

ארכיון



טייטע ראשונה

נייר עמדה 33 מניעת הריון בחירום

דברי הסבר

שקרויה גם "גלולת הבוקר שאחרי" או מניעת הריון (emergency contraception), מניעת הריון בחירום הינה טיפול שנועד למנוע הריון לאחר קיום יחסי מין ללא (postcoital contraception), לאחר מגע מיני הגנה או עם הגנה לא מספקת (1). שימוש באמצעי מניעה לטווח ארוך הינו הדרך הטובה ביותר להפחתת שיעור ההריונות הלא רצויים, אך מניעת הריון בחירום הינה אפשרות טובה מאד כאשר שיטות אחרות נכשלו (1). **EBM: III.**

נתונים מארה"ב מורים כי כמחצית מההריונות הינם בלתי מתוכננים, ומתוכם כמעט מחצית יסתיימו בהפסקת הריון. יתרה מזאת, כמחצית מההריונות הלא מתוכננים אירעו בקרב נשים שהשתמשו באמצעי מניעה בחודש בו הרו (2). בישראל מידי שנה בעשור האחרון מבוצעות כעשרים אלף הפסקות הריון באישור הוועדה, מרביתם הריונות לא מתוכננים. אחת הדרכים שהוצעו להפחתת שיעור ההריונות הלא מתוכננים הינה שימוש נרחב יותר באמצעים למניעת הריון בחירום (1). העלאת הזמינות של גלולות המשמשות למניעת הריון בחירום (מעלה את שיעור השימוש, אך לא הוכח כי היא מפחיתה את ההיארעות של הריונות לא מתוכננים (3,4) **EBM: II-1..**

הוריות

הוריות שכיחות כוללות כישלון של שימוש באמצעי מניעה (למשל קונדום שנקרע או שכחה של יותר מגלולה אחת למניעת הריון) או אי שימוש באמצעי מניעה

יש להציע מניעת הריון בחירום לאחר תקיפה מינית של אישה

הוריות נגד

EBM: III. (אין הוכחות שקיימים מצבים רפואיים שמהווים איסור למתן אמצעים למניעת הריון בחירום 1) בשל משך הנטילה הקצר, הוריות נגד למתן גלולות משולבות למניעת הריון אינן נוגעות למתן אמצעים למניעת הריון בחירום. לפי ארגון הבריאות העולמי אין מצב בו הסיכון שבנטילת אמצעים למניעת הריון בחירום עולה על היתרונות. בין היתר מצוינים באופן ספציפי מצבים כמו היסטוריה של הריון חוץ רחמי, מחלת לב, מיגרנות או מחלת כבד, ונשים מניקות. גם דמם לדני בלתי מאובחן או חשד להריון אינם מהווים סיבה לא לתת אמצעים למניעת הריון בחירום, למרות שאין הוריה למתן בנשים עם הריון מוכח, מאחר ולא תהיה במקרה זה כל **EBM: III.** (השפעה 1)

אמצעים

- תכשיר המכיל פרוגסטרוין בלבד. גלולה אחת של 1.5 מ"ג של לוונורגסטרל שניטלת מיד לאחר היחסים הלא **EBM:I** (5-7) New Postinor "מוגנים (משווק בישראל תחת השם המסחרי "פוסטינור ניו גלולות משולבות למניעת הריון. שתי מנות שכל אחת מכילה 120 מק"ג של אתניל אסטרדיול ועוד 0.6 מ"ג של לוונורגסטרל (4 טבליות של מיקרוגינון או נורדט), שנלקחות במרווח 12 שעות. צרוף זה קשור ביותר **EBM: I.** תופעות לוואי, בעיקר בחילות, בהשוואה לתכשיר שמכיל פרוגסטרוין בלבד
- התקן תוך-רחמי. ניתן להכניס התקן תוך חמישה ימים מהמגע המיני הבלתי מוגן (20,21). אין מחקרים **EBM: I.** מעוניינות באמצעי מניעה לטווח ארוך
- האנטי-פרוגסטרוין מיפפריסטון, יכול לשמש למניעת הריון בחירום, אך מאושר לשימוש בישראל אך ורק לשם **EBM: I.** הפסקת הריון

