται σε καπνίστριες, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται τα σκευάσματα με περιεκτικότητα 20 μg σε αιθυνολοιστραδιόλη σε αυτές τις ασθενείς¹¹.

Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) είναι μια παράμετρος που θα πρέπει να εκτιμάται προ της έναρξης χρήσης των αντισυλληπτικών, αλλά και κατά τη διάρκεια της αγωγής σε τακτικά διαστήματα τριών μηνών, έξι μηνών και σε ένα χρόνο. Αύξηση της ΑΠ πάνω από τα θεωρούμενα ως φυσιολογικά όρια των 140/90 mmHg πρέπει να αποτελεί ένδειξη διακοπής του χαπιού^{7,8}.

Ένας άλλος προβληματισμός που πολύ συχνά προκύπτει είναι η επίπτωση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών στο μηχανισμό θρομβογένεσης, με δεδομένο ότι η πιθανότητα για θρομβοεμβολική νόσο αυξάνει με την ηλικία και με τη χρήση των COC's. Η λήψη πολύ προ-

σεκτικού οικογενειακού και ατομικού ιστορικού καθώς και ο εργαστηριακός έλεγχος, εφόσον απαιτηθεί, έχουν να προσφέρουν πολλά στη σωστή επιλογή των ασθενών¹². Στην περίπτωση που υπάρχει ο παραπάνω προβληματισμός, η χρήση ενός μονοφασικού COC που περιέχει λεβονοργεστρέλη ή νορεθιστερόνη με <30 μg αιθυνολοιστραδιόλη αποτελεί μια λύση^{7,13,14}.

Όσον αφορά στην επίδραση της χρήσης των στεροειδών αντισυλληπτικών στην οστική πυκνότητα, καθώς και στην επίπτωση των καταγμάτων στις περιεμμηνόπαυσιαικές και εμμηνόπαυσιαικές γυναίκες, τα ευρήματα διαφόρων μελετών παραμένουν αντιφατικά. Έτσι, κάποιες από αυτές συμπεραίνουν ότι η χρήση τους έχει ευεργετικά αποτελέσματα, μειώνοντας τα κατάγματα, ενώ άλλες υποστηρίζουν το αντίθετο¹⁵⁻¹⁸.

Από την οπτική γωνία της αντιμετώπισης των αγγειοκινητικών διαταραχών της περιεμμηνόπαυσης και της ρύθμισης του εμμηνόρρυσιακού κύκλου, οι από του στόματος παράγοντες είναι οι μόνοι αντισυλληπτικοί παράγοντες που μπορούν να δώσουν λύση, καθώς και να μειώσουν τις πιθανότητες για καρκίνο ωοθηκών, ενδομητρίου, έκτοπης κύησης, καλοήθων παθήσεων του μαστού (ιναδενώματα, ινοκυστική μαστοπάθεια) και πυελικών φλεγμονών¹⁹⁻²¹.

- **B. Αντισυλληπτικό χάπι μόνο με προγεσταγόνο (minipill), ενέσιμο προγεσταγόνο και υποδερμικό αντισυλληπτικό εμφύτευμα**

Η δράση αυτών των μέτρων ασκείται κυρίως μέσω μεταβολής της τραχηλικής βλέννας και παρεμπόδισης, έτσι, της διαπερατότητάς της από τα στεροειδή. Η ύπαρξη σε αυτά τα αντισυλληπτικά μόνο προγεστερονοειδούς παρακάμπτε αποτελεσματικά το πρόβλημα της χορήγησης οιστρογόνων σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, όπου αυτό αντενδείκνυται, όπως σε περιπτώσεις καπνίσματος, υπέρτροφιας του ενδομητρίου κ.λπ.²²⁻²⁴

Τα πλεονεκτήματά τους αυτά, σε συνδυασμό με το γεγονός της μειωμένης γονιμότητας στις περιεμμηνόπαυσιαικές γυναίκες, τα καθιστούν έναν αποτελεσματικό και ασφαλή τρόπο αντισύλληψης, με μόνο μειονέκτημα την αυξημένη πιθανότητα ανώμαλης αιμορροίας, κάτι που ανησυχεί λιγότερο τις μεγαλύτερες γυναίκες, καθώς αυτές πλησιάζουν την εμμηνόπαυση. Παρόλα αυτά, το παραπάνω γεγονός μπορεί να είναι αιτία άγχους και ανησυχίας από μέρους της ασθενούς για την ύπαρξη πιθανής παθολογικής κατάστασης.

