

# Antykoncepcja u młodocianych

VIOLETTA SKRZYPULEC-PLINTA, AGNIESZKA DROSDZOL-COP

## Streszczenie

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami WHO, nastolatki i młode kobiety powinny stosować formę podwójnego zabezpieczenia (*dual protection and dual method use*), w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej w połączeniu z prezerwatywą, w celu równoczesnej ochrony przed nieplanowaną ciążą i infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Przed włączeniem antykoncepcji hormonalnej u dziewcząt, należy przeprowadzić zalecane badania kliniczne: dokładny wywiad lekarski, badanie fizykalne ogólne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie gruczołów piersiowych, badanie ginekologiczne, rozmaz cytologiczny, badanie bakteriologiczne, test ciążyowy, badania laboratoryjne w wybranych sytuacjach klinicznych, a w przypadku występowania zaburzeń cyklu miesięczkowego i innych zaburzeń endokrynologicznych – wybrane oznaczenia hormonalne. Wybór rodzaju antykoncepcji powinien być wysoce specyficzny, dostosowany do indywidualnych potrzeb nastoletniej pacjentki, oparty o rozpatrzenie korzyści i czynników ryzyka stosowania takiej metody w zależności od wieku. Dominującym problemem przy stosowaniu antykoncepcji przez nastolatki jest istotnie niższa skuteczność danej metody (nawet do 10 razy), spowodowana błędami w jej stosowaniu, w porównaniu z grupą dorosłych kobiet.

**Słowa kluczowe:** adolescencja, antykoncepcja, doustna antykoncepcja hormonalna, infekcje przenoszone drogą płciową

## Okres adolescencji

Okres adolescencji przypada na wiek od 10-19. roku życia, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2004) [1]. Został on podzielony na trzy okresy: wczesnej dojrzałości (od 10-14. roku życia), środkowej dojrzałości (od 14-17. roku życia) oraz późnej dojrzałości (od 17-19. roku życia) [1]. Dorastanie stanowi przejście pomiędzy okresem dzieciństwa i dorosłością. W tym okresie wielu młodych ludzi rozpoczyna swoje życie seksualne. Badania pokazują, iż 20% dziewcząt i 28% chłopców miało już pierwsze kontakty seksualne przed ukończeniem 15. roku życia. Wczesny wiek inicjacji seksualnej łączy się często z brakiem zabezpieczenia i w konsekwencji wzrostem ryzyka nieplanowanych ciąż oraz infekcji przenoszonych drogą płciową (STI). Priorytetem zdrowia seksualnego nastolatków powinno być zapewnienie skutecznej ochrony przed niechcianą ciążą oraz infekcjami przenoszonymi drogą płciową [2-4].

Co roku około 800-900 tysięcy nastolatek zachodzi w ciążę i ponad 80% ciąż u kobiet poniżej 20. roku życia jest nieplanowana. W ostatnich latach zaobserwowano w krajach Europy znamienne spadki częstości występowania ciąż młodocianych o 27%, co może wynikać z lepszej edukacji seksualnej młodzieży, większego dostępu i znajomości metod planowania rodziny oraz środków antykoncepcyjnych. Jednakże obserwuje się ciągle wzrastający odsetek zakażeń przenoszonych drogą płciową w grupie nastolatek i młodych kobiet [1-4].

## Antykoncepcja młodocianych

Ostatnie dziesięciolecie przyniosły intensywny rozwój nowych metod regulacji poczęć i urodzeń, szczególnie

w aspekcie zmiany składu i dawki doustnych dwuskładnikowych tabletek antykoncepcyjnych (*oral contraceptives* – OCs) oraz wprowadzenia transdermalnego systemu antykoncepcyjnego, wewnątrzmacicznych systemów antykoncepcyjnych, antykoncepcji w postaci implantów oraz hormonalnych pierścieni dopochwowych. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), najwłaściwszym sposobem zapobiegania niepożądanego ciąży u nastolatek jest promowanie nowoczesnej skutecznej antykoncepcji [5]. Przy prawidłowym wyborze metody antykoncepcji, zgodnie z rekomendacjami PTG, należy kierować się przede wszystkim skutecznością, odwracalnością, bezpieczeństwem stosowania, akceptacją i tolerancją oraz innymi korzyściami poza-antykoncepcyjnymi danej metody. Wybór metody antykoncepcyjnej w każdej grupie wiekowej pacjentek powinien być wysoce indywidualny i uwzględniać wiele istotnych czynników. W grupie najmłodszych kobiet, nieródek metodą antykoncepcyjną z wyboru, przy braku przeciwwskazań, uwzględnieniu stopnia dojrzałości fizycznej i psychicznej, aktywności seksualnej i wpływu na zdrowie reprodukcyjne, jest dwuskładnikowa antykoncepcja hormonalna (OCs, plastry antykoncepcyjne, pierścienie dopochwowe). PTG rekomenduje stosowanie u nastolatek szczególnie nowoczesnej, skutecznej antykoncepcji, tzw. antykoncepcji permanentnej, niewymagającej codziennej aplikacji i w konsekwencji obciążonej mniejszym ryzykiem niepowodzenia, w celu przeciwdziałania niepożądanym ciążom i ich przerywaniu. PTG nie zaleca w tej grupie kobiet stosowania wewnątrzmacicznych systemów antykoncepcyjnych, jako metod pierwszego rzutu [5], lecz zgodnie ze stanowiskiem WHO można sto-

