Ehkäisymenetelmän valinta

EGO-päivät 19.-20.5.11 Seth Wichman-sali

Maarit Mentula, vs. ol.

HUS, Kätilöopiston sairaala

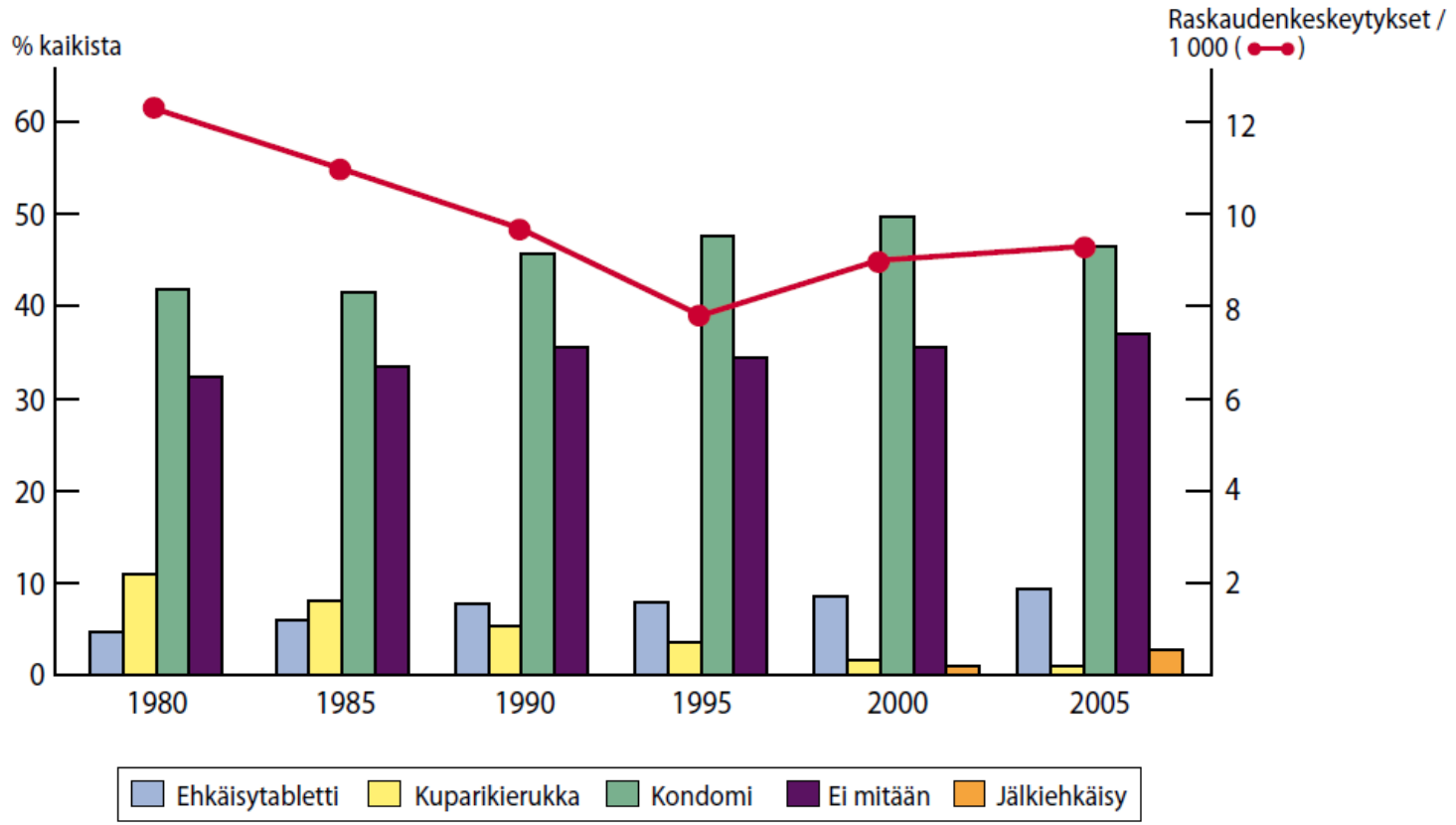
Miksi pohtia ehkäisymenetelmän valintaa?

