

Η σεξουαλικά ώριμη έφηβη

I.X. Ρούσσο

Β' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ. (Νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α.), Θεσσαλονίκη

Περίληψη. Τα τελευταία χρόνια η σύνθεση του πληθυσμού των παιδιατρικών ιατρείων έχει αλλάξει, μια που όλο και περισσότεροι ασθενείς συνεχίζουν να επισκέπτονται τον/την παιδίατρο τους μέχρι την ηλικία των 17-18 χρόνων. Αποτέλεσμα αυτού όμως είναι συχνά οι παιδίατροι να βρίσκονται αντιμέτωποι με προβλήματα για τα οποία δεν είναι προετοιμασμένοι. Για τη σεξουαλικά ώριμη έφηβη σ' αυτά περιλαμβάνονται οι διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Η παραπομπή των ασθενών αυτών στον ειδικό δεν είναι πάντα απαραίτητη, γιατί άλλα από αυτά τα προβλήματα αποτελούν απλές παραλλαγές του φυσιολογικού, εύκολα αντιμετωπίσιμα, ενώ για άλλα η έγκαιρη και πειστική ενημέρωση θα μπορούσε να οδηγήσει στην πρόληψή τους.

Λέξεις-κλειδιά: έφηβη, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, διαταραχές εμμηνορυσιακού κύκλου.

Rouso I.H. The sexually active adolescent. 2nd Pediatric Dept., Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA Hospital, Thessaloniki, Greece. *Paediatr N Gr* 2003, 15: 71 - 77.

Over time, the patient population of general pediatricians has been changed. In the past, patients commonly graduated from their pediatricians at or around the age of 13 years. Now, patients are remaining with their pediatricians well into high school age. As a result of this, pediatricians find themselves dealing with problems, for which they have no experience. For female adolescent patients, these include menstrual disorders, sexually transmitted diseases and unintended pregnancy. Referral of these cases to specialists is not always necessary, because pediatricians can handle most of the common gynecologic problems facing female adolescents, while for some others, counseling could be enough at preventing them.

Key words: female adolescent, sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, menstrual disorders

Για την έφηβη η εμμηναρχή αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους σταθμούς στην ψυχοσωματική της εξέλιξη. Από μορφολογικής πλευράς σηματοδοτεί την ολοκλήρωση της διαδικασίας ενήβωσης και από ψυχολογικής το τέλος της «παιδικής ηλικίας» και την έναρξη της «εφηβικής». Παράλληλα η σεξουαλική ωρίμανση φέρνει συχνά την έφηβη αντιμέτωπη με μία σειρά προβλημάτων, όπως διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

1. Διαταραχές εμμηνορυσιακού κύκλου

A. Αμηνόρροια

Παραδοσιακά η αμηνόρροια διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Ως πρωτοπαθής χαρακτηρίζεται η απουσία έμμηνης ρύσης μέχρι την ηλικία των 16 χρόνων με μία κατά τα άλλα φυσιολογικά εξελισσόμενη ήβη ή μέχρι την ηλικία των 14 χρόνων με ταυτόχρονη απουσία δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου. Δευτεροπαθής αμηνόρροια ορίζεται ως η απουσία της έμμηνης

ρύσης για 6 τουλάχιστον μήνες μετά την εγκατάσταση κανονικών ωορρηκτικών κύκλων ή για 18 μήνες μετά την εμμηναρχή¹.

Η διάκριση σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή είναι χρήσιμη μόνο για τον καθορισμό του χρόνου διακοπής της έμμηνης ρύσης, χωρίς παράλληλα να προσφέρει πληροφορίες για την πρόγνωση, τη θεραπεία ή τα υποκείμενα αίτια αυτής². Τα αίτια της αμηνόρροιας ποικίλουν ανάλογα αν η αμηνόρροια παρατηρείται στα πλαίσια μιας γενικευμένης καθυστέρησης της ήβης ή προβάλλει μεμονωμένα σε μία κατά τα άλλα φυσιολογικά εξελισσόμενη ήβη ή είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων ανωμαλιών του γεννητικού συστήματος.

α) Αμηνόρροια και καθυστέρηση της ήβης

Η αμηνόρροια η οποία παρατηρείται στα πλαίσια μιας γενικευμένης καθυστέρησης της εφηβείας έχει σαν πιο συχνή αιτία την ιδιοπαθή καθυστέρηση της ήβης. Συνήθως στην περίπτωση αυτή συνυπάρχει και κοντό ανάστημα, χωρίς όμως να αποκλείεται και το φυσιολογικό ύψος, ενώ κατά κανόνα υπάρχει και ανάλογο οικογενειακό ιστορικό³.