Το είδος αυτό της αντισύλληψης αποτελεί καλή επιλογή για ασθενείς με υπερχολερυθραιμία, σακχαρώδη διαβήτη, ημικρανίες και υπέρταση, καθώς έχει βρεθεί ότι δεν αυξάνει την πιθανότητα για αγγειακό εγκεφαλικό ή καρδιακό επεισόδιο ή για θρομβοεμβολικό επεισόδιο²³. Πιο συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί ότι το ενέσιμο DMPA (inj. depot. medroxyprogesterone

acetate), μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου, καθώς και τις πυελικές φλεγμονές και έχει ευεργετική επίδραση στις δυσλειτουργικές μητρορραγίες και τη δυσμηόρροια²⁵⁻²⁷.

- **Γ. Ενδομήτριο σπείραμα με απελευθέρωση λεβονοργεστρέλης -LNG IUS**

Στο κλασικό σπείραμα έχει προστεθεί τα τελευταία χρόνια και το ενδομήτριο σύστημα απελευθέρωσης λεβονοργεστρέλης (LNG IUS), με απελευθέρωση 20 μg λεβονοργεστρέλης ημερησίως, με άριστο αντισυλληπτικό αποτέλεσμα²⁸⁻³⁰. Άλλες ευεργετικές επιδράσεις του είναι η ελάττωση της δυσμηόρροιας, αποφυγή υπερπλασίας του ενδομητρίου, ελάττωση των πυελικών φλεγμονών και αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών μητρορραγιών και της προκύπτουσας αναιμίας με την ίδια αποτελεσματικότητα της υστεροσκοπικής εκτομής-καταστροφής του ενδομητρίου^{6,31-33}. Αποτελεί, λοιπόν, μια αποδεκτή εναλλακτική λύση για την υστερεκτομή, αλλά και για την υστεροσκοπική καταστροφή του ενδομητρίου όπως ήδη αναφέρθηκε^{29,32,34-36}.

Επίσης, το LNG IUS έχει χρησιμοποιηθεί σαν συμπληρωματική θεραπεία για την προστασία του ενδομητρίου κατά τη διάρκεια ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης με οιστρογόνα, καθώς και σε περιπτώσεις λήψης ταμοξιφαίνης σε καρκίνο του μαστού^{32,37,38}. Είναι ενδεικτικό ότι μελέτες ανεβάζουν το ποσοστό επιτυχίας του στη μείωση των μητρορραγιών μεταξύ 70% και 90%³⁴.

Στα μειονεκτήματά του θα μπορούσαν να καταταγούν το κόστος του και το ότι τους πρώτους 3-4 μήνες από την τοποθέτησή του μπορεί να παρατηρηθούν κάποιες ανωμαλίες εμμήνου ρύσεως, που συνήθως ακολουθούνται από αμηνόρροια^{29,31,32,39}. Συνολικά πάντως το LNG IUS είναι ένα αποτελεσματικό σύγχρονο μέσο συντηρητικής αντιμετώπισης της ανώμαλης αιμορραγίας από τη μήτρα, παράλληλα με το άριστο αντισυλληπτικό του προφίλ⁴⁰.

