

## Jakim Pacjentkom polecać antykoncepcję wewnątrzmaciczną bez hormonów?

Antykoncepcja długofalowa staje się coraz bardziej popularna a ilość jej użytkowniczek pomiędzy 15 a 44 rokiem życia wzrosła pięciokrotnie w ciągu ostatniej dekady. [1] Wkładka wewnątrzmaciczna opisana po raz pierwszy w 1909 roku przez dr Richtera ma dziś ponad 168 mln użytkowniczek na całym świecie. [2] Wskaźnik Pearl dla antykoncepcji wewnątrzmacicznej bez hormonów (IUD) wynosi 0.6% - 0.8%. Różnica pomiędzy idealnym i normalnym użytkowaniem jest bardzo niewielka, zwłaszcza gdy porównać ją z innymi metodami. [3]

W obecnych czasach wkładki wewnątrzmaciczne bez hormonów o różnych kształtach i stopniu dopasowania do jamy macicy budowane są z tworzyw sztucznych. Dodatek miedzi lub miedzi posrebrzanej ma postać drucika, pierścienia, który owija rdzeń wkładki. [4]

Mechanizm działania IUD jest wielokierunkowy, co ma wpływ na jej wysoką skuteczność. Wkładka zmienia jamę macicy, uniemożliwiając w niej implantację. Uwalniane jony miedzi, zmieniają wydzielinę w jamie macicy, tak aby osłabiała żywotność plemników i hamowała zapłodnienie. Wkładki oddziałują także na ruchliwość i integralność plemników, zagęszczając śluz szyjkowy. [3]

Tradycyjnie uznaje się, że wkładka powinna być zakładana podczas miesiączki, aby nie dopuścić do założenia IUD kobiecie we wczesnej ciąży. Ogranicza to jednak dostępność metody. Badania wskazują, że aplikacja wkładek po 11 dniu cyklu wiąże się z mniejszą częstością ich usuwania w ciągu pierwszych dwóch miesięcy. Natomiast założenie po 17 dniu cyklu powoduje częstsze usuwanie wkładek ze względu na wystąpienie powikłań, takich jak ból i krwawienie z dróg rodnych. [3]

Zalecane jest, aby po 6 tygodniach od założenia wkładki wykonać kontrolne badanie obrazowe w celu potwierdzenia jej prawidłowego umiejscowienia, a gdy wkładka założona była bezpośrednio po porodzie, to po 4 tygodniach. [5] Najlepsze do tego celu wydaje się badanie ultrasonograficzne, ze względu na swoją efektywność, niski koszt i brak promieniowania. W przypadku pojawienia się wątpliwości można także zastosować badanie przeglądowe, tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. [2]

Najważniejszymi przeciwwskazaniami do zastosowania wkładki wewnątrzmacicznej są: ciąża lub jej podejrzenie, nieprawidłowe krwawienia z jamy macicy, nowotwory narządu rodowego, przebyty w ostatnim czasie stan zapalny miednicy małej oraz wady rozwojowe narządu rodowego. Należy także zwrócić uwagę na wywiad alergologiczny pacjentki, gdyż zdarzały się przypadki uczulenia na miedź. [4] Z tego powodu, przed założeniem wkładki wewnątrzmacicznej, każda kobieta powinna mieć

wykonane badanie ginekologiczne, USG dopochwowe, badanie piersi, pomiar ciśnienia tętniczego oraz rozmaz cytologiczny. Istotny jest także wywiad personalny i rodzinny. Podczas stosowania antykoncepcji, badania te powinny być powtarzane co najmniej raz do roku, z wyjątkiem cytologii, której wykonanie można ograniczyć do 3 lat. [6]