Ο υπεργοναδοτροπικός υπογοναδισμός αποτελεί μια άλλη αιτία αμηνόρροιας στην κατηγορία αυτή και είναι αποτέλεσμα ωθητικής βλάβης, με πιο συχνή αιτία το σύνδρομο Turner⁴ και πιο σπάνια την αληθή γοναδική δυσγενεσία (το σύνδρομο Perrault), τη γαλακτοζαιμία και την τρισωμία 21. Στα επίκτητα αίτια του υπεργοναδοτροπικού υπογοναδισμού περιλαμβάνονται η ωθητική βλάβη λόγω ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας⁵, η αυτοάνοση ωθηκίτις, η σαρκοείδωση, η ερυθρά, η γονοκοκκική σαλπινγίτις, η φυματίωση και η αιμορραγία των ωθηκών¹.

Ο υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός μπορεί επίσης να προκαλέσει αμηνόρροια, με πιο συχνές αιτίες της ελαττωμένης παραγωγής γοναδοτροπικών, τα χρόνια νοσήματα, τις διαταραχές της όρεξης (νευρογενής ανορεξία-βουλιμία), την υπερβολική άσκηση, την κατάθλιψη και τη χρήση μαριχουάνας. Σπάνιες αιτίες υπογοναδοτροπικού υπογοναδισμού αποτελούν οι βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος (κραιοφαρυγγίωμα, αδενώματα, μηνιγγιώματα) και τα σύνδρομα Kallman, Prader-Willi και Laurence-Moon-Biedl¹.

β) Αμηνόρροια και φυσιολογική κατά τα άλλα ήβη

Η πιο συχνή αιτία αμηνόρροιας στην κατηγορία αυτή είναι η ανωορρηξία, λόγω ανωριμότη-

τητας του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες, η οποία φυσιολογικά παρατηρείται 1-2 χρόνια μετά την εμμηναρχή.

Αμηνόρροια μπορεί επίσης να προκαλέσει η υπερπρολακτιναιμία, με συχνότερες αιτίες της τελευταίας τα υποφυσιακά μικροαδενώματα, τη νεφρική ανεπάρκεια και τα διάφορα ψυχοτρόπα φάρμακα (αλοπεριδόλη, βενζοδιαζεπίνες, φαινοθειαζίνες, κοκαΐνη).

Ο υποθυρεοειδισμός και ο υπερθυρεοειδισμός αποτελούν αιτίες αμηνόρροιας. Στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό, τα υψηλά επίπεδα της θυρεοτρόπου ορμόνης διεγείρουν και την έκκριση της προλακτίνης⁶.

Αμηνόρροια, με κατά τα άλλα φυσιολογική ήβη, μπορεί να παρατηρηθεί και στον υπογοναδοτροπικό υπογοναδισμό. Η εγκατάσταση του τελευταίου μετά την ολοκλήρωση της ήβης, μπορεί να οφείλεται σε διάφορες ισχαιμικές ή διηθητικές καταστάσεις της υπόφυσης και του υποθαλάμου. Η αμηνόρροια όταν συνυπάρχει με σημεία αρρενοποίησης οφείλεται κατά κανόνα στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωθηκών και κατά δεύτερο λόγο στην όψιμη μορφή της συγγενούς υπερπλασίας του φλοιού των επινεφριδίων, το σύνδρομο Cushing και σε ανδρογονοπαραγωγούς όγκους.

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωθηκών αποτελεί τη συχνότερη αιτία υπερανδρο-γοναδικής ανωορρηξίας⁷ και προσβάλλει το 5-10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας⁸. Η παθογένεια του συνδρόμου, μολονότι αυτό είναι γνωστό εδώ και 65 περίπου χρόνια, παραμένει ασαφής, με μόνη βέβαιη τη χρονική περίοδο έναρξής του, που τοποθετείται γύρω από την εμμηναρχή⁹⁻¹¹. Στην τυπική του μορφή το σύνδρομο εκφράζεται με μία πλειάδα εκδηλώσεων (Πίν. 1), η ταυτόχρονη παρουσία των οποίων όμως, αποτελεί μάλλον την εξαίρεση του κανόνα. Το σύνδρομο, λόγω της συχνότητάς του, αλλά και λόγω των σημαντικών ψυχολογικών επιπτώσεων που συνεπάγονται κάποια

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά συνδρόμου πολυκυστικών ωθηκών

- Υπερανδρογοναιμία
- Δασυτριχισμός - Ακμή
- Διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου
- Υπογονιμότητα
- Παχυσαρκία
- Αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη
- Αυξημένος κίνδυνος καρδιοαγγειακής νόσου
- Χαρακτηριστικά υπερηχογραφικά ευρήματα

από τα συμπτώματά του θα πρέπει να αναζητείται σ' όλες τις έφηβες που παρουσιάζονται με παχυσαρκία, δασυτριχισμό και διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου (αμηνόρροια, λειτουργική αιμορραγία της μήτρας).

