

Αντισύλληψη στη διάρκεια της λοχείας

Αικατερίνη Θεοδοσιάδου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη μετά τον τοκετό προσφέρει οφέλη στις γυναίκες, τα παιδιά τους και τα συστήματα υγείας. Με την αντισύλληψη στη λοχεία κάθε γυναίκα διαχειρίζεται το βέλτιστο χρονικό διάστημα γέννησης των παιδιών της. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται μεταξύ των τοκετών, για να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι για δυσμενείς εκβάσεις στην υγεία, σύμφωνα με έρευνες είναι 3 έως 5 χρόνια.

Κατά τη διάρκεια της λοχείας πολλές αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι κατάλληλες για τις γυναίκες. Το είδος των αντισυλληπτικών μεθόδων βασίζεται στη διατροφή του βρέφους. Εάν η μητέρα θηλάζει αποκλειστικά, μπορεί να στηριχθεί στην αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο στην αντισυλληπτική επίδραση της αμηνόρροιας λόγω μητρικού θηλασμού (LAM), τουλάχιστον μέχρι την πρώτη εμμηνόρροια. Εάν η γυναίκα θηλάζει, αποθαρρύνεται η χρήση οποιασδήποτε ορμονικής αντισύλληψης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η πρώτη επιλογή ορμονικής μεθόδου αντισύλληψης είναι τα προγεσταγόνου-μόνο σκευάσματα. Τα συνδυασμένα ορμονικά αντισυλληπτικά πρέπει να αποφεύγονται τους 6 πρώτους μήνες της λοχείας ή μέχρι τον απογαλακτισμό του παιδιού. Άλλες μέθοδοι επιλογής αντισύλληψης είναι η εισαγωγή IUD, οι μέθοδοι φραγμού (προφυλακτικά, σπερματοκτόνες ουσίες ή διάφραγμα). Εάν η μητέρα αποφασίσει να μη θηλάσει, απαιτείται αμέσως (21 ημέρες μετά τον τοκετό) η προστασία αντισυλληπτικής μεθόδου, επειδή η ωοθυλακιόρρηξία αναμένεται νωρίτερα.

Λέξεις-κλειδιά: αντισύλληψη λοχείας, βέλτιστο διάστημα γέννησης, αμηνόρροια λόγω θηλασμού, δισκία προγεσταγόνου-μόνο, συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία, ενδομήτρια σπειράματα, μέθοδοι φραγμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λοχεία είναι το χρονικό διάστημα των 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, στη διάρκεια του οποίου το σώμα της γυναίκας προσπαθεί να προσαρμοστεί και να επιστρέψει στην πριν τον τοκετό κατάσταση. Στο διάστημα αυτό επέρχονται σημαντικές αλλαγές στο γεννητικό σωλήνα, στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό αλλά και στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Την περίοδο αυτή ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι περισσότερο από ποτέ ζωτικής σημασίας για την υγεία και

* Μαία Γ.Π.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Θεσσαλονίκης.

την ευεξία των γυναικών και των οικογενειών τους. Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και τα μικρά χρονικά διαστήματα μεταξύ των εγκυμοσυνών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για δυσμενείς εκβάσεις στην υγεία της μητέρας και των νεογνών. Η αντισύλληψη στη λοχεία είναι μια πρόκληση για κάθε νέο ζευγάρι (Brown S.S. & Eisenberg L., 1995, Zhu B.P., 2005).

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτό με την προώθηση της αναγκαιότητας της αποτελεσματικής χρήσης των αντισυλληπτικών μεθόδων και την ενημέρωση των ζευγαριών για τα οφέλη της ύπαρξης ικανού χρονικού διαστήματος μεταξύ των εγκυμοσυνών. Μόνο το 3% των ζευγαριών επιθυμεί νέα εγκυμοσύνη πριν από τα 2 χρόνια (Ross J.A. & Winfrey W., 2001).

Η συζήτηση για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό πρέπει να αρχίζει περιγεννητικά –κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων επισκέψεων– και να ολοκληρώνεται πριν από την έξοδο της λεχώιδας από το Νοσοκομείο. Επίσης, πρέπει να επαναλαμβάνεται κατά τις επισκέψεις των δυο και έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Το θέμα της συζήτησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τους κινδύνους, τις ωφέλειες και τις παρενέργειες των διαθέσιμων αντισυλληπτικών μεθόδων, τα σχέδια για τη μελλοντική τεκνοποίηση και τα οφέλη

της ύπαρξης ικανού χρονικού διαστήματος μεταξύ των εγκυμοσυνών, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ηλικία της μητέρας (Nabukera S.K. et al., 2001).

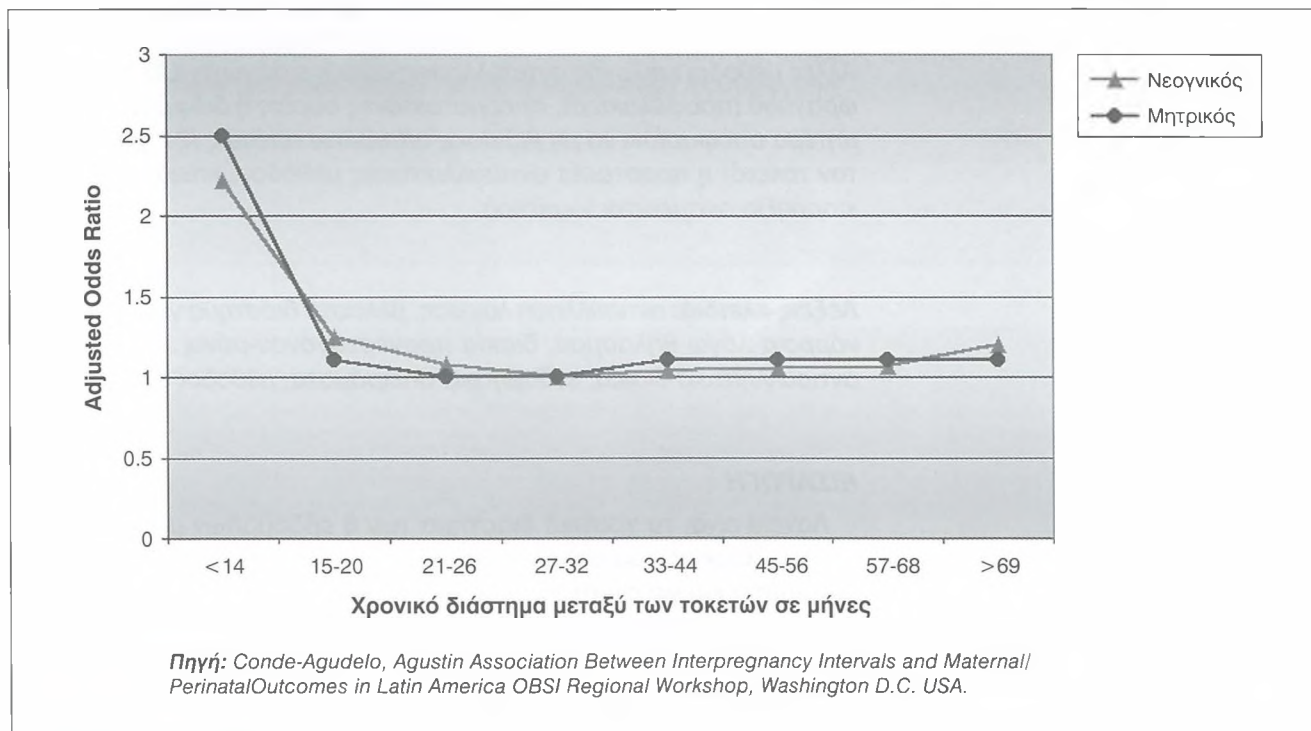
Το βέλτιστο χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών είναι ένα σημαντικό ζήτημα, που έχει επιπτώσεις στα αποτελέσματα της επόμενης εγκυμοσύνης, της εμβρυϊκής και μητρικής νοσηρότητας/θνησιμότητας. Επίσης, έχει οικονομική, κοινωνική και δημογραφική σημασία (Zilberman B., 2007).

