

BÖLÜM 2

ADÖLESAN KONTRASEPSİYON

Aybüke TAYARER¹

GİRİŞ

Özellikli gruplarda kontraseptif yöntemlerin bazı faktörler göz önüne alınarak seçilmesi gerekir. Adölesan grupta pubertal gelişim süreci, kontraseptif yöntem seçiminde önem arz etmektedir. Öyle ki yetişkin sekonder seks karakterlerinin gelişmesi ve üreme yeterliliğinin elde edildiği bu süreç kız çocuklarda 8 yaşında başlarken 4,5 – 5 yıla kadar devam edebilir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü, adölesan çağı 10 – 19 yaşlar arasında fiziksel ve psikiyatrik gelişimle karakterize çocukluk ve yetişkinlik arasındaki süreç olarak tanımlamıştır (3). Bu yaş grubu dikkate alındığında adölesan grupta hormonal yöntemlere başvurmak için pubertal gelişimin fizyolojik basamaklarını beklemek doğru olacaktır (4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15-19 yaş arasında gebelik oranları 2015 verilerine göre %0.23 olarak bulunmuştur (5). Ülkemizde ise, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre 25-49 yaş arası kadınların %21'i 18 yaşından ve %4'ü 15 yaşından önce evlenmektedir. Ayrıca adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların oranı ülkemiz batısında %2 ve güneyinde %7'dir (6).

Adölesan gebeliklerde görülen kanama, düşük doğum ağırlığı, enfeksiyon gibi gebeliğin medikal komplikasyonunun artmış olması ayrıca terk edilen bebeklerin sayısındaki artış gibi sosyal komplikasyonlar bu çağdaki gebeliklerin engellemesi için önem arz etmektedir. Adölesan çağda kontrapsepsiyon insidansı ülkelere göre değişmekte olup cinsel sağlık eğitimi verilen ülkelerde bu daha yüksektir (7).

Adölesan kontraseptif metotun kişi ile ilk karşılaşmada verilmesi önerilir. Buna "hemen başla - quick start metot" da denmektedir. Anamnez, fizik muayene, idrar gebelik testi ve yapılan pelvik ultrasonografi devamında siklusun gününden bağımsız hormonal kontraseptif verilmesi, ayrıca 4 hafta sonra kontrol gebelik testi yapılması önerilir (8). Bu grupta kombine hormonal kontraseptifler,

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., aybuketayarar@gmail.com

depo progesteron veya kontraseptif implantlar hemen başla metotuna uygun seçeneklerdir. Hormonal kontrapsiyon sonrası ilk 3 ayda düzensiz ara kanamalar olabileceği konusunda yeterli bilgi verilmelidir. Rahim içi araç uygulamasından gebelik ekarte edilene kadar kaçınılmalıdır (9).

Adölesanlarda, kontrasepsiyonun yanında cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için ek olarak kondom kullanılması önerilir (8). Adölesan gebeliklerini engelleyebilecek kontraseptif yöntemler; implantlar, rahim içi araçlar, enjektabl yöntemler - depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), kombine hormonal kontraseptifler, kondom, abstinans, geri çekme şeklindedir (8,9).

ABSTİNANS

Cinsel perhiz uygulamasıdır. Etkinlik açısından en başarılı yöntem kabul edilse de tek başına bu yöntemin kullanılması etkin bir kontrasepsiyon sağlamayacaktır (10).

UZUN ETKİLİ GERİ DÖNÜŞÜMLÜ YÖNTEMLER

Intrauterin araçlar (RİA) ve cilt altı implantlar olarak iki gruptur. Güvenilirliği ve etkinliği oldukça yüksektir. İstenmeyen gebelik tahliyeleri veya düşükler sonrasında hemen uygulanabilir olması büyük avantaj sağlar. Materyalin yerleştirilmesi ardından adölesan tarafından ek bir eylem gerekmeyeceği için yöntemde devamlılık sağlanır (9,10,11).

-Rahim İçi Araç (RİA)

RİA, gebelikten korunma konusunda etkinliği yüksek bir uygulamadır. Her gün ilaç alımı veya cinsel ilişki sırasında özel bir eyleme ihtiyaç duyulmaması nedeni ile avantajı oldukça yüksektir. Birçok uluslararası toplum adölesanlar için en güvenilir, ilk kontraseptif yöntem olarak RİA'yı gösterir. Etkinlik %99 düzeyindedir. Adölesan çağda servikal transformasyon zonunun endoservikse doğru yer değiştirmesi, genital trakt enfeksiyonlarına karşı risk oluşturur. RİA'nın bariyer yöntem olmaması bu anlamda enfeksiyon riski yaratabilir. Ayrıca nullipar hastalarda uygulama zorluğu yöntemin dezavantajlarıdır (11,12).

-İmplantlar

Küçük cerrahi müdahale ile cilt altına yerleştirilen implant sayesinde 3 yıl süreli, geri dönüşümlü kontrasepsiyon sağlanır. Desogestrelin aktif bir metaboliti olan etonogestrel içerir. %99'luk bir etkinliğe sahiptir. Progesteron içeriği nedeni ile düzensiz ara kanamalar yapabilir (11). Genellikle anormal uterin kanama, kilo alımı veya akne nedeni ile kullanımdan vazgeçilir (13). Kemik mineral yoğunluğu üzerinde DMPA gibi olumsuz etkisi olmamakla beraber adölesanlardaki veri sınırlıdır (14).

DEPO MEDROKSİPROGESTERON ASETAT (DMPA)

Her 12 haftada 1 intramuskuler olarak uygulanan bir yöntemdir. Sıklıkla olan yan etkisi düzensiz ara kanamalar ve kilo alımıdır (11). Geri dönüşümlü olduğu düşünülen kemik mineral yoğunluğunda kayba neden olabilir. Bu durum adölesanlarda endişe yaratır (15,16).