- **Δ. Αντισυλληπτικός κολπικός δακτύλιος**

Ένας νεότερος τρόπος αντισύλληψης είναι ο λεγόμενος κολπικός δακτύλιος, ο οποίος απελευθερώνει ημερησίως πολύ μικρές ποσότητες αιθυνολοιστραδιόλης και ετονογεστρέλης⁴¹. Ο δακτύλιος τοποθετείται από την ίδια τη γυναίκα για ένα διάστημα τριών εβδομάδων, κατόπιν αφαιρείται και ένας νέος δακτύλιος μπαίνει στον κόλπο μετά από μια εβδομάδα. Η μέθοδος αυτή ελαττώνει τις απότομες ορμονικές μεταβολές κατά την περιεμμηνόπαυση, ομαλοποιεί τον καταμήνιο κύκλο και βελτιώνει την ενδεχόμενη ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.

Η επίδραση του δακτυλίου στην οστική πυκνότητα δεν έχει επαρκώς αποδειχθεί, αλλά σύμφωνα με μια μελέτη μεταξύ ασθενών που χρησιμοποιούσαν τον κολ-

πικό δακτύλιο και άλλων που έκαναν χρήση μη ορμονικών μεθόδων αντισύλληψης, δεν παρατηρήθηκαν κλινικά σημαντικές διαφορές⁴².

- **Ε. Διαδερμικό αυτοκόλλητο**

Αυτό εφαρμόζεται υπό μορφή αυτοκόλλητου patch σε κάποια δερματική επιφάνεια, από όπου απορροφώνται τα δραστικά ορμονικά συστατικά του. Ένα αυτοκόλλητο εφαρμόζεται κάθε εβδομάδα για τρεις εβδομάδες και ακολουθείται από μια εβδομάδα χωρίς αυτοκόλλητο. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες του μοιάζουν με αυτές των από του στόματος αντισυλληπτικών, αλλά το patch παρουσιάζει σαφώς καλύτερη συμμόρφωση στη χρήση του⁴³. Σημαντικό πάντως είναι να σημειώσουμε ότι πρόσφατα το FDA (Food and Drug Administration) δημοσιοποίησε την άποψη ότι, πιθανώς, γυναίκες που χρησιμοποιούν διαδερμικό αντισυλληπτικό αυτοκόλλητο, να έχουν αυξημένη επίπτωση φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου^{43,44}.

ΜΗ ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

- **Α. Χειρουργική στείρωση**

Η χειρουργική στείρωση είναι μια εναλλακτική λύση για γυναίκες που έχουν συμπληρώσει την οικογένειά τους και δεν επιθυμούν άλλη εγκυμοσύνη στο μέλλον. Αποτελεί τον πιο συχνό τρόπο αντισύλληψης για άτομα άνω των 30 ετών, στις Ηνωμένες Πολιτείες⁴⁴. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό σε αυτές τις ασθενείς ότι ο συγκεκριμένος τρόπος αντισύλληψης απαιτεί χειρουργική επέμβαση με εισαγωγή στο νοσοκομείο και γενική αναισθησία. Επίσης, πρέπει να εξηγηθεί αναλυτικά από τον υπεύθυνο ιατρό ότι, όπως όλες οι μέθοδοι, έτσι και η λαπαροσκοπικά διενεργούμενη απολίνωση των σαλπίνγων με τοποθέτηση clip (filshie clip) ή διατομή της σάλπιγγας με laser ή διαθερμία, έχουν ένα μικρό αλλά υπαρκτό ποσοστό αποτυχίας (0,5% εγκυμοσύνη τον πρώτο χρόνο από την επέμβαση και για απολίνωση με clip 36,5 αποτυχίες για κάθε 1.000 επεμβάσεις) και από την άλλη οι πιθανότητες χειρουργικής αποκατάστασης της διαβατότητας του ωαγωγού, αν η ασθενής αλλάξει γνώμη, είναι λίγες⁴⁵.