γ) Ανωμαλίες του γεννητικού σωλήνα

Η αγενεσία των πόρων Müller (σ. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hausner) αποτελεί στην κατηγορία αυτή την πιο συχνή αιτία αμηνόρροιας και φαίνεται να ευθύνεται για το 15% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς αμηνόρροιας. Οι ασθενείς αυτές είναι γενετικά και φαινοτυπικά θήλεις. Υπάρχει απουσία της μήτρας, υποπλασία του κόλπου, ενώ οι ωοθήκες, το στήθος και η τρίχωση του εφηβαίου είναι φυσιολογικά. Νεφρικές ανωμαλίες παρατηρούνται στο 15-40% των περιπτώσεων και σκελετικές στο 12%¹².

Πρωτοπαθή αμηνόρροια μπορεί ακόμη να προκαλέσει η ατηρησία του παρθενικού υμένα, οπότε συχνά συνυπάρχουν και περιοδικά κοιλιακά άλγη.

Β. Λειτουργική αιμορραγία της μήτρας (ΛΑΜ)

Ως λειτουργική αιμορραγία της μήτρας χαρακτηρίζεται η υπερβολική απώλεια αίματος κατά την έμμηνη ρύση, χωρίς όμως την ταυτόχρονη παρουσία κάποιας συγκεκριμένης οργανικής αιτίας¹³. Παρατηρείται σε οποιαδήποτε ηλικία, είναι ιδιαίτερα συχνή στην εφηβική και μάλιστα τα πρώτα χρόνια μετά την εμμηναρχή. Οφείλεται στο γεγονός ότι το 50%-80% των κύκλων είναι ανωορρηκτικοί και λόγω απουσίας της μεσοκυκλικής εκκριτικής αιχμής της ωχρινότροπου ορμόνης¹⁴. Παρόλο που η ΛΑΜ ευθύνεται για το 95% των περιπτώσεων παθολογικής κολπικής αιμορραγίας των εφήβων, η διάγνωσή της τίθεται μόνο εξ αποκλεισμού άλλων καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν στο ίδιο αποτέλεσμα, όπως η εγκυμοσύνη, οι ανωμαλίες της μήτρας και του τραχήλου, οι φλεγμονές, οι όγκοι, τα τραύματα και τα ξένα σώματα, οι ενδοκρινοπάθειες, η ενδομητρίωση και οι διαταραχές της πήξης.

Γ. Δυσμηνόρροια

Η δυσμηνόρροια, η επώδυνη δηλαδή έμμηνη ρύση, αποτελεί μία από τις συχνότερες διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου και φαίνεται να αφορά ένα σημαντικό ποσοστό εφήβων κοριτσιών, που ανάλογα με την ηλικία μπορεί να κυμαίνεται από 10-72%¹⁶⁻¹⁸. Στη μεγάλη πλειονότητα των περι-

πτώσεων πρόκειται για πρωτοπαθή δυσμηνόρροια, όπου δεν ανευρίσκεται κάποια συγκεκριμένη παθολογική αιτία και αποδίδεται στην αυξημένη παραγωγή προσταγλανδινών, υπόθεση η οποία πρωτοδιατυπώθηκε το 1950 από τον Pickles¹⁹. Έκτοτε η υπόθεση αυτή όχι μόνο δεν έχει αμφισβητηθεί, αλλά αντίθετα έχει ενισχυθεί με την ανεύρεση υψηλότερων τιμών προσταγλανδινών στις έφηβες με ωορρηκτικούς κύκλους συγκριτικά με εκείνες με ανωορρηκτικούς, πράγμα που εξηγεί και το γεγονός ότι στις τελευταίες συνήθως η έμμηνη ρύση είναι ανώδυνη. Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χορήγηση αναστολέων της συνθετάσης των προσταγλανδινών, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα οποία κατά κανόνα οδηγούν σε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Επίσης, αντισπληπτικά από το στόματος, αποτελούν την επόμενη επιλογή, όταν αποτύχουν τα αντιφλεγμονώδη ή πρόκειται για σεξουαλικά δραστήριες έφηβες οι οποίες ταυτόχρονα επιζητούν και κάποια μορφή αντισύλληψης. Επιμονή των συμπτωμάτων για περισσότερο από 3 μήνες, θέτει σε αμφισβήτηση τη διάγνωση της πρωτοπαθούς δυσμηνόρροιας και επιβάλλει την αναζήτηση κάποιας άλλης αιτίας (Πίν. 2) με πρώτη εκείνη της ενδομητρίωσης²⁰

Πίνακας 2. Αίτια δυσμηνόρροιας

-
- I. Πρωτοπαθής
 - Αυξημένα επίπεδα προσταγλανδινών
 - II. Δευτεροπαθής
 - Ενδομητρίωση
 - Κωλύματα του γεννητικού σωλήνα
 - Φλεγμονές της πυέλου
 - Νεοπλασμάτα
 - Πολύποδες της μήτρας
-

