



Επείγουσα αντισύλληψη

Επείγουσα αντισύλληψη (ΕΑ) είναι κάθε μέθοδος αντισύλληψης που χρησιμοποιείται μετά την συνουσία και πριν την εμφύτευση. Μετά τη χρήση μιας μεθόδου ο κίνδυνος μειώνεται κατά 75-89%[1-2].

Μέθοδοι

Υπάρχουν 2 μέθοδοι επείγουσας αντισύλληψης:

1. Ορμονικές μέθοδοι
2. Ενδομήτριο σπείραμα

Ορμονικές μέθοδοι

Τα ορμονικά σκευάσματα λεβονοργεστρέλης χρησιμοποιούνται σε σχήμα 0.75 mg σε δύο δόσεις είτε σε μία εφάπαξ δόση 1.5mg. Άλλο σχήμα αφορά την οξική ουλιπριστάλη με δόση χορήγησης 30 mg εφάπαξ.

Ενδομήτριο σπείραμα χαλκού

Η τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος χαλκού μέσα σε 5 ημέρες από την επαφή αποτρέπει την πιθανή εγκυμοσύνη [3-5], ενώ για την τοποθέτηση από την 5η - 7η ημέρα έχει επίσης μελετηθεί χωρίς όμως ασφαλή δεδομένα [4, 6]. Μετά την επιτυχία της επείγουσας αντισύλληψης μπορεί να παραμείνει ως μέσο μόνιμης αντισύλληψης. Το ενδομήτριο σπείραμα λεβονοργεστρέλης (Mirena) μέχρι στιγμής δε συστήνεται για επείγουσα αντισύλληψη.

Μηχανισμός δράσης

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της ΕΑ δεν είναι ακόμη ξεκάθαρος, αλλά θεωρητικά μπορεί να επηρεάσει την ωρίμανση των ωοθυλακίων, τη διαδικασία ωορρηξίας, την ποιότητα της τραχηλικής βλέννης, τη γονιμοποίηση, την ανάπτυξη του ζυγώτη και τη μεταφορά [7]. Επίσης ο μηχανισμός δράσης διαφέρει ανάλογα με το σκεύασμα, αλλά και για το ίδιο σκεύασμα εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της λήψης σε σχέση με την επαφή και την ωορρηξία [7].

Στατιστικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των ορμονικών μεθόδων μαζί με κλινικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι ο κύριος μηχανισμός δράσης είναι η διαταραχή της ωορρηξίας [7-8]. Όταν χορηγούνται τη στιγμή της ωορρηξίας ή μετά τότε δεν επιδρούν στην ωορρηξία, αλλά επηρεάζουν την κατάσταση και τη δεκτικότητα του ενδομητρίου.

**Αποτελεσματικότητα**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναφέρει ένα ποσοστό εγκυμοσύνης 1.1% μετά τη χρήση του χαπιού λεβονοργεστρέλης [9], επιτυγχάνοντας μείωση της πιθανότητας εγκυμοσύνης κατά 89% [2, 10].

Σε τυχαίοποιημένες μελέτες [2, 9] η λεβονοργεστρέλη βρέθηκε να έχει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και είναι εξίσου αποτελεσματική η εφάπαξ δόση 1.5 mg με το σχήμα 2 δόσεων [11-12].

Η μifeπριστόνη τέλος αν και δεν συστήνεται ως μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης είναι 6 φορές πιο αποτελεσματική από όλες τις άλλες ορμονικές μεθόδους, σε συνήθη δόση 25 - 50 mg.

Ενδομήτριο σπειράμα χαλκού

Μια μεταανάλυση 20 δημοσιεύσεων έδειξε ότι η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος χαλκού μέσα σε 5 ημέρες είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική από οποιαδήποτε μέθοδο ορμονικής αντισύλληψης [13]. Έχει αναφερθεί μόνο μια κύηση μετά την τοποθέτηση σπειράματος χαλκού [4] και από την Cochrane του 2008 θεωρείται μια άριστη μέθοδος επείγουσας αντισύλληψης με αποτελεσματικότητα κοντά στο 99% [14].

Χρονική στιγμή

Η αποτελεσματικότητα της επείγουσας αντισύλληψης μειώνεται όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος που παρέρχεται από την σεξουαλική επαφή έως την έναρξη της θεραπείας. Η λεβονοργεστρέλη αποτρέπει το 95% των κυήσεων όταν λαμβάνεται σε διάστημα <24 ωρών από την επαφή, 85% σε διάστημα 25 - 48 ώρες και 58% σε 49 - 72 ώρες. Η αποτελεσματικότητα μειώνεται επίσης σημαντικά όταν δεν λαμβάνεται σύμφωνα με τις οδηγίες (βέλτιστη χρήση).