Η μελέτη Conde-Agudelo είναι η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα. Αξιολόγησε τον αντίκτυπο του χρονικού διαστήματος μεταξύ των γεννήσεων στην υγεία της μητέρας και του νεογνού. Ερεύνησε σε 19 χώρες της Λατινικής Αμερικής τους μητρικούς δείκτες υγείας σε 500.000 εγκυμοσύνες, συγκρίνοντας ενδεχομένως βιολογικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Βρέθηκε στατιστικά, ότι ο κίνδυνος για δυσμενείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης ελαττώνεται στις γυναίκες των οποίων οι τοκετοί απέχουν μεταξύ τους από 27 έως 32 μήνες (Πίνακας 1).

Σ' αυτή τη μελέτη οι γυναίκες που γέννησαν σε μικρότερα χρονικά διαστήματα είχαν τον υψηλότερο κίνδυνο για:

- αιμορραγία 3ου τριμήνου (συμπεριλαμβανομένου του προδρομικού πλακούντα και της αποκόλλησης του πλακούντα),
- αναιμία,

Πίνακας 1. Μητρικός και νεογνικός κίνδυνος θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική.



- πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών,
- ενδομητρίτιδα της λοχείας,
- θνησιμότητα (Πίνακας 2).

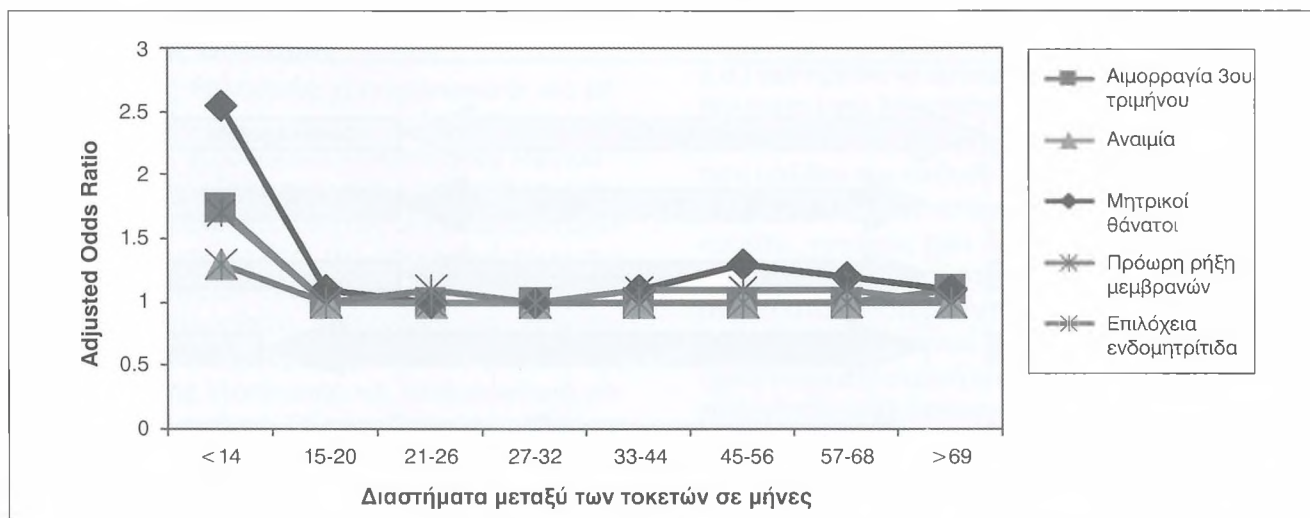
Όμως, υπάρχουν στοιχεία πως οι μητέρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ορισμένες επιπλοκές εάν το χρονικό διάστημα μεταξύ των γεννήσεων είναι πέρα των 5 χρόνων, π.χ. διπλασιάζεται η πιθανότητα προεκλαμψίας και εκλαμψίας (Conde-Agudelo A. et al., 2000).