- Raskauskuolleisuus pieni, ehkäisyvaihtoehtoja!
- Ei laittomia/komplisoituneita raskaudenkeskeytyksiä
- Ehkäisyn tarve pitkä (20 v)
- Nuoria, pääsääntöisesti terveitä naisia => ei terveysriskejä

Ehkäisyn toimivuuden mittari = suunnittelematon raskaus/ Apl ?

- 30 - 49% raskauksista alkaa suunnittelematta (Bajos 2004, Finer 2006)
- Apl Suomessa: 9/1000 fertiili-ikäistä naista; tarve ei laskenut 2000-luv.; ehkäisyttä ↑; Uusi apl 30 % (Thl 2009)

Suomalainen todellisuus: raskaudenkeskeytystä edeltänyt ehkäisy (Suhonen 2008)



KUVA 1. Raskaudenkeskeytyspotilaiden käyttämä ehkäisy ennen keskeytystä (Raskaudenkeskeyttämis- ja sterilointirekisteri, Stakes 2006).

Suomalaisten ehkäisyvalinnat?

15-50v naiset: Yhdistelmäehkäisypillerit 24% (90% 15-35v)

Minipillerit 4%

Kondomi 19%

Mirena® 15%

NuvaRing® 4%

Evra® 1%

Kapselit?

(Taloustutkimus, 2010)

Mitä painottaa ehkäisymenetelmän valinnassa?

1. Menetelmän luotettavuus



2. Käyttömukavuus

3. Sairaudet tai riskitekijät

Ehkäisymenetelmän luotettavuus:

Pearlin indeksi= raskauksia/100 menetelmää käyttävää naista/vuosi

Valmiste:	Ohjeen mukainen käyttö:	Tyypillinen käyttö:
Yhdistelmäehkäisy, minipillerit	**<1 / n1**	**< 2 – 8**
Kapseli, LNG-IUS	**<1**	**≤ 0.6**
CuIUD	**1.2**	**≤ 1.5**
Kondomi	**<6**	**n. 15**
Naisen sterilisaatio	**0.6**	**0.6**
Luonnolliset estemenetelmät: (Ei ehkäisyä:	**9 – 20** **85**	**16 – 40** **85)**

(WHO guideline 2004; Mansour 2010)

Käyttömukavuudesta – vain käytetty menetelmä ehkäisee!

- 50% lopettaa ehkäisyn vaikka ehkäisyn tarve; mitä useampia menetelmiä kokeiltu, sitä useammin lopetetaan (Moreau 2007)
- <6kk horm. ehkäisyn aloituksesta lopettamisen riskiaikaa (Rosenberg 1998)
- IUD: poisto 50% (CuIUD) - 60% (LNG-IUS) < 5 v (vuodot ja kipu) (WHO 2004)
- Kapselin poistaa 43% < 3v (33% epäsäännöllinen vuoto) (WHO 2004)
- Suomi: 19–30-v naisista 75 % harkinnut ehkäisymenetelmän vaihtoa (Ellipsi 2007)
- COC: 16 % unohtaa 3 kk aikana vähintään 2 pilleriä (Peterson 1998)

Ehkäisyn suunnittelukäynti- perusanamneesi

- Ehkäisyn tarve/ suhteen vakituisuus (tulehdusriski?)/ rahaa ehkäisyyn?/ Elämäntilanne? (imetys)
- Ikä
- Krooniset sairaudet (tulehdusriski? hormoniriippuvainen tauti?)
- Lääkitykset (masennus => estrogeenin vaikutus?, yhteisvaikutus hormonien kanssa => epilepsialääke?)
- Tupakointi (mm. tukosriski)/ Alkoholin tai huumeiden käyttö (unohtelu?)