אופן הפעולה

נראה שאין מנגנון פעולה אחד עבור האמצעים למניעת הריון בחירום, אלא שההשפעה הינה בהתאם ליום במחזור בו קוימו יחסי המין ואמצעי המניעה שניתנו. גם מתן פרוגסטרוין וגם מתן גלולות משולבות גרם לדיכוי או עיכוב של הביז (1). מחקרים הראו שינויים היסטולוגיים וביוכימיים ברירת הרחם בעקבות נטילת הגלולות המשולבות, דבר המורה כי יתכן עיכוב של השתרשות הביצית המופרית ברירת הרחם. נראה שהגלולות מפריעות גם לביז ולמעבר וחדירה של הזרע, אך לא נראה שהגלולות היו יכולות להיות כה יעילות רק על **בסיס מנגנונים אלה.**

נוטים לעתים להתבלבל בין אמצעים למניעה הריון בחירום והפסקת הריון תרופתית. אבל, בעוד שתרופות להפסקת הריון משמשות להפסקת הריון קיים, אמצעים למניעה הריון בחירום יעילים רק לפני שההריון נקלט. אמצעים למניעה הריון בחירום יכולים למנוע הריון במשך חמישה ימים ויותר שחולפים בין המגע המיני וההשרשה של הביצית המופרית, אך הם אינם יעילים לאחר ההשרשה.

אופן המתן

יש לתת את האמצעים למניעת הריון בחירום מוקדם ככל האפשר לאחר יחסי המין הבלתי מוגנים. מחקרים מורים שמתן של גלולות לוונורגסטרל או גלולות משולבות יעיל יותר ככל שהוא ניתן מוקדם יותר (EBM: I. 6,11,12))

• אין צורך בבדיקה גופנית או בבדיקות מעבדה לפני מתן אמצעים למניעת הריון בחירום.

• אין לעכב את מתן אמצעים למניעת הריון בחירום עד לקבלת בדיקת הריון או כאשר יחסי המין הלא מוגנים. התרחשו בימים לא פוריים

• מחקרים מוקדמים הראו כי מתן גלולות תוך 72 שעות לאחר המגע המיני יעיל, ועל כן בעבר זו הייתה ההמלצה. מחקרים חדשים יותר הראו כי גלולות למניעת הריון בחירום יעילות באופן מתון עד 120 שעות לאחר המגע הבלתי מוגן, ועל כן ההמלצה כיום היא לתת את הגלולות לנשים המעוניינות בכך עד 120 שעות (EBM: II-2. (לאחר קיום יחסים 6,13-15))

• (מתן מראש של אמצעים למניעת הריון בחירום עשויה להוביל לשימוש מוקדם יותר (13,16) EBM: I. במידה והאישה הקיאה פחות משלוש שעות לאחר נטילת גלולת הלוונורגסטרל מומלץ לתת לה מיד מנה EBM: III. נוספת

• (אם האישה סובלת מהקאות חמורות ניתן לתת את הגלולות גם בהשמה בנרתיק (18,19) EBM: II-3.

• (אפשר לתת גלולת לוונורגסטרל למניעת הריון בחרום פעמים חוזרות אפילו באותו מחזור (1) EBM: III.