Οι κίνδυνοι για τα νεογνά συνοψίζονται στη γέννηση:

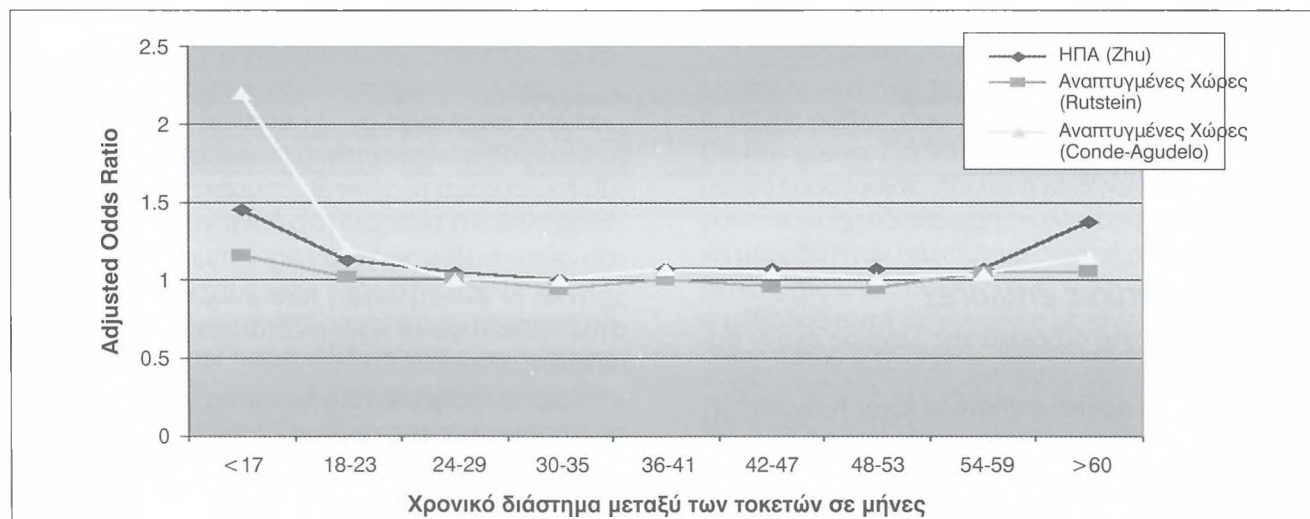
- πρόωρων νεογνών,
- νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης,
- νεογνών με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Οι κίνδυνοι για την υγεία των παιδιών μειώνονται όσο μεγαλύτερο γίνεται το διάστημα μεταξύ των γεννήσεων (Πίνακας 3).

Πίνακας 2. Διαστήματα συνδεδεμένα με χαμηλότερη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.



Πίνακας 3. Περιγεννητικός κίνδυνος για νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης στις ΗΠΑ και Αναπτυγμένες Χώρες.

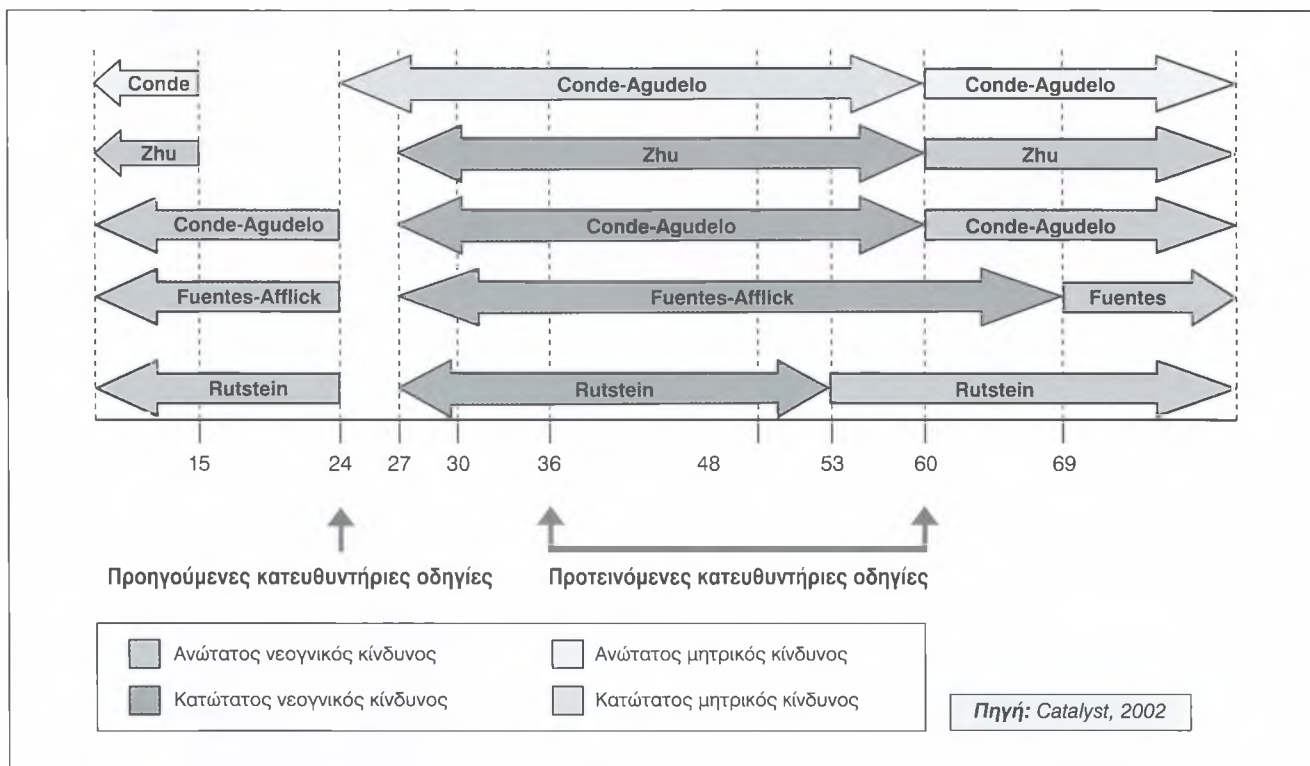


Πηγή: Conde-Agudelo, Agustín Association Between Interpregnancy Intervals and Maternal/Paternal Outcomes in Latin America OBSI Regional Workshop, Washington D.C., Zhu, Bao-Ping et al. Effect of the Interval Between Pregnancies on Perinatal Outcomes among White and Black women, *American Journal Obstetrics and Gynecology* Dec 2001 v. 185, No 6, p,1403-10, Zhu, Bao-Phing et al. Effect of the Interval Between Pregnancies on Perinatal Outcomes. *The New England Journal of Medicine* Feb. 25, 1999, v. 340, No 8, p.589-594, Rutstein, Shea Effect of Birth Intervals on Mortality and Health Multivariate Cross-Country Analyses Unpublished data from Measure/DHS+Macro International, Inc.