Στα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής ανήκουν η μικρή διάρκεια νοσηλείας, το άμεσο αποτέλεσμα, η αυξημένη προστασία από τον καρκίνο των ωοθηκών και την πυελική φλεγμονώδη νόσο⁴⁶. Στο σημείο αυτό, θα μπορούσε απλά να αναφερθεί και η απολίνωση του σπερματικού πόρου στους άνδρες, ως μια άλλη χειρουργική μέθοδος στείρωσης, που χαρακτηρίζεται από υψηλή αποτελεσματικότητα και είναι, θα λέγαμε, τεχνικά απλούστερη από την απολίνωση των σαλπίνγων. Πρόσφατα επίσης, έχουν αναπτυχθεί υστεροσκοπικές μέθοδοι για απόφραξη των σαλπίνγων με ειδικά σπειροειδή ελάσματα ή συσκευές που προκαλούν

φλεγμονώδη απόφραξη, με πολύ καλά αποτελέσματα. Τα πλεονεκτήματά τους είναι ότι μπορούν να εφαρμοστούν σε επίπεδο ειδικού ιατρού μιας ημέρας, πολλές φορές χωρίς γενική αναισθησία, αλλά μόνο με διήθηση του τραχήλου με τοπικό αναισθητικό και έχουν υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας. Σαν μειονεκτήματα μπορούν να θεωρηθούν η αναγκαιότητα για ύπαρξη χειρουργού εξειδικευμένου στην υστεροσκοπική χειρουργική, η μη αναστρεψιμότητα της μεθόδου και ότι το αντισυλληπτικό αποτέλεσμα δεν είναι πλήρες πριν την παρέλευση τριών μηνών από την επέμβαση⁴⁷.

- **Β. Ενδομήτριο σπειράμα**

Είναι από χρόνια γνωστές οι ιδιότητες του ενδομήτριου σπειράματος και η αποτελεσματικότητά του που φτάνει σε ποσοστό <1% για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες τον πρώτο χρόνο, καθώς και οι ενδείξεις τοποθέτησής του σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν γεννήσει. Οι επίσης γνωστές αντενδείξεις του, όπως η ενεργός πυελική φλεγμονή, η ανεξήγητη κοιλιακή αιμόρροια, το ιστορικό έκτοπης κύησης -αν και αυτό αμφισβητείται από πολλούς- και η μεγάλη ή ινομυωματώδης ενδομήτρια κοιλότητα, ενώ εξακολουθούν να ισχύουν, δεν περιορίζουν την αξία του ως μιας αξιόπιστης αντισυλληπτικής μεθόδου. Ο τρόπος δράσης του είναι η πρόληψη της γονιμοποίησης μέσω μιας τοπικά προκαλούμενης φλεγμονώδους αντίδρασης που δρα τοξικά στα σπερματοζωάρια και ίσως στα ωάρια⁴⁸.

Οι γυναίκες στις οποίες θα γίνει εισαγωγή ενδομήτριου σπειράματος θα πρέπει να ενημερωθούν για την πιθανότητα να έχουν μεταβολές στην απώλεια αίματος κατά την έμμηνο ρύση και, ενδεχομένως, κάποιο βαθμό δυσμηνόρροιας κατά τους πρώτους 3-6 μήνες⁴⁹⁻⁵¹. Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι σε γυναίκες άνω των 40 ετών ο κίνδυνος για έκτοπη κύηση, πυελική φλεγμονή και αποβολή του σπειράματος είναι πολύ χαμηλός⁵².

- **Γ. Μέθοδοι φραγμού**

Οι μέθοδοι φραγμού είναι το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό, το κολπικό διάφραγμα και οι σπερματοκτόνες ουσίες με τη μορφή γέλης, αφρού ή κολπικού υπόθετου. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις περιεμμηνόπαυσιακές γυναίκες και εφόσον εφαρμοστούν σωστά από την αρχή της σεξουαλικής επαφής έχουν καλά αποτελέσματα, όσον αφορά στις αντισυλληπτικές τους ιδιότητες, αλλά και στον έλεγχο της μετάδοσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων από τον HIV, HPV, τον ιό της ηπατίτιδας Β, τον γονόκοκκο, κ.λπ. Διάφορα αναφερόμενα ποσοστά αποτυχίας των μέσων φραγμού κατά τον πρώτο χρόνο χρήσης τους είναι 15% και 21% για το ανδρικό και γυναικείο προφυλακτικό αντίστοιχα, 16% για το κολπικό διάφραγμα στις άτοκες γυναίκες (το αντίστοιχο ποσοστό για τις πολύτοκες

ανέρχεται στο 32%) και 29% για τα σπερματοκτόνα⁵³.

