

Antykoncepcja po porodzie. Jak uniknąć żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej?

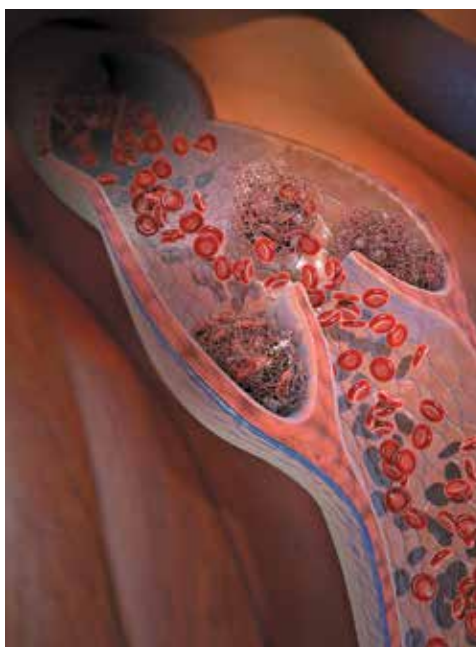
AMY J. VOEDISCH, MD, MS, PAUL D. BLUMENTHAL, MD, MPH

Zapobieganie ciąży po porodzie jest istotną kwestią dla każdej matki. Lekarze powinni omawiać z pacjentką korzyści i zagrożenia związane ze stosowaniem różnych metod antykoncepcji, uwzględniając zamiar karmienia piersią, informować, od kiedy należy zapobiegać nieplanowanej ciąży, oraz ocenić ryzyko żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej.

Zapobieganie ciąży po porodzie jest istotne dla każdej matki zarówno planującej w przyszłości urodzenie następnego dziecka, jak i zdecydowanej na zakończenie prokreacji. Lekarze i pacjentki z trudem poruszają się w gąszczu częstych uaktualnień rekomendacji dotyczących zapobiegania ciąży po porodzie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Center for Disease Control and Prevention (CDC) opublikowały zalecenia dotyczące antykoncepcji po porodzie, które mogą pomóc w wyborze najodpowiedniejszej metody dla danej pacjentki. W artykule omówiono rekomendacje CDC, które są lepiej znane lekarzom i aktualniejsze niż zalecenia WHO.

Idealnym terminem na omówienie metod antykoncepcji i wybór sposobu zapobiegania ciąży po porodzie jest okres przedporodowy, który zapewnia wystarczającą ilość czasu



Ilustracja: 3FX, 3D LIFE SCIENCE ANIMATION AND EFFECTS

do przedstawienia dostępnych środków. Porada antykoncepcyjna udzielona pacjentce w okresie przedporodowym umożliwia również podjęcie przemyślanej decyzji o takiej opcji, jak podwiązanie jajowodów, ponieważ podpisanie formularza świadomej zgody na ubezplodnienie jest wymagane przed przyjęciem kobiety do porodu.

Ostateczny wybór metody antykoncepcji, jeśli nie nastąpił w okresie przedporodowym, powinien zostać dokonany we wczesnym połogu przed wypisem kobiety ze szpitala. W rzeczywistości większość kobiet podejmuje aktywność seksualną przed wizytą kontrolną w szóstym tygodniu po

porodzie, natomiast u kobiet niekarmiących piersią do pierwszej owulacji może dojść już w 25 dniu porodu.¹⁻³ W celu uniknięcia nieplanowanej ciąży należy rozpocząć antykoncepcję przed rutynowym badaniem w 6 tygodni po porodzie. Niektórzy uważają nawet, że wizyta powinna nastąpić 3 tygodnie po porodzie w celu upewnienia się, że zostały spełnione oczekiwania matki wobec sposobu zapobiegania ciąży.¹ Ponadto wczesna wizyta poporodowa pomoże w diagnozowaniu zaburzeń laktacji i sprzyja wykryciu depresji rozwijającej się na początku połogu.

Kwestia wpływu środka antykoncepcyjnego na karmienie piersią oraz ryzyko żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej

Dr Voedisch, clinical instructor in obstetrics and gynecology, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, Kalifornia.

Dr Blumenthal, professor of obstetrics and gynecology, director, Ambulatory Care and the Family Planning Services and Research Programs, Department of Obstetrics and Gynecology, director, International Reproductive Education and Services (SPIRES) program, Stanford University School of Medicine, Palo Alto.

Dr Voedisch nie zgłasza żadnego konfliktu interesów w związku z artykułem, dr Blumenthal otrzymywał wynagrodzenie i honoraria od firmy Merck.

mają znaczący wpływ na wybór metody zapobiegania ciąży. Wymienione zagadnienia uwzględniono w zaleceniach CDC.

W zależności od tego, czy kobieta chce karmić piersią, czy nie, oraz jak długi ma być czas laktacji, dostępne metody antykoncepcji będą inne. Dowody świadczące o wpływie poszczególnych środków na laktację oraz rozwój niemowlęcia są sprzeczne. Najnowsze przeglądy systematyczne dostarczają wiedzy, która z dostępnych metod zapobiegania ciąży jest najlepsza dla danej pacjentki. Objasniono to poniżej. Biorąc pod uwagę bezsprzeczne korzyści karmienia naturalnego zarówno dla matki, jak i niemowlęcia, należy w miarę możliwości zachęcać matki do karmienia piersią i wyboru metody antykoncepcji spełniającej wymóg karmienia naturalnego i zapobiegania nieplanowanej ciąży.