Ehkäisyn suunnittelukäynti- gynekologinen anamneesi

- Kierto: pituus ja säännöllisyys/vuoto: kesto ja määrä (endometrioosi, vuotohäiriöt => ehkäisy hoidoksi?)
- Kierron mukaan ilmenevät muut vaivat (päänsärky, PMS, mastalgia)
- Hormoniriippuvaiset muut vaivat (akne, hirsutismi?)
- Raskausanamneesi (synnytykset: määrä? tapa?; apl=> käyttäjästä riippumaton ehkäisy; rask. aikana: kolestaasi => ei-hormonaalinen, hypertensio/ toksemia=> ei estrogeenia)

Ehkäisyn suunnittelukäynti – status ym.

- BMI
- Yleissairauteen viittaavaa??
- Kohtu: koko/ kaksiosaisuus (ei IUD)/ myomat/ polyypit (LNG-IUS?)
- Munasarjacystat (yhdistelmäehkäisy)
- Endometrioosinystermää

Tarvitaanko näytteitä?

- Tulehdus? (Klam, CG, muut?)
- Papa? (nuoret??? este ehkäisyn aloitukselle????)

Erityistilanteita ehkäisyn valinnassa – ikä

Nuori

- = synnyttämätön, menevä sinkku?? (tulehdusriski?)
- COC => luuntiheys 🡻 / murtumariski ei 🡹 (Hartard 2004 ja 2007, Pikkarainen 2008) Tupakointi

  lisää haittavaikutusta (Elgán 2003)

Yli 35/40v

- muut riskitekijät? (Halttunen 2005, Hurskainen 2008)

Erityistilanteita ehkäisyn valinnassa - paino

Alipaino

- yhdistelmäehkäisy/ DMPA => luuntiheys ⬇ (Cromer 1996, Hartard 2007) Anorektikot! (Golden 2002)

Ylipaino (BMI 27?/32?/35?)

- heikentää yhdistelmäehkäisyn tehoa? (Holt 2005, Brunner 2007)
- tromboosin itsenäinen riskitekijä (Kaaja 2008)

Ehkäisyvalinta edistää terveyttä - fertiliteetti?

- Palaa hormonaalisen menetelmän käytön loputtua (ikä ja sairaudet) (Andersson 1992, Buckshee 1995, Hassan 2004), poikkeus: DMPA (kestää 6-10 kk) (London 1993)

- Suojataan ehkäisyllä:

  Hormonaaliset ehkäisymenetelmät => PID vähenee (Toivonen 1991, Sivin 2003)

  LNG-IUS, COC=> endometrioosin eteneminen pysähtyy /hidastuu (Lockhat 2004, Huges 2007)

  Kondomi: SP-taudit estyvät (Shlay 2004)

Ehkäisyvalinta edistää terveyttä – syöpäriski?

- Yleinen syöpäriski=> COC käyttäjillä pienempi (Hannaford 2007)
- Munasarjasyöpäriski: COC ⬇ (Lurie 2007) , pitempi käyttö=> suurempi vaikutus, säilyy pienentyneenä vuosikymmeniä (Lech 2006, Hannaford 2007)
- Kohdun runko-osan syöpä: COC ⬇ (Hannaford 2007) , LNG-IUS ? (Taddei 1997, Suvanto-Luukkonen 1999, Gardner 2000)

Ehkäisyvalinnan riskejä terveydelle: verisuonisto?

Laskimotromboosiriski =>Yhdistelmäehkäisy ↑ (Rosenberg 1997, Vandenbroucke 2001, Lidegaard 2002)

- Annosriippuvainen: 50 µg > 35 µg; 35 µg vs. 20 µg ? (WHO Collaborative Study 1995, Hannaford 1998, Vandenbroucke 2001, Lidegaard 2002)
- Progestiinilla merkitystä? desogestreeli/ gestodeeni > levonorgestreeli (Vandenbroucke 2001)

Valtimotromboosiriski => COC ↑ ? (Margolis 2007)

Sydäninfarktiriski => COC käytön aikana ↑ ? (Hannaford 2003, Khader 2003)

Iskeemisen aivoinfarktin riski => COC ↑ (Farley 1998, Gillum 2000)

Ehkäisyvalinnan riskejä terveydelle - syöpäriski ?