• Δ. Άλλοι τρόποι μη ορμονικής αντισύλληψης

Αυτοί αποτελούν περισσότερο εμπειρικούς τρόπους αποφυγής της εγκυμοσύνης και έχουν, γενικά, χαμηλά ποσοστά επιτυχίας. Παρόλα αυτά θα λέγαμε ότι είναι αρκετά δημοφιλείς στη χώρα μας, χωρίς όμως να μπορούμε να παραθέσουμε ακριβή ποσοστά. Τέτοιοι τρόποι είναι η διακοπτόμενη συνουσία, με απόσυρση πριν την εκσπερμάτιση, η μέθοδος του προοδιορισμού των «γόνιμων» ημερών με βάση τη θερμοκρασία σώματος ή με απλό υπολογισμό της ωοθυλακιορρηξίας, σε τακτικούς εμμηνορροσιακούς κύκλους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η περιεμμηνόπαυση είναι μια φάση στη ζωή της γυναίκας που σηματοδοτεί σημαντικές αλλαγές που έχουν να κάνουν με τη γενικότερη φροντίδα υγείας της, σωματική και ψυχική. Οι παραπάνω μεταβολές, που είναι κυρίως ορμονικές, σε συνδυασμό με τη θέση και το ρόλο της γυναίκας στη σύγχρονη κοινωνία, κάνουν μεγαλύτερη και την ανάγκη για επαρκή αντισυλληπτική κάλυψη. Η κάλυψη αυτή, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους, προσφέροντας την ίδια στιγμή και άλλα μη αντισυλληπτικά οφέλη, όπως μείωση και έλεγχο των εξάψεων, εφιδρώσεων, προστασία του ενδομητρίου, βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ και πιθανά της οστικής πυκνότητας κ.λπ. Η χρήση συνδυασμένων από του στόματος αντισυλληπτικών με χαμηλή περιεκτικότητα σε οιστρογόνο, καθώς και το ενδομήτριο σπείραμα λεβονοργεστρέλης, αποτελούν πλέον τους σύγχρονους και αξιόπιστους τρόπους, σε συνδυασμό με την ασφάλεια που προσφέρουν, αλλά και με τα μη σχετιζόμενα με την αντισύλληψη χαρακτηριστικά τους. Ακόμα πιο νέες μέθοδοι, όπως το διαδερμικό αυτοκόλλητο patch, ο κολπικός δακτύλιος και η μηνιαία ένεση προγεσταγόνου, μπορούν να προσφέρουν πολλά θετικά στις περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να επιβεβαιωθεί πλήρως η αποτελεσματικότητά τους στην ηλικιακή αυτή κατηγορία γυναικών⁵⁴. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι κάθε μέθοδος έχει τα δικά της πλεονεκτήματα, αλλά και κάποια μειονεκτήματα, και ότι δεν υπάρχει η ιδανική λύση αντισύλληψης για όλες τις γυναίκες που διανύουν τη φάση αυτή πριν την εμμηνόπαυση. Έτσι, κάθε απόφαση θα πρέπει να εξοικονομείται και να λαμβάνεται μετά από συζήτηση και ενημέρωση της ασθενούς, αφού σταθμιστούν τα οφέλη αλλά και οι πιθανοί κίνδυνοι από την εφαρμογή της μιας ή της άλλης μεθόδου.