Z klinicznego punktu widzenia głównym zagrożeniem podczas stosowania antykoncepcji hormonalnej po porodzie jest VTE. W ostatnio opublikowanym przeglądzie podano, że ryzyko zakrzepicy w okresie połogu, tj. w pierwszych 6 tygodniach po urodzeniu dziecka wynosi 25-99/10 000 kobietolat, co stanowi 22-84-krotny wzrost w porównaniu z grupą kontrolną.⁴ Ryzyko zakrzepicy może być jeszcze większe w następstwie powikłań porodu, niedokrwistości, dziedzicznej trombofilii, cięcia cesarskiego, palenia tytoniu, otyłości, zakażenia, stanu przedrzucawkowego i przetoczenia krwi czy wieku pacjentki powyżej 35 r.ż.⁴⁻⁷ Szczęśliwie w ciągu pierwszych 21 dni po porodzie zagrożenie to szybko maleje i powraca do wyjściowego przed 42 dniem połogu⁴ (ryc. 1). U kobiet niekarmiących piersią ryzyko VTE jest głównym czynnikiem decydującym o wyborze metody antykoncepcji, ponieważ jej wpływ na laktację nie ma znaczenia. U kobiet niekarmiących płodność powraca szybciej niż u karmiących, a ponadto, jak wcześniej wspomniano, owulacja może wystąpić już w 25 dniu połogu. Z tego powodu zabezpieczenie antykoncepcyjne niekarmiących jest niezbędne przed wizytą kontrolną po 6 tygodniach od porodu i kobieta powinna wybrać metodę jeszcze przed wypisaniem ze szpitala.

Poniższy artykuł stanowi przegląd dostępnych metod antykoncepcji dla kobiet karmiących i niekarmiących piersią, oparty na rekomendacjach CDC i uwzględniający ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej oraz wpływ metody na laktację.

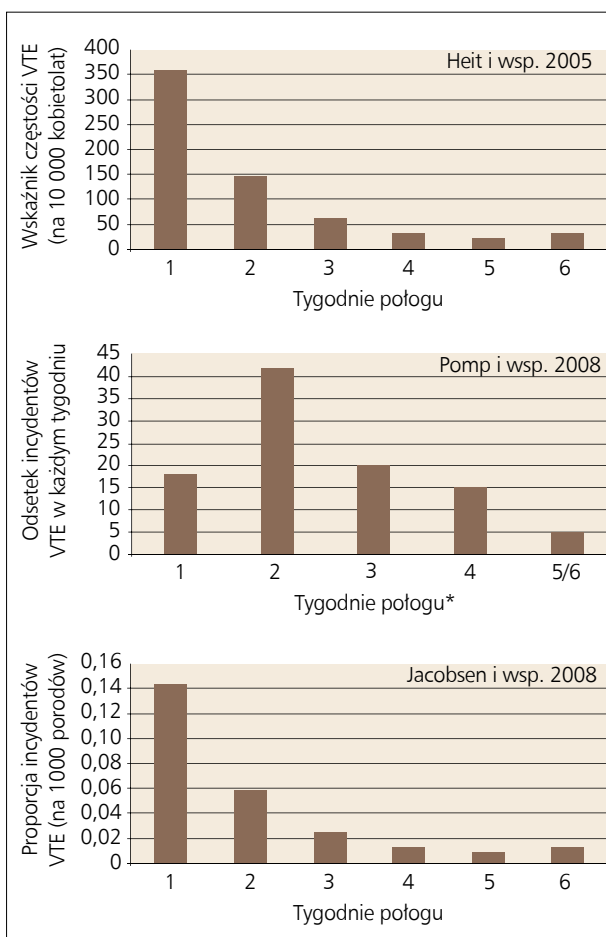
Laktacyjny brak miesiączki

Laktacyjny brak miesiączki gwarantuje 98% pewność antykoncepcyjną w ciągu pierwszych 6 miesięcy po porodzie pod warunkiem systematycznego karmienia piersią i braku miesiączki.^{8,9,10} Jeśli powróci miesiączka, kobieta odstawi dziecko od piersi lub będzie je dokarmiać sztucznie, albo upłynie więcej niż 6 miesięcy od porodu, należy stosować dodatkowe zabezpieczenie antykoncepcyjne.

Jeżeli kobieta opuszcza szpital z zamiarem zapobiegania ciąży opartym na metodzie laktacyjnego braku jajczkowania, należy jej udzielić porady na temat dodatkowego zabezpieczenia antykoncepcyjnego, takiego jak prezerwatywa.

Do zapamiętania

- W przypadku zastoju, nadkrzepliwości czy uszkodzenia śródbłonki naczyniowego może powstać zakrzep w żyłach udowych lub podkolanowych, dając początek żyłnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, która po porodzie może zaostrić się pod wpływem stosowania określonego typu antykoncepcji.
- Antykoncepcja poporodowa powinna być omówiona z pacjentką i zaplanowana w okresie przedporodowym i rozpoczęta przed wizytą kontrolną w 6 tygodniu po porodzie w celu uniknięcia nieplanowanej ciąży.
- Należy pamiętać o wpływie antykoncepcji na laktację, rozwój niemowlęcia oraz ryzyku choroby zakrzepowo-zatorowej.



RYCINA 1 Częstość żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej w poszczególnych tygodniach połogu na podstawie wyników 3 badań

Występowanie VTE w poszczególnych tygodniach połogu na podstawie danych tygodniowych z trzech badań: Heit i wsp.⁵ Pomp i wsp.⁶ i Jacobsen i wsp.⁷ We wszystkich badaniach liczba przypadków VTE wyraźnie malała między 2 i 4 tygodniem po porodzie.* Dane dla tygodni 5 i 6 przedstawiono łącznie.

Przedrukowano za zgodą Elsevier (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/00493848>).

TABELA 1

Sytuacja kliniczna matki po porodzie

	CHC	POP	DMPA	Implant	IUS	IUD
Karmiące piersią						
<1 miesiąca	3	2	2	2		
>1 miesiąca	2	1	1	1		
Niekarmiące piersią						
<21 dni	3	1	1	1		
≥21 dni	1	1	1	1		
Położ (kobiety karmiące i niekarmiące piersią, łącznie z rodzącymi przez cięcie cesarskie)						
<10 minut od wydalania łóżyska					2	1
>10 minut do <4 tygodni					2	2
≥4 tygodni					1	1
Posocznica połogowa					4	4
CHC – złożona antykoncepcja hormonalna, POP – pigułka progestagenowa, DMPA – octan medroksyprogesteronu w postaci depot, IUS – system uwalniający lewonorgestrel, IUD – wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca miedź.						
*Kategoria 1: brak przeciwwskazań do stosowania danej metody antykoncepcji.						
Kategoria 2: ogólne korzyści ze stosowania danej metody antykoncepcji przewyższają teoretyczne lub udowodnione ryzyko.						
Kategoria 3: teoretyczne lub udowodnione ryzyko zwykle przewyższa korzyści ze stosowania danej metody antykoncepcji.						
Kategoria 4: stosowanie danej metody antykoncepcji wiąże się z poważnym ryzykiem dla zdrowia						
Centers for Disease Control and Prevention ¹⁹						