Επανεπιλημμένη χρήση της επείγουσας αντισύλληψης ως μόνιμη μέθοδος αντισύλληψης δεν συνιστάται, καθώς εμφανίζει μικρή αποτελεσματικότητα.

Ενδείξεις

Η ορμονική επείγουσα αντισύλληψη ενδείκνυται για οποιαδήποτε γυναίκα που παρουσιάζεται μέσα σε 5 ημέρες μετά από μια σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία ή ανεπαρκή προστασία και δεν επιθυμεί εγκυμοσύνη. Η τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος μπορεί να πραγματοποιηθεί έως 7 ημέρες μετά την σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία.

Μια σεξουαλική επαφή θεωρείται χωρίς προστασία όταν συμβαίνει ένα από τα παρακάτω:

- Αποτυχία χρήσης μιας αντισυλληπτικής μεθόδου
- Σπάσιμο προφυλακτικού ή διαρροή
- Μετατόπιση διαφράγματος ή τραχηλικής κάψας



- Μη λήψη ενός αντισυλληπτικού δισκίου την 1^η εβδομάδα
- Μη λήψη 3 ή περισσότερων δισκίων τη 2^η ή 3^η εβδομάδα
- Μη λήψη ενός χαπιού προγεσταγόνου
- Αποκόλληση αντισυλληπτικού επιθέματος
- Καθυστέρηση ένεσης Depo-Provera πάνω από 2 εβδομάδες
- Εκσπερμάτιση στα έξω γεννητικά όργανα
- Σεξουαλικά κακοποίηση γυναίκας που δεν χρησιμοποιεί αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο

Επειδή ο καθορισμός της γόνιμης περιόδου σε κάθε κύκλο είναι ιδιαίτερα δύσκολος, η ΕΑ θα πρέπει να δίνεται ανεξάρτητα από τη μέρα της περιόδου που έγινε η επαφή. Αν και η ορμονική ΕΑ δεν συστήνεται για τακτική χρήση, επαναλαμβανόμενη χρήση δεν θα πρέπει να αποτρέπεται καθώς δεν υπάρχουν γνωστοί κίνδυνοι [15].

Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις για ΕΑ, εκτός από την εγκυμοσύνη και αυτό γιατί είναι αποτελεσματική. Πρόσφατες μελέτες δεν έδειξαν καμία τερατογόνο δράση στο νεογνό ή δυσμενή έκβαση της εγκυμοσύνης [16-18] και επομένως δεν συστήνεται διακοπή μιας πιθανής εγκυμοσύνης. Ο Π.Ο.Υ δεν θεωρεί ούτε για τον θηλασμό αντένδειξη την ΕΑ και η μόνη αντένδειξη είναι γνωστή αλλεργία σε μια από τις ουσίες. Γυναίκες με αντένδειξη για καθημερινή χρήση αντισυλληπτικών, όπως καπνίστριες άνω των 35 ετών, μπορούν με ασφάλεια να χρησιμοποιήσουν ΕΑ, καθώς η διάρκεια επίδρασης είναι ιδιαίτερα μικρή [19]. Επίσης δεν έχει αποδειχθεί πρόσθετος κίνδυνος για φλεβοθρόμβωση, αν και στις περισσότερες μελέτες ασφαλείας έχουν αποκλεισθεί γυναίκες με αντένδειξη για αντισυλληπτικά [20].

Το χάπι λεβονοργεστρέλης θεωρητικά δεν έχει κάποιο κίνδυνο θρομβοεμβολής και προτιμάται για γυναίκες με απόλυτη αντένδειξη στα οιστρογόνα, όπως γυναίκες με θρομβοφιλία, ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου και ημικρανίες.

Σε ότι αφορά τον κίνδυνο εξωμητρίου κυήσεως μια πρόσφατη ανασκόπηση καταδεικνύει ότι ο κίνδυνος δεν υπερβαίνει αυτόν του γενικού πληθυσμού [21].

Για το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Θα πρέπει να αποκλείεται η πιθανότητα εγκυμοσύνης, είτε με τεστ κυήσεως στα ούρα είτε μετρώντας τα επίπεδα β-hCG στον ορό, ειδικά για γυναίκες με σεξουαλική επαφή στην αρχή του κύκλου.
- Δεν πρέπει να υπάρχει πρόσφατο επεισόδιο φλεγμονώδους νόσου της πυέλου και σημεία ενεργού κολπικής ή τραχηλικής λοίμωξης.
- Κατά την τοποθέτηση θα πρέπει να λαμβάνονται καλλιέργειες για χλαμύδια και γονόρροια.