Lekarz ginekolog powinien w sposób rzetelny przedstawić możliwość i zakres wystąpienia powikłań, każdej pacjentce, która dokonuje wyboru metody antykoncepcji. Powikłaniami, które mogą występować podczas stosowania antykoncepcji wewnątrzmacicznej, są obfite i nieregularne krwawienia miesięczne (zwłaszcza, jeżeli wkładka znajduje się w jamie macicy przez dłuższy okres niż wskazany przez producenta), ciąża wewnątrzmaciczna współistniejąca z wkładką, wydalenia wkładki przez kanał szyjki macicy lub do jamy otrzewnej (najbardziej niebezpieczne powikłanie), częściowe lub całkowite uszkodzenia mięśnia macicy, a także niepłodność jako następstwo zapalenia miednicy mniejszej (PID). [5] Związek pomiędzy zakażeniami narządów miednicy mniejszej i stosowaniem wkładki wewnątrzmacicznej bez hormonów wydaje się niewyjaśniony. Z jednej strony istnieją badania, które dowodzą podwyższone ryzyko wystąpienia zakażenia w okresie kilku miesięcy od założenia IUD i sugerują monitorowanie flory bakteryjnej narządów płciowych w tym okresie. [7,8] Inne natomiast przekonują, że związek taki jest historyczny i istnieje jedynie w świadomości niektórych lekarzy. [3]

Wkładka wewnątrzmaciczna nie chroni przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Według zaleceń WHO, kobiety z podwyższonym ryzykiem chorób przenoszonych drogą płciową mogą zastosować i kontynuować stosowanie IUD (kategoria 2), natomiast u kobiet z bardzo dużym ryzykiem jest ona niezalecana (kategoria 3). [9]

Korzyści ze stosowania wkładki wewnątrzmacicznej bez hormonów dostrzegalne są zarówno z perspektywy samej pacjentki, jak i prowadzącego ją lekarza ginekologa. Poza dużą efektywnością wkładek i brakiem częstszych powikłań niewątpliwą ich zaletą jest swoboda stosowania. Kobiety nie są związane codziennym przyjmowaniem tabletek o stałej porze, co ma odbicie w przedstawionej wcześniej, niewielkiej różnicy pomiędzy wskaźnikiem Pearl'a związanym z idealnym i normalnym użytkowaniem tej metody. [3] Istotny jest także brak wpływu na doznania seksualne partnerów. [4]

Podczas stosowania wkładek, pacjentka ma zachowaną czynność gonad, krwawienia miesięczne są naturalne, a powrót płodności następuje od razu po usunięciu wkładki. [6]

Czas działania wkładek z miedzią, jest określany przez każdego producenta indywidualnie, wynosi zwykle między 3 a 5 lat. Po tym czasie wkładkę należy usunąć. Ważne jest, że pomiędzy założeniem kolejnej, u zdrowej kobiety, nie są wymagane przerwy [6], co pozwala na zachowanie ciągłości antykoncepcji.

Nie do pominięcia są także korzyści finansowe, wynikające z zastosowania antykoncepcji długofalowej, zwłaszcza że trwałość IUD ciągle rośnie. Są one związane zarówno z zastosowaniem samych wkładek, jak i zmniejszeniem liczby wizyt u lekarza ginekologa oraz kosztów związanych z transportem. [8]

Założenie wkładki należy do typowych zabiegów ginekologicznych i jest wykonywane prawie bezboleśnie. Stosowanie jej nie wymaga żadnych dodatkowych przygotowań a po upewnieniu się, czy wkładka została zaaplikowana prawidłowo, pomocne jest badanie USG. [4] Jest to niewątpliwa korzyść dla lekarza, który ma pewność, że wkładka została złożona odpowiednio, a w ciągu kolejnych lat nie uległa przemieszczeniu.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca wkładki wewnątrzmaciczne jako formę antykoncepcji dla kobiet:

- które rodziły i nie planują już macierzyństwa,
- karmiących,
- palących po 35 roku życia,
- w okresie przedmenopauzalnym. [10]

Możliwość zastosowania wkładki wewnątrzmacicznej bez hormonów określana jest jako grupa pierwsza wskazań (wg WHO) w wielu jednostkach klinicznych (można używać, bez przeciwwskazań). Jest to bardzo istotne głównie w sytuacjach, kiedy niemożliwa do zastosowania jest antykoncepcja hormonalna. Wykaz takich jednostek przedstawia tabela (tab. 1). Grupa 2 oznacza, że korzyści wynikające z zastosowania wkładek przewyższają ryzyko z nimi związane i możliwe jest ich użytkowanie. W grupie 3 metoda ta nie jest zalecana ze względu na ryzyko, natomiast w grupie 4 ryzyko jest już nieakceptowalne. [6]