tywa czy antykoncepcja awaryjna, które należy stosować w sytuacji powrotu miesiączki, karmienia mieszanego lub upływu ponad 6 miesięcy od porodu. Zgodnie z wynikami amerykańskiego badania 8% kobiet planujących karmienie piersią w rzeczywistości po opuszczeniu szpitala nigdy nie podjęło karmienia naturalnego, a dalsze 23,5% zaprzestało karmienia piersią przed wizytą kontrolną w 6 tygodniu po porodzie, ryzykując nieplanowaną ciążę.¹¹

Należy również zauważyć, że w Stanach Zjednoczonych coraz większa liczba kobiet nie tylko karmi piersią, ale z różnych powodów ściąga pokarm, na przykład z powodu powrotu do pracy zawodowej. Nasuwa się zatem pytanie, czy ściągnięcie pokarmu powoduje takie samo fizjologiczne zablokowanie owulacji i brak miesiączek jak bezpośrednie karmienie piersią niemowlęcia. Brakuje danych dotyczących tego zagadnienia. W jedynym badaniu bezpośrednio porównującym stężenie oksytocyny i prolaktyny u matek karmiących i ściągających pokarm nie odnotowano różnic w stężeniach oksytocyny.¹² Stężenie prolaktyny było podobne u kobiet karmiących piersią i korzystających z elektrycznych pomp laktacyjnych, było natomiast mniejsze

w grupie matek opróżniających piersi ręcznie, urządzeniami zasilanymi bateriami lub mechanicznymi.¹² Różnice te ani nie świadczą o klinicznej pewności antykoncepcyjnej, ani nie dowodzą różnicy w możliwości zajścia w ciążę podczas karmieniem piersią lub ściągnięcia pokarmu.

Złożona antykoncepcja hormonalna

Złożona antykoncepcja hormonalna (combined hormonal contraception, CHC) zawierająca estrogen i progestagen jest metodą odwracalną najczęściej stosowaną w Stanach Zjednoczonych, popularną również wśród kobiet po przebytym porodzie.^{13,14} Stosowanie CHC u karmiących matek wzbudza jednak dyskusję dotyczącą wpływu hormonów na jakość i ilość pokarmu, wzrost i rozwój niemowlęcia oraz innych bezpośrednich skutków działania na dziecko hormonów wydzielonych do mleka matki.

Dostępne badania składu pokarmu matek przyjmujących doustną antykoncepcję są wysoce niejednoznaczne, ponieważ część z nich dokumentuje zwiększenie, inne zmniejszenie, a jeszcze inne brak zmian w składzie białek w pokarmie. Analizy nie wykazują zmian w stężeniu laktozy, tłuszczów ani wartości energetycznej.^{15,16} Przegląd opublikowany w bazie Cochrane w 2003 roku nie potwierdził jednoznacznie wpływu antykoncepcji hormonalnej na jakość lub ilość pokarmu i na jego podstawie nie sformułowano rekomendacji o stosowaniu antykoncepcji hormonalnej przez karmiące kobiety.¹⁷

Jeden z aktualnych przeglądów systematycznych przeprowadzono w celu oceny czasu trwania naturalnego karmienia i karmienia mieszanego oraz przyrostu masy ciała i rozwoju niemowlęcia. Kapp i Curtis podjęli próbę wyjaśnienia istniejących obaw o wpływ CHC, a szczególnie doustnej antykoncepcji, na powyższe parametry.¹⁴ Autorzy badania ustalili, że dostępne dane są ograniczone i dotyczą preparatów hormonalnych z większą dawką estrogeny, których obecnie się nie stosuje. Ponadto metodologia większości badań była niskiej jakości i dokumentowała niespójne wyniki dotyczące wpływu CHC na wytwarzanie pokarmu i czas trwania laktacji.

W najdłuższym badaniu obserwacyjnym, jakie dotychczas przeprowadzono (8 lat), nie wykazano różnic we wzrastaniu, stanie zdrowia i wynikach w nauce dzieci, które w okresie karmienia piersią były eksponowane na działanie antykoncepcji hormonalnej wydzielanej do pokarmu matki.¹⁸ Niemowlęta z grupy badanej były karmione piersią o miesiąc krócej niż dzieci z grupy kontrolnej i była to jedyna obserwowana różnica. Ponadto przegląd Cochrane z 2003 roku nie wykazał istotnej różnicy we wzroście i masie ciała dzieci w wyniku przyjmowania przez matkę antykoncepcji hormonalnej w okresie laktacji.¹⁷

W świetle tych dowodów CDC rekomenduje obecnie, aby u matek karmiących nie stosować złożonej antykoncepcji hormonalnej przez pierwsze 4 tygodnie połogu (tab. 1).¹⁹ Zalecenie to jest zgodne z rekomendacją Ameri-

can College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), które również zaleca odroczenie CHC przynajmniej do 4 tygodni po porodzie, a warunkiem rozpoczęcia jej stosowania jest ustabilizowanie laktacji. Matkom, które karmią piersią i zamierzają stosować antykoncepcję hormonalną, należy doradzać używanie prezerwatyw do czasu ustabilizowania laktacji przez pierwsze 4 tygodnie połogu. Jeżeli kobiety obawiają się wpływu hormonów na wytwarzanie pokarmu, należy je poinformować, że stosowanie CHC i karmienie piersią nie wykluczają się wzajemnie i z powodzeniem można przyjmować CHC.²⁰

