

یک روش تزریقی جدید پیشگیری از بارداری

مترجمین : سهیلا مجیدی* - دکتر حسین مجیدی**

می رسد. سپس غلظت سرمی MPA برای ۵ تا ۷ روز در اوج باقی مانده و بصورت یکنواخت کاهش یافته، بطوریکه متوسط نیمه عمر نهایی آن ۱۴/۷ روز می باشد. به هر حال غلظت لازم برای ممانعت از تخمک گذاری تا روز ۴۲ بعد از تزریق از حد مورد نیاز افت نمی کند. سطح استرادیول تا روز هشتم بعد از تزریق کاهش می یابد و همین افزایش سریع بعد از تزریق و برگشت سریع به حالت پایه، دلیل خونریزیهای منظم قاعدگی است که در مصرف کنندگان MPA-E2C دیده می شود.

محل تزریق : رحیمی و همکاران مطالعه ای روی ۷۷ زن برای تعیین اینکه آیا محل‌های مختلف تزریق روی فارماکوکینتیک دارو اثر می گذارد یا نه، دریافتند که اختلاف چشمگیری در تزریق روی بازو، باسن و ران دیده نمی شود. بنابراین به نظر می رسد که می توان برای کاهش خطر نکرورز بافتی، محل تزریق را به صورت چرخشی انتخاب کرد.

وزن بدن : آنها همچنین فارماکوکینتیک MPA-E2C را در بین زنان در گروه‌های مختلف حجم توده بدن مقایسه کردند که شامل: لاغر تا طبیعی (28 Kg/m^2 - 18)، چاق (38 Kg/m^2 - 29) و خیلی چاق (بیش از 38 Kg/m^2) بود. در گروه‌های

هدف این مقاله، تهیه اطلاعات مستند و آزمایش‌های بالینی ایالات متحده روی ترکیب مدروکسی پروژسترون استات (MPA) و استرادیول سیپیونات (E2C) می باشد که به MPA-E2C معروف است. این دارو اولین کنتراسپتیو هورمونی (پروژستین، استروژن) ترکیبی تزریقی ماهانه است که علاوه بر ارائه نحوه استفاده از آن با سایر روش‌های پیشگیری و تزریقی (DMPA) نیز مقایسه شده است.

مقدار و نحوه تجویز : ترکیبات اصلی آن ۲۵ میلی گرم مدروکسی پروژسترون استات (MPA)، ۵ میلی گرم استرادیول سیپیونات (E2C) به صورت ۰/۵ میلی لیتر سوسپانسیون آبکی است که باید قبل از تجویز بشدت تکان داده شود. هر دوز آن بصورت عضلانی به فواصل ۲۸ روز با یک فرجه ۵ روزه در هر بار تزریق می شود.

فارماکوکینتیک : عمل اصلی دارو ممانعت از تخمک گذاری است. غلظت دارو بعد از اولین تزریق حالت یکنواخت دارد. ولی مطالعات نشان داده است که بعد از سومین تزریق ماهانه متوسط غلظت سرمی MPA در عرض ۳/۵ روز (دامنه پایین ۱-۱۰ روز) و متوسط غلظت سرمی استرادیول در عرض ۲/۱ روز (بین ۷-۱ روز) به سطح اوج خود

* عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

** کارشناس تولید شرکت گسترش و سرمایه گذاری دارویی ایران (IPOIC)

نامنظم در اواسط قاعدگی)، ت غیرات خلق و خو و آکنه می باشد.

کارایی: میزان شکست DMPA ۰/۳ درصد- OCP ۵ درصد می باشد اما در مورد MPA-E2C تا مصرف گسترده تر آن نمی توان میزان شکست آنرا تعیین کرد. اگرچه WHO میزان صفر تا ۲ در هر هزار زن در سال و ۵ حاملگی در ۴۴۰۰ زن که در ماه استفاده کردند را گزارش کرده است.

فواید MPA-E2C: اثرات مطلوبی را روی سطح کلسترول و تری گلیسیرید توتال سرم دارد. در آزمایشاتی که در ایالات متحده آمریکا انجام شد، تغییرات محسوس فشار خون مشاهده نگردیده است. طبق گزارشات ایالات متحده و WHO به ترتیب از ۷۷۵ و ۱۵۰۰۰ استفاده کننده، هیچ موردی از بیماری ترمبوآمبولی، آنفارکتوس میوکارد یا حوادث عروقی مغزی گزارش نشده است. با استفاده از روش MPA-E2C نیز نظیر OCP انتظار می رود که بروز کیست های تخمدانی، EP و عفونتهای داخل رحمی (PID) کاهش یابد. شکل بالینی MPA-E2C و OCP قابل مقایسه هستند و MPA-E2C تأثیر سوء کمتری بود فاکتورهای انعقادی قرار می دهد.

مضرات MPA-E2C: شایعترین عارضه جانبی شامل عفونت، سردرد، درد پستان، افزایش وزن، سینوزیت، دیسمنوره و آکنه می باشد. اکثر عوارض جانبی در سه ماهه اول استفاده اتفاق افتاده است که با عوارض استفاده کنندگان از OCP قابل قیاس می باشد.

