

Intercepce

1 Úvod

Intercepce, též postkoitální, emergentní, záchranná, morning-after antikoncepce zahrnuje metody, které mají zabránit otěhotnění až po té, co už došlo k jinak nechráněnému koitu. Tyto metody se neužívají pravidelně, ale pouze výjimečně. Původně byly vymyšleny a zavedeny pro ženy znásilněné, dnes se kromě toho používají po selhání jiné metody nebo při neplánovaném nechráněném pohlavním styku.

Prehistorie snah o postkoitální antikoncepci sahá až do 2. tisíciletí před Kristem (vykuřování pochvy), Soranus doporučoval ve 2. století našeho letopočtu otřásání těla v dřepu, ve snaze odstranit ejakulát z pochvy.

Moderní klinická praxe začala postkoitální antikoncepční metody používat v 60. letech minulého století, podávaly se estrogeny ve vysokých dávkách (dietyletilbestrol 50 mg denně po 5 dnů, etinylestradiol 5 mg denně po 5 dnů nebo konjugované equinní estrogeny 30 mg denně po 5 dnů).

V současnosti jsme v západním světě svědky snah učinit postkoitální antikoncepci co nejdostupnější, což si klade za cíl snížit počet interrupcí, případně nežádoucích porodů.

Intercepce není antikoncepční metoda ve vlastním slova smyslu a v dlouhodobé perspektivě by měla být nahrazena „normálními“ antikoncepčními postupy. Zařadil-li jsem ji sem přesto, je to z toho důvodu, že ve výjimečných případech je její použití namístě a hrozí nebezpečí z prodlení – proto by každý zdravotník měl být o těchto možnostech informován.

2 Princip metody

Používají se dva zcela odlišné způsoby. Obvyklé jsou hormonální metody, které lze podat do 72 hodin po koitu. Až do 120 hodin lze zavést IUD s mědí, což je používáno mnohem méně. (I v tomto druhém případě jde o zavedení IUD ještě před nidací případného oplozeného vejce, nelze tedy mluvit o „potratu“ ve vlastním slova smyslu.)

2.1 Hormonální metody

2.1.1 Mechanismus účinku

Je patrně různý podle fáze cyklu, ve které byla metoda aplikována. Intercepce může zabránit ovulaci, tubárnímu transportu, fertilizaci nebo implantaci. Hlavním cílovým orgánem je patrně endometrium (aplikace levonorgestrelu způsobuje vymizení mikroklů, zploštění cylindrického epitelu, subepiteliální vaskulární dilataci) a hlavním mechanismem je pravděpodobně zamezení nidaci. Již nidované vejce intercepce nepoškodí.

2.1.2 Používané způsoby hormonální intercepce

Dnes se používají dvě hormonální metody, ostatní postupy mají význam jen historický nebo experimentální.

Před aplikací postkoitální antikoncepce není nutné (a ve skutečnosti ani možné, vzhledem k nebezpečí z prodlení) žádné vyšetření. Nutné je pouze poučení ženy.

Hormonální metody mají společného to, že se doporučuje opakovat je ne častěji než jednou za měsíc (v nouzi však nelze pokládat další opakování postup non lege artis).

a) *Levonorgestrel*

Podává se buď 750 µg per os jednorázově do 1 hodiny po souloži nebo, což je obvyklejší, 2× 750 µg (Postinor 2) s dvanáctihodinovým intervalem do 72 hodin po pohlavním styku. Tento postup je dnes pokládán za metodu první volby.

b) *Yuzpeho metoda*

Podává se (nejméně) 100 µg etinylestradiolu a 500 µg levonorgestrelu, opět opakovaně dvě dávky po 12 hodinách. Této kombinace se obvykle dosahuje podáním několika běžných kombinovaných pilulek najednou.

c) *Ostatní postupy*

V klinické praxi se neujaly. Výše popsaná aplikace čistých estrogenů je sice účinná, ale za cenu značných vedlejších příznaků (nauzea, zvracení). Výjimečně se používá danazol (Danol) 2× 600 mg po 12 hodinách nebo mifepriston 600 mg jednorázově (u nás není dostupný).

2.2 Nitroděložní tělísko (IUD)

IUD s mědí lze podle tuzemského doporučení zavést až do 120 hodin po souloži – současná zahraniční literatura však uvádí spolehlivý interceptní účinek při zavedení až 8 dní post coitum. Možné mechanismy účinku i způsob zavedení jsem rozebral v kapitole o nitroděložní antikoncepci. Doporučuje se antibiotická clona, vzhledem k riziku pohlavní infekce při neplánovaném či náhodném pohlavním styku.

3 Spolehlivost metody

Uvádí se, že aplikace hormonálních metod intercepce snižuje riziko otěhotnění zhruba na jednu čtvrtinu. Při ojedinělém náhodném styku, kdy je riziko asi 3 %, je tedy sníženo pod 1 %, při koitu v periovulačním období, kdy je riziko otěhotnění asi 8 %, je tedy sníženo asi na 2 %. Srovnávací studie Postinoru a Yuzpeho metody byly provedeny a shodují se v trochu větší spolehlivosti levonorgestrelu, kterému by se měla dát přednost. Pro Yuzpeho metodu tak zbývají jen situace, kdy je aktuálně dostupnější.