Δ. Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο

Το προεμμηνορυσιακό σύνδρομο φαίνεται να έχει μελετηθεί λιγότερο απ' ότι θα έπρεπε, μολονότι φαίνεται να αφορά σημαντικό ποσοστό εφήβων κοριτσιών, που μπορεί να φθάνει και το 40%²¹. Κλινικά εκδηλώνεται μ' ένα συνδυασμό σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων (Πίν. 3), τα οποία αν και χαρακτηριστικά παρατηρούνται μόνο κατά την ωχρινική φάση του κύκλου, εντούτοις η διάκρισή τους από κάποια ψυχικά νοσήματα κάθε άλλο παρά εύκολη είναι. Η παθογένεια του συνδρόμου παραμένει αδιευκρίνιστη, με αποτέλεσμα και η αντιμετώπισή του να είναι καθαρά συμπτωματική.

Πίνακας 3. Κλινικές εκδηλώσεις προεμμηνόρρυσιακού συνδρόμου

-
- A. Ψυχικές**
- Άγχος-Ανησυχία
 - Ευερεθιστότητα
 - Αντικοινωνική συμπεριφορά
 - Κατάθλιψη
- B. Σωματικές**
- Επώδυνη τάση των μαστών
 - Διαταραχές της όρεξης
 - Αίσθημα κόπωσης
-

Στις περιπτώσεις εκείνες που τα φαινόμενα είναι ιδιαίτερα έντονα, η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ή ορμονικών αντισυλληπτικών μπορεί να αποτελεί τη λύση του προβλήματος.

2. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα-ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Τις τελευταίες δεκαετίες, με εξαίρεση ίσως τα τελευταία λίγα χρόνια²² έχει παρατηρηθεί μία εντυπωσιακή αύξηση των σεξουαλικά δραστηρίων εφήβων και μία ακόμη εντυπωσιακότερη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης²³. Μία σχετικά πρόσφατη μελέτη του 1997 από τις Η.Π.Α., δείχνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των σεξουαλικά δραστηρίων εφήβων, που μπορεί να φθάνει και το 40%, είχε την πρώτη του σεξουαλική επαφή σε ηλικία μικρότερη των 14 χρόνων, ενώ στο ερώτημα αν έγινε χρήση αντισυλληπτικών ή προφυλακτικού κατά την τελευταία σεξουαλική επαφή, οι θετικές απαντήσεις ήταν 18% και 53% αντίστοιχα. Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο της έρευνας αυτής είναι ότι οι έφηβες που δεν σκόπευαν να συνεχίσουν τις σπουδές τους μετά το λύκειο, είχαν την πρώτη τους σεξουαλική εμπειρία σε ηλικία μικρότερη από εκείνες που στόχευαν σε πανεπιστημιακές σπουδές. Στη μεγάλη τους πλειοψηφία οι έφηβοι, έχουν μονογαμικές σχέσεις, με τη διαφορά όμως ότι συνήθως είναι πιο εφήμερες, κάτι όμως που τους εκθέτει στον κίνδυνο, ο οποίος προέρχεται από την ύπαρξη περισσότερων ερωτικών συντρόφων. Μόνο το 39% των κοριτσιών ανέφεραν την ύπαρξη ενός μόνο συντρόφου, ενώ το 31% τεσσάρων μέχρι έξι²⁴.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη σεξουαλική συμπεριφορά των εφήβων εκτός της αναπτυσσόμενης αναπαραγωγικής τους ικανότητας. Η τάση τους να μιμηθούν τους ενήλι-

κες καθώς και η έντονη προβολή από τα μέσα ενημέρωσης διαφόρων σεξουαλικών προτύπων, αποτελούν δύο από τους πιο σημαντικούς. Και βέβαια σ' αυτούς θα πρέπει να προστεθεί το αναμφισβήτητο γεγονός της αδυναμίας των εφήβων να συνειδητοποιήσουν τα πιθανά επακόλουθα μιας τέτοιας συμπεριφοράς.

Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Πίν. 4) τείνουν να λάβουν επιδημική μορφή. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο το 25% των σεξουαλικά ενεργών εφήβων θα μολυνθεί από κάποια απ' αυτά²⁵⁻²⁷. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο από το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό από τις έφηβες αυτές θα παραμείνει ασυμπτωματικό, συμβάλλοντας έτσι αποφασιστικά στη διατήρηση της υψηλής συχνότητας των σεξουαλικών νοσημάτων μεταξύ των εφήβων. Το στοιχείο αυτό τονίζει την ανάγκη συστηματικού προληπτικού ελέγχου σ' όλες τις σεξουαλικά δραστήριες έφηβες.