• גלולת לוונורגסטרל המשמשת בחרום יעילה פחות למניעת הריון קבועה בהשוואה לאמצעי מניעה ארוכי טווח קיימים. שימוש ממושך בגלולות לוונורגסטרל יחשוף את האישה לרמות הורמונים גבוהות יחסית ויהיה מלווה ביותר תופעות לוואי, כולל הפרעות בסדירות המחזור. על כן, אין להשתמש בגלולות לוונורגסטרל למניעת (EBM: III. (הריון בחרום כאמצעי מניעה ארוך-טווח 1)

יעילות

• בשמונה מחקרים שכללו יותר מ-9,500 נשים שהשתמשו בגלולות הלוונורגסטרל בלבד נמצא שאחוז ההריונות שנמנע היה בטווח של 59% עד 94%, כלומר זהו השיעור בו פחתו סיכויי האישה להרות (EBM: I. 5,6,10,11,12,17,22))

• גלולת לוונורגסטרל מפחית את הסיכוי להרות לאחר מגע מיני בודד ללא הגנה מכ-8% ל-1%, הפחתה של כ-89% בסיכון להריון לא מתוכנן. נטילה תוך 24 שעות כנראה יעילה עוד יותר

• הוכח שנטילת גלולות עם לוונורגסטרל בלבד יעילה פי שנים מנטילת גלולות משולבות במצבי חרום, ולכן (EBM: I. (לוונורגסטרל הינו הטיפול המועדף 11)

- התקן שמוכנס לרחם תוך חמישה ימים מהמגע המיני הבלתי מוגן קשור בשיעור הריון של 0.2% בלבד (20,21))

תופעות לוואי

נטילת לונורגסטרל במינון של 1.5 מ"ג לא נמצאה עד כה בקשר עם סיבוכים חמורים או מקרי מוות (9). על כן **EBM: III.** "בישראל אין צורך במרשם רופא על מנת לקנות את "פוסטינור ניו

מחקרים על מתן מינונים גבוהים של גלולות למניעת הריון מורים כי נטילת גלולות למניעה הריון בחירום לא **EBM: III.** (מעלה את הסיכון להריון צעיר או להתפתחות העובר (8)

אמצעים למניעה הריון בחירום אינם מעלים את הסיכון להריון חוץ רחמי, וכמו כל אמצעי המניעה, למעשה **EBM: III.** מפחיתים את הסיכון המוחלט להריון מחוץ לרחם ע"י הפחתה של הסיכוי הכולל להריון

תופעות לוואי קצרות טווח כוללות

- בחילות והקאות: נטילת לונורגסטרל קשורה בשיעור נמוך באופן מובהק של בחילות והקאות בהשוואה **EBM: I.** (לגלולה המשולבת (5,6,10-12)
- דמם לדני לא סדיר: לאחר שימוש באמצעים למניעת הריון בחירום הדמם הווסתי בד"כ מתרחש בתוך שבוע לפני או אחרי המועד הצפוי (11). ישנן נשים שסובלות מהכתמות או דימום לא סדיר בשבוע או בחודש שלאחר הטיפול. דמם בלתי סדיר, הנובע משימוש באמצעים למניעה הריון בחירום, חולף ללא טיפול **EBM: I.** (6))

תופעות לוואי נוספות: רגישות בשדים, כאבי בטן, סחרחורת, כאבי ראש ועייפות •

מעקב

אין צורך במעקב מיוחד לאחר שימוש בגלולות למניעת הריון בחירום. עם זאת, יש להנחות את האישה לבצע **EBM: III.** (בדיקת הריון במידה ויהיה לה איחור של יותר משבוע. (1)

יש להנחות את האישה לפנות לרופא במידה והיא תסבול מדימום בלתי סדיר ממושך או מכאבי בטן. זאת **EBM: III.** (בשל החשש מפני הפלה עצמונית או הריון חוץ רחמי) (1)

במידה והאישה פונה לרופא לשם קבלת גלולות למניעת הריון בחירום, הרי שזוהי הזדמנות ליעץ לה בנושא **EBM: III.** (מניעת הידבקות במחלות המועברות במגע מיני וביחס לאפשרויות הקיימות של אמצעי מניעה (1)