Złożona antykoncepcja hormonalna wpływa na hemostazę ustrojową, zwiększając ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w okresie poporodowym, chociaż nie ma prac bezpośrednio szacujących ryzyko VTE u kobiet po porodzie stosujących antykoncepcję.⁴ W przypadku niekarmiących piersią, u których kwestia wytwarzania pokarmu nie ma znaczenia, CDC zaleca opóźnienie włączenia hormonalnego środka antykoncepcyjnego dowolnego typu, w tym pigulek, plastrów i krążków, co najmniej do 21 dnia połogu.¹⁹ Do tego czasu nasilone ryzyko VTE związane z samym pościem znacznie się zmniejsza i jest porównywalne z ryzykiem u nieciążarnych przyjmujących antykoncepcję hormonalną.⁴

Antykoncepcja progestagenowa

Antykoncepcja progestagenowa (progestin-only contraception, POC) u kobiet karmiących piersią jest od dawna akceptowaną alternatywą i często matka rozpoczyna jej stosowanie jeszcze przed wypisaniem ze szpitala. Sama antykoncepcja progestagenowa nie wywołuje efektu prokoagulacyjnego ani nie wywołuje zmian w układzie krzepnięcia i dlatego może być bezpiecznie przyjmowana tuż po porodzie zarówno przez matki karmiące, jak i niekarmiące piersią.²¹ Pojawiają się jednak głosy o potencjalnym wpływie antykoncepcji progestagenowej na laktację oraz wzrost i rozwój niemowląt.²²

Niedawny systematyczny przegląd badań poświęconych antykoncepcji progestagenowej u karmiących pomógł wyjaśnić wątpliwości. Analizą objęto antykoncepcję doustną, domięśniową, implanty oraz hormonalne wkładki wewnątrzmaciczne (intrauterine device, IUD). Wykazano, że metody te nie wpływają negatywnie ani na rozwój laktacji, ani na czas jej trwania.²² Udowodniono również, że antykoncepcja progestagenowa nie wpływa niekorzystnie na wzrost i rozwój niemowlęcia karmionego naturalnie, przynajmniej we wczesnych latach jego życia.

Z uwagi na nadal istniejące, głównie teoretyczne, obawy o wpływ tego rodzaju antykoncepcji na laktację i rozwój dziecka, wciąż nie ustalono, jaki jest właściwy moment jej rozpoczęcia. W ulotkach dołączanych do opakowań antykoncepcji progestagenowej producenci zalecają rozpoczęcie stosowania preparatu nie wcześniej niż po 6 tygodniach od porodu. U karmiących kobiet CDC klasyfikuje stosowanie metody progestagenowej przed 4 tygodniem jako kate-

gorię 2 (tab. 1), co oznacza, że ogólne korzyści płynące ze stosowania antykoncepcji progestagenowej przewyższają teoretyczne zagrożenia.¹⁹

System wewnątrzmaciczny uwalniający lewonorgestrel

Wkładka wewnątrzmaciczna z lewonogestrem (intrauterine system, IUS) zawiera 52 mg hormonu, którego dobowe uwalnianie do endometrium wynosi 20 μg z jednoczesną minimalną absorpcją ogólnoustrojową. Wkładka nie ma zauważalnego wpływu na ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej.²³ Istnieją jednak teoretyczne obawy dotyczące potencjalnego wpływu małej ilości wchłoniętego progestagenu na wytwarzanie pokarmu. Jedno z najnowszych randomizowanych badań kontrolowanych porównujących czas trwania karmienia piersią i rozwój niemowląt matek stosujących wkładkę z lewonogestrem lub miedzią nie wykazało różnic między grupami.²⁴

CDC¹⁹ i ACOG²⁵ akceptują założenie wkładki wewnątrzmacicznej niezwłocznie po porodzie niezależnie od decyzji matki o podjęciu karmienia piersią (tab. 1). Kwestia ta została szczegółowo opisana poniżej.

Wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca miedź

Wkładka zawierająca miedź ma przewagę nad omówionymi wcześniej metodami antykoncepcji, ponieważ nie zawiera hormonów i tym samym nie stanowi ani potencjalnego, ani teoretycznego zagrożenia dla laktacji i jest wręcz idealną metodą dla matek, które nie akceptują żadnej antykoncepcji hormonalnej. Wkładka nie ma również wpływu na możliwość wystąpienia VTE i może być założona bezpośrednio po porodzie, co opisano poniżej.²³

Antykoncepcja awaryjna

W okresie poporodowym, podobnie jak poza ciążą, można zastosować każdy rodzaj antykoncepcji awaryjnej bez obawy o wpływ na laktację lub ryzyko VTE. Wyjątek stanowi wkładka uwalniająca miedź, której nie należy zakładać w połogu, przed upływem 4 tygodnia jego trwania. Mając na uwadze małe prawdopodobieństwo wystąpienia owulacji przed 4 tygodniem od porodu, wydaje się, że w tym okresie jej założenie nie jest konieczne.

Sterylizacja

Sterylizacja nie wpływa na wytwarzanie pokarmu ani na ryzyko żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej i można ją bezpiecznie przeprowadzić po porodzie. Większość zabiegów sterylizacji wykonuje się w pierwszych 48 h po urodzeniu dziecka. W Stanach Zjednoczonych najpopularniejsze jest częściowe wycięcie jajowodów techniką

TABELA 2

Porównanie wyników założenia wkładki po porodzie i w odroczonym terminie

	Termin odroczony	Dzień po porodzie	Po wydaleniu łożyska	Po cięciu cesarskim
Termin założenia	≥6 tygodni po porodzie	≤48 h po porodzie	≤10 minut po wydaleniu łożyska	Po wydaleniu łożyska i przed zeszcieniem macicy
Ryzyko wydalenia	3%	≤30%*	<10%	5,5%
Kontrola	4-6 tygodni po założeniu	4-6 tygodni po założeniu	4-6 tygodni po założeniu	4-6 tygodni po założeniu

*Znacznie rzadziej po założeniu przez doświadczonego lekarza i w aktualnie trwających badaniach częstość może być porównywalna do częstości wydalenia po założeniu po wydaleniu łożyska.