Spolehlivost postkoitální antikoncepce klesá s časem, který uplynul od soulože. V zásadě lze tyto postupy použít i po uplynutí 72 hodin, riziko selhání je však zvýšeno.

Spolehlivost postkoitální inzerce IUD s mědí je velmi vysoká. V literatuře je zpráva o jediné graviditě při více než 1000 referovaných ženách.

4 Příznivé vedlejší zdravotní účinky

Metoda nemá žádné přídatné příznivé zdravotní účinky.

5 Zdravotní rizika a kontraindikace

5.1 Zdravotní rizika

Vedlejší účinky hormonálních metod zahrnují nauzeu, eventuálně zvracení (může zvýšit riziko selhání), bolesti břicha, bolesti hlavy, závratě, únavu. Potíže jsou trochu častější při použití Yuzpeho metody ve srovnání s levonorgestrellem.

Běžným průvodním jevem hormonálních metod je krvácení z dělohy mimo cyklus. Pokud nenastane do 14 dnů, doporučuje se pro jistotu provést těhotenský test.

Komplikace a vedlejší účinky IUD se neliší od IUD zavedeného standardním způsobem, jak jsem popsal v příslušné kapitole.

5.2 Lékové interakce

Udává se možnost sníženého účinku hormonálních metod při současné terapii antiepileptiky nebo jinými farmaky, která indukují jaterní enzymy, a také při užívání antibiotik. Někteří v těchto případech doporučují podat vyšší dávku.

5.3 Nitroděložní těhotenství

Dojde-li k těhotenství, riziko pro plod není zvýšeno a není indikována interrupce. Došlo-li už k implantaci, metody jsou neúčinné.

5.4 Kontraindikace

5.4.1 Absolutní kontraindikace

Hormonální metody intercepce nemají žádnou absolutní kontraindikaci. Absolutní kontraindikace IUD se neliší od kontraindikací IUD zaváděného obvyklým způsobem.

5.4.2 Relativní kontraindikace

V přítomnosti relativních kontraindikací hormonálních metod dáváme přednost levonorgestrelu. Jako relativní kontraindikace byly označeny: hormonálně dependentní nádory, závažné nemoci jater, velmi vysoké riziko TEN, nevysvětlitelná migréna. Ve všech těchto situacích je však kontraindikováno především těhotenství.

Relativní kontraindikace IUD se neliší od kontraindikací IUD v běžné situaci.

6 Výhody, nevýhody, ideální uživatelka

Jedinou výhodou intercepce je její možnost použití až po pohlavním styku.

Všechny nevýhody těchto metod (malá spolehlivost, nepravidelné krvácení, nauzea atd.) ustupují do pozadí ve srovnání s rizikem interrupce.

Ideální uživatelka neexistuje. Metody lze použít po náhodném, pohlavním styku, výjimečně i po ojedinělé plánované souloži (např. při defloraci). Jejich předpis po znásilnění by měl být samozřejmě součástí lékařské péče o takovou ženu.

Vybraná literatura

1. anonym: WHO Scientific Group: Mechanism of action, safety and efficacy of intrauterine devices. Rep. WHO Sci. Techn. Rep. Ser. 753. Geneva, WHO 1987.
2. anonym: Stanovisko lékařského panelu IPPF k otázkám záchranné kontracepce. Plán. Rodič. Reprod. Zdraví, 3, 2000, s.74–76.
3. anonym: The ESHRE Capri Workshopo Group: Hormonal contraception: what is new? Hum. Reprod. Update, 8, 2002, s.359–371.
4. Adashi, E.Y.: The morning after: novel hormonal approaches to postcoital interception. Fertil. Steril., 39, 1983, s.267–269.
5. Bártfai, G.: Emergency contraception in clinical practice: global perspectives. Int. J. Gynec. Obstet., 70, 2000, s.49–58.
6. Calda, P.: Levonorgestrel – pohotovostní kontracepce. Mod. Gynek. Porod., 11, 2002, s. 135–150.
7. Cibula, D.: Hormonální kontracepce. In: Cibula, D., et al. (eds.): Základy gynekologické endokrinologie. Praha, Grada 2002, s.201–238.
8. Croxatto, H.B., et al.: Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception, 63, 2001, s.111–121.
9. Čepický, P., et al.: Postkoitální kontracepce. Čes. Gynek., 66, 2001, s.378–380.
10. Čepický, P., et al.: Doporučení k předpisu postkoitální kontracepce. Čes. Gynek., 66, 2001, s.381–382
11. Čepický, P., et al.: Doporučení k předpisu postkoitální kontracepce. Mod. Gynek. Porod., 10, 2001, s.219–221.
12. Fanta, M.: Postkoitální antikoncepce. Mod. Gynek. Porod., 10, 2001, s.178–180.
13. Fasoli, M., et al.: Post-coital contraception: an overview of published studies. Contraception, 39, 1989, s.459–468.
14. Ho, P.C., Kwan, M.S.W.A.: A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. Hum. Reprod., 8, 1993, s.389–392.
15. Van Look, P.R.A., Herten, H.: Emergency contraception. Brit. Med. Bull., 349, 1993, s. 158–170.