Οι έρευνες τόσο στις αναπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ) όσο και στις αναπτυσσόμενες προτείνουν ιδανικό χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών, κυρίως για να προστατευθεί η νεογνική και η μητρική υγεία. Όλες αποφαίνονται ότι το ιδανικό χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών είναι τα 3-5 χρόνια, αναιρώντας τις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες των 2 χρόνων (Conde-Agudelo A. et al., 2000, Conde-Agudelo A., 2002, Fuentes-Afflick E. & Hessol N.A., 2000, Rutstein S., 2002, Zhu B.P. et al., 2001) (Πίνα-

κας 4). Φυσικά, το συνιστώμενο χρονικό διάστημα των 3 έως 5 χρόνων αφορά κυρίως τις έφηβες και τις νεαρές μητέρες, που ξεκινούν την τεκνοποίηση σε ηλικία κάτω των 30 χρόνων. Οι υπόλοιπες γυναίκες, που γεννούν το πρώτο παιδί τους σε ηλικία των 35+ χρόνων, αναμφισβήτητα δεν έχουν την πολυτέλεια του διαστήματος μεταξύ των κυήσεων και θα πρέπει να καθοδηγούνται ώστε να έχουν άρτια και προ της σύλληψης μαιευτική φροντίδα, καθώς και περιγεννητική φροντίδα.

Πίνακας 4. Το καλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ των τοκετών: μητρικός και νεογνικός κίνδυνος.



ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Οι γυναίκες στη διάρκεια της λοχείας έχουν συγκεκριμένες αντισυλληπτικές απαιτήσεις. Σ' αυτές τις γυναίκες η αρχική ανησυχία είναι η αναστολή της παραγωγής του γάλακτος, που συνδέεται με τη χρήση των ορμονικών αντισυλληπτικών. Οι κύριες διαφορές στις διαθέσιμες αντισυλληπτικές μεθόδους εξαρτώνται από τον τρόπο διατροφής του βρέφους, δηλαδή αν το νεογνό τρέφεται με μητρικό γάλα ή όχι. (θηλασμός και μη θηλασμός.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συνιστά τα νεογνά να τρέφονται με μητρικό γάλα αποκλειστικά για 6 μήνες τουλάχιστον και ο μητρικός θηλασμός να συνεχίζεται για δυο ή περισσότερα

χρόνια. Η αντισύλληψη που μπορεί να προταθεί στην κάθε γυναίκα καθορίζεται από πολλές παραμέτρους, όπως:

- τις πεποιθήσεις κάθε γυναίκας, τη στάση ζωής, τις προσωπικές της προτιμήσεις και τις αντισυλληπτικές της ανάγκες,
- τα τυχόντα ιατρικά προβλήματα (π.χ. υπέρταση, φλεβική θρομβοεμβολή ή προηγούμενη τροφολαστική νόσος),
- τον τρόπο διατροφής του βρέφους (αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ή μεικτή διατροφή ή διατροφή με ξένο γάλα,
- τους κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. επιστροφή στην πλήρη απασχόληση).

Είναι γνωστό ότι η πρώτη ωοθυλακιορρηξία συμβαίνει 27 ημέρες μετά τον τοκετό. Επομένως, καμιά αντισύλληψη δεν απαιτείται μέχρι την 21η ημέρα μετά τον τοκετό (Guillebaud J., 1993).

ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

• Αποχή

Η επιστροφή στην αποχή είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική επιλογή ώστε να αποφευχθεί μια άλλη εγκυμοσύνη μετά τον τοκετό. Σίγουρα, όμως, η αποχή είναι μικρής διάρκειας και επισφαλούς αποτελεσματικότητας.

• Μητρικός Θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης, γνωστή ως "αμηνόρροια λόγω θηλασμού" (Lactational Amenorrhoea Method – LAM). Ο μητρικός θηλασμός έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη απελευθέρωση της GnRH από τον υποθάλαμο, μειώνοντας έτσι την παραγωγή τόσο της FSH όσο και της LH από την υπόφυση (Saarakoshi S., 1993). Επιπρόσθετα, οι β-ενδορφίνες, που παράγονται με το θηλασμό, προκαλούν μείωση της παραγωγής της ντοπαμίνης και κατά συνέπεια αύξηση της προλακτίνης. Τα επίπεδα της προλακτίνης φθάνουν τα 40-50 ng/ml και αυξάνονται μέχρι και 20 φορές μετά από κάθε θηλασμό. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η ανωοθυλακιορρηξία.

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να επιφέρει και διάφορα αποτελέσματα στη σεξουαλική ευχαρίστηση. Μπορεί να μειώσει το φόβο της εγκυμοσύνης και έτσι να αυξήσει την ευχαρίστηση. Εντούτοις, τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων μπορεί να ελαττώσουν τη λίπανση του κόλπου και να προκληθεί απώλεια της επιθυμίας σεξουαλικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επίσης, η σεξουαλική συνέυρεση του ζευγαριού στη διάρκεια του θηλασμού, που αποτελεί ταμπού για μερικούς πολιτισμούς, μειώνει τις πιθανότητες μιας νέας εγκυμοσύνης.

Η μέθοδος είναι αποτελεσματική σε ποσοστό πάνω από 98% στην παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης, εάν η θηλάζουσα γυναίκα πληροί και τα τρία κριτήρια της LAM (WHO/RHR, 2007).

Κριτήρια της LAM

• Απουσία έμμηνης ρύσης

(Η πρώτη αληθινή "περίοδος", έμμηνη ρύση, είναι οποιαδήποτε αιμορραγία που διαρκεί τουλάχιστον 2 ημέρες και που ακολουθείται από ένα δεύτερο επεισόδιο αιμορραγίας μέσα στις επόμενες 21-70 ημέρες μετά τον τοκετό – WHO, 1999). Οι αρχικοί κύκλοι είναι συχνά συνδεδεμένοι με ανεπαρκή ωχρι-

νική φάση και στην κλινική πρακτική η επιστροφή της έμμηνης ρύσης είναι συχνά το πρώτο σημάδι επιστροφής στη γονιμότητα.

• Αποκλειστικός ή σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός

– Ο μητρικός θηλασμός πρέπει να αποτελεί την αποκλειστική μέθοδο διατροφής του βρέφους.

– Η συχνότητα και η διάρκεια μητρικού θηλασμού να είναι τουλάχιστον 6 μεγάλα γεύματα ή 10 πιο μικρά, με κανένα διάστημα μεγαλύτερο από 4 ώρες την ημέρα ή από 6 ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας.