Pomeroya.^{26,27} Badania wykazały również skuteczność łatwego w użyciu klipsa Filshie.²⁸⁻³⁰ Jeden z najnowszych przeglądów systematycznych sugeruje jednak mniejszą całkowitą skuteczność klipsa Filshie w porównaniu z techniką Pomeroya,³¹ natomiast inny przegląd piśmiennictwa nie wykazał statystycznie istotnych różnic.³² Właściwe dobranie metody do potrzeb danej pacjentki oraz zwrócenie uwagi na szczegóły techniczne eliminują ryzyko niepowodzenia sterylizacji poporodowej, szczególnie za pomocą klipsa Filshie.³¹

Dyskusja o technikach sterylizacji po porodzie nie byłaby pełna bez przyjrzenia się sterylizacji męskiej. Okres pierwszych tygodni połogu, podczas którego kobieta powstrzymuje się od aktywności seksualnej, jest idealnym momentem dla jej partnera do poddania się zabiegowi przecięcia nasieniowodów. Zabieg jest szybki, łatwy do wykonania i bardzo skuteczny, nie jest obciążony ryzykiem i wysokimi kosztami w porównaniu ze sterylizacją kobiety oraz, z oczywistych powodów, nie wpływa na laktację czy ryzyko VTE.

Wśród dwóch najpopularniejszych technik przecięcia nasieniowodów wyróżnia się przecięcie nożem chirurgicznym oraz metodę bez użycia skalpela. Jak wynika z porównania obu metod w przeglądzie Cochrane, technice niewymagającej użycia skalpela towarzyszy mniejsze krwawienie, ból i obrzęk, rzadziej występują zakażenia, a zabieg trwa krócej.³³ Nie odnotowano różnic w skuteczności obu metod.

Antykoncepcja barierowa

Antykoncepcja barierowa jest bezpieczna dla karmiących matek i nie wpływa na ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej. Błony i kapturki naszyjkowe należy dopasować między 4 a 6 tygodniem połogu, gdy szyjka macicy i pochwa osiągają już stan sprzed ciąży. Jeśli przed ciążą kobieta stosowała którąś z tych metod, to po porodzie należy się upewnić, czy rozmiar sprzed ciąży nadal jest odpowiedni. Z chwilą ponownego rozpoczęcia współżycia można również stosować prezerwatywy dla mężczyzn i kobiet.

Założenie wkładki antykoncepcyjnej bezpośrednio po wydaleniu łożyska lub po porodzie

Założenie wkładki wewnątrzmacicznej bezpośrednio po porodzie (postpartum intrauterine device, PPIUD) oznacza umieszczenie jej w macicy przed wypisem ze szpitala.

Założenie wkładki bezpośrednio po odbytym porodzie jest równie bezpieczne i skuteczne jak założenie jej po pewnym czasie.^{34,35} Procedura PPIUD optymalizuje koszty okołoporodowej opieki medycznej, ponieważ nie wymaga dodatkowej wizyty u lekarza w okresie połogu i zapewnia antykoncepcję w chwili rozpoczęcia współżycia. Ponadto metoda PPIUD jest długotrwałym rozwiązaniem antykoncepcyjnym, które nie ma niepożądanego wpływu na karmienie piersią. Jeśli pacjentka uzyskała wyczerpującą poradę antykoncepcyjną w czasie ciąży, przed porodem lub wkrótce po urodzeniu dziecka i kwalifikuje się do założenia wkładki, można założyć ją przed wypisaniem ze szpitala niezależnie od planów kobiety dotyczących karmienia piersią.

Ponieważ założenie wkładki jest w różnym stopniu finansowane przez ubezpieczenie zdrowotne, przed wykonaniem zabiegu lekarz powinien sprawdzić zakres ubezpieczenia pacjentki.

Procedurę założenia wkładki przed upływem 10 minut od porodu łożyska określa się jako „położyskową”, natomiast założenie IUD w ciągu 48 h – „poporodową” lub czasem procedurą „dzień po porodzie” (tab. 2). Rozróżnienie to jest ważne, ponieważ starsze piśmiennictwo dotyczące metody PPIUD dokumentuje częstsze wydalenia wkładek w porównaniu z zakładanymi w czasie odległym od porodu, w przypadku których wydalenia stanowią około 3-5%.³⁶⁻³⁸ Wydalenie wkładki założonej bezpośrednio po porodzie zdaje się zależeć od czasu jej założenia oraz umiejętności lekarza, który powinien umieścić wkładkę jak najbliżej dna macicy.³⁹

Badanie epidemiologiczne wykazało, że założenie wkładki w ciągu 10 minut po urodzeniu łożyska wiąże się z 9,5% częstością jej wydalenia, podczas gdy wkładki założone między 2 a 72 h po porodzie są wydalane w 29-37% przypadków.³⁹ Niezależnie jednak od czasu za-

TABELA 3

Przegląd zagadnień związanych z założeniem wkładki wewnątrzmacicznej po wydaleniu łożyska i po cięciu cesarskim