Πίνακας 4. Συχνότερα σεξουαλικά μεταδιδόμενοι λοιμώδεις παράγοντες

-
- Χλαμύδια
 - Γονόκοκκος
 - Τριχομόναδα
 - Παπιλλόμα ίοί
 - Candida
 - Τρεπόννημα το χωρό
 - Απλούς έρπης
 - HIV
 - Ηπατίτιδα Β
-

Εξίσου σημαντικό με το πρόβλημα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων είναι και αυτό της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Η συχνότητά της στις Η.Π.Α. έχει φθάσει σε τέτοια επίπεδα, ώστε πολλοί ασχολούμενοι με το θέμα να συστήνουν προληπτικό έλεγχο για πιθανή εγκυμοσύνη, σ' όλες τις υψηλού κινδύνου έφηβες, πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση, ακτινολογική εξέταση ή διενέργεια κάποιων εμβολιασμών²⁸.

Υπάρχουν δύο τρόποι για να βρεθεί διέξοδος στο πρόβλημα της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Ο ένας είναι η αποχή από κάθε σεξουαλική δραστηριότητα ή τουλάχιστον η μετάθεσή της σε μεγαλύτερη ηλικία, κάτι όμως που είναι δύσκολο να επιτευχθεί και ο δεύτερος συνίσταται στην ανελλιπή χρήση μιας αποτελεσματικής μεθόδου αντισύλληψης.

Η αντισύλληψη ως τρόπος ελέγχου των γεννήσεων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημά-

των είναι τόσο παλιά όσο και η γενετήσια λειτουργία, με τα σπερματοκτόνα να αποτελούν πιθανώς την αρχαιότερη μορφή τους. Στην Αίγυπτο το 1850 π.Χ. τα πρώτα σπερματοκτόνα παρασκευάζονταν από μέλι και κόπρανα κροκοδείλου. Μετά τον 2^ο μ.Χ. αιώνα και για πολλά χρόνια μεγάλη δημοτικότητα είχαν ο υδράργυρος και τα άλατα μολύβδου. Τα σημερινά σπερματοκτόνα κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές, όπως αφρός, υπόθετα, κρέμα κ.λπ. και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό με διαφράγματα, καλύμματα και προφυλακτικά, παίζοντας ένα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη τόσο της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης όσο και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων²⁹⁻³².

Τα πλεονεκτήματα των σπερματοκτόνων είναι ότι αποτελούν μία εξαρτώμενη από την ίδια την έφηβη αντισυλληπτική μέθοδο, τοποθετούνται εύκολα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους. Το συχνότερο πρόβλημα από τη χρήση τους είναι ότι μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό των χειλέων, του κόλπου και του πέους, ενώ έχει αποδειχθεί ότι δεν συνδέονται με την πρόκληση συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο.

Οι ενδομήτριες συσκευές πρωτοαναπτύχθηκαν από τον Ιπποκράτη και αποτελούνταν από έναν κοίλο μολύβδινο σωλήνα γεμισμένο με λίπος. Οι σύγχρονες ενδομήτριες συσκευές είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, όχι όμως και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και η χρήση τους περιορίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις γυναίκες μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας, που συνήθως έχουν μονογαμικές σχέσεις και πολύ σπάνια στις έφηβες.

Τα γυναικεία προφυλακτικά με τη σημερινή μορφή τους πρωτοκυκλοφόρησαν μόλις το 1994^{33, 34}. Φαίνεται να πλεονεκτούν σε αρκετά σημεία από τα ανδρικά, όπως το γεγονός ότι αποτελούν μία εξαρτώμενη από την ίδια την γυναίκα μέθοδο και ακόμη ότι δεν χρειάζεται να διακοπεί η σεξουαλική δραστηριότητα προκειμένου να γίνει η τοποθέτησή τους. Στα μειονεκτήματά τους περιλαμβάνονται η μη αποδεκτή αισθητική τους, καθώς και ο έντονος μερικές φορές προβληματισμός της έφηβης για τις συνειρμικές σκέψεις που θα ακολουθήσουν, όταν ο ερωτικός σύντροφός της διαπιστώσει ότι το προφυλακτικό βρίσκεται ήδη στη θέση του.

Τα διαφράγματα, τα τραχηλικά καλύμματα και οι αντισυλληπτικοί σπόμενοι αναπτύχθηκαν αρχικά στην Κίνα και την Ιαπωνία και αποτελούνταν από μεταξωτούς δίσκους, λινό ύφασμα και κέρινα

μορφώματα που εφαρμόζονταν στον τράχηλο. Ο πρώτος αντισυλληπτικός σπόμενος χρησιμοποιήθηκε αιώνες πριν και ήταν ένα θαλασσινό σφουγγάρι. Ουσιαστικά όμως η ανάπτυξη των διαφραγμάτων και των καλυμμάτων άρχισε προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, οπότε έγινε δυνατή η επεξεργασία του ελαστικού. Οι συσκευές αυτές είναι αποτελεσματικές μόνο εφ' όσον χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα με σπερματοκτόνα και θα πρέπει να παραμένουν στη θέση τους για τουλάχιστον 6-8 ώρες μετά τη συνουσία, όχι όμως και για περισσότερες από 24 ώρες, γιατί υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί τοξιναιμικό shock. Τόσο τα διαφράγματα όσο και τα καλύμματα έχουν πολλά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα και εν πάσει περιπτώσει δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής από τις έφηβες.