– Η πρόσθετη σίτιση (βιταμίνες, μεταλλικό νερό, κ.ά.) δεν πρέπει να αντικαθιστά γεύμα του μητρικού θηλασμού και δεν πρέπει να υπερβαίνει το 5-10% του συνόλου της διατροφής. Η συμπληρωματική σίτιση αυξάνει τον κίνδυνο της πρώιμης ωοθυλακιορρηξίας και κατά συνέπεια της εγκυμοσύνης, ακόμη και στις γυναίκες που δεν έχουν εμφανίσει έμμηνη ρύση. Η άντληση του γάλακτος με το χέρι ή με αντλία είναι λιγότερο έντονη από τη διαδικασία του θηλασμού του νεογνού και μπορεί να μειώσει τη μητρική νευροενδοκρινή απάντηση και να αυξήσει τον κίνδυνο της ωοθυλακιορρηξίας και της γονιμότητας (Labbok M.H. et al., 1997). Έχει παρατηρηθεί ότι το 50% των γυναικών που δεν θηλάζουν αποκλειστικά, έχουν ωοθυλακιορρηξία πριν από τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

• Χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών μετά τον τοκετό

Το κύριο μειονέκτημα του μητρικού θηλασμού ως μεθόδου αντισύλληψης αφορά την επιστροφή της έμμηνης ρύσης, άρα και της γονιμότητας σε απρόβλεπτο χρόνο. Για να μειωθεί η πιθανότητα ελλείμματος προστασίας, πρέπει η κάθε γυναίκα να ενθαρρύνεται να έχει διαθέσιμη εναλλακτική αντισυλληπτική μέθοδο όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της LAM. Επίσης, πρέπει να αποθαρρύνεται η μέθοδος αυτή σε γυναίκες με ιογενείς λοιμώξεις, όπως ο HIV, ο HCV κ.ά., καθώς και σε γυναίκες που χρησιμοποιούν φάρμακα, τα οποία δυνητικά έχουν επιπτώσεις στην υγεία των βρεφών.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

Οι μέθοδοι φραγμού μπορεί να χρησιμοποιηθούν από όλες τις γυναίκες, θηλάζουσες ή μη. Στις μεθόδους φραγμού περιλαμβάνονται τα προφυλακτικά, τα σπερματοκτόνα, τα διαφράγματα και τα τραχηλικά καλύμματα (caps). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2004) συνιστά τη:

- Χρήση προφυλακτικών και σπερματοκτόνων,

ακόμα και αμέσως μετά τον τοκετό.

- Χρήση διαφραγμάτων και τραχηλικών καλυμμάτων (caps) μετά από 6 εβδομάδες από τον τοκετό, ώστε να επέλθει η πλήρης παλινδρόμηση της μήτρας.

- Αντικατάσταση των διαφραγμάτων και καλυμμάτων κάθε χρόνο.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι μέθοδοι στειροποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθούν απ' όλες τις γυναίκες, θηλάζουσες ή μη, και αφορούν τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες.

• Γυναικεία στειροποίηση

Η σαλπγγική απολίνωση (κυρίως) μπορεί να γίνει την 1η εβδομάδα μετά τον τοκετό, αλλά ο βέλτιστος χρόνος της διαδικασίας είναι οι πρώτες 48 ώρες. Αν δεν εφαρμοστεί σ' εκείνο το χρονικό διάστημα, τότε θα πρέπει να αναβληθεί μέχρι τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

• Ανδρική στειροποίηση

Η ανδρική στειροποίηση μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή και αφορά την απολίνωση του σπερματικού πόρου.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

• Συνδυασμένα ορμονικά σκευάσματα (COCs)

Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία (οιστρογόνο-προγεστερονοειδές) δρουν αναστέλλοντας την ωοθυλακιορρηξία, ελαττώνοντας τη διαπερατότητα της τραχηλικής βλέννας, αλλά και αναστέλλοντας την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Θηλάζουσες γυναίκες

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά: «Τα COCs ΔΕΝ πρέπει να χρησιμοποιηθούν τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και μπορεί να χορηγηθούν από το χρονικό διάστημα των 6 εβδομάδων έως των 6 μηνών, ΜΟΝΟ αν άλλες πιο κατάλληλες μέθοδοι είναι μη αποδεκτές. Αν χρησιμοποιηθούν πριν τους 6 μήνες από τον τοκετό, υπάρχουν ανησυχίες για την επίδραση των οιστρογόνων στην ποιότητα και την ποσότητα του γάλακτος, άρα αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη των βρεφών, ακόμη και όταν χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις των 30-35 ng».

Σε μελέτες βρέθηκε ότι μπορεί να υπάρξει μείωση έως και 41,9% της παραγωγής γάλακτος. Επίσης, υπάρχει μικρός αλλά όχι αμελητέος κίνδυνος για τη δημιουργία θρόμβων τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και επίδραση στην ανάπτυξη των οργάνων

των του νεογνού, ειδικά του εγκεφάλου. Έχει διαπιστωθεί η πιθανότητα επιρροής του προγεστερονοειδούς των COCs στο ανώριμο νεογνικό ήπαρ.

Μη θηλάζουσες γυναίκες

Εάν η έμμηνη ρύση δεν έχει εμφανισθεί και έχουν περάσει 21 ή περισσότερες ημέρες μετά τον τοκετό, τότε η γυναίκα μπορεί να αρχίσει τη χρήση των COCs αμέσως, εάν είναι σίγουρη όμως πως δεν είναι έγκυος. Θα πρέπει να υπάρχει αποχή από τη σεξουαλική επαφή ή να χρησιμοποιηθεί πρόσθετη αντισυλληπτική προστασία για τις επόμενες 7 ημέρες (PPFA, 1998-2002).

• Προγεσταγόνου-μόνο σκευάσματα, mini pills, (POCs)

Τα αντισυλληπτικά σκευάσματα προγεσταγόνου-μόνο έχουν πολύ χαμηλές δόσεις προγεστερόνης. Αποκλείουν την εγκυμοσύνη αποτρέποντας την ωοθηλακιορρηξία περίπου στους μισούς κύκλους, προκαλώντας μετατροπή στην πυκνότητα της τραχηλικής βλέννας. Τα POCs προκαλούν επίσης αλλαγές στο ενδομήτριο, καθιστώντας το λιγότερο δεκτικό στην εμφύτευση ωαρίου -στην απίθανη περίπτωση της ωοθηλακιορρηξίας- και επιβραδύνουν τη μετακίνησή του μέσω του σαλπγγικού αυλού.