Zadanie	Opis
Technika założenia wkładki po wydaleniu łożyska	
Przed wprowadzeniem wkładki	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zbadaj macicę w celu oceny wysokości dna. 2. Toaleta zewnętrznych narządów płciowych jałowym materiałem. 3. Jałowa serweta na podbrzusze i pod pośladki pacjentki.
Wprowadzenie wkładki	<ol style="list-style-type: none"> 4. Wprowadzić wziernik do pochwy, aby uwidocznić szyjkę macicy. 5. Odkazić pochwę i szyjkę macicy preparatem antyseptycznym. 6. Delikatnie uchwycić przednią wargę szyjki macicy kleszczykami okienkowymi. (Nie używać kleszczyków ząbkowanych, ponieważ mogą uszkodzić szyjkę macicy). 7. Uchwycić wkładkę kleszczykami okienkowymi (ryciny 3-4*). 8. Delikatnie pociągnąć ku sobie kleszczyki zapięte na szyjce macicy. 9. Kleszczyki trzymające wkładkę wprowadzić przez szyjkę macicy do dolnego odcinka macicy. Unikać kontaktu wkładki ze ścianami pochwy. 10. Uwolnić rękę trzymającą kleszczyki zapięte na szyjce macicy i położyć ją na szczycie dna macicy. 11. Ustabilizować pozycję macicy dłońią obejmującą jej dno i silnie je ucisnąć. W czasie zakładania wkładki zapobiegać przemieszczeniu się macicy ku górze. 12. Jednostajnym ruchem wprowadzić kleszczyki z wkładką do dna macicy (w kierunku pępka) (ryc. 5*). Uwaga: dolny odcinek macicy może być obkurczony, co może wymagać delikatnego użycia siły w celu wprowadzenia wkładki do dna macicy. 13. Przez powłokę brzuszną wyczuć dłońią, czy końcówka kleszczyków jest umiejscowiona w dnie macicy. 14. Uwolnić wkładkę, rozpinając zacisk kleszczyków (ryc. 6*). 15. Powoli wycofać kleszczyki z jamy macicy, trzymając je rozchylone w niewielkim stopniu (ryc. 7-8*).
Po wprowadzeniu wkładki	<ol style="list-style-type: none"> 16. Sprawdzić, czy nitki wkładki znajdują się w kanale szyjki macicy. Uwaga: jeśli macica jest silnie obkurczona, krótkie nitki wkładki zawierającej miedź mogą być widoczne w kanale szyjki. Nitki wkładki z lewonorgestrellem będą wystawać z szyjki macicy i powinny być przycięte na wysokości ujścia zewnętrznego. 17. Zdjąć kleszczyki z przedniej wargi szyjki macicy.
Technika zakładania wkładki po cięciu cesarskim	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonać masaż macicy. 2. Usunąć resztki płodu z jamy macicy. 3. Umieścić wkładkę w dnie macicy za pomocą kleszczyków lub ręką. 4. Przed zszyciem macicy przesunąć nitki wkładki do dolnego odcinka w pobliże ujścia wewnętrznego szyjki macicy. Nie wprowadzać nitek do kanału szyjki macicy, gdyż zwiększa to ryzyko zakażenia.
IUD – wkładka wewnątrzmaciczna, IUS – wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca lewonorgestrel.	
*Porównaj z rycinami zamieszczonymi w artykule ilustrującymi poszczególne etapy zakładania wkładki.	
Zaadaptowano z podręcznika EngenderHealth.	

łożenia wkładki najważniejszym warunkiem jej utrzymania w macicy jest prawidłowe założenie. Jak wspomniano wyżej, w celu zminimalizowania ryzyka wydalania IUD należy ją umieścić w dnie macicy. Założenie wkładki między 2 a 72 h po porodzie wiąże się z częstszym jej wydalaniem, ponieważ w tym czasie jama macicy może być trudno dostępna z powodu skurczu dolnego odcinka utrudniającego ustalenie prawidłowej pozycji wkładki.

Znaczenie prawidłowej pozycji wkładki może także wyjaśniać, dlaczego wkładki założone w czasie cięcia cesarskiego rzadziej zostają wydalane niż założone po porodach pochwowych. W przeglądzie obejmującym ponad 3000 procedur założenia IUD w czasie cięcia

cesarskiego odnotowano 5,5% wydań w ciągu roku od zabiegu w porównaniu z 24,5% po porodzie siłami natury.⁴⁰

Doświadczenie zakładającego wkładkę również wpływa na częstość jej wydalania, najpewniej z powodu właściwego umiejscowienia w macicy. W badaniu przeprowadzonym przez Chi i wsp. lekarze doświadczeni w pochwowej procedurze PPIUD mieli 6,9% niepowodzeń w ciągu 6 miesięcy, podczas gdy u niewprawionych operatorów wydalania wynosiły 12,0%.³⁹ Aby dalej przyjrzeć się ryzyku wypadnięcia wkładki, można przeprowadzić analizę umiejętności lekarzy w zakładaniu IUD po zabiegach aborcji w drugim trymestrze ciąży.



RYCINA 2 Zestaw narzędzi niezbędnych do wykonania zabiegu PPIUD

Wśród niezbędnych narzędzi znajdują się rozszerzacz pochwy lub jedno-/dwużyłkowy wziernik pochwowy (do uwidocznienia szyjki macicy), jałowe rękawiczki, kleszczyki okienkowe do uchwycenia szyjki macicy, kleszczyki okienkowe do wprowadzenia wkładki, gaziki, preparat antyseptyczny oraz jałowe serwety do obłożenia pacjentki.

Zaadaptowano za zgodą z The ACQUIRE Project. 2008. Poporodowe założenie wkładki wewnętrznej: Kurs szkoleniowy dla lekarzy. Podręcznik uczestnika. Nowy Jork: EngenderHealth.



RYCINA 4 Prawidłowe uchwycenie wkładki wewnętrznej kleszczykami okienkowymi

Należy zwrócić uwagę na sposób uchwycenia wkładki narzędziem i upewnić się, że jednocześnie nie uchwyciono nitki, które mogłyby zaczepić się o kleszczyki podczas ich usuwania z macicy po założeniu wkładki.

Zaadaptowano za zgodą z The ACQUIRE Project. 2008. Poporodowe założenie wkładki wewnętrznej: Kurs szkoleniowy dla lekarzy. Podręcznik uczestnika. Nowy Jork: EngenderHealth.