Σε μια ανασκόπηση της Cochrane δεν αναδείχθηκε κάποιο όφελος από τη χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης κατά την τοποθέτηση [22]. Παρόλα αυτά σε γυναίκες



υψηλού κινδύνου για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα θα πρέπει να εξετάζεται η προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης, όπως μια εφάπαξ δόση αζιθρομυκίνης 1 gr. ή δοξυκυκλίνης 200 mg [23].

Παρακολούθηση

Θα πρέπει να συστήνεται ένα τεστ κύησης σε γυναίκες που δεν έχουν έμμηνο ρύση 21 ημέρες μετά την λήψη της ΕΑ. Παράλληλα μπορεί σε επόμενο έλεγχο να υπάρξει συμβουλευτική για μεθόδους αντισύλληψης και προληπτικός έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες για την λεβονοργεστρέλη είναι ίδιες για τα σχήματα εφάπαξ δόσης και 2 δόσεις [11-12]. Σε αυτές περιλαμβάνονται ναυτία (23%), έμετοι (5%), ζάλη (11%) και κόπωση (17%). Η πρόσθετη χορήγηση αντιεμετικού μειώνει τον κίνδυνο ναυτίας και εμέτου [24]. Οι ειδικοί ανέφεραν ότι αν μετά τη λήψη υπάρξει έμετος, μέσα σε 2 ώρες η δόση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται

Μετά την τοποθέτηση ενδομήτριου σπειράματος, αναφέρεται πυελικός πόνος, ανώμαλη κολπική αιμόρροια, πυελική λοίμωξη, διάτρηση μήτρας και απώλεια [25].

Επάνοδος εμμήνου ρήσεως

Οι περισσότερες γυναίκες θα έχουν κανονική περίοδο μέσα σε 3 εβδομάδες από την Ε.Α. Σε μελέτη του ΠΟΥ σε γυναίκες που έλαβαν 2 δόσεις λεβονοργεστρέλης, 15% των γυναικών εμφάνισαν νωρίτερα έμμηνο ρύση, 57% με απόκλιση 3 ημερών από την αναμενόμενη και 28% καθυστέρηση μεγαλύτερη από 3 ημέρες [9]. Σε άλλες μελέτες [26-27] αναφέρεται ότι η επάνοδος της εμμήνου ρήσεως εξαρτάται από τη σχέση της Ε.Α με την ημερομηνία ωορρηξίας.

Συμπεράσματα

Η Ε.Α. προσφέρει ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική αγωγή για ανεπιθύμητες κύσεις.

Η αποτελεσματικότητα αυξάνεται όσο πιο κοντά στη χρονική στιγμή της σεξουαλικής επαφής είναι η λήψη και αυτό εξαρτάται και από την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

- Η ορμονική Ε.Α είναι αποτελεσματική όταν γίνεται έως 5 ημέρες μετά την επαφή χωρίς προστασία. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β), (II-2)
- Όσο νωρίτερα γίνεται η λήψη της ορμονικής Ε.Α, τόσο αποτελεσματικότερη είναι. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β), (II-2)
- Το ενδομήτριο σπείραμα χαλκού θεωρείται αποτελεσματική Ε.Α όταν τοποθετηθεί μέσα σε 7 ημέρες. (II-2)



- Η Ε.Α με λεβονοργεστρέλη παρουσιάζει παρόμοια αποτελεσματικότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες είτε σε σχήμα εφάπαξ δόσης είτε 2 δόσεων. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α), (I)
- Δεν υπάρχει καμία ένδειξη διακοπής κύησης που προέκυψε από αποτυχία της Ε.Α. (I)

Συστάσεις

- Η Ε.Α θα πρέπει να λαμβάνεται το συντομότερο δυνατό μετά από μια επαφή χωρίς προστασία. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β), (II-2)
- Ορμονική Ε.Α θα πρέπει να λαμβάνεται μέσα σε 5 ημέρες από την επαφή, ενώ η τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος χαλκού μέσα σε 7 ημέρες. (II-2)
- Έλεγχος για εγκυμοσύνη θα πρέπει να πραγματοποιείται αν δεν έχει επανέλθει έμμηνος ρύση σε 21 ημέρες από την Ε.Α. (III)

Κατάταξη συστάσεων

- A.** Σύσταση που βασίζεται σε καλές και αξιόπιστες επιστημονικές ενδείξεις
- B.** Σύσταση που βασίζεται σε περιορισμένα ή ασυνεπή επιστημονικά στοιχεία.
- Γ.** Σύσταση που βασίζεται κατά κύριο λόγο στη συμφωνία και τη γνώμη εμπειρογνώμονα.