Summary

Papadopoulos N, Dambala K, Tsalikis T, Bontis J
Perimenopausal contraception

Helen Obstet Gynecol 19(3):257-263, 2007

Women, after the age of forty, have a substantial and distinct reduction in their fecundity. Nevertheless, they remain potentially fertile. It is also well known that there is an increased incidence of maternal and fetal complications in pregnancies during perimenopause. Contraception for this age group is considered necessary and can offer some non contraceptive benefits, such as improvement of the perimenopausal symptoms resulting from the hormone fluctuations. Before treatment initiation, one must consider the specific contra-indications and risks, resulting from the physiologic or even pathologic changes in ages over forty. Such contra-indications are: thromboembolic disease, obesity, cigarette smoking, breast cancer, hypertension and diabetes. New, low-dose Oral Contraceptives are more suitable for the treatment of perimenopausal women. We also discuss the progestin releasing intrauterine device and the rest of the hormonal and non-hormonal contraceptive options that can be used during this period in one woman's life. As a conclusion, all decisions must be made after thorough discussion with the patient, regarding the benefits and risks of the available contraceptive options. The final decision for treatment must be individualized.

Key words: perimenopause, contraception, intrauterine device, progestin, sterilization.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Elam-Evans LD, Strauss LT, Herndon J, Parker WU, Bowens SV, Zane S, Berg CJ, for the Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance-2000. MMWR 2003; 52:1-32.
2. Williams JK. Contraceptive needs of the perimenopausal woman. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002; 29:575-588.
3. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, Woods N. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climacteric* 2001; 4:267-272.
4. Shaaban MM. The perimenopause and contraception. *Maturitas* 1996; 23:181-192.
5. Shaaban MM. The perimenopause and contraception. *Maturitas* 1996; 23:181-192.
6. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. Contraception for women aged over 40 years. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31:51-64.
7. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. First prescription of combined oral

- contraception. *J Fam Plann Reprod HealthCare* 2003; 29:209–223.
8. Forstain DA. Managing common problems in perimenopausal women. *J Am Osteopath Assoc* 2000; 100:S17-22.
 9. Buttarelli M, Ghezzi F, Cromi A, Raio L, Franchi M. The use of hormonal contraception in perimenopause is still a hazard? *Minerva Ginecol* 2001; 53:421-429.
 10. No authors. Consider prescribing OCs for perimenopause use. *Contracept Technol Update* 2000; 21:31-33.
 11. Speroff L, Darney P. *Clinical Guidelines for Contraception at Different Ages*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005.
 12. Comp PC, Zacur HA. Contraceptive choices in women with coagulation disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:1990-1993.
 13. Committee on Safety of Medicines. Combined oral contraceptives containing desogestrel or gestodene and the risk of venous thromboembolism. Current problems. *Pharmacovigilance* 1999; 25:1–2.
 14. Bhatena RK. The 1995 Pill scare and its aftermath: lessons learnt. *J Obstet Gynaecol* 1998; 18:215–217.
 15. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, et al. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet* 1999; 353:1481-1484.
 16. Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: a three-year prospective study. *Int J Fertil* 1985; 30:15-28.
 17. Kuohung W, Borgatta L, Stubblefield P. Low dose oral contraceptives and bone mineral density; an evidence-based analysis. *Contraception* 2000; 61:77-82.
 18. Martins SL, Curtis KM, Glasier AF. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. *Contraception* 2006; 73:445-469.
 19. Kaunitz AM. Oral contraceptive use in perimenopause. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: S32-37.
 20. Rohan TE, Miller AB. A cohort study of oral contraceptive use and the risk of benign breast disease. *Int J Cancer* 1999; 82:191–196.
 21. Burkman RT, Collins JA, Shulman LP, Williams JK. Current perspectives on oral contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:4–12.
 22. Alexander IM. Contraceptive options for perimenopausal women. *Contracept Technol Update* 1999; 20:122-124.
 23. WHO Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicentre, case-control study. *Contraception* 1998; 57:315.
 24. Vasilakis C, Jick H, del Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet* 1999; 354:1610.
 25. World Health Organisation. *Injectable Contraceptives: What Health Workers Need To Know*. WHO, Geneva, 1997.
 26. Bhatena RK. The long-acting progestogens-only contraceptive injections: an update. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:3–8.
 27. Kaunitz AM. Depot medroxyprogesterone acetate contraception and the risk of breast and gynaecological cancer. *J Reprod Med* 1996; 41:419–427.
 28. Upadhyay UD, Adhikary I, Richey C. New contraceptive choices. *Population Reports Series M*, No. 19, Baltimore, August 2005; p. 7–11,14–15.
 29. Sivin I, Stern J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 mcg/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. *Fertil Steril* 1994; 61:70–77.
 30. French R, VanVliet H, Cowan F, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3:CD001776.
 31. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in contraception and reproductive health. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30:99–109.
 32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Management of Menorrhagia in Secondary Care*. National Evidence-Based Clinical Guidelines. RCOG Press, London, 1999.
 33. Stewart A, Cummins C, Gold L, Jordan R, Phillips W. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:74–86.
 34. Gebbie A. Contraception in the perimenopause. *Br Menopause J* 2003; 9:123–128.
 35. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance. The use of contraception outside the terms of the product licence. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31:225–242.