Θηλάζουσες γυναίκες

Τα POCs δεν περιέχουν οιστρογόνα και γι' αυτό αποτελούν μια καλή αντισυλληπτική επιλογή για τις θηλάζουσες γυναίκες, καθώς και για τις γυναίκες που οι συνθήκες υγείας τους αποκλείουν τη χρήση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών. Τα POCs δεν είναι τόσο ευρέως γνωστά ή τόσο συχνά χρησιμοποιούμενα. Μόνο το 1-10% των αντισυλληπτικών, που χρησιμοποιούνται, είναι POCs.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά: «Η προγεστερόνη-μόνο μέθοδος δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό» (WHO, 2004, PPFA, 1998-2002). Εντούτοις, στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί κοινή πρακτική η χρήση των POCs και των μοσχευμάτων πριν από τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, λόγω της μηδενικής τους επίδρασης στον όγκο γάλακτος και στην ανάπτυξη των βρεφών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (RCOG, 2002). Επίσης, επειδή τα νεογνά προσλαμβάνουν πολύ μικρό ποσοστό προγεστερόνης (τα επίπεδα στο πλάσμα των νεογνών ανευρίσκονται στο 1-6% των επιπέδων του μητρικού πλάσματος), δεν έχει παρατηρηθεί κανένα δυσμενές αποτέλεσμα στην υγεία, την ανάπτυξη ή την εξέλιξη του βρέφους.

Τα POCs μπορεί να χρησιμοποιηθούν από γυναίκες πέραν της ηλικίας των 35 χρόνων, από καπνίστριες, από υπερτασικές, από γυναίκες με αγγειακούς πονοκεφάλους (ημικρανίες), με θρομβοεμβολή, με καρδιαγγειακή πάθηση, με διαβήτη και με δρεπανοκυττάρωση. Υπάρχουν όμως φάρμακα, που μπορούν να παρεμποδίσουν την αποτελεσματικότητα των POCs, όπως είναι τα αντιθρομβωτικά και τα αντιφυματικά. Οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά, μπορούν να έχουν τα POCs ως συνοδευτική μέθοδο αντισύλληψης. Τα POCs πρέπει να λαμβάνονται κάθε ημέρα, την ίδια ώρα, χωρίς διακοπή. Εάν τα δισκία ληφθούν τρεις ή περισσότερες ώρες αργότερα, απαιτείται για 48 ώρες μετά τη λήψη τους συνοδευτική μέθοδος αντισύλληψης.

Μη θηλάζουσες γυναίκες

Οι μη θηλάζουσες γυναίκες μπορούν να ξεκινήσουν τα POCs αμέσως μετά τον τοκετό.

• Επείγουσα αντισύλληψη – Αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης (ecp)

Η χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης με τη μορφή των δισκίων λεβονοργεστρέλης ή συνδυασμού οιστρογόνου-προγεστερονοειδούς έχει θέση και στην περίοδο της λοχείας, 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Obstetrics & Gynecology, 2002). Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται σε μέγιστο βαθμό από το χρονικό διάστημα, που μεσολάβησε μεταξύ της συνουσίας και της χορήγησής της (95% σε <24 ώρες, 85% σε <48 και >24 ώρες, 58% σε <72 και >48 ώρες) (FFRHC, 2000).

ΕΝΕΣΙΜΑ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΑ, ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ (PATCHES), ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ (IMPLANTS)

• Ενέσιμα προγεσταγόνα

Τα ενέσιμα προγεστερονοειδή βραδείας αποδέσμευσης χορηγούνται ενδομυϊκά και δρουν απελευθερώνοντας σταδιακά στην κυκλοφορία του αίματος μικρή ποσότητα προγεστερόνης καθημερινά, αναστέλλοντας έτσι την ωοθυλακιορρηξία. Η χρήση τους, κυρίως κατά τις πρώτες ημέρες, δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Χρησιμοποιούνται μετά την 6η εβδομάδα της λοχείας σε γυναίκες που θηλάζουν, αφού τα ενζυμικά συστήματα του νεογνού δεν έχουν ακόμη ωριμάσει (Pardthaisong T. et. al, 2001). Η αντισυλληπτική τους δράση φθάνει έως και το 99,5%. Δεν επηρεάζουν τη γαλουχία (Kelsey J.J., 1996).

• Επιδερμικά αυτοκόλλητα (patches)

Τα επιδερμικά αντισυλληπτικά αυτοκόλλητα απελευθερώνουν διαμέσου του δέρματος οιστρογόνο και προγεστερονοειδές. Η επίδρασή τους είναι παρόμοια μ' αυτή των συνδυασμένων οιστρογόνων.

• Ενδοδερμικά εμφυτεύματα (implants)

Τα υποδόρια εμφυτεύματα επιδρούν στην τραχηλική βλέννα εμποδίζοντας την είσοδο του σπέρματος. Η χρήση τους παρέχει ασφαλή και μεγάλης διάρκειας αντισύλληψη. Η ποσότητα της απελευθερωμένης λεβονοργεστρέλης δεν επηρεάζει τη γαλουχία και την ανάπτυξη του νεογνού (Diaz S., 2002, Schiappare V., Diaz S., Zepeda A., 2002). Μπορεί να χορηγηθούν αμέσως σε μη θηλάζουσες γυναίκες (21η ημέρα της λοχείας) και από την 6η εβδομάδα σε γυναίκες που θηλάζουν με ποσοστό επιτυχίας 98,5% (Pardthaisong T. et. al, 2001).

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ

• Σπειράματα χαλκού (IUDs)

– Με την κατάλληλη τεχνική το IUD, που τοποθετείται αμέσως μετά από κολπικό τοκετό ή καισαρική τομή, μπορεί να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό γιατί υπάρχει ευκολία εισαγωγής, διαθεσιμότητα ειδικευμένου προσωπικού και κατάλληλων εγκαταστάσεων. Τα πιθανά προβλήματα που τυχόν προκύπτουν συνοψίζονται στην πιθανότητα αποβολής, φλεγμονής, διάτρησης της μήτρας και της αποβολής λόγω του μητρικού θηλασμού (Family Planning Unit, 1996). Διαφορετικά, η τοποθέτησή του αναβάλλεται για μετά την 4η εβδομάδα της λοχείας ή στη διάρκεια της πρώτης έμμηνης ρύσης.