sować również takie metody w zależności od indywidualnych wskazań [1, 6].

Aktualne zalecenia WHO podkreślają, że nastolatki i młode kobiety powinny stosować formę podwójnego zabezpieczenia (*dual protection and dual method use*), w postaci wysoce skutecznej metody antykoncepcyjnej (np. dwuskładnikowej antykoncepcji hormonalnej) w połączeniu z prezerwatywą, w celu równoczesnej ochrony przed nieplanowaną ciążą i infekcjami przenoszonymi drogą płciową. WHO podkreśla także istotę niezbędnej edukacji przed włączeniem antykoncepcji i szerokiej dostępności wszystkich metod planowania rodziny wśród nastolatek [1, 6].

Dominującym problemem przy stosowaniu antykoncepcji przez nastolatki jest istotnie niższa skuteczność danej metody (nawet do 10 razy), spowodowana błędami w jej stosowaniu, w porównaniu z grupą dorosłych kobiet. Wyższy wskaźnik niepowodzeń stwierdza się podczas pierwszego roku stosowania danej metody antykoncepcyjnej. Wykazano, iż w 47% przypadków dochodzi do ciąży u kobiet czynnie stosujących różne metody antykoncepcyjne, a 20% niepożądanych ciąż wynika z błędów w stosowaniu doustnej antykoncepcji hormonalnej. Szacuje się, iż 47% nastolatek pomija przyjęcie jednej lub więcej tabletek antykoncepcyjnych w ciągu jednego cyklu, a 22% – dwóch i więcej tabletek. Konsekwencją nieprawidłowego stosowania antykoncepcji hormonalnej mogą być również nieregularne krwawienia z jamy macicy i obniżenie akceptacji metody [1, 2, 4].

Zgodnie z wytycznymi PTG i WHO, przed włączeniem OCs oraz innych form antykoncepcji hormonalnej u dziewcząt, należy przeprowadzić zalecane badania kliniczne: dokładny wywiad lekarski (z uwzględnieniem występowania: wahań masy ciała, bólów głowy, nieregularnego, bolesnego miesiączkowania, nudności/wymiotów oraz wywiadu rodzinnego w zakresie choroby zakrzepowo-zatorowej), badanie fizykalne ogólne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie gruczołów piersiowych (niekoniecznie u nastolatek), badanie ginekologiczne, rozmaz cytologiczny, badanie bakteriologiczne (w kierunku *Chlamydia trachomatis* i *Neisseria gonorrhoeae*), test ciążowy (wykluczenie ciąży), badania laboratoryjne (enzymy wątrobowe, układ krzepnięcia) w wybranych sytuacjach klinicznych, a w przypadku występowania zaburzeń cyklu miesiączkowego i innych zaburzeń endokrynologicznych – wybrane oznaczenia hormonalne (według indywidualnych wskazań) [1, 5, 6].

### **Dwuskładnikowa doustna antykoncepcja hormonalna**

Wybór rodzaju OCs powinien być wysoce specyficzny, dostosowany do indywidualnych potrzeb nastoletniej pacjentki, oparty o rozpatrzenie korzyści i czynników ryzyka stosowania takiej metody w zależności od wieku [1, 2, 6]. Dwuskładnikowa antykoncepcja hormonalna jest bezwzględnie przeciwwskazana u nastolatek i młodych kobiet w przypadku (IV grupa bezpieczeństwa

wg WHO): czynnej lub przebytej żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej, chorób układu sercowo-naczyniowego, większości zastawkowych wad serca, wrodzonych zaburzeń krzepnięcia (np. mutacja czynnika V Leiden), ciężkich schorzeń wątroby, nowotworów estrogenozależnych, krwawień z dróg rodnych o niewyjaśnionej etiologii, potwierdzenia lub podejrzenia ciąży, istotnie zwiększonego stężenia cholesterolu lub trójglicerydów w surowicy, niewyrównanej cukrzycy, otyłości dużego stopnia (BMI > 35), długotrwałego unieruchomienia, znacznego nadciśnienia tętniczego krwi, nadciśnienia płucnego, ciężkich zapalnych chorób jelit, bądź migreny ogniskowej i stanu migrenowego [1, 2, 6].