36. French R, Guillebaud J. Mirena the levonorgestrel intrauterine system (20 mg/day). *J Drug Evaluation* 2003; 1:43-69.
37. Hubacher D, Grimes DA. Non-contraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:120-128.
38. Gardner FJ, Konje JC, Abrams KR, et al. Endometrial protection from tamoxifen-stimulated changes by a levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:1711-1717.
39. Porter C, Rees MCP. Bleeding problems and progestogen-only contraception. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2002; 28:178-181.
40. Guillebaud J. The levonorgestrel intrauterine system: a clinical perspective from the UK. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 997:185-193.
41. Ballagh SA. Vaginal ring hormone delivery systems in contraception and menopause. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44:106-113.
42. Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A, Klipping C, Duijkers I, Dieben T. The combined contraceptive vaginal ring and bone mineral density in healthy pre-menopausal women. *Hum Reprod* 2005; 20:2764-2768.
43. Grimes DA, Wallach M (eds). *Modern Contraception: Updates from The Contraception Report*. Totowa, NJ: Emron; 1997.
44. Nelson A, Stewart F. Menopause. In: *Contraceptive technology*. Hatcher R, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D (eds). 18th edition, Ardent Media Inc, New York, 2004; 73-108.
45. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *AM J Obstet Gynecol* 1996; 74:1161-1170.
46. Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA, Willett WC, Stampfe MJ, Rosner B, et al. Tubal ligation, hysterectomy, and risk of ovarian cancer: a prospective study. *JAMA* 1993; 270:2813-2818.
47. Duffy S, Marsh F, Rogerson L, Hudson H, Cooper K, Jack S, et al. Female sterilisation: a cohort controlled comparative study of ESSURE versus laparoscopic sterilisation. *BJOG* 2005; 112:1522-1528.
48. Nelson AL, Sulak P. IUD patient selection and practice guidelines. *Dialogues Contracept* 1998; 5:7-12.
49. Kimmerle R, Weiss R, Bergert M, Kurz K. Effectiveness, safety and acceptability of a copper intrauterine device in type I diabetic women. *Diabetes Care* 1993; 16:1227-1230.
50. Grimes DA. Intrauterine devices (IUDs). In: *Contraceptive Technology*. Hatcher RA, Trussell J, Stewart FH, Nelson AL, Cates W Jr, Guest F, Kowal D (eds). 18th rev. ed, New York: Ardent Media Inc, 2004; 495-530.
51. Grimes DA, Hubacher D, Lopez LM, Schulz KF. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD006034.
52. Chi I. What have we learnt from recent IUD studies: a researcher's perspective. *Contraception* 1993; 48:81-108.
53. Warner L, Hatcher RA, Steiner MJ. Male condoms. In: *Contraceptive Technology*. Hatcher RA, Trussell J, Stewart FH, Nelson AL, Cates W Jr, Guest F, Kowal D (eds). 18th rev. ed, New York: Ardent Media Inc, 2004; p. 331-353.
54. Kailas N, Sifakis S, Koumantakis E. Contraception during perimenopause. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005; 10:19-25.