Tab1. Wskazania do antykoncepcji wewnątrzmacicznej bez hormonów (IUD z miedzią) wg WHO [6]

<b>Wskazania do antykoncepcji wewnątrzmacicznej bez hormonów</b>	
<b>GRUPA 1 (brak przeciwwskazań, można stosować)</b>	
Stan kliniczny	Podział
Choroby piersi (aktualne i przebyte)	Niezdiagnozowany guz
	Łagodne zmiany w piersiach
	Rodzinna historia raka piersi
	Rak piersi
CIN	

Marskość wątroby	Skompensowana
	Zdekompensowana
Zakrzepica żył głębokich, epizod zatorowości płucnej	W wywiadzie, brak leczenia antykoagulantami
	Zakrzepica w rodzinie u krewnych I°
	Duże i małe zabiegi chirurgiczne, z i bez unieruchomienia
Depresja	
Cukrzyca (DM)	Cukrzyca ciążowa w wywiadzie
	DM bez zmian naczyniowych
	Retinopatia, neuropatia, nefropatia
	Inne zaburzenia naczyniowe, DM trwająca > 20 lat
Rozrost endometrium	
Padaczka	
Choroby pęcherzyka żółciowego	Objawowe (po leczeniu, obecne)
	Bezobjawowe
Bóle głowy	Niemigrenowe
	Migrenowe (z aurą i bez)
Cholestaza w wywiadzie	Związana z ciążą
	Niezwiązana z ciążą
Nadciśnienie w ciąży w wywiadzie	
Przebyte operacje ginekologiczne	
Hiperlipidemia	
Nadciśnienie	Dobrze kontrolowane
	Podwyższone
Choroby jelit	
Choroba niedokrwienna serca	
Guzy wątroby	Łagodne
	Złośliwe
Wiele czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych	Starszy wiek, palenie, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze
Otyłość	

Rodność	Wieloródki
Po poronieniu	I trymestr
Reumatoidalne zapalenie stawów	Bez terapii immunosupresyjnej
Palenie papierosów	Bez względu na wiek
Udar w wywiadzie	
Zakrzepica żył powierzchownych	Żylaki kończyn dolnych
	Zapalenie żył powierzchownych
Mutacje sprzyjające trombofilii	
Choroby tarczycy	
Gruźlica	O lokalizacji innej niż miednica
Choroby zastawek serca	Z powikłaniami i bez
Krwawienia miesięczkowe	Nieregularne, o miernym nasileniu
Wirusowe zapalenie wątroby	
Terapia przeciwdrgawkowa	
Antybiotykoterapia	

Wysoka efektywność i brak przeciwwskazań do wykonywania badań obrazowych pozwala na zastosowanie IUD u kobiet, które chorują, bądź chorowały na choroby nowotworowe. Wiele powikłań, które towarzyszą chorobie nowotworowej, są przeciwwskazaniami do zastosowania antykoncepcji hormonalnej, dlatego IUD wydaje się dobrym rozwiązaniem w takich stanach klinicznych. Według WHO, ilość zakażeń związanych z wkładką wewnątrzmaciczną nie zwiększa się u kobiet leczonych immunosupresją w porównaniu z kobietami, które takiej terapii nie stosowały. Należy jednak zwrócić uwagę na parametry krwi, które mogą się pogorszyć z powodu przedłużonej menstruacji. [11]

Wkładka wewnątrzmaciczna może być stosowana u osób z niewydolnością serca, gdyż także u nich oznacza się dużą efektywnością i wiąże się z małym ryzykiem powikłań. Z powodu możliwości wystąpienia powikłań, takich jak zaburzenia miesiączkowania i niedokrwistość, wśród kobiet z przedłużonymi krwawieniami miesięcznymi, zalecane jest badanie stężenia hemoglobiny. Jej niski poziom może wpłynąć w negatywny sposób na objawy i wyniki osób z niewydolnością serca. Także bakteryjne zapalenie wsierdzia może być teoretycznym powikłaniem założenia IUD u pacjentów kardiologicznych. Jednakże American Heart Association nie zaleca stosowania profilaktyki przeciwbakteryjnej w takich przypadkach. [12]