Rintasyöpäriski: COC ↑ ?

- Pitkäänkään jatkunut käyttö ei lisää olennaisesti elinikäistä riskiä (Hannaford 2007)
- Syöpä <20% alle 50-v ja silloinkin 50% 45-49v
- Itsenäinen riskitekijä vaiko puutuva suojavaikutus? (ensisynnytys nuorena, useita synnytyksiä) (Hinkula 2005, Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1996)

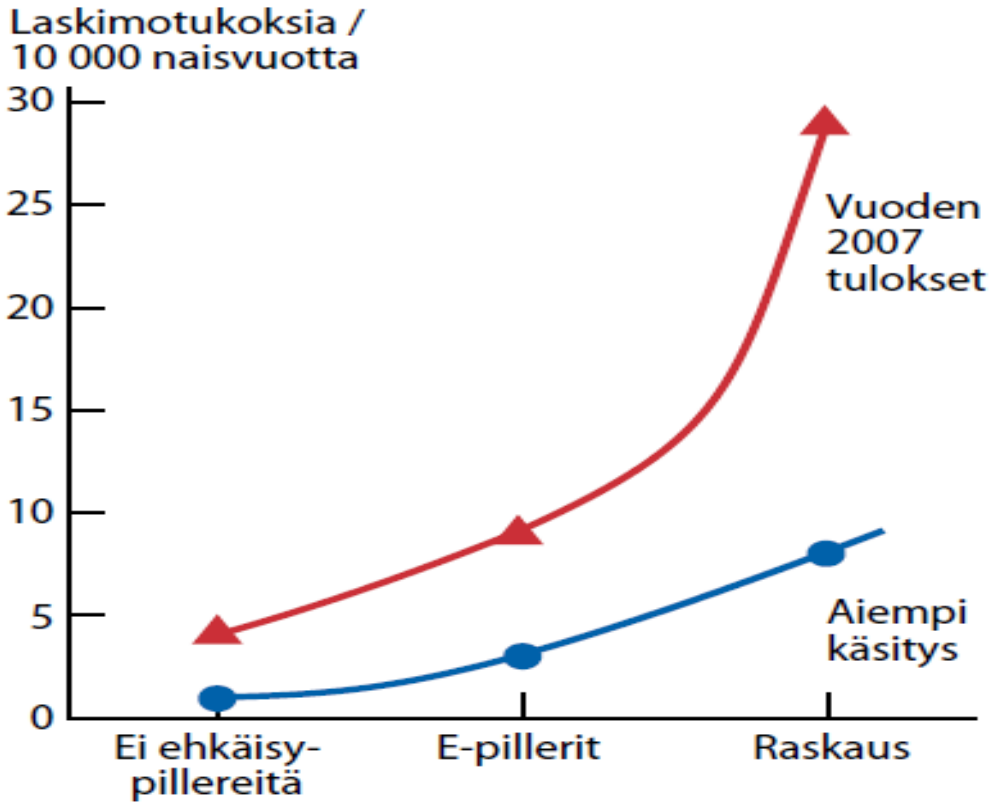
Cx syöpäriski: COC ↑ ?