– Τα ποσοστά αποβολής για την εισαγωγή μετά τον τοκετό ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του IUD και το χρόνο εισαγωγής του. Ο κίνδυνος αποβολής όταν εισάγεται στα πρώτα 10 λεπτά μετά την αποβολή του πλακούντα, είναι πολύ χαμηλότερος απ' όταν εισάγεται αργότερα στη λοχεία και υψηλότερος εάν η εισαγωγή του γίνει στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η τοποθέτηση πρέπει να είναι πυθμενική και υπερτερούν τα IUDs χαλκού, σχήματος T. Ο μητρικός θηλασμός δεν αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής. Ο κίνδυνος ανέρχεται σε ποσοστό 11%.

– Ο κίνδυνος πυελικής φλεγμονής εμφανίζεται στα ίδια ποσοστά, ανεξάρτητα από το χρόνο τοποθέτησης των σπειραμάτων. Το ποσοστό φλεγμονής για τις άμεσες μετά τον τοκετό εισαγωγές κυμαίνεται από 1,4-3,0/100 γυναίκες. Οι περισσότερες περιπτώσεις λοίμωξης εμφανίζονται μέσα σε τρεις μήνες από την εισαγωγή και θεωρούνται ως αποτέλε-

σμα ενδομητρίτιδας συνδεδεμένης με τον τοκετό, παρά με το IUD.

– Η διευρυμένη μετά τον τοκετό μήτρα μπορεί να συμβάλει στη μετατόπιση του IUD. Αυτό προκαλεί την ανησυχία του πιθανού αυξανόμενου κινδύνου διάτρησης της μήτρας καθώς ξεκινά και η παλινδρόμησή της. Αναφέρεται ποσοστό 1/2.000 περίπου εισαγωγές.

– Δεν υπάρχει καμιά επίδραση στην ποσότητα ή την ποιότητα του μητρικού γάλακτος.

• Σπειράματα λεβονοργεστρέλης (IUDs LNg)

Η εφαρμογή και τα πιθανά προβλήματά τους διέπονται από εκείνα των IUDs χαλκού. Συνήθως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν συνιστά τη χρήση των IUDs LNg πριν από τις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, εκτός αν άλλες πιο κατάλληλες μέθοδοι δεν είναι διαθέσιμες ή αποδεκτές.

Θεωρητικά, αυτό οφείλεται στην ανησυχία ότι τα θηλάζοντα νεογνά μπορούν να εκτίθενται στην επί-

δραση των στεροειδών ορμονών κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Η λεβονοργεστρέλη στο μητρικό ορό είναι χαμηλή και τα βρέφη λαμβάνουν μόνο 0,1% της μητρικής καθημερινής δόσης. Ουσιαστικά, κανένας κίνδυνος δεν υπάρχει στο θηλασμό των νεογνών κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό (Kelsey J.J., 1996).

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί γίνεται σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην περίοδο της λοχείας είναι περισσότερο από ποτέ ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ευεξία των γυναικών και των οικογενειών τους. Το χρονικό διάστημα μετά ταξί των γεννήσεων έχει άμεσες επιπτώσεις στην

Πίνακας 5. Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων.

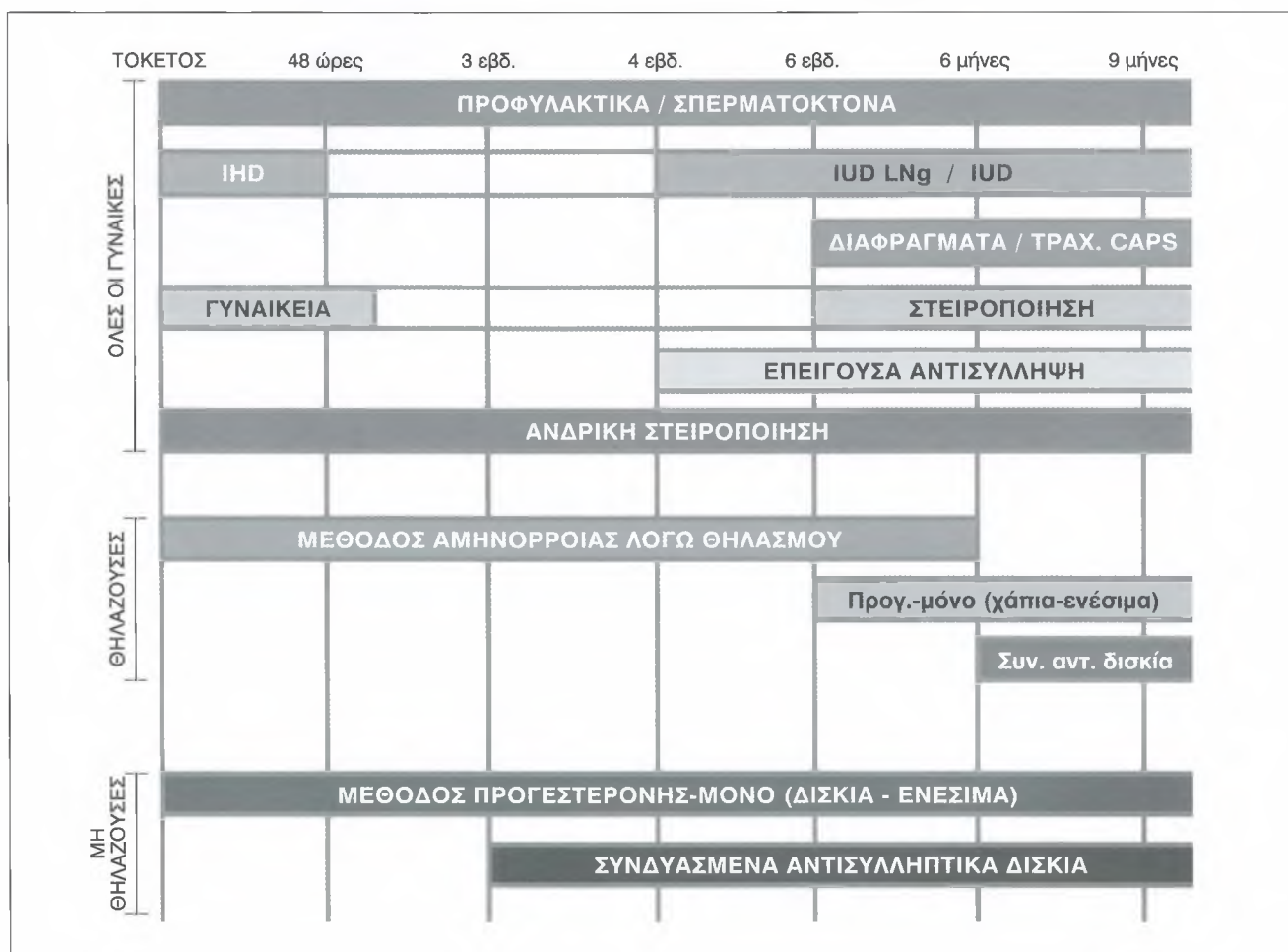
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΑΝΑ 100 ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΤΟΥΣ ΧΡΗΣΗΣ		
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΕΛΕΙΑ ΧΡΗΣΗ	ΣΥΝΗΘΗΣ ΧΡΗΣΗ
Ορμονικές μέθοδοι		
Συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία	0,1	5
Προγεσταγόνου-μόνο αντισυλληπτικά δισκία	0,5	5
Εγχύσιμες προγεστερόνες	0,1	–
Μέθοδοι φραγμού		
Διάφραγμα / τραχηλικά caps	6	20
Σπερματοκτόνα	6	26
Προφυλακτικά	3	14
Ενδομήτρια σπειράματα		
Σπειράματα χαλκού (IUD)	0,6	0,8
Σπειράματα λεβονοργεστρέλης (IUD)	1,5	2,0
Γυναικεία στείρωση		
	0,5	0,5