Τα ανδρικά προφυλακτικά πρωτοαναπτύχθηκαν την περίοδο της Αναγέννησης και κατασκευάζονταν από λινό ύφασμα, κύστες ζώων και έντερα αιγοπροβάτων και μόλις μετά το 1880 από ελαστικό. Τα σύγχρονα προφυλακτικά κατασκευάζονται πλέον από latex ή πολυουρεθάνη και κυκλοφορούν σε μία μεγάλη ποικιλία μεγεθών, σχημάτων, πάχους με ή χωρίς λιπαντικό ή σπερματοκτόνο^{35,36}.

Τα προφυλακτικά αυτά παρέχουν προστασία από ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις των κολπικών, τραχηλικών και πρωκτικών υγρών ή βλαβών³⁵.

Τα παραπάνω αναφερθέντα προφυλακτικά, μολονότι απέχουν πολύ από τις «ζώνες αγνότητας» του παρελθόντος, γνώρισαν μια κατακόρυφη κάμψη της δημοτικότητάς τους στις αρχές του 1960, με κύρια αιτία την εμφάνιση των νέων ορμονικών μεθόδων αντισύλληψης.

Τα ορμονικά αντισυλληπτικά από του στόματος διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, ανάλογα αν περιέχουν οιστρογόνα και προγεσταγόνα ή μόνο προγεσταγόνα. Τα αντισυλληπτικά αυτά δρουν αναστέλλοντας την ωορρηξία ενώ παράλληλα καθιστούν παχύρρευστη την τραχηλική βλέννα και εμποδίζουν έτσι την είσοδο του σπέρματος στην κοιλότητα της μήτρας³⁷.

Οι αντενδείξεις χορήγησής τους είναι λίγες και η πλειοψηφία των υγιών εφήβων μπορεί να τα πάρει χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Στις ανεπιθύμητες ενέργειές τους περιλαμβάνονται, ναυτία, έμετοι, επώδυνη τάση του στήθους, ημικρανίες, μικρή κατακράτηση υγρών και οίδημα του κερατοειδούς που μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα όταν γίνεται χρήση φακών επαφής. Η πιο σοβαρή

όμως ανεπιθύμητη ενέργεια των ορμονικών αντισυλληπτικών είναι ότι αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων^{38,39}.

Τα αντισυλληπτικά από το στόματος, όταν η λήψη τους γίνεται ανελλιπώς, είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (ποσοστό αποτυχίας μόνο 0,1%). Δυστυχώς όμως πολλές έφηβες δεν ακολουθούν τις οδηγίες, με ότι βέβαια αυτό συνεπάγεται⁴⁰. Μεγάλο ενθουσιασμό προκάλεσε η εμφάνιση στις αρχές του 1990 των μακροχρονίως δρώντων αντισυλληπτικών, στα οποία περιλαμβάνονται τα εμφυτεύματα προγεσταγόνων και η depot μορφή της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης. Η τελευταία χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 150 mgr κάθε 3 μήνες. Ο κύριος μηχανισμός δράσης της είναι η καταστολή της εκκριτικής αιχμής της ωχρινοτρόπου ορμόνης με αποτέλεσμα την ανωορρηξία, ενώ η γονιμότητα επανέρχεται συνήθως έξι με εννιά μήνες μετά την τελευταία ένεση.

Οι αποτυχίες της μεθόδου είναι ελάχιστες γεγονός το οποίο αύξησε τη δημοτικότητά της, τόσο μεταξύ των λειτουργών υγείας όσο και των εφήβων κοριτσιών⁴¹. Μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών της μεθόδου είναι η αμηνόρροια και η αύξηση του βάρους, που παρατηρείται και στα από του στόματος λαμβανόμενα αντισυλληπτικά. Επίσης σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργειά της είναι η ελάττωση της οστικής πυκνότητας, πράγμα που ενδεχόμενα θα μπορούσε να αποτελέσει προδιαθεσικό παράγοντα για μελλοντική ανάπτυξη οστεοπόρωσης. Υποστηρίζεται ότι η οστική απώλεια είναι παροδική και εν μέρει αναστρέψιμη⁴².