RYCINA 3 Technika jałowego chwytania wkładki wewnętrznej we wnętrzu opakowania

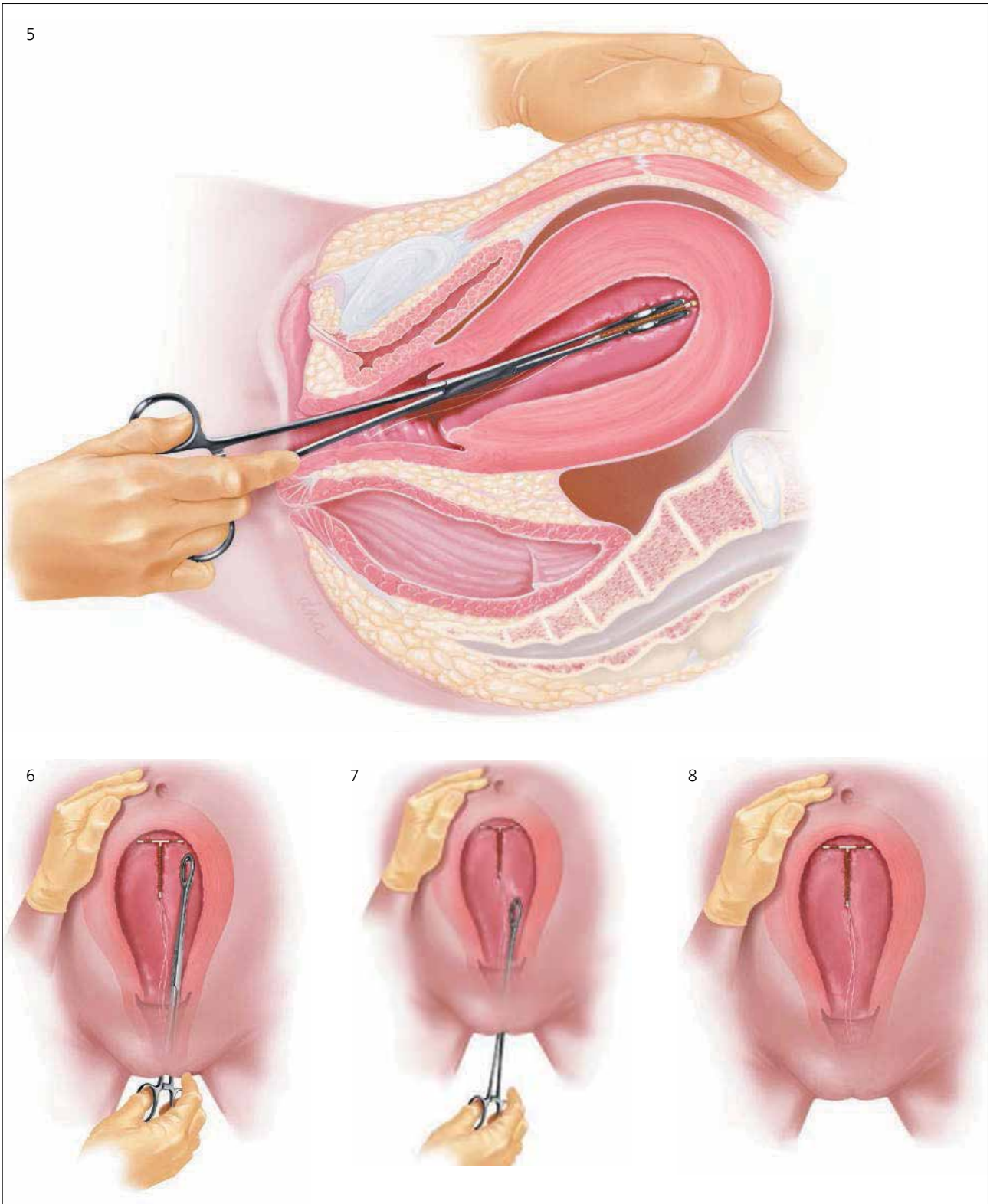
Zaadaptowano za zgodą z The ACQUIRE Project. 2008. Poporodowe założenie wkładki wewnętrznej: Kurs szkoleniowy dla lekarzy. Podręcznik uczestnika. Nowy Jork: EngenderHealth.

Stopień rozwarcia szyjki macicy i dostęp do jamy macicy po wykonaniu takiego zabiegu w drugim trymestrze jest podobny do dostępu w 24-48 h po porodzie. Przeprowadzone niedawno randomizowane badanie kontrolowane analizujące częstość wypadania wkładek umieszczanych w macicy po uprzednim rozszerzeniu szyjki macicy i ewakuacji tkanek jaja płodowego w drugim trymestrze ciąży nie wykazało znaczącej różnicy zależnej od natychmiastowego założenia wkładki po zabiegu lub w odroczonym terminie (tj. po upływie 2-4 tygodni).⁴¹

Zarówno wkładkę uwalniającą lewonorgestrel, jak i zawierającą miedź można założyć bezpośrednio po porodzie. Technika zakładania obu rodzajów wkładek nie różni się i opisano ją w tabeli 3 oraz przedstawiono na rycinach 2-8. Opisano szczegółowo technikę z wykorzystaniem kleszczyków okienkowych. Wkładkę z lewonorgestrel można zakładać, korzystając z przewodnicy dostarczonej w oryginalnym zestawie i postępując zgodnie z instrukcją dołączoną do opakowania. Jeżeli podczas PPIUD nie jest wygodne korzystanie z przewodnicy, można wyjąć wkładkę z przewodnicy i skorzystać z kleszczyków okienkowych zgodnie z techniką opisaną poniżej.

Dla potrzeb metody PPIUD CDC klasyfikuje oba rodzaje wkładek jako kategorię 2 (tab. 1). Nigdy nie należy zakładać wkładek w sytuacji posocznicy połogowej i zabieg powinien być odroczony do 4 tygodni po ustąpieniu zakażenia.¹⁹ Przed zabiegiem PPIUD pacjentka powinna mieć wystarczająco dużo czasu na podjęcie decyzji o poddaniu się temu zabiegowi, po czym należy uzyskać podpisany formularz świadomej zgody.

Nadzór nad pacjentką po zabiegu PPIUD jest podobny do okresowych kontroli po odroczonym założeniu wkładki. Pacjentka powinna zgłosić się na wizytę kontrolną między 4 a 6 tygodniem po założeniu wkładki w celu



RYCINY 5-8

Technika wprowadzania wkładki wewnątrzmacicznej po porodzie

Ilustracje dla CONTEMPORARY OB/GYN Autorstwa Alexandry Baker, DNA Illustrations, INC. Na podstawie oryginalnych rysunków autorstwa Tracy Angulo i Sarah Prager, MD

Kluczowe zagadnienia

- Główną obawą klinicystów jest ryzyko wystąpienia VTE u położnic stosujących antykoncepcję hormonalną.
- Przed wypisaniem ze szpitala położnica powinna zdecydować o sposobie zapobiegania ciąży po porodzie.
- Kobiety wykorzystujące laktacyjny brak miesiączki jako metodę zapobiegania ciąży należy informować o potrzebie dodatkowego zabezpieczenia antykoncepcyjnego.
- CDC zaleca, aby kobiety karmiące odczekały 4 tygodnie z przyjmowaniem złożonej antykoncepcji hormonalnej.
- Nie należy rozpoczynać antykoncepcji progestagenowej przed upływem 6 tygodni po porodzie.
- Wkładka uwalniająca miedź jest opcją dla kobiet, które chcą uniknąć antykoncepcji hormonalnej.
- Barieryne środki antykoncepcyjne powinny być dopasowane między 4 a 6 tygodniem połogu.

ewentualnego skrócenia nitki. W czasie połogu macica zwija się i wraca do rozmiaru sprzed ciąży, co powoduje, że ostatecznie nitki mogą być zbyt długie.