Πηγή: Planned Parenthood Federation of America, 2002.

υγεία και των γυναικών και των παιδιών τους. Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και τα μικρά χρονικά διαστήματα μεταξύ των εγκυμοσυνών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για δυσμενείς εκβάσεις

στην υγεία της μητέρας και των νεογέννητων. Η αντισύλληψη που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περίοδο της λοχείας συνοψίζεται στον Πίνακα 6 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. Αντισύλληψη στην περίοδο της λοχείας.



ABSTRACT

Ekaterini Theodosiadou: **Postpartum contraception.**

"ELEFTHO", 3:111-120, 2009

Postpartum contraception offers benefits to women, their children and health systems. With postpartum contraception, each woman manages the optimal birth spacing. The length of time needed between births to minimize the risks for adverse health outcomes- new researches indicated is "3 to 5 years." Many contraceptive methods are suitable to postpar-

tum women. The contraceptive methods are based on baby's feeding. In the immediate postpartum period, if the mother breastfeeds fully the baby, she can rely on the contraceptive effect of lactational amenorrhoea method (LAM), at least until her first menstruation. While breastfeeding, hormonal contraception should be avoided. The first choice of a hormonal method is the progestogen-only pill (mini pill-POCs). Combined OCs (COCs) should be avoided until 6 months after birth, or until the baby is weaned. Other methods of choice are: the introduction of an IUD, and barrier methods (condoms, spermicides or diaphragm). If the mother decides not to breastfeed her

baby, she needs the protection of a contraceptive method, immediately (21 days after birth), because ovulation is expected earlier.

Key-words: *postpartum contraception, optimal birth spacing, lactational amenorrhoea method, progestogen-only pill, combined oral contraceptives, IUD, barrier methods.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown S.S., Eisenberg L.: The best intentions: Unintended pregnancy and the wellbeing of children and families. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1995.
- Conde-Agudelo A., Belizán: Maternal Morbidity and Mortality Associated with Interpregnancy Interval: Cross Sectional Study, *British Medical Journal*, 18/11/00, 2000.
- Conde-Agudelo A.: Maternal Sociodemographic and Obstetric Factors Associated with Short Birth Intervals in Women in Adolescents 2002.
- Diaz S.: Contraceptive implants and lactation. *Contraception* 2002, 65: 39-46.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care: Emergency contraception: recommendations for clinical practice. April 2000.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care RCOG: UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2002.
- Fuentes-Afflick E., Hessol N.A.: Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics and Gynecology*, 95: 383-90, 2000.
- Guillebaud J.: Postpartum contraception. Unnecessary before three weeks. *BMJ*. 1993 Dec, 11; 307 (6918):1560-1.
- Kelsey J.J.: Hormonal contraception and lactation. *J Hum Lact*. 1996 Dec, 12(4): 315-8.
- Labbok M.H., Hight-Laukaran V., Peterson A.E., Fletcher V., Von Hertzen H., Van Look P.F.A.: Multicenter study of the lactational amenorrhoea method (LAM): (Efficacy, duration, and implications for clinical application). *Contraception*. 1997, 55: 327-336.
- Nabukera S.K., Wingate M.S., Salihu H.M., Owen J., Swaminathan S., Alexander G.R., Kirby R.S.: Pregnancy spacing among women delaying initiation of childbearing. Department of Epidemiology, University of Iowa, USA, 2001.
- Obstetrics & Gynecology*: Contraception for Women in Selected Circumstances. Volume 99, Number 6, June 2002, 1100-1112.
- Planned Parenthood Federation of America Inc.: Birth Control: Facts About Birth Control. PPFA, www.plannedparenthood.org/bc/bcfacts/html 1998-2002.
- Pardthaisong T., Yencht C., Gray R.: The long term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy and lactation (2001).
- Ross J.A., Winfrey W.: Use of contraceptives for birth spacing among postpartum women, 2001a, 2001.
- Rutstein S.: Effect of birth intervals on mortality and health: multivariate cross-country analyses. International, Inc. Calverton Maryland, 2002.
- Saarakoshi S.: Contraception during lactation. *Ann Med* 1993, 25: 181-184.
- Schiappace V., Diaz S., Zepeda A.: Health growth of infants breastfed by Norpland contraceptive implants users: a six year follow up study. *Contraception* 2002, 66: 57-65.
- Technical Guidance/Competence Working Group and World Health Organization/Family Planning and Population Unit.: Family planning methods: New guidance, Population Reports. Series J, No 44. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1996.
- World Health Organization: Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. 2007. Family Plan.: A Global Handbook for Providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO.
- World Health Organization: Improving access to quality care in family planning – medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods (1999).
- World Health Organization: Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. The WHO Multinational Study of Breastfeeding and Lactation Amenorrhoea. III. Pregnancy during breastfeeding. *Fertil Steril* 1999, 72: 431-440.
- World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2004, third edition.
- Zhu B.P.: Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005, 89(Suppl 1): S25-33. (PubMed).
- Zhu B.P. et al.: Effect of interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. *American Journal of Obst. and Gyn.* (185): 1403-10, 2001.
- Zilberman B.: Influence of short interpregnancy interval on pregnancy outcomes. *Harefuah*. 2007 Jan, 146(1): 42-7, 78 review.