Wkładka wewnątrzmaciczna może przybierać formę antykoncepcji poporodowej (postpartum intrauterine device- PPIUD). IUD zakłada się 10 min po wydaleniu łożyska, wtedy jest nazywana "położyskową" (post-placental), między 10 min a 48 h po porodzie lub 6 tygodni po porodzie. [13] Możliwa jest także aplikacja wkładki podczas porodu wykonywanego za pomocą cięcia cesarskiego oraz po wyłyżeczkowaniu jamy macicy po poronieniu w I trymestrze ciąży. Zakładanie wkładki bezpośrednio po porodzie wiąże się z większym ryzykiem powikłań w postaci jej wydalenia (7-15/100 aplikacji), według badań nie ma to jednak wpływu na wskaźnik Pearl'a, gdyż aż 90-95% kobiet, poinformowanych o możliwości wystąpienia tego powikłania, samodzielnie rozpoznaje wydalenie wkładki. [5] Decyzja o zastosowaniu PPIUD powinna być podjęta jeszcze przed porodem, dokładnie przemyślana i przeanalizowana wraz z lekarzem ginekologiem.

Udowodniony brak wpływu wkładki wewnątrzmacicznej na metabolizm węglowodanów spowodował, że może ona być antykoncepcją z wyboru u młodych kobiet nawet z zaawansowaną cukrzycą. Metoda ta ma szczególne zastosowanie, przy współistnieniu powikłań, takich jak retinopatia proliferacyjna i incydenty zatorowo-zakrzepowe. Są one bezwzględnym przeciwwskazaniem do zastosowania antykoncepcji hormonalnej. [14]

Trudnym klinicznie zagadnieniem jest antykoncepcja otyłych kobiet. Należy pamiętać, że BMI  $>25\text{kg/m}^2$  prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko przypadkowej ciąży podczas przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych. Zwiększenie masy ciała wywiera podobny wpływ na skuteczność antykoncepcji transdermalnej i hormonalnych pierścieni dopochwowych. [15] Wysoki wskaźnik BMI nie jest przeciwwskazaniem do stosowania wkładek wewnątrzmacicznych. U kobiet otyłych, dodatkowo chorujących na cukrzycę, wkładka wewnątrzmaciczna wymaga jednak szczególnego nadzoru z powodu większego ryzyka występowania raka endometrium w tej grupie chorych. W razie jakiegokolwiek wątpliwości należy przeprowadzić kontrolę endometrium, pobierając wycinki do badania histopatologicznego. [14]

U osób niepełnosprawnych często współistnieje kilka jednostek wymienionych w tabeli (tab.1). Wielokrotnie przeciwwskazane są inne metody antykoncepcji, dlatego należy rozważyć zastosowanie wkładki wewnątrzmacicznej. Użytkowanie wkładek nie sprawia trudności technicznych pacjentkom, co nie jest bez znaczenia w takich sytuacjach.

Wkładka wewnątrzmaciczna może być także stosowana jako metoda lecznicza w zrostach wewnątrzmacicznych i zespole Ashermana. Histeroskopia jest uznaną metodą w terapii tych schorzeń, a zastosowanie IUD po zabiegu, jako terapii uzupełniającej pozwala uniknąć nawrotu zrostów. Wkładki należy łączyć z innymi metodami takimi jak cewnik Foleya, czy kwas hialuronowy. Zastosowanie IUD jest bezpieczne, skutecznie pozwala na powrót miesiączki i późniejsze ciążę z tylko minimalnymi powikłaniami. [16]

Kliniczne doświadczenie pokazuje, że dość spora grupa kobiet pomimo braku przeciwwskazań nie toleruje antykoncepcji hormonalnej. Gdy występują u nich nawet miernie nasilone efekty uboczne, uważają, że hormony źle na nie oddziałują. W takich sytuacjach należy pamiętać, że antykoncepcja ma służyć przede wszystkim kobiecie i zapewnić jej odpowiedni komfort, także psychiczny. Polecenie tym pacjentkom antykoncepcji wewnątrzmacicznej bez hormonów może okazać się kluczowe.