העלאת המודעות

- נשים רבות אינן מודעות לאפשרות של מניעת הריון בחירום, לא מבינות כיצד ומתי להשתמש באמצעים. הזמינים או שאינן ממשמשות בהם בעת הצורך.
- על מנת שמתן ללא מרשם רופא של גלולות למניעת הריון בחירום יצליח, על האישה ובן זוגה להיות מודעים. לכך שהאמצעי זמין, ועליהם לדעת מתי להשתמש בו על מנת להשיג יעילות מרבית.
- הגברת המודעות, הידע והזמינות לאמצעים למניעת הריון בחירום הינם בעלי חשיבות במאמץ להפחית את שיעור ההריונות הבלתי מתוכננים.
- רופאים צריכים לפעול להגברת המודעות בקרב המטופלות שלהן ביחס לאפשרות של שימוש באמצעים. למניעת הריון בחירום.

ספרות

1. ACOG Practice Bulletin Number 69. Emergency contraception. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2005;106:1443-52.
2. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2006;38:90-6.
3. Raymond EG, Stewart F, Weaver M, Monteith C, Van Der Pol B. Impact of increased access to emergency contraceptive pills: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:1060-1.
4. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Systematic Review. *Obstet Gynecol* 2007;109:181-188.
5. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*. 2002;66:269-73.
6. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, Chen J, Song S, Bartfai G, Ng E, Gemzell-Danielsson K, Oyunbileg A, Wu S, Cheng W, Ludicke F, Pretnar-Darovec A, Kirkman R, Mittal S, Khomassuridze A, Apter D, Peregoudov A; WHO Research Group on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002;360:1803-10.
7. Ngai SW, Fan S, Li S, Cheng L, Ding J, Jing X, Ng EH, Ho PC. A randomized trial to

compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception.

Hum Reprod 2005;20:307-11.

8. Bacic M, Wesselius de Casparis A, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. Am J Obstet Gynecol 1970;107:531-4.

9. Vasilakis C, Jick SS, Jick H. The risk of venous thromboembolism in users of postcoital contraceptive pills. Contraception 1999;59:79-83.

10. Raymond EG, Creinin MD, Barnhart KT, Lovvorn AE, Rountree W, Trussell J. Meclizine for prevention of nausea associated with emergency contraceptive pills: A randomized trial. Obstetrics and Gynecology 2000;95:271-277.

11. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;352:428-433.

12. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. Hum Reprod 1993;8:389-92.

13. Ellertson C, Ambardekar S, Hedley A, Coyaji K, Trussell J, Blanchard K. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. Obstet Gynecol 2001;98:570-5.

14. Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. Obstet Gynecol 2003;101:1168-71.

15. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. Am J Obstet Gynecol 2001;184:531-7.

16. Gold MA, Wolford JE, Smith KA, Parker AM. The effects of advance provision of emergency contraception on adolescent women's sexual and contraceptive behaviors. J Pediatr Adolesc Gynecol 2004;17:87-96.

17. Hamoda H, Ashok PW, Stalder C, Flett GM, Kennedy E, Templeton A. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. Obstet

Gynecol 2004;104:1307-13.

18. Alvarez F, Faundes A, Johansson E, Coutinho E. Blood levels of levonorgestrel in women following vaginal placement of contraceptive pills. Fertil Steril 1983;40:120-3.

19. Back DJ, Grimmer SF, Rogers S, Stevenson PJ, Orme ML. Comparative pharmacokinetics of levonorgestrel and ethinylloestradiol following intravenous, oral and vaginal administration.

Contraception 1987;36:471-9.

20. Liying Z, Bilian X. Preliminary analysis of a multicenter clinical trial using Multiload Cu 375SL for emergency contraception. Adv Contracept 1998;14:161-70.

21. Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. Contraception 2001;64:107-12.

22. Trussell J. The cost of unintended pregnancy in the United States. Contraception. 2007;75:168-70.

הועדה המכינה כללה את

(דניאל זיידמן (יו"ר

ראול אורבייטו

אידה אמודאי

עמוס בר

מוטי גולדנברג

מוטי חלק

אריה ישעיה

דגנית סמואל-אביטל

נגה פורת

יצחק פיינשטיין

שושן אשר