Μια άλλη μορφή αντισύλληψης αποτελεί η «επείγουσα αντισύλληψη», την οποία παραδόξως αγνοεί η πλειοψηφία των εφήβων, αλλά και μέρος των λειτουργών υγείας⁴³. Ως «επείγουσα» χαρακτηρίζεται η αντισύλληψη εκείνη η οποία εφαρμόζεται μετά τη σεξουαλική επαφή και είναι γνωστή εδώ και 30 τουλάχιστον χρόνια^{44,45}. Η μέθοδος που πιο συχνά εφαρμόζεται είναι αυτή του Yuzpe από το όνομα του Καναδού γυναικολόγου που την πρωτοανέπτυξε. Σύμφωνα με αυτή χορηγούνται τις πρώτες 24 ώρες και όχι μετά τις 72 ώρες από τη σεξουαλική επαφή, 200 μg οιστραδιόλης μαζί με 1 mgr προγεσταγόνου, διηρημένα σε δύο δόσεις σε μεσοδιάστημα 12 ωρών. Η μόνη αντένδειξη της επείγουσας αντισύλληψης είναι η κύηση και αυτό γιατί στην περίπτωση αυτή είναι αναποτελεσματική και όχι γιατί υπάρχει κίνδυνος τερατογένεσης. Παρ' όλα αυτά όταν υπάρχει ιστορικό θρόμβωσης,

εμφράγματος ή πνευμονικής εμβολής είναι σκόπιμο να χρησιμοποιούνται μόνο προγεσταγόνα.

Το πρόβλημα με όλα τα ορμονικά αντισυλληπτικά είναι ότι ενώ είναι πολύ αποτελεσματικά στην πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, δεν προσφέρουν καμία προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι με την επιδημική εμφάνιση του AIDS το 1985 άρχισε και η επιστροφή στις «ρίζες», με την επάνοδο στην επικαιρότητα των μηχανικών μέσων αντισύλληψης.

Η ύπαρξη και μόνο τόσο πολλών μεθόδων δείχνει ότι ακόμη και μετά την είσοδό μας στον 21^ο αιώνα δεν έχει βρεθεί ο ένας και μοναδικός εκείνος τρόπος, ο οποίος θα οδηγούσε σε δραματική μείωση της συχνότητας των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης. Φαίνεται ότι η φύση συνεχίζει να αντιστέκεται σε κάθε μορφή ανθρώπινης πανουργίας.

Βιβλιογραφία

1. *Pletcher RJ, Slap BG*. Menstrual disorders. Amenorrhea. In: *Pediatric Clinics of North America*, Philadelphia: WB Saunders Co, 1999, 46: 505-517.
2. *Bates GW*. Adolescent amenorrhea. In: *Carpenter SE, Rock JE*, eds. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, New York: Raven Press, 1992: 169-199.
3. *Rosenfeld RG*. Constitutional delay in growth and development. *Seminars in Adolescent Medicine* 1987, 3: 267-273.
4. *Saenger P*. Turner's syndrome. *N Engl J Med* 1996, 335: 1749-1757.
5. *Emans SJ*. Delayed puberty and menstrual irregularities. In: *Emans SJ, Lauffer MR, Goldstein DP*, eds. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 174-197.
6. *Reindollar RH, Novak M, Tho SPT*. Adult-onset amenorrhea. A study of 262 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1986, 155: 531-540.
7. *Franks S*. Polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1995, 333: 853-861.
8. *Dunaif A*. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome. Mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr Rev* 1997, 18: 774-800.
9. *Moll GW, Rosenfeld RL*. Plasma free testosterone in the diagnosis of adolescent polycystic ovary syndrome. *J Pediatr* 1983, 102: 461-464.
10. *Root AW, Mashang T*. Evolution of the hyperandrogenism-polycystic ovary syndrome from isosexual precocious puberty; Report of two cases. *Am J Obstet Gynecol* 1984, 149: 763-768.
11. *Rao JK, Chilal HJ, Johnson CM*. Primary polycystic ovary syndrome in a premenarchal girl: A case report. *J Reprod Med* 1985, 40: 361-364.
12. *Griffin JE, Edwards C, Madden JD*. Congenital absence of the vagina: The Mayer Rokitansky-Kuster-Hauser