Niestety, do tej pory nikomu nie udało się jeszcze stworzyć idealnej metody antykoncepcyjnej. Każda z nich ma swoje wady, przeciwwskazania, objawy niepożądane. Najważniejsze jest, aby każdej kobiecie, indywidualnie dobrać możliwie najlepszą metodę, uwzględniając m.in. jej preferencje, schorzenia towarzyszące i samopoczucie. Wkładka wewnątrzmaciczna bez hormonów jest ekonomiczną, bezpieczną, efektywną i odwracalną metodą antykoncepcyjną. [5] Warto rozważyć jej zastosowanie dla opisanych grup. Odpowiednio dobrane wkładki wewnątrzmaciczne bez hormonów, mogą dawać wymierne korzyści z ich zastosowania dla lekarzy i pacjentów.

**Dr hab. n. med. Agnieszka Droszol-Cop, lek. Agnieszka Białka**

Zakład Patologii Ciąży Katedry Zdrowia Kobiety

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

ul. Medyków 12; 40-752 Katowice

Tel/fax: 322088751

## Piśmiennictwo

1. Branum A, Jones J: Trends in Long-acting Reversible Contraception. NCHS Data Brief 2015; 188.
2. Nowitzki K, Hoimes M, Chen B, et al: Ultrasonography of intrauterine devices. Ultrasonography 2015; 34(3): 183–194.
3. Sonalkar S, Schreiber C, Barnhart K: Contraception. Endotext [Internet] 2014.
4. Dębski R: Antykoncepcja – metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Część II. Medyczne (nienaturalne) metody zapobiegania niepożądaney ciąży. Ginekol Pol. 2007, 78, 834-841.
5. Gardyszewska A, Niewiadomska-Kowalczyk M, Szymańska B, et al: Przemieszczenia wkładek wewnątrzmacicznych poza jamę macicy. Ginekol Pol. 2009; 80, 942-945.
6. Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Karowicz- Bilińska A, Nowak-Markwitz E, Oszukowski P, et al: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej. Ginekol Pol. 2014, 85, 234-239.
7. Sikora-Szczęciak D, Sikora W, Rojewski R, et al. Leczenie operacyjne kobiet z powodu powikłań po stosowaniu wewnątrzmacicznych wkładek antykoncepcyjnych (IUD). Ginek Prakt 2004, 12, 1, 6-11.
8. Rivera R: Long-term safety and effectiveness of copper-releasing intrauterine devices: a case-study. UNDP/UNFPA/WHO/WORLD BANK Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) 2008.
9. World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015.
10. Spaczyński M: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie antykoncepcji. Przegląd Menopauzalny 2003; 6/2003.
11. Rzepka J, Malmur M, Zalewski K, et al: Contraception for cancer survivors. Ginekol Pol. 2013; 84, 955-958.
12. Sedlak T, Bairey Merz N, Shufelt C, et al: Contraception in Patients with Heart Failure. Circulation 2012; 126(11): 1396–1400.
13. Pfitzera A, Mackenzie D, Blancharda H, et al: A facility birth can be the time to start family planning: Postpartum intrauterine device experiences from six countries. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2015; 130 (2), S54–S61.
14. Kinalski M: Antykoncepcja u chorych na cukrzycę. Diabetologia na codzień 2008; 4(13).
15. Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego: Dębski R, Jakimiuk, A, Kotarski J, et al: Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące przyczyn braku skuteczności antykoncepcji hormonalnej Ginekol Pol. 2011, 82, 313-317.
16. Salma U, Xue M, Sayed AS, et al: Efficacy of Intrauterine Device in the Treatment of Intrauterine Adhesions. Biomed Res Int. 2014; 2014: 589296.