بیش از ۹۰ درصد از ۷۸۲ مصرف کننده MPA-E2C حداقل یک عارضه جانبی را طول این مدت گزارش کردند و سپس، این میزان بعد از سال اول استفاده به ۶۰ درصد کاهش یافت. تقریباً ۲۰ درصد افراد همین مطالعه به دلیل بروز یکی از

چاق و خیلی چاق غلظت متوسط سرمی MPA، کمتر از غلظت متوسط در بین زنان لاغر تا نرمال بود. با این همه، اختلاف بالینی چشمگیری وجود نداشت.

این مطالعه نشان داد که گرچه زنان گروه لاغر تا طبیعی، MPA را سریعتر جذب می کنند ولی در تمام گروهها، سطح MPA سرم در یک حد می باشد. بنابراین نیم رخ غلظت زمانی، روند حذف دارویی و مهار تخمک گذاری قابل مقایسه ای را در تمام گروهها نشان می دهد. بنابراین در صورت استفاده در هر یک از این گروهها، دزی لازم نیست.

برگشت باروری: باروری در MPA-E2C به سادگی قابل برگشت است. سطوح MPA تقریباً در روز هشتادم غیر قابل شناسایی است و دلالت بر احتمال برگشت باروری عرض ۲ تا ۳ سیکل از آخرین تزریق را دارد.

مقایسه MPA-E2C: به منظور تعیین رضایت استفاده کنندگان از MPA-E2C، این روش با OCP، DMPA مقایسه شده است.

درصد قطع روش: بر اساس یک مطالعه میزان قطع استفاده از MPA-E2C از ۱۴۶ زن که قبلاً روشهای هورمونی پیشگیری استفاده کردند، ۴۲/۷ درصد و از ۲۰۲ زنی که روشهای غیر هورمونی استفاده کردند ۴۵/۹ درصد بوده است این درصد با میزان استفاده کنندگان NET-EE که قبلاً از روشهای غیرهورمونی تنظیم خانواده استفاده کرده بودند قابل مقایسه است. میزان قطع روش در بین استفاده کنندگان NET-EE که قبلاً از روشهای هورمونی استفاده کرده بودند کمتر (۲۴/۹٪) بود. چهار عارضه جانبی خفیف که کمتر باعث قطع استفاده از روشهای MPA-E2C و NET-EE شده است شامل افزایش وزن، مترورژی (خونریزیهای

عوارض جانبی، استفاده از این روش را ادامه ندادند.

همچنین زنانی که قبلاً از روشهای هورمونی پیشگیری استفاده نکرده بودند عوارض جانبی بیشتری را گزارش کردند. حدود ۱۶ درصد از مصرف کنندگان MPA-E2C کاهش میل جنسی داشتند.

در همین مطالعه منحنی عوارض MPA-E2C در استفاده کنندگان از NET-EE نیز گزارش شده است. یکی از مضرات MPA-E2C همانند OCP این است که هیچ فرمول مناسبی برای تخفیف عوارض جانبی آن وجود ندارد.

بسیاری از عوارض جانبی نظیر بی نظمی های قاعدگی ممکن است پس از سومین دوز فروکش کند. پزشکان باید عنوان کنند که تزریق منظم، قاعدگی منظم را در پی خواهد داشت. طی استفاده از MPA-E2C در صورتیکه زن حامله شود باید به وی اطمینان داده شود که تا بحال هیچ عارضه جانبی روی جنین دیده نشده است. طی مطالعه بروی عارضه افزایش وزن ناشی از MPA-E2C، کونیتس و همکاران افزایش وزن تقریبی ۰/۶ انس در هر ماه را در ۷ ماه اول استفاده از آن گزارش کردند که در همین مطالعه در بین استفاده کنندگان NET-EE وزن نسبتاً بدون تغییر بوده است.

مرجع :

Pane pinto J. "A New Injectable Contraceptive". A J N 2002; June; 102(6): 24AAA-24DDD.

ممنوعیت استفاده از MPA-E2C : به علت وجود تشابه بین فورمولاسیون OCP و MPA-E2C، موارد ممنوعیت استفاده در آنها نظیر احتمال حاملگی، اختلال ترومبوآمبولی، ترومبوز ورید عمقی، بیماری شریان کرونر، خونریزی واژینال تشخیص داده نشده، مصرف روزانه بیش از ۱۵ سیگار، سن بیش از ۳۵ سال، بیماری کبدی، نوپلازی شناخته شده یا مشکوک وابسته به استروژن، هیپرتانسیون شدید، دیابت ملیتوس با درگیری عروقی، سردرد با درگیری نورولوژیک موضعی و بیماری دریچه ای شبیه به هم می باشد. با تحقیقات بیشتر ممکن است حذف تعدادی از محدودیتهای فوق تسهیل شود.

ملاحظات لازم در مورد دز مخصوص : مصرف MPA-E2C بعد از زایمان ترم، در صورتی که مادر شیردهی نداشته باشد، ۳ هفته بعد از زایمان شروع می شود و در صورت سقط در سه ماهه اول می توان آن را عرض ۷ روز بعد از سقط شروع کرد. هنگامی که روش پیشگیری از DMPA به MPA-E2C تغییر یابد آن را می توان عرض ۱۳ هفته از آخرین تزریق شروع و یا ۷ روز بعد از مصرف آخرین قرص OCP یا قبل از برداشت IUD در صورتیکه طی دوره کارایی IUD باشد استفاده نمود.