OCs może być zalecana u nastolatek aktywnych seksualnie w każdym wieku, ale po menarche. Aktualne rekomendacje umożliwiają stosowanie OCs w dwóch algorytmach: cyklicznym (21 + 7) i ciągłym – eliminującym występowanie krwawień z odstawienia. WHO bardziej zaleca w najmłodszej grupie wiekowej stosowanie schematów ciągłych (28 + 0 lub 24 + 4 placebo) ze względu na wyższe zadowolenie pacjentek. Taki alternatywny algorytm daje możliwość regulacji krwawień z jamy macicy, zmniejsza natężenie działań niepożądanych, zwiększa komfort młodej pacjentki oraz redukuje odsetek nieplanowanych ciąż [1, 2, 6-8].

Odsetek niepowodzeń przy stosowaniu OCs u nastolatek i młodych kobiet jest wyższy w porównaniu ze starszą grupą wiekową, głównie ze względu na błędy w stosowaniu metody (pomijanie dawek, przesunięcia czasowe w przyjmowaniu leku) i większą aktywność seksualną. Oszacowano, iż niepowodzenia u nastolatek stosujących OCs przez pierwsze 12 miesięcy mogą sięgać nawet 15% w porównaniu z około 0,3% u kobiet w wieku reprodukcyjnym. WHO rekomenduje zatem u dziewcząt i młodych kobiet inne metody antykoncepcji hormonalnej tzw. permanentnej (dwuskładnikowy transdermalny system antykoncepcyjny, hormonalny system antykoncepcji dopochwowej) ze względu na wyższą rzeczywistą skuteczność antykoncepcyjną, dobrą tolerancję i akceptację [1, 2, 6].

### **Dwuskładnikowy transdermalny system antykoncepcyjny / hormonalny system antykoncepcji dopochwowej**

Alternatywną metodą dla OCs jest dwuskładnikowy antykoncepcyjny system transdermalny. Mechanizm działania plastra antykoncepcyjnego jest podobny do antykoncepcji doustnej, a różnica polega na schemacie stosowania. Stałe stężenie składników leku we krwi, bez istotnych dobowych wahań stężeń, może okazać się lepsze pod względem kontroli krwawień w schemacie przedłużonym w porównaniu z OCs. Zakres stężeń EE w surowicy krwi przy stosowaniu plastrów antykoncepcyjnych odpowiada podaży OCs z 35 µg EE, a prace badawcze potwierdzają, iż występowanie działań niepożądanych jest generalnie porównywalne z niskodawkową OCs [1, 2, 6].

Dopochwowy system antykoncepcyjny jest nowoczesną formą antykoncepcji hormonalnej, zalecaną przez PTG jako metoda antykoncepcji permanentnej [3, 4]. Badania kliniczne wykazały dobrą tolerancję i wysoką akceptację metody wśród nastolatek, korzystną regulację krwawień oraz niski odsetek działań niepożądanych (nudności, wrażliwość piersi, krwawienia międzymiesiączkowe, wzrost masy ciała), uwarunkowany w głównej mierze niskim stężeniem hormonów we krwi. Antykoncepcję dopochwową cechują korzyści wynikające z omijania efektu pierwszego przejścia przez wątrobę, stałego stężenia hormonów w surowicy krwi oraz eliminacji codziennego schematu przyjmowania, co stwarza możliwości większego bezpieczeństwa i lepszej współpracy z młodą pacjentką [1, 2, 6, 9].

### **Minitabletki progestagenne**

Tabletki zawierające progestageny można zalecać młodym kobietom i dziewczętom jako metodę antykoncepcyjną pierwszego rzutu oraz w przypadku przeciwwskazań do dwuskładnikowej antykoncepcji hormonalnej (zgodnie z wytycznymi WHO). Można je również stosować u nastolatek w następujących sytuacjach klinicznych: choroby serca, anemia sierpowata, cukrzyca, hiperlipidemia, toczeń rumieniowaty układowy [1, 2, 6]. Powyższa metoda antykoncepcyjna może powodować liczne działania niepożądane (np. nieregularne krwawienia/plamienia z jamy macicy, częstsze występowanie torbieli czynnościowych jajnika) oraz wymaga rygorystycznych zasad przyjmowania leku (codziennie o tej samej porze w sposób ciągły), co może w wybranych sytuacjach stwarzać konieczność zastosowania dodatkowego zabezpieczenia w celu uzyskania skuteczności antykoncepcyjnej [1, 2, 6].