GERİ ÇEKME

Ülkemizde kullanılan en sık yöntem olsa da etkin bir korunma sağlamaz. Ayrıca cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruma sağlamaması da bir başka dezavantajdır (17).

KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK)

Adölesan grupta oldukça popüler bir yöntemdir. Her gün hapın alımına uyumsuzluk olması halinde bırakma yüzdesi yaklaşık 9'dur. Yan etkileriyle ilgili halen süren tartışmalar olsa da yeni nesil preparatlarda 20-30 mikrogram etinil estradiol ve yeni jenerasyon progesteron deriveleri sayesinde endişeler azalmaktadır (17,18).

SADECE PROGESTERON İÇEREN HAPLAR

İlaçsız aralık olmadan her gün aynı saatte hapın alınması söz konusudur. Adölesanlarda uyum sorunu meydana gelebilmektedir. Ara kanamalar görülen en sık yan etkisidir (17).

DERMAL PATCH

Cilt yamaları şeklinde üç hafta boyunca haftada bir kez kalçalara, üst kola, üst gövdeye veya karına yerleştirilerek uygulanır. Obez hastalarda etkinliği düşüktür (11,19).

ERKEK KONDOMU

Bariyer yöntem olması nedeni ile adölesan dönemde özellikle kontraseptif yanından bağımsız önerilmektedir. Ayrıca yüksek koruma oranı da sağlamaktadır (17).

KADIN KONDOMU VE DİYAFRAM

Bariyer kontraseptif grubunda değerlendirilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuk vardır ancak erkek kondomu kadar değildir. Erişkinler dahil kullanımı çok yaygın olmamakla beraber yüksek maliyet de dezavantajdır (17).

ACİL KONTRASEPSİYON

Hormonal yöntemler ya da rahim içi araç uygulaması ile gerçekleştirilir. Rahim içi araç, 5 gün içerisinde uygulanabilir. Hormonal yöntemlerden östrojen ve progesteron içeren Yuzpe yöntemi, sadece progesteron içeren preparatlar ve progesteron reseptör modülatörleri kullanılabilir. Yuzpe yönteminde, 12 saat ara ile toplamda 2 kez, 100 mcg etinil estradiol ve 0.2 mg levonorgestrel içeren kombine kontraseptifler verilir. Bulantı kusma en sık yan etkidir, 4 saat içinde kusma olursa doz tekrarı önerilir. Sadece progesteron içeren preparatlar 1,5 mg levonorgestrel içeren hapın tek doz şeklinde alınmasıdır. Etkinlik için korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saatte, mümkün olan en kısa zamanda alınması önerilir. Progesteron reseptör modülatörü olarak ullaipristal asetat 30 mg tek doz olarak korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 120 saat içerisinde kullanılması önerilir. Acil kontrasepsiyon bir korunma yöntemi olarak uygulanmamalıdır (17).

SONUÇ

Adölesan kontrasepsiyonunu sağlamak, adölesan gebeliklerini ve buna bağlı komplikasyonları ile adölesan annelerini ve buna bağlı anne/çocuk başlıklı sosyal patolojileri önlemek adına çok önemlidir. Ülkemizde adölesan grupta cinsel sağlığı paylaşmak sosyokültürel engellere bağlı kalsa da bu konuya gereken dikkat mesleki profesyoneller tarafından verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sopher AB, Oberfield SE, Witchel SF. Disorders of Puberty in Girls. *Semin Reprod Med.* 2022; 40(1-02):3-15. doi: 10.1055/s-0041-1735892.
2. Mushtaq T, Wales JK. Diagnosis, investigation and treatment of delayed puberty in children. *Pediatr and Child Health.* 2007; 17: 349-55.
3. WHO – Dünya Sağlık Örgütü. Adolescent health. (28.02.2023 tarihinde https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1 adresinden ulaşılmıştır.)
4. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2017. *Natl Vital Stat Rep.* 2018 Nov;67(8):1-50.
5. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, Simmons KB, Paganano HP, Jamieson DJ, Whiteman MK. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep.* 2016 Jul 29;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.rr6503a1.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK p.46, 59. (20.02.2023 tarihinde http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden ulaşılmıştır.)
7. Shrier L. Sexually transmitted diseases in adolescents: biological, cognitive, psychological, behavioural and social issues. *Adolescence Medical Clinicals* 2004;15:215-34.
8. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2012 Oct;120(4):983-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182723b7d.

9. Durmuşoğlu F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Dilbaz B. (ed) Adölesan Jinekoloji içinde Ankara: Modern Tıp Kitabevi 2020. p. 201-207.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol.* 2007 Dec;110(6):1493-5. doi: 10.1097/01.AOG.0000291575.93944.1a.
11. Todd N, Black A. Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2020 Feb 6;12(Suppl 1):28-40. doi: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0003.
12. Cromer BA Depo-Provera- wherefore art thou? *Adolescent Pediatric Gynecology* 1992;5:155-62.
13. Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(Suppl 1):29-36.
14. Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M. Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects. *Contraception.* 2011;83:336-339.
15. Cromer BA, Stager M, Bonny A, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, Debanne SM. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *J Adolesc Health.* 2004;35:434-441.
16. Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S, Hertweck SP. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:17-21.
17. Ozgu E, Yakut Hİ. Adolescent Contraception. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2015; Volum: 12, Sayı: 5, p. 191-193.
18. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011;83:397-404.
19. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril.* 2002;77(Suppl 2):13-18.