Ponadto po zabiegu PPIUD nitki mogą nie być widoczne. W takim przypadku należy niezwłocznie wykonać badanie ultrasonograficzne w celu potwierdzenia prawidłowego położenia wkładki wewnątrz macicy.

Podsumowanie

Poporodowa antykoncepcja jest istotną kwestią dla każdej matki, a odpowiedzialność za dobór metody zapobiegania ciąży satysfakcjonującej pacjentkę i jej rodzinę spoczywa na lekarzu prowadzącym. Karmienie piersią decyduje o rodzaju proponowanej metody antykoncepcji, której celem jest spełnienie oczekiwań matki zarówno wobec karmienia piersią, jak i świadomego planowania rodziny. Kobiety niekarmiące piersią mają nieco szerszy wybór spośród dostępnych metod antykoncepcji.

Chociaż wydalenie wkładek zakładanych bezpośrednio po porodzie zdarza się częściej niż zakładanych w terminie odroczonym, zarówno procedura „położyskowa”, jak i „poporodowa” jest opcją skuteczną i atrakcyjną kosztowo, która powinna być oferowana wszystkim kobietom, niezależnie od karmienia piersią.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 1, January 2012, p. 20. Postpartum contraception. Ways to avoid VTE.

PIŚMIENNICTWO

1. Speroff L, Mishell DR Jr. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception*. 2008;78(2):90-98.
2. Gray RH, Campbell OM, Zacur HA, Labbok MH, MacRae SL. Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol Metab*. 1987;64(4):645-650.
3. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):657-662.
4. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res*. 2011;127(Suppl 3):S35-S39.
5. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton U 3rd. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*. 2005;143(10):697-706.
6. Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost*. 2008;6(4):632-637.
7. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost*. 2008;6(6):905-912.
8. Kennedy KI, Trussell J. Postpartum contraception and lactation. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart FH, Kowal D, eds. *Contraceptive Technology*. 19th ed. New York, New York: Ardent Media, Inc; 2007:403-431.
9. Diaz S, Croxatto HB. Contraception in lactating women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1993;5(6):815-822.
10. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*. 1989;39(5):477-496.
11. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(6):1250-1256.
12. Zinaman MJ, Hughes V, Queenan JT, Labbok MH, Albertson B. Acute prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expression in lactating women. *Pediatrics*. 1992;89(3):437-440.
13. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. *Adv Data*. 2004;350:1-36.
14. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):10-16.
15. Hull VJ. The effects of hormonal contraceptives on lactation: current findings, methodological considerations, and future priorities. *Stud Fam Plann*. 1981;12(4):134-155.
16. Costa TH, Dorea JG. Concentration of fat, protein, lactose and energy in milk of mothers using hormonal contraceptives. *Ann Trop Paediatr*. 1992;12(2):203-209.
17. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003988.
18. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. *Contraception*. 1986;34(5):443-457.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-4):1-86.
20. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG practice bulletin. no. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6):1453-1472.
21. Gomes MP, Deitcher SR. Risk of venous thromboembolic disease associated with hormonal contraceptives and hormone replacement therapy: a clinical review. *Arch Intern Med*. 2004;164(18):1965-1976.
22. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):17-37.
23. van Vliet HA, Tchaikovski SN, Rosendaal FR, Rosing J, Helmerhorst FM. The effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the resistance to activated protein C (APC). *Thromb Haemost*. 2009;101(4):691-695.
24. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena® versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*. 2005;72(5):346-351.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 121: Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2011;118(1):184-196.
26. Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylor LR, Trussell J. The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174(4):1161-1168.
27. Peterson HB. Sterilization. *Obstet Gynecol*. 2008;111(1): 189-203. Review. Erratum in: *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):989.
28. Kohaut BA, Musselman BL, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Randomized trial to compare perioperative outcomes of Filshie clip vs. Pomeroy technique for postpartum and intraoperative cesarean tubal sterilization: a pilot study. *Contraception*. 2004;69(4):267-270.

29. Penfield AJ. The Filshie clip for female sterilization: a review of world experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(3):485-489.
30. Yan JS, Hsu J, Yin CS. Comparative study of Filshie clip and Pomeroy method for postpartum sterilization. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990;33(3):263-267.
31. Rodriguez MI, Edelman AB, Kapp N. Postpartum sterilization with the titanium clip: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;118(1):143-147.
32. Madari S, Varma R, Gupta J. A comparison of the modified Pomeroy tubal ligation and Filshie clips for immediate postpartum sterilisation: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;16(5):341-349.
33. Cook LA, Pun A, van Vliet H, Gallo MF, Lopez LM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(2):CD004112.
34. Grimes D, Schulz K, Van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD003036.
35. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):327-336.
36. Grimes DA. Intrauterine devices (IUDs). In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W Jr, Stewart FH, Kowal D, eds. *Contraceptive Technology.* 19th ed. New York, New York: Ardent Media, Inc; 2007:117-144.
37. Zhang J, Feldblum PJ, Chi IC, Farr MG. Risk factors for copper T IUD expulsion: an epidemiologic analysis. *Contraception.* 1992;46(5):427-433.
38. Mansour D. Copper IUD and LNG IUS compared with tubal occlusion. *Contraception.* 2007;75(6 Suppl):S144-S151.
39. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception.* 1985;32(2):119-134.
40. Xu JX, Connell C, Chi IC. Immediate postpartum intrauterine device insertion--a report on the Chinese experience. *Adv Contracept.* 1992;8(4):281-290.
41. Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, et al. Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception.* 2011;83(6):522-527