- HPV!! => COC ei itsenäinen riskitekijä (Lech 2006)

Sairaudet/ riskitekijät ongelmana ehkäisyvalinnassa

- Estrogeeni ja progestiini voivat pahentaa sairautta (SLE, rintasyöpä)/ altistaa kohtaukselle tai terveysriskeille (epilepsia/migreeni/tromboosi)
- Sairaus tai riskitekijä on hormonaalisen ehkäisyn ongelma => raskaus suurempi ongelma…
- Fertiili-ikäistä naista, joka ei toivo raskautta, ei voi jättää ehkäisyttä

Ehkäisy on riski, mutta raskaus vielä suurempi riski: COC, raskaus ja laskimotukos



KUVA 1. Laskimotukosten vuosittainen ilmaantuvuus hedelmällisessä iässä eri tilanteissa olevilla naisilla. Alempi käyrä kuvaa aiempaa käsitystä tukosten ilmaantuvuudesta (Kaaja ym. 1999) ja ylempi tukosten ilmaantuvuutta tuoreimpien tutkimusten mukaan (Dinger ym. 2007, Seeger ym. 2007). Tuoreiden tutkimusten mukaan laskimotukosten ilmaantuvuus on 3,5–5-kertainen aiempaan käsitykseen verratuna.

Sairaudet tai riskitekijät ehkäisyvalinnan esteenä: hormonaalinen ehkäisy (Morin-Papunen Duodecim 2008)

TAULUKKO 1. Hormonaalisen ehkäisyn ehdottomat vasta-aiheet.

Yhdistelmävalmiste	Progestiiniehkäisy
Sairastettu syvä laskimotromboosi	Raskaus tai epäily siitä
Tupakointi ja yli 35 vuoden ikä	Diagnosoimaton verenvuoto emättimestä
Iskeeminen sydänsairaus	Aktiivinen tromboembolinen prosessi
Aivohalvaus, TIA	Aktiivinen maksasairaus
Aurallinen migreeni	Progestiinista riippuvainen kasvain (esim. meningeooma)
Perinnöllinen trombofilia	
Aktiivinen maksatauti	
Selvittämätön gynekologinen vuoto	
Diabetes ja kohde-elinvaurio	
Rintasyöpä	
Verenpaine yli 160/100 mmHg	

Ehkäisy aiheuttaa terveysriskin - migreeni

- esiintyvyys 25–30 %:lla lisääntymisikäisistä naisista (Hagen 2000)
- sidoksissa hormonitasapainoon, 1/3:lla COC käyttävistä pahenee (Mattson 1993)
- < 1v sairastetut näköauralliset migreenikohtaukset lisäsivät 15–49-v naisten aivoinfarktiriskin 7x (MacClellan 2007)
- Pelkkä progestiini turvallinen (Morin-Papunen 2008)

Hormonaalinen ehkäisy ongelmallinen, mutta raskauden oltava suunniteltu - epilepsia

- Epilepsia 1% väestöstä
- Lääkkeet: epämuodostumavaara (Holmes 2001)
- Estrogeeni => kohtauskynnys ⬇; Progestiini => kohtaussuoja
- 75%:lla epilepsia pahenee kuukautisten aikaan
- Hormonaalinen ehkäisy ei pahenna (Vessey 2002); Poikkeus: lamotrigiini => COC pienentää pitoisuutta (O'Brien 2005)
- Ehkäisyn teho heikkenee? (sytokromi P450 induktio, SHBG synteesi kiihtyy) (Zupanc 2006)
- Tiputtelu/välivuoto tavallisia (Mattson 1993) => merkki heikentyneestä tehosta?
- Progestiini: teho heikkenee? Tupla-annos? (O'Brien 2005) Implantilla myös? (Shane-McWhorter 1998) Huom! Ei heikennä LNS-IUS tehoa

Apuneuvoja

www.nice.org.uk

WHO contraception guidelines, 2004

Luokittelee sairauksien ja ehkäisymenetelmien mukaan

- **1= ei estettä ehkäisyn käytölle**
- **2= hyödyt ylittävät haitat**
- **3= haitat ylittävät hyödyn ts. vain, jos muuta menetelmää ei ole**
- **4= ehkäisyn käytöstä on vakavia riskejä ts. ei voi käyttää?**

Lopuksi: Ongelmapotilas => useita riskitekijöitä/ sairauksia!
Päädyttävä turvalliseen ehkäisyyn, jota potilas vielä käyttää