### **Wstrzyknięcia i implanty antykoncepcyjne zawierające progestageny**

Wstrzyknięcia i implanty antykoncepcyjne należą do długodziałającej antykoncepcji hormonalnej i mogą również stanowić metodę antykoncepcji dla wybranych grup nastolatek i młodych kobiet, zwłaszcza ze względu na ich wysoką skuteczność antykoncepcyjną i wyjątkowo niski wskaźnik niepowodzeń (0,05-0,3) [1, 2, 6, 10]. Przedstawioną formę antykoncepcji można polecać wybranej grupie dziewcząt, analizując indywidualne wskazania i przeciwwskazania. Grupę docelową mogą z pewnością stanowić dziewczęta potrzebujące bardzo skutecznej długodziałającej antykoncepcji, kobiety karmiące oraz pacjentki z przeciwwskazaniami do stosowania estrogenów. Przeciwwskazania dla iniekcji zawierających progestageny i estrogeny są identyczne jak dla OCs [1, 2, 6, 10].

WHO stoi na stanowisku, iż korzyści wynikające z zastosowania wstrzyknięć i implantów antykoncepcyjnych zawierających progestageny u nastolatek znacznie przewyższają działania niepożądane wywołane tymi meto-

dami i można je bezpiecznie polecać w tej grupie wiekowej. Jednakże nie należy stosować długotrwanie tych form antykoncepcji u dziewcząt ze względu na ich niekorzystny wpływ na tkankę kostną, zwłaszcza w ciągu kilku pierwszych lat po menarche. Stosowanie wstrzyknięć i implantów zawierających progestageny u nastolatek daje również wiele innych korzyści pozaantykoncepcyjnych (zmniejszenie ryzyka raka endometrium, niedokrwistości, stanów zapalnych miednicy mniejszej, ciąży ektopowej, mięśniaków macicy, redukcja utraty krwi miesięczkowej, bolesnych miesiączek) [1, 2, 6, 10].

### **Wewnątrzmaciczne systemy antykoncepcyjne**

Antykoncepcyjne systemy wewnątrzmaciczne (wkładki obojętne, zawierające miedź) oraz systemy wydzielające hormony należą do metod antykoncepcyjnych o przedłużonym działaniu i nie są zalecane, zgodnie z rekomendacjami PTG i WHO, u dziewcząt jako metody pierwszego rzutu, ale tylko w wybranych przypadkach po indywidualnej kwalifikacji [1, 2, 6, 11, 12]. Antykoncepcyjne systemy wewnątrzmaciczne, zwłaszcza systemy wydzielające lewonorgestrel, (wg WHO i ACOG) można polecać dziewczętom potrzebującym skutecznej długodziałającej antykoncepcji (dziewczęta, które rodziły, będące w stałym związku partnerskim, z niskim ryzykiem STI), ze względu na wysoką efektywność antykoncepcyjną, pełną odwracalność, jak i bezpieczeństwo metody. Po rozpoczęciu stosowania wkładek wewnątrzmacicznych należy kontrolować nastolatkę, szczególnie przez pierwsze 30 dni, pod kątem występowania objawów stanu zapalnego miednicy mniejszej [1, 2, 6, 11-13]. W najbliższym czasie dostępne będą hormonalne systemy wewnątrzmaciczne o mniejszych rozmiarach, wydzielające 12 mg lewonorgestrelu na dobę, przygotowane specjalnie dla nieródek, w tym i nastolatek [1, 2, 6, 11-13].

### **Barierowe metody antykoncepcji**

Ze względu na relatywnie niską skuteczność (wysoki wskaźnik Pearl'a), zarówno WHO, jak i PTG nie zaleca stosowania barierowych metod antykoncepcji w grupie dziewcząt i młodych kobiet jako stałej metody antykoncepcji [1, 2, 5, 6]. Należy jednak podkreślić, iż prezerwatywy stanowią skuteczne zabezpieczenie przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową (zakażenia wirusowe, w tym wirus HIV, bakteryjne, Chlamydia) oraz stanem zapalnym narządów miednicy mniejszej [1, 2, 5, 6].