Ποιότητα των αξιολογούμενων στοιχείων

- I:** Αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν από τουλάχιστον μία σωστά τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη.
- II-1:** Αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν από καλά σχεδιασμένες μελέτες χωρίς τυχαιοποίηση.
- II-2:** Αποδεικτικά στοιχεία που προκύπτουν από καλά σχεδιασμένες μελέτες ομάδων (προοπτικές ή αναδρομικές) ή μελέτες περιπτώσεων κατά προτίμηση από περισσότερα από ένα κέντρο ή ερευνητικές ομάδες.
- III:** Απόψεις από καταξιωμένους επιστήμονες, με βάση την κλινική εμπειρία, περιγραφικές μελέτες ή εκθέσεις των επιτροπών εμπειρογνώμωνων.

Βιβλιογραφία

1. Trussell, J., G. Rodriguez, and C. Ellertson, *Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception*. *Contraception*, 1999. **59**(3): p. 147-51.
2. Ho, P.C. and M.S. Kwan, *A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception*. *Hum Reprod*, 1993. **8**(3): p. 389-92.
3. Lippes, J., T. Malik, and H.J. Tatum, *The postcoital copper-T*. *Adv Plan Parent*, 1976. **11**(1): p. 24-9.



4. Zhou, L. and B. Xiao, *Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial*. Contraception, 2001. **64**(2): p. 107-12.
5. Wu, S., et al., *Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicentre, cohort clinical trial*. BJOG, 2010. **117**(10): p. 1205-10.
6. Fasoli, M., et al., *Post-coital contraception: an overview of published studies*. Contraception, 1989. **39**(4): p. 459-68.
7. Croxatto, H.B., et al., *Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature*. Contraception, 2001. **63**(3): p. 111-21.
8. Landgren, B.M., et al., *The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology*. Contraception, 1989. **39**(3): p. 275-89.
9. *Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception*. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet, 1998. **352**(9126): p. 428-33.
10. Trussell, J., G. Rodriguez, and C. Ellertson, *New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception*. Contraception, 1998. **57**(6): p. 363-9.
11. von Hertzen, H., et al., *Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial*. Lancet, 2002. **360**(9348): p. 1803-10.
12. Arowojolu, A.O., I.A. Okwole, and A.O. Adekunle, *Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians*. Contraception, 2002. **66**(4): p. 269-73.
13. Trussell, J., *Contraceptive efficacy*. Arch Dermatol, 1995. **131**(9): p. 1064-8.
14. Cheng, L., et al., *Interventions for emergency contraception*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2): p. CD001324.
15. Shelton, J.D., *Repeat emergency contraception: facing our fears*. Contraception, 2002. **66**(1): p. 15-7.
16. Zhang, L., et al., *Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study*. Hum Reprod, 2009. **24**(7): p. 1605-11.
17. De Santis, M., et al., *Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study*. Fertil Steril, 2005. **84**(2): p. 296-9.
18. Bracken, M.B., *Oral contraception and congenital malformations in offspring: a review and meta-analysis of the prospective studies*. Obstet Gynecol, 1990. **76**(3 Pt 2): p. 552-7.
19. Grimes, D.A., E.G. Raymond, and B. Scott Jones, *Emergency contraception over-the-counter: the medical and legal imperatives*. Obstet Gynecol, 2001. **98**(1): p. 151-5.
20. Vasilakis, C., S.S. Jick, and H. Jick, *The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills*. Contraception, 1999. **59**(2): p. 79-83.
21. Cleland, K., et al., *Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review*. Obstet Gynecol, 2010. **115**(6): p. 1263-6.
22. Grimes, D.A. and K.F. Schulz, *Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion*. Cochrane Database Syst Rev, 2001(1): p. CD001327.
23. Sinei, S.K., et al., *Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion*. Br J Obstet Gynaecol, 1990. **97**(5): p. 412-9.
24. Raymond, E.G., et al., *Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial*. Obstet Gynecol, 2000. **95**(2): p. 271-7.
25. Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart F, Kowal D. *Contraceptive technology*. 19th ed. New York: Ardent Media Inc.; 2007
26. Hapangama, D., A.F. Glasier, and D.T. Baird, *The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle*. Contraception, 2001. **63**(3): p. 123-9.
27. Ellertson, C., et al., *Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial*. Obstet Gynecol, 2003. **101**(6): p. 1160-7.



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή και τον Δ. Ζυγούρη.

Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσίνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Ιούνιος 2013.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ.: 2107774607 Fax: 2107774609.

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.