- syndrome. *Ann Intern Med* 1976, 85: 224-229.
13. *Polaneczky MM, Slap GB*. Menstrual disorders in the adolescent: Dysmenorrhea and dysfunctional uterin bleeding. *Pediatr Rev* 1992, 13: 83-87.
 14. *Spence JE*. Anovulation and monophasic cycles. *Ann NY Acad Sci* 1997, 16: 173-176.
 15. *Deligeoroglou E*. Dysfunctional uterin bleeding. *Ann NY Acad Sci* 1997, 816: 158-164.
 16. *Alvin PE, Litt IF*. Current status of the etiology and management of dysmenorrhea in adolescence. *Pediatrics* 1982, 70: 516-518.
 17. *Andersch B, Milsom I*. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982, 144: 655-661.
 18. *Klein JR, Litt IF*. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981, 68: 661-664.
 19. *Pickles VR*. Prostaglandins in the human endometrium. *Int J Fertil* 1967, 12: 335-338.
 20. *Goldstein DP, deCholnoky C, Emans SJ*. Adolescent endometriosis. *J Adol Health Care* 1980, 1: 37-41.
 21. *Fisher M, Trieller K, Napolitano B*. Premenstrual symptoms in adolescents. *J Adol Health Care* 1989, 10: 369-375.
 22. *Centers for disease control and prevention*; Trends in sexual risk behaviors among high school students-United States, 1991-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998, 47: 749-752.
 23. *Center for disease control and prevention*: Youth risk behavior surveillance-United States, 1995. *MMWR CDC Surveill Summ* 1996, 45: 1-17.
 24. *Brown TR, Cromer AB*. The pediatrician and the sexually active adolescent. Sexual activity and contraception. In: *Pediatric Clinics of North America*, Philadelphia: WB Saunders Co, 1997, 44: 1379-1390.
 25. *Centers for Disease Control and Prevention*; Protection against viral hepatitis: Recommendation of the immunization practices advisory committee (ACIP). *MMWR* 1990, 39: 1-20.
 26. *Melkert PWJ, Hopman E, Van den Brule ASC*. Prevalence of HPV in cytomorphologically normal cervical smears as determined by the polymerase chain reaction is age dependent. *Int J Cancer* 1993, 53: 919-926.
 27. *Wheelez C, Parmenter C, Hunt W*. Determinants of genital human papillomavirus infection among cytologically normal women attending the University of New Mexico Student Health Center. *Sexually Transm Dis* 1993, 20: 286-297.
 28. *Centers for disease control: Immunization of adolescents*: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, the American Academy of pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997, 46: 1-27.
 29. *Celentano DD, Klassen AC, Weisman CS*. The role of contraceptive use in cervical cancer: Maryland cervical cancer case-control study. *Am J Epidemiol* 1987, 126: 597-604.
 30. *Rosenberg MJ, Davidson AJ, Chen JH*. Barriers contraceptives and sexually transmitted diseases in women. A comparison of female dependent methods and condoms. *Am J Public Health* 1992, 82: 669-674.
 31. *Rosenberg MJ, Collub EL*. Commentary: Methods that women can use that may prevent sexually transmitted disease, including HIV. *Am J Public Health* 1992, 82: 1473-1478.
 32. *Sikand A, Fisher M*. The role of barrier contraceptives in prevention of pregnancy and disease in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 1992, 3: 15-32.
 33. *Grimes DA*. Female condom becomes available nationwide. *The Contraception Report* 1995, 5: 11-13.
 34. *McCabe E, Colup S, Lee AC*. Making the female condom a "reality" for adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997, 10: 115-123.
 35. *Centers for Disease Control and Prevention*: Condoms for prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1988, 37: 133-137.
 36. *Neal W, Coupey SM*. New contraceptive options for adolescents. *Compr Ther* 1996, 23: 439-445.
 37. *Hatcher RA, Trussell J, Steward F*. *Contraceptive Technology*. New York. Ardent Media, 1998.
 38. *Gold AM*. Prescribing and managing oral contraceptive pills and emergency contraception for adolescents. In: *Pediatric Clinics of North America*, Philadelphia: WB Saunders Co, 1999, 46: 695-718.
 39. *Karsay K*. The relationship between vascular headaches and low-dose oral contraceptives. *Therapia Hungarica* 1990, 38: 181-185.
 40. *Emans SM, Grace E, Woods ER*. Adolescents compliance with oral contraceptives. *JAMA* 1987, 257: 3377-3381.
 41. *Cromer BA, Smith D, Dwyer J*. Prospective evaluation of adolescents girls who select Depo-Provera, Norplant, or the combined oral contraceptive pill as contraception. *J Adolesc Health* 1995, 16: 164-170.
 42. *Cundy T, Cornish J, Evans MC*. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *Br Med J* 1994, 308: 247-254.
 43. *Grossman RA, Grossman BD*. How frequently is emergency contraception prescribed? *Fam Plann Perspect* 1994, 26: 270-275.
 44. *Haspels AA, Andriess R*. The effect of large doses of estrogens postcoitum in 2000 women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1973, 3: 113-117.
 45. *Van Santen MR, Haspels AA*. A comparison of high dose estrogens versus low-dose ethinylestradiol and norgestrel combination in postcoital interseption. *Fertil Steril* 1985, 43: 206-213.

Αλληλογραφία:

I.X. Ρούσσο
 Β' Παιδιατρική Κλινική
 Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
 Θεσσαλονίκη

Corresponding author:

I. Ch. Rousso
 2nd Pediatric Clinic
 Aristotle University
 Thessaloniki