### **Antykoncepcja u młodocianych – uwarunkowania prawne**

Zagadnienia prawne dotyczące leczenia osób małoletnich (w tym i zastosowania antykoncepcji) znajdujemy m.in. w: Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Art. 32-35), Kodeksie Karnym – Rozdział XXV *Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, Kodeksie Postępowania Karnego (Art. 304), Kodeksie Rodzin-

nym i Opiekuńczym – Rozdział II *Stosunki między rodzicami a dziećmi*, Kodeksie Etyki Lekarskiej, Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz Konwencji Praw Dziecka [14].

U dziewcząt przed ukończeniem 16. roku życia przeprowadzenie badania ginekologicznego, procedur diagnostycznych i leczniczych (w tym i przepisanie środków antykoncepcyjnych) wymaga zgody przedstawiciela ustawowego (wymagana odpowiednia adnotacja w dokumentacji medycznej). Fakt stwierdzenia rozpoczęcia współżycia seksualnego nie powinien być zatajony przed opiekunem dziewczynki. Dodatkowo, o fakcie współżycia płciowego, w przypadku osób małoletnich przed ukończeniem 15. roku życia, lekarz jest zobowiązany do powiadomienia odpowiednich władz (zgodnie z art. 200 kk i § 2 art. 304 kpk). U dziewcząt w wieku 16-18 lat wyżej wymienione procedury diagnostyczno-lecznicze wymagają zgody równoległej (podwójnej) – zarówno małoletniej pacjentki, jak i jej rodzica/opiekuna prawnego (wymagana odpowiednia adnotacja w dokumentacji medycznej). Brak którejkolwiek z nich powoduje bezprawność świadczenia zdrowotnego [14].

#### Piśmiennictwo

- [1] World Health Organization (2004) *Contraception in adolescence*. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva.
- [2] French R.S., Cowan F.M. (2009) *Contraception for adolescents*. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 23(2): 233-247.
- [3] Isley M.M., Edelman A., Kaneshiro B. et al. (2010) *Sex education and contraceptive use at coital debut in the United States: results from Cycle 6 of the National Survey of Family Growth*. Contraception 82(3): 236-242.
- [4] Molina R.C., Roca C.G., Zamorano J.S. et al. (2010) *Family planning and adolescent pregnancy*. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 24(2): 2092-22.

- [5] *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji*. (2006) Wydanie specjalne. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekol. Dypl. 24-26.
- [6] World Health Organization (2009) *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 4<sup>th</sup> Edition. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva.
- [7] Agostino H., Di Meglio G. (2010) *Low-dose Oral Contraceptives in Adolescents: How Low Can You Go?* J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 23(4): 195-201.
- [8] Edwards S.M., Ziemann M., Jones K. et al. (2008) *Initiation of Oral Contraceptives – Start Now!* J. Adolesc. Health 43(5): 432-436.
- [9] Edwardson J., Jamshidi R. (2010) *The contraceptive vaginal ring*. Semin. Reprod. Med. 28(2): 133-139.
- [10] Lewis L.N., Doherty D.A., Hickey M. et al. (2010) *Implanon as a contraceptive choice for teenage mothers: a comparison of contraceptive choices, acceptability and repeat pregnancy*. Contraception 81(5): 421-426.
- [11] Lyus R., Lohr P., Prager S. (2010) *Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women*. Contraception 81(5): 367-371.
- [12] Yen S., Saah T., Adams Hillard P.J. (2010) *IUDs and Adolescents – An Under-Utilized. Opportunity for Pregnancy Prevention*. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 23(3): 123-128.
- [13] American College of Obstetricians and Gynecologists (2007) *ACOG Committee Opinion Number 392. Intrauterine device and adolescents*. Obstet. Gynecol. 110(6): 1493-1495.
- [14] Skrzypulec V., Nowak-Markwitz E., Drosdzol A. et al. (2009) *Rekomendacje grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące badania ginekologicznego i leczenia osoby nieletniej opracowane w dniu 26 stycznia 2009 roku*. Ginekol. Pol. 80(3): 218-219.

✉ Agnieszka Drosdzol-Cop  
Katedra Zdrowia Kobiety  
Śląski Uniwersytet Medyczny  
40-752 Katowice, ul. Medyków 12  
e-mail: cor111@poczta.onet.pl

#### Contraception in adolescents

According to WHO recommendations, adolescents and young women should use contraception as dual protection and dual method use in the form of safe contraception together with condoms in order to protect against unplanned pregnancy and sexually transmitted infections. Before the start of hormonal contraception in adolescents, recommended clinical examinations should be performed: medical history, general physical examination, blood pressure measurement, breast examination, cytological screening, bacteriological and laboratory examinations, pregnancy test as well as in menstrual cycle and other endocrinological disturbances – selected hormonal tests.

**Key words:** adolescents, contraception, oral contraceptives, sexually transmitted infections